

# Eizellspende in Deutschland – Vorschläge für die konkrete Umsetzung

P. Thorn<sup>1</sup>, A. Germeyer<sup>2</sup>, A. Hammel<sup>3</sup>, H. Kentenich<sup>4</sup>, J. Krüssel<sup>5</sup>, G. Naumann<sup>6</sup>,  
V. Nordhoff<sup>7</sup>, A. Ott<sup>8</sup>, N. Sängner<sup>9</sup>, B. Sonntag<sup>10</sup>, A. Tandler-Schneider<sup>11</sup>, F. von Versen<sup>12</sup>

**Kurzfassung:** Die Zulassung der Eizellspende in Deutschland zählt seit mehreren Jahrzehnten zu den kontroversesten Themen der Reproduktionsmedizin und Bioethik. Nach wie vor bleibt die Eizellspende trotz erheblicher Fortschritte in Medizin, Ethik und Rechtswissenschaft sowie zunehmender gesellschaftlicher Akzeptanz assistierter Reproduktionstechnologien verboten. Dieses gesetzliche Verbot hat zu dem schon vor Jahrzehnten befürchteten „Eizell-Tourismus“ geführt – und die Diskrepanz zwischen medizinischer Praxis und gesellschaftlicher Realität hält an. Die wissenschaftliche und politische Diskussion kreist daher nicht nur um die Frage, ob die Eizellspende zugelassen werden soll, sondern zunehmend auch darum, wie eine verantwortungsvolle, rechtssichere und ethisch vertretbare Regulierung ausgestaltet werden kann. Dieser Beitrag identifiziert die zehn wichtigsten Fragen, die für eine Gesetzesreform von Bedeutung sind.

**Schlüsselwörter:** Eizellspende, Gesetz, Regulierung, assistierte Reproduktion, Deutschland

**Abstract: Oocyte donation in Germany – recommendations for practical implementation.** In Germany, the legalization of oocyte donation has been one of the most controversial issues in reproductive medicine and bioethics for several decades. Despite significant progress in medicine, ethics, and law – as well as growing societal acceptance of assisted reproductive technologies – oocyte donation remains prohibited. This legal ban has led to the long-anticipated phenomenon of “egg-cell tourism”, and the gap between medical practice and social reality persists. Consequently, the scientific and political debates focus not only on whether oocyte donation should be permitted, but increasingly on how a responsible, legally robust, and ethically acceptable regulatory framework could be designed. This paper identifies the ten key questions that are crucial for any potential legal reform. **J Reproduktionsmed Endokrinol 2026; 23 (2): 57–63.**

**Keywords:** oocyte donation, legislation, regulation, assisted reproduction, Germany

## ■ Einleitung

Die Eizellspende ist nach dem Embryonenschutzgesetz in Deutschland verboten. Seit vielen Jahrzehnten wird jedoch immer wieder ihre Zulassung diskutiert. Bereits im Jahr 2000 wurde im Rahmen des „Wissenschaftlichen Symposiums des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut“ in Berlin darauf hingewiesen, dass die fehlende europäische Harmonisierung zu einem Eizell-Tourismus führen könne. Es wurde empfohlen, diesem entgegenzuwirken und sicherzustellen, dass deutsche Patientinnen nicht vom medizinischen Fortschritt abgekoppelt werden [1].

Im Jahr 2018 trat das Samenspenderregistergesetz in Kraft, das bedauerlicherweise keinerlei Regelungen für die bereits damals praktizierte Embryonenspende enthielt. Ein Jahr später veröffentlichte die „Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina“ Empfehlungen für ein aktuelles Fortpflanzungsmedizinengesetz und plädierte für eine regulierte Zulassung der Eizellspende [2]. Bei die-

ser Stellungnahme waren medizinische, juristische, psychologische, medizinethische und theologische Fachkräfte involviert. Auch die Bundesärztekammer sprach sich im Jahr 2020 in ihrem Memorandum „Dreierregel, Eizellspende und Embryonenspende im Fokus“ für die Zulassung der nichtkommerziellen Eizellspende aus [3]. Beide Organisationen halten es auch aus explizit ethischer Sicht für gerechtfertigt und geboten, eine gesetzliche Änderung im Sinne einer Erlaubnis zu veranlassen und befürworten die Einführung eines modernen Fortpflanzungsmedizingesetzes.

Im Jahr 2021 unterstützte der Koalitionsvertrag „Mehr Fortschritt wagen“ u.a. eine diskriminierungsfreie Förderung reproduktionsmedizinischer Behandlungen unabhängig von medizinischer Indikation, Familienstand oder sexueller Orientierung [14]. Im darauffolgenden Jahr veröffentlichte die Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung das „BKID Positionspapier zur Eizellgabe in Deutschland“ [5]. Das BKID sprach sich für eine regulierte Zulassung aus und formulierte Rahmenbedingungen. Im Mittelpunkt

stehen dabei das Kindeswohl und die psychosoziale Beratung aller Beteiligten.

Wenige Jahre später richtete die Bundesregierung die „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“ ein. Ihr Abschlussbericht wurde im April 2024 veröffentlicht und befasste sich umfassend mit den medizinischen, psychosozialen, juristischen und ethischen Aspekten der Eizellspende, ebenso wie der Leihmutterchaft [6]. Auch von dieser Kommission wurden die juristischen und ethischen Aspekte ausführlich gewürdigt. Die Kommission kam zu dem Schluss, dass das bisherige Verbot der Eizellspende verfassungsrechtlich nicht geboten ist. Der Gesetzgeber hätte bei Zulassung der Eizellspende die Aufgabe, diese auszugestalten, wie dies auch in den meisten europäischen Ländern bereits der Fall war. Als zentrale Punkte dieser Ausgestaltung wurden die körperliche Belastung der Spenderin, deren Information und Einwilligung, das Problem einer potenziellen Ausbeutung der Spenderin sowie das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung benannt. Diese Entwick-

