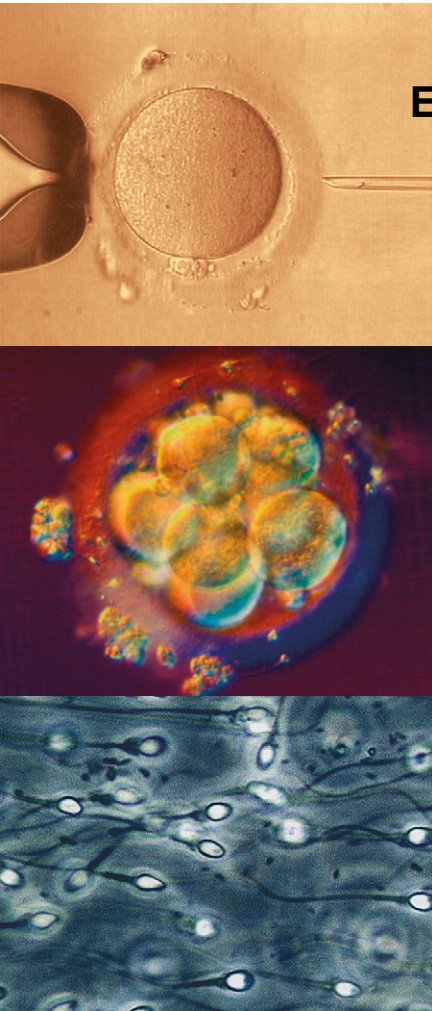


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



**Entstehung, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der
Spendersamenbehandlung in Deutschland // Artificial
Insemination by Donor in Germany – an Update**

Katzorke Th

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2019; 16 (4), 151-162

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ: AGRBM, BRZ, DVR, DGA, DGGEF, DGRM, D-I-R, EFA, OEGRM, SRBM/DGE

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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



ENDO FERTI FORUM

ENDOKRINOLOGIE & FERTILITÄT
FÜR KLINIK & PRAXIS

20.-21. März 2026

Universitätsmedizin Mainz

Einladung zu unserer wissenschaftlichen Veranstaltung Endo-Ferti-Forum

Brücke(n) zwischen Unikliniken und Praxen an Rhein und Main(z)

– die aus dem bisherigen Format „Ferti Forum“ ab 2026 hervorgeht –



Freuen Sie sich auf spannende Vorträge und den lebendigen Austausch mit Kolleg:innen und Expert:innen aus Klinik und Praxis. Freitagabend laden wir Sie herzlich zu einem entspannten Empfang ein – eine perfekte Gelegenheit, Kontakte zu knüpfen und den Tag genussvoll ausklingen zu lassen.

Wissenschaftliche Leitung: Univ.-Professorin Annette Hasenburg, Dr. Susanne Theis, Universitätsmedizin Mainz, Sanitätsrat Dr. Werner Harlfinger, BVF Rheinland-Pfalz Dr. Rüdiger Gaase, BVF Hessen Dr. Klaus J. Doubek

Schirmherrschaften: Prof. Nicole Sängler, Uniklinik Bonn, Prof. Jan-Steffen Krüssel, Uniklinik Düsseldorf, Dr. Annette Bachmann, Uniklinik Frankfurt am Main, Prof. Christine Skala, Uniklinik Köln

Weitere Informationen
& Anmeldung unter



Entstehung, Entwicklung und gegenwärtiger Stand der Spendersamenbehandlung in Deutschland

T. Katzorke*

Seit der ersten dokumentierten instrumentellen Spendersamenübertragung (Philadelphia 1884) bei männlicher Zeugungsunfähigkeit ist diese Behandlungsmethode Gegenstand äußerst kontrovers geführter Diskussionen: Ethische, moralische, juristische, religiöse und viele andere Bereiche werden tangiert.

Trotzdem wird die Samenspende heute als eine allgemein akzeptierte, wissenschaftlich begründete und zulässige Therapieform in sämtlichen Industrieländern betrachtet. Es gibt bisher keinen Anhalt für eine Einschränkung der Lebensqualität der späteren Eltern und der so gezeugten Kinder.

Die Praxis der Anonymisierung wurde in der Vergangenheit kontrovers diskutiert. Durch die leichte Verfügbarkeit von DNA-Analysen lässt sich die Anonymität nicht weiter aufrechterhalten. Eine frühzeitige Aufklärung der durch Spendersamen gezeugten Kinder wird heutzutage generell empfohlen. In der Bundesrepublik Deutschland trat zum 01.07.2018 das Samenspenderegistergesetz in Kraft. Spenderdaten und Daten der behandelten Patientin müssen durch Samenbank und die Medizinische Einrichtung an ein Bundesinstitut (DIMDI) gemeldet werden, wo sie 110 Jahre zugänglich sind.

Kinder aus Spendersamenbehandlungen können ab dem 16. Lebensjahr die Daten des Spenders erfragen. Der Spender kann nicht als Vater eingetragen werden. Erbrecht und Unterhaltsrecht kommen für den Spender nicht zum Tragen.

In gleichgeschlechtlichen Beziehungen wird die Co-Mutter nicht automatisch aufgrund der Ehe als weiterer Elternteil eingetragen, sondern es muss das Adoptionsverfahren durchlaufen werden. Umstritten bleibt die Behandlung alleinstehender Frauen („single women“). Hier fehlt die zweite Bezugsperson und dem Arzt könnte bei späteren Problemen eine gewisse Mitverantwortung für die Situation unterstellt werden. Deutschland braucht dringend ein modernes, der gesellschaftlichen Entwicklung angepasstes Fortpflanzungsmedizingesetz.

Schlüsselwörter: donogene (heterologe) Insemination, geschichtliche Entwicklung, Probleme der Behandlung, Situation in Deutschland, Anonymität, Dokumentation, männliche Infertilität, Fortpflanzungsmedizingesetz

Artificial Insemination by Donor in Germany – an Update. Ever since the first documented instrumental transfer of human donor sperm (Philadelphia, 1884), this treatment option for male infertility has been the focus of highly controversial discussions: ethical, moral, legal, religious as well as many other issues are affected.

Nevertheless, assisted insemination by donor (AID) today is a generally accepted and scientifically established treatment in all industrialized countries. So far, no evidence for a negative effect on the prospective parents' quality of life, nor the children's conceived after the treatment has been documented.

Through new technologies (DNA-analysis) the sperm donor anonymity is a concept rendered obsolete. In 2018, a new law came in to effect, giving legal security to the donor not to be the father. The children resulted from donor sperm therapy are able to receive the name of the donor since the age of 16.

Lesbian couples have to continue to adopt the child. The treatment of single women poses problems and requires clarification. Furthermore, social changes should be accounted for by a revision of the German Embryo Protection Act of 1991. A new, modern Reproductive Medicine Act is still required. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2019; 16 (4): 151–62.**

Keywords: artificial insemination by donor, AID, heterological insemination, historical development, treatment problems, german situation, anonymity, documentation, male infertility, new Reproductive Medicine Act required

■ Historischer Überblick

Die künstliche Insemination (KI) beim Menschen geht auf Dokumente aus der jüdischen Geschichte aus dem 2.–3. Jahrhundert n. Chr. zurück. Diese bezeugen, dass man sich im jüdischen Kulturkreis mit der Möglichkeit der Schwängerung der Frau ohne sexuellen Verkehr befasst hat. Die ersten, denen die Insemination beim Menschen bekannt war und welche theoretisch über die „fecundatio sine concubito“ diskutierten, waren somit die alten Talmud-Juristen.

Seit dem 14. Jahrhundert war die Methode der KI in der Pferdezucht, vor allem im arabischen Raum, bekannt und üblich.

Im 18. Jahrhundert bewies der italienische Arzt und Naturwissenschaftler Lazzaro Spallanzani (1729–1799), dass neues Leben nicht nur durch den Geschlechtsverkehr, sondern auch durch das Einführen von Sekret, welches dem Geschlechtsorgan des männlichen Tieres entnommen wurde, in ein weibliches Tier entstehen kann. Er experimentierte

hierzu erfolgreich am Hund und an Fröschen. Die besondere Bedeutung der in diesem Sekret gefundenen „kleinen Lebewesen“ (Spermien) blieb ihm jedoch unklar (Tab. 1).

Es ist nicht ganz sicher, wer die erste erfolgreiche KI beim Menschen durchgeführt hat. 1799 berichtet der englische Experimentalchirurg John Hunter in einer Veröffentlichung über eine homologe (vom Ehemann stammende) KI, welche bei der Frau eines Tuchhändlers zu einer künstlichen Schwängerung führte.

Eingegangen am 13. Mai 2019, angenommen nach Revision am 21. Mai 2019 (verantwortlicher Rubrik-Herausgeber: F.-M. Köhn, München)

Aus Novum – Zentrum für Fortpflanzungsmedizin und Endokrinologie, Essen

Korrespondenzadresse: Professor. Dr. Th. Katzorke, Novum – Zentrum für Fortpflanzungsmedizin und Endokrinologie, Akazienallee 8–12, D-45127 Essen;

E-Mail: Info@ivfzentrum.de

*Der Autor war von 1999–2018 Vorsitzender des Arbeitskreises für donogene Insemination e.V.

Tabelle 1: Künstliche Insemination

Botanik

Kreter und Assyrer erreichen durch Bestäubung Pflanzenkreuzungen

Tierheilkunde

- 14. Jhd. Araber wenden die Methode der Kreuzung bei der Pferdezucht an
- 1600 Malpinghi versucht erfolglos die Samenübertragung bei Seidenraupen
- 1780 Spallanzani: künstliche Insemination bei einer Hündin
- 1899 Iwanoff leitet eine neue Ära der praktischen Verwendung der künstlichen Insemination in der Tierzucht ein

Tabelle 2: Inseminationen beim Menschen

Erste erfolgreiche Insemination beim Menschen

John Hunter (Großbritannien, 1785, 1790, 1799)	Samen des Ehemannes, welcher wegen einer hochgradigen Hypospadie zeugungsunfähig war, wurde mittels einer Spritze in die Scheide der Ehefrau eingebracht, die dadurch schwanger wurde.
---	--

Weitere erfolgreiche Insemination beim Menschen

J. Marion Sims (USA, 1866)	55 künstliche Inseminationen bei 6 Frauen homolog/intrauterin. Eine Patientin wurde schwanger und hatte später eine Fehlgeburt.
----------------------------	---

Erste erfolgreiche donogene Insemination

Dr. William Pancoast (Philadelphia, USA)	1884
Dr. R.L. Dickinson (Philadelphia, USA)	Führt ab 1890 regelmäßig Behandlungen durch.

Nach diesem Bericht wurde dem Ehemann, welcher wegen einer hochgradigen Hypospadie steril war, von Hunter der Rat gegeben, sein Sperma auf ein Schwämmchen aufzufangen bzw. mit einer Spritze aufzunehmen und diese möglichst tief in die Vagina seiner Frau zu deponieren bzw. zu injizieren. Dies war der erste bekannte Fall einer sogenannten „homologen“ (vom Ehemann stammenden) Insemination.

