



Samenspende in Deutschland

Perspektiven für sexuelle und
reproduktive Gesundheit und Rechte





Impressum



pro familia Bundesverband
Mainzer Landstraße 250 – 254
60326 Frankfurt am Main

E-Mail: info@profamilia.de
www.profamilia.de/Publikationen
© 2024

Titelgrafik: © gaisonok - istock
Gefördert vom: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend (BMFSFJ)
Projektteam: Katharina Rohmert, Dr. Gisela Walter, Sigrid Weiser
Dokumentation und Redaktion: Dr. Claudia Caesar, freie Lektorin
Layout: Richard Caesar

Gefördert vom:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend

Inhaltsverzeichnis

Einführung	Zum Thema.....	6
Vortrag 1	Samenspende in Deutschland – ein schwieriger Weg zur reproduktiven Selbstbestimmung Dr. med. Julia Bartley.....	8
Vortrag 2	Einblicke zur Samenspende – die Sicht der Samenbanken Boris Rosenkrantz.....	18
Resümee	Fazit und Ausblick.....	24
Anhang	Literatur und Links.....	27



Einführung

Zum Thema

Seit Juli 2018 ist das Samenspenderregistergesetz (SaRegG) in Kraft. Es verpflichtet dazu, die Daten zur Identität des Samenspenders nach der Geburt zu registrieren. Sie werden für 110 Jahre beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gespeichert und sind den Kindern ab dem Alter von sechzehn Jahren zugänglich. Mit dem Gesetz wurde eine Forderung des Bundesgerichtshofs umgesetzt, wonach Kindern, die mit Samenspende gezeugt wurden, ihr Recht auf Kenntnis ihrer genetischen Abstammung zugesichert werden muss. Die gerichtliche Feststellung der rechtlichen Vaterschaft des Samenspenders ist im SaRegG ausgeschlossen.

Fünf Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes hat der pro familia Bundesverband zu einem digitalen Fachgespräch über die Praxis von Kinderwunschzentren, Samenbanken und psychosozialer Beratung eingeladen. Es diente dem Wissenstransfer sowie dem Erfahrungsaustausch der Akteur*innen vor dem Hintergrund der Standards für psychosoziale Beratung sowie der Rechte der Klient*innen auf sexuelle und reproduktive Gesundheit.

Das Fachgespräch richtete sich an Fachkräfte aus den Bereichen der sexuellen und reproduktiven Gesundheit und Rechte, an Schwangerschafts- und Kinderwunschberater*innen, Personen aus der Fort- und Weiterbildung sowie Wissenschaft und Forschung.



Vortrag 1

Samenspende in Deutschland – ein schwieriger Weg zur reproduktiven Selbstbestimmung

Dr. med. Julia Bartley

Dr. med. Julia Bartley ist Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe, gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin und ärztliche Leiterin des MVZ Kinderwunschzentrums in Berlin. Außerdem ist sie seit vielen Jahren im Vorstand der pro familia Berlin tätig.

Wenn wir Frauen und Paare bei einer Behandlung mit Samenspende beraten und begleiten, ist es wichtig zu reflektieren, wie wir gesellschaftlich dazu stehen, denn das hat immer auch einen Einfluss auf unsere eigene Haltung. Hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung in Deutschland gab es zwar in Bezug auf lesbische Paare in der letzten Zeit Fortschritte, für Solo-Frauen sind die Hürden hierzulande aber noch immer hoch, auch im Vergleich zu anderen westlichen Ländern. Dies fügt sich ein in die insgesamt sehr restriktive Haltung hinsichtlich der reproduktiven Selbstbestimmung, die wir Frauen zugestehen.

Dabei sind Samenspenden keine Ausnahmebehandlungen in der Reproduktionsmedizin. Die Daten der European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) von 2018 zeigen, dass europaweit pro Jahr über 80.000 Eizellspenden und fast 150.000 homologe Inseminationen (also künstliche Befruchtungen bei heterosexuellen Paaren mit dem Samen des jeweiligen männlichen Partners) durchgeführt werden, aber auch über 50.000 Samenspendebehandlungen (vgl. EIM 2022, [Link zur Studie](#)). Hier wird deutlich: Samenspende gehört heute zum Alltag in reproduktionsmedizinischen Zentren.

Medizinische Möglichkeiten der heterologen Insemination – was und wie wird es gemacht?

Grundsätzlich braucht es für eine Inseminationsbehandlung vor allem ein gutes Timing, denn die Behandlung sollte möglichst kurz vor dem Eisprung erfolgen. Bei Frauen mit regelmäßigem Zyklus ist der Zeitpunkt des Eisprungs in der Regel gut abzuschätzen. Um den besten Zeitpunkt festzustellen, machen wir in der zweiten Zykluswoche kurz vor dem erwarteten Eisprung einen Ultraschall, selten ist ein zweiter nötig. Danach



legen wir den Tag fest, an dem die Inseminationsbehandlung erfolgt. Meistens wird empfohlen, den Eisprung einen Tag vorher auszulösen. Dies garantiert die zeitliche Nähe von Insemination und Eisprung. Stattdessen kann aber auch durch Urintestungen festgestellt werden, wann der Körper selbst das Signal für den Eisprung setzt. Das zeigt der LH-Anstieg im Urin. Die Insemination sollte immer vor dem Eisprung erfolgen, und die Chancen auf eine Schwangerschaft sind sehr ähnlich, wenn die Insemination am Tag des Eisprungs und einen oder zwei Tage davor erfolgt, aber schon einen Tag nach dem Eisprung kommt es nicht mehr zur Befruchtung.

Eine Inseminationsbehandlung hat fast keine gesundheitlichen Risiken. Mit Blick auf die mögliche Übertragung von Infektionskrankheiten über den Spendersamen ist ein strenges Screening auf HIV und Hepatitis in Deutschland gesetzlich vorgeschrieben. Sehr zu empfehlen ist auch die Untersuchung des Spenders auf Zytomegalie, einem Virus, der über Körperflüssigkeiten übertragen wird. Die Infektion führt bei Erwachsenen üblicherweise nur zu keinen oder schwachen Erkältungssymptomen. Wenn aber ein Erstkontakt mit dem Virus in der Schwangerschaft erfolgt, kann es zu schweren Fehlbildungen oder einer Fehl- oder Frühgeburt kommen.

Die Chancen auf eine Schwangerschaft

Frauen/Paare benötigen eine gute Beratung über ihre Chancen auf eine Schwangerschaft, denn diese werden meist überschätzt. Wenn ein Paar ungeschützten Geschlechtsverkehr hat, liegen die Chancen auf eine Schwangerschaft am Anfang bei über 20 Prozent bei Frauen bis 30 Jahren, bei den 35-Jährigen bei über 15 Prozent und bei den 40-Jährigen bei unter 10 Prozent pro Zyklus. Nach sechs Zyklen sinkt die Wahrscheinlichkeit stark ab und liegt dann selbst bei den jungen Frauen bei unter 15 Prozent pro Zyklus.

Zu den Schwangerschafts- und Geburtenraten nach heterologer Insemination, also der Behandlung mit Fremdsamen, liegen mittlerweile einige Ergebnisse vor. Zu den aussagekräftigsten Studien zählt eine retrospektive Kohortenstudie aus Großbritannien von 2016, die über 46.000 Erstbehandlungen mit Spendersamen zwischen 1991 und 2012 untersucht hat (Ghuman et al. 2016, [Link zur Studie](#)). Die Studie zeigt, dass die Chancen auf Lebendgeburten stark vom Alter der Mutter abhängig sind, aber nicht vom Alter des Spenders. Sie liegen bei der ersten Behandlung bei 18- bis 34-jährigen Frauen bei 11 Prozent, bei 35- bis 37-Jährigen bei 8 Prozent und bei über 38-Jährigen bei unter 5 Prozent (siehe Abbildung 1).

