Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e.V.

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR REPRODUKTIONSMEDIZIN e.V.

Gemeinsame Stellungnahme

der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. (DGGG)
und der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin e. V. (DGRM)

zum Referentenentwurf

des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz „Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Kindschaftsrechts (Kindschaftsrechtsmodernisierungsgesetz – KiMoG)“

Stand: 12. August 2026

Kernaussagen

- DGGG und DGRM begrüßen die Stärkung von Kindeswohl, Herkunftsrechten und Familienautonomie im Referentenentwurf.
- Aus gynäkologischer und reproduktionsmedizinischer Sicht besteht jedoch erheblicher Klarstellungsbedarf für Familien nach Samen-, Eizell- und Embryonenspende.
- Entscheidend ist eine klare Trennung zwischen genetischer Herkunft, rechtlicher Elternschaft, Geburtsmutterschaft, intendierter beziehungsweise sozialer Elternschaft und der Rolle einer Spenderperson.
- Das Recht des Kindes auf Herkunftskenntnis und eine später selbstbestimmte Kontaktaufnahme darf nicht automatisch zu eigenen Eltern-, Umgangs- oder Auskunftsrechten der Spenderperson führen.
- Zusätzlicher Regelungsbedarf besteht bei gleichgeschlechtlicher intendierter Elternschaft: insbesondere bei der Co-Mutterschaft nach Samenspende sowie bei der rechtlichen Zuordnung bereits geborener Kinder nach im Ausland durchgeführter Leihmutterschaft.
- Darüber hinaus besteht aus gynäkologischer sowie kinder- und jugendgynäkologischer Sicht Klarstellungsbedarf zur medizinischen Selbstbestimmung Minderjähriger, zur Übertragung von Gesundheitsentscheidungen auf Dritte und zur fachlichen Beteiligung bei Eingriffen an den Geschlechts- und Reproduktionsorganen.

1. Anlass und grundsätzliche Bewertung

DGGG und DGRM unterstützen das Ziel, das Kindschaftsrecht an heutige Familienrealitäten anzupassen und die Rechtsposition von Kindern zu stärken. Der Referentenentwurf berücksichtigt reproduktionsmedizinisch entstandene Familien jedoch nur punktuell. Dies betrifft insbesondere Konstellationen nach heterologer Samenspende, Eizellspende und Embryonenspende sowie bekannte oder private Spenden und grenzüberschreitende Behandlungen.

Nicht hinreichend gelöst sind darüber hinaus die statusrechtlichen Folgen reproduktionsmedizinisch begründeter gleichgeschlechtlicher Elternschaft. Dies betrifft insbesondere die fehlende unmittelbare rechtliche Zuordnung einer intendierten Co-Mutter sowie die Rechtsstellung von Kindern männlicher gleichgeschlechtlicher Paare nach im Ausland durchgeführter Leihmutterschaft. [1,9–13]

Daneben enthält der Entwurf Regelungen zur Gesundheitsfürsorge Minderjähriger, zur Übertragung sorgerechtlicher Befugnisse auf Dritte, zu Varianten der Geschlechtsentwicklung sowie zu vorgeburtlichen Kinderschutzmaßnahmen. Diese berühren unmittelbar die gynäkologische, geburtshilfliche und kinder- und jugendgynäkologische Versorgung und sollten im weiteren Gesetzgebungsverfahren fachlich präzisiert werden.

Für die betroffenen Kinder und Familien ist Rechtssicherheit von besonderer Bedeutung. Die medizinisch und psychosozial sinnvolle Offenheit über die Entstehungsgeschichte eines Kindes setzt voraus, dass Herkunftsaufklärung nicht mit unklaren oder unerwarteten familienrechtlichen Folgen verbunden ist. Gleichzeitig dürfen eigenständige Rechte des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft und auf eine spätere, von ihm gewünschte Kontaktaufnahme nicht durch Vereinbarungen der Erwachsenen vor seiner Zeugung ausgeschlossen werden.

DGGG und DGRM halten deshalb ausdrückliche Klarstellungen sowohl für reproduktionsmedizinische Familienkonstellationen als auch für die gynäkologische und kinder- und jugendgynäkologische Versorgung im weiteren Gesetzgebungsverfahren für erforderlich.

2. Terminologie: genetische Herkunft ist nicht gleich Elternschaft

Der Referentenentwurf verwendet an zentralen Stellen den Begriff des „leiblichen, nicht rechtlichen Elternteils“, ohne für reproduktionsmedizinische Konstellationen hinreichend zu definieren, ob und wann hierunter auch Gameten- oder Embryonenspender fallen. Dies ist insbesondere bei der Eizellspende problematisch: Die gebärende Frau ist rechtliche Mutter; genetische Herkunft, Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft können dabei bewusst auseinanderfallen.