Eingelangt am: 19.01.2026, angenommen nach Revision am: 27.03.2026

Aus der <sup>1</sup>Praxis für Paar- und Familientherapie, Mörfelden (Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung, BkiD), <sup>2</sup>Universitätsklinikum Heidelberg (Dachverband Reproduktionsmediziner und Biologie und -medizin, DVR), <sup>3</sup>Kinderwunschzentrum Erlangen (Arbeitskreis Donogene Insemination, AKDI), <sup>4</sup>Fertility Center Berlin, <sup>5</sup>Universitätsklinikum Düsseldorf (Deutsches IVF-Register, D-IR), <sup>6</sup>Berlin (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG), <sup>7</sup>Universitätsklinikum Münster (Arbeitsgemeinschaft Reproduktionsbiologie des Menschen, AGRBM), <sup>8</sup>Kinderwunschzentrum Ludwigsburg (Bundesverband reproduktionsmedizinischer Zentren, BRZ), <sup>9</sup>Universitätsklinik Bonn (Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin, DGGEF), <sup>10</sup>Facharztzentrum für Kinderwunsch, Pränatale Medizin, Endokrinologie und Osteologie, Hamburg (Deutsche Gesellschaft für Reproduktionsmedizin, DGRM), <sup>11</sup>Fertility Center Berlin (Deutsches IVF-Register, D-IR), <sup>12</sup>Medizinische Hochschule Hannover (Arbeitsgemeinschaft Universitärer reproduktionsmedizinischer Zentren, URZ)

**Korrespondenzadresse:** Dr. Petra Thorn, D-64546 Mörfelden, Langener Straße 37, E-mail: mail@pthorn.de

lungen ließen die Hoffnung zu, dass die Legalisierung der Eizellspende in greifbare Nähe rückt [7]; die entsprechenden politischen Diskussionen wurden jedoch bislang nicht weitergeführt.

Offensichtlich ist die Eizellspende ein heikles Thema, das zwar immer wieder diskutiert wird, für das jedoch bisher das ausreichende Momentum fehlte, um diese Diskussionen in eine politische Entscheidungsfindung überzuführen. Bisher standen vor allem Fragen der grundsätzlichen Ablehnung oder Zulassung der Eizellspende im Mittelpunkt der Diskussion. Mit einer möglichen Zulassung wären jedoch zahlreiche Detailfragen verbunden, die bislang nur geringe Beachtung gefunden haben.

In diesem Artikel werden zehn zentrale Detailfragen erörtert und entsprechende Empfehlungen vorgestellt. An der Diskussion haben sich Fachvertreterinnen und Fachvertreter beteiligt, die zusammen zehn wissenschaftliche Fachgesellschaften repräsentieren. Grundlage der nachfolgenden Vorschläge sind die Empfehlungen der Wissenschaftsakademie der Leopoldina [2], der Bundesärztekammer [3] und der „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“ [6].

Ziel dieses Beitrags ist es, der Debatte um die Zulassung der Eizellspende neue Impulse zu geben und sie konstruktiv weiterzuentwickeln.

Zur Begrifflichkeit: Der Begriff „Eizellbank“ wird im folgenden Text analog zu dem bestehenden Konzept der „Samenbank“ verwendet. „Wunscheltern“ sind diejenigen, die sich ein Kind mithilfe einer Eizellspende wünschen. Der Begriff „Wunschmutter“ bzw. „Empfängerin“ wird verwendet, wenn es sich explizit um die Frau handelt, die mithilfe einer Eizellspende schwanger werden und ein Kind austragen möchte.

## ■ Zehn Vorschläge für die Regulierung der Eizellspende

### 1. Öffentliche Informationen zur Eizellspende durch neutrale Stelle

Um neutrale und nicht interessengelenkte Informationen zur Eizellspende bereit zu stellen, sollten nicht nur Fachgesellschaften, reproduktionsmedizinische Zentren und weitere Fachkräfte darüber

informieren. Es wäre eine sinnvolle Erweiterung des Informationsangebotes, wenn eine unabhängige, staatlich getragene, neutrale Informationsstelle niedrigschwellig Informationen für alle Beteiligten (potenzielle Spenderin und Wunscheltern, Familien und Kinder nach Eizellspende, Spenderinnen und deren Familie, medizinische, psychosoziale und weitere Fachkräfte, breite Öffentlichkeit) zur Verfügung stellen würde.

Diese Informationen sollten sich zum einen an Betroffene wenden: Frauen, die eine Spende erwägen, Wunscheltern (heterosexuelle Paare, alleinstehende Frauen), die diese Familienbildung erwägen, sowie Spenderinnen und Familien nach erfolgreicher Spende. Zum anderen sollte auch die breite Öffentlichkeit informiert werden, um mögliche Tabus und Stigmata um die Familienbildung mithilfe Dritter abzubauen. Die Informationen sollten zudem in einfacher Sprache und in ausgewählten Fremdsprachen veröffentlicht und durch Bild- und Videomaterial unterstützt werden.

#### Empfehlung

Wir empfehlen, die Bereitstellung dieser Informationen über die bestehende Webpräsenz des Bundesinstituts für öffentliche Gesundheit (vormals BZgA) zu organisieren, insbesondere über das etablierte Portal „familienplanung.de“ sowie über das „Informationsportal-Kinderwunsch.de“ des Bundesministeriums für Bildung, Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMBFSFJ).

Dort existieren bereits umfangreiche Materialien zu den Themen „Kinderwunsch“, „Unfruchtbarkeit“ und „reproduktive Gesundheit“. Diese Inhalte können gezielt um den Bereich „Familienbildung mit Eizellspende“ erweitert werden, sodass ein zentrales, vertrauenswürdige Onlineangebot entsteht, das bundesweit zugänglich ist und einen niedrigschwelligen Zugang zu relevanten Informationen gewährleistet.

Diese Information sollte

- unabhängig, sachlich und wertfrei sein,
- in verständlicher Sprache verfasst werden, auch in einfacher Sprache,
- in ausgewählten Fremdsprachen verfügbar sein,
- durch grafische, audiovisuelle Materialien ergänzt werden und

- die verschiedenen Aspekte (medizinisch, psychosozial, rechtlich, ethisch) ausgewogen darstellen.

### 2. Zahl der Kinder/Familien pro Spenderin

Grundsätzlich führt eine Eizellspende im Vergleich zur Samenspende zu einer geringeren Anzahl von Kindern. Während Samenspenden auch im privaten Umfeld ohne medizinische Eingriffe durchgeführt werden können, erfordert die Eizellspende eine medizinische Intervention: die hormonelle Stimulation und die Eizellentnahme (Punktion). Diese medizinischen Maßnahmen sind nicht risikofrei und sollten daher – im Interesse der Gesundheit der Spenderin – auf eine verantwortbare Anzahl von Spendezyklen begrenzt bleiben.

