

Sachdokumentation:

Signatur: DS 5289

Permalink: www.sachdokumentation.ch/bestand/ds/5289



Nutzungsbestimmungen

Dieses elektronische Dokument wird vom Schweizerischen Sozialarchiv zur Verfügung gestellt. Es kann in der angebotenen Form für den Eigengebrauch reproduziert und genutzt werden (private Verwendung, inkl. Lehre und Forschung). Für das Einhalten der urheberrechtlichen Bestimmungen ist der/die Nutzer/in verantwortlich. Jede Verwendung muss mit einem Quellennachweis versehen sein.

Zitierweise für graue Literatur

Elektronische Broschüren und Flugschriften (DS) aus den Dossiers der Sachdokumentation des Sozialarchivs werden gemäss den üblichen Zitierrichtlinien für wissenschaftliche Literatur wenn möglich einzeln zitiert. Es ist jedoch sinnvoll, die verwendeten thematischen Dossiers ebenfalls zu zitieren. Anzugeben sind demnach die Signatur des einzelnen Dokuments sowie das zugehörige Dossier.

Samenspende

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
2. Zahlen	6
3. Medizinische Grundlagen	7
3.1 Definition	7
3.2 Indikationen	7
3.3 Verfahren	7
3.4 Abklärungen bei potenziellen Samenspendern	9
4. Gesellschaftliche Entwicklungen	11
5. Rechtlicher Rahmen	13
5.1 Vorschriften zur Fortpflanzungsmedizin	13
5.2 Abstammungsrechtliche Aspekte	15
5.3 Qualitätsanforderungen	17
5.4 Kosten für die Spendersamenbehandlung	18
6. Ethische Problemstellungen	20
6.1 Zugang zur Samenspende	20
6.2 Auskunftsrechte und -pflichten	22
6.3 Wahl des Spendersamens	22
6.4 Genetische Tests bei Samenspendern	24
6.4.1 Funktion und Bedeutung	24
6.4.2 Inhalt und Umfang	25
6.4.3 Mitteilung der Untersuchungsergebnisse	26
6.5 Limitierung der Aufbewahrungsdauer	26
6.6 Unentgeltlichkeit	28
6.7 Umgang mit sensiblen Daten	28
7. Fazit und Empfehlungen	29
7.1 Empfehlungen an den Gesetzgeber	29
7.2 Empfehlungen an die zuständigen Fachgesellschaften	29
8. Literatur	30

Vorwort

Die Samenspende wird schon seit langer Zeit praktiziert und ist in der Schweiz im Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung geregelt. Sie ist erlaubt, unterliegt allerdings einigen Einschränkungen, zum Beispiel derjenigen, dass das Paar verheiratet sein muss, um sie in Anspruch nehmen zu können. Das ist nur einer der Aspekte, welcher die Nationale Ethikkommission in dieser Stellungnahme aufgreift. Es wird wenig über die Samenspende gesprochen, obwohl sie für einige Paare die einzige Möglichkeit ist, um ein eigenes, mit einem der Elternteile genetisch verwandtes Kind zu bekommen. Was bedeutet die Samenspende heute? Sind die Regelungen noch zeitgemäss? Welche neuen Herausforderungen stellen sich dieser, zum Beispiel durch den Einzug der Humangenetik in die Fortpflanzungsmedizin, und wie sind sie ethisch zu beurteilen? Die Nationale Ethikkommission will mit dieser Stellungnahme zu einem Gespräch über ein im Grundsatz kaum umstrittenes und dennoch herausforderndes Verfahren der Fortpflanzungsmedizin beitragen.

Andrea Büchler

Präsidentin der NEK

1. Einleitung

Die Samenspende hat seit Jahrzehnten einen festen Platz in der Fortpflanzungsmedizin. Es handelt sich um ein relativ einfaches, gut erprobtes und im Vergleich mit anderen Reproduktionstechniken günstiges medizinisches Verfahren. Wie bei der Eizellspende oder Leihmutterschaft, sind auch bei der Samenspende Dritte an der Entstehung des Kindes beteiligt: Bekannte oder unbekannte Personen stellen ihre Keimzellen zur Verfügung, Ärztinnen und Ärzte übernehmen in der Regel die Behandlung. Die Verwirklichung des Kinderwunsches mit Hilfe von Drittpersonen – von Andreas Bernhard als «Kultur der Reproduktion» (Bernhard, 2014) bezeichnet – wirft eine Reihe von Fragen auf. Wem steht die Behandlung mittels Samenspende offen? Welche Anforderungen sollen für die Samenspender gelten? Darf die Samenspende entschädigt werden? Soll der Samenspender anonym bleiben? Wie lange können Samenspenden konserviert und genutzt werden? Welche Informationen über den Samenspender sind den Wunscheltern zugänglich zu machen und welche Möglichkeiten haben sie, auf die Auswahl des Spenders oder der gespendeten Samenzellen Einfluss zu nehmen? Welche Rechtstellung hat der Samenspender? Welche Rechte hat das mittels Samenspende gezeugte Kind?

Die Samenspende ist heute in den meisten Ländern erlaubt. Allerdings unterscheiden sich die rechtlichen Regelungen zum Teil stark, so zum Beispiel hinsichtlich der Frage, wer auf welcher Grundlagen die Spende auswählt. Die Samenspende wird in vielen Formen praktiziert: Sie kommt in reproduktionsmedizinischen Zentren zum Einsatz, wird aber auch zuhause ohne ärztliche Unterstützung angewendet. Wird Spendersamen über eine Samenbank bezogen, unterliegt er einer Qualitätsprüfung. Darüber hinaus sind dort auch medizinisch nicht relevante Informationen dokumen-

tiert, die bei der Wahl des Spenders relevant werden können.

Über längere Zeit war die Samenspende die einzige Behandlungsmethode, wenn die Sterilitätsursache beim Mann lag. Seit den 1990er Jahren entwickelt sich die Fortpflanzungsmedizin rasant. Durch neue Techniken, namentlich die In-Vitro-Fertilisation (IVF) bzw. die intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) (vgl. 3.2, 3.3), gelingt es immer häufiger, Paaren trotz schwerer männlicher Infertilität zur Zeugung eines biologisch-genetisch eigenen Kindes zu verhelfen. Obwohl die Bedeutung der Samenspende in diesem Bereich abnimmt, spielt sie weiterhin eine wichtige Rolle in der Reproduktionsmedizin: Zum einen bleibt in einigen Konstellationen auch beim aktuellen Stand der Technik nur der Rückgriff auf Spendersamen übrig, um den Wunsch nach einem Kind zu erfüllen. Zum anderen ist die Samenspende seit Jahrzehnten für gleichgeschlechtliche Paare und Alleinstehende von Bedeutung, die in Zukunft weiter zunehmen wird. Allerdings ist die Anwendung der Samenspende in der Schweiz gemäss Bundesgesetz vom 18. Dezember 1998 über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizinengesetz, FMedG; SR 810.11) nur für verheiratete verschiedengeschlechtliche Paare zugelassen. Gleichgeschlechtliche Paare und alleinstehende Frauen müssen die Behandlung in ausländischen Kliniken durchführen lassen oder sind auf Samenspenden ausserhalb eines medizinischen Verfahrens angewiesen (sog. Selbst- oder Heiminsamination, vgl. 3.3), um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen.¹

Das 2001 in Kraft getretene Fortpflanzungsmedizinengesetz ist in diesem Jahr «volljährig» geworden und mit ihm die ersten Kinder, die nach diesem Ge-

¹ In zahlreichen Ländern Europas gelten andere Regelungen. So ist die Samenspende für gleichgeschlechtliche Paare in vierzehn Ländern bereits erlaubt, darunter in Österreich, Grossbritannien, den skandinavischen Ländern oder Spanien. In Frankreich legte die Regierung im Juli 2019 einen Entwurf zur Reform des Bioethikgesetzes vor, demzufolge auch gleichgeschlechtlichen Paaren und unverheirateten Frauen eine künstliche Befruchtung erlaubt sein soll; über den gesamten Gesetzesentwurf sollen die Abgeordneten voraussichtlich Anfang 2020 abstimmen.

setz mittels nicht anonymer Samenspende gezeugt worden sind. Sie können Auskunft über die Identität des Samenspenders verlangen. Die Nationale Ethikkommission nimmt dies zum Anlass, um zentralen Fragen rund um die Samenspende nachzugehen. Aktuell wird sie im Zusammenhang mit der Öffnung der «Ehe für alle» diskutiert. Die Nationale Ethikkommission hat bereits in der Stellungnahme zum «Social egg freezing» (Nr. 28/2017) auf die Problematik der Befruchtung der *Aufbewahrung von Keimzellen* hingewiesen, die in der Schweiz dazu geführt hat, dass nicht genügend Samenspenden zur Verfügung stehen.

2. Zahlen

Bevor das Fortpflanzungsmedizingesetz (FMedG) in Kraft getreten ist, unterlag die Samenspende kantonalrechtlichen Vorschriften und es bestand keine Verpflichtung zur Weiterleitung von Daten an ein zentrales Register. Seit dem Jahr 2001 müssen die behandelnden Ärztinnen und Ärzte dem Eidgenössischen Amt für das Zivilstandswesen (EAZW) unverzüglich nach der Geburt eines Kindes, das mit gespendeten Samenzellen gezeugt wurde, Angaben über den Samenspender sowie über die Mutter und ihren Ehemann übermitteln. Diese Daten müssen dem EAZW am errechneten Geburtstermin auch dann mitgeteilt werden, wenn keine Gewissheit darüber besteht, ob es zu einer Geburt gekommen ist oder nicht (Art. 25 FMedG).

Ungeachtet der in Art. 11 FMedG geforderten Datensicherung, stehen aussagekräftige offizielle Zahlen zum Thema Samenspende nur ansatzweise zur Verfügung. Das Bundesamt für Statistik (BfS) erfasst Geburten nach Samenspende-Behandlungen nur im Rahmen von In-Vitro-Fertilisationsverfahren (IVF; BFS 2019a), nicht aber, wenn eine Inseminationsbehandlung (intrauterine Insemination, IUI) durchgeführt wurde (zu den Verfahrensarten vgl. 3.3). Das EAZW veröffentlichte bislang keine Daten zu den seit 2001 eingegangenen Dossiers. Statistisch unberücksichtigt bleiben darüber hinaus alle Kinder, die nach einer Samenspende-Behandlung im Ausland oder nach einer *Selbstinsemination* mit Spendersamen in der Schweiz zur Welt kommen. Diese Datenlage lässt weder genaue Aussagen über die Praxis der Samenspende in der Schweiz zu, noch Prognosen über sich abzeichnende, zukünftige Entwicklungen. Insbesondere bleibt unklar, wie viele Spendersamenbehandlungen jährlich in welcher Form (IUI oder IVF) durchgeführt werden und wie viele Kinder aus diesen Behandlungen hervor-

gehen. Fest steht dagegen, dass 2019/2020 die ersten der im Register erfassten Kinder volljährig werden und dann vom EAZW Auskunft über die Identität des Samenspenders verlangen können.

Samenspende-Behandlungen werden in knapp einem Drittel der rund 35 Zentren für Reproduktionsmedizin durchgeführt.² Einige von ihnen verfügen über eine eigene Samenbank, andere importieren Spendersamen aus dem Ausland. Zu den Aufgaben der Samenbank gehört die Rekrutierung von Spendern, die Information und Dokumentation, die obligaten Untersuchungen und Kontrollen (siehe auch Kapitel 3.4), die Konservierung der gespendeten Samenzellen sowie die Vermittlung der Spendersamen an die hierfür autorisierten Ärztinnen und Ärzte, welche diese dann im Rahmen einer Kinderwunschbehandlung verwenden. Angesichts der restriktiven Vorschriften hinsichtlich der Auswahl und Verwendung von Spendersamen (vgl. 5.1) gibt es hierzulande keine *Samenbanken*, die unabhängig von einem Kinderwunschzentrum betrieben werden. Anders gestaltet sich die Situation im Ausland: In zahlreichen Ländern ist es gesetzlich erlaubt, dass Paare den Spender nach den für sie entscheidenden Merkmalen selbst auswählen. Für Samen von bestimmten Spendern respektive für optionale Leistungen (erweitertes Spender-Profil mit z.B. Kinderfotos, Exklusiv-Spende für ein einziges Paar, Bereitschaft zur nicht-anonymen Spende, etc.) können Samenbanken zusätzliche *Kosten* berechnen.³ Unter diesen Bedingungen kann das Betreiben einer Samenbank ein lohnendes Geschäftsmodell darstellen.

² Ein Überblick über die Kliniken findet sich unter: <http://www.sgrm.org/wb/pages/de/samenspende-don-de-sperme/zentren.php?lang=DE>.

³ Vgl. etwa <https://blog.cryosinternational.com/en/2018/06/26/what-does-sperm-donor-cost/> (Cryos International, Dänemark), <https://www.cryobank.com/services/pricing> (California Cryobank, USA).

3. Medizinische Grundlagen

3.1 Definition

Unter einer Samenspende versteht man das Spenden von Spermien für eine Kinderwunschbehandlung.

3.2 Indikationen

Mit einer Spendersamenbehandlung kann Paaren, bei denen der Mann über keine oder qualitativ ungenügende Spermien verfügt, oder Frauen, die keinen (männlichen) Partner haben, zu einer Schwangerschaft verholfen werden. In der Schweiz darf eine Spendersamenbehandlung nur angewendet werden, wenn damit die Unfruchtbarkeit eines Paares überwunden werden soll und die anderen Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind, oder wenn die Gefahr, dass eine schwere, unheilbare Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, anders nicht abgewendet werden kann (Art. 5 Abs. 1 FMedG; vgl. 5.1).

Eine männliche Unfruchtbarkeit wird in aller Regel im Rahmen der Abklärung der Paare mit unerfülltem Kinderwunsch diagnostiziert, selten ist sie schon vorher bekannt. Die Gründe für eine männliche Unfruchtbarkeit sind vielfältig: Verschiedene genetische Ursachen, Toxine, Hormonexpositionen, Infektionen, vorangegangene Operationen, Traumen, Fehlbildungen, schwere Grunderkrankungen, Adipositas, sowie diverse Noxen wie zum Beispiel Rauchen, Cannabis und andere Drogen. Zudem erhärten wissenschaftliche Studien zunehmend den Verdacht eines Zusammenhangs zwischen Umweltnoxen und verminderter Spermienqualität. Die Ursache für eine verminderte Spermienqualität kann aber nicht in jedem Fall eruiert werden, sehr oft bleibt sie ungeklärt. Nicht jede Verminderung der Spermienqualität führt zur definitiven männlichen Unfruchtbarkeit, die eine Samenspen-

de-Behandlung indiziert. Bei leichten Verminderungen der Spermienqualität kann eine Aufbereitung der Spermien des Partners und ihr direktes Einbringen in die Gebärmutter der Frau als Massnahme ausreichen.⁴ Bei schweren Störungen der Spermienqualität steht die Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI) zur Verfügung.⁵

3.3 Verfahren

Behandlungen mit Spendersamen werden an einem reproduktionsmedizinischen Zentrum entweder im Rahmen einer Intrauterinen Insemination (IUI) oder einer In-Vitro-Fertilisationsbehandlung (IVF) durchgeführt.