Diese Zahlen, also die Chance auf eine Lebendgeburt bei einer heterologen Insemination nach einem Behandlungszyklus, teilen wir den Frauen oder Paaren mit, die eine Samenspende bei uns durchführen möchten.

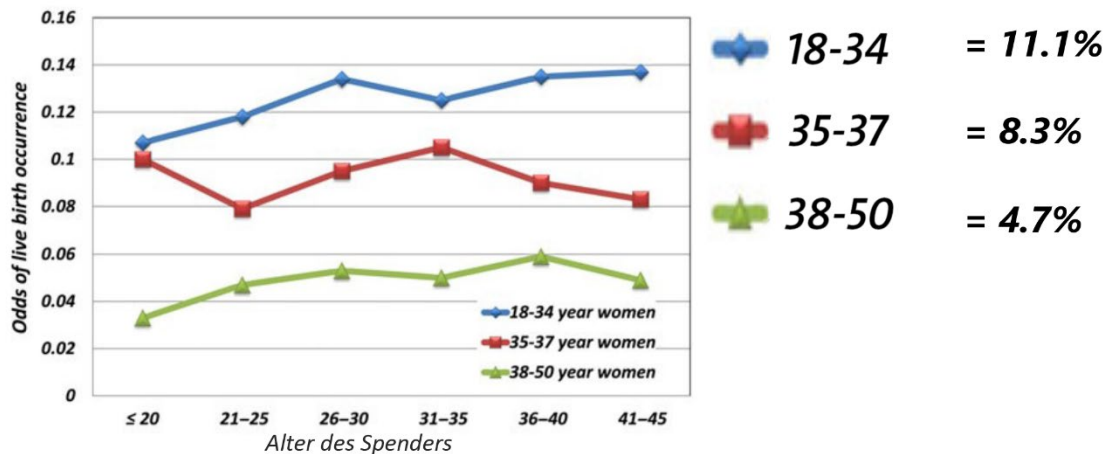


Abbildung 1: Lebendgeburtenraten nach einer britischen retrospektiven Kohortenstudie, die 46.078 Erst-Inseminationen zwischen 1991 und 2012 einbezog (Ghuman et al. 2016, [Link zur Studie](#))

Die Spermaqualität

Es gibt WHO-Kriterien zur Beurteilung eines SpermioGRAMMS, wobei drei Qualitäten beurteilt werden: die Konzentration, die Beweglichkeit und die Morphologie, also das Aussehen, der Spermien. Die WHO hat erfasst, welche Werte bei Paaren bestehen, die innerhalb eines Jahres eine Schwangerschaft gezeugt haben und aus diesen Beobachtungen Grenzwerte erhoben. Liegen Werte im SpermioGRAMM darunter, bedeutet dies keineswegs, dass ein Mann unfruchtbar ist. Wie sehr die Zeugungsfähigkeit eingeschränkt ist, muss individuell erfasst werden. Die Samenqualität von Spermien, die für eine Inseminationsbehandlung infrage kommen, wird streng untersucht und liegt in der Regel deutlich über den von der WHO erarbeiteten Kriterien.

Alle Spermaqualitäten haben sich in den letzten dreißig bis vierzig Jahren in den westlichen Ländern dramatisch verschlechtert. So ist etwa die durchschnittliche Spermienanzahl um 50 Prozent zurückgegangen: von 99 Millionen auf 47 Millionen Spermien pro Milliliter Samenflüssigkeit (Levine et al. 2017, [Link zur Studie](#)). Das liegt noch weit über dem, was die WHO als Mindestkonzentration für ein ‚normales‘ SpermioGRAMM fordert. Aber dieser Trend ist nicht überall zu beobachten, so nicht in Afrika oder Asien. Folglich scheint unsere Lebensweise einen Einfluss auf die Spermaqualität zu haben, aber auch Umweltgifte wie Pestizide, die wir selbst kaum vermeiden können.



Bei einer Behandlung mit Spendersamen geht es aber letztlich nicht um allgemeine Trends, sondern ganz konkret um die Qualität der jeweiligen Spendersamen. Dazu gibt es eine Studie von einer Samenbank in Sidney, die in einer longitudinalen Beobachtung zwischen 1983 und 2001 keine Verschlechterung der Spermaqualität festgestellt hat (Costello et al. 2002, [Link zur Studie](#)). Es ist also anzunehmen, dass es regionale Unterschiede gibt, aber auch, dass Spender spezielle Auswahlprozesse durchlaufen. Entscheidend ist also, die Spermaqualität der lokalen Spender und der einzelnen Samenbanken zu kennen.

Intravaginal, intrazervikal oder intrauterin?

Es gibt insgesamt sehr wenig Untersuchungen zu den verschiedenen Methoden der Insemination: der Gabe in die Scheide (intravaginal), den Gebärmutterhals (intrazervikal) oder in die Gebärmutterhöhle (intrauterin). Eine Studie aus Indien untersuchte prospektiv 55 heterosexuelle Paare, die wegen sexueller Funktionsstörungen keinen penetrativen Geschlechtsverkehr haben konnten und eine Bechermethode zur Empfängnis nutzten (Banerjee/Singla 2017, [Link zur Studie](#)). Die Studie analysierte die Schwangerschaftsraten nach zwei Jahren und kam zu recht vielversprechenden Ergebnissen: Von den jungen Frauen bis 33 Jahren wurden 69 Prozent schwanger, von den 33- bis 36-Jährigen 40 Prozent und von den über 36-Jährigen 25 Prozent. Auch wenn die Zahl der Teilnehmenden gering war, lässt die Studie das Fazit zu, dass eine Insemination in die Scheide mit Bechermethode für jüngere Frauen eine Alternative zur Inseminationsbehandlung in einer Klinik darstellen kann. Allerdings sind reproduktionsmedizinische Zentren in Deutschland rechtlich verpflichtet zu bezeugen, dass die Frau den Spendersamen einer Samenbank erhalten hat, mit der sie dies vertraglich vereinbart hat, und es ist daher verboten, Frauen Spendersamen mit nach Hause zu geben.

Zur Frage, ob der Spendersamen über einen Katheter in den Gebärmutterhals oder in die Gebärmutter eingeführt werden sollte, gibt es eine Cochrane-Studie, also eine evidenzbasierte Metaanalyse (Besselink et al. 2008, [Link zur Studie](#)). Diese Analyse stützt sich auf vier Studien, die alle Inseminationsbehandlungen mit Kryosperma in stimulierten Zyklen untersuchten. Hier waren die Ergebnisse zwar besser bei der Gabe der Spermien in die Gebärmutter, aber auch die Gabe in den Gebärmutterhals zeigte insgesamt gute Ergebnisse. Eine retrospektive Kohortenstudie aus Holland verglich die Schwangerschaftsraten bei intrauteriner und intrazervikaler Gabe der Spermien anhand der Daten aus acht reproduktionsmedizinischen Zentren mit eigener Samenbank (Kop et al. 2015, [Link zur Studie](#)). Auch hier erfolgte die Insemination mit Kryosperma, allerdings in natürlichen Zyklen. Die Studie kam zu keinen signifikanten Unterschieden zwischen den beiden Methoden. Insgesamt stellt also die intrazervikale Methode eine gute Alternative dar, etwa wenn die Passage durch den Gebärmutterhals schwierig ist.

Egal ob die Insemination intrauterin oder intrazervikal erfolgt: Die Frau kann danach sofort aufstehen, längeres Liegenbleiben verbessert die Empfängnis nach Insemination nicht (Rijswijk et al. 2017, [Link zur Studie](#); Cordary et al. 2017, [Link zur Studie](#)).