Aus medizinischer und familienrechtlicher Sicht sollten daher mindestens folgende Ebenen begrifflich getrennt werden:

- genetische Herkunft beziehungsweise genetische Abstammung,
- Schwangerschaft und Geburt,
- rechtliche Elternschaft,
- intendierte beziehungsweise soziale Elternschaft sowie
- Gametenspende oder Embryonenspende ohne intendierte Elternrolle.

Eine neutrale und konsistente Terminologie ist keine bloße Sprachfrage. Sie entscheidet mit darüber, welche Rechte und Pflichten an genetische Herkunft geknüpft werden. Eine Spenderperson sollte nicht allein aufgrund der genetischen Verbindung zum Kind begrifflich in eine Elternrolle eingeordnet werden.

3. Umgangs- und Auskunftsrechte: ausdrückliche Bereichsklarstellung erforderlich

§ 1691 BGB-E gewährt einem „leiblichen, nicht rechtlichen Elternteil“ unter Voraussetzungen ein eigenes Umgangsrecht. Für die ärztlich unterstützte heterologe Samenspende mit registriertem Samen ist, nach unserer Lesart, dieses eigene Umgangsrecht ausdrücklich ausgeschlossen. Für Eizell- und Embryonenspenden enthält der Entwurf keine entsprechende ausdrückliche Regelung. [1]

Daraus folgt nach unserer Einschätzung nicht zwingend, dass Eizell- oder Embryonenspender bereits vom Anwendungsbereich des § 1691 BGB-E erfasst werden. Gerade diese Auslegungsunsicherheit ist jedoch für Familien, Spenderpersonen, reproduktionsmedizinische Einrichtungen und Gerichte nicht hinnehmbar und sollte gesetzlich beseitigt werden.

Vergleichbarer Klarstellungsbedarf besteht bei § 1693 BGB-E. Danach kann ein leiblicher, nicht rechtlicher Elternteil bei berechtigtem Interesse Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes verlangen. Eine ausdrückliche Bereichsausnahme für institutionelle Gameten- oder Embryonenspender ist dort nicht vorgesehen. [1]

DGGG und DGRM empfehlen daher, ausdrücklich festzulegen, dass eine dokumentierte institutionelle Gameten- oder Embryonenspende ohne intendierte Elternrolle allein aufgrund genetischer Abstammung kein eigenes Umgangs- oder Auskunftsrecht der Spenderperson begründet. Abweichende, bewusst vereinbarte Co-Parenting-Konstellationen und später tatsächlich entstandene sozial-familiäre Beziehungen müssen hiervon unterschieden werden.

4. Herkunftsrecht und Kontaktrecht des Kindes sind eigenständig zu behandeln

Der Referentenentwurf stärkt zu Recht die Rechtsposition des Kindes. § 1619 BGB-E sieht einen Anspruch des Kindes gegen seine Eltern auf Auskunft über bekannte oder zugängliche Tatsachen zu seiner leiblichen Abstammung vor. § 1688 BGB-E gibt dem Kind ein eigenes Umgangsrecht mit leiblichen, nicht rechtlichen Elternteilen, wenn dies seinem Wohl dient. [1]

Für reproduktionsmedizinische Spendenkonstellationen muss jedoch ausdrücklich zwischen drei Ebenen unterschieden werden:

- dem Recht auf Kenntnis der genetischen Herkunft,
- der Möglichkeit einer freiwilligen, vom Kind initiierten Kontaktaufnahme und
- einem eigenen, gerichtlich durchsetzbaren Umgangs- oder Auskunftsrecht der Spenderperson.

DGGG und DGRM unterstützen ein starkes, langfristig abgesichertes Herkunftsrecht des Kindes. Dieses darf jedoch nicht automatisch mit einer Elternstellung oder einem Initiativrecht der Spenderperson gleichgesetzt werden. Umgekehrt kann der vor der Zeugung erklärte Verzicht einer Spenderperson auf eine Elternrolle nicht die späteren eigenständigen Herkunftsinteressen des Kindes beseitigen.

Für ausreichend einsichts- und urteilsfähige Jugendliche und insbesondere für volljährige Spenderkinder sollten verlässliche Wege zu einer freiwilligen Kontaktvermittlung vorgesehen werden. Ein solcher Kontakt sollte grundsätzlich vom Kind ausgehen und die Autonomie aller Beteiligten respektieren.

5. Register, Dokumentation und grenzüberschreitende Reproduktionsmedizin

Das deutsche Samenspenderregister zeigt, dass sich der Schutz der Spenderperson vor rechtlicher Vaterschaft und ein langfristiges Herkunftsrecht des Kindes miteinander verbinden lassen. Der registrierte klinische Samenspender kann nicht als Vater festgestellt werden; zugleich besteht für das Spenderkind ein gesetzlicher Auskunftsanspruch. Die Registerdaten werden für 110 Jahre gespeichert. [2–4]