In den letzten Jahren wurden im Bereich der privaten Samenspende Fälle sogenannter „Massenspender“ bekannt, die mitunter mehrere Dutzende Kinder gezeugt haben – teilweise ohne Wissen der Wunscheltern. Solche Konstellationen sind bei der Eizellspende aufgrund des medizinischen Aufwands unwahrscheinlich. Dennoch erscheint es ethisch und psychosozial geboten, auch hier Obergrenzen zu definieren, um Belastungen für alle Beteiligten zu vermeiden.

Ziel einer Begrenzung ist es, die medizinischen Risiken für die Spenderin zu limitieren und Überforderungen auf emotionaler, sozialer und gesundheitlicher Ebene zu vermeiden (siehe u.a. [8–10]). Insbesondere die Erfahrungen aus Studien legen nahe, dass eine übermäßige Zahl genetisch verwandter Kinder oder Familien sowohl für die Spenderin als auch für die daraus hervorgehenden Kinder problematisch sein kann [11, 12].

Ein sinnvoller Ansatz ist dabei, nicht die Zahl der gezeugten Kinder zu begrenzen, sondern die Zahl der Familien, in die genetisch verwandte Kinder hineingeboren werden. Dies ermöglicht es Wunscheltern, mehrere Kinder von derselben Spenderin zu bekommen – mit der Folge, dass Geschwister gemeinsam aufwachsen und sich kennen. Auch psychosozial kann dies für alle Beteiligten entlastend sein [13]. Die Nachverfolgbarkeit sollte vor dem Hintergrund der anstehenden europäischen SoHO-Verordnung (Standards of Quality and Safety

for Substances of Human Origin) [14] berücksichtigen, dass Eizellen, genau wie Samenzellen, in kryokonserviertem Zustand im- und exportiert werden können (siehe Punkt 4).

Bei der Festlegung von Obergrenzen sollten die Interessen aller Beteiligten berücksichtigt und gegeneinander abgewogen werden:

#### a) Interessen der Spenderinnen:

- Minimierung körperlicher Risiken
- Möglichkeit zu bewusst gewählten, ggf. gezielten Spenden (z. B. als Exklusivspenderin für eine konkrete Wunschmutter, für bestimmte Familienformen)
- kein Gefühl der Überforderung durch zahlreiche genetisch verwandte Kinder, Schutz der eigenen Familie vor potenziell überwältigender Zahl an Halbgeschwistern der eigenen Kinder

#### b) Interessen der Kinder:

- Schutz vor psychosozialer Überforderung durch zu viele genetische Halbgeschwister
- Minimierung des Inzestrisikos

#### c) Interessen der Wunscheltern:

- vertretbare Wartezeiten auf eine Behandlung
- Planbarkeit für Geschwisterkinder von derselben Spenderin
- Vermeidung von Auslandsbehandlungen mit möglicherweise niedrigeren Standards

#### d) Interessen der rekrutierenden und behandelnden Kliniken:

- eindeutige rechtliche und organisatorische Rahmenbedingungen
- wirtschaftlich vertretbare Rekrutierungs- und Auswahlaufwand

#### Empfehlung

Wir empfehlen, dass jede Spenderin maximal drei Spendezyklen durchlaufen kann und dass, basierend auf den Empfehlungen der ESHRE-Arbeitsgruppe „Donor Offspring Limits“<sup>41</sup> sie ihre Eizellen für maximal 15 Familien spenden kann; ihre eigene Familie wird dabei nicht mitgezählt. Die Spenderin soll die Möglichkeit haben, die Anzahl der Familien niedriger festzulegen. Sie sollte nicht nur zielgerichtet für bestimmte

Wunscheltern spenden können, sondern Kriterien bei der Auswahl der Empfängerfamilie vorgeben können, die dazu dienen, die spätere Kontaktaufnahme zu erleichtern.

Die Spenderin und die Wunscheltern sind im Vorfeld der Behandlung über die Spendelimits aufzuklären. Die Spenderinnen sollten auf Wunsch über die Anzahl der Schwangerschaften, deren Verlauf und die Geburt und Gesundheit der Kinder informiert werden können.

### 3. Finanzielle Kompensation

Eizellspenderinnen sollten – analog zur Samenspende – eine angemessene finanzielle Anerkennung erhalten. Diese finanzielle Anerkennung darf nicht den altruistischen Charakter der Spende in Frage stellen, sondern soll das erhebliche zeitliche, körperliche, seelische und emotionale Engagement der Spenderinnen wertschätzen. Eine verantwortungsvoll gestaltete Kompensation kann auch dazu beitragen, potenzieller Ausbeutung vorzubeugen – insbesondere, wenn sichergestellt ist, dass die Entscheidung zur Spende nicht aus wirtschaftlicher Notlage heraus getroffen wird (siehe auch [6]).

Folgende Aspekte fließen in die Höhe der finanziellen Kompensation ein (in Anlehnung an [15]):

- Ersatz für entstandene Kosten: Erstattung unmittelbarer Auslagen: z. B. Fahrtkosten zum Kinderwunschzentrum, medizinische und psychosoziale Beratung, Verdienstauffälle u.ä.
- Kompensation für Aufwand und Belastung: Würdigung des körperlichen Einsatzes im Rahmen der medizinischen Behandlung (insbesondere die hormonelle Stimulation und Punktion der Eizellen) und die damit einhergehenden Risiken
- Darüberhinausgehende Bezahlung als Anreiz oder Motivation: Ein zusätzlicher finanzieller Anreiz über die reine Kostenerstattung hinaus ist zulässig, sofern er keine unangemessene Motivation zur Spende darstellt. Die Höhe muss so gewählt sein, dass Frauen nicht unter wirtschaftlichem Druck zur Spende gedrängt werden. Die Entscheidung zur Spende muss freiwillig und selbstbestimmt bleiben.

