

Gefördert von:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

# Donogene Insemination – psychosoziale und juristische Dimensionen

Expertise im Rahmen des Projekts  
„Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland –  
Fallzahlen, Angebote, Kontexte“

Erstellt von Dr. Petra Thorn

Wissenschaftliche Texte

Wissenschaftliche  
Texte

Dr. Petra Thorn

## **Donogene Insemination – psychosoziale und juristische Dimensionen**

Expertise im Rahmen des Projekts „Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland – Fallzahlen, Angebote, Kontexte“

© Deutsches Jugendinstitut e.V.  
Abteilung Familie und Familienpolitik  
Nockherstraße 2, 81541 München  
Telefon: +49 (0)89 62306-0  
Fax: +49 (0)89 62306-162  
E-Mail: [info@dji.de](mailto:info@dji.de)  
ISBN: 978-3-86379-026-4

# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einführung</b>	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Begrifflichkeiten</b>	<b>8</b>
<b>3</b>	<b>Psychosoziale Aspekte für Personen, die donogen gezeugt wurden</b>	<b>10</b>
3.1	Entwicklung der Kinder	11
3.2	Bedeutung der Aufklärung über die Zeugungsart	11
3.3	Kontaktbedürfnisse von Personen, die donogen gezeugt wurden	15
3.4	Bedürfnisse von Samenspendern	16
3.4.1	Exkurs: Zur Rekrutierung von Samenspendern	18
<b>4</b>	<b>Stellenwert der psychosozialen Beratung</b>	<b>19</b>
<b>5</b>	<b>Gesetzliche Regelungen der Spendersamenbehandlung</b>	<b>21</b>
5.1	Gesetzliche Regelungen in Deutschland	21
5.1.1	Erforderliche Änderungen	24
5.2	Gesetzliche Regelungen und aktuelle Diskussionen in ausgewählten Ländern	25
5.2.1	Europa	25
5.2.2	USA und Kanada	31
5.2.3	Australien und Neuseeland	33
<b>6</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>36</b>
<b>7</b>	<b>Parallelen und Unterschiede zwischen der anonymen Geburt und der Spendersamenzeugung</b>	<b>37</b>
7.1	Integration des Wissens um die biologische Abstammung in die Identität	37
7.2	Wunschkinder versus unerwünschte Kinder	38
7.3	Aufklärung	38
7.4	Biologische Elternschaft	39
7.5	Öffentliche Wahrnehmung	39
7.6	Bedürfnis nach Komplexitätsreduktion	40
7.7	Bedeutung von Beratung	41
7.8	Verlässliche Daten und Dokumentation	41
7.9	Recht auf Wissen um die Abstammung	42
7.10	Zusammenfassung der Parallelen und Unterschiede	42
<b>8</b>	<b>Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	<b>44</b>



# 1 Einführung

Die Behandlung mit Spendersamen ist wahrscheinlich eine der ältesten Formen der medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Die erste Darstellung einer solchen Behandlung geht lt. Gregoire und Meyer (1965) auf das Jahr 1884 zurück. Es wird berichtet, dass eine Frau mit dem Samen eines Spenders inseminiert wurde, nachdem bei ihrem Ehemann Unfruchtbarkeit diagnostiziert wurde. Der inseminierende Arzt bat einen Studenten, Samen für das Ehepaar zu spenden. Zur Insemination wurde die Patientin anästhesiert. Weder ihr noch ihrem Ehemann teilte der Arzt zunächst mit, dass er nicht den Samen des Ehemannes, sondern gespendeten Samen für die Insemination verwendete. Erst nach einiger Zeit informierte er den Ehemann darüber, der seinerseits den Arzt darum bat, dies seiner Ehefrau dauerhaft zu verschweigen. Mit dieser ersten Publikation wurde deutlich, dass die Spendersamenbehandlung mit Scham und Anstößigkeit verbunden war und es wurden Weichen für ihre Rahmenbedingungen festgelegt: Das Einbringen von Samen eines anderen Mannes als den des Ehemanns wurde verheimlicht und mit einem Tabu belegt. Diejenigen, die darüber Bescheid wussten (in der Regel das Ehepaar und der Arzt), gingen einen Pakt des Schweigens ein. Selbstverständlich wurde davon ausgegangen, dass das so gezeugte Kind nicht aufgeklärt wird.

Trotz des Tabus gab es weltweit Ärzte, die die Behandlung – meist verschwiegen – durchführten. In Deutschland sollen bis 1954 bereits 1.000 Kinder mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gezeugt worden sein, die kritischen Stimmen waren Mitte des letzten Jahrhunderts jedoch zahlreich und laut (für einen geschichtlichen Überblick siehe: Katzorke, 2008; Thorn, 2009). Auch in der Nachkriegszeit wurde die Spenderbehandlung kritisiert. Gynäkologen bezeichneten sie als eine Perversität des Denkens, Fühlens und Handelns, die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Tiefenpsychologie erklärte, dass der Wunsch Mutter zu werden, ohne den Vater zu kennen oder zu heiraten, in der Mehrzahl einer neurotischen Persönlichkeitsstörung entspränge und der Jurist Dölle war der Überzeugung, dass die Spendersamenbehandlung ein grundsätzlicher Verstoß gegen die Idee von Ehe, Vaterschaft und Familie sei. Aufgrund dieser starken Vorbehalte befand der 62. Ärztetag 1959 die Samenspende für standesunwürdig. 1970 erklärte der 73. Ärztetag jedoch, dass sie zwar akzeptabel, aber mit so zahlreichen Problemen behaftet sei, dass sie nicht empfohlen werden könne. Im Zuge dieser größeren Akzeptanz nahmen einige Ärzte und Universitätskliniken die Spendersamenbehandlung in ihr Programm auf. Es fehlten allerdings maßgebliche juristische und berufsrechtliche Regelungen, so dass viele dieser Ärzte und Kliniken die Behandlung wieder einstellten.

Ärzte gingen weiterhin verschwiegen mit der Spendersamenbehandlung um und empfahlen dies den Eltern. Diese Geheimhaltung sollte dem Schutze aller Beteiligten dienen (Thorn & Daniels, 2007):

Es war ungewiss, ob sich das Wissen über die Abstammung negativ auf die Vater-Kind Bindung und die Familiendynamik auswirken könnte.

Man befürchtete, dass sowohl das Kind als auch seine Eltern aufgrund der moralisch zweifelhaften Behandlung stigmatisiert werden könnte.

Männliche Unfruchtbarkeit, der überwiegende Grund für eine Samenspende, wurde häufig mit mangelnder männlicher Potenz gleichgesetzt. Die Zeugungsart gibt Rückschlüsse auf den Fertilitätsstatus des Vaters, die Geheimhaltung bewahrte somit auch ihn vor einem Gesichtsverlust ob seiner Unfruchtbarkeit.

Da der Spender rechtlich nicht davor geschützt war, juristische Vaterschaftspflichten zu übernehmen, bedeutete die Geheimhaltung und seine Anonymisierung einen indirekten Schutz davor, dass seine Identität bekannt wurde und er finanziell belangt werden konnte.

Letztendlich schützte die Geheimhaltung der Spendersamenbehandlung auch die öffentliche Reputation des Arztes, der eine Behandlung anbot, die gesellschaftlich geächtet war.

Darüber hinaus bot sich die Geheimhaltung der Spendersamenzeugung gewissermaßen an: Die Frau wurde schwanger und gebar das Kind - der Beitrag des Samenspenders war für Nichtbeteiligte nicht erkennbar.

Seit 1970 wurden schätzungsweise 100.000 Kinder nach Spendersamenbehandlung geboren. Der jährliche Zuwachs betrug zunächst 1.500 bis 2.000 Kinder (Katzorke, 2008). Nach der Einführung und Etablierung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI - ein Verfahren, das Männern trotz stark eingeschränkter Zeugungsfähigkeit die Möglichkeit bietet, ein Kind zu zeugen) Anfang bis Mitte der 1990er sank diese Zahl auf ca. 500 (Thorn & Daniels, 2000) bis 1.000 (Katzorke, 2008) pro Jahr. Genaue Daten liegen nicht vor, da es sich bei der Spendersamenbehandlung in der Regel um eine Insemination handelt. Eine Insemination kann von allen Ärzten durchgeführt werden, nicht nur von Reproduktionsmedizinern, und diese Behandlungen werden im Gegensatz zu künstlichen Befruchtungen wie die In-vitro-Fertilisation (IVF) oder ICSI im Deutschen IVF-Register nicht erhoben.

Aktuell rekrutieren ca. 15 Samenbanken Spender, die meisten sind Mitglied des 1995 gegründeten Arbeitskreises für Donogene Insemination e. V. (AKDI<sup>1</sup>). Der AKDI setzt sich aus diesen Samenbanken, aus Ärzten, die die Spendersamenbehandlung durchführen, sowie aus psychosozialen und juristischen Fachkräften zusammen.

## 2 Begrifflichkeiten

Die Spendersamenbehandlung wird im medizinischen Bereich üblicherweise mit „DI“ für donogene Insemination abgekürzt. Seit einigen Jahren wird die Behandlung nicht nur im Rahmen einer Insemination (Einführen des Spermias in die Scheide bzw. den Uterus mit oder ohne vorherige hormonelle Stimulation der Frau) durchgeführt, sondern bei Vorliegen einer entspre-

<sup>1</sup> [www.donogene-insemination.de](http://www.donogene-insemination.de)

chenden Diagnose<sup>2</sup> auch im Rahmen einer künstlichen Befruchtung. In juristischen Publikationen wird der Begriff „heterologe Insemination“ verwendet, der im Gegensatz zu einer „homologen Insemination“ verdeutlichen soll, dass nicht der Samen des Partners, sondern der eines Spenders zum Einsatz kommt. Im Folgenden wird für die Spendersamenbehandlung die Abkürzung „DI“ verwendet, auch wenn es sich um eine künstliche Befruchtung handelt, da diese Abkürzung nicht nur in Deutschland, sondern international verwendet wird. Die Art des medizinischen Eingriffs ist in der Regel für die psychosozialen und juristischen Fragen dieser Familienbildung weniger relevant.

Die mit Hilfe einer DI gezeugten Menschen werden in der Literatur häufig als „Kinder nach einer Spendersamenbehandlung“ bezeichnet. Im Folgenden wird der Begriff „Kind“ jedoch nur verwendet, wenn es sich tatsächlich um Kinder, und nicht um Teenager oder Erwachsene handelt. Bei dem Begriff „Kind“ schwingt mit, dass es sich um junge Menschen handelt, die geschützt und behütet werden müssen. Es wird ignoriert, dass diese zu volljährigen Menschen heranwachsen, die eine eigenständige Haltung zu ihrer Zeugungsart entwickeln und diese mittlerweile auch öffentlich artikulieren. Diese Gruppe wird daher, wenn das Alter unerheblich ist oder es sich um volljährige Erwachsene handelt, als „Personen“ oder „Menschen“ nach DI bzw. nach Spendersamenbehandlung (in Anlehnung an den englischen Begriff *DI-offspring*) beschrieben.

In vielen Ländern werden nicht nur die Samenspende, sondern auch die Eizell- und Embryonenspende (alleine oder im Rahmen einer Leihmutterchaft) durchgeführt. Der Begriff „Gametenspende“ wird angewandt, wenn andere Formen der Zeugung mit Hilfe von Samen oder Eizellen einer dritten Person gemeint sind. Der Fokus wurde im Folgenden jedoch auf die Zeugung mit Samenspende gelegt.

In Deutschland und im Ausland greifen immer mehr lesbische und alleinstehende Frauen auf die Spendersamenbehandlung zurück. Dies zeigt sich auch und vor allem in der wissenschaftlichen Forschung: Der Anteil lesbischer oder alleinstehender Mütter ist in manchen Studien relativ hoch. Es muss somit bedacht werden, dass die Familienzusammensetzungen nach Spendersamenbehandlung heterogen sind und die Kinder in diesen unterschiedlichen Familientypen durchaus unterschiedliche Bedürfnisse entwickeln können.

Aus Gründen der Lesbarkeit wird überwiegend die männliche Form (z.B. „Arzt“) verwendet, die weibliche Form ist darin enthalten.

2 Eine künstliche Befruchtung wird durchgeführt bei Vorliegen einer Eileiterundurchlässigkeit, Fehlen von Eileitern oder wenn nach weniger invasiven Behandlungen keine Schwangerschaft eingetreten ist.



### **3 Psychosoziale Aspekte für Personen, die donogen gezeugt wurden**

Hinsichtlich der Entwicklung von Kindern und Erwachsenen nach DI wurden in den 1980ern und 1990ern zahlreiche Bedenken geäußert. Das Auseinanderfallen von biologischer Erzeugerschaft und sozialer Vaterschaft, die unkonventionelle Familienzusammensetzung und der Beitrag eines anonymen Spenders führten zu Befürchtungen, dass die kindliche Entwicklung Schaden nehmen und die Familiendynamik gestört sein könnte. Aufgrund der Geheimhaltung unterlagen wissenschaftliche Studien jedoch lange Zeit Begrenzungen. Familien, die die DI geheim hielten, beteiligten sich in der Regel nicht an Studien, da sie befürchteten, dass dies die Geheimhaltung gefährden könnte (Golombok et al., 2004; Thorn & Daniels, 2007). Daher begann die Erforschung dieses Familientypus erst in den 1980er, rund hundert Jahre nach der ersten bekannten Spendersamenbehandlung, und noch immer ist die Studienlage eingeschränkt: Es gibt wenig Langzeitstudien, in den meisten Studien ist die Stichprobengröße überschaubar und in einigen Untersuchungen ist eine Verzerrung möglich ist, da vor allem Probanden teilnahmen, die sich besonders belastet oder unbelastet empfanden. Die folgende Übersicht beruht daher auf einer Datenlage, die es noch auszubauen gilt. Darüber hinaus sollte berücksichtigt werden, dass an einigen Studien im Ausland nicht nur Menschen nach DI, sondern auch solche, die mit Hilfe einer Eizellspende gezeugt wurden, teilnahmen. Auch wenn die Grundthematik - die biologische Verbindung mit einer dritten Person, die keine aktive Elternrolle besetzt – ähnlich ist, macht das Austragen der Schwangerschaft durch die Wunschmutter (die dadurch austragende und soziale Mutter wird) möglicherweise einen Unterschied in der emotionalen Bindung zwischen Kind und Mutter. Dies findet jedoch in diesen Untersuchungen, wenn überhaupt, nur am Rande Erwähnung. Ein weiterer Sachverhalt muss berücksichtigt werden: Vor allem bei Studien aus angelsächsischen Ländern ist der Anteil lesbischer Familien und Familien mit alleinstehenden Mütter in der Regel relativ hoch. Inwieweit die Auseinandersetzung mit der biologischen Abstammung und das Bedürfnis, Kontakt zum Spender herzustellen, dadurch beeinflusst wird, dass diese Kinder ohne eine Vaterfigur aufwachsen, ist zurzeit noch nicht geklärt. Die Studienlage deutet jedoch an, dass sowohl die Mütter als auch die Kinder aus diesen Familien eine größere Neugier ob des Spenders äußern. Dies kann mit dem Fehlen der Vaterfigur erklärt werden. Andere Erklärungsansätze sind jedoch auch die höheren Aufklärungsraten und frühere Aufklärung der Kinder in diesen Familienkonstellationen, so dass für diese Kinder die Person des Spenders präsenter ist und dies ihr Bedürfnis möglicherweise moduliert.

### 3.1 Entwicklung der Kinder

Erste Studien in den 1980ern und 1990ern zeigen auf, dass die körperliche und psychologische Entwicklung von Kindern nach DI unauffällig ist (Amuzu, Laxova, & Shapiro, 1990; Clayton & Kovacs, 1982; Leeton & Backwell, 1982). In ihrer Übersichtsarbeit kommt auch Brewaeyns (2001) zum Schluss, dass sich Kinder nach DI in ihrer Entwicklung nicht von anderen Kindern unterscheiden und die Eltern-Kind-Bindung unauffällig ist. Golombok und Kollegen führen seit Mitte der 1990er eine Langzeitstudie an Einlingskindern<sup>3</sup> durch. Bislang verglichen sie die Entwicklung von 94 Kindern nach DI mit 102 adoptierten, 102 spontan empfangenen und 102 mit reproduktionsmedizinischer Unterstützung (IVF, ICSI) gezeugten Kindern in mehreren europäischen Ländern im Alter von 4 – 8 Jahren (Golombok et al., 1996) und im Alter von 11 – 12 Jahren (Golombok, Brewaeyns et al., 2002) mit standardisierten Fragebögen und psychologischen Testverfahren; weitere Untersuchungen sind geplant. Auch diesen Kindern wurden eine unauffällige Entwicklung und eine stabile Bindung zu ihren Eltern attestiert. In einer weiteren Langzeitstudie verglichen Golombok und Kollegen die Entwicklung von Kindern nach Leihmutterschaft (34 Familien), DI (41 Familien) und Eizellspende (41 Familien) mit 67 spontan gezeugten Kindern im Alter von 9 - 12 Monaten (Golombok et al., 2004), 2 Jahren (Golombok, Jadva, Lycett, Murray, & Maccallum, 2005) und 3 Jahren (Golombok et al., 2006) und bestätigten auch für diese Gruppen eine unauffällige Entwicklung. Die Abwesenheit einer genetischen Verbindung bzw. das Austragen durch eine Leihmutter, so die Schlussfolgerungen der Autoren, habe keinen negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung. Darüber hinaus stellten sie bei den Kindern, die mit medizinischer Unterstützung gezeugt wurden, mehr elterliche Wärme und eine intensivere Eltern-Kind-Interaktion fest. In diesen Studien war die Bedeutung der kindlichen Aufklärung über die Zeugungsart – nicht zuletzt aufgrund des Alters der Kinder – von wenig Bedeutung. Golombok und Kollegen vermuten, dass die Geheimhaltung der Zeugungsart zumindest bis zur Pubertät keine negativen Auswirkungen auf die kindliche Entwicklung hat (Golombok, Brewaeyns et al., 2002; Golombok, MacCallum, Goodman, & Rutter, 2002).

### 3.2 Bedeutung der Aufklärung über die Zeugungsart

Die Aufklärung der mit DI gezeugten Kindern und Erwachsenen wird nach wie vor kontrovers diskutiert und vor allem Ärzte neigen noch immer dazu,

<sup>3</sup> Die Unterscheidung zwischen Einlingen und Mehrlingen (Zwillinge, Drillinge etc.), die mit medizinischer Unterstützung gezeugt wurden, ist wichtig, da Mehrlingskinder häufig zu früh geboren werden und dies mit Risiken für ihre körperliche und psychologische Entwicklung verbunden ist.