Bei einer IUI findet die Befruchtung der Eizelle im Körper der Frau (in vivo) statt. Dazu müssen die Eileiter (oder zumindest einer) durchgängig sein. In den meisten Fällen wird eine niedrigdosierte Hormonbehandlung durchgeführt, die die Reifung der Eizelle unterstützt. Dies geschieht entweder in der Gabe von Tabletten, oder durch täglich durchgeführte subkutane Spritzen. Die Patientin wird vorher in einer Spritzeninstruktion instruiert, sodass sie möglichst autonom ist. Um sicher zu gehen, dass die Frau adäquat auf die Behandlung reagiert, wird die Eireifung per Ultraschall kontrolliert. Spricht die Frau nicht oder nicht stark genug auf die Behandlung an, ist diese nicht erfolgsversprechend. Spricht die Frau zu stark auf die Behandlung an, könnten drei oder mehr Eizellen heranreifen, sodass es zu einer höhergradigen Mehrlingsschwangerschaft kommen könnte (Drillinge, Vierlinge, etc.). Diese muss vermieden werden, weil durch sie das Risiko für medizinische Komplikationen bei Mutter und Kind steigt. Nach dem per Ultraschall und eventuell durch zusätzliche Hormonunter-

4 Dieses Verfahren wird als *homologe* intrauterine Insemination bezeichnet. Erfolgt die Insemination mit Spendersamen, handelt es sich um eine *heterologe* intrauterine Insemination.

5 Bei der ICSI findet im Rahmen einer IVF die Befruchtung in vitro statt, indem ein Spermium mithilfe einer Pipette direkt in die zuvor entnommene Eizelle eingebracht wird. Nach erfolgreicher Befruchtung findet nach einigen Tagen der Embryotransfer in die Gebärmutter statt.

suchungen festgestellten Ende der Eireifung, wird am circa 12.–14. Tag des Zyklus der Eisprung ausgelöst und anschliessend zum Zeitpunkt des Eisprungs die IUI durchgeführt: Die in Flüssigstickstoff eingefrorenen Spendersamen werden im Labor aufgetaut, aufbereitet und mittels eines feinen Katheters durch den Gebärmutterhalskanal in die Gebärmutter gebracht. Die Einnistungsphase wird unterstützt durch die Verabreichung, von Vaginalkapseln, Vaginalgel, Tabletten oder subkutanen Spritzen. Zwei Wochen später kann der Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

In seltenen Fällen kann die Insemination auch ohne Hormonbehandlung bei der Frau durchgeführt werden. Der Zyklus muss aber, wie bei einer Hormonbehandlung, durch Ultraschallkontrolle(n) und eventuell zusätzliche Hormonuntersuchungen überwacht werden, um sicher zu gehen, dass die Insemination zum richtigen Zeitpunkt erfolgt.

Bei Vorliegen einer kombinierten Unfruchtbarkeit, wenn zum Beispiel im Hoden des Mannes keine Spermien vorhanden sind und bei der Frau ein Eileiterverschluss festgestellt wird, kann eine Spendersamenbehandlung im Rahmen einer IVF-Behandlung durchgeführt werden. Bei der IVF-Behandlung findet die Befruchtung ausserhalb des Körpers der Frau statt. Im Gegensatz zur IUI werden bei der IVF in aller Regel möglichst mehrere Eizellen herangereift, um die Erfolgchancen der Behandlung zu erhöhen. Denn nicht bei jeder herangereiften Eizelle kommt es später zur Befruchtung und nicht jede befruchtete Eizelle entwickelt sich zu einem Embryo. Das Heranreifen der Eizellen erfolgt durch eine Hormonbehandlung mittels subkutaner Spritzen. Die Überwachung dieses Prozesses geschieht ebenfalls per Ultraschall, um eine zu starke oder zu schwache Stimulation möglichst auszuschliessen. Zum richtigen Zeitpunkt wird dann die Eizellentnahme durchgeführt. Diese geschieht meist im Operationssaal unter kurzer Vollnarkose (Maske) oder Sedation. Die Eizellen werden transvaginal und ultraschallkontrolliert entnommen und sofort ins Labor gebracht. Dort werden sie mit dem aufbereiteten Spendersamen befruchtet. Am nächsten Tag zeigt sich, wie viele Eizellen befruchtet sind, die sich in den nächsten Tagen in den verschiedenen Embryonalsta-

dien in vitro weiterentwickeln. Am fünften Tag nach der Befruchtung, im Blastozystenstadium, wird in aller Regel nur ein Embryo zurück in die Gebärmutter transferiert. Damit können sehr effizient Mehrlingsschwangerschaften vermieden werden. Der Embryo wird, ähnlich wie die Spermien bei der IUI, mit einem feinen Katheter durch den Gebärmutterhalskanal in die Gebärmutter gebracht, in aller Regel unter Ultraschallsicht. Wie bei der IUI wird die Einnistungsphase medikamentös unterstützt. Zwei Wochen später kann der Schwangerschaftstest durchgeführt werden.

Die Verwendung des passenden Spendersamens ist in beiden Verfahren (IUI oder IVF) entscheidend. Bei der *Auswahl gespendeter Spermien* werden die Blutgruppe des Spenders und die Ähnlichkeit seiner äusseren Erscheinung (beispielsweise Körpergrösse, Körperbau, Haar- und Augenfarbe) mit derjenigen des Mannes, zu dem ein *Kindesverhältnis begründet* werden soll, berücksichtigt (vgl. 5.1). Damit soll eine möglichst grosse Ähnlichkeit von Kind und Wunschvater gewährleistet werden.

In der Praxis werden Spendersamenbehandlungen in der Schweiz jedoch nicht nur nach dem oben beschriebenen Verfahren durch Kinderwunschzentren durchgeführt. Bei der Selbstbehandlung, der sog. Bechermethode (auch Heiminspektion oder Selbstinspektion) wird der Spendersamen aufgefangen und von der Frau oder einer anderen Person zum Ovulationszeitpunkt in die Scheide eingeführt. Eine Selbstinspektion kann aber auch mit Spendersamen erfolgen, der im Internet bei ausländischen Samenspende-Laboren (aus dem Katalog) bestellt werden kann. Für die Bechermethode können sich Frauen bzw. Paare beispielsweise entscheiden, weil diese Form der Spende kostengünstiger ist, weil sie eine gerichtete Spende wünschen oder weil sie keinen Zugang zur regulären Samenspende haben. Mit Blick auf die Erfolgsrate von Spendersamenbehandlungen liegen weder für ärztlich durchgeführte Inseminationen (IUI) noch für Heiminspektionen gesamt-schweizerische Statistiken vor.

3.4 Abklärungen bei potenziellen Samenspendern

Bei der Spenderrekrutierung müssen und dürfen einzig medizinische Aspekte berücksichtigt werden (vgl. 5.1). In der Praxis gelten strenge Selektionskriterien. In Frage kommt nur, wer die Voraussetzungen erfüllt, die vom FMedG vorgegeben, in medizinischen Richtlinien⁶ konkretisiert und im Rahmen zum Teil kostspieliger Verfahren abgeklärt werden: Erstens muss der Spender fruchtbar sein. Zweitens müssen gesundheitliche Risiken für die Frau (durch Infektionserkrankungen, z.B. Hepatitis, HIV, etc.) möglichst ausgeschlossen sein. Drittens sind gesundheitliche Risiken für das Kind zu minimieren: Weder darf der Spender noch ein Mitglied seiner Familie an einer schweren vererbaren Erkrankung leiden. Eine detaillierte Befragung des potenziellen Spenders in Bezug auf seine persönliche Krankengeschichte einerseits und auf Pathologien in der Familie andererseits ist von höchster Wichtigkeit, damit nach eventuellen Trägerschaften von schweren genetischen Erkrankungen gesucht werden kann. Die Frage, welche genetischen Untersuchungen bei Samenspendern (vgl. dazu 6.7) durchgeführt werden sollen, wird in verschiedenen internationalen Richtlinien geregelt, wobei sich die Vorgaben unterscheiden: Gemäss der amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und der Gesellschaft für Reproduktionsmedizintechnologie muss beim Spender ein Test auf Mukoviszidose durchgeführt werden, eine Untersuchung der Chromosomen (Karyotyp) des Spenders wird nur in Spezialfällen gefordert (ASRM & SART, 2013). Eine Arbeitsgruppe, die die Association of Clinical Embryologists, die Association of Biomedical Endrologists, die British Fertility Society und die British Andrology Society vertritt, hat kürzlich die Leitlinien für das Vereinigte Königreich zur Verwendung von Samenzellen, Eizellen und Embryonen aktualisiert, in denen eine lange Liste von Tests empfohlen wird (Clarke et al., 2019). In der Schweiz existieren keine spezifischen, offiziellen Richtlinien über genetische Tests bei einem

Spender. Reproduktionsmedizinerinnen und -mediziner in der Schweiz, die Spendersamen-Behandlungen anbieten, stützen sich auf internationale Guidelines. Nach Wissen der NEK wird in allen Schweizer Zentren die genetische Untersuchung auf Veränderungen der Chromosomen (Karyotyp) sowie auf Mukoviszidose beim Spender durchgeführt; zum Teil wird ausserdem ein genetischer Test auf spinale Muskelatrophie vorgenommen.

Seit einigen Jahren existieren breite genetische Trägerschaftsabklärungen («Expanded Carrierscreening», ECS), die fortlaufend weiterentwickelt werden. Es handelt sich um genetische Tests zur Abklärung einer Trägerschaft für so genannte Mutationen. Die Anzahl Genmutationen, die bei einer solchen Trägerschaftsanalyse eingeschlossen werden, variiert von Labor zu Labor erheblich. In manchen Laboren werden nur vier wichtige und medizinisch relevante Trägerschaften untersucht, in anderen dagegen Hunderte von Einzelgenen getestet. Das American College of Obstetricians and Gynecologists schlägt in seiner aktuellen Stellungnahme die Beschränkung auf häufige Genmutationen ($\geq 1:100$) vor, die zu definierten, schweren Erkrankungen führen (ACOG, 2017, S. 3). Auch ein gesunder und fruchtbarer Mann kann Träger einer oder mehrerer Mutationen sein. Bei einem breiten Carrierscreening würde wohl bei fast allen potenziellen Spendern eine entsprechende Mutation festgestellt werden. Um Spenderbehandlungen trotz solcher Befunde zu ermöglichen, kann auch bei der Empfängerin eine Trägerschaftsanalyse durchgeführt werden. Durch ein «Matching» der genetischen Analyse von Spender und Empfängerin lässt sich das Risiko für eine genetische Erkrankung beim Kind verringern.

In den USA sind diese Trägerschaftsabklärungen heutzutage nicht nur Standard bei Abklärungen der Spender, sondern werden zunehmend zum Bestandteil jeder Infertilitätsabklärung. Auch in Europa werden Eizellspenderinnen und Samenspenders heutz-

6 Es handelt sich zum Beispiel um Richtlinien der amerikanischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin (American Society for Reproductive Medicine, ASRM) und der Gesellschaft für Reproduktionsmedizintechnologie (Society for Assisted Reproductive Technology, SART), vgl. ASRM/SART 2013.

tage meist mittels einer mehr oder weniger breiten Trägerschaftsanalyse auf genetische Erkrankungen untersucht (siehe 5.1.). In der Schweiz finden diese relativ neuen Trägerschaftsabklärungen bei Samenspendern gegenwärtig noch nicht systematisch statt.

4. Gesellschaftliche Entwicklungen

Um die Bedeutung der Samenspende ermessen zu können, sind auch die gesellschaftlichen Entwicklungen in den Blick zu nehmen. Die Statistiken zeigen, dass Paarbeziehungen heute vielfältiger sind als früher (BFS 2017). Neben der klassischen Ehe (welche nach wie vor die vorherrschende Beziehungsform ist, denn 72 % der in einer verschiedengeschlechtlichen Paarbeziehung lebenden Personen ab 25 Jahren sind verheiratet) gibt es Paare, die ohne Trauschein zusammenleben, gleichgeschlechtliche Partnerschaften (1,2 %) sowie Paare, die nicht zusammenwohnen (weniger als ein Sechstel). Der Anteil der verheirateten Paare ist besonders hoch unter den Paaren mit gemeinsamen Kindern (93 %) (BFS 2019b).⁷ Rund sieben von zehn Frauen (70 %) und knapp zwei Drittel der Männer (64 %) im Alter von 25 bis 80 Jahren sind Eltern von einem oder mehreren leiblichen oder adoptierten Kindern. Die persönlich gewünschte Kinderzahl ist von der Zwei-Kind-Norm geprägt. Einer von sieben Haushalten ist ein Einelternhaushalt, und in einem von zwanzig Haushalten lebt eine sogenannte Fortsetzungs- oder Patchworkfamilie. In den Einelternhaushalten leben weniger Kinder als in den Paarhaushalten mit Kindern und diese sind im Durchschnitt älter. Im Laufe der letzten Jahrzehnte sind die Anteile der Einpersonenhaushalte und der Paarhaushalte ohne Kinder parallel zur Alterung der Bevölkerung und zum Rückgang der durchschnittlichen Anzahl Kinder pro Frau gestiegen, während der Anteil der Haushalte mit mindestens einem Kind unter 25 Jahren zurückgegangen ist. Letztere machten 1970 fast die Hälfte aller Haushalte aus, 2012–2014 lediglich noch drei von zehn Haushalten. Selten sind Frauen und Männer, die nicht Eltern werden wollen (6,1 % bzw. 8,0 %).

Der Entscheid zu heiraten wird von der Beziehungsdauer, der Generationszugehörigkeit des Paares und insbesondere dem Kinderwunsch beeinflusst. Im Zusammenhang mit der Familiengründung können sich Paare zu einer Heirat veranlasst sehen (sog. kinderorientierte Heirat), da nur in diesem Fall sichergestellt ist, dass im Falle einer späteren Auflösung der Partnerschaft allfällige partnerschaftsbedingte Nachteile, die sich aus einer bestimmten Rollenteilung ergeben, umfassend ausgeglichen werden. Jedenfalls können sich die bestehenden Rahmenbedingungen (Familienrecht, Steuerrecht, usw.) auf die Entscheidung in punkto Heirat auswirken.

Ob Paare mit Kinderwunsch tatsächlich eine Familie gründen, wird von verschiedener Faktoren beeinflusst. Zusätzlich zu einer medizinischen Indikation oder unabhängig davon können soziale, kulturelle, politische, rechtliche, wirtschaftliche oder moralische Kontextfaktoren sowohl hemmend als auch unterstützend wirken. Dazu gehören beispielsweise das Alter der Eltern bei der Geburt des ersten Kindes, die Einstellung der Gesellschaft gegenüber gleichgeschlechtlichen Paaren oder die Epidemiologie der Unfruchtbarkeit bei Männern.

