

Erläuterungen

Allgemeiner Teil

1. Anlass

Mit Erkenntnis vom 10.12.2013, G 16/2013, G 44/2013, hob der Verfassungsgerichtshof (VfGH) Teile des Fortpflanzungsmedizingesetzes (FMedG) auf.

Folgende Gesetzesstellen treten mit 1.1.2015 außer Kraft:

1. In § 2 Abs. 1 FMedG die Wortfolge „von Personen verschiedenen Geschlechts“,
2. in § 2 FMedG der Abs. 2 sowie
3. in § 3 FMedG die Abs. 1 und 2.

Diese Entscheidung eröffnet eingetragenen Partnerinnen und gleichgeschlechtlichen Lebensgefährten die Möglichkeit, alle bisher zulässigen Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung in Anspruch zu nehmen. Auf Grund des weiterhin bestehenden Verbots der Leihmutterschaft betrifft dies nur miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen. Sie können auf Grund der Entscheidung des VfGH mit medizinischer Unterstützung gemeinsam Kinder bekommen.

2. Wesentliche Inhalte des Gesetzesvorhabens

2.1. Öffnung für miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen

Die Möglichkeiten medizinisch unterstützter Fortpflanzung sollen – dem Erkenntnis des VfGH folgend – miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen offen stehen. Dieses Ziel erfordert insbesondere Abänderungen in § 2 FMedG. Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll damit künftig in einer Ehe, in einer eingetragenen Partnerschaft und in einer gleich- oder verschiedengeschlechtlichen Lebensgemeinschaft zulässig sein. Von einer Öffnung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung für alleinstehende Frauen soll dagegen abgesehen werden, weil Kindern nicht von vornherein nur ein Elternteil zur Verfügung stehen soll.

2.2. Zulassung der Samenspende für alle Methoden und für miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen

Die Verwendung des Samens eines Dritten war bisher auf die Methode einer Befruchtung durch die Einbringung des Samens in die Geschlechtsorgane der Frau („Insemination“) beschränkt und nur dann zulässig, wenn der Samen ihres Ehegatten oder Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig war. Im Hinblick auf das Urteil des EGMR vom 3. 11. 2011, Beschw.-Nr. 57813/00, *S.H. ua/Österreich*, erscheint eine weitere Aufrechterhaltung dieser Verbote nicht mehr konventionskonform. In diesem Erkenntnis hat der EGMR ausgesprochen, dass Österreich mit seinem generellen Verbot der Eizellspende und der Unzulässigkeit der Samenspende im Rahmen der In-vitro-Fertilisation zum entscheidungsrelevanten Zeitpunkt (1999) nicht gegen Art. 8 EMRK verstoßen habe. Der Bereich der künstlichen Fortpflanzung sei aber von besonders dynamischen wissenschaftlichen und rechtlichen Entwicklungen geprägt. Daher müsse ein Reformbedarf stetig geprüft werden. Auch die Bioethikkommission hält die unterschiedliche Behandlung der Samenspende bei In-vivo- und In-vitro-Fertilisation für nicht gerechtfertigt und empfiehlt die Zulassung der Samenspende auch für In-vitro-Behandlungen (Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2012] 45).

Entsprechend dem Erkenntnis des VfGH vom 10. 12. 2013 sollen die Methoden der Samenspende auch für miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen geöffnet werden.

2.3. Präimplantationsdiagnostik

Als Präimplantationsdiagnostik werden zellbiologische und molekulargenetische Untersuchungen bezeichnet, die der Entscheidung darüber dienen, ob ein durch In-vitro-Fertilisation erzeugter Embryo in die Gebärmutter eingepflanzt werden soll oder nicht. Die Präimplantationsdiagnostik wird hauptsächlich zur Erkennung von Erbkrankheiten und Anomalien der Chromosomen angewendet.

Um eine Präimplantationsdiagnostik durchführen zu können, muss zuvor eine In-vitro-Fertilisation vorgenommen werden. Dabei kann das Verfahren der In-vitro-Fertilisation mit Präimplantationsdiagnostik grob in fünf Schritte unterteilt werden:

- Hormonstimulation und Eizellgewinnung
- Außerkörperliche Befruchtung
- Entnahme bzw. Abspaltung einer Zelle des Embryos (Blastomer- und Blastozystenbiopsie)

- Genetische Diagnostik
- Embryotransfer oder Kryokonservierung

Die Schritte drei und vier machen die Präimplantationsdiagnostik im engeren Sinn aus.

Das bisherige Verbot der Präimplantationsdiagnostik kann als sachlich nicht gerechtfertigter Wertungswiderspruch zur Pränataldiagnostik und damit als verfassungswidrig kritisiert werden (so der EGMR in seiner Entscheidung vom 28.8.2012, Beschwerde Nr. 54270/10, *Costa und Pavan/Italien*): Der Gerichtshof hat u. a. ausgeführt, dass bei einer Beibehaltung des Verbots der Präimplantationsdiagnostik Embryonen zwar einen besonderen Schutz erfahren würden; während der späteren Schwangerschaft sei aber ein Abbruch möglich, wenn beispielsweise eine Behinderung festgestellt werde. Da die Belastung für die Schwangere wesentlich größer sei als vor der Implantation des Embryos, werde durch das Verbot der Präimplantationsdiagnostik unnötiges Leiden verursacht. Dies stelle einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Recht auf Achtung des Privat- und Familienlebens (Art. 8 EMRK) dar.

Dieses Ungleichgewicht zwischen dem Schutz des Embryos in vitro/in vivo gilt es auszugleichen. Die Präimplantationsdiagnostik kann weiters Frauen und Paaren die Belastung einer „Schwangerschaft auf Probe“ ersparen. In einer Gesamtbetrachtung überwiegen diese Vorteile einer Zulassung der Präimplantationsdiagnostik gegenüber den mit solchen Untersuchungen zweifellos auch verbundenen Nachteilen und Problemen. Letztlich ist hier zu berücksichtigen, dass die sehr restriktiven österreichischen Regelungen europaweit eine Ausnahme bilden.

Präimplantationsdiagnostik soll nur dann zur Anwendung kommen, wenn weniger invasive Untersuchungsmethoden (z.B. Untersuchung allein der Eizelle) nicht ausreichen, um eine Schwangerschaft herbeizuführen oder eine Fehl- oder Totgeburt oder eine Erbkrankheit zu vermeiden. Auch darf die Präimplantationsdiagnostik niemals undifferenziert im Sinn eines „Screenings“ angewandt werden, sondern darf nur die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung zur Herbeiführung einer Schwangerschaft oder zur Vermeidung einer Fehl- oder Totgeburt oder einer konkreten Erbkrankheit unabdingbar erforderlichen Untersuchungen beinhalten.

Die Definition der Präimplantationsdiagnostik und ihre Zulässigkeit sollen im FMedG geregelt werden; das Verfahren unterliegt, da es sich hier um eine genetische Analyse handelt, dem Gentechnikgesetz (GTG). Die im GTG enthaltenen administrativen Rahmenbedingungen gewährleisten, dass Präimplantationsdiagnostik-Verfahren nur dann durchgeführt werden, wenn sie den Vorgaben des FMedG entsprechen: Die beteiligten Fachpersonen haben im Rahmen der Zulassungserteilung an die Einrichtung die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten vorzuweisen (§ 68 GTG in der Fassung des Bundesgesetzes BGBl. I Nr. 114/2012). Weiters werden die Zulässigkeitsvoraussetzungen, die ethisch von zentraler Bedeutung sind, der Kontrolle durch den neu zu besetzenden wissenschaftlichen Ausschuss für genetische Analyse und Genterapie nach § 88 Abs. 2 Z 2a GTG unterworfen, ohne in unverhältnismäßiger Weise in das Verfahren einzugreifen. Schließlich werden klare Verantwortlichkeiten für das gesamte Verfahren vorgesehen, indem beispielsweise die Präimplantationsdiagnostik nur in einer von der die medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchführenden Krankenanstalt organisatorisch, personell und finanziell unabhängigen Einrichtung durchgeführt werden darf. Das vorgesehene Zulassungs-, Aufzeichnungs-, Berichts- und Meldewesen (§ 2a Abs. 5, § 18 sowie § 68, § 71a und § 73 GTG) stellt sicher, dass keine entwicklungsfähigen Zellen ungerechtfertigt einem belastenden Verfahren unterzogen und ausgesondert werden. Es gewährleistet auch, dass eine allfällige Ausweitung des Indikationenspektrums frühzeitig erkannt und so missbräuchliche Anwendungen unterbunden werden können. Zusätzlich finden sich im GTG umfassende Bestimmungen zur Einwilligung und Beratung bei genetischen Analysen (§ 69 GTG), zum Datenschutz (§ 71 GTG) und zur Dokumentation der Untersuchungsergebnisse (§ 71a GTG).

