

Lesben und Kinderwunsch

Helga Seyler

Überarbeitet Jan. 2010

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 und es wird befürchtet, dass Kinder in lesbischen Lebensgemeinschaften nicht gut aufgehoben sind.

Das drückt sich immer noch am deutlichsten darin aus, dass lesbische Paare kein Recht auf gemeinsame Adoption von Kindern haben. Auch die Befruchtung mit Spendersamen aus Samenbanken in Deutschland in der Regel vorenthalten, auch wenn die rechtlichen Regelungen dazu nicht eindeutig sind. Weitergehende Behandlungsmethoden wie IVF (In-Vitro-Fertilisation, Befruchtung im Reagenzglas) werden bei nicht heterosexuelle Paare in den entsprechenden Richtlinien der Ärztekammern explizit ausgeschlossen.

Die Homophobie, die dieser Haltung 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, ob und in welcher Form der Kinderwunsch verwirklicht werden soll, mehrere Jahre in Anspruch. Unterstützung bieten dabei vor allem Netzwerke in Form von Stammtischen und (Selbsthilfe-)Gruppen, die sich in vielen Städten bilden. Hier können Lesben mit anderen über ihre Pläne, Wünsche und Bedenken sprechen und Informationen über das praktische Vorgehen austauschen.

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: Brewaeyns 2005, Baetens 2001, Hunfeld 2001, Vanfraussen 2003, Berger 2000). 2009 wurde auch eine Studie aus Deutschland veröffentlicht (Rupp 2009), in der gut 1000 Eltern in gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften und 119 Kindern ab dem Alter von 10 Jahren befragt wurden.

Die Studien zeigen übereinstimmend, dass Kindern, die bei lesbischen Müttern aufwachsen, sich nicht anders entwickeln, als Kinder aus heterosexuellen Familien bzw. von allein lebenden heterosexuellen Müttern. 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 der Umwelt angeführt, denen das Kind 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 die Kinder, die in lesbischer Lebensgemeinschaften hineingeboren werden, meist unbefangen und unbelastet im Umgang damit. Und wenn die Kinder negative Erlebnisse mit den Müttern besprechen können und Unterstützung bekommen, kann dies eher zur Stärkung des Selbstbewusstseins führen. Auch der Kontakt zu anderen Kindern mit gleichgeschlechtlichen Eltern erwies sich als hilfreich (Bos 2008).

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). Von Jugendliche, deren Samenspender dokumentiert waren, dachte die Mehrzahl darüber nach, später mal die Identität zu erfragen (Scheib 2005).

Lebensformen lesbischer Familien

Viele Lesben leben bereits mit Kindern. Oft stammen diese 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 der Kinder in lesbischen Lebensgemeinschaften 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 Norwegen haben mindestens 24% der verpartnerten Lesben mindestens ein Kind (Noack 2005). In Schweden wird die Zahl der in lesbischen Partnerschaften entstandenen Kinder auf 60 000 geschätzt. In Deutschland leben nach Daten aus dem Mikrozensus von 2006 mindestens 6600 Kinder in mindestens 5000 Familien mit gleichgeschlechtlichen Eltern (Rupp 2009).

Lesbische Mütter und ihre Kinder leben in ganz unterschiedlichen Familienformen: allein erziehend, 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. Inzwischen machen allerdings viele lesbische Eltern die Erfahrung, dass nach der Geburt eines Kindes die Beziehung zur Herkunftsfamilie enger wird.

Probleme gibt es bei der rechtlichen Absicherung von nicht traditionellen Familienformen. Eine deutliche Verbesserung bringt hier die Möglichkeit der Stiefkindadoption bei Lesben mit eingetragener Partnerschaft. Dabei kann die Co-Mutter das Kind ihrer Partnerin adoptieren, und beide haben dann das gemeinsame Sorgerecht.