– Das Alter von Frauen und Männern bei der Geburt ihres ersten Kindes steigt seit mehreren Jahrzehnten kontinuierlich. Das Durchschnittsalter von Frauen bei der Geburt des ersten Kindes lag im EU-Raum 2006 bei 29,6 und 2017 bei 30,7 Jahren (30,7 bzw. 31,9 in der Schweiz; 29,7 bzw. 30,7 in Frankreich; 29,7 bzw. 31 in Deutschland; 31 bzw. 31,9 in Italien; 29,2 bzw. 30,7 in Österreich).⁸ In der Schweiz wer-

7 Die Stichprobenerhebung erfolgt anhand von computergestützten telefonischen Interviews und einem anschliessenden schriftlichen Teil mit Online- oder Papierfragebogen. Befragt werden Personen der ständigen Wohnbevölkerung in Privathaushalten im Alter von 15 bis 79 Jahren, und zwar auf Deutsch, Französisch oder Italienisch. Das BFS hat aus dem Stichprobenrahmen für die Personen- und Haushaltserhebungen (SRPH) per Zufallsprinzip eine Stichprobe von 36'029 Personen gezogen. 16'815 Personen (47 %), 8849 Frauen und 7966 Männer, haben an der Erhebung teilgenommen. Befragt wurden 13'321 Personen mit schweizerischer Staatsbürgerschaft und 3494 in der Schweiz wohnhafte Ausländerinnen und Ausländer (BFS 2019 b).

8 Quelle: Eurostat [6. November 2019].

den Frauen und Männern immer später Eltern: Bei den Geburtsjahrgängen 1934 bis 1943 waren 65 % der Frauen und 50 % der Männer bei der Geburt des ersten Kindes weniger als 30 Jahre alt. Dieser Anteil ging kontinuierlich zurück und lag bei den zwischen 1974 und 1983 Geborenen bei 30 % (Frauen) bzw. 19 % (Männer). (BFS 2017).

- Die Haltung gegenüber gleichgeschlechtlichen Paaren hat sich im Laufe der Zeit verändert. Rund sechs von zehn Frauen (58 %) und vier von zehn Männern (43 %) sind der Meinung, dass ein Kind auch glücklich sein kann, wenn es bei einem gleichgeschlechtlichen Paar aufwächst (bei der Erhebung 2013 beliehen sich diese Anteile auf 47 % bei den Frauen und 32 % bei den Männern). Eine Mehrheit der Frauen (65 %) und der Männer (53 %) vertreten die Ansicht, dass gleichgeschlechtliche Paare dieselben Rechte wie verschiedengeschlechtliche Paare haben sollten (BFS 2019b); es sei jedoch darauf hingewiesen, dass in der Umfrage der Umfang der betrachteten Rechte nicht angegeben wurde, so dass es sein kann, dass die Befragten das Recht auf Zugang zur Fortpflanzungsmedizin nicht bedacht haben.
- Laut dem BFS (2017) liegt die Ursache der Unfruchtbarkeit in vier von zehn Fällen beim Mann, in zwei von zehn Fällen bei der Frau und in drei von zehn Fällen bei beiden Partnern. In etwa einem von zehn Fällen kann die genaue Ursache der Unfruchtbarkeit nicht bestimmt werden. Zurzeit werden jährlich rund 2000 Kinder infolge einer in der Schweiz durchgeführten In-vitro-Fertilisation geboren, 150 davon dank einer Samenspende. Mehrere Faktoren beeinflussen die Fruchtbarkeit der Partner (vgl. 3.2). In den letzten Jahren in Industrieländern durchgeführte epidemiologische Studien ergaben eine Verschlechterung der Spermaqualität (Levine et al. 2017). Kürzlich haben Forschende an der Universität Genf eine nationale Studie zur Spermaqualität junger Männer in der Schweiz durchgeführt (Rahban et al. 2019). Insgesamt zeigt die Studie, dass bei 60 % dieser Männer mindestens einer von drei Parametern (Konzentration, Beweglichkeit und Morphologie) unter den Referenzwerten der WHO liegt (Cooper et al. 2010) und dass bei 5 % alle drei Fak-

toren gleichzeitig problematisch sind. Im internationalen Vergleich liegen die jungen Schweizer zusammen mit den Dänen, Norwegern und Deutschen am unteren Ende des Feldes.

Einer der Autoren dieser Forschungsarbeit betont, dass sich die sinkende Spermaqualität junger Schweizer in Kombination mit der abnehmenden Fruchtbarkeit älterer Frauen bei der heutigen Tendenz der Paare, später im Leben Eltern zu werden, auf die Empfängnisraten und die zukünftigen Generationen auswirken wird (Unige 2019). Aus verschiedenen Gründen, insbesondere den oben genannten, wird die Samenspende als Fortpflanzungsmethode trotz der Fortschritte der Reproduktionsmedizin von Bedeutung bleiben.

5. Rechtlicher Rahmen

Für die Samenspende besteht in der Schweiz ein relativ dichtes Geflecht rechtlicher Regelungen. Im Wesentlichen sind *drei Regelungsbereiche* zu unterscheiden: die fortpflanzungsmedizinischen und abstammungsrechtlichen Aspekte der Samenspende sowie die Qualitätsanforderungen in Bezug auf den Umgang mit gespendeten Samenzellen. Die *fortpflanzungsmedizinischen Aspekte* der Samenspende betreffen namentlich folgende Fragen: Wer hat unter welchen Voraussetzungen Zugang zur Samenspende? Nach welchen Kriterien sind Samenspender sowie Samenzellen auszuwählen? Inwieweit darf die Samenspende kommerzialisiert werden? Unter welchen Voraussetzungen und wie lange dürfen Samenzellen aufbewahrt werden? *In abstammungsrechtlicher Hinsicht* hat der Gesetzgeber zum einen die rechtlichen Verhältnisse des mit einer Samenspende gezeugten Kindes zum Wunschvater und zum Samenspender zu klären. Zum anderen ist die Frage zu regeln, inwieweit das Kind ein Recht auf Kenntnis des Samenspenders hat und wie ein solches Recht verwirklicht werden kann. Schliesslich sind die *Qualitätsanforderungen* an die an einer Samenspende beteiligten Personen und Einrichtungen, namentlich reproduktionsmedizinische Zentren und Samenbanken, Gegenstand rechtlicher Normierung.

5.1 Vorschriften zur Fortpflanzungsmedizin

Die fortpflanzungsmedizinischen Aspekte der Samenspende sind im FMedG geregelt.

Aus Art. 3 und 5 FMedG ergibt sich, wer unter welchen Voraussetzungen *Zugang zu einer Samenspende* hat. In Art. 3 Abs. 3 FMedG beschränkt der Gesetzgeber unter dem Titel des *Kindeswohls* die Verwendung von gespendeten Samenzellen auf Ehepaare. Diese müssen auf Grund ihres Alters und ihrer persönlichen Verhältnisse voraussichtlich bis zur Volljährigkeit des Kindes für dessen Pflege und Erziehung sorgen können (Art. 3 Abs. 2 lit. b FMedG). Eine Samenspende

darf grundsätzlich – wie alle Fortpflanzungsverfahren – nur vorgenommen werden, wenn damit entweder die Unfruchtbarkeit des Paares überwunden werden soll und die anderen Behandlungsmethoden versagt haben bzw. aussichtslos sind oder wenn die Gefahr, dass eine schwere Krankheit auf die Nachkommen übertragen wird, anders nicht abgewendet werden kann (Art. 5 FMedG; vgl. auch Art. 119 Abs. 2 lit. c BV). In aller Regel ist die Unfruchtbarkeit des Ehemannes Grund für eine Samenspende. Gemäss Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) liegt Unfruchtbarkeit vor, wenn ein Paar bei regelmässigem, ungeschütztem Geschlechtsverkehr innerhalb von zwölf Monaten oder mehr keine Schwangerschaft zu erzielen vermag. Die von der WHO herausgegebene Internationale Klassifikation der Krankheiten (International Classification of Diseases, ICD) beschreibt unter anderem Sterilität beim Mann, namentlich Azoospermie (Fehlen von Spermien im Ejakulat) und Oligozoospermie (verminderte Spermienzahl), als medizinische Ursache von Unfruchtbarkeit.

Aus dem von der Verfassung und dem zivilrechtlichen Persönlichkeitsschutz gewährleisteten Selbstbestimmungsrecht folgt, dass für eine Samenspende die *Einwilligung des Spenders* nach hinreichender Aufklärung (informed consent) erforderlich ist. Art. 18 Abs. 1 FMedG präzisiert, dass gespendete Samenzellen nur für Zwecke verwendet werden dürfen, in die der Spender *schriftlich* eingewilligt hat. Gemäss Art. 18 Abs. 2 FMedG muss der Spender vor der Samenspende zudem schriftlich über die Rechtslage unterrichtet werden, namentlich über das Recht des Kindes, Auskunft über die Spenderakten zu erhalten. Wer ein Fortpflanzungsverfahren ohne Einwilligung des Spenders anwendet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bestraft (Art. 34 Abs. 1 FMedG). Art. 19 FMedG regelt die *Auswahl von Samenspendern*. Zulässig sind einzig medizinische Auswahlkriterien. Namentlich müssen gesundheitliche Risiken für die Empfängerin der gespendeten Samenzellen so weit wie möglich ausgeschlossen sein. Aber auch

Gesundheitsrisiken für das zukünftige Kind infolge vererbbarer schwerer Krankheiten sind von Bedeutung. Bereits die am 17. November 1981 von der SAMW erlassenen Richtlinien für die artifizielle Insemination⁹ sahen vor, dass beim Spender die notwendigen Untersuchungen anzustellen sind, um die Übertragung erblicher und ansteckender Krankheiten sowie sonstige Gefährdungen von Mutter und künftigen Kind zu vermeiden. Die EU-Richtlinie zur Durchführung der Geweberichtlinie¹⁰, die allerdings für die Schweiz nicht verbindlich ist, verlangt ein genetisches Screening von Spendern auf autosomale rezessive Gene, die nach internationalen wissenschaftlichen Erkenntnissen bekanntermassen zum ethnischen Erbe des Spenders gehören, und eine Prüfung des Übertragungsrisikos für in der Familie bekannte Erbkrankheiten. Die Spender müssen dem Screening nach hinreichender Aufklärung zustimmen und die Empfänger (Wunscheltern) sind über allfällige Gesundheitsrisiken und Massnahmen zu deren Senkung umfassend zu informieren. Werden solche genetischen Screenings in der Schweiz durchgeführt, sind die Vorschriften des Bundesgesetzes vom 8. Oktober 2004 über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG, SR 810.12) zu beachten: Damit der Samenspender frei und selbstbestimmt über eine Spende entscheiden kann, muss er beispielsweise ausführlich darüber aufgeklärt worden sein, dass es beim genetischen Screening zu unerwarteten Ergebnissen kommen kann (Art. 5 GUMG), und dass er ein Recht auf Nichtwissen hat, d.h. die Kenntnisnahme von Informationen über sein Erbgut verweigern kann (Art. 6 GUMG). Diese und weitere Informationen sind Bestandteil einer nichtdirektiven, fachkundigen genetischen Beratung, die vor und nach der Durchführung des Screenings stattfinden muss (Art. 14 GUMG).

Die Kriterien für die *Auswahl gespendeter Samenzellen* für eine Insemination ergeben sich aus Art. 22 FMedG. Zunächst dürfen innerhalb eines Zyklus nicht

Samenzellen verschiedener Spender verwendet werden, um das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung nicht zu unterlaufen. Sodann dürfen die Samenzellen eines Spenders für die Erzeugung von höchstens acht Kindern verwendet werden, um das Risiko von Verwandtenehen zu reduzieren. Weiter darf zwischen den Personen, von denen die Keimzellen stammen, d.h. zwischen dem Samenspender und der Wunschmutter, kein Ehehindernis nach Art. 95 ZGB bestehen (Verwandte in gerader Linie sowie zwischen Geschwistern oder Halbgeschwistern, gleichgültig ob sie miteinander durch Abstammung oder durch Adoption verwandt sind). Schliesslich dürfen bei der Auswahl gespendeter Samenzellen ausschliesslich die Blutgruppe und die Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung des Spenders mit dem Mann, zu dem ein Kindesverhältnis begründet werden soll, berücksichtigt werden. Zum äusseren Erscheinungsbild gehören gemäss Art. 16 Abs. 3 lit. a Ziff. 4 FMedV Statur, Grösse, Haar-, Augen- und Hautfarbe sowie besondere äussere Merkmale. Das Kriterium des äusseren Erscheinungsbildes dürfte auch den Wunsch des Ehepaares decken, für die Erzeugung weiterer Kinder die Samenzellen vom gleichen Spender zu erhalten.

Die Auswahlkriterien nach Art. 22 FMedG sind auf die *ungerichtete Samenspende* ausgerichtet, bei der die Ehegatten den Samenspender nicht individuell bestimmen können. Daraus folgt, dass die gerichtete Samenspende nach geltendem Recht untersagt ist. Ein *Import* ausländischer Samenzellen durch Ärztinnen und Ärzte ist grundsätzlich zulässig, wenn dafür eine entsprechende kantonale Bewilligung vorliegt (Art. 8 Abs. 1 lit. b FMedG). In der Praxis wird die Bewilligung in der Regel dann erteilt, wenn sich die ausländischen Samenbanken vertraglich zur Einhaltung der Vorgaben des FMedG verpflichten.

Gemäss Art. 21 FMedG ist die Samenspende als solche *unentgeltlich*. Der Grundsatz der Unentgelt-

9 SÄZ (1982), 623; abgedruckt in BBl 1989 III 989, 1208 f., vgl. <https://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/Directives-anterieures.html>. Die Richtlinien wurden mit Erlass des FMedG vom 18. Dezember 1998 ausser Kraft gesetzt.

10 Richtlinie 2006/17/EG der Kommission vom 8. Februar 2006 zur Durchführung der Richtlinie 2004/23/EG des Europäischen Parlaments und des Rates hinsichtlich technischer Vorschriften für die Spende, Beschaffung und Testung von menschlichen Geweben und Zellen, Art. 3 lit. b und Art. 4 Abs. 2 i.V.m. Anhang III Ziff. 3.6.

lichkeit folgt auch aus internationalem Recht (Art. 21 Biomedizinrechtskonvention des Europarates BMK). Mit dem Unentgeltlichkeitsgebot soll in erster Linie die freiwillige, d.h. von finanziellen Anreizen freie Entscheidung zur Samenspende gewährleistet werden. Vom Vergütungsverbot ausgenommen ist dagegen die finanzielle Entschädigung von Aufwendungen, die durch die Samenspende entstanden sind. Wer gespendete Samenzellen weitervermittelt, muss solche Unkostenbeiträge den Bewilligungsbehörden offenlegen (Art. 5 Abs. 2 lit. a FMedV). In der Praxis erhalten die Spender hundert bis zweihundert Franken pro Sitzung bzw. Pauschalen von 1500–3000 Franken. Ferner resultiert aus der kostenlosen gesundheitlichen Untersuchung ein gewisser indirekter Nutzen für die Spender. Neben dem Unentgeltlichkeitsgebot gilt für Samenzellen bzw. generell für menschliches Keimgut sowie Erzeugnisse aus Embryonen ein Handelsverbot (Art. 119 Abs. 2 lit. e BV). Entsprechend stellt Art. 32 Abs. 2 FMedG die entgeltliche Veräusserung und den entgeltlichen Erwerb von Samenzellen unter Strafe.

