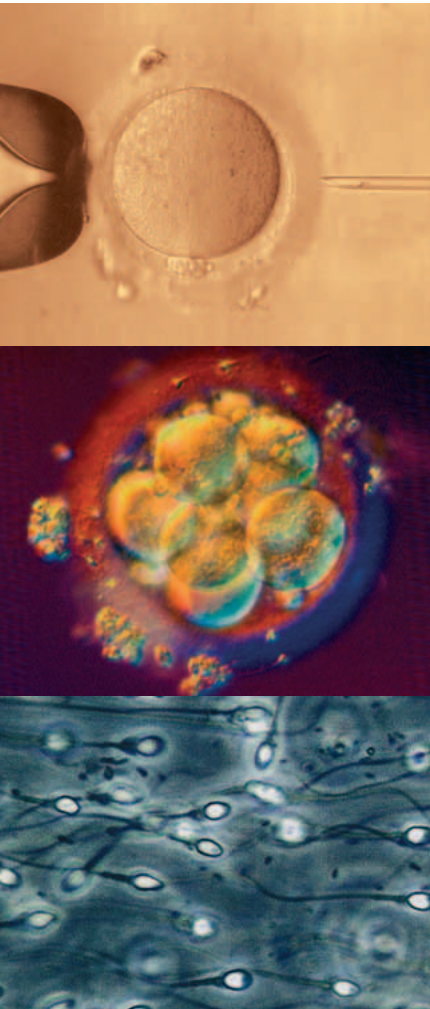


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

Andrologie • Embryologie & Biologie • Endokrinologie • Ethik & Recht • Genetik
Gynäkologie • Kontrazeption • Psychosomatik • Reproduktionsmedizin • Urologie



**Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene
Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung
von Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8.**

Februar 2006

Hammel A, Bispink G, Katzorke Th, Schreiber G, Thorn P

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2006; 3 (3), 166-174

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DIR, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica

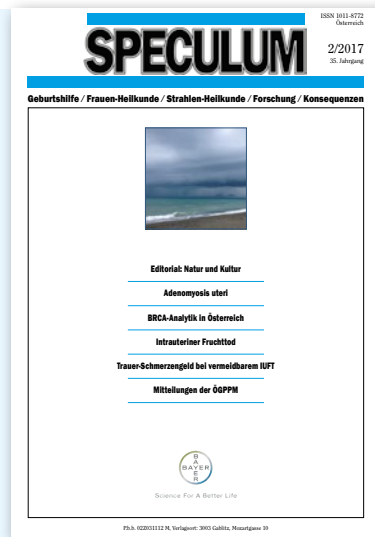
Member of the



Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie



Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006

A. Hammel (federführend), G. Bispink, T. Katzorke, G. Schreiber, P. Thorn;
Arbeitsgruppe Richtlinienovellierung des Arbeitskreises für Donogene Insemination e. V.

Vorwort

Die erste Anwendung der Donogenen Insemination (DI) in Deutschland wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts von Döderlein beschrieben. Seit dieser Zeit findet in Deutschland eine kontrovers geführte Diskussion über die Akzeptanz oder Ablehnung dieser Behandlungsform der ungewollten Kinderlosigkeit statt.

Der 73. Deutsche Ärztetag 1970 und der 65. Deutsche Juristentag 1986 entschieden sich mehrheitlich für die standesrechtliche und berufsethische Akzeptanz der international anerkannten Behandlungsmethode der DI in Deutschland.

Im Frühjahr 1994 waren zwei Musterentwürfe des Fortpflanzungsmedizingesetzes veröffentlicht worden, in denen die AG Leitender Medizinalbeamten einschneidende Einschränkungen bei der DI empfahl, die einem Verbot der Behandlungsmethode gleichbedeutend gewesen wären. Die Präsidenten deutscher und europäischer Gesellschaften für Andrologie, Gynäkologie und Reproduktionsmedizin forderten daraufhin in einer gemeinsamen Stellungnahme unter anderem eine akzeptierende gesetzliche Regelung für die DI in Deutschland.

Im August 1994 konstituierte sich daher der Arbeitskreis für Donogene Insemination auf Anregung der Mitgliederversammlung der AG für Endokrinologische Gynäkologie und Reproduktionsmedizin anlässlich des 50. Deutschen Gynäkologenkongresses in München. Um die Stellung der Donogenen Insemination in Deutschland zu stärken, fand am 25. März 1995 die Gründungsversammlung des Arbeitskreises für Donogene Insemination in Fulda statt. Der Vorstand unter Leitung des Andrologen Prof. Dr. E. Günther aus Jena wurde erstmals gewählt und eine Satzung beschlossen.

In den darauffolgenden Jahren (1995–1998) wurden vom Arbeitskreis Empfehlungen erarbeitet, welche u. a. die Behandlungsmethode und Indikationen definierten, ebenso wie Qualitätsstandards für Samenbanken, Spenderauswahl oder Spenderscreening-Untersuchungen.

Diese Empfehlungen für die Durchführung der DI, die sich für die zurückliegenden Jahre bewährt hatten, erscheinen heute, im Jahre 2006 – 8 bis 11 Jahre nach Inkrafttreten – in weiten Teilen nicht mehr zeitgemäß. Gesellschaftliche Veränderungen, ebenso wie Gesetzesänderungen auf

Bundes- und Europaebene, erforderten eine Überarbeitung und Anpassung der Empfehlungen an die aktuellen Gegebenheiten. Daher entwickelten einzelne Mitglieder des Arbeitskreises im Jahr 2005 die Empfehlungen weiter und paßten diese an die aktuellen Erfordernisse und die Intention der Gesetzgebung an.

Leider bleiben in Deutschland weiterhin die rechtlichen Beziehungen zwischen Samenspender, Wunscheltern und Kind in vielen Bereichen ungeklärt. Hier hat es der Gesetzgeber bis heute nicht für dringlich erachtet, verbindliche Normen zu schaffen. Insbesondere besteht von seiten des Gesetzgebers Klärungsbedarf hinsichtlich vermögens- und unterhaltsrechtlicher Beziehungen zwischen Spender und Kind. Weiterhin fehlen allgemein verbindliche Regelungen zur Anwendung der DI bei alleinstehenden Frauen oder Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften. Es ist zudem als unbefriedigend zu betrachten, daß die DI in den einzelnen Bundesländern berufsrechtlich von den zuständigen Landesärztekammern völlig unterschiedlich reglementiert wird.

Die vorliegenden Empfehlungen – in der Fassung vom 08.02.2006 – stellen den Versuch dar, in weitgehender Ermangelung gesetzlicher Vorgaben auf Bundesebene, ein verbindliches, praktikables und ethisch allgemein akzeptiertes Regelwerk für die Durchführung der Spendersamenbehandlung in Deutschland zu schaffen. Dabei wurden Qualitätsstandards bei der Führung von Samenbanken, der Spenderauswahl, der Probenverarbeitung und der ärztlichen Behandlung entwickelt. Weiters fanden ärztliche, ethische, berufsrechtliche, juristische und psychologische Aspekte sowie Veränderungen gesellschaftlicher Normen ihre Berücksichtigung.