Eltern davon abzuraten (Katzorke, 2008; Thorn & Daniels, 2000). In den letzten zwei Jahrzehnten ist jedoch die Anzahl der psychosozialen Fachkräfte, die eine Aufklärung empfehlen, stetig gestiegen (z.B. Baran & Pannor, 1989; Blyth, 1999; Daniels & Taylor, 1993; Daniels & Thorn, 2001; Haimes, 1988; McWhinnie, 2003; Thorn & Wischmann, 2008b). Mittlerweile wird nicht mehr nur aus psychologischer Sicht, sondern auch aus medizinischen, ethischen und rechtlichen Gründen sowie aus Perspektive der so gezeugten Menschen für eine Aufklärung plädiert:

Geheimnisse können sich destruktiv auf die Familiendynamik auswirken. Sie können die Balance von Fairness und Vertrauen stören sowie unbeabsichtigt oder zufällig offenbart werden, was für die so gezeugten Personen unabhängig von ihrem Alter eine Traumatisierung bedeuten kann (z. B. Imber-Black, 1995; Karpel, 1980; Papp, 1995; Wiemann, 2008).

Studien (Golombok, Murray, Brinsden, & Abdalla, 1999; Gottlieb, Lalos, & Lindblad, 2000; Schilling, 1995), anekdotisches Material (Lorbach, 1997) sowie klinische Erfahrung der Autorin zeigen auf, dass Paare durchaus mit Dritten über die Zeugung sprechen, aber das Kind selbst nicht aufklären. In diesen Fällen entsteht das Risiko, dass die Kinder oder Erwachsenen unbeabsichtigt (durch unreflektierte Bemerkungen) oder bewusst durch Dritte über ihre Zeugungsart informiert werden. Kirkman (2004a) und Turner und Coyle (2000) haben sich hiermit befasst und beschreiben, dass eine späte Aufklärung bzw. eine Aufklärung durch Dritte negative Gefühle wie Frustration und Wut sowie Vertrauensverlust zu den Eltern auslösen können.

Familiengeheimnisse können zu Täuschungen und Mystifizierungen führen. Fachkräfte weisen seit vielen Jahren darauf hin, dass bei Adoptierten durch eine frühzeitige Aufklärung ein Bruch in der Identitätsentwicklung vermieden wird (z. B. Haimes, 1988; Kirk, 1964; Triseliotis, 2000; Wiemann, 1994) und argumentieren, dass dies für Personen nach DI ähnlich sei (z. B. Baran & Pannor, 1989; Feast, 2003; Haimes, 1988; McWhinnie, 2003; Brandon & Warner, 1977).

Wie schwierig die Auseinandersetzung mit der Zeugungsart durch DI sein kann, wenn junge Erwachsene aufgeklärt werden, zeigt das Beispiel von Stina (ohne Jahresangabe), die von Gefühlen des Schocks und Vertrauensverlusts gegenüber ihren Eltern und vor allem einer Identitätserschütterung berichtet: Nach der Aufklärung durch ihre Eltern „... ging ich ins Badezimmer, sah mich lange im Spiegel an und überlegte, was ich wohl von meinem unbekanntem genetischen Vater habe: die Nase und den Mund? Was würde er von mir halten, wenn er mich sehen würde? Trotzdem versuchte ich mir immer noch zu sagen, dass alles nicht so schlimm ist. Als ich nach Hause fuhr, reagierte aber plötzlich mein Körper und ich fing an, am ganzen Körper zu zittern. ... Die erste Woche nach dieser Enthüllung ging es mir so schlecht wie noch nie in meinem Leben. Ich konnte an überhaupt nichts anderes denken und habe viel geweint. Ich hatte immer wieder kurze Momente, in denen ich dachte, alles wäre nur ein böser Traum gewesen und ich wäre gerade wieder aufgewacht. Regelmäßig musste ich mich bewusst daran erinnern, dass ich noch der gleiche Mensch wie vorher bin und es mein eigener Körper ist. Schlimm fand ich sowohl die Tatsache, dass ich mit einer Samenspende gezeugt wurde, wie auch die Tatsache, dass meine

Eltern mich 25 Jahre mit einer Lüge haben aufwachsen lassen. Deprimierend war auch das Gefühl, niemanden wie mich finden zu können, denn im Internet gab es einfach nichts von betroffenen Kindern...“.

Die wachsende Relevanz genetischer Informationen hat in den letzten Jahren dazu geführt, dass Medizinethiker die Geheimhaltung kritisieren und verstärkt die Anonymität des Spenders hinterfragen (Cooper, 1997; Greenslade, 1998). Inzwischen haben sich auch Fachgesellschaften wie die *American Society for Reproductive Medicine* (2004) dafür ausgesprochen, dass Personen, die mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt wurden, die Identität des Spenders/der Spenderin erfahren können, um in den Besitz umfassender gesundheitlicher Informationen zu gelangen.

Darüber hinaus haben bioethische Prinzipien wie Respekt für Autonomie, Fairness und Vermeidung von Leid (Beauchamp & Childress, 2009) immer wieder Diskussionen um das Kindeswohl ausgelöst. Da der Begriff „Kindeswohl“ jedoch eher vage und immer in einen kulturellen, sozialen und politischen Kontext eingebettet ist, haben unterschiedliche Länder unterschiedliche juristische Regelungen erlassen. So sind Samenspender und Eizellspenderinnen z. B. in Schweden, Österreich, der Schweiz, Großbritannien und Finnland für die mit ihren Gameten gezeugten Personen identifizierbar, in Spanien, Belgien und Frankreich hingegen bleiben sie anonym (siehe 5.2). Die Länder, die sich für eine Identifizierbarkeit ausgesprochen haben, argumentieren u.a. auch mit dem Gebot der Fairness und räumen Menschen nach Gametenspende die gleichen Rechte wie Adoptierten ein.

Das Gebot der Autonomie hat jedoch auch zu einer virulenten Diskussion um die Bedürfnisse von Wunscheltern und Spendern geführt. So wurde von Pennings (1997) der Kompromiss eines zweigleisigen Prozederes vorgeschlagen: Die Samenspender sollten entscheiden, ob sie anonym bleiben oder für die so gezeugten Personen identifizierbar sein möchten, und die Wunscheltern sollten sich einen Spender nach ihren eigenen Bedürfnissen aussuchen. Dieses Prozedere greift jedoch zu kurz, denn es wird nur die Autonomie der Spender und der Eltern respektiert. Die so gezeugte Person hat keine Wahlfreiheit mehr, ihre Autonomie wurde durch die Vorgaben des Spenders und der Eltern bei Wahl der Anonymität eingeschränkt. Darüber hinaus verletzt es das Gebot der Fairness, denn es würden damit zwei Gruppen von Personen innerhalb eines Landes bzw. einer Gesetzgebung entstehen, die unterschiedliche Rechte hätten: diejenigen, deren Eltern einen anonymen Spender ausgewählt hätten und diejenigen, deren Eltern sich für einen identifizierbaren Spender entschieden hätten (Blyth & Landau, 2004).

Hinzu kommt, dass medizinische Fortschritte dazu beitragen, mit Hilfe von DNA-Untersuchungen biologische Verwandtschaft relativ einfach feststellen zu können. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Verfahren in Zukunft nicht nur vereinfacht, sondern auch kostengünstig angeboten werden und Menschen nach DI vermehrt darauf zurückgreifen, um ihre biologischen Erzeuger und Halbgeschwister zu identifizieren.

Nicht zuletzt haben in den letzten Jahren Personen und Zusammenschlüsse von Personen, die mit Hilfe der DI gezeugt sind, immer wieder auf ihre Bedürfnisse aufmerksam gemacht, politische Forderungen gestellt

(Cordray, 1999/2000; Hewitt, 2002; Lorbach, 1997; Stevens, 2004) und damit Diskussionen um die Aufhebung der Spenderanonymität ausgelöst.

In den USA wurde 2000 das Donor Sibling Registry<sup>4</sup> eingerichtet, eine Internetplattform, die Menschen, die mit Hilfe einer Gametenspende<sup>5</sup> gezeugt wurden, ihren Angehörigen (auch Halbgeschwister, also weitere Kinder eines Spenders, die in anderen Familien leben, sowie eigene Kinder eines Spenders) und den Spendern/Spenderinnen die Möglichkeit bietet, miteinander in Kontakt zu treten. Einen Zusammenschluss von Menschen, die mit Hilfe der DI gezeugt wurden, gibt es auch in Deutschland<sup>6</sup>. Auch diese treten, wie die Gruppe in den USA, für die Aufhebung der Spenderanonymität ein und haben ein Suchregister<sup>7</sup> eingerichtet.

Wissenschaftliche Studien, die Familien hinsichtlich der Auswirkungen des Familiengeheimnisses untersuchten, sind spärlich. Nicht zuletzt hängt dies auch mit der Geheimhaltung zusammen: Eltern, die weder ihre Kinder noch ihr soziales Umfeld über die Zeugungsart aufklären, sind in der Regel auch nicht bereit, im Rahmen wissenschaftlicher Forschung dazu Auskunft zu geben. Dennoch verglich 2004 eine erste Studie eine Gruppe von Familien, in denen die Eltern offen mit der Samenspende umgingen, mit einer anderen Gruppe von Familien, die dies als Familiengeheimnis bewahrten (Lycett, Daniels, Curson, & Golombok, 2004). Auch diese Studie bestätigte die unauffällige kindliche Entwicklung. In den Familien, die offen mit der Zeugung umgingen bzw. beabsichtigen, ihr Kind aufzuklären, wurde die Eltern-Kind-Bindung jedoch positiver beschrieben und es wurden weniger deutliche Konflikte zwischen Mutter und Kind festgestellt als in der Gruppe der Familien, die die Zeugung geheim hielten. Auch beschrieben sich die Eltern der ersten Gruppe als kompetenter in der Erziehung. In der europäischen Langzeitstudie (Golombok, Brewaeys et al., 2002) wurde Ähnliches angedeutet: Die Konfliktrate in den Familien, die offen mit der Zeugung umgingen, war niedriger als in den Familien, die diese geheim hielten. Dies lässt vermuten, dass sich die Geheimhaltung subtil auf die Familiendynamik auswirkt und die Aufklärung durch die Eltern zu deren Souveränität beitragen kann. Golombok und Kollegen (2002) kommen daher zu dem Schluss, dass die Aufklärung nicht wie befürchtet einen negativen Effekt hat, sondern förderlich für die Eltern-Kind-Beziehung sein kann.

In den letzten Jahren haben sich psychosoziale und medizinische Fachorganisationen für eine frühzeitige Aufklärung der Kinder ausgesprochen (z.B. *American Society for Reproductive Medicine*, 2004; *British Infertility Counselling Association*, 2004; Thorn & Wischmann, 2008b) und es sind Kinderbücher (z.B. *Infertility Research Trust*, 1991; Schnitter, 1995; Thorn, 2006a) sowie psychoedukative Ratgeber für Eltern entwickelt worden, die ihnen die Aufklärung erleichtern sollen (z.B. K. Daniels, 2004a; Lorbach, 2003; Montuschi, 2006; Thorn, 2008a). Die verstärkte Diskussion um die Thema-

4 [www.donorsiblingregistry.com](http://www.donorsiblingregistry.com)

5 „Gameten“ ist der Überbegriff für Samen- und Eizellen. Eine Gametenspende bedeutet somit eine Samenspende, eine Eizellspende oder eine Embryonenspende.

6 [www.spenderkinder.de](http://www.spenderkinder.de)

7 [www.spenderkinder-register.de](http://www.spenderkinder-register.de)

tik, nicht nur in Fachkreisen, auch und vor allem in den Medien, hat zu einer Enttabuisierung und Entstigmatisierung beigetragen und zu einer langsam, aber stetig wachsenden Aufklärungsrate. Immer mehr Eltern wollen die Belastungen eines Familiengeheimnisses oder einer zufälligen Aufklärung vermeiden, sie erachten es als das Grundrecht aller Menschen, über ihre biologische Abstammung informiert zu sein und empfinden die Familienbildung mit DI als genauso wertvoll wie andere Familienzusammensetzungen (Daniels, Thorn, & Westerbrooke, 2007; Golombok et al., 2004; Lalos, Gottlieb, & Lalos, 2007).

Mehrere Studien zeigen inzwischen auf, dass eine frühzeitige Aufklärung (in der Regel im Kindergartenalter) in der Tat keine Belastung für die Kinder und die Eltern bedeutet und sie einen neutralen bis positiven Effekt auf die Familiendynamik hat (Gottlieb et al., 2000; Lycett et al., 2004; Rumball & Adair, 1999; Scheib, 2004; Scheib, Riordan, & Rubin, 2005; Vanfraussen, Ponjaert-Kristoffersen, & Brewaeys, 2001). Auch zeigen erste Studien auf, dass Kinder eindeutig zwischen ihrem Vater und dem Samenspender differenzieren und es wenig bis keine Rollenkonfusion gibt (Kirkman, Rosenthal, & Johnson, 2007; Scheib, Riordan, & Rubin, 2005). Zwar wird der Samenspender in manchen Studien durchaus als „biologischer Vater“ bezeichnet, aber wenige Teenager und junge Erwachsene sehen ihn in einer Vaterrolle. Die verwendeten Begrifflichkeiten deuten zurzeit eher an, dass eine feststehende Terminologie für diesen Familientyp noch nicht entwickelt wurde.

### 3.3 Kontaktbedürfnisse von Personen, die donogen gezeugt wurden

Eine zentrale Frage, die sowohl die Fachkräfte als auch die Wunscheltern interessiert, ist, ob so gezeugte Personen Kontakt zum Samenspender wünschen und wie ein solcher Kontakt gestaltet werden kann. Die Studienlage diesbezüglich ist noch sehr eingeschränkt. 2004 untersuchten Scheib und Kollegen 29 12- bis 17-jährige amerikanische Kinder und Teenager, die aufgeklärt waren und von nicht anonymen Spendern abstammten; alle wussten daher, dass sie nach Volljährigkeit die Identität des Spenders erfahren können. Die Teenager hatten dem Spender gegenüber eine positive Einstellung und viele waren neugierig ob seiner Lebensumstände. Sie deuteten Interesse an einem losen oder schriftlichen Kontakt an, bei dem sie die Samenbank in einer Mittlerrolle sahen; keine hatten finanzielles Interesse<sup>8</sup>. In einer Online-Befragung untersuchten Mahlstedt und Kollegen (2010) die Einstellung von Erwachsenen nach DI. Bedeutsam ist, dass in dieser Studie 47% der Befragten nach Volljährigkeit aufgeklärt wurden und 37% ihre Zeugungsart

<sup>8</sup> Ein finanzielles Interesse ist vor allem in Ländern, in denen die juristischen Pflichten und Verantwortungen des sozialen Vaters und des Spenders nicht geklärt sind, möglich und hochproblematisch (siehe 5).

während eines Streits oder durch Dritte offenbart wurde bzw. sie selbst die Zeugungsart herausgefunden hatten. Diese Erwachsenen äußerten großes Interesse am Spender, darüber hinaus auch an Halbgeschwistern und deren Familie. Diese Studie deutet an, dass Erwachsene mit einem positiven Verhältnis zu ihren Eltern auch ihre Zeugungsart positiv belegen, aber ihr Interesse am Spender nicht mit der Qualität der elterlichen Bindung zusammenhängt.

Zwei Studien befassten sich bislang mit den Gestaltungen des Kontakts zwischen jungen Erwachsenen, ihren Familien und dem Samenspender. Scheib, Ruby und Benward (2008) stellten vor drei Jahren die Ergebnisse einer Studie vor, in der 37 Erwachsene ihre Kontakte zum Spender beschrieben. Die meisten baten kurz nach ihrem 18. Geburtstag um Information über den Spender, ungefähr die Hälfte stellte einen Kontakt zum Spender her und bewertete diesen Kontakt als positiv. Die Autoren bemerkten, dass, ähnlich wie im Adoptionsbereich, mehr Frauen als Männer Interesse an ihren biologischen Wurzeln bekundeten. 2009 untersuchten Freeman und Kollegen mit Hilfe eines Online-Fragebogens die Erfahrungen von 791 Eltern, die Kontakt zu Halbgeschwistern bzw. Spendern ihrer Kinder hergestellt hatten. Die Eltern berichteten, dass sie mit diesen Kontakten ihre eigene Neugier befriedigen und die Identitätsentwicklung ihres Kindes positiv beeinflussen wollten. Auch wenn in Einzelfällen eine überraschend hohe Anzahl von Halbgeschwistern gefunden wurde (in einem Fall 55), wurden die Kontakte als Bereicherung empfunden. Welche Bedeutung die Kontakte für die Kinder selbst hatten, wurde allerdings nicht beschrieben.

Wie sich Kontakte zwischen Familien gestalten, deren Kinder (im Alter von 6 Monaten bis 9 Jahren) vom gleichen Spender abstammen, wurden von Scheib und Ruby (2008) untersucht. Sie berichteten, dass diese Treffen sehr positiv und interessant waren, dass viele Eltern das Gefühl hatten, zueinander zu passen, und die Kinder neugierig aufeinander waren. In manchen Fällen führte die Vorbereitung der Treffen dazu, dass die Eltern ihre Kinder über die Zeugungsart aufklärten.

### 3.4 Bedürfnisse von Samenspendern

Samenspendern wurde lange Zeit wenig bis keine Bedeutung beigemessen: Ihr Samen wurde als Material anonymer Hoden bezeichnet, und sie selbst sollten möglichst nicht als existierende Personen wahrgenommen werden (Glezerman, 1981). Auch diese Nichtbeachtung des Spenders war zurückzuführen auf die moralischen Vorbehalte, die Assoziation der Spende mit Masturbation und einer außerehelichen Affäre (Daniels, 1998). Die Anonymisierung trug dazu bei, die Spender als Person leichter ignorieren zu können. Sie war jedoch vor allem in Ländern ohne entsprechende Rechtsprechung das Mittel der Wahl, um Spender vor juristischen Unterhaltszahlungen zu schützen und Ärzte vor Unterhaltersatzansprüchen in den Fällen zu schützen, in denen Spender nicht mehr auffindbar gewesen wären.

Noch immer provozieren Spender eine Bandbreite unterschiedlicher Reaktionen, von Dankbarkeit bis Ablehnung (Daniels, 1998; Grace, Daniels, & Gillett, 2008; Kirkman, 2004b). Ihre Anonymisierung bzw. Identifizierbarkeit für die so gezeugten Personen wurde vor allem in den letzten Jahren in einigen Ländern kontrovers diskutiert. In Großbritannien wurde die Sorge ausgesprochen, dass die Aufhebung der Anonymität zu einem Rückgang der Spenderbereitschaft führen könne (Craig, 2006; Woolf, 2006). In der Tat hat sich die Spenderzahl innerhalb der letzten 14 Jahre halbiert (*British Fertility Society*, 2008). Allerdings hängt dies zeitlich nicht mit der Aufhebung der gesetzlichen Anonymität im Jahr 2005 zusammen, denn die Zahl verringerte sich schon Ende der 1990er deutlich und sie stieg nach 2005 wahrscheinlich aufgrund umfassenderer Rekrutierungsanstrengungen wieder an (*Human Fertilisation and Embryology Authority*, 2011).

