„Wie stellst du dir Familie vor?“¹ – Hilfen zur Erziehung im Kontext reproduktiver (Un)Gerechtigkeit für Trans*Jugendliche

Bis zu einem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 11.01.2011 mussten Trans*Personen² in Deutschland ihre dauerhafte Unfruchtbarkeit nachweisen, um eine Namens- und Personenstandsänderung nach dem sog. Transsexuellengesetz (TSG) durchführen zu können (vgl. Schirmer 2012). Zehn Jahre nach Aussetzung der Sterilitätsvoraussetzung gewinnt der Umgang von Trans*Personen mit ihrer Fertilität an gesellschaftspolitischer Sichtbarkeit. Laut einer zwischen 2013 und 2016 durchgeführten klinischen Studie zum Kinderwunsch erwachsener Trans*Personen in der BRD konnten sich 69,9% der befragten Trans*Frauen und 46,9% der Trans*Männer nach Beginn einer Hormonbehandlung vorstellen, in der Zukunft (mehr) leibliche Kinder zu haben (vgl. Auer et al. 2018: 762). Der Bundesverband Trans* prognostiziert, dass leibliche Elternschaft gerade für jüngere Trans*Generationen weiter an Relevanz gewinnen wird (vgl. BVT* 2019: 6).

Medizinisch transitionierenden Jugendlichen³ begegnen auch fertilitätsbezogene Fragen: Wie kann eine Hormontherapie meine Fertilität kurz- oder langfristig beeinflussen, und was bedeutet das für mich? Will und kann ich vor Beginn der Therapie Verfahren der Kryokonservierung – also des Einfrierens von Samen- oder Eizellen – nutzen, oder kann ich mir vorstellen, meine Fertilität bei Interesse später durch ein vorübergehendes Absetzen der Hormontherapie zu reaktivieren? Fruchtbarkeit und Fortpflanzung stellen klassische Themenbereiche sexueller Bildung dar (vgl. WHO und BZgA 2011), und die Stärkung von Kompetenzen im Umgang mit diesen Themen gehört zu den

1 Zitat aus Interview mit Alex Schuster.

2 Der Begriff Trans* wird in dieser Arbeit verwendet, um binäre und nicht-binäre Formen des vergeschlechtlichten Seins zu markieren, die sich von dem einer Person bei Geburt zugewiesenen, binären und dyadischen Geschlecht unterscheiden.

3 Als ‚medizinisch transitionierend‘ gelten in diesem Beitrag alle Menschen, die im Rahmen ihrer Transition medikalisierte körperverändernde Maßnahmen vornehmen oder bereits vorgenommen haben. Als Jugendliche fasse ich hier nach § 7 SGB VIII 14- bis 18-jährige Personen.

Aufträgen pädagogischer Handlungskontexte der Kinder- und Jugendhilfe. Aus dem in § 1 SGB VIII festgehaltenen Recht auf „Förderung der Entwicklung [...] zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit“ leitet sich auch ein Auftrag sexueller Bildung ab (vgl. Linke 2020: 113). Laut § 9 SGB VIII soll die Kinder- und Jugendhilfe explizit die Lebenslagen von transidenten, nicht-binären und intergeschlechtlichen jungen Menschen berücksichtigen und ihnen begegnende Benachteiligungen abbauen. Als solche Benachteiligungen sind auch Phänomene reproduktiver Ungerechtigkeit zu verstehen. Doch eine fundierte Auseinandersetzung mit der Entwicklung reproduktiver Selbstkonzepte⁴ seitens Trans*Jugendlicher steht im Feld der (Sexual-)Pädagogik bisher noch aus.

Von dieser Lücke ausgehend rekonstruiert dieser Artikel trans*aktivistisches Deutungswissen darüber, wie fertilitätsbezogene Handlungsräume medizinisch transitionierender Jugendlicher hergestellt und reguliert werden. Ich beziehe mich dabei auf die Ergebnisse einer explorativen empirischen Studie zu den (Un)Möglichkeiten des Umgangs medizinisch transitionierender Personen mit ihrer Fertilität (Mazzaferro 2021). Ausgehend von einem breiten Forschungsinteresse daran, welche Phänomene Trans*Aktivist_innen in der BRD mit dem *framework* reproduktiver Gerechtigkeit fassen, führte ich dafür zunächst drei semi-strukturierte explorative Expert_innen-Interviews durch.⁵ In Anlehnung an das Verfahren der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Udo Kuckartz wurde das Material in Fallzusammenfassungen verdichtet, anschließend offen codiert und zu induktiv gebildeten Hauptkategorien zusammengefasst (vgl. Kuckartz 2018: 100). Durch dieses Vorgehen ließen sich fertilitätsbezogene Entscheidungen im Kontext einer medizinischen Transition und die Lebensumstände von Trans*Kindern und -Jugendlichen als zentrale Phänomenbereiche rekonstruieren, die quer durch das Material immer wieder auftauchten. Zur Auswertung der diesen Phänomenbereichen zugeordneten Fundstellen wurde die Forschungsfrage entwickelt, welche

- 4 Reproduktive Selbstkonzepte verstehe ich als eine Form von Selbstbeziehungen, die im Zuge von Subjektivierungsprozessen entstehen, also Prozessen „der Unterwerfung von Menschen durch Machtverhältnisse (v.a. durch Normierungs- und Normalisierungsprozesse) und ihrer gleichzeitigen Hervorbringung als Subjekte durch ebendiese Machtverhältnisse“ (Fütty 2019: 24f.). Im Zuge der Entwicklung reproduktiver Selbstkonzepte werden bestimmte reproduktive Handlungsmöglichkeiten für junge Menschen als (un)lebar begreifbar. Die Unterwerfung durch machtvolle Diskurse kann für Jugendliche auch Ausgangspunkt sein, um eigenwillige und widerständige Deutungen der eigenen fertilitätsbezogenen Handlungsräume zu entwickeln.
- 5 Als Expert_in im Sinne des Forschungsinteresses wurden Menschen definiert, die entweder bereits explizit mit dem *framework* reproduktiver Gerechtigkeit gearbeitet hatten oder deren Arbeit nach den von Loretta Ross entwickelten Kriterien als politische Arbeit im Sinne von reproduktiver Gerechtigkeit bezeichnet werden kann (vgl. Ross 2017a: 19f), und die dadurch über praxisbasiertes Deutungswissen zu meinem Forschungsgegenstand verfügten.