Hormonelle Stimulation

Zur Frage, ob eine hormonelle Stimulation erfolgen sollte oder nicht, gibt es eine Guideline aus Großbritannien. Sie empfiehlt für die heterologe Insemination zunächst eine Behandlung in natürlichen Zyklen, und zwar für bis zu sechs Zyklen (NICE Guideline CG156, [Link zur Guideline](#)). Dies gilt selbstverständlich nur für die Frauen, die einen spontanen, regelmäßigen Zyklus mit einem Eisprung haben. Eine Ovarstimulation wird erst anschließend als Second-Line-Behandlung empfohlen. Denn eine Stimulationsbehandlung erhöht das Mehrlingsrisiko, und Mehrlingsschwangerschaften sind immer Risikoschwangerschaften und sollten vermieden werden.

Kosten

Inseminationsbehandlungen in Deutschland kosten etwa 500 bis 700 Euro pro Zyklus. Dies inkludiert die Ultraschalluntersuchungen sowie die Vorbereitung des Spendersamens. Medikamente zur Auslösung eines Eisprungs kosten circa 50 Euro. Da Inseminationen in Deutschland nicht als Heilbehandlung anerkannt sind, müssen zusätzlich 19 Prozent Mehrwertsteuer für alle Leistungen bezahlt werden.

Zusammenfassung

Folgende Punkte sind für die Durchführung heterologer Inseminationen wichtig:

- Sperma-Qualität: Die Samenbanken müssen individuell kritisch geprüft werden.
- Sperma-Platzierung: Eine intrauterine Gabe des Spendersamens ist vorzuziehen, aber auch eine Platzierung in die Zervix hat ähnliche Chancen auf eine Schwangerschaft. Die Möglichkeit einer Heiminsemination kann nicht begleitet werden, da die Abgabe von Spendersamen nicht erlaubt ist. Auch die sogenannte Bechermethode muss hier also ärztlich begleitet in der Praxis erfolgen.
- Zyklus und Timing: Der natürliche Zyklus ist vorzuziehen, auf alle Fälle für die ersten drei bis sechs Zyklen. Hormonelle Stimulation gilt als Second-Line-Behandlung.
- Co-Faktoren beachten: Vor allem das Alter der Frau ist wichtig. Weitere wichtige Angaben sind Erkrankungen, die die Fruchtbarkeit einschränken können, wie zum Beispiel Eileiterezündungen oder Endometriose.



Anthropologischer Rückblick und Ausblick

Sexuelle Selektion ist Teil der Evolution und selbst bei der Drosophila-Fliege (*Drosophila melanogaster*) überlebenswichtig: Der Samen der männlichen Fliege ist für die weibliche Fliege giftig, allerdings ist nicht jedes Spermium gleich giftig, und die weiblichen Fliegen suchen sich Männchen mit weniger giftigem Samen aus und verlängern dadurch deutlich ihre Lebenserwartung.

Bei unseren direkten Vorfahren, den Primaten, machte die berühmte Anthropologin und Evolutionsforscherin Jane Goodall bei Schimpansen interessante Beobachtungen zum selektiven Verhalten. Die Schimpansenmännchen versuchen sich mit so vielen Weibchen wie möglich zu paaren: Das erhöht die Zahl der Nachkommen – die Quantität. Bei den Weibchen beobachtete Goodall, dass sie für eine Schwangerschaft circa hundert Mal Geschlechtsverkehr hatten und im Durchschnitt mit zehn verschiedenen Männchen. Dabei suchten sie auch Kontakt außerhalb des eigenen Stammes, obwohl dies hochriskant ist: Weibchen, die beim ‚Fremdgehen‘ erwischt werden, werden vom eigenen Stamm getötet. Andererseits verbessern sie dadurch aber die Überlebenschancen ihres Nachwuchses. Übernimmt nämlich ein Männchen aus einem Nachbarstamm irgendwann die Führung im eigenen Stamm, erkennt es das Weibchen wieder und tötet die Jungen dieser Schimpansin nicht, weil es die eigenen sein könnten, den fremden Nachwuchs hingegen schon, um die Chance auf die eigene Fortpflanzung zu erhöhen.

Wie auch immer die Selektion beim Menschen verläuft: Wenn man sich entscheidet, einen Spender über eine Samenbank zu suchen, ist die intuitive sexuelle Selektion ausgeschaltet. Stattdessen gibt es völlig andere Auswahlkriterien, die zudem noch davon abhängen, was die Samenbanken an Informationen herausgeben. Was und ob diese neuen Selektionsprozesse einen Einfluss auf die Schwangerschaft und Gesundheit der Kinder haben, ist völlig unklar, aber möglich.

Soziale Situation alleinstehender Mütter in Deutschland

Laut Statistiken des Bundesfamilienministeriums werden 18 Prozent der Kinder in Deutschland von nur einem Elternteil großgezogen – Alleinerziehende sind bei uns also keine Seltenheit. Die Armutgefährdungsquote von Personen in Alleinerziehendenhaushalten lag 2021 deutschlandweit bei 41,6 Prozent. Dabei hängt der Anteil der armutsgefährdeten Kinder insbesondere von der Erwerbsbeteiligung der Eltern ab: Er liegt bei 60 Prozent, wenn es keinen Verdiener gibt, bei 30 Prozent, wenn es einen Verdiener gibt, der Teilzeit arbeitet, bei 15 Prozent mit einem Verdiener in Vollzeit und bei 5 Prozent beziehungsweise niedriger in Zweiverdienendenhaushalten, wenn mindestens eine Person Vollzeit arbeitet.

Das Wissen um das hohe Armutsrisiko von Alleinerziehenden dürfte ein wichtiger Grund für die Vorbehalte gegenüber einer Samenspendebehandlung bei Solo-Frauen sein. Allerdings zeigen vergleichende Studien aus Großbritannien, dass diese Vorbehalte nicht unbedingt begründet sind. Laut diesen Studien ist bei Frauen, die sich bewusst entscheiden, alleinerziehend eine Inseminationsbehandlung durchzuführen, und schwanger werden, das Armutsrisiko deutlich geringer (Golombok et al. 2016, [Link zur Studie](#)). Denn sie wissen, worauf sie sich einlassen, und können ihre finanzielle Situation vorab mitdenken. Solche Studien fehlen für Deutschland und sind dringend notwendig.

Psychologische Folgen für Mutter und Kind

Die Arbeitsgemeinschaft der Familienforscherin um Susan Golombok, Oxford, ist federführend bei der Untersuchung des psychologischen Wohlbefindens nach Kinderwunschbehandlung, wobei das Team heterosexuelle und homosexuelle Paare und Solo-Mütter in den Blick nimmt.

Eine longitudinale Studie schloss 87 Familien ein, mit denen Interviews im 3., 7., 10. und 14. Lebensjahr der Kinder erfolgten, die mit Hilfe einer reproduktionsmedizinischen Behandlung gezeugt worden waren. Vergleichsgruppe waren 50 Familien, deren Kinder nach natürlicher Konzeption geboren wurden. Die kognitive und physische Entwicklung war bei den Kindern beider Gruppen gleich. Es wurde aber beobachtet, dass eine späte Offenlegung der Herkunft assoziiert war mit häufigeren Familienkonflikten und eine frühe Offenlegung die Identitätsbildung der Kinder erleichterte (Golombok et al. 2013, [Link zur Studie](#); Ilioi et al. 2017, [Link zur Studie](#)). Allerdings stellt sich hier die Frage, ob Familien, die sich mit der Offenlegung leichttun, auch eine klarere Haltung zu ihrer Entscheidung haben und hier eine Bias vorliegt.