1866 berichtete der amerikanische Gynäkologe J. M. Sims über 55 künstliche Inseminationen bei 6 Frauen, wobei in jedem Fall der Samen des Gatten benutzt und intrauterin injiziert wurde. Eine Patientin wurde schwanger und hatte später eine Fehlgeburt; dies war die erste erfolgreiche KI in den USA.

Sims meisterte die Methode zuerst, doch später verurteilte er sie und seinen Anteil an ihr, weil es ein unmoralisches medizinisches Verfahren sei. Sims hat auch als erster die Lehre von der künstlichen Insemination beim Menschen wissenschaftlich unterbaut, indem er die Ursachen der Sterilität bei der Frau und die physiologischen Bedingungen der Zeugung sowie ihre pathologischen Hemmnisse genau erforschte.

Die erste überlieferte „donogene Insemination“ (Donor: der Spender, fälschlicherweise besonders im juristischen Schrifttum als „heterologe Insemination“ bezeichnet), also die Verwendung von Sperma eines anderen Mannes, wurde 1884 durch Dr. William Pancoast am Jefferson Medical College, USA, durchgeführt. Er half einem Ehepaar, bei dem der Mann durch eine Geschlechtskrankheit unfruchtbar geworden war. Hierbei

inseminierte er der in der Ehe bisher kinderlos gebliebenen Frau die Samenflüssigkeit eines Medizinstudenten.

Die Insemination wurde unter Chloroform-Anästhesie durchgeführt, der Spender blieb anonym (... „*the woman was never told*“). Neun Monate später gebar sie einen Sohn.

Ab 1890 wurde die donogene Insemination (DI) von Dr. Robert L. Dickinson (ebenfalls in Philadelphia) durchgeführt, der somit als „Pionier der donogenen künstlichen Insemination“ gilt (Tab. 2).

In der **2. Hälfte des 19. Jahrhunderts** wuchs auch in Frankreich das Interesse an der künstlichen Insemination. 1838 teilte Girault eine erfolgreiche KI durch unmittelbare Einspritzung von männlicher Samenflüssigkeit in den äußeren Muttermund mit und berichtete 1868

bereits über 10 erfolgreich behandelte Fälle. Nach anderen Mitteilungen scheint Girault jedoch der erste Arzt gewesen zu sein, welcher den Samen in das *Corpus uteri* einbrachte. 1865 veröffentlichte Dehaut die erste wissenschaftliche Arbeit über die Möglichkeit der künstlichen Insemination, welche sich zunächst mit den wissenschaftlichen Grundlagen beschäftigte. Es folgten mit praktischen Erfahrungen Lesuer und Gigon (1867), Rimbaud (1872 mit einer umfangreichen wissenschaftlichen Abhandlung), Lajatre (nennt 1876 die Zahl von 567, davon 504 nach dieser Methode erfolgreich behandelten Frauen), Gaillard, Nicola de Nancy, Gautier (1872), Garnier (1881), Bossi (1881) und Lutaud (1890). In der französischen Ärzteschaft fand die KI damals Gegner und Verteidiger (Tab. 3).

Im Jahr 1880 wurde eine Gesellschaft gegründet, welche den Namen „Do Vitam“ trug und sich mit Problemen der künstlichen Insemination befasste; doch im gleichen Jahr erklärte die Pariser Medizinische Fakultät die KI für „unnatürlich“ und „unmoralisch“. Die Pariser Gerichtsmedizinische Gesellschaft hielt 1884 die homologe KI nur als letzten Versuch zur Zeugung ehelicher Kinder bei Einverständnis der Ehegatten für zulässig. Es ging vor allem um die Frage der rechtlichen Erlaubtheit sowie der sozialen und sittlichen Tragweite der künstlichen Insemination, wodurch in der Öffentlichkeit eine leidenschaftliche Kontroverse entstand. Die Pariser Medizinische Fakultät hatte 1871 eine Dissertation von P. F. Gigon zu dieser Problematik angenommen; eine gleiche These von Gerard wurde aber 1895 durch die Fakultät aus sittlichen und moralischen Gründen abgelehnt. Kurz vorher hatte 1884 (1889?)

Tabelle 3: Inseminationen beim Menschen in Frankreich

1838	Girault	Erfolgreiche homologe Insemination
1868	Girault	Bericht über 10 erfolgreich behandelte Fälle
1865	Dehaut	Erste wissenschaftliche Arbeit über die Möglichkeiten der künstlichen Insemination
1880		Gründung der Gesellschaft „Do Vitam“, die sich mit Problemen der künstlichen Insemination befasste
1880		Erklärung der Pariser medizinischen Fakultät: Die künstliche Insemination ist „unnatürlich“ und „unmoralisch“

das Tribunal von Bordeaux ein erstes, dieses neue Fortpflanzungsverfahren betreffendes Urteil gesprochen, den Arzt Lajatre wegen einer künstlichen Insemination bestraft und diese Methode als standesunwürdig erklärt. Demgegenüber erklärte die Medizinische Gesellschaft von Frankreich unter Brouardet 1883 den Eingriff für korrekt und als letzte Möglichkeit, die Fortpflanzung zu sichern.

In Italien berichteten Mantegazza 1887 und Sosiac 1897, in Spanien Manaut 1882 und Martin 1885, in England Harley 1880 über erfolgreiche künstliche Inseminationen; in der Schweiz Fürbringer und Meyer-Ruegg 1916 (Tab. 4) [1–6].

Schon am **Ende des 19. Jahrhunderts** konzentrierte sich auch das Interesse der deutschen Ärzte auf die homologe KI. Durch Döderlein [7] wurde seit 1912 die KI beim Menschen zu einem streng wissenschaftlich orientierten Bestandteil der Sterilitätstherapie. 1912 haben Döderlein und Hirsch über einen erfolgreich verlaufenen Fall berichtet, jedoch wurde auch vor den Gefahren (z. B. Übertragung einer gonorrhöischen Infektion) gewarnt. Erfolgreiche homologe künstliche Inseminationen wurden ferner 1912 von Rohleder, 1914 von Fraenkel, 1915 von Prochownik, 1917 von Bumm und 1924 von Sellheim durchgeführt.

Das Oberlandesgericht Köln hatte sich 1905 zum ersten Mal in Deutschland mit künstlichen Inseminationen befasst und aufgrund eines gynäkologischen Gutachtens von Fritsch die Möglichkeit dieses Verfahrens zunächst abgelehnt. Auch das Deutsche Reichsgericht (RG) hatte sich schon 1908 mit der familienrechtlichen Problematik der homologen künstlichen Insemination beim Menschen zu befassen.

Die erste Publikation über die KI erschien in der deutschen Fachliteratur 1909 von Fraenkel [8].

Wann die **donogene** KI in Europa bzw. in Deutschland übernommen wurde, ist nicht sicher; sie hat hier immer eine wesentlich kleinere Rolle als in den USA gespielt, aber auch dort blieb sie lange Zeit auf wenige Fälle beschränkt. Bis 1918 wurden im deutschen Schrifttum von Hofstätter [9] über 117 künstliche Inseminationen (mit 44 Erfolgen) berichtet; aber auch in Deutschland gab es

Tabelle 4: Weitere erfolgreiche Inseminationen beim Menschen

1887	I	Mantegazzi
1897	I	Sosiac
1882	ES	Manaut
1885	ES	Martin
1880	GB	Harley
1916	CH	Fürbringer Meyer-Rüegg

zahlreiche Ärzte, welche die KI ablehnten, da es nie sicher war, dass die Kinder, welche nach einer künstlichen Insemination geboren würden, wirklich durch diese Methode gezeugt wurden. Lange Zeit blieb die KI eine Einzelerscheinung; erst durch die Lehre von den zyklischen Schwankungen der Fruchtbarkeit der Frau zu Beginn der **1930er-Jahre** durch die beiden Gynäkologen Knaus (Österreich) und Ogino (Japan) wird die KI in größerem Umfang erfolgreich durchgeführt.

Die Zeit der nationalsozialistischen Herrschaft (**1933–1945**): Die KI während der Zeit des Nationalsozialismus wird meistens mit der Organisation Lebensborn e.V. in Verbindung gebracht. Die Organisation Lebensborn e.V. wurde von 10 namentlich nicht bekannten SS-Führern am 12. Dezember 1935 in Berlin gegründet. Das allgemeine Wissen darüber ist spekulativ, gemischt mit einer Prise Sensationslust, manchmal sogar mit einer gewissen Faszination. So behauptet A. Mayer: „*Einen weiteren Auftrieb bekam das Verfahren der künstlichen Befruchtung durch die Bevölkerungspolitik nach 1933*“ [10]. Es gibt kaum fundierte Literatur: Es existierten 9 Entbindungsheime des Lebensborn auf dem Gebiet des Deutschen Reiches und 13 in den usurpierten Ländern, davon allein 8 in Norwegen – wegen seiner „rassisch hochwertigen“ (blond/blauäugig) Bevölkerung. Viele der Kollaborations-Kinder wurden zur Adoption freigegeben.

Es ranken sich viele Legenden um den Lebensborn: „*pervers schicke Edelbordelle*“ in denen „stramme Zuchtbulen der SS mit ausgesuchten deutschen Mädels“ Nachwuchs für den „arischen“ Adel zeugten. Dass der Lebensborn keine derartige Praxis beschrieben hat, ist längst nachgewiesen [11].

Die Anziehungskraft von Lebensborn beruhte vor allem auf den Angeboten, die es unverheirateten Müttern machte,

indem es sie vor der gesellschaftlichen Diskriminierung bewahrte. Diese praktizierte die katholische Kirche ebenso wie die Nationalsozialisten unterschiedlicher Couleur. Uneheliche Schwangerschaft galt als „Sünde“ bzw. als Beschmutzung des „sauberen“ Familienadels, die per Gesetz bestraft wurde. So wurden unverheiratete Beamtinnen, die ein Kind erwarteten, entlassen. Der Lebensborn reagierte auf derlei Probleme, jedoch nicht unter sozialen, sondern unter „rasenpolitischen“ Vorzeichen: Waren Mutter und Vater gesund und nachgewiesen „arisch“, bot die Organisation „frühzeitige Heimunterkunft, Geheimhaltung der Geburt, Übernahme der Vormundschaft, wenn das Kind den „Elite“-Anforderungen entsprach, Heranziehung der Väter zur Alimentenzahlung, längerfristige Unterbringung des Kindes, Hilfe bei der Suche nach einer Arbeitsstelle, manchmal sogar eine Anstellung beim Lebensborn selbst und Vermittlung von Pflegeeltern und Adoptivfamilien.“

Aber noch weit in die Nachkriegszeit wird den Nationalsozialisten hier fälschlicherweise eine aktive Bevölkerungspolitik unter Zuhilfenahme der künstlichen Befruchtung unterstellt (A. Mayer) [10].

Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg – Einführung der Kryokonservierung

Erste Beobachtungen über die Reaktion menschlicher Spermatozoen bei Temperaturen unter dem Gefrierpunkt sind von dem italienischen Physiologen Spallanzani aus dem Jahr 1776 überliefert, der Spermatozoen im Schnee einfroren.

Nähere Erkenntnisse über die Gefrierfähigkeit von Sperma begann man in dem Zeitraum nach 1938 besonders durch die Untersuchungen von Jähnel zu gewinnen.

Die Kryokonservierung von Sperma beruhte auf einer zufälligen Entdeckung, die rund 70 Jahre zurückliegt und sich in München abgespielt hat. Damals, im Jahr 1938, befasste sich Jähnel, der Leiter des Instituts für Spirochätenforschung an der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie (Kaiser-Wilhelm-Institut) mit der Resistenz von Syphilisspirochäten bei extrem tiefen Temperaturen. Nach Einfrieren von syphilitischem Hodengewebe eines Kaninchens in flüssigem Stickstoff bei -196 °C und dem Auftauen

Tabelle 5: Kryokonservierung von Spermatozoen

1938	Jahnel	Über die Widerstandsfähigkeit von menschlichen Spermatozoen gegenüber starker Kälte [KlinWschr 1938; 17: 1273]
1949	Polge, Smith, Parkes	Glyzerin schützt die Spermatozoen vor den schädlichen Wirkungen des Gefrier- und Auftauprozesses
1952	Polge, Rowson	Praxisreife Methode zur Tiefgefrierung von Bullensperma
1954	Bunge, Kettel und Sherman	Berichte über eine Schwangerschaft mit „stored Spermatozoa“ (Trockeneismethode nach Jahnel 1938)
1963	Sherman	Anwendung von flüssigem Stickstoff
1964	Perhoff, Steinberger und Sherman	Vier Geburten durch in flüssigem Stickstoff gelagerte Spermatozoen
1964	Nagase, Niwa	Pellet-Verfahren vereinfacht Langzeitkonservierung

Tabelle 6: Donogene Insemination in Deutschland – 1959

- „**Heterologe Insemination ist standesunwürdig aus sittlichen Gründen.**“
 - „**Die künstliche heterologe Insemination widerspricht der Ordnung der Ehe.**“
- 1959 Lübeck, 62. Deutscher Ärztetag

beobachtete Jahnel zufällig, dass einige Spermatozoen beweglich geblieben waren.

Bei gleichartigen Versuchen mit Humansperma, das er Temperaturen von -196 °C und -269 °C (also nur noch etwa $3,7\text{ °C}$ vom absoluten Nullpunkt entfernt in flüssigem Helium) aussetzte, stellte er ebenfalls ein Wiederauftreten der Beweglichkeit der Spermatozoen fest. Jahnel gab damals die Anregung, „*Abkühlungs- und Befruchtungsversuche an Samenzellen aller Tierklassen anzustellen*“. Niemand – auch nicht der Autor – konnte ahnen, welche weltweiten Auswirkungen diese zufällige Entdeckung haben würde.

Allerdings war der Weg zur Praxisreife der Samenkonservierung mittels Tiefgefrierung sehr weit. Experimente mit tierischem Sperma, und zwar von Ratte, Maus, Meerschweinchen, Kaninchen und Bullen, verliefen zunächst völlig negativ. Zu einem Wendepunkt der Forschungsarbeiten führte die wiederum zufällige Feststellung von Polge, Smith und Parkes (1949), dass Glyzerin die Spermatozoen vor den schädlichen Wirkungen des Gefrier- und Auftauprozesses schützen kann. 1952 gaben Polge und Rowson eine praxisreife Methode zur Tiefgefrierung von Bullensperma bekannt. Das 1964 von Nagase und Niwa publizierte Pellet-Verfahren vereinfachte nicht nur die Langzeitkonservierung von Bullensperma, sondern ermöglichte die erfolgreiche Anwendung bei anderen Tierarten; es wurde ebenfalls mit Erfolg bei Humansperma angewendet [12, 13] (Tab. 5).

1954 berichtet **Sherman** erstmals über eine Schwangerschaft mit konserviertem Sperma auf Trockeneis, 1963 erfolgt

dann die Anwendung der Kryokonservierung in flüssigem Stickstoff.

In den USA entstehen 1960 die ersten Samenbanken: Pioniere sind Sherman, Kleegman, Guttmacher, Behrman, Finegold [14, 15].

In der Bundesrepublik sollen bis 1954 1000 Kinder nach donogener Insemination geboren worden sein. Diese Zahlenangabe findet sich allerdings auch noch für die Jahre 1955–1960 unverändert in der Fachliteratur. Demgegenüber rechnet man seit dem Jahr 1954 mit jährlich 100 Geburten, die der Ausgangszahl von 1000 hinzuzurechnen seien. Das würde bedeuten, dass die Bundesrepublik im Jahr 1967 insgesamt 2300 Geburten dieser Art aufweisen konnte.

In der Nachkriegszeit fand allerdings eine beispiellose Polemik und Hetzkampagne gegen die donogene künstliche Insemination statt.

Hatte schon der Nestor der deutschen Gynäkologie Geheimrat Prof. Walter Stöckel in seinem Lehrbuch der Gynäkologie [16] die Vornahme der donogenen Insemination als eine „*Perversität des Denkens, des Fühlens und des Handelns*“ bezeichnet und die Ärzteschaft eindringlich gewarnt, sich damit ihre Hände zu beschmutzen, so fand er in dem späteren Direktor der Universitätsfrauenklinik Tübingen, Prof. August Mayer, einen Nachfolger, der allein in 15 Publikationen zwischen 1954 und 1962 polemisch gegen die donogene Insemination zu Felde zog [17].

Laut Gutachten der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Tiefenpsycho-

logie entspringt der Wunsch, „Mutter zu werden“, ohne den Vater zu kennen oder ihn zu heiraten, in der überragenden Mehrzahl der Fälle aus einer „schweren neurotischen Persönlichkeitsstörung“. Die Behandlung soll zu einer alsbaldigen Hasseinstellung des Ehemannes gegen das fremde Kind führen. Der Tübinger Jurist Dölle (zitiert bei A. Mayer) spricht von einem grundsätzlichen Verstoß gegen die Idee von Ehe, Vaterschaft und Familie, also gegen Dinge, auf die ein Kulturstaat und seine Rechtsordnung angewiesen sind. Bundesrichter Geiger erblickt in der Einmischung eines Dritten in den Fortpflanzungsvorgang eine Störung der natürlichen Ordnung und hält die donogene künstliche Besamung nach Artikel 1 des Grundgesetzes der BRD „mit dem Rechtsgebot der Achtung und Wahrung der Menschenwürde“ nicht für vereinbar.

Es verwundert daher nicht, dass der 62. Deutsche Ärztetag 1959 in Lübeck die donogene Insemination aus sittlichen Gründen für standesunwürdig erklärte: Die künstliche donogene Insemination widerspricht der Ordnung der Ehe (Tab. 6). Der Bund der Deutschen Ärztinnen beantragte ein Strafverbot und hauptsächlich wegen des Unrechtes am Kind wurde in einem Entwurf zum § E 203 des Strafgesetzbuches die Pönalisierung der ärztlich vorgenommenen donogenen Samenübertragung gefordert. Der Deutsche Juristentag verlangte gesetzliche Strafandrohung gegen den beteiligten Arzt und die inseminierte Frau.

1970 siegte jedoch ärztliches Denken über weltanschauliche Voreingenommenheit, als der 73. Deutsche Ärztetag in Stuttgart das Verdikt von Lübeck aufhob und erklärte, dass die donogene Insemination nicht mehr standesunwürdig sei, jedoch mit zahlreichen Problemen belastet, so dass der Deutsche Ärztetag die Vornahme der donogenen Insemination nicht empfehlen konnte (Tab. 7). Trotz der Strafandrohung des Deutschen

Ärztetages hatte es offensichtlich Ärzte gegeben, die die Behandlung durchführten: Besonders sei hier das Institut von Dr. Gerhard **Schaad** in Bad Pyrmont genannt. Diese Klinik war in den 1960er- und frühen 1970er-Jahren die Anlaufstelle für Paare mit androgen bedingter Sterilität. Der Arzt berichtet auf internationalen Kongressen über seine Behandlungen und gab 1977 an, dass durch seine Klinik mehr als viertausenddreihundert Schwangerschaften gezeugt worden seien [18]. Pioniere während dieser Zeit, in der hierfür Berufsverbot drohte, waren neben Schaad (Bad Pyrmont), Hellmann (Hamburg), Ockel (Frankfurt), Mutke (München) und Lübke (Berlin).

Im Zuge der Liberalisierung nahmen auch viele Kliniken und Universitätskliniken in der Bundesrepublik Deutschland die donogene Inseminationsbehandlung mit in ihr Programm auf, stellten dies jedoch 1984 besonders an den Universitätskliniken wegen der ungeklärten Rechtslage wieder ein. Unter der Leitung von F. Lübke (Berlin) versuchte im Jahr 1979 ein Expertengremium (Teilnehmer: H. J. Heite [Freiburg], H. G. Mutke [München], J. Kunze [Berlin], M. Stauber [Berlin] und H.W. Vasterling [Hannover]) anlässlich eines Kongresses in Kiel, allgemein verbindliche Maßstäbe für die Indikation und Durchführung der donogenen Insemination aufzustellen [19].

Das Symposium wurde als erster Schritt auf dem Wege einer allgemeinen, das heißt schließlich auch juristischen, Anerkennung der donogenen Insemination als ärztliche Behandlungsmaßnahme verstanden. Nach der Übereinkunft und gemeinsamen Anerkennung medizinischer Behandlungskriterien steht der Versuch, über die Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft zum Studium der Fertilität und Sterilität, Deutsche Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie) eine Lösung der juristischen Problematik anzustreben, wie sie im Ausland bereits gehandhabt wird (Lübke).

Von Katzorke, Propping und Tauber wurde 1980 und 1981 über größere Erfahrungen bei der Behandlung mit Spermien an der Universitätsfrauenklinik Essen in der nationalen und internationalen Literatur berichtet [20, 21]. 1984 führte Schweden ein Verbot der anonymen Spermienbehandlung ein.

Tabelle 7: Donogene Insemination in Deutschland – 1970

- „**Heterologe Insemination ist nicht mehr standesunwürdig.**“
 - „**.... jedoch mit zahlreichen Problemen belastet, so dass der DÄ die Vornahme der Heterologen Insemination nicht empfehlen kann.**“
- 1970 Stuttgart, 73. Deutscher Ärztetag

Aufgrund der Möglichkeit einer HIV-Infektion durch Samenübertragung wurde seit 1984 vermehrt die Anwendung von Kryosperma erforderlich.

Im Zuge der neuen Erkenntnisse um die In-vitro-Fertilisation erfolgte seit 1984 eine erneute Medienkampagne gegen die donogene Insemination.