In zwei Übersichtsarbeiten fasste Daniels die Studienlage zu Samenspendern 1998 (20 Studien) (Daniels, 1998) und 2007 (6 weitere Studien) (Daniels, 2007) zusammen. In beiden Arbeiten konstatierte er folgende Trends: Faktoren wie Alter, Familienstand, Kinder und Beruf scheinen die Motivation für eine Spende zu beeinflussen. Junge Männer, z.B. Studenten, scheinen eher an einer finanziellen Kompensation interessiert zu sein und eine anonyme Spende zu favorisieren, ältere Männer mit eigenen Kindern spenden eher aus altruistischen Gründen, haben ein geringeres Interesse an finanzieller Kompensation und sind eher bereit, für die so gezeugte Person identifizierbar zu sein. Diese Unterschiede waren insbesondere in der Studie von Daniels, Curson und Lewis (1996) deutlich, in der das Spenderprofil zweier englischer Kliniken verglichen wurde. Die Autoren schlussfolgerten, dass die Art der Rekrutierung und die Vorbereitung der Männer (z.B. die Informationsgespräche über die langfristige Bedeutung der Samenspende für die Wunschertern und die so gezeugten Personen) die Haltung zur Anonymität bzw. Identifizierbarkeit beeinflussen können. In beiden Übersichtsarbeiten zeigte sich, dass die Haltung der Spender die übliche Umgangsweise des Systems, in dem sie spendeten, sozusagen die „Kultur der DI“, widerspiegelte: In Ländern bzw. Samenbanken, in denen Anonymität vorherrschte, erwarteten die Spender die Geheimhaltung und hinterfragten diese nicht. Thorn und Kollegen untersuchten 2006 die Haltungen und Einstellungen 63 deutscher Spender (Thorn, Katzorke, & Daniels, 2008, 2009). In dieser Studie war die finanzielle Kompensation als Motivation zur Spende ebenso wichtig wie der Wunsch, unfruchtbaren Paaren zu helfen oder die eigene Fruchtbarkeit untersuchen zu lassen. Auch favorisierten die Männer in dieser Studie eine offene Haltung: Über ein Drittel empfahl die Aufklärung des Kindes und erklärte sich nicht nur damit einverstanden, dass der Arzt nichtidentifizierbare Information an das Kind und die Eltern weitergibt, sondern war auch offen für den Kontakt mit der volljährigen Person. Je ein weiteres Drittel war unsicher bzw. lehnte dies ab. Die Spender, die eine Geheimhaltung favorisierten, äußerten typische Bedenken: Sie befürchteten, dass die Aufklärung der Identitätsentwicklung des Kindes schaden oder dies zu Problemen in der Familie des Kindes führen könnte. Letztendlich zeigte die Studie, dass Spender durchaus als Person gewürdigt werden möchten und sie neugierig ob des Ausgangs ihrer Spende waren:



Viele möchten erfahren, ob ihr Samen zu einer Schwangerschaft oder Geburt geführt hat und bedauern, dass die meisten Samenbanken hierüber keine Information an sie weitergeben.

Bislang hat sich nur eine Studie der Frage angenommen, welche Erfahrungen Spender im Kontakt mit den Kindern und Erwachsenen gemacht haben, die mit Hilfe ihres Samens gezeugt wurden (Jadva, Freeman, Kramer, & Golombok, 2011). In dieser Untersuchung wurden 63 Samenspender und 11 Eizellspenderinnen befragt, die zunächst anonym gespendet hatten, sich jedoch im *Donor Sibling Registry* (siehe 3.2) eingetragen und damit ihre Anonymität aufgegeben hatten<sup>9</sup>. Über 60% der Samenspender empfanden Information über die Anzahl der mit ihrem Samen gezeugten Kinder als bedeutsam, über 30% wünschten sich identifizierbare Information und vermuteten, dass der Kontakt zu einem Kind wie der zu einem fernen Verwandten oder einem guten Freund sein könnte. Über 80% der Samenspender hatten Interesse an einem Kontakt und rund ein Drittel hatte bereits Kontakt hergestellt. Die Anzahl der Kinder pro Spender war zwischen 1 und 20, der Durchschnitt betrug 4 Kinder pro Spender. Acht Spender hatten persönlichen, die anderen telefonischen oder schriftlichen (auch per Email) Kontakt. Der Kontakt wurde überwiegend positiv und von manchen als sehr emotional beschrieben: „Es war emotionaler als ich gedacht hatte, obwohl wir nur Emails und ein paar Briefe und Fotos austauschten. Meine Spendertochter sieht mir ein ganzes Stück ähnlicher als meine Söhne. ... Ich und meine Spendertochter haben die gleichen Interessen ... und wir haben erst seit einem Jahr oder so Kontakt.“<sup>10</sup> (Jadva et al., 2011, S. 643).

Diese Ausführungen deuten an, dass Samen nicht das Material anonymer Hoden ist, sondern dass Männer, die ihn spenden, gewürdigt werden möchten. Ihre Haltung zur Anonymität bzw. Identifizierbarkeit wird zu einem nicht geringen Maß durch die Art und Weise beeinflusst, wie offen bzw. tabuisiert sich sowohl die Gesellschaft als auch das medizinische System und die einzelnen Samenbanken der DI gegenüber verhalten. Die Einstellung der Spender unterliegt offensichtlich Änderungen und Anpassungen, und es gibt erste Hinweise, dass der Kontakt zwischen ihnen und den Personen, die mit ihrem Samen gezeugt wurden, durchaus positiv verlaufen kann.

### 3.4.1 Exkurs: Zur Rekrutierung von Samenspendern

Die Rekrutierung von Samenspendern wird in Deutschland durch Samenbanken betrieben. Öffentlichkeitsarbeit bzw. Werbung im herkömmlichen Sinne ist nicht üblich, aber es werden z.B. Aushänge an Universitäten gemacht. Männer, die sich dafür interessieren, Samen zu spenden, werden zunächst über den Ablauf informiert. Im Anschluss wird ihre Fruchtbarkeit

9 Die folgenden Ergebnisse beziehen sich nur auf die Samenspender.

10 Alle Übersetzungen aus dem Englischen von der Autorin.

untersucht, hierzu wird ein sog. Spermogramm durchgeführt, das alle Fruchtbarkeitsparameter misst. Wenn der Samen von sehr guter Qualität ist, werden Gesundheitsuntersuchungen vorgenommen, auch wird ein sog. Infektionsscreening (z.B. auf Hepatitis und HIV) nach den Vorgaben des AKDI (Hammel, Katzorke, Schreiber, & Thorn, 2006) und den gesetzlichen Vorgaben (Gewebegesetz, 2007) durchgeführt. Wenn diese Untersuchungen ohne Befund sind, beginnt der Spendenzyklus und die Männer spenden mehrere Male. Dieser Samen wird kryokonserviert<sup>11</sup>. Nach sechs Monaten wird ein weiteres Infektionsscreening durchgeführt und nur dann, wenn der Mann weiterhin frei von Infektionen ist, wird der kryokonservierte Samen aufgetaut und für die Behandlung eingesetzt. Die Spender erhalten durchschnittlich € 100,00 pro Spende. Manche Samenbanken zahlen einen ersten Teil bei der Abgabe der Samenprobe und den restlichen Teil nach dem zweiten Infektionsscreening, andere zahlen die volle Summe erst nach dem zweiten Infektionsscreening. Damit soll ein Anreiz gegeben werden, das zweite Infektionsscreening durchführen zu lassen, da der Samen erst danach verwendet werden kann.

## 4 Stellenwert der psychosozialen Beratung

In der Regel ist männliche Unfruchtbarkeit der Grund für eine DI. In seltenen Fällen entscheiden sich Paare, bei denen beim männlichen Partner eine genetische Erkrankung bekannt ist, für eine Samenspende, um die Übertragung dieser Erkrankung auf das Kind zu vermeiden. Darüber hinaus greifen immer häufiger nicht nur in Deutschland, sondern vor allem in angelsächsischen Ländern lesbische und alleinstehende Frauen auf eine DI zurück (Jansen, Greib, & Bruns, 2007; Scheib & Hastings, 2010). Unabhängig von ihrer sexuellen Orientierung und ihrem Status sind Wunscheltern, die eine DI beabsichtigen, mit spezifischen Fragestellungen konfrontiert, die durch die Kombination von biologischer und sozialer Elternschaft entstehen. Darüber hinaus müssen sie sich mit dem Tabu und Stigma der DI auseinandersetzen und einen Umgang damit finden. Psychosoziale Fachkräfte, die Beratung in diesem Bereich anbieten, greifen hierfür auf Ansätze aus unterschiedlichen Schulen und Theorien zurück: auf die System- bzw. Familientherapie (für Paar- und Familiendynamik), auf Identitäts- und Stigmatheorien und auf ein biopsychosoziales Verständnis für Unfruchtbarkeit und ihre Behandlung (Thorn, 2006b).

In einigen Ländern haben sich seit Mitte der 1980er Fachgesellschaften für die Kinderwunschberatung etabliert (Haase & Blyth, 2006). In Deutschland wurde im Jahr 2000 die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung – Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID<sup>12</sup>) gegründet, um auch hier die Professionalisierung der Kinderwunschberatung

<sup>11</sup> Die Kryokonservierung ist das Tieffrieren bei -196°C.

<sup>12</sup> [www.bkid.de](http://www.bkid.de)

voranzutreiben. BKiD hat für die Beratung bei Gametenspende Leitlinien erarbeitet (Thorn & Wischmann, 2008b), die auch im angelsächsischen Raum rezipiert wurden (Thorn & Wischmann, 2009). Gemäß diesen Leitlinien umfasst die Beratung folgende Themenbereiche:

- die Auseinandersetzung mit männlicher Unfruchtbarkeit auf individueller (z.B. Selbstwert), partnerschaftlicher (z.B. Schuldgefühle) und gesellschaftlicher Ebene (z.B. Stigma),
- grundlegende juristische und medizinische Information zur DI,
- Reflexion des bisherigen Kinderwunsches, auch Trauerarbeit und Exploration von Alternativen (Adoption, Leben ohne Kind),
- die Bedeutung von sozialer und biologischer Elternschaft für die jetzige Paar- und die zukünftige Familiendynamik,
- die Bewältigung des Tabus, das die DI nach wie vor umgibt,
- die Bedeutung der Aufklärung des Kindes und der Zeugungsart aus entwicklungspsychologischer Sicht,
- die Auseinandersetzung mit dem Samenspender als biologischem Erzeuger, die Bedeutung des Kontaktwunsches des Kindes für die Eltern.

Das Embryonenschutzgesetz (ESchG; 1990) sieht keine psychosoziale Beratung im Rahmen der reproduktionsmedizinischen Behandlung vor. Gemäß der (Muster-)Richtlinie der Bundesärztekammer (2006) sollen Ärzte vor einer Behandlung die Wunscheltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Problemen beraten und sie sind vor einer Spendersamenbehandlung angehalten, auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinzuweisen. Allerdings zeigen eine explorative Studie (Thorn & Daniels, 2007) sowie klinische Erfahrungen (Thorn & Wischmann, 2008a) auf, dass die ärztliche Beratung vor einer DI oft unzureichend und von Zeitmangel geprägt ist. Zwar wird ausführlich auf die medizinische Behandlung eingegangen, jedoch bleiben vor allem die emotionale Situation der Wunscheltern und die langfristigen Fragestellungen für das zukünftige Kind und die Familie häufig unberücksichtigt. Daher empfehlen die Leitlinien von BKiD eine niedrigschwellige Beratung, die als Psychoedukation nicht pathologisieren und vor Beginn der medizinischen Behandlung stattfinden sowie von Ärzten verbindlich empfohlen werden soll. Ziel der Beratung ist es, „mögliche Informationslücken zu füllen und Ratsuchende in ihrem Prozess der Auseinandersetzung mit sozialer und biologischer Elternschaft zu unterstützen, so dass sie ihre eigenen, individuellen Formen des kurz- und langfristigen Umgangs damit erarbeiten können“ (Thorn & Wischmann, 2008b, S. 148). Seit Veröffentlichung dieser Leitlinien - so die Rückmeldung der Mitglieder von BKiD - empfehlen deutlich mehr Ärzte eine solche Beratung bzw. machen sie zur Voraussetzung für die medizinische Behandlung.

Die Leitlinien empfehlen auch eine Beratung des Samenspenders, vor allem damit auch er seine Rolle und Bedeutung für die so gezeugten Personen reflektieren kann. Auch wenn mittlerweile vereinzelt die Beratung von Spendern für sinnvoll erachtet wird (Jadva et al., 2011), ist diese Beratung durch psychosoziale Fachkräfte weder in Deutschland noch in anderen Ländern üblich.

Aktuelle Studien zeigen, dass Paare mit Fruchtbarkeitsstörungen einer Beratung ambivalent gegenüber stehen. Sie erachten sie zwar als potentiell hilfreich und stehen ihr theoretisch positiv gegenüber, aus Angst vor zusätzlicher Stigmatisierung und Labilisierung sowie Zweifel an deren Effektivität wird sie jedoch nur von einer kleinen Gruppe wahrgenommen. Die Studienlage zeigt allerdings auf, dass psychosoziale Interventionen wie Beratung und Psychotherapie zur Bewältigung der Lebenskrise „ungewollt kinderlos“ durchaus förderlich sind, denn oft kann ein entlastender Effekt bereits nach wenigen Sitzungen erreicht werden (für eine Übersicht siehe: Wischmann, 2009). Für die Familienbildung mit DI evaluierten Daniels und Thorn die Wirksamkeit psychoedukativer Gruppenangebote (Daniels et al., 2007; Thorn & Daniels, 2006; Thorn & Daniels, 2003). Solche Gruppenangebote stellen medizinische, juristische sowie psychosoziale Information zur Verfügung und ermöglichen einen Austausch unter Betroffenen. Die Untersuchungen zeigen auf, dass diese Gruppenangebote dazu beitragen, Ängste abzubauen, die Selbstsicherheit im Umgang mit der DI zu erhöhen und einer Aufklärung des Kindes positiv gegenüberzustehen.

## **5 Gesetzliche Regelungen der Spendersamenbehandlung**

Bis Mitte des letzten Jahrhunderts war die DI vor allem eine intime medizinische Behandlung, über die nur der Arzt und die Wunscheltern Bescheid wussten (Blank, 1998). Daher hatten Ärzte sehr viel Macht. Sie wählten nicht nur die Spender aus, sondern konnten auch entscheiden, welche Wunscheltern in ihren Augen für die Behandlung geeignet waren, und sie entschieden über die Art und Dauer der Dokumentation. Erst nach und nach wurden in manchen Ländern Richtlinien erlassen, in anderen wurden gesetzliche Regelungen eingeführt. Damit bewegte sich die DI aus der intimen Arzt-Patient-Beziehung heraus und wurde öffentlich überprüft und geregelt.

### **5.1 Gesetzliche Regelungen in Deutschland**

Wie in der Einleitung beschrieben, wurden gegen die DI bis in die 1970er Jahre deutliche Vorbehalte geäußert. Eine juristische Regelung wurde zunächst abgelehnt, da man befürchtete, dass durch die Einführung einer Gesetzgebung ein positives Signal für diese Behandlung gesetzt werden würde (Fromm, 1959). 1995 wurde der AKDI von Ärzten und Samenbankbetreibern gegründet. Er veröffentlichte in den Jahren nach der Gründung Richtlinien für die Durchführung der DI, die jedoch nur für Mitglieder des Arbeitskreises bindend waren; 2006 wurden diese Richtlinien überarbeitet (Hammel et al., 2006). 1998 wies die Bundesärztekammer (1998, Anhang

I.4) auf ihre Bedenken hinsichtlich des Fehlens gesetzlicher Regelungen hin und berief sich auf ein gesondertes Gesetz, das erlassen werden sollte:

„Darüber hinaus wirft die Durchführung von Methoden der assistierten Reproduktion mit Spendersamen Dritter ebenso wie die artifizielle heterologe Insemination besondere Probleme auf, wenn diese Methoden im heterologen System zur Anwendung gelangen. Diese Probleme bestehen in dem Auseinanderfallen der sozialen und genetischen Vaterschaft. Der Gesetzgeber hat im Rahmen der Novellierung des Kindschaftsrechtsreformgesetzes zwar die Frage diskutiert (...), ob durch einen Ausschluss des Anfechtungsrechtes dieses Problem gelöst werden könne, eine gesetzliche Regelung jedoch nicht getroffen, da die Gesamtproblematik der heterologen Insemination nach Auffassung des Gesetzgebers nicht einer isolierten Teilregelung zugeführt werden sollte, sondern in einem gesonderten Gesetz insgesamt zu regeln sei.“

Ein solches die DI umfassend regelndes Gesetz steht nach wie vor aus. Erste gesetzliche Klärungen brachte 2002 das Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetz. Dieses führte zu einer Klärung der juristischen Vaterschaft bei heterosexuellen Paaren: Wenn gem. § 1600 Abs. 5 BGB die Wunschmutter und ihr Partner der DI zustimmen, kann die Vaterschaft durch die Eltern nicht mehr angefochten werden. Gleichzeitig ist somit der Samenspender in diesen Fällen von Unterhalts- und Erbschaftsansprüchen befreit. Dem Kind verbleibt allerdings nach § 1600 Abs. 1 BGB ein Anfechtungsrecht. Die Wirksamkeit dieser Anfechtung führt gemäß Wehrstedt (2010) zur Widerlegung der Vaterschaftsvermutung, so dass das Kind vaterlos wäre. Damit wäre das Kind auch frei, die Vaterschaft des Samenspenders im Rahmen einer Vaterschaftsfeststellungsklage feststellen zu lassen.

Es liegt kein gesetzliches Verbot vor, bei lesbischen Paaren oder allein-stehenden Frauen eine DI durchzuführen. Allerdings empfiehlt die Bundesärztekammer (2006), diese beiden Gruppen nicht zu behandeln. Sie argumentiert mit dem Kindeswohl und mit der Erfordernis eines Mannes, der die Vaterposition einnimmt, obgleich die aktuelle Studienlage aufzeigt, dass die Entwicklung von Kinder nach DI in lesbischen Familien unauffällig ist (für eine Übersicht siehe: Funcke & Thorn, 2010; Thorn, 2010). Aussagekräftige Studien über Kinder, die mit alleinstehenden Müttern aufwachsen, stehen noch aus. Interessanter Weise zeigt eine aktuelle Studie auf, dass 80% von 250 lesbischen Paaren die Behandlung mit Spendersamen in Deutschland durchgeführt hat (Rupp et al., 2009); es gibt allerdings keinen Hinweis darauf, ob dies durch einen Arzt oder im Rahmen einer Selbstinsemination durchgeführt wurde. In den Fällen, in denen lesbische Frauen miteinander verpartnert sind, kann die Co-Mutter (die Partnerin der biologischen Mutter) das Kind nach der Geburt adoptieren. Erst nach dieser Adoption können auf den Spender keinerlei Forderungen übergehen. Er geht jedoch das Risiko der juristischen Vaterschaft ein, wenn das Paar nicht miteinander verpartnert ist und deswegen die Co-Mutter das Kind nicht

adoptieren kann, bzw. solange die Adoption noch nicht abgeschlossen ist<sup>13</sup>. Ein adoptiertes Kind hat kein Anfechtungsrecht. Bei alleinstehenden Müttern gibt es keine zweite Person, die die Co-Elternschaft übernehmen könnte, daher geht der Spender das Risiko der juristischen Vaterschaft ein (Rütz, 2008; Wehrstedt, 2010).