Themen⁶ aus trans*aktivistischer Perspektive im Kontext von Fertilität und medizinischer Transition relevant werden. Da das Datenmaterial anschließend um das Protokoll der teilnehmenden Beobachtung einer aktivistischen Veranstaltung zum Themenfeld sowie ein bereits in grauer Literatur veröffentlichtes Expert_innen-Interview ergänzt wurde, wurde das gesamte Codierungssystem angepasst.

Die Ergebnisse meiner Studie zeigen, dass fertilitätsbezogene Handlungsräume von Trans*Personen wesentlich durch sich intersektional verstärkende finanzielle, medizinische und rechtliche Barrieren, intersektionale Familiennormen und cisnormative Transitionsnarrative strukturiert werden, was ich als Phänomene reproduktiver Ungerechtigkeit bezeichne. Daraus leite ich einen konkreten (sexual)pädagogischen Auftrag der Hilfen zur Erziehung ab, zu einer Erweiterung von Handlungsmöglichkeiten im Kontext von Fertilität und Transition beizutragen und junge transitionierende Menschen und ihre Familiensysteme im Umgang mit den rekonstruierten Phänomenen reproduktiver Ungerechtigkeit zu stärken. Im ersten Teil des Beitrags wird das *framework* reproduktive Gerechtigkeit als theoretische Grundlage meiner Studie erläutert (1). Im zweiten Teil werden die Ergebnisse der Studie dargestellt (2). Abschließend werden im dritten Teil auf Grundlage der Studienergebnisse Handlungsbedarfe im Kontext der Hilfen zur Erziehung identifiziert und Vorschläge für eine weitere Beschäftigung formuliert (3).

1 „Rechte, die es schon gibt, und Realitäten, die ganz anders aussehen können“⁷ – reproduktive Gerechtigkeit im Kontext medizinischer Transition

1994 tauschten sich zwölf Schwarze feministische Aktivist_innen bei einer feministischen *pro-choice* Konferenz in Chicago über ihre Kritik an einer geplanten Gesundheitsreform der Clinton-Regierung aus und sprachen – als Neologismus aus reproduktiven Rechten und sozialer Gerechtigkeit – dabei erstmals von *Reproductive Justice* (vgl. Bond Leonard 2017). Reproduktive Gerechtigkeit ist seitdem zu einem antirassistisch-feministische Bewegungen leitenden Konzept und einem aktivistisch-theoretischen *framework* zur intersektionalen Analyse von Ungleichheitsstrukturen im Feld der Reproduktion avanciert, das zwar fest in der Tradition US-amerikanischer Schwarzer feministischer Theorieproduktion verankert ist, aber für die Analyse der historischen

6 Die rekonstruierten Themen verstehe ich als Phänomene, die im Deutungswissen von Trans*Aktivist_innen strukturierende Elemente von Subjektivierungsprozessen darstellen, innerhalb derer sich Trans*Jugendliche mit der eigenen Fertilität in Beziehung setzen.

7 Zitat aus dem Beobachtungsprotokoll einer aktivistischen Veranstaltung.

Erfahrungen und Widerstände verschiedener marginalisierter Gruppen genutzt werden kann (vgl. Ross 2017a: 23). Die *Reproductive Justice*-Bewegung will gesellschaftliche Bedingungen schaffen, in denen alle Menschen – und insbesondere Mitglieder jener Bevölkerungsgruppen, die historisch in diesen Möglichkeiten eingeschränkt waren und sind – die Möglichkeit haben, (1) Verhütungsmittel und Schwangerschaftsabbrüche zu nutzen, um keine Kinder zu haben, (2) unter möglichst selbstbestimmten Umständen Kinder zu haben, und (3) für diese Kinder in möglichst sicherer und gesunder Umgebung Sorge zu tragen (vgl. Ross 2017a: 14).

Reproductive Justice Analysen gehen davon aus, dass gesellschaftliche Machtverhältnisse nicht ‚nur‘ miteinander verwoben sind, sondern sich gegenseitig co-konstituieren (vgl. Erel et al. 2011: 59), und postulieren damit die Unmöglichkeit, die Regulierung von Fertilität als rein geschlechterpolitisches Phänomen zu analysieren, ohne gleichzeitig auch nach klassenselektiven und rassistischen Effekten zu fragen (vgl. Schultz und Kyere 2020: 4). Im Kontrast zum Konzept reproduktiver Rechte, das formelle Rechte im Feld der Reproduktion erfasst, liegt der analytische Fokus reproduktiver Gerechtigkeit damit auf politischen und sozioökonomischen Strukturen, Machtverhältnissen und Subjektivierungsprozessen, innerhalb derer marginalisierte Menschen fertilitätsbezogen handeln können und müssen (vgl. Ross et al. 2016: 12).

Dieses *framework* wird als *traveling concept* zunehmend in Deutschland von Aktivist*innen und Forschenden aufgegriffen, um z.B. selektiv pronatalistische Artikulationen deutscher Familienpolitik zu untersuchen (vgl. kitchen politics 2021). An *reproductive justice* orientierte kritische Trans*Forschung setzt die Sterilisierung von Trans*Personen in Zusammenhang mit historischen Kontinuitäten der selektiven pro- und antinatalistischen Adressierung unterschiedlich positionierter Menschen (vgl. Honkasalo 2020), rückt die Gleichzeitigkeit von sich abzeichnenden Möglichkeiten und Unmöglichkeiten von Trans*Reproduktion in den analytischen Fokus und fragt danach, wie nach der Aussetzung der Sterilisationsvoraussetzung weiterhin antinatalistische Effekte erzielt werden (vgl. Fiorilli 2019). Die Sterilitätsvoraussetzung geht ursprünglich auf die von dem deutsch-US-amerikanischen Arzt Harry Benjamin in den 1960er Jahren entwickelte Diagnose ‚Transsexualismus‘ zurück, in der der Wunsch nach genitaler Angleichung und Sterilität als zentrales diagnostisches Merkmal definiert wurde (vgl. Fiorilli 2019: 583). 1972 wurde im ersten Sondergesetz zur Regelung von Personenstandsänderungen auf Grundlage dieser diagnostischen Kategorie, dem schwedischen Gender Recognition Act, die Sterilitätsvoraussetzung eingeschrieben (vgl. Honkasalo 2020: 24). Fast alle europäischen Staaten, die in der Folge ähnliche Sondergesetze einführten, übernahmen ebenfalls die Voraussetzungen der Sterilität und/oder der operativen genitalen Angleichung in unterschiedlichem Umfang, so auch Deutschland mit Einführung des TSG im Jahr 1987 (vgl. ebd: 25).