Letztendlich wird in den vorliegenden Empfehlungen des Arbeitskreises zur Durchführung der DI die verantwortungsbewußte Auseinandersetzung des an dieser Behandlungsform mitwirkenden Personenkreises (Ärzte, Psychologen, Juristen) mit der Spendersamenbehandlung und ihren Auswirkungen auf Kind, Wunscheltern und Spender erkennbar.

Grundlage der Empfehlungen

Grundlagen der Empfehlungen zur Sicherung der Qualität bei Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit mit Spendersamen bilden:

- a) die „Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion“ der Bundesärztekammer in der novellierten Fassung von 03.12.1998 [Dt. Ärztebl. 1998; 95: A-3166–3171]

Eingegangen: 31.03.2006; akzeptiert nach Revision: 08.05.2006

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Thomas Katzorke,
D-45127 Essen, Akazienallee 8–12; E-Mail: ivfzentrum@aol.com

- b) die „Guidelines for Sperm Donation“ der American Society for Reproductive Medicine aus dem Jahr 2004 [Fertil Steril 2004; 82 (Suppl 1): 9–12]
- c) das zum 1. Januar 1991 in Kraft getretene Embryonenschutzgesetz
- d) das Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetz vom April 2002, §1600 BGB
- e) die aktuelle Rechtsprechung in Deutschland zu Fragen des Rechts eines Kindes auf Kenntnis der genetischen Abstammung (BVerfGEntscheidung vom 31. 01. 1989 – 1BvL 17/87)
- f) die Richtlinien zur Auswahl von Samenspendern (z. B. nach [Akt Dermatol 1995; 22: 36–7])
- g) die Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 31.03.2004 zur Festlegung von Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Spende, Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichen Geweben und Zellen.

1. Die Hauptaufgaben der Empfehlungen

Diese Empfehlungen legen Qualitäts- und Sicherheitsstandards für die Behandlung ungewollter Kinderlosigkeit mit Spendersamen fest, um ein hohes Gesundheitsschutzniveau und eine maximale Behandlungsqualität zu gewährleisten. Ziele sind:

- a) Definition von Standards zur Verhütung von Infektionen durch die Übertragung mit Spendersamen bei den behandelten Personen
- b) Verminderung des Risikos von genetischen Störungen bei dem so gezeugten Kind
- c) Definition von Standards bzgl. der fachlichen, personellen und qualitativen Voraussetzungen zur Durchführung der Spendersamenbehandlung
- d) Definition von Standards bzgl. der fachlichen, personellen und qualitativen Voraussetzungen zum Betrieb von Samenbanken
- e) Definition von Standards bzgl. Beschaffung, Testung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung, Transport und Aufbereitung von Spendersamen zur Sicherstellung eines optimalen Behandlungserfolges
- f) Definition des Indikationsfeldes für die Behandlung mit Spendersamen
- g) Definition von Standards zur Aufklärung über allgemeine, medizinische, psychosoziale und juristische Aspekte der DI von Spendern und Wunscheltern
- h) Definition von Standards bzgl. der Beantragung der Behandlungsform bei den zuständigen Behörden/Ärztikammern, sofern dies gefordert wird

2. Definitionen

Im Sinne dieser Empfehlungen bezeichnet

- a) „Insemination“ jede Übertragung des männlichen Samens in den Genitaltrakt der Frau, die nicht über den natürlichen Weg der Kopulation erfolgt.
- b) „homolog“ die Verwendung von Keimzellen, welche von **beiden** Partnern abstammen, zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.
- c) „donogen“ die Verwendung von Keimzellen eines Dritten (Spender) zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einem Wunschelternpaar.
- d) „donogene Insemination“ die therapeutische Übertragung von Sperma eines Spenders zur Einleitung einer Schwangerschaft auf dem Wege der Insemination

oder einer Form der Assistierte Reproduktion (ART) bei einem Wunschelternpaar

- e) „assistierte Reproduktion“ die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Wunschelternpaars durch medizinische Hilfen und Techniken, wenn nicht zu erwarten ist, daß der Kinderwunsch auf natürlichem Weg erfüllt werden kann. Zu der assistierten Reproduktion gehören die In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (IVF und ET) sowie verwandte Methoden, wie die intrazytoplasmatische Spermatozoeninjektion (ICSI) und der Kryoembryonentransfer. Die Insemination als alleinige Maßnahme wird nicht als eine Methode der assistierten Reproduktion behandelt.
- f) „In-vitro-Fertilisation“ (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet. Die Verwendung von Spendersamen kann im Rahmen einer IVF erfolgen. Diese Behandlungsform wird als „donogene IVF“ bezeichnet.
- g) „Wunscheltern“ grundsätzlich ein verheiratetes oder unverheiratetes, verschiedengeschlechtliches Paar, welches in einer dauerhaften, tragfähigen Beziehung lebt. Im weiteren Sinne können hierunter auch Frauen ohne Partner oder Frauen in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft verstanden werden, die entweder in behördlich eingetragener oder anderer Gemeinschaft in einer dauerhaften, tragfähigen Beziehung leben.
- h) „Spendersamen“ das von einem – den Wunscheltern in der Regel unbekanntem – Dritten, freiwillig gegen eine Aufwandsentschädigung für die Herbeiführung einer Schwangerschaft zur Verfügung gestellte Ejakulat nach entsprechender Verarbeitung, Aufbereitung, Lagerung und Vermittlung durch eine Samenbank.
- i) „Verarbeitung“ sämtlicher Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Aufbereitung, Handhabung, Konservierung und Verpackung von Spendersamen.
- j) „Konservierung“ den Einsatz chemischer Stoffe, veränderter Umgebungsbedingungen oder sonstiger Mittel während der Verarbeitung mit dem Ziel, eine biologische oder physikalische Beeinträchtigung des Spendersamens zu verhindern.
- k) „Samenbank“ eine medizinische, ärztlich geleitete Einrichtung, in der Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Kryokonservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Sperma ausgeführt werden, welches zur Heilbehandlung bei Sterilität verwendet wird.

3. Allgemeine Behandlungsgrundsätze und Voraussetzungen

1. Die DI ist eine Therapieform zur Behandlung der ungewollten Kinderlosigkeit von Wunscheltern, auf Basis der rechtlichen und berufsethischen Bestimmungen in der Bundesrepublik Deutschland.
2. Die Behandlung bleibt Wunscheltern vorbehalten, die auf ein gemeinsames Kind nicht verzichten oder ein fremdes Kind nicht adoptieren können oder wollen.
3. Die Wunscheltern sollten sich vor der Behandlung intensiv über einen längeren Zeitraum mit den Motiven des Kinderwunsches und möglichen Konsequenzen der Familienbildung mit Spendersamen für sich und das Kind auseinandergesetzt haben.