#### Empfehlung

Die Arbeitsgruppe spricht sich für finanzielle Kompensation in einer Größen-

ordnung von Euro 1.500 aus; dies ist keine Bezahlung, sondern eine Entschädigung für Aufwand und Einsatz. Diese Summe sollte regelmäßig an Inflation und wirtschaftliche Entwicklung angepasst werden. Diese Summe kann sich an der Kompensation von Samenspendern (zurzeit zwischen 80 und 120 Euro pro Spende) orientieren, sollte jedoch die deutlich höhere Belastung, Risiken und den medizinischen Aufwand der Eizellspende berücksichtigen. Sie lehnt sich zudem an die Vorgaben der SoHO-Verordnung [14] an, nach der finanzielle Gewinne vermieden werden sollen. Die Richtlinie sieht jedoch eine Entschädigung vor, damit die finanzielle Benachteiligung durch eine Spende vermieden wird. Eine Summe in dieser Höhe stellt keinen unzulässigen Anreiz dar, zumal die Anzahl der Spendezyklen begrenzt ist (siehe 2. „Zahl der Kinder/Familien pro Spenderin“).

### 4. Welche Eizellen werden zur Spende zugelassen?

Es gibt unterschiedliche Möglichkeiten, Eizellen zur Spende zu gewinnen, die jeweils spezifische Vor- und Nachteile aufweisen. Üblicherweise wird zunächst an Frauen gedacht, die aus primär altruistischen Gründen spenden und hierfür eine Kompensation erhalten. Diese Frauen sollten ihre eigene Familienplanung bereits abgeschlossen haben. Auf diese Weise kann gewährleistet werden, dass ihre reproduktive Gesundheit durch die Spende nicht in einem Maße beeinträchtigt wird, das ihre künftigen Lebensentwürfe oder Familienwünsche gefährdet.

Geht man von der Erfolgswahrscheinlichkeit einer Behandlung mit gespendeten Eizellen aus, so empfiehlt sich, junge Frauen, die bereits Kinder geboren haben, in das Spendeverfahren einzubinden, da sie die eigene Fruchtbarkeit bewiesen haben.

Die Möglichkeiten der Eizellspende mit spezifischen Vor- und Nachteilen:

- Bekannte Spenderinnen: Frauen aus dem sozialen Umfeld der Wunscheltern (z. B. Schwestern, Freundinnen), die bereit sind, gezielt Eizellen zu spenden. Dies führt zu komplexen psychosozialen Fragen, da eine Rollenklärung der Spenderin erforderlich ist. Zudem ist das Alter häufig höher als bei altruistischen Spenderinnen

<sup>41</sup>Persönliche Mitteilung; die Erstautorin ist Mitglied dieser Arbeitsgruppe.

- Überzählige Eizellen nach Social Freezing: Immer mehr Frauen lassen Eizellen für den eigenen Kinderwunsch kryokonservieren [16], aber nicht alle diese Eizellen werden später abgerufen. Nach umfassender Aufklärung können diese gespendet werden. Dabei muss ausgeschlossen werden, dass Social Freezing unter dem Druck erfolgt, einen Teil der Eizellen spenden zu müssen (z. B. durch finanzielle Anreize). Zudem muss den Spenderinnen bewusst sein, dass die gespendeten Eizellen zur Geburt eines Kindes führen und sie selber theoretisch kinderlos bleiben könnten. Auch in dieser Gruppe kann das Alter ein limitierender Faktor sein, es liegt im deutschsprachigen Raum aktuell bei durchschnittlich ca. 36 Jahren [16].
- Überzählige Eizellen aus IVF-Behandlungen: In bestimmten Fällen verbleiben nach einer künstlichen Befruchtung Eizellen, die von der Patientin nicht mehr benötigt werden. Nach entsprechender Einwilligung und Aufklärung können auch diese gespendet werden. Auch hier kann die Spendereizelle zur Geburt eines Kindes führen, die Spenderin jedoch kinderlos bleiben. In der Regel ist auch hier das Durchschnittsalter höher, denn die Frauen, die sich einer künstlichen Befruchtung unterziehen, sind aktuell 35,8 Jahre alt [16].
- Altruistische Spenderinnen: Frauen, die freiwillig und ohne direkten persönlichen Bezug zu den Wunscheltern Eizellen spenden. Voraussetzung sollte ein abgeschlossener eigener Kinderwunsch sein. Die Anzahl der Spendezyklen sollte auf drei begrenzt sein, um die körperlichen Risiken zu minimieren.
- Spendereizellen aus dem Ausland: Hier muss sichergestellt sein, dass die Spenderinnen ihr Einverständnis gegeben haben und über etwaige Unterschiede in rechtlichen Rahmenbedingungen (z. B. Dokumentationspflicht, Auskunftsrecht des Kindes) aufgeklärt wurden.
- Post-mortem-Spenden: Das Embryonenschutzgesetz stellt in §4 die Verwendung des Samens eines verstorbenen Mannes unter Verbot. Allerdings urteilte ein Landgericht, dass die Herausgabe von kryokonserviertem Samen an die Witwe rechtmäßig ist,

da die Befruchtung noch nicht stattgefunden hatte (LG Frankfurt, Beschluss v. 4.2.2025, 2-04 O 29/25). Ob sich diese Rechtsprechung auf vergleichbare Konstellationen – etwa die Eizellspende durch eine Schwester – übertragen lässt, ist bislang ungeklärt. Grundsätzlich erscheint es denkbar, dass auch Eizellen einer verstorbenen Frau gespendet oder postmortal zu diesem Zweck entnommen werden. Allerdings liegen hierzu nach aktuellem Kenntnisstand kaum praktische Erfahrungen vor. Die European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE) empfiehlt, sich in solchen Fällen an den allgemeinen Voraussetzungen der Gametenspende zu orientieren. Darüber hinaus sollte eine ausdrückliche Einwilligung der verstorbenen Person vorliegen, idealerweise bereits im Rahmen der Kryokonservierung oder vor Durchführung einer IVF-Behandlung eingeholt. Zudem wird empfohlen, dass zwischen dem Todeszeitpunkt und dem Beginn der Behandlung ein Zeitraum von mindestens einem Jahr liegt [17]. Die psychosoziale Erfahrung zeigt, dass von der Verwendung von Samen oder Eizellen von verstorbenen Partnern häufig Abstand genommen wird, wenn es nach einem Trauerprozess zu einer neuen Ausrichtung im Leben gekommen ist. Dies ist allerdings im Rahmen einer Spende nur dann relevant, wenn eine Person die Spende annimmt, die in einer Beziehung mit der Spenderin stand. Zu vermuten ist grundsätzlich, dass es für Kinder belastend und irritierend sein kann, wenn sie wissen, dass sie aus Gameten einer verstorbenen Person entstanden sind.

