

Impressum: © 2004  
Herausgeber: pro familia-Bundesverband  
Redaktion: Helga Seyler, Frauenärztin, Hamburg  
Dr. med. Ines Thonke, Frankfurt am Main  
Anschrift: pro familia-Bundesverband  
Stresemannallee 3  
60596 Frankfurt am Main  
E-Mail: rundbrief@profamilia.de  
Gefördert von der Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung (BZgA).

# Lesben und Kinderwunsch

Helga Seyler

## Gesellschaftliche Aspekte

Im Gegensatz zu in heterosexuellen Partnerschaften lebenden Frauen, deren Kinderwunsch akzeptiert und unterstützt wird, wird lesbischen Frauen nicht selbstverständlich zugestanden, Kinder haben zu wollen. Bei ihnen wird in Frage gestellt, ob sie gute Mütter sein können.

Zum Teil müssen sie immer noch befürchten, dass sie für in heterosexuellen Lebensphasen gezeugte Kinder nach einer Trennung vom Partner das Sorgerecht entzogen bekommen. Insbesondere aber, wenn sie innerhalb einer lesbischen Partnerschaft ihren Kinderwunsch verwirklichen möchten, sind sie großem Rechtfertigungsdruck ausgesetzt. Die Befruchtung mit Spendersamen wird ihnen trotz fehlender rechtlicher Regelungen in Deutschland in der Regel vorenthalten.

Die Homophobie<sup>[1]</sup>, die diesen Haltungen zugrunde liegt, haben lesbische Frauen oft selbst verinnerlicht, und sie müssen sich damit nicht nur nach Außen, sondern auch in der eigenen Haltung auseinandersetzen. Meist nimmt dieser Prozess und die Entscheidung, in welcher Form der Kinderwunsch verwirklicht werden soll, mehrere Jahre in Anspruch.

## Entwicklung der Kinder

Ob Lesben zugestanden wird, Kinder zu haben oder zu bekommen, wird unter verschiedenen Aspekten diskutiert.

Im Vordergrund steht dabei die Sorge um das Kindeswohl. Im allgemeinen Verständnis wird die Anwesenheit von Vater und Mutter als optimale Voraussetzung für die Entwicklung von Kindern angesehen, und ein negativer Einfluss durch die lesbische Lebensweise der Mutter und/oder die Abwesenheit eines Vaters befürchtet. Es wird befürchtet, dass die Kinder Probleme mit dem Erwerb von Geschlechtsidentität, Geschlechtsrollenverhalten oder sexueller Orientierung haben könnten.

Inzwischen gibt es viele Studien, die die Entwicklung von Kindern lesbischer und schwuler Eltern untersuchen. Die meisten stammen aus den USA, aber es gibt auch eine größere europäische Studie in der die Entwicklung von Kindern in verschiedenen Familienformen verglichen wird. (Übersichten: Baetens 2001, Hunfeld 2001, Vanfraussen 2003, Berger 2000)

Es zeigen sich keine Unterschiede in der Entwicklung von Kindern, die bei lesbischen Müttern oder in heterosexuellen Familien bzw. bei alleinlebenden heterosexuellen Müttern aufwachsen. Die Kinder unterscheiden sich auch nicht in der Entwicklung von Geschlechtsrollenverhalten, Geschlechtsidentität oder sexueller Orientierung. In einigen Studien wurde eine bessere Eltern-Kind-Beziehung bei lesbischen Eltern, als bei heterosexuellen gefunden. Insbesondere zu den sozialen Müttern haben Kinder von lesbischen Paaren eine engere Beziehung als Kinder heterosexueller Paare zu den Vätern, und die Versorgung der Kinder sowie die Erziehungsarbeit ist gleichmäßiger zwischen Mutter und Co-Mutter aufgeteilt.