Für Eizell- und Embryonenspenden fehlt eine vergleichbar konsistente Struktur. Dies ist besonders relevant, weil ein wesentlicher Teil dieser Familien Behandlungen im Ausland in Anspruch nehmen und anschließend in Deutschland lebt. Das Kindschaftsrecht muss die rechtliche und psychosoziale Situation dieser bereits existierenden Kinder und Familien unabhängig davon absichern, ob die zugrunde liegende Behandlung in Deutschland zulässig wäre. Die gegenwärtige Strafbarkeit bestimmter Anwendungen der Eizellspende nach dem Embryonenschutzgesetz ändert an diesem Schutzbedarf nichts. [5]

DGGG und DGRM sprechen sich deshalb für eine langfristig verlässliche Dokumentations- und Registerstruktur aus, die auch Eizell- und Embryonenspenden angemessen erfasst und insbesondere folgende Informationen absichert:

- Identität der genetischen Spenderperson beziehungsweise Spenderpersonen,
- medizinisch relevante anamnestische und genetische Informationen,
- Behandlungs- und Dokumentationsdaten, soweit für das Herkunftsrecht erforderlich,
- regelkonforme Information über genetische Halbgeschwister unter Wahrung des Datenschutzes sowie
- Möglichkeiten zur Aktualisierung medizinisch relevanter Informationen.

Europäische Vorgaben zur Rückverfolgbarkeit von Substances of Human Origin können hierfür technisch und medizinisch wichtige Anknüpfungspunkte liefern, ersetzen jedoch keine klare nationale familienrechtliche Regelung von Herkunfts-, Kontakt- und Elternrechten.

6. Gleichgeschlechtliche Elternschaft und reproduktionsmedizinische Familiengründung

Der Referentenentwurf berücksichtigt Regenbogenfamilien ausdrücklich bei den Vereinbarungen mit Dritten zu sorgerechtlichen Befugnissen nach § 1644 BGB-E. Er löst jedoch nicht die vorgelagerte statusrechtliche Frage, wer nach einer reproduktionsmedizinisch unterstützten Familiengründung rechtlicher Elternteil des Kindes ist. Diese Zuordnung bleibt dem Abstammungsrecht überlassen. [1,9]

Weibliche gleichgeschlechtliche Elternschaft / Co-Mutterschaft. Nach geltendem Abstammungsrecht ist die Frau, die das Kind geboren hat, rechtliche Mutter. Die Ehefrau oder Partnerin der Geburtsmutter wird durch die Geburt nicht automatisch zweiter rechtlicher Elternteil. Damit bleibt auch bei dokumentiertem gemeinsamem Kinderwunsch und ärztlich unterstützter Samenspende grundsätzlich eine nachgeburtliche Adoption erforderlich. Die 2024 vorgelegten Eckpunkte zur Reform des Abstammungsrechts sahen demgegenüber vor, die Ehefrau der Geburtsmutter kraft Gesetzes als zweite Mutter zuzuordnen beziehungsweise eine Anerkennung der Mutterschaft zu ermöglichen. Die verfassungsrechtliche Bewertung der geltenden Rechtslage ist weiterhin Gegenstand mehrerer beim Bundesverfassungsgericht anhängiger Verfahren, denen unterschiedliche Konstellationen einschließlich offizieller und privater Samenspende sowie Embryonenspende zugrunde liegen. [9–11]

Die in § 1644 BGB-E vorgesehene Möglichkeit, einer dritten Person einzelne sorgerechtliche Befugnisse einzuräumen, kann praktische Versorgungslücken vermindern, ist jedoch kein gleichwertiger Ersatz für eine rechtliche Elternstellung. Eine Partnerin, die den Kinderwunsch gemeinsam mit der Geburtsmutter getragen, der Behandlung zugestimmt und von Geburt an Elternverantwortung übernommen hat, sollte nicht lediglich wie eine sonstige dritte Betreuungsperson abgesichert werden. Aus Sicht von DGGG und DGRM bedarf es daher einer kohärenten Abstimmung von Kindschafts- und Abstammungsrecht. [1,10]

Männliche gleichgeschlechtliche Elternschaft nach Leihmutterschaft. Der Referentenentwurf enthält hierfür keine spezifische statusrechtliche Regelung. Die ärztliche Durchführung einer Leihmutterschaft ist in Deutschland durch § 1 Absatz 1 Nummer 7 ESchG untersagt; auch die Vermittlung von Ersatzmüttern ist gesetzlich verboten. Unabhängig von dieser rechtspolitischen und strafrechtlichen Bewertung existieren jedoch in Deutschland Kinder, die nach einer im Ausland zulässigen Leihmutterschaft geboren wurden. Für sie muss ein verlässlicher rechtlicher Elternstatus gewährleistet sein. [12]

