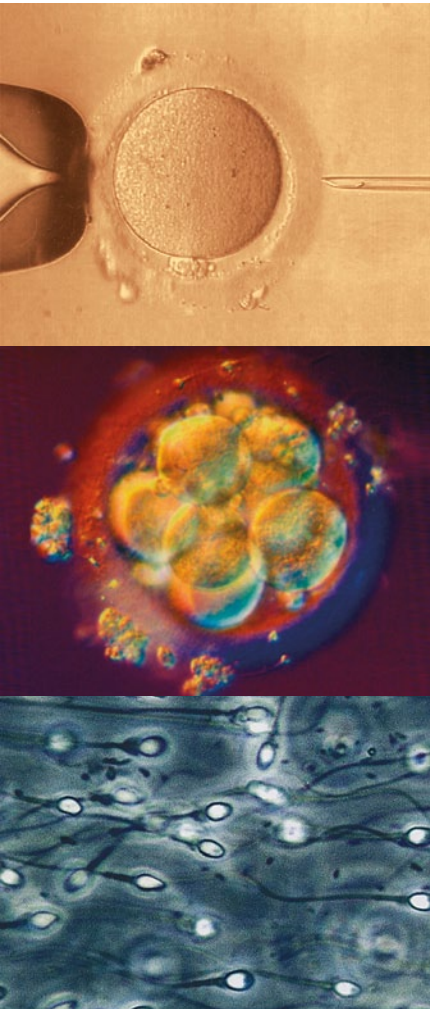


Journal für

Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

– Journal of Reproductive Medicine and Endocrinology –

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



Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende

Thorn P, Wischmann T

J. Reproduktionsmed. Endokrinol 2008; 5 (3), 147-152

www.kup.at/repromedizin

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

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

Indexed in EMBASE/Excerpta Medica/Scopus

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

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](#)

Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende

P. Thorn¹, T. Wischmann²

Die Familienbildung mit gespendeten Gameten (Samen-, Eizell- oder Embryonenspende) zieht spezifische Fragestellungen nach sich, die sich von der Familienbildung mit eigenen Gameten unterscheiden, denn sie beinhaltet eine getrennte biologische und soziale Elternschaft. Um das Wohl aller Beteiligten best möglichst zu berücksichtigen, wurden vom Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. Leitlinien für die psychosoziale Beratung erstellt. Der folgende Artikel skizziert internationale Entwicklungen und stellt die Leitlinien vor.

Schlüsselwörter: Spendersamenbehandlung, psychosoziale Beratung, Kinderwunsch, Samenspender, Kindeswohl

Guidelines for Psychosocial Counselling in the Area of Gamete Donation. Family building using donated gametes (semen, oocytes or embryos) is associated with specific issues which differ from building a family with gametes from both intended parents, as the resulting family comprises separated biological and social parenthood. In order to respect the welfare of all parties involved, the "Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V." (Infertility Counselling Network Germany) has developed guidelines for psychosocial counselling in this area. The following article summarizes international developments and introduces the guidelines. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008; 5 (3): 147–52.

Key words: donor insemination, psychosocial counselling, wish for child, semen donor, welfare of the child

Die Familienbildung mit Gameten Dritter wurde von Anfang kritisch diskutiert [1]. Zwar kann sich zumindest die Spendersamenbehandlung (auch donogene Insemination, DI) auf mittlerweile über 100 Jahre Durchführungspraxis berufen [2], doch die kontroversen Diskussionen und implizit oder explizit kritischen Stimmen ebbten nicht ab. Das Einbringen des Samens eines anderen Mannes in eine bestehende Ehe wird nach wie vor kritisiert [3, 4] und die Vaterschaft wird, aufgrund des Vorhandenseins zweier Männer (ein Samenspender und ein sozialer Vater), aus psychologischer Sicht für Kind und Eltern als uneindeutig und problematisch erachtet [3, 5]. Dies hat lange Zeit dazu geführt, dass Ärzte die Verheimlichung der DI dem Umfeld und dem Kind gegenüber empfohlen haben [6]. In den letzten Jahren wurde diese Empfehlung allerdings kontrovers diskutiert und vor allem psychosoziale Fachkräfte [6–10], Patientenorganisationen [z. B. 11–13] und auch (junge) Erwachsenen nach DI [14–16] sprechen sich eindeutig für eine Aufklärung aus. Auch in Deutschland stellen Betroffene inzwischen politische Forderungen auf: Auf der Homepage einer mit DI gezeugten Frau, die anonym bleibt, wird von einer ersten, kleinen

Gruppe von weiteren Erwachsenen berichtet, die sich u. a. für ein Verbot der anonymen Spende aussprechen sowie eine Beratungspflicht der Wunscheltern, einen Schutz des Spenders vor Unterhaltsforderungen und eine zentrale Dokumentation der Daten über 50 Jahre fordern [17].

