



BAND 2
MEDIZINTECHNIKEETHIK

Tobias H. J. Fischer

ETHISCHE ASPEKTE DER DONOGENEN INSEMINATION



Medizin – Technik – Ethik

Band 2

Herausgegeben von
Dominik Groß

Tobias H. J. Fischer

Ethische Aspekte der Donogenen Insemination

Ethische Aspekte der Donogenen Insemination

Von der Medizinischen Fakultät
der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule Aachen
zur Erlangung des akademischen Grades
eines Doktors der Theoretischen Medizin
genehmigte Dissertation

vorgelegt von

Tobias Hermann Josef Fischer

aus

Kassel

Berichter: Herr Universitätsprofessor
Dr. med. Dr. med. dent. Dr. phil. Dominik Groß

Herr Universitätsprofessor
Dr. med. Joseph Neulen

Tag der mündlichen Prüfung: 07. Dezember 2011

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind
im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar

D 82 (Diss. RWTH Aachen University, 2011)
ISBN print: 978-3-86219-316-5
ISBN online: 978-3-86219-317-2
URN: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0002-33179>

© 2012, kassel university press GmbH, Kassel
www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: Jörg Batschi Grafik Design, Kassel
Printed in Germany

Inhalt

1. Einleitung	9
1.1 <i>Vorwort</i>	9
1.2 <i>Problembeschreibung</i>	10
1.3 <i>Grundlegende Herangehensweise an ethische Fragestellungen</i>	12
1.4 <i>Aufbau der Arbeit</i>	14
1.5 <i>Thematische Eingrenzung</i>	15
1.6 <i>Definitionen und Abkürzungen</i>	16
2. Grundlagen der Donogenen Insemination	17
2.1 <i>Begriffsbestimmungen</i>	17
2.2 <i>Gesetze und Richtlinien bezüglich der Donogenen Insemination</i>	18
2.3 <i>Von der Sittenwidrigkeit zur anerkannten Therapie</i>	20
2.4 <i>Kritik an der Donogenen Insemination</i>	21
3. Ethische Theorien und Donogene Insemination	25
3.1 <i>Einführung</i>	25
3.2 <i>Ethische Theorien im Vergleich</i>	25
3.2.1 <i>Prinzipienethik</i>	26
3.2.2 <i>Erweiterung der Prinzipienethik um die Kasuistik</i>	26
3.2.3 <i>Ethik der Elternschaft?</i>	29
3.2.4 <i>Das Kindeswohl und der Best-Interest-Standard</i>	30
3.3 <i>Zusammenfassung</i>	33
4. Die Basis der Verantwortung: Blut oder Liebe?	35
4.1 <i>Die Wunscheltern</i>	35
4.2 <i>Der Samenspender in der Elternrolle</i>	37
5. Das Verfahren der Donogenen Insemination	39
5.1 <i>Systemimmanente Probleme bei der Samenspende</i>	39
5.1.1 <i>Zuordnungsprobleme beim Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Vaterschaft</i>	39
5.1.2 <i>Der Samenspender – Ein Akteur ohne soziale Verpflichtungen?</i>	42
5.1.3 <i>Die Frage nach dem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung</i>	43
5.1.4 <i>Die Kinderkonvention der Vereinten Nationen</i>	45
5.1.5 <i>Argumente gegen ein Grundrecht auf Kenntnis der eigenen Abstammung</i>	46

5.1.6	Rechtliche Regelung	48
5.1.7	Ethische Bewertung	49
5.2	<i>Spezifische Probleme der Spendersamengewinnung und Insemination</i>	50
5.2.1	Die Gewinnung von Spendersamen	50
5.2.2	Keine Insemination mit Spermien toter Spender	50
5.2.3	Minimierung der Inzest-Gefahr	51
5.2.4	Dokumentationspflicht	52
5.3	<i>Das Auswahlverfahren der Samenspender</i>	53
5.3.1	Informed Consent	56
5.3.2	Aufklärung	56
6.	Die Interessen der Samenspender	61
6.1	<i>Der Samenspender</i>	61
6.2	<i>Überformung der Spendebereitschaft durch finanzielle Anreize?</i>	62
6.2.1	Sollen Samenspender bezahlt werden?	63
6.3	<i>Anonymität vs. Spendebereitschaft?</i>	65
6.3.1	Open-Identity-Programme	67
6.4	<i>Strategien zur Steigerung der Spendebereitschaft</i>	68
6.4.1	Exkurs: Das Beispiel Großbritannien	69
6.4.2	Altruistische Spender	71
6.5	<i>Zusammenfassung</i>	71
7.	Zugang zur Donogenen Insemination	73
7.1	<i>Zugangsregelungen für heterosexuelle Paare</i>	74
7.1.1	Zugangsregelungen nach der BÄK	74
7.1.2	Zulassung nach den Richtlinien des Arbeitskreises Donogene Insemination	76
7.1.3	Die Richtlinien als Begrenzung der Patientenautonomie?	77
7.1.4	Die Reproduktionsmedizin als moralische Schranke?	82
7.1.5	Besondere Verantwortung der Eltern	85
7.1.6	Das Entscheidungsrecht des Arztes	85
7.1.7	Zusammenfassung	86
7.2	<i>Zugangsbeschränkungen für alleinstehende Frauen und lesbische Paare</i>	86
7.2.1	Die Behandlung lesbischer Paare und alleinstehender Frauen	87
7.2.2	Der Ausschluss auf Grundlage des „K Kindeswohls“	91
7.2.3	Widerspricht eine allgemeine Nichtzulassung dem Diskriminierungsverbot?	92
7.2.4	Studien zum Kindeswohl bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen und alleinstehenden Frauen	93
7.2.5	Rechtliche Argumente gegen eine Insemination bei lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen	94
7.2.6	Abschließende Betrachtung	96

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl des Spenders	99
8.1 <i>Die herrschende Praxis der Spenderauswahl</i>	99
8.2 <i>Gegenbeispiel USA</i>	101
8.3 <i>Argumente für das Recht auf Auswahl des Spenders</i>	102
8.4 <i>Wo beginnt die Eugenik?</i>	105
8.4.1 <i>Vorüberlegungen</i>	105
8.5 <i>Wohl des Kindes bei der Spenderauswahl</i>	108
8.6 <i>Zusammenfassung</i>	109
9. Aufklärung von DI-Kindern	111
9.1 <i>Theorie der Aufklärung</i>	112
9.2 <i>Aufklärungsquoten</i>	112
9.3 <i>Studien über Kinder aus Donogener Insemination</i>	114
9.4 <i>Argumente für und gegen die Aufklärung</i>	117
9.5 <i>Die Rolle der Reproduktionsmedizin</i>	118
9.6 <i>Zwischenfazit</i>	122
9.7 <i>Elternunabhängige Möglichkeiten</i>	122
10. Donogene Insemination außerhalb des medizinischen Regimes	125
10.1 <i>Alternativen</i>	125
10.2 <i>Bewertung</i>	127
11. Schlussbetrachtung	129
12. Literaturverzeichnis	133
Danksagung	151
Erklärung	153
Erklärung zur Datenaufbewahrung	155

1. Einleitung

1.1 Vorwort

„Das Zeugen und Aufziehen von Kindern bildet für viele Menschen einen wesentlichen Bestandteil dessen, was sie als Sinn ihres Lebens empfinden. Es prägt ihren Lebensentwurf grundlegend und stellt ein Ziel dar, hinter dem andere Ziele in ihrer Bedeutung zurückstehen. Insofern ist Fortpflanzung ein individuelles Gut. Fortpflanzung ist darüber hinaus ihrem Wesen nach mit sozialen Beziehungen verbunden und damit ein soziales Gut.“¹

Christiane Woopen, Medizinethikerin

In einer pluralistischen Gesellschaft hängt die Frage nach der Fortpflanzung und der Erziehung unserer Kinder fundamental mit eigenen Werthaltungen und Einstellungen zum Leben und der Gesellschaft zusammen. Jeder einzelne mag eine klare Vorstellung davon haben, was eine gute Elternschaft ausmacht und was für die Erziehung eines Kindes wichtig ist – aber auch davon, welche Rahmenbedingungen nicht wünschenswert sind. Gleichzeitig würden wir uns gegen jeden Eingriff verwahren, der uns in der Konsequenz vorschreibt, wie und unter welchen Bedingungen wir uns fortpflanzen dürfen, da wir dies als fundamentalen Eingriff in die intimste Privatsphäre betrachten.

„Aus gutem Grund unterliegt die natürliche Fortpflanzung kaum rechtlichen Regulierungen oder Verboten“, hat der Medizinrechtler H.-G. Koch treffend konstatiert und zugleich darauf hingewiesen, dass es von staatlicher Seite nur wenige Vorgaben gibt, welche die Autonomie in Fragen der individuellen Fortpflanzung einschränken.² Es ist – hiervon können wir ausgehen – eine private Frage, deren Beantwortung einzig denjenigen zusteht, die sich fortpflanzen möchten.

Sobald jedoch der Fortpflanzungswille auf natürlichem Weg nicht zu dem gewünschten Ergebnis führt, bietet die moderne Reproduktionsmedizin nicht nur breit gefächerte Therapieoptionen, um einem ungewollt kinderlos bleibenden Paar zu helfen, sondern verlegt damit gleichsam die Frage nach der Fortpflanzung aus dem privaten Bereich in ein Gebiet mit vielfältigen Einflussnahmen von Seiten Dritter. Zu der bestehenden Zweierbeziehung tritt eine Komponente hinzu – in Gestalt des Reproduktionsmediziners – der mit eigenen moralischen Vorstellungen ausgestattet, aber auch in ein Netz von ärztlichen Verantwortlichkeiten eingebunden ist. Ihm obliegt es nicht nur, dem ungewollt kinderlosen Paar zu helfen, sondern er hat auch die Pflicht, die medizinische Therapie am Wohl des zu zeugenden Kindes auszurichten.

Darüber hinaus kommt beim Verfahren einer Behandlung mit Spendersamen, einer Donogenen Insemination, noch der Samenspender hinzu, der ebenfalls mit den Wunschel-

¹ Woopen (2002), S. 236.

² Koch (2001), S. 46.

1. Einleitung

tern, dem Mediziner, aber vor allem natürlich mit dem durch seinen Spendersamen gezeugten Kind in ein Beziehungsgeflecht tritt. Zudem kann auch noch die Gesellschaft mit ihren moralischen wie rechtlichen Vorstellungen einen Anspruch erheben, reglementierend in den Prozess der Fortpflanzung eingreifen zu dürfen, da er nicht mehr unter dem geschützten privaten Rahmen stattfindet, sondern „öffentlich“ geworden ist.

Damit ist aus der privaten Frage der Fortpflanzung ein Bereich vielschichtiger Einspruchs- und Regulierungsprozesse geworden – und eben dies legt die Frage nach ethischen Begründungen für die teilweise widersprüchlichen oder gar diametral entgegen gesetzten Stellungnahmen und Argumentationsfiguren nahe.

1.2 Problembeschreibung

„Die zivilrechtlichen Folgen im Zusammenhang mit der assistierten Reproduktion und mit der heterologen Samenspende sollten geregelt werden. Dabei sollte das Kindeswohl Vorrang haben. Maßnahmen zur Verschleierung der Identität des Vaters müssen unterbunden werden. Darüber hinaus muss der Gesetzgeber weiterhin entscheiden, ob unverheirateten und lesbischen Paaren sowie allein stehenden Frauen der Zugang zur heterologen Insemination eröffnet werden soll.“³

Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft

Das Verhältnis zwischen Wunscheltern, Samenspendern und den Reproduktionsmedizinerinnen scheint nur auf den ersten Blick unproblematisch: Ein Samenspender verhilft – gegen eine finanzielle Kompensation – im Rahmen einer Spendersamenbehandlung einem an ungewollter Kinderlosigkeit leidenden Wunschelternpaar zu einem Kind. Unterstützt werden die Wunscheltern dabei von einem Reproduktionsmediziner, der das medizinische Fachwissen hat, die Therapie durchzuführen. Im Vorfeld werden Samenspender und Wunscheltern über alle Einzelheiten und Risiken auf medizinischer, psychologischer, juristischer und ethischer Ebene der Behandlung aufgeklärt, bevor diese dann informiert und autonom ihre Zustimmung geben. Das aus der Therapie hervorgehende Kind wächst innerhalb der Familie der Wunscheltern auf – und wird höchst wahrscheinlich nicht erfahren, dass der Mann, den es „Vater“ nennt, nicht der genetische Erzeuger ist. Ebenso wenig wie der Samenspender erfahren wird, ob überhaupt seine Spende im Rahmen der Donogenen Insemination zur Anwendung gekommen ist – und ob irgendwo ein Kind lebt, dessen genetischer Vater er ist. Die Samenspende wird auf eine rein biologische Notwendigkeit reduziert und der Samenspender stand nie unter Verdacht, eine Vaterrolle einnehmen zu wollen. Vielmehr war das durch die ärztliche Schweigepflicht gedeckte Recht des Spenders auf Anonymität der Status quo, mit dem sich alle Beteiligten arrangiert hatten.

Auf den zweiten Blick wird jedoch deutlich, dass eine zugesicherte Anonymität gegenüber dem Samenspender gleichbedeutend damit ist, dem gezeugten Kind das Recht zu

³ IMEW (2003), S. 7.

nehmen, zu erfahren, wer sein biologischer Erzeuger ist. Und nicht zuletzt das Bundesverfassungsgericht sieht vor, dass dieses Recht höher zu gewichten ist als das Interesse eines Samenspenders auf Anonymität, weswegen auch keinem Samenspender mehr die Anonymität zugesichert werden kann.

Vielmehr ist es nach der gültigen Rechtslage sogar zumindest möglich, dass der Samenspender auch zu Unterhaltungspflichten herangezogen wird. Immerhin liegt auch bei einem Samenspender der Wille zur Fortpflanzung explizit vor, wenn er seine Keimzellen im Rahmen einer Spendersamenbehandlung zur Verfügung stellt. Er hat sich bewusst für eine Vaterschaft entschieden, wenn auch primär für eine genetische. Aber auch dieser Entscheidungsprozess verdient eine nähere Betrachtung. Soll man Spender wirklich dafür bezahlen oder großzügig für seinen Aufwand „entschädigen“ und damit einen finanziellen Anreiz schaffen, eine solch elementare Entscheidung wie die Bereitstellung von Samenzellen für die Zeugung von Kindern eventuell zu überformen?

Daran anschließend stellt sich die Frage, ob es ethisch vertretbar sein kann, einen biologischen Vater von allen Ansprüchen seines Kindes zu befreien. Und dies schließt ausdrücklich die moralischen Verpflichtungen ein, einem eigenen Kind als Identifikationsfigur zur Verfügung zu stehen, wenn ein entsprechendes Interesse seitens des Kindes vorliegt.

Die Donogene Insemination beinhaltet somit auch ganz zentrale Aspekte bezüglich einer verantwortungsvollen Elternschaft und wirft zugleich die Frage auf, ob diese Therapieform überhaupt damit vereinbar ist – und wer im Zweifelsfall darüber entscheiden darf.

Unter Berufung auf das primäre Interesse und das mutmaßliche Wohl des mit ihrer Hilfe gezeugten Kindes ist es die Medizin, die sich in der Pflicht und im Recht sieht, entscheiden zu dürfen, welchen Wunscheltern der Zugang zur Donogenen Insemination eröffnet wird. Und gemäß der Bundesärztekammer sind nur gegengeschlechtliche, bestenfalls verheiratete Paare zulässig, während dies Wunschmütter in gleichgeschlechtlichen Beziehungen oder ohne Partner aus Gründen des Kindeswohles nicht zugestanden wird. Als medizinische Experten bestimmen sie somit mehr als die übrigen Mitglieder der Gesellschaft über die moralischen Richtlinien und Wertvorstellungen bei der Spendersamenbehandlung. Zwar mögen Reproduktionsmediziner die fachliche Kompetenz und damit die Macht haben, einem kinderlosen Paar – oder einer kinderlosen Frau – durch die Möglichkeiten der Medizin zu einem Kind zu verhelfen, aber die Frage, welchen Patientengruppen diese Möglichkeiten offen stehen sollten, ist eine moralische, keine ärztlich-fachliche.⁴

Ogleich es nicht die Aufgabe der Reproduktionsmedizin ist, gesellschaftliche Normen zu schaffen oder im Gegensatz zur natürlichen Fortpflanzung einen Spermmechanismus zu etablieren, darf sie andererseits auch nicht bloßer Erfüllungsgehilfe einer kritik- und grenzenlosen Patientenautonomie sein. Oder sollte es überhaupt mit dem Ideal einer guten medizinischen Praxis vereinbar sein, dass die Medizin – gerade im Hinblick auf eine immer stärker auf die individuellen genetischen Dispositionen ausgerichteten Therapie – zukünftige Patienten schafft, die vielleicht keinen Zugang zu 50 % ihrer genetischen und familiären Gesundheitsgeschichte haben?⁵

Diese Aspekte gilt es im Rahmen eines gesellschaftlichen und ethischen Diskurses zu erfassen und ebenso zu bewerten wie den Entscheidungsspielraum, den man einem

⁴ Vgl. Maier (2000).

⁵ Vgl. Turnpenny/Simpson/McWhinnie (1993); McWhinnie (1998).

1. Einleitung

Wunschelternpaar bei der Auswahl des Samenspenders anhand der verfügbaren Informationen zugestehen sollte.

Ein weiterer Grenzbereich ist die Frage nach der Aufklärung der durch Samenspende gezeugten Kinder. In einigen Studien argumentieren die Autoren/innen, dass ein „Geheimnis in der Familie“ das Vertrauen zwischen Eltern und Kindern untergräbt,⁶ während andere im Bezug auf den Anspruch des Kindes, seine genetische Vergangenheit zu kennen, dafür plädieren, dass ein Kind über seine Herkunft informiert werden muss.⁷ Es wird argumentiert, dass Identitätsprobleme auftreten könnten, wenn keine detaillierten Informationen über den Spender vorliegen,⁸ während auch die Gegenseite vertreten wird, dass die Geheimhaltung der Umstände einer Donogenen Insemination sowohl das Kind als auch die Eltern vor negativen Reaktionen im gesellschaftlichen Umfeld schützt.⁹

Psychologen und Familientherapeuten sprechen sich in der neueren Literatur immer häufiger für eine Aufklärung der Kinder aus, andere (auch die Reproduktionsmedizin) weisen vehement auf die Entscheidungsgewalt der Eltern hin. Und Letztere schweigen zu meist. Vielleicht auch, weil unaufgeklärte Kinder als sicherster Weg für alle an der Zeugung Beteiligten erscheinen, möglichen Problemen zu entgehen. Unaufgeklärte Kinder fragen nicht beim Reproduktionsmediziner nach, wer ihr biologischer Vater ist, Samenspenders müssen sich nicht einer möglichen moralischen Verantwortung als Vater des Kindes stellen und Wunscheltern haben ihre Kinder ganz „für sich“.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, die hier angesprochenen Problemfelder unter medizinethischen Gesichtspunkten zu analysieren und aufzuzeigen, welche Eingriffsmöglichkeiten sich gerechtfertigter Weise argumentativ begründen lassen. Dabei gilt es auch herauszuarbeiten, unter welchen theoretischen Bedingungen eine Donogene Insemination bestenfalls stattfinden und inwieweit sie sich überhaupt an der natürlichen Fortpflanzung orientieren sollte. Im Rückgriff auf die realen Konditionen gilt es zudem abzugleichen, unter welchen Rahmenbedingungen die Spendersamenbehandlung als ethisch wünschenswert gelten kann.

1.3 Grundlegende Herangehensweise an ethische Fragestellungen

Ethische Fragen können auftreten, wenn sich Orientierungsprobleme im individuellen oder gesellschaftlichen Handeln ergeben. Die Medizinethik als Teilbereich der angewandten Ethik kommt zum Tragen, wenn die Frage nach den Möglichkeiten, aber auch den Grenzen menschlicher Eingriffe ins Leben aufgeworfen wird. Die Ethik überprüft, welche moralischen Aussagen, handlungsleitende Werte und Normen als „richtig“ gelten – bzw. welche moralischen Aussagen als am wenigsten „falsch“ und am besten begründet, der Situation angemessen oder plausibel angesehen werden.¹⁰

Aus ethischer Sicht muss man dabei betrachten, ob die Handlungsziele verantwortbar und die Mittel vertretbar sind, die der Erreichung des Zieles dienen und schließlich, ob die

⁶ Vgl. Warnock (1984); Clamar (1989).

⁷ Vgl. Daniels/Taylor (1993); Snowden/Mitchell/Snowden (1983).

⁸ Vgl. Haimes (1993b); Snowden (1993).

⁹ Vgl. Nachtigall/Tschann/Szupinski (1997); Cook et al. (1995a); Shenfield (1997); Shenfield/Steele (1997).

¹⁰ Vgl. Hick (2006), S. 275.

Handlungsnebenfolgen einschließlich nicht intendierter Folgen bedacht werden.¹¹ Eine ethische Diskussion beschreitet den Weg, durch einen rationalen analytischen Zugang die Gültigkeit verschiedener Argumente und Positionen zu beschreiben, ohne dabei automatisch normative Forderungen zu stellen. Es geht primär darum, bei moralisch relevanten Fragen mögliche logische Widersprüchlichkeiten zu erkennen, Konsequenzen bestimmter Handlungen zu untersuchen und aufzuzeigen, welche Positionen notwendigerweise konfliktieren bzw. welche Rechte und Interessen Dritter durch Berufung auf eigene Werte verletzt werden. Dabei geht es nicht nur um die Kenntlichmachung von notwendig unvermeidlichen Disparitäten verschiedener Positionen, sondern auch um die Aufzeigung eines möglichen Konsenses.

Zusammengefasst ist es das erste Ziel, Aussagen über durch plausible Gründe zu rechtfertigende Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen richtigen und falschen Handlungen zu beschreiben und dabei rationale argumentative Schwachpunkte verschiedener Positionen aufzuzeigen.

Da das Ziel der ethischen Analyse nicht darin besteht, letztgültige Lösungskonzepte zu bieten, sondern Orientierungswissen bereitzustellen und so Entscheidungshilfen zu bieten, bleibt die Frage unbeantwortet, ob diese für richtig befundenen Werte und Handlungsoptionen die Zustimmung der gesellschaftlichen Mehrheit finden und sich auf der rechtlichen Ebene in Gesetzen fassen lassen oder nicht. Weiterhin verbietet es auch der demokratische Grundgedanke, professionellen Ethikern eine größere Autorität bei der Bewertung von Normen zuzubilligen als jedem anderen Mitglied einer Gesellschaft, die über explizite und legitimierte Institutionen verfügt, um derartige Entscheidungen zu treffen.¹² Daher ist eine mögliche rechtliche Umsetzung für die ethische Prüfung einstweilen unerheblich,¹³ während es sehr wohl notwendig ist, auch Gesetze und Richtlinien daraufhin zu überprüfen, ob sie den ethischen Anforderungen entsprechen. Nicht alles, was „recht“ ist, ist auch aus ethischer Sicht richtig.¹⁴ Es zeigt sich aber, dass eine praktisch angewandte Ethik, die sich der von der Philosophie entwickelten Begrifflichkeiten, Theorien und Methode bedient, um sie auf konkrete klinisch-ethische Entscheidung anzuwenden, diesen Rechtsbezug nicht ausklammern darf.

Daher ist es entscheidend, den richtigen theoretischen Zugang passend zum Untersuchungsgegenstand zu wählen, da ein ethischer Analyseansatz, der sich den realen Zuständen versperrt, kaum eine praxistaugliche Berechtigung wird nachweisen können. Dementsprechend ist es auch nicht zielführend, der auf den ersten Blick naheliegenden Sichtweise zu folgen, die das Kindeswohl als Maßstab aller Handlungsoptionen gewichtet, da Wunscheltern, Samenspender und Reproduktionsmediziner autonom entscheiden können, ob sie sich an einer Donogenen Insemination beteiligen wollen und nur das zu zeugende Kind keinen expliziten Fürsprecher hat, der seine Rechte und Interessen vertritt.

Analog zur natürlichen Zeugung müssten Wunscheltern mit unerfülltem Kinderwunsch unter Berücksichtigung von hinreichender Aufklärung durch den Reproduktionsmediziner selbst wissen, was sie wollen und ob sie gewillt sind, diese Therapieform zu wäh-

¹¹ Kreß (2008), S. 71.

¹² Birnbacher (2006), S. 33.

¹³ Vgl. Hick (2006), S. 276.

¹⁴ Ebenda.

1. Einleitung

len. Und auch der Samenspender hat – von seiner Autonomie gedeckt – sich entschieden, Spendersamen für eine Inseminationstherapie zu geben. Unterstellt man zusätzlich der Fortpflanzungsmedizin, dass sie in der Pflicht steht, das Wohl und die Gesundheit der erhofften Kinder medizinisch möglich und ethisch vertretbar präventiv zu berücksichtigen, bliebe tatsächlich nur von ethischer Seite zu prüfen, ob das System auch die Lebenswünsche der auf diesem Wege gezeugten Kinder hinreichend beachtet.

Doch wenn eine Theorie des richtigen Handelns auf das alleinige Wohl des Kindes ausgerichtet ist, missachtet man, dass es nicht dieses Kind ist, das sich für eine Zeugung durch Samenspende entscheidet, sondern die Wunscheltern. Stellt die Reproduktionsmedizin ein Verfahren zur Verfügung, das alle Interessen des zu zeugenden Kindes wahren will, aber damit gleichzeitig für Wunscheltern (und Samenspender) unannehmbar wird, besteht die Gefahr, dass die Wunscheltern einen Weg außerhalb der medizinischen Regimes gehen, der zu den Interessen des Kindes in Widerspruch stehen kann (vgl. Kapitel 10), bzw. dass sich kein potentieller Samenspender mehr findet, der bereit ist, unter den Prämissen dieses Systems seinen Samen zur Verfügung zu stellen. Folglich scheint es sinnvoll, aus einer multiperspektivischen Sicht nach einem Verfahren zu suchen, mit dem möglichst viele bestehende Interessen berücksichtigt werden können.

1.4 Aufbau der Arbeit

Um eine ethische Untersuchung durchführen zu können, müssen die Rahmenbedingungen aufgezeigt werden, auf die sich diese Untersuchung stützt. Das ist sowohl eine zugrunde liegende ethische Theorie als auch eine Beschreibung dessen, was man mit deren Hilfe analysieren möchte. Daher ist die Arbeit in abgeschlossene Kapitel untergliedert, die sich jeweils mit spezifischen Teilbereichen der Donogenen Inseminationstherapie beschäftigen. Dabei wird der Zugang ausgehend von generellen ethischen Aspekten zu speziellen Einzelphänomenen gewählt. Alle Untersuchungen basieren einheitlich auf einer Theoriediskussion, die den Einzelphänomen vorangestellt wird.

Somit ergibt sich die Struktur, dass in Kapitel 2 die Donogene Insemination mitsamt den medizinischen Implikationen und Bezügen zur bestehenden Gesetzeslage erläutert wird und dabei gleichzeitig in die grundlegenden Überlegungen einführt, welche Interessen und Pflichten allen Beteiligten zukommen. Diese werden in Kapitel 3 aufgegriffen, und unter Rückgriff auf ethische Theorien folgen Grundsatzthesen, mit deren Anwendung ethische Aspekte der Donogenen Insemination untersucht werden können. Der besonderen Verantwortung der Eltern dabei ist ein kurzes viertes Kapitel gewidmet.

Kapitel 5 fokussiert auf systemimmanente ethische Probleme, die sich aus dem Verfahren der Spendersamenbehandlung selbst, der Auswahl der Samenspender und dem Auseinanderfallen der sozialen und biologischen Vaterschaft eines durch Samenspende gezeugten Kindes ergeben. Im Anschluss geht Kapitel 6 auf die spezifischen Interessen von Samenspendern ein und diskutiert deren Ansprüche (finanzielle Kompensation, Höchstmaß an zugesicherter Anonymität) vor dem Hintergrund eines zu beobachtenden Spendermangels. In Kapitel 7 rücken nach den Samenspendern die Wunscheltern ins Zentrum der Untersuchungen. Vorrangig sind Fragen der Zugangsregelungen, wie sie vom medizinischen Regime vorgesehen sind und die bestimmte Wunscheltern (Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen, alleinstehende Frauen) grundsätzlich mit dem Hinweis auf das

Kindeswohl von der Behandlung ausschließen. In Folge beschäftigt sich Kapitel 8 mit der Frage, inwieweit die vorherrschende Praxis der Spenderwahl durch den Reproduktionsmediziner mit dem Recht auf freie Wahl des Fortpflanzungspartners und eugenischen Aspekten vereinbar ist. Im thematisch abschließenden 9. Kapitel werden die Aufklärung von betroffenen Kindern über die Umstände ihrer Zeugung und diesbezügliche ethische Diskussionen aufgenommen. Unter Einbeziehung von Möglichkeiten einer Insemination außerhalb des medizinischen Regimes (Kapitel 10) und der daraus resultierenden Notwendigkeit, ethische Theorien auch auf ihre Praxistauglichkeit hin zu überprüfen, folgt als Kapitel 11 eine Schlussbetrachtung der ethischen Aspekte bei der Donogenen Insemination.

1.5 Thematische Eingrenzung

Bei der Analyse der Donogenen Insemination streift diese Arbeit auch allgemeine ethische (und rechtliche) Fragen, die in sich zu komplex sind, um sie in diesem Rahmen angemessen abzuhandeln. Etwa die Frage nach dem Besitzrecht und der Kapitalisierung von körpereigenem Material (z.B. Samenzellen) und Biobanken, die Bewertung von (pränatal-)diagnostischen und genetischen Screening-Möglichkeiten im Verlauf einer Schwangerschaft oder Formen der assistierten Reproduktionsmedizin, die in einem eigenen ethischen Diskurs stehen, unabhängig davon, ob die Samenzellen nun vom zugehörigen Partner der Wunschmutter oder einem Dritten stammen. Nur soweit sich die Diskussionen auch auf die Donogene Insemination erstrecken, finden sie in dieser Arbeit Berücksichtigung.

Auch andere Formen möglicher reproduktionsmedizinischer Therapien mit Spenderzellen, namentlich der Eizellenspende und der Embryonenspende, finden keinen Eingang in diese Arbeit, weil sie durch den Gewinnungsprozess auf Spender(innen)seite gänzlich anderen medizinischen Risiken unterliegen, als auch restriktiveren gesetzlichen Verboten unterworfen sind. Zudem unterscheidet sie die Tatsache, dass sie auf Grund der medizinischen Voraussetzungen nicht auch außerhalb des medizinischen Regimes zur Verfügung stehen, wie dies bei der Nutzung von Spendersamen der Fall ist (vgl. Kapitel 10).

Die Donogene Insemination ist weder im Leistungskatalog der gesetzlichen noch in dem der privaten Krankenversicherungen vorhanden und muss somit gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von den Wunscheltern bezahlt werden. Verbunden mit der Frage, ob die Solidargemeinschaft der Krankenversicherten verpflichtet sein könnte, die Kosten einer solchen Inanspruchnahme zu bezahlen, ist festzustellen, dass der Zugang zu einer Behandlung mit Spendersamen somit auch eine Frage des Einkommens der Wunscheltern ist. Damit liegt die Frage nahe, ob dies unter dem Gesichtspunkt der Fairness und den Prinzipien der gesellschaftlichen Gerechtigkeit zu beanstanden ist. Dieser Ansatz würde allerdings den Fokus der Arbeit von den allgemeinen medizinethischen Problemen der Donogenen Insemination wegführen und mehr Gewicht auf die Argumente bezüglich der Verteilung von Gesellschaftsressourcen legen, weswegen die Fragen der Finanzierung von Donogener Insemination im Rahmen dieser Arbeit nicht abgehandelt werden können.

1.6 Definitionen und Abkürzungen

Im Verlauf dieser Arbeit wird vermehrt auf bestimmte Termini zurückgegriffen, die an dieser Stelle definiert werden sollen. Zusätzlich werden die häufigsten Abkürzungen erläutert,

1. Einleitung

die primär zum Zweck der besseren Lesbarkeit eingeführt werden oder deren Definition vom Alltagsgebrauch abweicht.

Wunscheltern / Wunschväter / Wunschmütter: Als Wunscheltern wird grundsätzlich ein verheiratetes oder unverheiratetes, verschieden geschlechtliches Paar definiert, welches einen aktuellen unerfüllten Kinderwunsch hegt, unabhängig davon, welche Umstände zum Kinderwunsch oder seiner bisherigen Unerfüllbarkeit geführt haben. Wunscheltern unterteilen sich in Wunschväter und Wunschmütter, wobei letzterer Begriff im weiteren Sinne auch Frauen ohne festen männlichen Partner oder Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen umfasst, die entweder nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) „verpartnert“ sind oder in einer dauerhaften, tragfähigen Beziehung leben.

Spendersamen / Samenspender: Als Spendersamen wird das von einem Dritten (Samenspender) freiwillig (gegen eine Aufwandsentschädigung) für die Herbeiführung einer Schwangerschaft zur Verfügung gestellte Ejakulat nach entsprechender Verarbeitung, Aufbereitung, Lagerung und Vermittlung durch eine Samenbank bezeichnet.

Medizinisch assistierte Fortpflanzung / Natürliche Fortpflanzung: Von natürlicher Fortpflanzung soll gesprochen werden, wenn sich ein Paar durch eine auf dem Wege des Geschlechtsverkehrs hervorgerufene Schwangerschaft fortpflanzt. Dabei impliziert der Terminus „Paar“ keine soziale Verbindung, sondern ist auf die biologische Zugehörigkeit beider Partner zu unterschiedlichen Geschlechtern definiert. Dagegen spricht man von medizinisch assistierter Fortpflanzung, wenn zum Erreichen der Schwangerschaft mindestens eine dritte, dem medizinischen Regime angehörige Person unterstützend eingreift, wobei auch weitere Personen involviert sein können, wie ein Samenspender im Rahmen einer Donogenen Insemination. Dem Aspekt „Natürlichkeit“ wird dabei keine eigene moralische Bedeutung zugemessen.

Genetische Elternschaft / Soziale Elternschaft: Genetische Elternschaft bezeichnet die biologische Verwandtschaftsbeziehung aufgrund der genetischen Abstammung, die durch Verschmelzen von Ei- und Samenzelle entsteht, während sich soziale Elternschaft auf die Erziehung und den Kontakt zum Kind, sowie im Bezug auf die juristische Annahme eines Kindes als „Kind im Rechtssinne“ bezieht.

Kind / DI-Kind: Unabhängig von der Beziehung zu einer Person mit Elternfunktion wird als Kind eine natürliche Person bezeichnet, die ein bestimmtes Lebensalter noch nicht überschritten hat. Als DI-Kind soll dagegen ein Kind bezeichnet werden, dass durch eine Inseminationstherapie mit Spendersamen (Donogene Insemination) gezeugt wurde.

Kenntnisrecht / Aufklärung: Soweit im Text nicht anders angegeben, steht der Begriff „Kenntnisrecht“ als Abkürzung für das „Recht auf Kenntnis der eigenen genetischen Abstammung“, während „Aufklärung“ für die Aufklärung eines DI-Kindes über die Umstände seiner Zeugung durch Donogene Insemination steht.

*Reproduktionsmedizin(er)*¹⁵: Als Reproduktionsmedizin wird das Teilgebiet der Humanmedizin bezeichnet, das sich mit Fortpflanzungsproblemen beschäftigt und Donogene Insemination als Therapieform anbietet.

¹⁵ Bei allen personenbezogenen Bezeichnungen (z.B. DI-Kind, Reproduktionsmediziner) gilt die gewählte Form für beide Geschlechter.

2. Grundlagen der Donogenen Insemination

2.1 Begriffsbestimmungen

Unter einer Insemination versteht man die therapeutische Einführung des männlichen Samens in die weibliche Gebärmutter mit dem Ziel, eine Schwangerschaft einzuleiten. Zum Zeitpunkt des Eisprungs werden die Spermien dazu mit Hilfe einer Spritze und eines dünnen Katheters transvaginal in die Gebärmutterhöhle oder die Eileiter übertragen. Die Insemination wird mit den zusätzlichen Begriffen „homolog“ oder „donogen“ bezeichnet – je nachdem, ob der verwendete Samen für die Befruchtung vom Ehemann bzw. Lebenspartner der Frau stammt (homologe Insemination) oder von einem Samenspendler (donogene Insemination). Damit bezeichnet die Donogene Insemination die therapeutische Nutzung von Spendersamen, um bei dem weiblichen Partner eines Wunschelpaares auf dem Wege der Insemination eine Schwangerschaft einzuleiten.

Seit den 1970er Jahren sind Schätzungen zufolge über 60 000 Kinder aus einer Donogenen Insemination in der Bundesrepublik Deutschland geboren worden.¹⁶ Allerdings ist die Anzahl der durch Donogene Insemination geborenen Kinder wegen neuer Techniken der assistierten Fortpflanzungsmedizin stark rückläufig, so dass man davon ausgeht, dass noch etwa 1 000 Kinder jährlich auf diese Weise gezeugt werden.¹⁷ Denn aufgrund der Fortschritte in der Reproduktionsmedizin kann mittlerweile vielen ungewollt kinderlosen Paaren im homogenen System, also mit Spermatozoen des Partners, geholfen werden. So wurde insbesondere mit der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI¹⁸) eine Möglichkeit geschaffen, auch Männern zum genetisch eigenen Nachwuchs zu verhelfen, die auf natürlichem Wege nicht zeugungsfähig waren – wenngleich um den Preis der körperlich stärker belastenden In-vitro-Fertilisation (IVF¹⁹) bei ihren (keineswegs unfruchtbaren) Partnerinnen.

Jedoch gibt es weiterhin Ausgangsdiagnosen, die allein eine Donogene Insemination zulassen. Zu nennen ist hier vor allem die absolute Infertilität beim männlichen Partner.²⁰ Aber auch wenn alle anderen Möglichkeiten der assistierten Fortpflanzungsmedizin erfolglos ausgeschöpft sind²¹ oder humangenetische Gesichtspunkte gegen eine Befruchtung sprechen, kann eine Donogene Insemination angezeigt sein. Dem Reproduktionsmediziner Thomas Katzorke zufolge liegt die Indikation zu einer Donogenen Insemination auch dann

¹⁶ Vgl. Schreiber (2004); Katzorke (2003/2008).

¹⁷ Vgl. Katzorke (2003); Barrett/Chauhan/Cooke (1990).

¹⁸ ICSI (Intrazytoplasmatische Spermieninjektion): Die Spermien werden durch eine dünne Injektionspipette aufgezogen, dann wird ein einzelnes Spermium direkt in der Eizelle platziert, man vollführt den natürlichen Vorgang des Eindringens des Spermiums in die Eizelle unter Laborbedingungen.

¹⁹ IVF (In-vitro-Fertilisation): Bei dem Verfahren werden nach vorheriger Stimulation Eizellen entnommen und diese dann außerhalb des Körpers mit Samen des Mannes zusammengebracht, die so befruchteten Eizellen bzw. Embryonen werden anschließend wieder in die Gebärmutterhöhle übertragen.

²⁰ Ein Vorschlag des Robert-Koch-Instituts zufolge spricht man von dieser absoluten Sterilität, wenn bei einem Paar entgegen seinem expliziten Willen trotz regelmäßigem ungeschütztem Sexualverkehr keine Schwangerschaft eintritt: Robert-Koch-Institut (2004), S. 7.

²¹ Beispielsweise liegt das Therapieversagen von ICSI nach vier Versuchen bei etwa 65 %. (Vgl. Katzorke [2003]).

2. Grundlagen der Donogenen Insemination

vor, wenn sich der männliche Partner einer für ICSI notwendigen Hodenbiopsie verweigert, keine für eine Befruchtung notwendige ausreichende Spermatogenese vorliegt, er eine operative Refertilisierung nach vorangegangener Sterilisation ablehnt oder das Wunschelternpaar allein aus Kostengründen oder der Ansicht, ICSI sei eine zu invasive Technik, selbige ablehnt.²²

Zusammengefasst bietet die Donogene Insemination bei heterosexuellen Paaren mit unbehandelbarer Infertilität des Mannes im Regelfall die einzige Möglichkeit, ein Kind zu bekommen, das zumindest mit einem Elternteil genetisch verwandt ist.

Nach der erfolgreichen Verschmelzung der Samenzellen des Samenspenders mit den Eizellen der Frau entwickelt sich eine Schwangerschaft, die sich im weiteren Verlauf nicht von einer natürlich erzeugten Schwangerschaft unterscheidet.²³ Auch haben Untersuchungen ergeben, dass die Nutzung von tiefgefrorenem Sperma keinerlei Effekte auf die Gesundheit der so erzeugten Kinder hat.²⁴ Auch hinsichtlich der psychosozialen und sozioemotionalen Entwicklung der Kinder ist kein signifikanter Unterschied zu auf natürlichem Wege gezeugten Kindern gefunden worden.²⁵ Reproduktionsmediziner weisen gerne darauf hin, dass kein Elternpaar die Entscheidung bedauert habe und weder Identitätskrisen oder psychogene Störungen beim Ehemann verifiziert worden seien noch beim Elternpaar nach einer Donogenen Insemination ernsthaften Störungen oder Einschränkungen der Lebensqualität auftreten wären.²⁶

2.2 Gesetze und Richtlinien bezüglich der Donogenen Insemination

In Deutschland existieren auf gesetzlicher Ebene nur wenige Regelungen, die mittelbar oder unmittelbar auf die Behandlungsform der Donogenen Insemination Einfluss nehmen. Aus dem Embryonenschutzgesetz (EschG) geht in §1 hervor, dass die Eizellspende wie auch die Embryonenspende verboten ist, ebenso die Anstiftung hierzu im Ausland, nicht aber die Samenspende. Verboten ist es allerdings, nach §4 EschG, eine Befruchtung mit Samenzellen vorzunehmen, wenn der Spender bereits tot ist. §9 EschG regelt den Arztvorbehalt, sieht eine Insemination aber als straffrei an, wenn sie von der Frau selbst durchgeführt wird. Daneben regelt nur noch das Fünfte Sozialgesetzbuch (SGBV) in §27a den Finanzierungsanspruch, wonach die Donogene Insemination im Gegensatz zur Homologen Insemination nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen enthalten ist.²⁷

Auch die Gewinnung von Sperma ist in keiner Weise beschränkt, solange keine Erbinformationen geändert werden, wenn die Keimzelle zur Befruchtung gedacht ist (§5 I iVm IV EschG) und nicht zur Befruchtung einer tierischen Eizelle verwendet wird (§7 I Nr. 3 EschG). Einzige Voraussetzung für die Verwendung von Spendersamen ist die

²² Vgl. Katzorke (2003).

²³ Vgl. Ebenda.

²⁴ Vgl. Lanac/Royère (2001). Seit dem Auftreten der ersten HIV-Infektionen wird die Kryo-Quarantäne-Konservierung als unerlässlich gesehen (Günther et al. [2001], S. 274), was die Erfolgsquoten nach einem Jahr von etwa 85 % der behandelten Frauen (Katzorke [1980]; Katzorke/Propping/Tauber [1981] auf etwa 50-75 % gesenkt hat. (Günther et al. [2001], S. 271).

²⁵ Vgl. Göbel/Lübke (1987).

²⁶ Vgl. Göbel/Lübke (1987); Schreiber/Simon (2004), S. 41.

²⁷ Vgl. Riedel (2008), S. 94.

vorherige Zustimmung des Keimzellengebers (§4 I Nr. 1 EschG). Weiterhin hat der Reproduktionsmediziner darauf zu achten, dass die Wunschmutter das durch Spendersamen gezeugte Kind nach der Geburt nicht Dritten überlassen will, da dies den Tatbestand einer gesetzlich verbotenen Ersatzmutterschaft erfüllen würde.²⁸

Ebenso unterliegt die Insemination selbst keinen statusrechtlichen Bestimmungen. Daher sind weder das Vorliegen einer Ehe noch überhaupt eine bestehende Partnerschaft rechtlich relevant. Selbst das Vorliegen einer medizinischen Indikation ist aus rechtlicher Sicht nicht notwendig, um eine DI-Therapie durchzuführen.²⁹ Weiterhin existieren keine gesetzlichen Regelungen, die das Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung von DI-Kindern oder Ansprüche, diese aufzuklären, regeln.³⁰

Bedingt durch diese wenigen bzw. lückenhaften gesetzlichen Regelungen gewinnen die ärztlichen Berufsordnungen an großer Bedeutung. Durch den Arztvorbehalt der Inseminationstherapie sind es dann auch die (Reproduktions-)Mediziner selbst, die berufsrechtliche Richtlinien erlassen, wie das Verfahren der Donogenen Insemination gemäß dem ärztlichen Ethos geregelt werden soll. Das betrifft sowohl die Fragen, wer von der Reproduktionsmedizin überhaupt behandelt werden soll, als auch alle Modalitäten im Umgang mit Samenspendern, Wunscheltern und DI-Kindern. So nehmen hauptsächlich zwei ärztliche Richtlinien Einfluss auf die Behandlungspraxis: Zum einen die novellierte „Richtlinie der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion (2006)“³¹, die Aussagen zu den medizinischen und sozialen Voraussetzungen für die Anwendung der Donogenen Insemination enthält, zum anderen die „Richtlinie des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland“.³² Im Arbeitskreis Donogene Insemination e. V. sind nach eigenen Angaben über 90 % derjenigen Mediziner, die in Deutschland Donogene Inseminationen vornehmen, vertreten.³³

²⁸ ADI (2006), Art. 5.

²⁹ Vgl. Coester-Waltjen (2002), S. 184.

³⁰ Vgl. Rotax (2007), S. 149.

³¹ BÄK (2006).

³² ADI (2006).

³³ Der Arbeitskreis für Donogene Insemination e.V. hat sich am 25. März 1995 in Fulda gegründet und soll zur „Förderung und Wahrung der medizinischen, juristischen und wissenschaftspolitischen Interessen der Ärzte und Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der assistierten Fortpflanzung tätig sind und künstliche therapeutische donogene Inseminationen durchführen“ dienen. (ADI [1995], Vereinssatzung, §2.2).

2. Grundlagen der Donogenen Insemination

2.3 *Von der Sittenwidrigkeit zur anerkannten Therapie*

„Die im Verlangen nach einer Besamung mit anonymen Sperma zum Ausdruck kommende gering-schätzige Auffassung von der Auswechselbarkeit des Mannes und der Austausch und Kauf menschlichen Samens verstoßen gegen die Menschenwürde, da sie eine Missachtung der Person des Mannes darstellen. Aber nicht nur, dass der Mann zu einer auswechselbaren Nummer, zu einer vertauschbaren Größe degradiert; nicht nur, dass es die kindsüchtige Frau dem Arzt überlässt zu bestimmen, von wem das Kind abstammen soll. Auch das Verhältnis zum Kind wird auf einer Dauerlüge aufgebaut; es wird systematisch in seinem Recht getroffen, seine Herkunft zu erfahren.“³⁴

Dieter Giesen, Jurist, 1962

Während das therapeutische Verfahren der Donogenen Insemination aus medizinischer Sicht einfach und unproblematisch ist und in technischer Hinsicht keine hohen Anforderungen an den Reproduktionsmediziner stellt,³⁵ erweist es sich in ethischer und juristischer Sicht als umso problematischer: Durch die Verwendung von Spendersamen fallen die biologische und soziale Vaterschaft auseinander und das gezeugte Kind erhält zwei Väter. Und auch allein die Verwendung von Spendersamen eines anonymen Dritten bei der Zeugung eines Kindes hat wiederholt zu einer moralischen Ablehnung und der Behauptung geführt, dass diese Therapieform nicht mit dem ärztlichen Standesdenken vereinbar sei. Zudem ist die Donogene Insemination durch den Makel der männlichen Unfruchtbarkeit noch immer tabuisiert. Befürworter sehen in der Donogenen Insemination die letzte Möglichkeit, einem ungewollt kinderlosen Paar zu helfen, Kritiker weisen auf vielschichtige Gefahren für Kind und Gesellschaft hin: Inzestgefahr, Gefährdung der Ehe, psychologische Gefahren für das Kind, weil es nie seine biologische Herkunft erfahren wird, ungeklärte Rechtsverhältnisse zwischen Samenspender, Wunscheltern, Mediziner und Kind, „Sittenwidrigkeit“ durch die Verwendung von durch Masturbation gewonnen Ejakulates eines fremden Mannes innerhalb der „Institution“ der Ehe, eine Störung der natürlichen Ordnung der Fortpflanzung, die mit dem Rechtsgebot der Achtung der Menschenwürde nicht vereinbar sei, die Unterstellung einer neurotischen Persönlichkeitsstörung, wenn eine Frau Mutter werden will, ohne den Vater zu kennen, eine systematisch aufgebaute Lüge innerhalb der Familie, weil das Kind nicht über seine Zeugung aufgeklärt wird und eine grenzenlose Reproduktionsmedizin, die Kinder jenseits der natürlichen Fortpflanzung und Elternschaft um jeden Preis „erzeugt“.

³⁴ Giesen (1962), S. 174.

³⁵ Katzorke (2003), S. 87.

So hat dann auch der 62. Deutsche Ärztetag 1959 in Lübeck die Donogene Insemination aus sittlichen Gründen für standesunwürdig erklärt³⁶ – mit der Argumentation, dass die Donogene Insemination der Ordnung der Ehe widerspreche und ihre medizinische, rechtliche und psychologisch-ethischen Folgen für den Arzt nicht überschaubar seien.³⁷ Erst 1970 revidierte der Ärztetag seinen Beschluss: Ab sofort galt es nicht mehr „standeswidrig“, sondern nur noch „nicht empfehlenswert“. Schließlich erklärte der 56. Deutsche Juristentag 1986 die Donogene Inseminationsbehandlung für nicht sittenwidrig und auch nicht rechtswidrig oder ablehnenswert, aber doch für nur unter bestimmten Voraussetzungen zulässig.

Die Donogene Insemination gilt heute als weder sittenwidrig, noch als rechtswidrig oder als unvereinbar mit der ärztlichen Standesehre, obwohl viele der durch die Anwendung aufgeworfenen Probleme durch den medizinischen Fortschritt nicht hinfällig geworden sind. Auch in einem liberaleren gesellschaftlichen Umfeld führt die Donogene Insemination als Therapieform ein makelbelastetes und nur geduldetes „Schattendasein“, eingebettet in einen Raum großer Rechtsunsicherheiten.

Dennoch sind führende Reproduktionsmediziner zu der Einschätzung gelangt, dass die Donogene Insemination „heute als wissenschaftlich begründetes Verfahren einen gerechtfertigten Platz in der Reproduktionsmedizin“ hat.³⁸ Inwieweit diese Einordnung der Donogenen Insemination als probate Option, kinderlosen Paaren den Wunsch nach Kindern zu ermöglichen, auch unter ethischen Kritikpunkten Bestand hat, soll in der Folge diskutiert werden.

2.4 Kritik an der Donogenen Insemination

„Der unerfüllte Kinderwunsch ist ein Widerfahrnis, das seit jeher, nicht erst beflügelt vom Machbarkeitsdenken der Moderne, den Einsatz besonderer Mittel motiviert.“³⁹

Reiner Anselm, Theologe

Etwa 10 bis 15 % der Paare im reproduktionsfähigen Alter sollen in Deutschland unter einer ungewollten Kinderlosigkeit leiden⁴⁰, was gemäß der Scientific Group on the Epidemiology of Infertility der WHO seit 1967 dann als Krankheit diagnostiziert werden kann, wenn bei einem Paar trotz entsprechenden Bestrebungen (regelmäßiger, ungeschützter Sexualverkehr) nach mehr als 24 Monaten keine Schwangerschaft eintritt.⁴¹ Liegt diese Kinderlosigkeit allein in der Sterilität des männlichen Partners begründet, kann die Reproduktionsmedizin mit Hilfe von Spendersamen versuchen, den Kinderwunsch doch noch zu erfüllen. Allerdings kann dieser letzte Weg zu einem Kind, das zumindest mit der

³⁶ Vgl. Fromm (1960).

³⁷ Vgl. Keller/Günther/Kaiser (1992).

³⁸ Katzorke (2003), S. 85.

³⁹ Anselm (2003), S. 15.

⁴⁰ Stauber (2000), S. 380.

⁴¹ Vgl. ICD-10 Diagnosen: Sterilität der Frau [N97.x], männliche Sterilität [N46].

2. Grundlagen der Donogenen Insemination

Mutter biologisch verwandt ist, neben einem mit unter hohen persönlichen Einsatz und Kosten weitere ethische Probleme eröffnen.

Denn selbst wenn man den Wunsch nach einem eigenen Kind als menschlich nachvollziehbar betrachtet, stellt sich die Frage, wodurch überhaupt medizinisches Handeln an kinderlosen Paaren legitimiert werden kann. Besonders dann, wenn – wie im Falle der Donogenen Insemination – nicht die Verschmelzung von Ei- und Samenzellen von Paaren medizinisch unterstützt wird, sondern die Samenzellen eines dem Paar völlig Fremden zur Zeugung eines DI-Kindes genutzt werden, letzteres in keinerlei genetischer Verbindung zu dem Mann stehen wird, der als (sozialer) Vater in Erscheinung tritt. Donogene Insemination bedeutet insofern auch, einem Menschen „vorsätzlich“ eine „fehlende Herkunft“ zu bescheren und einem so gezeugten Kind von vornherein das – wenn auch nur relative – Recht zu nehmen, von zwei Menschen gezeugt zu werden, die bestenfalls in Liebe zueinander stehen. Anstatt – wiederum bestenfalls – das Produkt einer menschlichen Beziehung zu sein, deren Akteure sich verantwortungsvoll entschieden haben, diese Beziehung mit einem gemeinsamen Kind auf eine neue Ebene zu stellen, ist ein Kind durch Spendersamenbehandlung – überspitzt formuliert – ein „Konsumprodukt“, das gegen Geld hergestellt wird. Warum sollte also ein Wunschelternpaar Anspruch auf solch ein Kind haben, das scheinbar vorrangig zur Erfüllung der eigenen Lebenswünsche der Eltern dient? Diese Frage scheint zumindest ethisch erklärungsbedürftig und rückt die Reproduktionsmedizin prima facie ins Licht der unreflektierten wunscherfüllenden Medizin, mit einem Blick auf die „Kunden“ und fraglichem Verantwortungsbewusstsein gegenüber dem so gezeugten Kind. Es wird beklagt, dass sich die Arzt-Patienten-Beziehung in eine Dienstleister-Kunden-Beziehung verwandelt, die den Patienten als immer „mehr der nicht Not leidende mögliche Verbraucher von medizinischen Dienstleistungen“ entdeckt und in der keine Krankheiten behandelt, sondern persönliche Wünsche und Vorlieben erfüllt werden.⁴² Dies würde die Reproduktionsmedizin allein zum Vollstrecker des Patientenwillens machen.⁴³

Selbst das Argument, dass nicht der Wunsch nach einem Kind bei den Wunscheltern vorrangig ist, sondern das Leiden des fortpflanzungswilligen Paares an der anhaltenden Kinderlosigkeit, wäre keine absolute Indikation für eine Donogene Insemination, sondern nur eine Vorbedingung. Denn die Prämisse, die ungewollte Kinderlosigkeit als Krankheit – nicht einfach als Schicksal – zu begreifen, ist nicht gleichbedeutend damit, eine Spendersamenbehandlung als automatisch folgende Therapieform zu verstehen,⁴⁴ da durchaus auch die Alternative besteht, den Umgang mit der Unfruchtbarkeit akzeptieren zu lernen.

Somit wäre die Argumentation zu einfach, jeden Aufwand damit zu legitimieren, dass man unfruchtbaren Paaren zu einem Kind verhelfen will,⁴⁵ denn mit den gegebenen therapeutischen Möglichkeiten ist keinesfalls über deren moralischen Status entschieden.

Die ethische Diskussion über die Möglichkeiten der Donogenen Insemination und unter welchen Rahmenbedingungen sie stattfinden soll, kann klären helfen, ob es sich – analog zu anderen Techniken der assistierten Reproduktion – um eine erstrebenswerte

⁴² Vgl. Maio (2007).

⁴³ Vgl. Ebenda.

⁴⁴ Vgl. Anselm (2003), S. 17.

⁴⁵ Vgl. Düwell (2008), S. 206.

Verbesserung oder um eine abzulehnende Fehlentwicklung handelt.⁴⁶ Dies gilt sowohl für die Frage, ob die Donogene Insemination generell unter ethischen Kriterien als zulässig erscheint, als auch dafür, welche Ansprüche sie im Kontext aller Beteiligten erfüllen muss.

Der Diskussion darüber, unter welchen ethischen Theorien dies überhaupt möglich erscheint, ist das nächste Kapitel gewidmet.

⁴⁶ Vgl. Anselm (2003), S. 17.

3. Ethische Theorien und Donogene Insemination

3.1 Einführung

Um die ethischen Problembereiche bei der Donogenen Insemination benennen und diskutieren zu können, bedarf es neben der Beschreibung des Untersuchungsobjektes auch einer grundlegenden Theorie, nach welchen Kriterien und Werten überhaupt die ethische Erwünschtheit einer Handlung bemessen werden kann. Allerdings ist die Auswahl der zur Verfügung stehenden ethischen Theorien groß. Maßgeblich hierfür ist der Umstand, dass es in unserer modernen westlichen Gesellschaft kein allgemeines, verbindliches System von Werten mehr gibt, an denen man eine ethische Bewertung von Handlungen festmachen kann.⁴⁷ Sicherlich existieren auch Begründungen für Handlungsoptionen bei ethischen Fragen, bei denen sich moralische Urteile aus metaphysischen Aussagen ableiten, die meist Teil einer (religiösen) Lehre sind.⁴⁸ Aber keiner dieser Lehren wird man zubilligen, einen von allen Mitgliedern der Gesellschaft akzeptierten gültigen Normenkatalog bereitzustellen.⁴⁹

Daher ist an dieser Stelle zweierlei zu leisten: Zum einen gilt es aufzuzeigen, was den ethischen Diskurs inhaltlich kennzeichnet, bevor in einem zweiten Schritt darzulegen ist, welche Ethik-Theorie zugrunde zu legen ist. Denn es ist unmöglich, eine Handlung ethisch zu bewerten, ohne gleichzeitig anzugeben, nach welchen Maßstäben man sie bemisst.