Auch in der Deutschen Demokratischen Republik wurde die donogene Insemination durchgeführt. E. Günther [22] berichtete 1985 über das nationale ADI-Register der Deutschen Demokratischen Republik (ADI – Artifizielle Donogene Insemination). Hier war es zu 1590 Schwangerschaften gekommen, von denen 1373 ausgetragen wurden. Die Behandlung wurde in insgesamt 12 Einrichtungen der DDR durchgeführt und war rechtlich geregelt.

1986 erklärte der 56. Deutsche Juristentag die heterologe Inseminationsbehandlung als nicht sittenwidrig und nicht rechtswidrig. 1989 wurde der Artikel 7 der UNO-Konvention über die Rechte der Kinder beschlossen, der das Recht der Kenntnis der genetischen Herkunft festschrieb. Gleichlautende Entscheidungen wurden vom Bundesverfassungsgericht 1987, 1989, 1990 und 1994 festgestellt.

Begründet wird dieses Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung gemeinhin damit, dass die genetische Abstammung ein wesentlicher Faktor bei der Identitätsfindung eines Individuums bildet. Bei Unkenntnis ist eine negative Persönlichkeitsentwicklung und damit Beeinträchtigung des Kindeswohls zu befürchten. Aus diesem Grund kann der Reproduktionsmediziner in Deutschland keine Anonymität (mehr) garantieren. Er ist gut beraten, mit dem Spender eine Vereinbarung zu treffen, dass er dem gezeugten Kind auf Verlangen den genetischen Erzeuger zu nennen hat. Die Dokumentationspflicht regelt § 11,1 der

Berufsordnung für Ärzte. Im Zuge der Vorbereitungen für das am 01.01.1991 in Kraft getretene „Embryonenschutzgesetz“, das die In-vitro-Fertilisation und verwandte Techniken regelt, sollte auch die donogene Insemination mit geregelt werden. Wegen der Vielfalt der Probleme wurde der Problembereich donogene Insemination jedoch später wieder ausgeklammert.

Auch die SPD-Fraktion hat noch im Jahre 1990 während der Beratungen zum Embryonenschutzgesetz einen Änderungsantrag eingebracht, mit dem die DI unter Strafe gestellt werden sollte. Der Änderungsantrag lautete in §1: „*Verbotene Samenübertragung. Wer auf eine Frau Samen eines Mannes, der nicht mit dieser Frau verheiratet ist, oder nicht mit ihr in einer auf Dauer angelegten Lebensgemeinschaft lebt, künstlich überträgt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder Geldstrafe bestraft.*“ (Beschlussempfehlung und Bericht des Rechtsausschusses [BtD 11/8057, Seite 13]).

Initiiert von Prof. E. Günther aus Jena konstituierte sich 1995 ein Arbeitskreis für donogene Insemination (e.V.), dem mittlerweile die Mehrzahl der diese Behandlung in Deutschland durchführenden Ärzte angehört [23].

Rechtlich fanden einige Konkretisierungen statt. 1998 brachte das Kindschaffsreformgesetz gewisse rechtliche Sicherheit. 2002 wurde in dem Kinderrechteverbesserungsgesetz § 1600 Abs. 2 BGB am 09.04.2002 festgestellt: „*Ist das Kind mit Einwilligung des Mannes und der Mutter durch KI mittels Samen-spende eines Dritten gezeugt worden, so ist die Anfechtung der Vaterschaft durch den Mann und die Mutter ausgeschlossen*“, so dass damit eine relative Rechtssicherheit vorhanden war (Tab. 8).

Mit dem neuen § 1600 Abs. 2 BGB wurde die Wahrscheinlichkeit der Feststellung eines Samenspenders als Vater deutlich herabgesetzt.

In mehreren Entscheidungen hat das Bundesverfassungsgericht seit 1989 erkannt, dass jeder Mensch aus dem Recht auf Wahrung seiner Menschenwürde und aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht das Recht auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung hat.

Tabelle 8: Gesetzliche Entwicklung

01.1991	Embryonenschutzgesetz
1998	Kindschaftsreformgesetz
08.2001 – 09.2017	Lebenspartnerschaftsgesetz
2002	Kinderrechteverbesserungsgesetz § 1600 Abs.2 BGB (9.4.2002) „Ist das Kind mit Einwilligung des Mannes und der Mutter durch künstliche Insemination mittels Samenspende eines Dritten gezeugt worden, so ist die Anfechtung der Vaterschaft durch den Mann oder die Mutter ausgeschlossen.“
11.2011	Präimplantationsgesetz
10.2017	Ehe für Alle
07.2018	Samenspenderegistergesetz

■ Aktuelle Situation

Seit 1970 sind in der Bundesrepublik Deutschland schätzungsweise mehr als 125.000 Kinder nach Behandlung mit Spermien geboren worden. Der jährliche Zuwachs lag früher bei ca. 1500–2000 Geburten. Seit 1993, der Einführung der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion im Rahmen der In-vitro-Fertilisation, hat sich die Zahl mehr als halbiert. Man geht heute von ca. 1000 Geburten nach Spermienbehandlung pro Jahr aus.

Im Jahr 2000 fanden erste systematische Untersuchungen zur Praxis der donogenen Insemination in der Bundesrepublik Deutschland statt [24]. Dieselbe Autorin veranstaltet regelmäßig so genannte „Vorbereitungsseminare“ unter Mitwirkung von Ärzten, Juristen und Sozialtherapeuten [25].

Katzorke [26, 27] fasst den Stand der Behandlung in der Bundesrepublik Deutschland zusammen. Der Arbeitskreis für donogene Insemination gab 2006 aktualisierte Richtlinien heraus [23]. Erstmals für die Bundesrepublik Deutschland wurden auch Befragungen bei Samenspendern durchgeführt [28].

Die Bundesärztekammer hat 2006 auf Empfehlung des wissenschaftlichen Beirates die Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion aktualisiert [29]. Erstmals sind hier Vorschläge zur Durchführung der donogenen Insemination gemacht worden. Donogene Insemination und donogene In-vitro-Fertilisation sind bei verheirateten und unverheirateten heterosexuellen Paaren unproblematisch. Die Behandlung von Frauen ohne Partnerschaft oder in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft soll nach Inhalt der Musterrichtlinie 2006 ausgeschlossen sein.

Die Auswirkungen der Musterrichtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion unter Verwendung von fremdem Samen im Rahmen der Reproduktionsmedizin sind von **Keiper und Kentenich** [30] dargestellt worden. Es erscheint fraglich, ob die Landesärztekammern befugt waren, die Vorschläge der Bundesärztekammer in Bezug auf die Behandlung lediger und homosexueller Frauen in Berufsrecht umzusetzen. Regelungen in diesem Bereich stehen nach Meinung vieler Juristen nur dem Bundesverfassungsgericht zu. Auch andere Regelungspunkte, die den Umgang mit Spermien regeln sollen, erschienen problematisch.

Die Bundesärztekammer setzte daher die Richtlinien korrekterweise im März 2015 wieder außer Kraft. Kurioserweise sind sie aber immer noch im Berufsrecht einiger regionaler Ärztekammern verankert. Mit Erlass des Gewebegesetzes gab es eine klare gesetzliche Regelung zumindest zur Aufbewahrung der Spenderdaten. Sie sind zum Zwecke der Rückverfolgbarkeit 30 Jahre lang aufzubewahren (§ 15 Abs. 2 TPG).

2013 bejahte das Oberlandesgericht Hamm in einer aufsehenerregenden Entscheidung, dass Auskunftsansprüche des mit einer Samenspende gezeugten Kindes gegen den behandelnden Arzt [31] bestehen.

Den Auskunftsanspruch begründete das OLG Hamm über § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). In mehreren Kommentaren wurde das Urteil kritisiert und erheblicher Handlungsbedarf für den Gesetzgeber festgestellt. In der allgemeinen Presse wie auch der juristischen Fachliteratur wurde das Urteil vor dem Hintergrund der Untätigkeit des Gesetzgebers gesehen und als rechtspolitisches

Signal überwiegend begrüßt (Wellenhofer und Fitting in [32]).

In einem weiteren Urteil verkündete der Bundesgerichtshof dann am 28.01.2015 folgendes Urteil:

„Das mittels künstlicher heterologer Insemination gezeugte Kind kann gegen den Reproduktionsmediziner einen aus den Grundsätzen von Treu und Glauben folgenden Anspruch auf Auskunft über die Identität des Samenspenders haben. Die hierfür erforderliche rechtliche Sonderverbindung folgt aus dem Behandlungsvertrag, bei dem es sich um einen Vertrag mit Schutzwirkung zugunsten des Kindes handelt.“

Der Anspruch setzt kein bestimmtes Mindestalter des Kindes voraus. Machen die Eltern diesen Anspruch als gesetzliche Vertreter des Kindes geltend, ist aber erforderlich, dass die Auskunft zum Zweck der Information des Kindes verlangt wird.

Ob es dem Reproduktionsmediziner zuzumutbar ist, Auskunft über die Identität des Samenspenders zu erteilen, ist durch eine auf den konkreten Einzelfall bezogene, umfassende Abwägung der durch die Auskunftserteilung berührten rechtlichen, insbesondere grundrechtlichen, Belange zu klären. Dabei können auch die durch die ärztliche Schweigepflicht geschützten rechtlichen Belange des Samenspenders Berücksichtigung finden.

Der Rechtsposition des Kindes, der sein verfassungsrechtlich geschütztes, allgemeines Persönlichkeitsrecht zugrunde liegt, wird regelmäßig ein erhebliches Gewicht im Rahmen der Abwägung zukommen.“

Jetzt wurde der Gesetzgeber endlich tätig [33]:

„Wir werden das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft bei Spermien spenden gesetzlich regeln. Deutschlands Zukunft gestalten“ (Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD, 18. Legislaturperiode).

Die beim Gesundheitsministerium eingerichtete Arbeitsgruppe veröffentlichte Ende 2016 einen Referentenentwurf und setzte ein Anhörungsverfahren in Gang. Dies führte dazu, dass der Deutsche

Bundestag am 17.07.2017 das „Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen“ beschlossen hat.

■ Das Samenspenderregistergesetz (SaRegG)

Das neue Gesetz ergänzt die bestehenden Vorschriften des Transplantationsgesetzes vom 25.06.1997 und des Gewebegesetzes vom 20.07.2007 und trat am 01.07.2018 in Kraft.

Mit Wirkung zum 01.07.2018 wurde beim Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, Köln) ein Samenspenderregister errichtet und geführt. Zweck des Samenspenderregisters ist es, für Personen, die durch heterologe Verwendung von Samen bei einer ärztlich unterstützten künstlichen Befruchtung gezeugt worden sind, die Verwirklichung des Rechts auf Kenntnis ihrer Abstammung sicherzustellen. Gleichzeitig werden mit diesem Gesetz die organisatorischen, einschließlich der verfahrensmäßigen Voraussetzungen für die Ausübung dieses Rechts geschaffen (Tab. 9).