2.4. Zulassung der Eizellspende

Die Eizellspende ist durch den geltenden § 3 Abs. 3 FMedG ausdrücklich verboten. Gegen die Beibehaltung dieses Verbots sprechen neben gesellschaftspolitischen Argumenten auch verfassungsrechtliche Bedenken (siehe Urteil des EGMR vom 3. 11. 2011, Beschw.-Nr. 57813/00, *S.H. ua/Österreich*). Ein weiteres Aufrechterhalten des Verbots der Eizellspende würde eine sachlich schwer begründbare Ungleichbehandlung gegenüber der zulässigen Samenspende bedeuten. Auch die Bioethikkommission empfiehlt die Zulassung der Eizellspende für Frauen mit ovarieller Insuffizienz innerhalb der biologisch-reproduktiven Phase (Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2012] 45).

Zwar ist die Entnahme von Eizellen im Vergleich mit einer Samenspende mit einer größeren Belastung für die Spenderin verbunden. Dem soll aber – wie auch bei mitunter sehr invasiven Organtransplantationen (§ 8 Abs. 3 Organtransplantationsgesetz) – durch eine umfassende Aufklärungs-

und Beratungspflicht des oder der die Eizellenentnahme durchführenden Arztes oder Ärztin Rechnung getragen werden (§ 7 Abs. 1 und § 23 Abs. 1 Z 1 lit. d). Was die Überlassung, die Untersuchung und die Aufbewahrung anlangt, soll die Eizellspende im Wesentlichen demselben Regime unterstellt werden wie die Samenspende. Auch die Dokumentationspflichten werden in gleicher Weise wie für die Samenspende geregelt. Wie die Zurverfügungstellung von Samen für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung darf auch die Eizellspende nicht Gegenstand eines entgeltlichen Rechtsgeschäfts sein (§ 16).

2.5. Single-Embryo-Transfer

Anders als nach der Intention der ursprünglichen Fassung des FMedG 1992 sollen nur so viele entwicklungsfähige Zellen erzeugt werden dürfen, wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung unbedingt notwendig sind, um eine Schwangerschaft herbeizuführen; die Entstehung „überzähliger“ entwicklungsfähiger Zellen ist unbedingt zu vermeiden. Weiters soll in der Regel nur eine befruchtete Eizelle in den Körper der Frau eingebracht werden. Der elektive Single-Embryo-Transfer soll damit die bevorzugte Methode im Rahmen der In-vitro-Fertilisation darstellen.

2.6. Gliederung

Durch die Einführung einer abschnittswisen Gliederung soll das Fortpflanzungsmedizingesetz insgesamt verständlicher ausgestaltet werden.

2.7. IVF-Fonds-Gesetz

Im Rahmen der gegenständlichen Novelle erfolgt eine Anpassung an die auf Grund insbesondere der höchstgerichtlichen Judikatur erforderliche Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts. Weiters werden einige sich aus den Anforderungen der Praxis ergebende Anpassungen vorgenommen.

3. Kompetenzgrundlage

Das Gesetzesvorhaben gründet sich auf Art. 10 Abs. 1 Z 6 und Z 12 B-VG. Es betrifft Belange des Zivilrechtswesens und des Gesundheitswesens. Die Änderungen im IVF-Fonds-Gesetz stützen sich auf das Gesundheitswesen und im Hinblick auf den Familienlastenausgleichsfonds auf Art. 10 Abs. 1 Z 17 B-VG („Bevölkerungspolitik“).

Besonderer Teil

Zu Art. I (Änderung des FMedG)

Zu § 1:

In Abs. 3 wird an der Legaldefinition der „entwicklungsfähigen Zellen“ festgehalten. Diesem Rechtsbegriff wird – entsprechend der zuletzt überwiegenden Meinung (*Kopetzki*, Altes und Neues zur Präimplantationsdiagnostik, JRP 2012, 319 mit weiteren Nachweisen) – weiterhin ein restriktives Verständnis zugrunde zu legen sein. Demnach werden unter den Begriff der „entwicklungsfähigen Zellen“ nur totipotente Zellen fallen, die sich noch zu einem ganzen Individuum entwickeln können. Nicht dazu sollen jedoch pluripotente Zellen gehören, deren Entwicklungspotenzial auf die Fähigkeit zur Ausbildung unterschiedlicher Gewebstypen etc. beschränkt ist.

Abs. 4 definiert die Präimplantationsdiagnostik. Um eine Präimplantationsdiagnostik durchführen zu können, ist zunächst eine In-vitro-Fertilisation notwendig. Die daran anschließenden genetischen Untersuchungen der Präimplantationsdiagnostik sollen die Beurteilung der Entwicklungsfähigkeit und der genetischen Ausstattung von künstlich befruchteten entwicklungsfähigen Zellen ermöglichen, noch bevor sie in den Körper der Frau eingebracht werden.

Die Entnahme bzw. Abspaltung einer Zelle erfolgt in der Regel am dritten Tag nach der Befruchtung. Die entwicklungsfähigen Zellen bestehen zu diesem Zeitpunkt gewöhnlich aus sechs bis zehn Zellen (Blastomer). Man spricht daher auch von der Blastomerbiopsie. Nach einem neueren Verfahren, das in Europa vermehrt angewendet wird, werden sie erst etwa am fünften Entwicklungstag biopsiert. In diesem Entwicklungsstadium besteht der Embryo aus einer äußeren Zellgruppe, aus der die Plazenta hervorgeht (Trophoblast), und der inneren Zellmasse, aus der sich der Embryo bzw. Fötus entwickelt (Embryoblast); dieses Entwicklungsstadium wird auch als Blastozyste bezeichnet. Man spricht demzufolge auch von Blastozystenbiopsie. Bei einer Blastozystenbiopsie werden in der Regel dem Trophoblasten mehrere Zellen entnommen und genetisch untersucht. Der Vorteil dieser Methode liegt darin, dass nicht der Embryo selbst biopsiert werden muss. Der Trophoblast ist nicht totipotent, somit keine entwicklungsfähige Zelle. Um diese – und allenfalls andere sich erst entwickelnde Methoden – zuzulassen und dem Regime der Präimplantationsdiagnostik im FMedG zu unterstellen, sollen in Abs. 4 mit dem zweiten Satz auch andere Zellen, die nach Abschluss des Befruchtungsvorgangs im Zuge der Entwicklung der befruchteten Eizelle entstehen, also medizinisch ausgedrückt, ab dem Zeitpunkt, in dem sich die Chromosomenpaare in der Metaphasenebene anordnen, von der Definition der Präimplantationsdiagnostik mit erfasst werden.

Zu § 2:

Zur Öffnung der Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung für miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen ist es insbesondere notwendig, § 2 anzupassen. Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll künftig in einer Ehe, in einer eingetragenen Partnerschaft oder in einer gleich- bzw. verschiedengeschlechtlichen Lebensgemeinschaft zulässig sein (Abs. 1).

Gemäß § 2 Abs. 2 muss allerdings noch (mindestens) eine von vier weiteren Voraussetzungen erfüllt sein: Zunächst soll das Prinzip der „Subsidiarität“ bestehen bleiben bzw. wieder eingeführt werden. Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll in diesem Sinn im Wesentlichen nur dann zulässig sein, wenn auf Grund der Fortpflanzungsunfähigkeit die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr nicht möglich ist (Z 1). Diesem Zulässigkeitserfordernis soll so wie nach geltendem Recht das Vorliegen einer Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit durch Geschlechtsverkehr gleichgestellt werden (Z 2).

Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll zusätzlich auch – dem Erkenntnis des VfGH vom 10. 12. 2013, G 16, 44/2013, folgend – bei einer von zwei miteinander in Lebensgemeinschaft oder eingetragenen Partnerschaft lebenden Frauen herbeigeführt werden dürfen (Z 3).

Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll weiters zulässig sein, wenn die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik beabsichtigt ist (Z 4). Eine solche Untersuchung kann nur am Embryo in vitro außerhalb des Mutterleibs durchgeführt werden kann, er muss durch eine Methode einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung erzeugt werden. Dies bedeutet, dass die Präimplantationsdiagnostik nur im Zuge einer künstlichen Befruchtung durchführbar ist, weil nur dann ein Embryo außerhalb des Körpers der Frau, also bevor es zur Implantation kommt, zur Untersuchung zur Verfügung steht.

Nach Abs. 3 soll – allgemeinen Leitlinien ärztlichen Handelns folgend – immer jene zur Herbeiführung einer Schwangerschaft geeignete Methode medizinisch unterstützter Fortpflanzung gewählt werden, die

mit den geringstmöglichen gesundheitlichen Folgen für die beteiligten Personen und mit der Entstehung von möglichst wenigen entwicklungsfähigen Zellen verbunden ist.