Außerhalb von „verpartnerten“ Lebensgemeinschaften ermöglicht das Familienrecht bisher kein gemeinsames Sorgerecht der Mutter und einer anderen Person als dem Kindsvater. Für den Alltag sind dann Verträge und Vollmachten notwendig (zu Fragen der rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft siehe: Familienbuch <http://www.lsvd.de/bund/familienbuch/index.html>).

Möglichkeiten zur Erfüllung des Kinderwunschs

Lesben nutzen verschiedene Möglichkeiten, sich den Kinderwunsch zu erfüllen.

Meist suchen sie sich private Samenspender oder nutzen Samenbanken. Auch Co-Mutterschaft ist eine häufig genutzte Möglichkeit, mit Kindern zu leben.

Adoption oder Pflegschaft sind seltener genutzte Möglichkeiten, ein Leben mit Kindern zu verwirklichen. Manche Frauen suchen auch 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.

In der deutschen Studie zu Kindern in gleichgeschlechtlichen Partnerschaften waren 44% der Kinder in einer früheren heterosexuellen Beziehung geboren worden, 45% wurden in die aktuelle Beziehung hinein geboren. Adoptivkinder (1,9%) und Pflegekinder (6%) waren seltener. Bei mit Spendersamen gezeugten Kindern war bei 51% der Samenspender bekannt, von diesen waren 35% als Vater ins Geburtenbuch eingetragen (Rupp 2009).

Befruchtung mit Samen von privaten Spendern

Private Samenspender 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. Inzwischen werden Anzeigen in Zeitschriften und Internetforen häufig 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 bis Jahre damit.

Bei privaten Samenspendern ist die Untersuchung auf durch den Samen übertragbare Infektionen, wie HIV, Hepatitis B und C, Syphilis, Cytomegalie, Chlamydien, Gonokokken, und die Überprüfung der Samenqualität sinnvoll. Inzwischen bieten einzelne Samenbanken in Deutschland die Untersuchung des Samens, sowie das Einfrieren und Lagern an.

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 allein stehenden 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 allein stehenden 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. Ob sie trotzdem auch auf die Insemination angewendet werden muss, wird von Medizinrechtlern widersprüchlich bewertet (Ratzel 2002, Schlund 2007, Kneiper 2007). Dies führt zu Unsicherheiten und Zurückhaltung bei den ÄrztInnen, solche Behandlungen durchzuführen.

Ein Grund von Bedenken ist die Sorge, dass das Jugendamt einen gezahlten Unterhaltsvorschuss von einer ÄrztIn zurückfordern kann, die die Schwangerschaft „verursacht“ hat, wenn eine Mutter beim Jugendamt angibt, dass sie auf diese Weise schwanger geworden ist. Das ist allerdings bisher noch nie vorgekommen.

Durch eine Stiefkindadoption entfällt dieses Risiko, weshalb diese neue Regelung die Akzeptanz von ÄrztInnen und Samenbanken gegenüber der Spendersamenbefruchtung bei lesbischen Frauen möglicherweise verbessern wird.

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. Studien zeigen, dass die überwiegende Mehrzahl der Lesben die Dokumentation der Spenderdaten bevorzugt (in einer Studie in den Niederlanden 98%; Brewaeyts 2005).

In Deutschland müssen seit Einführung der Europäischen Geweberichtlinie 2006 die Daten der Samenspender dokumentiert und 30 Jahre lang aufbewahrt werden. Die Wunscheltern bekommen keine Information über die Identität des Spenders, die Kinder haben jedoch nach dem 18. Lebensjahr das Recht, die Identität des Spenders zu erfahren.

Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Samenspender ihre Bereitschaft zum Kontakt mit dem Kind auch vor dem 18. Lebensjahr dokumentieren (Yes-Spender).

Auswahlkriterien der Samenbanken für Spender

Bei den Samenbanken werden die potentiellen Spender nach eigenen Vorerkrankungen und nach bestimmten Erkrankungen in der Familie gefragt. 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. Inzwischen machen wohl die meisten eine Verpartnerung zur Voraussetzung. 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 fahren wegen der Schwierigkeiten, eine Befruchtung mit Spendersamen in Deutschland durchführen zu lassen, in die Niederlande. Eine Alternative bieten inzwischen Kliniken in Dänemark.