■ Entnahmeeinrichtung

Welche Regelungen werden damit auf die Ärzte, die heterologe (donogene) Inseminationen durchführen, zukommen? Eine Einrichtung, in der Samen zur heterologen Verwendung für eine ärztlich unterstützte künstliche Befruchtung gewonnen wird (Entnahmeeinrichtung), hat sicherzustellen, dass der Samenspender vor der Gewinnung des Samens über Folgendes aufgeklärt worden ist:

Aufklärung des Samenspenders durch die Samenbank

- Das durch heterologe Samenspende gezeugte Kind hat Anspruch auf Informationen zur Person des Samenspenders.
- Die Samenbank hat im Fall einer erfolgreichen Schwangerschaft dem DIMDI nach Aufforderung die persönlichen Daten des Spenders weiterzuleiten.
- Die persönlichen Daten des Spenders werden im Samenspenderregister des DIMDI für die Dauer von 110 Jahren gespeichert.
- Das DIMDI hat auf Antrag des geborenen Kindes (nach Vollendung des 16. Lebensjahres) oder seines

Tabelle 9: Das neue Samenspenderregistergesetz - SaRegG

- Einrichtung eines zentralen Registers für Samenspender beim DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information)
- Speicherung der Daten für 110 Jahre
- Aufbewahrung (noch) vorhandener (!) Daten von „Altfällen“ für 110 Jahre durch Einrichtung der medizinischen Versorgung, die Samen verwendet hat (erst seit 2007 gesetzliche Pflicht zur Aufbewahrung für 30 Jahre).
- Umfangreiche Aufklärung des Spenders durch die Entnahmeeinrichtung
- Datenerhebung durch die Entnahmeeinrichtung
- Abgabe des Samens durch die Entnahmeeinrichtung der medizinischen Versorgung i.S.v. §1a Nr. 9 TPG
- Verpflichtung der Mutter zur Meldung des Kindes

gesetzlichen Vertreters die personenbezogenen Daten des Samenspenders mitzuteilen.

- Der Spender nach § 1600 Abs. 4 BGB kann nicht als rechtlicher Vater festgestellt werden.

Vier Wochen vor Erteilung der Auskunft erfolgt eine Information des Samenspenders über die anstehende Auskunftserteilung. Auskunftsanspruch des Samenspenders und der Empfängerin bestehen nur hinsichtlich der eigenen Daten.

■ Einrichtung der medizinischen Versorgung (EmV)

Eine Einrichtung der medizinischen Versorgung (EmV – in der Regel die Praxis, welche die Behandlung durchführt) hat vor einer heterologen Verwendung von Samen für eine ärztlich unterstützte künstliche Befruchtung sicherzustellen, dass die Empfängerin der Samenspende über folgendes aufgeklärt worden ist:

- Das durch Samenspende gezeugte Kind hat einen Anspruch auf Informationen zur Person des Samenspenders.
- Diese Informationen und eine altersgerechte Aufklärung über die Art seiner Zeugung haben eine große Bedeutung für die Entwicklung des Kindes.
- Eine begleitende psychosoziale Beratung erscheint sinnvoll.
- Das Behandlungszentrum hält Familiennamen (und eventuell Geburtsnamen), Vornamen, Geburtsdatum, Geburtsort und Anschrift der Patientin fest.
- Sie ist verpflichtet, die Geburt des Kindes (Geburtsdatum und Zahl der Kinder) dem Behandlungszentrum spätestens 3 Monate nach der Geburt zu melden.
- Das Behandlungszentrum muss im Fall einer erfolgreichen Schwanger-

schaft dem DIMDI die persönlichen Daten der Empfängerin weiterleiten.

- Die Daten werden nach Ablauf von 6 Monaten nach der Übermittlung an das DIMDI gelöscht.
- Die Daten werden gelöscht, wenn die Behandlung nicht erfolgreich war oder nicht zur Geburt eines Kindes geführt hat.
- Die persönlichen Daten der Empfängerin bleiben im Samenspenderregister des DIMDI für die Dauer von 110 Jahren gespeichert.
- Das DIMDI darf auf Antrag des geborenen Kindes (nach Vollendung des 16. Lebensjahres) oder seines gesetzlichen Vertreters die personenbezogenen Daten des Samenspenders mitteilen.
- Eine Feststellung der rechtlichen Vaterschaft des Samenspenders ist nach §1600d Abs. 4 BGB ausgeschlossen.

■ Bürgerliches Gesetzbuch

Im Bürgerlichen Gesetzbuch wird zukünftig ausgeschlossen, dass ein nach dem 01.07.2018 im heterologen Verfahren gezeugtes Kind den Samenspender als Vater feststellen lassen kann (§1600d Abs. 4 BGB). Dies gilt ausschließlich für ärztlich unterstützte Inseminationen, die unter Beachtung der neuen Vorschriften des Samenspenderregistergesetzes erfolgt sind (§ 46 EGBGB).

Für alle Kinder, die vor dem 01.07.2018 gezeugt wurden, bleibt es bei der bisherigen gesetzlichen Regelung. Sie könnten demnach weiterhin unter Umständen den Spender als Vater gerichtlich feststellen lassen.

■ Beurteilung

Jedes Jahr kommen in Deutschland mehr als 1000 Kinder im Wege der heterologen Samenspende auf die Welt [34].

Tabelle 10: Stellungnahme der Bundesärztekammer zum Referentenentwurf des BMG vom 06.10.2016

- Systematische Regelung für den Bereich der Reproduktionsmedizin bleibt überfällig.
- Derzeitige gesetzliche Unübersichtlichkeit besteht nicht nur weiter, sondern es werden zusätzliche weitere Inkongruenzen und Unsicherheiten geschaffen.
- Systematische Rechtsentwicklung erforderlich (116. Dt. Ärztetag, Hannover, 2013).
- Gewebegesetz-Rechtsgrundlage gemäß § 16,6 TPG bleibt weiterhin unbeantwortet.
- In BRD nicht korrespondierende Regelungen BGH-Urteil XI ZB 463/13 (Leihmutterchaft)

Bisher sind seit der Wiedenzulassung der donogenen Insemination seit 1970 geschätzt 125.000 Kinder nach Spendersamentherapie geboren worden.

Grundsätzlich ist es zu begrüßen, dass es durch das neue Gesetz Menschen, die durch heterologe (donogene) Insemination im Rahmen einer ärztlich assistierten künstlichen Befruchtung entstanden sind, ermöglicht wird, beim zentralen Samenspenderegister des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) Kenntnis über ihre Abstammung zu erlangen. Auch die Änderung im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB), dass der Spender nicht als rechtlicher Vater in Anspruch genommen werden kann, sodass er von Sorge-, Unterhalts- und Erbensprüchen freigestellt ist, kann die Spendebereitschaft erhöhen sowie die Kontaktaufnahme zwischen Spenderkind und Samenspende erleichtern.

Viele der Regelungen des Gesetzes sind meiner Einschätzung nach begrüßenswert, jedoch hat der Gesetzgeber leider nicht die Chance genutzt, umfassende Regelungen zur Zuordnung der Kinder zu den Wunscheltern zu treffen. Damit sind die bekannten Risiken und Fragen, die bei der Behandlung nicht verheirateter Paare, Alleinstehender oder der in lesbischer Partnerschaft lebender Frauen bestehen, unverändert. Es verwundert daher nicht, dass in der Stellungnahme der Bundesärztekammer das Gesetzesvorhaben massiv kritisiert wurde [35].

Die offenen, insbesondere gesellschaftspolitischen und familienrechtlichen Fragen bezüglich der heterologen Samenspende – Sonderfall der Embryonenadoption – werden mit dem vorliegenden, im Wesentlichen auf die Einrichtung eines Samenspenderegisters, die entsprechenden Informationen, Meldepflichten sowie datenschutzrechtlichen Regelungen fokussierten Gesetzes weiterhin nicht ausreichend beantwortet [36–39] (Tab. 10).

■ Moderne Technologien

Genetisches Testing (DNA-Analyse)

Parallel zu der rechtlichen Entwicklung ging der medizinische Fortschritt rasant weiter: Hatte noch die erste Genomanalyse 7 Jahre gedauert und 3 Milliarden US \$ gekostet, konnte man schon wenig später ein DNA-Sequencing für unter 100 Dollar in einer Woche erhalten und sein Genom sequenzieren und in eine Datenbank einstellen lassen (ancestry.com, 23andme.com).

Das führte dazu, dass heute keine Anonymität mehr garantiert werden kann: Personen, die nicht informiert wurden, finden heraus, dass sie mit Spendersamen gezeugt wurden. Das kann selbst ein Vergleich mit nahen Angehörigen ergeben, ohne dass der eigentliche Spender seine DNA in die Datenbank eingegeben hat. Anonyme Spendersamenbehandlung sind seit spätestens diesem Zeitpunkt obsolet [40, 41].

Anonym oder nicht anonym?

Viele wissenschaftliche Untersuchungen zeigen mittlerweile, dass eine frühzeitige Aufklärung der Kinder nach Spendersamenbehandlung (im Kindergartenalter), das Wissen um die genetische Abstammung und der offene Umgang mit der Zeugungsart für so gezeugte Kinder und deren Eltern die am wenigsten belastende Art des Umgangs ist [42–44].

Im Gegensatz dazu führte eine Publikation des renommierten belgischen Ethikers Guido Pennings zu erheblicher Entrüstung in der wissenschaftlichen Community, weil sein Credo bekannte Thesen untermauerte: Die Aufdeckung und die Beratung, die Anonymität aufzudecken, könne im Hinblick auf das Kindeswohl nicht gerechtfertigt werden [45].

Da heutzutage keine Spenderanonymität mehr garantiert werden kann, wird der

Prozentsatz der informierten Spenderkinder weiter ansteigen. Logischerweise werden daher auch noch mehr Spenderkinder versuchen, in Zukunft in Kontakt mit ihrem Spender oder Halbgeschwistern zu treten [46].

Und selbst wenn wie zu DDR-Zeiten die Behandlungen per Gesetz anonym durchgeführt wurden und dem Spender nach DDR-Recht Anonymität zugesichert worden war, muss die Klinik die Daten des Spenders, falls vorhanden, der auskunftssuchenden Person nennen [47].

Bereitschaft zum Spenden

Wichtigster Punkt bei deutschen Spendern und Spendern im Ausland ist die Freistellung von sämtlichen (wechselseitigen!) finanziellen Verpflichtungen, auch im Falle einer Vaterschaftsfeststellung. Dies war in fast allen Nachbarländern gegeben und ist nun auch in Deutschland der Fall.

Die Aufhebung der Spenderanonymität führte jedoch in England zunächst zu einem Mangel an Spendern, sodass ein erheblicher Probenbezug aus dem Ausland erforderlich wurde (z. B. aus Dänemark, scherzhaft in den Medien „Viking-Invasion“ genannt).