In einigen Ländern unterstützen Gesetze und Richtlinien dies, indem sie Kindern ermöglichen, auf Wunsch die Identität des Spenders zu erfahren (u. a. europäische Länder wie Schweden, Österreich, die Niederlande und die Schweiz). In Großbritannien wurde beispielsweise vor 3 Jahren eine Gesetzesänderung vorgenommen. Diese Änderung ist nicht zuletzt aufgrund der Klage einer mithilfe der DI gezeugte Frau sowie der Mutter eines Kindes nach DI zustande gekommen [18]. Der Richter vertrat zwar bereits 2002 die Haltung, dass das Wissen um die Abstammung ein wichtiger Bestandteil der Identität sei und durch die Europäische Konvention für Menschenrechte geschützt werde [19], die Gesetzgebung wurde jedoch erst im April 2005 geändert. Alle Kinder, die nach diesem Zeitpunkt mithilfe einer Gametenspende gezeugt wurden, haben das Recht, die Identität des Spenders bzw. der Spenderin einzu-

sehen [20]. Die Erfahrungen in Schweden, wo bereits seit 1984 keine anonyme Samenspende mehr zulässig ist, zeigen – entgegen ersten Annahmen –, dass mittel- und langfristig nicht mit einem Rückgang der Zahl der Samenspender gerechnet werden muss [21]. Auch in England berichtet eine Samenbank, dass identifizierbare Spender durchaus rekrutiert werden können [22].

Einige neuere Studien zeigen auf, dass die Aufklärungsrate seit einigen Jahren steigt [23–26]. Aus psychologischen, familiendynamischen, ethischen und nicht zuletzt medizinischen Gründen sprechen mehr und mehr Eltern mit ihren Kindern über die Zeugungsart und erste Untersuchungen [27, 28] sowie die klinische Erfahrung der Autoren zeigen, dass Kinder mit der Zeugungsart unbelastet umgehen können, wenn die Aufklärung in einem möglichst frühen Alter stattgefunden hat. Entsprechend geeignetes Aufklärungsmaterial [29] sowie Ratgeberliteratur ist inzwischen auch auf Deutsch erhältlich [30]. Es fehlen jedoch nach wie vor Langzeitstudien mit größeren Stichproben, die die Bedeutung der Zeugungsart für die so Gezeugten und ihre Eltern bis ins Erwachsenenalter untersuchen.

Eingegangen: 04.04.2008; akzeptiert nach Revision: 27.05.2008

Aus der ¹Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden, und dem ²Institut für Medizinische Psychologie, Universitätsklinikum Heidelberg
Korrespondenzadresse: Dr. phil. Petra Thorn, Praxis für Paar- und Familientherapie, D-64546 Mörfelden, Langener Straße 37; E-Mail: mail@pthorn.de

In Deutschland tragen nicht nur das lang währende Tabu, sondern auch ungeklärte juristische Aspekte zu einer Verunsicherung bei [31]. Beispielsweise ist das Statusrecht der Spender nicht eindeutig geklärt und es fehlen verbindliche Regelungen der Dokumentation und der Einsichtnahme durch so gezeugte Kinder bzw. Erwachsene [32]. Diese ungeklärten Sachverhalte lösen häufig Verunsicherungen aus, vor allem bei interessierten Paaren und Eltern [31], jedoch auch bei medizinischen [33] und psychosozialen Fachkräften¹ und den Samenspendern [34].

Aufgrund des Embryonenschutzgesetzes und des darin enthaltenen Verbots der gespaltenen Mutterschaft wäre zwar in Deutschland die Auseinandersetzung mit psychosozialen Aspekten der Eizell- oder Embryonenspende nicht erforderlich, der Alltag in der psychosozialen Beratung zeigt jedoch auf, dass immer mehr Paare solche Behandlungen im Ausland zumindest erwägen, ein bestimmter Anteil dieser Paare diese auch durchführt und durchaus Bedarf an psychosozialer Beratung aufzeigt. Die kontroversen Diskussionen hier betreffen die Gefahr der Kommerzialisierung, der potenziell risikoreiche medizinische Eingriff bei Eizellspenderinnen, deren mögliche finanzielle Nötigung und die Frage des Rechts bzw. der Möglichkeit der so gezeugten Kinder oder Erwachsenen, ihre Abstammung zu erfahren.

Diese Unsicherheiten und kontroversen Diskussionen spiegeln sich in den Themen wider, die in der Beratung angesprochen und exploriert werden. Hierzu gehören der Umgang mit Tabu, Stigma und juristischer Verunsicherung, die Bedeutungszuschreibungen des Spenders für die Wunscheltern und das Kind, dessen Anonymität bzw. Identifizierbarkeit sowie die Frage der Aufklärung des Umfeldes und des Kindes. Ratsuchende, die eine Eizellspende im Ausland erwägen, setzen sich zusätzlich mit dem Dilemma auseinander, dass die Zeugungsart ihres Kindes in Deutschland unter Strafe steht.

¹ Dies zeigte sich beispielsweise während des ersten Fortbildungsteils zum Thema „Psychosoziale Beratung bei Gametenspende“ während der Frühjahrstagung des Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. am 01.03.2008.

Die Bundesärztekammer spricht sich in der Novellierung der Musterrichtlinie für eine Erstberatung im ärztlichen Gespräch und für eine weiterführende, qualifizierte Beratung aus [35]. Bislang wird, nicht zuletzt auch wegen der Tabuisierung, eine über das ärztliche Gespräch hinaus gehende Beratung eher selten wahrgenommen. Aufgrund der vielfältigen und komplexen Fragestellungen spricht sich das Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID) jedoch, wie andere Fachverbände im Bereich des „infertility counselling“ [36–38], für das Angebot einer verbindlichen Beratung vor Behandlungsbeginn aus und hat hierfür die folgenden Leitlinien erstellt.