Art. 15 FMedG stellt sodann Vorschriften zur *Aufbewahrung von Keimzellen* auf. Danach dürfen Samenzellen nur mit schriftlicher Einwilligung des Spenders während höchstens fünf Jahren konserviert werden. Auf Antrag des Spenders wird die Konservierungsdauer um maximal fünf Jahre verlängert. Der Spender kann seine Einwilligung in die Konservierung und Verwendung jederzeit schriftlich widerrufen. In diesem Fall oder bei Ablauf der Konservierungsdauer sind die Samenzellen unverzüglich zu vernichten.

Fraglich ist, inwieweit sog. «Heiminseminationen», die ausserhalb eines fortpflanzungsmedizinischen Zentrums durch das Paar selber, allenfalls mit Hilfe von Personen ohne Bewilligung für die Durchführung von Fortpflanzungsverfahren, durchgeführt werden (vgl. 3.3), rechtlich zulässig sind. Heiminseminationen mit den Samenzellen des Partners können ohne Bewilligung vorgenommen werden (Art. 8 Abs. 3 FMedG) und sind damit rechtlich unbedenklich. Demgegenüber bedarf es für eine Insemination mit Spendersamen einer kantonalen Bewilligung, die nur Ärztinnen und Ärzten mit der nötigen Ausbildung und Erfahrung in den Methoden der medizinisch unter-

stützten Fortpflanzung erteilt wird (Art. 8 Abs. 1 lit. a i.V.m. Art. 9 FMedG). Wer ohne Bewilligung handelt, fällt unter die Strafbestimmung von Art. 34 Abs. 2 FMedG – unabhängig davon, ob die Samenzellen aus dem Inland oder Ausland stammen. Umgekehrt dürfen gespendete Samenzellen nur an Personen vermittelt werden, die eine Bewilligung zur *Anwendung von Fortpflanzungsverfahren* haben (Art. 20 Abs. 1 FMedG). Samenbanken, die in der Schweiz Spendersamen an Privatpersonen vermitteln, handeln gesetzeswidrig.

5.2 Abstammungsrechtliche Aspekte

Mit der Zulassung der Samenspende war der Gesetzgeber aufgerufen, die abstammungsrechtlichen Verhältnisse zwischen Kind und Wunschvater sowie zwischen Kind und Samenspender zu klären. Gemäss Art. 255 Abs. 1 ZGB *gilt der Ehemann als Vater*, wenn das Kind während der Ehe geboren ist. Diese Vaterschaftsvermutung kann grundsätzlich vom Ehemann selber sowie vom Kind mittels Klage angefochten werden (Art. 256 Abs. 1 ZGB). Der Ehemann hat jedoch kein Klagerecht, wenn er der Zeugung durch einen Dritten – namentlich einer Zeugung mittels Samenspende – zugestimmt hat (Art. 256 Abs. 3 ZGB). Ebenso kann das Kind die Vaterschaft des Ehemannes nicht anfechten, wenn es nach den Bestimmungen des Fortpflanzungsmedizingesetzes durch eine Samenspende gezeugt worden ist. *Gegenüber dem Samenspender* schliesst Art. 23 Abs. 2 FMedG die Vaterschaftsklage von Mutter und Kind nach Art. 261 ff. ZGB aus. Die Klage ist jedoch im Sinne einer Gegen Ausnahme zulässig, wenn die Samenspende wesentlich bei einer Person erfolgt, die keine Bewilligung für die Anwendung von Fortpflanzungsverfahren oder für die Konservierung und Vermittlung gespendeter Samenzellen hat.

Mit diesen abstammungsrechtlichen Sonderbestimmungen wird die rechtliche Vaterschaft des Ehemannes im Fall einer Samenspende sichergestellt. Sollte sich der Gesetzgeber dafür entscheiden, die Samenspende auch für nicht verheiratete verschiedengeschlechtliche sowie für gleichgeschlechtliche

Paare zuzulassen, hätte er diese Regelungen in der Weise anzupassen, dass die *rechtliche Elternschaft* des sozialen Vaters bzw. der sozialen Mutter gewährleistet sind.

Anders als bei der im FMedG geregelten Samenspende gestaltet sich die Situation im Fall der *Selbstinsemination*, wenn also die Samenspende nicht durch eine Kinderwunschklinik, sondern zuhause ohne ärztliche Unterstützung durchgeführt wird (vgl. 3.3). Für solche Selbstbehandlungen mit Spendersamen kommen in abstammungsrechtlicher Hinsicht die allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften zur Anwendung. Für die Samenspender bedeutet das namentlich, dass für sie Art. 23 FMedG, wonach eine Samenspende für den Spender keine rechtlichen Konsequenzen haben darf, nicht gilt. Deshalb kann gestützt auf die Samenspende nach den Vorschriften des Kindesrechts (Art. 252 ff. ZGB) unter Umständen ein Kindesverhältnis im rechtlichen Sinn begründet werden: Der Samenspender gilt dann offiziell als Vater des Kindes, mit allen sorge- und erbrechtlichen Folgen. Auch wenn der Samenspender die Rechtslage nicht kannte und sich in Kenntnis derselben gegen eine Spende entschieden hätte, ändert das nichts an der Situation. Dasselbe gilt für den Fall, dass eine Vereinbarung zwischen der Mutter und dem Samenspender vorliegt, wonach die Samenspende weder mit Rechten noch mit Pflichten verbunden sein soll: da die kindesrechtlichen Vorschriften den Schutz des Kindes bezwecken, sind solche Abreden grundsätzlich ohne Wirkung.

Ein weiterer abstammungsrechtlicher Aspekt betrifft die Frage, ob das mit einer Samenspende gezeugte Kind ein Recht hat, von der Samenspende zu erfahren und Informationen über den Samenspender zu erhalten. Art. 119 Abs. 2 lit. g BV verleiht jeder Person das *Recht auf Zugang zu den Daten über ihre Abstammung*. Gesetz und Verordnung setzen dieses Recht in Form von Dokumentationspflichten, Datenübermittlungs- und Datenschutzpflichten, einer Datenaufbewahrungspflicht von 80 Jahren sowie einem Aus-

kunftsrecht um (Art. 24 ff. FMedG sowie Art. 15 ff. und Art. 21 ff. FMedV).

Das *Auskunftsrecht des Kindes* ist in Art. 27 FMedG wie folgt geregelt: Nach Vollendung des 18. Lebensjahres kann das Kind beim Eidgenössischen Amt für das Zivilstandswesen Auskunft über die äussere Erscheinung und die Personalien des Spenders (Name und Vorname, Geburtstag und Geburtsort, Wohnort, Heimatort oder Nationalität, Beruf und Ausbildung) verlangen. Im Übrigen kann das Kind jederzeit Auskunft über alle Daten des Spenders (einschliesslich des Datums der Samenspende und der Ergebnisse der medizinischen Untersuchung des Spenders) verlangen, wenn es ein schutzwürdiges Interesse daran hat. So kann die Kenntnis von Spenderdaten namentlich im Zusammenhang mit einer medizinischen Behandlung erforderlich sein. Bevor das Amt Auskunft über die Personalien erteilt, informiert es – wenn möglich – den Spender. Lehnt dieser den persönlichen Kontakt ab, so ist das Kind zu informieren und auf die Persönlichkeitsrechte des Spenders und den Anspruch seiner Familie auf Schutz hinzuweisen. Beharrt das Kind auf Auskunft, so wird ihm diese erteilt. Während die Abstammungsdaten dem Kind ursprünglich zwingend persönlich und unter Beizug einer sozialpsychologisch geschulten Beratungsperson übergeben werden mussten, kann das Kind seit der Teilrevision der Fortpflanzungsmedizinverordnung (in Kraft seit 1.1.2019) wählen, wie es informiert wird: Entweder durch Mitteilung per Post oder durch eine Ärztin oder einen Arzt, eine sozialpsychologisch geschulte Person oder eine Fachstelle, die oder der vom Kind bezeichnet wird (Art. 23 Abs. 1 FMedV).¹¹ Bei der Übermittlung der Informationen an das Kind weist das Amt dieses auch auf Beratungsangebote hin (Art. 23 Abs. 6 FMedV). Um die Wahrnehmung des Auskunftsrechts zu gewährleisten, führt das Eidgenössische Amt für das Zivilstandswesen ein Spenderdatenregister (Art. 15 ff. FMedV). Art. 27 Abs. 1 FMedG, der die voraussetzungslose Wahrnehmung des Auskunftsrechts an die Volljährigkeit (Vollendung

11 Gegen den ursprünglichen Revisionsvorschlag, wonach das Kind zwingend durch schriftliche Mitteilung hätte informiert werden sollen, hat sich die NEK im Juni 2018 mit einer Stellungnahme an das Bundesamt für Justiz ausgesprochen, vgl. https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Vernehmlassungsantworten/2018_NEK_Reponse_Consultation_OPMA.pdf.

des 18. Lebensjahres) anknüpft, steht im Widerspruch zu einer allgemeinen Regel des Zivilrechts: Demnach setzt die Ausübung höchstpersönlicher Rechte – um ein solches handelt es sich bei dem Recht auf Kenntnis der Abstammungsdaten – Urteilsfähigkeit, nicht aber Volljährigkeit des Kindes voraus (Art. 19c Abs. 1 ZGB). Sachliche Gründe, die eine solche Differenzierung rechtfertigen würden, sind nicht ersichtlich.

Dem Kind nützt allerdings faktisch auch der vorbildlichste Aufklärungsanspruch nichts, wenn es weder um sein entsprechendes Recht noch von den einschlägigen Akten weiss. Ob und wann das Kind über die Art seiner Zeugung aufgeklärt wird, überlässt das Fortpflanzungsmedizingesetz bewusst der Verantwortung der Eltern. Wie häufig künstlich gezeugte Kinder von ihren Eltern tatsächlich informiert werden, ist nicht bekannt. Die Inanspruchnahme und die Durchsetzung des gesetzlichen Kenntnisrechts erscheinen damit wenig gesichert. Aus psychosozialer Sicht konnte nachgewiesen werden, dass sich die Information weder auf das betroffene Kind noch auf das Eltern-Kind-Verhältnis ungünstig auswirkt, wohingegen die zufällige Entdeckung zu Enttäuschung und Beeinträchtigungen der Beziehungsqualität führt (Simoni 2012, 11, 65, 67). Die Obliegenheit, das heisst die rechtlich nicht durchsetzbare Pflicht, der Eltern, das Kind über seine Entstehungsgeschichte aufzuklären, ergibt sich aus Art. 272 ZGB.

Der Samenspender selber hat keinen Zugang zu Informationen über die mit seinen Spermazellen gezeugten Nachkommen. Ebenso wenig haben die Eltern ein Recht auf Kenntnis der Spenderdaten. Die Samenspende ist damit nach schweizerischem Recht *teilanonym*, insofern einzig das Kind Zugang zu Abstammungsdaten hat, nicht aber der Spender und die Eltern des Kindes.

5.3 Qualitätsanforderungen

Zur Sicherstellung der Qualität von Fortpflanzungsverfahren haben Gesetz- und Verordnungsgeber eine Reihe von Anforderungen an reproduktionsmedizinische Zentren sowie Samenbanken aufgestellt. Gemäss Art. 8 FMedG benötigen insbesondere Personen und

Organisationen, die Fortpflanzungsverfahren anwenden oder auch nur Keimzellen zur Konservierung entgegennehmen bzw. gespendete Spermazellen vermitteln, eine *Bewilligung des Kantons*.

Die Bewilligung für die *Anwendung von Fortpflanzungsverfahren* wird gemäss Art. 9 Abs. 1 FMedG nur Ärztinnen und Ärzten erteilt. Diese benötigen den eidgenössischen Weiterbildungstitel für Gynäkologie und Geburtshilfe mit Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin oder einen gleichwertigen anerkannten ausländischen Weiterbildungstitel sowie eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung (Art. 2 Abs. 1 FMedV). Darüber hinaus müssen sie über die nötige Erfahrung in den Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung verfügen, Gewähr für eine sorgfältige, gesetzeskonforme Tätigkeit bieten, zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine umfassende medizinische, fortpflanzungsbiologische und sozialpsychologische Beratung und Betreuung der zu behandelnden Personen gewährleisten, über die notwendige Laborausrüstung verfügen sowie sicherstellen, dass die Keimzellen nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis konserviert werden (Art. 9 Abs. 2 FMedG). Im Bewilligungsgesuch muss insbesondere dargelegt werden, wie die Spender rekrutiert sowie über die Rechtslage unterrichtet werden und wie gesundheitliche Risiken für die Empfängerin vermieden werden (Art. 5 Abs. 1 FMedV).

Die Bewilligung für *Samenbanken*, welche gespendete Spermazellen konservieren und vermitteln, ohne selber Fortpflanzungsverfahren anzuwenden, erhalten nach Art. 10 Abs. 1 FMedG ebenfalls nur Ärztinnen und Ärzte. Diese benötigen einen eidgenössischen oder anerkannten ausländischen ärztlichen Weiterbildungstitel und eine kantonale Bewilligung zur Berufsausübung in eigener fachlicher Verantwortung. Zudem müssen sie Gewähr für eine sorgfältige, gesetzeskonforme Tätigkeit bieten, zusammen mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern eine sorgfältige Auswahl der Samenspender gewährleisten und sicherstellen, dass die Spermazellen nach dem Stand von Wissenschaft und Praxis konserviert werden.

Bewilligungsinhaberinnen und -inhaber müssen der kantonalen Bewilligungsbehörde jährlich über ihre Tätigkeit *Bericht erstatten* (Art. 11 Abs. 1 FMedG). Der Bericht muss anonymisiert sein, d.h. er darf keine Angaben enthalten, die auf bestimmte Personen schliessen lassen (Art. 11 Abs. 3 FMedG). Die Bewilligungsbehörde übermittelt die Daten dem Bundesamt für Statistik zur Auswertung und Veröffentlichung (Art. 11 Abs. 4 FMedG). Diese Daten dürfen keine Hinweise auf die reproduktionsmedizinischen Zentren enthalten (Art. 14 Abs. 2 FMedV).

5.4 Kosten für die Spendersamenbehandlung

Die Kosten für eine Spendersamenbehandlung setzen sich grob gesagt aus zwei Komponenten zusammen. Erstens fallen Kosten an, *die direkt im Zusammenhang mit der Samenspende stehen* (Kosten also, die bei Verwendung des Samens des Partners nicht anfallen): etwa die Kosten für die Spendersuche und deren Eignungsabklärung, die Aufwandsentschädigung für den Spender sowie die Kosten für die administrativen Vorgänge nach FMedG, wie etwa die Meldung an das Register gemäss Art. 25 Abs. 1 FMedG (vgl. Schuler 2018, 7). Dagegen ist der Spendersamen an sich unentgeltlich (vgl. 5.1). Die Höhe dieser Kosten variiert in der Schweiz von Zentrum zu Zentrum erheblich (von rund CHF 500 bis über 1500 Franken pro Behandlungszyklus). Auch werden diese Kosten nach unterschiedlichen Prinzipien abgerechnet: Manchmal werden sie dem Paar über eine Pauschalgebühr einmalig in Rechnung gestellt, unabhängig davon, ob in der Folge mehrere Behandlungszyklen erforderlich sind. Andere Zentren stellen dem Paar diese Kosten pro Zyklus in Rechnung.