Zu § 2a:

Die Präimplantationsdiagnostik soll nun erstmals im FMedG ausdrücklich geregelt werden.

Abs. 1 sieht die Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik zur Untersuchung der Lebensfähigkeit des Embryos oder zur Feststellung einer Erbkrankheit in drei Fällen vor, nämlich

1. nach drei gescheiterten Versuchen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung,
2. nach drei Spontanaborten oder
3. bei einer entsprechenden genetischen Disposition der möglichen Eltern.

Z 1 lässt die Präimplantationsdiagnostik nun bei rezidivierend fehlgeschlagener medizinisch assistierter Reproduktion zu. Bei zumindest drei gescheiterten Versuchen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung soll die Präimplantationsdiagnostik auf Grund des Transfers von Embryonen, die vermutlich wegen ihrer genetischen Disposition nicht überlebensfähig waren, zur „Verbesserung“ des Erfolgs von künstlichen Befruchtungen zugelassen werden. Alle drei Versuche müssen zudem jeweils das Stadium der Übertragung entwicklungsfähiger Zellen (mit oder ohne vorherige hormonelle Stimulation) erreicht haben. Drei Inseminationen oder hormonelle Stimulationen alleine erfüllen diese Voraussetzung nicht. Ein „Kryo-Zyklus“ (also die Übertragung von entwicklungsfähigen Zellen, die aus einem vorangegangenen Zyklus stammend kryokonserviert wurden) wird dagegen als neuer Versuch zu werten sein.

Mit der Z 2 werden den in Z 1 geregelten Fällen Fehl- oder Totgeburten bei natürlichen Schwangerschaften gleichgestellt. Die betroffenen Frauen sollen nicht auf unzumutbar langwierige, emotional und mitunter auch finanziell belastende Versuche einer assistierten Reproduktion verwiesen werden. Eine Fehlgeburt liegt – ganz im Sinn des § 8 Hebammengesetz – vor, wenn bei einer Leibesfrucht weder die Atmung eingesetzt hat noch irgendein anderes Lebenszeichen wie Herzschlag, Pulsation der Nabelschnur oder deutliche Bewegung willkürlicher Muskeln erkennbar ist (gleichgültig, ob die Nabelschnur durchgeschnitten oder die Plazenta ausgestoßen ist oder nicht) und weiters die Leibesfrucht ein Geburtsgewicht von weniger als 500 Gramm aufweist. Eine Totgeburt ist anzunehmen, wenn bei der Leibesfrucht ebenfalls keines der oben angeführten Zeichen erkennbar ist, diese aber ein Geburtsgewicht von mindestens 500 Gramm aufweist. Zu einer Fehl- oder Totgeburt können viele Faktoren führen. Es gilt heute als sicher, dass bestimmte Chromosomenanomalien die häufigste Ursache für eine Fehl- oder Totgeburt darstellen, ohne dass chromosomale Veränderungen bei den Eltern vorliegen. Dementsprechend ist eine Öffnung der Präimplantationsdiagnostik für Fälle rezidivierender Spontanaborte notwendig. Zur Vermeidung von Missbrauch kann eine derartige Öffnung der Präimplantationsdiagnostik allerdings nur nach einer ärztlich nachgewiesenen Fehl- oder Totgeburt ermöglicht werden. Als „ärztlich nachgewiesen“ gilt eine Fehl- oder Totgeburt etwa dann, wenn eine ärztlich festgestellte Schwangerschaft vorzeitig endete.

Nach der Z 3 soll die Präimplantationsdiagnostik auch für solche Fälle zur Anwendung kommen, in denen auf Grund der genetischen Disposition eines potenziellen Elternteils die ernste Gefahr besteht, dass es zu einer Fehl- oder Totgeburt oder zu einer Erbkrankheit des Kindes kommt. Die genetische Disposition muss nicht auf einer Belastung beider Partner beruhen, sondern kann sich auch bei nur einem Partner finden. Dabei genügt es, dass dieser Elternteil bloß Träger dieser Erbkrankheit ist. Auf Grund der genetischen Disposition der Eltern muss die „ernste Gefahr“, also ein hohes Maß an Wahrscheinlichkeit des Schadenseintrittes gegeben sein. Eine Zulassung der Präimplantationsdiagnostik bei einer zu geringen Wahrscheinlichkeit wäre unverhältnismäßig. Der Embryo muss mit einer gewissen Mindestwahrscheinlichkeit über eine genetische Konstitution verfügen, aus der überhaupt eine genetische Erkrankung hervorgehen kann.

Abs. 2 definiert die in Z 3 erwähnte Erbkrankheit. Zur „Erbkrankheit“ im engeren Sinn zählen jene Erkrankungen bzw. Besonderheiten, die durch von Anfang an untypisch veränderte Gene ausgelöst und durch Vererbung von den Vorfahren auf ihre Nachkommen übertragen werden. Der Gesetzesvorschlag stellt für die Zulassung zur Präimplantationsdiagnostik – anders als etwa in Deutschland – nicht nur allgemein auf das Vorliegen einer „schwerwiegenden Erbkrankheit“ ab, sondern konkretisiert diesen Begriff. Eine Erbkrankheit liegt demnach vor, wenn das Kind entweder während der Schwangerschaft oder nach der Geburt so schwer erkrankt, dass das Kind nur

- durch intensivmedizinische Behandlungen oder sonst durch mit hohem medizinischen oder pflegerischen Aufwand verbundene und seine Lebensführung stark beeinträchtigende Hilfsmittel am Leben erhalten werden kann oder
- schwerste Hirnschädigungen aufweist oder

- dauerhaft an nicht behandelbaren schwersten Schmerzen leiden wird.

Schwerste Hirnschädigungen liegen vor, wenn das Kind zwar allein lebensfähig ist, aber gravierend beeinträchtigt ist; bei bloßen Körperbehinderungen oder nicht schwersten geistigen Beeinträchtigungen sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt.

Schwerste Schmerzen liegen vor, wenn das Schmerzgefühl beherrschend ist, sodass die erkrankte Person trotz Behandlung oder gerade wegen dieser nicht in der Lage ist, sich selbst von diesem Zustand zu abstrahieren. Diese Schmerzen müssen dauerhaft und nicht behandelbar sein.

Zusätzlich darf in all diesen Fällen keine kausale Behandlungsmöglichkeit bestehen.

Diese Eingrenzung des Begriffs der „Erbkrankheit“ soll hinreichende Möglichkeiten für eine der medizinischen Praxis und Lebenswirklichkeit angemessene Anwendung der Präimplantationsdiagnostik in einem begrenzten zulässigen Rahmen eröffnen.

In Abs. 3 wird die Nachrangigkeit der Präimplantationsdiagnostik als Untersuchungsmethode im Verhältnis zur indirekten genetischen Analyse von Eizellen und zu weniger invasiven Praktiken geregelt. Eine Präimplantationsdiagnostik hat etwa dann zu unterbleiben, wenn mit hoher Wahrscheinlichkeit eine nicht-genetische Untersuchung (z. B. Beobachtung der Zellteilung) die Schwangerschaftswahrscheinlichkeit in ähnlicher Weise erhöht oder wenn eine genetische Untersuchung der Eizelle allein (z. B. bei nur über die Mutter vererbaren Krankheiten) zur Verhinderung einer Erbkrankheit ausreicht.

In diesem Sinne besteht grundsätzlich ein Vorrang einer nicht-genetischen Untersuchung vor einer genetischen Untersuchung, einer Untersuchung von Samen oder Eizellen vor einer Untersuchung entwicklungsfähiger Zellen, einer Untersuchung vor Abschluss des Befruchtungsvorgangs vor einer Untersuchung nach diesem Zeitpunkt und einer Blastozystenbiopsie (als weniger invasive Untersuchungsmethode) vor einer Blastomerbiopsie.

Die Untersuchung von Samen und Eizellen in diesem Sinn steht nicht im Widerspruch zu § 9 Abs. 2, weil sie der Herbeiführung der Schwangerschaft dient.

Nach Abs. 4 erster Satz dürfen nur die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung unabdingbar erforderlichen Untersuchungen durchgeführt werden, um das eigentliche Ziel, nämlich

- die Herbeiführung einer Schwangerschaft oder
- die Vermeidung einer Fehl- oder Totgeburt oder einer Erbkrankheit

zu erreichen.

So darf in den Fällen der Z 1 und 2 nur nach numerischen und strukturellen Chromosomen-Aberrationen gesucht werden, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit gar nicht zu einer Schwangerschaft oder Lebendgeburt führen. Bei der genetischen Untersuchung nach Z 3 darf nur nach der medizinisch indizierten Erbkrankheit gesucht werden. Eine Bestimmung oder Auswahl nach anderen Faktoren ist unzulässig.