Dieselbe Arbeitsgruppe verglich auch Solo-Mütter und verpartnerte Mütter nach Samenspende und führte Interviews mit vier- bis achtjährige Kindern durch (Freeman et al. 2017, [Link zur Studie](#)). Es zeigte sich, dass die verpartnerten Mütter den Kindern ihre Herkunft seltener offenlegten als die Solo-Mütter (36,2 % versus 54,8 %). Wenn bis zum Zeitpunkt der Studie noch keine Offenlegung erfolgt war, gaben Solo-Mütter häufiger an, dass sie ihren Kindern ihre Herkunft offenlegen wollten. Zudem zeigte sich, dass verpartnerte Mütter gegenüber Spendern häufiger neutrale, ambivalente oder negative Gefühle haben als Solomütter und dass weniger verpartnerte als Solo-Mütter denken, die Kenntnis über ihre genetische Abstammung sei für ihre Kinder „extrem wichtig“ (46,8 % versus 74,2 %). Diese Erkenntnisse sollten in der psychosozialen Beratung zur Zeugung mit Spendersamen berücksichtigt werden und eine frühe Offenlegung empfohlen werden.



Eine weitere Studie befragte neunzehn Adoleszente und kam zu dem Ergebnis, dass Jugendliche mit einem sicheren autonomen Beziehungsmuster mehr Neugier und Interesse zeigen, Informationen zum Spender zu erhalten (Slutsky et al. 2016, [Link zur Studie](#)). Insgesamt wurde deutlich, dass die Eltern-Kind-Beziehung eine große Bedeutung für die Verarbeitung der Donor-Zeugung ins eigene Identitätskonzept hat.

Zitate von Kindern aus der Oxforder Studie (Zadeh et al. 2017, [Link zur Studie](#))

Elfjähriges Mädchen: „Er spielt keine Rolle in meinem Leben, er ist kein Teil meiner Familie oder sonst was ... Er ist halt eine weitere Person in dieser Welt.“

Zwölfjähriger Junge: „Er hat dunkle Augenbrauen und Augen ... Mama sagt, wir haben seine Augen und Haaren. Wir sähen nicht so aus, wenn unser Dad blond wäre.“

Dreizehnjähriges Mädchen: „Ich fühlte mich gut, als es mir gesagt wurde, denn ich war daran gewöhnt, keinen Vater zu haben, und es war mir egal ... Ich würde mir nur wünschen, ich könnte ihn treffen, ... denn er ist schließlich mein Vater.“

Neunjähriger Junge: „Ich glaube nicht, dass er der beste Vater wäre, denn er will es ja nicht ... Ich nenne ihn trotzdem Vater.“

Rechtliche Situation in Deutschland

Die Bundesärztekammer hat 2017 eine neue Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion erstellt ([Link zur Richtlinie](#)). Diese Richtlinie beschränkt sich explizit auf medizinisch-wissenschaftliche Fragestellungen und enthält keine Empfehlungen, bei welchen Personengruppen eine reproduktionsmedizinische Behandlung durchgeführt werden sollte. Dies war vorher anders: Die Vorgänger-Richtlinie von 2006 schloss lesbische Paare und Solo-Frauen von der heterologen Insemination explizit aus ([Link zur Richtlinie](#)).

Die Richtlinien der Bundesärztekammer sind zwar für Ärzt*innen nicht bindend, wohl aber die Richtlinien der Landesärztekammern. Daraus folgt, dass die Regelungen in Deutschland je nach Bundesland sehr unterschiedlich ausfallen – ein Flickenteppich: Jedes Land hat eine eigene Richtlinie erstellt, keine ist wie die andere. So hat beispielsweise Nordrhein-Westfalen die alte Verordnung von 2006 übernommen und

bislang nicht revidiert, weswegen bis heute die Samenspendebehandlung von lesbischen oder Solo-Frauen dort nicht möglich ist. Die Landesärztekammern in Bayern, Berlin und Brandenburg haben wiederum bis heute keine reproduktionsmedizinische Verordnung erlassen. In diesen Bundesländern ohne gesetzliche Regelung haben sich schon vor vielen Jahren mutige Reproduktionsmediziner*innen vorgewagt und Samenspendebehandlungen angeboten. In Berlin ist dies heute selbstverständlich. Die erste Richtlinie in Deutschland, die explizit die Behandlung lesbischer Paare gestattete, wurde 2015 in Hamburg erlassen.

Da die Regelungen so unterschiedlich sind, raten wir, sich bei reproduktionsmedizinischen Zentren vor Ort zu informieren, die den aktuellen Stand kennen.

2018 trat das Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen (SaRegG) in Kraft. Dieses Gesetz verbietet in Deutschland die geschlossene Spende mit Anonymisierung des Spenders, um das Recht des Kindes auf die Kenntnis der Abstammung zu gewährleisten. Wenn es zur Geburt kommt, müssen die Daten des Spenders an das Samenspender-Register beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) weitergegeben werden, wo sie für 110 Jahre gespeichert werden. Das Kind kann die Daten über den eigenen genetischen Spender abfragen, sobald es sechzehn Jahre alt ist, und auch noch dessen Nachkommen können dieses Recht wahrnehmen.

Trotz dieser ersten Schritte hin zu einer Regelung bleiben viele gesellschaftliche und familienrechtliche Fragen in Deutschland unbeantwortet. So ist es beispielsweise nicht endgültig geklärt, ob Reproduktionsmediziner*innen, wenn sie Inseminationsbehandlungen bei Solo-Frauen oder lesbischen Paaren durchführen, auf Unterhalt verklagt werden können. Professor Dr. jur. Jochen Taupitz, ein renommierter Jurist in diesem Bereich, hat 2021 argumentiert, dass der Gesetzgeber durch die Einführung des Samenspender-Registers grundsätzlich vorsieht, dass ein Kind ohne zweiten Elternteil geboren werden darf ([Link zum Kommentar](#)). Denn nach Samenspende kann der leibliche Vater, also der Samenspender, nicht als Vater des Kindes festgestellt werden – dies ist seit 2018 gesetzlich geregelt (vgl. § 1600d Abs. 4 BGB). Möglich wäre nur eine Vaterschaftsanerkennung des Samenspenders oder eine Adoption nach der Geburt des Kindes und mit Einverständnis der Mutter, was immer mit Unsicherheit behaftet ist. Eine Samenspende bei lesbischen Frauen oder Solo-Frauen durchzuführen würde, gemäß Taupitz, also kein ‚Risiko‘ für Fortpflanzungsmediziner*innen auf Unterhaltungspflicht mit sich bringen. Dass sich nicht alle Ärzt*innen auf diese Argumentation verlassen möchten und einige daher keine Behandlungen bei Solo-Frauen und lesbischen Paaren vornehmen, bevor es keine klaren rechtlichen Regelungen gibt, ist nachvollziehbar.

Daneben ist es auch entscheidend sicherzugehen, dass eine Frau nicht verheiratet ist, wenn sie allein oder zusammen mit ihrer lesbischen Partnerin eine Insemination



wünscht. Sollte eine Frau nämlich (noch) verheiratet sein, wäre ihr Mann automatisch der Vater des Kindes und damit unterhaltspflichtig. Wenn er aber von der Insemination nichts wusste und diese auch nicht wünschte, könnte er die behandelnden Reproduktionsmediziner*innen auf Unterhalt verklagen. In unserem reproduktionsmedizinischen Zentrum ist daher in diesen Fällen immer die Vorlage einer erweiterten Meldebescheinigung erforderlich, die den ledigen oder geschiedenen Familienzustand bescheinigt.