3.2 Ethische Theorien im Vergleich

Eine wichtige Anforderung an eine Ethik-Theorie im diskutierten Anwendungsbereich ist die Möglichkeit des „Parallelisierens“ der Donogenen Insemination mit ihrem Äquivalent der natürlichen Fortpflanzung, da Rechtfertigung und Kritik des Verfahrens auch auf der Basis dieses Vergleiches gezogen werden. Hierbei spricht man von der indirekten oder kasuistischen Begründung⁵⁰ einer ethischen Bewertung, die eine in Frage stehende Handlung (Kinderwunscherfüllung mit Donogener Insemination) mit einer oder mehreren Handlungen vergleicht, welche ihr ähnlich ist, deren moralische Beurteilung aber weniger problematisch ist (Kinderwunscherfüllung auf natürlichem Wege). Aus einem Vergleich dieser beiden Formen lassen sich wichtige Unterschiede und Gemeinsamkeiten herleiten, die für eine ethische Betrachtung wichtig sind. Für diesen Zweck bietet sich die Prinzipienethik an, anhand derer die berechtigten Interessen aller Beteiligten bei einer Donogenen Insemination analysiert und spezifiziert bzw. gegeneinander abgewogen werden können – und die, wie im Folgenden gezeigt wird – sich auch um eine kasuistische Argumentation erweitern lässt.

⁴⁷ Vgl. Wiesing (2004), Wiesemann/Biller-Andorno (2005).

⁴⁸ Birnbacher (2007), S. 371.

⁴⁹ So ist es beispielsweise im katholischen Glauben verwerflich, Geschlechtsakt und Zeugungsakt voneinander zu trennen, und die für eine andrologische Sterilitätsursachendiagnostik notwendige Spermagewinnung wird streng genommen allein schon deswegen abgelehnt, weil sie durch Masturbation erfolgt: Katechismus der katholischen Kirche (1993), S. 200 ff.

⁵⁰ Hick (2006), S. 278.

3. Ethische Theorien und Donogene Insemination

3.2.1 Prinzipienethik

Der Philosoph Dieter Birnbacher reflektiert in mehreren Beiträgen die Frage, welche Ethik im Sinne einer philosophischen Theorie des richtigen und guten Handelns überhaupt für Medizinethik tauglich ist. Dabei weist er nachhaltig darauf hin, dass man gerade die pragmatische Dimension der Bioethik nicht vernachlässigen darf.⁵¹ Philosophische Interpretationen sollten demnach nicht allzu weit vom „common sense“ abweichen, wenn man es darauf anlegt, eine breite Unterstützung zu bekommen; denn immerhin sollen sich philosophische Lösungsversuche auf die konkrete Praxis auswirken können.

Mediziner, Wunscheltern, Samenspender und die sie einbettende Gesellschaft sind konkrete Akteure, die eigene, ebenfalls konkrete Wertvorstellungen mit in den Diskurs bringen, so dass das Auffinden weitestgehend „konsensfähiger moralischer Prinzipien“ auch bei unterschiedlichen Grundorientierungen ermöglicht werden muss. Solche Prinzipien sind als „Prinzipien mittlerer Reichweite“ oder „der mittleren Ebene“ bekannt, die für den Bereich der Medizinethik wirkmächtig von Beauchamp und Childress vorgestellt wurden und oftmals als normativer Kern der heutigen Medizinethik bezeichnet werden.⁵² Das Modell der „Principles of Biomedical Ethics“ beinhaltet in den Grundzügen vier Prinzipien: (1) die Nichtschädigung oder Schadensvermeidung, also das Ziel, keinen Schaden zuzufügen, (2) den Respekt vor der Autonomie jedes einzelnen Beteiligten, was persönliche Selbstbestimmung, Respekt vor Lebensentwürfen, Idealen, Zielen und Wünschen und den Verzicht auf Bevormundung betrifft, sowie (3) das Prinzip des Wohltuens und Fürsorge zur Verbesserung der Situation anderer und schließlich (4) eine Form der Gerechtigkeit und Fairness, die eine formelle Gleichbehandlung sicherstellt.⁵³

Neben dem beschriebenen Vorteil der Konsensfindung birgt ein auf solche mittleren Prinzipien ausgerichtetes System der angewandten Ethik aber auch praktische Probleme und wirft Fragen auf. Etwa danach, was genau eine Schädigung ist oder ob, und wenn ja, unter welchen Umständen – und an welchen Grenzen – die Selbstbestimmung endet. Dennoch bietet die Prinzipienethik den Vorteil, frei von Autoritäten und Glaubensüberzeugungen zu sein und nur von Werten auszugehen, die konsensfähig sind, was sie zu einem erwiesenermaßen praxistauglichen Ansatz macht.

3.2.2 Erweiterung der Prinzipienethik um die Kasuistik

Die Idee der Prinzipien mittlerer Reichweite ist es, ausgehend von den vier Basisprinzipien verschiedene Ansprüche zu benennen und nachfragend gegeneinander abzuwägen. Moralische Probleme können jedoch dabei auftreten, wenn eins oder mehrere dieser Prinzipien Handlungen nahelegen, die sich widersprechen.⁵⁴ Wonach kann man gewichten, wenn beispielsweise der Respekt vor der Autonomie einer Patientin nach Zugang zur Donogenen Insemination nachzukommen gleichzeitig bedeuten würde, dem Wohlergehen des so zu zeugenden Kindes zu widersprechen – etwa wenn der Reproduktionsmediziner diese Wunschmutter aus bestimmten Gründen für ungeeignet hält? Wiegt der Respekt vor der Autonomie gegenüber der Schwangeren höher als die Fürsorgepflicht für das Wunschkind?

⁵¹ Birnbacher (2006), S. 32.

⁵² Vgl. Krefß (2008).

⁵³ Vgl. Beauchamp/Childress (2009).

⁵⁴ Wiesemann/Biller-Andorno (2001), S. 17 f.

Außerdem besteht das Problem, die Prinzipien als „theoretische Gebilde“ auf den jeweiligen Fall anzuwenden, was die Gefahr birgt, den Fall so zu „drehen“, dass er in das Erklärungsmuster der ethischen Theorien passt.

Genau dies widerspricht, so die These von Mary Mahowald, einer klinischen Praxis, da klinische Entscheidungen normalerweise auf der Basis von Symptomen getroffen werden, die beim Patienten vorliegen. Das Generelle muss so modifiziert werden, dass es auf den aktuellen Fall passt, nicht anders herum. Daher macht sie sich für ein fallspezifisches Vorgehen, eine fallorientierte Ethik als Ergänzung zu der Prinzipienethik, stark.⁵⁵ Bei der Kasuistik setzt man darauf, dass man bei Überlegungen zu Vorgehensweisen bei ethisch problematischen Fällen ein Äquivalent mit weniger ethischer Brisanz – eine in der Gesellschaft existierende moralische Praxis – finden kann und dann den aktuellen Fall damit vergleicht.⁵⁶ Dann nutzt man das Vorgehen, das für die Fallkonstellation vorgesehen ist, die dem aktuellen Fall am nächsten kommt. Bei Fragen der assistierten Fortpflanzung mit Spendersamen könnte man demnach überlegen, wie man den Fall ohne den Aspekt der Spendersamenbehandlung bewerten würde. Immerhin gibt es ein existierendes Paradigma, einen gesellschaftlich akzeptierten normativen Weg zur Schwangerschaft: Fortpflanzung durch Geschlechtsverkehr im gegenseitigen Einverständnis innerhalb einer Ehe. An dieser Maxime könnte man einen reproduktionsmedizinischen Eingriff messen, wenn man die ethischen Implikationen überprüfen will.

Ein klares Leitbild wäre demnach die Maßgabe, dass Kinder von verheirateten Frauen geboren werden, die diese durch Geschlechtsverkehr mit ihrem Ehemann empfangen haben. Je weiter der jeweilige Fall von dieser Maxime abweicht, desto mehr gilt es zu hinterfragen, ob dies noch wünschenswert ist. Wichtig ist dabei gründlich zu prüfen, ob die Maxime überhaupt zutrifft. Warum sollte der Status „verheiratet“ eine moralische Vorbedingung der Elternschaft sein? Einige unverheiratete Paare sind sicherlich bessere Eltern als manche verheiratete Paare.⁵⁷ Bei gleichgeschlechtlichen weiblichen Paaren oder alleinstehenden Frauen ist dieser Abgleich mit der „normalen“ Reproduktion überhaupt nicht möglich, weswegen grundsätzlich andere Bedingungen gelten, die im Rahmen dieser Arbeit noch im Einzelnen zu untersuchen sind.

Wichtig ist jedoch der Hinweis, dass man diese in der Lebenswirklichkeit präsente Vorstellung von real existierender und vorgelebter Elternschaft nicht ignorieren darf, wenn man nach moralischen Bedingungen bei der Fortpflanzung mit Hilfe der Reproduktionsmedizin sucht.

Bezugnehmend auf die Prinzipien mittlerer Reichweite stellt Mahowald einige Punkte vor, nach denen es möglich ist, die partikularen Interessen aller Beteiligten an einer Donogenen Insemination zu gewichten und danach an der jeweilig vorliegenden Fall-Situation zu bewerten. Sie unterteilt dabei in „Wohlergehen“ (welfare) und „Präferenzen“ (preferences): Die Präferenzen der Wunschmutter (Women's preference), Das Wohlergehen der Wunschmutter (Women's welfare), Die Präferenzen des Partners (Partner's preference),

⁵⁵ Mahowald (1996), S. 266.

⁵⁶ Vgl. Hick (2006), S. 302.

⁵⁷ Vgl. Mahowald (1996).

3. Ethische Theorien und Donogene Insemination

Das Wohlergehen des Wunschkindes (Fetal welfare), Die Präferenzen des Reproduktionsmediziners (Practitioners preferences) und das Soziale Interessen (Social interests).

Es sei darauf hingewiesen, dass der Begriff „Partner“ sowohl den (männlichen) Partner der Wunschmutter beinhaltet als auch den Samenspender. Weiterhin begründet sie ihre Aufteilung folgendermaßen:

„Preferences are expressions of autonomy, and welfare is another name for the good promoted through beneficence. Social interests involve fairness or justice. The language in which the above considerations are articulated assumes some understanding of the principles of respect for autonomy, beneficence and justice. But how the principles are to be interpreted and applied and how competing preferences and interests are to be handled can be determined only by examining the nuances of cases.“⁵⁸

Nach Mahowald ergibt sich somit eine auf die Spendersamenbehandlung bezogene⁵⁹ Anwendung der Prinzipien mittlerer Reichweite für die medizinische Praxis, die dann anhand des jeweils vorliegenden Falles austariert werden müssen. Um eine Klassifizierung der Interessen und Präferenzen vornehmen zu können, schlägt sie weiter vor, anhand des Stellenwertes jedes Beteiligten im Prozess der Donogenen Insemination eine Rangfolge aufzustellen, nach der die jeweiligen Interessen/Präferenzen gewichtet und geordnet werden können. Ausgehend von der Überlegung, dass der Samenspender in biologischer Hinsicht unverzichtbar ist und auch der Reproduktionsmediziner unentbehrlich ist, sei es aber die Wunschmutter, die die Behandlung erfährt, die Schwangerschaft und Geburt inklusive aller damit verbundenen Risiken trägt und demnach am stärksten in den Prozess eingebunden ist, weswegen ihre Interessen auch von der ethischer Betrachtungsweise aus den höchsten Stellenwert haben sollten.⁶⁰ Auf derselben Ebene liegt auch das Wohlergehen des Wunschkindes, unabhängig von seinem „Zeugungs-Status“, d.h. zwischen einem angenommenen Wohlergehen vor der Zeugung bis über die Geburt hinaus.⁶¹

Die Präferenzen des Mediziners sind ethisch ebenfalls relevant, da dieser den Vorgang der Befruchtung aus moralischen Gründen ablehnen kann, da die Donogene Insemination keine medizinische Handlung ist, die dem Überleben oder der Sicherung der Gesundheit dient. Erst wenn es darum geht, eine Schwangere medizinisch zu betreuen, darf es keine Rolle mehr spielen, auf welchem Wege sie schwanger geworden ist.⁶²

Auch die Präferenzen des Samenspenders gliedern sich in diese Gruppe ein, da seine Beteiligung an der Zeugung mit der Samenspende abgeschlossen ist. Neben diesen systemintrinsic Teilhabern am Verfahren der Donogenen Insemination kommt noch ein extrinsischer, nicht direkt beteiligter Dritter hinzu, stellvertretend für alle sozialen Interessen der Gesellschaft. Dazu gehören rechtliche und soziale Absicherungen für das Wunschkind, die Frage nach der Übernahme von Behandlungskosten, das Interesse an Vermeidung

⁵⁸ Mahowald (1996), S. 267.

⁵⁹ Die ebenfalls beschriebene Anwendung der Theorie für Fragen der Leihmutterchaft und Eizellenspenderin bleibt im Rahmen dieser Arbeit unbehandelt.

⁶⁰ Vgl. Mahowald (1996).

⁶¹ Vgl. Ebenda.

⁶² Mahowald (1996), S. 268.

von Inzest, aber auch die Frage nach der Bezahlung von Samenspendern oder dem Auswahlverfahren derselben.

Zusammengefasst stellt sich eine gewichtete Zweigliederung dar, die zwischen primären und sekundären Berücksichtigungen unterscheidet:

Primäre Berücksichtigungen: Präferenzen der Wunschmutter, Wohlergehen der Wunschmutter, Wohlergehen des Wunschkindes

Sekundäre Berücksichtigungen: Präferenzen des Reproduktionsmediziners, Präferenzen des Partners/ Samenspenders, Soziale Interessen

Unabhängig von der Frage, inwieweit dieses Gliederungssystem übernommen werden kann, da es aus dem US-amerikanischen Kontext stammt, der u.a. durch einem liberaleren Umgang mit Gametenspende gekennzeichnet ist (vgl. Kapitel 8.2), spricht vieles dafür, dass es im Grundsatz möglich ist, eine argumentativ gestützte Gewichtung der Einzelinteressen der Beteiligten bei einer Donogenen Insemination auch mit einem multiperspektivischen Blick vorzunehmen.

Allerdings missachtet dieses Modell der Interessenabwägung auch auf zweierlei Weise die Unterschiede in den Verbindungen, die zwischen den handelnden Personen bestehen: Mögen mit dem Reproduktionsmediziner und dem Samenspender noch zwei Individuen in eine Verbindung treten, die von einer Fremdheit geprägt ist und vielmehr einen Vertragscharakter als eine persönliche Beziehung hat, stehen Samenspender wie auch das Paar, das mittels Donogener Insemination ein gemeinsames Kind möchte, mit diesem in einer ganz speziellen Verbindung, die implizit schon durch eine besondere moralische Verantwortung geprägt ist: die Elternschaft.

Daher ist es notwendig, sich näher mit der Frage zu befassen, ob eine ethische Analyse der Donogenen Insemination, die dieses besondere Verantwortungsgefüge nicht beachtet, überhaupt plausibel scheint

3.2.3 Ethik der Elternschaft?

In diesem Abschnitt steht die Frage im Zentrum, inwieweit eine Abwägung von verschiedenen Interessen überhaupt möglich ist, wenn die Basis der Verbindungen zwischen einzelnen Interessenvertretern ihrerseits schon mit ethischen Ansprüchen belegt ist. Wie angeführt, ist die soziale Verbindung zwischen Reproduktionsmediziner und Samenspender sowie die Verbindung beider zum Wunschelternpaar eher von „vertraglichem“ Niveau, dagegen wird die Verbindung der Wunscheltern zum Wunschkind und auch die des Samenspenders zum Wunschkind entweder durch die biologische oder durch die soziale Elternschaft geprägt.

Daher gilt es zu prüfen, ob Interesse und Wohl des Kindes überhaupt getrennt von elterlichen Interessen betrachtet werden können. Dies ist insbesondere in der theoretischen Diskussion um die moralischen Handlungsbegründungen bedeutsam, in dem das Kindeswohl ohnehin nur antizipiert werden kann, also vor der eigentlichen Zeugung und Geburt, aber auch zeitlich darüber hinaus, bis ein Kind selbst seine Interessen vertreten kann. Über die Vorstellung zweier Konzepte, die allein auf das Kindeswohl abzielen, soll aufgezeigt werden, dass man ebenfalls Konzepte einer Ethik der Elternschaft aufnehmen muss, da das

3. Ethische Theorien und Donogene Insemination

Kindeswohl nicht getrennt von ihnen gedacht werden kann. Inwieweit dies auch für den Samenspender zutrifft, der ebenso biologisches Elternteil ist, wird in der Folge geprüft.

3.2.4 Das Kindeswohl und der Best-Interest-Standard

Eine Möglichkeit, Entscheidungen ganz auf das Konzept eines für sich allein stehenden „Kindeswohles“ auszurichten, ist der besonders im englischsprachigen Raum genutzte sogenannte Best-Interest-Standard.

Es würde dem in Deutschland genutzten Terminus „Kindeswohl“ am ehesten entsprechen, da er das beschreiben soll, was „im besten Interesse des Kindes“ in medizinischen Situationen ist. Der Best-Interest-Standard, dessen wesentliche Aspekte 1983 durch eine Kommission des amerikanischen Präsidenten aufgegriffen und entwickelt wurden,⁶³ wird in rechtlichen, ethischen und sozialen Zusammenhängen als handlungsleitendes Prinzip angeführt,⁶⁴ in dem bei nichteinwilligungsfähigen Patienten sog. Surrogates („Stellvertreter“) als Entscheider auftreten. Genauer gesagt:

„Wenn Patienten ihren Willen aktuell nicht äußern können und ihre Wünsche nicht bekannt seien oder sie aufgrund ihres jungen Alters oder aufgrund einer Erkrankung ihren Willen bisher noch nicht hätten äußern können, solle durch einen surrogate nach dem Best-Interest-Standard entschieden werden.“⁶⁵

Der Best-Interest-Standard soll demnach auch dann angewendet werden, wenn es vorher keinerlei Bekundungen gab, d.h. ein Kind nie einwilligungsfähig war oder seinen Willen hatte äußern können. Solange die medizinische Indikation vertretbar sei, solle dann auch die Entscheidung der Surrogates respektiert werden, die meistens die Eltern des Kindes sind.

Eine Kritik gegen die Verwendung des Best-Interest-Standards bei ethischen Fragen der Donogenen Insemination ist allerdings in zweierlei Hinsicht denkbar. Zum einen könnte man unterstellen, im Falle der Donogenen Insemination zählten ohnehin primär die Interessen und Prinzipien der Eltern als Entscheider, nicht die des Kindes,⁶⁶ zum zweiten ist es fraglich, ob man das beste Interesse eines Kindes überhaupt bestimmen kann, solange es nicht einmal gezeugt ist.

Zum ersten Punkt stellt Andrea Dörries zusammenfassend fest, „dass sich die Kritik am Best-Interest-Standard im wesentlichen auf dessen individuelle Auslegung und Unbestimmtheit bezieht, die zudem kulturellen sowie zeitgebundenen Interpretationen unterliegt.“⁶⁷ Allerdings sei diese Schwäche auch gleichzeitig eine Stärke, da der Standard eben an medizinische wie soziale Veränderungen anpassungsfähig ist.⁶⁸ Es wäre daher durchaus möglich, den Best-Interest-Standard auch für Fragen der Donogenen Insemination einzusetzen, allerdings um den Preis, dass die Frage nach der generellen Vertretbarkeit einer DI-Behandlung bei den Reproduktionsmedizinern verbleibt.

⁶³ Presidents`s Commission (1983) zit. nach Dörries (2003), S. 117.

⁶⁴ Vgl. Allmark et al. (2001).

⁶⁵ President`s Commission (1983), S. 5 zit. nach Dörries (2003), S. 117.

⁶⁶ Vgl. Downie/Randall (1997).

⁶⁷ Dörries (2003), S. 124.

⁶⁸ Vgl. Dörries (2003), S. 128.

Gegen den zweiten Einwand kann man das von Jürgen Habermas vorgeschlagene Konzept des antizipierten Konsenses⁶⁹ vorbringen. Nach seiner Theorie können sich Handlungen durch „antizipierte“, also angenommene, Zustimmung rechtfertigen lassen, wenn der Betroffene selbst nicht – oder noch nicht – in der Lage dazu ist. Im Hinblick auf die Donogene Insemination wäre damit der Maßstab der Entscheidung die Frage, ob das noch nicht gezeugte, aber auf dem Wege der Donogenen Insemination zu zeugende Kind diesem Vorgehen unzweifelhaft zugestimmt hätte. Legitim wäre die DI-Therapie dann, wenn man davon ausgehen dürfte, dass das DI-Kind den Weg bejaht hätte, der zu seiner Zeugung geführt hat.

In beiden Punkten wird jedoch die Frage aufgeworfen, wer denn das Deutungsmonopol darüber besitzt, was das antizipierte Wohl, das beste Interesse des Kindes eigentlich ist. Dennoch führt der Rekurs auf die genannten ethischen Konzepte bei der Donogenen Insemination nicht in eine Sackgasse, sondern erweitert vielmehr den Blickwinkel, wenn man die Kritiken nochmals näher betrachtet, die diesem Ansatz entgegengebracht werden.

Allmark et al. weisen darauf hin, beim Best-Interest-Standard nicht zu vernachlässigen, dass bei klinischen Entscheidungen im Sinne des Kindeswohles auch der familiäre Zusammenhang einbezogen werden sollte, da das Kindeswohl überhaupt nur im Kontext der Familie und der Gesellschaft interpretiert werden könne.⁷⁰ Als Beispiel kann man therapeutische Entscheidungen bei chronisch kranken Kindern oder onkologischen Erkrankungen nehmen, wenn die Familie unweigerlich in eine kontinuierliche Therapie, Nachsorge oder Begleitung mit einbezogen ist, wenn also Entscheidungen in einem interpersonalen Bezugssystem angesiedelt sind und in der Praxis auch nicht davon getrennt erfolgen können.

Das Kindeswohl ist demnach nicht autark ohne den familiären Kontext zu denken, wobei dieser Kontext sich nicht nur auf das Sozialgefüge bezieht, sondern auch auf dadurch bestimmte Beziehungen der einzelnen Familienmitglieder untereinander.

Dies würde allerdings in den meisten anwendungsbezogenen ethischen Theorien nicht berücksichtigt. Letztere werden von der Medizinethikerin Claudia Wiesemann als „eine Ethik des Fremden“ bezeichnet und zeichnen sich dadurch aus, dass sie auf Individuen fokussieren und davon ausgehen, dass Menschen, die sich in einem moralischen Konflikt befinden, Interessen oder Rechte haben, die gegeneinander abzuwägen oder auszugleichen sind.⁷¹ Allerdings ginge es doch gerade in der Medizin oft nicht um einander neutral gegenüberstehende, fremde Menschen, sondern um Menschen in sehr engen sozialen Beziehungen wie Eltern eines Kindes.⁷²

Genau diesen familiären Kontext und die Frage nach der „Individualität“ aller Beteiligten geht Wiesemann auch mit ihrem Einwand gegen das Konzept des antizipierten Konsenses nach, wenn sie fragt, ob es überhaupt möglich ist, Entscheidungen, die Kinder und ihre Eltern betreffen, voneinander so zu trennen, als wären es Entscheidungen von und für jeweils unabhängige Individuen.⁷³

⁶⁹ Vgl. Habermas (2001), S. 65 f.

⁷⁰ Vgl. Allmark et al. (2001).

⁷¹ Wiesemann (2008), S. 82.

⁷² Ebenda.

⁷³ Ebenda.

3. Ethische Theorien und Donogene Insemination

Dabei würde man die ganz besondere Situation übersehen, in der Kinder nun einmal sind. Sie sind nicht nur eingebunden in einen familiären Bezugsrahmen, sondern die Familie selbst ist ein Netzwerk aus solchen fundamentalen Abhängigkeiten,⁷⁴ so dass es – überspitzt formuliert – ein Fehler ist, Kinder- und Elterninteressen gegenseitig abzuwägen, als habe man es mit zwei getrennten Interessengemeinschaften zu tun. Für die Existenz dieser fundamentalen Abhängigkeiten wird von Wiesemann mit einer einfachen These argumentiert, wonach kein neugeborenes Kind darüber entscheiden kann, wer seine Eltern sind und in welcher Familie es aufwachsen wird.⁷⁵ Dies benennt sie als das zentralste Dilemma einer Elternschaft:

„Ein Kind wird gezeugt unter nicht von ihm selbst, sondern von anderen bestimmten Bedingungen, mit von anderen bestimmten Absichten, in von anderen bestimmten Lebensumständen, und das Kind und auch der spätere Erwachsene müssen dies alles hinnehmen. Eltern, die mitten im Krieg, in einem Hungergebiet, als diskriminierte Minderheit, als Langzeitarbeitslose, als liebesunfähige, als vergnügungssüchtige Menschen ein Kind bekommen, büren ihrem Kind ein Schicksal auf, ohne es dazu zu befragen. Es handelt sich um jene anthropologische Situation, die der Freiheit des Menschen am weitesten entgegen gesetzt ist. Es handelt sich deshalb auch um das Herzstück einer jeden elterlichen Ethik. Diese ist charakterisiert durch eine umfassende Verantwortung der Eltern für ein ganzes Menschenleben auf der einen, die Unfreiwilligkeit des zum Leben gebrachten Kindes auf der anderen Seite.“⁷⁶

In Übereinstimmung mit dieser Auffassung hieße das, dass ein DI-Kind es ebenso ungefragt hinnehmen muss, dass sich die Wunscheltern für diese Form der Zeugung entschieden haben, so wie jedes auch auf natürliche Weise gezeugte Kind machtlos dem Schicksal unterworfen ist, unter welchen Bedingungen es zur Welt kommt. Es heißt aber auch, dass Eltern aus diesem Grund heraus eine lebenslange persönliche und moralische Verantwortung haben, die mehr ist als die Übernahme fixierter elterlicher Pflichten.⁷⁷ Elterliche Verantwortung entspringt immer Entscheidungen, die für eine andere Person bindend sind. Dies gilt sowohl für die Wunschmutter, die auf Spendersamen zurückgreift, als auch für den Samenspender, der ebenfalls seinen Beitrag an der Zeugung geleistet hat. Und schließlich gilt es auch für den Partner der Wunschmutter, der die soziale Vaterschaft für das Kind übernehmen wird.

Nach dieser Theorie orientiert sich die ethische Beurteilung einer Zeugung mittels Spendersamen nicht primär an der Frage, ob und wie eine Donogene Insemination mit einem – außerhalb des sozialrechtlichen Rahmens – schwer zu definierenden Kindeswohls in Übereinstimmung gebracht werden kann, sondern vielmehr daran, ob es innerhalb einer vertretbaren elterlichen Verantwortung liegt, als Wunschmutter und Samenspender auf diesem Weg ein Kind zu zeugen.

⁷⁴ Vgl. Wiesemann (2007), S. 70.

⁷⁵ Vgl. Wiesemann (2007), S. 71.

⁷⁶ Wiesemann (2007), S. 77 f.

⁷⁷ Vgl. Wiesemann (2008), S. 86.

3.3 Zusammenfassung

Unter der Prämisse, dass es einer lebensnahen ethischen Theorie bedarf, die eine Vergleichbarkeit mit der natürlichen Fortpflanzung erlaubt, möglichst vielen Interessen gerecht wird und gleichzeitig auch die besonderen Beziehungen der Handelnden und des zu zeugenden Kindes berücksichtigt, stellt sich der in dieser Arbeit zugrunde gelegte ethische Ansatz folgendermaßen dar:

In Aspekten, die den Reproduktionsmediziner in seinen Ansprüchen und Pflichten gegenüber dem Samenspende und den Wunscheltern betreffen, können Interessen auf gleicher Ebene miteinander abgewogen werden. Gleiches gilt für Interessen, die von gesellschaftlicher Seite an die Beteiligten gestellt werden. Sobald jedoch mit dem Wohl des DI-Kindes argumentiert wird, rücken nicht dessen (ohnehin lediglich antizipierbaren) Interessen in den Vordergrund, sondern gleichzeitig die Verantwortung, die Eltern durch die Zeugung eines Kindes eingehen.

4. Die Basis der Verantwortung: Blut oder Liebe?

„Manche Kinder wissen durchaus, dass sie eigentlich ein „Verhütungsunfall“ ihrer noch jungen Eltern waren, und fühlen sich dennoch angenommen und geliebt. Manche Kinder wachsen auf und wissen von ihrem genetischen Vater nur durch die Alimente, die regelmäßig auf das Konto der Mutter eingehen. Dies führt möglicherweise nicht zu einfachen Biographien, aber es stellt doch nicht zwangsweise eine unüberwindliche lebensgeschichtliche Kränkung dar.“⁷⁸

Claudia Wiesemann, Medizinethikerin

4.1 Die Wunscheltern

Kein Kind kann die Bedingungen beeinflussen, unter denen es gezeugt und geboren wird. Aber im Gegensatz zur natürlichen Fortpflanzung, die durchaus ungeplant oder von einem oder beiden Partnern explizit ungewollt sein kann, ist eine Fortpflanzung mit Spendersamen immer gewollt und gewünscht. Somit stehen die Chancen gut, dass ein Kind aus der Spendersamenbehandlung von seinen Wunscheltern die Liebe und Zuneigung erfahren wird, die man einem Wunschkind gegenüber erwarten kann. Ebendies versteht Wiesemann unter den Kernpunkten einer Elternschaft: Eine auf Dauerhaftigkeit angelegte, von Zuneigung und Verantwortung geprägte sorgende Beziehung zu einem Kind, die das Ziel verfolgt, „Wachstum, Sozialisation und Enkulturation des Kindes zu ermöglichen und zu unterstützen.“⁷⁹ Dabei darf auch angenommen werden, dass es in den meisten Fällen ein vorrangiges Lebensziel der Eltern darstellt, Kindern zu einem glücklichen Leben zu verhelfen.⁸⁰

Die zentrale Frage dabei ist, ob sich diese elterlichen Ziele auf Basis einer sozialen Konstruktion von „Familie“ oder der biologischer Abstammung ergeben. Wiesemann spricht sich deutlich dafür aus, dass eine verantwortungsvolle Elternschaft nicht auf Basis der genetischen Verbindungen zwischen Eltern und Kindern aufbaut:

„Denn das wichtigste Element von Elternschaft, die Liebe und Zuneigung zum Kind, entsteht nicht aus einem biologischen Verhältnis, sondern durch ein persönliches Bekenntnis zu einem bestimmten Lebewesen.“⁸¹

Dieses Bekenntnis schließt auch ein, die Bedürfnisse eines Kindes verantwortungsvoll zu respektieren. So kann man die genetische Abstammung durchaus als unbedeutend für den Zusammenbau einer Familie betrachten, wie man es auch in gut funktionierenden „Patchworkfamilien“ beobachten kann, gleichzeitig darf man aber nicht außer Acht lassen,

⁷⁸ Wiesemann (2006), S. 172 f.

⁷⁹ Wiesemann (2006), S. 99.

⁸⁰ Vgl. Woopen (2002), S. 237.

⁸¹ Wiesemann (2006), S. 99 f.

4. Die Basis der Verantwortung: Blut oder Liebe?

dass genetische Abstammung auch extrem wichtig bei medizinischen Implikationen⁸² oder einem Identifikationsprozess eines Kindes sein kann (vgl. Kapitel 7). Ein zugestandenes Selbstbestimmungsrecht bei der Entscheidung für ein Kind durch Donogene Insemination bedeutet keinesfalls eine Verfügungsgewalt über die Interessen des DI-Kindes, sondern verlangt vielmehr den Respekt vor dessen (zukünftiger) Autonomie.

Dies bedingt auch das Offenhalten von Möglichkeiten, weswegen an dieser Stelle auch der These widersprochen werden muss, dass eine Zentrierung auf die sozialen Bedingungen der Elternschaft gleichbedeutend damit ist, die Bedeutung der genetischen Elternschaft, d.h. die biologische Vaterschaft des Samenspenders, gänzlich abzuschotten, wie dies von einigen Reproduktionsmedizinern vertreten wird. So schreibt z. B. Katzorke in Bezug auf die Höhergewichtung von sozialen Beziehungen:

„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 sogenannten 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. [...] Von daher muss es erlaubt sein, wirklich zu hinterfragen, ob im Nachhinein eine Beziehung zwischen DI-Kind und Spender zulässig sein soll.“⁸³

Zwar ist es zutreffend, dass Verwandtschaftsstrukturen in der gegenwärtigen Familienkultur freiwillig aufrechterhalten werden – oder eben auch nicht⁸⁴ – und dass dies unabhängig davon geschieht, ob eine genetische Verwandtschaft vorliegt, aber der Verweis darauf, dass „Blutsbande“ an Wichtigkeit verloren haben, kann keine Rechtfertigung dafür sein, das Interesse eines DI-Kindes an seinem genetischen Ursprung als unbedeutend zu erklären. Solch eine Argumentation folgt eher dem Ideal, das die meisten Samenspender bezüglich ihrer Beziehung zu den aus ihrer Spende hervorgegangenen DI-Kindern beschreiben. Und da die Spendebereitschaft stark von der Frage abhängt, welche Pflichten man einem Samenspender in Bezug auf das DI-Kind zuschreibt, wundert es nicht, dass gerade Reproduktionsmediziner die Elternrolle des Samenspenders besonders in Frage stellen. Immerhin profitieren sie von der Spendebereitschaft, da sie ansonsten auch keine Spendersamentherapien anbieten könnten.

Wahr ist aber auch, dass die Rolle des Samenspenders schwierig zu definieren ist. Stellt man als Vorbedingung für eine Donogene Insemination nämlich die Verantwortung der Wunscheltern und argumentiert damit, dass sie auf Grund der versprochenen Liebe zu dem DI-Kind – also dem Aufbau eines sozialen Umfeldes, das dem Wohlergehen eines Kindes zugutekommt – basiert, so bleibt für die Verantwortung des Samenspenders als dem zweiten genetischen Elternteil nur der Bereich der Verantwortung übrig, der sich direkt aus der biologischen Abstammung ableitet. Für diesen Fall sieht Wiesemann vor, dass auf Seiten des Samenspenders die Bereitschaft bestehen muss, sich dem DI-Kind als Identifikationsfigur zur Verfügung zu halten, weswegen anonyme Spendeverfahren nicht mit

⁸² Vgl. Grace/Daniels/Gillet (2008).

⁸³ Katzorke (2008), S. 19 f.

⁸⁴ Haker (2003), S. 363.

der Verantwortung einer Elternschaft in Einklang zu bringen sind – weder auf Seiten der Wunscheltern, die solch ein Verfahren wählen, noch auf Seiten der Samenspender:

„Im Falle der geteilten Vaterschaft bedeutet dies zum Beispiel, dass zwar der soziale Vater die Hauptverantwortung für das Wohlergehen des Kindes übernimmt, der genetische Vater aber dem Kind für alle Fragen, die seine Herkunft betreffen, zur Verfügung stehen sollte und damit auch eine gewisse, beschränkte Verantwortung für das Kind übernimmt. Anonyme Samenspende oder anonyme Adoption sind mit dieser Verantwortungsaufteilung nicht vereinbar.“⁸⁵

An dieser Stelle soll der noch folgenden Diskussion über die realistischen Grenzen einer solchen Forderung nicht vorgegriffen werden. Daher bleibt hier zunächst zu konstatieren, dass sich aus ethischer Perspektive das Kindeswohl nicht im Kontrast zu den elterlichen Interessen verhält, sondern direkt aus diesen abgeleitet wird. Welche Verantwortung dabei dem Samenspender als Elternteil zukommt, hängt von der generellen Bedeutung ab, die man dem biologischen Aspekt der Vaterschaft zuschreibt oder beimisst – und die im folgenden Kapitel zu erörtern sein wird.

4.2 Der Samenspender in der Elternrolle

Im Moment der Verschmelzung der Zellkerne der Eizelle der Wunschmutter und der Spermienzelle des Spenders beginnt die Schwangerschaft, d.h. der Samenspender, der bislang nur seine Spermien für eine DI-Therapie bereitgestellt hat, wird bei günstigem Verlauf zum genetischen Vater eines Kindes.⁸⁶ Damit ist sein biologischer Beitrag an der Fortpflanzung abgeschlossen und somit auch sein Widerrufsrecht zumindest für den Anteil seines Spendersamens, der erfolgreich zu einer Schwangerschaft geführt hat. Er wird im Normalfall weder als sozialer, noch als biologischer Vater gegenüber seinem biologischen Nachwuchs auftreten.

Daher gibt es auch Kritik an dieser Form der Spende.⁸⁷ Es wird argumentiert, dass es moralisch zumindest zweifelhaft sei, wenn ein Erzeuger keinerlei elterlichen Verantwortungen nachkomme, sondern sie bestenfalls „delegiere.“⁸⁸ Auf der anderen Seite steht jedoch die Frage, ob es überhaupt gerechtfertigt ist, dem Samenspender eine besondere „Elternrolle“ zuzuschreiben.⁸⁹ In der Reihe von Handlungsfolgen (Samenspende, Untersuchungen, Kryokonservierung, Aufbereitung, Insemination), die zur Zeugung eines DI-Kindes führen, ist die Beteiligung des Samenspenders durch die bloße Bereitstellung seiner Samenzellen eine punktuelle.

Allerdings sind es dann doch die Erbinformationen des Spenders, nicht etwa die Tätigkeiten des Reproduktionsmediziners, die sich auf ein DI-Kind auswirken. Aus biologischer Sicht ist die Verbindung zwischen Samenspender und DI-Kind unzweifelhaft gegeben. Unklar ist allerdings, welche Verantwortung aus dieser Form der genetischen

⁸⁵ Wiesemann (2006), S. 146.

⁸⁶ Wir gehen von einem erfolgreichen Verlauf der Schwangerschaft aus.

⁸⁷ Vgl. Nelson (1991); Benatar (1999).

⁸⁸ Vgl. Bayne (2003).

⁸⁹ Vgl. Fuscaldo (2006).

4. Die Basis der Verantwortung: Blut oder Liebe?

Vaterschaft erwächst, die sich aus der Intention, einen Beitrag zur Kinderwunscherfüllung für kinderlose Paare zu leisten, ergibt.

Es bleibt somit festzuhalten, dass eine Höherbewertung der sozialen Elternschaft, der Liebe, die einem Kind entgegengebracht wird und die mit der Entscheidung zur Zeugung übernommene Verantwortung gegenüber dem Kind eine Donogene Insemination grundsätzlich rechtfertigen kann. Damit ist aber noch keineswegs beantwortet, welche Rolle dem Samenspender als Elternteil zukommt, noch ob es weitere Bedingungen gibt, die neben der Bereitschaft zur Verantwortungsübernahme erfüllt sein müssen, um eine Donogene Insemination ethisch rechtfertigen zu können. Die bislang thematisch vernachlässigten Interessen der Gesellschaft und der Reproduktionsmedizin müssen ebenso Berücksichtigung finden, wie die zunächst zu beantwortende Frage, ob das medizinische System der Donogenen Insemination nicht in sich selbst noch weitere ethisch interessante Aspekte enthält.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

In diesem Kapitel rücken die ethischen, aber auch rechtlichen Aspekte ins Blickfeld, die sich im Umfeld der Samenspende und aus dem Prozess des Spendeverfahrens ergeben. Neben systemimmanenten Problemen der Donogenen Insemination wie der Inzestgefahr und dem Umfang der Aufklärung steht zuvorderst die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass ein potentieller Samenspender überhaupt die Tragweite abschätzen kann, die mit seiner Entscheidung, Spendersamen für eine Kinderwunschbehandlung zur Verfügung zu stellen, einhergeht.

Daneben stehen vor allem die oben angesprochenen Punkte zur Diskussion, in denen die Interessen der Spender mit anderen Interessen in Konflikt stehen. Dazu gehören grundlegend die Fragen nach der Anonymität und der Begrenzung ihrer Verpflichtungen als genetische Elternteile.

Aber auch die finanzielle Kompensation von Spendern, besonders angesichts von Spendermangel, sollen problematisiert werden. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Frage, welche Zugeständnisse potentiellen Spendern gemacht werden dürfen, um überhaupt genügend Spender zu finden. Denn die Analyse der Spenderinteressen wird deutlich machen, dass der Wunsch nach Anonymität und die Angst vor der „Gefahr“, als sozialer Vater eintreten zu müssen – erstere ist nicht mit dem Kenntnisrecht der DI-Kinder über ihre genetische Herkunft, der zweite Wunsch nicht mit dem deutschen Familienrecht vereinbar – die Spendebereitschaft limitiert.

5.1 Systemimmanente Probleme bei der Samenspende

Als „systemimmanent“ sollen hier die möglichen ethischen Probleme bezeichnet werden, die sich im Rahmen der Donogenen Insemination ergeben. Diese lassen sich in drei Gruppen gliedern: (1) Zuordnungsprobleme durch Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Vaterschaft, (2) die Frage nach dem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung und (3) spezifische Probleme der Spendersamengewinnung und Insemination.

5.1.1 Zuordnungsprobleme beim Auseinanderfallen von genetischer und sozialer Vaterschaft.

„In Deutschland regieren zwei einander entgegengesetzte Prinzipien das deutsche Statusrecht: das Geburtsprinzip gilt für die Mutterschaft, für die Vaterschaft hingegen das Abstammungsprinzip.“⁹⁰

Hans-Wolfgang Strätz, Jurist

Da in Deutschland Eizellen- und Embryonenspenden ebenso wie die Leihmutterchaft verboten sind, scheint die Bestimmung der Mutter eines Kindes denkbar einfach. Mutter eines Kindes ist die Frau, die das Kind geboren hat – und demnach kann die Mutterschaft auch nicht angefochten werden. Selbiges gilt jedoch nicht für die Vaterschaft, da diese nicht

⁹⁰ Strätz (2003), S. 166.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

bedingungslos bei der genetischen Abstammung ansetzt. Nach dem Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) gilt gemäß § 1592 der Mann als Vater des Kindes, der entweder zum Zeitpunkt der Geburt mit der Mutter des Kindes verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt wurde.

Dabei spricht man von der rechtlichen oder sozialen Vaterschaft, an die umfangreiche Rechte und Pflichten gegenüber dem Kind geknüpft sind. Auch im Falle der Zeugung durch eine Donogene Insemination gilt dies uneingeschränkt. Sind die Wunscheltern verheiratet, gilt das Kind, das aus der Donogenen Insemination hervorgeht, juristisch als Kind des (zeugungsunfähigen) Partners. Bei nicht verheirateten Paaren hat der Reproduktionsmediziner dafür Sorge zu tragen, dass eine notariell beglaubigte Vaterschaftsanerkennung im Sinne einer vorgeburtlichen Vaterschaftsanerkennung nach § 1597 Abs. 1 BGB des männlichen Partners des Wunschelternpaares vorliegt, bevor er die Donogene Inseminationstherapie beginnt. Damit verpflichtet sich der Partner, das aus der Therapie geborene Kind als sein eigenes anzuerkennen. Analog zu einem auf natürlichem Wege gezeugten Kind hat auch das DI-Kind einen grundsätzlichen Unterhaltsanspruch (§ 1601 BGB), einen Erbsanspruch (§§ 1922, 1924 BGB) und das Recht auf elterliche Sorge (§ 1626 BGB) gegenüber seinen beiden Elternteilen – der biologischen Mutter und dem sozialen Vater. Ohne diese Einwilligung, die nur bis zur endgültigen Durchführung der Insemination widerrufen werden kann, darf keine Insemination mit Spendersamen durchgeführt werden.

Ist die Fortpflanzung erfolgreich, kann die einmal angenommene Vaterschaft zu keinem Zeitpunkt mehr von einem der Partner angefochten werden. Lediglich dem durch die Behandlung hervorgegangenen DI-Kind steht das Recht zu, die Vaterschaft des sozialen Vaters mit Erreichen der Volljährigkeit anzufechten, sofern es Kenntnis von den Umständen seiner Zeugung erlangt hat.

Denn durch die Einführung des Kindschaftsrechtsverbesserungsgesetzes (KindRVerbG) im Jahr 2002 wurde verhindert, dass der soziale Vater sich selbst aus seiner Vaterrolle befreit, wenn er vorher in die Behandlung mit Spendersamen eingewilligt hat. Damit wird vorgebeugt, dass ein DI-Kind etwa bei der Trennung seiner Eltern auch gleich den sozialen Vater verliert, der ja mit Hinweis auf das DI-Verfahren versichern kann, dass er nicht biologischer Vater ist. Weder die Mutter noch der soziale Vater selbst können die soziale Vaterschaft anfechten:

„Ist das Kind mit Einwilligung des Mannes und der Mutter durch künstliche Befruchtung mittels Samenspende eines Dritten gezeugt worden, so ist die Anfechtung der Vaterschaft durch den Mann und die Mutter ausgeschlossen“ (§ 1600 Abs. 2 BGB).

Damit besteht eine Rechtssicherheit des Samenspenders gegenüber den Wunscheltern, allerdings nicht gegenüber dem DI-Kind. Anders als die Wunscheltern kann das Kind innerhalb von zwei Jahren, nachdem es entweder Kenntnis vom Auseinanderfallen der biologischen und sozialen Vaterschaft bekommen hat oder bei Kenntnis von Umständen, aufgrund derer die Folgen der Vaterschaft für ein Kind unzumutbar sind, die Vaterschaft anfechten (§ 1600 Abs. 1 und 2 BGB). Sollte die soziale Vaterschaft angefochten werden, kann diese, ob nun durch Ehe mit der Mutter oder durch Anerkennung entstanden, gerichtlich aufgehoben werden, wodurch auch alle Pflichten und Rechte gegenüber dem Kind erlöschen. Das somit vaterlose Kind kann nun auf Feststellung seines biologischen Vaters

als sozialen Vater klagen, wodurch der Samenspender wiederum gerichtlich in den Status des sozialen Vaters gehoben werden kann. Denn selbst mit der erfolgreichen Anfechtung des Status des ursprünglichen sozialen Vaters wird nicht automatisch der biologische Vater, also der Samenspender, in den Stand des sozialen Vaters gehoben, da auch dies erst den erklärten Wunsch des DI-Kindes voraussetzt. Zwar kann ein Kind gleichzeitig nie mehr als einen Vater im Rechtssinne haben, aber es kann durchaus auch ganz „vaterlos“ sein. Keinen rechtlichen Vater zu haben ist jedoch Grundbedingung, um auf Feststellung der Vaterschaft klagen zu können.

Zusammengefasst bedeutet dies folgendes: Solange eine soziale Vaterschaft dadurch zustande kommt, dass rechtsgültig in die Therapie mit Spendersamen eingewilligt wurde, ist es ausgeschlossen, dass der Samenspender als sozialer Vater auftreten oder in Anspruch genommen werden kann. Erst eine erfolgreiche Anfechtung des Status des sozialen Vaters eröffnet die Möglichkeit, die Vaterschaft des Samenspenders gerichtlich feststellen zu lassen. Dadurch könnte die Samenbank/der Reproduktionsmediziner verpflichtet werden, die Daten des Samenspenders offen zu legen. In einem nächsten Schritt könnte das DI-Kind den Samenspender auch als seinen sozialen Vater feststellen lassen und somit Unterhaltsansprüche und Ansprüche aus dem Erbrecht wie alle blutsverwandten Kinder geltend machen.⁹¹

Es ist nicht möglich, dass Wunscheltern einen Vertrag mit dem Samenspender abschließen, in dem sie auf mögliche Unterhaltsansprüche verzichten, da dies ein Vertrag zu Lasten Dritter, nämlich des Kindes, ginge und somit unzulässig wäre. Möglich ist jedoch ein Vertrag zwischen Wunscheltern und Samenspender, wonach die Wunscheltern regresspflichtig werden, sollte das DI-Kind je finanzielle Forderungen an den Spender stellen. In diesem Fall müsste der Spender zwar die Forderungen des Kindes erfüllen, könnte aber seinerseits diese finanziellen Lasten bei den Wunscheltern, also der biologischen Mutter und dem (dann ehemaligen) sozialen Vater einfordern. Das Problem einer solchen Vereinbarung ist jedoch, dass die Wunscheltern zum Zeitpunkt, an dem der Samenspender seine finanziellen Forderungen an sie stellt, selbst zahlungsunfähig sein könnten, so dass der Samenspender dennoch auf seinen Unterhaltspflichten „sitzenbleibt“.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass durch die Feststellung des Samenspenders als sozialem Vater natürlich wechselseitige Rechte und Pflichten entstehen – d.h. das DI-Kind wäre dem Samenspender gegenüber erbberechtigt und vice versa.

Ohne weiter in den juristischen Diskurs eingehen zu wollen, kann jedoch festgehalten werden, dass aus Sicht der Samenspenders und vieler Reproduktionsmediziner das primäre Problem nicht darin besteht, dass es eventuell zu finanziellen Ansprüchen kommt, sondern dass es überhaupt theoretisch möglich ist, als Samenspender einmal soziale Vaterpflichten übernehmen zu müssen. Zwar ist der oben beschriebene Weg der Feststellung eines regulären Samenspenders im medizinischen System als sozialer Vater des DI-Kindes in der juristischen Praxis noch nicht vorgekommen, dennoch bleibt ein „Restrisiko“ für den Samenspender bestehen, eine Rolle einnehmen zu müssen, die er nie einnehmen wollte, nämlich eine – wie auch immer geartete – Vaterrolle für (zumindest theoretisch) alle Kinder, die aus seiner Samenspende hervorgegangen sind.

⁹¹ Vgl. § 2338a BGB.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

5.1.2 Der Samenspender – Ein Akteur ohne soziale Verpflichtungen?

Von Seiten der deutschen Reproduktionsmedizin wird daher immer wieder gefordert, eine Rechtssicherheit für Samenspender zu schaffen.⁹² Analog zu den Regelungen in anderen Staaten wurde vorgeschlagen, durch eine Gesetzesänderung den Samenspender davon freizustellen, jemals die soziale Vaterschaft für ein mit seinem Samen gezeugtes DI-Kind übernehmen zu müssen. Den beklagten „Rechtsunsicherheiten“ stehen jedoch auch juristische Meinungen gegenüber, wonach die Rechtslage nicht unsicher, sondern eindeutig sei – nur eben nicht im Sinne der Samenspender:

„Ob der Gesetzgeber den Samenspender freistellen will, ist eine rechtspolitische Frage. Nur wenn man diese Frage bejaht, besteht ein (gesetzgeberischer) Handlungsbedarf. Verneint man sie, so reicht die *lex lata* aus; die gegenwärtige Rechtslage ist insoweit eindeutig.“⁹³

Nimmt man beide Vorschläge genauer in Augenschein, finden sich Argumente für beide Ansätze:

Gegen eine generelle Aufhebung von sozialen Vaterpflichten spricht, dass de facto ein biologisches Verwandtschaftsverhältnis zwischen Samenspender und DI-Kind besteht. Der Samenspender ist genetischer Vater eines Kindes, unabhängig davon, ob das Kind durch Donogene Insemination gezeugt wurde. Wenn ein potentieller Samenspender keine Verantwortung für das Ergebnis seiner Handlungen übernehmen will, dann darf er besagte Handlung auch nicht willentlich durchführen. Ein potentieller Samenspender kann der Problematik der Vaterschaft dadurch entgehen, dass er sich dagegen entscheidet, sich auf diesem Wege fortzupflanzen. Demgegenüber entscheidet sich ein Samenspender aber ausdrücklich und willentlich dafür, indem er in die Samenspende einwilligt: Der Samenspender hat sich für die Fortpflanzung entschieden, möchte jedoch nicht die Folgen und Pflichten tragen.

Für eine Aufhebung von Vaterpflichten hingegen spricht die einfache Tatsache, dass es einen Unterschied darstellt, ob ein Mann als Samenspender innerhalb eines regulierten medizinischen Systems auftritt, oder ob er mit einer Frau den Geschlechtsakt vollzieht und dabei ein Kind zeugt. Als Spender sollte er nicht gezwungen werden, eine soziale Vaterrolle einzunehmen. Die Verpflichtung, eine soziale Vaterrolle einnehmen zu müssen, kann auch nicht mit dem Wohl des Kindes begründet werden, einen Vater zu brauchen. Denn ein Kind aus der Donogenen Insemination hat einen sozialen Vater, der notariell erklärt hat, alle Verpflichtungen der Vaterschaft für das DI-Kind zu übernehmen, wohl wissend, dass es genetisch nicht mit ihm verwandt ist. Ein aufgeklärtes DI-Kind, das Kenntnis über seinen sozialen und seinen biologischen Vater hat, kann theoretisch vor der Entscheidung stehen, den Vater als sozialen Vater gerichtlich feststellen zu lassen, von dem es sich einen größeren persönlichen und ggf. finanziellen Vorteil erhofft. Es kann somit nicht das Wohl des Kindes im Vordergrund stehen, sondern der Schutz des Samenspenders vor rein finanziell motivierten Forderungen eines Kindes.

Für eine Entscheidung der Frage ist es elementar, ob man dem Argument folgt, dass eine soziale Vaterschaft sich aus der direkten Blutsverwandtschaft ableiten sollte, die bei

⁹² Hammel et al. (2006), S. 166.

⁹³ Coester-Waltjen (2002), S. 192.

natürlicher und donogener Zeugung identisch ist – oder ob man der Trennung in ein natürliches und „künstliches“ Verfahren der Fortpflanzung folgt. In letzterem Fall müsste man das Familienrecht dahingehend ergänzen, dass eine Feststellung der sozialen Vaterschaft des biologischen Vaters nicht möglich ist, sollte diese biologische Vaterschaft im Rahmen eines dokumentierten reproduktionsmedizinischen Prozesses unter ärztlicher Kontrolle erfolgt sein. Selbiges hat auch die damalige Justizministerin Zypries in einer Rede 2003 angedeutet, in der sie erwogen hat, einen Samenspender aus der möglichen Verantwortung der sozialen Vaterschaft grundsätzlich zu befreien:

„Den Samenspendern wird es doch in den meisten Fällen hauptsächlich darauf ankommen, nicht rechtlich als Vater des Kindes in Anspruch genommen zu werden. Dieses Ziel kann aber erreicht werden, ohne dass der Samenspender in die Anonymität getrieben wird: Es gilt nur zu verhindern, dass er in die rechtliche Vaterrolle mit den damit verbundenen Pflichten einrücken muss.“⁹⁴

Wenn eine grundsätzliche Trennung der Vaterschaft in einen sozialen und einen biologischen Teil vertretbar erscheint und zusätzlich auch die Donogene Insemination gesellschaftlich akzeptiert ist, spricht aus ethischer Sicht nichts dagegen, die sozialen Verpflichtungen eines Samenspenders aufzuheben, zumal durch die Dokumentation auch ein Missbrauch ausgeschlossen ist. Auch aus dem Adoptionsrecht kennen wir das Verfahren, dass soziale Verantwortung durchaus delegierbar ist, wenn ein Dritter freiwillig bereit ist, diese zu übernehmen. Zusätzliche Brisanz bekommt dieser Aspekt, wenn darüber diskutiert wird, die Donogene Insemination auch Frauen in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften oder alleinstehenden Frauen zugänglich zu machen: Durch das Nichtvorhandensein eines männlichen Partners, der die soziale Vaterschaft für das DI-Kind anerkannt hat, müsste diese auch nicht erst gerichtlich aberkannt werden, bevor der Samenspender als biologischer Erzeuger rechtlich belangt werden könnte.

5.1.3 Die Frage nach dem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Das Recht eines Kindes, seine genetische Abstammung und damit seine biologischen Eltern zu kennen, wirft Fragen auf, die Gerichte und Jurisprudenz bereits seit der Einführung des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) am 01.01.1900 wiederholt beschäftigt haben.⁹⁵ Anfangs standen primär privatwirtschaftliche Aspekte im Vordergrund, wie die Feststellung der Vaterschaft zur Durchsetzung von etwaigen Unterhaltsansprüchen oder die Erbfolge von nichtehelichen Kindern. Über diese mögliche Unterhaltsverpflichtung hinaus sollten allerdings keine Rechtsbeziehungen zwischen dem Kind und dem Vater bestehen, um nicht die gesellschaftliche Stellung des Mannes zu gefährden.⁹⁶ Die Bedeutung der „wahren“ Abstammung wurde dann im Dritten Reich besonders hervorgehoben, als die Nationalsozialisten die Unterscheidung zwischen „Ariern“ und „Blutsfremden“ betonten.⁹⁷ Dadurch trat infolge der rassistisch ausgerichteten Grundhaltung der nationalsozialistischen Ideologie die Unterhaltsfrage in den Hintergrund und es galt prozessrechtliche Voraussetzungen zu

⁹⁴ Zypries (2003), Abs. IV.

⁹⁵ Vgl. Badenberg (2006).

⁹⁶ Vgl. Ebenda.

⁹⁷ Ausführlich hierzu: Zimmermann (1990); Deichfuß (1991).