Heute transitionierende Minderjährige können ohne rechtlichen Zwang durch das TSG über den Umgang mit der eigenen Fertilität entscheiden, benötigen jedoch die Zustimmung von Behandler_innen⁸ und Sorgeberechtigten zu konkreten Behandlungsschritten, sodass auch deren Haltung zu Fertilität und Transition ihre Handlungsräume strukturiert (vgl. Riggs und Bartholomäus 2020). Die konkreten Aussichten auf Elternschaft im Erwachsenenalter sind für Trans*Jugendliche von strukturellen Hürden geprägt: Trans*Verbände bemängeln, dass Trans*Personen durch rechtliche Regelungen im TSG und im Abstammungsrecht weiterhin implizit institutionell dazu aufgefordert werden, sich zwischen einer reproduktiven Nutzung ihrer Fertilität und einer Personenstandsänderung zu entscheiden (vgl. BVT* 2019: 1). Verfahren der Kryokonservierung, also des Einfrierens von Ei- oder Spermazellen vor Beginn einer (möglicherweise zu (ir)reversibler Sterilität führenden) Hormontherapie, werden aktuell nicht als transitionsbezogene medizinische Leistungen von Krankenkassen erstattet. Die Kosten von mehreren hundert bis tausenden Euro je nach Verfahren plus jährlicher laufender Kosten stellen eine große Hürde dar (vgl. BVT* 2021b: 24). Adoptionsverfahren stellen mit ihren engen normativen Vorgaben für Trans*Personen wiederum eine große Hürde für die Umsetzung von nicht-fertilitätsbasierten Elternschaftsprojekten dar (vgl. BVT* 2021b: 17).

Angesichts dieser strukturellen Aushöhlung fertilitätsbezogener Handlungsräume stellt sich die Frage, inwiefern tatsächlich die Grundlagen gegeben sind, um informierte, subjektiv gelungene Entscheidungen in Bezug auf fertilitätsbezogene Aspekte der Transition zu ermöglichen.

8 Für die Diagnostik, Beratung und Behandlung Trans*Jugendlicher galt in Deutschland bis 2018 die S1-Leitlinie „Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter“, in der Fertilitätsaspekte der Transition nicht aufgegriffen werden (vgl. Meyenburg et al 2014). 2023 soll eine evidenzbasierte S3-Leitlinie zur Behandlung von Trans*-Kindern und Jugendlichen erscheinen (vgl. AWMF 2020). Zum Zeitpunkt des Schreibens ist nicht bekannt, inwiefern diese die fertilitätsbezogene Beratung medizinisch transitionierender Jugendlicher thematisieren wird. In der aktuell gültigen medizinischen Leitlinie zur Diagnostik und Behandlung erwachsener Trans*Personen wird Ärzt_innen empfohlen, vor Beginn körperverändernder Maßnahmen zu fertilitätskonservierenden Verfahren der Reproduktionsmedizin sowie zu Pflegefamilie und Adoption zu beraten (vgl. DGfS 2019: 42).

2 „Sie müssen jetzt davon ausgehen, dass Sie nie wieder Kinder kriegen können“⁹ – zur Herstellung fertilitätsbezogener Handlungsräume

Aus dem Material wurden fünf zentrale Phänomene rekonstruiert, die aus trans*aktivistischer Perspektive im Kontext von Fertilität und medizinischer Transition virulent werden und fertilitätsbezogene Handlungsmöglichkeiten strukturieren. Das erste Phänomen ist die *ungleiche Verteilung von Ressourcen und Lebenschancen*. Interviewpartner Alex Schuster, Mitarbeiter_in einer Trans*Beratungsstelle, stellt die These auf, dass die von ökonomischer Prekarität, Marginalisierungs- und Diskriminierungserfahrungen geprägten Lebensumstände älterer Generationen von Trans*Personen zu einer verstärkten Introjektion der Botschaft geführt haben, nicht für Elternschaft geeignet zu sein: „Wenn ich keine richtige Frau bin, stehen mir ja auch keine Kinder zu“. Jüngere Trans*Generationen hätten dagegen mehr Chancen auf ein Leben „in der Mitte der Gesellschaft“ und könnten sich laut Schuster dadurch leichter vorstellen, selbst Eltern zu werden.

Außerdem stellt Schuster fest, dass mehrfachmarginalisierte und/oder unter besonders prekären Lebensumständen lebende Trans*Personen seltener mit fertilitäts- oder reproduktionsbezogenen Anliegen in die Beratung kämen, und schließt daraus, dass diese Personen weniger Kapazitäten für die Beschäftigung mit Fertilitäts Optionen zur Verfügung hätten:

„[...] wenn ich dann noch PoC und langzeitarbeitssuchend oder von Obdachlosigkeit bedroht bin, dann habe ich keine Kapazitäten, über so etwas nachzudenken“.

Der Mangel grundlegender materieller Ressourcen verschließt damit Handlungsmöglichkeiten im Umgang mit der eigenen Fertilität.¹⁰ Mit Tamàs Jules Fütty kann die ungleiche Verteilung von Ressourcen an unterschiedlich positionierte Trans*Personen als normative, sich intersektional verstärkende Gewalt gegen Trans*Personen gefasst werden, durch die mehrfachmarginalisierte Trans*Personen verstärkt in Armut, Obdachlosigkeit und kriminalisierte Arbeits- und Lebensformen abgedrängt werden und damit über geringere Lebenschancen verfügen (vgl. Fütty 2019).