#### Empfehlung

Alle o.a. Möglichkeiten bis auf die Post-mortem-Spende sollten zugelassen werden. Spenderinnen sind durch geeignete medizinische Untersuchungen und Anamnesen in dem nach dem Stand der Wissenschaft erforderlichen Umfang zu prüfen, um das Risiko der Übertragung von Erkrankungen auf die Wunschmutter und das entstehende Kind zu minimieren. Sie sind über alle Risiken aufzuklären.

In allen Fällen, auch in denjenigen, in denen Eizellen gespendet werden, die bereits vorliegen, müssen die Schutz-

vorgaben der Gewebeverordnung (Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz [18]) eingehalten werden. In diesen Fällen kann die finanzielle Kompensation geringer ausfallen. Zudem sollte das Alter der Spenderin zum Zeitpunkt der Eizellentnahme berücksichtigt werden, da es maßgeblich mit der Wahrscheinlichkeit einer späteren Lebendgeburt verknüpft ist.

Die Wunscheltern sollten transparent in die Entscheidung der Verwendung dieser Eizellen eingebunden werden. Darüber hinaus sollte auch die freiwillige altruistische Spende von Frauen ohne persönlichen Bezug zu den Wunscheltern möglich sein.

Beim Import von Spendereizellen aus dem Ausland muss die Zustimmung der Spenderinnen sowie deren Informiertheit über alle rechtlichen Aspekte im Empfängerland – etwa zur Dauer der Dokumentation oder zum Auskunftsrecht des Kindes – vorliegen.

Analog zu Samenbanken sollten auch Eizellbanken rechtlich zugelassen und reguliert werden, um eine transparente, ethisch vertretbare und medizinisch sichere Eizellspende zu gewährleisten.

Post-mortem-Spenden sollten grundsätzlich verboten sein. Ausnahmen sollten zugelassen werden, wenn seit dem Tod nur eine geringe Zeit vergangen, die Spenderin erst nach der Einleitung der Befruchtung der Eizellen verstorben ist [2] und das Vorgehen im Rahmen einer psychosozialen Beratung exploriert wurde.

#### 5. Wer darf gespendete Eizellen empfangen?

Eine Familienbildung mit gespendeten Eizellen ist für heterosexuelle Paare, für lesbische Paare (jeweils verheiratete und nicht verheiratete) und für alleinstehende Frauen mit entsprechender medizinischer Indikation denkbar. Gründe können medizinischer Natur (z. B. verfrühte Menopause, Gefahr der Übertragung einer genetischen Erkrankung) oder biologisch bedingt sein (verminderte Eizellreserve aufgrund fortgeschrittenen Alters oder vorausgegangener fertilitätsmindernder Behandlung).

### Empfehlung

Um eine Diskriminierung aufgrund der sexuellen Ausrichtung oder des Familienstands zu vermeiden, empfehlen wir die Zulassung der Eizellspende für alle o.a. Gruppen. Wir empfehlen darüber hinaus, dass das Austragen einer Schwangerschaft für die Wunschmutter und das Kind nicht mit unnötigen Risiken verbunden ist (siehe 7. Medizinische Behandlung). Daher sollten keine gesundheitlichen Bedenken gegen das Austragen einer Schwangerschaft bestehen.

Da ein vorangeschrittenes Alter mit erhöhten Schwangerschaftskomplikationen einhergeht, sollten Frauen ab dem 45. Lebensjahr gesundheitlich überprüft werden. Das Maximalalter der Wunschmutter sollte bei Übertragung der Spendeizelle das abgeschlossene 50. Lebensjahr nicht überschreiten, da die Risiken für Mutter und Kind ab diesem Alter stark zunehmen [2].

### 6. Psychosoziale Beratung

Eine Familienbildung mit Hilfe Dritter greift in die normative Familienstruktur ein und geht mit zahlreichen psychosozialen Fragen einher. Sowohl die Spenderin als auch die Wunscheltern müssen u.a. entscheiden, wann sie ihr soziales Umfeld einbinden und wie sie über die Spende sprechen. Die Wunscheltern sind zudem vor die Frage gestellt, wann und wie sie ihr Kind über die Zeugungsgeschichte informieren und wie sie es diesbezüglich bestmöglich in seiner Entwicklung begleiten. Die Spenderin ihrerseits ist vor ähnliche Fragen gestellt, wenn sie eine Partnerschaft eingeht und eigene Kinder bekommt.

### Empfehlung

Sowohl die Wunscheltern als auch die Spenderin sollten durch die ärztliche Fachkraft medizinisch aufgeklärt und psychosozial beraten werden. Dies sollte u.a. die Erfolgswahrscheinlichkeit weiterer Behandlungen mit eigenen Eizellen und Alternativen zur Eizellspende (Adoption, Embryonenspende u.ä.) sowie die Risiken einer Schwangerschaft mit Eizellspende (vor allem erhöhtes Risiko für Eklampsie, Hypertonie) umfassen.

Zudem sollte das Angebot einer niedrigschwelligen psychosozialen Beratung durch eine entsprechend fortgebildete Beratungsfachkraft obligatorisch sein.

Ärztinnen und Ärzte sollten verpflichtet werden, auf eine entsprechende Beratung vor Behandlungsbeginn hinzuweisen und hierfür Kooperationen vorzuhalten [19]. Diese Beratung sollte vor der Behandlung, in deren Verlauf und nach Abschluss der Behandlung für die (Wunsch-) Eltern und ihr/e Kind/er und die Spenderin und ihre Familie jederzeit offen sein, vor allem, wenn die konkrete Aufklärung der Kinder oder der Kontakt des Kindes zu Halbgeschwistern oder zur Spenderin ansteht [20].