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

schaffen, um in möglichst vielen Fällen die wahre blutsmäßige Abstammung aufdecken zu können.⁹⁸

Nach dem Ende der nationalsozialistischen Herrschaft und spätestens mit der Einführung des Grundgesetzes im Mai 1949 bezogen sich die Fragen nach der Abstammung wieder primär auf den Bereich der (Persönlichkeits-)Rechte der nichtehelichen Kinder.⁹⁹ Jedoch erst das Familienrechtsänderungsgesetz von 1961, wie auch das Gesetz über die rechtliche Stellung nichtehelicher Kinder von 1969 brachten erhebliche Änderungen hinsichtlich der Abstammungsklärung. So wurde ein eigenes Anfechtungsrecht des Kindes eingeführt.¹⁰⁰ Hiermit hatten eheliche Kinder zum ersten Mal selbst eine begrenzte Möglichkeit, Zweifel an ihrer Abstammung zu klären, allerdings der Konzeption nach im Wesentlichen nur für den Fall des Scheiterns der Ehe der Eltern. Hinter dieser Regelung stand das Bestreben, den Familienfrieden und somit auch das ungestörte Aufwachsen des Kindes zu gewährleisten.¹⁰¹ Im Gesetz über die Stellung nichtehelicher Kinder von 1969 wurde dann die verwandtschaftliche Beziehung des nichtehelichen Kindes zu seinem Vater zum ersten Mal gesetzlich uneingeschränkt anerkannt, was in erster Linie erbrechtliche Konsequenzen hatte.¹⁰² Seither haben alle leiblichen Kinder eines Mannes, seien sie nun innerhalb oder außerhalb einer Ehe gezeugt worden – wie auch bei der Zeugung mit seinem Spermien im Rahmen einer Donogenen Insemination – dasselbe Erbrecht, wenn der biologische Vater als sozialer Vater gerichtlich festgestellt wird.

Voraussetzung dafür ist natürlich, dass die Kinder überhaupt wissen, wer ihr genetischer Vater ist. Bei auf natürlichem Weg gezeugten Kindern führt dieser Weg über die Mutter, weil angenommen werden muss, dass sie den Vater kennt. Besondere Beachtung fand dabei eine Verfassungsbeschwerde einer Mutter, die sich weigerte, den Namen des Erzeugers zu nennen und sich dabei auf ihre eigenen Persönlichkeitsrechte berief.¹⁰³ Der zugehörige Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 18. Januar 1988 (BvL 1589/97) erklärte ein Recht für nichteheliche Kinder auf Kenntnis ihres Vaters aufgrund des Art. 6 V GG sowie durch eine Entscheidung am 31. Januar 1989 (BvL 17/97) aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht (Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art 1 Abs. 1 GG), das auch das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung beinhalten.¹⁰⁴ Damit wurde bestätigt, dass Kinder ei-

⁹⁸ Vgl. Badenberg (2006).

⁹⁹ Vgl. Guggemos (1948), S. 59.

¹⁰⁰ Vgl. §§ 1596, 1597, 1598 BGB.

¹⁰¹ Vgl. Lange (1962).

¹⁰² Vgl. Badenberg (2006).

¹⁰³ Aus dem Beschluss „a) Im Ausgangsverfahren wurde die Beschwerdeführerin von ihrer 1959 geborenen nichtehelichen Tochter auf Auskunft über Namen und Anschrift des leiblichen Vaters in Anspruch genommen. Die Tochter war schon kurz nach der Geburt in ein Kinderheim gekommen und später von Pflegeeltern aufgezogen worden. Zur Begründung ihres Antrags trug sie vor, sie wolle die Identität ihres Vaters sowohl aus persönlichen Gründen als auch zur Geltendmachung von Erb- oder Erbersatzansprüchen erfahren. Außerdem habe sie ein Interesse daran, dass der Vater in Personenstandsbüchern und -urkunden genannt werde. Demgegenüber machte die Beschwerdeführerin insbesondere geltend, sie habe während der gesetzlichen Empfängniszeit mehreren Männern beigewohnt, die inzwischen verheiratet seien und in intakten Familien lebten. Sie brauche sie deshalb nicht zu benennen.“

¹⁰⁴ „Verständnis und Entfaltung der Individualität sind aber mit der Kenntnis der für sie konstitutiven Faktoren eng verbunden. Zu diesen zählt neben anderen die Abstammung. Sie legt nicht nur die genetische Ausstattung des Einzelnen fest und prägt so seine Persönlichkeit mit. Unabhängig davon nimmt sie auch

nen Auskunftsanspruch haben, ihren genetischen Ursprung zu erfahren. Allerdings verleiht das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung kein automatisches Recht auf die Verschaffung von Kenntnissen der eigenen Abstammung, sondern kann nur vor der Vor Enthaltung erlangbarer Informationen schützen.¹⁰⁵ Das Grundrecht gilt nur als Schutz- oder Abwehrrecht gegenüber dem Staat – berechtigt einen Bürger jedoch nicht dazu, von einer anderen Person Information zu erlangen.¹⁰⁶

5.1.4 Die Kinderkonvention der Vereinten Nationen

In diesem Zusammenhang steht auch die ratifizierte Kinderkonvention der Vereinten Nationen aus dem Jahre 1989. Die Konvention, die am 20. November 1989 von der UN-Generalversammlung beschlossen wurde, ist das erste Abkommen, das die internationale Anerkennung der Menschenrechte von Kindern festschreibt und in 54 Artikeln völkerrechtlich verbindliche Mindeststandards zum Wohle von Kindern und Jugendlichen im Alter bis 18 Jahren festlegt. Sie wurde inzwischen nahezu universell ratifiziert und gilt deshalb als das Menschenrechtsinstrument mit der höchsten Akzeptanz durch die internationale Staatengemeinschaft.

Die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte der Kinder hat für die Staaten, die sie ratifiziert haben, bindende Wirkung und verpflichtet diese dem Grundsatz nach zu, ggf. Anpassungen im nationalen Recht vorzunehmen.¹⁰⁷ Das bedeutet keine unmittelbare Rechtsanwendung dieser Vereinbarung, sondern vielmehr das Treffen von Gesetzgebungs- oder sonstigen Maßnahmen, die zur Verwirklichung dieser aus der Vereinbarung anerkannten Rechte dienen sollen. Mit Wirkung zum 05. April 1992 hat auch die Bundesrepublik diese Konvention unterzeichnet. Für die hier diskutierte Thematik besonders bedeutsam ist darin Artikel 7 der UN-Konvention:

„Das Kind ist unverzüglich nach seiner Geburt in ein Register einzutragen und hat das Recht auf einen Namen von Geburt an, das Recht, eine Staatsangehörigkeit zu erwerben, und soweit möglich das Recht, seine Eltern zu kennen und von ihnen betreut zu werden.“¹⁰⁸

im Bewusstsein des Einzelnen eine Schlüsselstellung für Individualitätsfindung und Selbstverständnis ein. Insofern hängt der Persönlichkeitswert der Kenntnis auch nicht von dem Maß an Aufklärung ab, das die Biologie derzeit über die Erbanlagen des Menschen, die für seine Lebensgestaltung bedeutsam sein können, zu vermitteln vermag. Bei Individualitätsfindung und Selbstverständnis handelt es sich vielmehr um einen vielschichtigen Vorgang, in dem biologisch gesicherte Erkenntnisse keineswegs allein ausschlaggebend sind. Als Individualisierungsmerkmal gehört die Abstammung zur Persönlichkeit, und die Kenntnis der Herkunft bietet dem Einzelnen unabhängig vom Ausmaß wissenschaftlicher Ergebnisse wichtige Anknüpfungspunkte für das Verständnis und die Entfaltung der eigenen Individualität. Daher umfasst das Persönlichkeitsrecht auch die Kenntnis der eigenen Abstammung.“ BVerfG, Urteil vom 31.01.1989, 1 BvL 17/87; BVerfGE 79, 256 f, S. 268-269.

¹⁰⁵ Vgl. Rotax (2007).

¹⁰⁶ Rotax (2007), S. 152.

¹⁰⁷ Vgl. Baer (1993).

¹⁰⁸ <http://www.ohchr.org/english/bodies/crc/index.htm>, amtliche deutsche Übersetzung u.a. <http://www.national-coalition.de/> [25.06.2010].

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

Zwar werden auch juristische Mindermeinungen vertreten,¹⁰⁹ die unter dem Begriff der „Eltern“ nur die „sozialen Eltern“ verstehen, welche nicht unbedingt mit den biologischen Eltern identisch sein müssen, aber herrschende Auffassung ist, dass allen Kindern – ungeachtet ihrer Zeugung innerhalb einer ehelichen, eheähnlichen, nichtehelichen oder außer-ehelichen Gemeinschaft – und damit auch unabhängig von der Frage, ob die Zeugung auf natürlichem Wege oder mit Hilfe der Fortpflanzungsmedizin erfolgte – das Recht zukommt, ihre biologischen Eltern zu kennen.

In einem weiteren Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom 26. April 1994 wurde auch die Verfassungswidrigkeit des § 1598 Hs. 2 BGB festgestellt, nach dem das Recht auf Wissen über die biologische Abstammung zeitlich befristet wäre. Dieser Paragraph sah eine nur zweijährige Frist vor, in der das Wissen über die eigene biologische Herkunft einklagbar wäre, die mit dem Eintritt in die Volljährigkeit beginne, unabhängig davon, ob der junge Erwachsene zu diesem Zeitpunkt überhaupt darüber informiert war, dass er nicht das biologische Kind seiner beiden sozialen Elternteile ist.

Umgesetzt wurde dieses Urteil schließlich im Jahre 1998 mit dem Inkrafttreten des Kindschaftsreformgesetzes,¹¹⁰ das die Möglichkeit des Kindes erweiterte, seine biologische Abstammung zu klären.

Dies ist auch die gegenwärtige Rechtslage, wonach sich aus § 1600b I, III BGB das Recht des Kindes ableitet, innerhalb einer Frist von zwei Jahren die Vaterschaft des sozialen Vaters anzufechten. Dabei beginnt diese Frist nicht mit der Volljährigkeit, sondern mit dem Tag der Erkenntnis der Umstände, die gegen die bislang angenommene Vaterschaft sprechen.

Es wurde deutlich, dass der Gesetzgeber und das Bundesverfassungsgericht dem Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen biologischen Abstammung einen hohen Stellenwert beimessen. Angefangen mit rein privatrechtlichen Fragen des Unterhalts hat sich die Rechtsprechung in ihren Begründungen in die Richtung entwickelt, dass sich dieses Recht auf Kenntnis bereits aus den allgemeinen Persönlichkeitsrechten ergibt. Obwohl es (zumindest in Deutschland) kein Gesetz gibt, das eine anonyme Samenspende grundsätzlich verbieten würde, kann dennoch keine unbedingte Anonymität garantiert werden. Die Frage nach dem Recht eines Kindes auf das Wissen seiner genetischen Abstammung wurde in verschiedenen gerichtlichen und gesetzgebenden Instanzen kontrovers diskutiert, und gemäß der aktuellen Rechtslage überwiegt das Recht auf Kenntnis der genetischen Abstammung das mögliche Recht des Samenspenders auf Anonymität.

5.1.5 Argumente gegen ein Grundrecht auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Jedoch haben die Beschlüsse und Urteile zur verfassungsrechtlichen Anerkennung des Rechtes auf Kenntnis der eigenen biologischen Abstammung auch vereinzelt Widersprüche hervorgerufen. Diese Stimmen widersprechen entweder der Wichtigkeit der genetischen Herkunft für die Selbstfindung oder sehen sogar Gefahren für die Entwicklung des Kindes. Beispielsweise hielt Elisabeth Koch den Wert der Erkenntnis der eigenen biologischen Abstammung für äußerst gering, so dass er „so gut wie gleich null sei“.¹¹¹ Sie begründet ihre

¹⁰⁹ Vgl. z.B. Pawlowski (1995).

¹¹⁰ BgBl (1997), S. 2943.

¹¹¹ Vgl. Koch (1990).

Ansicht mit den vielen nicht bekannten Größen der Auswahl, Dominanz und Kombination des im Einzelfall weitergegebenen Erbgutes, so dass kein Mensch aus der noch so genauen Kenntnis seiner Erzeuger eindeutige Rückschlüsse auf seine natürlichen Veranlagungen ziehen könnte. Damit wäre auch das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung für den Einzelnen „wertlos“.

Es ist sicherlich richtig, dass das Verhältnis der Prägung einer Person durch angebotene genetische Disposition einerseits und der Umwelteinflüsse andererseits nicht klar zu definieren ist, aber daraus zu folgern, dass die Frage bedeutungslos sei, scheint doch sehr zweifelhaft. Davon abgesehen steht nicht die Frage, ob die Erbanlagen oder eine postnatale oder frühkindliche Zuneigung der sozialen Eltern prägender für ein Kind sind, im Vordergrund, sondern der Wunsch eines Menschen zu erfahren, wer seine biologischen Erzeuger sind.

Ein weiteres Argument gegen das verfassungsmäßige Recht auf Kenntnis der biologischen Abstammung wurde von Hassenstein genannt, wonach diese Kenntnis keine Stütze, sondern eher eine Belastung darstelle, „wenn die leiblichen Vorfahren nicht identifikationswürdig seien, wie dies insbesondere für die ihr Kind zur Adoption freigebende Mutter angenommen wird.“¹¹² In diesem Falle sei die Eignung der biologischen Eltern als Vorbild- und Identifikationsfigur eher zweifelhaft. Wenngleich es sicherlich richtig ist, dass die Erlangung der Kenntnis über seinen genetischen Ursprung im Einzelfall zu Belastungen führen kann, sollte dies kein Argument sein, ein solches Recht grundsätzlich einzuschränken.

Überhaupt stammt ein Großteil der Argumentationen für die Annahme, dass gerade das genaue Wissen um seine genetische Abstammung zu Problemen führen kann, aus der Literatur über Adoption und nicht aus dem Umfeld der Spermenspendenbehandlung, weswegen auch gefragt werden muss, ob diese zwei Anwendungsfelder überhaupt vergleichbar sind.¹¹³ Kinder aus Donogener Insemination sind im Gegensatz zu zur Adoption freigegebenen Kindern immer Wunschkinder.

Auch im Falle einer Zeugung durch Donogene Insemination ist es durchaus denkbar, dass die Kontaktaufnahme eines Kindes mit dem Spermenspender zu negativen Erfahrungen führt. Allerdings kann allein die Möglichkeit einer negativen Erfahrung kein Argument gegen das Recht auf Kenntnis sein. Und auch die Überzeugung, dass es immer Kinder gegeben hat und geben wird, die ihre leiblichen Eltern nie kennen gelernt haben und auch ohne dieses Wissen ihre Persönlichkeit, ihren Platz in der Welt und persönliche Zufriedenheit gefunden haben, ist nicht gleichbedeutend damit, dass diese Menschen niemals den Drang verspüren, mehr über ihre Abstammung zu erfahren.

Auch wird es immer Fälle geben, bei denen die Durchsetzung des Kenntnisrechtes unmöglich sein wird (z.B. bei Findelkindern, die in Folge von Flucht und Vertreibung nach Kriegen nach ihren Eltern suchen, Fällen von anonymer Geburt, Nutzung der sog. „Babyklappe“ oder bei Vergewaltigungsoffern), aber daraus kann nicht geschlossen werden, dass man Kinder, die im Rahmen einer gut dokumentierbaren Donogenen Insemination gezeugt werden, ein solches Recht verwehren kann bzw. sollte. Dies gilt im Besonderen auch, weil im Gegensatz zur normalen Befruchtung stets von vornherein geplant ist, dass die daraus

¹¹² Hassenstein (1988), S. 122.

¹¹³ Vgl. Shenfield (1994).

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

hervorgehenden Kinder statusrechtlich nicht gemäß ihrer genetischen Herkunft zugeordnet werden.¹¹⁴

Schließlich würde auch gemäß dem Recht auf Gleichbehandlung nach Art. 3 Abs. 1 GG ein Kind aus Donogener Insemination willkürlich anders, d.h. ungleich gegenüber einem Kind behandelt, das auf natürlichem Wege oder mit Hilfe einer homologen assistierten Fortpflanzung gezeugt wurde. Eine Gleichbehandlung ist nur zu gewährleisten, wenn die Daten des biologischen Vaters aufbewahrt werden und dem Kind die Möglichkeit gegeben wird, diese einzusehen.¹¹⁵

5.1.6 Rechtliche Regelung

In ihrer Rede anlässlich des Humboldt-Forums am 29. Oktober 2003 mit dem Titel „Vom Zeugen zum Erzeugen? Verfassungsrechtliche und rechtspolitische Fragen der Bioethik“ hat auch die ehemalige Bundesjustizministerin Zypries Stellung zur Frage bezogen, ob der von ihr als „dritter Mann“ bezeichnete Samenspender anonym bleiben darf, was, wie ausgeführt, zur Folge hätte, dass das Kind seinen genetischen Erzeuger nicht identifizieren könnte. Sie bezieht sich auf die allgemeine Handlungsfreiheit nach Artikel 2 Abs. 1 GG, wonach die Freiheit einer fortpflanzungswilligen Frau geschützt wird, sich auf irgendeine mögliche Weise fortzupflanzen, und stellt diesem Recht das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung entgegen. Zu der Freiheit, sich auf irgendeine tatsächlich mögliche Weise fortzupflanzen, würde auch die Donogene Insemination gehören, weswegen hier zwei Grundrechte konfliktieren, die gegeneinander abgewogen werden müssen. Dabei weist sie darauf hin, dass der Artikel 2 des Grundgesetzes kein Recht auf Verschaffung von Informationen über die eigene Abstammung beinhaltet, sondern nur davor schützen könne, dass erlangbare Informationen vorenthalten werden. Daraus folgert sie:

„Wenn der Staat es unterlässt, anonyme Samenspenden zu unterbinden, so liegt darin also kein staatlicher Eingriff in das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner eigenen Abstammung.“¹¹⁶

Allerdings müsse der Staat die Grundrechte des Kindes insofern gewährleisten, als er konstitutive Bedingungen für das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung schaffe, die gleichzeitig mit der Handlungsfreiheit der fortpflanzungswilligen Frau und des potentiellen Samenspenders sowie der Berufsfreiheit der reproduktionsmedizinische Einrichtungen in Einklang zu bringen seien. Zypries kommt zu dem Schluss:

„Meines Erachtens führt eine Abwägung der betroffenen Grundrechte zu der Verpflichtung des Staates, die Zeugung von Kindern mittels anonymer Samenspenden möglichst zu unterbinden. Der Kenntnis der eigenen Abstammung kommt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts ein hoher Stellenwert zu – die genannte Schlüsselstellung für die eigene Individualitätsfindung und das eigene Selbstverständnis belegen dies. Die Handlungsfreiheit der Frau und des Samenspenders

¹¹⁴ Vgl. Mansees (1988).

¹¹⁵ Vgl. Donhauser (1996).

¹¹⁶ Zypries (2003), Abs. IV.

sowie die Berufsfreiheit der sonstigen Beteiligten müssen aus meiner Sicht dahinter zurücktreten.“¹¹⁷

Obwohl mehrfach dargelegt, hat die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zum Recht der Kenntnis auf eigene Abstammung jedoch zu keiner Gesetzesänderung geführt, weswegen auch die anonyme Samenspende „juristisches Niemandsland – nicht verboten, aber rechtlich weitgehend ungeregelt“ bleibt.¹¹⁸

Gemäß der UNO-Konvention über die Rechte der Kinder und den Entscheidungen des Verfassungsgerichtes ist es unstrittig, dass es in Deutschland das Persönlichkeitsrecht auf Kenntnis der genetischen Wurzeln gibt. Dies führt fern ab der Frage, ob die Kinder über ihre Zeugung aufgeklärt werden, dazu, dass die Reproduktionsmedizin keine Anonymität für den Spender garantieren kann.

Vielmehr ist es ihre Aufgabe, alle Spenderdaten sorgfältig zu dokumentieren, um nicht am Ende selbst regresspflichtig zu sein, wenn durch mangelnde Datenaufbewahrung einem anfragenden Kind, das aus einer Donogenen Insemination hervorgegangen ist, keine Auskunft über seinen biologischen Erzeuger gegeben werden kann. Es gibt zwar keinen belegten Fall dafür, dass sich ein Mediziner regresspflichtig gemacht hätte, wie es auch keinen Fall gibt, in dem ein Kind gerichtlich gegen einen Reproduktionsmediziner vorgegangen wäre. Aber auch ohne die gesetzliche Vorschrift, dem Samenspender keine Anonymität zusichern zu dürfen, darf angenommen werden, dass – sollte es einmal zu einer Klage eines DI-Kindes auf Offenlegung der Daten über seinen genetischen Vater kommen – auf der Basis der bisherigen Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes dieser sowohl die Daten des Spenders herausgeben, als auch dafür haften müsse, wenn er dies wegen mangelnder Dokumentation nicht könnte.

5.1.7 Ethische Bewertung

Im Gegensatz zu den sozialen Vaterpflichten, die sich nicht unmittelbar aus der genetischen Abstammung eines DI-Kindes von einem Samenspender ableiten lassen, besteht keine Möglichkeit, die genetische Vaterschaft ebenso zu delegieren. Vollkommen unabhängig davon, ob seitens des DI-Kindes der Wunsch besteht zu erfahren, wessen genetischer Nachkomme es ist und ebenso unabhängig davon, ob die Beantwortung dieser Frage dem DI-Kind gefällt, ist es nicht mit einer verantwortungsvollen Elternschaft vereinbar, sich in die Anonymität zu flüchten. So wie kein Kind es sich aussuchen kann, welche Eltern es hat, so kann kein Erzeuger, im Besonderen kein Samenspender, der sogar schriftlich erklärt, dass seine Keimzellen nur für den einen Zweck genutzt werden sollen, um ein Kind damit zu zeugen, die damit verbundene Verantwortung negieren. Auch nicht mit dem Verweis, einem kinderlosen Paar zu helfen, da diese Verantwortung dem Kind gegenüber entsteht, nicht den Wunscheltern. Insofern wäre es zu begrüßen, wenn die herrschende Praxis der nicht länger garantierbaren Anonymität auch gesetzlich verankert wäre.

¹¹⁷ Ebenda.

¹¹⁸ Spiewak (2002), S. 4.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

5.2 Spezifische Probleme der Spendersamengewinnung und Insemination

In diesem Abschnitt werden die sich aus der spezifischen Praxis der Spendersamengewinnung ergebenden Problemfelder untersucht. Als erstes wird dafür kurz auf mögliche ethische Fragen bei der Gewinnung von Samenzellen und der Fremdsamen-Inseminationstherapien allgemein eingegangen, bevor das Auswahlverfahren der Spender unter medizinischen und psychosozialen Gesichtspunkten auf ethische Probleme hin analysiert wird. Hierbei steht der Reproduktionsmediziner mit seinen Handlungsoptionen im Mittelpunkt.¹¹⁹ Der aus ethischer Sicht zentralere zweite Teil beschäftigt sich ausführlich mit der Frage, ob einem potentiellen Samenspender überhaupt genügend Informationen im Sinne des Informed-Consent-Prinzips durch ärztliche Aufklärung zur Verfügung gestellt werden können, um die Tragweite seiner Entscheidung zu überblicken. Daher ist auch der ärztlichen Aufklärungspflicht ein eigener Abschnitt gewidmet.

5.2.1 Die Gewinnung von Spendersamen

Der Samenspender unterzieht sich einer Prozedur, die für ihn keinen persönlichen gesundheitlichen Nutzen hat. Allerdings darf bei einer Samengewinnung durch Masturbation davon ausgegangen werden, dass auf Spenderseite auch kein medizinisches Risiko besteht. Gleichwohl stellt sich die Frage, ob es mit der Würde des Spenders vereinbar ist, dass er auf seine biologische Reproduktionsfähigkeit reduziert wird. Dem kann entgegengehalten werden, dass der Spender im sicheren Bewusstsein seinen Samen zur Verfügung stellt, dass damit einem kinderlosen Paar geholfen werden kann. Entsprechende Bedenken fallen somit weg, wenn die Spende mit der Zustimmung des Spenders erfolgt. Weiterhin kann der Keimzellenspender auf Grund seines Rechts, über die eigene Fortpflanzung zu bestimmen, die Verwendung seiner Keimzellen zur Befruchtung bestimmter Personengruppen beschränken. Daher ist die Gewinnung einer Samenspende als ethisch unproblematisch zu bezeichnen.

5.2.2 Keine Insemination mit Spermien toter Spender

Da im Gegensatz zur normalen Fortpflanzung bei der Behandlung mit Spendersamen der Zeitpunkt der Ejakulation nicht identisch mit dem Befruchtungsversuch einer Eizelle ist, ist der Spender verpflichtet, Vorkehrungen dahingehend zu treffen, dass die Samenbank im Falle seines Todes durch Dritte informiert wird. Damit soll sichergestellt werden, dass keine künstlichen Befruchtungen mit Spermien eines Toten durchgeführt werden, wie es § 4.1.3 Embryonenschutzgesetzes fordert, in dem es heißt:

- „(1) Mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe wird bestraft, wer [...] 3. wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tode künstlich befruchtet.
- (2) Nicht bestraft wird im Fall des Absatzes 1 Nr. 3 die Frau, bei der die künstliche Befruchtung vorgenommen wird.“

Für die Praxis der Donogenen Insemination hat dieser Paragraph jedoch wenig Bedeutung, da sich auch der Reproduktionsmediziner erst in dem Moment strafbar machen würde, in dem er – von den Hinterbliebenen des Spenders über dessen Tode informiert – die Sa-

¹¹⁹ Das angegebene Handlungsregime richtet sich nach dem vom Arbeitskreis Donogene Insemination veröffentlichten Richtlinien, vgl. ADI (2006).

menspende dennoch mit direktem Vorsatz weiter verwendet.¹²⁰ Im gegebenen Fall würde die Insemination von Spermien eines toten Spenders für ein aufgeklärtes DI-Kind bedeuten, dass es selbst dann keinen persönlichen Kontakt mehr mit seinem genetischen Vater herstellen könnte. Da aber schlechterdings kein Verbot an einen Samenspende ergehen kann, nicht zu versterben, bis ein Kind aus seiner Samenspende möglicherweise Kontakt sucht, kann diese gesetzliche Regelung aus ethischer Sicht nicht generell gegen eine Fremdsamenbefruchtung sprechen.

5.2.3 Minimierung der Inzest-Gefahr

Der zweite Punkt ist das schriftlich niederzulegende Einverständnis des Samenspenders, keiner weiteren Samenbank als Spender zur Verfügung zu stehen. Jeder Spender soll nur an einem Samenspendeprozess teilnehmen, um die Inzestproblematik möglichst gering zu halten. Darum soll vermieden werden, dass es durch unkontrollierte Teilnahme an vielen Samenspendeprogrammen eine nicht überschaubare Anzahl von Halbgeschwistern gibt, die mit dem Samen eines einzelnen Spenders gezeugt wurden.¹²¹

Eine niederländische Studie von de Boer hat das statistische Risiko einer Partnerschaft durch biologische Halbgeschwister, die aus Donogener Insemination hervorgegangen sind, errechnet und dabei festgestellt, dass es sich nicht erhöht, solange eine Kinderzahl von 32 pro Spender nicht überschritten wird.¹²² Allerdings ist unter Mathematikern umstritten, wie dieses statistische Risiko zu berechnen ist. So gilt sowohl in Österreich bei 8,1 Millionen Einwohnern als auch in Indien bei knapp 1,1 Milliarden Einwohnern eine identische Begrenzung auf zehn Nachkommen pro Spender.¹²³ In der deutschen Praxis ziehen Reproduktionsmediziner eine Grenze bei 15 lebenden Nachkommen, wobei bei erwiesener Fertilität des Spenders (d.h. wenn er schon eigene Kinder hat) diese mit eingerechnet werden.¹²⁴ Selbstverständlich steht es einem Samenspende offen, nach seiner Teilnahme an einem Samenspendeprozess noch beliebig viele weitere Kinder zu zeugen. Für die genetische Population insgesamt haben Inzestverbindungen von Geschwistern laut Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik jedoch ohnehin „keinen nennenswerten Einfluss.“¹²⁵

Letztendlich bleibt die Inzest-Gefahr statistisch gesehen eine sehr geringes, jedoch nicht gänzlich auszuschließendes Risiko, solange der Großteil der DI-Kinder nicht von ihren Eltern über die Umstände ihrer Zeugung aufgeklärt werden und es kein zentrales Register gibt, in dem sie notfalls anfragen können, ob nicht der Lebenspartner, mit dem man sich fortzupflanzen gedenkt, zufällig auch den selben genetischen Vater hat.

Weder der Vorgang der Samenspende an sich, noch die gesetzlich einzuhaltenden Regelungen bezüglich der Vermeidung von Inzest und das Verbot der künstlichen Befruchtung mit dem Samen eines Toten sprechen gegen eine Zulassung der Donogenen Insemination.

¹²⁰ Coester-Waltjen (2002), S. 186.

¹²¹ ADI (2006), Art. 10.

¹²² Vgl. de Boer/Oosterwijk/Rigters (1995).

¹²³ Vgl. Sawyer/McDonald (2008); Wang et al. (2007).

¹²⁴ ADI (2006), Art. 10.

¹²⁵ Vgl. GfH (2008).

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

5.2.4 Dokumentationspflicht

Auf Seiten der Reproduktionsmedizin erwächst aus dem Recht auf Kenntnis der eigenen genetischen Herkunft die Verpflichtung, dafür Sorge zu tragen, dass die Dokumente rund um die Donogene Insemination vollständig und langfristig aufbewahrt werden. Zudem gilt es sicherzustellen, dass *ein* biologischer Vater eindeutig festzustellen ist, was eine Verwendung von Mischsperma generell ausschließt.¹²⁶

Die Arzthaftung kann dann eintreten, wenn der Samenspender später nicht mehr zu identifizieren sein sollte. Ebendies kann auf Grund des Persönlichkeitsrechtes des Kindes zu einer Schadenersatzpflicht des Arztes führen, da eine Benennung des biologischen Vaters logische Voraussetzung dafür ist, gegenüber dem Erzeuger eine Klage auf Feststellung der Vaterschaft zu erzielen (vgl. Kapitel 5.1.3).

Der Konjunktiv wird hierbei gewählt, weil es auf Grund der gesetzlich nicht geregelten Lage weiterhin unklar erscheint, welche Ansprüche des Kindes gegen wen überhaupt einklagbar sind. Vieles spricht jedoch dafür, dass eine unterlassene oder unzureichende Dokumentationspflicht auf Seiten der Reproduktionsmediziner diese Rechtsfolgen nach sich ziehen könnte.

Eine Feststellung der Spenderdaten ist nur möglich, wenn die Daten aufbewahrt werden. Allerdings ist die minimale Aufbewahrungsfrist der Daten nicht gesetzlich geregelt; sie lässt sich nur aus den Persönlichkeitsrechten des Kindes ableiten. Es galt sogar als fraglich, ob die Daten überhaupt der 10-Jahres-Regelungen für medizinische Daten unterliegen.¹²⁷ Mit der EU-Geweberichtlinie¹²⁸ aus dem Jahre 2004 wurde erstmals festgesetzt, dass die Daten mindestens 30 Jahre aufbewahrt werden müssen. Aufbauend auf dieser Regelung schreiben sowohl die Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination als auch die novellierte Fassung der Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion eine 30-jährige Aufbewahrung vor.¹²⁹

Zwar mag eine 30-jährige Aufbewahrungsfrist auf den ersten Blick eine lange Zeitspanne sein, jedoch sieht die Gesetzeslage, wie oben beschrieben, vor, dass die Frist für die Durchführung einer Vaterschaftsanfechtung zwei Jahre ab dem Zeitpunkt beträgt, an dem das DI-Kind vom Auseinanderfallen von sozialem und biologischem Vater erfährt. Sollten die Eltern ihr Kind nicht aufklären, ist es durchaus denkbar, dass dieses erst nach deren Tod das „Kind“ von den Umständen seiner Zeugung erfährt. Vor diesem Hintergrund scheinen 30 Jahre unzureichend, da auch das Persönlichkeitsrecht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung nicht mit einem bestimmten Lebensalter erlischt.

Daher ist dem Arbeitskreis für Donogene Insemination voll beizupflichten, der „sich in Zukunft weiterhin für die Schaffung eines zentralen behördlichen Registers ein[setzt], in dem alle Daten von Spendern und Kindern aus der Spendersamenbehandlung in Deutschland gesammelt werden, um es Kindern aus einer Spendersamenbehandlung zu ermöglichen, lebenslang Informationen über die genetische Herkunft zu erlangen.“¹³⁰

¹²⁶ Vgl. Schreiber (2004).

¹²⁷ Vgl. Katzorke (2003).

¹²⁸ Vgl. Geweberichtlinie (2004).

¹²⁹ Vgl. ADI (2006), Art. 7; BÄK (2006).

¹³⁰ ADI (2006), Art. 16.

Ein Beispiel für ein lebenslanges Aufbewahren der Spenderdaten in einem zentralen Archiv bietet Großbritannien, wo der seit 1990 gültige „Human Fertilisation and Embryology Act“ verfügt, die Daten zentral zu speichern, um sicherzustellen, dass (1) der Spender identifiziert werden kann, wenn sich herausstellen sollte, dass Erbkrankheiten vorliegen, die man im Screening nicht erkannt hatte, um so weitere Aktivitäten des betreffenden Samenspenders, bzw. noch nicht verwendeter Spenden zu verhindern, (2) herausgefunden werden kann, ob es eine inzestuöse verwandtschaftliche Verbindung zu einer/m möglichen Partner/in gibt und (3), dass man die Daten zur Verfügung hat, sollte eine Gesetzesänderung dazu führen, dass die Anonymität aufgegeben wird.¹³¹ Letzteres geschah 2005, allerdings nicht rückwirkend auf die vor einem bestimmten Stichtag verwendeten Spendersamen. Auch in der Schweiz regelt das Fortpflanzungsmedizinengesetz (Art. 26 des Schweizerischen Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung [FmedG]), dass jedes geborene Kind aus einer Spenderinsemination zusammen mit den Personalien der Eltern und des Spenders an das Bundesamt für Justiz (Amt für das eidgenössische Zivilstandswesen) in Bern gemeldet werden muss, wo sie 80 Jahre aufbewahrt werden. Dort hat das Kind mit Erreichen der Volljährigkeit die Möglichkeit, Einzelheiten über den Spender zu erfahren. Ebenfalls regelt Österreich den Umgang mit Spenderdaten gesetzlich. Gemäß § 18 Abs. 3 des Österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes (FortpflanzungsmedizinG), müssen die Daten über 30 Jahre in der entsprechenden medizinischen Einrichtung, danach bei einer staatlichen Stelle auf Dauer aufbewahrt werden.

5.3 Das Auswahlverfahren der Samenspender

Um einem Infektionsrisiko bei der zu behandelnden Wunschmutter, aber auch deren Partner (beispielsweise bei HIV) und bei dem entstehenden Kind vorzubeugen, aber auch um das Risiko einer genetischen Störung beim DI-Kind zu verringern, durchläuft jeder angehende Spender ein Screening. Diese erste Untersuchung soll sicherstellen, dass der Samenspender frei von bestimmten Erregern ist.¹³² Nach einer Lagerung der gefrorenen Spendersamenprobe von mindestens 180 Tagen erfolgt eine weitere serologische Untersuchung auf HIV, Hepatitis B/C und CMV, bevor die Samenspende einer therapeutischen Anwendung zugeführt werden darf. Bei der Auswahl der Spender durch den Arzt soll in einem ausführlichen Gespräch die Familienanamnese mit genetischem Stammbaum besprochen werden. Spender mit bekannten autosomal-dominanten Erkrankungen oder autosomal-rezessiven Anlagen sind von dem Spendeprogramm auszuschließen. Führt die Anamnese zu dem Ergebnis, dass es ein gehäuftes Auftreten einiger erblicher Krankheiten¹³³ in der Familie des Spenders gibt, ist er ebenfalls auszuschließen. Zytogenetische oder molekulargenetische Screeninguntersuchungen werden bei Spendern dagegen nur durchgeführt, wenn die Wunscheltern eine solche Untersuchung anstreben und die Kosten dafür übernehmen.

¹³¹ Vgl. Morgan/Lee (1991).

¹³² HIV 1/2, Hepatitis B, Hepatitis C, Chlamydia trachomatis, CMV, Treponema pallidum, Neisseria gonorrhoe: ADI (2006), Art. 11.1.

¹³³ Familiäre Fettstoffwechselstörungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, Epilepsie, juveniler Diabetes, Asthma, Rheuma, Psoriasis, familiäre Herzfehler, Psychosen und juvenile Hypertonie: ADI (2006), Art. 11.2.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

Neben der medizinischen Untersuchung hat der Arzt in den Vorgesprächen nach möglichen Ausschlusskriterien zu suchen. Dabei gilt es, sich Kenntnis über den „psychosozialen Status, Gesundheitszustand und die Erkrankungen des Spenders, seiner Familie und Blutsverwandten zu verschaffen. Hier ist insbesondere auf genetisch bedingte Erkrankungen und chronisch familiäre Erkrankungen, die eine genetische Veranlagung vermuten lassen, zu achten.“¹³⁴ Wesentliche Auswahlkriterien für Spender sind das Alter (18 bis 40 Jahre) und „ein durchschnittlicher Habitus ohne besondere körperliche Merkmale, da „[e]in körperlich oder geistig kranker oder ein kriminell veranlagter Samenspender [...] nicht geeignet [ist].“¹³⁵

Der potentielle Spender darf keiner Risikogruppe angehören, bei der sexuell oder auf dem Blutweg übertragbare Erkrankungen statistisch gehäuft vorkommen als in der Normalbevölkerung (z.B. bei Homosexualität, bekannter Promiskuität [sic!] oder Drogenabhängigkeit¹³⁶). Männer, die den Risikogruppen für übertragbare Krankheiten angehören, dürfen ebenfalls kein Sperma spenden. Zur Veranschaulichung können die Kriterien der Samenbank „Cryostore“ gelten:

„Wenn Sie gesund, keine körperlichen oder geistigen Auffälligkeiten zeigen und nicht von Alkohol, Medikamenten oder Drogen abhängig sind, wenn Sie zudem zwischen 18 und 38 Jahre alt sind, können Sie bei uns Samenspender werden. Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass homosexuelle Männer aufgrund des erhöhten Risikos für HIV nicht als Samenspender akzeptiert werden. Wir bevorzugen Spenderanwärter, die sozial angepasst sind, keine Vorstrafen aufweisen, nicht zu übergewichtig sind und über höheren Bildungsabschluss verfügen. Bei Ihnen und in Ihrer blutsverwandten Familie dürfen keine Erbkrankheiten oder chronischen Erkrankungen wie Diabetes (Zuckerkrankheit), Asthma, Rheuma, Allergien, Geisteserkrankungen oder Bluthochdruck vorliegen.“¹³⁷

Da der Spendersamen im Rahmen der Donogenen Insemination eingeführt wird, muss zudem auch geprüft werden, ob der Spendersamen noch den qualitativen Anforderungen genügt, wenn er kryokonserviert und für die Insemination wieder aufgetaut wird.

Ein wichtiger Aspekt ist das genetische Screening, um potentielle gesundheitliche Belastungen für das zu zeugende Kind zu minimieren. Gänzlich ausgeschlossen werden kann das Risiko einer genetischen oder erblichen Erkrankung bei der Donogenen Insemination nicht. Studien belegen jedoch, dass die statistische Häufigkeit einer solchen Erkrankung sich nicht von der natürlich gezeugter Kinder unterscheidet.¹³⁸ Dazu erfolgt eine umfangreiche Aufklärung über die möglichen Risiken durch den Arzt, bevor der Samenspender schließlich zustimmen kann, mit der Samenbank eine vertragliche Vereinbarung abzuschließen, bei der er zur Verwendung seines Samens für die therapeutische Maßnahme zustimmt und sich weiterhin verpflichtet, alle notwendigen Auskünfte über sich, seine Familie und mögliche Risiken zu gewähren. Dies gilt auch für möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt notwendig werdende weitere Untersuchungen. Um das Recht des Kindes auf

¹³⁴ DI (2006), Art. 10.

¹³⁵ Katzorke (2003), S. 86.

¹³⁶ ADI (2006), Art. 10.

¹³⁷ <http://www.cryostore.de/4833.html> [24.06.2011].

¹³⁸ Vgl. Lansac/Royère (2001); Garrido et al. (2002).

Kenntnis seiner genetischen Herkunft zu sichern und auch um einen „Typenangleich“, also die Anpassung an Merkmale der Wunscheltern (vgl. Kapitel 8) vornehmen zu können, werden neben vollständigem Namen und Geburtsdatum sowie behördlich angemeldetem Wohnort auch Blutgruppe, Rhesusfaktor, Körpergröße, Körperstatur, Ethnie, Haar- und Augenfarbe, ggf. Beruf und persönliche Interessen registriert.

Während die medizinisch implizierten Screenings als ethisch unbedenklich zu bezeichnen sind, da weder Techniken zum Tragen kommen, die nicht auch bei humangenetischen Beratungen für natürliche Eltern angeboten werden, noch Untersuchungen durchgeführt werden, in die der Samenspender nicht eingewilligt hat, stellt sich die Frage nach der Rolle des Arztes bei der Auswahl der Spender bei nicht klinisch indizierten Kriterien. Hier könnte man argumentieren, dass die ultimative Auswahl oder Ablehnung des Spenders durch den Arzt eine stark paternalistische Komponente hat, da er gleichsam durch die Entscheidung, einen Spender aus psychosozialen Gründen auszuschließen, der ihm beispielsweise persönlich unsympathisch erscheint, den Fortpflanzungswillen desjenigen Spenders beeinträchtigt. Allerdings kann es kein Recht darauf geben, als Samenspender angenommen oder in ein Samenspenderprogramm aufgenommen zu werden. Und da es sich nicht um eine Pflicht- oder Notfallbehandlung handelt, unterliegt die Auswahl allein der ärztlichen Verantwortung. Fraglich bleibt, wie sicherzustellen ist, dass der potentielle Spender über alle nötigen Informationen zur Familienanamnese verfügt und ob man nicht auch adoptierte Spender grundsätzlich ausschließen müsste, da nicht angenommen werden kann, dass sie über ihren genetischen Stammbaum Aussagen machen können. Dieser Einwand gilt im Übrigen auch für unaufgeklärte DI-Kinder, die theoretisch ja auch als Samenspender auftreten können. Das Problem möglicher familiärer Erbkrankheiten, deren sich der potentielle Spender nicht bewusst ist, tritt aber auch bei der natürlichen Fortpflanzung auf. Und da, wie angesprochen, keine Studien vorliegen, die für ein höheres Maß an Erbkrankheiten bei DI-Kindern sprechen, scheint diese Sorge vernachlässigbar.

Weiterhin läuft der Mediziner Gefahr, sich dem Vorwurf der Eugenik auszusetzen (vgl. Kapitel 8), wenn man beispielsweise einen potentiellen Spender wegen einer kriminellen Vergangenheit ausschließt. Aber auch hier muss das Recht des Arztes Vorrang haben, aus Gewissensgründen bestimmte Spender auszuschließen. Wie schwierig es ist, aus den Spendewilligen diejenigen auszuwählen, die tatsächlich als Spender in Frage kommen, zeigt eine britische Studie, die wegen vergleichbarer Voraussetzungen zum deutschen Spenderscreeningsystem herangezogen werden darf: Retrospektiv wurden in einer englischen Fertilisationsklinik die Akten von 1101 potentiellen Spendern untersucht,¹³⁹ die sich in einer Samenbank angemeldet hatten. Nach Beendigung aller Untersuchungen und Aufklärungsgespräche blieben nur 3,63 % schließlich als Samenspender übrig. 30,79 % traten freiwillig im Laufe des Verfahrens zurück, während 64,48 % zurückgewiesen wurden. – zumeist (85,07 %) aus dem Grund einer zu geringen vorliegenden Samenqualität. Fast 62 % zogen sich schon vor den medizinischen Untersuchungen wieder zurück, wohl – so vermuten die Autoren – weil sie keine Auskunft über ihre persönliche Geschichte, sexuelle Orientierung, etwaige sexuell übertragbare Krankheiten etc. geben wollten oder den ganzen Recruitment-Prozess ablehnten.

¹³⁹ Vgl. Paul/Harbottle/Stewart (2006).

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

Bei einer vom National Gamete Donation Trust (NGDT) unterstützten britischen Studie¹⁴⁰ über mögliche Schwierigkeiten bei der Rekrutierung von Samen- (und Eizellen-)spendern wurden 64 britische Reproduktionskliniken befragt. Als das größte Problem beim Rekrutieren von Samenspendern zeigte sich auch hier die Tatsache, dass ein hoher Prozentsatz von Spendern nach dem Screening-Prozess abgelehnt werden musste.

5.3.1 Informed Consent

Das Prinzip des Informed Consent besagt, dass keine medizinische Maßnahme vorgenommen werden darf, der nicht eine umfassende Information des Patienten vorausgegangen ist und zu welcher der Patient nicht ausdrücklich zugestimmt hat. Das Konzept fußt auf dem autonomen Selbstbestimmungsrecht des Patienten, die sich auf seine Freiheit, Integrität und Würde stützt.¹⁴¹ Elisabeth Hildt fasst dabei die Autonomie so auf, dass es gilt, den Patienten „möglichst selbst über den weiteren Verlauf der Behandlung und damit über seine zukünftige Lebenssituation entscheiden zu lassen [...]“.¹⁴²

Dazu gehört (neben der Fähigkeit, eine getroffene Wahl auch artikulieren zu können) auch die Fähigkeit, alle relevanten Informationen zu verstehen und diese Informationen auf der Basis der persönlichen Situation richtig einschätzen zu können.¹⁴³

Wie kann aber ein Spender der Nutzung seines Samens in der Reproduktionsmedizin informiert zustimmen, wenn es unmöglich ist auszusagen, welche konkreten Folgen es haben wird? Liegen überhaupt ausreichend Informationen vor, um eine rational begründete Entscheidung zu treffen? Es kommt besonders dann zu einem Problem, wenn das Bestreben, eine Zustimmung zu einem bestimmten Verfahren zu erhalten, nicht zu einer ausgewogenen Darstellung von Nutzen und Risiken führt. Das kann von einer persönlichen Neigung herrühren, die Risiken tendenziell zu verschwiegen, aber auch im System selbst liegen. Dies ist insbesondere dann anzunehmen, wenn der Anreiz zur Zustimmung so hoch oder auf die momentanen Bedürfnisse des Spenders zugeschnitten ist, dass die Risiken, die zudem in einer weit entfernten Zukunft liegen, zu überdecken drohen.

5.3.2 Aufklärung

Von Seiten des Reproduktionsmediziners ist der Spender darüber aufzuklären, dass er keinen Anspruch auf Informationen darüber hat, welche Wunscheltern seine Samenzellen verwendet haben oder ob Kinder mit Hilfe seiner Spende hervorgegangen sind – oder, anders ausgedrückt, ob er überhaupt genetischer Vater eines Kindes geworden ist. Selbstverständlich muss der Spender ebenso darüber informiert werden, dass ein mögliches Kind Anspruch darauf hat, die Identität des Spenders zu erfahren, wenn es die Volljährigkeit erlangt. Ein weiterer Punkt ist die Aufklärung darüber, dass Regelungen getroffen werden können, sollte der Spender seine ursprüngliche Einwilligung zur Weitergabe seines Spermens später widerrufen (vorausgesetzt, der Samen wurde noch nicht inseminiert).

Wichtiger Aufklärungspunkt sind die möglichen juristischen Folgen, die besonders im finanziellen Bereich weitreichend sein können, wenn der gespendete Samen einem Wunschelternpaar zu einem Kind verhilft. Sollte gerichtlich die Vaterschaft des Spenders

¹⁴⁰ Vgl. Murry/Golombok (2000).

¹⁴¹ Vgl. Hildt (2006), S. 124.

¹⁴² Hildt (2006), S. 132.

¹⁴³ Vgl. Hildt (2006), S. 138; Beauchamp (1986).

festgestellt werden, so wäre der Mediziner verpflichtet, die Identität des Spenders offen zu legen. Wie detailliert diese juristische Aufklärung erfolgen muss, ist umstritten – und es ist fraglich, ob nicht eine verpflichtende juristische Fachberatung erfolgen sollte, wie beispielsweise Coester-Waltjen sie gefordert hat:

„Wenn der Gesetzgeber die Ausübung der Privatautonomie beispielsweise bei Grundstückskaufverträgen an eine vorherige notarielle Beratung knüpfen kann, dann ist dies erst recht bei der sehr viel weitreichenden Folgen zeitigende Fortpflanzung möglich [...]“. ¹⁴⁴

(a) Juristische Aufklärung

Berechtigterweise darf wohl davon ausgegangen werden, dass bei dem überwiegenden Teil der Samenspender kein Interesse vorhanden ist, eine Vaterrolle für das im Rahmen einer Donogenen Insemination gezeugte Kind zu übernehmen. Und doch gehört es zu den primären Aufklärungspflichten des Arztes, einen potentiellen Samenspender darüber zu informieren, dass er nach geltendem deutschen Recht durch die Donogene Insemination nicht nur der biologische Vater eines Kindes werden kann, sondern dass die – zumindest theoretische – Chance besteht, dass er auch als sozialer Vater herangezogen werden könnte. Soziale Vaterschaft ist mit umfangreichen Verpflichtungen verknüpft, die sich aus dem Unterhalts- und Erbrecht ergeben. Zwar bietet die schriftliche Vereinbarung mit den Wunscheltern, in denen alle Rechte und Pflichten der beteiligten Personen auf der Basis der geltenden Gesetze geregelt und notariell beurkundet werden, einen relativen Schutz, aber desungeachtet können erhebliche finanzielle Forderungen auf den Spender zukommen. (vgl. Kapitel 5.1). Daher umfassen weitere Aufklärungspflichten von ärztlicher Seite die Darlegung von möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung des Spendersamens,¹⁴⁵ ebenso wie die erforderliche Dokumentation bezüglich der Identität des Samenspenders, dessen Zustimmung zur Nutzung seines Samens und dessen Verzicht auf Anonymität im Falle einer an ihn gerichteten Forderung des gezeugten Kindes auf Bekanntgabe der väterlichen Identität.¹⁴⁶

(b) Psychosoziale Beratung und langfristige Probleme

Weiterhin soll der Spender darauf hingewiesen werden, dass er vor, während und nach der Spende die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hat.¹⁴⁷ Diese Möglichkeit, die erst 2006 mit der Richtlinienovellierung des Arbeitskreises für Donogene Insemination aufgegriffen wurde, scheint besonders sinnvoll, wenn man die möglichen psychologischen und sozialen Problemfelder betrachtet, mit denen sich ein Spender auseinandergesetzt haben sollte, bevor er einer Spende zustimmt.

Das Hauptbedenken gegen die anonyme Samenspende besteht in den möglichen psychischen Risiken, die vielleicht erst Jahre nach der Spende in gewissen sozialen Konstellationen auftreten könnten, die einem jungen potentiellen Samenspender im Moment seiner Entscheidung als wenig lebensnah erscheinen.

¹⁴⁴ Coester-Waltjen (2002), S. 196.

¹⁴⁵ BÄK (2006), Art. 5.3.3.

¹⁴⁶ Ebenda.

¹⁴⁷ ADI (2006), Art. 10.9.

5. Das Verfahren der Donogenen Insemination

Dazu gehört die Frage, ob sich potentielle Samenspender damit auseinandergesetzt haben, welche Verantwortung sie auf sich nehmen. Sollte es nämlich aus diagnostisch-therapeutischen Gründen für das Kind notwendig sein, mehr Informationen über seinen genetischen Vater zu erlangen und es nicht ausreicht, den anonymisierten genetischen Code des Samenspenders zu haben, könnte der Arzt gerichtlich verpflichtet werden, erneut auf den Samenspender zuzugehen und weitere Untersuchungen zu veranlassen. Natürlich besteht keine rechtliche Pflicht auf Seiten des Spenders, als genetischer Verwandter ersten Grades seinem Kind im Extremfall z.B. eine eventuell lebenswichtige Stammzell- oder gar Organspende zukommen zu lassen, er wird sich aber kaum dem psychischen Druck entziehen können, sollte wirklich eine Anfrage nach Hilfe kommen.

Dabei weiß der Spender auch nicht, ob vielleicht auch weitere seiner Kinder – vornehmlich die, die er mit einer eigenen Partnerin zeugen will oder gezeugt hat –, eine ähnliche erblich bedingte Krankheit tragen, da Samenspender keinen Anspruch auf Auskünfte über die im Rahmen des Spendeverfahrens angefertigten Untersuchungsbefunde haben. Allerdings gilt die Richtlinie, dass eine genetische Abklärung des Spenders von der Samenbank veranlasst wird, sollte sich beispielsweise im Rahmen der Abortdiagnostik bei einem Wunschelternpaar der Verdacht auf eine genetische Störung des Spenders feststellen.

Denkbar ist auch, dass es für den Samenspender emotionale Probleme mit sich bringt zu realisieren, dass er nicht weiß, ob irgendwo ein Kind mit seinen Genen existiert, das er nie kennen lernen wird. Wie wird man damit umgehen, wenn man durch eine Samenspende vielleicht unbekanntenen Frauen hilft, eigene biologische Kinder auf die Welt zu bringen, aber vielleicht später selbst zeugungsunfähig wird und dann keine Kinder mehr haben kann, wenn man es sich mit der eigenen Partnerin wünscht? Von der Inzest-Problematik ganz abgesehen, haben vielleicht auch die möglichen Kinder in der eigenen Partnerschaft mehrere Halbgeschwister, die unbekannt in fremden Familien leben. Vielleicht kommt es aber auch gar nicht zu Kindern in einer Partnerschaft, weil eine spätere mögliche Partnerin anonyme Samenspender ablehnt? 88 % der Spender haben nach einer Studie von Liu et al. mögliche Partner darüber informiert,¹⁴⁸ aber 22 % der Befragten befürchteten, spätere Partnerinnen könnten Einwände haben. Pennings fragt sogar, ob nicht die Samenbanken einen potentiellen Spender auf derartige Akzeptanzprobleme hinweisen oder gar das Einverständnis einer vorhandenen Partnerin einholen müssten.¹⁴⁹ In jedem Fall sind die Langzeitkonsequenzen für alle Familienmitglieder des Spenders zu bedenken, da alle Familienangehörige im Falle eines gezeugten DI-Kindes einen Verwandten haben, über den sie nichts wissen – sei es ein Stiefkind, ein Halb-Geschwister oder ein Enkelkind.

(c) Autonome Entscheidung des potentiellen Spenders

Solange ein Arzt keine Pflichtverletzung gegenüber dem Samenspender begeht, indem er Informationen zurückhält, die eine notwendige Grundlage für eine verständige Zustimmung zur Samenspende sind, ist es die alleinige Entscheidung des Samenspenders, dem Verfahren zuzustimmen oder nicht. Eine autonome Entscheidung zu treffen, schließt auch ein, mögliche Folgen zu reflektieren und sie in Kauf zu nehmen. Sowohl das vorgeschriebene Aufklärungsgespräch, wie die Gelegenheit einer weiterführenden psychosozia-

¹⁴⁸ Vgl. Liu/Weaver/Robinson et al. (1995).

¹⁴⁹ Vgl. Pennings (1996).

len Betreuung, die Möglichkeit, die eigene Zustimmung bis zu dem Zeitpunkt zu revidieren, an dem die Spende therapeutisch genutzt wird, aber auch die vorgeschriebenen sechs Monate Karenzzeit zwischen den beiden HIV-Tests sorgen für die Möglichkeit, alle Pro- und Contra-Argumente abzuwägen.

Medizinische Risiken entstehen durch die Spende nicht, über alle anderen möglichen rechtlichen wie psychosozialen kann der Mediziner aufklären, wobei die Vorstellung, ob etwaige Risiken einer Samenspende entgegenstehen, allein vom potentiellen Spender zu beantworten ist, der damit sein aufgeklärtes Einverständnis in das Verfahren leisten kann.

6. Die Interessen der Samenspender

Nach der kritischen Diskussion des Spendeverfahrens folgt nun eine nähere Betrachtung der zwei Themenbereiche, in denen die Interessen der Samenspender – und damit auch deren Spendebereitschaft – mit Interessen Dritter in Konflikt geraten können. Dies bezieht sich zum einen auf die finanzielle Kompensation für die „Spende“, zum anderen auf das Interesse, gegenüber den mit ihrer Spende gezeugten DI-Kindern auf Dauer anonym bleiben zu können. Dabei ist auch auf die Frage einzugehen, nach welchen ethischen Kriterien eine Spende erfolgen sollte und wo die Grenzen der Verantwortbarkeit liegen.

6.1 Der Samenspender

Was motiviert einen Mann dazu, einer ihm fremden Wunschmutter zu einem Kind zu verhelfen, von dessen möglicher Existenz er höchstwahrscheinlich niemals erfahren wird und vielleicht auch nicht erfahren will? Ist es ein altruistischer Akt oder lockt das Geld für die Samenspende?

Zur Einleitung in das Kapitel folgt eine kurze Zusammenfassung von Studien, die sich mit der Motivationslage von (potentiellen) Samenspendern beschäftigt haben. Im weiteren Verlauf dieses Kapitels werden einzelne Punkte aufgegriffen und ausführlicher erörtert.

Eine britische Studie hat retrospektiv die Akten von 1 101 potentiellen Spendern untersucht, die sich zwischen 1994 und 2003 als Samenspender im Newcastle Fertility Centre angemeldet hatten, um die soziale Zusammensetzung der Samenspender zu untersuchen.¹⁵⁰ Rund 90 % aller Anmeldungen kamen von Männern unter 35 Jahren, von denen die Hälfte zu jener Zeit ohne Partner war. Nur 15 % waren verheiratet und nur 20 % hatten schon eigene Kinder. Die Mehrheit von 55 % waren Studenten. Auch in früheren Studien wurde bereits festgestellt, dass sich die große Mehrheit der Samenspender aus der Gruppe von jungen ledigen Studenten zusammensetzt, deren primäre Motivation die Bezahlung ist.¹⁵¹

Eine US-amerikanische Studie kommt zu dem Ergebnis, dass Männer auf die Frage, ob sie grundsätzlich bereit wären, Samen zu spenden, und welches ihre Motive dafür wären, die Motive „Geld“ und „einem kinderlosen Paar zu helfen“ am häufigsten angaben, während der „Wunsch ein Kind zu zeugen“ am seltensten genannt wurde. Dagegen wird als Argument gegen eine Samenspende primär die Problematik geäußert, vielleicht ein Kind gezeugt zu haben, das man nie kennen lernen wird.¹⁵² Als weitere Motive gegen das Spenden wird vornehmlich die Problematik genannt, ein Kind außerhalb der Familie zu haben. Andere Gegenargumente betreffen die Sorge um einen eventuellen späteren Kontakt zu dem Kind¹⁵³ – insbesondere in Staaten ohne Zusicherung der Anonymität – und eine Inzest-Gefahr.¹⁵⁴

¹⁵⁰ Paul/Harbottle/Stewart (2006).