Wird davon ausgegangen, dass die Entwicklung von Kindern durch die Homosexualität der Eltern nicht direkt beeinträchtigt wird, werden oft Probleme mit homophoben Reaktionen angeführt, denen das Kind in seiner Umwelt ausgesetzt ist, weil die Familienform und die Lebensweise der Eltern nicht „normal“ ist. Insbesondere in den amerikanischen Untersuchungen der 80er Jahre spielen negative Reaktionen des sozialen Umfelds (FreundInnen, KlassenkameradInnen, LehrerInnen) eine große Rolle. Der Versuch der Kinder, die lesbische Lebensweise der Mutter geheim zu halten, führte bei einigen zu sozialem Rückzug. In Zeiten größer werdender Toleranz gegenüber lesbischer Lebensweise sind insbesondere kleinere Kinder aber meist unbefangen und unbelastet im Umgang damit. In der Zeit der Pubertät, in der die Jugendlichen verunsichert sind und sich sehr an den Werten der Peergroup orientieren, können sie selbst mit Ablehnung gegenüber der Homosexualität der Eltern reagieren.

Bei Kindern lesbischer Mütter tauchen früher oder später Fragen nach dem abwesenden Vater auf, und eine Befruchtung mit Spendersamen kann nicht, wie in heterosexuellen Partnerschaften, verschwiegen werden (Befragungen ergeben, dass die Mehrzahl der heterosexuellen Paare die Kinder nicht über die Spendersamenbefruchtung informiert). Deshalb wird auch die Frage der Anonymität oder der Dokumentation der Daten von Samenspendern kontrovers diskutiert. Es wird befürchtet, dass die Anonymität des biologischen Vaters zu Problemen bei der Identitätsfindung bei Jugendlichen führt. Der Umgang der Kinder mit der Zeugung durch (anonyme) Samenspende ist deshalb Gegenstand von Untersuchungen.

Bisher wurden keine negativen Auswirkungen auf die Entwicklung der Kinder gefunden. Bei einer Befragung von Jugendlichen, die durch anonyme Samenspende gezeugt wurden, gaben aber 10% der Mädchen und 41% der Jungen an, dass sie gerne die Möglichkeit hätten, den Vater kennen zu lernen, die meisten gaben Neugier als Grund an (Vanfraussen 2003).

### **Lebensformen lesbischer Familien**

Viele Lesben leben bereits mit Kindern. Oft stammen sie aus früheren heterosexuellen Lebensphasen. Immer häufiger erfüllen sich lesbische Paare aber auch ihren Kinderwunsch durch Befruchtung mit Spendersamen, Geschlechtsverkehr mit einem Mann, Adoption, Pflegschaft oder als Co-Mutter. Über die Zahl gibt es nur Schätzungen.

In Dänemark werden Daten der registrierten Partnerschaften erfasst. 1989-97 lebten 8% der registrierten Paare mit Kindern unter 18 Jahren. In Schweden wird die Zahl der in lesbischen Partnerschaften entstandenen Kinder auf 60 000 geschätzt.

Lesbische Mütter und ihre Kinder leben in ganz unterschiedlichen Familienformen: alleinerziehend, in Kleinfamilie mit der Partnerin, mit einer oder mehreren Freundinnen, mit einem schwulen Freund oder einem schwulen Paar, im Kollektiv mit anderen Erwachsenen und Kindern.

Bei vielen Lesben scheint der Stellenwert des Zusammenlebens mit Kindern höher und der der biologischen Elternschaft niedriger zu sein im Vergleich zu heterosexuellen Eltern. Kinder werden weniger als Ausdruck einer Liebesbeziehung angesehen. Co-Mutterschaft oder die Übernahme von Teilverantwortung für das Kind einer Freundin sind spezifische Familienformen bei Lesben.

Bei heterosexuellen Frauen steht dagegen beim unerfüllten Kinderwunsch oft die Auseinandersetzung mit der Kränkung durch die Unfruchtbarkeit im Vordergrund. Diese Kränkung kann zum Rückzug von anderen Frauen mit Kindern führen. Andere Formen von Leben mit Kindern wie die Übernahme von Verantwortung oder Aufgaben bei fremden Kindern werden häufig nicht wahrgenommen.

Soziale Netzwerke und Wahlverwandtschaften außerhalb der traditionellen Familienstrukturen sind auch deswegen notwendig, weil Lesben seltener auf die Unterstützung der Herkunftsfamilie (Großeltern) zurückgreifen können, z.B. wenn sie wegen ihrer Lebensweise aus der Familie ausgegrenzt werden.