Auf ein weiteres, bedeutsames ungelöstes Problem möchte ich noch abschließend hinweisen. Im letzten Jahr ist der Fall eines holländischen Spenders durch die Presse gegangen, der um die 500 Kinder gezeugt haben soll. Offenbar ist es ihm gelungen, die niederländischen Regelungen über die Anzahl der Kinder, die pro Spende von einem Spender gezeugt werden dürfen, zu umgehen. Da er gegen Gesetze verstoßen hatte, konnte er in der Folge verklagt werden. Ähnliches wurde in Deutschland bei dem neuen Samenspende-Registergesetz nicht festgelegt – der Fall aus den Niederlanden zeigt, dass dies ein echtes Versäumnis war. Eine Kommission, die das Gesundheitsministerium ins Leben gerufen hat, betrachtet derzeit unter anderem diese Aspekte der heterologen Samenspende. Es ist sehr zu hoffen, dass hier nachjustiert wird.

Allerdings hat auch die Anzeige den Mann in den Niederlanden nicht daran gehindert, weiter Samen zu spenden – er ging dafür einfach ins Ausland. Hier wird deutlich, wie wichtig es ist, nicht nur in Deutschland nachzuziehen, sondern auch europaweite Regelungen zu finden.

Alles in allem: Wir sind etwas weitergekommen, aber es gibt weiterhin viel zu tun!

Vortrag 2

Einblicke zur Samenspende – die Sicht der Samenbanken

Boris Rosenkrantz

Die European Sperm Bank wurde 2004 in Kopenhagen gegründet ([Link zur Website](#)). Sie rekrutiert Samenspender in Dänemark, Großbritannien, Deutschland und den Niederlanden und versendet Spendersamen weltweit in 90 Länder. In Deutschland kooperieren wir mit über 160 Kliniken und Praxen.

Wir beachten in allen unseren Prozessen stets die Gesetze und Richtlinien der jeweiligen Länder sowie die Empfehlungen der WHO, wobei unsere Standards weit über die vorgeschriebenen Mindeststandards hinausgehen. Dabei verstehen wir uns nicht nur als Samenbank, die Spendersamen zur Verfügung stellt, sondern wir sind auch vor der Behandlung, während der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes für Fragen erreichbar. Ein wichtiges Ziel ist für uns die Enttabuisierung der Samenspende.

Regelungen in Deutschland

Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen (kurz: Samenspenderregistergesetz, SaRegG) im Juli 2018 ist in Deutschland nur die offene beziehungsweise ID-release Samenspende erlaubt, bei der das Kind die Identität des Spenders ab der Vollendung des sechzehnten Lebensjahres erfahren kann. Wie der Name schon sagt, legt das Gesetz den Fokus auf das Recht des Kindes auf Wissen über seine Abstammung und hat daher festgelegt, dass in Deutschland ein Samenspenderregister installiert wird, in dem die Spender verzeichnet werden. Letzteres ist heute beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) angesiedelt (auf der Website des BfArM finden Sie weitere Informationen sowie den Gesetzestext; [Link zur Website](#)).



Boris Rosenkrantz

Boris Rosenkrantz ist seit 2016 bei der European Sperm Bank in Kopenhagen und dort seit 2020 als Regional Sales Manager für den Vertrieb in Deutschland, Österreich, den Niederlanden und der Schweiz zuständig. In dieser Funktion hat er fast alle Kinderwunschkliniken in Deutschland bereits besucht und nimmt regelmäßig an den deutschen Fertilitätsmessen teil.



Das Gesetz regelt die Pflichten der „Entnahmeeinrichtungen“, also der Samenbanken, und der „Einrichtungen der medizinischen Versorgung“, also der Kliniken und Praxen, die die Inseminationen vornehmen. Damit auch ausländische Samenbanken sich an die gesetzlichen Vorgaben halten, sind die Kliniken in der Pflicht, sicherzustellen, dass die Samenbanken, mit denen sie zusammenarbeiten, den Anforderungen des Samenspenderregistergesetzes entsprechen und die Spender melden. Wir schließen mit allen Kliniken und Praxen, mit denen wir zusammenarbeiten, Kooperationsverträge, die diese Punkte explizit festlegen.

Im Gesetz ist auch festgelegt, dass, wenn ein Kind mit Spendersamen gezeugt wurde und dabei die gesetzlichen Regelungen Beachtung fanden, der Samenspender nicht als Vater des Kindes festgestellt werden kann und daher auch keine Unterhaltsansprüche geltend gemacht werden können (siehe Zitat unten).

Zitat aus dem Samenspenderregistergesetz, Artikel 2, Absatz 1 (als Ergänzung übernommen ins BGB §1600d, Absatz 4):

„(4) Ist das Kind durch eine ärztlich unterstützte künstliche Befruchtung in einer Einrichtung der medizinischen Versorgung im Sinne von § 1a Nummer 9 des Transplantationsgesetzes unter heterologer Verwendung von Samen gezeugt worden, der vom Spender einer Entnahmeeinrichtung im Sinne von § 2 Absatz 1 Satz 1 des Samenspenderregistergesetzes zur Verfügung gestellt wurde, so kann der Samenspender nicht als Vater dieses Kindes festgestellt werden.“

Das Samenspenderregistergesetz war ein wichtiger Schritt, denn es hat die Zugangsbarrieren zur Samenspende reduziert. Als ich 2016 bei der European Sperm Bank angefangen habe, gab es nur wenige Kliniken in Deutschland, die die Behandlung mit Spendersamen für Single-Frauen oder lesbische Paare angeboten haben. Da es damals gesetzlich noch nicht geregelt war, ob ein Spender als Vater des Kindes begriffen werden kann und gegebenenfalls unterhaltspflichtig ist, konnten Samenbanken in Deutschland nur in Einzelfällen Samen für Single-Frauen oder lesbische Paare zur Verfügung stellen. Dies hat sich dank der neuen Gesetzeslage gewandelt. Mittlerweile bieten mehr als 70 Prozent der über 160 Kliniken und Praxen, mit denen wir in Deutschland zusammenarbeiten, Behandlungen für Single-Frauen an und praktisch alle für lesbische Paare.

Hürden für diese Gruppen bestehen aber weiterhin, wenn sie sich auch je nach Klinik/Praxis unterscheiden. Meist zählen folgende fünf Punkte dazu:

- Sie benötigen eine Garantiperson, die notariell bezeugt, dass sie als zweiter Versorger des Kindes zur Verfügung steht,
- ihr Konto muss ein gewisses Guthaben aufweisen,
- sie müssen eine psychologische Beratung durchlaufen, um festzustellen, ob der Kinderwunsch gut überlegt ist,
- sie sind verpflichtet, eine familienrechtliche Beratung wahrzunehmen und
- sie benötigen eine Lebensversicherung.

Aufgrund dieser Anforderungen entscheiden sich auch heute noch Frauen, die Behandlung im Ausland, etwa in Dänemark oder den Niederlanden, vornehmen zu lassen, wo es solche Anforderungen nicht gibt.

Samenbanken am deutschen Markt

Am deutschen Markt sind dreizehn deutsche und drei dänische Samenbanken aktiv sowie in Einzelfällen Unternehmen aus anderen Ländern. Die dänischen Samenbanken sind nur als Samenbanken tätig, während die Einrichtungen in Deutschland und anderen europäischen Ländern häufig an Kliniken angegliedert sind und vorrangig für den eigenen Bedarf und die nähere Umgebung arbeiten. Das wirkt sich auf die Größe aus: Die European Sperm Bank hat 170 Mitarbeitende, während deutsche Samenbanken häufig deutlich kleiner sind. In Deutschland war traditionell auch die Spenderbereitschaft geringer als beispielsweise in Dänemark. Seit der Klärung der juristischen Situation des Spenders 2018 steigt die Bereitschaft zur Samenspende aber.