¹⁵¹ Cook/Golombok (1995); Barrett et al. (1989).

¹⁵² Emond/Sheib (1998).

¹⁵³ Robinson et al. (1991); Schoever/Rothmann/Collins (1992); Fortescue (2003).

¹⁵⁴ Paul/Harbottle/Stewart (2006).

6. Die Interessen der Samenspender

6.2 Überformung der Spendebereitschaft durch finanzielle Anreize?

Vorausgesetzt, dass eine Samenspende grundsätzlich ethisch vertretbar scheint und alle Risiken angesprochen werden, stellt sich die Frage, wie sichergestellt werden kann, dass eine Freiwilligkeit der Spende vorliegt und ob die Bereitschaft zur Spende fern ab der Risikoabwägung nicht von einem anderen Argument überlagert wird – nämlich dem Geld, das für eine Spende bezahlt wird.

Hierzu der Auszug aus einem Interview mit Carsten Uhr, einem 33-jährigen regelmäßigen Samenspender aus dem Magazin „Stern“:

„F: Herr Uhr, warum sind Sie Samenspender?

A: Des Geldes wegen. Ich baue gerade ein Haus, und da kann man jeden Euro gebrauchen. Die 80 Euro, die ich als Aufwandsentschädigung für eine Spende bekomme – das sind schon wieder vier neue Steckdosen.

F: Und wenn eines Tages ein Teenager vor Ihrer Tür steht und sich als Ihr Kind vorstellt?

A: Ich hätte keine Probleme damit, kann mir aber kaum vorstellen, dass ein Spenderkind seinen biologischen Vater wirklich kennen lernen will. Es kann sich doch ausrechnen, dass die meisten Samenspender es nur des Geldes wegen tun.“¹⁵⁵

Internationale Studien geben einen Hinweis darauf, wie stark die Spendebereitschaft potentieller Samenspender mit den finanziellen Aspekten korreliert und dabei altruistische Motive überspielt. Alle Studien belegen, dass die Bezahlung der Spende oder zumindest eine Aufwandsentschädigung ein wichtiger Faktor für die Spendebereitschaft ist. Das gilt sowohl für eine Bezahlung von Spendern als auch für die Frage, ob man zur Förderung der altruistischen Spender auf eine Aufwandsentschädigung verzichten sollte, wie es in England geplant war. Darauf gaben in einer Liverpools Studie 95 % der befragten Spender „mit Bestimmtheit“ an, sich bei Einstellung von Zahlungen zurückzuziehen.¹⁵⁶ Dazu passt, dass 70 % rein finanzielle Interessen angaben, 60 % finanzielle und altruistische Motive und nur ca. 8 % rein altruistische Motive zum Spenden benannten. Eine andere Studie¹⁵⁷ berichtet ähnliche Zahlen, nämlich dass 69 % der potentiellen Samenspender eine finanzielle Entschädigung erwarten und nur 8 % aus rein altruistischen Motiven spenden würden, während 32 % aus rein finanziellen Gründen spenden würden und 60 % aus einer Kombination der Motive.

Auch aus Sicht befragter Samenbanken wurden Bedenken laut, einen Großteil der Spender zu verlieren, wenn man Zahlungen ganz einstellte. Eine Umfrage bei britischen Samenbanken zeigt, dass 97 % der Center ihre Spender bezahlen und 88 % davon ausgehen, dass sie mindestens 80 % der Spender verlieren, wenn sie diese nicht mehr bezahlten.¹⁵⁸ Auch Umfragen unter der britischen Allgemeinbevölkerung belegen, dass ein Großteil der möglichen Samenspender eine finanzielle Vergütung als wichtigen Faktor für

¹⁵⁵ Vgl. Klein (2005).

¹⁵⁶ Vgl. Schower et al. (1992).

¹⁵⁷ Vgl. Liu/Weaver/Robinson et al. (1995).

¹⁵⁸ Vgl. Golombok/Cook (1995).

die eigene Spendebereitschaft ansah.¹⁵⁹ In der Schweiz kam es zu einer deutlichen Abnahme der Spenderbereitschaft, nachdem die Anonymität aufgehoben und die Bezahlung der Spender auf eine Kostenerstattung reduziert wurde.¹⁶⁰ Auch in der bislang einzigen auf Deutschland bezogenen Befragung von Samenspendern sprachen sich 98 % der Spender für eine finanzielle Kompensation aus.¹⁶¹

Dagegen kann man argumentieren, dass Samenspende etwas sein sollte, dass freiwillig und uneigennützig abgegeben wird. Eine Bezahlung der Samenspende birgt in sich das Risiko, dass die Bereitschaft, anderen zu helfen, durch den finanziellen Anreiz überformt wird.¹⁶² Es besteht jedoch ein Unterschied, ob man einen Samenspender bezahlt oder ob man der Meinung ist, dass dem Spender eine Aufwandsentschädigung zusteht. Diese Entschädigung kann im Einzelfall ausgehandelt oder pauschal gezahlt werden und ist beispielsweise bei der Blutspende gängige Praxis.

Diese „Kostenerstattung“ variiert und auch den Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination ist zu entnehmen, dass eine Kompensation für die Spender vorgenommen werden soll:

„Dem Samenspender kann eine dem zeitlichen Aufwand angemessene Entschädigung für durchzuführende Vor- und Verlaufsuntersuchungen sowie für die Samenspende selbst, angeboten und gewährt werden. Darüber hinaus gehende Entlohnung oder Zahlung von Prämien sind unzulässig.“¹⁶³

Diese Kompensation wird meist nach abgeschlossenen Spende-Zyklen gezahlt, die sich aus mehreren Spendeterminen in wöchentlichen bis zweiwöchigen Abständen aufbauen. Beispielsweise zahlt die Erlanger Samenbank für jede verwertbare Spende pauschal 75 €, so dass sich eine „Gesamtkostenerstattung“ für sechs verwertbare Spenden plus den nötigen Untersuchungen von 450 € ergibt.¹⁶⁴ Auch andere Studien sprechen von durchschnittlichen 70 € Aufwandsentschädigung pro Spende.¹⁶⁵ Bei Bedarf kann ein neuer Zyklus begonnen werden, bis die maximale Kinderzahl, die mit dem Samen eines Spenders gezeugt wurden, und die in den Richtlinien der Ärztekammer und des Arbeitskreises angegeben ist, erreicht wurde.

6.2.1 Sollen Samenspender bezahlt werden?

Der Begriff „Spende“ scheint einer finanziellen Entlohnung zu widersprechen und auf eine altruistische Handlung hinzudeuten. Allerdings weisen die vorhandenen Studien, wie erwähnt, durchaus auf finanzielle Interessen der Spender hin. Unter der diskutierten Prämisse, dass die Anonymität des Spenders nicht mehr zugesichert werden kann, und dies zu einem Spenderrückgang führt, stellt sich die Frage, ob man nicht mit einer höheren Vergütung den Kreis der potentiellen Spender erweitern könnte. Dieser Gedanke konfliktiert allerdings mit der ebenfalls vertretenen Meinung, dass körpereigenes Material

¹⁵⁹ Vgl. Lyall/Gould/Cameron (1998).

¹⁶⁰ Vgl. Zech/Villars-Pelzer (2005).

¹⁶¹ Thorn/Katzorke/Daniels (2008), S. 5.

¹⁶² Vgl. Johnson (1997).

¹⁶³ ADI (2006), Art. 10.

¹⁶⁴ <http://www.erlanger-samenbank.de/index.html> [24.06.2010].

¹⁶⁵ Thorn/Katzorke/Daniels (2008), S. 5.

6. Die Interessen der Samenspender

nicht den Regeln des Marktes unterworfen werden sollte, um Missbrauch zu vermeiden. Allerdings besteht ein deutlicher Unterschied zwischen dem Verkauf eines Organs – etwa einer Niere – und dem Verkauf fortlaufend neu produzierter Keimzellen.¹⁶⁶ Die Kommerzialisierung von Körperbestandteilen würde demzufolge die Verstärkung ökonomischer Einflüsse beschreiben. Doch beginnt die Kommerzialisierung des Körpers immer schon dort, wo ein finanzielles Interesse mit menschlichen Körpersubstanzen verbunden wird? Und bedeutet ein finanzieller Anreiz von unter 500 € für einen Spendezyklus überhaupt schon eine Kommerzialisierung?¹⁶⁷

Ein Standpunkt besteht darin, jegliche Kommerzialisierung des Organ- und Gewebehandels als generell sittenwidrig anzusehen und zu verbieten. Es gibt aber auch die gegenläufige Sichtweise, wonach ein vollständiges, auf moralischen Gründen basierendes Verbot einem rationalen Umgang mit dem Problem des Mangels an Spenderzellen abträglich ist und als überzogener staatlicher Paternalismus gegenüber aufgeklärten und einwilligungsfähigen Individuen bezeichnet wird.¹⁶⁸ Da die Keimzellen eines Menschen nach gängigen Wertvorstellungen nicht als Handelsware angesehen werden, wird eine Entgeltvereinbarung für die Samenspende von Kritikern als Verstoß gegen die guten Sitten angesehen.¹⁶⁹ Eines der theoretischen Hauptargumente gegen eine bezahlte Abgabe von Keimzellen ist die mögliche Selbstgefährdung des potentiellen Spenders. Allerdings birgt die Samenspende in der Form der Masturbation keine gesundheitlichen Risiken und bliebe natürlich genauso harmlos, wenn sie gegen Geld erfolgen würde. Gleichwohl sind nicht nur medizinische, sondern auch rechtliche wie psychologische Risiken zu erwägen. Wohl vor diesem Hintergrund empfiehlt der Arbeitskreis für Donogene Insemination für die Spenderrekrutierung, dass sich der Arzt davon überzeugen sollte, dass mögliche Spender „auch nicht primär aus finanzieller Not handeln.“¹⁷⁰ Doch bleibt unklar, inwieweit überhaupt ein finanzielles Bedürfnis (wenn auch nur als sekundärer Grund) vertretbarer wäre. Der Idee einer reinen Aufwandsentschädigung müsste es schon zuwiderlaufen, wenn aus einer Handlung überhaupt ein (finanzieller) Gewinn zu erzielen ist.

Ein besonders spektakulärer Fall, der die Frage nach dem oft schmalen Grad zwischen pauschalisierter Aufwandsentschädigung und Gewinn zeigt, war eine Annonce einer australischen Samenbank in einer kanadischen Studentenzeitschrift, in der nach Samenspendern gesucht wurde. Diese wurden für zwei Wochen nach Australien in einen „Urlaub“ eingeladen, um dort gleichsam nebenbei Samen zu spenden. Die Reproduktionsklinik zahlte interessierten kanadischen Studenten umgerechnet 5.200 \$ für Flug- und Unterbringungskosten. Im Gegenzug mussten die kanadischen Studenten alle zwei Tage eine Samenspende abgeben und sich als Samenspender identifizieren lassen.

Ruth Keat von dem verantwortlichen Reproductive Medicine Center Albany betonte in mehrere Interviews, dass die Klinik Probleme habe, nicht-anonymisierte Spender in Australien zu finden, nachdem eine Gesetzesänderung dazu geführt hat, dass Kinder den

¹⁶⁶ Vgl. Taupitz (1991).

¹⁶⁷ Rütz (2008), S. 27.

¹⁶⁸ Vgl. Gutmann (1999).

¹⁶⁹ Göben (2003), S. 139.

¹⁷⁰ ADI (2006), Art. 10.

Namen ihres biologischen Vaters erfahren dürfen.¹⁷¹ Tatsächlich wurde dieses Verfahren auch vom australischen National Health and Medical Research Council nicht beanstandet, weil die Reproduktionsklinik nachweislich nur für den Aufwand der Studenten und nicht für die Samenspende eine Entschädigung gezahlt hatte.¹⁷² In der Öffentlichkeit wurde die Aktion jedoch kritisch aufgenommen. So lautete die Schlagzeile der Ärzte Zeitung Online zu diesem Thema: „Samenbank lockt mit Gratis-Urlaub.“¹⁷³

Es besteht kein Zweifel, dass bei hohen Aufwandsentschädigungen die Entscheidung für eine Samenspende von finanziellen Aspekten bestimmt wird. Selbst wenn man dem Spender mit Respekt vor seiner autonomen Willensentscheidung zugesteht, dass er eine persönliche Risikoabwägung vornimmt, bleibt es ein Faktum, dass die gezahlten Aufwandsentschädigungen durchaus als Vergütung verstanden werden. Anders ist es nicht zu erklären, dass finanzielle Anreize als Hauptargument für die Spendebereitschaft genannt werden. Dies birgt die Gefahr, dass die möglichen langfristigen Folgen der Spende gegenüber dem zeitnahen finanziellen Gewinn nachgeordnet und somit nicht ausgewogen reflektiert werden. Letzteres spricht insgesamt dafür, für Samenspenden auch in Zukunft allenfalls eine Aufwandsentschädigung zu zahlen.

6.3 Anonymität vs. Spendebereitschaft?

„Auch die Sphäre des Spenders ist schützenswert! Seine familiären Verhältnisse können sich gegenüber jener Zeit der Spende drastisch verändert haben.“¹⁷⁴

Thomas Katzorke, Reproduktionsmediziner

Dem Recht des Kindes auf Kenntnis der biologischen Herkunft steht der Wunsch des Samenspenders nach Anonymität gegenüber dem Kind und den Wunscheitern entgegen. Internationale Studien belegen, dass die Spendebereitschaft stark mit der Zusicherung der Anonymität korreliert und sich ansonsten viele Spender zurückziehen würden. Ebenso würde sich die Neurekrutierung von Spendern unter den gegebenen Umständen der Aufhebung ihrer Anonymität schwierig gestalten. Auch die Mehrzahl der die Donogene Insemination in Deutschland durchführenden Ärzte plädiert für eine Aufrechterhaltung der Anonymität.¹⁷⁵

Robinson et al. wiesen in ihren Studien an potentiellen und etablierten britischen Samenspendern im Jahr 1991 nach, dass 85 % der potentieller Samenspender keinesfalls spenden würden, wenn die Anonymität aufgehoben würde; allerdings wären 60 % bereit, nicht-identifizierbare medizinische Daten zur Verfügung zu stellen.¹⁷⁶ Die Mehrheit der etablierten Samenspender sah kein Problem darin, ihre Daten – identifizierend oder nicht –

¹⁷¹ Vgl. Hiscock (2003); BBC NEWS (2003).

¹⁷² Vgl. Beauchamp (2004).

¹⁷³ Ärzte Zeitung Online (2004).

¹⁷⁴ Katzorke (2008), S. 20.

¹⁷⁵ Vgl. Katzorke/Kolodziej (2001); Katzorke (2008).

¹⁷⁶ Vgl. Robinson et al. (1991).

6. Die Interessen der Samenspender

freizugeben. Die Konklusion war, dass etablierte Spender weiterspender würden, es aber schwierig wäre, neue zu gewinnen, wenn die Anonymität aufgehoben werden würde. Nach der Umstellung des englischen Gesetzes, das DI-Kindern mit Erreichen der Volljährigkeit nunmehr das Recht zustand, auf die Daten ihres Erzeugers zuzugreifen, breitete sich unter Reproduktionsmedizinerinnen die Sorge aus, dass – ihrer Anonymität enthoben – sich weniger Samenspender finden lassen würden. Für eine Studie, welche die Auswirkungen der Neuregelung auf die Spender klären sollte, wurden Telefoninterviews mit Männern, die zwischen 1988 und 2002 Samen gespendet hatten, durchgeführt. Nur die Hälfte der 32 befragten Spender gab an, dass sie auch gespendet hätten, wenn sie damals schon mehr Informationen hätten hinterlegen müssen.¹⁷⁷

Die Absehbarkeit dieses Ergebnisses lieferten Cook/Golombok bereits 1995 mit einer Studie, bei der zwei Drittel der befragten britischen Spender angaben, nicht mehr spenden zu wollen, wenn identifizierende Daten den DI-Kindern zugänglich gemacht würden.¹⁷⁸ Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Schower et al. 1992: hiernach waren nur 20 % der Spender mit der Aufhebung der Anonymität einverstanden, während 60 % die Anonymität für essentiell hielten. 76 % der Befragten waren allerdings für die Weitergabe anonymer deskriptiver Daten, und bis zu 40 % waren sogar mit der Weitergabe psychosozialer Informationen einverstanden.¹⁷⁹ Nach einer Studie von Liu et al. – ebenfalls aus dem Jahre 1995 – bestanden 89 % der Spender auf garantierter Vertraulichkeit und garantierter Anonymität.¹⁸⁰ Auch die von Dänemark aus weltweit operierende Samenbank Cryos hat Studien über die Einstellungen von Samenspendern erhoben und verglichen, ob es zwischen 1992 und 2002 eine Veränderung in den Aussagen von Spendern gab.¹⁸¹ Demnach gaben 2002 nur 25 % der Spender an, dass sie auch nach einem Wegfall der garantierten Anonymität spenden würden; 1992 waren es demgegenüber noch 32 %.

Bei diesen Zahlen kann es nicht verwundern, dass auf die gesetzliche Aufhebung der Anonymität der Spender in den jeweiligen Ländern eine Phase des Spendermangels folgte. Schweden war 1984 das erste Land, das die Anonymität der Samenspender aufhob (Law No. 1140) und dem DI-Kind gestattete, die Identität des genetischen Vaters zu erfahren, wenn es erwachsen war.¹⁸² Im Jahr 1992 folgte Österreich,¹⁸³ 1994 Neuseeland¹⁸⁴ und im Jahr 2000 regelten die Niederlande per Gesetz, dass Samenbanken nur noch nicht-anonymisierte Spender aufnehmen dürfen, verfügten aber eine zweijährige Periode, in denen auch noch anonymisierte Samenspenden verwendet werden durften, um einen erwarteten Spenderrückgang kompensieren zu können.¹⁸⁵ In Island laufen sowohl die anonyme wie die nicht-anonyme Praxis nebeneinander und Spender entscheiden, ob sie identifizier-

¹⁷⁷ Vgl. Daniels et al. (2005).

¹⁷⁸ Vgl. Cook/Golombok (1995).

¹⁷⁹ Vgl. Schower et al. (1992).

¹⁸⁰ Vgl. Liu/Weaver/Robinson et al. (1995).

¹⁸¹ Vgl. Ernst/Ingerslev/Schou/Stoltenberg (2007).

¹⁸² Vgl. Daniels/Lalos (1995).

¹⁸³ Vgl. Morgan/Bernat (1992).

¹⁸⁴ Vgl. Daniels et al. (1997a).

¹⁸⁵ Vgl. Weber (2000).

bar sein wollen.¹⁸⁶ Ebenso können Paare entscheiden, ob sie die Samenspende eines anonymisierten oder nicht-anonymisierten Spenders bevorzugen.¹⁸⁷ Nachdem im Jahr 2000 die Schweiz gesetzlich festlegte (Artikel 24, Konstitution), dass Kinder Zugang zu Daten betreffend ihrer Herkunft haben müssen, blieb auch dort ein Teil der Spender weg,¹⁸⁸ so dass nur noch wenige Zentren die Donogene Insemination anbieten konnten, da das neue Gesetz bei potenziellen Spendern die Angst nährte, vom Nachwuchs kontaktiert zu werden.¹⁸⁹ Als bislang letztes Land schaffte Großbritannien 2005 die anonyme Samenspende gesetzlich ab – mit der Folge, dass über die letzten Jahre die Anzahl potenzieller Spender abfiel und viele Reproduktionskliniken klagen, kaum noch Samenspender zu finden.¹⁹⁰ Dagegen klagen Länder wie die Vereinigten Staaten von Amerika *nicht* über Spendermangel: Dort existieren keine Regelungen, weder auf föderaler noch auf Staatsebene, die anonyme Samenspenden verbieten oder fördern. Zwölf Staaten der USA, darunter Kalifornien, stellen aber fest, dass der Empfänger des Spendersamens die alleinige Elternschaft des Kindes inne hat und der Spender keine rechtlichen Verpflichtungen oder Rechte bezüglich des Kindes besitzt.¹⁹¹ Reguliert wird das System durch professionelle Guidelines, die gemeinhin die Anonymität der Spender fordern,¹⁹² obgleich einige Kliniken auch begonnen haben, sowohl anonymisierte wie nicht-anonymisierte Samenspender aufzunehmen und den Paaren die Wahl zu lassen.¹⁹³

6.3.1 Open-Identity-Programme

Die Sperm Bank of California hat 1983 ihr sogenanntes „Identity-Release-Program“ gestartet, um erwachsenen Kindern, die aus einer donogenen Insemination hervorgegangen sind, die Möglichkeit zu eröffnen, Informationen über ihren Samenspender zu erlangen. Und obgleich die kalifornischen Regelungen dem Spender grundsätzlich Anonymität zusichern, haben sich Spender gefunden. Diese erklärten sich bereit, dafür Sorge zu tragen, dass die mit ihrem Spendersamen gezeugten Kindern Zugang zu ihren genetischen Wurzeln haben, indem sie zustimmten, dass sie – sofern gewünscht – später zur Kontaktaufnahme mit dem Kind bereit sind. Dieses Programm ist jedoch nur zur Spenderseite hin offen, so dass dem Spender selbst keine Informationen über das Wunschelternpaar zukommen. Unter der Prämisse, dass nur das volljährige DI-Kind (und nicht die Wunscheltern) über die Samenbank Kontakt mit dem Spender aufnehmen will, unterrichtet die Samenbank den Spender über diese Anfrage. Für den Fall einer Nachfrage kann der Spender die Samenbank dann autorisieren, seinen vollständigen Namen und, wenn gewünscht, Kontaktadressen an das

¹⁸⁶ Dieses zweigleisige (double track) Verfahren hatte Pennings als einen Mittelweg vorgeschlagen, mit der Begründung, dass wenn es keine schlüssigen Argumente für entweder die Aufklärung und das nicht-anonymisierte Spenden, bzw. die Verheimlichung und das anonyme Spenden gibt, dass man es so einrichten könne, dass es sowohl dem Spender offen steht, anonym oder nicht zu spenden, bzw. die Eltern auch aus einem der beiden Pools wählen können – je nachdem, welche Taktik sie in der Aufklärungsfrage des Kindes für sich für richtig halten. Vgl. Pennings (1997).

¹⁸⁷ Vgl. Council of Europe (1998).

¹⁸⁸ Vgl. Hafner (2005).

¹⁸⁹ Vgl. Zech/Villars-Pelzer (2005).

¹⁹⁰ Vgl. Paul/Harbottle/Stewart (2006); Pike/Pacey (2005).

¹⁹¹ Vgl. Jaeger (1996).

¹⁹² Vgl. American Society for Reproductive Medicine (1998); American Association of Tissue Banks (1992).

¹⁹³ Vgl. Raboy (1993).

6. Die Interessen der Samenspender

DI-Kind auszuhändigen. Immer mehr Familien wollen, so berichtet die Sperm Bank of California, ihren Kindern später die Möglichkeit eröffnen, etwas über ihren biologischen Vater zu erfahren. Besonders alleinstehende Frauen und gleichgeschlechtliche weibliche Paare greifen gerne auf diese Open-Identity-Spender zurück.¹⁹⁴ Auch aus den aktuellsten Studien geht hervor, dass es einen immer stärkeren Zuwachs an Spendern gibt, die im Rahmen dieses Programms spenden,¹⁹⁵ das auch offensiv an die Spender appelliert, sich ihrer Verantwortung gegenüber dem Kind klar zu werden. Die Autoren der Studie spekulieren in ihrem Artikel angesichts der langsamen Zunahme der Spendebereitschaft im Open-Identity-Programm darüber, dass es eben eine gewisse Zeit brauche, bis sich die Spender an den Gedanken gewöhnten, in einer gewissen moralischen Verantwortung für die DI-Kinder zu stehen, die mehr über ihre biologische Herkunft erfahren möchten.

Das Identity-Release-Programm unterscheidet sich vom deutschen System darin, dass sich die Samenspender freiwillig dazu entscheiden können, anonym oder entanonymisiert zur Verfügung zu stehen, ohne jemals mit Unterhaltszahlungen oder Erbansprüchen von Seiten des DI-Kindes konfrontiert werden zu können.

Aber abgesehen von der Tatsache, dass Open-Identity-Spender für ihre Samenspende in den USA gut bezahlt werden, muss die Frage legitim sein, ob nicht der Typus Spender, der sich freiwillig bereit erklärt, seinem DI-Kind später zumindest als Gesprächspartner zur Verfügung zu stehen, aus Sicht des gezeugten Kindes vorzugswürdig ist. Mit dem Festhalten an eine reine Aufwandsentschädigung könnte sichergestellt werden, dass merkantile Aspekte beim Spenden nicht in den Vordergrund treten.

Damit würde die Verantwortung, die sich aus der genetischen Elternschaft ableitet, allerdings zu einer optionalen Variable, die vom Spender allein ausgestaltet werden kann. Die Möglichkeit, als „offener Spender“ aufzutreten, impliziert ja zugleich die Option, es nicht zu tun. Daher stellt dieses Modell keine Idealform dar. Gleichwohl ist zu fragen, ob sich hieraus Modelle ableiten lassen, die altruistisch motivierte Spender fordern. Ob das jedoch auf eine junge, primär studentische Zielgruppe, die sich etwas dazuverdienen will, zutrifft, ist fraglich.

6.4 Strategien zur Steigerung der Spendebereitschaft

Das oben angeführte Beispiel der australischen Samenbank, die mit einem Surf-Urlaub warb, verdeutlicht, dass potentielle Samenspender aus einem bestimmten sozialen Milieu kommen, das auch von den Programmen zur Spenderrekrutierung angesprochen wird. Und es kann auch nicht verwundern, dass diese klassische Spendergruppe schrumpft, wenn man ihnen das entziehen möchte, was die Spende attraktiv macht: eine großzügige Aufwandsentschädigung und zugesicherte Anonymität. Ist eine Gesellschaft aus den oben genannten und sicher berechtigten Gründen zu der Überzeugung gelangt, dass diese beiden Aspekte in Frage gestellt werden sollen, so muss sie sich zugleich mit der Problematik auseinandersetzen, dass die Spendebereitschaft abnimmt. Ebendies ist in allen Ländern zu beobachten, in denen die Anonymität aufgehoben wurde. Daher ist die Frage berechtigt, ob

¹⁹⁴ www.thespermbankofca.org/idrelease.html [27.06.2010].

¹⁹⁵ Vgl. Scheib/Cushing (2007).

man nicht versuchen sollte, eine andere Spendergruppe anzusprechen, wie folgend in einem kurzen Exkurs dargestellt werden soll.

6.4.1 Exkurs: Das Beispiel Großbritannien

Nach der Umsetzung des Gesetzes zur Aufhebung der Anonymität von Samenspendern in Großbritannien im April 2005 durften die vorhandenen, noch anonym gespendeten Samenzellen noch ein weiteres Jahr benutzt werden, bevor nur noch Spenden von registrierten Spendern zugelassen wurden. Dies würde – allerdings auch mit dem Unterschied, dass weiterhin keine rechtlichen oder finanziellen Forderungen auf den Spender zukommen können, da er niemals die soziale Vaterschaft übernehmen muss – einer Umsetzung der in Deutschland herrschenden Rechtspraxis in ein Gesetz entsprechen und kann deswegen als Beispiel herangezogen werden. Seit dieser Gesetzesänderung im April 2005 steht allen DI-Kindern ab ihrem 18ten Lebensjahr das Recht zu, die Identität ihres genetischen Vaters, des Samenspenders, zu erfahren.

Kurz danach berichteten erste Reproduktionskliniken von Engpässen. Zwar sprechen Adams et al. im Jahr 2006 noch davon, dass die Änderungen nur minimale Veränderungen in der Spendebereitschaft bewirkt hätten,¹⁹⁶ jedoch finden sich auch hiervon abweichende Aussagen. Nach der Auswertung von HEFA (Human Fertilisation and Embryology Authority)-Daten stellten Wardle/Skew 2008 fest, dass 37 % der Reproduktionskliniken angaben, weniger Spender zu finden und dass sich in 74 % der Kliniken die Warteliste für DI-Behandlungen verlängert hat, sowie bei 86 % die Möglichkeit gesunken ist, einen passenden Spender zu finden („Most are now only able to match for racial group alone“). Weiterhin mussten 89 % der Kliniken die Kosten für die Behandlung erhöhen, um zusätzliche Ausgaben für den Zukauf von Samenzellen zu decken.¹⁹⁷ Viele Männer, so die Autoren weiter, spendeten nun ausschließlich für Freunde oder Bekannte. Statt wie bisher den Samen für die Befruchtung von bis zu 10 Patientinnen freizugeben, legten mehr Spender fest, dass nur eine bestimmte Frau ihn bekommen soll. Auch Wunscheltern bringen vermehrt einen Freund der Familie mit, der nur für sie spendet.¹⁹⁸

Andere, wie der Gesundheitswissenschaftler Eric Blyth, verneinen, dass das Problem allein an der Gesetzesverschärfung liege, sondern führen aus, dass der Rückgang von Spendern schon seit 1990 zu beobachten sei. Blyth erklärt daher auch den Spendermangel zum Resultat unveränderter und nicht mehr zeitgemäßer Rekrutierungskampagnen der reproduktionsmedizinischen Organisationen.¹⁹⁹

¹⁹⁶ Vgl. Adams/Pease/Liebermann (2006); Ahuja et al. (2008).

¹⁹⁷ Vgl. Wardle/Skew (2008).

¹⁹⁸ Vgl. Horsey (2008).

¹⁹⁹ Vgl. Blyth (2006).

6. Die Interessen der Samenspender



Abbildung 1: „Give a toss“²⁰⁰

Gemeint ist damit die „Give a Toss“-Kampagne der NGDT (National Gamete Donation Trust) die im Internet mit weiblichen Modells, mit „We want your sperm“-T-Shirts um die 500 Samenspender werben, die jedes Jahr im Vereinigten Königreich benötigt werden.²⁰¹

Manche Autoren betonen, dass dies nicht zu der Idee passe, Samenspender als verantwortungsvolle Männer anzusprechen, die Wunschelternpaaren mit Zeugungsproblemen helfen wollen.²⁰²

Allerdings wurde schon zuvor, direkt nach der Gesetzesänderung, mit der Kampagne „Give Life give Hope“ stärker auf die altruistische Idee einer Samenspende abgehoben. Die damalige Gesundheitsministerin Melanie Johnson appellierte in der landesweiten Aktion „Give Life give Hope“ an verantwortungsvolle Samen- (und den auch in Großbritannien erlaubten Eizellen-)spender(innen):

„This campaign will raise awareness of the huge benefits that donation can bring to those with fertility problems. As well as boosting the number of egg and sperm donors we want to encourage people to see the value of donating and to realise what it really means to the recipients: that they are giving families hope and the possibility of a new life.“²⁰³

Allerdings blieb der erwünschte Erfolg aus, wie die BBC ein Jahr später berichtete: „almost 70 % of fertility clinics either have no access to donor sperm, or find it extremely difficult to obtain, a BBC survey suggests.“²⁰⁴

²⁰⁰ Vulgäres Englisch, etwa frei zu übersetzen mit „Hol Dir einen runter“: www.giveatoss.com [27.06.2010].

²⁰¹ www.ngdt.co.uk [27.06.2011].

²⁰² Vgl. Sinclair (2007).

²⁰³ www.medicalnewstoday.com, 26.01.2005 [22.09.2011].

²⁰⁴ Vgl. Dreaper (2006).

6.4.2 Altruistische Spender

Obwohl es sich als schwierig und langwierig herausstellt, appellieren Autoren dennoch dafür, Gesetzesänderungen, die den Wegfall der Anonymität bedeuten, als Chance zu begreifen, eine Samenspende nicht mehr als schnelles „Beer Money“ zu vermarkten, sondern Spender anzusprechen, die aus altruistischen Motiven kinderlosen Paaren helfen wollen.²⁰⁵ Die „real donors“,²⁰⁶ wie Ken Daniels sie beschreibt, sollten das Ziel der Spendersuche sein:

„The evidence shows that it is possible to recruit semen donors who are required to be identifiable in the future. The evidence, while not conclusive, points to an open system attracting different kinds of men than an anonymous system, and this has clear implications for future policies.“²⁰⁷

Allerdings gibt es auch vereinzelt Kritik, ob ein verantwortungsvoller Spender – im Gegensatz zu einem vorrangig an dem finanziellen Gewinn interessierten – nicht auch die Motivation haben könnte, sich stärker in die Empfängerfamilie einzumischen oder gar einen Erziehungsanspruch abzuleiten.²⁰⁸

Inhaltlich ist diese Kritik sicherlich berechtigt, man müsste sie sogar noch weiter fassen und kann sie generell auf alle Konstellationen erweitern, in denen die Wunscheltern und Samenspender, bzw. DI-Kind und Samenspender in der Form der offenen Bekanntschaft stehen. Auch ein Samenspender, der innerhalb eines anonymen Systems spendet und durch Zufall oder gezielte Suche „aufgedeckt“ wird, könnte, unabhängig von gesetzlichen Regelungen der den Erziehungsanspruch beinhaltenden sozialen Elternschaft, einen vermeintlichen „Anspruch“ auf die Kindeserziehung geltend machen. Dies ist allerdings kein Problem, das nur bei altruistischen Samenspendern auftreten kann und deswegen ein Fingerzeig auf absolute Anonymität des Samenspenders ist, sondern es tritt immer dann auf, wenn ein Nicht-Erziehungsberechtigter (beispielsweise auch ein genetischer Vater, dem wegen Kindesmisshandlung das Erziehungsrecht entzogen wurde) mit dem Argument der biologischen Elternschaft dafür argumentieren würde, weiterhin Einfluss geltend machen zu wollen.

Kurz gefasst lassen sich immer Fälle konstruieren, deren Problematik darin besteht, dass sich Handelnde innerhalb eines Systems nicht an die einst zugesagten Regeln halten – und der Verzicht auf die Erziehungsrechte ist Kernbestand der Samenspende. Sollte das Verfahren der Donogenen Insemination einmal vor dem Problem stehen, dass sich keine Wunscheltern mehr finden lassen, weil zu viele Samenspender die Chance suchen, sich ohne sonstige elterliche Verpflichtungen in die Erziehung ihrer DI-Kinder einzumischen, müsste über diesen Einwand neu debattiert werden.

6.5 Zusammenfassung

Finanzielle Anreize sollten die rationalen Abwägungen der mit einer Samenspende eingegangenen Verantwortung nicht überwiegen, weswegen es bei einer Aufwandsent-

²⁰⁵ Vgl. Adams/Pease/Liebermann (2006).

²⁰⁶ Daniels (2007a), S. 119.

²⁰⁷ Daniels (2007b), S. 151.

²⁰⁸ Vgl. Pennings (1997).

6. Die Interessen der Samenspender

schädigung des Spenders bleiben sollte. Weiterhin sollte eine Neuorientierung auf Spendergruppen vorgenommen werden, die in einer Aufhebung der Anonymität keinen Anlass der Spendeverweigerung sehen, sondern vielmehr die Auffassung vertreten, dass sie den mit ihrem Spendersamen gezeugten DI-Kind als mögliche Identifikationsfigur zur Verfügung stehen werden.

Auch wenn die diskutierten Konzepte zur Requirierung von Spendern, die sich mit ihrer Verantwortung gegenüber dem Wunsch des gezeugten Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung kritisch auseinander setzen und diesem Wunsch entsprechen wollen, keine schnellen Lösungen bieten können, scheinen sie aus ethischer Perspektive bedenkenswert zu sein.

Dagegen rechtfertigt keineswegs die Gefahr, dass potentielle Spender ihre Interessen als so eingeschränkt beachtet empfinden, dass sie sich gegen eine Spende entscheiden, a priori am Prinzip der Anonymität des Spenders festzuhalten.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

„Das Zusammenleben als Familie bleibt hier handlungsleitendes und regulatives Idealbild, das zugleich die Hinwendung zur Reproduktionsmedizin induziert, und zwar auch dort, wo gerade die traditionelle, an Ehe und leibliche Abstammung gebundene Definition von Familie nicht mehr als leitend gelten soll.“²⁰⁹

Reiner Anselm, Theologe

Unberücksichtigt blieben bisher ethische Fragen, die dadurch entstehen, dass der Zugang zur Donogenen Insemination streng reglementiert ist. Potentielle Interessenten sind sowohl Frauen, die verheiratet sind oder in einer festen (eheähnlichen) Beziehung leben, aber auch alleinstehende Frauen oder Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen. Während die Bundesärztekammer (BÄK) für letztere ein generelles Behandlungsverbot ausspricht, müssen heterosexuelle Paare vor Therapiebeginn den Nachweis erbringen, dass sie überhaupt als Eltern geeignet sind. Erst wenn der Reproduktionsmediziner zu der Überzeugung gelangt ist, dass das Wunschelternpaar ein – wie auch immer definiertes – gutes, normales Leben für das zu zeugende Kind sicherstellen kann, soll er eine Therapie einleiten.

Dabei ergibt sich die Frage, ob es aus ethischer Sicht prinzipiell zulässig ist, den Wunsch nach Unterstützung bei der Fortpflanzung vom Personenstand oder der sexuellen Ausrichtung bzw. der Lebensführung abhängig zu machen. Ebenso ist zu fragen, ob es gerechtfertigt werden kann, dass bei einer Zeugung durch Donogene Insemination eine strengere Überprüfung der Fähigkeit zur Elternschaft statthaft ist, nur weil sie unter Zuhilfenahme der Fortpflanzungsmedizin erfolgt. Zwar mögen Reproduktionsmediziner die fachliche Kompetenz und damit die Macht haben, einem kinderlosen Paar oder einer kinderlosen Frau durch die Möglichkeiten der Medizin zu einem Kind zu verhelfen, aber die Frage, welchen Patientengruppen diese Möglichkeiten offen stehen sollten, nachdem alle medizinisch nötigen Voraussetzungen gegeben sind, ist keine genuin ärztliche oder klinische Fragestellung.²¹⁰ Somit erweitert sich der Blick dahingehend, ob es überhaupt Aufgabe der Reproduktionsmedizin sein kann, hierüber zu entscheiden.

Bei der folgenden Analyse erfolgt eine Trennung zwischen den heterosexuellen Paaren und den gleichgeschlechtlichen Paaren/alleinstehenden Frauen, da sowohl durch den Wegfall des männlichen Partners als sozialer Vater des Wunschkindes als auch durch das Fehlen einer medizinischen Indikation (z.B. bei Sterilität des männlichen Partners) sowie durch die Frage nach dem Kindeswohl in einer „Nicht-Standard-Familie“ eine gänzlich differenzierte Diskussionslage entsteht.

²⁰⁹ Anselm (2003), S. 19.

²¹⁰ Vgl. Harris (1995), S. 96.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

7.1 Zugangsregelungen für heterosexuelle Paare

Bevor die Interessen der Reproduktionsmediziner und Wunscheltern überprüft und gegebenenfalls im ethischen Diskurs gegeneinander abgewogen werden, sollen die geltenden Richtlinien der BÄK und des Arbeitskreises für Donogene Insemination vorgestellt werden. Es wird deutlich werden, dass nicht die erfolgreiche Behandlung der Wunscheltern im Fokus der Richtlinien steht, sondern die Frage, ob das anzunehmende Wohlergehen des durch Donogene Insemination gezeugten Kindes bei den vorstelligen Wunscheltern gesichert ist. Diese Form der Überprüfung der „Elternfähigkeit“ kann mit der autonomen Entscheidung des Paares konfliktieren, mittels medizinischer Unterstützung ein Kind zu bekommen, ohne für diesen Wunsch Rechenschaft ablegen zu wollen – analog zur natürlichen Fortpflanzung, der bekanntlich keine Überprüfung seitens Dritter vorausgeht.

7.1.1 Zugangsregelungen nach der BÄK

Mit der Novelle der Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion vom 17. Februar 2006 hat der Vorstand der Bundesärztekammer neben den verheirateten Paaren auch den Zugang von unverheirateten Paaren zur Reproduktionsmedizin erleichtert: Hier nach genügt es als Voraussetzung, wenn der behandelnde Mediziner zu der Überzeugung gelangt ist, dass die Frau mit einem (nicht anderweitig verheirateten) Mann in einer „festgefühten Partnerschaft“ zusammenlebt und dieser das zu zeugende Kind als das seine anerkennen wird.²¹¹ Bis zur Novellierung schien der BÄK eine weitreichende Unterscheidung zwischen verheirateten und unverheirateten Paaren angebracht,²¹² nach den neuen Richtlinien ist das Eheverhältnis der Wunscheltern jedoch nicht mehr ausschlaggebend, um das Wohl eines DI-Kindes zu garantieren. Unabhängig vom sozialen Status (verheiratet/nichteheliche Lebensgemeinschaft²¹³) der Wunschelternpaare ist die Zulassung zur Therapie unmittelbar an die Frage geknüpft, ob das zukünftige Elternpaar die Sicherung des Kindeswohls in einem vorgegebenen Rahmen mutmaßlich erfüllen kann und richtet sich somit auf die konkreten Lebensumstände bei jeder Partnerschaft.

Schon im Vorwort der Richtlinie macht die BÄK die Grundausrichtung auf das Kindeswohl deutlich, obgleich zuerst – in Bezug auf die elementaren Ausrichtungen bei ethischen Fragen – andere Beteiligte genannt werden:

„In ethischer Hinsicht hat die Reproduktionsmedizin ferner die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.“²¹⁴

An erster Stelle steht das Selbstbestimmungsrecht, also die Autonomie der Wunscheltern, noch vor dem Gesundheitsschutz der Schwangeren und des Wunschkindes. Allerdings wird anschließend betont, dass die BÄK sich weiterhin an ethischen Normen orientiert, die

²¹¹ BÄK (2006), A 1395.

²¹² Vgl. BÄK (1998).

²¹³ „Die nichteheliche Lebensgemeinschaft wird, wie der Wortgebrauch bereits aussagt, in Abgrenzung zur ehelichen Lebensgemeinschaft verstanden. Eine nichteheliche Lebensgemeinschaft zeichnet sich dadurch aus, dass zwei Menschen mit innerer und wirtschaftlicher Bindung zusammenleben, ohne verheiratet zu sein.“ Zitiert nach Zwissler (1999), S. 37.

²¹⁴ BÄK (2006), Vorwort, A 1394.

das Kindeswohl, „d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärztinnen/Ärzte betreffen.“²¹⁵ Schließlich wird dem Kindeswohl – unter Einbeziehung der „Allgemeinen Grundsätze“ des Weltärztebundes – doch der höchste Anspruch auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind zugesprochen, denn der Weltärztebund betont, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss.“²¹⁶

Damit verlässt die Richtlinie einen multiperspektivischen Zugang und fokussiert letztlich auf das Prinzip des Kindeswohls. Dementsprechend sollen auch die Methoden der assistierten Reproduktion „unter Beachtung des Kindeswohls *grundsätzlich* nur bei Ehepaaren angewandt werden“, wobei ebenso „*grundsätzlich* nur der Samen des Ehemannes verwandt werden [darf].“²¹⁷ Zwar folgt der Verweis auf die Sonderausführungen zur Behandlung mit Spendersamen,²¹⁸ aus denen hervorgeht, dass besondere Regelungen der medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte im System mit Spendersamen gelten (rechtliche Besonderheiten, Chance des Kindes auf Identitätsfindung), jedoch wird deutlich, dass es aus Sicht der BÄK einen Konnex zwischen dem Wohl eines Kindes und der statusrechtlichen Beziehung seiner angehenden Eltern gibt. Im ebenfalls vorgesehenen Fall einer nicht verheirateten Frau ist die assistierte Reproduktion nur dann zulässig,

„wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefühten Partnerschaft zusammenlebt und dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.“²¹⁹

Auch gilt, dass wiederum „*grundsätzlich* nur der Samen des Partners verwandt werden [darf], bevor erneut auf die besonderen Voraussetzungen für die Verwendung von Samenzellen eines Dritten verwiesen wird.“²²⁰

Im Kommentar zu diesen „Statusrechtlichen Voraussetzungen“ folgt die Erklärung, dass möglichst sichergestellt werden solle, dass bei nicht verheirateten Paaren das mit Spendersamen gezeugte Kind nicht ohne sozialen Vater aufwächst, um dem Kind eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen zu sichern,²²¹ weswegen – vor allem auf Grund der verbundenen rechtlichen Konsequenzen – bei nicht miteinander verheirateten Paaren einer DI-Therapie „mit besonderer Zurückhaltung zu begegnen sei.“²²² Weiter heißt es: „Aus diesem Grund ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.“²²³ Dieser Passus verweist dezidiert darauf, dass es aus Sicht der BÄK eine Abstufung bei den Zugangsbedingungen zur DI-Therapie gibt, die sich insofern nicht medizinisch begründen lassen, da die Reproduktionsfähigkeit einer Wunschmutter, die sich mit Spendersamen be-

²¹⁵ Ebenda.

²¹⁶ Ebenda.

²¹⁷ BÄK (2006), Art. 3.1.1.

²¹⁸ BÄK (2006), Art. 5.3.

²¹⁹ BÄK (2006), Art. 3.1.1.

²²⁰ Ebenda.

²²¹ BÄK (2006), zu 3.1.1.

²²² Ebenda.

²²³ Ebenda.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

handeln lassen will, unabhängig von ihrem sozialen Status – als Ehefrau, in fester Beziehung lebend, in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebend oder alleinstehend – biologisch nicht eingeschränkt ist. Als Argument wird wiederum die Sicherstellung des Wohlergehens des DI-Kindes zugrunde gelegt. Diese Sicherstellung wird jedoch nicht nur durch den sozialen Status der Wunscheltern oder ihre sexuelle Ausrichtung definiert, sondern auch über ihre psychosozialen Kompetenzen:

„In allen Fällen einer zulässigen Methode assistierter Reproduktion ist darauf zu achten, dass zwischen den Ehegatten oder Partnern eine Beziehung besteht, die sich als für die mit diesen Methoden im Einzelfall möglicherweise verbundenen medizinischen und psychologischen Probleme hinreichend tragfähig darstellt. Liegen konkrete Anhaltspunkte für medizinische, soziale oder psychische Probleme vor, durch welche eine dauerhafte und verlässliche Betreuung und Versorgung des Kindes gefährdet werden könnte, ist die Anwendung von Methoden assistierter Reproduktion von vornherein ausgeschlossen. In diesem Falle rechtfertigen der Wille und die Möglichkeit von Eltern, diesen Gefährdungen durch medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen entgegenzuwirken, die Anwendung von Methoden assistierter Reproduktion nicht.“²²⁴

Von Seiten der BÄK soll ein behandelnder Reproduktionsmediziner demnach vor Beginn einer DI-Therapie prüfen, ob beim Wunschelternpaar medizinische, soziale oder psychologische Probleme vorliegen, die sich bei der Betreuung oder Versorgung des Kindes gefährdend auswirken können. Kommt der Reproduktionsmediziner zu dieser Ansicht, soll er die DI-Therapie verwehren.

7.1.2 Zulassung nach den Richtlinien des Arbeitskreises Donogene Insemination

Auch die Allgemeinen Behandlungsgrundsätze und Voraussetzungen der Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination führen aus, dass der behandelnde Mediziner prüfen soll, ob bei dem Paar überhaupt elterliche Voraussetzungen vorliegen:

„Der eine DI planende und durchführende Arzt soll im Vorfeld der Behandlung im persönlichen Gespräch mit den Wunscheltern das Vorliegen dieser Voraussetzungen prüfen, soweit ihm dies möglich ist.“²²⁵

Die Ergänzung „soweit ihm das möglich ist“ weist dabei schon auf die Problematik hin, dass die Motive und Lebensentwürfe des Wunschelternpaares aus medizinischer Sicht nur bedingt beurteilt werden können. Tatsächlich steht eine Überprüfung der psychischen und sozialen „Elternfähigkeit“ an, die mit dem Wohl des zu zeugenden Kindes bei „in ihrer Entscheidung unsicheren Ehepaaren“ und bei „psychiatrischen Erkrankungen mit schweren sozialen Störungen“ begründet wird.²²⁶ Durch eine solche Beratung soll der Reproduktionsmediziner nicht nur seiner Aufklärungspflicht gerecht werden, sondern auch feststellen, ob zwischen dem Wunschelternpaar wirklich eine tragfähige Beziehung besteht und ob der Wunsch nach einem Kind durch Donogene Insemination berechtigt erscheint. Der Arbeitskreis für Donogene Insemination sieht beispielsweise auch ein psychisches Mitverschulden des Paares – etwa durch die Ablehnung des Geschlechtsverkehrs oder bei der ein-

²²⁴ Ebenda.

²²⁵ ADI (2006), Art. 3.5.

²²⁶ Vgl. Katzorke (2003).

fachen Weigerung, ein Kind mit genetisch gemeinsamem Erbgut zu bekommen, obwohl dies medizinisch möglich wäre – als eine „relative Indikation“ an.²²⁷ In solchen Fällen, aber auch wenn andere Faktoren sichtbar werden, die das Wohl des zu zeugenden Kindes beeinträchtigen könnten, muss der Reproduktionsmediziner entscheiden, ob er dieses Wunschelpaar bei der Zeugung durch Donogene Insemination unterstützt. Diese Kontraindikationen für eine Behandlung mit Spendersamen implizieren, dass „besondere Lebensumstände (beispielsweise das Vorliegen einer akuten schwerwiegenden psychiatrischen Erkrankung, Alkohol- oder Drogenmissbrauch, kriminelle Anamnese) zu einem Behandlungsausschluss der Wunschelparen führen.“²²⁸

7.1.3 Die Richtlinien als Begrenzung der Patientenautonomie?

Zwar mag es auf den ersten Blick plausibel erscheinen, dass die Voraussetzungen der künftigen Eltern aus ärztlich-medizinischer Sicht ausgelotet werden, und auch, dass dies im Hinblick auf das angenommene Wohl des zu zeugenden Kindes geschieht – ist es aber gerechtfertigt, dass letztlich Mediziner über die Fähigkeit zur Elternschaft befinden? Aufgrund welcher Informationen und welcher Ausbildung kann und soll dies ein Mediziner tun? Und wie verträgt sich dies mit den Ansprüchen eines als autonomen Partner begriffenen Patienten?

Das gegenwärtige (idealtypische) Patientenbild ist das eines mündigen und autonomen Partners, der am medizinischen Entscheidungsfindungsprozess beteiligt wird – unbeschadet der Tatsache, dass er unter Umständen nicht oder nur partiell über die fachlichen Voraussetzungen und das Wissen des Mediziners verfügt. Diese Autonomievorstellung ist Resultat einer hochgradig individualistisch ausgerichteten Gesellschaft. Andererseits muss das Autonomieprinzip durchaus kritisch hinterfragt werden – etwa dann, wenn die Berufung auf die Autonomie mit der Forderung an die Medizin verwechselt wird, als reiner Dienstleister zu fungieren. Daher stellt sich mit Blick auf die Donogene Insemination die Frage, wo die Fortpflanzungsfreiheit und die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen an Grenzen stoßen bzw. nach welchen Kriterien man den Zutritt zur Donogenen Insemination festlegen soll. Daher ist an dieser Stelle zu prüfen, ob generelle Einsprüche und Interessen von Patienten oder der Gesellschaft gegen Zulassungsbedingungen durch das medizinische Regime vorgebracht werden können – und ob sie ethisch haltbare Argumente beinhalten. Es scheint angebracht, zuerst einen genaueren Blick darauf zu werfen, ob überhaupt ein allgemeines Recht auf Zugang zur Reproduktionsmedizin bestehen könnte.

Dies könnte sich z.B. aus einem „Recht auf Fortpflanzung“ herleiten lassen, ohne gleichzeitig als „Recht auf einen Menschen“ begriffen zu werden. Denkbar wäre auch eine Argumentation auf der Grundlage einer Analogiebildung – ausgehend von der These, dass die künstliche Fortpflanzung ebenso wie die natürliche Fortpflanzung keinen Restriktionen unterliegen sollte, also beide „Verfahrensweisen“ gleich zu behandeln seien.

Das sogenannte „Recht auf Fortpflanzung“

Wirft man einen Blick ins deutsche Grundgesetz, findet sich dort kein Artikel oder Passus, der direkt auf die Fortpflanzung zielt. Jedoch wird die natürliche Fortpflanzung als unan-

²²⁷ ADI (2006), Art. 3.

²²⁸ ADI (2006), Art. 5.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

tabstbarer Kernbereich des allgemeinen Persönlichkeitsrechts gesehen und dem Schutz der Intimsphäre aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs 1 GG zugerechnet,²²⁹ weswegen die Fortpflanzungsfreiheit als Ausfluss dieses Persönlichkeitsrechtes als Menschenrecht gesehen werden kann.²³⁰ Die Juristin Coester-Waltjen beschreibt es treffend damit, dass „das Recht, über die eigene Fortpflanzung zu entscheiden, [...] zum intimsten Bereich des Persönlichkeitsrechts [gehört].“²³¹ Allerdings weist sie gleichzeitig darauf hin, dass ein Recht auf Fortpflanzung nicht bedeutet, auch einen Anspruch auf Fortpflanzung zu haben:

„Die möglicherweise missverständliche Kurzformel „Recht auf Fortpflanzung“ bedeutet aber nicht, dass jeder Mensch einen Anspruch darauf hat, sich fortzupflanzen, sondern nur, dass er in seiner Fortpflanzung nicht behindert wird. Keiner hat beispielsweise das Recht, dass sich irgendein bestimmter Partner zur Zeugung eines gemeinsamen Kindes bereitfindet.“²³²

Vielmehr ist das Recht auf Fortpflanzung ein Freiheitsrecht und muss somit als Abwehrrecht gegen Eingriffe des Staates verstanden werden.²³³ Das sogenannte „Recht auf Fortpflanzung“ umfasst das Recht, sich mit den Partnern, die sich dazu bereitfinden, durch Vereinigung der Keimzellen fortzupflanzen,²³⁴ ohne dass jemand – im Normalfall auch nicht unter Berufung auf das Interesse eines (künftigen) Kindes – dessen Entstehung untersagen darf. Demnach muss auch niemand begründen, warum er sich fortpflanzen möchte, zumindest nicht in dem Fall, in dem keine Fertilisationsprobleme vorliegen.²³⁵ Die Grundrechte gewähren in ihrer herkömmlichen Abwehrfunktion einen Unterlassungsanspruch gegen staatliche Eingriffe in die persönliche, selbstbestimmte Entscheidung der Partner über eine natürliche Fortpflanzung und Gründung einer Familie.²³⁶

Das bedeutet aber kein Recht auf staatliche Duldung, Zulassung oder gar Förderung der *künstlichen* Fortpflanzung.²³⁷ Denn liegen Fertilisationsprobleme vor, handelt es sich nicht mehr um die Frage nach dem Fortpflanzungsrecht, sondern der Fortpflanzungswunsch stößt in den Bereich der Durchsetzung des Rechtes vor – und dieser ist keineswegs in das Abwehrrecht inkludiert.

Bei einer Fortpflanzung durch Donogene Insemination wird weitergehend auch der Intimbereich verlassen, in dem die Fortpflanzungsfreiheit uneingeschränkt gilt. Dies geschieht nicht durch das Hinzuziehen eines Reproduktionsmediziners, sondern erst durch das Hinzuführen des Samenspenders, der ja in die Intimsphäre des betreffenden Paares eintreten muss.²³⁸ Die Therapieform der Donogenen Insemination findet deswegen nur noch im Schutzbereich der Öffentlichkeitssphäre des allgemeinen Persönlichkeitsrechts

²²⁹ Vgl. Maunz/Dürig (1997), zu: Art. 2 Abs. 2 RN 31.

²³⁰ Vgl. Rütz (2008), S. 84.

²³¹ Coester-Waltjen (2002), S. 188.

²³² Ebenda.

²³³ Vgl. Robertson (1996).

²³⁴ Vgl. Coester-Waltjen (2002).

²³⁵ Vgl. Woopen (2002), S. 239.

²³⁶ Vgl. Hollenbach (2003), S. 84.

²³⁷ Ebenda.

²³⁸ Vgl. Knoop (2004), S. 176.

statt.²³⁹ Vereinfacht ausgedrückt, besteht weder ein Recht auf eine Behandlung mit Donogener Insemination, noch würde ein Recht beschnitten, wenn vom Gesetzgeber die Verwendung von heterologen Samen für die Fortpflanzung verboten würde. Darüber hinaus sind weitere Eingriffe und Restriktionen in das Verfahren zulässig, da sich kein Paar auf die uneingeschränkte Achtung seiner Intimsphäre berufen kann, da es diese mit Äußerung des Wunsches nach Donogener Insemination, also dem Hinzuziehen eines Dritten, selbst verlassen hat.

Der Kinderwunsch als „Recht auf einen Menschen“?

Ein weiterer Aspekt gegen einen Anspruch auf unbedingte Unterstützung bei der Fortpflanzung rührt aus dem Argument der Menschenwürde. Denn wenn in einer Gesellschaft der Respekt vor der Autonomie eines jeden anderen ein wichtiges Element sein soll, dann darf ein Wunschkind nicht als Resultat geforderter Rechte instrumentalisiert werden. Margaret Brazier hat es ironisch, aber doch treffend in der Form formuliert, weswegen ausgerechnet der Wunsch nach einem Kind ein „Rechtsanspruch“ sein sollte: „Women desire many things, success in their careers, beauty, scintillating partners, yet only the desire for a child becomes a right.“²⁴⁰

Immerhin geht es bei der Erfüllung eines Kinderwunsches nicht einfach um die Frage nach dem Recht auf Wunscherfüllung, sondern um die Existenz eines neuen Menschen. Und dieses Kind als einfaches Mittel der eigenen Persönlichkeitsentfaltung zu betrachten, käme einer Instrumentalisierung gleich, die man als Verletzung der Menschenwürde ansehen kann. Der erste Artikel des Grundgesetzes (Art 1 Abs. 1 GG) schützt den Menschen in seiner schicksalhaft gegebenen Individualität und legt den (Mit-)Menschen zugleich eine überindividuelle soziale Verantwortung auf.²⁴¹ Daher könnte man auch aus der staatlichen Schutzpflicht für die Menschenwürde und ebenso aus dem ärztlichen Selbstverständnis heraus bei der assistierten Reproduktion mit Spendersamen ein insgesamt eher restriktives Vorgehen fordern.