Probleme gibt es bei der rechtlichen Absicherung dieser Familienformen. Das Familienrecht ermöglicht bisher kein gemeinsames Sorgerecht der Mutter und einer anderen Person als dem Kindsvater. Für den Alltag sind deshalb Verträge und Vollmachten notwendig (zu Fragen der rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft siehe: Familienbuch [www.lsvd.de/familienbuch](http://www.lsvd.de/familienbuch)).

### **Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunschs**

Lesben nutzen verschiedene Möglichkeiten, sich den Kinderwunsch zu erfüllen. Meist suchen sie sich private Samenspenden oder nutzen Samenbanken. Auch Adoption, Pflegschaft oder Co-Mutterschaft sind Möglichkeiten. Manche Frauen suchen gezielt sexuelle Kontakte mit Männern, um schwanger zu werden.

Die Auswirkungen der verschiedenen Möglichkeiten auf die Partnerschaft und das Zusammenleben mit dem Kind/den Kindern und deren Entwicklung werden meist sehr sorgfältig und lange diskutiert und abgewogen.

### **Befruchtung mit Samen von privaten Spendern**

Private Samenspenden können über Freunde, Freundinnen oder Bekannte gesucht werden. Es kostet einigen Mut, Männer anzusprechen, ob sie bereit sind, ihren Samen für den Kinderwunsch anderer Frauen zur Verfügung zu stellen. Es kann deswegen einfacher sein, Freundinnen einzuschalten, die die Männer ansprechen. Auch Anzeigen werden inzwischen oft zur Suche nach einem Samenspender genutzt.

Der Kontakt mit dem Samenspender/Kindsvater kann sehr unterschiedlich gestaltet werden. Zwischen völliger Anonymität, bei der der Kontakt über eine Vermittlerin läuft und sich der Samenspender und die Frau mit Kinderwunsch nicht kennen, auf der einen Seite und dem gemeinsamen Zusammenleben mit dem Kind auf der anderen Seite gibt es viele Möglichkeiten.

Dabei gibt es verschiedene Bedürfnisse zu berücksichtigen und zusammen zu bringen: die Wünsche der zukünftigen Mutter an den Kontakt mit dem Samenspender, die ihrer Partnerin, die potentiellen Bedürfnisse des Kindes, und die Wünsche des Samenspenders/Kindsvaters.

Daraus wird ersichtlich, dass die Suche nach einem passenden Samenspender/Kindsvater nicht so leicht ist, und viele Lesben/lesbische Paare verbringen mehrere Monate damit.

Bei privaten Samenspendern ist die Untersuchung auf durch den Samen übertragbare Infektionen, wie HIV, Hepatitis B und C, Chlamydien, Gonokokken, und die Überprüfung der Samenqualität sinnvoll.

## **Nutzung von Samenbanken**

### **Rechtslage bei der Spendersamen-Befruchtung**

Die Befruchtung mit Spendersamen ist in Deutschland gesetzlich nicht explizit geregelt.

Das Embryonenschutzgesetz regelt einen Großteil der fortpflanzungsmedizinischen Maßnahmen. Darin ist die gespaltene Mutterschaft verboten, das heißt die Leihmutterschaft. Die gespaltene Vaterschaft ist nicht verboten. Auch sonst gibt es darin keine Regelung, die die Spendersamenbefruchtung insgesamt oder bei alleinstehenden oder lesbischen Frauen regelt.

Strafbar könnten medizinische Maßnahmen sein, die als sittenwidrig eingestuft werden. Darüber gibt es jedoch kein Einvernehmen.

Außer dem Embryonenschutzgesetz gibt es von der Ärztekammer verfasste Richtlinien zur Durchführung von fortpflanzungsmedizinischen Behandlungen, die im Berufsrecht verankert sind. Danach sind solche Behandlungen bei alleinstehenden und lesbischen Frauen verboten. Die Richtlinien beziehen sich aber explizit auf In-Vitro-Fertilisation (IVF) und ähnliche Behandlungsverfahren und nicht auf die „normale“ intrauterine Insemination

Demnach liegt es im Ermessen der ÄrztInnen, solche Behandlungen durchzuführen, oder auch nicht.