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs kann eine ausländische gerichtliche Entscheidung, die den Wunscheltern die rechtliche Elternschaft zuweist, in Deutschland anerkannt werden, jedenfalls wenn ein Wunschelternteil genetisch mit dem Kind verwandt ist. Eine bloße ausländische Registereintragung oder Geburtsurkunde stellt demgegenüber nicht ohne Weiteres eine anerkennungsfähige Statusentscheidung dar; bei Anwendung deutschen Rechts kann die Frau, die das Kind geboren hat, nach § 1591 BGB rechtliche Mutter sein. Diese Unterschiede beruhen auf einer grundlegenden Asymmetrie des geltenden Rechts: Eine genetische Verbindung des Wunschvaters zum Kind ist statusrechtlich anschlussfähig — sie kann über die Anerkennung einer ausländischen Elternschaftsentscheidung oder, bei Anwendung deutschen Rechts, über Vaterschaftsanerkennung beziehungsweise gerichtliche Vaterschaftsfeststellung (§ 1592 Nummer 2 und 3, § 1600d BGB) zur rechtlichen Vaterschaft führen. Für die Wunschmutter besteht ein solcher Weg nicht: § 1591 BGB knüpft die Mutterschaft zwingend an die Geburt und kennt weder eine Mutterschaftsanerkennung noch eine genetisch begründete Feststellung; selbst die genetische Abstammung des Kindes von der Wunschmutter ändert hieran nichts, sodass als rechtliche Zuordnung allein die Adoption verbleibt. Die statusrechtlichen Probleme männlicher Wunschelternpaare und weiblicher intendierter Mütter unterscheiden sich daher strukturell und bedürfen jeweils eigener gesetzlicher Klärung. Dadurch können erhebliche Unterschiede in der rechtlichen Absicherung des Kindes entstehen, abhängig von Behandlungsstaat, Ausgestaltung des dortigen Verfahrens und genetischer Zuordnung. Diese Rechtsprechung hat der Bundesgerichtshof mit Beschluss vom 13. Mai 2026 für die praktisch zunehmend bedeutsame Konstellation fortentwickelt, in der das Kind mit keinem der Wunschelternteile genetisch verwandt ist. Der Senat entschied, dass eine ausländische Entscheidung, die einer Wunschmutter ohne genetische Verbindung zum Kind die rechtliche Mutterschaft zuweist, wegen Verstoßes gegen den ordre public (§ 109 Absatz 1 Nummer 4 FamFG) in Deutschland nicht anerkannt werden kann; der genetischen Abstammung komme für die Anerkennung erhebliche Bedeutung zu. Ohne genetische Verwandtschaft zumindest eines Wunschelternteils verbleibe für die rechtliche Zuordnung allein der Weg der Adoption nach deutschem Recht, den der Senat im Hinblick auf Artikel 8 EMRK als effektive und hinreichend zügige Möglichkeit der Elternschaftsbegründung ansah. Damit ist die genetische Verbindung zu mindestens einem Wunschelternteil zur maßgeblichen Schwelle der Anerkennung geworden. Für die wachsende Zahl von Kindern nach kombinierter Keimzellspende und im Ausland durchgeführter Leihmutterschaft bedeutet dies, dass ihre rechtliche Elternzuordnung strukturell erst über ein Adoptionsverfahren und damit erst nach einer Phase rechtlicher Unsicherheit hergestellt werden kann. Aus Sicht von DGGG und DGRM unterstreicht gerade diese Entscheidung den fachlich zentralen Befund dieser Stellungnahme: Ob

und wie rasch ein bereits geborenes Kind seinen Wunscheltern rechtlich zugeordnet wird, hängt derzeit maßgeblich von der genetischen Konstellation und dem gewählten Behandlungsweg ab. [13]

DGGG und DGRM nehmen mit dieser Stellungnahme keine Position zur grundsätzlichen Zulässigkeit der Leihmutterschaft in Deutschland ein. Unabhängig hiervon sollte der Gesetzgeber für bereits geborene Kinder klare und diskriminierungsfreie Regeln zur Anerkennung beziehungsweise Begründung der rechtlichen Elternschaft, zur Dokumentation der genetischen Herkunft und der gestationalen Mutterschaft sowie zum Schutz medizinisch relevanter Informationen schaffen. Das Kind darf nicht aufgrund der Art oder des Ortes seiner Zeugung beziehungsweise Geburt einem vermeidbar unsicheren Elternstatus ausgesetzt sein.

7. Gesundheitsfürsorge und besondere Belange der Kinder- und Jugendgynäkologie

Gesundheitsfürsorge und medizinische Selbstbestimmung Minderjähriger. § 1647 BGB-E ordnet Entscheidungen der Gesundheitsfürsorge ausdrücklich der Personensorge zu und nennt hierzu Untersuchungen, ärztliche Eingriffe, Heilbehandlungen, Medikamente und Impfungen. Aus ärztlicher Sicht sollte klargestellt werden, dass diese sorgerechtliche Zuordnung, die im Behandlungsrecht eigenständig zu prüfende Einwilligungsfähigkeit minderjähriger Patientinnen und Patienten nicht verändert. Soweit Minderjährige einwilligungsfähig sind, muss ihre eigene Rechtsposition bei Aufklärung und Einwilligung gewahrt bleiben; die konkrete Reichweite elterlicher Mitentscheidungsbefugnisse richtet sich nach dem Behandlungsrecht sowie nach Art und Tragweite der Maßnahme. Entsprechendes gilt für Privatsphäre und Vertraulichkeit, deren Bedeutung mit Alter und Reife zunimmt. [14,15]