4. Die DI soll grundsätzlich bei verheirateten oder unverheirateten heterosexuellen Paaren durchgeführt werden, die in tragfähiger, auf Dauerhaftigkeit ausgerichteter, gemeinschaftlicher Beziehung leben.
5. Der eine DI planende und durchführende Arzt soll im Vorfeld der Behandlung im persönlichen Gespräch mit den Wunscheltern das Vorliegen dieser Voraussetzungen prüfen, soweit ihm dies möglich ist.
6. Weiterhin hat der behandelnde Arzt Wunscheltern angemessen aufzuklären, insbesondere über die medizinischen, psychosozialen und auch rechtlichen Aspekte der DI, soweit ihm dies als juristischem Laien möglich ist.
7. Es wird empfohlen, die erfolgte ärztliche Aufklärung schriftlich zu dokumentieren und nach einer angemessenen Bedenkzeit von den Wunscheltern unterzeichnen zu lassen. Weiterhin soll den Wunscheltern vom Arzt eine juristische Beratung durch einen Rechtskundigen (Rechtsanwalt oder Notar) empfohlen werden. Die notarielle Beurkundung der Aufklärung ist vom Arzt zu empfehlen, sofern in dem Bundesland, in dem die Behandlung durchgeführt wird, keine anderslautenden (z. B. kammerrechtlichen) Vorgaben verbindlich sind.
8. Eine professionelle psychosoziale Beratung, die über den Beratungsinhalt des ärztlichen Gesprächs hinausgeht, soll den Wunscheltern grundsätzlich vor Behandlungsbeginn empfohlen werden.

4. Indikationen zur Behandlung

4.1. Indikationen zur DI

Diese liegen vor, wenn

- a) der männliche Partner zeugungsunfähig ist. Die Zeugungsunfähigkeit sollte nach eingehenden, den aktuellen wissenschaftlichen Standards entsprechenden diagnostischen Maßnahmen (z. B. klinische körperliche Untersuchung, mindestens zwei Spermiogramme nach Aufbereitung in angemessenem Zeitabstand, Hormonbestimmung mit LH, FSH, Testosteron, Prolaktin und fakultativ Inhibin B und Estrogen) festgestellt werden.
- b) die Aussicht auf ein genetisch gemeinsames Kind durch Ausschöpfung aller Möglichkeiten konservativer Therapien oder der assistierten Reproduktionstechniken (IVF oder ICSI) auch nach TESE oder MESA im homologen System nicht verbessert werden kann oder bereits mehrmals ohne Eintritt einer Schwangerschaft erfolgte.
- c) die Anwendung der assistierten Reproduktionstechniken vom Paar abgelehnt wird.
- d) das Wunschelternpaar nach humangenetischer Beratung wegen eines genetischen Risikos auf ein genetisch gemeinsames Kind verzichtet. Die Möglichkeiten der Frühdiagnostik eines hohen genetischen Risikos für das Kind sollten dem (Ehe-) Paar genannt und angeboten werden. Ob die Wunscheltern ein bekanntes genetisches Risiko tragen wollen, hängt nicht vom Schweregrad oder der Art des Risikos ab, sondern allein von der Entscheidung der Wunscheltern, ob ihnen das Risiko infolge der Verwendung von Spendersperma als geringer erscheint.

4.2. Relative Indikationen zur DI

Diese liegen vor, wenn

- a) ein lesbisches Wunschelternpaar in gleichgeschlechtlicher Lebensgemeinschaft lebt oder eine Frau ohne Partnerbeziehung nach sorgfältiger Abwägung aller

Umstände den eigenen Kinderwunsch verwirklichen möchte.

- b) eine psychische Mitverursachung vorliegt, beispielsweise bei Ablehnung von Geschlechtsverkehr an fruchtbaren Tagen oder bei anhaltendem, die Fruchtbarkeit schädigendem Verhalten.
- c) der männliche Partner es von vornherein ablehnt, ein genetisch gemeinsames Kind zu zeugen, obwohl dies medizinisch möglich wäre.
- d) bei dem männlichen Partner eine unheilbare, sexuell übertragbare Erkrankung vorliegt.

Voraussetzung für die Verwendung von Spendersperma in Fällen nach 4.2.a) sollte eine entsprechende Aufklärung und unterzeichnete Einverständniserklärung des Spenders sein, worin dieser ausdrücklich seine Zustimmung zur Verwendung seines Spendersamens für lesbische Partnerschaften oder Frauen ohne Partnerbeziehung erklärt. Der Spender ist in diesen Fällen hinreichend darüber aufzuklären, daß insbesondere bei der Behandlung alleinstehender Frauen aufgrund der momentanen Rechtsauffassung bereits mit Geburt des Kindes Unterhalts- und Erbansprüche gegen ihn geltend gemacht werden können.

5. Kontraindikationen für die Behandlung

Kontraindikationen zur Durchführung der DI bestehen:

- a) bei allen Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft an sich
- b) wenn erkennbar ist, daß die Frau, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll, ihr Kind nach der Geburt auf Dauer Dritten überlassen will (Ersatzmutterchaft).

6. Voraussetzungen zur Durchführung der DI durch den Arzt

6.1. Allgemeine Voraussetzungen

Die Übertragung von Spendersamen entspricht dem humanistischen Grundanliegen einer Heilbehandlung bei ungewollter Kinderlosigkeit und wird unter strikter Meidung aller genetischen Manipulationen, einer Geschlechtsselektion oder Züchtung elitärer Nachkommen durchgeführt.

Die gesetzlichen und berufsethischen Bestimmungen und Maßnahmen der künstlichen Befruchtung, wie die Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion, das Embryonenschutzgesetz, die Richtlinie über IVF und verwandte Methoden, gelten sinngemäß auch für die DI.

6.2. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Vor der Durchführung der DI oder anderer reproduktionsmedizinischer Therapieformen (IVF, ICSI) mit Spendersamen sollte der behandelnde Arzt prüfen, ob die geplante Behandlung mit dem Berufsrecht der zuständigen Landesärztekammer vereinbar ist und ggf. bei dieser angezeigt und genehmigt werden muß.

6.3. Elterliche Voraussetzungen

Der Arzt soll im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung darauf hinwirken, daß den Wunscheltern im Vorfeld der Behandlung eine kompetente, psychosoziale Beratung über die Bedeutung der Elternschaft nach DI zuteil wird.

Wunscheltern sollen vor Beginn der Behandlung über den vorgesehenen Eingriff, die Einzelschritte des Verfahrens, seine Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kosten informiert werden. Die erfolgte Aufklärung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung sollen schriftlich fixiert und von den Wunscheltern und dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden. Die Aufklärung der Wunscheltern sollte alle relevanten medizinischen, juristischen und psychosozialen Gesichtspunkte berücksichtigen. Eine juristische Beratung durch einen Rechtskundigen (Rechtsanwalt oder Notar) soll empfohlen werden.