2004 wurde die Dokumentationspflicht von vormals 10 auf mindestens 30 Jahre verlängert (EU-Richtlinie, 2004). 2007 wurden das Transplantationsgesetz aktualisiert und das Gewebegesetz eingeführt. Damit wurden die Samenbanken gesetzlich verpflichtet, die Unterlagen, aus denen die Identität der behandelten Frau und die des Spenders hervorgehen, mindestens 30 Jahre aufzubewahren. Darüber hinaus wurde im Rahmen dieser gesetzlichen Änderungen die gesundheitliche Untersuchung der Spender präzisiert (siehe 3.4.1). Es wird davon ausgegangen, dass Teenager bzw. Erwachsene das Recht haben, die Identität des Spenders in Anlehnung an das Recht Adoptierter mit 16 Jahren bzw. spätestens mit Volljährigkeit zu erfahren (siehe z.B. Bundesärztekammer, 2006; Hammel et al., 2006; Rütz, 2008; Wehrstedt, 2010). Basis dieser Argumentation ist das Grundrecht auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft aufgrund des allgemeinen Persönlichkeitsrechts (Art. 2 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG), auf das sich das Bundesverfassungsgericht im Rahmen zweier Urteile aus den Jahren 1988 und 1989 berufen hat (Bundesverfassungsgericht, 1988, 1989). Eine gesetzliche Absicherung dieses Auskunftsrechts steht allerdings aus.

Darüber hinaus gibt es keine gesetzliche Vorgabe für die Maximalzahl der Nachkommen pro Spender. Gemäß der Empfehlung der Bundesärztekammer (2006) soll dies 10, gemäß den Richtlinien des AKDI (Hammel et al., 2006) 15 Kinder nicht übersteigen. Eine Maximalzahl ist derzeit jedoch nicht gewährleistet, da Spender bei mehreren Samenbanken spenden können; ohne ein zentrales Register ist dies nicht überprüfbar. Außerdem ist die Samenbank auf die Mitteilung der Eltern über die Geburt eines Kindes angewiesen; für diesen Informationsrücklauf gibt es jedoch keine Verpflichtung und daher auch keine Garantie.

Kosten für reproduktionsmedizinische Behandlungen werden gem. den sozialrechtlichen Vorschriften (§ 27a SBG V) nur übernommen, wenn ein verheiratetes Ehepaar behandelt wird und Gameten des Ehepaares verwendet werden. Die Kosten für eine DI müssen somit von den Wunscheltern selbst getragen werden. Bis vor kurzem waren die Kosten für eine DI nicht steuerlich als Heilbehandlungskosten absetzbar. Dies wurde 2010 geändert, seit dem sind die Aufwendungen als außergewöhnliche Belastungen absetzbar (FG Niedersachsen, 2010).

<sup>13</sup> Aktuell klagt eine nichtverpartnerte lesbische Mutter auf Unterhalt von dem Samenspender, obgleich vor Zeugung des Kindes die Vereinbarung getroffen wurde, dass dem Spender keine finanziellen Nachteile entstehen sollen. Es wird davon ausgegangen, dass der Spender aufgrund der Gesetzeslage zur Zahlung von Unterhalt verpflichtet wird (Ludwig, 2011).

### 5.1.1 Erforderliche Änderungen

Um die Rechte von Personen nach DI zu stärken und sie Adoptierten gleichzustellen, muss ihr Auskunftsanspruch gesetzlich verankert werden; dies wurde bereits von der Bund-Länder-Arbeitsgruppe „Fortpflanzungsmedizin“ vor Einführung des ESchG (Bundesminister der Justiz, 1989) und von Zypris (2003) gefordert. Darüber hinaus sollten für beide Gruppen gleiche Altersvorgaben gelten, d.h. Personen nach DI sollten wie Adoptierte gem. § 16 PStG mit dem 16. Lebensjahr ihren Auskunftsanspruch umsetzen können. Auch sollte die Länge der Dokumentation angeglichen werden. Sie beträgt gem. § 9b Abs. 1 AdVermiG für Adoptierte seit 2002 60 Jahre (zu rechnen nach dem Geburtstag des Adoptierten), für Personen nach DI gem. Transplantationsgesetz (2007) und Gewebegesetz (2007) jedoch nur 30 Jahre (zu rechnen nach dem Zeitpunkt der medizinischen Behandlung der Mutter). Eine europaeinheitliche Regelung der Dokumentationsfrist sollte angestrebt werden. Die Frist von 80 Jahren wie in der Schweiz bzw. eine unbegrenzte Aufbewahrung wie in Großbritannien oder Österreich (siehe 5.2.1) scheinen sinnvoller als eine auf 30 Jahre befristete Dokumentation, da in manchen Fällen diese Information erst nach dem 30. Lebensjahr relevant werden kann.

Obgleich die Bundesärztekammer die Behandlung von lesbischen und alleinstehenden Frauen nicht empfiehlt, unterliegt diese keinem gesetzlichen Verbot. Es ist fraglich, ob die Landesärztekammern, die die Richtlinie der Bundesärztekammer in Landesrecht umsetzen, Rechtsetzungs- oder Weisungsbefugnis haben, um bestimmte Gruppen von medizinischer Behandlung auszuschließen (Müller, 2008); auch aus psychologischer Sicht ist die Argumentation der Bundesärztekammer nicht haltbar (Thorn & Wischmann, 2008a).

Die in der Richtlinie der Bundesärztekammer empfohlene psychosoziale Beratung sollte verbindlicher formuliert werden bzw. Ärzte sollten zu einer Kooperation mit einer Beratungseinrichtung verpflichtet werden.

Der nach DI gezeugten Person verbleibt ein Anfechtungsrecht der Vaterschaft. Lt. Wissen der Autorin wurde seit der Einführung des Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetzes kein solcher Fall juristisch ausgetragen, dennoch bedeutet dies, dass Spender ein Vaterschaftsrisiko eingehen. Um Spender in dieser Situation und auch bei Verwendung deren Samens für lesbische oder alleinstehende Frauen zu schützen, sind eine grundsätzliche Freistellung des Spenders von Unterhalts- und Erbschaftsansprüchen wie beispielsweise in Großbritannien (siehe 5.2.1) und eine Abweisung der Vaterschaftsanfechtung erforderlich (Wehrstedt, 2010).

Die Einrichtung eines zentralen DI-Registers ist notwendig (z.B. bei der Ärztekammer (Ratzel, 2010)), um die Zahl der Nachkommen pro Spender kontrollieren zu können und Spendern, Wunscheltern und Personen, die mit Hilfe der DI gezeugt sind, eine neutrale Anlaufstelle zu bieten. Darüber hinaus kann ein zentrales DI-Register dazu führen, dass die Dokumentation einheitlich betrieben wird und Kontaktforderungen vorbereitet, begleitet und wissenschaftlich ausgewertet werden können. Der AKDI erarbeitet zurzeit ein erstes Prozedere für die Vorbereitung und Begleitung von Kontakten

zwischen (jungen) Erwachsenen und Samenspendern, auch liegen erste Erfahrungen aus dem Ausland vor (Crawshaw & Marshall, 2008).

## 5.2 Gesetzliche Regelungen und aktuelle Diskussionen in ausgewählten Ländern

Obgleich es immer mehr Länder gibt, die ein Regelwerk (verbindliche Richtlinien und/oder Gesetzgebung) für reproduktionsmedizinische Behandlungen erlassen, ist die DI nicht immer Bestandteil dieser Regelwerke. Vor allem in Osteuropa gibt es Länder ohne ein Regelwerk bzw. ohne Regelwerk für die Durchführung einer Gametenspende, das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung und ohne juristische Regelung der Elternschaft (Dostál, 2007). Im Gegensatz hierzu führten vor allem in nord-europäischen Ländern sowie in Australien und Neuseeland Diskussionen über das Kindeswohl dazu, dass Gesetze erlassen wurden, die Erwachsenen ein Auskunftsrecht einräumen. In allen Ländern ist die Spendersamenbehandlung eine Privatleistung, d.h. das öffentliche Krankenkassensystem erstattet die Behandlungskosten nicht. Auch wird Samenspendern lediglich eine Aufwandsentschädigung gezahlt; Trends zu einer Kommerzialisierung wie bei Eizellspende oder Leihmutterschaft beispielsweise in den USA oder Indien sind für die DI nicht erkennbar. Im folgenden Teil werden gesetzliche Regelungen bzw. ihr Mangel sowie die aktuellen Diskussionen in europäischen und amerikanischen Ländern sowie Australien und Neuseeland geschildert<sup>14</sup>.

### 5.2.1 Europa

#### *Schweden*

Schweden war weltweit das erste Land, das ein Gesetz erließ, welches Personen nach DI ein Auskunftsrecht einräumte. 1985 wurde das *Lag om Insemination* eingeführt, welches heterosexuellen Paaren das Recht einräumte, eine DI durchzuführen, nachdem der männliche Partner seine Einwilligung zur Behandlung gegeben hatte. Die juristische Vaterschaft geht auf den Ehemann bzw. den Partner der Mutter über. Die Ärzte sind verpflichtet, die Dokumente mindestens 70 Jahre lang aufzubewahren und der mit DI gezeugten Person beim Erreichen ausreichender Reife (also in der Regel mit dem 18. Lebensjahr) Einsicht in diese Dokumente zu gewähren. Eine psychosoziale Beratung wurde in diesem Gesetz nicht erwähnt, allerdings sollten die Ärzte sicherstellen, dass keine medizinischen, psychologischen und

<sup>14</sup> Eine Übersicht über die aktuelle Gesetzgebung für reproduktionsmedizinische Behandlungen in Europa kann eingesehen werden unter: <http://www.eshre.eu/ESHRE/English/Guidelines-Legal/Welcome/legislation-for-MAR-treatments/page.aspx/1127>



sozialen Umstände gegen eine DI sprechen.

Als dieses Gesetz eingeführt wurde, wurde es vor allem von Gynäkologen heftig kritisiert. Sie argumentierten, dass die Hypothese, Kinder müssen Auskunft über ihre biologische Abstammung erhalten können, unbewiesen sei. Desweiteren empfanden sie das Hinterfragen der psychosozialen Situation als unangemessen und bezeichneten das Gesetz als „gefühllosen Terrorismus“ (Daniels & Lalos, 1995, S. 1871). Nach der Gesetzeseinführung sank sowohl die Zahl der so gezeugten Kinder als auch die der Samenspender und viele Paare reisten in Nachbarländer, um dort die Behandlung durchzuführen (Daniels & Lalos, 1995). Die Gynäkologen argumentierten, dass weder die Paare noch die Spender unter diesen Umständen die Behandlung durchführen wollten, doch Daniels und Lalos (1995) vermuteten, dass die Ärzte selbst die Behandlung unter der neuen Gesetzgebung boykottierten. Sie zeigten auf, dass die Anzahl der Spender nach 1989 (dem ersten Jahr, in dem in Schweden entsprechende Aufzeichnungen gemacht wurden) von 69 auf 106 im Jahr 1993 anstieg. 1998 deutete eine weitere Untersuchung an, dass sich das Spenderprofil geändert hatte: die Spender waren überwiegend älter und verheiratet und kannten Paare mit Kinderwunsch; sie spendeten, um diesen Paaren zu helfen (Daniels, Ericsson, & Burn, 1998).

Es gibt keine Angaben dazu, wie Ärzte die vom Gesetz geforderte Eignung von Paaren feststellen. Zwar zeigen Studien auf, dass Paare vor Behandlungsbeginn beraten werden (Gottlieb et al., 2000), doch der genaue Beratungsinhalt ist unklar. Die Aufklärungsrate in Schweden wird trotz dieser Gesetzesänderung von Gottlieb und Kollegen als niedrig eingeschätzt (Gottlieb et al., 2000), und sie vermuten, dass nur eine Änderung der Gesetzgebung nicht ausreicht, um Haltungen und Einstellungen in der Bevölkerung zu ändern. In einer 2007 veröffentlichten Studie stellten sie fest, dass die Mehrheit der Eltern vom medizinischen Personal nicht angeregt wurde, ihre Kinder aufzuklären, sondern unklaren und widersprüchlichen Rat erhalten hatte (Lalos et al., 2007). Dies deutet an, dass das medizinische Personal der elterlichen Aufklärung der Kinder noch immer reserviert gegenübersteht. Es kann davon ausgegangen werden, dass dies Eltern verunsichert und dazu beiträgt, dass die Aufklärungsrate stagniert. Es ist daher nicht erstaunlich, dass bislang niemand die Spenderdaten einsehen wollte, obgleich die ältesten Personen mittlerweile über 20 Jahre alt sind (Lampic, Svanberg, & Sydsjö, 2009).

#### *Norwegen, Finnland, Dänemark*

In Norwegen sind seit 2003 die Samenspender (so wie auch Eizellspenderinnen) für die so gezeugten Personen identifizierbar und es wurde ein zentrales Register eingeführt, das die Daten sammelt (*Helse- og omsorgsdepartementet*, 2003). In Finnland wurde 2006 eine entsprechende Gesetzgebung erlassen und ebenfalls ein zentrales Register eingeführt (*Laki bedelmöityshoidoista*, 2006). In Dänemark bleiben Spender anonym, solange ein Arzt die Behandlung durchführt. Der Spender kann jedoch für die so gezeugte Person identifizierbar sein, wenn die Behandlung beispielsweise durch eine Hebamme durchgeführt wird. Auch dürfen Hebammen u.ä. – im

Gegensatz zu Ärzten - Behandlungen bei lesbischen und alleinstehenden Frauen durchführen (*Bekendtgørelse om kunstig befrugtning*, 1997). Dies hat in Dänemark dazu geführt, dass Hebammen Spendersamenklinien leiten (z.B. [www.storkklinik.dk](http://www.storkklinik.dk)). Paare, bzw. Frauen, die dort inseminiert werden, können sich im Vorfeld für einen anonymen oder einen identifizierbaren Spender entscheiden.

Eine Untersuchung, die die ärztliche Haltung in nordischen Ländern verglich, zeigte auf, dass die schwedischen Ärzte der Aufklärung am positivsten gegenüberstehen. Dänische Ärzte hatten hierzu die negativste Einstellung und die finnischen Ärzte waren unentschieden (Lampic et al., 2009). Vor allem norwegische und dänische Ärzte befürchteten, dass die Aufklärung eine negative Auswirkung auf die Familiendynamik haben und sie die Beziehung zwischen Kind und Eltern belasten könne. Auch hier wird deutlich, dass die gesellschaftliche Diskussion den rechtlichen Rahmenbedingungen hinterherhinkt; die reservierte Haltung der Ärzte wirkt sich wahrscheinlich auch in diesen Ländern negativ auf die elterliche Aufklärungsabsicht aus.

### *Österreich*

Österreich führte im Jahr 1992 das Fortpflanzungsmedizingesetz ein. Danach müssen die Unterlagen, aus denen die Identität eines Spenders hervorgeht, zunächst 30 Jahre von dem behandelnden Krankenhaus aufbewahrt werden, im Anschluss daran sind sie dem Landeshauptmann zu übermitteln, der sie auf Dauer aufbewahrt. Das Kind hat bereits mit 14 Jahren das Recht, die Identität des Spenders einzusehen. Obgleich die Spenderanonymität in Österreich nur sieben Jahre nach Schweden und viele Jahre vor Norwegen und Finnland aufgehoben wurde, gibt es lt. Erfahrung der Autorin keine wissenschaftlichen Diskussionen zu diesem Thema. Im Jahr 2010 klagten zwei Paare gegen die aktuelle Gesetzgebung. Sie wollten damit erreichen, dass die Eizellspende sowie die Samenspende im Rahmen einer künstlichen Befruchtung<sup>15</sup> legalisiert werden. Der Europäische Gerichtshof sprach sich zwar im Sinne der Kläger für eine Erlaubnis dieser beiden Verfahren aus, die Anonymität bzw. Identifizierbarkeit von Gametenspendern wird in diesem Urteil jedoch nicht thematisiert (Europäischer Gerichtshof, 2010).

### *Schweiz*

In der Schweiz wurde 1998 das Fortpflanzungsmedizingesetz erlassen. Die Unterlagen müssen an zentraler Stelle, beim Eidgenössischen Amt für das Zivilstandswesen, 80 Jahre lang aufbewahrt werden. Mit Volljährigkeit kann die so gezeugte Person die Unterlagen einsehen, bei schutzwürdigem Interesse auch zuvor. Wie in Österreich scheint es keine wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Problematik der Spenderanonymität zu geben, der Autorin ist jedoch bekannt, dass vereinzelte psychosoziale Fachkräfte psychoedukative Seminare für Wunscheltern anbieten.

<sup>15</sup> Das österreichische Gesetz erlaubt nur eine Insemination mit Spendersamen, keine donogene IVF oder ICSI.

## Großbritannien

1990 wurde in Großbritannien das *Human Fertilisation and Embryology Act* (1990) erlassen und gleichzeitig eine lizensierende Behörde, die *Human Fertilisation and Embryology Authority* (HFEA), eingerichtet. Gemäß dieser Gesetzgebung hatten Kinder, die vor 2005 gezeugt wurden, Anspruch auf nicht-identifizierbare Information über ihre Gametenspender (z.B. Augen- und Haarfarbe, Körpergröße und –statue); die vollständigen Spenderdaten werden seit Gesetzeseinführung zentral dokumentiert. Männer, die in einer medizinischen Einrichtung spenden, waren (und sind nach wie vor) von der juristischen Vaterschaft freigestellt; diese geht auf den Partner der Mutter über<sup>16</sup>. Junge Erwachsene konnten in Schottland mit 16 Jahren, in Großbritannien mit 18 Jahren erfahren, ob sie mit Hilfe einer Gametenspende gezeugt waren, um unwissentlich die Partnerschaft mit Halbgeschwistern zu vermeiden (Blyth, 2004)<sup>17</sup>.

Seit 1993 gibt es das sehr aktive *Donor Conception Network*<sup>18</sup>, ein Zusammenschluss von Familien nach Gametenspende, der sich seit seiner Gründung für die Aufhebung der Spenderanonymität einsetzt (Gollancz, 2001; Hunter, Salter-Ling, & Glover, 2000; Merricks & Montuschi, 2001; Whipp, 1998). 2002 klagte eine junge Erwachsene sowie die Mutter eines minderjährigen Kindes auf Herausgabe der Spenderidentität (*Rose v Secretary of the State for Health and Human Fertilisation and Embryology Authority*, 2002). Der Fall wurde zwar zunächst zurückgestellt, damit die Regierung Gutachten erstellen lassen konnte, der Richter erachtete jedoch das Auskunftsrecht als einen maßgeblichen Aspekt der Identität, der von der Europäischen Menschenrechtskonvention unterstützt und geschützt wird (Blyth, 2004). Im April 2005 trat nicht zuletzt wegen dieses Falls eine geänderte Gesetzgebung in Kraft (*Human Fertilisation and Embryology Act (Disclosure of Donor Information Regulation)*, 2004). Seit diesem Zeitpunkt haben alle seitdem gezeugten Personen mit Volljährigkeit das Recht auf Kenntnis ihrer biologischen Abstammung und können sich hierzu an die zentrale Dokumentationsstelle der HFEA wenden.