Da die Beratung bei Gametenspende detailliertes Fachwissen voraussetzte, führte BKID inzwischen eine umfassende Fortbildung für die Beratung bei Gametenspende mit über 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmern durch. Diese zusätzlich zertifizierten Beraterinnen und Berater sind auf der Liste der von BKID anerkannten Beraterinnen und Berater gesondert kenntlich gemacht.

Die hier abgedruckten Leitlinien sind im Internet unter http://www.bkid.de/gs_leitlinien.pdf einsehbar. Darüber hinaus wurde ein Informationsblatt für Wunscheltern über die Bedeutung einer psychosozialen Beratung im Vorfeld einer solchen Behandlung sowie Musterbescheinigungen erstellt, die von der Website www.bkid.de herunter geladen werden können.

Leitlinien für die psychosoziale Beratung bei Gametenspende (GS-Leitlinien von BKID)

Die Familienbildung mit gespendeten Gameten (Samen- oder Eizellspende, Embryonenspende) zieht spezifische Fragestellungen nach sich, die sich von der Familienbildung mit eigenen Gameten unterscheiden. Aufgrund der Annahme von Gameten Dritter verändert sich die biologische und soziale Verwandtschaft. Es entstehen biologische und soziale Elternschaften; biologischer Erzeuger ist eine Person, die in der Regel kein Familienmitglied ist. Dies hat meist weitreichende und tiefgreifende Folgen für alle Beteiligten: die Wunscheltern, die so gezeugten Kinder, die Spender und

deren Partner, die Eltern der Wunscheltern und des Spenders sowie bereits geborene oder zukünftige Kinder der Eltern und des Spenders. Um das Wohl aller Beteiligten, vor allem jedoch das Wohl des zu zeugenden Kindes, welches nicht in die aktiven Entscheidungen miteinbezogen werden kann, bestmöglich zu berücksichtigen, wurden vom Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (BKID) die vorliegenden Leitlinien für die Beratung bei Gametenspende erstellt. Diese Leitlinien sollen dazu beitragen, dass die Entscheidung zu einer Gametenspende auf einem „informed consent“ beruht, der sowohl aktuelle als auch langfristige Implikationen dieser Familienbildung für alle Beteiligten berücksichtigt. Da in Deutschland nur die Samenspende (donogene Insemination, im Folgenden DI) erlaubt ist, beschränken sich die Leitlinien auf diese Form der Gametenspende; im Falle der Zulässigkeit von Eizell- und Embryonenspende wären ähnliche Beratungsinhalte empfehlenswert.

Die Beratung soll von qualifizierten Fachkräften (z. B. solche, die eine BKID-Qualifizierung nachweisen können) noch vor Beginn eines medizinischen Eingriffs durchgeführt werden. Es gibt keine gesetzliche Regelung für eine Beratung im Rahmen der Spendersamenbehandlung. BKID hält es jedoch für unerlässlich, dass Ärzte und Ärztinnen, die eine Gametenspende anbieten, darauf hinwirken, dass Wunscheltern vor Behandlungsbeginn eine psychosoziale Beratung wahrnehmen und geeignete Rahmenbedingungen hierfür schaffen, beispielsweise in Form einer festen Kooperation mit einer psychosozialen Fachkraft. Eine Beratung im Rahmen einer Gametenspende betrifft sensible und intime Teile der Lebensgestaltung. Es ist daher hilfreich und wichtig, die Beratung als einen konstruktiven Prozess der Auseinandersetzung mit einer Familienform darzustellen, die von der üblichen Norm abweicht und über die bisher wenig edukative Literatur vorliegt. Die Beratung soll dazu dienen, mögliche Informationslücken zu füllen und Ratsuchende in ihrem Prozess der Auseinandersetzung mit sozialer und biologischer Elternschaft zu unterstützen, so dass sie ihre eigenen, individuellen Formen des kurz- und langfristigen Umgangs damit erarbeiten können.

BKiD empfiehlt des Weiteren, dass Wunscheltern über die Inhalte der psychosozialen Beratung informiert werden. Es soll schriftlich dokumentiert werden, wie sich Wunscheltern bezüglich einer Beratung entscheiden. Die erfolgte Beratung wird durch die BKiD-Fachkraft schriftlich bestätigt. Auch Samenspender sollen über die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung informiert werden.

Die Leitlinien sind ausführlich formuliert, damit sie eingehend über Beratungsinhalte informieren. Sie umfassen die folgenden Inhalte für die Wunschmutter, den Wunschvater sowie den Samenspender:

A Beratung der Wunschmutter und des Wunschvaters

1. Grundlegende Information

- 1.1 Information über die gesetzlichen Möglichkeiten der Gametenspende, die im Embryonenschutzgesetz und im Bürgerlichen Gesetzbuch geregelt sind.
- 1.2 Information über berufsrechtliche Vorgaben für die medizinische Behandlung der Bundesärztekammer.
- 1.3 Information über medizinische Anlaufstellen, Basisinformation über medizinische Eingriffe, Erfolgsquoten und Kosten.
- 1.4 Information über Selbsthilfegruppen oder angeleitete Gesprächsgruppen.