Ein für diesem Bereich wichtiger Verein in Deutschland ist der Arbeitskreis Donogene Insemination e. V., ein Zusammenschluss aus Ärzt*innen, Samenbanken, psychosozialen Beratungsfachkräften, Wissenschaftler*innen und Laborfachkräften, die im Bereich der Samenspendebehandlungen tätig sind. Auf der Homepage des Vereins finden sich viele interessante Informationen, etwa wo in Deutschland Samenbanken sitzen ([Link zur Homepage](#)). Der Arbeitskreis hat auch das Deutsche Register für Insemination (DERI) ins Leben gerufen, das im Mai 2023 gestartet ist und das Ziel verfolgt, alle Inseminationsbehandlungen in Deutschland systematisch zu erfassen. Bislang (Stand: Dezember 2023, also nach etwa einem halben Jahr Laufzeit des DERI) arbeitet bereits die Hälfte der 140 reproduktionsmedizinischen Einrichtungen, die im deutschen IVF-Register gemeldet sind, bei DERI mit. Diese wichtige ist sehr zu begrüßen. Allerdings könnte die Einführung gesetzlich geregelter Meldepflichten, wie es sie in anderen europäischen Ländern, etwa in Dänemark und den Niederlanden und bald auch in Österreich, gibt, noch belastbarere Daten ergeben. Denn aus dem Samenspenderregister lässt sich nur erschließen, wie viele Kinder nach Insemination geboren wurden, aber nicht, wie viele Inseminationen vorgenommen wurden.



Was sind Straws?

Straws oder Samenhalme, manchmal auch als Proben bezeichnet, sind kleine Plastikröhrchen, in denen der Spendersamen aufbewahrt wird. In diesen Straws sind bei dänischen Samenbanken üblicherweise 0,5 Milliliter Samenflüssigkeit enthalten, bei anderen Samenbanken manchmal auch nur 0,3 Milliliter. Insbesondere in den USA sind auch sogenannte Vials üblich, also kleine Fläschchen mit meist 1 Milliliter Samenflüssigkeit.

Was bedeutet MOT?

MOT gibt Auskunft über die Beweglichkeit der Spermazellen in einer Samenprobe. So heißt MOT 20 beispielsweise, dass 20 Millionen motile, also aktiv vorwärts schwimmende Spermazellen in einer Samenprobe enthalten sind. Eine Samenprobe mit einer Motilität/Beweglichkeit von MOT 20 kann für jede Form von Behandlung eingesetzt werden. Für IVF- und ICSI-Behandlungen genügt meist eine Motilität von MOT 10.

Kosten

Mit Blick auf die Kosten möchte ich ein Beispiel aus dem Alltag der European Sperm Bank vorstellen: Für eine MOT 20-Probe mit 0,5 Milliliter Spendersamen berechnen wir rund 1185 Euro. Hinzu kommen Kosten für Versand und Abwicklung in Höhe von circa 351 Euro. Für eine Behandlung fallen also insgesamt circa 1540 Euro (inklusive Mehrwertsteuer) an (siehe Abbildung 2).

Wir empfehlen Frauen und Paaren, gleich mehrere Proben zu bestellen, wenn die Klinik bereit und in der Lage ist, Spendersamen aufzubewahren, da sich dadurch die Versand- und Abwicklungskosten reduzieren. Allerdings können wir Proben, die bereits versandt wurden, nicht mehr zurücknehmen, da wir die Kühlkette nicht garantieren können. Wenn jemand mehrere Kinder desselben Spenders möchte, bieten wir die Möglichkeit, bei uns ein Samendepot einzurichten. Proben, die man nicht mehr braucht, nehmen wir in solchen Fällen innerhalb der ersten drei Jahre zurück und erstatten 75 Prozent der Kosten.

BESTELLÜBERSICHT (INKL. MWST)	
1 x Mallek	€ 1.184,05
Subtotal	€ 1.184,05
Versand und Abwicklung	€ 351,05
Total	€ 1.535,10
von denen €245,10 die Mehrwertsteuer ist	

SPEICHERN UND FORTFAHREN

Abbildung 2: Beispiel für die Kosten für Spendersamen (eine Behandlung)

Die Preiszusammenstellung und die Qualität des Spendersamens sind nicht bei allen Samenbanken gleich, hier sollte man sehr genau hinschauen.

Die Spender

Die Spender erhalten für ihre Samenspende eine Aufwandsvergütung. In vielen Ländern (allerdings nicht in Deutschland) ist festgelegt, dass bei der Samenspende ähnlich wie bei der Blutspende nicht das Geld der Anreiz sein soll, sondern das Bedürfnis, anderen zu helfen. Außerdem ist geregelt, wie viel und wie oft ein Einzelner Samen spenden darf und wie viel Geld er dafür bekommen darf (aktuell um die 40 bis 45 Euro pro Spende). Auch das Alter der Spender ist länderspezifisch unterschiedlich geregelt, liegt aber meist zwischen 18 und 45 Jahren.

Die Spender in der European Sperm Bank sind im Durchschnitt 27 Jahre alt, 60 Prozent von ihnen sind Studenten, und 22 Prozent haben bereits eigene Kinder. Bei uns gibt es fast keine ganz jungen Spender, weil wir sicherstellen möchten, dass die Spender genau wissen, worauf sie sich einlassen, und auch weil der Zulassungsprozess einige Zeit in Anspruch nimmt.



Unsere Anforderungen an die Samenspender sind hoch. Das zeigt sich auch darin, dass nur etwa 7 bis 9 Prozent der Bewerber als Spender zugelassen werden. Unser Zulassungs-Screening umfasst folgende Schritte:

- eine genetische Analyse der Spermienqualität,
- eine genetische Risikobewertung der Familie des Spenders,
- eine gründliche körperliche Untersuchung durch speziell ausgebildete Hausärzt*innen,
- ein genetisches Screening und eine Chromosomenanalyse sowie
- Tests auf Infektionskrankheiten, einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten (die auch nach der Zulassung regelmäßig wiederholt werden).

Auf unserer Website veröffentlichen wir umfangreiche Spenderprofile.

Ausblick

Wir engagieren uns auch für Spenderkinder und ihre Familien. Weil wir wissen, wie wichtig es ist, frühzeitig mit einem Spenderkind darüber zu sprechen, dass es mit Spendersamen auf die Welt gekommen ist, haben wir beispielsweise ein Programm aufgebaut, um Familien und Frauen bei der Offenlegung zu unterstützen und Spenderkinder zu begleiten (mehr Infos online, [Link zur Website](#)).

Zitat Dina, 23 Jahre, Spenderkind:

„Die Leute fragen mich oft, wie der Tag für mich war, als ich erfuhr, dass ich ein Spenderkind bin. Aber es gab nie ‚den Tag‘. Die Tatsache, dass ich ein Spenderkind bin, war immer ein Teil meiner Geschichte.“

Resümee

Fazit und Ausblick

Die Umsetzung des Samenspenderregistergesetzes wird fünf Jahre nach dem Inkrafttreten als gelungen bezeichnet. Die Zusammenarbeit zwischen Samenbanken und Kliniken ist gut.

Es war von ungefähr sechzehn Samenbanken die Rede, die von Deutschland beziehungsweise dem europäischen Ausland aus Samenspenden für den deutschen Markt anbieten. Hierzulande dürfen nur nicht-anonyme Samenspenden vermittelt werden. Spender durchlaufen vorher ein gesundheitliches Untersuchungsprogramm bei den Samenbanken. Die Anzahl der Samenspenden pro Spender ist limitiert. Das ist eine gute Vereinbarung, trotzdem soll es immer noch Vielspender geben. Ob die für verschiedene Samenbanken gleichzeitig arbeiten? Samenbanken bieten Informationen in unterschiedlicher Qualität auf ihren Homepages aber auch im persönlichen Gespräch an. Samenbanken sind vor allem aber auch Wirtschaftsunternehmen und orientieren sich an marktwirtschaftlichen Anforderungen und Renditeerwartungen. Die Preise für Samenspenden sind für viele Menschen (zu) hoch. Nicht nur die Anzahl der erforderlichen Samenproben sondern auch die Verwahrung, Aufbereitung und Versendung an die reproduktionsmedizinischen Zentren beeinflussen unter anderem den Preis.