Im Gesetz wurde bereits 1990 hoher Stellenwert auf die psychosoziale Beratung der Wunscheltern gelegt. Diese Beratung soll von ausgebildeten Fachkräften durchgeführt werden (im Gegensatz zur psychosozialen Beratung durch Ärzte in vielen anderen Ländern), und sie soll umfassend alle kurz- und langfristigen Implikationen der Familienbildung mit Gametenspende explorieren. Allerdings sieht das Gesetz nur vor, dass die Ärzte bzw. Kliniken eine Kooperation mit einem Berater vorweisen müssen und eine solche Beratung empfehlen sollen. Wunscheltern ihrerseits sind nicht verpflichtet, eine Beratung wahrzunehmen und Studien zeigen, dass nur wenige Paare eine Beratung tatsächlich in Anspruch nehmen (Boivin, Scanlan, & Walker, 1999; Kerr, Brown, & Balen, 1999). Blyth (2004) kritisiert daher, dass die unverbindliche Empfehlung einer Beratung gegen die Intention des Gesetzes geht.

16 Mittlerweile auch auf die Partnerin bei lesbischen Paaren.

17 Für den Altersunterschied liegt keine Erklärung vor.

18 [www.donor-conception-network.org](http://www.donor-conception-network.org)

2004 wurde das *United Kingdom Donor Link* eingerichtet (UKDL<sup>19</sup>), ein freiwilliges Register zum Informationsaustausch und zur Kontaktherstellung zwischen ehemaligen Spendern<sup>20</sup>, Erwachsenen, die mit DI gezeugt sind, und ihren biologischen Halbgeschwistern. Da die Anfragenden volljährig sein müssen, sind es bislang allesamt Personen, die vor 2005 gespendet haben bzw. gezeugt wurden und für die daher die Anonymitätspflicht bestand. Mit Registrierung erteilen sie ihre Einwilligung, dass ihre Identität Spendern, so gezeugten Personen bzw. Halbgeschwistern offenbart werden kann. Crawshaw und Marshall berichteten 2008 über die ersten drei Arbeitsjahre dieses Registers. Das UKDL wird von der Gesundheitsbehörde finanziert und ist bei einer Adoptionsstelle angesiedelt, die die Kontaktaufnahme zwischen (jungen) Erwachsenen und ihren biologischen Erzeugern begleitet. Diese Aufgabe wird von einer Fachkraft unterstützt, die sowohl Erfahrung im Bereich der Adoption als auch in der Familienbildung mit Gametenspende hat, und auf die Erfahrungen einer externen Beratergruppe bestehend aus Erwachsenen nach DI, ihren Eltern und Spendern zurückgreifen kann. Zum Zeitpunkt des o.a. Berichts waren ca. 150 Personen registriert bzw. im Prozess der Registrierung. Diese Personen waren Erwachsene nach Gametenspende, Spender und eine kleine Anzahl von eigenen Kindern der Samenspender. Bislang nahmen in 17 Fällen Halbgeschwister miteinander Kontakt auf. Diese Zahlen stellen wahrscheinlich nur einen sehr kleinen Bruchteil der Erwachsenen nach DI und der Spender in Großbritannien dar. Da jedoch keine Daten vorliegen, wie viele Kinder auf diese Art gezeugt *und* aufgeklärt wurden und wie viele Männer spendeten, kann nicht geschätzt werden, wie hoch die Rate derer ist, die das UKDL nutzen. Aufgrund des Pioniercharakters dieser Einrichtung ist es nicht erstaunlich, dass es noch zahlreiche Herausforderungen und Probleme gibt. Lt. Crawshaw und Marshall (2008) ist u.a. ungeklärt

- wann, d.h. ab welchem Wahrscheinlichkeitsgrad des DNA-Abgleichs<sup>21</sup>, die Betroffenen informiert werden sollen;
- wer zu welchem Zeitpunkt informiert werden soll: sollen alle Betroffenen gleichzeitig informiert werden; was passiert, wenn dies zu Verzögerungen führt oder unmöglich ist; ist es ausreichend, dies mündlich abzusprechen oder sollte dies schriftlich fixiert werden;
- wie die Information weitergeleitet werden soll: schriftlich in Form eines Briefs, per Email oder Telefon;
- was passiert, wenn viele Betroffene zur gleichen Zeit auf den Fachservice zugreifen möchten und dieser damit überlastet ist?

19 [www.ukdonorlink.org.uk](http://www.ukdonorlink.org.uk)

20 Bislang haben sich bei UKDL nur Samenspender registriert, auch wenn die Eizellspende bereits vor 2005 durchgeführt wurde und es somit mittlerweile durchaus Eizellspenderinnen und Erwachsene nach einer Eizellspende gibt.

21 DNA-Untersuchungen zeigen unter Halbgeschwistern nur eine Wahrscheinlichkeit der genetischen Verwandtschaft auf. Der DNA-Vergleich mit weiteren vermuteten Halbgeschwistern und/oder dem biologischen Elternteil kann diese Wahrscheinlichkeit erhöhen, mindern oder ausschließen.

Letztendlich deutet der Bericht an, dass das Beratungsangebot formal nur in wenigen Fällen genutzt wird, informell aber einige Betroffene Gespräche im Rahmen der DNA-Abgabe mit den Fachkräften geführt haben und diese auch von denjenigen als hilfreich erachtet wurden, die nicht erwartet hatten, Hilfe zu benötigen. Hier stellt sich die Frage, wie eine Beratung besser in den Ablauf integriert werden kann, um diese niedrigschwellig anzubieten.

Zurzeit führt die HFEA eine online-Umfrage durch, um die öffentliche Haltung zu kontroversen Themen wie Spenderkompensation bzw. Spenderbezahlung, maximale Zahl der Kinder pro Spender und intrafamiliäre Spende bzw. Leihmutterchaft<sup>22</sup> zu eruieren (<http://www.hfea.gov.uk/5605.html>).

### *Spanien*

In Spanien sind alle Gametenspender gesetzlich anonym, die Elternschaft kann nach Einwilligung in eine Gametenspende nicht angefochten werden (*Ley 14/2006 sobre técnicas de reproducción humana asistida*). Der Autorin ist keinerlei wissenschaftliche Auseinandersetzung mit der Problematik des Auskunftsrechts bekannt. Wie wenig Relevanz dem Wissen um die biologische Abstammung jedoch beigemessen wird, wurde 2010 deutlich: Lt. Zeitschriftenartikel bietet das Institut Marques in Barcelona seit 2004 einen sog. „Embryoadoptionsplan“ an, demzufolge überzählige Embryonen anderen Paaren angeboten wurden. Angeblich wurden hunderte überzählige Embryonen englischer Paare<sup>23</sup> zur Spende freigegeben, ohne dass die biologischen Eltern darüber informiert wurden bzw. ihre Zustimmung geben konnten (Yee, 2010). Dies habe bislang zur Geburt von 460 Babys geführt (Blackburn-Starza, 2010). Aufgrund der spanischen Gesetzgebung wird es diesen Kindern verwehrt bleiben, ihre biologischen Wurzeln zu kennen, und aufgrund der Vorgehensweise werden die biologischen Eltern nicht einmal wissen, dass von ihnen abstammende Kinder in anderen Familien leben.

### *Osteuropa – neue EU-Länder*

Es gibt deutliche Unterschiede hinsichtlich der Regelungen der Gametenspende in den neuen EU-Ländern (Zypern, Tschechische Republik, Estland, Ungarn, Litauen, Lettland, Malta, Slowenien und die Slowakei) (Dostál, 2007). Obgleich die Samen-, Eizell- und Embryonenspende in den meisten Ländern erlaubt ist, gibt es keine eindeutigen Belege, ob sie tatsächlich in allen Ländern durchgeführt wird. Darüber hinaus ist die Gesetzgebung uneinheitlich. In manchen Ländern ist die Insemination mit Spendersamen, aber nicht die künstlichen Befruchtung mit Spendersamen erlaubt, in manchen ist die Gametenspende überhaupt nicht, in manchen per Richtlinie und in einigen per Gesetz geregelt. Nur hinsichtlich des Auskunftsrechts herrscht Einigkeit: In keinem dieser Länder haben mit

22 Eine intrafamiliäre Spende oder Leihmutterchaft liegt vor, wenn z.B. ein Ehepaar mit dem Samen des Bruders des Ehemannes eine Schwangerschaft plant oder eine Mutter für ihre Tochter ein Kind austrägt.

23 Aufgrund des Mangels an Eizellspenderinnen und der langen Wartezeiten in Großbritannien reisen viele Paare nach Spanien, um dort eine Eizellspende durchzuführen.

Gametenspende gezeugte Personen ein gesetzlich abgesichertes Recht, Kenntnis über ihre biologische Abstammung zu erlangen. In seinem Bericht schlussfolgert Dostál (2007, S. 62): „Die neuen EU-Länder sind eher reserviert, wenn es darum geht, Kindern nach reproduktionsmedizinischer Behandlung Informationen des Spenders zu geben. Nur zwei erlauben dies, allerdings nur nicht-identifizierbare Information. Der weltweite Trend geht jedoch weg von einer kompletten Anonymität und hin zu Registrierung und Identifizierbarkeit der Spender. Daher müssen sich die Kliniken darauf vorbereiten, dass sie in Zukunft Anfragen nach Spenderidentität erhalten“. Eine öffentliche Diskussion um dieses Thema scheint jedoch noch auszustehen. Eine psychosoziale Beratung der Wunscheltern scheint ebenfalls nur in Ausnahmefällen stattzufinden.

Spanien und osteuropäische Länder sind typische Ziele für deutsche Paare, die eine Eizellspende planen. Aufgrund der Spenderanonymität haben Kinder, die in diesen Ländern gezeugt wurden, nicht die Möglichkeit, die Identität ihrer biologischen Erzeuger zu erfahren (Thorn, 2008b). Damit werden für diese Gruppen Bestrebungen in Deutschland, das Auskunftsrecht donogen gezeugter Menschen zu stärken, konterkariert.

## 5.2.2 USA und Kanada

### USA

Schätzungen zufolge sind in den USA seit Ende des 19. Jahrhunderts mehrere hunderttausend Kinder nach DI geboren worden, auch die erste in der Literatur beschriebene Insemination mit Spendersamen wurde in den USA durchgeführt (siehe 1). Wie in vielen Rechtsgebieten gibt es jedoch trotz dieser großen Anzahl so gezeugter Menschen keine föderale Gesetzgebung, sondern vor allem Grundsatzurteile und Ländergesetzgebung. Nur der *Fertility Clinic Success Rate and Certification Act*<sup>24</sup> aus dem Jahr 1992 regelt landesweit eine Dokumentation der Schwangerschaftsraten. Rund zwei Drittel der Länder haben eine Gesetzgebung für die DI, darüber hinaus haben 19 Länder den *Uniform Parentage Act* umgesetzt, der den Wunscheltern die juristische Elternschaft zusichert. Die 1944 gegründete *American Society for Reproductive Medicine* hat zahlreiche Empfehlungen erlassen, darunter auch die Empfehlung, dass pro Spender nur 10 Kinder gezeugt werden sollen (*American Society for Reproductive Medicine*, 1994) und dass diese über ihre Zeugungsart aufgeklärt werden sollen (*American Society for Reproductive Medicine*, 2004). Ob diese Empfehlungen jedoch eingehalten werden ist fraglich. Einer aktuellen Studie zufolge stieß eine Familie bei der Suche auf 55 Halbgeschwister (Freeman et al., 2009); Studien, die aufzeigen, ob die elterliche Aufklärungsrate steigt, liegen nicht vor.

In ihrer Übersicht beschreiben Blyth und Benward (2004), dass die Bedürfnisse, mit dem raschen Fortschritt Schritt halten zu können, wettbe-

24 Lt. diesem Gesetz sind Kliniken verpflichtet, dem *Center for Disease Control* ihre Schwangerschaftsraten zu melden

werbsfähig zu bleiben und vor allem der Respekt für die kulturell tief verankerte individuelle Autonomie dazu beigetragen haben, keine verbindlichen föderalen Bestimmungen zu erlassen. Identifizierbare Spender werden seit einigen Jahren überwiegend von kommerziellen Samenbanken angeboten, da sie hier einen Markt befriedigen können. Sie bieten im Internet umfangreiche Profile, Babyfotos, schriftliche Selbstporträts sowie kurze Videofilme der Spender, was Wunscheltern – die eine Gebühr entrichtet und sich eingeloggt haben - das Ausschuchen eines Spenders erleichtern soll. Die Pioniere dieser Art Samenbanken sind vor allem die *Sperm Bank of California*<sup>25</sup>, die *California Cryobank* und die in *Georgia* ansässige *Xytex Corporation*.

Aktuelle Diskussionen werden von Familien nach DI ausgelöst und in der Öffentlichkeit wird seit einigen Jahren vor allem das *Donor Sibling Registry* (DSR<sup>26</sup>) wahrgenommen. Es wurde 2000 von Wendy Kramer gegründet, der Mutter eines mit DI gezeugten Jungen. Sie setzt sich nicht nur öffentlich für die Belange der mit Gametenspende gegründeten Familien - vor allem für Offenheit - ein, sondern hat sich mittlerweile an mehreren wissenschaftlichen Studien beteiligt (Freeman et al., 2009; Jadva, Freeman, Kramer, & Golombok, 2009, 2010; Jadva et al., 2011)<sup>27</sup>. Das DSR hat lt. eigener Aussage inzwischen über 30.000 registrierte Nutzer und über 8.000 Halbgeschwister bzw. Spender und Familien miteinander in Kontakt gebracht.

#### *Kanada*

Kanada hat „einen langen Weg der Regulierung“ (Haase, 2004, S. 55) hinter sich. Bereits 1989 wurde erstmals diskutiert, die neuen reproduktionsmedizinischen Behandlungen gesetzlich zu regeln. 2004 trat das Gesetz in Kraft (*Statutes of Canada*, 2006). Gemäß § 17 hat der Spender das Recht, seiner Identifizierbarkeit schriftlich zuzustimmen oder diese abzulehnen. Dies entspricht der zweigleisigen Vorgehensweise, die Pennings (1997 - siehe 3.2) vorschlägt. Die Regelung der juristischen Vaterschaft fällt unter Länderrrecht (*territorial jurisdiction*) und Haase (2004) kritisiert, dass die Unterlassung dieser Statusregulierung frustrierend ist, da somit weiterhin argumentiert werden kann, dass die Spenderanonymität wichtig ist, um Vaterschaftsklagen zu vermeiden. Es gab in den letzten Jahren immer wieder Klagen, da einzelne Länder und Provinzen gegen das föderale Gesetz mit der Argumentation geklagt haben, dass viele Einzelfragen nur von den einzelnen Ländern und Provinzen geregelt werden können. Dies hat die Umsetzung des Gesetzes sehr verzögert. Vor kurzem hat der *Supreme Court of Canada* den Ländern und Provinzen Recht gegeben, d.h. nun steht die Klärung an, welche Gesetzesteile vom Bund, welche von den Ländern geregelt werden.

25Viele Teilnehmer der Studien von Scheib und Kollegen (siehe 3.3) wurden an dieser Samenbank rekrutiert.

26 [www.donorsiblingregistry.com](http://www.donorsiblingregistry.com)

27Für einen Überblick über die Öffentlichkeitsarbeit des DSR siehe: [www.donorsiblingregistry.com/about.php](http://www.donorsiblingregistry.com/about.php).

Wie in Großbritannien wurde eine Behörde eingerichtet (*Assisted Human Reproduction Canada*), die allerdings aufgrund der juristischen Auseinandersetzung zwischen Bund und Ländern noch nicht aktiv ist. Eine psychosoziale Beratung ist für alle, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen (auch Samenspender), verpflichtend, doch auch hierfür liegen noch keine Ausführungskonzepte vor.

### 5.2.3 Australien und Neuseeland

Die folgenden Ausführungen beziehen sich, soweit nicht anders belegt, auf einen Bericht von Crawshaw (2011), der die aktuellen Entwicklungen in Australien und Neuseeland skizziert.

#### *Australien*

1975 wurde in Australien die föderale Gesetzgebung dahingehend geändert, dass die sozialen Eltern in einer Familie nach Gametenspende juristischen Elternstatus erhalten. Dies hat in *Victoria* und *Western Australia* dazu beigetragen, dass zentrale Register für die Gametenspende eingeführt wurden. Seit 1995 haben alle mit Gametenspende gezeugten Personen in *Victoria* das Recht, mit Volljährigkeit die Identität des Spenders einzusehen (*Infertility Treatment Act*, 1995). In *Western Australia* wurde die entsprechende Gesetzgebung 2004 (*Human Reproductive Technology Act 1991*) geändert. Sowohl in *Victoria* als auch in *Western Australia* wurden freiwillige Register für Spender und Erwachsene eingeführt, die vor der Gesetzesänderung gespendet haben bzw. gezeugt wurden. Diese offene Haltung wurde vor allem durch die Erfahrungen im Bereich der Adoption begünstigt (Szoke, 2004).

In *Western Australia* werden mittlerweile Eltern nach der Behandlung angeregt, ihre Daten in das freiwillige Register einzupflegen, damit sie Kontakt mit Halbgeschwistern ihrer Kinder aufnehmen können; falls Interesse an identifizierbaren Informationen über andere Kindern oder Familien besteht, sind alle Parteien verpflichtet, sich vor Kontaktabahnung einer kostenpflichtigen Beratung zu unterziehen. 2010 gab es in dem freiwilligen Register 144 Einträge: 76 von Eltern, 55 von Spendern und 31 von Erwachsenen nach Gametenspende, und es kam zu 11 Kontakten (5 Kontakte zwischen Familien mit noch nicht volljährigen Kindern, 5 Kontakte zwischen Eltern und Spendern, 1 Kontakt zwischen 2 Erwachsenen nach Gametenspende).

In *Victoria* wurde mit dem *Infertility (Medical Procedures) Act* 1984 die verpflichtende psychosoziale Beratung für alle, die sich einer reproduktionsmedizinischen Behandlung unterziehen – auch Samenspender – eingeführt. Diese Beratung muss von Fachkräften durchgeführt werden, die von dem *Australian Reproductive Technology Accreditation Committee* (RTAC) akkreditiert sind; die Qualifikationsrichtlinien entsprechen den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung (Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung - BKiD, 2008), die Beratungsinhalte sind ebenfalls ähnlich (Thorn & Wischmann, 2008b). Spender nehmen üblicherweise



eine oder zwei Beratungssitzungen wahr, einige erhalten Hilfe beim Ausfüllen ihres Spenderprofils, was von ihnen sehr ernst genommen wird.