6.4. Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung der DI oder heterologer ART-Maßnahmen hat eine sorgfältige Diagnostik nach den aktuellen medizinischen Standards bei beiden Partnern vorauszu-gehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind.

Plant oder führt ein Arzt die DI aufgrund der Diagnose „Zeugungsunfähigkeit des männlichen Partners“ durch, so sollte er sich im Vorfeld der Behandlung vergewissern, daß die Zeugungsunfähigkeit fachgerecht diagnostiziert wurde.

Zeugungsunfähigkeit des Mannes nach diesen Kriterien kann angenommen werden, wenn

1. mehrfach eine Azoospermie (kein Nachweis von Spermatozoen nach Aufbereitung) in einer qualifizierten Institution diagnostiziert wurde und daraufhin eine eingehende andrologische Differentialdiagnostik und Prognoseeinschätzung vorgenommen wurde.
2. ein tubulärer Hodenschaden vorliegt (z. B. Anorchie, Gonadendysgenese, Sertoli-Cell-only-Syndrom, Klinefelter-Syndrom, erworbene schwere Spermatogenesestörungen), der operativ und histologisch durch den fehlenden Nachweis von Gameten im TESE- oder MESA-Material gesichert wurde.
3. ein Obstruktionssyndrom durch Gewebeentnahme (TESE, MESA) und Erstellung der Hodenhistologie ausgeschlossen wurde.
4. bei sekundärem Hypogonadismus nach rationaler endokriner Therapie weiterhin eine Azoospermie vorliegt und auch operativ der Nachweis von Gameten im TESE- oder MESA-Material ausgeschlossen wurde.
5. eine Anejakulation, Aspermie oder retrograde Ejakulation ausgeschlossen wurde und nach sympathikomimetischer oder elektrophysiologischer Therapie keine Gewinnung von Samenzellen möglich ist und ebenso der Nachweis von Gameten im TESE- oder MESA-Material ausgeschlossen wurde.

In allen Fällen von Azoospermie, Aspermie oder Asemie sollte nach Ausschöpfung aller diagnostischen Maßnahmen vor Planung der DI primär die Durchführung der TESE oder MESA erwogen werden. Dabei sollte unbedingt neben der bioptisch-histologischen Sicherung die Möglichkeit gegeben sein, zeitgleich eine Kryokonservierung von gametenhaltigem Material für die homo-loge ICSI-Behandlung vorzunehmen.

6.5. Fachliche Voraussetzungen des Arztes

Die instrumentelle Übertragung von Spendersperma darf nur von einem Gebietsarzt der Frauenheilkunde durchgeführt werden. Im Ausnahmefall ist die Durchführung der DI durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung zu-

lässig, wenn dieser mehrjährige Erfahrungen in der selbständigen Inseminationsbehandlung besitzt und/oder die Qualifikation dafür nachweisen kann.

Bei der heterologen IVF (ggf. in Kombination mit ICSI) handelt es sich um ein besonderes medizinisches Verfahren gemäß § 13 der (Muster-) Berufsordnung für Ärzte (MBO-Ä). Der Arzt hat bei der Anwendung der IVF diese Empfehlungen und das Embryonenschutzgesetz zu beachten.

Jeder Arzt, der donogene Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, sollte sein Vorhaben der Ärztekammer anzeigen und nachweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an der DI oder einer assistierten Reproduktion mitzuwirken.

6.6. Technische, apparative und personelle Voraussetzungen

In einer Einrichtung, welche die DI-Behandlung durchführt, sollten im Idealfall folgende Voraussetzungen gegeben sein:

- andrologischer Arbeitsplatz (Zentrifuge, Mikroskop, Zählkammer)
- fachliche Qualifikation, personelle und technische Ausstattung zur Durchführung der Ejakulatanalyse und -aufbereitung
- Kryobehälter zur Aufrechterhaltung der Kühlkette mit ausreichender Lagerkapazität für die Spendersamenproben
- zuverlässiges und gesichertes Dokumentationssystem aller mit der Spendersamenbehandlung (Ejakulatana-lyse, -aufbereitung, Rückverfolgbarkeit und Identifikation der Proben) verbundenen Vorgänge

7. Praktische Durchführung der DI

Die Übertragung des Spendersamens soll grundsätzlich als intrauterine Insemination nach fachgerechter Aufbereitung (Dichtegradient, Swim-up), Entfernung des Kryoprotektivums und mikroskopischer Analyse mit Qualitätskontrolle der Kryoüberlebensrate und Bestimmung der Inseminationsdosis erfolgen.

Die intrazervikale Insemination oder die vaginale Applikation des Spendersamens mittels Portiokappenpessar können unter bestimmten Bedingungen, wie Zustand nach Zervixkonisation, indiziert sein, stellen aber Methoden der zweiten Wahl dar.

Die direkte Applikation des aufgetauten Spendersamens ohne entsprechende Aufbereitung und Entfernung des Kryoprotektivums oder nach einfacher Abtrennung des prostaglandinhaltigen Seminalplasmas ist hinsichtlich der Ergebnisqualität zu vermeiden, sofern dies technisch möglich ist.

Die Spendersamenspende darf nicht nativ, sondern erst nach 6monatiger Quarantäne-Kryokonservierung verwendet werden. Die Verwendung eines Mischpermas ist ausgeschlossen.

Jeder Behandlungsfall ist sorgfältig zu dokumentieren. Die Behandlungsunterlagen der Wunscheltern sind vom

behandelnden Arzt nach den gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen zu verwahren. Der die DI durchführende Arzt sollte in den Behandlungsunterlagen der Wunscheltern mindestens dokumentieren:

- Herkunft der Spendersamenprobe (Name der Samenbank)
- Chargennummer der Spendersamenprobe
- Zeitpunkt der Durchführung der DI

Mit der Dokumentation dieser Angaben trägt der behandelnde Arzt nach bestem Wissen dafür Sorge, daß einem aus der Spendersamenbehandlung hervorgegangenen Kind zu einem späteren Zeitpunkt die Ermittlung seiner genetischen Abstammung nicht von vornherein verwehrt ist.

Die Kenntnis von der Identität des Spenders hat grundsätzlich allein die Samenbank, von welcher der Spendersamen bezogen wurde, und die alle Unterlagen darüber nach den gesetzlich vorgeschriebenen Verwahrungsfristen (mindestens 30 Jahre lang) aufbewahren muß. Der verantwortliche ärztliche Leiter der Samenbank muß gewährleisten, daß auch im Falle des Erlöschens der Samenbank alle relevanten Unterlagen sicher aufbewahrt werden (z. B. Notar, Landesärztekammer), um eine eventuell vom Kind gewünschte Zuordnung von Erzeuger und Kind entsprechend der gesetzlichen Vorgaben in jedem Fall zu ermöglichen.

Der behandelnde Arzt soll die Samenbank, von welcher der Spendersamen für die Behandlung bezogen wurde, im Falle einer Schwangerschaft, spätestens jedoch nach Geburt eines Kindes, über das Ergebnis der Behandlung informieren.