Das Recht auf Wissen der eigenen Herkunft ist gewährleistet. Dadurch dass Samenbanken nur an reproduktionsmedizinische Zentren versenden, mit denen sie einen Kooperationsvertrag haben, ist die vorgeschriebene Registrierung der Spender gewährleistet. Spenderkinder können ab dem sechzehnten Lebensjahr die personenbezogenen Daten des Spenders erfragen. Eine Behandlung mit Samenspende im Kinderwunschzentrum ist aus rechtlichen, aber auch gesundheitlichen Gründen einer Eigenbehandlung im Bekanntenkreis vorzuziehen.

Immer mehr Paare und Solo-Mütter sind offen und sprechen mit ihren Kindern darüber, dass sie durch Samenspende gezeugt wurden. Samen vom selben Spender für mögliche Geschwisterkinder sind im Vorfeld zu bedenken. Die gesundheitlichen Risiken für die Empfängerin einer Insemination sind eher gering, insbesondere wenn keine Eisprung auslösenden Medikamente gegeben werden müssen.

Bisher ist in Deutschland nur die heterologe Samenspende als reproduktionsmedizinische Fremdmaßnahme erlaubt. Es gibt hierzulande etwa 170 Kinderwunschzentren, die Inseminationsbehandlungen durchführen. Eizellspende und Leihschwangerschaft sind im Jahr 2023 (noch) verboten. Die Ergebnisse einer Regierungskommission mit dem Ziel, Empfehlungen für deren zukünftige



Regulierungen zu formulieren, werden im Frühjahr 2024 erwartet. Ob und wie sich gesetzliche Regelungen und Erfahrungen aus der Samenspende auch auf die Eizellspende oder Leihschwangerschaft übertragen lassen, bedarf eines weiteren Diskussionsprozesses mit allen Beteiligten.

Single- oder Solo-Frauen sind als Zielgruppe in der Reproduktionsmedizin ‚angekommen‘, und der Umgang mit lesbischen Paaren mit Kinderwunsch ist selbstverständlicher geworden. Die Richtlinie der Bundesärztekammer ist nicht verbindlich für Ärzt*innen, Regelungen der Landesärztekammern sind uneinheitlich. Diskriminierungen sind nicht auszuschließen. Zum Beispiel ergaben sich ungleiche Möglichkeiten bei Behandlung sowie Kostenübernahme in den jeweiligen Bundesländern. Auch haben nach wie vor nicht alle Frauen (Menschen mit Uterus) den gleichen Zugang zu allen Angeboten. Hier besteht unbedingter Handlungsbedarf.

Unabhängige Informationen und psychosoziale Beratung im Zusammenhang mit Kinderwunschbehandlung können wichtige Beiträge zum Empowerment, zur psychischen Gesundheit und zum allgemeinen Wohlergehen der betroffenen Familien leisten. Eltern sollten rechtebasierte Angebote bekommen, um bei Bedarf gut vorbereitet und begleitet zu sein, denn Kinderwunschbehandlungen sind nicht immer von Erfolg gekrönt, können Beziehungen belasten, aber auch sozial und finanziell herausfordernd sowie mit sozialen Stigmata verbunden sein. Auch der Umgang mit dem Kind kann konflikthaft, und die Prozesse der Aufklärung über die Herkunft des Kindes können anspruchsvoll sein. Die Beratung sollte explizit darauf hinweisen, dass eine frühzeitige Aufklärung des Kindes, aber auch des Umfelds zu empfehlen ist. Das Beratungsangebot sollte niederschwellig und freiwillig und die Finanzierung gesichert sein. Kooperationen mit den Ärzt*innen und Kinderwunschzentren sollten ausgebaut werden. Wichtig ist dabei auch zu vermitteln, dass Beratung nicht als Diskriminierung oder Hürde erfahren wird, sondern als Hilfe und Unterstützung.

Beratungsstellen sind mit neuen Herausforderungen konfrontiert. Wie sollen Berater*innen zum Beispiel damit umgehen, dass lesbische Paare oder Single-Frauen von Kinderwunschzentren verpflichtend aufgefordert werden, Bescheinigungen als Nachweis einer Beratung vorzulegen?

Eine weitere Herausforderung ist der Umgang mit Frauen oder Paaren, die eine Insemination zu Hause durchführen möchten. Seit Einführung des Samenspenderregistergesetzes geben Samenbanken keinen Spendersamen mehr an Einzelpersonen ab. Bei privaten Samenspendern muss die Möglichkeit des Missbrauchs angesprochen werden, das Aufsetzen eines Vertrags sollte empfohlen werden.

Längst ist das Thema Kinderwunschbehandlung europaweit, ja weltweit zu betrachten – sollten Schwangerenberatungsstellen sich bei Informations- und Kinderwunschmessen einbringen? Welchen Beitrag könnten sie leisten, das Recht auf Information und Zugang zu medizinischem Fortschritt im Sinne der sexuellen und reproduktiven Rechte und Gesundheit in den Mittelpunkt der Angebote zu stellen, ohne

die Gefahren der Kommerzialisierung zu verharmlosen? Welche Kriterien unabhängiger, rechtebasierter Beratung sind den Angeboten im Themenfeld Reproduktionsmedizin zugrunde zu legen?

Samenspenden werden vom psychosozialen Beratungsangebot eher nicht erreicht. Es bleibt offen, ob bei ihnen wenig Beratungsbedarf besteht, ob das Angebot nicht bekannt oder nicht akzeptabel ist oder sie einem Tabu unterliegen, über ihre Samenspende sprechen zu können.



Anhang

Literatur und Links

Banerjee/Singla 2017: K Banerjee, B Singla: Pregnancy Outcome of Home Intravaginal Insemination in Couples with Unconsummated Marriage. *Journal of Human Reproductive Sciences*, 10/4, 2017: 293–296, DOI: 10.4103/jhrs.JHRS_5_17, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Besselink et al. 2008: D E Besselink, C Farquhar, J A M Kremer, J Marjoribanks, P O'Brien: Cervical insemination versus intra-uterine insemination of donor sperm for subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008, DOI: 10.1002/14651858.CD000317.pub3, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Kop et al. 2015: P A L Kop, M van Wely, B W Mol, A A de Meker, P M W Janssens, B Arends, M H J M Curfs, M Kortman, A Nap, E Rijnders, J P W R Roovers, H Ruis, A H M Simons, S Repping, F van der Veen, M H Mochtar: Intrauterine insemination or intracervical insemination with cryopreserved donor sperm in the natural cycle: a cohort study. *Human Reproduction*, 30/3, 2015: 603–7, DOI: 10.1093/humrep/dev004, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Cordary et al. 2017: D Cordary, A Braconier, F Guillet-May, O Morel, M Agopianz, R Callec: Immobilization versus immediate mobilization after intrauterine insemination: A systematic review and meta-analysis. *Journal Gynecol Obstet Hum Reprod*, 46/10, 2017:747–751. DOI: 10.1016/j.jogoh.2017.09.005, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Costello et al. 2002: M F Costello, P Sjoblom, Y Haddad, S J Steigrad, E G Bosch: No decline in semen quality among potential sperm donors in Sydney, Australia, between 1983 and 2001. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 19, 2002: 284–290, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

EIM 2022: European IVF Monitoring Consortium (EIM), for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), C Wyns, C De Geyter, C Calhaz-Jorge, M S Kupka, T Motrenko, J Smeenk, C Bergh, A Tandler-Schneider, I A Rugescu, and V Goossens: ART in Europe, 2018: results generated from European registries by ESHRE. *Human Reproduction Open*, 2022/3, DOI: 10.1093/hropen/hoac022, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 13.2.2024).