Ein zweites zentrales Phänomen ist die *subjektive Relevanz der eigenen Fertilität*, die sich im Zuge von Transitionsprozessen bedeutsam verändern kann. Interviewpartner Ilay Fern, der Bildungsformate für Trans*Personen

9 Zitat aus Interview mit Ilay Fern.

10 Der Verweis darauf, dass die Umsetzbarkeit von Trans*Elternschaft auch von strukturellen Privilegien abhängt, darf nicht als Enttarnung der gelebten Realität mehrfachmarginalisierter Trans*Elternschaft verstanden werden, von der beispielsweise die beim selbstverwalteten queeren Gesundheitszentrum Casa Kuà in Berlin tätige Doula Kiamsha Braithwaite-Hall in einem Interview des Netzwerks Reproduktive Gerechtigkeit berichtet (vgl. NRG 2020).

zum Thema Elternschaft organisiert, beschreibt einerseits, dass Fertilität zu Beginn einer Transition eine hohe Relevanz einnehmen kann, wenn transitionierende Personen einen Kinderwunsch hegen. Andererseits seien viele Trans*Personen kurz vor dem – zum Teil als sehr dringend empfundenen – Beginn einer Hormonbehandlung nicht für eine fertilitätsbezogene Beratung offen, und das Thema Fertilität werde möglicherweise eher später im Transitionsverlauf relevant. Trans*Jugendliche erleben laut Schuster die Pubertät im zugewiesenen Geschlecht oft als besonders belastend und stehen damit möglicherweise unter besonderem Druck, möglichst schnell mit einer Hormonbehandlung zu beginnen. Dadurch hätten sie wenig Kapazitäten dafür, sich mit fertilitätsbezogener Beratung zu beschäftigen. Gleichzeitig müssten sie fertilitätsbezogene Entscheidungen zu einem Zeitpunkt treffen, zu dem laut Schuster viele Betroffene angeben, kein Interesse an (biologischer) Elternschaft zu haben. Es sei jedoch für sie selbst nicht leicht einzuschätzen, ob sie als Erwachsene Interesse daran entwickeln könnten. Der Beginn einer Hormonbehandlung kann entsprechend sowohl von am Thema Fertilität interessierten Jugendlichen selbst als auch von begleitenden Erwachsenen als affektiv aufgeladenes Dilemma erlebt werden, das eine Abwägung zwischen ‚innerer Dringlichkeit‘ im Moment der Entscheidung und dem ‚Risiko‘ späterer Trauer über erschwerte Bedingungen leiblicher Elternschaft erfordert.

Schuster betont die Notwendigkeit, angesichts der Wandelbarkeit subjektiver Relevanzen transitionierende Kinder und Jugendliche altersgerecht über die fertilitätsbezogenen Konsequenzen von Transitionsschritten aufzuklären und ihnen verschiedene Lebensentwürfe mit Kindern gleichwertig vorzustellen:

„Also bei Kindern ist wichtig [...] sich mit [ihnen] in Bilder hineinzubegeben. Wie stellst du dir Familie vor? Aber auch trösten und sagen: Es gibt die Möglichkeit, Pflegeeltern zu werden. Es gibt die Möglichkeit, zu adoptieren, es gibt auch die Möglichkeit, dass du vielleicht mal eine Partnerschaft hast mit einer Person, die schon mit einer anderen Person Kinder hat. [...] Familie kann ganz anders aussehen als das, was du im Pestalozzi-Kinderbuch siehst.“

Fern argumentiert, dass transitionierende Personen fertilitätsbezogene Entscheidungen möglicherweise als weniger subjektiv belastend wahrnehmen könnten, wenn es mehr Sichtbarkeit für und Beratungsangebote zu nicht-biologischen Elternschaftsformen gäbe:

„...Ein eigenes leibliches Kind mit einer festen monogamen Liebesbeziehung“ – das sind Normen, mit denen wir alle konfrontiert werden. Wenn die mal gelockert würden, dann würden sich bestimmte Situationen ändern für Leute, die jetzt überlegen müssen, „will ich ein Kind leiblich haben oder nicht?“. Wenn es nicht mehr so dramatisch ist, dass es kein leibliches Kind ist, weil alle anderen Familien gleich wertgeschätzt werden, ist es vielleicht einfacher, diese Entscheidung zu treffen.“

Fern deutet hier das Verwandtschaftsmodell der biologischen Kernfamilie als Normalitätsfolie und, affekttheoretisch gesprochen, als Glücksversprechen, mit dem sich transitionierende Personen auseinandersetzen müssen. Geschlechterforscher_in Yv Nay bezeichnet das Leben mit leiblichem Kind im

Kontext queerer Familienformationen als mit Glück assoziierte Lebensweise (vgl. Nay 2017: 143). Transitionsentscheidungen können entsprechend als affektive Abwendung vom Glücksversprechen empfunden werden: Schuster beschreibt beispielsweise starke Ambivalenzen von Sorgeberechtigten medizinisch transitionierender Jugendlicher, die diese zwar unterstützen wollen, aber angesichts unklarer Fertilitäts-Perspektiven auch um die Glück versprechende Fertilität der jungen Menschen trauern.¹¹ Das Anbieten vielfältiger Familienbilder kann also für Jugendliche und ihre Bezugspersonen auch als Entlastung von der normativen Aufladung biologischer Elternschaft fungieren.

Das dritte zentrale Phänomen stellt das *cisnormative Narrativ der ‚vollständigen Transition‘* dar, welches oft die Grundlage medizinischer oder psychosozialer Beratung zu Trans*Fertilität bildet und damit wesentlich die von transitionierenden Personen wahrgenommenen Möglichkeiten des fertilitätsbezogenen Handelns strukturiert. Der Sexualpädagoge Alexander Hahne beschreibt dieses Narrativ als Vorstellung beratender Personen von medizinischer Transition als linearem „Wechsel von A nach B mit einer völligen Klarheit, dass da eine Unfruchtbarkeit mit verbunden wird“. Auch wenn sich zunehmend vielfältigere Vorstellungen von Transition in Fachdiskursen etablieren, begegnet dieses Narrativ Trans*Jugendlichen noch immer oft bei Ärzt_innen oder Beratungsstellen zu sexueller und reproduktiver Gesundheit.