### 7. Medizinische Behandlung

Die Eizellspende sowie das Austragen einer Schwangerschaft nach Eizellspende sind mit bestimmten Risiken verbunden. Die aktuellen Stimulationsprotokolle zeigen für Deutschland, dass Komplikationen im Rahmen der Eizellentnahme bei Frauen, die sich einer In-vitro-Fertilisation unterziehen, um ein Kind zu bekommen, unter 1 %, schwerwiegende Komplikationen sogar unter 0,15 % liegen [16]. Ausländische Studien zeigen auf, dass Komplikationen im Rahmen der Eizellspende ebenfalls selten und Spenderinnen mit dem Prozess zufrieden sind [21–23]. Dennoch können bei Spenderinnen Komplikationen wie Blutungen, Verletzungen oder ein Überstimulationssyndrom auftreten.

Bei Empfängerinnen von Eizellspenden zeigt sich ein erhöhtes Risiko für Bluthochdruck während der Schwangerschaft sowie ein höheres Risiko für Präeklampsie. Diese Risiken sind bei Mehrlingsschwangerschaften noch ausgeprägter [24–26].

Derzeit werden sowohl die Übertragung frischer Embryonen als auch die Verwendung kryokonservierter Eizellen parallel praktiziert. Es scheint jedoch, dass die Kryokonservierung von Spendeizellen zunehmend bevorzugt wird, da die Schwangerschaftsraten vergleichbar sind [27], die Logistik jedoch einfacher ist. Die Verfahren erfordern ein unterschiedliches Engagement der beteiligten Frauen: Bei der Verwendung frischer Eizellen müssen die Zyklen der Spenderin und der Empfängerin synchronisiert werden, während dies bei der Verwendung kryokonservierter Eizellen nicht notwendig ist. Allerdings erfordert letzteres den Aufbau und die Logistik einer Eizellenbank, ähnlich wie es bereits bei der Samenspende der Fall ist.

### Empfehlung

Spenderinnen und Wunschmütter sollten umfassend über die medizinischen Risiken aufgeklärt werden. Wunschmüttern sollte zudem empfohlen werden, medizinische Fachkräfte, die die Schwangerschaft und Geburt begleiten, über die Eizellspende zu informieren, damit dies bei möglichen Komplikationen berücksichtigt werden kann. Sowohl die Eizellspenderin als auch die Wunschmutter sollten über eine Absicherung möglicher Behandlungskosten im Falle von Komplikationen verfügen (z. B. durch eine gültige Krankenversicherung). Dadurch wird sichergestellt, dass in solchen Situationen keine der beiden Parteien finanziellen Belastungen ausgesetzt ist.

Um eine Mehrlingsschwangerschaft zu vermeiden, sollte grundsätzlich der „single-embryo-transfer“ durchgeführt werden.

Die logistische und rechtliche Umsetzung der Eizellspende sollte sowohl die Anforderungen für frische Spenden als auch für kryokonservierte Eizellen berücksichtigen.

### 8. Auskunftsrecht

Das Recht auf Kenntnis der eigenen Herkunft ist für alle Kinder von zentraler Bedeutung, deren biologische bzw. genetische Wurzeln außerhalb der rechtlichen Familie liegen. Für durch Samenspende gezeugte Kinder wurde dieses Recht im Samenspenderegistergesetz (SaRegG) verankert: Sie haben die Möglichkeit, die Identität des Spenders zu erfahren. Ab dem 16. Lebensjahr steht ihnen dieses Auskunftsrecht eigenständig zu; zuvor können die sorgeberechtigten Eltern es im Namen ihres Kindes geltend machen. Die relevanten Daten werden hierfür zentral gespeichert und für 110 Jahre aufbewahrt.

In den vergangenen Jahren wurde zunehmend deutlich, dass viele dieser Kinder nicht nur Informationen über ihre genetische Abstammung, sondern auch den Kontakt zu Halbgeschwistern suchen – also zu anderen durch denselben Spender gezeugten Kindern oder zu Kindern des Spenders selbst [11, 27, 28]. Das aktuelle SaRegG enthält hierfür bislang keine Regelungen oder unterstützende Strukturen.

### Empfehlung

Grundsätzlich sollten die Regelungen des Samenspenderegistergesetzes (SaRegG)

auch für Kinder Anwendung finden, die durch eine Eizellspende gezeugt wurden. Die Spenderinnen sollten über dieses Auskunftsrecht, die Dokumentationsdauer von 110 Jahren, aber auch über die typischen Bedürfnisse der Kinder aufgeklärt werden. Auch muss ihnen bewusst sein, dass manche Kinder vor dem 16. Lebensjahr Auskunft über sie oder Kontakt zu ihnen aufbauen möchten.

Darüber hinaus sollte diesen Kindern die Möglichkeit eingeräumt werden, auf Wunsch Kontakt zu genetischen Halbgeschwistern aufzunehmen. Um dies zu ermöglichen, bedarf es einer gesetzlich verankerten Struktur, die entsprechende Begegnungen in einem geschützten und ggf. psychosozial begleitetem Rahmen unterstützt.

Die bislang übliche Anonymität der Spenderin bis zur Geltendmachung des Auskunftsrechts sollte unter bestimmten Voraussetzungen aufgehoben werden können – etwa dann, wenn sowohl die Eltern als auch die Spenderin einer früheren Offenlegung ausdrücklich zustimmen. Eine solche Regelung würde der wachsenden Bedeutung von Transparenz im Bereich der Familienbildung mit Hilfe Dritter Rechnung tragen.

## 9. Erweiterung des Deutschen IVF-Registers (D-I-R) um Behandlungen mit Eizellspende

Seit 1992 stellt das D-I-R eine zuverlässige und kontinuierliche Auswertung der Ergebnisse reproduktionsmedizinischer Behandlungen zur Verfügung. Seit 2023 deckt es mittels des Deutschen Registers für Insemination (DERI) auch Behandlungen mit intrauteriner Insemination (IUI) im homologen und im donogenen System ab.

### Empfehlung

Die Behandlungen mit Eizellspende sollten in das D-I-R aufgenommen werden, damit auch diese wissenschaftlich ausgewertet und für die Öffentlichkeit aufbereitet werden können. Hierzu gehören alle für die Eizellspende spezifischen Aspekte, u.a. das Alter der Spenderinnen, Anzahl der gewonnenen Eizellen, Komplikationsrate und Schwangerschaftsoutcome.