In Abs. 4 zweiter Satz ist festgehalten, dass die Bestimmung des Geschlechts nur mit Krankheitsbezug erlaubt sein soll. Daher ist eine Geschlechtsbestimmung allein zur Feststellung von genetischen Erkrankungen zulässig, deren Vererbung ausschließlich geschlechtsabhängig ist.

Die Präimplantationsdiagnostik ist eine genetische Analyse im Sinn des § 4 Z 23 GTG. Entsprechend den Unterscheidungen in § 65 Abs. 1 GTG handelt es sich hierbei um eine genetische Analyse des Typs 4, d. h. die Analyse dient der Feststellung einer Prädisposition für eine Krankheit, insbesondere der Veranlagung für eine möglicherweise zukünftig ausbrechende genetisch bedingte Krankheit, für welche nach dem Stand von Wissenschaft und Technik keine Prophylaxe oder keine Therapie möglich ist. Die Abklärung, ob ein bestimmter genetischer Defekt vorliegt, der einer Lebendgeburt entgegensteht, unterliegt auch diesen Bestimmungen.

Für diese genetischen Analysen ist im GTG ein eigenes strenges Zulassungsverfahren unter Einbindung eines Ausschusses der Gentechnikkommission, dem so genannten „Wissenschaftlichen Ausschuss für Genanalyse und Gentherapie (WAGG)“, vorgesehen.

Zu § 2b:

§ 2b entspricht im Wesentlichen dem geltenden § 2 Abs. 3, berücksichtigt aber die Möglichkeit der Eizellspende, wobei es hier nur um die Entnahme der Eizellen bei der „Spenderin“ geht. Hier soll entsprechend internationalen Standards und der Empfehlung der Bioethikkommission (Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2012] 45) eine Altersgrenze eingefügt werden. Sämtliche Eizellen werden schon vor der Geburt erzeugt. Danach nimmt ihre Anzahl drastisch ab. Die Eizellen einer Frau verlieren auf natürlichem Wege und in einem irreversiblen Prozess ihre Reproduktionsfähigkeit.

Demzufolge soll die Eizellspende nur bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres möglich sein. Außerdem ist ein Mindestalter von 18 Jahren vorzusehen (vgl. etwa § 8 Organtransplantationsgesetz).

Zu § 3:

Auch in der neuen Fassung von § 3 Abs. 1 soll das Grundprinzip aufrechterhalten bleiben, dass für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung primär – im Fall verschiedengeschlechtlicher Paare – die Eizellen der Ehegattin oder Lebensgefährtin bzw. der Samen des Ehegatten bzw. Lebensgefährten und – im Fall gleichgeschlechtlicher Paare – die Eizellen einer der beiden eingetragenen Partnerinnen oder Lebensgefährtinnen verwendet werden dürfen.

Abs. 2 statuiert von diesem Grundsatz folgende Ausnahmen:

Zum Ersten darf der Samen eines Dritten, wie bisher, für die Methode der Insemination und, zusätzlich, für die in vitro durchgeführten Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung verwendet werden, wenn der Samen des Ehegatten oder Lebensgefährten nicht fortpflanzungsfähig ist. Im Gegensatz zur bisherigen Rechtslage soll die Herbeiführung einer Schwangerschaft mittels Samenspende also auch dann erlaubt sein, wenn die Befruchtung auf Grund eines körperlichen Gebrechens der Frau trotz gesunder Eizellen nur in vitro herbeigeführt werden kann.

Zum Zweiten soll – dem VfGH-Erkenntnis G 16 und 44/2013 entsprechend – der Samen eines Dritten nun auch zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei einer von zwei miteinander in Lebensgemeinschaft oder eingetragenen Partnerschaft lebenden Frauen verwendet werden können.

In § 3 Abs. 3 soll eine dritte Ausnahme vom Grundsatz des Abs. 1 formuliert werden. Wie der Samen eines dritten Mannes dürfen künftig auch die Eizellen einer dritten Frau verwendet werden, wenn die Eizellen der Frau, die das Kind bekommen soll, also der Ehegattin, eingetragenen Partnerin oder Lebensgefährtin, nicht fortpflanzungsfähig sind. Die Inanspruchnahme einer Eizellspende mit dem Ziel, Eizellen von besserer Qualität, nämlich von einer jüngeren Spenderin, zu erlangen, scheidet somit aus. Entsprechend der Empfehlung der Bioethikkommission, die Eizellspende für Frauen mit ovarieller Insuffizienz innerhalb der biologisch-reproduktiven Phase zuzulassen (Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2012] 45), soll auch hier eine Altersgrenze, nämlich die Vollendung des fünfundvierzigsten Lebensjahres, eingefügt werden.

Zu § 4:

Abs. 2 soll nicht geändert werden. In einer Ordination eines Facharztes oder einer Fachärztin darf daher weiterhin nur eine Insemination mit dem Samen des Partners angewendet werden. Die Durchführung einer In-vitro-Fertilisation bleibt ebenso wie eine Insemination unter Verwendung des Samens oder der Eizelle einer dritten Person zugelassenen Krankenanstalten vorbehalten; bei in vitro durchgeführten Befruchtungen auf Grund der technischen Rahmenbedingungen, bei der Verwendung von Spendersamen und -eizellen auf Grund der strengen Dokumentationspflichten (§§ 13 bis 15), Verwendungsbegrenzungen (§ 11) und Untersuchungspflichten (§ 12).

Der neue Abs. 3 folgt der Empfehlung der österreichischen Bioethikkommission, wonach die Durchführung der Präimplantationsdiagnostik nicht den die In-vitro-Fertilisation vornehmenden Reproduktionsmedizinern obliegen, sondern entsprechend ausgewiesenen Humangenetikern vorbehalten bleiben soll (Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2004] 48). Dementsprechend sieht Abs. 3 eine organisatorische, personelle und finanzielle Trennung bzw. Unabhängigkeit der Einrichtung, in welcher die medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchgeführt werden soll, von der nach § 68 GTG zugelassenen Einrichtung vor. Dennoch ist denkbar, dass eine Einrichtung beides anbietet. Die Einrichtung, die allerdings in einem konkreten Fall die medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchführt, muss die Präimplantationsdiagnostik durch eine andere zugelassene und unabhängige Einrichtung vornehmen lassen. Das Zulassungsverfahren für die Präimplantationsdiagnostik ist in § 68 GTG geregelt.

Zu § 6:

Der Schutz der Gewissensfreiheit der Ärzte bzw. der Ärztinnen und des nicht ärztlichen Personals sowie das Verbot der Diskriminierung wegen der Weigerung der Teilnahme an einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung sollen auch für die Präimplantationsdiagnostik gelten. Die im geltenden § 6 FMedG enthaltene Formulierung, welche das nicht ärztliche Personal als „gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, in medizinisch-technischen Diensten oder in Sanitätshilfsdiensten tätige Personen“ beschrieben hatte, soll durch den Sammelbegriff „Angehörige der weiteren gesetzlich geregelten Gesundheitsberufe“ ersetzt werden. Das sind insbesondere Hebammen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Assistenzberufe sowie klinische Psychologen und Psychologinnen, Gesundheitspsychologen und -psychologinnen sowie Psychotherapeuten und -therapeutinnen.

Zu § 7:

In Abs. 1 wird eine „Bedenkfrist“ von 14 Tagen eingefügt. Sie zielt darauf ab, dass das Paar im Anschluss an die eingehenden Beratungen besser in der Lage sein sollte, eine reflektierte und verantwortungsbewusste Entscheidung zu treffen. Zusätzlich sollen die umfassende Aufklärung und Information des Paares durch den Arzt bzw. die Ärztin vor Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung in einer klaren und für Laien verständlichen Sprache erfolgen. Bei der Beratung sollen auch Hintergründe erklärt und Missverständnisse ausgeräumt werden, damit die Paare in die Lage versetzt werden, die für sie richtigen Entscheidungen selbst zu treffen.

Mit Einführung der Eizellspende wird – in Anlehnung an § 5 des Bundesgesetzes über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) – ein besonderes Augenmerk auf den Inhalt und die Bedeutung einer umfassenden Aufklärung und Beratung durch die durchführenden Ärzte oder Ärztinnen gelegt. Abweichend vom dem zur Begutachtung versandten Entwurf wird die Beratung und Aufklärung für Wunscheltern und Spender über weite Strecken gleichgeregelt.

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung bleibt weiterhin ein für die Beteiligten, insbesondere für die Frau, belastendes Verfahren. Wegen der großen Bedeutung der psychischen Verfassung der Wunscheltern soll in Abs. 2 die Pflicht zur psychologischen Beratung oder psychotherapeutischen Betreuung beibehalten werden. Zusätzlich soll den Paaren die Möglichkeit eingeräumt werden, andere von der Krankenanstalt unabhängige Beratungsstellen aufzusuchen.