2. Reflexion des bisherigen Kinderwunsches

2.1 In der Beratung sollen die bisherigen Bemühungen, den Kinderwunsch zu erfüllen, reflektiert und gewürdigt werden. Für viele Wunscheltern ist es sinnvoll, den nicht in Erfüllung gegangenen Wunsch nach einem Kind mit biologischer Verbindung zu beiden Elternteilen zu betrauern. Die aktive Trauerphase kann bei Partnern innerhalb einer Beziehung unterschiedlich lang sein und unterschiedlich intensiv erlebt werden. Beide Partner sollten sich ausreichend Zeit für diese Trauerarbeit einräumen, so dass die Entscheidung zu einer DI auf einem bewussten Prozess beruht.

2.2 Die Beratung in dieser Phase umfasst auch die Exploration anderer Möglichkeiten, beispielsweise eine Adoption, die Aufnahme eines Pflegekindes oder ein Leben ohne Kind.

3. Familienbildung mit donogener Insemination

3.1 Wunschmutter und Wunschvater sollen zunächst ihre emotionalen Reaktionen auf die Möglichkeit einer Familienbildung verstehen, die biologische und soziale Elternschaft beinhaltet. Diese schwanken in der Regel zwischen intuitiver Ablehnung und unreflektierter Akzeptanz.

3.2 Partner innerhalb einer Beziehung können unterschiedliche Haltungen zu biologischer und sozialer Elternschaft haben. Diese sollten respektiert und exploriert werden. Eine Familienbildung durch Gametenspende sollte von beiden Partnern bejaht und gewünscht sein. Die Entscheidung zu dieser besonderen Form der Familiengründung muss reifen und sollte nicht aufgrund eines hohen Leidensdruckes einer der Partner beschleunigt werden.

3.3 Wunschmutter und Wunschvater sind vor die Aufgabe gestellt, die üblichen Bedeutungszuschreibungen von biologischer und sozialer Elternschaft zu reflektieren. In der Beratung kann es hilfreich sein, für den Spender und den Wunschvater eine eindeutige Terminologie zu verwenden, beispielsweise „Spender“ für den Samenspender und „Vater“ für den Wunschvater, um deutlich zu signalisieren, dass beide unterschiedliche Rollen inne haben. Weitere Interventionen können u. a. darin bestehen, Begriffen wie beispielsweise „Zeugung“ eine andere Bedeutung zu verleihen, um der Wunschmutter und dem Wunschvater zu verdeutlichen, dass ihre Entscheidung zu einer DI in symbolischer Weise die „Zeugung“ ihres Kindes bedeutet.

3.4 Die Bedeutung der DI für Verwandte, vor allem für bereits vorhandene Geschwisterkinder und zukünftige Großeltern des Kindes, ist zu thematisieren.

3.5 Wenn Wunschmutter und/oder Wunschvater einen Migrations-

hintergrund haben, müssen unterschiedliche kulturelle Werte in der Beratung respektiert werden.

3.6 Während der medizinischen Behandlung und der Schwangerschaft kann es bei beiden Partnern zu ambivalenten Gefühlen gegenüber der Tatsache kommen, dass die Frau den Samen eines unbekanntes Mannes in sich trägt bzw. davon schwanger wurde. Eine Beratung trägt dazu bei, dass solche Gefühle verstanden und angenommen werden und Wunschmutter und Wunschvater eine Haltung dazu entwickeln und einen Umgang damit finden.

4. Die Bedürfnisse des Kindes und das Kindeswohl

4.1 Erste wissenschaftliche Untersuchungen belegen mittlerweile, dass sich die psychologische und soziale Entwicklung von Kindern nach Gametenspende (unabhängig von heterosexueller oder homosexueller Elternschaft und unabhängig von der Form der Gametenspende) nicht von der spontan gezeugter Kinder unterscheidet. Eine Fragestellung, mit der sich Wunscheltern jedoch im Verlauf des Zusammenlebens als Familie immer wieder auseinandersetzen müssen, ist die der Aufklärung des Kindes über die biologische Abstammung. Auch wenn inzwischen eine frühzeitige Aufklärung des Kindes aus entwicklungspsychologischen und familiendynamischen Gründen für sinnvoll erachtet wird, liegt die Entscheidungsautonomie bei den Eltern. Wenn Wunscheltern sich gegen eine Aufklärung entscheiden, sollte ihnen der Zugang zu Beratung offen bleiben, damit sie bei Bedarf auch nach Geburt des Kindes ihre Haltung mit professioneller Unterstützung reflektieren können.