## 10. Wissenschaftliche Begleitung

Es ist dringend erforderlich, sowohl die medizinischen als auch die psychosozialen Aspekte der Familienbildung mit

Hilfe Dritter umfassend wissenschaftlich zu begleiten.

Die medizinische Forschung sollte insbesondere darauf abzielen, Verfahren wie die hormonelle Stimulation und Eizellentnahme für die Spenderinnen sicherer zu gestalten und gesundheitliche Risiken zu minimieren. Gleiches gilt für die Transferzyklen der Empfängerinnen, auch hier ist medizinisch-wissenschaftliche Forschung notwendig, um gegebenenfalls Einflüsse der Eizellspende auf den Verlauf der Schwangerschaften und die Gesundheit der Mütter und Kinder zu erfassen.

Parallel dazu ist eine vertiefte psychosoziale Forschung notwendig. Diese sollte die Erfahrungen aller beteiligten Personengruppen – Wunscheltern, Spenderinnen und Kinder – erfassen und analysieren. Darüber hinaus gilt es, die Familiendynamiken sowohl in den neu entstandenen Familien, als auch in den Familien der Spenderinnen systematisch zu untersuchen.

Ziel dieser wissenschaftlichen Begleitung ist es, den rechtlichen Rahmen (einschließlich gesetzlicher und weiterer Regelungen) evidenzbasiert weiterzuentwickeln, Beratungskonzepte vor, während und nach der Behandlung sowie nach der Geburt des Kindes zu verbessern und Fachkräfte bedarfsgerecht fortzubilden.

### Empfehlung

Es sollten gezielt finanzielle Mittel bereitgestellt und entsprechende Förderprogramme zur wissenschaftlichen Untersuchung dieser neuen Familienstrukturen ausgeschrieben werden (ähnlich dem Forschungsverbund: „Psychosomatische Diagnostik/Therapie von Fertilitätsstörungen“ 1993–1999. Gefördert vom Bundesministerium für Bildung, Forschung, Wissenschaft und Technologie BMBF, Förderungszeichen: 01KY9303).

## ■ Relevanz für die Praxis

Seit über 20 Jahren wurde immer wieder die Zulassung der Eizellspende diskutiert. Zuletzt befasste sich die von der Regierung beauftragte „Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin“, damit, und eine regulierte Zulassung schien in greifbare Nähe zu rücken. Die erforderlichen Diskussionen wurden jedoch nicht weitergeführt.

Dieser Artikel befasst sich – im Gegensatz zu den eher grundlegenden Fragen der Ablehnung oder Zulassung der Eizellspende – mit zehn zentralen Detailfragen. Ziel ist, der Debatte um die Eizellspende neue Impulse zu geben.

## ■ Interessenkonflikte

Petra Thorn: Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Kinderwunschberatung, Vorstandsmitglied im Arbeitskreis Donogene Insemination, Mitglied der ESHRE-Arbeitsgruppen „Donor Offspring Limit“ und „Psychosocial Care in Infertility“. Finanzierung: Vortragstätigkeiten für Merck Healthcare Germany GmbH, Gedeon Richter GmbH

Ariane Germeyer: Vortragstätigkeit für Firma Organon Healthcare GmbH, Ferring GmbH; Softconsult GmbH, Springer Medizin Verlag GmbH, Deutsche Krebsgesellschaft e.V., RG Informations- & Organisations GmbH, Gedeon Richter GmbH; DGS e.V., Merck Healthcare Germany GmbH, Landesapothekerkammer, IBSA Pharma GmbH; Kongressreisenunterstützung: Merck Healthcare Germany GmbH. Vorstandsmitglied im URZ, Fertiprotekt e.V., DVR

Andreas Hammel: keine

Heribert Kentenich: Mitglied in verschiedenen Fachgesellschaften für Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie

Jan Krüssel: keine

Gert Naumann: Präsident der DGGG e.V.

Verena Nordhoff: Vorstandsmitglied AGRBM, Vorstandsmitglied DGGEF, Vorstandsmitglied FertiPROTEKT, Vertreterin für Deutschland im ESHRE Committee of National Representatives, Mitglied im ESHRE EU Affairs Committee, Steering Committee Mitglied ESHRE Certification for Clinical Embryologist, Auditor für ESHRE ART Centre Certification; Referententätigkeit für: Ärztekammer Westfalen-Lippe, Wiconect, Cooper Surgical, DGA, ESHRE, Organon

Andreas Ott: keine

Nicole Säger: Vorstandsmitglied DGGG, Vorstandsmitglied und Präsidentin der DGGEF, Vorstandsmitglied FertiPROTEKT, Mitglied der ständigen Kommission für Keimzellen und Keimzellgewebe der Bundesärztekammer, Direktorin der Gynäkologischen Endokrinologie und Reproduktionsmedizin der Universitätsklinik Bonn. Referententätigkeit für Fa. Ferring, Merck, Exseltis, Theramex, Novo Nordisc

Barbara Sonntag: Vorstandsmitglied DGRM; Ärztliche Leitung Kinderwunschzentrum amedes fertility Hamburg Barkhof; Autorin, Referententätigkeit und Beratertätigkeit für Ärztekammer Westfalen-Lippe, Firma MerckHealthcare Germany, IBSA Pharma GmbH, SpringerNature Medizin GmbH

Andreas Tandler-Schneider: Vortragstätigkeiten für Merck, IBSA, Theramex, Ferring, Besins und Gedeon Richter

Frauke von Versen: Vorstandsmitglied in AG URZ bis 2/2026, Vorstandsmitglied DGGG, Advisory Board Tätigkeit für IBSA Pharma GmbH; Kongressreiseunterstützung: Gedeon Richter GmbH, Merck Healthcare Germany GmbH

## ■ Ethikkommission

Dieser Artikel stellt keine Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung dar. Eine Einbindung einer Ethikkommission war daher nicht erforderlich.