Abs. 2 zweiter Satz sieht einen zusätzlichen Beratungshinweis bei Samen- und Eizellspende einer dritten Person vor. Ein verantwortungsvoller Umgang mit der Aufklärung über die eigene Abstammung ist für die Entwicklung der Kinder und deren Identitätsfindung von großer Bedeutung. Nicht der Umstand, dass es neben den rechtlichen Eltern einen genetischen Elternteil gibt, kann zu Irritationen bei Kindern führen, sondern oftmals auch die Unsicherheit der Eltern im Umgang mit diesem Thema und die damit einhergehende ungenügende oder zu späte Aufklärung.

Abs. 3 soll um die eingetragenen Partnerinnen und die Paare, die eine Eizellspende durchführen lassen, ergänzt werden. Auch sie müssen wie bis dato die verschiedengeschlechtlichen Lebensgefährten über die weitreichenden zivilrechtlichen Folgen ihrer Zustimmung aufgeklärt werden. Für eingetragene Partner gilt dies – anders als bei Ehegatten – uneingeschränkt, weil sie stets auf Fremdspenden angewiesen sind.

Bezogen auf die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik (§ 2a) und parallel zur Beratung in Bezug auf die medizinisch unterstützte Fortpflanzung regelt § 69 GTG eine umfassende Beratung durch einen in Humangenetik/medizinischer Genetik ausgebildeten Facharzt bzw. eine solche Fachärztin oder einen für das Indikationsgebiet zuständigen Facharzt bzw. eine solchen Fachärztin. Hier ist zunächst auf die Zweckmäßigkeit einer zusätzlichen nicht-medizinischen Beratung durch eine Psychologin bzw. einen Psychologen oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten oder durch einen Sozialarbeiter bzw. eine Sozialarbeiterin schriftlich hinzuweisen. Gegebenenfalls können auch andere Beratungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen genannt werden.

Zu § 8:

Abs. 1 soll wiederum um die eingetragenen Partnerinnen und die Paare, die eine Eizellspende durchführen lassen, ergänzt werden. Die Zustimmung bedarf bei eingetragenen Partnern stets der Form eines Notariatsakts, weil immer der Samen einer dritten Person verwendet wird.

Die Bestimmungen über die Zustimmung zur Präimplantationsdiagnostik finden sich in § 69 GTG.

Art. 12 UN-Behindertenrechtskonvention folgend soll in Abs. 2 vorgesehen werden, dass die Zustimmung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung nur höchstpersönlich erteilt werden kann, also einer Stellvertretung unzugänglich ist. Vor allem mit Blick auf die Rechtsfolgen dieser Zustimmung – die Begründung eines Elternverhältnisses – wird deutlich, dass die Willensbildung in diesem Zusammenhang nicht substituierbar ist.

In Abs. 3 Z 2 soll die Möglichkeit der Eizellspende Berücksichtigung finden.

In Abs. 4 soll der letztmögliche Zeitpunkt des Widerrufs für alle Beteiligten einheitlich geregelt werden. Bis zur Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau soll Frau wie Mann (bzw. Frau) der Widerruf möglich sein. Aus Kindeswohlüberlegungen erscheint es nicht zweckmäßig, eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nach einer In-vitro-Befruchtung gegen den Willen des Mannes oder der Partnerin durchführen zu lassen. Dies soll auch bei der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung zum Zweck der Präimplantationsdiagnostik gelten. Da die Zustimmung höchstpersönlich zu erteilen ist, soll folgerichtig auch der Widerruf nur höchstpersönlich vorgenommen werden können, dies aber – den Vorbildern des § 10 Abs. 2 PatVG und des § 284g erster Satz ABGB folgend – auch bei Verlust der Einsichts- und Urteilsfähigkeit.

In Abs. 5 soll die Gültigkeitsdauer für die Zustimmung auf zwei Jahre ausgedehnt werden. Die Praxis hat gezeigt, dass das Verfahren der künstlichen Befruchtung in einem Jahr nicht immer abgeschlossen werden kann, sodass die Zustimmungserklärungen erneuert werden müssen. Dieser zusätzliche – auch finanzielle – Aufwand soll den ohnedies emotional belasteten Wunscheltern in Zukunft erspart werden.

Zu § 9:

Abs. 1 sieht – in Entsprechung des bisherigen Abs. 1 erster Satz – die ausschließliche Verwendung entwicklungsfähiger Zellen für Zwecke medizinisch unterstützter Fortpflanzung vor. Eine Ausnahme besteht für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, weil hier gerade nicht auf die Herbeiführung einer Schwangerschaft allein abgestellt wird, sondern auf die Herbeiführung einer Schwangerschaft, die nicht mit einer Fehl- oder Totgeburt endet oder eine bestimmte Erbkrankheit des Kindes verhindern soll.

Abs. 2 hält am bestehenden Forschungsverbot des Abs. 1 zweiter und dritter Satz fest. Entwicklungsfähigen Zellen sowie Samen und Eizellen, sofern sie für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen verwendet werden sollen, dürfen nur insoweit untersucht und behandelt werden als dies zur Herbeiführung einer Schwangerschaft oder zur Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik erforderlich ist.

In Abs. 3 – der dem bisherigen Abs. 2 entspricht – soll lediglich klargestellt werden, dass das grundsätzliche Verbot der genetischen Untersuchung von entwicklungsfähigen Zellen vor dem Einbringen in den Körper der Frau weiter besteht und lediglich für die nach § 2a zulässige Präimplantationsdiagnostik eine Ausnahme besteht.

Der Inhalt des bisherigen Abs. 3 soll aus systematischen Gründen in den § 14 Abs. 3 überführt werden.

Zu § 10:

Gemäß § 10 dürfen – wie nach geltendem Recht – nur so viele Eizellen befruchtet und in der Folge eingebracht werden, als dies zur Herbeiführung einer Schwangerschaft in einem Zyklus notwendig ist. Diese Zahl sollte nach den Grundsätzen der guten medizinischen Praxis im Rahmen von klinischen Leitlinien festgelegt werden. Entsprechend einer gemeinsamen Empfehlung der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, der Österreichischen In-vitro-Fertilisation-Gesellschaft und der Österreichischen Gesellschaft für Sterilität, Fertilität und Endokrinologie besteht bei einer Kinderwunschbehandlung ein vergleichsweise höheres Risiko, dass es zu einer Zwillingschwangerschaft kommt, in seltenen Fällen erwartet die Frau sogar mehr als zwei Kinder. Diese Mehrlingsschwangerschaften bedeuten ein höheres Risiko für die Mutter und die Kinder (siehe auch die Stellungnahme der Bioethikkommission [2012] 46 und 47). Resultate verschiedener Studien haben gezeigt, dass bei Patienten mit guter Prognose eine durchaus zufriedenstellende Geburtenrate mit elektivem Single-Embryo-Transfer (eSET) erreicht werden kann. Dabei wird der Frau nur ein einziger Embryo übertragen. Daher rührt auch die Empfehlung nationaler Verbände, wie des Swedish National Board of Health and Welfare oder auch des Dachverbands der Reproduktionsbiologen und -mediziner Deutschlands, nur in Ausnahmefällen zwei Embryonen zu transferieren.

Diverse Empfehlungen weisen aber auch darauf hin, dass es insbesondere bei Frauen ab einem gewissen Alter nicht mehr sinnvoll wäre, nur einen Embryo zu transferieren. Die Anzahl der entnommenen und befruchteten Eizellen soll ebenso wie die Anzahl der zu transferierenden Embryonen vom Arzt bzw. von der Ärztin nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung bestimmt werden. Von der Einfügung einer strikten gesetzlichen Grenze soll daher abgesehen werden, weil sonst die besonderen Umstände jedes Paares und etwaige zukünftige Entwicklungen nicht mehr Berücksichtigung finden könnten.

Im Ergebnis ist erstens festzuhalten, dass nur so viele entwicklungsfähige Zellen erzeugt werden dürfen, wie nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung unbedingt notwendig sind, um eine Schwangerschaft herbeizuführen; die Entstehung „überzähliger“ entwicklungsfähiger Zellen – allenfalls „auf Vorrat“ – ist unbedingt zu vermeiden. Zweitens soll in der Regel (anders als nach der Intention der ursprünglichen Fassung des FMedG 1992) nur eine befruchtete Eizelle in den Körper der Frau eingebracht werden. Der eSET soll damit die bevorzugte Methode darstellen.

Zu § 11:

Die besonderen Bestimmungen bei der Verwendung von Samen einer dritten Person sollen auch bei der Verwendung von Fremdeizellen angewendet werden. Entsprechendes gilt für die eingeschränkte Überlassung an zugelassene Krankenanstalten.