Ob durch bessere Aufklärung und Freistellung der Spender mittelfristig eine ausreichende Rekrutierung von „geeigneten“ Spendern auch in Deutschland möglich sein kann, bleibt abzuwarten.

Zugang zur Behandlung

Nach Außerkraftsetzen der Musterrichtlinie der Bundesärztekammer 2017 ist der Zugang zu einer reproduktionsmedizinischen Behandlung für gleichgeschlechtliche Paare und ledige Frauen weiterhin nicht geregelt. In den USA hatte schon 2013 die ASRM ihre Haltung bekräftigt, dass keine ethischen Argumente existieren, die den Zugang zur reproduktionsmedizinischen Behandlung auf der Basis des verheirateten Status oder der sexuellen Orientierung rechtfertigen würden [48]. Auch verstößt ein Ausschluss bestimmter Patientengruppen offensichtlich gegen das in der europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) verankerte Diskriminierungsverbot [49] und war unter anderem Grund, dass Österreich sein Fortpflanzungsmedizinengesetz sehr schnell auf den Weg brachte.

Hatte man gedacht, dass durch das neue Gesetz bei verheirateten gleichgeschlechtlichen Paaren die Ehefrau der Kindesmutter automatisch zum rechtlichen Miternteil des Kindes eingetragen wird, verneinte der Bundesgerichtshof in einem Beschluss vom 10.10.2018 [50] diese Ansicht mit der Begründung, dass bei verschiedengeschlechtlichen Ehepaaren geltende Abstimmungsregelung des §1592 Nr. 1 BGB bei gleichgeschlechtlichen Ehepaaren nicht gilt.

Kontaktaufnahme

Bereits 2012 hatten Wehrstedt et al. [34] Vorschläge zur möglichen Vorgehensweise bei Auskunftsersuchen nach donogener Zeugung publiziert. § 10 des Samenspenderegistergesetzes beschreibt die Verwaltungsaufgaben des DIMDI. Bei Kontaktersuchen ist für die Beteiligten die zeitliche und inhaltliche Steuerung der Prozesse der Kontaktaufnahme und -gestaltung maßgeblich. Aus den wenigen bislang vorliegenden Studien ist bekannt, dass sowohl mit Samenspende gezeugte Personen, als auch Samenspenders selbst, unterschiedliche Formen von Kontakt wünschen: über Telefonkontakt zu E-Mail-Kontakt bis hin zu persönlichem Kontakt, nur miteinander oder mit der gesamten Familie (Eltern und ggf. Geschwister der mit Samenspende gezeugten Kinder und Partner/Partnerin des Spenders; Halbgeschwister, also Kontakt zu weiteren Kindern, die durch die Spende gezeugt wurden). Diese Kontakte können einmalig sein, es kann sich eine lose Beziehung entwickeln oder die Beteiligten können sich zu regelmäßigen Kontakten bzw. Treffen entscheiden. Da bislang international wenig und in Deutschland kaum Erfahrungswerte über diese Kontakte vorliegen [51], hält es Thorn [52] aus psychosozialer Sicht für angemessen, nicht nur eine spezifische Beratung ggf. Begleitung zu empfehlen, sondern eine in Kooperation des DIMDI mit entsprechenden Beratungsfachorganen zu implementieren. Dies wird mittlerweile auch von anderen Verbänden wie dem Deutschen Anwaltsverein gefordert [53].

Beratungsangebote sollten zudem nicht nur vor Kontaktaufnahme möglich sein, sondern ggf. auch begleitend während des Kontakts. Zudem wäre eine wissenschaftliche Evaluation dieser Kontakte und der fachlichen Begleitung wichtig, um die Beratungskonzepte zu evaluieren und weiterentwickeln zu können.

Aber es ist auch möglich, dass der Spender jegliche Auskunft und Kontaktaufnahme ohne Konsequenzen ablehnen kann.

So muss man tatsächlich hinterfragen, was man denn über seine biologische Herkunft erfährt, wenn man nur die Personaldaten des Spenders mitgeteilt bekommt, so wie es das Gesetz vorsieht.

Durch die Bekanntgabe der Spenderdaten soll eine genetische Verwandtschaft zum Anlass genommen werden, im Nachhinein eine menschliche Beziehung herzustellen.

Genetische Dispositionen existieren, aber Bindungen zwischen Menschen, ob genetisch unterlegt oder nicht, sind stets die Folge sozialer Prozesse, die ihre Zeit gedauert haben und von Gefühlen begleitet gewesen sein müssen. Familie ist eine soziale Konstellation; die so genannten Blutsbande wurden in der Vergangenheit als Harmoniespender überschätzt und mystisch überhöht. Das wachsende Verständnis vom Einfluss der Umweltfaktoren auf die Entwicklung der Persönlichkeit relativiert den Wert der Verwandtschaft. Für das gedeihliche Heranwachsen eines Kindes ist ein stabiles soziales Netz, eine Familie, das Beste. Genetische Verwandtschaft ist keine Garantie für die Dauerhaftigkeit und Stabilität des Zusammenseins und die Verträglichkeit von Personen. Von daher muss es erlaubt sein, wirklich zu hinterfragen, ob im Nachhinein eine Beziehung zwischen DI-Kind und Spender zulässig sein soll.

Auch die Sphäre des Spenders ist schützenswert! Seine familiären Verhältnisse können sich gegenüber denen aus der Zeit der Spende drastisch verändert haben. Vielleicht will der Spender gegenüber seinen Kindern die Exklusivität seiner Vaterschaft aufrechterhalten und wünscht keine Kontaktaufnahme durch das DI-Kind.

Viele Autoren (nicht die Ärzte) glauben, dass Kinder Kenntnisse über ihre biologischen Eltern haben müssen und dass die Geheimhaltung die familiären Beziehungen untergraben könnte.

Die soziopsychische Entwicklung des Kindes hängt von der Beziehung zu den

(sozialen) Eltern ab, nicht aber von biologischen Gemeinsamkeiten.

Die Betonung der Abstammung hat den schalen Beigeschmack des biologischen Determinismus, aber es gibt auch ein „*Ich jenseits der Gene*“, schreibt die Journalistin A. Sauerbrei [54].

Anzahl der Nachkommen pro Spender

Die Frage, ob und ggf. wie die Zahl von Samenspenden oder die unter Verwendung von heterologen Samen eines Spenders gezeugten Kinder begrenzt werden sollen, bleibt durch das neue Gesetz unreguliert.

Das neue Gesetz sieht keine Beschränkung der Anzahl der Kinder pro Spender oder der Anzahl der Familien, für die man spenden kann vor. Bei einer sehr hohen Anzahl von Nachkommen kann es zu einem Inzest-Risiko kommen [55]. Vor allem jedoch sollten weder Samenspenders noch so gezeugte Menschen mit einer unverhältnismäßig großen Anzahl biologischer Verwandter konfrontiert und damit emotional überwältigt werden.

Bei einer großen Streuung der Spenderproben sind aber wohl Nachkommenschaften bis zu 100 Kindern unproblematisch [55]. Die Bandbreite schwankt hier erheblich (Österreich 3 Ehen – Kinderanzahl nicht limitiert, Schweiz 8 Kinder, Niederlande 12 Familien, 25 Kinder).

Der Samenspenders sollte zusätzlich eine Maximalzahl der per Spende gezeugten Kinder vorgeben können, auf Wunsch sollten Spender zudem die Anzahl der so gezeugten Kinder erfahren können, damit sie sich und ihre Familie auf mögliche Kontaktforderungen vorbereiten können. Dieses Auskunftserteilen an den Spender ist jedoch in dem Gesetz nicht vorgesehen, ebenso bekommt die Patientin, die mit Spendersamen behandelt wurde, keine Information über diesen Sachverhalt.

Kontakt zu Halbgeschwistern

In den USA entstand schon ab 9/2000 das sogenannte „donor sibling registry“, das die Suche nach Halbgeschwistern, also Kindern, die vom selben Samenspenders abstammen, ermöglichen soll [46].

Blyth et al. [51] berichten erste Erfahrungen mit derartigen Registern.

Dem Wunsch einiger deutscher Spenderkinder, gesetzliche Vorkehrungen für die Möglichkeit der Kontaktaufnahme zu Halbgeschwistern zu ermöglichen, ist der deutsche Gesetzgeber nicht nachgekommen.

Freier Markt

Das Samenspenderegistergesetz bezieht sich nur auf die medizinisch assistierten Inseminationen. Ein Blick in das Internet beweist, dass heute wahrscheinlich schon die Mehrzahl der entsprechenden heterologen (donogenen) Behandlungen über private Kontaktherstellung, häufig mittels sogenannter Becherspende, über das Internet arrangiert wird.

Bei diesen privaten Arrangements greift das neue Samenspenderegistergesetz nicht, insbesondere nicht §1600 Abs. 4, sondern es gelten die bekannten Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuches.

Aber auch reproduktionsmedizinische Einheiten können die neuen Quellen des Internetzeitalters nutzen, um Patienten eine aktivere Rolle bei der Samenspende zu ermöglichen.

Das Verlangen nach mehr medizinischen und psychosozialen Informationen über den Spender und die durch die Spende entstandenen Kinder, ermöglicht online durch Patientenforen und DNA-Datenbanken, hat die Behandlung von einem „einmaligen Ereignis“ zu einer permanenten Beziehung verändert [56].

Alleinstehende Frauen („single women by choice“)

Weltweit ist insgesamt eine Zunahme des Wunsches von alleinstehenden Frauen nach Behandlung mit Spendersamen zu verzeichnen (Auskunft diverser dänischer Samenbanken). Angeblich kommen mehr als die Hälfte der Bestellungen von sogenannten „single women“ [57].

Auch durch die Zunahme des sogenannten „social freezing“ ist damit zu rechnen, dass diese Patientinnen später jenseits des 40. Lebensjahres, wenn Kinderwunsch akut wird und auf ihre kryokonservierten Eizellen zurückgegriffen werden soll, immer schwieriger einen Partner finden und somit auf Spendersamen zurückgreifen werden. Ein Teil

der Ärztekammern in Deutschland ist jedoch der Meinung, dass die Behandlung nicht durch die Berufsordnung gedeckt ist, da keine medizinische Indikation besteht. Außerdem käme es zur medizinisch unterstützten Produktion von Halbweisen.

Wehrstedt [58] schreibt hierzu 2019: Letztlich könnte man versucht sein, die Einschränkung des Anwendungsbereiches des §1600 Abs. 4 BGB zur Vaterschaftsfeststellung eines Samenspenders auf Fälle ärztlich unterstützter künstlicher Befruchtungen dadurch zu erklären, dass der Gesetzgeber damit der EMV (Einrichtung der Medizinischen Versorgung) offenbar die Übernahme von Verantwortung bei der Auswahl der zu behandelnden Personengruppen zuweisen will.