Derzeit sind es zwei Bereiche, in denen Bedenken oder Akzeptanz vorhanden sein können. Der eine Bereich ist der „Verkauf“ von Spendersamen. Der andere ist die Durchführung der Insemination bzw. die Unterstützung dabei. Sie werden in einzelnen Praxen durchaus unterschiedlich behandelt. Das bedeutet, es gibt Praxen und ÄrztInnen, die bereit sind, Inseminationen bei lesbischen Frauen durchzuführen, aber aus ihren Samenbanken keinen Samen an sie verkaufen, und andere Praxen, die den Samen verkaufen aber keine Inseminationen durchführen.

### **Dokumentation der Spender**

Grundsätzlich gibt es in einigen Ländern die Wahl zwischen anonymen Samenspenden und Samenspenden, bei denen die Spenderdaten dokumentiert und später für das Kind zugänglich sind.

In Deutschland ist die Dokumentation der Spenderdaten und die Aufbewahrung bis zum 18. Lebensjahr des Kindes gängige Praxis. In Österreich und Schweden, neuerdings auch den Niederlanden, ist sie vorgeschrieben.

Die Rechtslage bezüglich der Zugänglichkeit der Daten für das Kind ist unklar. Einerseits spricht ein Urteil des Bundesverfassungsgerichts den Kindern das Recht zu, in einem bestimmten Alter die Möglichkeit zu haben, zu erfahren, wer ihr biologischer Vater ist. Andererseits gibt es aber kein Gesetz, das die Aufbewahrung der Spenderdaten zwingend vorschreibt. Die anonyme Samenspende wird nicht bestraft. Diskutiert wird eine mögliche Schadensersatzpflicht der ÄrztIn bei Klage des Kindes.

In den Ländern Dänemark, Frankreich, Großbritannien oder Norwegen gibt es keine Dokumentation der Spenderdaten.

Die Vor- und Nachteile beider Formen der Samenspende werden unterschiedlich bewertet.

Einigen lesbischen Paaren erscheint ein anonymes Samenspende sicherer. Bei heterosexuellen Paaren schließt die rechtliche Situation bei gerichtlich anerkanntem (sozialem) Vater die Anerkennung des Samenspenders als Vater aus. Lesbische Mütter gelten aber vor dem Gesetz

als alleinstehend, und es ist rechtlich nicht ausgeschlossen, dass entweder das Kind selbst oder der Samenspender dessen Vaterschaft gerichtlich feststellen lassen können. Dies wird als Bedrohung für die Beziehung und besonders für die Position der Co-Mutter erlebt.

Umgekehrt werden mögliche negative Folgen der Anonymität des Samenspenders für das Kind diskutiert (siehe oben). Viele lesbische Paare wollen dem Kind zumindest die Möglichkeit erhalten, später Informationen über den biologischen Vater bekommen zu können.

Die Samenspender selbst bevorzugen weit überwiegend die Anonymität. Nach der Einführung der Dokumentationspflicht in den Niederlanden ist dort die Zahl der Samenspender stark zurückgegangen, so dass die Nachfrage dort das Angebot übersteigt, und insbesondere für Frauen aus dem Ausland Wartelisten bestehen.

### **Auswahlkriterien der Samenbanken für Spender**

Bei den Samenbanken werden die potentiellen Spender nach eigenen Vorerkrankungen und nach bestimmten Erkrankungen in der Familie gefragt. Die Blutgruppe wird bestimmt. Es werden Untersuchungen auf Infektionen durchgeführt, die bei der Befruchtung übertragen werden können, sowie Untersuchungen von Blut und Urin zum Ausschluss einiger Erkrankungen. Die Zahl und Qualität der Spermien wird untersucht.

Es gibt weitere Auswahlkriterien wie Alter unter 40 Jahre, durchschnittliche Figur, keine psychischen Erkrankungen oder kriminelle Veranlagung.

Beim Kauf von Spendersamen ist die Auswahl nach ethnischen Kriterien, Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße und -statur möglich.

Zum Teil sind diese Kriterien diskussionswürdig, z.B. in Bezug auf ethnische Merkmale oder „Erbkrankheiten“. Sie können auch mit rassistischen und behindertenfeindlichen Ansichten verbunden sein.