Zu § 12:

Die Untersuchung der gespendeten Eizellen soll im gleichen Umfang erfolgen wie bei der Samenspende.

Zu § 13:

§ 13 soll auch das Verfügungsrecht der Eizellspenderin an deren Eizellen regeln. Sie dürfen nach Abs. 1 nur mit Zustimmung dieser Frau verwendet werden. Wie bei der Samenspende bezieht sich diese Zustimmung auch auf die Erteilung von Auskünften an das Kind, dessen gesetzlichen Vertreter sowie allenfalls auch an Gerichte und Verwaltungsbehörden.

Im Gleichklang mit der Zustimmung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung (§ 8 Abs. 2) soll auch die Zustimmung zur Verwendung von Eizellen oder Samen nur höchstpersönlich erteilt werden können (siehe dazu näher die Ausführungen zu § 8 Abs. 2 und 5). Sowohl für die Samen- als auch die Eizellspende gilt ein Mindestalter der Spender von 18 Jahren (siehe auch zu § 2b).

Der Inhalt des bisherigen Abs. 2 wird aus systematischen Gründen in den § 14 Abs. 1 überführt.

Zu § 14:

Abs. 1 entspricht im Wesentlichen dem bisherigen § 13 Abs. 2. Zusätzlich soll klargestellt werden, dass auch die Eizellspenderin ihre Eizellen – so wie ein Samenspender seinen Samen – immer nur ein- und derselben Krankenanstalt zur Verfügung stellen kann (siehe auch RV 216 BlgNR 18. GP 21).

Abs. 2 entspricht dem bisherigen Abs. 1. Klargestellt wird, dass die Beschränkung des § 14, wonach der Samen eines Dritten für medizinisch unterstützte Fortpflanzungen in höchstens drei Ehen oder Lebensgemeinschaften sowie – nunmehr – eingetragenen Partnerschaften verwendet werden darf, gleichermaßen für die Eizellspende gilt.

Abs. 3 entspricht dem bisherigen § 9 Abs. 3. In Ergänzung zur geltenden Rechtslage wird normiert, dass für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung weder Samen verschiedener Männer noch Eizellen verschiedener Frauen verwendet werden dürfen.

Zu § 15:

Die Aufzeichnungspflicht für die Krankenanstalt soll auch die Daten über die Eizellspenderin umfassen. Nur so kann nämlich im Fall einer Eizellspende das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner eigenen Abstammung umfassend gesichert werden (s. auch § 20). Die Krankenanstalt hat zusätzlich auch Aufzeichnungen darüber zu führen, in welchen Ehen und Lebensgemeinschaften gespendete Samen- oder Eizellen verwendet wurden. Gleiches gilt nunmehr für die Verwendung in eingetragenen Partnerschaften und gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaften von Frauen.

Zu § 16:

Aus systematischen Gründen soll unmittelbar auf das Kommerzialisierungsverbot das Vermittlungsverbot des geltenden § 21 folgen. Beide Beschränkungen betreffen Samen- und Eizellspende gleichermaßen.

Zu § 17:

Gemäß Abs. 1 soll die Aufbewahrung von Zellen jedenfalls nur bis zu einem allfälligen Widerruf oder bis zum Tod der Person zulässig sein, von der die Zellen stammen. Wie in § 8 Abs. 4 soll auch hier die Widerrufsmöglichkeit für den Mann (oder die Partnerin) und die Frau einheitlich und gleich geregelt werden. Eine weitere Aufbewahrung erscheint auch im Hinblick darauf wenig sinnvoll, dass eine Verwendung dieser Zellen nur mit einer aktuellen Zustimmung der Ehegatten, der eingetragenen Partner oder der Lebensgefährten möglich ist. Demzufolge ist die Aufbewahrung jedenfalls zu beenden, wenn die Person, von der Samen, Eizellen sowie Hoden- oder Eierstockgewebe stammen, stirbt oder ihre Zustimmung zur Aufbewahrung widerruft. Bei entwicklungsfähigen Zellen genügt der Tod oder Widerruf nur einer dieser Personen, um die Aufbewahrung zu beenden.

Das Gewebesicherheitsgesetz (GSG) regelt die Gewinnung von menschlichen Zellen und Geweben zur Verwendung beim Menschen sowie unter anderem deren Verarbeitung, Lagerung und Verteilung (im Sinn von Transport und Abgabe einschließlich der Ausfuhr in Drittstaaten). Samen, Eizellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe unterliegen dem Regime dieses Gesetzes. Der erste Satz des Abs. 2 kann daher entfallen. Die Regelung über die Zustimmung zur Überlassung von Samen, Eizellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe soll dagegen – als wichtige Ergänzung zum GSG – bestehen bleiben. Die Zustimmung zur Überlassung (etwa an eine Krankenanstalt) ist ein höchstpersönliches Recht und setzt das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit voraus.

Zu § 18:

In den Bestimmungen über die ärztliche Aufzeichnungspflicht soll zunächst darauf Bedacht genommen werden, dass künftig die Eizellspende zulässig ist und Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung auch bei gleichgeschlechtlichen Paaren zulässig sind. Zudem sollen künftig auch die Gründe für die Behandlung und deren Ergebnisse, insbesondere die Herbeiführung einer Schwangerschaft und die

Anzahl der Geburten, aufgezeichnet werden. Die Öffnung der Methoden erfordert eine genauere Erfassung der angewandten Verfahrensweisen.

Zu § 20:

Nach **Abs. 1** sind Aufzeichnungen über dritte Personen, die Samen oder Eizellen zur Verfügung gestellt haben, sowie deren genetische Daten vertraulich zu behandeln. Es handelt sich um Daten aus Datenanwendungen, die ausschließlich auf Grund der Tätigkeit in der Krankenanstalt anvertraut wurden oder zugänglich geworden sind und auf die § 15 DSG 2000 anwendbar ist.

Der Person, der die gesetzliche Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung zukommt (vgl. § 173 Abs. 1 ABGB), soll nach Abs. 2 zweiter Satz in medizinisch begründeten Ausnahmefällen ein Auskunfts- und Einsichtsrecht zukommen. Die Einholung dieser Information soll nicht mehr genehmigungspflichtig sein (vgl. § 173 Abs. 2 ABGB, wonach auch die Zustimmung zu einer schwerwiegenden medizinischen Behandlung am Kind keiner pflegschaftsgerichtlichen Genehmigung bedarf).

Durch Abs. 2 ist gewährleistet, dass ein Kind nach Vollendung des 14. Lebensjahres – losgelöst von Informationen durch die Eltern – durch Anfragen an die in Frage kommenden Krankenanstalten (bzw. im Fall der Auflösung einer Krankenanstalt an den zuständigen Landeshauptmann; § 18 Abs. 3) zu den Daten nach § 15 etwa über die Person des Spenders bzw. der Spenderin gelangen kann.

Zu § 21:

Die Erweiterung der zugelassenen Methoden und die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik erfordern eine detaillierte anonyme Erfassung der Anzahl der Paare, gegliedert nach Methode, medizinischem Verfahren und den Fällen des § 2a Abs. 1 Z 1, 2 und 3. Dabei sollen insbesondere auch die Gesamtzahl der herbeigeführten Schwangerschaften, die Anzahl der Geburten (Einzelgeburten und Mehrlingsgeburten) und die Art der Geburt einschließlich der Geburtsbeendigung (z. B. „spontane“ Geburt oder Kaiserschnitt, Lebendgeburt oder Totgeburt, Frühgeburt) erhoben werden (Abs. 2 Z 2).

Zu § 22:

Allgemein sei zu den Verwaltungsstrafbestimmungen bemerkt, dass die Strafraumen angehoben werden.

Unter Verwaltungsstrafe soll auch die missbräuchliche Überlassung von Eizellen gestellt werden (Z 2). Die Z 3 soll um den § 10, der ebenfalls die zulässige Verwendung, Untersuchung oder Behandlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen regelt, ergänzt werden. Zusätzlich wird klargestellt, dass auch durch die Weitergabe (z. B. an ein ausländisches Unternehmen) die Anforderungen des § 9 nicht umgangen werden können. Die Z 4 enthält neben der Aufnahme des Straftatbestandes des § 16 Abs. 1 eine redaktionelle Änderung, weil das so genannte „Vermittlungsverbot“ nunmehr in § 16 Abs. 2 geregelt wird.

Zu § 23:

Die Strafbestimmungen werden um Verstöße gegen Bestimmungen über die Präimplantationsdiagnostik erweitert. In der Regelung des Z 1 lit. d ist auf die eingetragenen Partner Bedacht zu nehmen. In Z 1 lit. e ist die Einwilligung ersatzlos zu streichen, da die Zustimmung zur medizinisch unterstützten Fortpflanzung nur mehr höchstpersönlich erteilt werden kann. In Z 2 wird die Zulassung der Eizellspende berücksichtigt.