Folglich könnten die Ärzte durch die neue Regelung zur Übernahme von mehr Verantwortung gedrängt werden, eine Behandlung nur dann vorzunehmen, wenn dem mit seiner Hilfe gezeugten Kind sicher ein zweiter Elternteil zugeordnet werden kann. Scheitert dies, könnte das Kind versucht sein, eine Mitschuld für diesen Umstand später bei der Einrichtung der Medizinischen Versorgung – also dem jeweils behandelnden Arzt – zu suchen. Aufgrund dieser Rechtsunsicherheiten sollte ein vorsichtiger Rechtsberater einem Arzt von der Behandlung einer alleinstehenden Frau abraten.

■ Tourismus/Bezug aus dem Ausland

Auch müssen Fragen des „Fertilitätstourismus“ oder des Bezugs von Spermaproben aus dem Ausland geklärt werden.

Kann für eine künstliche Befruchtung weiterhin Samen aus dem Ausland verwendet werden?

Die Beschaffung von Spermaproben aus dem Ausland stellt für das betroffene Paar meistens kein Problem dar, da durch das Internet weltweit international tätige Samenbanken (z. B. in Dänemark oder Kalifornien) entsprechendes Material anbieten.

Ein Bezug von Spendersamen aus dem Ausland ist bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich. Außer-

dem muss die Einrichtung der medizinischen Versorgung sicherstellen, dass die ausländische Samenbank der Aufforderung des DIMDI zur Übermittlung der personenbezogenen Daten des Spenders nachkommen wird. Dies kann durch eine entsprechende vertragliche Vereinbarung erfolgen [59]. Es bleibt aber fraglich, ob ein in Deutschland geborenes Kind seinen Rechtsanspruch auf Kenntnis bei Problemen genauso gut im Ausland durchsetzen können wird.

Situation in den Nachbarländern

Österreich

In Reaktion auf ein Erkenntnis des Verfassungsgerichtshofes aus dem Jahr 2013, durch das es lesbischen Paaren freigestellt ist, künstliche Inseminationen und In-vitro-Fertilisation (IVF) in Anspruch zu nehmen, kam es in Österreich zu einem Paradigmenwechsel im Recht der Fortpflanzungsmedizin. Etliche Verbotsvorschriften, die in der Stamfassung des Fortpflanzungsmedizingesetzes 1992 enthalten waren, wurden durch das Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 aufgehoben.

Dieses Gesetz erlaubt die Inanspruchnahme von In-vitro-Fertilisation mit Spendersamen und heterologem Embryotransfer nach Eispende ebenso wie von Präimplantationsdiagnostik. Darüber hinaus führte das Fortpflanzungsmedizinrechts-Änderungsgesetz 2015 zu einer Anpassung sowohl des Abstammungsrechts als auch des Rechts der sozialen Sicherheit an die neuen Erlebnistatbestände [60, 61].

Schweiz

In der Schweiz wurde bis ins Jahr 2000 Anonymität zugesichert. Erst seit 2001 existieren gesetzliche Regelungen für Personen, die aufgrund einer Samenspende geboren wurden. Das Kind hat gegenüber dem Spender keinerlei rechtliche Ansprüche und der Spender keinerlei Pflichten gegenüber dem Kind. Es existieren Schwachstellen betreffend die psychosoziale Begleitung. Auch kann die Behandlung zurzeit nur bei verheirateten Paaren durchgeführt werden.

2019 werden die ersten ab 2001 mittels Samenspende gezeugten Kinder volljährig werden. Dann wird sich zeigen, wie

viele von ihrem Zugangsrecht zu den Abstammungsdaten Gebrauch machen wollen [62].

■ Deutschland braucht ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz

Die rechtliche Regelung der Fortpflanzungsmedizin ist dringend reformbedürftig. Das Embryonenschutzgesetz von 1990 erfasst die neuesten technischen Entwicklungen nicht, ist in manchen Bereichen unstimmt und lückenhaft, setzt die betroffenen Frauen, Paare und Kinder unnötigen gesundheitlichen Risiken aus, erschwert die Durchsetzung von Kinderrechten und erzeugt Gerechtigkeitsprobleme und Rechtsunsicherheit für die betroffenen Paare und die behandelnden Ärztinnen und Ärzte.

Die Fortpflanzungsmedizin ist in einer rasanten Entwicklung begriffen. Immer mehr Personen gründen mithilfe von Techniken der Fortpflanzungsmedizin eine Familie. Pro Jahr werden in Deutschland über 80.000 In-vitro-Fertilisationen („künstliche Befruchtungen“) durchgeführt. Weil aus gesellschaftlichen Gründen das Durchschnittsalter der Erstgebärenden steigt, aber die biologische Fruchtbarkeit im Alter abnimmt, wird die Zahl der Hilfesuchenden aller Voraussicht nach weiter ansteigen. Zudem werden weltweit Verfahren wie Eizellspende, Embryospende oder Leihmutterchaft zunehmend in Anspruch genommen. Da diese Verfahren wie andere Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin gewichtige ethische Fragen aufwerfen und wesentliche individuelle Rechte betreffen, bedarf es einer angemessenen rechtlichen Regelung.

Allerdings ist die Rechtslage in Deutschland seit Langem unzureichend. Das Embryonenschutzgesetz stammt aus 1990 und ist damit fast 30 Jahre alt. Es erfasst viele neue reproduktionsmedizinische Entwicklungen nicht, was die Fortpflanzungsmediziner nicht selten zu einer dem heutigen internationalen Stand nicht mehr angemessenen Behandlung zwingt und zu unnötigen Risiken für Mutter und Kind führt. Darüber hinaus wird das Embryonenschutzgesetz auch dem gesellschaftlichen Wandel und der Vielfalt heutiger Familienformen nicht mehr gerecht. In Folge einander widersprechender gesetzlicher Regelungen im

Embryonenschutzgesetz einerseits und im Familien- und Sozialrecht sowie ärztlichen Berufsrecht andererseits kommt es zu Ungleichbehandlungen von verheirateten und unverheirateten, heterosexuellen und gleichgeschlechtlichen Paaren sowie alleinstehenden Personen. Die defizitäre Rechtslage führt oft auch zu Nachteilen für das Kind, weil die rechtliche Eltern-Kind-Zuordnung unzureichend geregelt ist und viele Kinder ihr Recht auf Kenntnis der Abstammung nicht durchsetzen können. Viele weitere wichtige Fragen wie z. B. die psychosoziale Beratung sind bislang ebenfalls gesetzlich nicht hinreichend geregelt. All dies zeigt, wie notwendig eine neue, umfassende Regelung der Fortpflanzungsmedizin ist. Zwar hat es in der Vergangenheit punktuelle Ergänzungen des geltenden Rechts gegeben, beispielsweise zur eingeschränkten Zulassung der Präimplantationsdiagnostik (PID) oder zur Errichtung eines Samenspenderegisters. Diese reichen jedoch bei Weitem nicht aus [38, 52, 63].

■ In der Reproduktionsmedizin tut sich immer noch nicht genug!

Das Embryonenschutzgesetz von 1991 ist heillos veraltet; nur wenige rechtliche Ergänzungen sind seit 1991 erfolgt:

- Lebenspartnerschaftsgesetz 2001
- Präimplantationsdiagnostik 2011
- Ehe für alle 2017
- Samenspenderegistergesetz 2018

Ein neues Gesetz muss dem technischen Fortschritt (z. B. Kryokonservierung) und auch den gesellschaftlichen Veränderungen angepasst werden.

Zwar ist 2018 das Samenspenderegistergesetz in Kraft getreten, das zu einer gewissen Rechtssicherheit bei den Behandlungen geführt hat. Wichtige Fragen bleiben aber weiterhin unbeantwortet. Wie ist die Rechtslage bei der Behandlung alleinstehender Frauen? Diese Gruppe nimmt stark zu und aufgrund der zunehmenden Anzahl von Patienten, die sich für „social freezing“ entscheiden, wird die Nachfrage in Zukunft noch größer sein.

Die rechtliche Abstammung bei Anwendung der Eizellspende im Ausland ist weiterhin nicht zutreffend geregelt. Die aus einer Eizellspende geborenen Kinder

haben bisher kein Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung. Hier besteht eine Benachteiligung, die es abzustellen gilt.

Überhaupt muss die Aufrechterhaltung des Verbots der Eizellspende hinterfragt werden. Es erscheint im Zeitalter von Internet und Reproduktionstourismus veraltet. Auf Kinderwunsch-Messen in Deutschland wird ungehemmt für in der Bundesrepublik Deutschland verbotene Behandlungsmaßnahmen geworben.

Ende der letzten Legislaturperiode hat die bei dem Bundesjustizministerium angesiedelte Arbeitsgruppe „Abstammung“ erste Vorschläge für ein neues Abstammungsrecht publiziert [64]. Eine breite gesellschaftliche Diskussion hierüber (wie z.B. die Erweiterung des „Mutter-“ Begriffes) ist bisher unterblieben.

Die rechtliche Eltern-Kind-Zuordnung im Abstammungsrecht muss (z. B. nach Leihmutterbehandlung im Ausland) angepasst werden [65].

Als besonders regelungsbedürftig erweisen sich folgende Punkte:

- Berücksichtigung des medizinischen Fortschrittes im Bereich der Labormethoden
- Zulassung der Eizellspende
- Zulassung der Embryonenspende
- Reform des Abstammungsrechts
- Regelung der Abstammung bei im Ausland durchgeführten Behandlungen, die in Deutschland nicht zulässig sind
- Detailfragen, wie z. B. Anzahl der Nachkommen pro Spender bei der Samenspende
- Regelungen zur Kryokonservierung

Weiterhin muss zu aktuellen Entwicklungen wie der Anwendung von Genschere wie CRISPR/Cas 9 zur Genomveränderung Stellung bezogen werden. Mögliche Veränderungen der menschlichen Keimbahn müssen breit und intensiv diskutiert werden.

Eine Expertengruppe der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina hat bereits 2017 und wiederholt 2019 hierzu ein Diskussionspapier [66] veröffentlicht und dringenden Regelungsbedarf im Bereich der Fortpflanzungsmedizin angemahnt und Vorschläge für ein zeitgemäßes, kohärentes Fortpflan-

zungsmedizinengesetz gemacht. In dieser Legislaturperiode ist leider noch nichts geschehen im Hinblick auf ein neues umfassendes Gesetz.

Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinengesetz ist dringend erforderlich [67].

Zusammenfassung

Abschließend ist festzustellen, dass die Regelungen des SaRegG erhebliche Auswirkungen auf die fortpflanzungsmedizinische Praxis haben. Die Aufklärungs-, Datenspeicherungs- und Mitteilungspflichten sind mit einem außerordentlichen Verwaltungsaufwand verbunden. Auch bezüglich der Verwendung von Samen, der vor dem Inkrafttreten des SaRegG gewonnen wurde, bestehen Unstimmigkeiten (Nachhilfe für Patienten). Darüber hinaus ist eine Reihe von wichtigen Fragen vollkommen ungeklärt geblieben. Ein zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinengesetz ist dringend erforderlich.