Fern schildert beispielsweise, dass Ärzt_innen zum Teil nicht darauf hinweisen, dass zur Reversibilität von Infertilität nach Beginn einer Hormonbehandlung oder den psychosozialen Aspekten von Fertilitätsentscheidungen kaum medizinische Forschung vorliegt. Stattdessen tätigen sie zum Teil wissenschaftlich nicht fundierte, ‚absolute‘ Aussagen über irreversible Unfruchtbarkeit, die das Verhältnis zur eigenen Fertilität beeinflussen können:

„,[Sie] müssen jetzt davon ausgehen, dass Sie nie wieder Kinder kriegen können.“ Das verändert ja schon den Blick auf den eigenen Körper und die Reproduktionsfähigkeit.“

Ein weiteres Beispiel dafür ist die Beratung durch Chirurg_innen vor geschlechtsangleichenden Operationen, die erwachsenen Trans*Männern von solchen Narrativen ausgehend zu ‚Sonderangeboten‘ der kombinierten Mastektomie und Hysterektomie raten:

„[...] bei Trans*Männern ist es ganz oft so, dass gesagt wird ‚Ach du willst eine Mastektomie machen, komm dann machen wir doch gleich die Hysterektomie [...] mit, dann hast du nur eine Vollnarkose‘. Medizinisch ist das auch gut gedacht, reproduktiv ist es ganz schrecklich.“

11 Sog. ‚Pubertätsblocker‘ (GnRH-Analoga), die verschrieben werden, um die Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale zu verzögern, rufen allein keine Infertilität hervor (vgl. Mehringer und Dowshen 2019: 5). Unklar ist jedoch, ob Jugendliche, die nach der Einnahme mit einer gegengeschlechtlichen Hormontherapie beginnen und somit keine volle körpereigene Pubertät durchlaufen, nach einer (temporären) Absetzung der Hormonbehandlung fruchtbar sein können (vgl. Chen et al. 2018: 2).

Chirurg_innen normalisieren durch den Rückgriff auf das Narrativ der ‚vollständigen Transition‘ die Vorstellung, dass Trans*Personen am Erhalt oder der Wiederherstellbarkeit ihrer Fertilität grundsätzlich kein Interesse hätten.

Schuster differenziert den Bezug von Ärzt_innen auf solche Narrative von der intentionalen Einstellung, Trans*Personen „keine Kinder [zu] gönnen“, und verweist darauf, dass diese Bezugnahme auch Ausdruck und Bewältigungsmechanismus der „Überforderung“ von Ärzt_innen mit dem Thema Trans*Fertilität sein kann. Diese führe laut Hahne oft dazu, dass Personen mit Fragen zu Fertilität „ihrem Gegenüber ihren Körper erklären müssen, obwohl sie eigentlich Hilfe suchen“.

Als viertes Phänomen wurde die Rolle von *Trans*Netzwerken als Resource und Normierungsraum* rekonstruiert. Einerseits schildert Fern, dass Informationen über Trans*Fertilität zum Teil nur über (informelle) Trans*Netzwerke zu erhalten sind, da medizinisches Fachpersonal oft keine Antworten bieten kann. Andererseits beschreibt Hahne innerhalb von Trans*Netzwerken zirkulierende „transnormative Narrative“, welche das cisnormative diagnostische Narrativ der ‚vollständigen Transition‘ übernehmen, sodass subjektive Deutungen von Geschlecht mit einer Nutzung der eigenen Fertilität unvereinbar werden: „wenn du irgendwie selber ein Kind austragen möchtest, dann bist du ja gar nicht ‚richtig‘ trans“.¹² Diese diskursive Verengung kann als mit subjektiven Deutungen von Geschlecht vereinbar wahrgenommenes Handeln eingrenzen und sich damit auf reproduktive Selbstkonzepte junger Menschen auswirken.

Das fünfte Phänomen ist das der Antizipierung der *realen Umsetzbarkeit von Trans*Elternschaft*. Hier taucht in den Schilderungen der Interviewpartner_innen und in der teilnehmenden Beobachtung neben den bereits im zweiten Textabschnitt skizzierten Hürden vor allem ein weiteres Thema auf: Fern berichtet von der Angst, die viele Trans*Eltern vor Interaktionen mit dem Jugendamt hätten. Die normative Setzung *bestimmter* (u.a. cis-heteronormativer und einkommensstarker) Familien als positive Sozialisationsinstanz führt zu einer (vermuteten und/oder erlebten) ungleichen Verteilung prüfender institutioneller Aufmerksamkeit und einer damit einhergehenden stärkeren Exponierung von Trans*Familien für Interventionen durch das Jugendamt.

12 Mit Fütty lassen sich transnormative Narrative – ein hier von Hahne übernommener Begriff, den Fütty in eine Foucault'sche Machtanalytik eingebettet theoretisiert – als „Form und Resultat von [...] Selbstregulierungs- und Selbstnormalisierungspraktiken“ fassen (Fütty 2019: 181).