Viel Diskussion löste im letzten Jahr die Behandlung Homosexueller aus. Bevor sie zur reproduktionsmedizinischen Behandlung zugelassen werden, sollten sie sich einer Kindeswohlüberprüfung („*fitness to parent*“ assessment) unterziehen. Da es jedoch keine Hinweise auf erhöhte Risiken für Kinder gibt, die mit homosexuellen Eltern aufwachsen und diese Auflage nicht in Einklang mit der Antidiskriminierungsgesetzgebung stand, wurde dieser Vorschlag öffentlich sehr kontrovers debattiert. Letztendlich wurde diese Überprüfung auf alle Wunscheltern erweitert, die reproduktionsmedizinische Hilfe in Anspruch nehmen. Der *Assisted Reproductive Treatment Act 2008* (in Kraft seit 2010) sieht vor, dass alle reproduktionsmedizinischen Zentren behördlich anfragen, ob Patienten gegen das Kindeswohl verstoßen haben. Spender sind von dieser Überprüfung ausgenommen, obgleich sie mittlerweile mit Hilfe des freiwilligen Registers durchaus Kontakt zu mit ihren Gameten gezeugten Kindern haben können. Bislang wurde nur ein Fall von diesem Ausschuss abgelehnt. Weitere Diskussionen löst vor allem unter psychosozialen Fachkräften die zunehmende Kommerzialisierung von Kinderwunschkliniken aus. In den letzten Jahren sind mehrere Kliniken von *Private-Equity* Firmen (Firmen mit Unternehmensbeteiligungen) aufgekauft worden und es gibt Tendenzen, die psychosoziale Beratung abzubauen.

In *South Australia* gibt es noch kein zentrales Register, die Kliniken sind für die Dokumentation zuständig. Kontaktanfragen werden von einer dafür zuständigen Kraft koordiniert und von einer Beratungsfachkraft vorbereitet und begleitet. Spender füllen handschriftlich ein 12-seitiges Formular aus, Wunscheltern ein 3-seitiges. Diese Formulare werden nach Geburt des Kindes ausgetauscht: Die Eltern erhalten automatisch das Formular des Spenders und dieser auf Wunsch das der Eltern. Die Behandlungskosten einer Klinik (Repromed in Adelaide; siehe [www.reprodmed.com.au](http://www.reprodmed.com.au)) sind mit AUS \$ 10.000,00 relativ hoch, werden jedoch damit begründet, dass alle Kosten, die im Rahmen der späteren Kontaktaufnahme mit dem Spender entstehen, auch die psychosoziale Beratung, damit bereits abgedeckt sind.

In *New South Wales* wurde die Reproduktionsmedizin erst 2007 mit dem *Assisted Reproductive Technology Act* gesetzlich geregelt; große Teile dieser Gesetzgebung traten allerdings erst 2010 in Kraft. Es gibt nun ein zentrales Register, in welchem die Daten der Spender mindestens 50 Jahre lang aufbewahrt werden, alle Volljährigen können die Identität des Spenders einsehen. Auch wurde ein freiwilliges Register eingeführt, in das Spender und Familien nach schriftlicher Einwilligung Einsicht haben können. Pro Spender sollen nicht mehr als fünf Frauen inseminiert werden (bei lesbischen Paaren werden beide Frauen gezählt). Spender haben das Recht, ihren Samen nur bestimmten Gruppen zur Verfügung zu stellen. Dies wurde zwar kontrovers diskutiert, letztendlich aber wegen des Kindeswohls akzeptiert: Es wäre nicht hilfreich, wenn ein Kind erfahren würde, dass der Spender dessen Familienkonstellation ablehnt. Es gibt keine Vorgaben für Beratung, allerdings sollte denjenigen, die sich an ein Register wenden, eine Beratung empfohlen werden. Einige Kliniken in *New South Wales* rekrutieren keine Spender, sondern erwarten, dass Paare selbst Spender finden. In solchen

Fällen wird eine ausführliche Beratung aller (ggf. auch der Partnerin des Spenders) einzeln und zusammen durchgeführt. Die Wartezeit für Spender, die von Kliniken rekrutiert sind, beträgt bis zu 12 Monate.

Der australische Senat startete 2010 eine öffentliche *online*-Umfrage bezüglich der Gametenspende. Ziel ist u.a., Haltungen hinsichtlich der Zahlung von Samenspendern, der Dokumentation, der psychosozialen Beratung sowie der Rechte so gezeugter Personen von Laien und Fachkräften einzuholen (*Parliament of Australia*, 2010); mittlerweile können im Internet viele Einreichungen eingesehen werden. Auch gibt es Bestrebungen der australischen Regierung, die Gesetzgebung bezüglich der Gametenspende zu vereinheitlichen und ein zentrales, landesweites Register einzuführen (*Standing Committee of Attorneys-General*, 2011).

### *Neuseeland*

In Neuseeland ist die Familienbildung mit Gametenspende deutlich akzeptierter als in vielen anderen Ländern. Mehrere Faktoren haben hierzu beigetragen: Für Maori, die neuseeländischen Ureinwohner, ist die genealogische Abstammung ein wichtiges Konzept. Das Würdigen der Maorikultur führte in vielen gesellschaftspolitischen Bereichen, auch im Bereich der Reproduktionsmedizin, schon vor über 10 Jahren zu Diskussionen hinsichtlich der Bedeutung der biologische Abstammung (Daniels & Lewis, 1996). Darüber hinaus wurde 1985 durch die Gesetzgebung im Bereich der Adoption (*Adult Adoption Information Act*, 1985) die offene Adoption vorangebracht und es waren vor allem Sozialarbeiter, die Beratung für Paare mit Kinderwunsch anboten, sich für das Kindeswohl einsetzten und hier die Erfahrungen aus dem Adoptionsbereich übertragen. Letztendlich wurde 1993 eine nationale Ethikkommission etabliert, die u.a. dafür Verantwortung zu tragen hatte, dass die Rechte der Kinder, die mit Hilfe reproduktionsmedizinischer Verfahren gezeugt werden, gewahrt bleiben (Daniels, 2004b).

Erst 2004 wurde der *Human Assisted Reproductive Technology Act* erlassen, welcher ein Jahr später in Kraft trat. Er zeichnete viele der bereits üblichen Praktiken nach. Gemäß diesem Gesetz können Volljährige die Identität des Spenders einsehen, auch die ihrer Halbgeschwister, wenn deren Einverständnis vorliegt. Pro Spender können bis zu 10 Kinder gezeugt werden, Spender können jedoch ihre eigene Grenze setzen und sie können entscheiden, für welche Gruppen sie spenden. Wie in Australien gibt es ein zentrales Register für alle Spenden nach 2005, und es gibt ein freiwilliges Register für diejenigen, deren Behandlung/Spende davor stattfand. Aufgrund eines Spendermangels beträgt die Wartezeit für eine Behandlung bis zu 18 Monate. Dies hat dazu geführt, dass viele Paare selbst versuchen, Spender zu rekrutieren.

In Neuseeland sind alle Eltern verpflichtet, die Geburt ihres Kindes dem Standesamt zu melden. Darüber hinaus sind Kliniken verpflichtet, die Kinder zu melden, die nach einer Gametenspende gezeugt wurden, sowie die entsprechenden Spender. Diese Daten werden von offizieller Stelle miteinander verglichen. Sollten Eltern vergessen haben, die Gametenspende anzugeben oder diese Angabe bewusst nicht gemacht haben, werde sie angeschrieben und um Korrektur gebeten. Danach werden die Angaben der

Spender überprüft und diese der Geburt „ihrer“ Kinder zugeordnet. Spätestens nach 50 Jahren (bei Klinikschließung früher) muss die Klinik alle Unterlagen dem Registerführer (ähnlich unserem Standesamt) zuführen.

Lt. Gesetz soll allen, die das Register einsehen möchten, eine Beratung angeboten werden. Allerdings gibt es hierfür weder Strukturen noch ein Budget. In neuseeländischen Kliniken sind jedoch zwei Beratungssitzungen vor Behandlungsbeginn verpflichtend (Auflage der Kliniken, nicht des Gesetzes), wenn eine Behandlung mit Gametenspende geplant ist. Auch haben einige Berater, die bei Kliniken angestellt sind, Kontaktersuchen von Teenagern und jungen Erwachsenen bereits begleitet und sehen dies auch ohne formale Vorgaben als ihre Aufgabe an. Von den Kliniken wird dies unterstützt. Die Kontakte zwischen jungen Erwachsenen, ihren Eltern und den Spendern waren bislang relativ unkompliziert, nur vereinzelt waren die Erwartungen unterschiedlich, und dies wurde in der Beratung aufgearbeitet.

## 6 Zusammenfassung

Die Spendersamenbehandlung hat sich in den letzten 50 bis 60 Jahren in Deutschland und noch viel deutlicher in einigen angelsächsischen Ländern aus einem gesellschaftlichen Tabubereich heraus bewegt. Die Entwicklung der Kinder und jungen Erwachsenen ist bislang unauffällig, allerdings stehen repräsentative Langzeitstudien noch aus. In den letzten Jahren wurden vor allem Studien durchgeführt, die sich den Auswirkungen der Geheimhaltung und der Bedeutung der Aufklärung so gezeugter Kinder und Menschen angenommen haben und den Haltungen und Motivationen von Samenspendern. Mittlerweile empfehlen vor allem psychosoziale Fachkräfte, aber vereinzelt auch medizinische Fachkräfte, aus psychologischen, medizinethischen und juristischen Gründen eine frühzeitige Aufklärung der Kinder, so wie dies im Bereich der Adoption seit langem üblich ist. Entsprechendes psychoedukatives Material ist sowohl für die Eltern als auch die Kinder in einigen Ländern verfügbar.

Eine psychosoziale Beratung vor allem vor der medizinischen Behandlung kann Wunscheltern beim Prozess der Auseinandersetzung mit dieser Familienzusammensetzung unterstützen und ihnen vor allem die Bedeutung der Aufklärung des Kindes und einen entwicklungspsychologisch angemessenen Umgang damit nahebringen. In einigen Ländern unterstützen psychosoziale Fachkräfte mittlerweile auch die Kontaktabahnung zwischen (jungen) Erwachsenen und Samenspendern; fundierte Konzepte hierfür stehen jedoch noch aus.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen sind für diese Familienbildung in Deutschland noch verbesserungswürdig. Zwar wurde mit dem Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetz im Jahr 2002 die juristische Vaterschaft bei heterosexuellen Eltern gestärkt, allerdings geht der Spender das Risiko der Vaterschaft ein, wenn sein Samen für lesbische und alleinstehende Frauen eingesetzt wird. Eine grundsätzliche Freistellung der Spender von der juristischen Vaterschaft wäre sinnvoll, ebenso eine Abweisung des An-

fechtungsrechts des Kindes. Auch sollten Personen, die mit Hilfe der Samenspende gezeugt wurden, wie Adoptivkinder, ein gesetzliches Recht eingeräumt bekommen, die Identität ihres biologischen Erzeugers erfahren zu können. Letztendlich wird es erforderlich sein, ein zentrales Register für die Samenspende einzurichten, um die Anzahl der Nachkommen pro Spender kontrollieren, die Dokumentation einheitlich betreiben und Kontaktersuchen von (jungen) Erwachsenen unterstützen zu können.

Die gesetzlichen und berufsrechtlichen Regelungen im Ausland sind sehr heterogen und verdeutlichen den unterschiedlichen kulturellen Umgang mit dieser Familienbildung. In einigen Ländern, vor allem in angelsächsischen, wurde in den letzten Jahren die Gesetzgebung verändert und so gezeugten Menschen ein Auskunftsrecht eingeräumt. Auch wird in diesen Ländern die Anonymität bzw. Identifizierbarkeit von Spendern öffentlich und durchaus kontrovers diskutiert. Nicht zuletzt setzen sich immer mehr Menschen, die selbst mit Hilfe der Samenspende gezeugt wurden, öffentlich für ein Auskunftsrecht ein und fordern entsprechende gesetzliche Änderungen.

## **7 Parallelen und Unterschiede zwischen der anonymen Geburt und der Spendersamenzeugung**

Für Menschen, die mit Hilfe einer Samenspende gezeugt wurden, und solche, die anonym geboren wurden, gibt es zentrale Aspekte, die ähnlich sind bzw. die sich deutlich unterscheiden. Diese werden im diesem letzten Teil des Gutachtens beschrieben.

### **7.1 Integration des Wissens um die biologische Abstammung in die Identität**

Das Wissen um die Abstammung ist für alle Menschen unabhängig von ihrer Zeugungsart ein zentraler Aspekt für die Entwicklung einer individuellen und konsistenten Identität und eines Selbstwerts. Aus dem Bereich der Adoption liegt mittlerweile ausreichend Erkenntnis vor, die aufzeigt, dass eine frühzeitige Aufklärung über die Annahme des Kindes sowie die Möglichkeit eines Kontakts zu den biologischen Eltern maßgeblich für eine stabile psychologische Entwicklung der Kinder ist. Für Kinder, die mit Hilfe der Samenspende gezeugt sind, liegen ebenfalls erste Erkenntnisse vor, die dies bestätigen. Psychosoziale Fachkräfte sprechen sich daher für eine frühe Aufklärung (im Kindergartenalter) aus sowie für die Möglichkeit, die Identität des Spenders spätestens mit Volljährigkeit erfahren zu können. Auch wenn es bislang kaum Studien zur Entwicklung von Kindern gibt, die anonym geboren sind, kann davon ausgegangen werden, dass das Wissen

um ihre Abstammung und die Identität ihrer biologischen Eltern ähnlich relevant ist. Für diese Menschen bleibt der Weg der Selbstfindung allerdings versperrt und es bleibt eine Leerstelle, die in die eigene Persönlichkeit und Identität integriert werden muss. Da dies bereits für Personen nach DI, die unter wesentlich weniger ungünstigen Bedingungen gezeugt wurden, schwierig sein kann, bleibt fraglich, ob und unter welchen Bedingungen dies Personen gelingt, die anonym geboren wurden (Wiemann, 2003).

## 7.2 Wunschkinder versus unerwünschte Kinder

Im Gegensatz zu Kindern nach einer anonymen Geburt sind Kinder nach Samenspende „Wunschkinder“. Ihre Eltern haben sich einer aufwändigen medizinischen Behandlung unterzogen und sich über die Schwangerschaft und Geburt sehr gefreut. Ihre Entstehung und Geburt sind somit positiv belegt. Der biologische Erzeuger hat mit dem Wissen Samen gespendet, dass nicht seine Partnerin, sondern eine andere Frau die Schwangerschaft austrägt und das Kind gebärt und ein anderes Paar auf Dauer die Elternrolle einnimmt. Kinder nach einer anonymen Geburt sind, wie Adoptivkinder, durch das Abgeben der biologischen Eltern an die annehmenden sozialen Eltern belastet oder sogar traumatisiert. Ihre Entstehung und Geburt sind negativ belegt. Sie müssen nicht nur verarbeiten, dass ihre Eltern sie aus unterschiedlichen, aber schwerwiegenden Gründen nicht aufziehen konnten und daher abgegeben haben. Ein weiterer, wesentlich gravierenderer Faktor wird für diese Menschen die Auseinandersetzung mit ihrer anonymen Geburt sein. Davon ausgehend, dass sie von ihren sozialen Eltern über diese Umstände ihrer Geburt aufgeklärt werden, müssen sie verarbeiten, dass ihre biologischen Eltern die Belastung ihrer Schwangerschaft und Geburt als subjektiv so gravierend empfunden haben, dass sie sich dafür entschieden, ihre Identität nicht preiszugeben. Wiemann (2003) spricht von einer besonders radikalen Form des Unerwünschtseins und des Verstoßenwordenseins, die diese Personen in ihre Identität integrieren müssen.

## 7.3 Aufklärung

Für Kinder nach DI wurde in den letzten Jahren psychoedukatives Material entwickelt, das Eltern bei der Aufklärung über die Zeugungsart unterstützt. Für Adoptivkinder liegt solches Material schon seit vielen Jahren vor. Es stellt sich jedoch die Frage, ob dieses Material auch für Kinder oder Jugendliche nach einer anonymen Geburt geeignet ist bzw. welche Literatur den sozialen Eltern dieser Kinder an die Hand gegeben werden kann, um entwicklungspsychologisch angemessen und empathisch dem Kind die Umstände seiner Geburt näher zu bringen; spezielle Aufklärungsbücher für diese Kinder scheinen zurzeit nicht vorzuliegen. Eine Form der Bewälti-

gung wäre das Verschweigen der belastenden Umstände der Geburt. Die negativen Konsequenzen eines Familiengeheimnisses sind jedoch ausreichend belegt, so dass dies Eltern nicht empfohlen werden kann. Für beide Bereiche stehen in Deutschland wissenschaftliche Studien aus, die die Aufklärung der Kinder und ihre Entwicklung evaluieren; für anonym geborene Kinder müsste darüber hinaus Aufklärungsmaterial und psychoedukatives Material für die annehmenden Eltern entwickelt werden.

## 7.4 Biologische Elternschaft

Männer, die Samen für Wunscheltern spenden, werden hierzu durch den finanziellen Anreiz oder die ausführliche medizinische Untersuchung motiviert bzw. sie haben eine altruistische Einstellung und möchten Paaren mit Kinderwunsch helfen. Die Gründe für eine Samenspende sind somit aus emotionaler Sicht neutral bis positiv, auch wenn in der Vergangenheit vereinzelt junge Erwachsene kritisiert haben, dass sie das Ergebnis einer kommerziellen Transaktion sind (Lorbach, 1997). Die Gründe für eine anonyme Geburt sind für die Mutter (und den Vater, so er mitentscheidet oder mitwirkt) eine extrem belastende Lebenssituation, die subjektiv mit einer Ausweglosigkeit verknüpft ist. Dies sind grundlegend verschiedene Ausgangssituationen, die den Umgang mit der Erzeugerschaft prägen. Aufgrund der abnehmenden Tabuisierung kann davon ausgegangen werden, dass Männer zunehmend offen mit der Samenspende umgehen und dies positiv besetzt wird. Allerdings liegen zurzeit kaum Kenntnisse darüber vor, welche Bedeutung die Kontakte zwischen Spender und (jungem) Erwachsenen für ihn hat und welche Auswirkungen dies auf seine Lebenskonstellation hat. Frauen, die anonym ein Kind gebären, werden dies trotz Straffreiheit aus Scham ihrem sozialen Umfeld mit einiger Wahrscheinlichkeit vorenthalten. Sie nehmen sich damit die Möglichkeit, sich mitzuteilen und ihre Handlung zu reflektieren. Wiemann (2003) berichtet, dass die Rate von Frauen, die die Freigabe ihres Kindes bereuen, hoch ist, und dass viele eine depressive Erkrankung entwickeln. Sie vermutet, dass dies für Frauen, die anonym gebären, noch schwieriger ist, denn diese fühlen sich zum Schweigen verurteilt und bleiben mit ihrem Schmerz möglicherweise ein Leben lang alleine. Hinzu kommt, dass die biologischen Väter dieser Kinder ebenfalls anonym bleiben und als Person daher nicht gewürdigt werden können.