## Literatur:

1. Bundesministerium für Gesundheit. Fortpflanzungsmedizin in Deutschland - Wissenschaftliches Symposium des Bundesministeriums für Gesundheit in Zusammenarbeit mit dem Robert-Koch-Institut vom 24. bis 26. Mai 2000 in Berlin. Nomos, Baden-Baden, 2001.
2. Beier H, et al. Ein Fortpflanzungsmedizinengesetz für Deutschland. Diskussion Nr. 13. 2019. <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/fortpflanzungsmedizin-in-deutschland-fuer-eine-zeitgemaeesse-gesetzgebung-2019/> [letzter Zugriff: 10.12.2025]
3. Bundesärztekammer. Dreierregel, Eizellspende und Embryonenspende im Fokus - Memorandum für eine Reform des Embryonenspendengesetzes. 2020. [https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/\\_old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Bek\\_BAEK\\_Memorandum\\_Online.pdf](https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MuE/Bek_BAEK_Memorandum_Online.pdf) [letzter Zugriff: 04.12.2025]
4. SPD; Bündnis 90/Die Grünen; FDP. Mehr Fortschritt wagen. Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025. 2021. [https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag\\_2021-2025.pdf](https://www.spd.de/fileadmin/Dokumente/Koalitionsvertrag/Koalitionsvertrag_2021-2025.pdf) [letzter Zugriff: 05.12.2025]
5. Thorn P. BKiD Positionspaper zu Eizellgabe in Deutschland. J Reproduktionsmed Endokrinol 2022; 19: 135–9.
6. Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. Langfassung. 2024. <https://www.bmfsfj.de/resource/blob/238402/c47cae58b5cd2f68ffbd6e4e988f920d/bericht-kommission-zur-reproduktiven-selbstbestimmung-und-fortpflanzungsmedizin-data.pdf> [letzter Zugriff: 05.12.2025]
7. Kantenich H, Eberlein H, Strowitzki T. Stellungnahmen zur Eizellspende und Leihmutterchaft im Bericht der Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin. Gutes Papier, aber offene Fragen. Die Gynäkologie 2024; 57: 840–6.
8. Deutsche Gesellschaft für Kinderwunschberatung (BKID). „Masenspender“ und fehlende gesetzliche Regelungen in Deutschland. 2023. [https://www.bkid.de/wp-content/uploads/2023/06/BKID\\_Stellungnahme\\_2023\\_JacobM.pdf](https://www.bkid.de/wp-content/uploads/2023/06/BKID_Stellungnahme_2023_JacobM.pdf) [letzter Zugriff: 12.11.2025]
9. Samenspende: Spender hatte Krebs-begünstigende Genmutation. 2025. <https://www.aerzteblatt.de/news/samenspende-spender-hatte-krebs-begunstigende-genmutation-acb63d94-11b9-4405-a5ba-1bf4010838a0> [letzter Zugriff: 01.03.2026]
10. Redhead CAB, et al. Warnock and its contested legacy in relation to donor conceived families: the case for regulatory reform. Hum Fertil (Camb) 2025; 28: 2493252.
11. Indekeu A, Bolt S, Maas A. Meeting multiple same-donor offspring: psychosocial challenges. Hum Fertil (Camb) 2022; 25: 677–87.
12. Kirkman-Brown J, et al., Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. Hum Reprod 2022; 2022: hoac001.
13. Janssens P, et al. Evolving minimum standards in responsible international sperm donor offspring quota. RMB Online 2015; 30: 568–80.
14. Europäisches Parlament, Verordnung (EU) 2024/1938 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Juni 2024 über Qualitäts- und Sicherheitsstandards für zur Verwendung beim Menschen bestimmte Substanzen menschlichen Ursprungs (SoHO) – ABl. EU 2024 L 1938/1. Europäische Union, Editor. 2024. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L\\_202401938](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=OJ:L_202401938) [letzter Zugriff: 15.12.2025]
15. Shenfield F et al., Writing Group on behalf of the ESHRE Ethics Committee. Ethical considerations on surrogacy Hum Reprod 2025; 40: 420–5.
16. D-I-R, Deutsches IVF Register. J Reproduktionsmed Endokrinol 2025; 22: 155–212.
17. Pennings G et al., ESHRE Task Force on Ethics and Law 11: Posthumous assisted reproduction. Hum Reprod 2006; 21: 3050–3.
18. Transplantationsgesetz, Gesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Gewebe. 2024. <https://www.gesetze-im-internet.de/tpg/BJNR263100997.html> [letzter Zugriff: 02.03.2026]
19. Wischmann T, Thorn P. Psychosoziale Kinderwunschberatung in Deutschland. Status quo und Erfordernisse für eine bessere Konzeptualisierung, Implementierung und Evaluation. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Berlin 2014.
20. International Infertility Counseling Organisation. IICO Statement about Psychosocial Counselling and Professional Support related to involuntary childlessness, including Implications over the life-course. 2024 <https://www.iico-infertilitycounseling.org/wp-content/uploads/2024/09/IICO-Statement-about-Psychosocial-Counselling-and-Professional-Support-related-to-involuntary-childlessness-and-its-life-course-implications-September-2024.pdf> [letzter Zugriff: 12.11.2025]
21. Soderstrom-Anttila V et al. Short- and long-term health consequences and current satisfaction levels for altruistic anonymous, identity-release and known oocyte donors. Hum Reprod 2016; 31: 597–606.
22. Cordier C et al. Views of French oocyte donors at least 3 years after donation. Reprod Biomed Online 2020; 40: 819–26.
23. Bodri D et al. Complications related to ovarian stimulation and oocyte retrieval in 4052 oocyte donor cycles. Reprod Biomed Online 2008; 17: 237–43.
24. Altmann J, et al., Lifting the veil of secrecy: maternal and neonatal outcome of oocyte donation pregnancies in Germany. Arch Gynecol Obstet 2021; 1: 59–69.
25. Keukens A, van Wely M, van der Meulen C, Mochtar MH. Pre-eclampsia in pregnancies resulting from oocyte donation, natural conception or IVF: a systematic review and meta-analysis. Hum Reprod 2022; 37: 586–99.
26. Silvestris E, et al. Pregnancy by oocyte donation: reviewing fetal-maternal risks and complications. Int J Mol Sci 2023; 24: 13945.
27. Cornet-Bartolome D, Rodriguez A, Garcia D, Barragan M, Vassena R. Efficiency and efficacy of vitrification in 35 654 sibling oocytes from donation cycles. Hum Reprod 2020; 35: 2262–71.
28. Bolt S H, Notermans C, van Brouwenhagen A, Maas A, Indekeu A. The ongoing work of kinship among donor half-siblings in the Netherlands. BioSocieties 2021; 18: 156–73.