Interessenkonflikt

Der Autor war involviert in Gerichtsverfahren in Bezug auf das Auskunftsrecht gegenüber Personen, die aus einer Behandlung mit Spermensamen entstanden sind.

Es besteht kein weiterer Interessenkonflikt bezüglich der in diesem Artikel erwähnten Personen und Sachverhalte.

Literatur:

1. Guttmacher AF. Artificial insemination. Hum Fertil 1946; 1: 16.
2. Major RH. History of Medicine, Vol. 2, New York, Doubleday, 1956
3. Schellen AMCM. Artificial Insemination in the Human. Amsterdam, Elsevier, 1957
4. Guttmacher AF. The role of artificial insemination in the treatment of sterility. Obstet Gynec Survey 1946; 15: 767.
5. Finegold WJ. Artificial Insemination. Charles C. Thomas Publisher, Springfield, Illinois, 1964.
6. Heiss H. Die künstliche Insemination der Frau. Urban & Schwarzenberg, München-Berlin-Wien, 1972.
7. Döderlein A. Über künstliche Befruchtung. Münch Med Wsch 1912; 1081–4.
8. Fraenkel PL. Über die künstliche Befruchtung beim Menschen und ihre gerichtsarztliche Bedeutung. Ärztl Sachv Ztg 1909; 15: 169.
9. Hofstätter R. Künstliche Befruchtung. In Marcuse: Handbuch der Sexualwissenschaft. Bonn 1926
10. Mayer A. Über juristische und psychologische Fragen der künstlichen Befruchtung. Münch Med Wochenschau 1954; 15: 393–5.
11. Schmitz-Köster D. Deutsche Mutter, bist du bereit ... Alltag im Lebensborn. Aufbau-Verlag, Berlin, 1997.
12. Bunge RG, Keetel WC, Sherman JK. Clinical use of frozen semen. Fertil Steril 1954; 5: 520.

13. Sherman JK. Research on frozen sperm. Fertil Steril 1963; 1: 49.
14. Behrmann SJ. Artificial Insemination. Int J Fertil 1961; 6: 291.
15. Kleegmann SJ. Therapeutic donor insemination. Fertil Steril 1954; 5: 7–31.
16. Stöckel W. Lehrbuch der Gynäkologie Leipzig 1931/1940/1943/ 1947.
17. Mayer A. Die heterologe künstliche Insemination in psychologisch-ethischer Sicht. AM 1959; Nr. 11: 341–5.
18. Schaad G. Vortrag II. Europäischer Sterilitätskongress (II. ESCO) 8.–11. Okt. 1969. Dubrovnik, Jugoslawia, Nr. 267: Die therapeutische heterologe Insemination in Deutschland.
19. Fortschritte der Fertilitätsforschung Bd. 8, Kongressbericht Kiel 1979, Grosse-Verlag, Berlin.
20. Katzorke T, Propping D, Tauber PF, Ludwig H. Artifiziale Insemination mit Spermensamen (AID) – 140 Schwangerschaften bei 290 Ehepaaren. Frauenarzt 1980; 21: 405–12.
21. Katzorke T, Propping D, Tauber PF. Results of Donor Artificial Insemination (AID) in 415 couples. Int J Fertil 1981; 26: 260–6.
22. Günther E. Nationales ADI-Register „Sterilität der Ehe“ 1985. Zent BI Gynäkol 1985; 109: 1255–7.
23. Arbeitskreis für donogene Insemination e.V. Richtlinien zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spermensamen in Deutschland. <http://www.donogene-insemination.de> (zuletzt gesehen: 04.06.2019)
24. Thorn P, Daniel K. Die Praxis der donogenen Insemination in Deutschland. Geburtst Frauenheilk 2000; 60: 630–7.
25. Daniel K, Thorn P, Westerbrooke R. Confidence in the use of donor insemination: an evaluation of the impact of participating in a group preparation programme. Hum Fertile (Camb) 2007; 10: 13–20.
26. Katzorke T. Donogene Insemination. Gegenwärtiger Stand der Behandlung in der BRD. Gynäkologische Endokrinologie 2003; 1: 85–94.
27. Katzorke T. Donogene Insemination. Gynäkologie 2007; 10: 807–12.
28. Katzorke T, Thorn P, Werdehausen K, Daniels K. Attitudes of semen donors in Germany – is it possible to recruit identifiable donors in a society where secrecy prevails? 63rd Annual Meeting of the ASRM, Oct. 13–17, 2007; oral presentation 0-223.
29. Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion – Novelle 2006. Dtsch. Ärzteblatt 2006; 103: 1392–403.
30. Keiper U, Kantenich H. Die Verwendung von fremdem Samen im Rahmen der Reproduktionsmedizin. J Reproduktionsmed Endokrinol 2007; 4: 34–7.
31. Oberlandesgericht Hamm (2013) I – 14 U 7/12.
32. Kingreen Th, Fam RZ 2013, 641–3, Anmerkungen zu OLG Hamm Urt. vom 06.02.2013 – I – 14 U 7/12 (Auskunftsanspruch des im Wege der heterologen Insemination gezeugten Kindes) Zeitschrift für das gesamte Familienrecht.
33. BGH – AZ XII ZR 201/13 LG Hannover – AG Hameln
34. Wehrstedt S, Thorn P, Werdehausen K, Katzorke T. Vorschläge zur Vorgehensweise bei Auskunftsersuchen nach donogener Zeugung. J. Reproduktionsmed Endokrinol 2012; 9: 225–31.
35. Hübner M, Pühler W. Systematische Rechtsentwicklung für die Reproduktionsmedizin. Med R 2017; 35: 929–35.
36. Katzorke T. Reformstau und kein Ende in Sicht. Gynäkologie und Geburtshilfe 2016; 21: 3.
37. Taupitz J, Theodoridis A. Das Gesetz zur Regelung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung bei heterologer Verwendung von Samen. MedR 2018; 36: 457–66.
38. Theodoridis A, Taupitz J, Kantenich H. Auswirkungen des Samenspenderegistergesetzes auf die Entnahme-einrichtungen und die Einrichtungen der medizinischen Versorgung. J Reproduktionsmed Endokrinol 2018; 15: 174–9.
39. Katzorke T, Wehrstedt S. Mit diesen Regelungen müssen Ärzte rechnen. Gynäkologie und Geburtshilfe 2017; 22: 2–5.
40. Harper JC, Kennett D, Reisel D. The end of donor anonymity; now genetic testing is likely to drive anonymous

- gamete donation out of business. Hum Reprod 2016; 31: 1135–40.
41. Govern P, Schlaff W. Sperm donor anonymity: a concept rendered obsolete by modern technology. Fertil Steril 2018; 109: 230–1.
42. Golombok S. Modern families, parents and children in new family forms. Cambridge University Press, Cambridge, 2015.
43. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Informing offspring of their conception by gamete or embryo donation: an Ethics committee opinion, Ethics committee of the American Society for Reproductive Medicine. Fertil Steril 2018; 109: 601–5.
44. Zweifel J. Donor conception from the view point of the child: positives, negatives and promoting the welfare of the child. Fertil Steril 2015; 104: 513–9.
45. Pennings G. Disclosure and directive counselling towards disclosure cannot be justified by the welfare of the donor offspring. Hum Reprod 2017; 32: 969–73.
46. Freeman T, Jadva V, Kramer W, Golombok S. Gamete donation: parents' experiences of searching for their child's donor siblings and donor. Hum Reprod 2009; 24: 505–16.
47. BGH, Beschluss vom 23.01.2019; AZ: - XII ZR 71/18.
48. Ethics Committee of American Society for Reproductive Medicine. Access to fertility treatment by gays, lesbians and unmarried persons: a committee opinion; the Ethics committee of the American society for Reproductive Medicine. Fertil Steril 2013; 100: 1524–7.
49. <https://www.menschenrechtskonvention.eu> (zuletzt gesehen 04.06.2019).
50. BGH-Beschluss vom 10.10.2018 AZ- XII ZB 231/18
51. Blyth E, Crawshaw M, Frith L, et al. Donor conceived people's views and experiences of their genetic origins: a critical analysis of the research evidence. J Law Med 2012; 19: 769–89.
52. Thorn P. Kontakt zwischen Samenspendern und ihren durch Samenspende gezeugten Kindern. Gyn Endokrinol 2019; 17: 39–41.
53. <https://www.famr.de/pressemitteilungen/der-dav-zum-samenspenderegistergesetz.html> (zuletzt gesehen 04.06.2019).
54. Sauerbrey A. Abstammungslehre. Der Tagesspiegel 02.07.2013.
55. Janssens S, Pim MW. Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. Reprod Biomed Online 2015; 30: 568–80.
56. Woodward J. Third-party reproduction in The Internet Age: the new, patient-centered landscape. Fertil Steril 2015; 104: 525–30.
57. Ole Schou, Persönliche Mitteilung. Cryos Aarhus, November 2017
58. Wehrstedt S. Das neue Samenspenderegister und die Auswirkungen auf notarielle Beurkundungen anlässlich einer heterologen Insemination. MittBAYNOT – B – 2019, 122.
59. Bundesministerium für Gesundheit: Fragen und Antworten – Samenspenderegistergesetz; <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/service> (zuletzt gesehen 04.06.2019).
60. Bernat E. Das österreichische Fortpflanzungsmedizinengesetz wurde liberalisiert. Gynäkologie 2015; 48: 686–91.
61. Bernat E. Die Stellung des Samenspenders und des von ihm gezeugten Kindes. Gynäkolog Endokrinol 2019; 17: 44–5.
62. Tschudin S. Kommentar zu: "Kontakt zwischen Samenspendern und ihren durch Samenspende gezeugten Kindern". Gynäkol Endokrinol 2019; 17: 42–3.
63. Katzorke Th. Deutschland braucht ein neues Fortpflanzungsmedizinengesetz. Gynäkol Geburtshilfe 2017; 22: 6.
64. Bundesministerium der Justiz und Verbraucherschutz, Berlin, Arbeitskreis Abstammungsrecht – Abschlussbericht. Empfehlungen für eine Reform des Abstammungsrechts. Bundesanzeiger Verlag GmbH, Köln 2017.
65. Leihmutter muss als Mutter eingetragen sein. BGH, Beschluss vom 23.04.2019, FAZ vom 24.04.2019
66. Diskussion Nr. 13 der Nationalen Akademie der wissenschaftlichen Leopoldina, Oktober 2017
67. Katzorke Th. In der Reproduktionsmedizin tut sich immer noch nicht genug! Gynäkol Geburtshilfe 2018; 23: 6.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

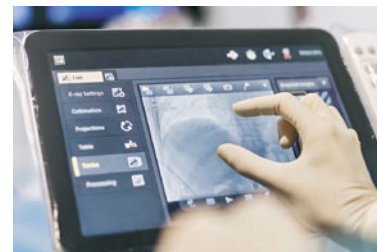
[Medizintechnik-Produkte](#)



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](#)