### **Verkauf von Samen an Lesben**

In Deutschland gibt es einzelne Samenbanken, die Verträge mit lesbischen Frauen/Paaren abschließen. Der Samen wird aber nur an eine ÄrztIn abgegeben, die die Befruchtung durchführt.

In den USA gibt es Samenbanken, die nur an ÄrztInnen Samen abgeben und andere, die ihn auch an BenutzerInnen direkt abgeben, auch nach Deutschland. Adressen sind über das Internet zu finden.

Viele Lesben sind wegen der Schwierigkeiten, eine Befruchtung mit Spendersamen in Deutschland durchführen zu lassen, in die Niederlande gefahren. Durch die erwähnte Gesetzesänderung, die die Dokumentation der Spenderdaten vorschreibt, ist dort aber die Zahl der Samenspender stark zurückgegangen die Nachfrage übersteigt nun das Angebot an Samenspenden. In den Kliniken gibt es Wartelisten.

Eine Alternative bietet eine von einer Hebamme geführte Klinik in Kopenhagen, die Spendersamenbefruchtungen durchführt. (Storkklinik, [www.storkklinik.com](http://www.storkklinik.com))

### **Zeitpunkt der Insemination**

Die Befruchtung mit Spendersamen muss kurz vor oder am Tag des Eisprungs durchgeführt werden. Durch Zyklusbeobachtung mit Temperaturmessung und Schleimbeobachtung kann der Zeitpunkt geschätzt werden. Die genauere Bestimmung wird mit LH-Tests aus dem Urin (mit Teststreifen) oder durch Ultraschallbeobachtung der Eierstöcke möglich.

Die LH-Bestimmung können die Frauen selbst durchführen. Der Test muss an den Tagen vor dem erwarteten Eisprung mehrmals durchgeführt werden, um den LH-Anstieg und den LH-Gipfel festzustellen, die dem Eisprung etwa 28-32 Stunden bzw. ca. 12 Stunden vorausgehen. Der Zykluscomputer Persona ist für die Auswertung der Teststreifen hilfreich.

Auch die Ultraschalluntersuchung der Eierstöcke, bei der das Wachstum des Eibläschens beobachtet wird, muss in den Tagen vor dem erwarteten Eisprung meist mehrfach durchgeführt werden und macht mehrere Arztbesuche im Zyklus erforderlich. Aus der Größe des Bläschens kann der Termin des Eisprungs abgeschätzt werden. Auch der erfolgte Eisprung kann durch Ultraschall bestätigt werden.

### **Techniken der Insemination**

Der frische oder aufgetaute Samen kann von den Frauen zu Hause in eine Spritze gefüllt und damit in die Vagina eingeführt werden. Danach soll die Frau etwa eine halbe Stunde auf dem Rücken liegen bleiben, damit der Samen für diese Zeit möglichst im oberen Teil der Vagina vor dem Muttermund bleibt. Die Insemination kann aber auch von der FrauenärztIn in der Praxis durchgeführt werden.

Manche ÄrztInnen empfehlen die Benutzung einer speziellen Muttermundkappe, die mit einem kleinen Schlauch verbunden ist. Durch diesen Schlauch kann der Samen in die Kappe gespritzt werden, nachdem sie vor dem Muttermund platziert wurde. Die Kappe wird dann einige Stunden auf dem Muttermund belassen. Auch diese Methode können die Frauen zu Hause selbst anwenden. Ob die Kappe tatsächlich die Erfolgsaussichten erhöht, ist nicht untersucht. Mit der Kappe muss die Frau aber nach der Insemination nicht liegen bleiben.

Die dritte Möglichkeit ist, dass der Samen nach einer speziellen Aufbereitung durch die ÄrztIn direkt in die Gebärmutter gespritzt wird. Die meisten Studien zeigen bei Verwendung von vorher eingefrorenem Samen höhere Schwangerschaftsraten bei Insemination, die intrauterin erfolgt gegenüber Insemination vor bzw. in den Muttermund. Nachteile dieses Vorgehens sind die höheren Kosten, die mit dem technischen Aufwand der Aufbereitung des Samens verbunden sind, und die Nebenwirkungen: intrauterine Insemination kann Unterbauchkrämpfe und sehr selten allergische Schockreaktionen verursachen.