Immer mehr Eltern überwinden ihre Angst vor Ablehnung und Stigmatisierung und beabsichtigen, ihr Kind über die Zeugungsart aufzuklären. Dabei ist zu bedenken, dass neben der besonderen Form der Familiengründung damit auch die Fruchtbarkeitsstörung des Mannes öffentlich wird, die noch immer relativ

häufig tabuisiert wird. Es kann wichtig sein, Wunscheltern zu vermitteln, dass viele Außenstehende weniger negativ über diese Art der Familienbildung denken als befürchtet wird. Auch sind Eltern verunsichert, wie und in welchem Alter Kinder aufgeklärt werden können. Hier ist es wichtig, Wunscheltern zu informieren, dass es entwicklungspsychologisch am sinnvollsten ist, wenn Kinder frühzeitig (im Kindergartenalter) die Art ihrer Zeugung erfahren können. Wunscheltern kann die Aufklärung erleichtert werden, indem psychoedukatives Material zur Verfügung gestellt wird oder in der Beratung anschaulich erklärt wird, wie ein Kind konkret aufgeklärt werden kann. Wichtig ist zudem der Hinweis, dass die Aufklärung kein einmaliges Gespräch, sondern ein Prozess ist. Je älter das Kind ist, desto differenzierter werden in der Regel seine Fragen, und desto anspruchsvoller können die Antworten der Eltern ausfallen.

Wenn die Eltern die Geheimhaltung der Zeugungsart favorisieren, sollten die potenziellen Folgen für die Familie bedacht werden und ein konstruktiver Umgang damit reflektiert werden. Auch ist es hilfreich zu überprüfen, ob diese Entscheidung im Einklang mit der Werthaltung der Wunscheltern, beispielsweise den Werten von Offenheit und Ehrlichkeit in einer Familie, steht.

- 4.2 Auch wenn der Spender anonym bleibt, wird eine Aufklärung aus familiendynamischen Gründen empfohlen, damit die Eltern ein Familiengeheimnis vermeiden und das Vertrauensverhältnis zu ihrem Kind nicht gefährden.
- 4.3 Ein weiteres Thema in der Beratung ist die Bedeutung des Spenders für das Kind. Manche Wunscheltern befürchten, dass sich das Kind nach einer Aufklärung aufgrund der biologischen Verbindung zum Spender hingezogen fühlt und den Vater als weniger wichtig erachtet und dass dies bspw. in der Pubertät zu einer Ablehnung des Vaters führen könne. Es ist wichtig darauf hinzuweisen, dass der soziale Vater die einzige reale Vaterfigur für das Kind ist, denn der

Spender ist keine präsente Bezugsperson.

Darüber hinaus wird häufig befürchtet, dass sich die Zeugungsart negativ auf die Familiendynamik auswirken kann und Probleme in der Erziehung des Kindes oder in der Partnerschaft auf die DI zurückgeführt werden können. Es ist wichtig, die Wunscheltern darauf hinzuweisen, dass auch in Familien nach DI die üblichen Konflikte entstehen können und dass daher nicht alle Konflikte in Zusammenhang mit der Zeugungsart stehen. Die Chancen einer gelingenden psychischen Integration des Wissens um die Abstammung sind eng verknüpft mit einer offenen Einstellung und Umgangsweise der Eltern.

- 4.4 Teenager und junge Erwachsene können das Bedürfnis haben, Informationen über den Spender zu erlangen oder ihn kennen zu lernen. Dieses ist ein natürliches Bedürfnis und keine Aussage über die Qualität der Beziehung zu Vater und Mutter.
- 4.5 Aufgrund der zunehmenden Entstigmatisierung der DI kann nicht nur davon ausgegangen werden, dass Eltern vermehrt junge Kinder aufklären, sondern dass auch Teenager und (junge) Erwachsene über die Art ihrer Zeugung aufgeklärt werden. Eine späte Aufklärung kann einen Bruch in der Identitätsentwicklung bedeuten und mit einer mehr oder weniger ausgeprägten Traumatisierung verbunden sein, vor allem, wenn die Aufklärung unter ungünstigen Umständen (beispielsweise während der Scheidung der Eltern) stattgefunden hat. Eine Beratung kann den Prozess unterstützen, diese Information und ihre Bedeutung für das (erwachsene) Kind und seine Familie konstruktiv zu verarbeiten.
- 4.6 In manchen Fällen zeigen Ärzte und Ärztinnen die Bereitschaft, eine Kontaktaufnahme zwischen dem Spender und dem mit dessen Samen gezeugten Menschen zu ermöglichen. Um Bedürfnisse und Einstellungen auf beiden Seiten abzuklären, ist zuerst eine individuelle Beratung der einzelnen Parteien und erst im Anschluss ein gemeinsames Gespräch sinnvoll. Die Beratung

kann hier die Funktion einer Mediation zwischen der Partei des so gezeugten Menschen (und ggf. dessen Eltern) und der des Spenders übernehmen, damit ein solcher Kontakt für die Beteiligten konstruktiv verläuft.

- 4.7 Menschen, die mit Hilfe einer DI gezeugt wurden, können Interesse haben, ihre Halbgeschwister kennen zu lernen. Auch diesbezüglich können Ärzte und Ärztinnen um Mithilfe gebeten werden, wenn beispielsweise bekannt ist, dass auch andere Kinder eines bestimmten Spenders daran interessiert sind.