Kasuistisches Argument gegen eine Einschränkung der Reproduktionsmedizin

Laut Grundgesetz (s.o.) unterliegt die Fortpflanzung dem Persönlichkeitsrecht. Insofern kann man argumentieren, dass in unserer Gesellschaft keine Abwägung stattfindet, bei der das anzunehmende Wohl eines zu zeugenden Kindes mit den Interessen seiner angehenden Eltern gegen gerechnet wird. Dies bedeutet, dass die einzige vorliegende Beschränkung bei einem fortpflanzungswilligen Paar darin liegen könnte, dass eben diese Fortpflanzung auf natürlichem Wege gestört ist. Warum sollte nun eine Infertilität oder sonstige Störung, die mit Hilfe der Reproduktionsmedizin behoben werden kann, als Argument gegen eine Elternschaft gelten?

„It is unethical, it is argued, to do nothing to stop me embarking on an unplanned and potentially disastrous pregnancy in a drunken chance encounter, yet in the inter-

²³⁹ Vgl. Knoop (2004), S. 177.

²⁴⁰ Brazier (2001), S. 75.

²⁴¹ Hollenbach (2003), S. 92.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

est of a hypothetical child deny a women [...] a child carefully planned with her partner.“²⁴²

So beschreibt Magaret Brazier diese Argumentationslinie und sie fügt hinzu, dass man auf dieser Basis entweder jede Elternschaft von einer Erlaubnis dazu abhängig machen oder jedem fortpflanzungswilligen Paar alle möglichen Techniken der assistierten Fortpflanzung zugänglich machen müsste:

„Society should either impose contraception via the water supply and licence parenthood for all or allow free access to every technique able to aid conception.“²⁴³

Grundlage dieser Argumentation ist die Überzeugung, dass die Möglichkeit der Elternschaft keine Frage von funktionierenden Fortpflanzungsorganen sein sollte: Wer keine Fortpflanzungsprobleme hat, unterliegt keinen Restriktionen, also sollten diejenigen mit Fortpflanzungsproblemen auch keinen unterliegen – schon gar nicht auf der Basis eines möglichen Schadens für ein noch nicht existierendes Kind. Demnach wäre es auch nicht zu rechtfertigen, dass die Gesellschaft oder Ärzte Wunscheltern den Zugang zur Reproduktionsmedizin erschweren. Immerhin wäre der schlimmste denkbare Fall ein Kind, das mit seiner Zeugung durch ein reproduktionsmedizinisches Verfahren nicht einverstanden ist, bzw. damit, dass seine Eltern überhaupt Zugang zur Reproduktionsmedizin bekommen haben. Dasselbe würde aber auch für auf natürlichem Wege gezeugte Kinder gelten, da diese ebenfalls keinen Einfluss auf das Leben, das sie erwartet, nehmen können:

„The offspring of my drunken one-night stand may have a difficult time with an elderly mother [...], an unknown dad, and furious teenage sisters, but his life is unlikely to be so bad he wishes he had never been born.“²⁴⁴

Nimmt man noch die folgende Aussage hinzu: „It can only not be in a child’s interests to be born if his life is likely to be so dreadful that non-existence is preferable to existence“²⁴⁵ und gibt des Weiteren zu bedenken, dass es sehr unwahrscheinlich ist, dass ein Kind die Nichtexistenz den vorherrschenden Lebensumständen vorziehen würde, so müsste man gute Argumente erwarten, die einen Eingriff in die Fortpflanzungsfreiheit seitens der Reproduktionsmedizin unberechtigt erscheinen lassen.

Allerdings geht solch eine These von der Annahme aus, dass allein der Hinweis, dass nicht alle Kinder „gleiches Glück“ mit ihren Eltern haben, genügt, um das angenommene Kindeswohl in allen Fällen zu ignorieren. Doch ebenso könnte man argumentieren, dass man keine Wunsch Kinder dadurch bestrafen sollte, dass andere Eltern ihrer elterlichen Verantwortung nicht genügen. Denn die dargestellten Beispiele widersprechen dem Grundverständnis einer verantwortungsbewussten Entscheidung für ein Kind.

²⁴² Brazier (2001), S. 73 f.

²⁴³ Brazier (2001), S. 74.

²⁴⁴ Ebenda.

²⁴⁵ Ebenda.

“The principle of parental responsibility requires that individuals should desist from having children unless certain minimum conditions can be satisfied. Responsible parents want their children to have good and fulfilling lives.”²⁴⁶

Dieses Zitat von Michael Freeman im Bezug auf den moralischen Status von Kindern geht genauer auf die elterliche Verantwortung ein. Und dieser verantwortungsvolle Zugang sollte Wunscheltern verpflichten, sich Gedanken um die Zukunft ihres Wunschkindes und dessen Interessen zu machen. Bonnie Steinbock hat betont, dass keinen Kindesinteressen dadurch geschadet werden kann, dass man sich gegen eine Zeugung entscheidet. Niemand muss sich für die Entscheidung, sich nicht fortzupflanzen, bei einem durch diese Entscheidung nicht-resultierenden Kind entschuldigen, da keinem Kind Schaden zugefügt werden kann, das a priori nicht existiert. Bei der Entscheidung für ein Kind jedoch muss in dieser Entscheidung schon das Wohl des daraus resultierenden Kindes mitgedacht werden. Allein der Fakt, dass Kinder, einmal auf der Welt, keine Todessehnsucht verspüren oder lieber nicht existieren würden, ist ihrer Meinung nach hingegen kein Argument dafür, dass es gerechtfertigt war, sie überhaupt zu bekommen:

„By contrast, no one is harmed or deprived by not being brought into existence. Nothing is taken away from the child who is never conceived. The decision not to procreate makes no one worse off, and so the decision not to create need not be justified. The decision to procreate, however, makes one responsible for the welfare of the children one brings into the world. In deciding whether to have children, people should be concerned not only with their own interests in reproducing, but also with the lives their children are likely to have. If they are condemned to miserable lives, then reproduction should be avoided if possible. The fact that a children, once born, may not long for death or wish they had never been born does not justify bringing them into world in the first place.”²⁴⁷

Das gilt umso mehr, wenn es sich wie bei der Donogenen Insemination um einen oft über Jahre hinziehenden Entscheidungsprozess handelt, der nicht mit einem, um beim Beispiel zu bleiben, betrunkenen One-Night-Stand mit daraus resultierender ungewollter Schwangerschaft verglichen werden kann. Auch hier würde ein falsch verstandenes Selbstbestimmungsrecht der Wunscheltern den beteiligten Reproduktionsmediziner zum motivlosen Erfüllungsgehilfen degradieren und dabei Autonomie mit Autokratie verwechseln.

Zusammengefasst erscheint die Auffassung, dass eine Einschränkung der Fortpflanzungsfreiheit eines Wunschelternpaares seitens der Reproduktionsmedizin un gerechtfertigt sei, als wenig begründet. Allerdings kann darauf beruhend noch keine Aussage darüber getätigt werden, ob die vorliegenden Regelungen in sich berechtigt sind. Bislang lag der Fokus nur auf der Grundfrage, ob man die Zulassung überhaupt verweigern kann – nun folgt ein näherer Blick darauf, ob auch die verwendeten Kriterien überzeugen können, die über eine Aufnahme in die Therapie sprechen und die Rolle der Medizin bei der Bewertung derselben. Denn wenn die Reproduktionsmedizin ein Recht ableitet, mitzubestimmen, welche Frauen ein Kind mit Hilfe von Spendersamen bekommen dürfen, dann kann dies nur aus der Tatsache gefolgert werden, dass es sich eben nicht um eine natürliche Fort-

²⁴⁶ Vgl. Freeman (1997).

²⁴⁷ Steinbock (2001), S. 156 f.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

pflanzung handelt. Die assistierte Fortpflanzungsmedizin wird hierdurch allerdings zum Entscheidungsträger bei ethisch relevanten Fragen.

7.1.4 Die Reproduktionsmedizin als moralische Schranke?

„The physician as moral gatekeeper could be viewed as a captious, unjust method of social control.“²⁴⁸

Ami Jaeger, Juristin

„Gerade dann, wenn ein Kind mit ärztlicher Hilfe gezeugt wird, sind alle Beteiligten – das Kinderwunschpaar sowie die Reproduktionsmediziner – für sein Wohl präventiv verantwortlich.“²⁴⁹

Hartmut Krefß, Theologe

Wenn man die Frage verneint, ob ärztliche Entscheidungskriterien eine alleinige und hinreichende Voraussetzung sein sollten, um Zugang zur Reproduktionsmedizin zu erhalten, eröffnet man damit die Diskussion darüber, welche nicht-medizinischen Aspekte in den Entscheidungsfindungsprozess einfließen sollten.

Fraglich ist aus ethischer Sicht, ob es überhaupt die Aufgabe der Reproduktionsmedizin sein kann, derartige Entscheidungen zu treffen. Und kann eine Überprüfung der „Elternfähigkeit“ vor Behandlungsbeginn wirklich das Wohlergehen eines so erzeugten Kindes gewährleisten? Oder sollte es nicht vielmehr Aufgabe sein, lediglich die Rahmenbedingungen sicherzustellen? Also beispielsweise die Rechtssicherheit für ein Kind, soziale Eltern zu haben, sowie die Pflicht wahrzunehmen, alle Beteiligten über alle medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Konsequenzen zu informieren und zu beraten,²⁵⁰ jedoch ebenso über Alternativen aufzuklären (Adoption, Pflegekind, Therapieverzicht).²⁵¹ Dabei fällt es schwer, einen genauen Punkt zu beschreiben, an dem das Konzept der ärztlichen Verantwortung zu einer ethisch unzulässigen Einmischung in die autonom getroffene Entscheidung von Wunscheltern, ein Kind durch Donogene Insemination zu bekommen, übergeht.

Ärztliche Verantwortung oder „Elterneignungstest“?

Medizinische Systeme sind kontrollierte Bereiche, in denen Experten zwischen gesetzlichen Regelungen, moralischen Vorstellungen und berufsethischen Vorgaben agieren und dabei spezifische Handlungsnormen ausbilden, die wiederum Einfluss auf ärztliche Richtlinien nehmen:

²⁴⁸ Jaeger (1996), S. 113.

²⁴⁹ Krefß (2006), S. 73.

²⁵⁰ Vgl. Keiper/Kentenich (2007), S. 34.

²⁵¹ Darunter fallen auch Hinweise darüber, dass Patienten Aufklärung und Beratung zu Bereichen wie psychische Belastungen der Therapie, mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung, mögliche Auswirkung auf die Sexualität, mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg oder mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung bekommen können.

„In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat.“²⁵²

Daraus leitet sich eine (vermeintliche) Fürsorgepflicht ab, die den Ansprüchen der Patienten auf eigene autonome Entscheidung entgegenstehen kann. Das betrifft in der Reproduktionsmedizin besonders die Rechte und Wünsche des künftigen Kindes, für dessen Wohlergehen die Medizin erklärtermaßen Sorge tragen möchte. Aber die ärztliche Expertenrolle im Rahmen der Zeugung begründet nicht das Recht, als Anwalt des Ungeborenen aufzutreten und anstelle der Wunscheltern zu beurteilen, ob sie als Eltern geeignet sind:

„Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind. Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin/der Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung.“²⁵³

Diese besondere Verantwortung begründet keine Expertenstellung in ethischen Fragen, da diese sich nicht aus der medizinischen Expertise auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin ableiten lässt. Darüber hinaus lässt sich die personelle Einigung, ein zumindest „genügend“ gutes Elternteil zu werden und sein zu können, auch schwerlich objektivieren.²⁵⁴ Zudem müssen Eltern, die ihre Kinder ohne Hilfestellung der Medizin bekommen, ihre Fähigkeiten auch nicht a priori unter Beweis stellen, so dass es kaum einen abfragbaren Standard geben dürfte. Gemeinhin entscheiden potenzielle Eltern selbst, ob sie geeignet sind, Kinder zu erziehen, ohne dass ein Mediziner nach Darlegung ihrer Lebensgewohnheiten, Vorstrafen oder generellen Wert- und Moralvorstellungen eine Erlaubnis erteilt. Im Übrigen besteht ein eklatanter Unterschied zwischen der Feststellung, ob ein spezifisches Wunschelternpaar psychosozial in der Lage ist, für das Wohlergehen eines Kindes zu sorgen und dem Ausloten ihrer (intimen) Kinderwunschmotivation. Die Allgemeinen Behandlungsgrundsätze und Voraussetzungen der Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination führen aus, dass die Behandlung „Wunscheltern vorbehalten bleibt, die auf ein gemeinsames Kind nicht verzichten oder ein fremdes Kind nicht adoptieren können oder wollen“²⁵⁵ und die Wunscheltern sich über einen längeren Zeitraum mit den Motiven ihres Kinderwunsches und allen möglichen Konsequenzen der Familienbildung mit Spendersamen auseinandergesetzt haben²⁵⁶ sowie dass es sich dabei um Paare handelt, „die in tragfähiger, auf Dauerhaftigkeit ausgerichteter, gemeinschaftlicher Beziehung leben.“²⁵⁷ Inwieweit ist jedoch die Forderung nach der Offenlegung der Kinderwunschmotivation mit dem Wohlergehen des künftigen Kindes zu begründen? Dieses Ver-

²⁵² BÄK (2006), Präambel.

²⁵³ Ebenda.

²⁵⁴ Vgl. Maier (2000).

²⁵⁵ ADI (2006), Art. 3.4.

²⁵⁶ Ebenda.

²⁵⁷ Ebenda.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

fahren kann man durchaus als ein standardisiertes Erforschen höchst privater und intimer Details einer Beziehung verstehen, dessen Ergebnis zweifelhaft erscheint, wie auch Coester-Waltjen anmerkt:

„Im Übrigen dürfte die Beurteilung der Stabilität einer Partnerschaft und der Frage, ob das in diese Partnerschaft hineingeborene Kind optimale oder zumindest gute Bedingungen des Aufwachsens vorfinden wird, jeden Dritten, insbesondere auch den Fortpflanzungsmedizinern [...] überfordern.“²⁵⁸

Dagegen kann man halten, dass eine berechtigte Sorge existiert, dass die Kinderwunschmotivation ggf. nicht primär am Wohlergehen des Kindes orientiert ist, sondern der eigenen Wunscherfüllung bzw. partnerschaftlichen Interessen dient. In diesem Fall wäre das Kind der Versuch, eine Partnerschaft aufrechtzuerhalten oder diese erst zu erfüllen, oder der Versuch, eine strukturelle Depression oder Sucht zu mildern.²⁵⁹ Daneben sind weitere Motivationen denkbar, z.B. ein Kinderwunsch als selbstbezogener Wunsch, die Körpererfahrung der Schwangerschaft zu durchleben, als selbst gestecktes Lebensziel, „Mutter“ oder „Eltern“ zu sein, als Überwindung von Einsamkeit oder als Resultat der Auffassung, dass „ein Kind zu einer richtigen Familie“ gehört. Vielleicht ist der Kinderwunsch gar äußeren Einflüssen geschuldet, z.B. den Wünschen der eigenen Eltern, Großeltern zu werden oder dem „Dazugehörigkeitsgefühl“, weil alle befreundeten Paare auch Kinder haben.

Welche Motivationen würde man gelten lassen? Und obgleich auf den ersten Blick unstrittig erscheint, dass Kinder nicht zur Befriedigung der eigenen Wünsche und Lebensvorstellungen gezeugt werden sollten, fällt es schwer, ein Argument zu finden, das nicht auf Wünschen, Vorstellungen oder anderen emotionalen Motiven fußt. Grundmann beschreibt zu Recht, dass es in anderen Gesellschaftsformen durchaus rein rationale Gründe für einen Kinderwunsch geben kann, beispielsweise das ökonomische Motiv zur Sicherung der Versorgung der Eltern im Alter.²⁶⁰ Doch für unsere Gesellschaft scheinen persönliche Bedürfnisse und Vorstellungen zur Erfüllung der eigenen Lebensentwürfe deutlich im Vordergrund zu stehen.²⁶¹

Weiterhin müssten die Gründe, die auf einen übertriebenen Kinderwunsch hindeuten, auch noch unterscheidbar sein von der Motivation von Paaren, die nicht auf die Hilfe der Donogenen Insemination angewiesen sind: Eine gefühlte Leere im Leben oder den Wunsch, einen Partner dauerhaft an sich zu binden, scheint bei normal zeugungsfähigen Paaren ebenso denkbar, ohne dass man ihren Kinderwunsch im Vorfeld überprüfen oder ihnen gar die Fortpflanzung verweigern würde. „Egoistische“ Motive sind nicht auf Wunscherfüllung beschränkt, bei letzteren besteht lediglich die Besonderheit, dass sie bei der Realisierung Hilfe benötigen. Knoop konstatiert, dass die Entscheidung sich fortzupflanzen keiner Begründung bedürfe, weder einer allgemeinen noch einer individuellen – und dass daher diese Motivation auch nicht als Rechtfertigung vorgetragen werden müsse.²⁶² Gele-

²⁵⁸ Coester-Waltjen (2002), S. 190.

²⁵⁹ Vgl. Stauber (2000).

²⁶⁰ Grundmann (2000), S. 89.

²⁶¹ Ebenda.

²⁶² Knoop (2004), S. 360.

gentlich wird als Argument für die Notwendigkeit der Überprüfung des Kinderwunsches im Vorfeld einer Donogenen Insemination vorgebracht, dass Personen, die sich zu innig ein Kind wünschen, gerade nicht zur Elternschaft geeignet wären. Wenn die Fortpflanzung auf normalem Wege erfolglos bleibt, so wird der Kinderwunsch als neurotisch oder überwertig qualifiziert.

Selbst wenn man einem Paar diese Motivation unterstellen würde und zu dem Schluss käme, dass ein eigenes Kind lediglich oder zumindest in erster Linie zur Befriedigung eigener Wünsche erhalten müsste, – solange dieses Paar nicht auf die Hilfe der Reproduktionsmedizin angewiesen ist – achtet unsere Gesellschaft die Autonomie des Paares und stellt das mögliche Wohl des Kindes in den Hintergrund. Innerhalb des Rahmens einer natürlichen Fortpflanzung existiert auch kein Recht des Kindes, nur um seiner selbst willen gezeugt zu werden.

Dem kann nur als Argument entgegen gehalten werden, dass das Verfahren der Donogenen Insemination eben ganz besondere Anforderungen an die Eltern stellt, so dass es gerechtfertigt ist, deren Motivationen zu überprüfen.

7.1.5 Besondere Verantwortung der Eltern

Grundsätzlich ist zu fragen, ob die Verantwortung von Wunscheltern ihrem Wunschkind gegenüber größer ist als diejenige von Eltern, die ihr Kind auf natürlichem Wege bekommen. Dafür spricht, dass eine Schwangerschaft mit Spendersamen eine größere Belastung für die Paarbeziehung darstellt als eine natürliche Schwangerschaft. Weiterhin entsteht eine gänzlich andere Beziehung zwischen den Wunscheltern, da nur ein Partner biologischer Elternteil des Kindes wird und der (männliche) Partner sich mit dieser Situation auseinandersetzen muss. Dazu kommt, dass die angehende Mutter dabei das biologische Kind eines Fremden austrägt. Weiterhin ist die Elternschaft neben den psychischen auch von vielerlei juristischen Problemen belastet, und nicht zuletzt entsteht bei einer erfolgreichen Donogenen Insemination auch eine besondere Beziehung zum Wunschkind, die ggf. auch mit einer besonderen Erwartungshaltung verknüpft ist. Es spricht vieles dafür, dass eine Elternschaft nach Donogener Insemination ein höheres Maß an Verantwortung erfordert, so dass sich die Wunscheltern auch einem Beratungsprozess nicht verweigern sollten, in dem ein Dritter prüft, ob die Wunscheltern wirklich die Belange des Wunschkindes bedacht haben. Wer dieser Dritte sein soll, ist hiermit jedoch nicht beantwortet. Spricht nun die fachliche Expertise eines Reproduktionsmediziners dafür, diese Rolle zu übernehmen?

7.1.6 Das Entscheidungsrecht des Arztes

Gegenüber dem einzelnen Arzt besteht kein Anspruch auf assistierte Reproduktion im Allgemeinen oder auf Donogene Insemination im Speziellen. Scheint das Kindeswohl nicht gewährleistet zu sein, hat der Arzt die (Gewissens-)Freiheit, die Behandlung abzulehnen,²⁶³ wie es auch die Richtlinien für assistierte Fortpflanzung ausführen:

„Eine Ärztin/ein Arzt [kann] nicht dazu verpflichtet werden [...], entgegen ihrer/seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen.“²⁶⁴

²⁶³ Vgl. Maier (2000), S. 30.

²⁶⁴ BÄK (2006), Art. 3.14.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

Und obgleich Paare, die Kinder auf normalem Wege bekommen, im Vorfeld ihre elterliche Befähigung nicht unter Beweis stellen müssen, ist zu bedenken, dass in diesen Fällen auch kein Reproduktionsmediziner Verantwortung trägt, da er nicht in den Zeugungsvorgang involviert ist. Im medizinischen Kontext gilt das Autonomiegebot jedoch nicht nur für die Patienten; auch die Autonomie des Arztes gilt es zu berücksichtigen. Als unmittelbar handelnder Akteur muss der beteiligte Arzt „die Verantwortung für den beabsichtigten Eingriff übernehmen bzw. mittragen können, und zwar sowohl in persönlicher und moralischer als auch in juristischer Hinsicht.“²⁶⁵

7.1.7 Zusammenfassung

Zusammengefasst wirken die Richtlinien bezüglich der Zugangsbeschränkungen für heterosexuelle Paare zwar durchaus restriktiv, bei genauerer Betrachtung zeigt sich jedoch, dass es weder juristische noch moralische Ansprüche auf eine Donogene Insemination seitens der Wunscheltern gibt, wenn sich der hierfür befähigte Reproduktionsmediziner moralisch nicht dazu in der Lage sieht. Inwieweit er dazu auch die Motivation des Kinderwunsches hinterfragen muss bzw. wie weit seine Fähigkeiten gehen, etwa die Festigkeit einer Beziehung oder den psycho-sozialen Status der Wunscheltern richtig zu erfassen, ist eine zweite Frage. Dessen ungeachtet ist es sein autonomes Recht, eine Behandlung zu verweigern.

Eine Argumentation mit dem reinen „Kindeswohl“ kann dagegen nur bedingt überzeugen, ebenso der Einwand, die Reproduktionsmedizin würde Urteile über die Elternfähigkeit fällen, die ihr ethisch nicht zustehen. Vielmehr hat der Reproduktionsmediziner nicht nur seine eigenen Interessen zu vertreten, sondern zusätzlich noch die des Samenspenders, für die er ebenfalls eine Verantwortung trägt. Schließlich ist zu erwähnen, dass eine Ablehnung eines Paares mit Wunsch nach Donogener Insemination immer nur ein punktueller, kein genereller Eingriff in deren Kinderwunsch ist, da es jedem Paar unbenommen bleibt, bei einem anderen Reproduktionsmediziner vorstellig zu werden, der im Einzelfall vielleicht anders gewichtet.

7.2 Zugangsbeschränkungen für alleinstehende Frauen und lesbische Paare

Doch wie stellt sich die Situation dar, wenn nicht heterosexuelle Paare in ehelichen oder nicht-ehelichen Beziehungen, sondern alleinstehende Frauen oder gleichgeschlechtliche Paare sich durch Donogene Insemination einen Kinderwunsch erfüllen wollen?

Anders als bei einem heterosexuellen Paar, dem aufgrund männlicher Infertilität als letzter Weg nur die Nutzung von Fremdsamen bleibt, ist die Donogene Insemination bei gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinstehenden Frauen der einzige Weg, ohne eine körperliche Beziehung zu einem Mann zu einem Kind zu gelangen.²⁶⁶ Entsprechend können auch die medizinischen Kriterien der ungewollten Kinderlosigkeit (Sterilität des Partners) nicht gelten, die eine Behandlung mit Spendersamen indizieren. Damit liegen schon auf den ersten Blick die Unterschiede zur natürlichen Fortpflanzung auf der Hand. Weder bei alleinstehenden Frauen, noch bei gleichgeschlechtlichen Paarbeziehungen kann mit dem Argument angesetzt werden, dass die Reproduktionsmedizin eine die Fortpflanzung hemmende Sterilität des männlichen Partners „überwinden“ könnte, da a priori der

²⁶⁵ Hildt (2006), S. 127.

²⁶⁶ Harris (1995), S. 96.

für die Fortpflanzung nötige männliche Partner fehlt. Allerdings ist der Erfolg einer Donogenen Insemination auch bei einem heterosexuellen Paar nie die Therapie der männlichen Sterilität, sondern die Erfüllung der ungewollten Kinderlosigkeit. In beiden Fällen wird durch die Behandlung mit donogenen Samen ein Kinderwunsch erfüllbar, da sich mit dem Spender ein gegengeschlechtlicher, also männlicher Partner findet, der bereit ist, seinen zeugungsfähigen Samen zu Fortpflanzungszwecken bereitzustellen.

So scheint der Anspruch auf reproduktive Unterstützung bei unerfülltem Kinderwunsch generell auch dann gegeben, wenn man sich gegen einen dazu (natürlicherweise erforderlichen) männlichen Partner entscheidet. Insofern kann eine sexuelle Orientierung nicht ausschlaggebend sein, einem Menschen das Recht, über die eigene Fortpflanzung zu entscheiden, abzusprechen. Folglich müsste sie auch einer in gleichgeschlechtlicher Beziehung lebenden oder alleinstehenden Frau zugesprochen werden – es sei denn, man betont den Umstand, dass eine alleinstehende oder in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebende Wunschmutter alle biologischen Voraussetzungen der Mutterschaft besitzt und sich nur aus persönlichen Gründen oder sexueller Orientierung „weigert“, eine Beziehung mit einem fortpflanzungsfähigen Mann einzugehen: Wer sich aus freien Stücken dazu entscheidet, eine Beziehungsform zu leben, aus der natürlicherweise kein Nachwuchs hervorgehen kann, wird sich auch nicht auf den Krankheitsaspekt von Kinderlosigkeit berufen können. Dann müsste man allerdings auch jeder gebärfähigen heterosexuellen Wunschmutter mit einem zeugungsunfähigen Partner nahelegen, sich einen anderen, zeugungsfähigen Partner zu suchen oder eben auf Kinder zu verzichten, da diese Beziehung auch aus „natürlichen“ Gründen kinderlos bleiben wird.

Spricht man also alleinstehenden Frauen und Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen den legitimen Kinderwunsch zu, bleibt es ethisch zu begründen, warum die Verfasser der BÄK-Richtlinien den Wunsch auf Unterstützung bei der Fortpflanzung bei diesen Frauen a priori ablehnen.

7.2.1 Die Behandlung lesbischer Paare und alleinstehender Frauen²⁶⁷

In Deutschland – und weltweit – äußern immer mehr in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebende und alleinstehende Frauen den Wunsch nach Donogener Insemination. In einigen Ländern, beispielsweise in Kanada, den USA und Australien, führten Antidiskriminierungsgesetze dazu, dass den Betroffenen ein Anspruch auf Behandlung eingeräumt wurde,²⁶⁸ in anderen Ländern, z. B. Belgien²⁶⁹ und Schweden²⁷⁰, wurden in den letzten Jahren die Gesetze dahingehend liberalisiert, dass zukünftig auch unverheirateten Frauen und lesbischen Paaren die künstliche Befruchtung offen stehen soll.

²⁶⁷ Natürlich kann im Zusammenhang mit den Möglichkeiten der modernen Reproduktionsmedizin auch die Frage aufkommen, ob homosexuelle Männer mit oder ohne festen Partner mit Hilfe einer Eizellenspende und einer Leihmutter ein Kind bekommen dürfen, aber da sowohl Eizellenspende als auch Leihmutterschaft in Deutschland durch das Embryonenschutzgesetz verboten sind, bleibt dieser Beitrag bei der Frage nach dem Zugang zur Reproduktionsmedizin bei lesbischen Paarbeziehungen und alleinstehenden, partnerlosen Frauen.

²⁶⁸ Vgl. Thorn (2006).

²⁶⁹ Ärzteblatt online, 01.03.2007 [26.06.2010]; Ärzteblatt online, 16.03.2007 [26.06.2010].

²⁷⁰ Vgl. Werner/Westerstrahl (2008).

7. Zugang zur Donogenen Insemination

In Deutschland existiert kein generelles gesetzliches Verbot, das alleinstehende Frauen oder in einer gleichgeschlechtlichen Beziehung lebende Frauen von einer Behandlung durch Donogene Insemination ausschließen würde.²⁷¹ Gleichwohl legen die Richtlinien der Bundesärztekammer bislang fest, dass diese beiden Gruppen von der reproduktionsmedizinischen Behandlung auszuschließen sind.²⁷²

Von Seiten der Bundesärztekammer wird davon ausgegangen, dass durch das Fehlen einer festen männlichen Bezugsperson das Kindeswohl in Gefahr ist. Laut Kommentar zu den statusrechtlichen Voraussetzungen des Zugangs zur Reproduktionsmedizin geht es um eine Sicherstellung, dass „das mit einer Methode der assistierten Reproduktion gezeugte Kind nicht ohne sozialen und rechtlichen Vater aufwächst.“²⁷³ Ist dieses bei heterosexuellen unverheirateten Paaren noch durch eine formale Anerkennung und eine – wie auch immer von den Reproduktionsmedizinerinnen feststellbare – Überprüfung der Konstanz der Beziehung möglich, scheidet diese Variante bei alleinstehenden Frauen und gleichgeschlechtlichen Paaren²⁷⁴ bereits durch das Nichtvorhandensein eines männlichen Partners aus. Insofern sind sie – gemäß der Richtlinie – nicht in der Lage, eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen sicherzustellen, was ein Ausschlusskriterium darstellt:²⁷⁵

„Aus diesem Grund ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.“²⁷⁶

²⁷¹ Ratzel (2002); Müller (2008).

²⁷² Die Empfehlungen der Bundesärztekammer – eines freiwilligen privatrechtlichen Zusammenschlusses der rechtlich selbstständigen Landesärztekammern ohne Weisungsbefugnis gegenüber diesen – bekommen ihre Geltung erst mit der Übernahme in die landesärztlichen Richtlinien. Die hier ausschlaggebende Richtlinie ist mit Ausnahme der Berliner Ärztekammer von allen Landesärztekammern mit kleinen Unterschieden übernommen worden, weswegen diese Arbeit sich auch auf diese bezieht. Vgl. Müller (2008).

²⁷³ BÄK (2006), Zu 3.1.1.

²⁷⁴ Dies gilt auch ungeachtet der Frage, ob sie rechtlich als „verpartnert“ gelten. Verpartnerte homosexuelle Paare gelten nicht vom Familienstand als ledig, sie werden aber auch nicht als verheiratet gerichtlichseits bewertet, sondern bilden einen eigenen Familienstand: verpartnert.

²⁷⁵ Ein Blick in die Foren diverser Internetportale mit thematischer Ausrichtung auf lesbische Regenbogenfamilien verrät, dass es trotz des Verbotes in einigen reproduktionsmedizinischen Einrichtungen auch für lesbische Paare möglich ist, Donogene Insemination vornehmen zu lassen, da es in den „Begriffsbestimmungen zur assistierten Reproduktion“ eine scheinbar auslegbare Umwindung des Verbotes gibt, da es dort heißt: „Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.“ (BÄK [2006], S. 1393). Das bedeutet, ein Reproduktionsmediziner kann sich den Richtlinien vermeintlich entziehen, indem er entweder nur eine hormonelle Stimulationstherapie mit seinem ärztlichen Beistand unterstützt oder hilft, den richtigen Zeitpunkt für eine Spermendameninsemination zu bestimmen - und dann die Wunschmutter die Insemination selbst vornehmen lässt. Laut dem Lesben- und Schwulenverband in Deutschland (LSVD) e.V. unterstellt die Bundesärztekammer jedoch, dass die hormonelle Behandlung dennoch Therapie begleitend vollzogen wird, weswegen auch die wenigen Praxen in Deutschland, die bislang lesbische Paare behandelt haben, sich wieder zurückziehen würden. Vgl. LSVD <http://typo3.lsvd.de/840.98.html> [26.06.2010]; Seyler (2004). Da die ethische Fragestellung dieser Arbeit jedoch auf die argumentativen Gründe zur Problematik des Zugangs von alleinstehenden und lesbischen Paaren zielt, hält sie sich methodisch an den Verbotsparagrafen der BÄK.

²⁷⁶ BÄK (2006), Zu 3.1.1.

Damit spricht die Medizin alleinstehenden Frauen sowie gleichgeschlechtlichen Paaren de facto die Eignung für eine verantwortungsvolle Elternschaft ab und versucht dieses mit dem Wohlergehen des Kindes zu begründen. Dabei begibt sich die BÄK auf ein Terrain, auf dem ihre Richtlinienkompetenz zweifelhaft erscheint. Immerhin geht es nicht um den Ausschluss eines einzelnen Paares, dem eine mangelnde Eignung zur Elternschaft vorgeworfen wird, sondern um den vorgeschalteten Ausschluss einer gesamten Personengruppe auf der Grundlage der sexuellen Orientierung.

Überhaupt ist der bindende Charakter dieser von der BÄK erlassenen Richtlinien juristisch umstritten. Denn es stellt sich die Frage, ob Regelungen des ärztlichen Standesrechts überhaupt Geltung haben können, wenn sie sich auf Grundrechte Dritter beziehen und diese einschränken.²⁷⁷ Immerhin ist das ärztliche Standesrecht ein Berufsrecht, dessen Gültigkeit sich demnach auf Ärztinnen und Ärzte bezieht. Vereinfacht gesagt, greifen die Richtlinien aber in die Grundrechte fortpflanzungswilliger Personen ein, da diese (wegen des Arztvorbehaltes nach § 9 ESchG) auf den Reproduktionsmediziner angewiesen sind, der wiederum den Regelungen der Ärztekammern unterliegt.²⁷⁸

Schon 1986 hat Koch darauf hingewiesen, dass bei der Donogenen Insemination Regelungen angesetzt werden, die über die Kompetenz ärztlichen Standesrechts hinausgehen:

„Die einschlägigen Verfahrensfragen – z.B. Anwerbung, Auswahl und Registrierung des Spenders, Betreibung von Samenbanken, Eignungsprüfung der Patienten, (Un-)Entgeltlichkeit der Samenspende, Dokumentation der Behandlung, Limitierung der Zahl der genetischen Vaterschaften eines Spenders – dürften teilweise über die Regelungskompetenz des ärztlichen Standesrechts hinausgehen.“²⁷⁹

Alle Regeln im ärztlichen Standesrecht, die zwingende Behandlungsvoraussetzungen, insbesondere nicht medizinische Voraussetzungen, für die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe durch ungewollt kinderlose Personen aufstellen, sind mangels einer entsprechenden Rechtsetzungskompetenz der Landesärztekammern nach dieser Auffassung verfassungswidrig. Nach Knoop besteht der Sinn einer solchen Selbstregelung u.a. darin,

„Angelegenheiten, die sie selbst betreffen und sie in überschaubaren Bereichen am sachkundigsten beurteilen können, eigenverantwortlich zu überlassen und dadurch den Abstand zwischen Normgeber und Normadressat zu verringern.“²⁸⁰

So kommt Knoop auch im Rahmen ihrer Untersuchung zu der Feststellung, dass gerade bei der „Regelung der fachlich-technischen Modalitäten der Reproduktionsmedizin [...] das ärztliche Standesrecht ein verfassungsgemäßes und, aufgrund der größeren Sachnähe des Normgebers, geeignetes Instrument [...] [ist].“²⁸¹ Solange eine ärztliche Richtlinie nur ihre eigenen Belange regelt, scheint sie unproblematisch; sobald die Rechte Dritter betroffen sind, kann es ein Problem sein, da Satzungen von autonomen Körperschaften wie der BÄK gegen das Demokratieprinzip (Art. 20 Abs. 3 GG) oder das Prinzip der Rechtsstaat-

²⁷⁷ Vgl. Koch (1986); Knoop (2004); Rütz (2008).

²⁷⁸ Vgl. Knoop (2004), S. 45.

²⁷⁹ Koch (1986), S. 261.

²⁸⁰ Knoop (2004), S. 316.

²⁸¹ Knoop (2004), S. 323 f.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

lichkeit verstoßen könnten.²⁸² Über solche Eingriffe in Grundrechte Dritter müsste der demokratisch legitimierte Gesetzgeber entscheiden. Immerhin obliegt es allein der staatlichen Gesetzeskraft, Freiheiten seiner Bürger zu beschneiden. Solche Gesetze müssten demnach dann auch vom rechtmäßig gewählten Gesetzgeber geschaffen werden. Es ist daher nicht die Frage, ob man die Donogene Insemination im Zuge eines Reproduktionsmedizinergesetzes oder eines anderen Gesetzes verbieten oder auf bestimmte Personen/Pairungen beschränken darf, sondern ob die BÄK dies stellvertretend regeln kann.²⁸³ Zur Verdeutlichung, wie sehr die Ärztekammern ihre Richtlinien als strikt einzuhaltende Regeln ansehen, sei ein Beispiel von der Homepage der Saarländischen Landesärztekammer²⁸⁴ zu den Richtlinien zur medizinisch assistierten Fortpflanzung zitiert:

„Seit der Veröffentlichung der ersten Richtlinie 1985 [...] wurden im Bereich der assistierten Reproduktion zahlreiche Verfahren modifiziert und neue, verfeinerte Methoden entwickelt, auch sind medizintechnische Fragen heute kaum noch als unlösbar zu bezeichnen. Parallel dazu müssen aber auch die sich hieraus ergebenden ethischen Fragen, ärztlichen Aufgaben und rechtlichen Konsequenzen sorgfältig begleitet werden. Mit diesen und anderen Richtlinien hat die Ärzteschaft die Grenzen des derzeit Machbaren definiert und hat sich verpflichtende Regeln gegeben, die strikt einzuhalten sind.“²⁸⁵

Allerdings ist es im Rahmen einer ethischen Analyse zweitrangig, ob bestimmte Forderungen selbst eine solide legitime juristische Grundlage haben. Die Analyse beschränkt sich deshalb auf die ethischen Argumente, die als Gründe für oder gegen einen pauschalen Ausschluss bestimmter Patientinnen mit Kinderwunsch genannt werden.

Da oben bereits gezeigt wurde, dass bestimmte Paare wegen fehlender elterlicher Kompetenz von der ärztlichen Therapie ausgeschlossen werden können, sollen in diesem Kapitel nur die Punkte aufgegriffen werden, die explizit gegen eine Zulassung von alleinstehenden Frauen und Frauen in gleichgeschlechtlichen Paarbeziehungen sprechen, bzw. neue Diskussionspunkte angeführt werden, die bei dieser besonderen Konstellation ethisch relevant erscheinen. Daher ist zu prüfen, ob es ggf. weitere Aspekte gibt, die mit einbezogen werden müssen, um zu klären, ob eine Diskriminierung oder eine ungerechtfertigte Einschränkung des reproduktiven Selbstbestimmungsrechts der Frauen vorliegt. Vor allem interessiert die Frage, ob es belastbare Studien gibt, die belegen, dass mittels Samenspende gezeugte Kinder einen Nachteil erleiden, weil sie von einer alleinerziehenden Mutter oder einer Frau in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft großgezogen werden. Denkbar wären aber auch rechtliche Aspekte, die gegen eine Zulassung von alleinstehenden und lesbischen Frauen mit Kinderwunsch sprechen und ebenfalls mit dem Interesse auf Zugang ethisch abgewogen werden müssen.

²⁸² Rütz (2008), S. 82.

²⁸³ Vgl. Knoop (2004), S. 321.

²⁸⁴ Die saarländische Ärztekammer erklärt die DI für alleinstehende Frauen und Frauen in gleichgeschlechtlichen Beziehungen ausdrücklich für nicht zulässig – übrigen Landesärztekammern legen die Richtlinien entsprechend aus. Vgl. Müller (2008).

²⁸⁵ <http://www.aerztekammer-saarland.de/30/01Berufsordnung2/2004012001.html> [27.06.2010].

7.2.2 Der Ausschluss auf Grundlage des „Kindeswohls“

Die zitierte ärztliche Richtlinie beruht offensichtlich auf der traditionellen Vorstellung einer „Vater-Mutter-Kind“-Beziehung. Der Kinderwunsch von alleinstehenden Frauen und gleichgeschlechtlichen Paaren scheint diesem Familienbild entgegenzustehen, weswegen der Zugang zur Reproduktionsmedizin verwehrt wird.²⁸⁶ Allerdings haben nichteheliche Lebensgemeinschaften – mit hetero- wie auch mit homosexuellen Partnern – unsere Vorstellung von Ehe und Familie tiefgreifend verändert. Den traditionellen Vorstellungen von Familie als „Vater-Mutter-Kind“-Modell tritt eine zunehmende Zahl von Kindern entgegen, die mit einem alleinerziehenden Elternteil oder bei nicht verheirateten Eltern aufwachsen. Laut dem Mikrozensus 2009, einer jährlichen erscheinenden Erhebung des Statistischen Bundesamtes, ist bereits jede fünfte Familie in Deutschland alleinerziehend. Die Tendenz ist seit Jahren steigend. Das Festhalten an einer „Vater-Mutter-Kind“-Beziehung als einzig denkbarer Option kann daher einem Vergleich mit der Lebenswirklichkeit nicht mehr standhalten.

Auch ein Vergleich mit dem Adoptionsrecht scheint gegen die These zu sprechen, dass nur heterosexuelle Paare das Kindeswohl sichern können: Denn wenn alleinstehende Personen Kinder adoptieren können, scheint die Gesellschaft nicht kategorisch auszuschließen, dass das Wohlergehen eines Kindes auch ohne elterliche Partnerschaft gewährleistet ist. Denn auch mit dem Fehlen eines männlichen Bezugspunktes ist nach §1741 Abs. 2 S. 1 BGB die Adoption durch eine alleinstehende Person möglich, woraus zu schließen wäre, dass es kein Recht eines Kindes darauf gibt, in einer „Standard“-Familie aufzuwachsen.²⁸⁷ Dort heißt es:

„Wer nicht verheiratet ist, kann ein Kind nur allein annehmen. Ein Ehepaar kann ein Kind nur gemeinschaftlich annehmen. Ein Ehegatte kann ein Kind seines Ehegatten allein annehmen. Er kann ein Kind auch dann allein annehmen, wenn der andere Ehegatte das Kind nicht annehmen kann, weil er geschäftsunfähig ist oder das einundzwanzigste Lebensjahr noch nicht vollendet hat.“ (§1741 Abs. 2 S. 1 BGB)

Weiterhin gilt, dass seit dem 1. Januar 2005 auch lesbische „Co-Mütter“ (oder analog schwule „Co-Väter“) in Deutschland leibliche Kinder ihrer/ihrer eingetragenen Lebenspartners als Stiefkind adoptieren können (§9 Abs. 7 LpartG). Durch die Adoption erhält die Stiefmutter/der Stiefvater rechtlich dieselbe Stellung wie ein leiblicher Elternteil – u.a. das Sorgerecht und Unterhaltsverpflichtungen. Die Verwandtschaftsverhältnisse des Kindes zum anderen biologischen Elternteil – im Fall der Donogenen Insemination also dem Samenspender – werden vollkommen aufgehoben. Damit hätte ein Kind wieder zwei Elternteile, wenn auch vom selben Geschlecht. Analog wurde im Mai 2008 als Teil der Novellierung des „Human Fertilisation and Embryology Bill“ von 1990,²⁸⁸ sozusagen dem britischen Gegenstück zur Richtlinie der BÄK der Terminus „The need for a father“ als zielsetzendes Element bei der Reproduktionsmedizin ersetzt durch den Begriff eines „supportive parenting“, was die geschlechtsspezifische Zuordnung der Eltern aufgehoben

²⁸⁶ Vgl. Fischer (2009); Groß (2009).

²⁸⁷ Vgl. Rütz (2008), S. 90.

²⁸⁸ Vgl. Ahuja (2008).

7. Zugang zur Donogenen Insemination

hat. Entsprechend soll einem Kind nun ebenfalls geschlechtsneutral ein „need for high quality parenting“ zustehen.²⁸⁹

7.2.3 Widerspricht eine allgemeine Nichtzulassung dem Diskriminierungsverbot?

„It is the right of the individual, married or single, to free of unwarranted governmental intrusion in matters so fundamentally affecting a person as the decision whether to bear or beget a child.“²⁹⁰

U.S. Supreme Court

In den USA hat sich unlängst das „Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine“ mit der Frage befasst, ob es eine moralische Restriktion von Seiten der Reproduktionsmedizin gegenüber homosexuellen Männern,²⁹¹ unverheirateten (gleichgeschlechtlichen) Paaren und alleinstehenden Frauen geben dürfe. Die Frage erwuchs aus der Tatsache, dass amerikanische Fortpflanzungszentren sehr unterschiedlich auf die Anfragen von homosexuellen, lesbischen oder alleinstehenden Frauen reagierten und diesen – je nach Haltung in besagter Frage – den Zugang zur assistierten Fortpflanzung gestatteten oder verweigerten:

„Sometimes, the unwillingness to treat is based on religious or personal moral views about the propriety or desirability of unmarried persons or gay and lesbian having children.“²⁹²

Das Ethics Committee stellt fest, dass es keine Belege dafür gibt, dass Kinder, die von einem alleinerziehenden Elternteil oder von Partnern aufgezogen werden, einen Nachteil erleiden, der sich konkret auf diese Art der Lebensumstände bezieht. Dabei geht man von Schätzungen aus, wonach in den USA mindestens sechs Millionen Kinder leben, die zumindest einen homosexuellen Elternteil haben, wobei die meisten dieser Kinder aus einer heterosexuellen Beziehung hervorgegangen sind.²⁹³ Das Ethics Committee verweist zudem auf Studien, die belegen, dass Kinder ganz normal aufwachsen und auch ihre sexuelle Ausrichtung sich identisch mit denen von Kindern aus heterosexuellen Familien entwickelt.²⁹⁴ Dementsprechend schlägt es vor, dass der Zugang zur assistierten Fortpflanzung nicht abhängig vom Beziehungsstatus oder der sexuellen Orientierung der Wunscheltern sein sollte. Es empfiehlt, dass Programme der Fortpflanzungsmedizin allen Frauen und Männern zugänglich sein sollten, die einen Kinderwunsch haben.²⁹⁵ Nach Auffassung des Ethics Committee stößt eine ärztliche Standesethik an ihre Grenzen, wenn die Frage nach einer Kinderwunschbehandlung z. B. vor dem Hintergrund der sexuellen Orientierung erörtert

²⁸⁹ Ebenda.

²⁹⁰ Zitiert nach Jaeger (1996), S. 117.

²⁹¹ Da in den USA auch die Eizellenspende und die Leihmutterschaft erlaubt sind, können auch homosexuelle Männer bzw. männliche Paare durch Eizellenspende und Ersatzmutter ein Kind bekommen. Vgl. auch American Society for Reproductive Medicine (2004a/b).

²⁹² Ethics Committee (2006), S. 1335.

²⁹³ Vgl. Patterson (1992).

²⁹⁴ Vgl. Golombok/Tasker (1996).

²⁹⁵ Ethics Committee (2006), S. 1335.

werde: „[...] we find no sound ethical basis for licensed professionals to deny reproductive service to unmarried or homosexual persons.“²⁹⁶

Ob in Deutschland eine Klage auf der Grundlage des umgangssprachlich „Antidiskriminierungsgesetz“ genannten „Allgemeinen Gleichbehandlungsgesetzes“ (AGG) erfolgversprechend wäre, kann und soll hier nicht erörtert werden.²⁹⁷ Jedoch ist darauf hinzuweisen, dass man den Zugang zur Donogenen Insemination mit dem Motiv der „Antidiskriminierung“ befürworten könnte, wenn empirische Daten existieren, dass das Wohl der betroffenen Kinder nicht gefährdet ist.

7.2.4 Studien zum Kindeswohl bei gleichgeschlechtlichen Beziehungen und alleinstehenden Frauen

„Auch wenn die ethische Diskussion um die Zulässigkeit bestimmter Formen der Gametenspende anhält, zeigen Untersuchungen bislang auf, dass die kindliche Entwicklung durch die Zeugungsart nicht negativ beeinflusst wird. Es scheint, als ob nicht länger argumentiert werden kann, dass traditionelle Familien gut und ungewöhnliche Familien schlecht für Kinder sind. Worauf es für das psychologische Wohl des Kindes ankommt, ist die Qualität des Familienlebens.“²⁹⁸

Dieses Zitat der Familientherapeutin Petra Thorn nimmt direkt Bezug auf Studien der Psychologin Susan Golombok. Diese hatte Familien mit Kindern aus Donogener Insemination untersucht. Zum Zeitpunkt des zweiten Geburtstages hatte die von der ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology) unterstützten Studie 21 alleinerziehende Mütter und 46 verheiratete Paare einer standardisierten, objektivierbaren Befragung zum psychologischen Wohlbefinden der Mütter, zur Mutter-Kind-Beziehung und zur psychologischen Entwicklung des Kindes unterzogen und die Ergebnisse verglichen.²⁹⁹ Demnach beschrieben alleinerziehende Mütter ihre Kinder als „weniger klammernd“, gaben im Durchschnitt ein geringeres Stressniveau an und zeigten größere Freude an ihren Kindern als die als Kontrollgruppe ebenfalls befragten Paare. Allerdings kann der zitierten Studie aufgrund der geringen Stichprobe kein repräsentativer Charakter beigemessen werden. Andererseits haben sich in den letzten Jahren mehrere wissenschaftliche Untersuchungen mit der Frage befasst, ob sich Kinder, die mit Hilfe einer Samenspende gezeugt wurden, in ihrer Entwicklung von auf natürlichem Weg gezeugten oder adoptierten Kindern unterscheiden. Sowohl Kinder, die in heterosexuellen Familien leben, als auch Kinder, die in lesbischen Familien oder bei einer alleinstehenden Mutter aufwachsen, unterscheiden sich nach bisherigem Kenntnisstand nicht in ihrer Entwicklung von Kindern, die spontan gezeugt wurden.³⁰⁰ Gemeinhin wird diskutiert, ob für eine gesunde psychosoziale Entwicklung des Kindes ein Vater vorhanden sein muss und ob die Kinder lesbischer bzw. alleinstehender Mütter einem höheren Risiko für psychische Erkrankungen unterliegen. Das Fehlen einer

²⁹⁶ Ebenda.

²⁹⁷ Das AGG soll u.a. vor Ungleichbehandlung auf Grunde der sexuellen Identität schützen.

²⁹⁸ Thorn (2006), S. 173.

²⁹⁹ Vgl. Murray/Golombok (2005a).

³⁰⁰ Vgl. Murry/Golombok (2005a/b); Brewaeys et al. (2005); Golombok/Brewaeys/Giavazzi (2002); Bos/v.Balen/v.d.Boom (2007); Brewaeys et al. (1997); Golombok et al. (2003); Patterson (1994); Herrmann-Green (2008).

7. Zugang zur Donogenen Insemination

(autoritären) Vaterfigur wird dabei gleichgesetzt mit einer Störung im männlichen Identifikationsprozess eines Sohnes.³⁰¹ Zu beachten ist auch, dass die Mehrzahl der Kinder lesbischer Mütter innerhalb einer stabilen Beziehung aufwächst, dass für diese Mütter eine Zeugung mit Spendersamen die „erste Wahl“ war, während der mittels Donogener Insemination erfüllte Kinderwunsch für die Mehrzahl der alleinerziehenden Mütter die „letzte Möglichkeit“ darstellt und diese nicht länger auf einen geeigneten Partner warten wollen. Ansonsten scheinen diese beiden Gruppen mit ähnlichen Vorstellungen an die Donogene Insemination heranzutreten wie heterosexuelle Paare. Zu diesem Ergebnis kommen Jacob et al., die in den USA untersucht haben, ob lesbische Paare sich von anderen Patientinnen bei einer donogenen Inseminationstherapie unterscheiden, indem sie 23 lesbische Paare mit 17 alleinstehenden Frauen und 14 heterosexuellen Paare mit bekannter Infertilität in ihre Studie verglichen haben.³⁰² Auch nach Brewaeys et al. liegt generell keinerlei empirische Evidenz für Unterschiede in der Entwicklung des Verhaltens, der Emotionalität, der sozialen Fähigkeiten und der Geschlechtsidentität bei der Erziehung durch eine lesbische Mutter vor, wohingegen über Kinder alleinstehender Mütter nach Spendersamen-Insemination bislang nur sehr wenig bekannt ist.³⁰³ Und ein einfacher Rückgriff auf Verhaltensstudien über Kinder, die nur bei einem Elternteil aufwachsen, schließt sich schon methodisch aus. Zwar mögen Langzeitstudien belegen, dass diese Kinder deutlich häufiger psychologische Probleme haben – insbesondere bezüglich ihrer kognitiven und sozio-emotionalen Entwicklungen und der Fähigkeit, sich auf eine enge Beziehung einzulassen,³⁰⁴ doch schließen diese Untersuchungen über das psychosoziale Verhalten von Kindern alleinerziehender Mütter vornehmlich Kinder ein, die eine Trennung ihrer Eltern miterlebt haben. Und eine Trennung der Eltern stellt ihrerseits ein mögliches traumatisches Moment und damit einen Einflussfaktor dar. Weiterhin haben diese Kinder einen biologischen Vater, mit dem sie bis zur Trennung der Eltern zusammengelebt haben. Dazu kommt häufig ein geringerer sozioökonomischer Status der getrennt lebenden Frau und dementsprechend der bei ihr lebenden Kinder – allesamt Variablen, die eine Interpretation derartiger Studienergebnisse erschweren.

Dennoch gibt es Hinweise darauf, dass das Wohlergehen eines Kindes vom Funktionieren des sozialen Umfeldes, nicht von der Geschlechtlichkeit oder sexuellen Ausrichtung seiner Erziehungsberechtigten abhängt. Und zur Verdeutlichung: Es geht nicht um die Frage, ob allen alleinstehenden oder lesbischen Frauen im Einzelfall Zugang zur Donogenen Insemination gewährt wird, sondern darum, ob es gerechtfertigt ist, den Betroffenen dieses kategorisch zu verbieten – unabhängig vom sozialen Umfeld, das sie einem Wunschkind bieten können.

7.2.5 Rechtliche Argumente gegen eine Insemination bei lesbischen Paaren und alleinstehenden Frauen

Folgt man den bisher verfügbaren Studienergebnissen und postuliert man deren Übertragbarkeit auf die Verhältnisse in Deutschland, so lautet die Schlussfolgerung, dass das

³⁰¹ Vgl. Brewaeys et al. (2005).

³⁰² Vgl. Jacob/Klock/Maier (1999).

³⁰³ Vgl. Brewaeys et al. (2005), S. 35.

³⁰⁴ Vgl. Brewaeys et al. (2005), S. 37.

mutmaßliche Kindeswohl einer Öffnung der Donogenen Insemination für alleinerziehende Frauen und gleichgeschlechtliche Partnerschaften nicht grundsätzlich entgegensteht. Allerdings muss bedacht werden, dass Elternschaft auch aus juristischer Perspektive betrachtet werden muss, d.h. dass ein Kind ggf. legale Rechte gegenüber seinen Eltern hat, die ebenfalls gewährleistet werden müssen, da sie ihm im Sinne seines Wohlergehens „zustehen“. Demgegenüber gibt es, wie oben erwähnt, kein Gesetz, das die Schwangerschaft durch Donogene Insemination bei gleichgeschlechtlichen Paaren oder alleinstehenden Frauen explizit verbietet. Gleichwohl finden sich aus rechtlicher Sicht zwei Aspekte, die einer näheren Betrachtung bedürfen:

(a) Entziehung des Umgangsrechtes

Zum einen ist der im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) niedergelegte Grundgedanke einzu- beziehen, wonach es für eine ungestörte Entwicklung des Kindes des regelmäßigen Umgangs mit beiden Elternteilen bedarf (BGB § 1626 Abs. 3). Weiterhin hat das Kind nicht nur das Recht auf Umgang mit beiden Elternteilen, sondern jedes Elternteil ist auch zum Umgang mit dem Kind verpflichtet (BGB § 1684 Abs. 1). Solange jedoch ein Kind aus Donogener Insemination kein zweites Elternteil hat, wie im Falle einer alleinstehenden Frau, müsste der Samenspender als biologischer Vater auch als sozialer Vater festgestellt werden, damit das Kind dieses Recht überhaupt wahrnehmen kann. Ein anonymer Samenspender würde dem Kind also de facto das Recht auf einen Umgang mit dem Vater vorenthalten. Allerdings zeigt die Alltagspraxis, dass dieses Recht häufig nicht durchgesetzt werden kann – etwa dann, wenn sich ein Elternteil dieser Rolle gezielt entzieht und zum regelmäßigen Umgang mit dem Kind nicht bereit ist. Die Durchsetzung dieses Rechtes muss im konkreten Anwendungsfall gegen die Bedürfnisse des Kindes abgewogen werden, da es zweifelhaft erscheint, dass das Kind ein Interesse und Nutzen für seine Entwicklung darin hat, mit einem Elternteil Umgang zu haben, der ein gegenteiliges Interesse verfolgt. Nach einem vor kurzem gefällten Urteil des Bundesverfassungsgerichtes können Eltern im Normalfall auch nicht gegen ihren Willen zu gelegentlichen Besuchen bei ihren Kindern gezwungen werden. Der behandelte Fall betraf einen Vater, der jeglichen Umgang mit seinem aus einem Seitensprung stammenden Sohn ablehnt.³⁰⁵ Laut Urteil ist staatlicher Zwang „in der Regel“ nicht geeignet, ein Elternteil dazu zu bringen, Kontakt mit seinem Kind zu halten. Damit wird auch das Argument abgeschwächt, die Vorenthaltung des Umgangsrechtes durch einen Spendersamenvater bei alleinstehenden oder lesbischen Müttern würde dem Wohlergehen eines Kindes so sehr schaden, dass es als Grund gegen die Insemination besagter Wunschmütter durch Donogene Insemination betrachtet werden darf.