8. Juristische Aspekte und Aufklärungsinhalte der DI

Alle an der DI beteiligten Personen (Spender und Wunscheltern) sind in angemessener, ausführlicher und eingehender Weise im Vorfeld über die juristischen Aspekte der DI zu informieren. Dabei ist zu berücksichtigen, daß sowohl der behandelnde Arzt, der die DI in seiner Praxis durchführt, als auch der Betreiber der Samenbank, welcher den Spendersamen vermittelt, juristische Laien sind.

Sowohl Spender als auch Wunscheltern sind darauf hinzuweisen, daß – sofern dies gewünscht wird – eine umfassende juristische Beratung nur durch entsprechende rechtskundige Personen (Notar, Rechtsanwalt) erfolgen kann.

8.1. Inhalte der Aufklärung des Spenders

8.1.1. Rechtliches Verhältnis zwischen Spender, Wunscheltern und Kind

Der Spender ist darüber zu informieren, daß er von sich aus keine Informationen über Wunscheltern oder über ein mit Hilfe seines Spendersamens gezeugtes Kind vom behandelnden Arzt oder der Samenbank erhalten kann.

Der Samenspender kann somit keine Ansprüche gegenüber den Wunscheltern und dem mit seinem Samen gezeugten Kind geltend machen. Ebenso haben Wunscheltern keine Möglichkeit, von sich aus an den Spender heranzutreten und Ansprüche geltend zu machen.

Der Spender ist darüber zu informieren, daß allein das mit seinem Samen gezeugte Kind nach Erreichen der

Volljährigkeit das Recht hat, die Identität des Samenspenders zu erfahren. In Ausnahmefällen kann das Kind auch früher mit Hilfe eines gesetzlichen Vertreters die Identität des Samenspenders erfahren, sofern dies zu seinem Wohle geschieht. Dies muß im Einzelfall ggf. juristisch entschieden werden.

Der Spender ist darüber zu informieren, daß ein junger Erwachsener, welcher nach Erreichen der Volljährigkeit den Wunsch hat, die Identität seines Erzeugers zu erfahren, an die Samenbank herantreten kann und von dieser Kenntnis über die Identität des Spenders erhält. Ggf. kann die Samenbank in diesen Fällen in geeigneter Form an den Spender herantreten und diesen über das Anliegen des mit seiner Samenspende gezeugten Nachkommens informieren. Die Samenbank kann darüber hinaus an einem Zusammentreffen beider Personen in einem der Situation angemessenen, würdigen Rahmen mitwirken. Die Samenbank sollte auf die Möglichkeit einer psychosozialen Begleitung des Spenders in diesem Fall hinweisen.

Davon abweichend können mit dem Spender Sonderregelungen vereinbart werden. Ist ein Spender prinzipiell dazu bereit, mit einem von ihm mittels Samenspende gezeugten Kind in Kontakt zu treten (YES-Spender), sofern dies von seiten der Wunscheltern oder des Kindes bereits vor Erreichen des 18. Lebensjahres gewünscht wird, kann eine entsprechende Vereinbarung darüber in den Verträgen, die die Samenbank mit dem Spender auf der einen Seite und dem Empfängerpaar auf der anderen Seite abschließt, getroffen werden.

Gleiches gilt für die Bereitschaft eines Spenders, seinen Spendersamen für die Behandlung lesbischer Paare oder alleinstehender Frauen zur Verfügung zu stellen. In diesen Fällen ist die besondere Aufklärung über das erhöhte Risiko möglicher unterhalts- und vermögensrechtlicher Forderungen für den Spender sowie dessen Einwilligung – insbesondere bei der Behandlung alleinstehender Frauen – gesondert zu dokumentieren (siehe hierzu auch 4.2.).

8.1.2. Weitere Aufklärung

Der Spender sollte weiterhin aufgeklärt werden über:

- mögliche vermögensrechtliche und erbrechtliche Ansprüche eines aus der Behandlung mit seinem Spendersamen hervorgegangenen Kindes
- den organisatorischen Ablauf des Spendezyklus
- die Aufwandsentschädigung
- Regelungen für den Fall, daß die ursprünglich erteilte Bereitschaft zur Weitergabe des Spendersamens zu einem späteren Zeitpunkt vom Spender widerrufen wird
- das Verbot der Spendertätigkeit bei weiteren Samenbanken
- die Notwendigkeit, Vorkehrungen zu treffen, damit im Falle seines Todes die Samenbank informiert wird und dafür Sorge tragen kann, daß mit dem Sperma des Verstorbenen – entsprechend der gesetzlichen Regelung – keine weiteren Schwangerschaften erzeugt werden.

8.2. Inhalte der Aufklärung der Wunscheltern

8.2.1. Rechtliches Verhältnis zwischen Wunscheltern und Spender

Wunscheltern sind darüber zu informieren, daß sie von sich aus keine Informationen über den Spender von dem behandelnden Arzt oder der Samenbank, von der der Spendersamen bezogen wurde, erhalten können.

Der Spender bleibt für Wunscheltern anonym. Wunscheltern können somit keine Ansprüche gegenüber dem Spender geltend machen. Ebenso hat der Spender von sich aus keine Möglichkeit, an Wunscheltern heranzutreten und Ansprüche geltend zu machen.

8.2.2. *Rechtlich-soziales Verhältnis zwischen Wunscheltern und Kind*

Wunscheltern sind darüber zu informieren, daß der Rechtsstatus eines durch DI oder heterologe Methoden der assistierten Reproduktion gezeugten Kindes bestimmt ist. Nach dem Willen des Gesetzgebers (Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetz vom April 2002) und geltendem Verfassungsrechtsverständnis (BVerfGE 84, 168 ff. und 92, 158 ff.), ist ein Kind aus einer heterologen Behandlung einem Kind, welches genetisch von beiden Partnern abstammt, rechtlich gleichzustellen. Wunscheltern sind darüber zu informieren, daß sie nach geltender Rechtsauffassung nicht verpflichtet sind, ihr Kind über eine Zeugung mit Spendersamen in Kenntnis zu setzen.

Bei **verheirateten Wunschelternpaaren** regelt § 1600 Abs. 4 BGB, daß die im Vorfeld der Behandlung von beiden Eheleuten abgegebene Anerkennung der Vaterschaft in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt weder von der Mutter noch vom sozialen Vater angefochten werden kann.

Allein dem Kind wurde vom Gesetzgeber ein Anfechtungsrecht der Vaterschaft eingeräumt, von dem es in der Regel mit Erreichen der Volljährigkeit Gebrauch machen kann, sofern es von seinem Wunschelternpaar Kenntnis über seine Abstammung erhalten hat. Wunscheltern sind darüber zu informieren, daß sie nach geltender Rechtsauffassung nicht verpflichtet sind, ihr Kind über eine Zeugung mit Spendersamen in Kenntnis zu setzen.