5. Rechte des Kindes

- 5.1 Gemäß gültigen Richtlinien sind Ärzte und Ärztinnen seit 2006 verpflichtet, die Dokumente über den Samenspender und das die Spende erhaltende Paar mindestens 30 Jahre lang aufbewahren. Vor 2006 betrug diese Frist 10 Jahre. Da dies (außer der Dokumentationspflicht über den Samenspender gemäß des Transplantationsgesetzes) bisher nicht gesetzlich eindeutig festgeschrieben ist, sollte das Recht des Kindes auf Einsicht dieser Dokumente innerhalb der 30 Jahre notariell vereinbart und die Unterlagen, aus denen die Identität des Spenders hervorgeht, für das Kind zur Einsicht hinterlegt werden. Eltern sollen die Geburt des Kindes dem behandelnden Arzt mitteilen.
- 5.2 Eine darüber hinausgehende Dokumentation für Eltern und Kinder sollte notariell vereinbart werden.
- 5.3 Es gibt zurzeit keine gesetzliche Regelung, unter welchen Bedingungen ein mit Samenspende gezeugter Mensch das Recht hat, die Identität des Samenspenders zu erfahren. Aufgrund von Grundsatzurteilen des Bundesgerichtshofes sowie Interpretationen unserer Gesetzgebung gehen juristische Fachkräfte davon aus, dass jeder Mensch ab Volljährigkeit das Recht hat zu wissen, von wem er abstammt. Sollten die Unterlagen über den Samenspender aber nach der vorgeschriebenen Aufbewahrungspflicht für medizinische Unterlagen vernichtet worden sein, so kann dieses Recht nicht umgesetzt werden.

6. Nichtanonymer Samenspender

- 6.1 Eine Spende kann auch durch einen Mann erfolgen, der der Wunschmutter und/oder dem Wunschvater bekannt ist. Dies ist häufig bei lesbischen Paaren oder alleinstehenden Frauen der Fall, die eine Eigeninsemination durchführen. Die Rolle des Samenspenders (und gegebenenfalls der biologischen und der sozialen Mutter) in der zu gründenden Familie sollte geklärt werden. Die Bedeutung des Spenders kann sich im Laufe der Zeit verändern. Daher sollten Bedürfnisse der Wunscheltern und des Spenders, die von dem einmal abgesprochenen Rollenverständnis abweichen, auch zu späteren Zeiten offen thematisiert und geklärt werden können. Beratungsgespräche mit den Wunscheltern und dem Spender sollten in diesen Fällen vor Behandlungsbeginn auch gemeinsam durchgeführt werden.
- 6.2 Bei Spendern innerhalb der Familie (z. B. Bruder, Cousin des Wunschvaters) entstehen komplexe Familiensituationen, die ebenfalls im Vorfeld exploriert werden sollten. Falls eine innerfamiliäre Spende dem Kind gegenüber geheim gehalten werden soll, sollten die Motive dafür geklärt werden. Weiterhin muss geklärt werden, ob dies tatsächlich realistisch und ratsam ist.
- 6.3 Zum Schutz des Spenders hinsichtlich seiner autonomen Entscheidungsfindung sollte sichergestellt sein, dass er sich nicht aufgrund familiärer oder freundschaftlicher Bindung zur Spende verpflichtet oder gedrängt fühlt (s. B 2.1).

B Beratung des Spenders

1. Allgemeine Information

- 1.1 Information über den Ablauf und die zeitlichen Erfordernisse einer Samenspende.
- 1.2 Höhe der Aufwandsentschädigung.
- 1.3 Der Spender ist über die relevanten aktuellen juristischen und berufsrechtlichen Regelungen zu informieren, vor allem hinsichtlich seiner juristischen Vaterchaftspflichten bei einer Spende für unterschiedliche Gruppen (verheiratete, lesbische, alleinstehende Frauen).

1.4 Er ist über die Dokumentationsdauer und -art seiner Daten aufzuklären.

1.5 Er ist über das Recht des Kindes auf Einsicht seiner biologischen Herkunft aufzuklären.

2. Psychosoziale Exploration

2.1 Dem Spender soll die Möglichkeit gegeben werden, die Motivation seiner Spende zu reflektieren. Es muss sichergestellt sein, dass die Spende aufgrund einer freien, eigenen Entscheidung und nicht aufgrund einer finanziellen Notlage oder einer emotionalen Verpflichtung erfolgt.

2.2 Dem Spender soll die Möglichkeit gegeben werden, die Bedeutung eines Kindes, welches mit seinem Samen gezeugt ist und in einer anderen Familie aufwächst, zu reflektieren. Wenn er sich in einer festen Beziehung befindet, kann seine Partnerin/sein Partner hinzugezogen werden.

2.3 Dem Spender soll die Möglichkeit eingeräumt werden, zu überlegen, für welche Gruppe (verheiratetes Paar, Paar in fester Partnerschaft, lesbische oder alleinstehende Frau) er bereit ist, Samen zu spenden.

2.4 Auch soll mit ihm exploriert werden, für wie viele Kinder er bereit ist, seinen Samen zu spenden. Die vom Arbeitskreis für donogene Insemination e.V. festgelegte Maximalzahl von 15 Kindern soll nicht überschritten werden.