## 7.5 Öffentliche Wahrnehmung

Die öffentliche Reputation der Spendersamenbehandlung hat sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Seit rund 10 Jahren wird häufig in den Medien darüber berichtet, auch wenn Zeitschriftenartikel und Talkshows sich zum Teil noch auf sensationsheischende Aspekte beschränken. Den-

noch empfinden Wunscheltern, dass die DI weiterhin einem Tabu und Stigma unterliegt und verhalten sich daher zurückhaltend. Sie sprechen nur mit wenigen über ihre Familienbildung, die Aufklärungsrate der Kinder steigt zwar, ist insgesamt jedoch noch gering. Die anonyme Geburt unterliegt bei der Mutter (und dem Vater, so er Kenntnis über die Schwangerschaft hat) ebenfalls einem Tabu; sie wird sich aller Voraussicht nach auch in ihrem persönlichen Umfeld niemandem mitteilen, da ansonsten ihre Anonymität nicht mehr geschützt ist. Auch für die Frage der kurz- und langfristigen psychosozialen Implikationen für die Eltern hinsichtlich ihrer Familienbildung, bzw. die abgebenden Mütter (oder Eltern) für die kurz- und langfristigen Auswirkungen der anonymen Geburt stehen wissenschaftliche Untersuchungen noch aus. Auffallend ist, dass trotz der deutlich höheren Zahl von Menschen nach DI deren Belange weniger im Augenmerk der Öffentlichkeit und Politik stehen.

## 7.6 Bedürfnis nach Komplexitätsreduktion

Aus medizinischer Sicht wurde die DI lange Zeit als eine einfache Lösung für ein simples Problem erachtet: Der unfruchtbare männliche Partner wurde durch einen fruchtbaren Mann ersetzt. Das Augenmerk der Ärzte galt vor allem den Schwangerschaftsraten und der medizinischen Betreuung des Paares mit Kinderwunsch, also dem „Hier und Jetzt“. Erst in den letzten 10 bis 15 Jahren wurde deutlich, dass die DI zwar aus medizinischer Sicht eine relativ einfache und wenig invasive Behandlung ist, aber mit zahlreichen psychologischen, sozialen, ethischen und juristischen Fragen behaftet ist, die zum Teil erst nach der Geburt des Kindes oder ab der Pubertät entstehen (Thorn, 2008a, 2008c; Thorn & Daniels, 2007). Es wurde deutlich, dass die einfache medizinische Behandlung nicht gleichzusetzen ist mit einer geringen Komplexität in anderen Bereichen, sondern die medizinisch einfache Spendersamenbehandlung über viele Jahre vielleicht sogar dazu beigetragen hat, die Komplexität in anderen Bereichen zu verdecken. Zwar wurden bis Mitte des letzten Jahrhunderts durchaus kritische Stimmen deutlich, die Bedeutung der Zeugungsart für die so gezeugten Kinder und Erwachsenen ist jedoch erst in den letzten Jahren in den Blick der Öffentlichkeit geraten. Auch die anonyme Geburt verleitet dazu, die langfristigen Implikationen für die Kinder und die Eltern (die biologischen und die sozialen) außer Acht zu lassen. Als „schnelle Lösung“ für eine extrem schwierige Situation wurde sie in der Öffentlichkeit diskutiert und von Teilen der Öffentlichkeit auch für gut befunden. Fachkräfte aus unterschiedlichen Disziplinen haben sich jedoch immer wieder dafür eingesetzt, der Komplexität eine Stimme zu verleihen und eine profunde und umfassende Diskussion aller Faktoren zu führen (z.B. Riedel, 2006; Wiemann, 2003). Eine Komplexitätsreduktion ist weder für die DI noch für die anonyme Geburt hilfreich und dies sollte in öffentlichen und fachlichen Diskussionen berücksichtigt werden.

## 7.7 Bedeutung von Beratung

Immer mehr Fachverbände sprechen sich für eine psychosoziale Beratung vor einer Spendersamenbehandlung (im Ausland vor Behandlungen mit Gametenspende) aus, damit sich Wunscheltern vor allem mit den langfristigen psychologischen und sozialen Fragestellungen auseinandersetzen und für diese Komplexität eine Haltung und einen Umgang entwickeln können. Erste Studien zeigen auf, dass eine Beratung dazu geeignet ist, das Stigma abzubauen und die Selbstsicherheit im Umgang mit dieser Familienzusammensetzung zu erhöhen. Es gilt, die Beratung für diesen Familientypus auszubauen und vor allem Strukturen und Konzepte für die Begleitung und Beratung bei Kontaktabstimmungen zwischen Spender und (junger) erwachsener Person zu entwickeln und deren wissenschaftliche Evaluation voranzutreiben. Die Beratung von Frauen bzw. Paaren, die eine anonyme Geburt beabsichtigen bzw. ein Kind anonym abgegeben haben, ist deutlich schwieriger. Dennoch sind kreative Bemühungen erforderlich, auch diese schwer erreichbaren Gruppen anzusprechen, z.B. durch Aufklärungsbroschüren in unterschiedlichen Sprachen oder durch sensible Öffentlichkeitsarbeit, die vor allem die Bedürfnisse von Kindern nach Wissen um ihre Abstammung im Fokus hat (Bockenheimer-Lucius, 2002). Nicht zuletzt ist auch in diesem Bereich eine wissenschaftliche Begleitung und Evaluation unerlässlich.

Für Personen, die zur Adoption freigegeben wurden (unabhängig von der Frage, ob sie aus einer anonymen oder nicht anonymen Geburt stammen) sind die zuständigen Jugendämter Einrichtungen, bei denen sie kostenlos beraten und unterstützt werden, wenn sie sich mit ihrer Herkunft auseinandersetzen möchten. Für Personen nach DI fehlen solche Einrichtungen.

## 7.8 Verlässliche Daten und Dokumentation

Sowohl für Menschen nach DI als auch für anonym geborene Menschen fehlt zurzeit Datenmaterial. Die medizinischen Behandlungen mit Spendersamen fließen, da es sich in der Regel um Inseminationen handelt, nicht in das deutsche IVF-Register ein, Schätzungen zu Folge werden jährlich zwischen 500 und 1000 Kinder geboren. Verlässliche Aufzeichnungen über anonyme Geburten liegen ebenfalls nicht vor, lt. Schätzungen wurden seit 1999 300 bis 500 Kinder mit dauerhaft anonymer Herkunft geboren (Deutscher Ethikrat, 2009). Es ist erforderlich, für beide Bereiche verlässliches Datenmaterial zu entwickeln. Für den Bereich der DI könnte hierzu ein zentrales Register (z.B. bei der Bundesärztekammer) eingeführt werden, für den Bereich der anonymen Geburt könnten alle Fachstellen die Zahl der von ihnen angenommenen Findelkinder und Frauen, die sie bei einer anonymen Geburt begleitet haben, einer übergeordneten Fachstelle melden.



## 7.9 Recht auf Wissen um die Abstammung

Es ist nicht mehr umstritten, dass das Wissen um die biologische Abstammung zu den Grundrechten aller Menschen gehört. Durch die mangelnde und zeitlich befristete Dokumentation der Spenderdaten auf 10 Jahre wurde dieses Recht in der Vergangenheit ignoriert. Die Verlängerung der Dokumentation auf mindestens 30 Jahre in Verbindung mit einer entsprechenden Aufklärung der Spender hat die Situation der so gezeugten Menschen verbessert. Im Vergleich zu Adoptierten sind sie jedoch noch immer schlechter gestellt, da deren Adoptionsunterlagen 60 Jahre lang aufbewahrt werden müssen. Menschen, die anonym geboren wurden, bleibt diese Möglichkeit gänzlich versagt, außer die Mutter bzw. Eltern treten im Nachhinein aus ihrer Anonymität heraus und das Kind lässt sich zuordnen. Da es zurzeit ungeklärt scheint, ob durch die Möglichkeit der anonymen Geburt tatsächlich Kinstötungen vermieden werden, stellt sich die Frage, ob sie geeignet, angemessen und erforderlich ist, um das Leben von Kindern zu schützen (Deutscher Ethikrat, 2009). Auch um diese Frage beantworten zu können, ist eine Dokumentation und eine wissenschaftliche Aufarbeitung dieses Phänomens erforderlich.

## 7.10 Zusammenfassung der Parallelen und Unterschiede

Das Wissen um die biologische Abstammung und die Möglichkeit, Kontakt zu den biologischen Erzeugern/Eltern herzustellen, ist für alle Menschen unabhängig von ihrer Zeugungsart oder Familienkonstellation von zentraler Bedeutung für die Entwicklung einer kohärenten Identität. Eine frühe Aufklärung ist wahrscheinlich für Kinder, die anonym geboren wurden, ebenso wichtig wie für Adoptivkinder oder solche, die mit Spendersamen gezeugt wurden. Es wird daher wichtig sein psychoedukatives Aufklärungsmaterial für anonym geborene Kinder und ihre aufziehenden Eltern zu entwickeln.

Die psychologische Ausgangssituation für Kinder nach einer Samenspende und anonym geborene Kinder ist grundverschieden: Erstere sind Wunschkinder, deren Geburt von den Eltern herbeigesehnt wurde. Letztere müssen sich mit einer besonders radikalen Form des Unerwünschtseins auseinandersetzen und in ihre Identität integrieren. Auch die biologische Elternschaft ist unterschiedlich: Samenspende werden mittlerweile neutral bis positiv konnotiert und es kann davon ausgegangen werden, dass sie in Zukunft zunehmend offener damit umgehen werden, dass sie zum Kinderwunsch anderer Paare beigetragen haben. Bei Frauen, die ihr Kind zur Adoption freigegeben haben, ist eine hohe Rate von depressiven Reaktionen bekannt. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese bei Frauen, die anonym geboren haben, noch höher ist, denn sie bleiben aufgrund der Anonymität mit ihrem Schmerz alleine und sind auf eigene, wahrscheinlich

eher minimal ausgeprägte Bewältigungsressourcen angewiesen. Über die biologischen Väter anonym geborener Kinder gibt es keinerlei Daten.

In der öffentlichen und gesellschaftspolitischen Diskussion ist es wichtig, die Komplexität sowohl der Spendersamenbehandlung als auch der anonymen Geburt nicht zu negieren. Weder ist die DI eine einfache Lösung bei männlicher Unfruchtbarkeit, noch ist die anonyme Geburt eine unproblematische Antwort auf eine schwierige Lebenssituation. Bei beiden entstehen Lebens- und Familienkonstellationen, die komplex und ungewohnt sind und für alle Beteiligten auf Dauer relevant bleiben. Für Paare, die eine Spendersamenbehandlung oder Adoption anstreben, sind mittlerweile Beratungskonzepte entwickelt worden, die sie für die kurz- und langfristigen Folgen sensibilisieren sollen. Für Frauen (und deren Partner), die anonym ein Kind gebären, wird es wichtig sein, kreative Lösungen zu finden, sie einer Beratung zuzuführen.

Sowohl für die Familienbildung mit Spendersamen als auch für die anonyme Geburt fehlen in Deutschland Zahlen und Daten. Für die Spendersamenbehandlung kann die Einrichtung eines zentralen Registers, z.B. bei der Bundesärztekammer, dazu beitragen, Daten zu sammeln und auszuwerten. Für den Bereich der anonymen Geburt sollte ebenfalls eine übergeordnete Stelle eingerichtet werden, die bundesweit Daten zusammenführt und wissenschaftlich auswertet.

Das Wissen um die biologische Abstammung gehört zu den Grundrechten aller Menschen. Für Menschen nach einer anonymen Geburt hat es diesbezüglich wissenschaftliche und öffentliche Debatten gegeben. Für Menschen nach einer Spendersamenzeugung stehen solche Debatten noch aus. Zwar hat sich ihre rechtliche Situation aufgrund der verlängerten Dokumentationspflicht verbessert, allerdings sind sie im Vergleich zu adoptierten Menschen noch immer schlechter gestellt – nicht nur hinsichtlich der Länge der Dokumentation, auch hinsichtlich einer Beratung und Begleitung bei der Kontakthanbahnung mit dem Samenspender.

## 8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- American Society for Reproductive Medicine. (1994). Ethical considerations of assisted reproductive technologies. *Fertil Steril*, 65(5), Suppl. S1-S125.
- American Society for Reproductive Medicine. (2004). Informing offspring of their conception by gamete donation. *Fertil Steril*, 81(3), 527-531.
- Amuzu, B., Laxova, R., & Shapiro, S. S. (1990). Pregnancy outcome, health of children, and family adjustment after donor insemination. *Obstet Gynecol*, 75(6), 899-905.
- Baran, A., & Pannor, R. (1989). *Lethal secrets: The shocking consequences and unsolved problems of artificial insemination*. New York: Warner.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6. ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Blackburn-Starza, A. (2010). *Spanish clinic allows IVF embryo donation 'without consent'*, 26.02.2010, from [http://www.bionews.org.uk/page\\_67292.asp?dinfo=TtvmQleV0txQ0SaqQ9Jl5SZn](http://www.bionews.org.uk/page_67292.asp?dinfo=TtvmQleV0txQ0SaqQ9Jl5SZn)
- Blank, R. (1998). Regulations of donor insemination. In K. Daniels & E. Haimes (Eds.), *Donor insemination. International social science perspectives* (pp. 131-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- Blyth, E. (1999). Secrets and lies. Barriers to the exchange of genetic origins information following donor assisted conception. *Adoption and Fostering*, 23(1), 49-58.
- Blyth, E. (2004). The United Kingdom: Evolution of a statutory regulatory approach. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 226-245). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Blyth, E., & Benward, J. (2004). The United States of America: Regulation, technology and the marketplace. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 226-245). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Blyth, E., & Landau, R. (2004). Introduction. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 7-20). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Bockenheimer-Lucius, G. (2002). Babyklappe und anonyme Geburt - Hintergründe und Anmerkungen zu ethischen Problemen. *Ethik Med*, 14, 20-27.
- Boivin, J., Scanlan, L. C., & Walker, S. M. (1999). Why are infertile patients not using psychosocial counselling? *Hum Reprod*, 14(5), 1384-1391.
- Brandon, J., & Warner, J. (1977). AID and adoption. *British Journal of Social Work*, 7(3), 335-341.
- Brewaeyts, A. (2001). Review: parent-child relationships and child development in donor insemination families. *Hum Reprod Update*, 7(1), 38-46.
- British Fertility Society. (2008). Working Party on Sperm Donation Services in the UK. *Human Fertility*, 11(3), 147-158.
- British Infertility Counselling Association. (2004). *Implications counselling for people considering donor-assisted conception*. Heslington: University of York Print Unit.
- Bundesärztekammer. (1998). Durchführung der assistierten Reproduktion. Richtlinien der Bundesärztekammer. *Deutsches Ärzteblatt*, 49 (4.12.1998), A-3166.
- Bundesärztekammer. (2006). (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion - Novelle 2006. *Deutsches Ärzteblatt*, 20, A1392-A1403.
- Bundesminister der Justiz. (1989). Abschlußbericht der Bund-Länder-Arbeitsgruppe "Fortplantungsmedizin". *Bundesanzeiger*, 41(4a, 6. Januar 1989).
- Bundesverfassungsgericht. (1988). Urteil vom 18.01.1988, 1 BvR 1589/87. *NJW*, 3010.
- Bundesverfassungsgericht. (1989). Urteil vom 31.01.1989, 1 BV 17/87. *NJW* 891.
- Clayton, C. E., & Kovacs, G. T. (1982). AID offspring: initial follow-up study of 50 couples. *Med J Aust*, 1(8), 338-339.
- Cooper, S. (1997). Ethical issues associated with the new reproductive technologies. In S. R. Leiblum (Ed.), *Infertility: Psychological issues and counseling strategies* (pp. 41-66). New York: Wiley.
- Cordray, B. (1999/2000). An open letter to the HFEA. *Donor Conception Journal*, 3-5.
- Craig, O. (2006). *Where have all the donors gone?*, 08.03.2010, 01.05.2006, from <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/3338979/Where-have-all-the-donors-gone.html>
- Crawshaw, M. (2011). *Report on Trip to Australia and New Zealand July-September 2010 to study Donor Registers and Donor Linking Services*, 15.02.2011, from <http://www.york.ac.uk/depts/spsw/staff/documents/CrawshawReportOnAustraliaNewZealandTriJanuary2011.pdf>

- Crawshaw, M., & Marshall, L. (2008). Practice experiences of running UK DonorLink, a voluntary information exchange register for adults related through donor conception. *Hum Fertil (Camb)*, 11(4), 231-237.
- Daniels, K. (1998). The semen providers. In K. Daniels & E. Haimes (Eds.), *Donor insemination. International social science perspectives* (pp. 76-105). Cambridge: Cambridge University Press.
- Daniels, K. (2004a). *Building a family with the assistance of donor insemination*. Palmerston North: Dunmore Press.
- Daniels, K. (2004b). New Zealand: From secrecy and shame to openness and acceptance. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 148-167). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Daniels, K. (2007). Anonymity and openness and the recruitment of gamete donors. Part I: semen donors. *Hum Fertil (Camb)*, 10(3), 151-158.
- Daniels, K., Curson, R., & Lewis, G. (1996). Semen donor recruitment: a study of donors in two clinics. *Hum Reprod*, 11(4), 746-751.
- Daniels, K., & Lalos, O. (1995). The Swedish insemination act and the availability of donors. *Hum Reprod*, 10(7), 1871-1874.
- Daniels, K., & Lewis, G. (1996). Openness of information in the use of donor insemination: Developments in New Zealand. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14, 57-68.
- Daniels, K., & Taylor, K. (1993). Secrecy and openness in donor insemination *Politics Life Sci*, 12(2), 155-170.
- Daniels, K., Thorn, P., & Westerbrooke, R. (2007). Confidence in the use of donor insemination: an evaluation of the impact of participating in a group preparation programme. *Hum Fertil (Camb)*, 10(1), 13-20.
- Daniels, K. R., Ericsson, H. L., & Burn, I. P. (1998). The views of semen donors regarding the Swedish Insemination Act 1984. *Med Law Int*, 3(2-3), 117-134.
- Daniels, K. R., & Thorn, P. (2001). Sharing information with donor insemination offspring. A child-conception versus a family-building approach. *Hum Reprod*, 16(9), 1792-1796.
- Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung - BKiD. (2008). *Kriterien zur Aufnahme in der Berater/innenliste von BKiD e.V.*, 21.07.2010, from <http://www.bkid.de/selbst.html>
- Deutscher Ethikrat. (2009). *Das Problem der anonymen Kindesabgabe*. Berlin: Geschäftsstelle des Deutschen Ethikrats.
- Dostál, J. (2007). *Ethical and legal aspects of assisted reproduction. Situation in the member states that joined the European Union in 2004*. Olomouc: Placky University, Faculty of Medicine and Dentistry.
- Embryonenschutzgesetz. (1990). Gesetz zum Schutz von Embryonen vom 13. Dezember 1990.
- EU-Richtlinie. (2004). EU-Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31. März 2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.
- Europäischer Gerichtshof. (2010). Case of S. H. and others v. Austria. (57813/00). Straßburg.
- Feast, J. (2003). Donor-assisted conception: What can we learn from adoption? In D. Singer & M. Hunter (Eds.), *Assisted Human Reproduction: Psychological and Ethical Dilemmas* (pp. 76-98). London: Whurr.
- FG Niedersachsen, A. K. (2010). *Künstliche Befruchtung steuerlich absetzbar*, 22.06.2010, from <http://www.lifepr.de/presse-meldungen/arag-allgemeine-rechtsschutz-versicherung-ag/boxid-170907.html>
- Freeman, T., Jadvá, V., Kramer, W., & Golombok, S. (2009). Gamete donation: Parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. *Hum Reprod*, 24(3), 505-516.
- Fromm, E. (1959). Artefizielle Insemination. Referat Dr. Fromm in der geschlossenen Sitzung des 62. Deutschen Ärztetages.
- Funcke, D., & Thorn, P. (2010). *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform*. Bielefeld: Transkript.
- Gewebe-gesetz. (2007). Gesetz über Qualität und Sicherheit von menschlichen Geweben und Zellen. In Bundesgesetzblatt, Teil I Nr. 35.
- Glezerman, M. (1981). Two hundred and seventy cases of artificial donor insemination: Management and results. *Fertil Steril*, 35, 180-187.
- Gollancz, D. (2001). Donor insemination: a question of rights. *Hum Fertil (Camb)*, 4(3), 164-167.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Cook, R., Giavazzi, M. T., Guerra, D., Mantovani, A., et al. (1996). The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development. *Hum Reprod*, 11(10), 2324-2331.
- Golombok, S., Brewaeys, A., Giavazzi, M. T., Guerra, D., MacCallum, F., & Rust, J. (2002). The European study of assisted reproduction families: The transition to adolescence. *Hum Reprod*, 17(3), 830-840.