Freeman et al. 2017: T Freeman, S Zadeh, V Smith, S Golombok: Disclosure of sperm donation: a comparison between solo mother and two-parent families with identifiable donors. *Reproductive BioMedicine Online* 33/5, 2016: 592–600, DOI: 10.1016/j.rbmo.2016.05.017, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 21.2.2024).

Ghuman et al. 2016: N K Ghuman, E Mair, K Pearce, M Choudhary (2016): Does age of the sperm donor influence live birth outcome in assisted reproduction? *Human Reproduction*, 2016/3: 582–90, DOI: 10.1093/humrep/dev331, [Link zur Studie](#) /Zugriff: 13.2.2024).

Golombok et al. 2013: S Golombok, L Blake, P Casey, G Roman, V Jadva: Children born through reproductive donation: a longitudinal study of psychological adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54/6, 2013: 653–60, DOI: 10.1111/jcpp.12015, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 21.2.2024).

Golombok et al. 2016: S Golombok, S Zadeh, S Imrie, V Smith, T Freeman: Single Mothers by Choice: Mother–Child Relationships and Children’s Psychological Adjustment. *Journal of Family Psychology*, 30/4, 2016: 409–418. DOI: 10.1037/fam000188, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 21.2.2024).

Ilioi et al. 2017: E Ilioi, L Blake, V Jadva, G Roman, S Golombok: The role of age of disclosure of biological origins in the psychological wellbeing of adolescents conceived by reproductive donation: a longitudinal study from age 1 to age 14. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58/3, 2017: 315–24, DOI: 10.1111/jcpp.12667, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 21.2.2024).

Levine et al. 2017: H Levine, N Jørgensen, A Martino-Andrade, J Mendiola, DWeksler-Derri, I Mindlis, R Pinotti, S H Swan: Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Human Reproduction Update*, 2017/6: 646–59, DOI: 10.1093/humupd/dmx022, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

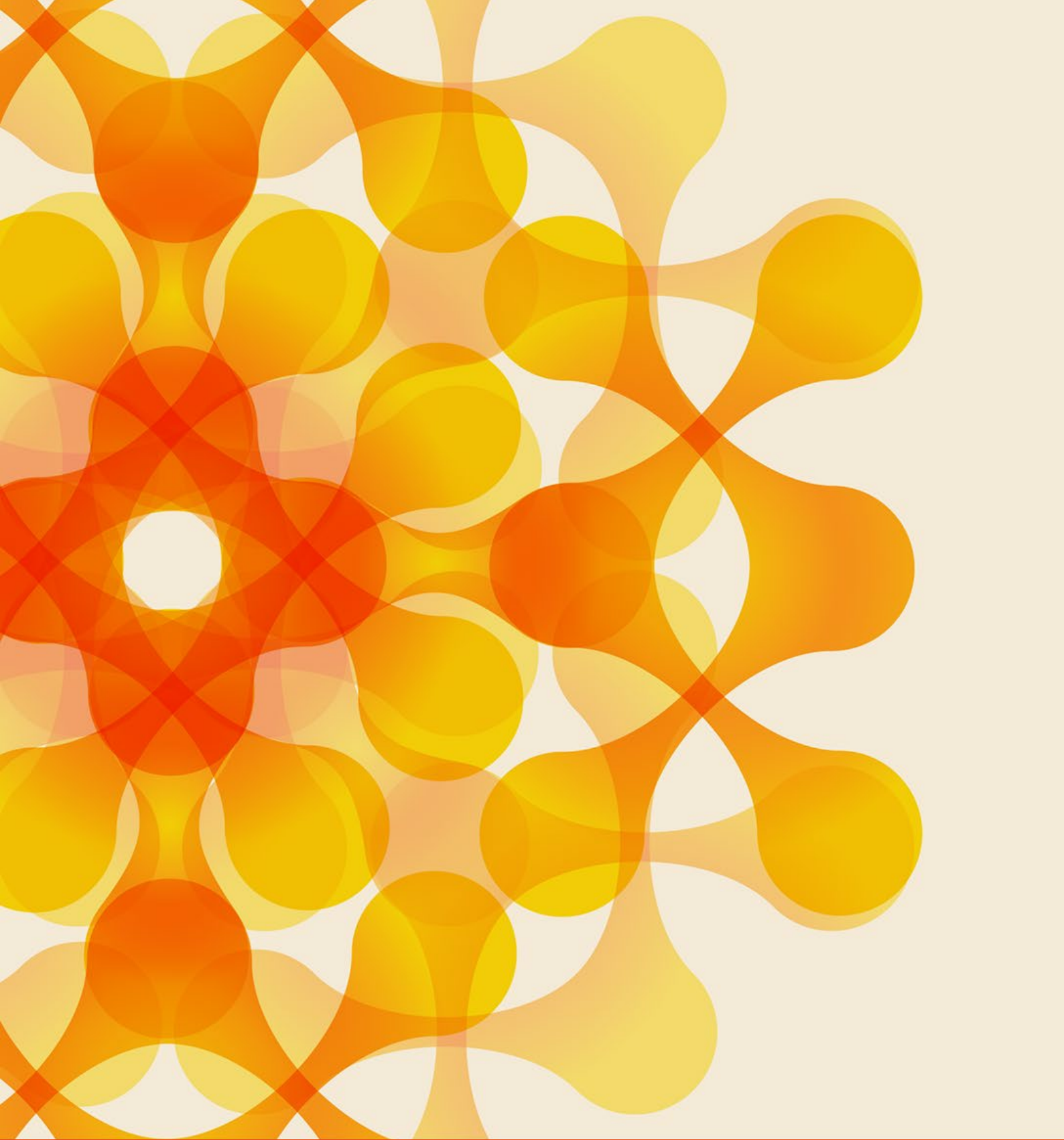
NICE Guideline CG156: Fertility problems: assessment and treatment, Clinical Guideline CG156, veröff. 20. Februar 2013, letztes Update: 6. September 2017; [Link zur Guideline](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Rijswijk et al. 2017: J van Rijswijk, M R Caanen, V Mijatovic, C G Vergouw, P M van de Ven, C B Lambalk, R Schats: Immobilization or mobilization after IUI: an RCT. *Human Reproduction*, 2017/11: 2218–24, DOI: 10.1093/humrep/dex302, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Slutsky et al. 2016: J Slutsky, V Jadva, T Freeman, S Persaud, M Steele, H Steele, W Kramer, S Golombok: Integrating donor conception into identity development: adolescents in fatherless families. *Fertility and Sterility*, 106/1, 2016: 202–8, DOI: 10.1016/j.fertnstert.2016.02.033, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Taupitz 2021: J Taupitz: Donogene Insemination. Verwendung von Spender-Samen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei homosexuellen (Ehe-)Paaren und alleinstehenden Frauen. *Hessisches Ärzteblatt* 9/2021, [Link zum Kommentar](#) (Zugriff: 16.2.2024).

Zadeh et al. 2017: S Zadeh, C M Jones, T Basi, S Golombok: Children's thoughts and feelings about their donor and security of attachment to their solo mothers in middle childhood. *Human Reproduction*, 32/4, 2017: 868–75, DOI: 10.1093/humrep/dex016, [Link zur Studie](#) (Zugriff: 21.2.2024).



www.profamilia.de/Publikationen