Übertragung medizinischer Entscheidungsbefugnisse auf Dritte. Nach § 1644 BGB-E können Sorgeberechtigte einem volljährigen Dritten Entscheidungsbefugnisse in Teilbereichen der elterlichen Sorge übertragen. Die Begründung stellt ausdrücklich klar, dass dies neben alltäglichen Arztkontakten auch einzelne Angelegenheiten von erheblicher Bedeutung aus dem Bereich der Gesundheitsfürsorge umfassen kann. Für die klinische Praxis sollte daher deutlicher zwischen Alltagsversorgung und erheblichen, invasiven, irreversiblen oder die spätere Fertilität beziehungsweise sexuelle Funktion berührenden Maßnahmen unterschieden werden. Bei solchen Entscheidungen sollte eine allgemeine Bereichsbezeichnung „Gesundheitsfürsorge“ nicht zu Unklarheiten über Umfang und Nachweis der Vertretungsmacht führen; eine eigene Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen ist daneben eigenständig zu prüfen. [14]

Eigene Verfahrensrechte Jugendlicher bei medizinischen Konflikten. Die Entwurfsbegründung greift Empfehlungen auf, nach denen Jugendliche ab 14 Jahren bei erheblichen Fragen einschließlich medizinischer Behandlungen eigene Antragsrechte erhalten sollten. § 1633 BGB-E sieht bei Meinungsverschiedenheiten über Angelegenheiten von erheblicher Bedeutung jedoch nur den Antrag eines Elternteils vor. Es sollte geprüft werden, ob für ausreichend einsichts- und urteilsfähige Jugendliche ein eigener, niedrigschwelliger verfahrensrechtlicher Zugang erforderlich ist, wenn über eine erhebliche medizinische Behandlung ein Konflikt mit oder zwischen den Sorgeberechtigten besteht. [14]

Varianten der Geschlechtsentwicklung (§ 1652 BGB-E). Die materiellen Schutzregelungen werden im Wesentlichen aus dem geltenden Recht übernommen. Die gesetzlich vorgesehene interdisziplinäre Kommission verlangt unterschiedliche kinderheilkundliche Spezialisierungen und zwingend kinderendokrinologische Expertise; gynäkologische beziehungsweise kinder- und jugendgynäkologische Expertise ist nicht ausdrücklich vorgesehen. Soweit ein geplanter Eingriff die weiblichen Genital- oder Reproduktionsorgane, die spätere Fertilität oder die sexuelle Funktion berührt, sollte entsprechende fachärztliche Expertise verbindlich einbezogen und

diese Langzeitperspektive in der Stellungnahme der Kommission ausdrücklich bewertet werden. [14]

Vorgeburtliche Kinderschutzmaßnahmen. § 1666 Absatz 6 BGB-E ermöglicht eine teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge bereits vor der Geburt, deren Wirkung mit der Geburt eintritt. Diese vorgezogene familiengerichtliche Klärung kann bei absehbar schwerer Kindeswohlgefährdung sinnvoll sein. Aus geburtshilflicher Sicht sollte jedoch ausdrücklich klargestellt werden, dass sie keinerlei Entscheidungsbefugnis über den Körper der Schwangeren, pränatale Diagnostik oder Therapie, Geburtsort oder Geburtsmodus begründet und keine über das geltende Recht hinausgehenden Offenbarungs- oder Mitteilungspflichten behandelnder Einrichtungen schafft. [14,16]

Häusliche und sexualisierte Gewalt. Die ausdrückliche Verankerung häuslicher Gewalt als zentraler Prüfgesichtspunkt in Sorge-, Umgangs- und Kinderschutzverfahren ist aus gynäkologischer Sicht zu begrüßen. Der weite Gewaltbegriff erfasst körperliche, sexuelle, psychische und wirtschaftliche Gewalt. In der Begründung könnte ergänzend reproduktive Kontrolle beziehungsweise reproduktive Gewalt als klinisch relevante Erscheinungsform benannt werden, ohne damit einen neuen eigenständigen familienrechtlichen Tatbestand zu schaffen. [14,17]

8. Konsequenzen für reproduktionsmedizinische Beratung und Versorgung

Rechtliche Unsicherheit wirkt unmittelbar in die reproduktionsmedizinische Versorgung hinein. Patientinnen und Patienten sowie Spenderpersonen müssen vor einer Behandlung nachvollziehbar darüber informiert werden können, welche langfristigen rechtlichen und dokumentarischen Folgen eine Spende hat.