- Golombok, S., Jadva, V., Lycett, E., Murray, C., & MacCallum, F. (2005). Families created by gamete donation: Follow-up at age 2. *Hum Reprod*, *20*(1), 286-293.
- Golombok, S., Lycett, E., MacCallum, F., Jadva, V., Murray, C., Rust, J., et al. (2004). Parenting infants conceived by gamete donation. *J Fam Psychol*, *18*(3), 443-452.
- Golombok, S., MacCallum, F., Goodman, E., & Rutter, M. (2002). Families with children conceived by donor insemination: A follow-up at age twelve. *Child Dev*, *73*(3), 952-968.
- Golombok, S., Murray, C., Brinsden, P., & Abdalla, H. (1999). Social versus biological parenting: Family functioning and the socioemotional development of children conceived by egg or sperm donation. *J Child Psychol Psychiatry*, *40*(4), 519-527.
- Golombok, S., Murray, C., Jadva, V., Lycett, E., MacCallum, F., & Rust, J. (2006). Non-genetic and non-gestational parenthood: Consequences for parent-child relationships and the psychological well-being of mothers, fathers and children at age 3. *Hum Reprod*, *21*(7), 1918-1924.
- Gottlieb, C., Lalos, O., & Lindblad, F. (2000). Disclosure of donor insemination to the child: The impact of Swedish legislation on couples' attitudes. *Hum Reprod*, *15*(9), 2052-2056.
- Grace, V. M., Daniels, K. R., & Gillett, W. (2008). The donor, the father, and the imaginary constitution of the family: Parents' constructions in the case of donor insemination. *Soc Sci Med*, *66*(2), 301-314.
- Greenslade, J. (1998). Truth and health. In E. Blyth, M. Crawshaw & J. Speirs (Eds.), *Truth and the child 10 years on: Information exchange in donor assisted conception*. Birmingham: British Association of Social Workers.
- Gregoire, A. T., & Meyer, R. C. (1965). The impregnators. *Fertil Steril*, *16*(1), 130-134.
- Haase, J. (2004). Canada: The long road to regulation. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 55-72). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Haase, J., & Blyth, E. (2006). Global perspectives on infertility counseling. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. ed., pp. 544-558). Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Haimes, E. (1988). Secrecy: What can artificial reproduction learn from adoption? *International Journal of Law and the Family*, *2*, 46-61.
- Hammel, A., Katzorke, T., Schreiber, G., & Thorn, P. (2006). Empfehlungen des Arbeitskreises für donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung von Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, *3*, 166-174.
- Hewitt, G. (2002). Missing links: Identity issues of donor conceived people. *British Journal of Infertility Counselling*, *9*, 14-20.
- Human Fertilisation and Embryology Authority. (2011). *New donor registrations*, 17.02.2011, from <http://www.hfea.gov.uk/3411.html>
- Hunter, M., Salter-Ling, N., & Glover, L. (2000). Donor Insemination: Telling children about their origins. *Child Psychology and Psychiatry Review*, *5*(4), 157-163.
- Imber-Black, E. (1995). Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Infertility Research Trust. (1991). My story. Sheffield: University Department of Obstetrics and Gynaecology, Jessop Hospital for Women.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W., & Golombok, S. (2009). The experiences of adolescents and adults conceived by sperm donation: comparisons by age of disclosure and family type. *Hum Reprod*, *24*(8), 1909-1919.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W., & Golombok, S. (2010). Experiences of offspring searching for and contacting their donor siblings and donor. *Reprod Biomed Online*, *20*(4), 523-532.
- Jadva, V., Freeman, T., Kramer, W., & Golombok, S. (2011). Sperm and oocyte donors' experiences of anonymous donation and subsequent contact with their donor offspring. *Hum Reprod*, *26*(3), 638-645.
- Jansen, E., Greib, A., & Bruns, M. (2007). *Regenbogenfamilien - alltäglich und doch anders. Beratungsführer für lesbische Mütter, schwule Väter und familienbezogenes Fachpersonal*. Köln: Lesben- und Schwulenverband Deutschland.
- Karpel, M. A. (1980). Family secrets: Conceptual and ethical issues in the relational context, ethical and practical considerations in the therapeutic management. *Fam Process*, *19*, 295-306.
- Katzorke, T. (2008). Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, *1*, 14-20.
- Kerr, J., Brown, C., & Balen, A. H. (1999). The experiences of couples who have had infertility treatment in the United Kingdom: Results of a survey performed in 1997. *Hum Reprod*, *14*(4), 934-938.
- Kirk, H. (1964). *Shared fate: A theory of adoption and mental health*. New York: Free Press.

- Kirkman, M. (2004a). Genetic connection and relationships in narratives of donor-assisted conception. *Australian Journal of Emerging Technologies and Society*, 2, 1-20.
- Kirkman, M. (2004b). Saviours and satyrs: Ambivalence in narrative meanings of sperm provision. *Culture, Health and Sexuality*, 6(4), 319-335.
- Kirkman, M., Rosenthal, D., & Johnson, L. (2007). Families working it out: adolescents' views on communicating about donor-assisted conception. *Hum Reprod*, 22(8), 2318-2324.
- Lalos, A., Gottlieb, C., & Lalos, O. (2007). Legislated right for donor-insemination children to know their genetic origin: a study of parental thinking. *Hum Reprod*, 22(6), 1759-1768.
- Lampic, C., Svanberg, A. S., & Sydsjö, G. (2009). Attitudes towards gamete donation among IVF doctors in the Nordic countries - are they in line with national legislation? *J Assist Reprod Genet*(26), 5.
- Leeton, J., & Backwell, J. (1982). A preliminary psychosocial follow-up of parents and their children conceived by artificial insemination by donor (AID). *Clin Reprod Fertil*, 1(4), 307-310.
- Lorbach, C. (1997). *Let the offspring speak*. Geroges Hall, New South Wales: The Donor Conception Support Group of Australia.
- Lorbach, C. (2003). *Experiences of donor conception. Parents, offspring and onors through the years*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Ludwig, U. (2011). *Teure Spende*, 07.03.2011, from <http://www.spiegel.de/spiegel/0,1518,748204,00.html>
- Lycett, E., Daniels, K., Curson, R., & Golombok, S. (2004). Offspring created as a result of donor insemination: a study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertil Steril*, 82(1), 172-179.
- Mahlstedt, P. P., LaBounty, K., & Kennedy, W. T. (2010). The views of adult offspring of sperm donation: essential feedback for the development of ethical guidelines within the practice of assisted reproductive technology in the United States. *Fertil Steril*, 93(7), 2236-2246.
- McWhinnie, A. (2003). Taking the baby home was just the beginning. In D. Singer & M. Hunter (Eds.), *Assisted Human Reproduction: Psychological and Ethical Dilemmas* (pp. 129-153). London: Whurr.
- Merricks, W., & Montuschi, O. (2001). Response to the BFS recommendations for good practice on the screening of egg and embryo donors. *Hum Fertil (Camb)*, 4(1), 49-50.
- Montuschi, O. (2006). *Telling and Talking about donor conception with 0-7 year olds. A guide for parents*. Nottingham: Donor Conception Network.
- Müller, H. (2008). Die Spendersamenbehandlung bei Lebenspartnerinnen und allein stehenden Frauen - ärztliches Handeln unter dem Diktum vermeintlicher Illegalität? *GesR*, 11, 573-580.
- Papp, P. (1995). Der Wurm in der Knospe. In E. Imber-Black (Ed.), *Geheimnisse und Tabus in Familie und Familientherapie* (pp. 85-108). Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Parliament of Australia. (2010). *Inquiry into donor conception in Australia*, 08.03.2011, from [http://www.aph.gov.au/Senate/committee/legcon\\_ctte/donor\\_conception/info.htm](http://www.aph.gov.au/Senate/committee/legcon_ctte/donor_conception/info.htm)
- Pennings, G. (1997). The 'double track' policy for donor anonymity. *Hum Reprod*, 12(12), 2839-2844.
- Ratzel, R. (2010). Beschränkung des Rechts auf Fortpflanzung durch das ärztliche Berufsrecht. In H. Frister & D. Olzen (Eds.), *Reproduktionsmedizin - Rechtliche Fragestellungen* (pp. 43-58). Düsseldorf: Düsseldorf University Press.
- Riedel, U. (2006). Rechtliche Fragen zu Babyklappen und anonymer Geburt. *Kinderkrankenschwester*, 25, 5-8.
- Rose v Secretary of the State for Health and Human Fertilisation and Embryology Authority. (2002). 2 F. I. R. 962.
- Rumball, A., & Adair, V. (1999). Telling the story: parents' scripts for donor offspring. *Hum Reprod*, 14(5), 1392-1399.
- Rupp, M., Becker-Stoll, F., Beckh, K., Bergold, P., Dürnberger, A., & Rosenbusch, K. (2009). *Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften*. Köln: Bundesanzeiger Verlag.
- Rütz, E. M. (2008). *Heterologe Insemination - Die rechtliche Stellung des Samenspenders. Lösungsansätze zur rechtlichen Handhabung*. Heidelberg: Springer.
- Scheib, J. (2004). Experiences of youth and sperm donors in an open-identity program, *ESHRE Conference* (Vol. 27.06.2004). Berlin: ESHRE.
- Scheib, J., & Hastings, P. (2010). Lesbische Mütter und ihre Kinder aus Samenspende. In D. Funcke & P. Thorn (Eds.), *Die gleichgeschlechtliche Familie mit Kindern. Interdisziplinäre Beiträge zu einer neuen Lebensform* (pp. 285-320). Bielefeld: Transkript.
- Scheib, J., Riordan, M., & Rubin, S. (2005). Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Hum Reprod*, 20(1), 239-252.
- Scheib, J., Ruby, A., & Benward, J. (2008). Who requests their sperm donor identity? Analysis of donor-conceived adults requests at an open-identity program. *Fertil Steril*, 90(1), S8-S9.
- Scheib, J. E., & Ruby, A. (2008). Contact among families who share the same sperm donor. *Fertil Steril*, 90(1), 33-43.

- Schilling, G. (1995). Zur Problematik familiärer Geheimnisse am Beispiel der heterologen Insemination. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 45(1), 16-23.
- Schnitter, J. (1995). *Let me explain. A story about donor insemination*. Indianapolis: Perspectives Press.
- Standing Committee of Attorneys-General. (2011). *Donor Registers*, 10.03.2011, from [http://www.scag.gov.au/lawlink/SCAG/ll\\_scag.nsf/pages/scag\\_achievements](http://www.scag.gov.au/lawlink/SCAG/ll_scag.nsf/pages/scag_achievements)
- Stevens, B. (2004). I searched for my dad and found my secret family. *The Sunday Times*, 25.04.2005.
- Stina. (ohne Jahresangabe). *Meine Meinung, meine Geschichte*, 15.02.2011, from <http://www.spenderkinder.de/Main/Stina>
- Szoke, H. (2004). Australia: Choice and diversity in regulation and record keeping. In E. Blyth & R. Landau (Eds.), *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives* (pp. 36-54). London, New York: Jessica Kingsley Publishers.
- Thorn, P. (2006a). *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spermensamenbehandlung gebildet haben*. Mörfelden: FamART.
- Thorn, P. (2006b). Recipient counseling for donor insemination. In S. N. Covington & L. H. Burns (Eds.), *Infertility Counseling. A comprehensive handbook for clinicians* (2. ed., pp. 305-318). Cambridge; New York: Cambridge University Press.
- Thorn, P. (2008a). *Familiengründung mit Spermensamen - ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Thorn, P. (2008b). *Reproduktives Reisen - eine Expertise für den Pro Familia Bundesverband*, 24.09.2009, from <http://www.profamilia.de/shop/download/285.pdf>
- Thorn, P. (2008c). Samenspende und Stigmatisierung - ein unauflösbares Dilemma? In G. Bockenheimer-Lucius, P. Thorn & C. Wendehorst (Eds.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louse Brown* (pp. 135-156). Göttingen: Universitätsverlag Göttingen.
- Thorn, P. (2009). Samenspende - historische Hintergründe und wissenschaftliche Erkenntnisse. *CME Praktische Fortbildung - Gynäkologie, Geburtsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie* 5(1), 14-26.
- Thorn, P. (2010). Geplant lesbische Familien - ein Überblick. *Gynäkologische Endokrinologie*, 8(1), 73-81.
- Thorn, P., & Daniels, K. (2000). Die Praxis der donogenen Insemination in Deutschland. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 60, 630-637.
- Thorn, P., & Daniels, K. (2006). Vorbereitung auf die Familienbildung mit donogener Insemination - die Bedeutung edukativer Gruppenseminare. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 1, 49-53.
- Thorn, P., & Daniels, K. (2007). Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination - Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 67, 993-1001.
- Thorn, P., & Daniels, K. R. (2003). A group-work approach in family building by donor insemination: empowering the marginalized. *Hum Fertil (Camb)*, 6(1), 46-50.
- Thorn, P., Katzorke, T., & Daniels, K. (2008). Semen donors in Germany: a study exploring motivations and attitudes. *Hum Reprod*, 23(11), 2415-2420.
- Thorn, P., Katzorke, T., & Daniels, K. (2009). Samenspende in Deutschland - liberaler als die Vorgaben des Berufsrechts? *Geburtshilfe Frauenheilkd*, 69, 297-302.
- Thorn, P., & Wischmann, T. (2008a). Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.*, 1, 39-44.
- Thorn, P., & Wischmann, T. (2008b). Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende. *J. Reproduktionsmed. Endokrinol.*, 3, 147-152.
- Thorn, P., & Wischmann, T. (2009). German guidelines for psychosocial counselling in the area of gamete donation. *Hum Fertil (Camb)*, 12(2), 73-80.
- Transplantationsgesetz. (2007). Transplantationsgesetz - Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben, 04.09.2007.
- Transplantationsgesetz idF. 04.09.2007. (2007). *BGBI. I S. 2206*.
- Triseliotis, J. (2000). Identity-formation and the adopted person revisited. In A. Treacher & I. Katz (Eds.), *The dynamics of adoption. Social and personal experiences* (pp. 81-98). London: Jessica Kingsley Publisher.
- Turner, A., & Coyle, A. (2000). What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Hum Reprod*, 15(9), 2041-2051.
- Vanfraussen, K., Ponjaert-Kristoffersen, I., & Brewaeys, A. (2001). An attempt to reconstruct children's donor concept: a comparison between children's and lesbian parents' attitudes towards donor anonymity. *Hum Reprod*, 16(9), 2019-2025.

- Wehrstedt, S. (2010). Verwendung von Fremdsamen - Aufklärungspflichten und Gestaltungsaufgaben des Notars. In H. Frister & D. Olzen (Eds.), *Reproduktionsmedizin - Rechtliche Fragestellungen* (pp. 75-92). Düsseldorf: Düsseldorf University Press.
- Whipp, C. (1998). The legacy of deceit: A donor offspring's perspective on secrecy in assisted conception. In E. Blyth, M. Crawshaw & J. Speirs (Eds.), *Truth and the child 10 years on: Information exchange in donor assisted conception* (pp. 61-68). Birmingham: British Association of Social Workers.
- Wiemann, I. (1994). *Ratgeber Adoptivkinder*. Hamburg: Rowohlt.
- Wiemann, I. (2003). Babyklappe und anonyme Geburt - Hintergründe, Kritik, Alternativen. *Landesarbeitsgemeinschaft für Erziehungsberatung in Hessen, LAG-Info*, 23/2003.
- Wiemann, I. (2008). *Wieviel Wahrheit braucht mein Kind? Von kleinen Lügen, großen Lasten und dem Mut zur Aufrichtigkeit in der Familie*. Reinbek: Rowohlt.
- Wischmann, T. (2009). Implikationen der psychosozialen Unterstützung bei Fertilitätsstörungen - eine kritische Bestandsaufnahme. *J Reproduktionsmed Endokrinol*, 6(5), 214-222.
- Woolf, M. (2006). *Sperm: Your country needs you*, 08.03.2010, from <http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/sperm-your-country-needs-you-409841.html>
- Yee, J. (2010). *Hundreds of IVF embryo donations "without consent"*, 02.08.2010, from [http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics\\_article/9126/](http://www.bioedge.org/index.php/bioethics/bioethics_article/9126/)
- Zypris, B. (2003). *Vom Zeugen zum Erzeugen? Verfassungsrechtliche und rechtspolitische Fragen der Bioethik / Rede der Bundesjustizministerin Brigitte Zypries beim Humboldtforum der Humboldt-Universität zu Berlin*, 28.02.2011, from [http://www.zeit.de/reden/wissenschaft/Bioethik\\_031030](http://www.zeit.de/reden/wissenschaft/Bioethik_031030)



Gefördert von:



Bundesministerium  
für Familie, Senioren, Frauen  
und Jugend

Deutsches Jugendinstitut e.V.  
Nockherstr. 2  
81541 München  
Telefon +49(0)89 62306-0  
Fax +49(0)89 62306-162  
[www.dji.de](http://www.dji.de)  
ISBN: 978-3-86379-026-4