(b) Unterhaltsansprüche an den Vater

Zum anderen stellt sich die Frage, „inwieweit in den Fällen von gleichgeschlechtlichen Paaren und alleinerziehenden Müttern Kindheitsrechte verletzt werden, indem etwa bei der Insemination einer Frau, die das Kind vaterlos erziehen möchte, Unterhaltsansprüche gegen den genetischen Vater vereitelt werden.“³⁰⁶ Ein anonymer „Vater“ könnte demnach das gesetzliche Recht des Kindes auf Unterhalt gegen seinen Vater verletzen. Allerdings könnte bei einem gleichgeschlechtlichen Paar die Partnerin, die nicht die leibliche Mutter

³⁰⁵ 1 BvR 1620/04: www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/rs200804011bvr162004.html [26.06.2010].

³⁰⁶ Koch (2001), S. 51.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

ist, das Kind (nach der Geburt) adoptieren³⁰⁷ oder eine Versorgungsvereinbarung mit der Mutter treffen, ebenso wie zusätzliche Vereinbarungen bezüglich des Umgangsrechtes oder Unterhaltszahlungen für den Fall einer Trennung des Paares nach der Geburt des Kindes. Anders gestaltet sich die Lage bei einer alleinstehenden Mutter, weil dort kein Partner vorhanden ist, der Versorgungsleistungen erbringen könnte.

Das Rechtssystem regelt allein die rechtlichen Belange des Kindes, die auch im Rahmen einer gleichgeschlechtlichen Paarbeziehung gewährleistet werden können. Insofern würde eine Zulassung der Insemination bei dieser Paar-Konstellation nicht gegen die Grundsätze verstoßen, die Bundesjustizministerin Zypries in Bezug auf die Donogene Insemination von Paaren für unerlässlich hält:

„Außerdem sollte aus Gründen des Kindeswohls sichergestellt sein, dass das Kind möglichst über zwei – wenn auch nicht die biologischen – Elternteile verfügt, die die rechtliche Verantwortung für das Kind übernehmen. Bislang ist dies in den Fällen der künstlichen Befruchtung gewährleistet, weil die heterologe Insemination nur bei bestehender Partnerschaft vorgenommen wird.“³⁰⁸

Es erscheint sinnvoll, die Fragen, ob alleinstehende Frauen und lesbische Paare Zugang zur Reproduktionsmedizin haben sollten, getrennt zu behandeln – insbesondere bei der Erörterung der Frage, ob und warum man die Therapie für beide, oder eben nur für eine dieser Gruppen öffnen sollte.

7.2.6 Abschließende Betrachtung

Es macht sicherlich einen Unterschied, ob eine Elternschaft und die damit verbundenen Erziehungsaufgaben allein bewältigt werden müssen oder ob man diese mit einem Partner teilen kann. Die interessante Frage ist indessen, ob ein zweites Elternteil notwendigerweise ein anderes Geschlecht haben muss als die Mutter. Die bisher verfügbaren Studien bieten hierfür keinen Anhalt; aus rechtlicher und ethischer Sicht ist zudem der diskriminierende Charakter zu bedenken, der mit der unterschiedlichen Behandlung homo- und heterosexueller Paare verbunden ist.

Ausgehend von den in einer gleichgeschlechtlichen Paarbeziehung leicht ausräumbaren rechtlichen und sozialen Sorgfaltspflichten und der schon im Vorfeld sichergestellten rechtlichen Situation des Samenspenders, spricht hingegen nichts gegen eine grundsätzliche Zulassung von lesbischen Paaren zur Donogenen Insemination. Im Einzelfall muss es jedoch, wie bei allen heterosexuellen Paaren, dem Reproduktionsmediziner freistehen, auf individueller Basis auch gleichgeschlechtliche Paare von der Behandlung auszuschließen, wenn er das Kindeswohl aus Gründen, die nicht in der gleichgeschlechtlichen Elternschaft zu finden sind, in Gefahr sieht.

Desungeachtet erscheint es nicht gerechtfertigt, eine generelle Nichtzulassung von lesbischen Paaren zur Donogenen Insemination mit dem Argument des Kindeswohls oder dem Fehlen eines traditionellen Familienbildes zu begründen. In jedem Fall scheint es aus Sicht der organisierten Ärzteschaft dringend geboten, die existierenden Richtlinien zu

³⁰⁷ Seit im Oktober 2004 der Deutsche Bundestag einer überarbeiteten Fassung des Lebenspartnerschaftsrechts zugestimmt hat (BT-Drucks. 15/3445), haben auch gleichgeschlechtliche Lebenspartner die Möglichkeit, Kinder des anderen Lebenspartners zu adoptieren.

³⁰⁸ Zypries (2003), Abs. IV.

überdenken und mit der gesellschaftlichen Realität abzugleichen – dies umso mehr, als keine gesetzliche Regelung zur Donogenen Insemination in Sichtweite ist. Selbst wenn es für die soziale wie persönliche Entwicklung eines Kindes möglicherweise günstig ist, scheint der gesellschaftliche Anspruch der Kindeserziehung durch zwei gegengeschlechtliche Elternteile nicht mehr verbindlicher Standard zu sein. Daher ist zu fragen, ob die Fixierung auf eine heterosexuelle Familie als normierten Weg der Kindererziehung und damit auch Voraussetzung für den Zugang zur Reproduktionsmedizin noch zeitgemäß ist. Zwar heißt es auch in der Präambel der BÄK, dass die Richtlinien „die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik“ zu berücksichtigen hätte,³⁰⁹ aber dennoch hält die BÄK am Leitbild der „normalen Familie“ fest. Darin liegt schon insofern ein Widerspruch, als die BÄK ein Leitbild hochhält, das gerade nicht durch reproduktionsmedizinische Eingriffe entsteht. Denn das traditionelle Familienbild muss im Rahmen der Nutzung von Spendersamen gerade in die Teilbereiche der sozialen und genetischen Elternschaft aufgespalten werden können, was gleichzeitig gedanklich den Weg freimacht, um Familie als konstruiertes Gefüge zu begreifen.³¹⁰ Lebensgemeinschaften, Elternschaft und Familie sind soziale Konstrukte, keine unumstößlichen Institutionen. Und als solche sind sie einem nachhaltigen Wandlungsprozess unterworfen. Es ist dabei nicht die Aufgabe der Reproduktionsmedizin, das „klassische Familienbild“ zu verteidigen. Sie ist vielmehr gehalten, auf Veränderungen zu reagieren, d.h. keine Normen zu schaffen, sondern sich an der „Normalität“ zu orientieren.

Auch im Bezug auf alleinstehende Frauen mit Kinderwunsch lohnt ein Blick auf die Lebenswirklichkeit: Die betroffenen Kinder müssen kaum mit negativen Reaktionen ihres sozialen Umfeldes rechnen, auch weil alleinerziehende Mütter (wie auch Väter) längst gesellschaftliche Realität sind, der kein Makel (mehr) anhaftet. So hat denn auch die steigende Zahl alleinerziehender Mütter das gängige Familienbild verändert, traditionelle Rollensetzungen aufgebrochen und herkömmliche Erziehungsmodelle revolutioniert, so dass man zu dem Schluss kommen muss, dass Geborgenheit und Schutz einer familiären Umgebung nicht an ein einzelnes, definitorisch fest umrissenes Familienbild gebunden ist. Auch wären mögliche Anfeindungen in einem konservativen Umfeld allein kein zwingender Grund, ein Kind nicht zeugen zu dürfen, ebenso wenig wie gesellschaftliche Anfeindungen bei Ehen mit großem Altersunterschied, großem sozialen Unterschied der Partner oder „Scheinehen“ o.ä.

Gerade der Aspekt der sozialen Absicherung birgt nach gültigem Recht für den Samenspender das Risiko, als sozialer Vater eintreten zu müssen. Dieser Aspekt wäre nur dann zu vernachlässigen, wenn die Frage nach dem Bedarf eines zweiten (versorgungsrechtlich relevanten) Elternteiles verneint werden könnte. Verständigt man sich auf die Sichtweise, dass die Erziehung von nur einem Elternteil gewährleistet werden kann, ohne dem Wohl des Kindes zu schaden, ergäbe sich im Bezug auf die soziale Absicherung noch der Ausweg, dass ein Dritter (z. B. ein Freund oder Verwandter) die soziale Vaterschaft anerkennt, womit das Kind im Rechtssinn nicht mehr vaterlos wäre. Allerdings unterläge er damit denselben rechtlichen Bindungen (z. B. im Erbrecht und in der Unterhaltsverpflich-

³⁰⁹ BÄK (2006), Präambel.

³¹⁰ Vgl. Anselm (2003), S. 20.

7. Zugang zur Donogenen Insemination

tung) wie ein Ehemann oder ein fester männlicher Partner, der die soziale Vaterschaft vor der Insemination anerkannt hat. Eine Zulassung alleinstehender Frauen zur Donogenen Insemination wäre demnach nur im Einzelfall und unter Vorbehalt zuzustimmen, da die rechtlichen Unsicherheiten für den Samenspender und das zu zeugende Kind ebenso wie die fehlende (versorgungsrechtliche bzw. soziale) Absicherung durch zwei Elternteile nicht unerheblich sind.

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl des Spenders

Nachdem in Kapitel 5.3 die Auswahlkriterien für die Zulassung als Samenspender dargelegt wurden, behandelt dieses Kapitel die Frage, wem es obliegen sollte, den passenden Samenspender auszuwählen. Welche Gründe sprechen für einen klaren Arztvorbehalt, welche für eine Option der betroffenen Wunschklienten/Wunschklienten, bei der Auswahl des Spenders als dem biologischen Vater des zu erwartenden Kindes Einfluss zu nehmen? Dabei müssen primär auch mögliche Konsequenzen für das DI-Kind berücksichtigt werden. In einem ersten Schritt wird die in Deutschland herrschende Praxis der ärztlichen Spenderauswahl dargelegt, die aus reproduktionsmedizinischer Sicht als einzige Option gilt, um sich dem Vorwurf der positiven Eugenik entziehen zu können. Dem wird nachfolgend das US-amerikanische System als Beispiel gegenübergestellt, in dem eine freie Wahl des Spenders durch die Wunschklienten möglich ist. Danach wird die Frage zu erörtern sein, welche Argumente dafür und dagegen sprechen, dass die Wunschklienten Einfluss auf die Entscheidung nehmen. In einem vierten Schritt soll die Frage nach der Definition und Interpretation von „Eugenik“ beantwortet werden, bevor in einem fünften Schritt zu überprüfen ist, welche Auswahlmodalitäten hinsichtlich des Kindeswohles mit einzubeziehen sind. In einem letzten Schritt werden alle herausgearbeiteten Argumente abgewogen und es wird argumentativ geprüft, ob und inwieweit eine Auswahlmöglichkeit des Samenspenders durch die Empfänger ethisch gerechtfertigt werden kann.

8.1 Die herrschende Praxis der Spenderauswahl

Bezüglich der Frage, wer den passenden Samenspender für eine Patientin auswählt und unter welcher Prämisse dies zu geschehen habe, herrscht in den Reihen der Reproduktionsmediziner Einigkeit. Im Kapitel 5 wurde bereits über die Richtlinien zur Auswahl von Spermaspendern referiert, so dass nur auf die Frage eingegangen werden soll, welcher Spender aus dem Pool der vorhandenen, gescreenten und für tauglich befundenen Spenden ausgewählt werden soll.

Eine Auswahl impliziert automatisch eine Wahlmöglichkeit – und um sicherstellen zu können, dass diese Wahlmöglichkeit nicht als Basis für eine „eugenisch“ begründete Entscheidung wird, zieht die Reproduktionsmedizin den Schluss, dass sie nur vom Arzt – und nicht von den Wunschklienten – zu treffen sei. Somit könne Kritik an einer „Züchtung“ schon im Vorfeld vorgebeugt werden.

Schon in seinen ersten Richtlinien zur Auswahl von Samenspendern im Jahr 1995 bekennt sich der Arbeitskreis für Donogene Insemination zu der Aufgabe, sich mit allen Argumenten wissenschaftlich auseinanderzusetzen, die seiner Meinung nach „zumeist polemisch gegen die Spendersamenübertragung vorgebracht werden,³¹¹ und gibt an, mit seinen Richtlinien „die Behauptungen vom Züchtungsmissbrauch, einer Horrorvision der Boulevardpresse“ widerlegen zu wollen. Dabei wird klargestellt:

„Die Spenderauswahl entspricht den humanistischen Grundanliegen der Heilbehandlung [...]. Sie hat unter strikter Vermeidung aller Maßnahmen der genetischen

³¹¹ ADI (1995), S. 16.

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl der Spender

Manipulation, der Geschlechtsselektion und der Selektion elitärer Merkmale des Spenders und seiner Samenzellen zu erfolgen.“³¹²

Um diese genannten Maßnahmen zu vermeiden, werden von Seiten der Samenbanken und Reproduktionsmediziner bei der Donogenen Insemination genetische Analyseverfahren ausgeschlossen, so dass es zu keiner genetischen Manipulation des Spendersamens oder der Möglichkeit der Geschlechtsselektion kommt, was auch der allgemeinen Haltung der deutschen Reproduktionsmedizin in Bezug auf andere medizintechnische Fortpflanzungsverfahren entspricht. Der dritte Punkt jedoch, der Ausschluss einer Selektion „elitärer Merkmale des Spenders“, obliegt der Entscheidungsgewalt des Arztes, der letztendlich die Insemination durchführt. Dabei scheint es nur eine Möglichkeit zu geben, um sowohl der Frage, was überhaupt „elitäre Merkmale“ sind, auszuweichen, als auch ein verbindliches Kriterium zugrunde zu legen, an dem der Mediziner sich bei seiner Entscheidung orientieren kann: der zeugungsunfähige Partner der Empfängerin als Ausgangspunkt, mittels einer „Typenangleichung“. In der ersten Fassung der Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination wurde unter „Anforderungen an Spermaspender“ verdeutlicht, dass:

„alle Züchtungsideen [als] unethisch abgelehnt [werden], obwohl dem Ehepaar bei Wahrung der Anonymität des Sperma eines Spenders angeboten werden kann, der phänotypisch und ggf. in Blutgruppe/RH-Faktor dem Ehemann angepasst ist.“³¹³

Die Auswahl des Samenspenders für das betreffende Paar übernimmt der Arzt, der auf eine Typenangleichung achten soll. Dabei kann nicht nur auf dieselbe Blutgruppe (mit dem sozialen Vater) geachtet werden, sondern primär auch auf die ethnische Herkunft sowie eine Angleichung an Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße und Statur. Um diese Typenangleichung vorzunehmen, muss sichergestellt sein, dass entsprechende Spenderinformationen im Vorfeld aufgenommen worden sind. So sieht auch die novellierte ärztliche Berufsordnung zur Durchführung der assistierten Reproduktion vor, dass „eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie [...] sinnvoll [erscheint].“³¹⁴ Die Arbeitsgruppe Richtliniennovellierung des Arbeitskreises für Donogene Insemination spricht sich sogar dafür aus, dass neben diesen Spenderdaten auch Merkmale registriert werden, die eine Anpassung an Merkmale der Wunscheltern begünstigen, beispielsweise auch „ggf. Beruf und persönliche Interessen.“³¹⁵ Davon ausgehend, dass bestimmte „Berufe“ (z.B. Student oder Atomphysiker) sowie bestimmte persönliche Interessen (z.B. Extremsport, Klavierspielen) durchaus an bestimmte Charaktereigenschaften, Bildungsgrad oder Talente gebunden sein können, ist es zumindest fraglich, wo die Grenze zu der angesprochenen „Selektion elitärer Merkmale des Spenders“ liegt. Ob eine Typenangleichung an den sozialen Vater also auch über die Grenzen einer phänotypischen Anpassung hinweg als berechtigt gilt oder gar die Option beinhaltet, Nachfragen von Wunscheltern zu entsprechen, bleibt unklar.

³¹² ADI (1995), S. 16; fast wortgleich auch in der Neufassung der Richtlinien zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland: ADI (2006), Art. 6.1 / 10.

³¹³ ADI (1995), S. 20 f.

³¹⁴ BÄK (2006), Art. 5.3.1.

³¹⁵ Hammel et al. (2006), S. 25; ADI (2006), Art. 10.

Allerdings schreibt der Reproduktionsmediziner und ehemalige Vorsitzende des Arbeitskreises für Donogene Insemination, Thomas Katzorke, in einem Aufsatz über den gegenwärtigen Stand der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland: „Eine Auswahl nach seelisch-geistigen Kriterien wird nicht praktiziert und abgelehnt“³¹⁶ und weist in demselben Artikel darauf hin, dass dem „behandelnden Arzt bei der geeigneten Spenderauswahl eine hohe Verantwortung zukommt“, wobei er von der Gefahr spricht, dass die Einflussnahme des Paares bei der Auswahl eines geeigneten Spenders, die Gefahr einer Kommerzialisierung der Samenspende berge.³¹⁷ Kommerzialisierung kann in diesem Zusammenhang nur bedeuten, dass Samenspenden, die den theoretischen „Auswahlkriterien“ der Wunscheltern mehr entsprechen als andere, gemäß den Marktgesetzen nach Angebot und Nachfrage ein höheres Entgelt für ihren Spendersamen fordern könnten. Dagegen kann gehalten werden, dass Samenspenden nicht erst nach Äußerungen dieser Wünsche in das Samenspendeprogramm aufgenommen werden, sondern sich bereits im Pool der Samenbank befinden, auf die der jeweilige Mediziner zugreifen kann. Neben dieser Unklarheit beschreibt Katzorke aber auch noch einen selbstkritischen Punkt, der einer näheren ethischen Betrachtung bedarf: Zwar stuft er die Auswahl des Spenders durch den Arzt als „unproblematisch“³¹⁸ ein, gesteht jedoch zu, dass dies auch als Bevormundung eines mündigen Menschen gesehen werden könnte, die vom aufgeklärten Patienten als nicht zeitgemäß zu erachten ist.

Laut „Blickpunkt“, dem Vereinsmagazin des Vereins der Selbsthilfegruppen für Fragen ungewollter Kinderlosigkeit, sind aber auch einige reproduktionsmedizinische Einrichtungen dazu übergegangen, dem Empfängerpaar eine Liste mit Merkmalen (z.B. Haarfarbe, Augenfarbe, Beruf, Hobbys und Körpergröße) anzubieten, und diesen dann auch die Auswahl von in Frage kommenden Spendern zu überlassen. Der Arzt wählt aus dieser Vorauswahl dann wiederum den Spender, dessen äußeres Erscheinungsbild dem sozialen Vater ähnelt.³¹⁹ Zusammenfassend wird von Seiten der Reproduktionsmedizin festgestellt, dass die abschließende Auswahl des Samenspenders durch den Arzt erfolgen sollte. Durch eine Typenanpassung kann den Wunscheltern entgegengekommen werden, die letztendliche Entscheidung liegt jedoch beim Mediziner.

8.2 Gegenbeispiel USA

In den Vereinigten Staaten von Amerika gilt die Auswahl des Samenspenders durch die Wunschmutter oder die Wunscheltern als unproblematisch. Solange keine medizinischen Gründe gegen einen ausgewählten Spender sprechen, können die Empfänger alleine entscheiden. Bei Samenbanken wie beispielsweise der Sperm Bank of California kann anhand ausführlicher Fragebögen entschieden werden, ob man z.B. lieber einen atheistischen Extremsportler oder einen pianobegeisterten Mathematiker als genetischen Erzeuger des Kindes haben will. Die Kataloge der möglichen Spender reichen – je nach finanziellem Einsatz – von kostenlosen kurzen Informationen über Ethnie, Alter, Gewicht, Größe, Augenfarbe,

³¹⁶ Katzorke (2003), S. 86.

³¹⁷ Ebenda.

³¹⁸ Katzorke (2003), S. 87.

³¹⁹ Vgl. Blickpunkt (2005).

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl der Spender

Haarfarbe, Bildung, Beruf, Blutgruppe und medizinischem Profil über ausführliche Informationen zu sozialer Einordnung des Spenders, seine Einstellung zum Leben, seine Eltern und Geschwister, „eigene Kinder“, ausgeübter Religion, sexueller Orientierung, Rechts- oder Linkshändigkeit, Sprachen, musischen Fähigkeiten, Lieblingsfarbe und Lieblingssport bis hin zu beigelegten Fotos, einer Tonbandaufnahme der Stimme oder gar ein Video, in dem der Spender seine Motive erklärt.³²⁰

Demzufolge ergeben sich drei grundsätzliche Möglichkeiten, auf deren Basis ein geeigneter Samenspender gefunden werden kann, wie Pennings in seinem Artikel „The right to choose your donor: a step towards commercialisation or a step towards empowering the patient?“ berichtet:³²¹ Als erste Möglichkeit steht die auch in Deutschland praktizierte Typenangleichung an den Partner der Empfängerin, zumindest dann, wenn diese einen (männlichen) Partner hat. Eine zweite Möglichkeit bei der Auswahl des Spenders wäre es, generell eine überdurchschnittlich attraktive Person zu wählen, die im Zusammenspiel der äußerlichen Erscheinung (Bilder oder Beschreibungen) und der dargelegten Charaktereigenschaften, dem Bildungsgrad und der generellen Attitüde zur Welt einen geeigneten genetischen Erzeuger abgeben würde. Die dritte Alternative wäre eine Spenderauswahl, die gezielt auf eine oder mehrere spezielle Eigenschaften abhebt. Dies kann beispielsweise ein musikalisches Talent sein, aber auch die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Glaubensgemeinschaft.

Nach der vorherrschenden kontinentaleuropäischen Auffassung wären die letzten beiden Punkte wegen ihrer Auswahl erwünschter Merkmale verwerflich. Wie der Betreiber von Cryos, einer aus Dänemark weltweit operierenden Samenbank, Ole Schou in einem Zeitungsinterview bestätigt:

„Wir haben aus der Geschichte gelernt. Wir machen keine schlechteren oder besseren Kinder als normale Eltern [...] Ein Superkind muss er nicht sein. Das sei der europäische Weg.“³²²

Auf den ersten Blick scheint es naheliegend, im Auswahlprozess des Spenders die Gefahr der Eugenik zu sehen. Allerdings ist zu fragen, ob nicht schon bei der Spenderrekrutierung von Seiten der Samenbanken darauf geachtet werden müsste, dass keine Spendersamen von genetischen „Supervätern“ mit „besserem Erbgut“ in den Pool der Spender kommen und (mehrfach) zur Zeugung von Kindern verwendet werden. Bevor die Frage zu klären ist, wo „positive Eugenik“ beginnt, sollen jedoch zuvor die Argumente hinterfragt werden, die gemeinhin dafür geltend gemacht werden, dass die Wunschmutter ein Mitbestimmungsrecht bei der Wahl des Samenspenders hat. Damit verbunden ist die Frage, ob sie dieses Recht nicht „systembedingt“ aufgeben muss, wenn sie sich auf die Donogene Inseminationstherapie einlässt.

8.3 Argumente für das Recht auf Auswahl des Spenders

Die Suche nach einem fortpflanzungswilligen gegengeschlechtlichen Partner ist Sache des Individuums. Zumindest in unserer westlichen Gesellschaft besteht ein grundsätzlicher

³²⁰ www.thespermbankofca.org [29.09.2010]; Pennings (2000).

³²¹ Vgl. Pennings (2000).

³²² Vgl. Breitinger (2000).

Konsens, dass arrangierte Ehen und Zwangsheiraten mit dem natürlichen Recht der freien Partnerwahl wie auch mit der autonomen Selbstbestimmung nicht in Einklang zu bringen sind. Gemeinhin lehnen wir daher diese Vorstellung ab. Vielmehr akzeptieren wir, dass jede Frau sich ihren Partner im Leben nach den von ihr eigens gewählten Motiven aussuchen darf. Diese Freiheit gilt auch bei dem langwierigen und vielschichtigen Prozess der Entscheidung, mit wem sie sich fortpflanzen will. Ob ihre Entscheidung für einen Partner davon abhängt, ob sie glaubt, er sei ein guter Vater für ihre Kinder oder ob sie glaubt, sie würden zusammen schöne und/oder intelligente Kinder zeugen, ist für Außenstehende nicht von Belang. Dieser Entscheidungsraum könnte ebenso gewährt werden, wenn es darum geht, einen Samenspender auszuwählen. Warum sollte sie ein Kind austragen, dessen biologischer Vater von Außenstehenden selektiert wurde? Warum sollte es eine ärztliche Entscheidung sein, wo doch eigentlich keine medizinischen Fragen im Vordergrund stehen, für die das Spezialwissen eines Arztes benötigt wird?

Die These wäre demnach folgende: Nachdem sichergestellt wurde, dass keine genetischen oder anderen medizinischen Gründe gegen einen bestimmten Spender sprechen, kommt eine paternalistische Auswahl des Spenders durch den Arzt einer ungerechtfertigten Bevormundung gleich. Dies ist nicht mit dem Recht auf Autonomie vereinbar und ethisch problematisch.

Dieser Argumentation kann man entgegenhalten, dass die Frau, die eine Zeugung mit Spendersamen wünscht, nicht in ihrem Recht der Partnerwahl eingeschränkt ist, sondern dieses Recht bereits in Anspruch genommen hat. Gemäß den deutschen Richtlinien, wonach nur heterosexuelle Paare mit unerfülltem Kinderwunsch Zugang zu dieser Therapie haben, hat sie bereits die Wahl getroffen, mit welchem Partner sie sich fortpflanzen möchte. Allein medizinische oder genetische Gründe lassen dies auf natürlichem Wege nicht zu. Daraus ist aber nicht abzuleiten, dass das Recht auf freie Partnerwahl numerisch begrenzt oder „verbrauchbar“ ist. Jeder kann seinen Partner und damit auch den biologischen Erzeuger der eigenen Kinder theoretisch beliebig oft wechseln.

Allerdings ist es die immanente Besonderheit einer Befruchtung mit Spendersamen, dass sozialer und biologischer Kindesvater auseinanderfallen, was, von familienrechtlichen Aspekten abgesehen, auch der persönlichen Freiheit entspricht, ein außereheliches Kind zu zeugen. In beiden Fällen, der Wahl des Partners wie auch der Wahl des biologischen Mit-Erzeugers, wird jedem Mensch das Recht eingeräumt, frei zu wählen. Und da es auch keine Bestimmung gibt, die das Mitbringen eines dem Paar bekannten Spenders für eine Insemination untersagt, scheint auch das herrschende fortpflanzungsmedizinische System sich nicht grundsätzlich gegen eine freie Entscheidung des Wunschelternpaares auszusprechen.³²³ Wenn die Wunscheltern einen anonymisierten Spender möchten, begeben sie sich

³²³ An dieser Stelle kann nicht auf die Gefahren von sozialen Spannungen und offener Dreiecksituation zwischen Kindesmutter, genetischem und sozialem Vater eingegangen werden, zumal die möglichen Probleme eher psychologischer denn ethischer Natur sind. Laut der psychologischen Beraterin einer Hamburger Reproduktionsklinik Sabine Kirch sind jedoch Familienangehörige – eine in Südeuropa durchaus häufige Praxis (vgl. Nikolettos/ Asimakopoulos/Hatzissabas [2003]) – ebenso ungeeignet wie gute Freunde des Paares: „Da entsteht eine hoch brisante Mischung verschiedener Gefühlsebenen, die hochgehen kann wie ein Pulverfass.“ (Vgl. DIE ZEIT [2001]). Einen eigenen Spender mitzubringen mag vielschichtige Probleme mit sich bringen, verboten ist es keineswegs.

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl der Spender

freiwillig und autonom unter das medizinische Regime. In diesem System scheint es begründbar zu sein, dass der Samenspender von all seinen Rechten der Partnerwahl zurücktritt. Er stellt seine Spermien für die Zeugung eines Kindes mit einer ihm unbekanntem und nicht als Partnerin „wählbaren“ Frau zur Verfügung. Im Sinne der Gleichbehandlung könnte auch von der Empfängerin der Samenspende erwartet werden, dass sie ihr Recht auf freie Partnerwahl abtritt. Aber warum sollte sie dies tun müssen? Wenn es dem Spender gleichgültig ist, welche Frau seine Samenspende bekommt, spricht sogar noch mehr dafür, dass sie ohne Vorgaben wählen kann. Zu diskutieren ist bei einer Donogenen Insemination des Weiteren der Wunsch der Empfängerin, mehr über die Person zu wissen, die der biologische Vater ihres Kindes ist. Auf Grund der Vereinbarung, seinen Samen gegen die Zusage der Anonymität gegenüber den Wunscheltern zu spenden, können der Empfängerin keine identifizierenden Informationen gegeben werden, was dazu führt, dass die Frau „[...] sich von einem „anybody“ oder „nobody“ befruchtet fühlen [kann].“³²⁴ Tatsächlich weisen Studien darauf hin, dass Wunscheltern nach der Insemination darüber spekulieren, welche Eigenschaften wohl der Spender hat, wie er aussieht und was davon auf das DI-Kind vererbt wurde. Nach einer Studie von Nielsen et al. mit schwedischen und dänischen Paaren berichten 85 % der Wunscheltern davon.³²⁵ Auch Scheib hat in drei Experimenten untersucht, nach welchen Kriterien Frauen (1) einen Langzeit-Partner, (2) eine kurze Affäre und (3) einen Samenspender aussuchen würden.³²⁶ Die Studie kommt dabei zu dem Ergebnis, dass Frauen gerade die Informationen am wichtigsten empfanden, die eben nicht bei der Spenderwahl angeboten werden, nämlich Beschreibungen zum Charakter des Spenders. In den Augen der Autorin wäre es aus psychologischer Sicht besser für die Wunschmutter, diese Informationen zur Verfügung zu haben, da sich ihr Wohlbefinden mit dieser Art der Schwangerschaft auf ihre angehende Mutterschaft und dies wiederum positiv auf das Wohl des Kindes auswirken könnte.³²⁷ Allgemein wird diskutiert, dass ein Verfahren, in dem die Wunschmutter nicht mitwählen kann, weder der Idee der Gleichheit noch der Freiheit in der Fortpflanzung entsprechen könne.

Mit jeder Information, die über den Spender verfügbar ist, gewinnt dieser an Realität. Das kann es natürlich auch erschweren, ihn zu ignorieren oder auszublenden. Ob dieser Umstand es nun leichter für das Wunschelternpaar macht, mit der Situation umzugehen oder nicht, ist keine ethische, sondern eine psychologische Frage und kann im Endeffekt nur von dem Wunschelternpaar beurteilt werden. Sie dürften daher keinesfalls verpflichtet sein, bei der Auswahl ihres Spenders teilzuhaben. Da eine Einsicht in nicht-identifizierende Spenderdaten nicht das Recht des Spenders auf Anonymität gegenüber den Wunscheltern verletzt, stünde aber aus ethischer Sicht der Einbeziehung der Wunscheltern in den Auswahlprozess nichts entgegen – es sei denn, diese Einbindung würde zu einer gesellschaftlich nicht gewünschten Eugenik führen oder dem angenommenen Wohl des so erzeugten Kindes zuwiderlaufen.

³²⁴ Maier (2000), S. 86.

³²⁵ Vgl. Nielsen/Pedersen/Lauritsen (1995).

³²⁶ Vgl. Scheib (1997).

³²⁷ Ebenda.

Denn auch in Deutschland bieten bereits einige Samenbanken laut ihren Informationsportalen die Möglichkeit, nach anderen Kriterien als körperlichen Merkmalen zu wählen. Auf der Homepage der Erlanger Samenbank heißt es:

„Da der Spender anonym bleibt, kann das Paar nicht selbst anhand von Fotos einen Spender bestimmen. Die Ärzte der Erlanger Samenbank werden nach der Ähnlichkeit des ihnen bekannten Spenders mit den potentiellen Eltern (Augenfarbe, Körpergröße, Körpertyp, Haarfarbe, Blutgruppe) eine Liste von geeigneten Spendern zusammenstellen und dem Paar zukommen lassen. In der Liste sind neben diesen Merkmalen zudem noch Beruf und besondere Interessen des jeweiligen Spenders angeführt, was als zusätzliches Entscheidungskriterium für die Spenderauswahl herangezogen werden kann.“³²⁸

Auch die Berliner Samenbank bietet die Möglichkeit, neben der Typenangleichung andere Kriterien bei der Spenderauswahl zu berücksichtigen:

„Die Spender sind auch nach Beruf und Interessenprofil katalogisiert. So ist es unter Umständen möglich, auf Wesensmerkmale und Schulbildung zurück zu schließen. [...] Üblicherweise legen wir dem Paar eine Spendervorauswahlliste mit vier bis acht möglichen Kandidaten vor, wobei zusätzlich die optische „Paßgenauigkeit“ zwischen der Optik der Samenspender zum Partner/Ehemann quantifiziert wird. [...] Dem Paar bleibt selbstverständlich unbenommen, ob es für die Auswahl „seines“ Spenders eher andere Gesichtspunkte (wie Beruf, Ausbildung, Hobbys) heranziehen möchte.“³²⁹

8.4 *Wo beginnt die Eugenik?*

Der Begriff Eugenik bedeutet übersetzt „Lehre von der guten Erbveranlagung“. Als Ziel einer eugenischen Maßnahme versteht man gemeinhin, auf der Basis der Anwendung genetischer Erkenntnisse den Fortbestand günstiger Erbanlagen in einer menschlichen Population zu sichern und Leistungen, Fähigkeiten und Anlagen zu fördern – hier sprechen wir von positiver Eugenik – oder die Ausbreitung nachteiliger Gene einzuschränken – der negativen oder präventiven Eugenik.³³⁰ Gemäß der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH) bedeutet Eugenik „[...] nach international übereinstimmendem Verständnis das dirigistische Bestreben nach einer – wie auch immer definierten – „Verbesserung“ des kollektiven Erbgutbestandes einer Population.“³³¹

Daher ist im Sinne der Fragestellung dieses Kapitels zu prüfen, ob eine Spenderauswahl durch die Wunscheltern überhaupt unter diese Definitionen fallen kann, was eine zwingende Voraussetzung wäre, um sie seitens der Reproduktionsmedizin abzulehnen.

8.4.1 Vorüberlegungen

In unserer Gesellschaft dürfte ein breiter Konsens darüber herrschen, dass sich die Frage nach der „Eugenik“ in der Fortpflanzung erst im Zusammenhang mit der Möglichkeit des

³²⁸ www.erlanger-samenbank.de/new2/_info_wunscheltern/auswahl.html [05.05.2010].

³²⁹ www.berliner-samenbank.de/patienten/spenderauswahl.html [05.05.2010].

³³⁰ Vgl. Weingart/Kroll/Bayertz (2001).

³³¹ GfH (2008), S. 239.

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl der Spender

Eingriffes ins menschliche Erbgut durch medizinischdiagnostische Möglichkeiten stellt. Die Breite der Argumente für ein Verbot oder eine Zulassung solcher Methoden liegen – etwas vereinfacht – zwischen der Erkenntnis, dass z.B. die Pränataldiagnostik tatsächlich „Müttern und Vätern die Qual, ihre kleinen Kinder dahinsiechen und sterben zu sehen“ ersparen kann³³², und der Frage, ob eine verantwortungsvolle und im moralischen Sinne gute Elternschaft es nicht verlangt, ein Kind annehmen und lieben zu wollen, ganz egal welche Eigenschaften oder auch Behinderungen es hat.

Bei der Donogenen Insemination stellt sich die Frage nach der Eugenik aber scheinbar bereits einen Schritt zuvor, in einem Bereich, den wir eigentlich gesellschaftlich für eugenisch unbedenklich halten – der freien Partnerwahl, die dem Fortpflanzungsprozess vorgeht.

Wenn ein hochmusikalischer Literaturprofessor sich in eine sportliche, promovierte Quantenphysikerin verliebt, beide heiraten und gemeinsam ein hochbegabtes Kind zeugen, würden wir nicht von positiver Eugenik sprechen. Und das mit gutem Grund: Zwar können Eltern durch gezielte Partnerwahl die genetische Ausstattung ihrer Kinder sicherlich zum Teil mitbestimmen, aber eben nicht zielgerichtet festlegen, wie Zoglauer pointiert darstellt: „Und vor allen Dingen können Eltern die genotypischen Anlagen und phänotypischen Eigenschaften ihrer Kinder nicht voraussehen.“³³³ Ungeachtet dessen breitet sich ein Gefühl des Unbehagens aus, wenn die Motive, die zu dieser oder jenen Partnerwahl geführt haben, nicht in der gegenseitigen Sympathie der Partner zu finden sind, sondern einem Schema folgen, dass moralisch fragwürdig ist.

Das prominenteste Beispiel der jüngeren Geschichte ist wohl das nationalsozialistische Projekt „Lebensborn“, dass unter der Führung von Heinrich Himmler dazu beitragen sollte, die „Rettung der ‚nordischen Rasse‘“ durch Steigerung der Geburtenrate vor dem „drohenden Untergang“ zu bewahren.³³⁴ Aber auch in Bezug auf Inseminationsverfahren hat eine Einrichtung immer wieder (negative) Schlagzeilen gemacht.³³⁵ Im Jahre 1970 errichtete der US-Milliardär Robert Graham eine Samenbank, die er „Repository for Germinal Choice“ nannte, die aber bald unter der Bezeichnung „die Nobelpreis-Spermienbank“ in den USA bekannt wurde. Graham wollte eine „Intelligente Selektion“ schaffen, da er der Meinung war, dass sich vor allem die gesellschaftlichen Gruppen vermehren würden, die aus Armen, Kranken und Irren bestünden, was seiner Meinung nach in einer mehrheitsbestimmten Demokratie katastrophale Auswirkungen hätte. Er versuchte elitären Frauen aus Wissenschaft und Wirtschaft einzureden, dass sie mit einem ebenfalls hochbegabten Samenspender Nachwuchs zeugen sollten. Bis die Samenbank 1999 geschlossen wurde, sind 215 Kinder aus dieser Samenbank hervorgegangen. Der Redakteur David Plotz hat umfangreich nachgeforscht und seine Berichte über diese Kinder in dem Buch „The Genius Factory“ veröffentlicht. Bei dieser Samenbank und ihrem vermeintlichen Nutzen ist eine eugenische Disposition, unabhängig von ihrem Ergebnis, offensichtlich – aber nicht durch das Verfahren der Donogenen Insemination, sondern aus dem eu-

³³² Kitcher (1998), S. 220.

³³³ Zoglauer (1999), S.1058.

³³⁴ Vgl. das Standardwerk: Lilienthal (2003).

³³⁵ Zuletzt: Traufetter (2005); Schmitt (2005).

genischen Motiv heraus, diese Samenbank wegen ihrer vorselektierten Gruppe zu nutzen, in der Hoffnung, „Superkinder“ zu züchten.

Die Verknüpfung der Frage nach der Eugenik mit den zugrunde liegenden Motiven der Partnerwahl ist allerdings wenig zielführend, da es nicht Aufgabe der Reproduktionsmedizin sein kann, festzulegen, welche Motive moralisch sind und welche nicht. Genau dies bedeutet ja die Fortpflanzungsfreiheit. Außerdem hieße es sicherzustellen, dass auch in der Gruppe der Samenspender, aus denen der Arzt im Einzelfall wählt, kein einziger dabei ist, der primär aus dem Motiv seinen Samen zur Verfügung stellt, dass sich seine Gene über seine natürliche Fortpflanzung hinaus bis zur gesetzlichen Höchstgrenze für Inseminationen mit Spermien eines Spenders verbreiten sollen, weil er sein Erbgut für so „überlegen“ hält, dass es zu möglichst vielen Nachkommen führen sollte.

Überdies sind die als Spender in Frage kommenden Personen bereits vorselektiert – sie sind physisch und psychisch gesund, haben keine Erbkrankheiten und Behinderungen, sind nie polizeilich auffällig geworden und gehören mehrheitlich (als Studenten) zur Bildungselite. Sie sind gemäß dem Anforderungsprofil weder homosexuell noch drogenabhängig, gehören keiner anderen „Risikogruppe“ an und sind im besten Fall altruistisch motiviert, Paaren zu helfen, die selbst keine Kinder bekommen können. Zur Verdeutlichung seien wiederum die Regelungen zur Spenderakquirierung der Samenbank Cryostore in Deutschland zitiert:

„Wenn Sie gesund, keine körperlichen oder geistigen Auffälligkeiten zeigen und nicht von Alkohol, Medikamenten oder Drogen abhängig sind, wenn Sie zudem zwischen 18 und 38 Jahre alt sind, können Sie bei uns Samenspender werden. Wir möchten besonders darauf hinweisen, dass homosexuelle Männer aufgrund des erhöhten Risikos für HIV nicht als Samenspender akzeptiert werden. Wir bevorzugen Spenderanwärter, die sozial angepasst sind, keine Vorstrafen aufweisen, nicht zu übergewichtig sind und über einen höheren Bildungsabschluss verfügen.“³³⁶

Es wird schwierig zu behaupten, dass alle diese Kriterien rein medizinisch indiziert sind („sozial angepasst“, „keine Vorstrafen“, „höheren Bildungsabschluss“). Wo beginnt also eine eugenische Tendenz? Darauf gibt es keine zufriedenstellende Antwort, aber vielleicht führt auch schon die Frage selbst, die mit einem besetzten Begriff wie „Eugenik“ argumentiert, in die falsche Richtung.

Eugenik ist entweder eine Frage der Anwendung bestimmter medizinischer Techniken, etwa des aktiven Eingriffes in das Erbmaterial, oder eine Frage der Motivation für eine Partnerwahl, wobei die Motivation – und mag sie auch moralisch zweifelhaft sein – jedem Fortpflanzungswilligen selbst zu überlassen ist. Weiterhin würde man nur zwischen Spendern wählen können, deren Anlagen und Charakteristiken im anonymisierten System grob dokumentiert sind, so dass man hieraus wohl kaum auf die Eigenschaften eines erzeugten Kindes schließen könnte.

Davon abgesehen ist noch nicht einmal die Frage beantwortet, welches denn überhaupt diese „besten“ Eigenschaften sein sollten und ab wann eine Wahl eine „eugenische“ wäre. Ab einer bestimmten Körpergröße? Einem bestimmten Intelligenzquotienten? Einer bestimmten Haarfarbe?

³³⁶ www.cryostore.de/4833.html [05.05.2010].

8. Ethische Entscheidungskriterien bei der Auswahl der Spender

Zwar liegt es nahe anzunehmen, dass – vor die Wahl gestellt – eine Frau den intelligenten, gefeierten, attraktiven Nobelpreisträger eher als Vater wählen würde als den „normalen“ Mann von der Straße,³³⁷ aber nicht ohne Ironie kommentiert dies Pennings mit der Aussage: „And, needless to say, the overwhelming majority of the donors are not superhuman.“³³⁸ Vielleicht möchte man auch einen Spender wählen, der ähnliche sportliche Vorlieben wie der eigene Partner hat, derselben Religion angehört oder gesellschaftlich aktiv ist? Oder auch einfach nur das Gefühl haben, bei der Auswahl nicht ausgeschlossen gewesen zu sein.

Die Frage, ob „Consumer choice“ nun generell positive Eugenik bedeutet oder nur Ausdruck der autonomen Selbstbestimmung der Empfängerin der Samenspende ist, kann somit dahingehend beantwortet werden, dass sie nicht durch eine Begriffswahl wie „Eugenik“ bereits moralisch disqualifiziert werden sollte.

Allerdings ist noch ungeklärt, ob eine Mitbestimmung oder gar letztendliche Auswahl des Spenders seitens der Wunscheltern das Wohl des zu zeugenden Kindes gewähren kann und deswegen abgelehnt werden sollte.

8.5 Wohl des Kindes bei der Spenderauswahl

Um bei der Frage, wer den Spender wählen sollte, mit dem Wohl des zu zeugenden Kindes argumentieren zu können, muss in erste Linie abgesteckt werden, was denn diesem angenommenen Wohl dienlich sein könnte und was im Grundsatz dagegen spräche.

Keine Kinder mit Wunscheigenschaften

Ein Argument wäre, dass es kein „Kind auf Kommando“ geben soll. Das wäre gegeben, wenn ein Paar beispielsweise unbedingt ein Kind mit schwarzen Haaren wünscht und deswegen den Arzt nach einem schwarzhaarigen Spender fragt. Die dahinterliegende Gefahr besteht in der Befürchtung, dass das Kind dann auch nur volle Akzeptanz finden wird, wenn es auch diese speziellen Eigenschaften hat – was ja nicht sicher ist.³³⁹

Nach dieser Sichtweise stellt der Wunsch, den Spender zu bestimmen, eigentlich den Wunsch nach der Vorhersage da, wie das zukünftige Kind sein soll, was allerdings dem Kriterium widerspricht, dass die Elternschaft unvoreingenommen sein soll, d.h. das Kind unabhängig von der Haarfarbe zu lieben.

Dasselbe Argument würde dann aber auch gegen die Typenangleichung an den Partner sprechen, impliziert dies doch den Wunsch des Paares, dass das werdende Kind ihnen beiden möglichst ähnlich ist, wie John Harris erklärt hat:

„The phrase designer children is often used pejoratively to describe the children of parents who are more concerned with fashion and pleasing themselves than with valuing children for the children’s own sake. However, we should remember that choosing a same race or same race-mix child is also designing the child that you will have. This is no less an exercise of parental preference than is the case of choosing a different race or race-mix, or, for that matter, colour.“³⁴⁰

³³⁷ Vgl. Jalbert et al. (1989).

³³⁸ Pennings (2000), S. 511.

³³⁹ Vgl. Warnock (1984).

³⁴⁰ Harris (2001), S. 22.

Wer auch immer den Spender wählt, die angehenden Eltern werden auf bestimmte Eigenschaften des Kindes hoffen, wobei dies aber kaum als Schaden für das werdende Kind angesehen werden kann.

Es bleibt jedoch die Frage, ob es ein Schaden für das Kind ist, wenn es sich mit seiner Herkunft und Identität auseinandersetzt und sich fragen muss, welche Eigenschaften es nicht infolge natürlicher Zufälle, sondern infolge elterlicher Planung hat.

Keine Kinder aus dem Baukasten

Kinder aus Donogener Insemination könnten sich als Kinder „aus dem Baukasten“ verstehen, wenn sie mitbekommen, dass ihre Eltern den Samenspender anhand verschiedener Kriterien ausgewählt haben. Aber auch hier unterscheidet sich die Frage nach der richtigen Partnerwahl nicht von der eines auf natürlichem Wege gezeugten Kindes. Eltern tragen immer die Verantwortung, sich notfalls für ihre Partnerwahl vor dem Kind rechtfertigen zu müssen. So gibt es immer die Gefahr, dass ein natürlich gezeugtes Kind seiner Mutter vorwerfen kann, sie habe einen „falschen Vater“ gewählt. Gibt es überhaupt eine gute Wahl? Ist ein Kind enttäuscht, wenn die Eltern sagen, dass sie einen musikalischen Spender statt eines sportlichen gewählt haben? Oder ist das alles besser als sagen zu müssen, dass man die Entscheidung an den Arzt abgetreten hat? Die „Baukasten-Problematik“ löst sich nicht durch die Klärung der Frage, wer den Spender wählt, sondern wie diese Entscheidung später gegenüber dem Kind verantwortet werden muss.

Aus Sicht des Kindeswohles lässt sich demnach nicht abschließend klären, ob eine Spenderauswahl durch den Arzt vom Grundsatz her besser ist, als ein Mitbestimmungsrecht der Wunscheltern.

8.6 Zusammenfassung

Für die Begründung, ein ärztlicher Vorbehalt sei die einzige Möglichkeit, eugenische Tendenzen zu verhindern, konnten keine schlüssigen Argumente gefunden werden, da die Spenderauswahl mit den begrenzten Möglichkeiten der Einflussnahme auf einzelne Eigenschaften nicht in den Bereich der „Eugenik“ fällt, vielmehr der Begriff schon unglücklich bzw. falsch gewählt erscheint. In der Frage der Spenderwahl scheint daher eine größere Mitbestimmung der Patienten durchaus berechtigt. Diese Freiheit zur Selbstbestimmung bedeutet aber auch gleichzeitig die Bereitschaft, Verantwortung für die Entscheidungen zu übernehmen.

Um diese Verantwortung übernehmen zu können, bedarf es wiederum der Kompetenz zu verstehen, welche Auswirkungen das eigene Handeln haben wird. Daher muss es Pflicht des Arztes sein, die Wunscheltern auf die möglichen Probleme hinzuweisen, die sich aus ihrem Einfluss auf die Auswahl des Spenders unter Berücksichtigung des Kindeswohles ergeben können. Die Wunscheltern wiederum müssten überlegen, ob sie dem DI-Kind später gegenüber vertreten wollen, dass sie Einfluss auf die Wahl des Samenspenders genommen haben und aus welcher Motivation heraus dies geschah. Um Eltern ggf. davor zu bewahren, sich dem Kind gegenüber für ihre Auswahl rechtfertigen zu müssen, sollte es diesen weiterhin freigestellt sein, die Entscheidung allein dem Mediziner zu überlassen. Im anderen Fall sollten ihnen so viel Informationen und Mitspracherecht gegeben werden, wie es die Anonymitätszusage der Reproduktionsmediziner an den Samenspender zulässt.

9. Aufklärung von DI-Kindern

„Viele Autoren (nicht die Ärzte) glauben, dass Kinder Kenntnisse über ihre biologischen Eltern haben müssen und dass die Geheimhaltung die familiären Beziehungen untergraben könnte.“³⁴¹

Thomas Katzorke, Reproduktionsmediziner

„Das Wissen um die genetische Abstammung hat für das Kind sowohl aus rechtlicher, psychologischer und medizinischer Sicht einen hohen Stellenwert.“³⁴²

Thomas Dornhauser, Jurist

Betrachtet man die Diskussion um das Recht des Kindes auf Kenntnis seines genetischen Ursprungs, so mag es verwundern, dass es keine Verfahrensrichtlinie dazu gibt, ob und auf welchem Wege ein DI-Kind überhaupt darüber aufgeklärt werden soll, dass sein sozialer Vater nicht auch sein biologischer Erzeuger ist.

Studien zeigen, dass gerade „klassische“ Familien mit gegengeschlechtlichen Partnern, die nach Ansicht der BÄK als einzige Konstellation das Kindeswohl sichern können (vgl. Kapitel 7), die niedrigsten „Aufklärungsquoten“ haben. Bei gleichgeschlechtlichen Paaren oder Frauen, die sich dazu entschließen, als Alleinerziehende aufzutreten, ist die Aufklärungsquote entsprechend höher, wohl primär bedingt durch die geringere Motivation, den Schein einer natürlichen Fortpflanzung aufrecht zu erhalten.

Soll ein Kind über die Wahrheit der Umstände seiner Zeugung aufgeklärt werden? Dies klingt primär nach einem psychologischen oder familientherapeutischen Klärungsbedarf. Aber auch von Seiten der Ethik muss die Frage aufgeworfen werden, ob es eine von ethischen Kriterien abgeleitete Pflicht gibt, ein DI-Kind über seine Herkunft aufzuklären.

Tatsächlich können die sozialen Eltern auf Grund der Wahrung des Familienfriedens oder der Außenwirkung ein Interesse daran haben, dem Kind die Kenntnis über seine Zeugungsumstände zu verheimlichen. Immerhin ist auch die Erhaltung des Friedens innerhalb der sozialen Familie, einer Ehe oder Lebensgemeinschaft ein wertvolles Ziel. Andererseits kann auch die Vermeidungsstrategie, also das Ziel, dem Kind die Herkunft zu verschweigen, zu einer Belastung der sozialen Stabilität und zu psychischen Problemen für das Kind bzw. für alle Beteiligten führen. Schließlich stellt sich die Frage, ob man nicht auch eine generelle Möglichkeit für ein DI-Kind schaffen sollte, spätestens mit Erreichen des Erwachsenenalters über seine genetische Herkunft aufgeklärt zu werden – ohne auf eine (vielleicht nicht vorhandene) Offenheit in der Familie angewiesen zu sein.

³⁴¹ Katzorke (2008), S. 20.

³⁴² Dornhauser (1996), S. 52.

9. Aufklärung von DI-Kindern

In diesem Kapitel soll, ausgehend von vorhandenen Studien über das Aufklärungsverhalten und der Sicht von DI-Kindern, die Frage diskutiert werden, ob man Eltern dazu auffordern sollte, DI-Kinder über ihre Zeugungsform aufzuklären, und ob der Reproduktionsmedizin als Teilhaberin an der Zeugung dabei eine besondere Rolle zufällt. Abgeleitet von der bestehenden Dokumentationspflicht wird im Anschluss zu klären sein, welche außerfamiliären Möglichkeiten einem DI-Kind Aufschluss über seine genetische Herkunft geben könnten – und ob diese wünschenswert sind.

9.1 Theorie der Aufklärung

Wenn die mögliche Aufklärung der DI-Kinder über ihren Zeugungsvorgang diskutiert wird, gilt es zu beachten, dass diese Aufklärung in mehreren Stufen erfolgen kann. Die jeweilige Entscheidung, wie weit die Eltern ihr DI-Kind aufklären können, hängt selbstredend auch mit den Informationen zusammen, die für die Eltern oder das DI-Kind überhaupt erreichbar sind – und können von der bloßen Erklärung, dass das Kind durch eine Donogene Insemination gezeugt wurde, bis hin zur Hilfestellung zur Kontaktaufnahme mit dem biologischen Vater reichen. Haimes hat ein Modell mit drei Strategien benannt, und die grundlegenden Verhaltensweisen der Eltern zu skizzieren:³⁴³ Die erste Stufe ist demnach die absolute Geheimhaltung, die auf der Annahme fußt, dass es keine Vorteile bringt, das DI-Kind aufzuklären. Die zweite Stufe ist eine Form der minimalen Aufklärung, bei der dem DI-Kind nur der Umstand der Zeugung erklärt wird, damit es kein „Familiengeheimnis“ gibt, aber keinerlei Informationen (selbst wenn sie vorhanden sind) über den Spender weitergegeben werden. Die dritte Stufe besteht in der vollkommenen Offenlegung aller Kenntnisse über den Spender, um dem DI-Kind möglichst viele Informationen zur Verfügung zu stellen.

Diese drei Varianten spiegeln auch gut die Diskussion wieder, in der von verschiedenen Seiten über die Vor- und Nachteile des Aufklärens oder Verschweigens nachgedacht wird – und auf die im Laufe dieses Kapitels noch dezidiert zurückzukommen sein wird.

9.2 Aufklärungsquoten

„In most countries however, secrecy remains the norm and this means that the practice of donor insemination tends to create the conditions of ignoring, if not erasing, the existence of the donor as the provider of the gametes, or as a ‚father‘ in any sense with a relationship to the resulting child.“³⁴⁴

V. M. Grace, K. R. Daniels, W. Gillet,
Sozialwissenschaftler

In den letzten 20 Jahren haben einige Staaten die Anonymität der Spender zugunsten der Information eines DI-Kindes über dessen Abstammung aufgehoben (vgl. Kapitel 5). Je-

³⁴³ Vgl. Haimes (1993a).

³⁴⁴ Grace/Daniels/Gillet (2008), S. 301.

doch hat interessanterweise kein einziges dieser Länder gleichzeitig ein formalisiertes System verankert, das dafür Sorge trägt, DI-Kinder über den Umstand ihrer Zeugung aufzuklären. Dies wäre eine zwingende Vorstufe, um von diesem Recht Gebrauch zu machen. Somit bleibt die Frage der Aufklärung weiterhin bei den Eltern.³⁴⁵ Zwar sieht beispielsweise das schwedische Gesetz vor, dass alle Kinder in einem nicht näher spezifizierten Alter („when sufficient mature“) aufgeklärt werden, aber es gibt nicht an, wer diese Aufklärung leisten soll. Gottlieb et al. haben im Jahr 2000 eine Studie veröffentlicht, die eine Auswertung von 148 anonymisierten Fragebögen zum Inhalt hatte, die an Eltern von 1-15-jährigen Kindern versendet wurden, die ihr Kind durch Samenspende in Schweden bekommen haben.³⁴⁶ Die Mehrheit von 89 % der Paare hatte ihr Kind nicht aufgeklärt, wobei 59 % der Paare zumindest jemand anderes über die besondere Entstehung ihres Kindes informiert haben. Einige Paare (n=61) gaben jedoch an, ihr Kind später noch aufklären zu wollen oder noch unentschieden zu sein (n=16), so dass zumindest 52 % der befragten Paare ihr Kind entweder aufgeklärt hatten oder es noch tun will.³⁴⁷ Sie kommen zu dem Schluss, dass die Gesetzgebung alleine nicht ausreichend gewesen sei, um die persönliche Einstellung in der Bevölkerung zu ändern, und dass eine Diskussion verschiedener gesellschaftlicher Gruppen über die moralischen Aspekte der Aufklärung oder Nichtaufklärung unerlässlich sei. Die weiteren Ergebnisse der Studie weisen auf das Risiko hin, dass Kinder bei unterbliebener Aufklärung von dritter Seite ihre Herkunft erfahren. Das Hauptargument gegen eine Aufklärung hatten schon Nielsen et al. in einer Studie 1995 ausgeführt, nach der 70 % der Eltern damit argumentierten, dass sie es selbst auch nicht hätten wissen wollen, wenn sie in der Position ihrer Kinder wären.³⁴⁸ Dennoch sind diese bis zu 52 % der grundsätzlich aufklärungswilligen Eltern eine Ausnahme, da viele Studien weltweit belegen, dass die Aufklärungsquote eher niedriger ist. In ihren niederländischen Untersuchungen über psychologische Faktoren bei Eltern mit Kindern aus Donogener Insemination stellten Klock/Maier im Jahre 1991 fest, dass 86,5 % der anonym befragten Eltern ihre Kinder nicht aufklären wollten,³⁴⁹ während im Jahre 1994 bei einer Studie mit 82 heterosexuellen Paaren 73 % der Eltern angaben, ihr Kind nicht aufklären zu wollen.³⁵⁰ Auch Golombok et al. fanden 1996 in einer europäischen Studie über das Familienleben und den Umgang mit DI-Kindern heraus, dass 75 % der Paare ihr Kind nicht über seine Herkunft aufklären wollten, während 13 % unentschieden waren und nur 12 % sicher aufklären wollten bzw. aufgeklärt haben.³⁵¹ Ebenfalls in den Niederlanden hat van Berkel die Aussagen von Eltern mit Kindern aus Donogener Insemination in Bezug auf das Aufklärungsverhalten verglichen, die entweder 1983 oder 1996 diese Zeugungsart gewählt hatten. In beiden Gruppen lag der Wille zur Nichtaufklärung bei durchschnittlich 80 %, während in einer weiteren niederländischen Studie Brewaeyts et al. feststellten, dass bis zu 92 % ihre Kinder nicht aufklären wollten.³⁵²

³⁴⁵ Vgl. Council of Europe (1998).