Aus Sicht von DGGG und DGRM sollte eine zukünftige Regelung deshalb insbesondere vorsehen:

- eine eindeutige Dokumentation des Fortpflanzungskonsenses und der intendierten Elternrollen vor der Behandlung,
- eine klare Abgrenzung zwischen Spende ohne Elternrolle, bekannter Spende und bewusst geplanter Co-Elternschaft,
- bei gleichgeschlechtlicher intendierter Elternschaft eine frühzeitige Beratung über den rechtlichen Elternstatus des zweiten Wunschelternteils sowie bei transnationaler Leihmutterschaft eine vollständige Dokumentation der genetischen, gestationalen und rechtlichen Herkunftsebenen,
- standardisierte Information über Herkunftsrechte des Kindes, Registerdaten und mögliche spätere Kontaktaufnahme,
- Beratung zu den Folgen direkter DNA-Tests und kommerzieller Abstammungsdatenbanken sowie
- psychosoziale Beratungsangebote, die frühe, altersangemessene und offene Herkunftsaufklärung unterstützen.

Die verfügbare psychosoziale Literatur zeigt insgesamt, dass Familien nach reproduktiver Spende stabile Eltern-Kind-Beziehungen und eine gute psychosoziale Entwicklung ermöglichen können. Zugleich sind Identitäts- und Herkunftsfragen für einen Teil der Kinder aus Gametenspende bedeutsam. Die Datenlage rechtfertigt nach unserer Einschätzung weder eine pauschale Abwertung genetischer Herkunft noch die Annahme, dass daraus regelhaft eine soziale oder rechtliche Elternbeziehung zur Spenderperson folgen müsse. Für gerichtlich

erzwungene oder gegen den Willen der bestehenden Familie initiierte Spenderkontakte besteht keine belastbare empirische Grundlage, aus der sich ein genereller Nutzen ableiten ließe. [6,7]

9. Verfassungsrechtliche Einordnung

Das Bundesverfassungsgericht hat mit Urteil vom 9. April 2024 die verfassungsrechtliche Stellung leiblicher Väter nach natürlicher Zeugung gestärkt und zugleich hervorgehoben, dass die konkrete Zuordnung rechtlicher Elternschaft und Elternverantwortung gesetzgeberischer Ausgestaltung bedarf. Die Entscheidung betrifft jedoch ausdrücklich die Konstellation eines leiblichen Vaters nach natürlichem Zeugungsakt und kann nicht ohne Weiteres auf institutionelle Gametenspender übertragen werden. [8]

Für die Co-Mutterschaft ist die verfassungsrechtliche Klärung noch nicht abgeschlossen. Beim Bundesverfassungsgericht sind mehrere Verfahren anhängig, in denen geltend gemacht wird, dass die fehlende unmittelbare gemeinsame Elternschaft zweier Frauen und der notwendige Weg über die Adoption mit dem Grundgesetz unvereinbar seien. Die anhängigen Verfahren betreffen unterschiedliche reproduktionsmedizinische Konstellationen. [11]

Gerade deshalb bedarf es einer eigenständigen gesetzlichen Regelung für reproduktionsmedizinische Spendenkonstellationen. Der Gesetzgeber sollte vermeiden, die verfassungsrechtliche Kategorie „leiblicher Elternteil“ und den reproduktionsmedizinischen Begriff der Spenderperson ohne nähere Differenzierung gleichzusetzen.

10. Forderungen von DGGG und DGRM

1. Klare gesetzliche Begriffe. Genetische Herkunft, Geburtsmutterschaft, rechtliche Elternschaft, intendierte beziehungsweise soziale Elternschaft und Spenderstatus müssen eindeutig voneinander unterschieden werden.

2. Keine automatische Elternposition der Spenderperson. Eine dokumentierte institutionelle Samen-, Eizell- oder Embryonenspende ohne intendierte Elternrolle darf allein aufgrund genetischer Abstammung keine rechtliche Elternstellung begründen.

3. Klarstellung zu § 1691 und § 1693 BGB-E. Institutionelle Gameten- und Embryonenspender sollten allein aufgrund der Spende kein eigenes Umgangs- oder Auskunftsrecht gegenüber dem Kind beziehungsweise seiner Familie erhalten. Bewusst vereinbarte Co-Parenting-Konstellationen und tatsächlich entstandene sozial-familiäre Beziehungen sind gesondert zu beurteilen.

4. Eigenständige Rechte des Kindes sichern. Das Recht auf Herkunftsinformationen und eine später selbstbestimmte Kontaktaufnahme des Kindes müssen erhalten und unabhängig von eigenen Rechten der Spenderperson geregelt werden.

5. Registersystem weiterentwickeln. Für Eizell- und Embryonenspenden sind langfristig verlässliche staatliche Dokumentations- und Registerstrukturen zu schaffen beziehungsweise grenzüberschreitend anzubinden.

6. Reproduktionsmedizinische Beratung rechtssicher machen. Fortpflanzungskonsens, intendierte Elternrollen, Herkunftsaufklärung und spätere Kontaktmöglichkeiten müssen standardisiert dokumentiert und beraten werden können.

7. Gleichgeschlechtliche intendierte Elternschaft statusrechtlich absichern. Bei dokumentiertem gemeinsamem Fortpflanzungswillen sollte für die intendierte Co-Mutter eine rechtliche Elternzuordnung ohne nachgeburtliche Stiefkindadoption ermöglicht werden. Die Regelungen des Kindschaftsrechts sind hierzu mit einer Reform des Abstammungsrechts kohärent abzustimmen.

8. Rechtsstatus nach Auslandsleihmutterschaft kindeswohlorientiert klären. Unabhängig von der Frage einer Zulässigkeit der Leihmutterschaft in Deutschland sind für bereits geborene Kinder klare Regeln zur Anerkennung beziehungsweise Begründung der Elternstellung der Wunscheltern sowie zur Dokumentation genetischer und gestationaler Herkunft erforderlich.

9. Medizinische Selbstbestimmung Minderjähriger klarstellen. Die Zuordnung der Gesundheitsfürsorge zur Personensorge sowie ihre teilweise Übertragung auf Dritte muss ausdrücklich von der im Behandlungsrecht eigenständig zu prüfenden Einwilligungsfähigkeit und den alters- und reifeabhängigen Vertraulichkeitsinteressen minderjähriger Patientinnen und Patienten abgegrenzt werden.

10. Gesundheitsentscheidungen durch Dritte rechtssicher **begrenzen.** Für erhebliche, invasive, irreversible oder reproduktiv relevante medizinische Maßnahmen muss eindeutig erkennbar sein, ob und in welchem Umfang eine auf § 1644 BGB-E beruhende Entscheidungsbefugnis besteht; die Einwilligungsfähigkeit des Jugendlichen ist unabhängig davon eigenständig zu prüfen.

11. **Kinder- und jugendgynäkologische Expertise bei § 1652 BGB-E sicherstellen.** Bei Eingriffen, die weibliche Genital- oder Reproduktionsorgane, spätere Fertilität oder sexuelle Funktion betreffen, sollte gynäkologische beziehungsweise kinder- und jugendgynäkologische Expertise verbindlich in die interdisziplinäre Bewertung einbezogen werden.

12. **Vorgeburtlichen Kinderschutz klar von der Selbstbestimmung der Schwangeren trennen.** Eine vorgeburtliche Sorgerechtsentscheidung darf weder medizinische Entscheidungsbefugnisse über die Schwangere begründen noch über das geltende Recht hinausgehende Offenbarungspflichten für Gynäkologie und Geburtshilfe schaffen.

13. **Fachgesellschaftliche Expertise einbeziehen.** Gynäkologische, geburtshilfliche, kinder- und jugendgynäkologische, reproduktionsmedizinische, psychosoziale, kinderrechtliche und verfassungsrechtliche Expertise sollte im weiteren Gesetzgebungsverfahren systematisch und plural beteiligt werden.

11. Schlussfolgerung

DGGG und DGRM begrüßen die Zielsetzung des KiMoG, Kindeswohl und Rechtspositionen von Kindern zu stärken. Für reproduktionsmedizinisch entstandene Familien bleibt der Referentenentwurf jedoch an entscheidenden Stellen unvollständig.

Ein modernes Kindschaftsrecht muss das Recht des Kindes auf Herkunft schützen, ohne genetische Abstammung automatisch mit rechtlicher oder sozialer Elternschaft gleichzusetzen. Es muss die Stabilität der tatsächlich gelebten Familie sichern, die ursprüngliche Rollenverteilung bei einer dokumentierten Spende respektieren und gleichzeitig die spätere Selbstbestimmung des Kindes ermöglichen.

Dies schließt ausdrücklich die statusrechtliche Absicherung gleichgeschlechtlicher intendierter Elternschaft ein: die Co-Mutterschaft nach reproduktionsmedizinischer Familiengründung ebenso wie eine kindeswohlorientierte Klärung bereits bestehender Familien nach im Ausland durchgeführter Leihmutterschaft.

Aus Sicht der DGGG betrifft der Entwurf damit neben der Reproduktionsmedizin auch unmittelbare Fragen der Versorgung Minderjähriger und der Geburtshilfe. Insbesondere die medizinische Selbstbestimmung Jugendlicher, die Reichweite delegierter Gesundheitsentscheidungen und die fachgerechte Beurteilung geschlechts- und reproduktionsorganbezogener Eingriffe sollten vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ausdrücklich präzisiert werden.

DGGG und DGRM regen daher an, die genannten Punkte vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens ausdrücklich zu regeln und die gynäkologischen, kinder- und jugendgynäkologischen sowie reproduktionsmedizinischen Fachgesellschaften in die weitere fachliche Beratung einzubeziehen.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. Volker Ziller
Universitätsklinikum Marburg
Leiter des Schwerpunktes
für Gyn. Endokrinologie, Reproduktionsmedizin
und Osteologie
ziller@med.uni-marburg.de

Kontakt:

DGGG-Stellungnahmenbüro
stellungnahmenbüro@dggg.de

Quellen und Bezugsdokumente

[1] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Referentenentwurf – Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Kindschaftsrechts (Kindschaftsrechtsmodernisierungsgesetz – KiMoG), insbesondere §§ 1619, 1688, 1691, 1693 BGB-E und § 167a FamFG-E sowie Begründung zu §§ 1688/1691.

[2] Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), § 1600d Abs. 4: Ausschluss der gerichtlichen Feststellung eines registrierten klinischen Samenspenders als Vater.

[3] Samenspenderregistergesetz (SaRegG), § 10: Auskunftsanspruch der durch heterologe Samenspende gezeugten Person.

[4] Samenspenderregistergesetz (SaRegG), § 8: Speicherung der Registerdaten für 110 Jahre.

[5] Embryonenschutzgesetz (ESchG), § 1: strafrechtliche Grenzen bestimmter Anwendungen der Eizell- und Embryonenübertragung.

[6] ESHRE Working Group on Reproductive Donation: Good practice recommendations for information provision for those involved in reproductive donation. Human Reproduction Open. 2022; hoac001.

[7] Golombok S, Ilioi E, Blake L, Roman G, Jadva V. A Longitudinal Study of Families Formed Through Reproductive Donation: Parent-Adolescent Relationships and Adolescent Adjustment at Age 14. Developmental Psychology. 2017;53(10):1966–1977. Ergänzend: Talbot C, Hodson N, Rose J, Bewley S. Comparing the psychological outcomes of donor and non-donor conceived people: a systematic review. BJOG. 2024;131(13):1747–1759; publizierte Korrektur 2026.

[8] Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 9. April 2024 – 1 BvR 2017/21 – Vaterschaftsanfechtung.

[9] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (BMJV): Abstammungsrecht – Fragen der Eltern-Kind-Zuordnung; geltende Grundsätze zu Mutterschaft und Vaterschaft sowie zur rechtlichen Elternschaft bei reproduktionsmedizinischen Konstellationen.

[10] BMJV: Modernisierung von Abstammungs- und Kindschaftsrecht – Eckpunkte vom 16. Januar 2024; vorgesehen waren insbesondere die rechtliche Co-Mutterschaft der Ehefrau der Geburtsmutter und die Möglichkeit einer Mutterschaftsanerkennung.

[11] Bundesverfassungsgericht: Geplante Entscheidungen, Verfahren zur sogenannten Co-Mutterschaft (u. a. 1 BvL 1/21, 1 BvL 2/21, 1 BvL 7/21, 1 BvL 2/22, 1 BvL 1/23, 1 BvR 2167/22); unterschiedliche Konstellationen einschließlich offizieller und privater Samenspende sowie Embryonenspende.

[12] Embryonenschutzgesetz (ESchG), § 1 Abs. 1 Nr. 7, sowie Adoptionsvermittlungsgesetz (AdVermiG), §§ 13a ff.: rechtlicher Rahmen und Verbot der ärztlichen Durchführung beziehungsweise Vermittlung von Ersatzmutterschaften in Deutschland.

[13] Bundesgerichtshof, Beschluss vom 10. Dezember 2014 – XII ZB 463/13 – zur Anerkennung einer ausländischen gerichtlichen Elternschaftsentscheidung nach Leihmutterschaft; ergänzend BGH, Beschlüsse vom 20. März 2019 – XII ZB 320/17 und XII ZB 530/17 – zur fehlenden Anerkennungsfähigkeit einer bloßen ausländischen Registereintragung/Geburtsurkunde und zur rechtlichen Mutterschaft bei Anwendung deutschen Rechts ; ergänzend BGH, Beschluss vom 13. Mai 2026 – XII ZB 220/25 – zur fehlenden Anerkennungsfähigkeit einer

ausländischen Entscheidung, die einer nicht genetisch mit dem Kind verwandten Wunschmutter die rechtliche Mutterschaft zuweist (Verstoß gegen den ordre public, § 109 Abs. 1 Nr. 4 FamFG; Verweis auf den Adoptionsweg)..

[14] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Referentenentwurf KiMoG, insbesondere §§ 1626, 1633, 1644, 1647, 1652 und 1666 BGB-E sowie die jeweiligen Gesetzesbegründungen.

[15] Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), §§ 630d und 630e: Einwilligung in medizinische Maßnahmen und Aufklärung im Behandlungsverhältnis.

[16] Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG), § 4: Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger bei Kindeswohlgefährdung.

[17] Übereinkommen des Europarats zur Verhütung und Bekämpfung von Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt (Istanbul-Konvention), insbesondere Art. 3, 31 und 39.

Bei der Erstellung dieses Entwurfs wurden KI-gestützte Sprachmodelle zur Strukturierung und sprachlichen Ausarbeitung eingesetzt. Inhaltliche Bewertung, Quellenprüfung und finale Verantwortung liegen vollständig bei den Autorinnen und Autoren.