3 Potentiale des Hilfesystems an der Schnittstelle fertilitätsbezogener Subjektivierungs- und Bildungsprozesse

Die geleistete Rekonstruktion zeigt, dass seit 2011 zwar neue fertilitätsbezogene Handlungsmöglichkeiten für Trans*Personen legalisiert wurden, diese jedoch für viele Menschen nicht oder nur sehr eingeschränkt real umsetzbar sind. Im Hinblick auf die Adressat_innen der Hilfen zur Erziehung ist davon auszugehen, dass ein Großteil der Trans*Jugendlichen, die bzw. deren Familien entsprechende Leistungen in Anspruch nehmen, aufgrund mangelnder ökonomischer Ressourcen¹³ von dieser Verschiebung von Zwangssterilisierung hin zu einem „stratifizierten Einschluss“ (vgl. Dionisius 2021: 317) von Trans*Fertilitäten kaum profitieren können. Die Nutzung von Kryokonservierungsverfahren kommt beispielsweise aktuell nur für Jugendliche mit Zugang zu ökonomischen Ressourcen über die Herkunftsfamilie in Betracht, sofern dies mit ihrem reproduktiven Selbstkonzept vereinbar ist. Ohne entsprechende familiäre Ressourcen bleibt der Rückgriff auf unsichere Strategien des „Ausprobierens“ (vgl. Stoll 2020: 100) im Erwachsenenalter aktuell die einzige Möglichkeit, um einen biologischen Kinderwunsch perspektivisch umzusetzen.

Die in den Ergebnissen deutlich werdende affektive Aufladung fertilitätsbezogener Transitionsentscheidungen seitens Jugendlicher und Sorgeberechtigter kann – ohne subjektive Schwierigkeiten der Entscheidungsfindung zu banalisieren – auch als Symptom einer Veränderung von Machttechniken verstanden werden: In der aktuellen differentiellen Regulierungsweise von Trans*Fertilität wird die Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen Zwängen und paradoxen Anforderungen in eine intime Aushandlungsleistung verlagert. Bestimmte Handlungsmöglichkeiten, in die eingewilligt werden könnte, werden de facto durch die Übernahme antinatalistischer Adressierungen in die Selbstverständnisse von Trans*Personen verhindert – Transnormativität wirkt hier als eine Handlungsoptionen limitierende Technologie der Selbstführung (vgl. Raha und Derive 2019: 11). Gleichzeitig wird – auch durch Sorgeberechtigte – ein Narrativ der leiblichen Familie als erstrebenswertes Objekt des Glücks an Jugendliche herangetragen. Aus pädagogischer Perspektive ließen sich affektive Krisenerfahrungen junger Menschen angesichts der Komplexität dieser intimen Aushandlung als Chance dafür begreifen, dass aus diesem Krisenmoment heraus transformative Bildungsprozesse angestoßen werden (vgl.

13 Hilfen zur Erziehung werden verstärkt von Familien in Anspruch genommen, die besonders für Armut exponiert sind – 39 % aller Hilfen zur Erziehung (einschließlich für junge Volljährige) wurden 2019 beispielsweise in Fällen gewährt, in denen der junge Mensch oder die Herkunftsfamilie zumindest teilweise von Transferleistungen lebte, und 43% der Hilfen wurden von Alleinerziehenden und ihren Kindern in Anspruch genommen (vgl. Statistisches Bundesamt 2020).

Koller 2011), innerhalb derer eine Steigerung von Reflexions- und Handlungsmöglichkeiten stattfindet. Die Hilfen zur Erziehung stellen einen der Sozialisationsräume dar, innerhalb derer Jugendliche reproduktive Selbstkonzepte herausbilden und bestimmtes reproduktionsbezogenes Verhalten als für sie möglich oder unmöglich begreifen. Es wäre also zu untersuchen, welche Bildungsangebote und Formen der pädagogischen Intervention für Jugendliche hilfreich sein können, um das umkämpfte Feld reproduktiver Diskurse zu navigieren und widerständige Praxen des Umgangs damit zu bestärken. Ich identifiziere im Folgenden auf Grundlage meiner Studie Handlungsbedarfe auf der Ebene sozialarbeiterischer Praxis im Kontakt mit Klient_innen (1) und auf institutioneller Ebene der Akteur_innen des Hilfesystems (2) und schlage einige Leitfragen vor, um Hilfen so zu gestalten, dass sie Trans*Jugendliche und ihre Sorgeberechtigten stärken.

(1)

Erstens wird angesichts reproduktiver Ungerechtigkeit ein Bedarf nach empowernder sozialarbeiterischer Begleitung für junge Menschen bei der Entwicklung subjektiv sinnvoller reproduktiver Selbstkonzepte sowie nach einer Begleitung ebendieser und ihrer Familiensysteme im Umgang mit (un)möglichen Handlungsoptionen ersichtlich. Als Einstieg für eine ausführlichere Beschäftigung damit, wie diesen Bedarfen begegnet werden kann, formuliere ich folgende Leitfragen, die vor allem auf Angebote der individuellen Transitionsbegleitung – beispielsweise im Kontext betreuten Jugendwohnens – übertragbar sind:

- Inwiefern werden Aspekte reproduktiver Ungerechtigkeit bei der Formulierung und inhaltlichen Ausgestaltung von transitionsbezogenen Hilfezielen berücksichtigt?
- Wie können Zugänge zu altersgerecht aufbereitetem Wissen über Fertilität, biologische und soziale Elternschaft sowie vielfältigen, lebhaften Geschichten von Trans*Personen mit und ohne leiblichen oder sozialen Kindern geschaffen werden, beispielsweise beim Sprechen über Transition allgemein oder durch gezielte Angebote sexueller Bildung?
- Wie können Kinderwunsch und die Vielfalt möglicher Familienkonstellationen altersgerecht und möglichst konkret thematisiert werden, und wie kann sensibel mit den (möglicherweise widersprüchlichen) subjektiven Relevanzen junger Menschen und Sorgeberechtigter umgegangen werden?
- Wie können Gesprächsangebote zur Reflektion von Normen und Normalisierungsdiskursen, eigener Wünsche und begrenzender Faktoren hinsichtlich Familienplanung geschaffen werden?
- Mit welchen Bewältigungsstrategien begegnen junge Menschen reproduktiver Ungerechtigkeit, und wie können diese ressourcenorientiert aufgegriffen werden?

- An welche fachlich kompetenten Stellen kann vor Ort für vertiefende Beratung vermittelt werden, beispielsweise in Form von peer-Beratungsstellen?
- Wie kann der Umgang mit Fertilität auch im Kontext von Elternarbeit thematisiert werden? Wie können Jugendliche bei Bedarf in ihren reproduktiven Selbstkonzepten Sorgeberechtigten gegenüber gestärkt werden?