³⁴⁶ Vgl. Gottlieb/Lalos/Lindblad (2000).

³⁴⁷ Vgl. Ebenda.

³⁴⁸ Vgl. Nielsen/Pedersen/Lauritsen (1995).

³⁴⁹ Vgl. Klock/Maier (1991).

³⁵⁰ Vgl. Klock/Jacob/Maier (1994).

³⁵¹ Vgl. Golombok et al. (1996).

³⁵² Vgl. Brewaeyts et al. (1997).

9. Aufklärung von DI-Kindern

Allerdings scheint sich über einen längeren Zeitabschnitt zu bestätigen, dass es eine leichte Tendenz dahingehend gibt, die Kinder doch aufzuklären. Hatten Milsom/Bergmann noch 1982 in ihrer Studie mit 92 Paaren festgestellt, dass nur ein einziges schwedisches Paar dazu tendierte, das Kind aufzuklären,³⁵³ kann man gegenwärtig von etwa 60 % aufgeklärter Kinder ausgehen.³⁵⁴

9.3 Studien über Kinder aus Donogener Insemination

Neben den Studien, die etwas über die Tendenz der elterlichen Bereitschaft zur Aufklärung verraten, steht natürlich noch die Frage offen, was die DI-Kinder selbst über ihre Zeugung sagen, wie sie zu ihrem sozialen Vater stehen und in wie weit sie an ihrem biologischen Vater interessiert sind. Allerdings weisen diese Studien eine unzureichende Validität des Studiendesigns auf. Dieses beruht auf der einfachen Tatsache, dass man natürlich nur die Kinder überhaupt befragen kann, die aufgeklärt wurden, und dass man keinerlei Anhaltspunkte darüber hat, inwieweit sich ihre Haltung und ihre Probleme auf die Mehrheit der Kinder übertragen lassen, die eben nicht aufgeklärt sind:

„Voices missing from the discussion about disclosure of donor-assisted conception are those of young people who do not know that they were conceived with donated sperm. Those voices may be impossible to capture.“³⁵⁵

McWinnie hat DI-Kinder interviewt, die auf der Suche nach ihren biologischen Vätern sind, die jedoch unter der damals noch im Vereinigten Königreich garantierten Anonymität nicht über die Samenbank oder den bei der Zeugung beteiligten Reproduktionsmediziner gefunden werden können. In ihren Berichten beschreiben die 90 jungen Erwachsenen vorwiegend Wut, Enttäuschung und das Gefühl des Identitätsverlustes. Und fast alle wünschten sich mehr Informationen über den Spender – sein Aussehen, seinen Bildungsgrad, seine Interessen und seine Gesundheit.³⁵⁶

Die Autorin gibt jedoch selbstkritisch zu, dass diese DI-Kinder, die sich als „Leidensgenossen“ über eine speziell dafür gegründete Internetplattform gefunden haben, natürlich auch spezifisch aus der Gruppe DI-Kinder stammen, die überhaupt den Wunsch hat, mehr über ihre biologischen Väter zu erfahren.

Auch die Studien von Lycett et al. vergleichen die Stellungnahmen zur Aufklärung von DI-Kindern zwischen Paaren mit DI-Kindern im Schulalter (4-8 Jahre), die keine Aufklärung anstrebten mit Paaren, die ihre Kinder aufklären wollen. So kommt sie zu dem Ergebnis, dass die Kinder, die bereits aufgeklärt waren, entweder mit Neugier oder Desinteresse reagiert haben. Doch auch dieses Studiendesign kann freilich keine Aussagen über die nicht-aufgeklärten Kinder liefern.³⁵⁷

Allerdings kann es dennoch sinnvoll sein, die Einstellung der DI-Kinder miteinander zu vergleichen. Dabei kann man aufzeigen, wo die Unterschiede zwischen den Kindern lie-

³⁵³ Vgl. Milsom/Bergmann (1982).

³⁵⁴ Vgl. Lalos/Gottlieb/Lalos (2007), allerdings nur mit einer Stichprobengröße von 20 befragten Paaren.

³⁵⁵ Kirkman/Rosenthal/Johnson (2007), S. 2318.

³⁵⁶ Vgl. McWhinnie (2001).

³⁵⁷ Vgl. Lycett et al. (2005).

gen, die durch eine geplante elterliche Strategie früh aufgeklärt wurden, und solchen, die zufällig von ihrer Entstehungsgeschichte erfahren haben.

Turner/Coyle haben für ihre Studie über die Identitätsfrage bei Kindern aus Donogener Insemination 16 DI-„Kinder“ zwischen 26-55 Jahren befragt, die von einer fehlenden biographischen Kontinuität und dem Frust berichten, nicht ihren biologischen Vater zu kennen.³⁵⁸ Wie in anderen Studien ebenfalls dargelegt, berichten einige auch über das Gefühl, nicht in ihre Familie zu gehören, weil sie – trotz Typenangleichung – so unterschiedlich waren in körperlichen Attributen und Talenten.³⁵⁹ Andere berichten davon, dass sie immer das Gefühl hatten, dass ihnen Informationen vorenthalten wurden, bevor sie aufgeklärt worden sind.³⁶⁰ Zusätzlich berichten andere, dass die „Enthüllung“ sie überrascht hat, weil sie aus Versehen und ungeplant stattfand, während andere wiederum berichten, dass die Offenlegung überhaupt nichts an ihrem Selbstbild geändert hätte.³⁶¹

Besonders positive Berichte kommen von Kindern, die sehr früh von ihren Eltern aufgeklärt wurden, und deren Eltern schon bei der Wahl des Spenderprogramms Wert darauf gelegt haben, einen Spender zu finden, der dem Kind offen gegenübersteht. Dieses besondere Open-Identity-Programm bedeutet, dass der Samenspender freiwillig bereit ist, dem Kind (ab einem festgelegten Alter) Auskünfte über seine Person zu geben.

Das erste Open-Identity-Programm wurde erstmals 1983 an der Sperm Bank of California angeboten, um den Wunsch von Eltern zu erfüllen, dass ein durch Donogene Insemination geborenes Kind später in der Lage sein sollte, zu wissen, von wem es genetisch abstammt. Der Spender verzichtete dabei auf die garantierte absolute Anonymität, kann aber keine elterlichen Rechte anbringen und ist im Gegenzug weiterhin vor allen finanziellen Obligationen von Seiten des Kindes geschützt (vgl. Kapitel 6.3).

Scheib et al. haben in mehreren Studien die Perspektiven von Eltern und Kindern aus dem Open-Identity-Programm untersucht und festgestellt, dass fast alle Paare es nicht bereut haben, einen Open-Identity-Spender gewählt zu haben, und beinahe alle auch ihr Kind über dessen Zeugung aufgeklärt haben.³⁶² Sie berichten von „neutral to moderately positive impact“ der Kinder auf die Aufklärung und kommen zu dem Schluss, dass die Offenlegung der Zeugungsmodalitäten keine negative Wirkung auf die Familien hatte, losgelöst auch vom Status der Beziehung.³⁶³ Grundlage dafür war eine Umfrage bei 45 US-Familien mit DI-Kindern im Alter von 13-18 Jahren (40 % gleichgeschlechtliche weibliche Paare, 38 % alleinstehende Frauen und 22 % heterosexuelle Paare). Gefragt, warum sie das Open-Identity-Programm gewählt hätten, gaben 97,3 % der Eltern an, dass sie sich die Möglichkeit wünschen, dass ihr Kind einmal mehr Informationen über seinen Vater haben soll und über 90 % sagen zudem, dass sie sich bei der Entscheidung gewünscht hätten, dass ihr Kind die Möglichkeit haben sollte, seinen Erzeuger kennen zu lernen. Zusammenfassend stellen Scheib et al. fest:

³⁵⁸ Vgl. Turner/Coyle (2000).

³⁵⁹ Vgl. Baran/Pannor (1993).

³⁶⁰ Vgl. Baran/Palor (1993); Frost/Moss/Moss (1997).

³⁶¹ Vgl. Snowden/Mitchell/Snowden (1983).

³⁶² Vgl. Scheib et al. (2003).

³⁶³ Scheib et al. (2003), S. 1115.

9. Aufklärung von DI-Kindern

„The children did not seem to be looking for a father in the donor, instead their interest stemmed more out of a strong curiosity about him would help them learn more about themselves.“³⁶⁴

In der Folgestudie wurden dann die 12-17-jährigen Kinder befragt, die in dem Programm gezeugt wurden. Dabei wurden Kinder aus den Haushalten von 29 Familien rekrutiert, die über ihre Erfahrungen Auskunft gaben, mit dem Wissen um ihre Erzeugung aufzuwachsen, und über ihr Interesse an ihrem genetischen Erzeuger berichten sollten.³⁶⁵ Die meisten Jugendlichen (75,9 %) gaben an, sehr früh aufgeklärt worden zu sein. Sie waren „somewhat to very comfortable with their conception origin.“³⁶⁶ Bis auf ein Kind gaben alle an, dass ihre Aufklärung neutrale bis positive Implikationen sowohl für ihre Beziehung zur Mutter als auch zu ihrem „co-parent“ hatte. Über 80 % sahen es zumindest als „at least moderately likely“ an, irgendwann die Identität ihres Erzeugers einzusehen und eventuell Kontakt aufzunehmen. 82,8 % würden den Kontakt suchen, um mehr über ihn zu erfahren, und viele glauben, dass dies ihnen helfen würde, auch mehr über sich selbst zu erfahren. Kein Jugendlicher gab an, Geld vom Erzeuger zu wollen und nur 6,9 % wollten eine Vater-Kind-Beziehung. Die Mehrheit der Jugendlichen fühlte sich wohl mit ihrer Entstehungsgeschichte und plante die Identität des Spenders zu erfahren, allerdings nicht notwendigerweise gleich mit Erreichen des 18. Lebensjahres. Die Jugendlichen gaben auch mehrheitlich an, nicht einfach den Erzeuger plötzlich anrufen oder vor der Tür stehen zu wollen, sondern einen vorsichtigen Kontakt über die Samenbank herzustellen. Sie waren interessiert mehr über den Spender zu erfahren, ohne dabei aber seine Privatsphäre zu verletzen oder plötzlich in sein Leben einzudringen. Dies steht im Gegensatz zu den stereotypen Befürchtungen, dass alle DI-Kinder überraschend an der Tür klingeln.

Welcher Elterntyp einen Open-Identity-Spender wählen würden, haben Brewaeys et al. 2005 in den Niederlanden untersucht. Die Studie beschreibt das Entscheidungsverhalten von 105 Paaren (61 % heterosexuell, 39 % lesbisch), wenn sowohl anonyme wie identifizierbare Spender (nur für das Kind und auch erst ab dem sechzehnten Lebensjahr) zur Auswahl stehen.³⁶⁷ 63 % der heterosexuellen und 98 % der lesbischen Paare hatten sich für den identifizierbaren Spender entschieden. Unter diesen war das Verheimlichen gegenüber dem Kind kein Thema, während 83 % der Paare, die einen anonymen Spender gewählt hatten, nicht beabsichtigten, ihr Kind jemals über seine Zeugungsumstände zu informieren. Im direkten Vergleich waren letztere nach Ansicht der Autoren von ihrer Zeugungsunfähigkeit psychisch stärker betroffen; auch hatten sie im Durchschnitt einen niedrigeren Bildungsgrad. Somit kommt die Studie zu dem Schluss, dass das 2004 in den Niederlanden eingeführte System, dass dem Kind Zugang zu den Spenderdaten gewähren soll, zwar von der Mehrheit der Eltern angenommen wird, eine Gruppe von vorwiegend heterosexuellen Paaren die Aufklärung jedoch weiterhin „unterlaufen“ möchte.³⁶⁸

³⁶⁴ Scheib et al. (2003), S. 1126.

³⁶⁵ Vgl. Scheib et al. (2005).

³⁶⁶ Scheib et al. (2005), S. 239.

³⁶⁷ Vgl. Brewaeys et al. (2005).

³⁶⁸ Vgl. Brewaeys et al. (2005).

9.4 Argumente für und gegen die Aufklärung

Bei einem genaueren Blick auf die einzelnen Argumente zeigt sich die Schwierigkeit einer generellen Bewertung, die den Einzelfall unbeachtet lässt. Schon die Frage, ob es zu einer möglichen Stigmatisierung des Kindes oder des zeugungsunfähigen sozialen Vaters durch Familie und Umwelt kommen kann, hängt entscheidend vom sozialen Milieu ab. Eltern fürchten, dass nicht nur das Kind, sondern vielleicht auch andere Familienangehörige nicht mit der Wahrheit umgehen könnten und sich deswegen vom Kind abwenden oder das Kind im sozialen Umfeld beispielsweise der Schule zum Außenseiter wird.³⁶⁹ Innerfamiliär möchten die Eltern das Kind vielleicht einfach nicht mit den unliebsamen Folgen eines solchen Wissens belasten oder es herrschen Ängste vor, das Kind könnte den Vater nicht mehr so wie vorher akzeptieren, oder das Kind könnte die Informationen nicht vertraulich behandeln.³⁷⁰ Auch jene, die sich für größere Offenheit einsetzen, müssen zugeben, dass nicht uneingeschränkt gilt, dass das Wissen über die Zeugung oder die Identität des Samenspenders psychologische oder soziale Probleme reduziert.³⁷¹ Zwar nehme das Verschweigen dem Kind das Recht, seine eigene Autonomie wahrzunehmen,³⁷² aber darüber hinaus sollten Eltern auch das Recht auf ihre Privatsphäre haben, wenn sie sich entscheiden, das Kind nicht aufzuklären.³⁷³ Viele Eltern wollen keine Aufdeckung, was sich spätestens dann als Belastung herausstellen kann, wenn das Kind zufällig, durch versehentliche Worte eines informierten Außenstehenden, bei einem heftigen Familienkrach, bei der Trennung der Eltern oder in einer medizinischen Notsituation die Wahrheit erfährt. Dann kommt zu der plötzlichen Erkenntnis, dass die bisher angenommene Hälfte des eigenen Ursprungs – nämlich die Seite des sozialen Vaters – plötzlich ausgelöscht zu sein scheint, zusätzlich verschlimmernd die Einsicht, „that this was no accidental happening but set up intentionally to mask their parents’ infertility [...]“.³⁷⁴

Doch fernab der psychologischen Problematik spielt die genetische Herkunft eine immer wichtigere Rolle in der Medizin. McGee spricht davon, dass der Wunsch der Eltern, ihr Kind nicht aufzuklären, gegenüber den negativen Konsequenzen für das Kind zurückstehen muss, da das Kind nicht nur das Recht habe zu erfahren, wo es herkommt, sondern dass Aufklärung auch aus medizinischen Gründen wichtig sein könnte.³⁷⁵ Schon 1988 machte sich Odonovan dafür stark, dass die genetische Herkunft entscheidend sein könnte,³⁷⁶ da genetische Informationen eine immer größere Rolle in der Diagnose und der Behandlung von Krankheiten, sowie Fortpflanzungsentscheidungen spielten. Dadurch wird die genetische Herkunft zu einer wichtigen Information.³⁷⁷ Auch wenn nicht alle Samenspendekinder an die genetischen Informationen ihres genetischen Vaters gelangen dürften, hilft ihnen eine Aufklärung über die Umstände ihrer Geburt dazu, dass sie keine falschen Informationen über ihre „vermeintlichen“ Eltern weitergeben. So könnten sie

³⁶⁹ Vgl. Rowland (1985).

³⁷⁰ Vgl. Nachtigall (1993).

³⁷¹ Vgl. Daniels und Taylor (1993).

³⁷² Vgl. Landau (1998).

³⁷³ Vgl. Walker/Broderick (1999).

³⁷⁴ McWhinnie (2001), S. 813.

³⁷⁵ Vgl. McGee/Brakman/Gurkmankin (2001).

³⁷⁶ Vgl. Odonovan (1988).

³⁷⁷ Vgl. Lamport (1988).

9. Aufklärung von DI-Kindern

fälschlicherweise annehmen, etwa nicht zu einer Risikogruppe zu gehören, weil eine bestimmte Krankheit nicht in ihrer Familie auftaucht. Sollte das Kind einen genetischen Defekt des Samenspenders geerbt haben, kann die Anonymität des Spenders dazu beitragen, dass auf – manchmal lebenswichtige – Informationen nicht zugegriffen werden kann.³⁷⁸ Das Argument, dass man ein DI-Kind notfalls ja dann aufklären könnte, wenn die genetischen Informationen aus medizinischen Gründen extrem wichtig sind und benötigt werden, greift nur bedingt. So wäre die akute Diagnose einer schweren Erkrankung sicherlich nicht der beste Zeitpunkt für eine solche Aufklärung.

9.5 Die Rolle der Reproduktionsmedizin

„Die klinische Erfahrung in der Beratung von Paaren, die eine DI beabsichtigen, zeigt auf, daß diese in der Regel gut auf die medizinische Behandlung vorbereitet sind, aber wenig Verständnis für die psychosozialen Aspekte haben“

Petra Thorn, Familientherapeutin

„Das Recht stellt aber für Eheleute keine Pflicht zur Aufklärung dar, weil davon das Glück des Kindes nicht zwangsweise abhängt. Sollten wir einem Paar empfehlen, sich vor dem Kind öffentlich zu bekennen in einer Gesellschaft, die für Infertilität des Mannes, für die Übertragung fremder Spermien und für die Zeugung eines Kindes mit Spendersperma noch so wenig Verständnis zeigt? Das Ehepaar muss selbst entscheiden, ob und wann es das Kind informieren will.“

Erwin Günter, Heidi Fritzsche,
Reproduktionsmediziner

Einen wesentlichen Beitrag zur Frage, ob DI-Kinder über die Umstände ihrer Erzeugung aufgeklärt werden, kann auch von Seiten der Reproduktionsmedizin ausgehen – sowohl in Form eines Beratungsgesprächs mit den Wunscheltern als auch durch ein erweitertes Angebot, familientherapeutische Beratung in Anspruch zu nehmen. Aber auch hier zeigt sich bislang keine einheitliche Tendenz.

In einigen Staaten existieren Gesetze und Richtlinien für reproduktionsmedizinische Verfahren, in denen neben den medizinischen Aspekten auch Vorgaben für die psychosoziale Beratung von Eltern gemacht werden, bei denen „immer mehr Wert darauf [gelegt wird], dass das Wohl der so gezeugten Kinder und deren Familien in diesen neuartigen Familienzusammensetzungen bestmöglich berücksichtigt wird.“³⁷⁹ Zu nennen ist beispielsweise die ASRM (American Society for Reproductive Medicine) und die ESHRE (Euro-

³⁷⁸ Vgl. Baran/Pannor (1993).

³⁷⁹ Thorn (2006), S. 174.

pean Society for Human Reproduction and Embryology),³⁸⁰ die empfehlen, auch die langfristigen Herausforderungen in psychologischen Beratungen zu besprechen, die über den rein medizinisch unterstützten Zeugungsvorgang hinausgehen. Dazu gehört auch die Frage, wie sich die Rolle des nicht-biologischen Elternteils möglicherweise von dem biologischen Elternteil unterscheidet, wie Eltern mit diesem Unterschied umgehen können und welche Rolle bzw. Bedeutung der Spender für die Familie hat.³⁸¹ Ebenso wird in der Literatur zunehmend die Forderung erhoben, dass alle Reproduktionsmediziner den Eltern empfehlen sollten, das DI-Kind zu dem frühest möglichen Zeitpunkt aufzuklären.³⁸²

Auch in Deutschland wurde mit der Novellierung der Musterrichtlinie zur Durchführung assistierter Reproduktion der psychosozialen Beratung ein höherer Stellenwert eingeräumt. Unter dem Artikel zur Psychosozialen Beratung heißt es:

„Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder Psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.“³⁸³

Gemäß der neuen Richtlinie des Arbeitskreises für Donogene Insemination wird diese weiterführende Beratung nicht nur angeboten, sondern sogar empfohlen.³⁸⁴ Allerdings wird an anderer Stelle auch darauf verwiesen, dass

„Wunscheltern [...] darüber zu informieren [sind], dass sie nach geltender Rechtsauffassung jedoch nicht verpflichtet sind, ihr Kind über die Zeugung mit Spermensamen in Kenntnis zu setzen.“³⁸⁵

Inwieweit diese „Nichtverpflichtung“ auch von ärztlicher Seite in einen Ratschlag interpretiert werden kann, zeigt sich beim Betrachten einiger Internetauftritte betreffender Reproduktionseinrichtungen. Die Betreiber (die allesamt auch Mitglieder des Arbeitskreises für Donogene Insemination sind) beziehen deutlich Stellung zu der Frage. Auf der Internetpräsenz der Frauenarztpraxis Dr. med. Michael Poluda³⁸⁶ heißt es beispielsweise zu dem Thema:

„Die Frage der späteren Aufklärung der gezeugten Kinder stellt sich mit den gemeinsamen Lebensjahren immer weniger, weil die Kinder einfach als eigene Kinder empfunden werden. Trotzdem raten einige Personen, den Kindern ihre Entstehungsweise zu offenbaren. Im Gegensatz hierzu tendieren wir zu dem Rat, den Kindern ihre Herkunft zu verschweigen und meinen, hierfür wichtige Argumente zu

³⁸⁰ Vgl. Boivin/Kentenich (2002).

³⁸¹ Vgl. Thorn (2006).

³⁸² Vgl. McGee/Brakman/Gurkmanin (2001).

³⁸³ BÄK (2006), Art. 5.3.2.

³⁸⁴ ADI (2006), Art. 3.

³⁸⁵ ADI (2006), Art. 8.2.2.

³⁸⁶ www.drpoluda.de/psysit.php [26.07.2010].

9. Aufklärung von DI-Kindern

haben: Jedes betroffene Paar hat nur das eine Ziel, möglichst schnell eine möglichst ‚normale‘ Familie zu werden. Mit – sicher gut gemeintem - Aufklärungsseifer würden Sie diese Chance leichtfertig verspielen. Sie würden – ohne durch irgendeine Notwendigkeit dazu gezwungen zu sein – in Ihre Familie eine Sprengladung legen, von der Sie nicht wissen, ob und wann sie einmal hochgeht und wen sie trifft. Liebende und wohlmeinende Eltern trachten unablässig danach, ihre Kinder zu schützen und vor möglichst viel Unbill des Lebens zu bewahren. In diesem Sinn ist die so genannte ‚Lebenslüge‘, also das Verschweigen der Herkunft, keine Lüge, sondern nur eine berechtigte Maßnahme, der Familie Zusammenhalt und Lebensglück zu sichern. Vaterschaft ist vor allem soziale Vaterschaft – ein Kind wünschen aus der Liebe zur Partnerin, Geburt und Heranwachsen des Kindes erleben und es mit väterlicher Liebe, Sorge und Verantwortung zu umgeben. Die genetische Vaterschaft (Stichwort: ‚Das Bisschen anonyme Spermien‘) erscheint uns hier als weniger wertig, und es muss mit allen Mitteln verhindert werden, dass sie an Bedeutung gewinnen kann. Mit der psychologischen Situation während und nach der Donogenen Insemination haben sich in Deutschland zahlreiche Autoren beschäftigt und sind dabei – wie nicht anders zu erwarten – durchaus unterschiedlicher Meinung.“

Die Argumente, wonach es besser sei, schnell eine „normale Familie“ zu werden, und die Wortwahl („Aufklärungsseifer“, „Sprengladung“, „sog. Lebenslüge“, „das Bisschen anonyme Spermien“) und die abwertende Haltung gegenüber „nicht anders zu erwartenden“ Ergebnissen psychologischer Forschung, erscheinen geradezu zynisch. Natürlich ist es das Recht jedes Reproduktionsmediziners, sich eine eigene Position zur Frage der Aufklärung zu bilden, aber im Sinne einer vorurteilsfreien Aufklärung über die ethischen und psychologischen Probleme, die eine Behandlung mit Spendersamen mit sich bringt und in der das Wohlergehen des Kindes handlungsleitend sein soll, erscheint es unangebracht, a priori eine paternalistische Haltung einzunehmen. Es dominiert eine Argumentation, die – ungeachtet aller wissenschaftlichen Untersuchungen über die Rechte und Bedürfnisse von Spendersamenkinder – einzig das elterliche Interesse berücksichtigt, die Kinder ganz für sich alleine zu haben, wie es vor 50 Jahren geraten wurde:

„For the [donor offspring] child’s sake particularly I prefer that absolutely nobody but the parents themselves should know of the [donor] insemination therapy. My last advice to the parents is that under no circumstances should they, or need they ever tell the child the method of conception – in fact they should forget about it themselves.“³⁸⁷

Darüber hinaus dürfte der „Typenangleich“, d.h. die Praxis einen Spender auszuwählen, der im Erscheinungsbild möglichst dem sozialen Partner der Wunschmutter nahekommt, es erleichtern, auch gegenüber der Außenwelt eine „natürliche Fortpflanzung“ zu suggerieren. Im Sinne einer offenen Auseinandersetzung mit der Frage, ob man das DI-Kind aufklären sollte, scheint dies eine ärztliche Haltung aus einer Zeit zu sein, in der die Behandlung mit Spendersamen noch nicht als „standesgemäß“ angesehen war und nur unter dem Deckmantel der Heimlichkeit durchgeführt werden konnte – und die scheinbar späterhin nie hinterfragt wurde.

³⁸⁷ Bloom (1957), S. 207.

Unabhängig davon, ob Reproduktionsmediziner Wunscheltern bezüglich ihres Aufklärungsverhaltens anleiten sollten, ist zu fragen, ob und ggf. wie stark sich deren Rat überhaupt auf die Entscheidung der Wunscheltern auswirken dürfte. Lalos et al. haben jüngst eine Studie über das Aufklärungsverhalten in Schweden vorgelegt, in denen sie auch explizit nach der Rolle der beteiligten Mediziner bei der Entscheidung für oder gegen eine Aufklärung fragten. Von den 19 in die Studie eingeschlossenen Paaren hatten 61 % ihre Kinder im durchschnittlichen Alter von fünf Jahren aufgeklärt. Die Mehrheit der Eltern, die angegeben hatten, von Seiten des „health care staff“ ermutigt worden zu sein, die Kinder aufzuklären, haben, den Autoren zufolge, auch danach gehandelt. Lalos et al. kommen daher auch zu dem Schluss, dass durch mehr Beratung und Gruppentherapie die Zahl der nicht-aufgeklärten DI-Kinder verringert werden könnte.³⁸⁸ Auch andere Autoren berichten, dass nahezu alle Eltern, die unschlüssig waren, ob sie ihre DI-Kinder aufklären sollten, nach dem Besuch von Gruppenseminaren zur Aufklärung tendierten,³⁸⁹ da sie dort die Zuversicht (*Confidence*) bekommen hatten, diesen Schritt zu gehen.³⁹⁰ Grundgedanke dieser Seminare ist die Vermittlung der Annahme, dass genetische Abstammung unbedeutend für den Zusammenbau einer Familie ist, aber sehr wichtig bei medizinischen Implikationen sein kann.³⁹¹

Wenngleich man diese Ergebnisse positiv bewerten kann, da sie zusammen mit den oben erwähnten Studien über ein generelles Ansteigen der Aufklärung von DI-Kindern für einen einsetzenden Wandel sprechen, muss man einbeziehen, dass freiwillige Beratung nur von Wunscheltern in Anspruch genommen wird, die noch unentschlossen sind. Eine Lösung wäre es, solche Beratungen verpflichtend anzubieten, bevor eine DI-Therapie begonnen werden darf. Andererseits sind verpflichtende Beratungen – wie wir sie beispielsweise vor Schwangerschaftsabbrüchen kennen – aus ethischer Sicht bedenklich, wenn sie nicht zielfoffen geführt werden.

Das Problem eines „Beratungszwangs“ beginnt, Matthias Kettner zufolge, an dem Punkt, an dem die zu beratende Person mit bestimmten Werteorientierungen konfrontiert wird.³⁹² Wenn es also nicht das Ziel der Beratung ist sicherzustellen, dass die Wunscheltern sich ausführlich mit allen Facetten der angestrebten Behandlung auseinandersetzen, sondern wenn es die Idee des Beratungsgesprächs ist, ein bestimmtes, vorgegebenes Ergebnis zu erreichen, sind ethische Vorbehalte angebracht. Benötigt wird ein Dialog mit offenem Ergebnis, also eine nicht-direktive Gesprächsführung, mit dem Ziel, die eigene Situation nach dem Gespräch besser zu verstehen als vorher – um dann autonom entscheiden zu können. Autonomie bedeutet aber auch, Verantwortung zu übernehmen, d.h. sich selbst und nicht nur andere dafür verantwortlich zu machen, wie und worauf man sich festlegt: Bewertungsgründe zu besitzen, die die eigenen sind, die einem selbst stimmig erscheinen. Eine Beratung muss geeignet sein, „mein Nachdenken darüber zu erweitern, *warum* ich will, was ich wirklich will. Dazu muss ich unterscheiden können, was *ich* und was *der Berater*

³⁸⁸ Vgl. Lalos/Gottlieb/Lalos (2007).

³⁸⁹ Thorn/Katzorke/Daniels (2008), S. 6.

³⁹⁰ Vgl. Daniels/Thorn/Westerbrooke (2007).

³⁹¹ Vgl. Grace/Daniels/Gillet (2008); Daniels/Douglass (2008).

³⁹² Kettner (1998), S. 9.

9. Aufklärung von DI-Kindern

will.³⁹³ Das bedeutet, dass der Berater die Grundlage für eine ergebnisoffene, wertneutrale und nicht-direktive Beratung schaffen muss.

Darüber hinaus sprechen auch einige Autoren davon, dass der Einfluss zielgerichteter Beratung als eher gering einzuschätzen sei, solange die Wunscheltern den Rat auch einfach ignorieren können, wenn sie den Argumenten nicht zustimmen.³⁹⁴

Um wiederum eine Donogene Insemination von der Verpflichtung der Wunscheltern abhängig zu machen, das DI-Kind später aufzuklären, fehlt jegliche rechtliche Grundlage, wie Coester-Waltjen im Vergleich mit den Aufklärungspflichten über die rechtlichen Aspekten der Spendersamenbehandlung betont:

„In gleicher Weise eine Aufklärung über die psychischen und ethischen Implikationen des Vorgehens zu verlangen, würde hingegen zu weit gehen. Diese Problembereiche sind grundsätzlich der Selbstverantwortung des Einzelnen zu überlassen. Die Beteiligten können allerdings auf die besonderen Fragestellungen hingewiesen werden.“³⁹⁵

Es bleibt jedoch die freie Entscheidung des Reproduktionsmediziners, eine Behandlung zu verweigern, wenn er in der betonten Haltung der Wunscheltern, das DI-Kind niemals aufzuklären, eine Gefährdung für das Kindeswohl sieht.

9.6 Zwischenfazit

Der Frage nach der „Aufklärung“ von DI-Kindern muss die Frage nach der Aufklärung von Wunscheltern vorgeschaltet werden. Studien- und Erfahrungswerten von Therapeuten ist zu entnehmen, dass eine frühe Aufklärung des DI-Kindes sowohl für die Entwicklungsmöglichkeiten des DI-Kindes, für das Familienleben und für die Sicherstellung einer optimalen medizinischen Versorgung im Notfall günstig ist.³⁹⁶

Die überwiegende Mehrheit der heterosexuellen Paare klärt die Kinder jedoch nicht auf, weil sie eine andere Gewichtung der vorhandenen Interessen vornehmen. Und nicht zuletzt aus dem methodischen Problem heraus, keinerlei Aussagen darüber zu haben, wie zufrieden unaufgeklärte DI-Kinder im Vergleich mit aufgeklärten DI-Kindern sind, muss man in dieser Angelegenheit wohl Shenfield/Steele folgen: Die Autoren betonen, dass gegenwärtig wohl allein die Gewissheit existiert, dass es keine abschließende Lösung in Bezug auf Geheimhaltung und Aufklärung zum Wohle des DI-Kindes gibt.³⁹⁷ Da keine schlüssigen Argumente und auch keine gesetzliche Regelung vorliegen, wird es in der Verantwortung der Eltern bleiben, ihr Kind aufzuklären oder dies zu unterlassen.

9.7 Elternunabhängige Möglichkeiten

Eine verantwortungsvolle Elternschaft resultiert nicht vorrangig aus selbstkritischen Abwägungen zwischen dem Kenntnisrecht des DI-Kindes und dem Recht auf Privatsphäre der

³⁹³ Kettner (1998), S. 13.

³⁹⁴ Vgl. Shehab et al. (2008); Vgl. Hahn/Craft Rosenberg (2002); Leiblum/Aviv (1997); Greenfield/Klock (2004).

³⁹⁵ Coester-Waltjen (2002), S. 196.

³⁹⁶ Vgl. McGee/Brakman/Gurkmanin (2001).

³⁹⁷ Vgl. Shenfield/Steele (1997).

Wunscheltern, sondern aus der lebenslangen Beziehung, die Eltern zu ihren Kindern haben. Diese Beziehung ist nicht zuletzt durch das Erwachsenwerden des Kindes einer ständigen Veränderung unterworfen, die auch die Entscheidungsgewalt der Eltern mit jedem Schritt zur Selbstständigkeit des Kindes weiter zurückdrängt, wie Christiane Woopen es beschrieben hat:

„Eltern haben über Erziehung und lebensprägende Entscheidungen bezüglich der Vermittlung von Religion und Werten lange Zeit weit reichende Einflussmöglichkeiten auf ihr Kind. Die Einheit mit den Eltern steht in dieser ersten Phase der kindlichen Entwicklung im Vordergrund. Gleichzeitig und zunehmend wird das Kind aber zu einer anderen Person mit ihren eigenen Interessen und Ansprüchen. Es wird immer unabhängiger von den Eltern.“³⁹⁸

Gerade diese eigenen Interessen und zunehmenden Ansprüche sind es, weswegen die Möglichkeiten, Auskunft über die eigene genetische Herkunft zu bekommen, nicht allein in die Verantwortung der Eltern gestellt werden sollte.

Dabei mangelt es auch nicht an Vorschlägen, wie sichergestellt werden könnte, dass jedes DI-Kind einmal die elternunabhängige Möglichkeit hat, sich Aufklärung über seine genetische Herkunft zu verschaffen. Abgeleitet aus dem Adoptionsrecht wird argumentiert, dass bei der Adoption in § 61 II 1 PStG geregelt ist, dass auch inkognito adoptierte Kinder im Alter von 16 Jahren das Recht haben, Einsicht in ihren Geburtseintrag zu nehmen, in dem die biologischen Eltern vermerkt sind.³⁹⁹ Im Geburtsregister könnte demnach auch bei einer Zeugung durch Donogene Insemination in einem Randvermerk mitgeteilt werden, wer der biologische Vater ist.⁴⁰⁰ Schon 1987 hat Warnock festgestellt, dass die einzige sichere Möglichkeit wäre, bei jedem durch Donogene Insemination gezeugten Kind einen Vermerk „by donation“ in der Geburtsurkunde vorzunehmen.⁴⁰¹

Allerdings bleibt dabei zweifelhaft, ob Vergleiche mit dem Adoptionsrecht zulässig sind, da DI-Kinder im Gegensatz zu den adoptierten Kindern ja eine bereits bekannte soziale wie genetische Mutter haben. Weiterhin würde ein Eintrag ins Geburtsregister auch jedes DI-Kind verpflichten, sich mit dem Umstand seiner Zeugung auseinanderzusetzen, was aus dem Kenntnisrecht eine Kenntnispflicht machen würde,⁴⁰² die dem Recht auf Nicht-Wissen widerspricht und zusätzlich von jedem einsichtsberechtigten Außenstehenden erkennbar wäre.⁴⁰³ Außerdem würde solch ein Eintrag einer elterlichen Aufklärungspflicht gleich kommen, wenn sie nicht wollen, dass ihr DI-Kind, bei einem Blick in die Geburtsurkunde oder in einem Auszug des Geburtsregisters zufällig von dem besonderen Umstand seiner Zeugung erfährt.

Zielführender wäre daher, ein auch vom Arbeitskreis für Donogene Insemination angestrebtes zentrales behördliches Register, in dem alle Daten von Spendern und Kindern aus der Samenspendebehandlung in Deutschland gesammelt werden, „um es Betroffenen

³⁹⁸ Woopen (2002), S. 237.

³⁹⁹ Vgl. Badenberg (2006).

⁴⁰⁰ Vgl. Donhauser (1996).

⁴⁰¹ Vgl. Warnock (1984).

⁴⁰² Naumann (1999), S. 143.

⁴⁰³ Vgl. §61 PStG.

9. Aufklärung von DI-Kindern

zu ermöglichen, lebenslang Informationen über die genetische Herkunft zu erlangen.⁴⁰⁴ Obgleich solch ein Zentralregister primär die Dokumentationspflicht der Reproduktionsmediziner sicherstellen soll, könnte neben einer (noch zu schaffenden) rechtsverbindlichen Zugangsregelung für Kinder aus Donogener Insemination das Auskunftsrecht auf alle Personen erweitert werden.⁴⁰⁵ Dies wäre analog zu dem britischen Modell, bei dem die Einrichtung der Zentralbehörde HEFA (Human Fertilisation and Embryology Authority) folgendes sicherstellt:

„Jedes Kind kann ab dem 18. Lebensjahr nach Sec. 31(3) und (4) von der HEFA Auskunft darüber verlangen, ob es mit Hilfe künstlicher Insemination gezeugt wurde oder ob es mit dem zukünftigen Ehepartner verwandt ist. Gleiches gilt gemäß Sec. 31(6) und (7) für eine Person über 16 Jahre, die angibt, eine bestimmte Person (vor dem Erreichen des 18. Lebensjahres) heiraten zu wollen.“⁴⁰⁶

Solch ein Register wäre aus ethischer Sicht zu befürworten, denn es hätte neben der Sicherstellung, dass aufgeklärte DI-Kinder als junge Erwachsene Zugang zu den Daten ihres Spenders erlangen, den Vorteil für alle Kinder, elternunabhängig zu erfahren, ob sie einer Spendersamenbehandlung entstammen (sofern sie innerhalb des bundesdeutschen medizinischen Regimes erfolgt ist). Denn sollte ein junger Erwachsener auf Grund der oben geschilderten innerfamiliären Probleme auch gegen die Aussagen seiner Eltern das Bedürfnis verspüren, herauszufinden, ob er vielleicht aus einer Donogenen Insemination hervorgegangen ist, bietet ein Zentralregister eine elternunabhängige Möglichkeit, sich in dieser Frage Gewissheit zu verschaffen.

⁴⁰⁴ ADI (2006), Vorwort.

⁴⁰⁵ Thorn/Wischmann (2008), S. 62.

⁴⁰⁶ Human Fertilisation Act (01.11.1990), zitiert nach Naumann (1999), S. 144.

10. Donogene Insemination außerhalb des medizinischen Regimes

Die Alltagserfahrung lehrt, dass vorhandene Systeme immer dann umgangen werden, wenn die Anforderungen an die Beteiligten aus diversen Gründen nicht erfüllt werden (können). Daraus erwächst die Notwendigkeit, auch die Alternativen zu einer Spendersamenbehandlung in einem restriktiven System zu betrachten. Einfacher formuliert ergibt sich die Frage, ob man bestimmte ethische Anforderungen an eine solche Therapie zurückstellen muss, weil unter diesen Prämissen potentielle Spender und Wunscheltern auf andere Systeme ausweichen und dabei auch die Vorteile unterlaufen, die eine Donogene Insemination innerhalb eines definierten medizinischen Settings bietet.

10.1 Alternativen

Eine Besonderheit der Spendersamenbehandlung im Gegensatz zu komplexeren reproduktionsmedizinischen Therapien ist, dass eine Insemination ein Verfahren ist, das auch durch medizinische Laien durchgeführt werden kann. Inseminiert sich eine Frau selbst, ist das zwar weniger Erfolg versprechend als mit professioneller Hilfe, aber es ist weder strafbewehrt noch besonderen Schwierigkeiten unterworfen. Die notwendigen Inseminationsutensilien sind darüber hinaus auch ebenso legal wie einfach über das Internet zu beziehen, wie Spenderejakulat von internationalen Samenbanken. So erläutern Reproduktionsmediziner:

„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.“⁴⁰⁷

Dadurch entsteht in Abgrenzung zu den auch technisch viel aufwendigeren medizinischen Reproduktionsverfahren die Möglichkeit, das etablierte medizinische Regime ganz zu umgehen, wenn die Anforderungen und Bedingungen zur Therapiezulassung für ein Wunschelternpaar, eine alleinstehende Frau oder ein homosexuelles Paar zu hoch oder zu unattraktiv erscheinen. Wenn man z.B. die theoretische Diskussion darüber führt, ob es nun ein unerlässliches Recht eines jeden Kindes ist, Herkunft über seine genetische Abstammung erlangen zu können, und, um dies zu gewährleisten, dem potentiellen Samenspender rechtliche Risiken auferlegt, ist es wenig erstaunlich, dass es allgemein zu wenig Spender gibt, die sich nach diesen Regelungen noch zur Samenspende bereit erklären. Es geht also nicht um die philosophisch-theoretische Frage, ob es besser ist, nicht geboren zu werden, statt ohne Wissen um den genetischen Erzeuger, sondern um die Tatsache, keine ethische Diskussion Wunscheltern davon abhalten wird, sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen.

Restriktive Regelungen führen zu einem sog. „Fortpflanzungstourismus“ in Länder mit weniger restriktiver Gesetzeslage. Daher ist es auch nicht verwunderlich, dass Fortpflanzungskliniken wie die „Stork Klinik“ in Dänemark, wo Samenspender garantierte Anonymität genießen, auf ihrer Internetpräsenz folgendes angibt:

⁴⁰⁷ Katzorke (2008), S. 19.

10. Donogene Insemination außerhalb des medizinischen Regimes

„Ca. 1/3 [der Patienten] kommen aus Dänemark, 2/3 hingegen aus Schweden, Norwegen, Island und anderen europäischen Ländern. Ca. 40 % sind lesbische Frauen. Ca. 50 % sind heterosexuelle alleinstehende Frauen, und ca. 10 % sind heterosexuelle Paare.“⁴⁰⁸

Auch ein Blick darauf, in welchen Sprachen die Homepage zur Verfügung steht, verrät einiges: Neben Dänisch kann der angehende Patient auch eine norwegische oder schwedische Ausgabe wählen, wobei aus Schweden schon seit dem gesetzlichen Verbot von anonymen Spenden 1984 der Fortpflanzungstourismus begonnen hat – erst nach Norwegen und Dänemark, und nach der Verschärfung der Anonymitätsregelung in Norwegen vorrangig nach Dänemark. Auch in englischer Sprache steht die Seite zur Verfügung: England klagt nach der gesetzlichen Neuregelung der Spenderpflichten 2005 über extremen Spendermangel, obgleich in England sowohl die Eizellspende als auch der Zugang lesbischer Paare zur Donogenen Insemination grundsätzlich offen stehen. Aber auch auf Deutsch und Italienisch ist die Seite zugänglich. Die deutsche Version spricht dabei gleichzeitig auch die schweizerischen und österreichischen Wunscheltern an, wobei in diesen drei Ländern die Eizellspende verboten ist. Als letzte Sprache steht Italienisch zur Auswahl, wobei Italien nach einem Referendum 2004 die europaweit striktesten Regelungen hat und donogene Verfahren im Grundsatz verboten sind.

Wer nicht ins Ausland reisen will oder kann oder nur ein kleines Budget zur Verfügung hat, findet in zahlreichen Internetforen von lesbischen und alleinstehenden Wunschmüttern hilfreiche Tipps zur Suche von Samenspendern im Bekanntenkreis oder Hinweise, worauf bei „Privatspendern“ zu achten ist.⁴⁰⁹

Dabei ist es aus medizinischer Sicht durchaus kritisch zu sehen, mit Frischsamen zu inseminieren, weil sich die Frauen hierbei darauf verlassen müssen, dass die Männer, die sich als Spender melden, auch gesund sind, was nur eine Samenbank mit den vorgeschriebenen Screenings überprüfen kann.⁴¹⁰ Zudem entheben Wunscheltern, die auf diese Weise zu einem Kind kommen wollen, dieses Kind von einer Vielzahl bereits angesprochener Rechte. Aber auch der Samenspender begibt sich – vielleicht unaufgeklärt oder in der Annahme, ein einfacher Vertrag zwischen ihm und den Wunscheltern könne ihn von allen Pflichten gegenüber dem Kind entheben – in einen bedenklichen juristischen Graubereich.

Angesichts solcher Praktiken stellt sich die Frage, ob das medizinische Regime nicht versuchen sollte, den Wunscheltern, die sich abseits des medizinisch kontrollierten Bereiches mit all seinen Regelungen um eine Donogene Insemination bemühen, entgegenzukommen. Aus dieser Perspektive wäre es auch ein ethisches Gebot, diese Gegebenheiten zu analysieren und mit in Betracht zu ziehen.

⁴⁰⁸ www.storkklinik.dk [20.06.2010].

⁴⁰⁹ z.B. www.lesben.org/kinder.htm oder www.lesben-info.de/kinderwunsch-t-44.html.

⁴¹⁰ <http://www.telegraph.co.uk/health/healthnews/7044613/Donor-shortage-driving-women-to-risky-online-sperm-banks.html> [19.12.2010].

10.2 Bewertung

Doch immer werden die Wunscheltern darüber entscheiden, ob sie sich den Regelungen des medizinischen Regimes unterwerfen oder ihre eigenen Vorstellungen dahingehend durchsetzen wollen, was sie für das Beste halten – ob nun für das Kind oder für sich selbst. Diesen Bestrebungen nachzugeben, würde die Reproduktionsmedizin erpressbar und zum reinen „Vollstrecker“ von Patientenwünschen machen. Sicherlich würden die Donogene Insemination anbietenden Mediziner davon profitieren, die Gruppe potentieller Patienten zu vergrößern – und wie in Kapitel 7 beschrieben, spricht einiges dafür, zumindest in gleichgeschlechtlichen Paarbeziehung lebenden Frauen den Zugang zu ermöglichen. Dies geschähe aber nicht aus dem Grund, dass man Patienten außerhalb des deutschen medizinischen Systems vermeiden möchte, sondern weil keine Gründe bestehen, die es rechtfertigen, den Zugang zu verweigern.

Als zweiter maßgeblicher Punkt sei hier angeführt, dass es gemäß unserer gesellschaftlichen Vorstellung ohnehin jeder Frau mit Kinderwunsch zusteht, ohne Einspruch von Dritten zu versuchen, sich diesen Wunsch zu erfüllen. Dabei ist es unerheblich, ob sie sich in einer heterosexuellen, gleichgeschlechtlichen oder überhaupt einer Paarbeziehung befindet, oder ob es sich beim Zeugungsvorgang um einen ihr vielleicht fremden Mann handelt, oder ob sie sich selbst Samenzellen einführt. Solange keine Dritten involviert sind, obliegt es ihrer Privatsphäre und der des Spenders.

Es ist aber sicherlich nicht ohne Weiteres mit einer verantwortungsvollen Elternschaft vereinbar, dabei auf anonymen Spendersamen zurückzugreifen, weil sich elterliche Verantwortung eben nicht durch die Abwägung von eigenen Interessen mit denen des Kindes auszeichnet, sondern sich genau durch diese Entscheidung für ein Kind konstituiert.

11. Schlussbetrachtung

Obgleich die Behandlung mit Spendersamen zunehmend gegenüber aufwendigeren reproduktionsmedizinischen Verfahren im homologen System an Bedeutung verloren hat, bleibt sie für bestimmte Paarkonstellationen (und alleinstehende Frauen) die einzige Möglichkeit, den Wunsch nach einem genetisch verwandten Kind zu erfüllen. Dabei steht einem medizinisch eher anspruchslosen Verfahren ein hochkomplexes Netz von unterschiedlichen Interessen- und Verantwortungsgefügen gegenüber. Durch die Integration von Reproduktionsmedizin, Wunscheltern, Samenspendern und dem antizipierten Kindeswohl entsteht ein Gesamtgefüge, das medizinisch, juristisch, aber auch gesellschaftspolitisch und nicht zuletzt ethisch begründungswürdig erscheint.

Die vorliegende Analyse wirft einen medizinethischen Blick auf diese Therapieform und fragt danach, welche Möglichkeiten der Donogenen Insemination sich argumentativ begründen oder rechtfertigen lassen und welche Folgen sich aus den handlungsleitenden Prämissen ergeben, die einer Teilnahme an dem Zeugungsprozess vorausgehen.

Hierfür wurden kapitelweise einzelne Teilaspekte aus dem Gesamtsystem herausgelöst und einzeln einer genaueren Betrachtung unterzogen. Dabei stand gemäß einer offen diskursiven ethischen Herangehensweise das Herausarbeiten von Argumenten, die für jeweilig mögliche Handlungsoptionen vorgebracht werden können, im Mittelpunkt – und nicht eine explizierte ethische Denkrichtung oder eine moralstiftende Theorie, wonach man die Donogene Insemination ebenfalls ausrichten könnte.

Zwar wird eine so gewählte ethische Analyse schlechterdings nicht dazu führen können, alle herausgearbeiteten Motiven und Argumente in einer finalen „maximal ethisch wünschenswerte“-Forderung der Behandlung mit Spendersamen zu verdichten, dennoch lässt sich bei den meisten analysierten Problemfeldern zeigen, dass in Abwägung der verschiedenen Positionen durchaus Optionen hervorstechen, die sich besser begründen lassen als andere.

Die wichtigsten sollen als Resümee nochmals pointiert und über die Kapitelgrenzen hinweg dargestellt werden:

1. Samenspender sind nicht nur virtuelle Väter.

Potentielle Samenspender sollten die willentlich übernommene Bereitschaft mitbringen, sich im Interessenfall der durch ihre Keimzellen gezeugten Kinder als Identifikationsfigur zur Verfügung zu halten. Das in dieser Arbeit zugrunde gelegte Konzept einer „Ethik der Elternschaft“ unterscheidet nicht spezifisch zwischen natürlicher oder assistierter Fortpflanzung, sondern basiert auf der Kernthese, dass kein Kind jemals über die Auswahl seiner Eltern, sowie deren Beweggründe sich fortzupflanzen entscheiden kann. Basierend auf dieser asymmetrischen Entscheidungsgrundlage können sich im Gegenzug auch biologische Eltern nicht entscheiden, ob sie durch ihr Handeln eine moralische Verantwortung gegenüber ihrem Kind tragen wollen. Beides bedingt sich gegenseitig, wobei eine Differenzierung in Einzelverantwortungen für bestimmte Pflichten gegenüber dem DI-Kind möglich ist, beispielsweise die Pflichten deren Übernahme ein sozialer Vater im Vorfeld zugestimmt hat. Somit wäre auch eine gesetzlich geregelte Befreiung des Samenspenders

11. Schlussbetrachtung

gegenüber möglichen finanziellen Forderungen begründbar und begrüßenswert. Die noch sporadisch von Seiten der Reproduktionsmedizin vorgebrachten Wünsche nach Anonymitätszusicherungen an Samenspender zur Förderung deren Spenderbereitschaft ist dagegen nur schwerlich haltbar.

2. Der Zugang zur Donogenen Insemination verdient immer eine Einzelfallbetrachtung.

Bei den Zugangsfragen zur Donogenen Insemination ist die Frage zentral, ob ein Fortpflanzungswunsch abhängig von sexueller Orientierung oder vorhandenen partnerschaftlichen Beziehungen begründet werden muss. Die Einschränkungen des Personenkreises auf verheiratete und in fester Partnerschaft lebende gegengeschlechtliche Paare durch die geltenden ärztlichen Richtlinien sind schlecht begründbar. Der dabei getätigte Verweis auf die Gefährdung des „Kindeswohl“, an dem die Zugangsfragen festgemacht sind, liegt weder innerhalb der Definitionsmacht der Ärztekammern, noch ist er empirisch belegbar. Das bedeutet jedoch im Umkehrschluss nicht, dass wegen der Unterdeterminiertheit des Begriffes und der besonderen Konstruktion der Elternschaft nicht auch die Beweggründe der Wunscheltern zu eruieren wären. Daher kann auf der Einzelfallbasis eine Donogene Insemination natürlich auch begründbar verweigert werden – nur sollte dies für alle Wunschelternpaare gelten, unabhängig davon, ob es sich um ein (verheiratetes) heterosexuelles Paar, ein lesbisches Paar oder eine alleinstehende Wunschmutter handelt. Solange die unterschiedlichen Ausgangspunkte nicht nachweislich zu einer Beeinträchtigung für ein aus der Behandlung hervorgehendes DI-Kind führen, ist der Vorwurf der ungerechtfertigten Diskriminierung nicht abwegig. Gerechter wäre es daher, wenn die regulierenden Ärztekammern sich einem veränderten Familienbild anpassen würden, anstatt sich auf traditionelle Rollenmuster zurückzuziehen, welche die heutige Gesellschaft kaum noch adäquat abbilden.

3. Paternalistische Strukturen sollten durch gemeinsame Entscheidungsprozesse ersetzt werden.

Entscheidungskriterien bei der Auswahl des Samenspenders, die nicht-medizinisch zu begründen sind, beispielsweise eine Auswahl nach Einzelcharakteristika (Bildungsgrad, Haarfarbe) können per se nicht als „eugenisch“ gelten. Und damit auch unabhängig davon, wer sie ausführt. Alle nicht-medizinisch induzierten Entscheidungen können daher prinzipiell ebenso von den Wunschelternpaaren geleistet werden, die damit allerdings auch die Verantwortung übernehmen, diese später ggf. gegenüber ihrem Kind rechtfertigen zu müssen. Alleine die „Typenangleichung“ als Prämisse der Spenderauswahl muss als ein Relikt einer Zeit gelten, in der die Donogene Insemination noch als Unvereinbar mit dem ärztlichen Ethos galt, um alle Beteiligten vor kritischen Nachfragen zu schützen.

4. Antizipiertes Kindeswohl endet in autonomer Selbstbestimmung.

Die Frage nach einer moralischen Aufklärungspflicht der Wunscheltern gegenüber ihren DI-Kindern bleibt unbeantwortet. Neben den psychosozialen Studien, die einen klaren Vorzug der Aufklärung über die Zeugungsumstände beschreiben, kann auch aus ethischer Perspektive nur der Appell an die Reproduktionsmedizin gehen, die neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse gegenüber den Wunscheltern darzulegen. Vorrang hat nicht ein syste-

misch erwünschter Schutz der Samenspende vor Nachfragen ihrer genetischen Kinder, sondern das nachweisliche Interesse vieler DI-Kinder an diesen Informationen. Unabhängig davon folgt die Forderung nach einer ebenso von elterlichen wie von reproduktionsmedizinischen Interessen befreiter Möglichkeit, Kenntnis über die eigene genetische Herkunft zu erlangen. Dies wird wohl nur ein zentrales Register bieten können, an das sich jeder an seiner genetischen Herkunft zweifelnde junge Erwachsene spätestens dann eigenständig richten kann, wenn sein Wohlergehen einzig innerhalb seiner Entscheidungsautonomie liegt und nicht mehr von Dritten antizipiert werden darf.

Diese vier Positionen scheinen dem Verfasser ethisch so gut begründbar, dass sie als normative Prinzipien an das System der Donogenen Insemination angelegt werden können.

Insofern ist zu hoffen, dass die in dieser Schrift erarbeiteten Ergebnisse Entscheidungsträgern im medizinischen oder politischen Bereich dazu dienen können, adäquater auf die Forderungen und Vorstellungen der beteiligten Gruppen einzugehen. Ob nun in der Diskussion um ein längst fälliges zeitgemäßes Fortpflanzungsmedizinengesetz, der Überarbeitung (standes-) ärztlicher Richtlinien oder im allgemeinen Diskurs um die Donogene Insemination.