Zweitens fallen *Kosten für die Durchführung der Kinderwunschbehandlung* an (Kosten also, die auch bei Verwendung des Samens des Partners entstehen):

Die Behandlungskosten für eine IUI unterscheiden sich von Zentrum zu Zentrum und betragen ungefähr zwischen CHF 800 und CHF 1500 pro Zyklus. Darin enthalten sind die Kosten für die Insemination selbst (ca. CHF 300) sowie die Kosten für die medikamentöse Behandlung bzw. die Hormonstimulation sowie die Ultraschallkontrollen etc. (vgl. Schuler 2018, S. 8, Fn. 48). Eine IVF-Behandlung ist deutlich teurer und kostet je nach Zentrum und je nach erforderlichen Labortechniken und Medikamenten ungefähr zwischen CHF 5000 und CHF 9000 (Stimulationszyklus) bzw. ungefähr zwischen CHF 1500 und CHF 3600 (Auf-tauzyklus).

Gemäss Krankenversicherungsgesetz (KVG) und Krankenversicherungsverordnung (KVV) bzw. Krankenpflege-Leistungsverordnung (KLV) werden die durch eine Spendersamenbehandlung anfallenden Kosten teilweise von der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (OKP) übernommen.¹² Entscheidend ist zunächst die Indikation für die Behandlung: Die Kosten für eine heterologe Insemination können prinzipiell nur vergütet werden, wenn die Behandlung aufgrund einer Unfruchtbarkeit des Mannes – die als Krankheit im juristischen Sinn gilt – erfolgt. Soll mit der Behandlung jedoch die Übertragung einer schweren Krankheit auf die Nachkommen verhindert werden, kommen aufgrund der massgebenden Vorschriften Leistungen der OKP nicht in Frage. Für Spendersamenbehandlungen aufgrund männlicher Unfruchtbarkeit gilt sodann: In Bezug auf die Kosten für die Aufwendungen, die in unmittelbarem Zusammenhang mit der Samenspende stehen, greift mangels Eintrag in der Negativliste die Pflichtleistungsvermutung (BGE 129 V 167 E.4 S. 173 ff.); danach müssten diese Kosten von der Krankenkasse getragen werden. Mit Blick auf die Kosten für die Spendersamenbehandlung hängt die Vergütung durch die Krankenkasse von der Art der durchgeführten Behandlung ab: Hormontherapien und bis zu drei IUI pro Schwangerschaftseintritt werden von

¹² Die Frage, welcher Krankversicherer die Kosten für eine Spendersamenbehandlung übernehmen muss, ist rechtlich nicht geregelt. Man könnte für eine Übernahme durch die Krankenkasse der Frau argumentieren, weil es die Frau ist, die sich der Behandlung (künstlichen Befruchtung) unterziehen muss. Man könnte sich aber ebenso gut auf den Standpunkt stellen, dass die Ursache der Behandlung in der Erkrankung (Unfruchtbarkeit) des Mannes liegt, weshalb seine Krankenkasse für die Kosten aufkommen sollte. In der Praxis werden die Kosten offenbar über die Grundversicherung der Frau abgerechnet (vgl. Schuler 2018, 10).

der OKP vergütet (Anhang 1 zur KLV, 3. Gynäkologie und Geburtshilfe). Demgegenüber sind die Kosten für IVF-Behandlungen von Gesetzes wegen prinzipiell von der Deckung ausgeschlossen (Anhang 1 zur KLV, 2.5 Onkologie et 3. Gynäkologie und Geburtshilfe) und müssen daher stets von den Wunscheltern selbst bezahlt werden.

Der gesetzliche Ausschluss von IVF-Behandlungen von der Leistungspflicht der OKP lässt sich nicht ohne Weiteres begründen: Die IVF ist eine Leistung, die der Behandlung einer Krankheit im (versicherungs-) rechtlichen Sinn bzw. deren Folgen dient. Unter dieser Voraussetzung sind grundsätzlich alle im Einzelfall *wirksamen, zweckmässigen* und *wirtschaftlichen* Leistungen durch die obligatorische Krankenversicherung abgedeckt, wenn diese ärztlich angeordnet bzw. durchgeführt worden sind (Pflichtleistungsvermutung; Vertrauensprinzip). Dass die IVF-Behandlungsmethode diese Kriterien in vielen Fällen erfüllt, ist heute weitgehend unbestritten. Jedenfalls ist kaum ersichtlich, wie die Ungleichbehandlung von IUI und IVF im Anhang 1 zur KLV gerechtfertigt werden kann. Gleichwohl wurde der Eintrag zur IVF-Behandlung in der Negativliste bislang nicht angepasst, auch wenn eine regelmässige Aktualisierung vorgesehen ist.

Darüber hinaus scheint die aktuelle *Vergütungspraxis* der Krankenkassen von den obgenannten Vorgaben (KVG, KVV und KLV) insofern abzuweichen, als die Kostenübernahme trotz Leistungspflicht seitens der OKP in manchen Fällen ganz oder teilweise abgelehnt wird. Diese Situation ist offenbar darauf zurückzuführen, dass zum einen jene Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der Samenspende stehen, im TARMED aktuell nicht tarifiert sind, und dass zum anderen der *Grundsatz des Behandlungskomplexes*¹³ greift (Schuler 2018, 9 ff.).

Zusammenfassend kann also Folgendes festgehalten werden: Die Kosten für eine Kinderwunschbehandlung mit Spendersamen (Höhe und Zusammensetzung) gestalten sich je nach Kinderwunschzentrum, das die Behandlung durchführt, sehr unterschiedlich. In Bezug auf die Übernahme der anfallenden Kosten durch die Krankenkassen besteht eine Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis: Obschon die Krankenversicherungen im Falle einer männlichen Infertilität gesetzlich verpflichtet wären, die Kosten für eine Spendersamenbehandlung ganz oder teilweise zu vergüten, wird die Kostenübernahme tatsächlich oftmals abgelehnt. Darüber hinaus gestaltet sich die Vergütungspraxis namentlich mit Blick auf Spenderinseminationen in der Schweiz uneinheitlich und teilweise intransparent.¹⁴ Welche Kosten vom Paar privat zu tragen sind, hängt letztlich davon ab, in welchem Zentrum die Behandlung stattfindet und welche Krankenkasse involviert ist.

13 Nach dem mit der Rechtsprechung des Bundesgerichts bestätigten Grundsatz des Behandlungskomplexes geht die Gesamtheit der erbrachten Leistungen nicht zulasten der OKP, wenn die verschiedenen Massnahmen in einem engen Konnex zueinanderstehen und der nichtpflichtige Teil der Behandlung überwiegt (vgl. Schuler 2018, S. 9 f., m.w.H. in Fn. 58).

14 Auf ihren Websites weisen einzelne Kinderwunschzentren darauf hin, dass Spenderinseminationen von der Krankenkasse nicht bezahlt werden, während andere eine Übernahme der Behandlung durch die Krankenkasse in Aussicht stellen.

6. Ethische Problemstellungen

Aus ethischer Perspektive wirft die Samenspende konkrete Problemstellungen auf, die etwa die Gleichbehandlung und Nicht-Diskriminierung, den Schutz vor Willkür, die persönliche Freiheit und das Recht auf Information betreffen. Nachfolgend stehen die Fragen betreffend Zugang zur Samenspende (6.1), Auskunftsrechte und -pflichten (6.2), Wahl des Spendersamens (6.3), genetische Tests bei Samenspendern (6.4), Limitierung der Aufbewahrungsdauer (6.5), Unentgeltlichkeit (6.6) und Umgang mit sensiblen Daten (6.7) im Vordergrund.

6.1 Zugang zur Samenspende

Heute beschränkt sich der Zugang zur Samenspende in der Schweiz auf verheiratete und somit verschiedengeschlechtliche Paare. Diese Einschränkung wird damit gerechtfertigt, dass das Kindeswohl gewährleistet sein und ein rechtliches Kindesverhältnis zu zwei Elternteilen begründet werden können muss. Ausserdem ist der Zugang durch die mit dem Verfahren verbundenen Kosten beschränkt.

Artikel 3 FMedG, der den Zugang zur Samenspende auf Ehepaare beschränkt, stützt sich auf das Prinzip des Kindeswohls. Die verfügbaren Daten stützen die Annahme, dass sich diese familiäre Konstellation besser auf die Entwicklung des Kindes auswirkt als andere Familienformen, jedoch nicht. Kindern, die von unverheirateten Paaren aufgezogen werden, geht es nicht schlechter als Kindern, die bei Ehepaaren aufwachsen. Entscheidend sind die Stabilität des Paares und die familiären Umstände sowie das Engagement der Eltern (Brown 2010; Simoni 2012, 78 f.). Kindern, die von gleichgeschlechtlichen Paaren aufgezogen werden, geht es ebenso gut wie solchen, die bei verschiedengeschlechtlichen Paaren aufwachsen (Tascher 2005; Simoni 2012, 52 f.). Die für das Kindeswohl wichtigsten familiären Faktoren sind gemäss den vorliegenden Daten zwei gut miteinander auskommende Elternteile, die beide ihre Elternrolle engagiert wahrnehmen (Simoni 2012, 52).

In Bezug auf die Fortpflanzung ist das Kindeswohl ausserdem ein komplexeres Argument, als es auf den ersten Blick scheint. Natürlich ist es wichtig, dass ein Kind unter guten Bedingungen aufwachsen kann und vor Vernachlässigung und Misshandlung geschützt wird. Wenn dieses Prinzip jedoch schon vor der Geburt angewendet wird, führt das zu einer paradoxen Situation. Ein noch nicht gezeugtes Kind vor als unvollkommen erachteten Bedingungen schützen zu wollen bedeutet faktisch, es *vor seiner eigenen Geburt* zu schützen. Die einzige mögliche Alternative für das künftige Kind wäre nicht, unter besseren Bedingungen geboren zu werden, sondern überhaupt nicht geboren zu werden (Parfit, 1987). Um zu rechtfertigen, dass ein solcher Schutz im Interesse dieses Kindes liegt, müsste man belegen können, dass seine künftige Existenz schlimmer wäre als nie geboren zu werden.

Die heutige Beschränkung des Zugangs zur Samenspende beruht auch darauf, dass ein *Kindesverhältnis begründet werden* können muss. Unter welchen Voraussetzungen besteht ein solches Verhältnis? Normalerweise spielen hier drei Komponenten eine Rolle. Die erste ist die genetische Abstammung. In diesem Sinn sind Kinder genetisch verwandt mit ihren Eltern, diese geben ihre biologisch vererbaren Eigenschaften an sie weiter. Darum geht es, wenn ein Kind, das bei seinem sozialen Vater aufwächst, seinen «richtigen Vater» kennenlernen will. Die zweite Komponente ist die Schwangerschaft. Die Mutter trägt das Kind aus und nährt es dabei in ihrem Körper. Dieses Verhältnis besteht für den anderen Elternteil nicht in derselben Form, aber auch die Begleitung der Schwangerschaft schafft eine Bindung. Die dritte Komponente ist die soziale oder erzieherische. Die Eltern übernehmen die Erziehung des Kindes unter Berücksichtigung seiner Bedürfnisse. Sie sind für sein Wohlergehen und seine gesunde Entwicklung verantwortlich. Sie vermitteln ihm Lebensbewältigungsstrategien und Werte. Sie bilden mit ihm eine Familie. Wenn die Eltern Güter besitzen, vererben sie diese bei ihrem Tod an ihre Kinder.

Bei der Samenspende deckt die Mutter des Kindes im Regelfall als genetischer, austragender und betreuender Elternteil alle drei Komponenten des Kindesverhältnisses ab. Anders verhält es sich beim Vater, denn hier übernimmt eine Person die Begleitung der Schwangerschaft und die Betreuung des Kindes, aber der genetische Vater ist jemand anderes. Das Auseinanderfallen der für das Kindesverhältnis relevanten Komponenten erfordert eine Klärung der Frage, wer rechtlich als Vater des Kindes gilt. Nach geltendem Recht ist dies der Ehemann der Mutter. Mit dieser Regelung ist gewährleistet, dass das Kind rechtlich zwei Elternteile hat. Wenn die Mutter nicht verheiratet wäre, müsste dies auf anderem Weg sichergestellt werden. Beispielsweise könnte man vorsehen, dass die Einwilligung des Wunschvaters in die Spendersamenbehandlung gleichzeitig eine Anerkennung des Kindesverhältnisses zu dem aus der Behandlung hervorgehenden Kind darstellt, die nicht angefochten werden kann.

Die *Kosten des Verfahrens* schränken den Zugang dazu ebenfalls ein. Da Unfruchtbarkeit häufig krankheitsbedingt ist, sorgt eine solche Schranke für einen ungleichen Zugang zu medizinischen Leistungen.

Aufgrund dieser Zugangsbeschränkungen kommt aktuell für viele Paare nur eine Samenspende-Behandlung im Ausland oder eine Heiminsemination (vgl. 3.3) in Betracht. Ein Ausweichen ins Ausland ist mit verschiedenen Problemen und Risiken verbunden: Erstens bedeutet es für Paare, dass sie zusätzliche Mühen und Kosten auf sich nehmen müssen; zweitens kann das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung im Falle einer nicht-anonymen Samenspende, wie sie in diversen Ländern zulässig ist, nicht garantiert werden; drittens können im Ausland zum Beispiel mittels nicht-anonymer Samenspende herbeigeführte Schwangerschaften auch die Ärztinnen und Ärzte, die die schwangeren Frauen später in der Schweiz betreuen, vor Unsicherheiten oder Konflikte stellen: Natürlich haben Frauen auch in einer solchen Situation An-

spruch auf angemessene medizinische Versorgung; dennoch kann sich für die betreffenden Ärztinnen und Ärzte die Frage stellen, ob sie mit ihrem Handeln nicht indirekt verbotene Praktiken unterstützen.¹⁵ Auch Heiminseminationen sind mit Unsicherheiten behaftet und können gegenüber einem medizinisch unterstützten Verfahren Nachteile mit sich bringen: Für die Samenzellempfängerin bedeutet eine Selbstbehandlung ein erhöhtes Risiko mit Blick auf die Übertragung von Infektionskrankheiten, da der Spendersamen nicht medizinisch untersucht wird. Für den Spender wiederum kann eine Selbstinsemination mit weitreichenden rechtlichen Konsequenzen verbunden sein, da in solchen Fällen in abstammungsrechtlicher Hinsicht die allgemeinen zivilrechtlichen Vorschriften zur Anwendung kommen (vgl. 5.2).