2.5 Der Spender sollte auf Wunsch den Arzt bzw. die Samenbank nach der Anzahl der so gezeugten Kinder fragen können.

2.6 In seltenen Fällen weisen mit Samenspende gezeugte Kinder genetische Erkrankungen auf, die ggf. auf den Spender zurückzuführen sind. Mit dem Spender sollte exploriert werden, inwiefern er über solche Erkrankungen informiert werden möchte, damit er dies ggf. bei seiner eigenen Familienplanung berücksichtigen kann.

3. Exploration aktueller und langfristiger Implikationen in der Beratung

3.1 Auch für Männer kann eine Samenspende mit einem Tabu verbunden sein. Dem Spender soll ausreichend Möglichkeit gege-

ben werden, ob er mit seinem aktuellen und zukünftigen sozialen Umfeld über seinen Spende spricht oder nicht und welche Implikationen seine Entscheidung hat.

3.2 Der Spender sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass sich die Bedeutung eines Kindes, welches mit gespendetem Samen gezeugt wurde, für ihn im Laufe seines Lebens, vor allem nach der Geburt eigener Kinder, verändern kann.

3.3 Eigene (zukünftige) Kinder des Spenders sind Halbgeschwister der Kinder, die mit seinem gespendeten Samen gezeugt wurden. In der Beratung sollte thematisiert werden, ob er beabsichtigt, eigene Kinder über seine Samenspende aufzuklären.

3.4 Wenn für eine dem Spender persönlich bekannte Frau gespendet werden soll, sollte er seine Rolle in dieser Familie explorieren. Um allen Beteiligten die Möglichkeit zu eröffnen, die Bedeutung des Spenders in der zu gründenden Familie zu klären, sollten gemeinsame Beratungsgespräche angeboten werden (siehe auch A 6).

3.5 Wenn ein Erwachsener das Bedürfnis ausspricht, den Spender kennen zu lernen, sollte dem Spender die Möglichkeit eingeräumt werden, im Rahmen einer Beratung diesen Kontakt vorzubereiten und seine Bedürfnisse und Einstellungen hierzu zu explorieren (siehe A 4.6).

Literatur:

1. Katzorke T. Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland. J Reproduktionsmed Endokrinol 2008; 1: 14–20.
2. Gregoire AT, Mayer RC. The impregnators. Fertil Steril 1965; 1: 130–4.
3. Baumann-Hölzle R. Elternschaft außerhalb der Ehe: Ethische Gesichtspunkte unter Berücksichtigung des Wohles der Kinder. In: Bundesministerium für Gesundheit. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin. Band 132, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001; 163–8.
4. Mieth D. IVF-Elternschaft außerhalb der Ehe? In: Bundesministerium für Gesundheit. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland. Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin. Band 132, Schriftenreihe