Zu § 24:

Das Auskunfts- und Einsichtsrecht des § 20 steht im Spannungsverhältnis zum Grundrecht auf Datenschutz des Samenspenders oder der Eizellspenderin, das sowohl in § 1 DSG 2000 verankert ist als auch aus Art. 8 EMRK abgeleitet wird. Die Krankenanstalten haben daher besonders streng dafür zu sorgen, dass diese Rechte nur den jeweils „mit dem Samen oder den Eizellen einer dritten Person gezeugten Kindern“ oder – in nachgewiesenen medizinischen Ausnahmefällen – nur der im Bereich der Pflege und Erziehung vertretungsbefugten Person zukommt.

Zu § 25:

Im Hinblick auf den grundsätzlichen Entfall des administrativen Instanzenzuges durch die Verwaltungsgerichtsbarkeits-Novelle 2012 ist in § 25 Abs. 4 die Wendung „in erster Instanz“ aufzuheben.

Zu § 26:

Abs. 1 integriert die allgemeine Inkrafttretensbestimmung des Art. V Abs. 1 des FMedG in das Stammgesetz.

In Abs. 2 wird als Verbindlichkeitsbeginn der neuen Normen der auf die Kundmachung folgende Tag vorgesehen.

Der zeitliche Anwendungsbereich dieser Normen soll mit diesem Datum des Inkrafttretens in Einklang stehen: Die neuen Vorschriften sollen daher nur auf Sachverhalte Anwendung finden, die sich nach diesem Zeitpunkt ereignet haben (so nach Abs. 3 medizinisch unterstützte Fortpflanzungen, die Präimplantationsdiagnostik bzw. die Entnahme von Samen und Eizellen) oder über diesen Zeitpunkt hinaus andauern (so nach Abs. 4 die Aufbewahrung, Verwendung, Untersuchung und Behandlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen). Gleiches gilt nach Abs. 5 für die neuen Verwaltungsstrafbestimmungen der §§ 22 bis 24, auch sie sollen nur auf strafbare Handlungen anzuwenden sein, die nach dem auf die Kundmachung folgenden Tag begangen werden ("tempus regit actum").

Abs. 6: Die Fortpflanzungsmedizinverordnung, BGBl. II Nr. 362/1998, tritt mit 30. Juni 2016 außer Kraft. Somit werden die Daten für das Jahr 2015 noch auf Grund der bisherigen Rechtslage erhoben. Ab dem Jahr 2016 erfolgen die Meldungen gemäß § 21. Im Hinblick auf die erforderlichen technischen Maßnahmen ist eine zeitversetzte Umsetzung unabdingbar.

Zu § 27:

Die Zulassung der Präimplantationsdiagnostik berührt in vielen Bereichen das GTG, die Aufbewahrung von Samen, Eizellen, entwicklungsfähige Zellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe das Gewebesicherheitsgesetz. Diese Bundesgesetze werden von den Änderungen im FMedG nicht berührt.

Zu § 28:

§ 28 integriert die Vollziehungsbestimmung des Art. V Abs. 8 des FMedG in das Stammgesetz.

Zu Art. II (Änderung des ABGB)

Zu § 144:

Im neu einzufügenden Abs. 2 wird nun gesetzlich festgelegt, auf welche Weise Frauen die Elternschaft als zweiter Elternteil neben der Mutter im Sinn des § 143 erlangen können. Inhaltlich lehnt sich die Regelung an die Bestimmungen zur Vaterschaft an.

Nach dem neuen Abs. 2 soll eine Frau die Elternschaft erlangen

1. kraft eingetragener Partnerschaft,
2. durch ein Anerkenntnis oder
3. durch eine gerichtliche Feststellung.

Alle drei Varianten kommen allerdings nur dann zum Tragen, wenn an der Mutter in der für die Empfängnis kritischen Zeit von nicht mehr als 300 und nicht weniger als 180 Tagen vor der Geburt eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchgeführt worden ist. Darin liegt ein wesentlicher Unterschied zur Abstammung vom Vater nach Abs. 1, wo es auf diese Voraussetzung nicht ankommt.

Dies hat zunächst seinen Grund darin, dass Kinder gleichgeschlechtlicher Paare in keinem Fall von beiden Elternteilen biologisch abstammen können. Deutlich wird dies insbesondere in § 144 Abs. 1 Z 1: Wenn die Elternschaft der eingetragenen Partnerin wie bei der Vaterschaft voraussetzungslos – also auch ohne dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung stattgefunden hat – gesetzlich vorgesehen wird, so würde dies zu einem Auseinanderklaffen von gesetzlicher Vorwegnahme und Wirklichkeit führen. Da eine biologische Abstammung von der Partnerin der Mutter ausgeschlossen ist, entspräche die Normierung ihrer Elternschaft im Fall einer natürlichen Empfängnis normaler Weise nicht den tatsächlichen Verhältnissen.

Anders verhält es sich bei der nun vorgeschlagenen Variante unter Einschränkung auf Fälle der medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Kommt das Kind in der so genannten „kritischen“ Zeit nach Vornahme der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zur Welt (also in einem Zeitraum, in dem ein dabei gezeugtes Kind normaler Weise lebensfähig – weder zu früh noch zu spät – geboren werden wird; siehe *Stefula* in Klang³ § 163 Rz 11), so gilt die eingetragene Partnerin als Elternteil. Weil die beiden Frauen einander durch ihre eingetragene Partnerschaft in besonderer Weise verbunden sind, ist es nicht – wie in Fällen der Lebensgemeinschaft – notwendig, die Elternschaft der Partnerin der Mutter an ein Anerkenntnis, also an einen weiteren Formalakt zu knüpfen.

Auch wenn § 144 Abs. 2 Z 1 ebenso wenig wie der geltende Abs. 1 Z 1 als Vermutung formuliert ist, so kann auch hier die Elternschaft beseitigt werden: § 151 im Verbund mit § 152 ist auch auf die Frau anzuwenden, die nach § 144 Abs. 2 Z 1 als Elternteil gilt. Auch sie (für den Ehemann der Mutter siehe *Stefula* in Klang³ § 157 Rz 10) kann also geltend machen, dass das Kind nicht durch die konsentierende medizinisch unterstützte Fortpflanzung, sondern etwa von einem Dritten auf natürliche Weise gezeugt worden ist.

Ihre Rechtfertigung findet die von Abs. 1 abweichende Anknüpfung der Elternschaft an die Vornahme einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung in Abs. 2 vor allem aber in dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung. Diesem – auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und Schutz der Gesundheit des Kindes ausgerichteten (vgl. *T. Maier*, Samenspende: Das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung, EF-Z 2014/33) – Grundrecht nach Art. 8 Abs. 1 EMRK kommt bei Kindern gleichgeschlechtlicher Eltern eine besondere Bedeutung zu. Erstens sind Drittsamenspenden bei gleichgeschlechtlichen Paaren unabdingbare Voraussetzung der Fortpflanzung, was unausweichlich zu „gespaltenen“ Elternverhältnissen führt. Bei verschiedengeschlechtlichen Ehepaaren kommt die Drittsamenspende naturgemäß viel seltener vor. Zweitens stellt sich für ausnahmslos jedes Kind gleichgeschlechtlicher Eltern schon dem äußeren Anschein nach die Frage nach seiner biologischen Abstammung.

Es ist daher sachlich gerechtfertigt, durch besondere gesetzliche Vorkehrungen diesen Kindern die Kenntnis ihrer biologischen Herkunft zu sichern und gleichgeschlechtliche Eltern auf die Inanspruchnahme medizinischer Unterstützung nach den Bestimmungen des FMedG zu verweisen. Die Bedeutung dieses Rechts des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung hat auch der VfGH in seinem Erkenntnis vom 10.2.2013, G 16 und 44/2013, hervorgehoben, als er anlässlich der Aufhebung der Wortfolge „von Personen verschiedenen Geschlechts“ in § 2 Abs. 1 FMedG festhielt, dass dieses Recht des Kindes durch § 20 Abs. 2 FMedG abgesichert sei.

Dies ist dann richtig, wenn die Abstammung des Kindes gleichgeschlechtlicher Eltern – wie in Abs. 2 eben vorgeschlagen – an die Durchführung medizinisch unterstützter Fortpflanzung anknüpft. Das FMedG stellt nämlich unter anderem sicher, dass durch Samenspenden gezeugte Kinder nach Vollendung des 14. Lebensjahres Auskunft über die Identität ihres genetischen Vaters erhalten können (§ 15 in Verbindung mit § 20 Abs. 2 FMedG).