### **Hormonelle Stimulation**

Ob die Erfolgsaussichten durch eine hormonelle Stimulation der Eierstöcke bei Frauen mit normaler Eierstockfunktion erhöht werden, ist fraglich; die Ergebnisse der Studien dazu sind widersprüchlich (Ferrara 2002). Hormonelle Stimulation ist aber mit einem erhöhten Mehrlingsrisiko verbunden und erfordert eine engmaschige Überwachung der Eireifung mit regelmäßigen Ultraschalluntersuchungen. Falls mehr als 2-3 Eibläschen heranreifen, muss auf eine Insemination verzichtet werden.

Bei nachgewiesenen Einschränkungen der Eierstocksfunktion ist die hormonelle Stimulation sinnvoll, sonst jedoch genau abzuwägen.

Inwieweit Hormonbehandlungen laut Richtlinien der Ärztekammer in Verbindung mit der Insemination erlaubt sind, wird unterschiedlich gesehen. Explizit verboten ist außerhalb von heterosexuellen Beziehungen die In-Vitro-Fertilisation (IVF).

### **Erfolgsaussichten der Befruchtung mit Spendersamen**

Für die Erfolgchancen der Befruchtung mit Spendersamen werden unterschiedliche Zahlen angegeben. Sie hängen von verschiedenen Faktoren ab. Bei den Frauen spielt die individuelle Fruchtbarkeit eine Rolle, wobei das Alter den größten Einfluss hat. Außerdem hängt die Schwangerschaftsrate davon ab, ob frischer oder zuvor eingefrorener Samen benutzt wird, und von der Technik der Insemination (in die Vagina, mit Muttermundskappe, oder bei der intrauterinen Insemination direkt in die Gebärmutter).

Die Schwangerschaftsrate ist nach Insemination mit frischem Samen deutlich höher als mit zuvor eingefrorenem Samen (Williams 1995).

Es gibt Vergleiche der Schwangerschaftsraten nach intrauteriner Insemination und Insemination in die Vagina bzw. den Gebärmutterhalskanal mit eingefrorenem Samen. In den meisten Studien ist die Schwangerschaftsrate nach intrauteriner Insemination deutlich höher, auch wenn bei der Insemination in die Vagina eine Portiokappe benutzt wurde (Goldberg 1999, Williams 1995). Ursache ist wahrscheinlich, dass die Bewegungsfähigkeit der Spermien durch das Einfrieren und Auftauen eingeschränkt wird. Auch die Lebensdauer der Spermien ist nach dem Auftauen deutlich verkürzt (maximal 24 Stunden im Eileiter), so dass es sehr wichtig ist, die Insemination kurz vor oder nach dem Eisprung durchzuführen.

Manche Studien zeigen höhere Schwangerschaftsraten bei zweimaliger Insemination mit eingefrorenem Samen vor den Muttermund an aufeinanderfolgenden Tagen (Deary 1997). Die kurze Lebensdauer und die Schwierigkeit, den exakten Zeitpunkt des Eisprungs festzustellen, erklären das Ergebnis.

Für die intrauterine Insemination mit eingefrorenem Samen sind die Ergebnisse bei zweimaliger bzw. einmaliger Insemination widersprüchlich (Deary 1997).

Die meisten Zahlen beziehen sich auf die Befruchtung mit eingefrorenem Samen von Samenbanken, und meist auch auf die intrauterine Insemination.

Nach Angaben von Samenbanken sind nach 12 Versuchen im Mittel aller Altersgruppen etwa 80% der Frauen schwanger.

Altersbezogene Angaben über die Erfolgsrate nach intrauteriner Insemination (Ferrara 2002):

Alter	bis 35 Jahre	35-40 Jahre	über 40 Jahre
Anzahl der Zyklen			
pro Zyklus	ca. 18%	ca. 12%	ca. 5%
3 Zyklen	ca. 50%	ca. 30%	ca. 18%
10 Zyklen	ca. 85%	ca. 45%	ca. 21%

Die Storkklinik in Kopenhagen gibt auf ihrer Internetseite an, dass von den dort behandelten Frauen bis 34 Jahre insgesamt 24% schwanger geworden sind, von den 35-39jährigen 13 % und von den über 39-jährigen 9%. Die Anzahl der Behandlungsversuche wird dort nicht angegeben.