Weder die Notwendigkeit der Begründung eines Kindesverhältnisses noch das Kindeswohl rechtfertigen somit die aktuellen Beschränkungen des Zugangs zur Samenspende in der Schweiz. Geschützt werden sollen die Funktionen der Familie, darin eingeschlossen die Aufgabe, für das Kind günstige Entwicklungsbedingungen zu schaffen. Diese Funktionen können Familien unterschiedlicher Art und Zusammensetzung erfüllen. Mit der aktuellen Regelung der Samenspende scheint der Staat ein bestimmtes Familienmodell zu fördern, obwohl alternative Modelle gesellschaftlich akzeptiert sind (vgl. 4) und in anderen Rechtsbereichen anerkannt werden. Menschen, die ein alternatives Modell leben, geniessen nicht den gleichen Schutz.

Die bestehenden Beschränkungen des Zugangs zur Samenspende erscheinen allerdings einem Teil der Bevölkerung aufgrund eines bestimmten Menschen- und Familienbildes gerechtfertigt. Nach dieser Sichtweise lassen sich aus der *conditio humana* moralische Annahmen für das menschliche Verhalten im Allgemeinen und die Praxis der Fortpflanzungsmedizin im Besonderen ableiten; unterstützt wird ein Familienmodell, in welchem Kinder mit einem Vater

¹⁵ Dieses Problem stellt sich nicht nur bei der nicht-anonymen Samenspende, sondern generell immer dann, wenn die Samenspende in dieser Form in der Schweiz nicht zulässig gewesen wäre. Also zum Beispiel auch, wenn eine Samenspendebehandlung durchgeführt wird bei Frauen, die nicht verheiratet sind, in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben oder alleinstehend sind.

und einer Mutter aufwachsen, die für seine Entwicklung je ihre spezifische Bedeutung haben (zu diesen Aspekten verweisen wir auf die NEK-Stellungnahme Nr. 22/2013, Kapitel 2.4 und 3.6.3). Mit Ausnahme eines Kommissionsmitglieds lehnt die NEK – aus den in der Stellungnahme Nr. 22/2013 erwähnten und weiteren Gründen, darunter zum Beispiel sozialanthropologische und soziologische Perspektiven – diese Argumentation ab.

6.2 Auskunftsrechte und -pflichten

Das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung soll es ermöglichen, Informationen über genetische Risikofaktoren zu erhalten. Vor allem aber fusst dieses Recht auf der Bedeutung einer lückenlosen persönlichen Biografie, die sich bis zu allen Wurzeln, inklusive der genetischen, zurückverfolgen lässt. Personen, die mittels Samenspende gezeugt wurden, berichten häufig, dass ihnen etwas fehlt, wenn sie den Spender nicht ausfindig machen können. Manchmal geben sie aber auch an, dass die Information über die Identität des Spenders stark an Bedeutung verliert, sobald sie vorliegt. Das Vorenthalten von Informationen (Geheimhaltung) scheint problematischer zu sein als das Fehlen von Informationen an sich. Vater bleibt für sie die Person, die die Vaterrolle übernommen hat, auch wenn der Spender bekannt ist.

Dieses Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung beinhaltet gleichzeitig eine Pflicht der Eltern, ihr Kind darüber zu informieren, dass es mittels Samenspende gezeugt wurde. Die Fragen, wann und wie das Kind informiert werden soll, können sich in der Praxis aber als heikel erweisen. Wenn das Ergebnis einer Spenderauswahl aufgrund körperlicher Merkmale ein Kind ist, das seinen Eltern gleicht (vgl. 5.1), kann der Umstand der Samenspende leicht verborgen bleiben, sei es, weil die Eltern es so wollen, oder weil sie unsicher sind über den richtigen Zeitpunkt und die angemessene Art und Weise der Informationsübermittlung. Die Übertragung dieser Pflicht auf Dritte (z.B. die Klinik, die die Insemination oder IVF durchgeführt hat) könnte das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung besser gewährleisten, wäre aber ein übermässiger Eingriff in die Privatsphäre und

in den elterlichen Verantwortungsbereich, würde für diese Kliniken eine grosse Belastung darstellen und die Gefahr bergen, dass die Information zu gegebener Zeit in unangemessener Weise übermittelt wird. Das Informationsrecht und -bedürfnis des Kindes und die entwicklungspsychologische und familiendynamische Bedeutung dieses Rechts bzw. Bedürfnisses sollten bei einer gewünschten Spendersamenbehandlung aber wenigstens möglichst frühzeitig in den ärztlichen Aufklärungs- und Beratungsprozess integriert werden. Es könnte darüber nachgedacht werden, dass Fachpersonen oder Fachstellen aus dem Gesundheitswesen einige Jahre nach der Behandlung mit den Samenzellenempfängerinnen wieder Kontakt aufnehmen und ihnen im Zusammenhang mit der Aufklärung des Kindes Unterstützung anbieten.

Kinder, die mittels Samenspende gezeugt wurden, sollten möglichst bald darüber informiert werden (vgl. Simoni 2012, 65, 81). Sobald ein Kind urteilsfähig ist, sollte es über die Identität des Spenders Auskunft verlangen können (vgl. 5.2). Angesichts der Tatsache, dass die übermittelten Daten einen erheblichen (positiven oder negativen) Einfluss auf das Selbstbild des Kindes und auf die Entwicklung seiner persönlichen Identität haben können, ist wichtig, dass eine Informationsübermittlung im persönlichen Gespräch möglich ist und das Kind von dieser Option Kenntnis hat. Für den Fall, dass es wissen möchte, wer der Spender ist, oder mit diesem in Kontakt treten will, sollte es auch auf entsprechende Beratungs- und Unterstützungsangebote zurückgreifen können.

6.3 Wahl des Spendersamens

Frauen, die eine Samenspende in Anspruch nehmen wollen, sowie ihre Partner und Familienangehörigen, haben oftmals den Wunsch, auf die Wahl des Spenders Einfluss zu nehmen. Dabei kann sich dieser Wunsch grundsätzlich auf zweierlei Weise äussern: ⁽¹⁾ Es kann der Wunsch bestehen, den Samen einer persönlich bekannten Person aus dem Familien- oder Freundeskreis zu erhalten, etwa des Bruders des unfruchtbaren Partners. Diese Art der Samenspende wird auch als «gerichtete Samenspende» bezeichnet. Dahinter steht oftmals der Wunsch nach einer genetischen

schen Verwandtschaft zwischen dem künftigen Kind und dem unfruchtbaren Partner oder nach Einbeziehung des Samenspenders in die Erziehung des Kindes.⁽²⁾ Davon grundsätzlich zu unterscheiden ist der Wunsch, einen persönlich unbekanntem Samenspender aufgrund bestimmter Merkmale und Eigenschaften auszuwählen, etwa aus einer Gruppe potenzieller Samenspender, die in einer Datenbank verzeichnet sind. Damit können eine grösstmögliche Ähnlichkeit mit dem unfruchtbaren Partner oder eine Herausbildung gewünschter Eigenschaften beim künftigen Kind angestrebt werden. Die zwischen diesen beiden Möglichkeiten der Spenderauswahl theoretisch klar definierte Grenze lässt sich in der Praxis schwer ziehen, wenn etwa Wunscheltern über eine Internetplattform potenzielle Samenspender, deren Eigenschaften ihren Vorstellungen entsprechen, aussuchen, mit ihnen in Kontakt treten und zu ihnen eine Beziehung aufbauen (Harper et al. 2017).

In der Schweiz dürfen bei der Auswahl des Spendersamens nur die Blutgruppe und die Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung des Spenders mit dem Mann, zu dem ein Kindesverhältnis begründet werden soll, berücksichtigt werden (vgl. 5.1). Mit dieser Begrenzung will der Gesetzgeber «ungerechtfertigten eugenischen Verbesserungsbegehren des Wunschelternpaares» entgegenwirken (vgl. Botschaft zum FMedG, 1996, 268). Mit den Auswahlkriterien der Blutgruppe und der Ähnlichkeit der äusseren Erscheinung soll gewissermassen die natürliche Zeugung und Herkunft des Kindes «simuliert» werden, d.h. es soll für Dritte nicht offenkundig sein, dass der Ehemann der Mutter nicht der Erzeuger ist. Die gerichtete Samenspende durch einen Bekannten im Rahmen einer fortpflanzungsmedizinischen Behandlung ist hierzulande unzulässig. Dies ergibt sich⁽¹⁾ aus den oben erwähnten gesetzlich zulässigen Auswahlkriterien,⁽²⁾ den Materialien zum FMedG sowie⁽³⁾ dem gesetzlichen Konzept der Teilanonymität, wonach nur das Kinder Auskunft über die Identität des Samenspenders erhalten kann, Spendeempfänger und Samenspender jedoch keine

identifizierenden Informationen übereinander erhalten (vgl. Fankhauser & Vionnet 2015, 155; 5.1). Eine ähnlich restriktive Rechtslage findet sich aktuell in Frankreich: Neben der Blutgruppe wird dort ebenfalls nur das äussere Erscheinungsbild (Haut-, Haar- und Augenfarbe) herangezogen. In Deutschland ist die Auswahl von Spendersamen weniger strikt geregelt. In Grossbritannien und besonders in Dänemark, wo die weltweit wahrscheinlich grösste Samenbank «Cryos» sowie die «European Sperm Bank» beheimatet sind, finden sich in den Profilen der Samenspender eine ganze Reihe weiterer Merkmale: Beruf, familiärer Hintergrund, Hobbies, Vorlieben, sexuelle Orientierung, Intelligenzprofil, Handschrift, Stimmaufzeichnungen, Kinder- und Erwachsenenfotos sowie Selbstvorstellungen. In Belgien beispielsweise ist die gerichtete Samenspende gesetzlich erlaubt.¹⁶ Unklar ist, ob die in der Schweiz geltenden Vorschriften zur Auswahl des Spendersamens eingehalten werden, besonders wenn Reproduktionsmedizinerinnen und -mediziner Spendersamen aus einer ausländischen Samenbank importieren, die ihren Nutzerinnen und Nutzern nebst den Angaben über die Blutgruppe und die äussere Erscheinung Informationen über weitere Eigenschaften des Spenders zugänglich macht. Allgemein stellt sich die Frage, ob der strikte Regelungsrahmen beibehalten werden soll.

Gewichtige Argumente sprechen dafür, Frauen bzw. Paaren die Wahl eines Samenspenders im Bekanntenkreis bzw. in einer Datenbank mit detaillierten Spenderinformationen zu erlauben. Die reproduktive Autonomie als grundlegendes Freiheitsrecht eines Individuums beinhaltet grundsätzlich nicht nur die Freiheit, ein Kind zu zeugen, fortpflanzungsmedizinische Massnahmen zu nutzen oder dies nicht zu tun, sondern auch die Freiheit, den Partner für die Fortpflanzung auszuwählen. Da nicht nur Umwelt und Erziehung, sondern auch die genetischen Anlagen die Entwicklung eines Kindes und damit das Familienleben mitbestimmen, ist es plausibel, Menschen, die eine Samenspende nutzen, eine ähnliche Wahl-

16 Art. 57 Satz 2 Loi relative à la procréation médicalement assistée et à la destination des embryons surnuméraires et des gamètes (Gesetz vom 6. Juli 2007), vgl. https://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2007070632&table_name=loi

reiheit zu ermöglichen wie jenen, die sich auf natürliche Weise fortpflanzen. Hat ein Paar die Möglichkeit, einen Samenspender zu suchen, der in möglichst vielen Punkten dem unfruchtbaren Mann ähnelt oder für das Paar wichtige Eigenschaften hat, werden sich die Eltern mit dem Kind eher identifizieren, was für eine stabile Bindung zum Kind essentiell ist (Casonato & Habersaat 2015). Grundsätzlich kann in gleicher Weise im Blick auf das Kind argumentiert werden: Wenn dieses eigene Eigenschaften und Charakterzüge im sozialen Vater wiedererkennt, wird es leichter eine stabile Bindung zu den Eltern aufbauen. Die Ähnlichkeit zwischen dem Samenspender und dem sozialen Vater kann zudem verhindern, dass das Kind zum falschen Zeitpunkt oder auf unangemessene Weise von der Samenspende erfährt. Bei der gerichteten Spende würde das Kind ausserdem wohl früher und umfassendere Informationen über den Spender erhalten als bei einer nicht gerichteten Samenspende.

Allerdings gibt es auch Argumente gegen eine freie Wahl des Spenders durch die Frau bzw. das Paar. Bei der gerichteten Samenspende eines Mannes aus dem Familien- oder Bekanntenkreis können soziale Rollen unklar werden und daraus Konflikte entstehen. Eine weitere Sorge ist, dass der Samenspender aus dem engeren Umfeld der Frau bzw. des Paares sozialem Druck ausgesetzt sein könnte und somit nicht mehr frei entscheiden könnte. Ein gewisses Risiko besteht darin, dass bei persönlicher Bekanntschaft von Samenspender und -empfängerin Gegenleistungen gefordert bzw. vereinbart werden könnten und damit der Spendecharakter unterlaufen würde. Der Kommerzialisierung muss und kann aber dadurch entgegengewirkt werden, dass die Samenspende innerhalb eines rechtlich geregelten Verfahrens stattfindet. Eine Missbrauchsgefahr kann darin bestehen, dass die Form der gerichteten Spende von Männern dazu genutzt werden könnte, sich den mit der Familiengründung grundsätzlich verbundenen rechtlichen Verpflichtungen – konkret der Unterhaltspflicht – zu entziehen.

Hinter dem Wunsch, Spendersamen aus Datenbanken aufgrund detaillierter Informationen über Interessen, Charakter und Begabungen des Spenders wählen zu können, kann die Erwartung stehen, ein Kind mit genau diesen Eigenschaften und Charakterzügen zu haben. Das ist eine irrige Vorstellung, die für das Kind prekär wird, wenn sie sein Recht auf eine offene Zukunft gefährdet. Allerdings können verengte elterliche Erwartungen auch bei der natürlichen Elternschaft bestehen. Der häufigen Kritik an den «eugenischen Zügen» einer solchen Auswahlpraxis ist entgegenzuhalten, dass die Entscheidungen zukünftiger Eltern individuell und sehr unterschiedlich motiviert sind.

Eine Abwägung der Argumente für und gegen die Wahl der Spendersamen durch die Frau bzw. das Paar stützt im Ergebnis die derzeitige strikte Regelung in der Schweiz nicht. Das gesetzliche Verbot der gerichteten Samenspende durch Angehörige oder sonstige nahestehende Personen ist nicht verhältnismässig. Angemessen wäre eine Einzelfallkontrolle im Rahmen der fortpflanzungsmedizinischen Verfahren. Hinsichtlich der Auswahl von unbekanntem Samenspendern bedarf es einer transparenten Praxis.