Infolge des § 1600 BGB besteht bei vorliegender Konstellation (verheiratetes Paar, Kind aus Spendersamenbehandlung) weitgehende Rechtssicherheit bezüglich der rechtlichen Stellung hinsichtlich Unterhalt und Erbrecht von Kind und Eltern.

Auch wenn die Ehelichkeit beziehungsweise die Vaterschaft vom Kind nicht angefochten wird, hat ein durch heterologe Behandlung gezeugter Nachkomme mit Erreichen der Volljährigkeit Anspruch auf Bekanntgabe des biologischen Erzeugers, da die Kenntnis der Abstammung nach gültiger Rechtsauffassung ein Persönlichkeitsrecht darstellt und die biologische Abstammung, zum Beispiel im Eingehen einer Ehe, im Hinblick auf seine Gesundheit und die seiner Nachkommenschaft von wesentlicher Bedeutung sein kann.

Wunscheltern sind darüber zu informieren, daß an die Familie oder das Kind, welches nach Aufklärung über seine Zeugung mit Spendersamen in Kontakt zu seinem Erzeuger getreten ist, theoretisch auch vom Samen-spender oder dessen Erben vermögensrechtliche Forderungen herangetragen werden können.

Bei **nicht verheirateten heterosexuellen Wunschelternpaaren (und sinngemäß lesbischen Wunscheltern)** regelt § 1600 Abs. 4 BGB ebenso, daß die im Vorfeld der Behandlung von beiden Partnern abgegebene Anerkennung der Elternschaft in der Regel zu einem späteren Zeitpunkt von keinem der beiden Partner mehr angefochten werden kann. Allerdings ist es weiterhin juristisch zweifel-

haft, ob eine Anerkennung der Elternschaft vor Geburt des Kindes überhaupt rechtsverbindlichen Charakter haben kann.

Zur Erlangung größtmöglicher Rechtssicherheit sollte bei vorliegender Konstellation (unverheiratetes, ggf. lesbisches Wunschelternpaar) im Interesse des Paares und des Kindes unbedingt auf den Abschluß einer notariellen Vereinbarung zwischen den Partnern hingewirkt werden, sofern diese nicht bereits kammerrechtlich gefordert ist.

Die notarielle Vereinbarung sollte insbesondere Regelungen bezüglich

- der verbindlichen Anerkennung der Elternschaft (nach der Geburt durch den Partner, der das Kind nicht geboren hat),
 - Abgabe einer gemeinsamen Sorgerechtsklärung und
 - Vereinbarungen (Umgangsrecht, Unterhaltszahlung) für den Fall einer Trennung des Paares nach Geburt des Kindes
- beinhalten.

Sofern die Samenbank in ihrem Vertrag mit den Wunscheltern einen entsprechenden Passus eingearbeitet hat, ist das Wunschelternpaar darüber zu informieren, daß der Samenspende von jeglicher vermögensrechtlicher Inanspruchnahme des Kindes freigestellt wird. Dies bedeutet, daß Wunscheltern ggf. dem Samenspende einen vermögensrechtlichen Schaden, welcher durch die später eventuell gerichtlich festgestellte, eingeklagte Unterhaltsverpflichtung des Samenspenders gegenüber dem Kind, zu erstatten hat („Freistellung des Samenspenders im Wege eines Vertrages zugunsten Dritter“).

9. Behandlungskosten der DI

Die DI ist keine Leistung der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungen und bedarf deshalb der separaten, schriftlichen Vereinbarung zwischen dem behandelnden Arzt und den Wunscheltern. Die Honorarforderungen des Arztes richten sich nach der jeweils gültigen Fassung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und umfassen alle ärztlichen Leistungen, Laboruntersuchungen und Materialkosten, die mit dem Zyklusmonitoring, der Spermaaufbereitung und Insemination (bzw. IVF/ICSI) in Zusammenhang stehen.

10. Spenderrekrutierung

10.1. *Allgemeine Bestimmungen der Spenderrekrutierung*

Die Spenderauswahl entspricht dem humanistischen Grundanliegen der Heilbehandlung der ungewollten Kinderlosigkeit, welche nach der WHO-Definition eine Krankheit darstellt. Die Spenderauswahl hat unter strikter Vermeidung aller Maßnahmen der genetischen Manipulation, der Geschlechtsselektion und der Selektion elitärer Merkmale des Spenders und seiner Samenzellen zu erfolgen. Das Verfahren der Spenderrekrutierung sollte in respektvoller Art und Weise erfolgen.

Die Spenderrekrutierung, die Untersuchung und das Aufklärungsgespräch sollen von einem Arzt vorgenommen werden. Der für die Spenderrekrutierung verantwortliche Arzt muß sich in einem persönlich durchgeführten Gespräch und in einer Untersuchung Kenntnis von psycho-

sozialem Status, Gesundheitszustand und Erkrankungen des Spenders, seiner Familie und Blutsverwandten verschaffen. Hier ist insbesondere auf genetisch bedingte Erkrankungen und chronisch familiäre Erkrankungen, die eine genetische Veranlagung vermuten lassen, zu achten.

Der die Spenderuntersuchung durchführende Arzt muß sich davon überzeugen, daß

1. der Samenspende in gutem körperlichem und seelischem Gesundheitszustand und frei von übertragbaren Krankheiten ist (klinisch-venerologische Untersuchung).
2. die Familienanamnese des Spenders unauffällig ist bezüglich Erbkrankheiten oder chronischer Erkrankungen, die einer Dauerbehandlung bedürfen.
3. die Anzahl und der Gesundheitszustand bereits vom Spender gezeugter Kinder erfaßt wird.
4. der Samenspende volljährig ist und geistig die Tragweite seines Handelns überblicken kann.
5. der Samenspende nicht älter als 40 Jahre ist (Zunahme des Risikos genetischer Fehlbildungen bei den Nachkommen mit zunehmendem Lebensalter).
6. der Samenspende freiwillig und nicht primär aus finanzieller Not handelt.
7. der Samenspende zu keiner Risikogruppe gehört, bei der sexuell oder auf dem Blutweg übertragbare Erkrankungen statistisch gehäuft vorkommen als in der Normalbevölkerung (z. B. bei Homosexualität, bekannter Promiskuität, Drogenabhängigkeit).
8. die Spermaqualität den hohen Anforderungen an die Spendersamenbehandlung genügt.
9. der Samenspende auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung vor, während und nach seiner Spende hingewiesen wurde.

Dem Samenspende kann eine dem zeitlichen Aufwand angemessene Entschädigung für durchzuführende Vor- und Verlaufsuntersuchungen sowie für die Samenspende selbst angeboten und gewährt werden. Darüber hinausgehende Entlohnung oder Zahlung von Prämien sind unzulässig.

Bei erwiesener Fertilität eines Spenders soll die Zahl der lebenden Nachkommen auf 15 limitiert sein.