- des Bundesministeriums für Gesundheit. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2001; 169–75.
5. Fechtung A. Die unerfüllte Sehnsucht: Ein Kind. Falken Verlag, Niedernhausen, 1997.
 6. Daniels K, Taylor K. Secrecy and openness in donor insemination. *Politics and the Life Sciences* 1993; 12: 155–70.
 7. Blyth E. Infertility and assisted conception: practice issues for counsellors. *British Association for Social Workers*, Birmingham, 1995.
 8. Haimes E. Secrecy and openness in donor insemination: A sociological comment on Daniels and Taylor. *Politics and the Life Sciences* 1993; 2: 178–9.
 9. Thorn P. Familienbildung mit Spendersamen. Eine systemische Innen- und Außenbeobachtung. *Kontext* 2001; 32: 305–18.
 10. Wiemann I. Wie viel Wahrheit braucht mein Kind? Von kleinen Lügen, großen Lasten und dem Mut zur Aufrichtigkeit in der Familie. Rowohlt, Hamburg, 2001.
 11. Donor Conception Support Group, Australia. www.dcs.org.au (letzter Zugriff: 21.03.2008).
 12. Information donogene Insemination. Deutschland. www.spendersamenkinder.de (letzter Zugriff: 21.03.2008).
 13. Donor Conception Network. Großbritannien. www.donor-conception-network.org (letzter Zugriff: 21.03.2008).
 14. Cordray B. An open letter to the HFEA. *Donor Conception Network Journal* 1999/2000; 3–5.
 15. Hewitt G. Missing link: Identity issues of donor conceived people. *Br J Infertil Counselling* 2002; 9; 14–20.
 16. Turner A, Coyle A. What does it mean to be a donor offspring? The identity experiences of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Hum Reprod* 2000; 15: 2041–51.
 17. www.di-kind.de/index.php?n=Main.PolitischeForderungen (letzter Zugriff: 21.03.2008).
 18. Rose versus Secretary of State for Health and Human Fertilisation and Embryology Authority. 2002; EWHC 1593.
 19. Blyth E. The UK: Evolution of a statutory regulatory approach. In: Blyth E, Landau R. *Third party assisted conception across cultures. Social, legal and ethical perspectives*. Jessica Kingsley Publisher, London, 2004: 226–45.
 20. Human Fertilisation and Embryology Authority (Disclosure of Donor Information Regulations) 2004.
 21. Lalos A, Daniels K, Gottlieb K, Lalos O. Recruitment and motivation of semen providers in Sweden. *Human Reproduction* 2003; 18: 212–6.
 22. Adams J, Pease E. Donor recruitment: change attitude, not the law. <http://www.bionews.org.uk/commentary/lasso?storyid=3225> (letzter Zugriff: 21.03.2008).
 23. Rumball A, Adair A. Telling the story: Parents' scripts for donor offspring. *Hum Reprod* 1999; 14: 1392–9.
 24. Gottlieb C, Lalos O, Lindblad F. Disclosure of donor insemination to the child: The impact of Swedish legislation. *Hum Reprod* 2000; 9: 2052–6.
 25. Daniels 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 Fertil (Camb)* 2007; 10: 13–20.
 26. Leeb-Lundberg S, Kjellberg S, Sydsjo G. Helping parents to tell their children about the use of donor insemination (DI) and determining their opinions about open-identity sperm donors. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006; 85: 78–81.
 27. Lycett E, Daniels K, Curson R, Chir B, Golombok S. Offspring created as a result of donor insemination: A study of family relationships, child adjustment, and disclosure. *Fertil Steril* 2004; 82: 172–9.
 28. Scheib JE, Riordan M, Rubin S. Choosing identity-release sperm donors: the parents' perspective 13–18 years later. *Hum Reprod* 2005; 20: 239–52.
 29. Thorn P. *Die Geschichte unserer Familie. Ein Buch für Familien, die sich mit Hilfe der Spendersamenbehandlung gebildet haben*. FamART, Mörfelden, 2006.
 30. Thorn P. *Familiengründung mit Samenspende – ein Ratgeber zu psychosozialen und rechtlichen Fragen*. Kohlhammer Verlag, Stuttgart (voraussichtliches Erscheinungsdatum Herbst 2008).
 31. Thorn P, Daniels K. Pro und Contra Kindesaufklärung nach donogener Insemination – Neuere Entwicklungen und Ergebnisse einer explorativen Studie. *Geburtsh Frauenheilk* 2007; 67: 993–1001.
 32. Thorn P, Wischmann T. Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie der Bundesärztekammer 2006 aus der Perspektive der psychosozialen Beratung. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2008; 1: 39–44.
 33. Thorn P, Daniels K. Die medizinische Praxis der donogenen Insemination in Deutschland. *Geburtsh Frauenheilk* 2000; 60: 630–7.
 34. Thorn P, Katzorke T, Werdehausen K, Daniels K. Deutsche Samenspende – liberaler als die Vorgaben des Berufsrechts? *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2007; 5: 268 (P 33).
 35. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. *Deutsches Ärzteblatt*, 2006, 103, 20, S. A 1392–A 1403.
 36. British Infertility Counselling Association. *Guidelines for good practice in fertility counselling*. BICA publications 2006.
 37. American Society for Reproductive Medicine. *Psychological assessment of gamete donors and recipients*. *Fertil Steril* 2006; 86 (Suppl 4): S48–S50.
 38. Australian and New Zealand Infertility Counsellors Association. *Guidelines for professional standards of practice infertility counselling*. 2003. <http://www.anzica.org/mdownloads/guidelines.pdf> (letzter Zugriff: 31.03.2008)

Anhang

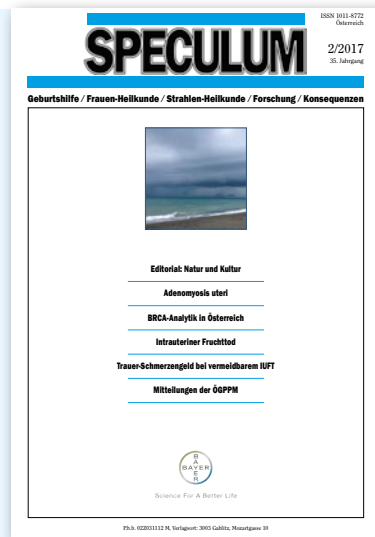
Grundlagen dieser Leitlinien bilden die folgenden Richtlinien und Gesetze (Stand: 3. März 2008):

1. Beratungsnetzwerk Kinderwunsch Deutschland e.V. (2005) Richtlinien für psychosoziale Beratung bei Kinderwunsch. (<http://www.bkid.de/richtlinien.pdf>)
2. Hammel A, Bispink G, Katzorke Th, Schreiber G, Thorn P. Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene Insemination (DI) zur Qualitätssicherung der Behandlung von Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2006; 3: 166–74 (http://www.donogene-insemination.de/downloads/Richtl_Druckfassung.pdf)
3. Embryonenschutzgesetz (ESchG) vom 13.12.1990 (<http://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html>)
4. Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetz, April 2002, § 1600 BGB (<http://dejure.org/gesetze/BGB/1600.html>)
5. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. *Deutsches Ärzteblatt*, 2006, 103, 20, S. A 1392–A 1403 (www.bundesaerztekammer.de/downloads/Kuenstbfrucht_pdf.pdf)
6. Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben (Transplantationsgesetz – TPG) von 1997, neugefasst durch Bek. v. 4.9.2007 (<http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/tpg/gesamt.pdf>)

Darüber hinausgehende wissenschaftliche Literatur kann bei BKID angefordert werden.

Mitteilungen aus der Redaktion

Die meistgelesenen Artikel



Speculum

Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie

