Ontsporingen bij spermadonatie

Hoe systemen en donoren massadonatie mogelijk maken

Literatuur- en internetstudie
Adviezen voor preventie en voorlichting

Ad Dekkers

September 2026

Samenvatting

Incidenten rond massadonatie hebben directe gevolgen voor donorkinderen en wensouders en kunnen daarnaast het maatschappelijke vertrouwen in spermadonatie aantasten. Dit rapport onderzoekt daarom welke persoonsgebonden en systemische factoren kunnen leiden tot ontsporingen bij spermadonatie en in het bijzonder tot massadonatie, en welke aanknopingspunten dit biedt voor preventie.

De geschiedenis van spermadonatie laat zien dat ieder donatiesysteem eigen kwetsbaarheden kent. In het tijdperk van warme donatie (jaren 50 – 90) lagen deze onder meer in de afhankelijkheid van beschikbaar sperma, de grote autonomie van de behandelend arts en het ontbreken van onafhankelijke controle. Cryopreservatie en spermabanken brachten betere organisatie en registratie, maar maakten tegelijkertijd langduriger en grootschaliger gebruik van dezelfde donor mogelijk. Internet, particuliere donorplatforms en internationale spermabanken hebben vervolgens nieuwe mogelijkheden gecreëerd om via meerdere kanalen en over landsgrenzen heen te doneren.

Voor de analyse van massadonatie is het belangrijk drie situaties te onderscheiden.
Een **ongewilde massadonor** kan ontstaan wanneer sperma vaker wordt gebruikt dan de donor weet of beoogt. Een **systeemmassadonor** kan ontstaan wanneer dezelfde donor binnen verschillende klinieken, spermabanken, platforms of landen volgens de afzonderlijke regels wordt ingezet, maar daardoor gezamenlijk toch een zeer groot aantal nakomelingen krijgt. Bij een **bewuste massadonor** gaat de donor zelf actief door met doneren terwijl hij weet of redelijkerwijs moet begrijpen dat hij al zeer veel nakomelingen heeft. Een groot aantal nakomelingen zegt daarom op zichzelf onvoldoende over intentie of verwijtbaarheid.

De beschikbare literatuur biedt geen bewijs voor één sociaal-demografisch of psychiatrisch profiel van de massadonor. Altruïsme is bij reguliere én online donoren een belangrijk motief. Bij internetdonoren worden daarnaast vaker procreatieve motieven beschreven, zoals de wens genetisch nageslacht te hebben of vermeend goede genen door te geven. Bij mannen die veelvuldig doneren lijken langdurig doneren, het gebruik van meerdere kanalen en mogelijk doelgerichtheid en organisatievermogen relevant, maar de empirische basis hiervoor is beperkt.

Een belangrijke kennislacune betreft het ontwikkelingsproces naar bewuste massadonatie. Het is denkbaar dat massadonatie niet altijd begint met het voornemen zeer veel kinderen te verwekken. Positieve ervaringen met succesvolle donaties, waardering van wensouders, een toenemende betekenis van de donorrol en steeds grotere ervaring met het organiseren van donaties kunnen mogelijk leiden tot geleidelijke grensverschuiving. Dit is een hypothese en geen bewezen psychologisch fasenmodel. Longitudinaal onderzoek is nodig om dit mogelijke proces beter te begrijpen.

De analyse van particuliere donorplatforms laat daarnaast een belangrijke systeemkwetsbaarheid zien. Afzonderlijke platforms kunnen maatregelen nemen zoals identiteitsverificatie, donorlimieten en donorovereenkomsten, maar kunnen niet betrouwbaar vaststellen wat dezelfde donor via andere platforms, sociale media, klinieken, spermabanken of buitenlandse kanalen doet. Ook internationaal kunnen nationale donorlimieten afzonderlijk worden nageleefd terwijl door cumulatie van die limieten toch zeer grote internationale siblinggroepen ontstaan.

De historische incidenten laten daarnaast een breder patroon zien. Ontsporingen konden langdurig voortbestaan wanneer informatie versnipperd was, verantwoordelijkheden verdeeld waren en effectieve signalering en terugkoppeling ontbraken. Goed vertrouwen alleen vormt daarom geen voldoende veiligheidsmechanisme. Zorgvuldige donorconceptie vraagt om georganiseerde kritische waakzaamheid: controleerbare informatie, onafhankelijke verificatie, duidelijke verantwoordelijkheden, tijdige signalering en daadwerkelijke opvolging wanneer grenzen worden overschreden.

Preventie kan daarom niet uitsluitend worden gebaseerd op goed gedrag van donor en wensouder. Voorlichting, vooraf vastgelegde donorlimieten, identiteitsverificatie, periodieke herbevestiging van eerdere donaties en duidelijke consequenties bij bewuste misleiding kunnen het risico verkleinen. De belangrijkste ontbrekende schakel blijft echter een betrouwbare registratie en gegevensuitwisseling over platforms, klinieken, spermabanken en uiteindelijk landsgrenzen heen.

De centrale conclusie is dat massadonatie niet uitsluitend een eigenschap of gedraging van een individuele donor is. Zij kan ook door de inrichting van het donatiesysteem worden mogelijk gemaakt of versterkt. Effectieve preventie vraagt daarom om duidelijke grenzen voor de individuele donor, betrouwbare en gekoppelde registratie én georganiseerde kritische waakzaamheid: een systeem waarin afwijkingen worden gesignaleerd, verantwoordelijkheden duidelijk zijn en tijdig wordt gehandeld.

Kernconclusies

- Massadonatie kan ontstaan door **onbedoeld gebruik, systeemwerking of bewust gedrag van de donor**; deze situaties moeten analytisch en moreel van elkaar worden onderscheiden.
- Voor een **vast sociaal-demografisch of psychiatrisch profiel van de bewuste massadonor** bestaat onvoldoende bewijs.
- De belangrijkste systeemrisico's liggen bij **gebrekkige platform- en landsgrensoverschrijdende registratie** en bij de cumulatie van donorlimieten over verschillende systemen.
- Preventie vraagt zowel om **grensstelling en verantwoordelijkheid van de donor** als om identiteitsverificatie, registratie en controle over platforms, klinieken en landsgrenzen heen.
- Goed vertrouwen is noodzakelijk, maar onvoldoende als veiligheidsmechanisme. **Preventie vereist checks & balances**: onafhankelijke verificatie, signalering, duidelijke verantwoordelijkheid voor opvolging en terugkoppeling.

1. Aanleiding en vraagstelling

De bewijzen over misstanden rond massadonatie konden eigenlijk alleen maar aan het licht gekomen dankzij de ontrafeling van het menselijk DNA. DNA-profielen van misschien wel miljoenen mensen zijn inmiddels opgenomen/geregistreerd in landelijke en internationale dna-databanken, Met als gevolg dat het bestaan van massadonoren onomstotelijk kon worden aangetoond. Voor de ontdekking en ontrafeling van het DNA waanden spermadonoren zich onvindbaar/anoniem.

Berichten over massadonoren en andere ontsporingen bij spermadonatie roepen vragen op over de veiligheid en betrouwbaarheid van donorconceptie. De gevolgen raken in de eerste plaats donorkinderen en wensouders. Donorkinderen kunnen onverwacht worden geconfronteerd met zeer grote aantallen genetische halfbroers en -zussen, terwijl wensouders kunnen ontdekken dat zij bij hun keuze voor een donor onvolledig of onjuist zijn geïnformeerd.

Dergelijke incidenten hebben daarnaast gevolgen voor spermadonatie als geheel. Zij kunnen het vertrouwen in donorconceptie verminderen, reguliere donoren terughoudender maken om open over hun donorschap te zijn en potentiële nieuwe donoren afschrikken. Het is daarom van belang niet alleen individuele incidenten te beschrijven, maar vooral te begrijpen hoe dergelijke ontsporingen kunnen ontstaan en hoe zij kunnen worden voorkomen.

Daarbij is een belangrijk onderscheid noodzakelijk. Een donor met veel nakomelingen is niet automatisch een bewuste massadonor. Grote aantallen nakomelingen kunnen ook ontstaan door gebrekkige registratie, veelvuldig gebruik van opgeslagen donorsperma of doordat dezelfde donor via verschillende klinieken, spermabanken, platforms en landen wordt ingezet. Daarnaast bestaan donoren die zelf bewust via meerdere kanalen blijven doneren terwijl zij weten of redelijkerwijs moeten begrijpen dat zij al zeer veel nakomelingen hebben.

Vanuit deze achtergrond staat in dit rapport de volgende hoofdvraag centraal:

Welke persoonsgebonden en systemische factoren kunnen leiden tot ontsporingen bij spermadonatie en in het bijzonder tot massadonatie, en welke aanknopingspunten biedt dit voor preventie?

Deze hoofdvraag wordt uitgewerkt in drie deelvragen:

1. Wat is uit onderzoek bekend over de achtergrond en motieven van reguliere spermadonoren en van mannen die veelvuldig doneren?
2. Welke veranderingen in techniek, organisatie, registratie, commercialisering, internetgebruik en internationalisering hebben nieuwe mogelijkheden en risico's voor massadonatie gecreëerd, en welke rol spelen daarbij toezicht, informatie-uitwisseling en het ontbreken van effectieve checks & balances?
3. Wat is bekend over het mogelijke ontwikkelingsproces waarbij een aanvankelijk begrensde donor steeds verder gaat met doneren, en welke mogelijkheden voor preventie en voorlichting volgen daaruit?

Het rapport kijkt niet alleen naar '*waar grenzen liggen'*, maar ook naar 'hoe een systeem afwijkingen kan herkennen en corrigeren.

2. Wie zijn de donoren?

2.1 Internationaal beeld

Sociaal-demografische kenmerken van spermadonoren zijn in meerdere landen onderzocht. Een overzichtsstudie van Van den Broeck e.a. (2013), gebaseerd op 29 onderzoeken uit negen landen, keek onder meer naar leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, motivatie, anonimiteit en opvattingen over donorkinderen. Het algemene beeld is heterogeen.

- Leeftijd: kliniekdonoren waren vaak jonge tot middelbare volwassen mannen, maar niet uitsluitend studenten. In een Zweedse studie was de gemiddelde leeftijd 33,9 jaar.
- Relatiestatus: een aanzienlijk deel was alleenstaand; in de genoemde Zweedse studie was 39% alleenstaand, 18% had een relatie en 42% was gehuwd of samenwonend.
- Opleidingsniveau: in een vergelijking van kliniek- en internetdonoren had 81,5% van de kliniekdonoren een universitaire opleiding of hoger, tegenover 60% van de internetdonoren.
- Werk: het merendeel werkte; ongeveer driekwart van de kliniekdonoren werkte in de betreffende studie voltijds.
- Seksuele oriëntatie: meestal heteroseksueel, maar niet uitsluitend. In de genoemde kliniekpopulatie was 69% heteroseksueel, 23% homoseksueel en 5% biseksueel.
- Motieven: altruïsme komt vaak voor, naast nieuwsgierigheid naar de eigen vruchtbaarheid, financiële vergoeding en – afhankelijk van tijdperk en systeem – de wens genetisch nageslacht te krijgen.

2.2 Het historische Nederlandse profiel

Voor Nederland ontbreken landelijke cohorten uit bijvoorbeeld 1975 of 1985 waarin leeftijd, opleiding, burgerlijke staat, beroep en motivatie systematisch samen zijn vastgelegd. Het historische profiel moet daarom uit verschillende onderzoeken worden gereconstrueerd.
Bolt, Postema, Van der Heij en Maas onderzochten 179 voormalige Nederlandse donoren die zich tussen 2015 en 2017 bij de Fiom KID-DNA Databank hadden aangemeld. Vrijwel allen hadden vóór 2004 gedoneerd. Deze groep laat een ander beeld zien dan het stereotype van de jonge, alleenstaande student.
Dit beeld wordt ondersteund door de enquête van Eimers onder 36 voormalige donoren: ongeveer 90% had ten tijde van het doneren een partner, 83% had een baan en 75% had een hbo-opleiding of hoger afgerond.

Kenmerk	Voormalige Nederlandse donoren
Aantal onderzochte donoren	179
Mediane leeftijd bij onderzoek	63 jaar
Leeftijdsspreiding	35–78 jaar
Had tijdens donatieperiode al eigen kinderen	52,3%
Had later eigen kinderen	80,8%
Woont met partner	71,0%
Gehuwd	58,7%
Hoger/tertiair onderwijs	81,7%
Middelbaar onderwijs	17,7%
Alleen basisonderwijs	0,6%
Doneerde vóór 2004	94,9%
Doneerde in de jaren tachtig	42,4%

Deze cijfers corrigeren het traditionele beeld, maar hebben een belangrijke beperking: het gaat om mannen die zich tientallen jaren later vrijwillig bij Fiom bekendmaakten. Zij hoeven niet representatief te zijn voor alle vroegere anonieme Nederlandse donoren.
Ook de werving was niet uitsluitend op studenten gericht. De campagne 'Vaders voor vaders' richtte zich juist op mannen die recent vader waren geworden en deed een beroep op hun bereidheid om andere mensen hetzelfde geluk te gunnen.

2.3 Verandering van de donorpopulatie

Historische enquêtes onder Nederlandse spermabanken laten een duidelijke systeemverandering zien. Terwijl het aantal anonieme A-donoren sterk afnam, nam het aantal identificeerbare B-donoren en privédonoren toe.

Jaar	Anonieme A-donoren	Identificeerbare B-donoren	Privédonoren
1990	901	16	32
1997	511	78	143
2003	110	180	175
2005	0 nieuwe	185	210

Het aantal spermabanken liep in dezelfde periode terug van 21 in 1990 naar 12 in 2005. De discussie over het opheffen van anonimiteit had dus al vóór de wetswijziging gevolgen voor de donorpopulatie. Veel anonieme donoren stopten in plaats van identificeerbaar te worden.
Ook modernere Nederlandse gegevens passen niet bij het beeld van een doorsnee twintigjarige student. Woestenburg, Winter en Janssens onderzochten 35 kliniekdonoren met een gemiddelde leeftijd van 40 jaar (spreiding 28–50) en negen internetdonoren met een gemiddelde leeftijd van 42 jaar (spreiding 22–67).
Een studie onder 25 identificeerbare donoren van het AMC, die tussen 1989 en 2014 hadden gedoneerd, vond een gemiddelde leeftijd van 44 jaar ten tijde van het onderzoek. Het betrof zowel voormalige alsnog actieve donoren. Dit zegt niets over de leeftijd van de onderzoeksgroep ten tijde van de donatie.

Het landelijk standpunt spermadonatie van NVOG/KLEM uit 2018 bij de donorscreening vermeldt expliciet: “De donor is ten tijde van de donatie tussen de 18 en de 45.” Deze leeftijdsgrenzen zijn conform de bestaande CBO-richtlijn zijn. De bovengrens van 45 jaar wordt daarin om twee redenen gemotiveerd: de donor moet nog een aanvaardbare leeftijd hebben wanneer het donorkind op 16-jarige leeftijd contact kan zoeken, én er zijn gezondheidsrisico's voor het kind naarmate de verwekker ouder wordt. Recente rapportages van o.a. Rijnstate en MCK leren dat na 2018 nog donoren ouder dan 45 jaar zijn ingezet.

2.4 Seksuele oriëntatie

Ook de seksuele oriëntatie van spermadonoren is in enkele studies onderzocht. In een Britse studie onder 383 mannen die zich via een online donorplatform hadden aangemeld, identificeerde 80,4% zich als heteroseksueel, 10,5% als homoseksueel en 9,1% als biseksueel. Onder de 70 mannen bij wie daadwerkelijk ten minste één donorkind was geboren, waren deze percentages respectievelijk 82,9%, 11,4% en 5,7%. Homoseksuele en biseksuele mannen vormden daarmee een minderheid, maar waren duidelijk aanwezig binnen de onderzochte donorpopulatie.

Een vergelijking tussen 168 spermabankdonoren en 70 online donoren liet eveneens zien dat seksuele oriëntatie binnen beide groepen varieerde. Van de spermabankdonoren identificeerde 69% zich als heteroseksueel en 22,6% als homoseksueel; onder de online donoren was dit respectievelijk 82,9% en 11,4%. Het verschil tussen beide groepen was niet statistisch significant. Deze percentages kunnen bovendien niet zonder meer worden vergeleken met die in de algemene mannelijke bevolking, omdat donorpopulaties selectief zijn en de studies uit verschillende perioden en wervingscontexten afkomstig zijn.

Seksuele oriëntatie lijkt wel samen te hangen met de wijze waarop het donorschap wordt ingevuld. In onderzoek onder online donoren hadden homoseksuele en biseksuele mannen vaker een voorkeur voor niet-anonieme donatie en rapporteerden zij vaker contact met kinderen die met hun sperma waren verwekt. Mogelijk spelen daarbij andere opvattingen over genetisch ouderschap, sociale verwantschap en de betekenis van het donorschap een rol. Uit het beschikbare onderzoek kan echter niet worden vastgesteld waardoor deze verschillen ontstaan.

Voor massadonatie is vooral van belang wat uit deze onderzoeken níet kan worden geconcludeerd. Er is geen overtuigend bewijs dat homoseksuele of biseksuele mannen vaker massadonor worden dan heteroseksuele mannen. Seksuele oriëntatie kan daarom wel als achtergrondkenmerk van de donorpopulatie worden beschreven, maar behoort op basis van de huidige kennis niet tot de aangetoonde risicofactoren voor massadonatie.

2.5 Motivatie: altruïsme en voortplantingsmotief

Altruïsme – anderen helpen hun kinderwens te realiseren – is in verschillende onderzoeken de belangrijkste genoemde motivatie. Tegelijk zijn er relevante verschillen tussen kliniekdonoren en internetdonoren.

Motief	Internetdonoren	Spermabankdonoren
Wens om genetisch nageslacht te hebben	66%	22%
'Goede genen' willen doorgeven	55%	31%

Internetdonoren wilden bovendien vaker weten aan wie zij doneerden en hoe het later met het kind ging. Dit betekent niet dat internetdonatie op zichzelf problematisch is, maar het maakt wel duidelijk dat altruïstische en procreatieve motieven naast elkaar kunnen bestaan en empirisch van elkaar te onderscheiden zijn.
Een Nederlandse aanvulling hierop biedt *Verborgen Verbonden* (Eimers, 2023), waarin 22 voormalige anonieme spermadonoren worden geportretteerd en daarnaast de resultaten van een enquête onder 36 donoren worden beschreven. Ook in deze groep was het helpen van mensen met een onvervulde kinderwens het belangrijkste motief. Ongeveer een kwart van de donoren gaf echter aan dat daarnaast een voortplantingsmotief meespeelde, bijvoorbeeld het willen doorgeven van het eigen DNA of het voortzetten van de familielijn. Opvallend is verder dat anonimiteit voor de ondervraagde donoren veelal geen persoonlijke voorkeur was: zij vloeide voort uit de wijze waarop spermadonatie destijds was georganiseerd. De bevindingen zijn door de kleine en zelfgeselecteerde groep niet representatief voor alle historische Nederlandse donoren, maar ondersteunen het beeld dat altruïstische en procreatieve motieven naast elkaar konden bestaan.

3. Hoe veranderde het systeem?

In de ontwikkeling van donorconceptie zijn grofweg vier systeemfasen te onderscheiden: de kleinschalige medische pioniersfase met verse donatie, de institutionalisering rond spermabanken en cryopreservatie, de internationalisering en commercialisering van donorsperma en de recente opkomst van particuliere internetdonatie. Deze fasen volgen elkaar niet volledig op, maar bestaan deels naast elkaar. Iedere fase loste problemen van de voorafgaande praktijk op, maar creëerde tegelijkertijd nieuwe mogelijkheden voor ontsporing.

3.1 Warme donatie: afhankelijkheid van het moment

Van ongeveer 1950 tot in de jaren tachtig werd veelal met vers sperma gewerkt. Inseminatie moest rond de ovulatie plaatsvinden, terwijl het exacte moment moeilijk te plannen was. Donoren moesten daarom soms meerdere keren rond het verwachte tijdstip sperma afleveren. Wanneer levering niet lukte, kon een beroep ontstaan op personen die snel beschikbaar waren, zoals medewerkers van de kliniek.
Het systeem creëerde daarmee een gelegenheidsstructuur: een kleine groep artsen beschikte tegelijk over het donormateriaal, de selectie van de donor, de behandeling én de registratie, terwijl onafhankelijke controle vrijwel ontbrak. De combinatie van donorschaarste, anonimiteit, professionele autonomie en gebrek aan externe controle vormden de basis voor ontsporingsrisico's.
In deze context ontstonden de schandalen rond artsen die zelf als donor optraden. Wanneer een eerste normoverschrijding zonder ontdekking of consequenties bleef, was bovendien de drempel voor herhaling laag. Daarbij moet worden benadrukt dat een arts die zonder geldige toestemming eigen sperma gebruikt altijd (toen en nu) de professionele relatie met de patiënt overschrijdt. De praktische kwetsbaarheid van het systeem kan een verklaring voor de gelegenheid bieden, maar vormt geen vergoelijking.
Vanuit organisatietheoretisch perspectief vertoont deze periode kenmerken van een pioniersfase: persoonlijk leiderschap, improvisatie, informele werkwijzen en een sterke afhankelijkheid van individuele professionals. De pionier kent vrijwel iedereen en beslist veel zelf. Dit werkt uitstekend zolang de organisatie klein en overzichtelijk is. De gynaecologen werkten vanuit kleine zelfstandige klinieken en waren op zoek naar mogelijkheden voor dienstverlening, de relatie met de cliënten was persoonlijk en door het gebrek aan donoren werd de keuze van de donor volledig door de arts bepaald.
Hier past de Belgische historische reconstructie van Tinne Claes goed bij. Individuele artsen konden een spermabank opzetten en hadden veel vrijheid. In een van de Belgische voorbeelden richtte een gynaecoloog eind jaren zeventig zelf een spermabank op, hielp honderden koppels en vernietigde bij zijn pensionering de dossiers.
Een illustratie van deze pioniersfase wordt gegeven door de Apeldoornse gynaecoloog Wim Vlaanderen, die in zijn memoires beschrijft hoe hij samen met een collega een eigen KID-programma opzette. Donoren werden aanvankelijk geworven in de eigen kennissenkring, via de plaatselijke krant en later via pas bevallen vrouwen en hun partners (Vaders voor vaders). De gynaecoloog bepaalde zelf de selectiecriteria, de matching met wensouders en de duur van het donorschap. Vlaanderen beperkte bewust het aantal kinderen per donor in Apeldoorn en hield zelfs rekening met de woonafstand tussen donor en wensouders, uit vrees voor latere onbedoelde relaties tussen genetische verwanten. Deze werkwijze illustreert zowel de kracht als

de kwetsbaarheid van de pioniersfase: een zorgvuldige arts kon zelf grenzen stellen, maar de begrenzing berustte grotendeels op diens persoonlijke inzicht en administratie en niet op een landelijk controlesysteem.
Opvallend is dat de in persoonlijke beschrijvingen van overtreders uit die periode (o.a. Karbaat, Ruis en Wilschut) er een grote waardering wordt uitgesproken over hun pionierschap.
De kwetsbaarheid van deze pioniersfase was niet alleen technisch en organisatorisch, maar ook cultureel. Claes beschrijft voor België een medische praktijk waarin donorinseminatie in grote geheimhouding plaatsvond. De echtgenoot moest als biologische vader gelden en de identiteit van de donor diende onbekend te blijven. Anonimiteit, geheimhouding en de destijds grote professionele autonomie van artsen versterkten elkaar. Hierdoor was niet alleen weinig externe controle mogelijk, maar ontbrak ook bij de direct betrokkenen vaak het zicht op de totale donorpraktijk.

3.2 Invriezen en spermabanken: schaal en registratie

Met de opkomst van ingevroren sperma konden uit één donatie meerdere rietjes worden verkregen en kon materiaal worden bewaard. De kostbare techniek bevorderde concentratie in spermabanken en een meer bedrijfsmatige aanpak om de levering van sperma te organiseren. Cryopreservatie loste daarmee een belangrijk probleem van de pioniersfase op, maar introduceerde een nieuw systeemrisico: dezelfde donor kon veel efficiënter, over een veel langere periode en op grotere schaal worden ingezet.
Vlaanderen beschrijft ook concreet hoe de overgang van vers naar ingevroren sperma de praktijk veranderde. Waar een donor bij gebruik van vers sperma op het juiste moment beschikbaar moest zijn, konden uit één ingevroren donatie meerdere rietjes worden gemaakt en op verschillende momenten worden gebruikt. Cryopreservatie verminderde daarmee de logistieke afhankelijkheid van de donor en maakte efficiënter en potentieel grootschaliger gebruik van één donor mogelijk.
Claes geeft in haar historische reconstructie aan dat de ontwikkeling van spermabanken niet alleen een technische innovatie was, maar ook een institutionele verandering: de autoriteit van individuele artsen neemt af, de geneeskunde commercialiseert en maatschappelijke opvattingen over geheimhouding, gezin, seksualiteit en identiteit veranderen.
De daaropvolgende institutionalisering rond spermabanken vertoont kenmerken van een bureaucratiseringsfase: procedures worden gestandaardiseerd, taken gescheiden en gegevens systematischer vastgelegd. Kennis blijft behouden wanneer iemand vertrekt, verantwoordelijkheden worden duidelijker, besluiten zijn achteraf te reconstrueren en nieuwe mensen kunnen gemakkelijker instromen. Bovendien wordt de organisatie minder kwetsbaar voor de macht of het wegvallen van één persoon. Dit betekent wel dat de relatie arts – cliënt minder persoonlijk wordt, afstandelijker.
Met de ontwikkeling van spermabanken ontstaan ook nieuwe risico's.

- Onvolledige of foutieve administratie, gebrekkige registratie of onvoldoende onderlinge gegevensuitwisseling kon ertoe leiden dat per donor meer zwangerschappen ontstonden dan bedoeld.
- Bij het beëindigen van veel praktijken van gynaecologen zijn dossiers verloren gegaan of vernietigd.
- Anonimiteit kon het zicht op aantallen en verantwoordelijkheden verder verminderen.

- Economische haalbaarheid en schaalvergroting konden druk zetten op het aantal behandelingen per donor. Dezelfde donor werd bewust veelvuldig gebruikt zonder dat de donor het uiteindelijke aantal nakomelingen kon overzien.

Hierdoor konden ongewilde massadonoren ontstaan: mannen die veel nakomelingen kregen zonder dat zij zelf wisten of beoogden dat hun sperma zo vaak werd gebruikt.

3.3 Internationalisering

Veel fertiliteitsklinieken zijn met de donorbanken gaan samenwerken. Er ontstaat schaalvergroting, een internationaal aanbod. De internationale databanken worden naast hoofdleverancier aan de klinieken ook postorderbedrijven, ze gaan steeds meer rechtstreeks aan wensouders leveren. Ze hanteren daarbij digitale catalogi met het aanbod van donoren, met foto's van diverse levensfasen, persoonlijke verhalen et cetera. Dat past binnen de wens van ouders om zelf de donor te kunnen kiezen.

De internationalisering van de Nederlandse donorconceptie is in relatief korte tijd zeer sterk toegenomen. Volgens de staatssecretaris van VWS werd in 2004 bij 21 van de 319 behandelingen met donorsperma gebruikgemaakt van een buitenlandse donor. In 2024 ging het om 1.120 buitenlandse donoren op een totaal van 1.712 behandelingen en lag het aandeel behandelingen met buitenlands donorsperma rond 65 procent.

Een groeiende én veranderende vraag

Niet alleen de omvang van de vraag naar donorsperma veranderde, maar ook het karakter ervan. Oorspronkelijk werd kunstmatige inseminatie met donorsperma vooral toegepast bij heteroseksuele paren bij wie de man onvruchtbaar was. Donorsperma vormde daarmee in de eerste plaats een medische oplossing voor mannelijke infertiliteit.

Vanaf de jaren tachtig en negentig veranderde de samenstelling van de groep wensouders. Lesbische paren en later ook alleenstaande vrouwen kregen in toenemende mate toegang tot donorconceptie. Bij hen is doorgaans niet onvruchtbaarheid, maar het ontbreken van een mannelijke partner de reden om donorsperma te gebruiken. Tegelijkertijd nam de maatschappelijke acceptatie van verschillende gezinsvormen toe.

De keuze van de donor kreeg daarbij meer betekenis. Wensouders gingen niet alleen op zoek naar beschikbaar en medisch geschikt donorsperma, maar ook naar een donor die wat betreft achtergrond, uiterlijk en andere kenmerken bij hun wensen paste en over wie voldoende informatie beschikbaar was voor henzelf en voor het toekomstige kind.

Deze ontwikkeling vergrootte niet alleen de vraag naar donorsperma, maar creëerde ook een andere markt. Internationale spermabanken konden daarin voorzien met een groot donorbestand, snelle beschikbaarheid en uitgebreide donorprofielen. Daarmee verschoof donorconceptie geleidelijk van een hoofdzakelijk lokaal georganiseerde medische behandeling naar een internationaal systeem waarin wensouders veel meer keuzemogelijkheden kregen.

De grotere keuzevrijheid voor wensouders heeft ook een keerzijde: een populaire donor kan door diezelfde internationale markt door veel meer gezinnen worden gekozen.

De cumulatieparadox van nationale limieten

Het grootste risico bij internationaal opererende spermabanken is dat ze door optimalisering van de inzet van donoren er ongewilde systeemmassadonoren ontstaan. Ook al worden de nationale limieten per land toegepast, maar omdat de diverse landelijke limieten internationaal worden opgeteld kan één donor over meerdere landen samen zeer veel nakomelingen krijgen. Behandeling met donorsperma dat in meerdere landen wordt gebruikt is de voornaamste reden dat ‘massadonatie’ nog steeds mogelijk is, ondanks de vernieuwde Wdkb en de nationale limiet van twaalf vrouwen per donor.
Dit wordt in dit rapport aangeduid als de 'cumulatieparadox van nationale limieten': ieder land kan afzonderlijk zijn eigen maximum naleven, terwijl dezelfde donor internationaal toch een zeer grote siblinggroep krijgt. De afzonderlijke systemen functioneren dan volgens hun eigen regels, maar het gezamenlijke resultaat is juist datgene wat die regels proberen te voorkomen. Er is dus geen overtreding binnen één land nodig is om internationaal tot massadonatie te komen.
De internationalisering bracht daarmee een fundamentele verandering teweeg. Het probleem was niet langer alleen of een individuele donor of kliniek zich aan de nationale norm hield. De vraag werd wie verantwoordelijk was voor bewaking van het totale aantal gezinnen en nakomelingen van één donor over de landsgrenzen heen. Juist voor die bewaking bestond lange tijd geen internationaal registratiesysteem en geen algemeen geldende internationale limiet. Er ontstond een systeem waarin iedere afzonderlijke partij zich aan de eigen regels kon houden, terwijl het gezamenlijke resultaat toch maatschappelijk ongewenst kon zijn.

Commercialisering en schaal

Bedrijfseconomische belangen en het streven naar beperking van internationale siblinggroepen komen met elkaar op gespannen voet te staan. Voor internationaal opererende commerciële spermabanken bestaat een structurele economische prikkel om donoren efficiënt en over meerdere afzetmarkten in te zetten. Er is hiermee een ontsporingsrisico van het systeem door economische motieven. Dit kan leiden tot een door het systeem geproduceerde internationale massadonor zonder dat er sprake is van een bewust streven van de donor.
Dat de een van de grootste spermabanken European Sperm Bank (ESB) een commerciële onderneming is, blijkt ook uit de financiële rapportage van European Sperm Bank ApS. De inkomsten komen primair uit verkoop van donor-sperma-eenheden (“straws/vials”) plus aanvullende diensten (donorprofielen/keuze-tools, logistiek, matching-/screening-opties, betaal-/orderfaciliteiten).
De nationale limieten worden door ESB feitelijk cumulatief gebruikt: een donor kan de limiet van meerdere landen benutten. Een Nederlandse, Belgische, Duitse enz. limiet beschermt dus wel tegen een grote siblinggroep *binnen één land*, maar niet tegen een zeer grote internationale siblinggroep. De ESB schrijft sinds eind 2022 een wereldwijde limiet van 75 gezinnen per donor te hanteren en zegt daarover: “This limit is based on scientific research.” De ESB vermeldt echter niet welke studie tot het getal 75 leidt.
Door zich te baseren op een niet te verifiëren studie en het als geoorloofd achten van het cumulatief hanteren van limieten bestaat er ook het risico dat bewust handelende massadonoren daarmee hun gedrag legitimeren.

Naar een Europese limiet

ESHRE stelde in 2026 voor om gefaseerd een EU-brede limiet in te voeren: aanvankelijk maximaal 50 gezinnen per donor, uiteindelijk te verlagen naar 15 gezinnen of minder. Een EU-breed donorregister moet naleving mogelijk maken. Daarnaast stelt ESHRE voor de distributie van gameten aan nieuwe gezinnen te beperken tot maximaal twintig jaar na de eerste donatie.



3.4 Particuliere donorplatforms

Het rechtstreeks zoeken naar een donor buiten de fertiliteitskliniek is geen verschijnsel van het internettijdperk. Al in de jaren negentig brachten contactadvertenties mensen met een kinderwens en potentiële donoren of co-ouders met elkaar in contact. Daarmee ontstond naast de klinische donorconceptie een informeel circuit waarin wensouders zelf hun donor konden zoeken, ontmoeten en selecteren.

Later ontstonden meer georganiseerde vormen van ontmoeting. Stichting Meer dan Gewenst organiseerde in 2013 de eerste kinderwens-speeddate. Wensouders, potentiële donoren en mensen die een vorm van co-ouderschap zochten, konden elkaar daar in korte gesprekken ontmoeten en bij wederzijdse belangstelling verder kennismaken. Deze bijeenkomsten voorzagen duidelijk in een behoefte en ontwikkelden zich tot een terugkerende activiteit.

Daarmee veranderde niet alleen de manier waarop een donor werd gevonden, maar ook de positie van de wensouder. In het traditionele kliniekmodel selecteerde de kliniek een geschikte donor. Bij particuliere donorconceptie gingen wensouders zelf selecteren. Persoonlijke

kennismaking maakte het mogelijk om niet alleen te kijken naar uiterlijke of medische kenmerken, maar ook naar persoonlijkheid, motieven, opvattingen over donorschap en de gewenste toekomstige betrokkenheid bij het kind.

De komst van internet, gespecialiseerde donorplatforms en later sociale media betekenden en sterke schaalvergroting van een al bestaande particuliere praktijk. De geografische en sociale begrenzing van de contactadvertentie en de fysieke ontmoeting verdween. Wensouders kregen toegang tot een veel groter aanbod van potentiële donoren, maar omgekeerd kreeg één donor ook toegang tot een vrijwel onbeperkt aantal wensouders.

Daarmee ontstond een nieuwe kwetsbaarheid. Waar persoonlijk contact vertrouwen kan wekken, biedt het op zichzelf geen mogelijkheid om uitspraken van een donor over eerdere donaties, het aantal verwekte kinderen of contacten met andere wensouders te verifiëren. De vergroting van de keuzevrijheid voor wensouders ging daardoor niet automatisch gepaard met een vergelijkbare vergroting van controle en transparantie.

Klinieken versus particuliere platforms

Bij een fertiliteitskliniek is donorsperma onderdeel van professionele zorg. De Wdkb verplicht de professionele verrichter bij kunstmatige donorbevruchting onder meer met een donorcode en de daaraan gekoppelde registratie te werken. Donorgegevens worden landelijk bij het Cdkb geregistreerd.

Daarnaast bestaat het landelijke NVOG/KLEM-standpunt spermadonatie. Dat beschrijft een echte **instroomprocedure voor donoren**: algemene screening, psychologische screening, genetische anamnese, kwaliteitseisen aan het sperma en afspraken met de donor. Bij de genetische screening wordt bijvoorbeeld een gestructureerde familieanamnese met een stamboom over drie generaties gemaakt; bij aanwijzingen voor erfelijke aandoeningen kan klinische genetica worden ingeschakeld.

Bij een particulier platform ligt dat wezenlijk anders **zolang het platform alleen bemiddelt** en niet zelf beroeps- of bedrijfsmatig kunstmatige donorbevruchting verricht of laat verrichten. De Wdkb definieert kunstmatige donorbevruchting namelijk als het *beroeps- of bedrijfsmatig verrichten van handelingen gericht op het tot stand brengen van een zwangerschap*. Een datings-/bemiddelingsplatform dat donor en wensouder bij elkaar brengt, valt daardoor niet vanzelf onder hetzelfde klinische regime.

Particuliere platformen vergeleken

Met internet en sociale media kunnen wensouders zelf een donor kiezen en rechtstreeks afspraken maken. Die autonomie heeft voordelen, maar vermindert de centrale controle op aantallen en eerdere donaties.
Een systematische review uit 2025 van 30 publicaties over online spermadonatie beschrijft de particuliere online-donorwereld als een relatief ongestructureerde praktijk waarin donor en ontvanger veel afspraken zelf moeten vormgeven. Opvallend is dat vooral ervaren donoren gaandeweg eigen principes en werkwijzen ontwikkelen. Naast altruïsme en de wens genetisch nageslacht te hebben werden in de onderzochte literatuur ook motieven beschreven als controle, competitie en bekendheid. Deze bevindingen bewijzen geen ontwikkelingsroute naar massadonatie, maar ondersteunen wel het belang van onderzoek naar de manier waarop

langdurige ervaring binnen een weinig gereguleerde omgeving het donorgedrag kan beïnvloeden.
In Nederland kunnen wensouders en particuliere spermadonoren elkaar via ten minste zeven gespecialiseerde Nederlandse websites en platforms vinden. Daarnaast bestaan Nederlandse en internationale Facebookgroepen en buitenlandse donorplatforms die vanuit Nederland toegankelijk zijn. Een massadonor kan gelijktijdig via meerdere platforms, sociale media en rechtstreekse contacten actief zijn. Dat cumulatieve risico kan door een afzonderlijk platform nauwelijks worden beheerst. Er bestaat momenteel geen platform-overschrijdend registratiesysteem waarmee wensouders of platforms betrouwbaar kunnen controleren voor hoeveel gezinnen een particuliere donor reeds heeft gedoneerd.
Daarbij moet onderscheid worden gemaakt tussen het risico binnen één platform en het cumulatieve risico van één donor die tegelijkertijd via meerdere platforms, sociale media en rechtstreekse contacten actief is. Juist dat laatste risico kan door een afzonderlijk platform nauwelijks worden beheerst.
In de bijlage staat een matrix van 10 particulier donorplatforms met per platform: identiteit geverifieerd ja/nee, medische screening ja/nee, maximumaantal gezinnen, verklaring donor, donorcontract, sanctie bij overtreding, DNA-verificatie, melden massadonor en gegevensuitwisseling met andere platforms. Dit overzicht maakt zichtbaar waar precies de gaten zitten die massadonatie mogelijk maken.
De twee opvallendste positieve uitzonderingen met een bescherming tegen massadonoren zijn OneWish en Flavie. Zij leggen de verantwoordelijkheid niet uitsluitend bij de wensouder leggen, maar proberen de systeemarchitectuur zelf zo in te richten dat massadonatie moeilijker wordt.

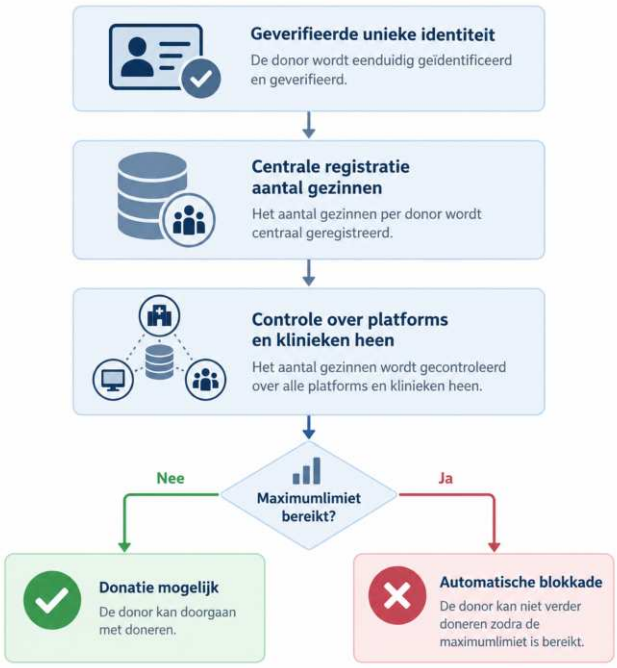
- OneWish is momenteel het verst ontwikkeld op dit punt. De huisregels verlangen openheid over het aantal reeds verwekte donorkinderen en hanteren maximaal 12 wensgezinnen per donor. OneWish zegt deze richtlijn actief te willen bewaken en erop te handhaven. Tegelijk erkent OneWish feitelijk de beperking van het eigen systeem: het pleit voor een nationaal en internationaal centraal register en samenwerking tussen klinieken en privédonatieplatforms.
  Relevant is het Donorcontract Plus. Daarin kan een donor zich contractueel beperken tot slechts één, twee of drie gezinnen. OneWish vermeldt expliciet dat de donor bij overtreding akkoord gaat met een “aanzienlijke opeisbare boete”. De identiteit van partijen wordt hierbij via iDIN gecontroleerd en het contract wordt door een juridisch specialist opgesteld en gewaarmerkt.
- Flavie heeft een andere interessante constructie. Bij de introductie van het platform in juli 2026 meldde Flavie dat iedere gebruiker een iDIN-identiteitsverificatie doorloopt en dat een donor via Flavie met maximaal zes wensouders een verbinding kan aangaan, juist om het risico op massadonatie binnen het platform te verminderen.

  Er zit overigens een nuance in hun huidige documentatie: de algemene voorwaarden formuleren iDIN als een mogelijkheid (“gebruikers kunnen zich via iDIN identificeren”), terwijl het lanceringsbericht het als verplicht omschrijft. De voorwaarden benadrukken bovendien dat andere verklaringen van gebruikers — inclusief gezondheidsinformatie — inhoudelijk niet door Flavie worden geverifieerd.

De grote middengroep

- Bij BloeiWens ligt de verantwoordelijkheid veel nadrukkelijker bij wensouder en donor zelf. Het platform adviseert expliciet te spreken over gezondheid, soa-testen, andere gezinnen en schriftelijke afspraken. Het waarschuwt dat een uitspraak in een chat geen medische controle is. Blokkeren en melden kan wel.
- Groot Verlangen controleert de inhoud van een oproep voordat die wordt geplaatst en vraagt donoren bijvoorbeeld iets te vermelden over soa-testen, gezondheid en spermakwaliteit. Maar de website waarschuwt tegelijk dat reageren op eigen risico blijft. Er is geen identiteitscontrole of centraal aantal geholpen gezinnen zichtbaar.
- Bij Verlangen naar een Kind is het nog duidelijker: de site vermeldt bij aangeboden spermadonoren expliciet dat de oproepen niet zijn gecontroleerd en dat reageren op eigen risico is. Er bestaat wel een meldpunt.
- Meer dan Gewenst controleert oproepen voor zover mogelijk, maar neemt geen verantwoordelijkheid voor de bedoelingen van indieners of reageerders. Het adviseert wensouders sterk om afspraken in een donorcontract bij een gespecialiseerde familierechtadvocaat vast te leggen. Er is echter geen systeem gevonden waarmee het aantal gezinnen per donor wordt bijgehouden.
- Co-ParentMatch is interessant als vergelijking Dit internationale platform zegt expliciet dat het geen standaard achtergrond-, gezondheids- of fertiliteitscontrole op leden uitvoert. De gebruiker moet zelf identiteit en medische uitslagen controleren. Toch bevatten de voorwaarden een donorlimiet: donoren moeten volgens de gepubliceerde voorwaarden afspreken niet verder te gaan dan 10 succesvolle zwangerschappen; overschrijding wordt als onverantwoord beschouwd en kan leiden tot verwijdering van het platform. Ook dat systeem blijft echter afhankelijk van verklaringen van de donor. Het platform kan niet zien wat dezelfde man elders doet.

Geen enkel platform combineert aantoonbaar onderstaand schema.



Ook een vorm van DNA-verificatie of een andere unieke biometrische koppeling wordt nergens standaard platform-overschrijdend toegepast. Zo'n techniek zou dubbele registratie onder verschillende namen kunnen helpen signaleren, maar werkt alleen wanneer deelnemende organisaties gegevens op een juridisch en technisch verantwoorde wijze met elkaar kunnen vergelijken.
Dat maakt de controle op dit moment grotendeels platform-gebonden. Flavie kan bijvoorbeeld voorkomen dat iemand binnen Flavie eindeloos connecties aangaat, maar ziet niet dat dezelfde donor misschien ook actief is op OneWish, Groot Verlangen, Facebook, Co-ParentMatch of een Duits platform. Dat is juist het mechanisme dat een doelbewuste massadonor kan benutten.

Sinds 1 april 2025 geldt binnen de Nederlandse klinische donorzorg een wettelijke grens van maximaal twaalf vrouwen per donor. De landelijke registratie kan echter alleen functioneren wanneer de donatie of behandeling binnen het bereik van de Wdkb en de geregistreerde klinische keten valt. Particuliere thuisdonatie blijft daardoor een wezenlijke blinde vlek. Daar is een grote gevoeligheid voor bewust handelende massadonoren en wensouders worden er onvoldoende geholpen om weerbaar te zijn voor deze massadonoren.

Priamos komt op basis van de matrix-analyse met de volgende **aanbevelingen** aan de particuliere donorplatforms en donoren:

1. **Verplichte ID-verificatie** van iedere particuliere donor, bij voorkeur met een betrouwbare unieke identificatie.
2. **Eén platform-overschrijdend donorregister**, waarin alleen wordt vastgelegd welke donor hoeveel gezinnen heeft geholpen — dus ook bij particuliere donatie. Ook het aantal eigen biologische kinderen moet daarbij vastgelegd zijn.
3. Een standaard donorverklaring/contract waarin de donor alle eerdere donaties aan klinieken, websites en privé-wensouders opgeeft en zich bindt aan maximaal twaalf gezinnen of een lager overeengekomen aantal.
4. Een **afdwingbare sanctie** bij bewuste misleiding, naar het voorbeeld van het Donorcontract Plus van OneWish, gecombineerd met uitsluiting van deelnemende platforms.
5. **Verplichte periodieke** herbevestiging door de donor. Een donor moet bij iedere nieuwe match opnieuw verklaren hoeveel vrouwen/gezinnen hij inmiddels via klinieken, andere platforms en particuliere contacten heeft geholpen. Hierdoor wordt een eenmalige verklaring bij inschrijving vervangen door een actuele verantwoordelijkheid bij iedere nieuwe donatie.
6. **Persoonlijk donorprofiel.** Zolang een sluitend centraal register ontbreekt, wordt particuliere donoren geadviseerd een gestandaardiseerd en waar mogelijk geverifieerd document bij te houden waarin alle klinische, commerciële en particuliere donaties, het aantal bereikte gezinnen en nog opgeslagen sperma worden geregistreerd. Wij noemen het een persoonlijk donorprofiel dat vóór iedere nieuwe donatie geactualiseerd moet worden en aan de betrokken wensouder of organisatie getoond.
7. **Vooraf begrenzen van de duur van het donorschap.** Naast een maximumaantal gezinnen legt de donor vóór de eerste donatie vast gedurende welke periode hij voor nieuwe gezinnen beschikbaar wil zijn. Na het verstrijken van deze termijn vindt geen donatie aan nieuwe gezinnen meer plaats; donatie voor een volgend kind binnen een reeds bestaand donorgezin kan daarvan worden uitgezonderd. Dat wordt ook vastgelegd in het donorprofiel.

8. **Verken het netwerk van de donor.** Wensouders dragen ook een grote verantwoordelijkheid om ontsporingen bij spermadonatie te voorkomen. Ga kennismaken met familieleden en/of vrienden. Leer de donor beter kennen, leer hoe betrouwbaar de beloftes en verplichtingen van de donor zijn. Een donor blijft ondanks alles een lid van de familie, hoe ver weg je hem ook houdt uit je systeem. Vroeg of laat komt de donor op één of andere manier weer in het leven van de wensouders of hun kinderen. Dat betekent dat wensouders een levenslange relatie met de donor aangaan.

OneWish en Flavie laten zien dat technische en organisatorische maatregelen tegen massadonatie ook binnen de particuliere donorwereld mogelijk zijn. Identiteitsverificatie, een contractuele donorlimiet en consequenties bij bewuste overtreding vormen belangrijke bouwstenen. De beslissende schakel ontbreekt echter nog: een gezamenlijke registratie waarmee kan worden vastgesteld hoeveel vrouwen of gezinnen een donor via álle klinische én particuliere kanalen heeft geholpen. Zolang die platform-overschrijdende controle ontbreekt, kan een doelbewuste massadonor zich eenvoudig over meerdere systemen verspreiden.

4. Wat weten we van massadonoren?

De wetenschappelijke basis over massadonoren is aanzienlijk smaller dan die over reguliere spermadonoren. Er bestaat geen groot epidemiologisch profielonderzoek onder honderden massadonoren. Veel kennis komt uit kleine kwalitatieve studies, interviews, registraties en individuele casussen.

4.1 Een noodzakelijk onderscheid

Er bestaat geen volledig eenduidige, internationaal aanvaarde definitie van ‘massadonor’. In Nederland worden bovendien twee verschillende betekenissen naast elkaar gebruikt: een getalsmatige en een intentionele, het moedwillig doen ontstaan van grote aantallen nakomelingen van één donor.
Voor analyse en beleid is het essentieel om onderscheid te maken tussen wie verantwoordelijk is voor het grootschalige donoschap. Ontsporingen kunnen ontstaan door zowel personen als door de inrichting van het systeem.
Voor de analyse in dit rapport onderscheiden we **drie vormen** van massadonatie:
de **ongewilde massadonor** — ontstaan door gebrekkige registratie of veelvuldig gebruik zonder dat de donor het overziet;
de **systeemmassadonor** — het voorspelbare resultaat van een systeem waarin dezelfde donor legaal over klinieken, landen of platforms kan worden ingezet;
de **bewuste massadonor** — de donor die zelf actief verschillende kanalen gebruikt om zoveel mogelijk nakomelingen te verwekken.
Deze drie situaties zijn moreel en psychologisch verschillend. Een groot aantal nakomelingen is dus op zichzelf onvoldoende om intentie of verwijtbaarheid vast te stellen.
Ook in het actuele overheidsbeleid wordt dit onderscheid relevant geacht. De staatssecretaris van VWS maakt onderscheid tussen donoren die bewust via verschillende kanalen veel nakomelingen proberen te krijgen en donoren die door onvoldoende informatie over het gebruik van hun sperma buiten hun schuld een zeer groot aantal nakomelingen hebben gekregen. Voor die laatste groep worden ook termen als 'overschrijdingsdonor' en 'donor met veel nakomelingen' gebruikt.

4.2 Terugkerende kenmerken en hypothesen

Uit onderzoek naar reguliere en online donoren en uit casuïstiek van zeer actieve donoren komen verschillende factoren naar voren die mogelijk relevant zijn voor massadonatie. Geen van de hieronder vermelde factoren kan op basis van de huidige kennis als zelfstandig risicokenmerk worden beschouwd.

- Een sterke procreatieve motivatie: voldoening ontlenen aan het hebben van veel genetische nakomelingen.
- Een positief of uitzonderlijk beeld van de eigen genetische kwaliteiten kan een rol spelen.
- Langdurig en herhaald doneren via verschillende klinieken, banken, websites of particuliere kanalen.
- Gebruik van meerdere kanalen waardoor afzonderlijke ontvangers of instellingen het totale aantal nakomelingen niet kennen.
- Soms eerdere donaties achterhouden of bagatelliseren.

- Relatief veel interesse in het bestaan en soms het leven van donorkinderen.
- Geld kan een rol spelen, maar biedt geen afdoende verklaring voor massadonatie.

4.3 Narcisme en psychiatrie: voorzichtigheid geboden

Bossema e.a. beschreven in interviews met mannen verschillende motieven voor en tegen spermadonatie, waaronder een categorie 'narcism'. Dat betekent niet dat spermadonoren narcistischer zijn en evenmin dat massadonoren een narcistische persoonlijkheidsstoornis hebben. Het onderzoek identificeerde mogelijke zelfgerichte motieven; het stelde geen psychiatrische diagnoses.
Voor een psychiatrische stoornis als verklaring voor massadonatie bestaat in de beschreven literatuur geen bewijs. Ook voor een bepaald opleidingsniveau of voor alleenstaand zijn als kenmerk van massadonoren is de onderbouwing onvoldoende.

4.4 Organisatievermogen als mogelijke factor

Een groter onderzoek naar online donoren onderzocht een aantal mannen die zowel klinisch als informeel aan meerdere vrouwen doneerden. Daarbij kwam 'conscientiousness' naar voren: zorgvuldigheid, doelgerichtheid en organisatievermogen. De auteurs opperden dat zulke eigenschappen het gemakkelijker kunnen maken om afspraken, reizen, communicatie en contacten met meerdere ontvangers langdurig te organiseren.

4.5 Casuïstiek van bewuste massadonatie

Jonathan Jacob Meijer is een extreem Nederlands voorbeeld van bewuste massadonatie. Hij doneerde via Nederlandse klinieken, buitenlandse spermabanken en particuliere kanalen en verwekte een zeer groot aantal kinderen. In 2023 verbood de Nederlandse rechter hem verder te doneren en werd aan overtreding een dwangsom verbonden. In de procedure kwam onder meer naar voren dat wensouders onvoldoende waren geïnformeerd over de omvang van eerdere donaties.
Deze casus kan niet worden gebruikt om een algemeen profiel van de massadonor af te leiden. Wel laat de casus zien hoe langdurige donatie via meerdere klinische, internationale en particuliere kanalen tot zeer grote aantallen nakomelingen kan leiden. Of daarbij sprake was van het in hoofdstuk 5 beschreven geleidelijke proces van positieve bekrachtiging en grensverschuiving, kan uit de beschikbare gegevens niet worden vastgesteld.
Naast de Nederlandse casus van Jonathan Jacob Meijer zijn internationaal meerdere langdurig zeer actieve spermadonoren beschreven. Hoewel deze casussen geen representatieve onderzoekspopulatie vormen, zijn enkele terugkerende kenmerken zichtbaar. Het doneren wordt vaak gedurende vele jaren voortgezet, nieuwe donaties worden door ervaring en contacten steeds gemakkelijker georganiseerd en het verwekken van nakomelingen krijgt voor de donor een positieve persoonlijke betekenis. De motieven verschillen echter. Bij sommige donoren staat het helpen van wensouders centraal in de eigen verklaring, terwijl bij anderen expliciet de wens naar veel genetisch nageslacht, herinnerd worden of zelfs het bereiken van een zeer groot aantal kinderen wordt genoemd. Altruïstische en procreatieve motieven lijken daarbij niet noodzakelijk wederzijds uitsluitend.

De casussen zijn verenigbaar met de in dit rapport geformuleerde hypothese van een zelfversterkend proces: succesvolle donaties kunnen waardering en voldoening opleveren,

ervaring en contacten vergroten en de praktische drempel voor volgende donaties verlagen. Herhaalde donatie kan vervolgens onderdeel worden van de identiteit van de donor. Uit retrospectieve casusbeschrijvingen kan echter niet worden vastgesteld of dit proces daadwerkelijk zo is verlopen.

4.6 Beoordeling van mogelijke kenmerken

Mogelijke factor	Stand van de onderbouwing en relevantie voor massadonatie
Altruïsme – anderen willen helpen	Sterk aangetoond als donormotief; niet specifiek voor massadonoren
Wens veel genetisch nageslacht te hebben	Redelijk sterk. Aanwijzingen, vooral bij online donoren
Trots op / positieve waardering van eigen genen	Aanwijzingen
Interesse in donorkinderen	Aangetoond bij deel online donoren; niet specifiek voor massadonatie
Narcistische motieven	Beschreven, maar onvoldoende bewezen als massadonorkenmerk
Financieel motief	Niet overtuigend als verklaring voor massadonatie
Organisatievermogen / doelgerichtheid	Aanwijzingen voor hogere donatieactiviteit
Psychiatrische stoornis	Geen bewijs als verklaring voor massadonatie
Bepaald opleidingsniveau	Onvoldoende bewijs
Alleenstaand	Geen consistent bewijs

5. Hoe kan gedrag geleidelijk ontsporen?

Juist over de overgang van beginnende donor naar massadonor bestaat een opvallende kennislacune. Er is onderzoek naar motieven om te beginnen en er zijn studies onder ervaren online donoren, maar nauwelijks prospectief onderzoek waarin donoren vanaf hun eerste donatie jarenlang worden gevolgd.
Een recente systematische review van onderzoek naar online spermadonatie bevestigt dat de kennis vooral afkomstig is uit retrospectief en cross-sectioneel onderzoek en noemt prospectief onderzoek, onder meer onder beginnende donoren, expliciet als kennislacune.



Op basis van de bestaande literatuur kan wel een voorlopig ontwikkelpad als hypothese worden geformuleerd. Het betreft nadrukkelijk een verondersteld zelfversterkend proces.

1. Een gewone, vaak positieve start

De donor begint bijvoorbeeld vanuit altruïsme: hij wil mensen met een onvervulde kinderwens helpen. Informele donatie kan daarnaast aantrekkelijk zijn vanwege persoonlijk contact, keuze van de ontvanger en eventueel contact met het kind.

2. Positieve bekrachtiging

Een zwangerschap lukt, wensouders zijn dankbaar en de donor ervaart dat zijn handelen daadwerkelijk een gezin heeft helpen ontstaan. Kwalitatieve interviews suggereren dat donoren betekenis en voldoening aan deze rol kunnen ontlenen.

3. De donorrol wordt onderdeel van de identiteit

De donor is niet langer iemand die enkele keren doneerde, maar kan zichzelf gaan zien als ervaren donor met eigen regels, verantwoordelijkheden en een vaste plaats binnen een online-gemeenschap.

4. Eigen regels vervangen externe grenzen

In een grotendeels zelfgereguleerde omgeving kan de donor steeds meer zelf bepalen wat verantwoord is. Sommige donoren stellen juist duidelijke maxima; anderen kunnen hun grens gaandeweg verleggen.
Dat persoonlijke opvattingen van donoren over een aanvaardbaar maximum sterk kunnen verschillen van beleidsmatige normen, blijkt uit internationaal onderzoek onder 233 actieve spermadonoren. Slechts 18,8% gaf de voorkeur aan een limiet van tien nakomelingen of minder, terwijl 48,5% aangaf zich te kunnen vinden in aantallen boven de honderd of vond dat het aantal nakomelingen niet relevant was. Dit betekent niet dat deze donoren daadwerkelijk zoveel kinderen wilden verwekken, maar laat wel zien dat een maatschappelijk of juridisch wenselijk geachte grens niet vanzelfsprekend overeenkomt met de persoonlijke norm van de donor.

5. Ervaring maakt verdere donatie gemakkelijker

Meer ervaring, contacten en organisatievermogen kunnen de praktische drempel voor nieuwe donaties verlagen. Daardoor kan een zelfversterkend proces ontstaan.

Implicaties voor onderzoek

De causale keten is nog niet prospectief bewezen. De kernvraag voor toekomstig onderzoek is daarom niet alleen welke kenmerken massadonoren hebben, maar vooral wanneer en waarom een aanvankelijk begrensde donatiepraktijk overgaat in steeds verdergaande donatie. Over het proces waardoor een eerder begrensde donor steeds verder kan gaan met doneren is nog weinig bekend. Het is een hypothese en geen bewezen ontwikkelingsmodel.
Casestudies bij massadonoren gericht op het identificeren van de kantelmomenten bij in het ontstaan van een die bekrachtigingsproces zijn van belang. Longitudinaal onderzoek, waarbij donoren vanaf het begin van hun donorschap gedurende langere tijd worden gevolgd, kan meer inzicht geven in de vraag waarom de meeste donoren binnen een beperkte donatiepraktijk blijven terwijl een kleine groep steeds verder doorgaat. Juist kennis over het moment waarop grenzen beginnen te verschuiven kan nieuwe aanknopingspunten bieden voor preventie, houvast geven aan bijsturingsmogelijkheden bij die kantelmomenten.

6. Waarom corrigeert het systeem die ontsporing soms niet?

Bij alle betrokkenen: wensouders, fertiliteitsartsen, donoren, klinieken, toezichthouders en wetgever zijn er zaken verkeerd verlopen. Goed vertrouwen, routine, versnipperde verantwoordelijkheid, gebrekkige registratie en het ontbreken van terugkoppeling konden ertoe leiden dat afwijkingen jarenlang niet als alarmsignaal werden opgepakt.

1. Niet iedere ontsporing begint met kwade bedoelingen

Bij de geschiedenis van donorconceptie gaat veel aandacht uitgaat naar degenen die bewust grenzen overschreden. Maar daarmee is nog niet verklaard waarom die grensoverschrijdingen soms jarenlang konden doorgaan. De centrale vraag is daarom niet alleen waarom grenzen werden overschreden, maar ook waarom het systeem die overschrijdingen soms jarenlang niet herkende of corrigeerde.

2. Een cultuur die begon met vertrouwen en geheimhouding

Gedurende de eerste decennia van donorinseminatie werd donorconceptie omgeven door discretie. Niet openheid, maar bescherming was het leidende principe. Artsen, ouders en donoren geloofden vaak oprecht dat zwijgen het beste was. Veel ouders, die zwegen, wilden hun kind beschermen tegen verwarring, pesten of afwijzing. Zij wilden hun huwelijk beschermen. Zij wilden voorkomen dat de sociale vader zich minder vader zou voelen. Daarmee werd geheimhouding een familieritueel. De anonimiteit diende meerdere belangen tegelijk. Voor de wensvader voorkwam zij confrontatie met zijn onvruchtbaarheid. Voor de wensmoeder maakte zij het mogelijk het gezin bijeen te houden. Voor de donor betekende anonimiteit doorgaans dat van hem geen toekomstige sociale of juridische rol werd verwacht. Voor de arts vereenvoudigde zij de praktijk.

De donorconceptie vond lange tijd plaats binnen een betrekkelijk gesloten medisch systeem. Artsen genoten veel vertrouwen, donoren en wensouders beschikten over weinig informatie en geheimhouding werd vaak als wenselijk beschouwd. Dat had een onbedoeld gevolg: wanneer informatie niet wordt gedeeld, kan ook moeilijk worden geleerd van ervaringen. Geheimhouding beperkt niet alleen openheid, maar ook controle en terugkoppeling.

3. Van goed vertrouwen naar routine

Een handelwijze die jarenlang gebruikelijk is en waarbij ogenschijnlijk weinig problemen optreden, wordt vanzelf normaal. In gesprekken met donoren komt naar voren dat langdurig doneren soms routine werd. Dit zonder stil te staan bij de vraag: Moet ik niet ophouden? Vaak was dat een verandering in de persoonlijke situatie, die hen deed besluiten om te stoppen, het signaal kwam niet automatisch van de kliniek. Donoren werden aanvankelijk ook niet geïnformeerd over het aantal verwekte kinderen, dat was immers geheim.

Een interessante keten laat zich waarnemen:
goed vertrouwen → gewenning → routine → minder kritische vragen → afwijkingen worden minder snel herkend

Daarbij hoeft niemand bewust onzorgvuldig te handelen. Juist dat maakt dit mechanisme interessant.

4. Versnipperde kennis en het ontbreken van effectieve alarmsignalen

Een kliniek kent haar eigen donoren en behandelingen, een donor weet waar hij heeft gedoneerd, wensouders kennen hun eigen behandeling, registraties bevatten bepaalde gegevens, er is was geen uitwisseling tussen klinieken en toezichthouders ontvangen afzonderlijke signalen, iedereen ziet een stukje.

Maar: wie ziet het geheel?

Bij onvoldoende koppeling tussen registraties kunnen meerdere afzonderlijk acceptabel ogende gebeurtenissen gezamenlijk een ernstig patroon vormen zonder dat iemand dat patroon ziet.

Het IGZ-rapport *Van donor tot donorkind* uit 2016 vormt achteraf een interessante illustratie van de grenzen van controle binnen een versnipperd systeem. De inspectie constateerde dat de registraties en ketenzorg binnen de onderzochte fertiliteitsklinieken overwegend op orde waren. Tegelijkertijd signaleerde zij een belangrijke systeemkwetsbaarheid: klinieken konden het aantal kinderen van een donor alleen bewaken voor zover het hun eigen behandelingen betrof. Wanneer een donor ook elders doneerde, kon het totale aantal kinderen een veelvoud van de toen geldende norm van 25 bedragen. Klinieken vroegen donoren wel of zij ook elders doneerden, maar konden niet controleren of het antwoord juist was.

Daarmee bestond een opvallende tegenstelling: afzonderlijke klinieken konden hun eigen processen redelijk op orde hebben, terwijl op landelijk niveau een effectieve controle ontbrak. De kwetsbaarheid zat dus niet alleen binnen organisaties, maar juist **tussen organisaties**.

Nederland beschikt via het College donorgegevens kunstmatige bevruchting (Cdkb) over een centrale registratie van donorconceptie met Nederlandse professionele betrokkenheid, maar niet over een volledige telling van geboren donorkinderen. Zo is bij zelfinseminatie zonder klinische behandeling is de Wdkb niet van toepassing. Er is daardoor niet dezelfde wettelijke registratie via de kliniek. Afspraken over identiteit, afstammingsinformatie en donatiegeschiedenis verdienen dan extra aandacht. Een via internet gevonden donor die men vooraf persoonlijk leert kennen, kan eveneens elders gedoneerd hebben. Particuliere donatie en volledig buitenlandse trajecten blijven buiten beeld. Daardoor is onbekend welk aandeel van de Nederlandse donorkinderen via klinieken, contactplatforms of andere particuliere routes is verwekt. [10]

Dit laat zien waarom bij donorconceptie naast interne controle ook ketencontrole noodzakelijk is: informatie die binnen afzonderlijke organisaties beschikbaar is, moet waar nodig kunnen worden samengebracht om patronen en grensoverschrijdingen zichtbaar te maken.

Bij het ontbreken van effectieve alarmsignalen moet een onderscheid gemaakt worden tussen:

een **alarmsignaal dat niet bestaat**, omdat gegevens niet worden gekoppeld;
een signaal dat wel bestaat maar **niet wordt herkend**;
een signaal dat wordt herkend maar **niet bij de juiste instantie** terechtkomt;
een signaal dat wel wordt doorgegeven maar waarop **onvoldoende actie** volgt;
actie zonder terugkoppeling, waardoor de melder niet weet wat ermee is gebeurd.

Dat laatste is belangrijk: een goed controlesysteem vereist niet alleen registratie en melding, maar een gesloten terugkoppelingslus, een systeem van checks & balances.
Met **checks & balances** wordt bedoeld dat belangrijke beslissingen en handelingen niet uitsluitend afhankelijk zijn van het oordeel, de informatie of de zorgvuldigheid van één persoon of organisatie. Er zijn aanvullende, liefst onafhankelijke controles ingebouwd die fouten, afwijkingen of overschrijdingen tijdig kunnen signaleren en corrigeren.
Bij donorconceptie betekent dit bijvoorbeeld dat niet alleen de donor verklaart hoeveel gezinnen hij heeft geholpen en niet alleen iedere kliniek of ieder platform de eigen donaties registreert. Gegevens moeten waar nodig kunnen worden geverifieerd, samengebracht en gecontroleerd, zodat overschrijding van afgesproken grenzen zichtbaar wordt en kan worden voorkomen.

5. Noodzakelijk veiligheidsmechanisme

Checks & balances zijn geen uiting van wantrouwen, maar een veiligheidsmechanisme in een systeem dat niet uitsluitend op vertrouwen mag berusten. Onderstaande tabel geeft aan waar het bij een aantal incidenten ontbrak aan checks & balances.

Casus	Wat ontbrak aan checks & balances?
Jan Karbaat	Zeer grote professionele autonomie; onvoldoende onafhankelijke controle op de herkomst en het gebruik van sperma.
Henk Ruis	Onvoldoende onafhankelijke verificatie dat het gebruikte sperma daadwerkelijk overeenkwam met wat met de patiënt was afgesproken.
Rijnstate	Een norm voor het maximale aantal nakomelingen bestond, maar registratie en controle waarborgden niet dat overschrijding tijdig werd gesignaleerd.
Jonathan Meijer / multidonatie	Klinieken controleerden binnen hun eigen organisatie, maar een controlemechanisme tussenklinieken ontbrak.
Simon (schuilnamen: Jesse, Johan Daan, Sam of Maarten)	Informatie en signalen waren over meerdere partijen verspreid, zonder één partij of systeem dat het totaal kon overzien en verdere donatie effectief kon blokkeren.

De overeenkomst tussen deze casussen is niet dat steeds dezelfde fout werd gemaakt, maar dat een voldoende onafhankelijke tegencontrole ontbrak. Informatie, normen en soms zelfs alarmsignalen waren aanwezig, maar het systeem dwong niet af dat zij werden samengebracht, geverifieerd en omgezet in tijdig handelen.

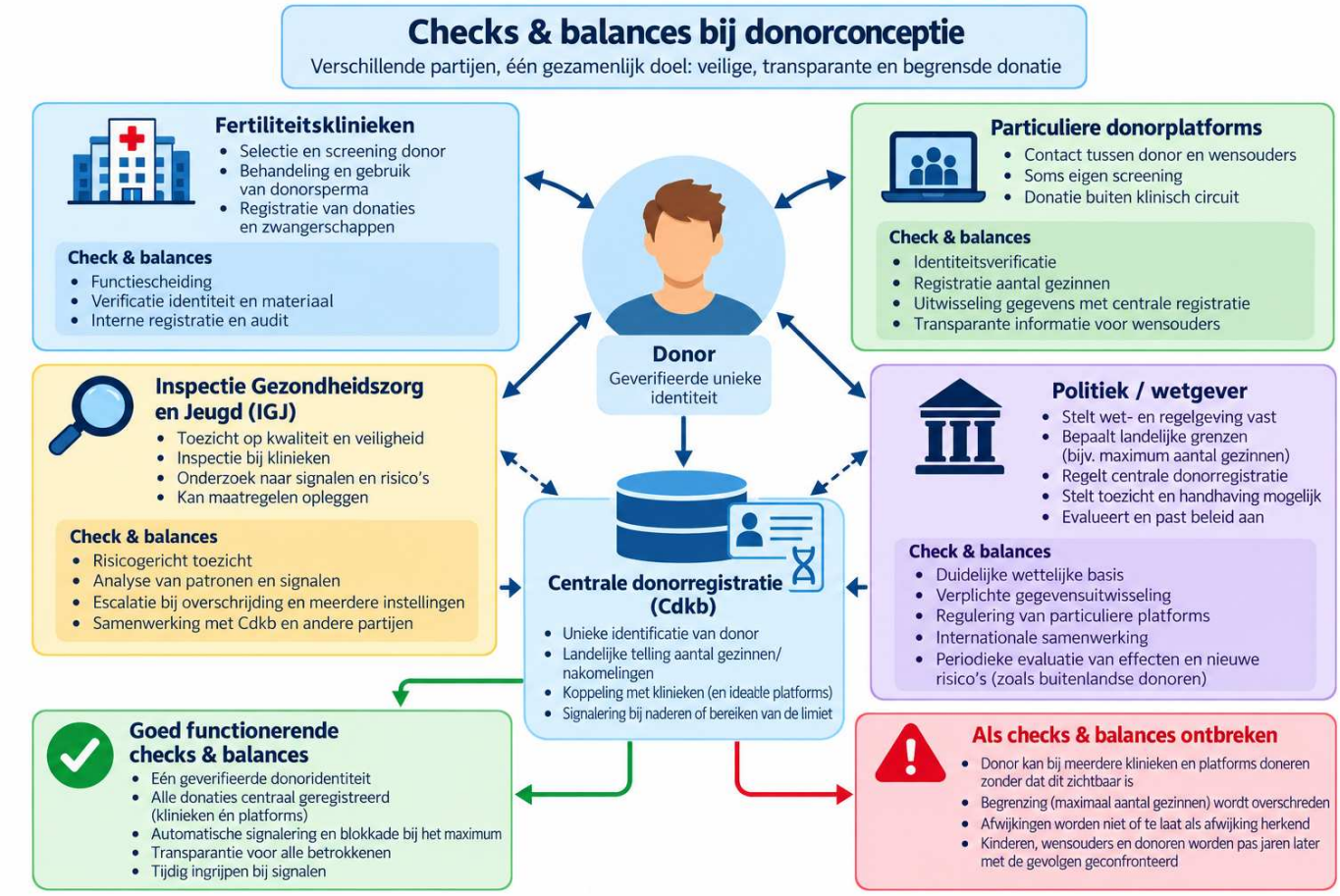
Bijlage B. bevat een uitgebreidere tabel met niet alleen naar de incidenten bij afzonderlijke artsen/klinieken, maar er wordt ook gekeken naar structurele kwetsbaarheden in andere lagen in het hele systeem, dus ook bij platforms, toezicht en politiek.

Wie ziet, wie wordt gewaarschuwd, wie handelt? Op alle gebieden zullen checks & balances aanwezig moeten zijn:

- Bij de donor: Weet hij waar hij aan begint, waar liggen zijn grenzen en hoe worden die bewaakt?
- Bij de wensouder: Weet deze wat de risico's zijn en wordt daar op een juiste manier geanticipeerd?
- Bij de klinieken/zaadbanken: Hoe worden mensen geworven, wat is de boodschap, is een check bij aanmelding (welke?) en hoe wordt de donor gemonitord, wordt hij tijdig

geïnformeerd en wordt gecontroleerd of de informatie goed aankomt? Worden medische en donorinhoudelijke verplichtingen nagekomen?

- Bij de particuliere platformen: Hoe worden mensen geworven, wat is de boodschap, waarop is er een check bij aanmelding en hoe wordt de donor gemonitord, wordt hij tijdig geïnformeerd en wordt gecontroleerd of de informatie goed aankomt? De zwakke plek van particuliere donorconceptie is niet noodzakelijk het ontbreken van een kliniek, maar het ontbreken van een verplichte toegangspoort tot hetzelfde centrale controlesysteem.
- Bij toezicht, Inspectie van de Gezondheidszorg en Jeugd: Zijn de processen en ontwikkelingen m.b.t. spermadonatie is beeld. Worden mogelijke risico's tijdig gesignaleerd en aangepakt?
- Bij wetgeven/internationale samenwerking: Zorgen voor goede wetgeving nationaal en internationaal, aansturing van de inspectie.



Veel historische problemen zijn inmiddels beter ondervangen door wetgeving en registratie. Tegelijk ontstaan nieuwe risico's door internationale spermabanken, grensoverschrijdende donatie, online donorplatforms en particuliere donatie.

De kernvraag blijft actueel: Wie beschikt over het totaalbeeld en wie krijgt een alarmsignaal wanneer grenzen worden overschreden?

8. Van goed vertrouwen versus georganiseerde kritische waakzaamheid

De geschiedenis van donorconceptie laat niet alleen zien wat er kan gebeuren wanneer individuen bewust grenzen overschrijden. Zij laat ook zien hoe moeilijk een systeem afwijkingen herkent wanneer informatie versnipperd is, handelen routine wordt, verantwoordelijkheden verdeeld zijn en terugkoppeling ontbreekt.

Goed vertrouwen is daarbij een waarde, maar geen controlesysteem. Zorgvuldige donorconceptie vraagt daarom niet om georganiseerd wantrouwen, maar om **georganiseerde kritische waakzaamheid**: een systeem waarin vertrouwen wordt ondersteund door controleerbare informatie, heldere grenzen, onafhankelijke verificatie, registratie, signalering en terugkoppeling.

De centrale vraag daarbij is steeds dezelfde:

Wie beschikt over het totaalbeeld, wie ontvangt het alarmsignaal wanneer grenzen worden overschreden en wie is vervolgens verantwoordelijk om te handelen?

Vanuit dit uitgangspunt doet Priamos voorstellen voor donoren en wensouders en aanbevelingen aan klinieken, platforms, toezichthouders en overheid.

7. Hoe voorkom je ontsporingen op persoons- én systeemniveau?

De analyse in dit rapport laat zien dat massadonatie verschillende oorzaken kan hebben. Zij kan ontstaan door tekortschietende registratie of door een systeem waarin dezelfde donor via verschillende klinieken, landen of platforms kan worden ingezet, maar ook door een donor die zelf bewust steeds verder gaat. Preventie moet daarom niet uitsluitend gericht zijn op het gedrag van individuele donoren. Maatregelen zijn nodig op het niveau van de donor, de wensouders én het systeem waarin donatie plaatsvindt.

7.1 Preventie bij de donor: grenzen stellen vóór de eerste donatie

Als bewuste massadonatie soms ontstaat door een geleidelijk proces van grensverschuiving, is preventie niet alleen een kwestie van het herkennen van mannen die vanaf het begin zeer veel kinderen willen verwekken. Het is minstens zo belangrijk om vóór de eerste donatie een duidelijke grens te stellen en te voorkomen dat deze bij iedere volgende hulpvraag ongemerkt opschuift.

Voorlichting aan beginnende donoren zou daarom niet alleen moeten gaan over medische en juridische aspecten, maar ook over de mogelijke gevolgen van herhaald doneren voor de donor zelf, zijn eventuele eigen gezin en vooral voor de donorkinderen. Een praktisch uitgangspunt kan zijn: bepaal vóór de eerste donatie hoeveel gezinnen voor jou een verantwoorde bovengrens vormen, leg die grens vast en houd eraan vast wanneer later opnieuw een beroep op je wordt gedaan.

Een vooraf schriftelijk vastgelegde donorlimiet heeft daarbij een preventieve functie. Bij particuliere donatie kan deze worden opgenomen in een donorprofiel en/of een donatie-overeenkomst. Daarnaast zou een donor bij iedere nieuwe match opnieuw moeten aangeven hoeveel gezinnen hij inmiddels via klinieken, spermabanken, platforms en particuliere contacten heeft geholpen.

Contact met andere donoren, bijvoorbeeld binnen een organisatie als Priamos, kan bijdragen aan bewustwording over de langetermijngevolgen van donorschap. Het uitwisselen van ervaringen kan bovendien helpen om persoonlijke grenzen bespreekbaar te maken en signalen van geleidelijke grensverschuiving eerder te herkennen.

7.2 Wensouders weerbaarder maken

Door internet, donorplatforms en internationale spermabanken hebben wensouders veel meer mogelijkheden gekregen om zelf een donor te kiezen. Die autonomie heeft voordelen, maar betekent ook dat een deel van de controle die binnen een klinische omgeving plaatsvindt bij de wensouders zelf terecht kan komen.

Voorlichting kan wensouders helpen alert te zijn op signalen die nader onderzoek rechtvaardigen. Voorbeelden zijn een donor die onduidelijk blijft over eerdere donaties, geen controleerbare identiteit wil geven, geen schriftelijke afspraken over een donorlimiet wil maken, tegelijkertijd via meerdere kanalen actief is of opvallend sterk gericht is op het verwekken van veel genetisch nageslacht. Geen van deze signalen bewijst op zichzelf dat iemand een massadonor is; een combinatie ervan rechtvaardigt wel extra voorzichtigheid.

Wensouders kunnen daarnaast worden geadviseerd bij voorkeur gebruik te maken van platforms die concrete veiligheidsmaatregelen hebben ingebouwd. Belangrijke kwaliteitskenmerken zijn identiteitsverificatie, een expliciete donorlimiet, periodieke herbevestiging van eerdere donaties en duidelijke consequenties bij bewuste misleiding. Een contractuele boete kan daarbij een aanvullende prikkel tot naleving vormen, mits deze juridisch zorgvuldig is vormgegeven.

7.3 Het perspectief van donorkinderen als vorm van preventie

Bij preventie hoort ook het perspectief van degenen die de gevolgen van donorconceptie uiteindelijk zelf ervaren: de donorkinderen. Organisaties van donorkinderen en ervaringsdeskundigen kunnen daarom een belangrijke rol spelen bij de voorlichting aan potentiële donoren en wensouders. Hun ervaringen kunnen zichtbaar maken welke betekenis beslissingen rond donorschap vele jaren later kunnen hebben, bijvoorbeeld voor identiteit, afstamming, medische informatie en het ontstaan van grote groepen genetisch verwanten.

Deze organisaties kunnen daarnaast bijdragen aan de ontwikkeling en periodieke beoordeling van voorlichtingsmateriaal, donorprofielen, donorovereenkomsten en andere preventieve instrumenten. De centrale vraag daarbij is welke informatie, afweging of afspraak vóór de conceptie kan helpen om latere problemen te voorkomen.

Ook kunnen ervaringen van donorkinderen een signalerende functie hebben. Wanneer vergelijkbare problemen zich bij verschillende donorkinderen voordoen, kan dat wijzen op tekortkomingen die voor afzonderlijke donoren, wensouders, klinieken of platforms minder zichtbaar zijn. Het is daarom belangrijk dat dergelijke signalen hun weg vinden naar beroepsgroepen, toezichthouders en overheid en waar nodig leiden tot aanpassing van beleid of werkwijze.

De rol van donorkindorganisaties ligt daarbij niet in het controleren van individuele donoren of wensouders. Hun bijdrage ligt vooral in bewustwording, ervaringskennis, signalering en het bieden van kritische tegenkracht. Daarmee vormen zij een onderdeel van de georganiseerde kritische waakzaamheid die nodig is om te voorkomen dat donorconceptie uitsluitend blijft berusten op goed vertrouwen.

7.4 Voorlichting alleen is onvoldoende: systeempreventie

Van wensouders kan niet worden verwacht dat zij zelfstandig kunnen controleren wat een donor eerder via andere platforms, klinieken, spermabanken of landen heeft gedaan. Ook een zorgvuldig handelend afzonderlijk platform kan niet vaststellen wat dezelfde donor elders doet. Voorlichting en individuele verantwoordelijkheid zijn daarom noodzakelijk, maar onvoldoende.

Preventie vraagt tevens om systeemmaatregelen. Daarbij gaat het om betrouwbare identiteitsverificatie, registratie van eerdere donaties, een duidelijke donorlimiet en uiteindelijk gegevensuitwisseling tussen klinieken, spermabanken en particuliere donorplatforms.

De belangrijkste ontbrekende schakel is platform- en landsgrensoverschrijdende registratie. Zonder zicht op eerdere donaties en gerealiseerde geboorten kan een donor tegelijkertijd binnen de regels van afzonderlijke organisaties of landen opereren en gezamenlijk toch een zeer grote internationale siblinggroep veroorzaken. Hetzelfde gebrek aan overzicht kan door een bewuste massadonor worden benut door gelijktijdig via verschillende kanalen te doneren.

OneWish en Flavie laten zien dat ook particuliere platforms technische en organisatorische maatregelen kunnen nemen om het risico te verkleinen. De volgende stap is dat dergelijke maatregelen niet platform-gebonden blijven, maar onderdeel worden van een gezamenlijk registratiesysteem waarin ook verbinding wordt gezocht met de klinische donorregistratie.

Bij alle preventieve maatregelen moet uiteindelijk het belang van het toekomstige donorkind centraal staan. Een donorlimiet is niet alleen een administratieve norm. Zij beoogt ook te voorkomen dat donorkinderen later worden geconfronteerd met onoverzichtelijk grote groepen genetische halfbroers en -zussen en met onzekerheid over de omvang van hun genetische familie.

Ook op beleidsniveau wordt inmiddels gezocht naar dergelijke systeemmaatregelen. De staatssecretaris van VWS onderscheidt in haar Kamerbrief van februari 2026 drie routes. Ten eerste wordt onderzocht of het gebruik van buitenlands donorsperma in Nederlandse klinieken via de Wet zeggenschap lichaamsmateriaal afhankelijk kan worden gemaakt van bindende afspraken over een wereldwijde donorlimiet. Ten tweede zet Nederland in op Europese afspraken over een maximum per donor en wordt de mogelijkheid van een Europees donorregister onderzocht. Ten derde wil VWS via samenwerking tussen onder andere fertiliteitsklinieken, spermabanken, beroepsgroepen en belangenorganisaties tot aanvullende afspraken en zelfregulering komen.

Deze maatregelen richten zich echter vooral op donorconceptie via fertiliteitsklinieken en spermabanken. De staatssecretaris merkt zelf op dat gebruik van donorsperma in de privékring zonder tussenkomst van een fertiliteitskliniek toegestaan blijft. Daarmee blijft een belangrijk deel van de particuliere donorpraktijk — waaronder donatie via internetplatforms en sociale media — buiten deze reguleringsroute. Juist daar blijven aanvullende maatregelen zoals identiteitsverificatie, donorverklaringen, vooraf vastgelegde donorlimieten en platform-overschrijdende registratie van belang.

De ontwikkeling richting dergelijke systeemmaatregelen is inmiddels ingezet. Zowel de Nederlandse overheid als ESHRE beschouwt nationale donorlimieten alleen als onvoldoende bij grensoverschrijdende donorconceptie en verkent respectievelijk Europese limitering en centrale registratie. De particuliere donorpraktijk blijft daarbij echter grotendeels buiten het bereik van de bestaande klinische registratiesystemen.

De kern van preventie is daarmee tweeledig: *help donor en wensouder vooraf duidelijke en controleerbare grenzen te stellen, maar richt tegelijkertijd het systeem zo in dat naleving van die grenzen niet uitsluitend afhankelijk is van vertrouwen en individuele goede bedoelingen.*

7.5 Van registratie naar georganiseerde kritische waakzaamheid

Daarin zou ik vijf elementen uit hoofdstuk 6 vertalen naar preventie:

- niet alleen **registreren**, maar ook automatisch **signaleren** wanneer een grens wordt bereikt;
- vooraf vastleggen **wie een signaal ontvangt**;
- vastleggen **wie verantwoordelijk is voor actie**;
- de mogelijkheid creëren om verdere donatie daadwerkelijk **te blokkeren**;
- zorgen voor **terugkoppeling**, zodat zichtbaar is wat met een melding of afwijking is gebeurd.

Onderstaande tabel geeft mogelijke preventiemaatregelen.

Niveau	Mogelijke maatregel	Wanneer realiseerbaar
Donor	Vóór eerste donatie eigen maximumaantal gezinnen en maximale donatieperiode vastleggen in donorprofiel; bij iedere nieuwe donatie actuele stand herbevestigen (Zie bijlage C.)	**Direct**
Wensouder	Donorprofiel en identiteit controleren; eerdere donaties bespreken; schriftelijke donorlimiet afspreken; bij particuliere donatie zo mogelijk informatie over donor en diens netwerk verifiëren (Zie Bijlage C.)	**Direct**
Klinieken / spermabanken	Gegevens vóór iedere nieuwe inzet controleren; cumulatieve aantallen automatisch bewaken; donor informeren over bereikte aantallen; signalering en blokkade bij bereiken limiet	**Direct / korte termijn**
Particuliere platforms	Verplichte identiteitsverificatie; donorlimiet en donorverklaring; periodieke herbevestiging; uitsluiting bij bewezen misleiding; onderlinge gedragscode	**Direct / korte termijn**
Donorkindorganisaties / **ervaringsdeskundigen**	Bewustwording, toetsing van voorlichting en instrumenten, signalering van terugkerende knelpunten en inbreng bij beleid	**Direct / structureel**
Centrale registratie en gegevenskoppeling	Eén betrouwbare identiteit per donor; koppeling van aantallen over klinieken en zo mogelijk particuliere kanalen; automatische signalering bij naderen/bereiken limiet	**Middellange termijn**
Toezicht / IGJ	Naast instellingstoezicht meer ketentoezicht: periodiek beoordelen waar systeemrisico's ontstaan; meldingen en signalen samenbrengen; duidelijke opvolging en terugkoppeling	**Korte / middellange termijn**
Wetgever / Nederland	Onderzoeken hoe particuliere donatie beter op centrale registratie kan aansluiten; verantwoordelijkheden voor signalering, opvolging en blokkering wettelijk verduidelijken	**Middellange termijn**
Europa / internationaal	EU-brede donorlimiet, unieke donoridentificatie en grensoverschrijdend donorregister; afspraken over informatie-uitwisseling en blokkering bij bereiken maximum	**Langere termijn**
Onderzoek	Beginnende donoren prospectief volgen; onderzoek naar kantelmomenten bij grensverschuiving en naar effecten van preventieve maatregelen	**Langere termijn**

8. Grenzen + registratie + checks & balances

De geschiedenis van spermadonatie laat zien dat ontsporingen verschillende oorzaken hebben en mede worden bepaald door de inrichting van het donatiesysteem. In het tijdperk van warme donatie lag de kwetsbaarheid onder meer in de afhankelijkheid van direct beschikbaar sperma, de grote professionele autonomie van de behandelend arts en het ontbreken van onafhankelijke controle. Met de komst van cryopreservatie en spermabanken verbeterden organisatie en registratie, maar ontstonden tegelijkertijd nieuwe mogelijkheden voor schaalvergroting en langdurige inzet van dezelfde donor. Internet, particuliere donorplatforms en internationalisering hebben vervolgens nieuwe mogelijkheden gecreëerd om buiten centraal toezicht en over landsgrenzen heen te doneren.

Voor de beoordeling van massadonatie is het belangrijk drie situaties te onderscheiden. Een **ongewilde massadonor** kan ontstaan doordat sperma vaker wordt gebruikt dan de donor weet of beoogt. Een **systeemmassadonor** kan ontstaan wanneer dezelfde donor binnen verschillende klinieken, landen of systemen volgens de afzonderlijke regels wordt ingezet, maar daardoor gezamenlijk toch een zeer groot aantal nakomelingen krijgt. Bij een **bewuste massadonor** gaat de donor zelf actief door met doneren terwijl hij weet of redelijkerwijs moet begrijpen dat hij al zeer veel nakomelingen heeft. Een groot aantal nakomelingen is daarom op zichzelf onvoldoende om intentie of verwijtbaarheid vast te stellen.

Internationalisering maakt een bijzondere systeemkwetsbaarheid zichtbaar. Nationale donorlimieten kunnen ieder afzonderlijk worden nageleefd, terwijl dezelfde donor door cumulatie van die limieten internationaal toch een zeer grote siblinggroep krijgt. Bij commerciële internationale spermabanken kunnen het efficiënt inzetten van donoren en het beperken van internationale siblinggroepen daardoor met elkaar op gespannen voet komen te staan.
Ook particuliere donorplatforms vormen een kwetsbaar onderdeel van het huidige systeem. Een afzonderlijk platform kan maatregelen nemen zoals identiteitsverificatie, een donorlimiet en een donorovereenkomst, maar kan niet vaststellen wat dezelfde donor via andere platforms, sociale media, klinieken of buitenlandse spermabanken doet. Zolang platform- en landsgrensoverschrijdende registratie ontbreekt, blijft het mogelijk dat zowel systeemmassadonoren als bewust handelende massadonoren buiten het zicht van afzonderlijke organisaties zeer grote aantallen nakomelingen verwekken.

Over de persoonlijke kenmerken van bewuste massadonoren is veel minder bekend dan soms wordt verondersteld. Voor een psychiatrisch of sociaal-demografisch standaardprofiel bestaat geen overtuigend bewijs. De beschikbare literatuur geeft wel aanwijzingen voor een combinatie van procreatieve motivatie, langdurig doneren, gebruik van meerdere kanalen en mogelijk doelgerichtheid en organisatievermogen. De in dit rapport beschreven overgang van gewone donor naar bewuste massadonor — via positieve bekrachtiging, een toenemende donoridentiteit en geleidelijke grensverschuiving — moet echter als hypothese worden beschouwd en verdient aanvullend onderzoek.

Voor preventie betekent dit dat de verantwoordelijkheid niet uitsluitend bij donor of wensouder kan worden gelegd. Voorlichting, vooraf vastgelegde donorlimieten, identiteitsverificatie, donorverklaringen en duidelijke consequenties bij bewuste misleiding kunnen het risico verkleinen. Uiteindelijk is echter ook een systeem nodig waarin eerdere en actuele donaties

over klinieken, spermabanken, particuliere platforms en landsgrenzen heen kunnen worden gevolgd.

De centrale vraag is daarom niet alleen **wie massadonoren zijn**, maar ook **hoe individuele én systemische omstandigheden massadonatie mogelijk maken**. Effectieve preventie vraagt daarom om duidelijke grenzen voor de individuele donor, betrouwbare en gekoppelde informatie én een systeem van checks & balances waarin afwijkingen worden gesignaleerd, verantwoordelijkheden duidelijk zijn en op signalen daadwerkelijk wordt gehandeld.

Bijlage A: Matrix particuliere donorplatforms

Stand september 2026

Platform/kanaal	Identiteit geverifieerd door platform	Medische screening gecontroleerd	Concrete donorlimiet	Registratie aantal gezinnen	Donorcontract	Sanctie bij overschrijding	DNA-identificatie	Melden/blokkeren	Controle over andere platforms
OneWish	◐ Bij donorcontract iDIN + jurist; gewone leden niet klinisch gescreend	✗ Leden regelen screening zelf	✓ **max. 12 gezinnen**	◐ donor moet aantal donorkinderen eerlijk melden	✓ uitgebreid	✓ **Donorcontract Plus: opeisbare boete** bij >1/2/3 afgesproken gezinnen	✗ niet gevonden	✓ handhaving volgens huisregels	✗; OneWish pleit zelf voor centraal systeem
Flavie	✓/◐ iDIN; huidige voorwaarden maken verificatie zichtbaar, lanceringsbericht noemt deze verplicht	✗ medische gegevens niet gecontroleerd	✓ **max. 6 connecties met wensouders binnen Flavie**	◐ platform kan eigen connecties beperken	✓ donor stemt in met uitgangspunt donorcontract	✗ sanctie bij teveel gezinnen niet gevonden	✗	✓ platformregels/ veiligheidsmaatregelen	✗
BloeiWens	✗ geen verificatiesysteem aangetroffen	✗ wensouders/donor regelen testen zelf	✗ geen maximum aangetroffen	✗	✓ overeenkomst geadviseerd/voorbeeld beschikbaar	✗	✗	✓ blokkeren en melden	✗
Groot Verlangen	✗ geen ID-verificatie aangetroffen	◐ oproep kan informatie over soa-test/spermakwaliteit bevatten; niet medisch geverifieerd	✗	✗	✗ niet als verplicht systeem	✗	✗	✓ melding aan beheer mogelijk	✗
Verlangen naar een Kind	✗	✗ oproepen expliciet **niet gecontroleerd**	✗	✗	✗	✗	✗	✓ meldpunt aanwezig	✗
Meer dan Gewenst	✗ geen ID-check van reagerende donor aangetroffen	✗	✗	✗	✓ nadrukkelijk geadviseerd via jurist	✗ eigen sanctie niet gevonden	✗	◐ oproepen worden vooraf enigszins gescreend	✗
Spermadonorgezocht.nl	✗ niet aangetroffen	✗ niet aangetroffen	✗ niet aangetroffen	✗	✗	✗	✗/onduidelijk	onduidelijk	✗
Co-ParentMatch	✗ platform zegt identiteit niet standaard te verifiëren	✗ platform screent gezondheid/fertiliteit niet; gebruiker moet bewijs controleren	✓ sitevoorwaarden noemen **max. 10 succesvolle zwangerschappen**	◐ zelfverklaring; geen onafhankelijk register gevonden	✓ overeenkomst aanbevolen/voorbeeld	✓ verwijderen van site bij overschrijding van eigen limiet	✗	✓ rapporteren/blokkeren/sancties	✗
Wunschkind4you / partnerplatforms	Niet aangetoond	Niet aangetoond	Niet aangetoond	Niet aangetoond	Niet aangetoond	Niet aangetoond	Niet aangetoond	onduidelijk	✗
Facebookgroepen voor spermadonatie	✗ doorgaans geen formele donor-ID-verificatie	✗	✗ geen overkoepelende limiet	✗	✗	hooguit verwijderen uit groep	✗	✓ melden bij beheer/Facebook	✗

Bijlage B: Checks & balances

Casus / niveau	Welke checks & balances zijn er?	Waar zit de kwetsbaarheid?	Welke aanvullende check & balance zou passen?
Karbaat	Professionele normen, administratie en verantwoordelijkheid van de kliniek	Grote autonomie van de arts; onvoldoende onafhankelijke verificatie van herkomst en gebruik van sperma	Scheiding van behandelen, registreren en controleren; onafhankelijke verificatie
Henk Ruis	Klinische procedures en patiëntendossier	De patiënt kon niet onafhankelijk controleren of het gebruikte sperma overeenkwam met de afspraak	Volledige traceerbaarheid van ieder spermamonster en onafhankelijke tweede controle
Rijnstate	Norm voor maximumaantal nakomelingen	Registratie en controle voorkwamen niet dat overschrijdingen ontstonden	Automatische cumulatieve telling, signalering en blokkade
Jonathan Meijer / multidonatie	Registratie binnen afzonderlijke klinieken	Klinieken zagen niet dat dezelfde donor ook elders doneerde	Eén geverifieerde identiteit en centrale telling over klinieken heen
Simon	Verschillende organisaties beschikten over delen van de informatie	Signalen bleven verspreid en leidden niet tot een effectieve centrale begrenzing	Centrale signalering, duidelijke verantwoordelijkheid voor opvolging en mogelijkheid tot blokkeren
Particuliere donorplatforms	Eigen platformregels en eventueel identiteits- of profielcontrole	Geen vanzelfsprekende aansluiting op dezelfde landelijke controles als klinieken; particuliere donaties kunnen buiten het klinische registratiesysteem blijven	Verplichte identiteitsverificatie, donorcode en aansluiting op centrale gezinstelling vóór bemiddeling
Internationale donorbanken	Screening van donoren en regels voor kwaliteit en veiligheid van lichaamsmateriaal; bij gebruik in Nederland gelden Nederlandse voorwaarden voor het gebruik van de donor	Een buitenlandse donor mag in Nederland voor maximaal 12 gezinnen worden gebruikt, maar dezelfde donor kan ook in andere landen worden ingezet. Er bestaat geen wereldwijd maximum. Daardoor kan een internationaal groot verwantschapsnetwerk ontstaan terwijl per land aan de regels wordt voldaan. (	Internationale unieke donoridentiteit; wereldwijde of ten minste Europese telling van gezinnen; bindend maximum over landsgrenzen heen; gegevensuitwisseling tussen donorbanken en nationale registraties; blokkade zodra het maximum is bereikt
IGJ / toezicht	Toezicht op kwaliteit en veiligheid van Nederlandse zorg en erkende instellingen; instellingen die lichaamsmateriaal ontvangen, bewaren, bewerken, distribueren, importeren of exporteren hebben daarvoor erkenningen/vergunningen nodig.	Nederlands toezicht kan niet zonder meer controleren of een buitenlandse spermabank haar toezeggingen wereldwijd nakomt. Het LIDC wijst expliciet op deze lacune bij internationale handelen in donorsperma.	Naast instellingstoezicht ook ketentoezicht: controle op herkomst, buitenlandse inzet, cumulatieve aantallen en signalen over dezelfde donor
Politiek / wetgever	Wetgeving, landelijke donorregistratie, maximum van 12 gezinnen en parlementaire controle	Nationale regels begrenzen een internationaal opererende donor niet automatisch wereldwijd	Wettelijke basis voor grensoverschrijdende gegevensuitwisseling en internationale begrenzing; periodieke evaluatie van nieuwe donatieroutes

Bijlage C: Praktische adviezen vóór de eerste donatie

De volgende aanbevelingen zijn bedoeld voor een eigen donor. Zij zijn afgeleid van de beschreven problemen met misleiding, van voorlichting over donorovereenkomsten en van klinische werkwijzen. Geen enkele afzonderlijke controle garandeert dat de geschiedenis volledig is.

Controleer de identiteit. Laat een professional een geldig identiteitsbewijs controleren en vastleggen wie tekent. Bewaar alleen noodzakelijke gegevens; een volledige kopie is niet vanzelfsprekend nodig.

Maak een schriftelijk overzicht. Noteer donatiejaren, alle klinieken en spermabanken, landen, privékanalen en gebruikte donorprofielen. Onderscheid vrouwen of gezinnen aan wie is gedoneerd, lopende pogingen, bekende zwangerschappen en bekende geboorten. Schrijf “onbekend” wanneer iets niet vaststaat.

Vraag om gerichte verificatie. Laat de donor toestemming geven om relevante informatie bij genoemde instellingen te controleren, voor zover die instellingen deze mogen en kunnen verstrekken. Referenties van wensouders kunnen helpen maar tonen niet de volledige omvang aan. Een donorcode alleen bewijst geen volledige wereldwijde geschiedenis.

Laat medische beoordeling professioneel plaatsvinden. Bespreek soa-screening, timing en eventuele herhaling, familiegeschiedenis en zo nodig genetische beoordeling met een fertiliteitskliniek. UMC Utrecht beschrijft medische en genetische screening én een procedure voor later ontdekte erfelijke afwijkingen. Een testuitslag geeft geen garantie voor alle aandoeningen.

Bespreek verwachtingen aan beide kanten. Denk aan contact met het kind, de positie van de partner en eigen kinderen van de donor, bereikbaarheid en de ruimte om verwachtingen later te herzien. Counseling kan helpen; Amsterdam UMC beschrijft een psychosociale intake bij eigen donoren.

Neem tijd en houd keuzevrijheid. Begin pas wanneer belangrijke vragen zijn opgehelderd. Wensouders mogen afzien van deze donor; de donor moet vrijwillig kunnen besluiten te stoppen. Druk om snel op inseminatie over te gaan of controles over te slaan is reden om de situatie opnieuw te beoordelen.

Signalen die extra onderzoek vragen

Let op aantoonbaar wisselende aantallen, verzwegen donatiekanalen, profielen die eerdere activiteiten verbergen en doorgaan nadat een afgesproken grens bekend is bereikt. Ook een expliciet streven naar zeer veel nakomelingen vraagt om doorvragen. Dit is een praktische signalenlijst, geen bewezen voorspeller van massadonorschap.

Vraag om uitleg en onderbouwing. Als wezenlijke tegenstrijdigheden blijven bestaan, stel verdere donaties uit. Beschuldig iemand niet uitsluitend op basis van een alias, een karaktertrek of een groot aantal nakomelingen. Onderzoek steeds de combinatie van feiten, kennis en gedrag.

Voor donoren zelf. Houd vanaf de eerste donatie een eigen overzicht bij. Vraag de kliniek welke grens geldt, hoeveel vrouwen met jouw sperma worden behandeld en wat er met de voorraad gebeurt wanneer je stopt. Meld donaties elders en leg onzekerheden open op tafel. Bespreek vooraf met je naasten de mogelijke gevolgen van later contact.

Bronnen

Wetenschappelijke literatuur

Van den Broeck U, Vandermeeren M, Vanderschueren D, Enzlin P, Demyttenaere K, D'Hooghe T. ***A systematic review of sperm donors****: demographic characteristics, attitudes, motives and experiences of the process of sperm donation.* Human Reproduction Update. 2013.
Freeman et al. (2016), onderzoek naar 383 online spermadonoren; en de latere vergelijkende studie naar online- en spermabankdonoren.

Taylor-Phillips, F., Forshall, G., Jones, G., & Turner-Moore, R. (2025). **What are the characteristics, motivations and experiences of people who use online sperm donation platforms?** A systematic review and thematic synthesis. Human Fertility, 28(1). https://doi.org/10.1080/14647273.2025.2553529

Claes, T. (2022). ***Zaad zonder naam. Een biografie van de spermabank***. Tielt: Lannoo. ISBN 9789401476980.

Frith L, Tassot J, Ahlstrom A, Baldani DP, Calhaz-Jorge C, Nikolov G, Thorn P, Vermeulen N, Kirkman-Brown J. ESHRE position paper: **international limits on the number of offspring per gamete dono**r. Hum Reprod. 2026 Aug 1;41(8):1270-1276. doi: 10.1093/humrep/deag108. PMID: 42415539; PMCID: PMC13429872.

Boeken en historische bronnen

Kamil Baluk, ***Alle kinderen van Louis. Een zoektocht naar afkomst*** (vertaald uit het Pools), Uitgeverij De Geus, Amsterdam, 2018

Eimers, D. (2023). ***Verborgen Verbonden****: 22 spermadonors doorbreken het taboe*. Sneek: Booklight. ISBN 9789492595577.

Bernard Lievegoed: de *ontwikkelingsfasen van organisaties*.

Wim Vlaanderen W. Een persoonlijk boek, ***In Speculo.*** Een ooggetuigenverslag van een Nederlandse gynaecoloog die zelf een lokaal KID-programma opzette en jarenlang uitvoerde.

Wet- en regelgeving en beleidsdocumenten

Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting (Wdkb) en wijziging daarvan inzake de maximering van het aantal behandelde vrouwen per donor.

Landelijk informatiepunt donorconceptie (LIDC) — informatie over de 12-vrouwengrens, registratie en reikwijdte van de Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting.

Stichting Donorgegevens Kunstmatige Bevruchting (SDKB) — voor werking en reikwijdte van de registratie.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2026). ***Tegengaan massadonatie en regulering gebruik buitenlands donorsperma*****.** Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, 12 februari 2026, kenmerk 4341786-1093846-PG.

IGJ (2026) – ***Medisch Centrum Kinderwens,*** *Leiderdorp*

Commissie-Kremer/Rijnstate (2026) – ***Het incident voorbij***

Woestenburg e.a. (2019) – ***Tweede evaluatie Wet donorgegevens kunstmatige bevruchting***

NVOG (2026) – ***Toelichting NVOG op berichtgeving multidonor***

ESHRE (2026) – ***International limits on the number of offspring per gamete donor***

IGZ-rapport (2016) - ***Van donor tot donorkind: ketenzorg en registratiesystematiek in de huidige Nederlandse fertiliteitsklinieken op orde***

Websites en platformdocumentatie

Https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-35870-3.html?utm_source=chatgpt.com

https://wetten.overheid.nl/BWBR0013642/2025-07-05/?utm_source=chatgpt.com

https://www.nvog.nl/wp-content/uploads/2018/04/landelijk-standpunt-spermadonatie-KLEM-en-NVOG-april-2018.pdf

https://www.igj.nl/zorgsectoren/bloed-weefsels-en-organen/erkenning-of-vergunning?utm_source=chatgpt.com

https://www.donorconceptie.nl/donorconceptie-z/spermadonatie/bekende-zaaddonor-gezocht-aangeboden

https://www.donorconceptie.nl/donorconceptie-z/buitenland/behandeling-nederland-met-sperma-van-een-buitenlandse-spermabank?utm_source=chatgpt.com

https://www.donorconceptie.nl/donorconceptie-z/juridische-aspecten/alles-wat-je-moet-weten-over-het-donorcontract

https://www.amsterdamumc.nl/nl/patienteninformatie/zwanger-worden-met-sperma-van-uw-eigen-donor

https://www.umcutrecht.nl/nl/behandeling/spermadonatie/folder

https://www.frontiersin.org/journals/reproductive-health/articles/10.3389/frph.2024.1222601/full

https://www.rechtspraak.nl/organisatie-en-contact/organisatie/rechtbanken/rechtbank-den-haag/nieuws/2023/04/vorderingen-tegen-donor-toegewezen

https://www.healthcouncil.nl/binaries/healthcouncil/documenten/advisory-reports/2013/09/03/the-maximum-number-of-children-per-sperm-donor/advisory-report-the-maximum-number-of-children-per-sperm-donor.pdf?utm_source=chatgpt.com

https://www.europeanspermbank.com/nl/over-ons/perscontact/informatie-over-de-tp53-zaak?utm_source=chatgpt.com

European Sperm Bank — eigen informatie over de wereldwijde limiet van 75 families en de onderbouwing die ESB daarvoor geeft.

Jaarrekening/financial statements European Sperm Bank ApS — voor de commerciële bedrijfsstructuur en financiële gegevens.

De **algemene voorwaarden/huisregels van de particuliere donorplatforms**: OneWish, Flavie, BloeiWens, Groot Verlangen, Verlangen naar een Kind, Meer dan Gewenst en Co-ParentMatch voor de matrix. Deze bronnen zijn op 7 september 2026 geraadpleegd.