Samenspende und Samenbank schließen eine auf der aktuellen Gesetzgebung basierende schriftliche vertragliche Vereinbarung über die Samenspende für therapeutische Maßnahmen ab. Darin verpflichtet sich der Spender schriftlich, wahrheitsgemäß der Samenbank zum jetzigen Zeitpunkt und in Zukunft alle gewünschten Auskünfte zu gewähren, die ihn selbst, seine Familie und mögliche Infektionsrisiken sowie erbliche und teratogene Belastungen betreffen. Der Spender verpflichtet sich, ggf. auch nach Abschluß des Spendezyklus für weitergehende Untersuchungen (z. B. Blutentnahmen für genetische Untersuchung) zur Verfügung zu stehen, sofern dies von seiten der Samenbank notwendig erscheint.

Vom Samenspende sollten neben Namen, Vornamen, Geburtsdatum und behördlich angemeldetem Wohnort Merkmale registriert werden, die eine Anpassung an Merkmale der Wunscheltern begünstigen (z. B. Blutgruppe, Rhesusfaktor, Körpergröße, Haar- und Augenfarbe, ggf. Beruf und persönliche Interessen).

Samenspende haben primär keinen Anspruch auf Auskünfte über die im Rahmen des Spendeverfahrens ange-

fertigten Untersuchungsbefunde, da es sich dabei um ärztliche Leistungen handelt, die nach der Berufsordnung nicht unentgeltlich erbracht werden dürfen. Selbstverständlich können entsprechende Befunde dem Spender nach GOÄ in Rechnung gestellt und ausgehändigt werden.

Alle Mitarbeiter einer Samenbank oder deren Angehörige können nicht als Spender in Frage kommen.

11. Spenderscreening

Ziele der Screeninguntersuchungen sind:

- die Verhütung einer Infektion der behandelten Frau und ihrer Familie durch die Spendersamenübertragung.
- die Verminderung des Risikos genetischer Störungen bei einem durch Spendersamen gezeugten Kind.

11.1. Infektionsscreening

Ein Samenspende soll frei sein von einem Infektionsrisiko für bestimmte Erreger und im Rahmen der Eingangsuntersuchung bei **Beginn des Spendezyklus** klinisch-venerologisch und serologisch-mikrobiologisch untersucht werden auf:

- HIV 1/2
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- Chlamydia trachomatis
- CMV
- Treponema pallidum
- Neisseria gonorrhoe

Die Durchführung weiterer Untersuchungen (z. B. auf Ureaplasma, Mykoplasma, Herpes simplex, HPV) soll vom Arzt bei Verdacht auf Infektiosität veranlaßt werden.

Weitere Kontrollen erfolgen in regelmäßigen Abständen im Spendezyklus, soweit erforderlich.

Der Samenspende soll unmittelbar bei **Abschluß des Spendezyklus** klinisch-venerologisch untersucht werden sowie laborchemisch auf Infektiosität für:

- Chlamydia trachomatis
- Treponema pallidum
- Neisseria gonorrhoe

Die Durchführung weiterer Untersuchungen (z. B. auf Ureaplasma, Mykoplasma, Herpes simplex, HPV) soll vom Arzt bei Verdacht auf Infektiosität veranlaßt werden.

Nach mindestens 180tägiger Quarantänelagerung der eingefrorenen Spendersamenproben erfolgt eine erneute serologische Untersuchung auf:

- HIV
- Hepatitis B
- Hepatitis C
- CMV

11.2. Genetisches Screening

Da jeder Mensch heterozygoter Träger von mindestens 3–12 Genmutationen ist, welche bei homozygoter Trägerschaft potentielle gesundheitliche Beeinträchtigungen hervorrufen können, kann das Risiko einer erblichen oder genetischen Erkrankung oder Belastung bei der DI nur minimiert, aber nie sicher verhütet werden.

Im ärztlichen Gespräch mit dem Spender sollte eingehend die Familienanamnese mit Stammbaum eruiert werden. Männer mit bekannten autosomal-dominanten Erkrankungen oder autosomal-rezessiver Anlage sind von der Samenspende auszuschließen.

Männer mit gehäuften Auftreten folgender Krankheiten mit erblicher Komponente in der Familie oder in der Eigenanamnese sind ebenfalls von der Samenspende auszuschließen:

- schwere allergische Disposition
- familiäre Fettstoffwechselstörungen
- Lippen-Kiefer-Gaumenspalte
- Epilepsie
- juveniler Diabetes
- Asthma
- Rheuma
- Psoriasis
- familiäre Herzfehler
- Psychosen
- juvenile Hypertonie

Zytopogenetische oder molekulargenetische Screeninguntersuchungen werden bei Spendern in der Regel nicht durchgeführt.

Streben Wunscheltern die Bereitstellung von Spendersamen eines Spenders an, der zytopogenetisch oder molekulargenetisch untersucht ist, so kann die Samenbank die Durchführung entsprechender Untersuchungen bei dem Spender veranlassen. Die Kosten für diese Untersuchung können den Wunscheltern in Rechnung gestellt werden.

Wird im Rahmen der Abortdiagnostik bei einem Empfängerpaar der Verdacht auf eine genetische Störung des Spenders gestellt, so sollte die genetische Abklärung des Spenders von der Samenbank zu diesem Zeitpunkt veranlaßt werden.

Findet sich dabei eine homo- oder heterozygote Trägerschaft für ein Erbklein, so sind noch vorhandene Proben des Spenders zu vernichten und nach Abwägung des Sachverhaltes eventuell die Wunscheltern zu informieren, die ein Kind aus der Behandlung mit Spendersamen des betreffenden Spenders haben oder ggf. noch über eingefrorenes Material des Spenders verfügen.

12. Qualitätsempfehlungen zum Führen einer Samenbank

Samenbanken sind medizinische Einrichtungen, in der Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Verarbeitung, Kryokonservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Sperma ausgeführt werden, welches zur Heilbehandlung bei Sterilität verwendet wird.

Samenbanken müssen von qualifizierten Ärzten geleitet werden, die über mehrjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Kryokonservierung von menschlichen Keimzellen verfügen.

Samenbanken müssen über geeignete räumliche, apparative und personelle Voraussetzungen verfügen, damit die Verarbeitung, Kryokonservierung, Lagerung und Verteilung von menschlichem Sperma stets nach höchsten qualitativen Anforderungen erfolgen kann.

Die rechtlichen Bestimmungen der Bundesrepublik Deutschland zu den assistierten Reproduktionstherapien, insbesondere das Embryonenschutzgesetz, sind voll inhaltlich auf das Führen von Samenbanken anzuwenden.

12.1. Räumliche Anforderungen

Räumliche Voraussetzungen für eine Samenbank sind mindestens ein Andrologielabor und ein Lagerraum, in welchem die Lagerung der Spermaproben sicher vor dem Zugriff Dritter in dafür vorgesehenen Behältnissen unter konstanten Umgebungsbedingungen erfolgen kann.