Hinter diesen praxisbezogenen Leitfragen steht letztlich die Frage nach dem Verhältnis von Sozialer Arbeit, Bildungsprozessen und Subjektivierungsprozessen. In den Disziplinen der Sozialen Arbeit und der Erziehungswissenschaften wird weitere Forschung dazu benötigt, wie reproduktive Selbstkonzepte von (Trans*)Jugendlichen entstehen und welche pädagogischen Interventionen dazu beitragen können, die von ihnen als lebbar wahrgenommenen Lebensformen mit und ohne Kinder zu erweitern.

(2)

Zweitens bedarf es auf einer institutionellen Ebene einer Analyse dessen, wie verschiedene Akteur_innen des Hilfesystems – Jugendämter genauso wie die freien Träger der Kinder- und Jugendhilfe oder Vormünder und Familiengerichte – dazu beitragen, die Hegemonie intersektionaler Familiennormen aufrechtzuerhalten und damit bestimmte Familienentwürfe zu verhindern oder verstärkt für institutionelle Aufmerksamkeit und Gewalt zu exponieren.

Die interviewten Aktivist_innen berichten von Fällen, in denen Trans*Eltern Ängste davor durchleben, dass ihre Elternschaft als Kindeswohlgefährdung markiert werden könnte, bspw. im Zusammenhang mit dem Vorwurf, die eigenen Kinder in ihrem Geschlechtsverständnis zu „manipulieren“. Sie antizipieren also eine verstärkte Exposition für normierende institutionelle Aufmerksamkeit und die Stigmatisierung ihrer Familien als ‚negative Sozialisationsinstanz‘.¹⁴ Letztlich muss eine Nutzbarmachung des Konzeptes reproduktiver Gerechtigkeit in der Sozialen Arbeit also auf eine grundsätzliche Beschäftigung mit der Frage hinauslaufen, „welche Sozialisationsfunktionen der Familie [...] zugeschrieben werden und welche Perspektiven aus einer emanzipatorischen Perspektive auf Sozialisation – auch und gerade jenseits familialistischer Ein hegungen – stattdessen sinnvoll sein könnten“ (Schultz und Kyere 2020: 14).

Auf Grundlage meiner Ergebnisse formuliere ich folgende Fragen als Impulse für eine Reflektion der institutionellen Verankerung intersektionaler Familiennormen:

- An welchen Stellen werden Familienformationen, die den von selektiv-pronatalistischen Familienpolitiken transportierten intersektionalen Fami-

14 Studien dazu, wie Jugendämter mit Trans*Familien oder Familien mit Trans*Kindern umgehen, gibt es noch nicht.

liennormen nicht entsprechen, innerhalb von Hilfesystemen einer verstärkten defizitorientierten Betrachtung unterzogen, und wie kann dem durch systematische Aufarbeitung bekannt gewordener Diskriminierungsfälle begegnet werden (vgl. Herzog 2022)?

- Sind Jugendämter darauf vorbereitet, Trans*Personen als Kandidat_innen im Adoptionsverfahren oder als ressourcenorientiert zu beratende Eltern zu empfangen?
- Sind Familiengerichte darauf vorbereitet, über Fragen des Sorgerechts in Bezug auf Familien mit Trans*Kindern oder Trans*Familien zu entscheiden?
- Inwiefern werden Aspekte reproduktiver Ungerechtigkeit in sexualpädagogischen Konzepten freier Träger berücksichtigt?

Dieser Beitrag kann nur einen Anfang der Erforschung der pädagogischen Bedarfe und Ressourcen Trans*Jugendlicher im Bereich der Familienplanung darstellen. Meine Studie erfasste lediglich die Relevanzen erwachsener Trans*Aktivist_innen und nicht die von Jugendlichen, die sich aktuell mit dem Themenkomplex beschäftigen und täglich mit einer Mischung aus „Wut und Humor“¹⁵ reproduktiver Ungerechtigkeit begegnen. Partizipative Forschungsprojekte mit jungen Menschen könnten die Grundlage für eine komplexere Auseinandersetzung damit bilden, welche neuen Deutungen von Fertilität und *doing family* Trans*Jugendliche ins Spiel bringen und welche Impulse davon auch für die Konzeptualisierung von Familie in den Hilfen zur Erziehung ausgehen können.

Literatur

- Auer, Matthias K./Fuss, Johannes/Nieder, Timo O./Briken, Peer/Biedermann, Sarah V./Stalla, Gunter K. et al. (2018): Desire to Have Children Among Transgender People in Germany. A Cross-Sectional Multi-Center Study. In: *The journal of sexual medicine* 15, 5, S. 757–767.
- AWMF (2020): Angemeldetes Leitlinienvorhaben 028-014. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/anmeldung/1/1/028-014.html> [Zugriff: 24.04.2022].
- Bond Leonard, Toni M. (2017): Laying the Foundations for a Reproductive Justice Movement. In: Ross, Loretta (Hrsg.): *Radical reproductive justice. Foundation, theory, practice, critique*. New York City: The Feminist Press at CUNY, S. 39–49.
- BVT* (2019): Stellungnahme der Bundesvereinigung Trans* zum Diskussionsentwurf eines Gesetzes zur Reform des Abstammungsrechts. https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/uploads/2019/05/2019-05-03_BVT_Stellungnahme-Abstammungsrecht.pdf [Zugriff: 24.04.2022].
- BVT* (2021b): Trans* mit Kind! Tipps für Trans* und nicht-binäre Personen mit Kind(ern) oder Kinderwunsch. <https://www.bundesverband-trans.de/wp-content/>