Ein mit dem Alter der Frau zunehmender Teil von etwa 15-30% der Schwangerschaften endet mit einer Fehlgeburt.

Die Zahlen machen deutlich, dass nur wenige Frauen nach den ersten Versuchen schwanger sind. Den meisten steht eine anstrengende und psychisch belastende Zeit von wiederholtem Hoffen und Enttäuschung bevor, mit zahlreichen Besuchen bei der Ärztin, wenn die Inseminationen dort durchgeführt werden, oder sogar wiederholten Reisen, wenn die Behandlung nicht am Wohnort möglich ist. Auch die finanzielle Belastung kann groß werden. Die Kosten für die Behandlung sind sehr unterschiedlich, und setzen sich aus verschiedenen Posten wie Kosten für den Samen selbst, Transport- und Aufbewahrungskosten, Kosten für Vorgespräch und weitere ärztliche Behandlungen sowie eventuellen Reisekosten zusammen.

Auch von einem privaten Samenspender wird viel Kooperation und Flexibilität erwartet, da er immer wieder zum richtigen Termin verfügbar sein muss.

## **Literatur**

Baetens P, Brewaeys A. Lesbian couple requesting donor insemination: an update of the knowledge with regard to lesbian mother families. *Human reproduction update* 2001; 7:512-9

Berger W, Reisbeck G, Schwer P. Lesben – Schwule – Kinder. eine Analyse zum Forschungsstand. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen. Düsseldorf 2000

Deary AJ, Seaton JEV, et al. Single versus double insemination: a retrospective audit of pregnancy rates with treatment protocols in donor insemination. *Human Reproduction* 1997; 12: 1494-6

Ferrara I, Balet R, et al. Intrauterine insemination with frozen donor sperm. Pregnancy outcome in relation to age and ovarian stimulation regime. *Human reproduction* 2002; 17: 2320-4

Goldberg JM, Mascha E, et al. Comparison of intrauterine and intracervical insemination with frozen donor sperm: a meta-analysis. *Fertility and sterility* 1999; 72: 792-5

Hunfeld JA, Fauser BC. Child development and quality of parenting in lesbian families: no psychosocial indications for a-priori withholding of infertility treatment. A systematic review. *Human reproduction update* 2002; 8: 579-90

Katzorke T. Donogene Insemination. Gegenwärtiger Stand der Behandlung in der BRD. *Gynäkologische Endokrinologie* 2003; 1: 85-94

Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, et al. Family functioning in lesbian families created by donor insemination. *American Journal of Orthopsychiatry* 2003; 73: 78-90

Vanfraussen K, Ponjaert-Kristoffersen I, et al. Why do children want to know more about the donor? The experience of youngsters raised in lesbian families. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 2003; 24: 31-8

Williams DB, Moley KH, et al. Does intrauterine insemination offer an advantage to cervical cap insemination in a donor insemination program? *Fertility and Sterility* 1995; 63: 295-8

## **Adressen**

Initiative lesbischer und schwuler Eltern [www.ilse.lsvd.de](http://www.ilse.lsvd.de)

Balance, Familienplanungszentrum Berlin [www.fpz-berlin.de/leskiwu.htm](http://www.fpz-berlin.de/leskiwu.htm)

Internetseiten mit Infos und Links

[www.leskids.de](http://www.leskids.de), [www.lesben.org/kinder.htm](http://www.lesben.org/kinder.htm)

Samenbanken [www.berliner-samenbank.de](http://www.berliner-samenbank.de)

[www.samenbank-berlin.de](http://www.samenbank-berlin.de)

Familienbuch (Broschüre des LSVD mit Informationen zur Spendersamenbefruchtung und zur rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft) [www.lsvd.de/familienbuch](http://www.lsvd.de/familienbuch)

---

<sup>[1]</sup> Homophobie: (krankhafte) Angst oder Abneigung gegen Homosexualität