12.2. Apparative Ausstattung

Die apparative Ausstattung umfaßt neben einer üblichen Laborbasisausstattung ein Mikroskop (Phasenkontrast), eine Zentrifuge und ein Gerät zur Durchführung der sachgerechten Kryokonservierung. Es sollten geeignete, für die Lagerung von Sperma zugelassene Behältnisse in ausreichender Anzahl vorhanden sein. Flüssigstickstoff sollte immer in ausreichender Menge zur Verfügung stehen.

12.3. Personelle Voraussetzungen

Das Personal einer Samenbank, das unmittelbar an der Beschaffung, Verarbeitung, Konservierung, Lagerung und Verteilung von Humansperma mitwirkt, muß für die Ausführung dieser Aufgaben qualifiziert sein.

Die Samenbanken treffen alle erforderlichen Maßnahmen, um sicherzustellen, daß im Rahmen des Qualitätssicherungssystems mindestens folgendes dokumentiert wird:

- Standardarbeitsverfahren
- Empfehlungen
- Ausbildungs- und Referenzhandbücher
- Aufzeichnungen über Spender
- Aufzeichnungen über Empfängerpaare
- Informationen über die endgültige Verwendung der Spermaproben

13. Herstellung von Spermakonserven

Anlage von Spermakonserven

Der Umgang mit menschlichem Sperma erfordert die Einhaltung von Sicherheitsrichtlinien gemäß Anhang II des WHO-Laborhandbuches zur Untersuchung des menschlichen Ejakulates (4. Auflage, Springer Verlag, 1999).

Menschliches Sperma sollte stets in verschlossenen Behältnissen (Pailletten, Straws) konserviert werden, die idealerweise dicht verschweißt wurden, sodaß in keinem Fall im Rahmen der Lagerung eine Kontamination mit Krankheitserregern stattfinden kann.

Für die Herstellung von Spermakonserven dürfen nur kryoprotektive und andere Hilfsmittel verwendet werden, die kein Risiko darstellen hinsichtlich:

- der Übertragung von Krankheitskeimen,
- der Veränderung und Schädigung genetischer Strukturen des menschlichen Spermiums,
- einer möglichen Schädigungen der behandelten Frau und des zu erwartenden Kindes.

Die DI darf nur mit kryokonserviertem Sperma erfolgen, das über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde, wenn der Spender vor und nach Ablauf

der Quarantänezeit frei von Infektiosität für unter 10.2.1. aufgeführte Erreger war.

Jedes Ejakulat wird vor der Kryokonservierung auf das Vorliegen von Entzündungszellen geprüft. Liegen mehr als 1 Million peroxydasepositive Rundzellen pro ml vor, wird die Probe bei Verdacht auf Keimbeseidlung verworfen.

14. Qualitätskriterien für Spendersperma

Das Spendersperma sollte nach einer Karenzzeit von 3–5 Tagen im Nativpräparat den unten angegebenen Mindestanforderungen entsprechen:

Volumen > 2 ml
Viskosität normal
Agglutinationen keine
Spermatozoenkonzentration > 60 Mio/ml
Spermatozoenzahl > 120 Mio/Ejakulat
Gesamtmotilität (WHO A + B) > 50 %
Normomorphie (nach WHO) ≥ 16 %
Peroxydasepositive Rundzellen < 1 Mio/ml

Nach Kryokonservierung, Auftauvorgang und Aufbereitung sollten die angegebenen Mindestanforderungen erfüllt und dokumentiert werden:

Auftaumotilität > 25 % der Primärprogressivmotilität (WHO A + B)
Inseminationsdosis > 5 Mio Spermatozoen mit progressiver Motilität (WHO A + B)

15. Lagerung von Spermakonserven

Spermakonserven müssen in eindeutig beschrifteten Behältnissen (Pailletten oder Straws) gelagert werden, sodaß die zweifelsfreie Identifizierung zu jedem Zeitpunkt möglich ist.

Jede einzelne Spermakonserven sollte mit einer Codierung versehen werden, die die exakte Zuordnung zum Spender ermöglicht, sowie das Einfrierdatum erkennbar werden läßt.

Über die Lagerung und Verwendung jeder einzelnen Spermakonserven muß eine Datei geführt werden, um die Rückverfolgbarkeit zu gewährleisten.

Die Lagerung erfolgt in Flüssigstickstoff in der flüssigen Phase bei minus 196° C oder in der Gasphase.

Spermakonserven von Samenspendern für die heterologe Behandlung sollten nicht länger als 15 Jahre gelagert werden. Hiervon zu unterscheiden sind Samenproben von Männern, die für eine homologe Behandlung angelegt wurden. Bei diesen besteht keine zeitliche Limitierung hinsichtlich der Lagerdauer. Die Spermakonserven

sind ausreichend vor mißbräuchlicher Verwendung durch unbefugte dritte Personen zu sichern.

16. Dokumentation

Alle Aufzeichnungen über die Erstellung und den Versand der verwendeten Spendersamenproben, die Screeninguntersuchungen des Spenders, die Spenderidentität, die erzielten Schwangerschaften eines Spenders, die Identität der Wunscheltern und die vertraglichen Vereinbarungen zwischen Spender und Samenbank, Wunscheltern und Samenbank sind entsprechend der gesetzlichen Verahrungsfristen (mindestens 30 Jahre) von der Samenbank aufzubewahren.

Alle Unterlagen müssen so geführt werden, daß zu jedem Zeitpunkt innerhalb der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfrist eine Zuordnung von jeder Spendersamenprobe zu dem Empfänger nachvollzogen werden kann.

Der verantwortliche ärztliche Betreiber einer Samenbank ist dazu verpflichtet, alle relevanten Unterlagen, die es einem aus der Spendersamenbehandlung hervorgegangen Kinde ermöglichen, seine genetische Herkunft im Falle eines Erlöschens der Samenbank in Erfahrung zu bringen, zur sicheren Verwahrung an geeignete Institutionen (Notar, Landesärztekammer) weiterzugeben.

Die Samenbank hat darauf hinzuwirken, daß Schwangerschaften nach Versendung von Spendersamen an eine andere, die Behandlung durchführende Institution erfaßt und an die Samenbank gemeldet werden.

17. Qualitätssicherung

Die Mitglieder des Arbeitskreises für DI e.V. unterziehen sich internen Qualitätskontrollen, sofern dies vom Vorstand des Arbeitskreises für erforderlich gehalten wird.

Die vorliegenden Empfehlungen werden in regelmäßigen Abständen dem jeweiligen aktuellen Stand, den rechtlichen, psychosozialen, ethischen, medizinischen und wissenschaftlichen Erfordernissen angepaßt.

Erlangen, 8. Februar 2006

Arbeitsgruppe Richtlinienneuerung des Arbeitskreises für Donogene Insemination e.V.

Dr. med. Andreas Hammel, Erlangen (federführend)

Dr. med. Gerd Bispink, Hamburg

Prof. Dr. med. Thomas Katzorke, Essen (Erster Vorsitzender)

Prof. Dr. med. Gerhard Schreiber, Jena (Stellvertreter der Vorsitzender)

Frau Dr. Petra Thorn, Mörfelden

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

[Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)