15 Zitat aus Interview mit Ilay Fern.

- uploads/2021/12/BroschuereDigital_LowRes_Trans-mit-Kind.pdf [Zugriff: 24.04.2022].
- DGfS (2019): S3-Leitlinie: Geschlechtsinkongruenz, Geschlechtsdysphorie und Trans-Gesundheit: Diagnostik, Beratung, Behandlung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/138-0011_S3_Geschlechtsdysphorie-Diagnostik-Beratung-Behandlung_2019-02.pdf [Zugriff: 24.04.2022].
- Erel, Umut/Haritaworn, Jin/Gutierrez Rodriguez, Encarnacion/Klesse, Christian (2011): On the Depoliticisation of Intersectionality Talk: Conceptualising Multiple Oppression in Critical Sexuality Studies. In: Taylor, Yvette/Hines, Sally/Casey, Mark E. (Hrsg.): *Theorizing intersectionality and sexuality*. Basingstoke: Palgrave Macmillan, S. 56–77.
- Chen, Diane/Matson, Margaret/Macapagal, Kathryn/Johnson, Emilie K./Rosoklija, Ilna/Finlayson, Courtney et al. (2018): Attitudes Toward Fertility and Reproductive Health Among Transgender and Gender-Nonconforming Adolescents. In: *The Journal of adolescent health: official publication of the Society for Adolescent Medicine* 63, 1, S. 62–68.
- Dionisius, Sarah (2021): „Wie ein Mensch zweiter Klasse“. Reproduktionsmedizin, Heteronormativität und Praktiken der Aneignung. In: Schondelmayer, Anne-Christin/Riegel, Christine/Fitz-Klausner, Sebastian (Hrsg.): *Familie und Normalität. Diskurse, Praxen und Aushandlungsprozesse*. Opladen: Barbara Budrich, S. 303–321.
- Füty, Tamás Jules Joshua (2019): *Gender und Biopolitik. Normative und intersektionale Gewalt gegen Trans* Menschen*. Bielefeld: transcript.
- Herzog, Lucas-Johannes (2022): Rassismus im Jugendamt: Vom Nachdenken über eine nicht geführte Debatte. In: *Forum Erziehungshilfen* 22, 1, S. 11–14.
- Honkasalo, Julian (2020): In the shadows of eugenics: Transgender Sterilization Legislation and the Struggle for Self-determination. In: Pearce, Ruth/Moon, Igi/Gupta, Kat (Hrsg.): *The emergence of trans. Cultures, politics and everyday lives*. London: Routledge, S. 17–33.
- kitchen politics (Hrsg) (2021): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Münster: Edition Assemblage.
- Koller, Hans-Christoph (2011): *Bildung anders denken. Einführung in die Theorie transformatorischer Bildungsprozesse*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kuckartz, Udo (2018): *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 4. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa.
- Linke, Torsten (2020): *Sexuelle Bildung in der Kinder- und Jugendhilfe*. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Mazzaferro, Sergio (2021): *Trans*aktivistische Perspektiven auf Reproduktive Gerechtigkeit*. Bachelorarbeit, Soziale Arbeit. Berlin: unveröffentlicht.
- Meyenburg, Bernd; Korte, Alexander; Möller, Birgit; Romer, Georg (2014). Störungen der Geschlechtsidentität im Kindes- und Jugendalter (F64): Leitlinien. In: *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 63, 6, S. 542–552.
- Mehring, Jamie/Dowshen, Nadia L. (2019): Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. In: *Current problems in pediatric and adolescent health care* 49, 9, S. 1–12.
- Nay, Yv E. (2017): *Feeling family. Affektive Paradoxien der Normalisierung von „Regenbogenfamilien“*. Wien: Zaglossus.
- NRG (2020): Interview mit Kiamsha Braithwaite-Hall. <https://repro-gerechtigkeit.de/de/interviews/kiamshabraithwaitehall/> [Zugriff: 24.04.2022].

- Rauchfleisch, Udo (2016): *Transsexualität – Transidentität. Begutachtung, Begleitung, Therapie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Riggs, Damien W./Bartholomaeus, Clare (2020): *Toward Trans Reproductive Justice. A Qualitative Analysis of Views on Fertility Preservation for Australian Transgender and Non-binary People*. In: *Journal of Social Issues* 76, 2, S. 314–337.
- Ross, Loretta J. (Hrsg.) (2017a): *Introduction*. In: Ross, Loretta (Hrsg.): *Radical reproductive justice. Foundation, theory, practice, critique*. New York City: The Feminist Press at CUNY., S. 11–34.
- Ross, Loretta J. (2021): *Reproductive Justice. Ein Rahmen für eine anti-essentialistische und intersektionale Politik*. In: *kitchen politics* (Hrsg.): *Mehr als Selbstbestimmung! Kämpfe für reproduktive Gerechtigkeit*. Münster: Edition Assemblage.
- Schirmer, Uta (2012): *Möglichkeiten, vergeschlechtskörper in der Welt zu sein: Neuverhandlungen geschlechtlicher Subjektivierungsweisen im Kontext des medizinischrechtlichen Regimes der Transsexualität*. In: Sänger, Eva/Rödel, Malaika (Hrsg.): *Biopolitik und Geschlecht. Zur Regulierung des Lebendigen*. Münster: Westfälisches Dampfboot, S. 244–265.
- Schultz, Susanne/Kyere, Anthea (2020): *Humanvermögen und Zeitpolitik als familienpolitische Konzepte in Deutschland*. In: Dackweiler, Regina-Maria/Rau, Alexandra/Schäfer, Reinhild (Hrsg.): *Frauen und Armut – Feministische Perspektiven*. Opladen: Barbara Budrich, S. 201–218.
- Stoll, Jennifer (2020): *Becoming trans* parents*. In: Peukert, Almut/Teschlade, Julia/Wimbauer, Christine/Motakef, Mona/Holzleithner, Elisabeth (Hrsg.): *Elternschaft und Familie jenseits von Heteronormativität und Zweigeschlechtlichkeit*. GENDER Sonderheft Vol. 5. Opladen: Barbara Budrich, S. 92–107.
- Statistisches Bundesamt (2020): *Erzieherische Hilfen erreichen mit 1,02 Millionen Fällen im Jahr 2019 neuen Höchststand*. https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/11/PD20_456_225.html [Zugriff 21.09.2022].
- WHO und BZgA (2011): *Standards für die Sexualaufklärung in Europa. Rahmenkonzept für politische Entscheidungsträger, Bildungseinrichtungen, Gesundheitsbehörden, Expertinnen und Experten*. Köln.