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 ist 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 (ohne Nadel) 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.

Eine Hormonbehandlungen in Verbindung mit der intrauterinen Insemination ist in den Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Ärztekammer außerhalb von heterosexuellen Partnerschaften nicht erlaubt. Explizit verboten ist außerhalb von heterosexuellen Beziehungen auch 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 Muttermundkappe, 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). Der Grund dafür 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 aufeinander folgenden Tagen (Deary 1997).

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			
1 Zyklus	ca. 18%	ca. 12%	ca. 5%
3 Zyklen	ca. 50%	ca. 30%	ca. 18%
10 Zyklen	ca. 85%	ca. 45%	ca. 21%

Ein Teil der Schwangerschaften endet mit einer Fehlgeburt. Der Anteil nimmt mit dem Alter der Frau zu und beträgt etwa 15-30%.

Die Zahlen machen deutlich, dass nur wenige Frauen nach den ersten Versuchen schwanger sind. Vielen 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, Brewaeyns 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

Bos H, van Balen F. Children in planned lesbian families: stigmatisation, psychological adjustment and protective factors. Culture, health & sexuality 2008; 10: 221-36

Brewaeyns A, Dufour S, et al. Sind Bedenken hinsichtlich der Kinderwunschbehandlung lesbischer und alleinstehender Frauen berechtigt? J. Reproduktionsmed Endokrinol 2005; 2:35-40

Brewaeyns A, de Bruyn J, et al. Anonymous or identity-registered sperm donors? A study of Dutch recipients' choices. Human reproduction 2005; 20: 820-4.

Bundesärztekammer. (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Novelle 2006. Dt Aerztebl 2006; 103: A1392 <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=51526>

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

- Familienbuch (Broschüre des LSVD mit Informationen zur Spendersamenbefruchtung und zur rechtlichen Situation von homosexueller Elternschaft) <http://www.lsvd.de/bund/familienbuch/index>.
- 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
- Keiper U, Kentenich H. Die Verwendung von fremdem Samen im Rahmen der Reproduktionsmedizin. Auswirkungen der (Muster-) Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion 2006 der Bundesärztekammer. *J Reproduktionsmed Endokrinol* 2007; 4: 34-7 <http://www.kup.at/kup/pdf/6372.pdf>
- Lesben und Kinderwunsch. Broschüre. Feministisches Frauengesundheitszentrum Hagazussa e.V. , Roonstr. 92, 50674 Köln
- Noack T, Seierstad A, et al. (2005). A Demographic Analysis of Registered Partnerships (legal same-sex unions): The Case of Norway. *European Journal of Population* 2005; 21: 89-109
- Ratzel R. Rechtslage bei heterologer Insemination. *Reproduktionsmedizin* 2002; 18:37
<http://www.springerlink.com/content/n8xlkeqkn32nc1a/fulltext.pdf?page=1>
- Richtlinien des Arbeitskreises für Donogene Insemination zur Qualitätssicherung der Behandlung mit Spendersamen in Deutschland. Fassung vom 8. Februar 2006. http://www.donogene-insemination.de/downloads/Richtl_Druckfassung.pdf
- Rupp M. Die Lebenssituation von Kindern in gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaften. Bundesanzeiger-Verlags-Gesellschaft, Köln 2009. http://www.bmj.bund.de/files/-/3813/Zusammenfassung_Lebenssituation_von_%20Kindern_%20in_gleichgeschl_LP.pdf
- Scheib JE, Riordan M, et al. Adolescents with open-identity sperm donors: reports from 12-17 year olds. *Human reproduction* 2005; 20: 239-52.
- Schlund G, Kneiper U. Heterologe Insemination. Fragen und Antworten. *Gynäkologische Praxis* 2007; 31: 98-104
- 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