12. Literaturverzeichnis

1. Adams/Pease/Liebermann (2006): Joane Adams, Elizabeth Pease und Brian Liebermann, Donor recruitment: change attitudes, not the law, *Bionews* (16.10.2006): www.bionews.org.uk/commentary.lasso?storyid=3225 [29.09.2010].
2. ADI (2006): Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland, Fassung vom 8. Februar 2006 der Arbeitsgruppe Richtliniennovellierung des Arbeitskreises für Donogene Insemination e.V., www.donogene-insemination.de/downloads/Richtl_Druckfassung.pdf [27.10.2010].
3. ADI (1995): Vereinssatzung des Arbeitskreises für Donogene Insemination, Broschüre, o.O. 1995.
4. Ahuja (2008): Kamal Ahuja, The need for a father: mixed messages in the UK's new legislation on gamete donors? *RBMonline* (05.06.08), www.rbmonline.com/Article/3702 [14.01.2010].
5. Allmark et al. (2001): Peter Allmark et al., Is it in a neonate's best interest to enter a randomised controlled trial?, *Journal of Medical Ethics* 27 (2001), S. 110-113.
6. American Society for Reproductive Medicine (2004a): American Society for Reproductive Medicine, Guidelines for cryopreserved embryo donation, *Fertility and Sterility* 82 (2004), S. 16-17.
7. American Society for Reproductive Medicine (2004b): American Society for Reproductive Medicine, Psychological guidelines for embryo donation. *Fertility and Sterility* 82 (2004), S. 20-21.
8. American Society for Reproductive Medicine (2003a): American Society for Reproductive Medicine, Ethics Committee Report of the American Society for Reproductive Medicine: Informing offspring of their conception by gamete donation, *Fertility and Sterility* 81 (2003), S. 527-531.
9. American Society for Reproductive Medicine (2003b): American Society for Reproductive Medicine, Ethics Committee Report of the American Society for Reproductive Medicine, Family members as gamete donors and surrogates, *Fertility and Sterility*, 80 (2003), S. 1124-1130.
10. American Society for Reproductive Medicine (1998): American Society for Reproductive Medicine, Ethical considerations of assisted reproductive technologies, *Fertility and Sterility*, Suppl. 3 (1998), S. 4.
11. Anselm (2003): Reiner Anselm: Kinderlosigkeit als Krankheit? Ethische Aspekte reproduktionsmedizinischer Fragestellungen, *Reproduktionsmedizin* 19 (2003), S. 15-21.
12. *Ärzte Zeitung Online* (2004): www.aerztezeitung.de/panorama/auch_das_noch/default.aspx?sid=317867, 12.07.2004 [25.07.2010].
13. Asada et al. (2000): Hironori Asada, Kou Sueoka, Tsuyoshi Hashiba et al., The effect of age and abnormal sperm count on the nondisjunction of spermatozoa, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 1 (2000), S. 51-59.

12. Literaturverzeichnis

14. Avison (1997): William R. Avison, Single motherhood and mental health: implications for primary prevention. *Canadian Medical Association Journal*, 156 (1997), S. 661-663.
15. Badenberg (2006): Felor Badenberg, Das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung unter Berücksichtigung der Problematik der anonymen Geburt, *Europäische Hochschulschriften*, Bd. 4352, Frankfurt am Main u. a. 2006.
16. BBC NEWS (2003): Sperm donors rush for Australia holiday offer, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/asia-pacific/3330097.stm>, 18.12.2003 [26.06.2010].
17. Baer (1993): Ingrid Baer, Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes, *Neue Juristische Wochenschrift* 46 (1993), S. 2209-2211.
18. Baran/Pannor (1993): Annette Baran und Reuben Pannor, *Lethal Secrets: the Psychology of Donor Insemination, Problem and Solution*, New York 1993.
19. Barratt et al. (1989): Christopher L. R. Barrett, Eric F. Monteiro, M. Chauhan et al., Screening donors for sexually transmitted disease in donor insemination clinics in the UK. A survey, *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 96 (1989), 4, S. 461-466.
20. Barratt/Chauhan/Cooke (1990): Christopher L. R. Barret, M. Chauhan, und Ian Douglas Cooke, Donor insemination – a look to the future, *Fertility and Sterility* 54 (1990), S. 375-378.
21. Bayne (2003): Tim Bayne, Gamete Donation and Parental Responsibility, *Journal of Applied Philosophy* 20 (2003), 1, S. 77-87.
22. Beauchamp (2004): Paula Beauchamp, Canadians answer sperm call, *The Australian*, Australia's national Newspaper, www.canadiancrc.com/articles/The_Australian_Canadian_sperm_donors_09JUL04.htm, 09.07.2004 [29.09.2010].
23. Beauchamp/Childress (2009): Tom L. Beauchamp und James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, 6. Auflage, New York 2009.
24. Benatar (1999): Davis Benatar, The Unbearable Lightness of Bringing into Being, *Journal of Applied Philosophy* 16 (1999), 2, S. 173-180.
25. Berkel et al. (1999): D. van Berkel, L. van de Veen, I. Kimmel und E. Velde, Differences in the attitudes of couples whose children were conceived through artificial insemination by donor in 1980 and 1996, *Fertility and Sterility* 17 (1999), S. 226-231.
26. Birnbacher (2007): Dieter Birnbacher, *Analytische Einführung in die Ethik*, 2. Auflage, Berlin/New York 2007.
27. Birnbacher (2006): Dieter Birnbacher, *Bioethik zwischen Natur und Interesse*, Frankfurt am Main 2006.
28. Bloom (1957): Philip Bloom, Artificial insemination (donor), *The Eugenics Review* 48 (1957), S. 205-207.
29. Blyth (2006): Eric Blyth, Sperm donation: time to look forward, not back, www.bionews.org.uk/commentary.lasso?storyid=3190, 25.09.2006 [29.09.2010].
30. Boivin/Kentenich (2002): Jacky Boivin und Heribert Kentenich, *Guidelines for counselling in infertility*, ESHRE Monographs, Oxford 2002.
31. Bolton et al. (1991): Virginia Bolton, Susan Golombok, Alison Bish et al., A comparative study of attitudes towards donor insemination and egg donation recipients,

- potential donors and public, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 17 (1991), S. 1-13.
32. Bos/v.Balen/v.d.Boom (2007): Henny M. W. Bos, Frank van Balen und Dymphna C. van den Boom, Child adjustment and parenting in planned lesbian-parent families, *American Journal of Orthopsychiatry* 77 (2007), 1, S. 38-48
 33. Brazier (2001): Margaret Brazier, Reproductive Rights: Feminism or Patriarchy?, in: John Harris und Soren Holm (Hrsg.), *The Future of Human Reproduction. Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford 2001, S. 67-76.
 34. Breitingner (2000): Eric Breitingner, Die gezielte Sperma-Auswahl lehnt der Samenbanker ab, www.aerztezeitung.de/docs/2000/07/03/120a1501.asp, 03.07.2000 [29.09.2010].
 35. Brewaeys et al. (2005): Anne Brewaeys, J. K. de Bruyn, L. A. Louwe, Frans M. Helmerhorst et al., Anonymous or identity-registered sperm donors? A study of Dutch recipients' choices, *Human Reproduction* 20 (2005), 3, S. 820-824.
 36. Brewaeys/Dufour/Kentenich (2005): Anne Brewaeys, S. Dufour und Heribert Kentenich, Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt? *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 2 (2005), S. 35-40.
 37. Brewaeys/Golombok/Naaktgeboren (1997): Anne Brewaeys, Susan Go-lombok und N. Naaktgeboren, Donor insemination: Dutch parents' opinions about confidentially and donor anonymity and the emotional adjustment of their children, *Human Reproduction* 12 (1997), S. 1591-1597.
 38. Brewaeys et al. (1997): Anne Brewaeys, Ingrid Ponjaert, Eylard V. van Hall und Susan Golombok, Donor insemination: Child development and family functioning in lesbian mother families, *Human Reproduction* 12 (1997), S. 1349-1359.
 39. BÄK (2006): Richtlinien der Bundesärztekammer. (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion, Novelle 2006, *Deutsches Ärzteblatt* 103 (2006), 20, A 1392-1403.
 40. BÄK (1998): Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der assistierten Reproduktion, *Deutsches Ärzteblatt* 95 (1998), 49, A 3166-3171.
 41. Bundesnotarkammer (1997): Bundesnotarkammer, Vereinbarungen über heterologe Insemination, Rundschreiben Nr. 40/1997 der Bundesnotarkammer vom 11.12.1997, *Deutsche Notar Zeitschrift* (1998), S. 241 ff.
 42. Clamar (1989): A. Clamar, Psychological implications of the anonymous pregnancy, in: Joan Offerman-Zuckenberg (Hrsg.), *Gender in Transition: A new Frontier*, New York 1989, S. 111-120.
 43. Coester-Waltjen (2002): Dagmar Coester-Waltjen, Reformüberlegungen unter besonderer Berücksichtigung familienrechtlicher und personenstandsrechtlicher Fragen, *Reproduktionsmedizin* 18 (2002), 4, S. 183-198.
 44. Cohen (1997): Cynthia B. Cohen, Unmanaged care: the need to regulate new reproductive technologies in the United States, *Bioethics* 11 (1997), S. 348-365.

12. Literaturverzeichnis

45. Cook et al. (1995): Rachel Cook, Susan Golombok, Alison Bish et al., Disclosure of donor insemination: parental attitudes, *American Journal of Orthopsychiatry* 65 (1995), S. 540-559.
46. Cook/Golombok (1995): Rachel Cook und Susan Golombok, A survey of semen donation: Phase II – the view of the donors, *Human Reproduction* 14 (1995), S. 279-284.
47. Council of Europe (1998): Council of Europe, Medically assisted procreation and the protection of the human embryo comparative study on the situation in 39 States, Council of Europe, Strasbourg 1998.
48. Daniels/Douglas (2008): Ken Daniels und Alison Douglass, Access to genetic information by donor offspring and donors: Medicine, policy and law in New Zealand, *Medical Law* 27 (2008), S. 131-146.
49. Daniels (2007): Ken Daniels, Donor gametes: anonymous or identified?, *Best Practice & Research, Clinical Obstetrics and Gynaecology* 21 (2007), 1, S. 113-128.
50. Daniels/Thorn/Westerbrooke (2007): Ken Daniels, Petra Thorn und R. Westerbrooke, Confidence in the use of donor insemination: an evaluation of the impact of participating in a group preparation programme. *Human Fertility* 10 (2007), 1, S. 13-20.
51. Daniels et al. (2006): Ken Daniels, V. Feyles, J. Nisker, M. Perez-y-Perez et al., Sperm Donation: Implications of Canada's Assisted Human Reproduction Act 2004 for Recipients, Donors, Health Professionals, and Institutions. *Journal of obstetrics and gynaecology* 28 (2006), 7, S. 608-615.
52. Daniels/Meadows (2006): Ken Daniels and Letitia Meadows, Sharing Information with adults conceived as a result of donor insemination, *Human Fertility* 9 (2006), 2, S. 93-99.
53. Daniels et al. (2005): Ken Daniels, Eric Blyth, Marilyn Crawshaw und Ruth Curson, Short Communication: Previous semen donors and their views regarding the sharing of information with offspring, *Human Reproduction* 20 (2005), S. 1670-1675.
54. Daniels/Lewis/Curson (1997): Ken Daniels, Glenn Lewis und Ruth Curson, Information sharing in semen donation: The view of the donors, *Social Science and Medicine* 5 (1997), S. 673-680.
55. Daniels/Lalos (1995): Ken Daniels und Othon Lalos, The Swedish Insemination Act and the availability of donors, *Human Reproduction* 7 (1995), S. 1871-1874.
56. Daniels/Taylor (1993): Ken Daniels und Karyn Taylor, Secrecy and openness in donor insemination, *Politics and the Life Sciences* 12 (1993), 2, S. 155-170.
57. de Boer/Oosterwijk/Rigters (1995): Anthonius de Boer, Jan C. Oosterwijk und Catharina A. E. Rigters-Aris, Determination of a maximum number of artificial inseminations by donor children per sperm donor, *Fertility and Sterility* 63 (1995), S. 419-421.
58. Deichfuß (1991): Hermann Deichfuß, *Abstammungsrecht und Biologie* (= Diss. Universität Mannheim), o. O. 1991.

59. Donhauser (1996): Thomas Donhauser, Das Recht des Kindes auf Kenntnis der genetischen Abstammung (= Diss. Universität Regensburg), o. O. 1996.
60. Dörries (2003): Andrea Dörries, Der Best-Interest-Standard in der Pädiatrie – theoretische Konzeption und klinische Anwendung, in: Claudia Wiesemann, Andrea Dörries, Gabriele Wolfslast und Alfred Simon (Hrsg.): Das Kind als Patient. Ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kindeswille, Kultur – Theorie – Ethik, Bd. 7, Frankfurt/New York 2003, S. 116-130.
61. Downie/Randall (1997): Robin S. Downie und Fiona Randall, Parenting and the best interest of minors, *Journal of Medicine and Philosophy* 22 (1997), 3, S. 219-223.
62. Dreaper (2006): Jane Dreaper, IVF donor sperm shortage revealed, <http://news.bbc.co.uk/2/hi/health/5341982.stm>, 13.09.2006 [22.09.2010].
63. Düwell (2008): Marcus Düwell, Bioethik. Methoden, Theorien und Bereiche, Stuttgart/Weimar 2008.
64. Emond/Scheib (1998): Michael Emond und Joanna E. Scheib, Why not donate sperm? A study of potential donors, *Evolution and Human Behaviour* 19 (1998), S. 313-319.
65. Ernst/Ingerslev/Schou/Stoltenberg (2007): Erik Ernst, Hans Jakob Ingerslev, Ole Schou und Meredin Stoltenberg, Attitudes among sperm donors in 1992 and 2002: a Danish questionnaire survey, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86 (2007), 3, S. 327-333.
66. Ethics Committee (2006): The Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine, Access to fertility treatment by gays, lesbian and unmarried persons, *Fertility and Sterility* 86 (2006), 5, S. 1333-1335.
67. Fischer (2009): Tobias Fischer: Genderspezifische Diskriminierung in der Reproduktionsmedizin? Das Beispiel Anonyme Samenspende, in: Dominik Groß (Hrsg.) *Gender schafft Wissen – Wissenschaft Gender? Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit (Studien des AKWG 4)*, Kassel 2009, S. 295-328.
68. Fortescue (2003): Elaine Fortescue, Gamete donation – where is the evidence that there are benefits in removing the anonymity of donors? A patients' viewpoint, *Reproductive Biomedicine* 7 (2003), S. 139-144.
69. Freeman (1997): Michael Freeman, *The Moral Status of Children: Essays on the Rights of Children*, The Hague 1997.
70. Fromm (1960): Ernst Fromm, Artificielle Insemination – Der berufsethische Standpunkt der deutschen Ärzteschaft, in: Alan Guttmacher et al. (Hrsg.), *Die künstliche Befruchtung beim Menschen. Diskussionsbeiträge aus medizinischer, juristischer und theologischer Sicht*, Köln-Marienburg 1960, S. 25-36.
71. Fuscaldo (2006). Julianna Fuscaldo, Genetic Ties: Are they Morally Binding?, *Bioethics* 20 (2006), 2, S. 64-76.
72. Garrido et al. (2002): Nicolás Garrido, J. L. Zuzuarregui, Marcos Meseguer, Carlos Simón et al., Sperm and oocyte donor selection and management: experience of a 10

12. Literaturverzeichnis

- year follow-up of more than 2100 candidates, *Human Reproduction* 17 (2002), S. 3142-3148.
73. GfH (2008): Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humangenetik (GfH), Eugenische Argumentation im Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zum Inzestverbot, *Medizinische Genetik* 20 (2008), 2, S. 239.
74. Giesen (1962): Dieter Giesen, Künstliche Insemination als ethisches und rechtliches Problem, (= Schriften zum deutschen und europäischen Zivil-, Handels- und Prozessrecht, Bd. 18), Bielefeld 1962.
75. Göbel/Lübke (1987): P. Göbel und F. Lübke, Katamnestiche Untersuchungen an 96 Paaren mit heterologer Insemination, *Geburtshilfe und Frauenheilkunde* 47 (1987), S. 636-640.
76. Göben (2003): Jens Göben: Vertrags- und handlungsrechtliche Beziehungen bei der künstlichen Fortpflanzung (Deutschland), in: Dieter Lorenz (Hrsg.): *Rechtliche und ethische Fragen der Reproduktionsmedizin. Internationales Symposium im Rahmen der Kooperation zwischen dem Fachbereich Rechtswissenschaften der Universität Konstanz und der Universidad Tomás, Bogotá, vom 17.-19. Juni 2002 in Konstanz, Baden-Baden 2003*, S. 136-144.
77. Golombok/Brewaeys/Giavazzi (2002): Susan Golombok, Anne Brewaeys und M. T. Giavazzi, The European study of assisted reproduction families: the transition to adolescence. *Human Reproduction* 17 (2002), 3, S. 830-840.
78. Golombok et al. (1996): Susan Golombok, Anne Brewaeys, Rachel Cook et al., The European study of assisted reproduction families: family functioning and child development, *Human Reproduction* 11 (1996), S. 2324-2331.
79. Golombok/Tasker (1996): Susan Golombok und Fiona Tasker, Do parents influence the sexual orientation of their children? Findings from a longitudinal study of lesbian families, *Developmental Psychology* 32 (1996), S. 3-11.
80. Golombok/Cook (1995): Susan Golombok und Rachel Cook, A survey of semen donation: phase I – the view of UK licensed centres, *Human Reproduction* 10 (1995), S. 882-888.
81. Gottlieb/Lalos/Lindblad (2000): Claes Gottlieb, Othon Lalos und Frank Lindblad, Disclosure of donor insemination to the child: the impact of Swedish legislation on couples' attitudes, *Human Reproduction* 15 (2000), S. 2052-2056.
82. Grace/Daniels/Gillet (2008): Victoria M. Grace, Ken R. Daniels und Wayne Gillet, The donor, the father, and the imaginary constitution of the family: parents' constructions in the case of donor insemination, *Social Science & Medicine* 66 (2008), S. 301-314.
83. Greenfield/Klock (2004): Dorothy Greenfield und Susan C. Klock, Disclosure decisions among known and anonymous oocyte donation recipients, *Fertility and Sterility* 81 (2004), S. 1565-1571.
84. Groß (2009): Dominik Groß (Hrsg.) *Gender schafft Wissen – Wissenschaft Gender? Geschlechtsspezifische Unterscheidungen und Rollenzuschreibungen im Wandel der Zeit (Studien des AKWG 4)*, Kassel 2009.

85. Guggemos (1948): Michael Guggemos, Die Abstammungsklage des unehelichen Kindes, *Neue Juristische Wochenschrift* 1947/48, S. 59-60.
86. Günther (1938): H. Günther, Die Feststellungsklage wegen Abstammung und die Familienrechtsnovelle, *Juristische Wochenschrift* 1938, S. 1699-1701.
87. Günther/Fritzsche (2001): Erwin Günther und Heidi Fritzsche, Sterilitätsbehandlung mit donogener Insemination. II. Psychosoziale Probleme bei sterilen Ehepaaren und das Kindeswohl, *Reproduktionsmedizin* 17 (2001), S. 214-220.
88. Günther/Fritzsche (2000): Erwin Günther und Heidi Fritzsche, Sterilitätsbehandlung mit donogener Insemination, Entscheidungsbedarf im deutschen Fortpflanzungsmedizingesetz, *Reproduktionsmedizin* 16 (2000), S. 249-252.
89. Gutmann (1999): Thomas Gutmann, Gesetzgeberischer Paternalismus ohne Grenzen: Zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts zur Lebendspende von Organen, *Neue Juristische Wochenschrift* 52 (1999), S. 3387-3389.
90. Habermas (2001): Jürgen Habermas, *Die Zukunft der menschlichen Natur. Auf dem Weg zu einer liberalen Eugenik?*, Frankfurt 2001.
91. Hafner (2005): Katrin Hafner, Heiss begehrt: Spermien aus dem Röhrchen, *Tagesanzeiger.ch*, www.fehr-ivf.ch/fileupload/Art_2007_01_TA_Speden.pdf, 08.12.05 [29.09.2010].
92. Hahn/Craft Rosenberg (2002): Sandra J. Hahn und Martha Craft Rosenberg, The disclosure decisions of parents who conceive children using donor eggs, *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing* 31 (2002), S. 283-293.
93. Haimes (1993a): Erica Haimes, Secrecy and openness in DI. A sociological comment on Daniels and Tayler, *Politics and the Life Sciences* 12 (1993), S. 178-179.
94. Haimes (1993b): Erica Haimes, Theory and methodology in the analysis of the policy progress: a case study of the Warnock Committee on Human Fertilization and Embryology, in: M. Hill (Hrsg.), *New Agendas in the Study of the Policy Progress*, Hemel Hemstead 1993, S. 152-175.
95. Haker (2003): Hille Haker: Präimplantationsdiagnostik und die Veränderung der Elternschaft, *Zeitschrift für medizinische Ethik* 49 (2003), S. 361-378.
96. Hammel et al. (2006): Andreas Hammel, Gerd Bispink, Thomas Katzorke, Gerhard Schreiber und Petra Thorn, Arbeitsgruppe Richtliniennovellierung des Arbeitskreises für Donogene Insemination, Empfehlungen des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland in der Fassung vom 8. Februar 2006, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 3 (2006), S. 166-174.
97. Harris (2001): John Harris, Rights and Reproductive Choice, in: John Harris und Soren Holm (Hrsg.) *The Future of Human Reproduction. Ethics, Choice, and Regulation*, Reprint, Oxford 2001, S. 5-36.
98. Hassenstein (1988): Bernhard Hassenstein, Der Wert der Kenntnis der eigenen genetischen Abstammung, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht - Ehe und Familie im privaten und öffentlichen Recht* (1988), S. 120-123.

12. Literaturverzeichnis

99. Herrmann-Green (2008): Lisa Herrmann-Green, Lesben mit Kinderwunsch: Eine ethische Herausforderung für die Reproduktionsmedizin?, in: Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn und Christiane Wendehorst (Hrsg.), Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre nach Louise Brown (= Göttinger Schriften zum Medizinrecht, 3), Göttingen 2008, S. 217-237.
100. Hick (2006): Christian Hick: Klinische Ethik: Mit Fällen, Berlin 2006.
101. Hildt (2006): Elisabeth Hildt, Autonomie in der biomedizinischen Ethik. Genetische Diagnostik und selbstbestimmte Lebensgestaltung, (= Kultur der Medizin. Geschichte – Theorie – Ethik, Bd. 19), Frankfurt am Main/ New York 2006.
102. Hiscock (2003): Geoff Hiscock, Sperm donors rush holiday offer, CNN.com, <http://edition.cnn.com/2003/WORLD/asiapcf/auspac/12/18/australia.sperm>, 19.12.03 [25.07.2010].
103. HMSO (2004): Human Fertilisation and Embryo Authority, Disclosure of Donor Information Regulations, Statutory Instrument 2004, Nr. 1511.
104. Hollenbach (2003): Alex Hollenbach: Verfassungsrechtliche Vorgaben für die Reproduktionsmedizin in Deutschland, in: Dieter Lorenz (Hrsg.), Rechtliche und ethische Fragen der Reproduktionsmedizin. Internationales Symposium im Rahmen der Kooperation zwischen dem Fachbereich Rechtswissenschaften der Universität Konstanz und der Universidad Tomás, Bogotá, vom 17.-19. Juni 2002 in Konstanz, Baden-Baden 2003, S. 82-100.
105. Horsey (2008): Kirsty Horsey: Lack of sperm means some UK couples can't get treatment, www.bionews.org.uk/new.lasso?storyid=3886, 30.06.08 [29.09.2010].
106. Human Fertilisation and Embryo Authority (2004): Human Fertilisation and Embryo Authority, Disclosure of information relating to gamete donation. Chairman's Letter CH, 28.10.04.
107. IMEW (2003): Institut Mensch, Ethik und Wissenschaft GmbH Berlin, IMEW Handreichung zu den Empfehlungen der Enquete-Kommission des Bundestages „Recht und Ethik der modernen Medizin“, [www.imew.de /index.php?id=247#c5982003](http://www.imew.de/index.php?id=247#c5982003) [29.09.2010].
108. Jacob/Klock/Maier (1999): Mary Casey Jacob, Susan Klock und Donald Maier, Lesbian couples as therapeutic donor insemination recipients: do they differ from other patients?, *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 20 (1999), 4, S. 203-215.
109. Jaeger (1996): Ami S. Jaeger, Laws surrounding Reproductive Technologies, in: Mabelle M. Seibel (Hrsg.), Family building through egg and sperm donation. Medical, legal, and ethical issues, Boston 1996, S. 113-130.
110. Jalbert et al. (1989): Pierre Jalbert, Claude Leonard, Jacqueline Selva und Georges David, Genetic aspects of artificial insemination with donor semen: the French CECOS Federation Guidelines, *American Journal of Medical Genetics* 33 (1989), S. 269-275.

111. Johnson (1997): Martin Johnson, Payments to gamete donors: position of the Human Fertilisation and Embryology Authority, *Human Reproduction* 10 (1997), S. 882-888.
112. Katechismus der katholischen Kirche (1993): Katechismus der Katholischen Kirche, www.vatican.va/archive/DEU0035/_INDEX.HTM [29.09.2010].
113. Katzorke (2008): Thomas Katzorke, Entstehung und Entwicklung der Spendersamenbehandlung in Deutschland, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 5 (2008), 1, S. 14-20.
114. Katzorke (2007): Thomas Katzorke, Donogene Insemination, *Gynäkologie* 10 (2007), S. 807-810.
115. Katzorke (2003): Thomas Katzorke, Donogene Insemination. Gegenwärtiger Stand der Behandlung in der BRD, *Gynäkologische Endokrinologie* 1 (2003), S. 85-94.
116. Katzorke/Kolodziej (2001): Thomas Katzorke und Franz B. Kolodziej, Perspektiven eines geänderten Fortpflanzungsmedizingesetzes, *Reproduktionsmedizin* 17 (2001), S. 325-333.
117. Katzorke/Propping/Tauber (1981): Thomas Katzorke, Dirk Propping und Peter F. Tauber, Results of Donor Artificial Insemination (AID) in 415 couples, *International Journal of Fertility and Menopausal Studies* 26 (1981), S. 260-266.
118. Katzorke et al. (1980): Thomas Katzorke, Dirk Propping, Peter F. Tauber und H. Ludwig, Artificielle Insemination mit Spendersamen (AID): 140 Schwangerschaften bei 290 Ehepaaren, *Frauenarzt* 21 (1980), S. 405-412.
119. Keiper/Kentenich (2007): Ulrich Keiper und Heribert Kentenich, Die Verwendung von fremdem Samen im Rahmen der Reproduktionsmedizin. Auswirkungen der (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion 2006 der Bundesärztekammer, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 1 (2007), S. 34-37.
120. Keller/Günther/Kaiser (1992): Rolf Keller, Hans-Ludwig Günther und Peter Kaiser, Kommentar zum Embryonenschutzgesetz, Stuttgart/Berlin/ Köln 1992.
121. Kettner (1998): Matthias Kettner: Beratung als Zwang. Die Beiträge im Kontext, in ders. (Hrsg.): Beratung als Zwang. Schwangerschaftsabbrüche, genetische Aufklärung und die Grenzen kommunikativer Vernunft. Frankfurt am Main/New York 1998, S. 9-43.
122. Kettner (2002): Matthias Kettner, Zwischen „Eugenik von unten“ und „reproduktiver Freiheit“ – ein Dilemma im liberalen Staat, in: Tillmann Hornschuh, Kirsten Meyer, Gerlind Rüge und Miriam Voß (Hrsg.), *Schöne – gesunde – neue Welt? Das human-genetische Wissen und seine Anwendung aus philosophischer, soziologischer und historischer Perspektive*, IWT-Paper 28, S. 148-157. <http://bieson.ub.uni-bielefeld.de/volltexte/2003/113/html/newworld.pdf> [27.09.2010].
123. Kinderkonvention der Vereinten Nationen, www.ohchr.org/english/bodies/crc/index.htm, amtliche deutsche Übersetzung: www.national-coalition.de
124. Kirkman/Rosenthal/Johnson (2007): Maggie Kirkman, Doreen Rosenthal und Louise Johnson: Families working it out: adolescents' view on communication about donor-assisted conception, *Human Reproduction* 22 (2007), 8, S. 2318-2324.

12. Literaturverzeichnis

125. Kitcher (1998): Philip Kitcher, *Genetik und Ethik*, München 1998.
126. Klein (2005): A. Klein (2005) Samen für die Welt, *Stern* 5/2005, www.stern.de/wissenschaft/gesund_leben/medizin/546440.html?nv=ct_mt [27.09.2010].
127. Klock/Jacob/Maier (1994): Susan C. Klock, Mary Casey Jacob und Donald B. Maier, A prospective study of donor insemination recipients: secrecy, privacy and disclosure, *Fertility and Sterility* 62 (1994), S. 477-484.
128. Klock/Maier (1991): Susan C. Klock und Donald Maier, Psychological factors related to donor insemination, *Fertility and Sterility* 56 (1991), 3, S. 489-495.
129. Knoop (2004): Susanne Knoop, *Recht auf Fortpflanzung und medizinischen Fortschritt*. Dissertation Universität Konstanz, www.ub.uni-kostanz.de/kops/volltexte/2005/1489/pdf/dr_knoop_2005_internet3.pdf [29.09.2010].
130. Koch (2001): Hans-Georg Koch, *Fortpflanzungsmedizin im europäischen Rechtsvergleich*, Politik und Zeitgeschichte, B27 (2001), S. 44-54.
131. Koch (1986): Hans-Georg Koch, *Medizinisch unterstützte Fortpflanzung beim Menschen – Handlungsleitung durch Strafrecht?*, *Medizinrecht* 5 (1986), S. 259-265.
132. Koch (1990): Elisabeth Koch, *Der Anspruch des Deszendenten auf Klärung der genetischen Abstammung – ein Paradigmenwechsel im Abstammungsrecht*, *Zeitschrift für das gesamte Familienrecht - Ehe und Familie im privaten und öffentlichen Recht* (1990), S. 569-474.
133. Krause (1999): Walter Krause, *Hat die heterologe Insemination heute noch Bedeutung und Berechtigung?*, *Reproduktionsmedizin* 15 (1999), S. 165-172.
134. Kreß (2008): Hartmut Kreß: *Ethische Gesichtspunkte zu derzeitigen Behandlungsstandards der Fortpflanzungsmedizin in Deutschland*, in: Klaus Dietrich et al. (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Stand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf*. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung, Herausgegeben von der Stabsabteilung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2008.
135. Kreß (2006): Hartmut Kreß: *Reproduktionsmedizin und embryonale Stammzellforschung - neue Impulse in der ethischen, ärztlichen und rechtlichen Diskussion*, *Hessisches Ärzteblatt* 67 (2006), 10, S. 730-733.
136. Lampion (1988): Ann T. Lampion, *The genetics of secrecy in adoption, artificial insemination, and in vitro fertilization*, *American Journal of Law and Medicine* 14 (1988), S. 109-124.
137. Landau (1998): Ruth Landau, *The management of genetic origins: secrecy and openness in donor assisted conception in Israel and elsewhere*, *Human Reproduction* 13 (1998), 11, S. 3268-3273.
138. Lange, H. (1996): Helene Lange, *Kritisches zur Anfechtung der Ehelichkeit*, *Neue Juristische Wochenschrift* (1962), S. 1697-1703.
139. Lansac/Royère (2001): Jacques Lansac und Dominique Royère, *Follow-up studies of children born after frozen sperm donation*, *Human Reproduction, Update*, 7 (2001), 1, S. 33-37.

140. Leiblum/Aviv (1997): S.R. Leiblum und A.L. Aviv, Disclosure issues and decisions of couples who conceived via donor insemination, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* (1997), 18, S. 292-300.
141. Lilienthal (2003): Georg Lilienthal, *Der „Lebensborn e.V.“ Ein Instrument national-sozialistischer Rassenpolitik*, Erweiterte Neuausgabe, Frankfurt am Main 2003.
142. Lui/Weaver/Robinson et al. (1995): S. C. Lui, S. M. Weaver, J. Robinson et al., A survey of semen donor attitudes, *Human Reproduction* 10 (1995), S. 234-238.
143. Lyall/Gould/Cameron (1998): Helen Lyall, Gwyn W. Gould und Iain T. Cameron, Should sperm donors be paid? A survey of the attitudes of the general public, *Human Reproduction* 13 (1998), 3, S. 771-775.
144. Lycett et al. (2005): Emma Lycett, Ken R. Daniels, Ruth Curson und Susan Golombok, School-aged children of donor insemination: a study of parents' disclosure patterns. *Human Reproduction* 20 (2005), 3, S. 810-819.
145. Mahowald (1996): Mary B. Mahowald, Conceptual and Ethical Considerations in medically Assisted Reproduction, in: Mabelle M. Seibel und Susan L. Crockin (Hrsg.), *Family building through egg and sperm donation. Medical, legal, and ethical issues*, Boston 1996, S. 263-273.
146. Maier (2000): Barbara Maier, *Ethik in Gynäkologie und Geburtshilfe. Entscheidungen anhand klinischer Fallbeispiele*, Berlin u. a. 2000.
147. Maio (2007): Giovanni Maio, Was ist eine gute Medizin? Zu den ethischen Fallstricken einer modernen Medizin im Wandel, *Der Gynäkologe* 10 (2007), S. 755-762.
148. Mansees (1988): Norbert Mansees, Jeder Mensch hat ein Recht auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft, *Neue Juristische Wochenschrift* (1988), S. 2984-2987.
149. Maunz/Dürig (1997): Theodor Maunz und Günter Dürig (Hrsg.), *Kommentar zum Grundgesetz; Stand: 33. Ergänzungslieferung, Nov. 1997; Art. 2 Abs. 2 RN* 31.
150. McGee/Brakman/Gurkmankin (2001): Glenn McGee, Sarah-Vaughan Brakman und Andrea D. Gurkmankin, Gamete donation and anonymity. Disclosure to children conceived with donor gametes should not be optional, *Human Reproduction* 16 (2001), S. 2033-2038.
151. McWhinnie (2001): Alexina McWhinnie, Gamete donation and anonymity. Should offspring from donated gametes continue to be denied knowledge of their origins and antecedents? *Human Reproduction* 16 (2001), S. 807-817.
152. McWhinnie (1998): Alexina McWhinnie, Ethical Dilemmas in the use of Donor Gametes, *Medicine and Law* 17 (1998), S. 311-317.
153. Merz (1991): Bettina Merz, Die medizinische, ethische und juristische Problematik artifizierlicher menschlicher Fortpflanzung: artifizielle Insemination, In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und die Forschung an frühen menschlichen Embryonen, *Stuttgart* 1991, S. 136-137.
154. Milsom/Bergman (1982): Ian Milsom und Per Bergman, A study of parental attitudes after donor insemination (AID), *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 61 (1982), 2, S. 125-128.

12. Literaturverzeichnis

155. Morgan/Bernat (1992): Derek Morgan und Erwin Bernat, The reproductive waltz: the Austrian Medically Assisted Procreation Act, *Journal of Social Welfare and Family Law* 5 (1992), S. 420-426.
156. Morgan/Lee (1991): Derek Morgan und Robert G. Lee, *Blackstone's Guide to Human Fertilisation and Embryology Act 1990*, London 1991.
157. Müller (2008): Helga Müller: Die Spendersamenbehandlung bei Lebenspartnerinnen und alleinstehenden Frauen – ärztliches Handeln unter dem Diktum vermeintlicher Illegalität, *Gesundheitsrecht* 11 (2008), S. 573-580.
158. Murray/Golombok (2005a): Clare Murray und Susan Golombok, Solo mothers and their donor insemination infants: follow-up at age 2 years, *Human Reproduction* 20 (2005), S. 1655-1660.
159. Murray/Golombok (2005b): Clare Murray und Susan Golombok, Going it alone: solo mothers and their infants conceived by donor insemination, *American Journal of Orthopsychiatry* 75 (2005), 2, S. 242-253.
160. Murray/Golombok (2000): Clare Murray und Susan Golombok, Oocyte and semen donation: a survey of UK licensed centres, *Human Reproduction* 15 (2000), S. 2133-2139.
161. Nachtigall/Tschann/Szupinski (1997): Robert Nachtigall, Jeanne M. Tschann, und S. Szupinski, Stigma, disclosure and family functioning among parents of children conceived through donor insemination, *Fertility and Sterility* 68 (1997), S. 83-89.
162. Nachtigall (1993): Robert Nachtigall, Secrecy: A resolved issue in the practice of donor insemination, *American Journal of Orthopsychiatry* 6 (1993), S. 1846-1851.
163. Naumann (1999): Dirk Naumann, Vereitelung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung bei künstlicher Insemination: *Zeitschrift für Rechtspolitik* (1999), 4, S. 142-144.
164. Nelson (1991): James Nelson, Parental Obligations and the Ethics of Surrogacy: A Causal Perspective, *Public Affairs Quarterly* (1991), 5, S. 49-61.
165. Nielsen/Pedersen/Lauritsen (1995): Anders Faurkov Nielsen, Bjørn Pedersen und Jørgen Glenn Lauritsen, Psychosocial aspects of donor insemination. Attitudes and options of Danish and Swedish donor insemination patients to psychosocial information being supplied to offspring and relatives, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 74 (1995), S. 45-50.
166. Nikolettos/Asimakopoulos/Hatzissabas (2003): Nikos Nikolettos, Byron Asimakopoulos und Ilias Hatzissabas, Intrafamilial sperm donation. Ethical questions and concerns, *Human Reproduction* 18 (2003), 5, S. 933-936.
167. Odonovan (1988): Katherine Odonovan, A right to know one's parentage?, *International Journal of Law, Policy and the Family* 2 (1988), S. 27-45.
168. Owens/Edelman/Humphrey (1993): David J. Owens, Robert E. Edelman und Michael E. Humphrey, Male infertility and donor insemination: couples' decisions, reactions and counselling needs, *Human Reproduction* 8 (1993), S. 880-885.
169. Parzeller/Bratzke (2003): Markus Parzeller und Hansjürgen Bratzke, Rechtsverhältnisse am menschlichen Körper unter besonderer Berücksichtigung einer Kom-

- merzialisierung der Organ- und Gewebetransplantation, *Rechtsmedizin* 13 (2003), S. 357-364.
170. Patterson (1994): Charlotte J. Patterson, Children of the lesbian baby-boom: Behavioural adjustment, self-concepts, and sex-role identity, in: Beverly Green und Gregory Herek (Hrsg.), *Psychological perspectives on lesbian and gay issues*, vol. 1, *Lesbian and gay psychology: Theory, research, and clinical application* (1994), S. 156-175.
 171. Patterson (1992): Charlotte J. Patterson, Children of lesbian and gay parents. *Child Development* 63 (1992), S. 1025-1042.
 172. Paul/Berger (2007): Marilyn S. Paul und Roni Berger, Topic avoidance and family functioning in families conceived with donor insemination. *Human Reproduction* 22, (2007), 9, S. 2566-2571.
 173. Paul/Harbottle/Stewart (2006): Marilyn S. Paul, Steve Harbottle und Jane Stewart, Recruitment of sperm donors: the Newcastle-upon-Tyne experience 1994-2003, *Human Reproduction* 21 (2006), 1, S. 150-158.
 174. Pennings (2000): Guido Pennings, The right to choose your donor: a step towards commercialisation or a step towards empowering the patient? *Human Reproduction* 15 (2000), 3, S. 508-514.
 175. Pennings (1997a): Guido Pennings, The double track policy for donor anonymity, *Human Reproduction* 12 (1997), S. 2839-2844.
 176. Pennings, G. (1997b): Guido Pennings, The internal coherence of donor insemination practice attracting the right type of donor without paying. *Human Reproduction* 12 (1997), S. 1842-1844.
 177. Pennings (1996): Guido Pennings, Partner consent for sperm donation, *Human Reproduction* 11 (1996), 5, S. 1132-1137.
 178. Pike/Pacey (2005): Sheila Pike und Allan Pacey, Sperm Donation: Coping with change, *Human Fertility* 8 (2005), 3, S. 173-174.
 179. President`s Commission (1983): President`s Commission for the study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research: Deciding to forego life-sustaining treatment. A report on the ethical, medical, and legal issues in treatment decisions, Washington 1983.
 180. Purdie/Peek/Adair (1994): Alison Purdie, John C. Peek und Vivienne Adair, Ethics and society: Attitudes of parents of young children to sperm donation – implications for donor recruitment, *Human Reproduction* 9 (1994), 7, S. 1355-1358.
 181. Raboy (1993): Barbara Raboy, Secrecy and openness in donor insemination: a new paradigm, *Politics and the Life Sciences* 2 (1993), S. 191-192.
 182. Ratzel (2002): Rudolf Ratzel, Rechtslage bei heterologer Insemination, *Reproduktionsmedizin* 18 (2002), S. 37.
 183. Riedel (2008): Ulrike Riedel Notwendigkeit eines Fortpflanzungsmedizingesetz (FMG) aus rechtlicher Sicht, in: Klaus Dietrich et al. (Hrsg.), *Reproduktionsmedizin im internationalen Vergleich. Wissenschaftlicher Stand, medizinische Versorgung und gesetzlicher Regelungsbedarf. Gutachten im Auftrag der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Herausgegeben von der Stabsabteilung der Friedrich-Ebert-Stiftung, Berlin 2008, S. 88-111.

12. Literaturverzeichnis

184. Rixen (2003): Stephan Rixen, §1, §17-§20 TPG, in: Wolfram Höfling (Hrsg.), Transplantationsgesetz-Kommentar, Berlin 2003.
185. Robert-Koch-Institut (2004): Robert-Koch-Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 20, Ungewollte Kinderlosigkeit, Berlin 2004.
186. Robertson (1996): John Robertson, Genetic selection of offspring characteristics, Boston University Law Review 76 (1996), S. 421-482.
187. Robinson et al. (1991): John N. Robinson, Robert G. Forman, A. M. Clark et al., Attitudes of donors and recipients to gamete donation, Human Reproduction 6 (1991), 2, S. 307-309.
188. Rotax (2007): Horst-Rainer Rotax: Zum Recht des Kindes auf Information über seine leiblichen Eltern und zum Recht der Eltern auf Information über tatsächliche Mutter- bzw. Vaterschaft, Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 56 (2007), 2, S. 148-171.
189. Rowland (1985): Robyn Rowland, The social and psychological consequences of secrecy in AI by donor programmes, Social Science and Medicine 4 (1985), S. 391-396.
190. Rütz (2008): Eva Maria Rütz: Heterologe Insemination – Die rechtliche Stellung des Samenspenders. Lösungsansätze zur rechtlichen Handhabung. Veröffentlichungen des Institutes für Deutsches, Europäisches und Internationales Medizinrecht, Gesundheitsrecht und Bioethik der Universitäten Heidelberg und Mannheim, Bd. 30, Berlin/Heidelberg 2008.
191. Sawyer/McDonald (2008): Neroli Sawyer und John McDonald: A review of mathematical models used to determine sperm donor limits for infertility treatment. Fertility and Sterility 90 (2008), 2, S. 265-271.
192. Scheib/Cushing (2007): Joanna E. Scheib und Rachel A. Cushing, Open-identity donor insemination in the United States: Is it on the rise? Fertility and Sterility 88 (2007), 1, S. 231-232.
193. Scheib/Riordan/Rubin (2005): Joanna E. Scheib, Maura Riordan und Susan Rubin, Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds, Human Reproduction 20 (2005), 1, S. 239-252.
194. Scheib/Riordan/Rubin (2003): Joanna E. Scheib, Maura Riordan und Susan Rubin, Choosing identity-release sperm donors: the parents' perspective 13-18 years later, Human Reproduction 18 (2003), 5, S. 1115-1127.
195. Scheib (1997): Joanna E. Scheib, Female choice in the context of donor insemination, in: Patricia Gowaty (Hrsg.), Feminism and evolutionary biology: Boundaries, intersections and frontiers, New York 1997, S. 489-504.
196. Schmitt (2005): Uwe Schmitt, Die Kinder der Genie-Fabrik, Die Welt, 07.10.2005.
197. Schover/Rothmann/Collins (1992): Leslie R. Schover, S. Rothmann und R. L. Collins, The personality and motivation of semen donors: a comparison with oocyte donors, Human Reproduction 7 (1992), S. 575-579.
198. Schreiber/Simon (2004): Gerhard Schreiber und D. Simon, Medizinische und rechtliche Aspekte der Samenspende, MMW - Fortschritte der Medizin 44 (2004), S. 41-43.

199. Seyler (2004): Helga Seyler, *Lesben und Kinderwunsch*, Pro-Familia-Rundbrief 2/2004, www.lesbengesundheit.de/files/HelgaSeyler1.pdf [29.09.2010].
200. Shehab et al. (2008): Dena Shehab, Julia Duff, Lauri Pasch, Kirstin Mac Donald et al., *How parents whose children have been conceived with donor gametes make their disclosure decision: contexts, influences, and couple dynamics*. *Fertility and Sterility* 89 (2008), 1, S. 179-187.
201. Shenfield (1997): Françoise Shenfield, *Privacy versus disclosure in gamete donation: a clash of interest, of duties or an exercise in responsibility*, *Journal of Assisted Reproduction and Genetics* 14 (1997), S. 371-373.
202. Shenfield/Steele (1997): Françoise Shenfield und S. Steele, *What are the effects of anonymity and secrecy on the welfare of the child in gamete donation?*, *Human Reproduction* 12 (1997), S. 392-295.
203. Shenfield (1994): Françoise Shenfield, *Filiation in assisted reproduction: potential conflicts and legal implications*, *Human Reproduction* 9 (1994), S. 1348-1354.
204. Sinclair (2007): Katy Sinclair, *New approaches to recruiting sperm and egg donors*, *Bionews*, www.bionews.org.uk/new.lasso?storyid=3382, 26.03.2007 [24.05.2010].
205. Snowden (1993): Robert Snowden, *Sharing information about DI in the UK*, *Politics and the Life Sciences* 12 (1993), S. 194-195.
206. Snowden/Mitchell/Snowden (1983): Robert Snowden, G. D. Mitchell, E. M. Snowden, *Artificial Reproduction: A Social Investigation*, London 1983.
207. Spiewak (2004): Martin Spiewak, *Spermabestellung per E-mail*, *Die Zeit* 02/2004, www.zeit.de/2004/02/Regenbogen-Kasten [29.09.2010].
208. Spiewak (2002): Martin Spiewak, *Die Leerstelle im Leben*, *Die Zeit* 24/2002 www.zeit.de/2002/24/200224_m-anonyme_geburt_xml [29.09.2010].
209. Stauber/Weyerstrahl (2005): Manfred Stauber und Thomas Weyerstrahl, *Gynäkologie und Geburtshilfe, Duale Reihe, 2. aktualisierte Auflage*, Stuttgart 2005.
210. Steinbock (2001): Bonnie Steinbock: *Sperm as Property*, in: John Harris und Soren Holm (Hrsg.), *The Future of Human Reproduction. Ethics, Choice, and Regulation*, Oxford 2001, S. 150-161.
211. Strätz (2003): Hans-Wolfgang Strätz: *Familienrechtliche Folgen der Reproduktionsmedizin in Deutschland*, in: Dieter Lorenz (Hrsg.): *Rechtliche und ethische Fragen der Reproduktionsmedizin. Internationales Symposium im Rahmen der Kooperation zwischen dem Fachbereich Rechtswissenschaften der Universität Konstanz und der Universidad Tomás, Bogotá, vom 17.-19. Juni 2002 in Konstanz., Baden-Baden 2003*, S. 164-173.
212. Taupitz (1991): Jochen Taupitz, *Wem gehört der Schatz im menschlichen Körper? Zur Beteiligung des Patienten an der kommerziellen Nutzung seiner Köpersubstanzen*. *Archiv für die civilistische Praxis* 191 (1991), S. 201-246.
213. Thorn/Wischmann (2008): Petra Thorn und Tewes Wischmann, *Eine kritische Würdigung der Novellierung der (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer 2006*, *Ethik in der Medizin* 20 (2008), S. 61-63.

12. Literaturverzeichnis

214. Thorn/Katzorke/Daniels (2008): Petra Thorn, Thomas Katzorke und Ken Daniels: Semen donors in Germany: A study exploring motivations and attitudes. *Human Reproduction* (2008), S. 1-6.
215. Thorn/Daniels (2007): Petra Thorn und Ken Daniels, Vorbereitung auf die Familienbildung mit donogener Insemination – die Bedeutung edukativer Gruppenseminare, *Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie* 3 (2006), 1, S. 49-53.
216. Thorn (2006): Petra Thorn, Gametenspende und Kindeswohl – Entwicklungen in Deutschland und in der internationalen Fortpflanzungsmedizin, *Hessisches Ärzteblatt* 67 (2006), 3, S. 173-175.
217. Tober (2001): Diane M. Tober, Semen as Gift, Semen as Goods: Reproductive Workers and the Market in Altruism, *Body & Society* 7 (2001), 2-3, S. 137-160.
218. Traufetter (2005): Gerald Traufetter, Genies aus der Kälte, *Der Spiegel* 35/2005, www.spiegel.de/spiegel/print/d-41583137.html [29.09.2010].
219. Turner/Coyle (2000): Amy J. Turner und A. Coyle, What does it mean to be a donor offspring? The identity experience of adults conceived by donor insemination and the implications for counselling and therapy. *Human Reproduction* 15 (2000), S. 2041-2051.
220. Turnpenny/Simpson/McWhinnie (1993): Peter D. Turnpenny, Shila A. Simpson und Alexina M. McWhinnie, Adoption, genetic disease and DNA. *Archives of Disease in Childhood* 69 (1993), S. 411-413.
221. Frost/Moss/Moss (1997): Vercollone C. Frost, Heidi Moss und Robert Moss, *Helping the Stork: The Choices and Challenges of Donor Insemination*, New York 1997.
222. Walker/Broderick (1999): Iain Walker und Pia Broderick, The psychology of assisted reproduction – or psychology assisting is reproduction? *Australian Psychologist* 34 (1999), 1, S. 38-44.
223. Warnock (1984): Mary Warnock, *The Warnock Report on Human Fertilisation and Embryology*, Oxford 1984. www.hfea.gov.uk/docs/Warnock_Report_of_the_Committee_of_Inquiry_into_Human_Fertilisation_and_Embryology_1984.pdf [29.09.2010].
224. Weber (2000): W. Weber, Dutch Sperm donors will remain anonymous for another two years, *Lancet* (2000), 355, S. 1249.
225. Weingart/Kroll/Bayertz (2001): Peter Weingart, Jürgen Kroll und Kurt Bayertz (Hrsg.), *Rasse, Blut u. Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. 4. Aufl., Frankfurt am Main 2001.
226. Werner/Westerstrahl (2008): Caroline Werner und Anna Westerstrahl, Donor insemination and parenting: Concerns and strategies of lesbian couples. A review of international studies. *Acta Obstetrica et Gynecologica* 87 (2008), S. 697-701.
227. Wiesemann (2008): Claudia Wiesemann, Der Embryo im Kontext: Warum die Biopolitik die menschlichen Beziehungen nicht vergessen darf, in: Gisela Bockenheimer-Lucius, Petra Thorn und Christiane Wendehorst (Hrsg.), *Umwege zum eigenen Kind. Ethische und rechtliche Herausforderungen an die Reproduktionsmedizin 30 Jahre*

- nach Louise Brown (= Göttinger Schriften zum Medizinrecht, 3), Göttingen 2008, S. 81-88.
228. Wiesemann (2007): Claudia Wiesemann, Grenzfälle der Bioethik oder: Was haben Jürgen Habermas und Shulamith Firestone gemein?, in: Sharon B. Byrd, Joachim Hruschka und Jan C. Joerden (Hrsg.), Jahrbuch für medizinische Ethik 15 (2007), S. 67-80.
229. Wiesemann (2006): Claudia Wiesemann, Von der Verantwortung ein Kind zu bekommen. Eine Ethik der Elternschaft, München 2006.
230. Wiesemann/Biller-Andorno 2005: Claudia Wiesemann und Nikola Biller-Andorno, Medizinethik. Für die neue AO, Stuttgart 2005.
231. Wiesing (2004): Urban Wiesing, Ein Studienbuch. Aufgabe und Gegenstand der medizinischen Ethik, in: ders. (Hrsg.), Ethik in der Medizin, Stuttgart 2004, S. 29-36.
232. Woopen (2002): Christiane Woopen, Fortpflanzungsmedizin zwischen Natürlichkeit und Künstlichkeit. Zur ethischen und anthropologischen Bedeutung individueller Anfangsbedingungen, Reproduktionsmedizin 5 (2002), S. 233-240.
233. Zech/Villars-Pelzer (2005): Josef Zech und Violette Villars-Pelzer, Homologe Insemination – heterologe Insemination, Journal für Fertilität und Reproduktion 15 (2005), 4, S. 30-33.
234. Zimmermann (1990): Jan Zimmermann, Geschichte der Klage auf Feststellung der Abstammung, Diss. Bremen 1990.
235. Zoglauer (1999): Thomas Zoglauer, Neue Gene – neue Menschen? Verlockungen und Gefahren eugenischer Anthropotechnik, Universitas 54 (1999), S. 1058-1068.
236. Zypries (2003): Brigitte Zypries, Rede beim Humboldt-Forum „Vom Zeugen zum Erzeugen? Verfassungsrechtliche und rechtspolitische Fragen der Bioethik“: Wir brauchen eine Spezifikation der Werte, Berlin 29.10.2003, www.bmj.bund.de/enid/Ministerin/Reden_129.html. [29.09.2010].

Danksagung

Die vorliegende Arbeit entstand in ihren Fundamenten während meiner Beschäftigungszeit am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin am Universitätsklinikum Aachen und wäre fast schon kurz nach Übernahme des Themas daran gescheitert, dass ich sie wegen vermeintlich mangelnder ethischer Problemfelder zurückgeben wollte.

Daher gilt mein erster Dank meinem Doktorvater, Prof. Dr. Dr. Dr. Dominik Groß, nicht nur für die Überlassung des Themas, sondern besonders dafür, über all die Jahre meinem Habitus der allgemeinen impulsiven Initialablehnung stets ruhige Gelassenheit und gute Argumente entgegengebracht zu haben. So konnte ich auch über diese Arbeit hinaus von seiner motivierenden Kritik und seinem fordernden Anspruch profitieren, auch wenn ich es nicht immer gleich zugeben wollte.

Auch danke ich meiner Betreuerin, Frau Dr. Dagmar Schmitz, dafür, dass sie mich neben den unbezahlbaren fachlichen Ratschlägen immer wieder mit ihrem Enthusiasmus für die Medizinethik begeistern konnte – und für all die Zeit, die sie eigentlich nicht hatte und mir trotzdem stets lächelnd gewährte, wenn ich wieder einmal diskussionsfreudig vor der Tür stand.

Mein besonderer Dank gilt auch für die entscheidenden Beiträge und Gedanken, die mir aus dem kollegialen Umfeld in Aachen und später auch in Greifswald entgegengebracht wurden, sowie die wohlmeinende Strenge, mit denen mich meine Freunde zunehmend anhielten, endlich die Arbeit fertigzustellen. Allen voran standen mir Julia Engels, Pia Erdmann, Dr. Martin Langanke und Dr. Susanne Michl für manch kritische Durchsicht treu zur Seite. Ramona Meißner-Kellotat und Sally Werner danke ich dafür, mit sicherem Auge jeden noch so verdrehten Satz auf seine Dudenvereinbarkeit überprüft zu haben.

Auch möchte ich denen danken, die jenseits jeder Verpflichtung dazu beigetragen haben, dieser Promotionsschrift ein gutes Ende zu bescheren. Als wäre es ganz selbstverständlich haben mir Frau Prof. Dr. Dr. Mariacarla Gadebusch Bondio und Prof. Dr. Konrad Ott in Greifswald ihre Zeit und den wissenschaftlichen Freiraum gewährt, um mein Projekt abzuschließen. Auch Prof. Dr. Franz Josef Illhardt, mein Lehrer aus Freiburger Studienzeiten, nahm sich Muße und Zeit, die ersten Rohentwürfe mit mir durchzugehen.

Besonders glücklich kann ich mich über die Unterstützung meiner Eltern schätzen, die stets an mich geglaubt haben, auch in Zeiten, in denen ich meine Dateien näher am Papierkorb als am Drucker sah. Sie als meine Wunscheltern zu bezeichnen würde meine gesamte Argumentation nachträglich ad absurdum führen, da ich sie mir ja nicht aussuchen konnte. Aber ich kann anderen Kindern solche Eltern wie meine wünschen – und widme ihnen in Dankbarkeit diese Arbeit.

Greifswald im Dezember 2011

Erklärung

Hiermit versichere ich eidesstattlich, dass ich diese Dissertation selbstständig verfasst und alle in Anspruch genommenen Hilfen, Literatur und Materialien in der Dissertation angegeben habe.

Tobias H. J. Fischer

Erklärung zur Datenaufbewahrung

Hiermit erkläre ich, dass die dieser Dissertation zugrunde liegenden Originaldaten bei mir, Tobias Fischer, W.-Rathenau-Str. 49, 17489 Greifswald, hinterlegt sind.

Tobias H. J. Fischer

Die Donogene Insemination – die Kinderwunschbehandlung mit Spendersamen – bietet für ungewollt kinderlose Paare oft die letzte Chance, sich ihren Traum von einer Familie zu erfüllen.

Dabei steht einem medizinisch einfachen Verfahren ein hochkomplexes Netz von unterschiedlichen Interessen gegenüber. Durch die Integration von Reproduktionsmedizin, Wunschelternpaaren, Samenspendern und dem antizipierten Kindeswohl entstehen Aspekte, die ethisch begründungswürdig erscheinen: Welche moralischen Pflichten geht ein Samenspender durch seine Vaterschaft ein? Ist eine Donogene Insemination überhaupt mit dem Ideal einer verantwortungsvollen Elternschaft in Einklang zu bringen? Wer darf den Samenspender auswählen? Ist es begründbar, wenn Reproduktionsmediziner Mindestanforderungen an Wunscheltern stellen – oder lesbische Paare und alleinstehende Frauen von der Bundesärztekammer a priori vom Verfahren ausgeschlossen werden? Der vorliegende Band wirft einen medizinethischen Blick auf diese und andere Aspekte der Donogenen Insemination und fragt danach, welche Optionen der Donogenen Insemination sich argumentativ begründen oder rechtfertigen lassen und welche Verantwortungen sich aus der Teilnahme an diesem Zeugungsprozess ergeben.