6.4 Genetische Tests bei Samenspendern

6.4.1 Funktion und Bedeutung

Genetische Tests bei Samenspendern dienen der Feststellung von Veranlagungen für genetische Erkrankungen, die durch Samenspende vererbt würden. Werden die gewonnenen Erkenntnisse bei der Verwendung der Samenzellen berücksichtigt,¹⁷ verkleinert sich das Risiko, dass ein Kind gezeugt wird, das an einer genetischen Krankheit leiden wird. Ausgeschlossen wird das Risiko der Vererbung genetischer Krankheiten jedoch nicht: Zum einen können mit den verwendeten Screenings (noch) nicht alle Erbkrankheiten nachgewiesen werden, zum anderen können

¹⁷ Die Samenbanken entscheiden, ob sie Spender mit bestimmten genetischen Auffälligkeiten in die Spenderkartei aufnehmen oder nicht. Wenn der Spender genetische Veränderungen aufweist, kann über ein genetisches Screening bei der Frau bzw. dem Abgleich der genetischen Profile (Matching) das Risiko weiter verringert werden, dass diese Genmutationen beim Kind zum Tragen kommen.

Mutationen und Chromosomenveränderungen neu entstehen, und zwar in einzelnen Spermien, aber auch nach der Zeugung.

Genetische Informationen zum Spendersamen können vorgängig durch eine Blutuntersuchung beim Samenspender gewonnen werden. Eine genetische Untersuchung von gespendeten Samenzellen ist hingegen wenig sinnvoll und wird in der Praxis nicht durchgeführt.¹⁸ Unterbleibt die genetische Testung beim Spender und ist demzufolge unbekannt, ob er Träger einer schweren Krankheit im Sinne von Art. 5a Abs. 2 FMedG ist, kann nicht beurteilt werden, ob möglicherweise eine Präimplantationsdiagnostik in Anspruch genommen werden könnte. Dieser Umstand sowie die Tatsache, dass Paare den Spendersamen nicht selbst auswählen dürfen, sind zentral mit Blick auf die Bedeutung genetischer Tests bei Spendern. Da Paare, die eine Samenspende in Anspruch nehmen, keinerlei Möglichkeit haben, die Auswahl der gespendeten Samen in irgendeiner Weise zu beeinflussen, sind sie darauf angewiesen, dass die Auswahl der Samenspender in ihrem Sinn erfolgte. Durch die genetische Testung kann die Wahrscheinlichkeit, dass das Kind eine genetische Krankheit haben wird, gesenkt werden. Vor dem Hintergrund, dass die Samenspende unter anderem in Fällen indiziert ist, in denen die Gefahr der Übertragung einer schweren Erbkrankheit auf das Kind nicht anders abgewendet werden kann (Art. 5 lit. b FMedG), wäre es paradox, wenn nichts gegen die mögliche Vererbung einer entsprechenden Erkrankung durch den Samenspender unternommen würde.

Von Bedeutung sind genetische Tests bei Samenspendern für Frauen, die selber gesunde Trägerinnen einer bestimmten rezessiven Erbkrankheit sind: Soll bei der Auswahl des Spermas sichergestellt werden, dass die Krankheit beim Kind nicht zum Tragen kommt, sind genetische Informationen über den Samenspender erforderlich. Findet sich kein passender Spender-

samen, über welchen auch die nötigen genetischen Informationen verfügbar sind, und kann bei keinem passenden Spender eine Nachuntersuchung durchgeführt werden, steht das Paar vor einer schwierigen Entscheidung: Entweder bricht es die Behandlung ab oder es entscheidet sich für eine Behandlung mit Samenzellen eines Spenders, der nicht genetisch untersucht wurde. Wollte die Frau bzw. das Paar in diesem Fall sicherstellen, dass das Kind nicht mit der betreffenden genetischen Veränderung zur Welt kommt, bliebe nur der Rückgriff auf die Präimplantationsdiagnostik oder die Pränataldiagnostik, wobei unklar ist, ob für Erstere die Voraussetzungen erfüllt wären. Ergäbe die Untersuchung, dass die betreffende genetische Veranlagung weitervererbt wird, könnte sich das Paar oder die Frau gezwungen sehen, den Embryo zu verwerfen oder die Schwangerschaft abzubrechen.

6.4.2 Inhalt und Umfang

Heutzutage können, wie bereits ausgeführt (3.4.), gezielte sowie breite Trägerschaftsabklärungen durchgeführt werden. Während breite Trägerschaftsabklärungen bei Samenspendern in den USA bereits Standard sind, werden sie hierzulande zurzeit nicht systematisch durchgeführt. Aktuell führen alle Schweizer Zentren eine genetische Untersuchung des Spenders auf Veränderungen der Chromosomen (Karyotyp) sowie auf Zystische Fibrose durch; einzelne Zentren nehmen zudem einen genetischen Test auf spinale Muskelatrophie vor (vgl. 3.4).

Während die Durchführung genetischer Tests bei Samenspendern in vielen Ländern durch entsprechende Regelungen (für die EU vgl. 5.1) oder Richtlinien seitens der Fachgesellschaften (vgl. 3.4) geregelt ist, gibt es in der Schweiz keine spezifischen (standes-)rechtlichen Vorgaben oder Empfehlungen dazu, ob überhaupt und welche genetischen Tests bei einem Spender vorzunehmen sind. Damit bleiben wichtige Fragen offen: Sollen Samenspender zwingend gene-

¹⁸ Vor und nach der genetischen Analyse müssen Beratungsgespräche mit dem Spender durchgeführt werden (vgl. 5.1); wenn die genetische Analyse aber erst Jahre nach Abgabe der Samenspende erfolgt, wäre die Einhaltung dieser Vorschriften – wenn überhaupt – nur mit grösstem Aufwand möglich. Ausserdem könnten in einzelnen Spermien neu entstandene Mutationen zwar nachgewiesen werden, die untersuchten Spermien aber nicht verwendet werden, da sie bei der genetischen Analyse zerstört werden.

tisch untersucht werden oder nicht? Welche Tests sind aus medizinischer Sicht notwendig oder sinnvoll? Wie kann dem Risiko von Übertestungen entgegengewirkt werden? Darüber hinaus kommen in der Schweiz aktuell unterschiedliche Standards zum Tragen. Auf welche/wie viele genetischen Krankheiten hin ein Spender untersucht wird, hängt davon ab, an welchem Zentrum die Untersuchung stattfindet. Weil im Ausland häufig viel umfangreichere genetische Untersuchungen vorgenommen werden als in der Schweiz, macht es mit Blick auf das Risiko der Vererbung einer genetischen Erkrankung ausserdem einen Unterschied, ob eine Kinderwunschklinik in der Schweiz gewonnene oder aus dem Ausland importierte Samenzellen verwendet. Aus Sicht der NEK ist es wichtig, dass geklärt wird, worin nach aktuellem wissenschaftlichen Kenntnisstand die gute Praxis zur genetischen Abklärung bei Samenspendern besteht. Es ist wünschenswert, dass sowohl die Grundlagen wie die Ergebnisse dieses Klärungsprozesses transparent gemacht werden und das Vorgehen an den Schweizer Zentren im Sinne der guten Praxis vereinheitlicht wird.

Was den konkreten Umfang bzw. Gegenstand der genetischen Untersuchung betrifft, wäre nach Ansicht der NEK eine Anlehnung an den im Rahmen einer Präimplantationsdiagnostik (PID) zulässigen Untersuchungsgegenstand prüfenswert (vgl. Art. 5a Abs. 2 und 3 FMedG). Das würde bedeuten, dass bei Samenspendern diejenigen genetischen Veranlagungen untersucht werden, die auch eine Indikation für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik darstellen können.

6.4.3 Mitteilung der Untersuchungsergebnisse

Vor und nach der genetischen Untersuchung des Samenspenders muss gemäss Art. 14 GUMG eine nicht-direktive, fachkundige Beratung stattfinden (vgl. 5.1). Dabei ist der Spender vor der Untersuchung unter anderem genau über Zweck, Art und Aussagekraft der geplanten genetischen Tests zu informieren. Besondere Bedeutung hat die Aufklärung darüber, welche genetischen Veränderungen getestet werden und

welche Bedeutung dabei festgestellte Mutationen für ihn haben können. Ausserdem muss er über die Möglichkeit sogenannter Überschussinformationen informiert werden. Es handelt sich um Ergebnisse, die im Rahmen einer genetischen Untersuchung anfallen, für deren Zweck aber nicht benötigt werden (vgl. Art. 3 lit. n des Bundesgesetzes über genetische Untersuchungen beim Menschen vom 15. Juni 2018 [GUMG; BBl 2018 3509]). Ein Beispiel für solche Informationen sind Risikofaktoren für Erkrankungen, die erst später im Leben oder möglicherweise gar nie auftreten. Je umfangreicher die genetischen Tests ausfallen, desto höher die Wahrscheinlichkeit solcher Überschussinformationen. Einige dieser Informationen könnten den Spender zu medizinischen Massnahmen (z.B. regelmässige Kontrolluntersuchungen) veranlassen oder seine Lebensgestaltung oder -planung (z.B. hinsichtlich sportlicher Aktivitäten oder der Wahl von Beruf oder Wohnort) beeinflussen (vgl. Moret et al. 2016).

Der Spender hat mit Blick auf die Untersuchungsergebnisse sowohl ein Recht auf Information als auch ein Recht auf Nichtwissen, d.h. dass er die Kenntnisnahme von Informationen über sein Erbgut verweigern kann; er entscheidet frei, ob er die Untersuchungsergebnisse zur Kenntnis nehmen will (Art. 18 Abs. 1 lit. b und Art. 6 GUMG). Es ist wichtig, dass anlässlich der Beratung im Vorfeld der Untersuchung ausführlich diskutiert und klar geregelt wird, ob der Spender über die Untersuchungsergebnisse informiert werden will. Das gilt nicht nur in Bezug auf Ergebnisse über solche genetischen Veränderungen, nach denen gezielt gesucht wird. Der Spender muss insbesondere auch entscheiden, ob bzw. welche Überschussinformationen ihm mitgeteilt werden sollen.

6.5 Limitierung der Aufbewahrungsdauer

Gemäss Art. 15 FMedG dürfen Samenzellen höchstens fünf Jahren konserviert werden. Die Konservierungsdauer kann auf Antrag des Spenders um maximal weitere fünf Jahre verlängert werden. Nach Ablauf der Frist oder wenn der Spender seine Einwilligung in die Aufbewahrung und Verwendung seines Spermias widerruft, sind die Samenzellen sofort zu vernichten (vgl. 5.1).

Hinsichtlich der Aufbewahrung gespendeter Samenzellen ist nicht erkennbar, auf welchen öffentlichen oder privaten Interessen die zeitliche Begrenzung gemäss Art. 15 FMedG beruht. Medizinische Gründe sind nicht ersichtlich: Eine Verwendung von Samenzellen, die nicht (mehr) den Qualitätsstandards entsprechen, wäre mit den ärztlichen Sorgfaltspflichten nicht vereinbar und aus diesem Grund unzulässig. Eine generelle zeitliche Limitierung ist weder geeignet noch erforderlich, um die Qualität der für die Fortpflanzung verwendeten Samenzellen sicherzustellen. Der historische Gesetzgeber begründete die Begrenzung der Konservierungsdauer im Blick auf das Kindeswohl mit der Gefahr, dass Kinder gezeugt werden, deren genetische Eltern bereits verstorben sind. Seit der Teilrevision des FMedG von 2014 (in Kraft seit 1. September 2017) erlaubt das Gesetz allerdings ausdrücklich, dass die Samenzellen eines Samenspenders auch nach dessen Tod verwendet werden. Damit besteht selbst aus Sicht des Gesetzgebers kein Grund mehr, die Konservierungsdauer gespendeter Samenzellen zum Schutz des Kindeswohls zu begrenzen. Insoweit ist Art. 15 FMedG eine Bestimmung ohne legitimen Zweck. Die Begrenzung der Aufbewahrungsdauer gespendeter Samenzellen erweist sich mithin als nicht gerechtfertigt.

Darüber hinaus führt diese Begrenzung im klinischen Alltag zu verschiedenen Problemen:

Da zwischen der Abgabe der Samenspende und ihrer erstmaligen Verwendung bis zu zwei Jahre vergehen können,¹⁹ können Spendersamen unter Umständen nur während dreier Jahre tatsächlich für Behandlungen verwendet werden.²⁰ Deshalb ist es für Paare schwierig, zwei oder mehr Kinder zu bekommen, die vom gleichen Samenspender abstammen. Gerade die genetische Verbundenheit der Geschwister wird von

Seiten der Wunscheltern aber häufig gewünscht. Um dem zeitlichen Druck zu entgehen, bleibt ihnen nur ein Ausweichen in ein Land mit weniger restriktiven Vorschriften – ein Weg, der allerdings mit anderen Problemen und Risiken verbunden sein kann (vgl. 6.1).

Weiter müssen mit Ablauf der Aufbewahrungsdauer nach geltendem Recht Samenzellen vernichtet werden, die nicht nur qualitativ einwandfrei, sondern unter Umständen aufgrund ihrer spezifischen Eigenheiten auch selten sind, wodurch die Möglichkeiten der Spenderauswahl empfindlich eingeschränkt werden. Relevant ist das insbesondere für Männer mit seltenen Merkmalen (Ethnie, Blutgruppe, etc.), für die passende Spender nur schwer rekrutiert werden können. Generell kann es zu Engpässen in der Verfügbarkeit von Spendersamen kommen.²¹ Wenn schweizerische Samenbanken keine (passenden) Samenzellen liefern können, müssen Paare eine längere Wartezeit in Kauf nehmen oder auf importierte Samenproben ausweichen, die für die Eltern mit höheren Kosten verbunden sind. Bei einem Import von Spendersamen stellt sich zudem die Frage, wie die Vorschrift, dass Samenzellen eines Spenders für die Erzeugung von höchstens acht Kindern verwendet werden dürfen (Art. 22 Abs. 2 FMedG), eingehalten werden kann.

Je kürzer die Aufbewahrungsfrist, desto unwahrscheinlicher ist zudem, dass in Bezug auf die Samenzellen eines bestimmten Spenders die in Art. 22 Abs. 2 FMedG vorgegebene Höchstzahl von acht Schwangerschaften erreicht wird. Können aber die hohen Kosten (insbesondere für genetische und infektiologische Tests, aber auch für die Rekrutierung und Administration sowie die Aufwandsentschädigung für die Spender) nur auf wenige Wunscheltern verteilt werden, führt dies zu einer Erhöhung der Aufwendun-

19 Es sind zahlreiche (Spende-)Termine und medizinische Untersuchungen erforderlich, bevor die Samenzellen eines bestimmten Spenders erstmals verwendet werden können; gewisse medizinische Untersuchungen müssen in bestimmten Zeitabständen wiederholt und die Ergebnisse jeweils abgewartet werden.

20 Die theoretisch mögliche Verlängerung der Konservierungsdauer auf Antrag des Spenders kommt in der Praxis kaum zum Tragen. Für die Samenbanken gestaltet sich die Kontaktaufnahme zum Spender – Jahre nach dessen Samenspende – aufgrund der hohen Mobilität dieser Personen häufig sehr schwierig.

21 Einige Praktikerinnen und Praktiker weisen darauf hin, dass es seit dem Wegfall der anonymen Samenspende im Jahre 2001 schwierig geworden sei, genügend Spender zu finden; sie geben ausserdem zu Bedenken, dass es sich negativ auf die Motivation der Spender niederschlagen könnte, wenn sie damit rechnen müssten, dass ihre Samenzellen vernichtet werden, bevor damit ein Kind gezeugt werden konnte. Andere Fachleute hingegen geben an, sogar Wartelisten für potentielle Spender zu führen.

gen, die die einzelnen Paare für eine Samenspende aufbringen müssen (vgl. 5.4).

6.6 Unentgeltlichkeit

Das Gesetz untersagt ausdrücklich jegliches Entgelt für eine Samenspende (Art. 21 FMedG). Wer menschliches Keimgut entgeltlich veräussert oder erwirbt, macht sich strafbar (Art. 32 Abs. 2 FMedG). Eine Ausnahme bildet die Entschädigung von Kosten und Unannehmlichkeiten in Zusammenhang mit der Samenspende. Die Höhe der Entschädigung kann mehrere Hundert Franken betragen, kann aber auch höher sein. Die Spender können daher trotz des Grundsatzes der Unentgeltlichkeit finanziell motiviert sein. Eine der wenigen Studien, die sich mit den Motivationen und Haltungen der Spender befasst, zeigt die finanzielle Motivation ebenfalls auf, hebt aber auch hervor, dass beim Entscheid zur Spende auch andere ethische Aspekte, namentlich die Bedürfnisse und Wünsche der zukünftigen Kinder, erwogen werden (Wheatley 2018). In der Praxis führen unterschiedlich hohe Entschädigungen und verschiedene Kriterien zur Festlegung derselben zu Verwirrung und können falsch interpretiert werden. So könnte der Eindruck entstehen, es gehe beim Verkauf von Sperma um Handel mit Teilen des menschlichen Körpers. Dieser Eindruck kann auch bereits deshalb bestehen, weil zum einen weder die Spendersamen noch die Insemination kostenlos sind und zum anderen dem Samenspender Kosten und Unannehmlichkeiten entschädigt werden. Es ist daher wichtig, Klarheit zu schaffen. Hierfür sollen in einem transparenten Verfahren einheitliche Ansätze und Verfahren der Entschädigung festgelegt werden.

6.7 Umgang mit sensiblen Daten

Es ist äusserst wichtig, die Rückverfolgbarkeit der im Zusammenhang mit einer Samenspende gesammelten Daten zu gewährleisten:

- Kinder, die mittels Samenspende gezeugt wurden, haben ein Recht darauf, die Identität des Samenspenders zu erfahren. Vielleicht besteht da-

rüber hinaus das Bedürfnis, diesen oder weitere Kinder des Spenders, also die Halbgeschwister, kennenzulernen (vgl. 5.2, 6.2);

- Reproduktionsmedizinische Zentren bzw. Samenbanken müssen die Qualität der Spendersamen garantieren und darüber hinaus sicherstellen, dass mit den Samenzellen eines bestimmten Spenders nur eine begrenzte Anzahl Kinder gezeugt werden (vgl. 3.4, 5.1, 5.2).
- Heikle Situationen können auftreten, wenn bei einem mittels Samenspende gezeugten Kind eine schwere Erbkrankung diagnostiziert wird, die vom Spender stammen muss. In einem solchen Fall sollen der Spender sowie weitere Kinder dieses Spenders bzw. deren Eltern informiert werden, um entsprechende Abklärungen vornehmen beziehungsweise die notwendigen Konsequenzen im Umgang mit dem Spendersamen ziehen zu können. Auch für den Fall, dass beim Spender zu einem späteren Zeitpunkt im Leben eine genetische Krankheit diagnostiziert wird, müssen Massnahmen ergriffen und alle Personen, die ein mögliches Interesse an dieser Information haben, kontaktiert werden können.

Aus den genannten Gründen muss jederzeit festgestellt werden können, wann, wo und durch wen die Samenzellen eines bestimmten Spenders entgegengenommen, untersucht, konserviert, transportiert, aufbereitet, zur Befruchtung eingesetzt oder entsorgt wurden. Ausserdem müssen alle relevanten Daten über den Spender, das Paar und das Kind sorgfältig dokumentiert, übermittelt, aufbewahrt und geschützt werden.

Dies sicherzustellen ist Aufgabe der reproduktionsmedizinischen Zentren bzw. der Samenbanken und der Behörden. Der sorgfältige Umgang mit allen Daten gemäss den einschlägigen rechtlichen Vorschriften bildet dafür die Voraussetzung.²² Erforderlich ist insbesondere auch die regelmässige Aktualisierung der Datenbanken, damit Personen auch nach einem Umzug oder Namenswechsel noch kontaktiert werden können.

22 Entsprechende Vorschriften finden sich im FMedG und in der FMedV, im GUMG sowie in den Datenschutzbestimmungen von Bund und Kantonen.

7. Fazit und Empfehlungen

Das Fortpflanzungsmedizingesetz, das die Samenspende regelt, stammt aus dem Jahr 1998. In den vergangenen gut zwei Jahrzehnten haben sich die zur Verfügung stehenden Reproduktionstechniken vervielfältigt und insbesondere im Bereich Genetik können bedeutende Fortschritte verzeichnet werden. Ebenso haben sich die Lebensformen und das Familienbild geändert. Das geltende FMedG wird den internationalen Entwicklungen nicht gerecht: So hat die Samenspende im Ausland vor allem Bedeutung für gleichgeschlechtliche Paare und für Alleinstehende. Paare aus der Schweiz nehmen mitunter im Ausland Behandlungen vor, die hier verboten sind.

Gestützt auf ihre ethischen Erwägungen formuliert die NEK Empfehlungen sowohl an den Gesetzgeber als auch an die zuständigen medizinischen Fachgesellschaften.

7.1 Empfehlungen an den Gesetzgeber

Dem Gesetzgeber empfiehlt die NEK folgende Massnahmen:

- Auch unverheiratete und gleichgeschlechtliche Paare sowie alleinstehende Frauen sollen Zugang zur Samenspende erhalten.
- Sofern eine Spendersamenbehandlung (IUI oder IVF) aus Krankheitsgründen erforderlich ist, sollen die Kosten dafür von der obligatorischen Krankenkasse gedeckt werden.
- Bereits urteilsfähige minderjährige Personen sollen Auskunft über die Abstammungsdaten verlangen können.
- Die gerichtete Samenspende durch Angehörige und sonstige nahestehende Personen soll erlaubt werden.
- Die gesetzliche Limitierung der Aufbewahrungsfrist für Samenzellen soll aufgehoben werden.

7.2 Empfehlungen an die zuständigen Fachgesellschaften

Aus Sicht der NEK sind Massnahmen durch die zuständigen Fachgesellschaften erforderlich:

- Die finanziellen Aspekte einer Spendersamenbehandlung (Kosten und Entschädigungen) sollten transparent gemacht werden.
- Es soll darauf hingewirkt werden, dass die Kosten, die in direktem Zusammenhang mit der Samenspende stehen, nach den entsprechenden Vorschriften im TARMED tarifiert werden.
- Mittels Empfehlungen soll die gute Praxis zur genetischen Abklärung bei Samenspendern in der Schweiz definiert bzw. das Vorgehen an den Schweizer Zentren dahingehend vereinheitlicht und transparent gemacht werden.

Damit sich die Praxis der Samenspende und die Entwicklungen in diesem Bereich abbilden lassen, regt die NEK zu weiterer Forschung und Datenerhebung an. Schliesslich begrüsst und unterstützt die NEK eine öffentliche Diskussion über die Entwicklungen in der Fortpflanzungsmedizin in Verbindung mit der Pluralisierung der Lebensweisen und der Formen von Elternschaft.

8. Literatur

American College of Obstetricians and Gynecologists ACOG (2017) (Reaffirmed 2019). Committee Opinion 690: Carrier Screening in the Age of Genomic Medicine. *Obstetrics and Gynecology* 129(3): e35–40.

American Society for Reproductive Medicine (ASRM) and Society for Assisted Reproductive Technology (SART) (2013). Recommendations for gamete and embryo donation: a committee opinion. *Fertility and Sterility* 99⁽¹⁾: 47–62.

Bernhard A. (2014). Kinder machen. Neue Reproduktionstechnologien und die Ordnung der Familie, Frankfurt a. M.: Fischer Verlag.

Botschaft (1996). Botschaft über die Volksinitiative «zum Schutz des Menschen vor Manipulation in der Fortpflanzungstechnologie (Initiative für menschenwürdige Fortpflanzung, FMF)» und zu einem Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) vom 26. Juni 1996, 96.058, BBl 1996 III 205.

Brown 2010. Marriage and child well-being: research and policy perspective. *Journal of marriage and family*. 72(5):1059–77.

Bundesamt für Statistik (BFS) (2019a). Medizinisch unterstützte Fortpflanzung: Behandlungen und Resultate, Gesamtansicht (2002–2017). Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheitszustand/reproduktive/medizinisch-unterstuetzte-fortpflanzung.assetdetail.8288857.html>

Bundesamt für Statistik (BFS) (2019b). Erhebung zu Familien und Generationen 2018. Erste Ergebnisse. Neuchâtel. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/efg.html> [20. November 2019].

Bundesamt für Statistik (BFS) (2017). Familien in der Schweiz. Anhang des Familienberichts 2017. Bericht des Bundesrates vom 26. April 2017 in Erfüllung der Postulate 12.3144 Meier-Schatz vom 14. März 2012 und 01.3733 Fehr vom 12. Dezember 2001. Neuchâtel. Abrufbar unter: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/erhebungen/efg.html> [20. November 2019].

Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG) vom 18. März 1994, SR 832.10: abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19940073/index.html>

Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung (Fortpflanzungsmedizingesetz, FMedG) (2001). Bundesgesetz über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung vom 18. Dezember 1998, SR 810.11; abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20001938/index.html>

Bundesgesetz über genetische Untersuchungen beim Menschen (GUMG) vom 8. Oktober 2004, SR 810.12; abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20011087/index.html>

- Casonato M. & Habersaat S. (2015). Parenting without being genetically connected. *NecPlus* 3(3). 289–306.
- Clarke H., Harrison S., Jansa Perez M. & Kirkman-Brownon J. (2019). UK guidelines for the medical and laboratory procurement and use of sperm, oocyte and embryo donors. *Human Fertility* 6: 1–13.
- Cooper T.G., Noonan E., von Eckardstein S. Auger J. et al. (2010). World Health Organization reference values for human semen characteristics. *Hum Reprod Update* 16: 231–245.
- Eurostat (2019). Age moyen à la maternité et à la naissance du premier enfant (2006-2017). Abrufbar unter: <https://ec.europa.eu/eurostat/de/web/products-datasets/product?code=tps00017> [13. November 2019]
- Fortpflanzungsmedizinverordnung (FMedV) vom 4. Dezember 2000, SR 810.112.2; abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/20002342/index.html>
- Frankhauser R. & Vionnet R. (2015). Die Samenspende im schweizerischen Recht. *Recht* 3: 144–157.
- Harper J., Jackson E., Spoelstra-Witjens L., Reisel D. (2017). Using an introduction website to start a family: implications for users and health practitioners. *Reproductive BioMedicine and Society Online* 4: 13-17.
- Levine H., Jørgensen N., Martino-Andrade A., Mendiola J. et al. (2017). Temporal trends in sperm count: a systematic review and meta-regression analysis. *Hum Reprod Update* 23: 646-659.
- Moret C., Mauron A., Fokstuen S., Makrythanasis P., Hurst S. (2016). Defining categories of actionability for secondary findings in next-generation sequencing. *Journal of Medical Ethics*. Published Online First: December 30, doi:10.1136/medethics-2016-103677.
- Parfit D. (1987). *Reasons and Persons*, Oxford: Clarendon Press.
- Rahban R.; Priskorn L.; Senn A.; Stettler E.; Galli F.; Vargas J.; van den Bergh M.; Fusconi A.; Garlandezec R.; Jensen T. K.; Multigner L.; Skakkebaek N. E.; Germond M.; Jørgensen N.; Nef S. (2019). Semen quality of young men in Switzerland: a nationwide cross-sectional population-based study. *Andrology* 7(6): 818–826.
- Schuler A. (2018). Kostenübernahme der Samenspende durch die Krankenversicherungen. Diskrepanz zwischen Theorie und Praxis. *Jusletter*, 27. August.
- Simoni H. (2012). Sozialwissenschaftliche Grundlagen zu den Konzepten «Kindeswohl, Familie und Elternschaft» im Fortpflanzungsmedizingesetz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Tasker, F. (2005). Lesbian Mothers, Gay Fathers, and Their Children: A Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics* 26(3): 224–240.
- Universität de Genève (Unige) (2019). Le sperme Suisse est de mauvaise qualité. Communiqué de presse. Abrufbar unter: <https://www.unige.ch/communication/communiqués/2019/le-sperme-suisse-est-de-mauvaise-qualité> [20. November 2019].

Verordnung des EDI über Leistungen in der obligatorischen Krankenpflegeversicherung (Krankenpflege-Leistungsverordnung, KLV) vom 29. September 1995, SR 832.112.31; abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950275/index.html>

Verordnung über die Krankenversicherung (KVV) vom 27. Juni 1995, SR 832.102; abrufbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19950219/index.html>

Wheatley A. (2018). Danish sperm donors and the ethics of donation and selection. *Med Health Care and Philos* 21(2):227–238.

Dieses Dokument wurde von der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin am 12. Dezember 2019 einstimmig genehmigt.

Mitglieder der Nationalen Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin:

Präsidentin

Prof. Dr. iur. Andrea Büchler

Vizepräsident

Prof. Dr. theol. Markus Zimmermann

Mitglieder

Dr. phil. Christine Clavien, Prof. Dr. med. Samia Hurst, Prof. Dr. med. Dr. phil. Ralf Jox; Prof. Dr. iur. Valérie Junod, Prof. Dr. med. Dipl. Soz. Tanja Krones, Dr. med. Roberto Malacrida, Prof. Dr. theol. Frank Mathwig, Dr. med. Karen Nestor, Dr. med. Benno Röthlisberger, Prof. Dr. iur. Bernhard Rüttsche, PD Maya Zumstein-Shaha RN PhD, Prof. Dr. iur. Brigitte Tag, PD Dr. med. Dorothea Wunder.

Grafik und Layout

Terminal8 GmbH, Monbijoustrasse 99, 3007 Bern, www.terminal8.ch

Geschäftsstelle

Geschäftsleitung

Dr. iur. Tanja Trost

Wissenschaftlicher Mitarbeiter

Dr. phil. Simone Romagnoli

**Nationale Ethikkommission
im Bereich der Humanmedizin**

CH-3003 Bern

Tel. +41 58 480 41 07

Fax +41 31 322 62 33

info@nek-cne.admin.ch

www.nek-cne.ch

Diese Stellungnahme ist in deutscher und französischer Sprache erschienen.
Die deutsche Version ist die Originalversion.

© 2019 Nationale Ethikkommission im Bereich der Humanmedizin, Bern.
Abdruck unter Angabe der Quelle erwünscht.