Grund für die automatische Elternschaft der eingetragenen Partnerin ist also die Überlegung, dass ein während aufrechter eingetragener Partnerschaft nach medizinisch unterstützter Fortpflanzung geborenes Kind zumindest im Normalfall tatsächlich aus dieser medizinisch unterstützten Fortpflanzung stammt; dies auch in Anbetracht dessen, dass eingetragene Partner einander „zur umfassenden partnerschaftlichen Lebensgemeinschaft und Vertrauensbeziehung“ verpflichtet sind (siehe § 8 Abs. 2 EPG). Für die Elternschaft kommt es daher nach Abs. 2 Z 1 – in Übereinstimmung mit Abs. 1 Z 1 (vgl. *Stefula* in Klang³ § 138 Rz 11) – zusätzlich noch darauf an, dass die Geburt des Kindes während aufrechter eingetragener Partnerschaft oder – allein für den Fall der Beendigung der Partnerschaft durch den Tod der Partnerin – innerhalb der 300-Tage-Frist, die die Zeugung des Kindes im Rahmen der künstlichen Befruchtung nahe legt, danach erfolgte. Im Unterschied zu den anderen Gründen für die Beendigung der Partnerschaft (z.B. bei Auflösung wegen Verschuldens oder Zerrüttung) sind hier Zweifel, das Kind könnte nicht durch die medizinisch unterstützte Fortpflanzung, sondern etwa von einem Dritten auf natürliche Weise gezeugt worden sein, nicht angebracht.

Die Z 2 und 3 des Abs. 2 entsprechen den Bestimmungen für verschiedengeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Eine Lebensgefährtin der Mutter kann die Elternschaft durch Anerkenntnis oder – wenn sie der medizinisch unterstützten Fortpflanzung zugestimmt hat (vgl. § 148 Abs. 3) – durch gerichtliche Feststellung erlangen. Die diesbezüglichen Regelungen der §§ 145 ff. sind dementsprechend sinngemäß auch auf sie anzuwenden.

Abs. 3 enthält die Generalklausel, wonach alle auf den Vater und die Vaterschaft Bezug nehmenden Bestimmungen auch auf den weiblichen zweiten Elternteil anzuwenden sind. Die Regelung nimmt keinerlei Einschränkungen auf bestimmte Abschnitte des ABGB oder andere Bundesgesetze vor. Sie gilt daher für alle explizit oder erkennbar (so etwa § 151, § 7 StbG oder § 9 PStG) auf den Vater bezugnehmenden Bestimmungen.

Im Verhältnis der Eltern zu ihrem Kind und zwischen den Eltern geltende besondere Rechte und Pflichten kommen – so die Klarstellung in Abs. 3 zweiter Satz – gleichermaßen zur Anwendung. Im ABGB betrifft dies insbesondere § 235, wonach der Vater – bzw. dann sinngemäß auch die eingetragene Partnerin oder Lebensgefährtin der Mutter – verpflichtet ist, der Mutter die Kosten der Entbindung sowie die Kosten ihres Unterhalts zu ersetzen. Ebenfalls hervorzuheben sind die unterhaltsrechtlichen Vorschriften der §§ 231 ff und die erbrechtlichen Bestimmungen der §§ 731 und 736. Auch für den Familiennamen des Kindes, die (gemeinsame) Obsorge sowie im Personenstandsrecht kommen im Verhältnis der in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen zu ihrem Kind die Regelungen für Eltern oder den Elternteil (§§ 155 und 177 ff) zur Anwendung (vgl. § 43 Abs. 1 Z 27 EPG).

Abs. 4 entspricht – ergänzt um den Fall der Abstammung von mehreren Frauen – dem geltenden Abs. 2.

Zu § 145:

Die Änderungen berücksichtigen die Anerkennung durch den anderen Elternteil nach § 144 Abs. 2 Z 2. Danach ist Voraussetzung für die Anerkennung durch den anderen Elternteil, dass an der Mutter innerhalb von nicht mehr als 300 und nicht weniger als 180 Tagen vor der Geburt eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchgeführt worden. Bereits im Zuge der Anerkennung der Elternschaft soll die Anerkennende den Nachweis über die Erfüllung dieser Voraussetzung zu erbringen haben. Die Bestätigung über die Durchführung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung wird von dem Arzt bzw. der Ärztin auf Grundlage der in § 18 FMedG vorgesehenen Aufzeichnung auszustellen sein. Die Anerkennung der Elternschaft wird nach Abs. 1 letzter Satz dann wirksam, wenn dem Standesbeamten bzw. der Standesbeamtin die Erklärung samt dieser Bestätigung über die durchgeführte medizinische Fortpflanzung zukommt.

Die Bestätigung über die Durchführung der medizinisch unterstützten Fortpflanzung kann durch ein ärztliches Zeugnis des behandelnden Arztes bzw. der behandelnden Ärztin erteilt werden.

Zu § 1503:

Die Gesetzesänderung soll rückwirkend mit 1. Jänner 2015 in Kraft treten. Mit dem Erkenntnis vom 10. 12. 2013, G 16/2013, G 44/2013, hat der VfGH eingetragenen Partnern und gleichgeschlechtlichen Lebensgefährten bereits ab 1. Jänner 2015 die Möglichkeit eingeräumt, alle bisher zulässigen Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung in Anspruch zu nehmen. Passende abstammungsrechtliche Regelungen fehlen aber im geltenden Recht. Weil die Rechtsordnung ab dem 1. Jänner 2015 die Elternschaft von miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen zulässt, wird vorgeschlagen, dass § 144 auf ab diesem Zeitpunkt geborene (wenn auch davor etwa im Ausland im Wege medizinisch unterstützter Fortpflanzung gezeugte) Kinder anzuwenden ist.

Zu Art. III (Änderung des GTG)**Zu § 88:**

Das Expertenteam des wissenschaftlichen Ausschusses für genetische Analyse und Gentherapie wird im Hinblick auf die nun zusätzlich zu beurteilenden genetischen Analysen im Bereich der PID um je ein Mitglied aus den Bereichen Medizinische Genetik, Medizinethik, Fortpflanzungsmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde erweitert.

Zu § 113a:

Die Gesetzesänderung soll – wie auch die Änderungen im FMedG – mit dem auf die Kundmachung folgenden Tag in Kraft treten.

Zu Art. IV (Änderung des IVF-Fonds-Gesetz)**Zu § 1a Abs. 1:**

Es erfolgt eine Anpassung an das VfGH-Erkenntnis vom 10. 12. 2013, Zl. G 16/2013-16 und G 44/2013-14, betreffend die Zulässigkeit von medizinisch unterstützter Fortpflanzung für gleichgeschlechtliche Paare, das im Rahmen der Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts nunmehr umgesetzt wird. In diesem Sinne haben gleichgeschlechtliche Paare die Möglichkeit der Mitfinanzierung ihrer geplanten IVF-Behandlungen, sofern bei der Frau, die beabsichtigt das Kind auszutragen, eine der medizinischen Indikationen gemäß § 4 Abs. 1 Z 1 vorliegt.

Zu § 1a Abs. 3:

Eine Klarstellung erfolgt hinsichtlich des Beginns eines Versuchs.

Zu § 2 Abs. 2a:

Im Zusammenhang mit der Reform des Fortpflanzungsmedizinrechts wird – ergänzend zu der in § 2 Abs. 2 geregelten siebzigprozentigen Kostenübernahme für In-vitro-Fertilisationen – die Möglichkeit geschaffen, mittels Verordnung weitere Leistungen festzulegen, für die pauschalierte Kostenzuschüsse gewährt werden (z. B. Präimplantationsdiagnostik bei Erbkrankheiten). Welche Leistungen letztendlich durch die Verordnung festgelegt werden können, bestimmt sich nicht zuletzt aus den für die Finanzierung zur Verfügung stehenden Mitteln. Klargestellt wird, dass entsprechend der Mitfinanzierung von IVF-Behandlungen auch für allfällige weitere Zuschüsse eine gemeinsame Kostentragung durch den Ausgleichsfonds für Familienbeihilfen und die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen bzw. die die Krankenfürsorgeeinrichtungen erfolgt. Eine Einvernehmensregelung mit dem Bundesministerium für Familien und Jugend wird normiert.

Zu § 2 Abs. 3:

Der seitens des IVF-Fonds zu verfassende Voranschlag ist auf Grund des Rechtsanspruchs der Paare auf Mitfinanzierung durch den IVF-Fonds bei Erfüllung aller Voraussetzungen und der dadurch jährlich konstant ansteigenden Kosten nicht zielführend. Im Hinblick auf die seitens der Gesundheit Österreich GmbH zu verfassende Datenauswertung ist ein Geschäftsbericht des IVF-Fonds nicht erforderlich, er wäre daher ebenfalls zu streichen.

Zu § 4 Abs. 2 bis 5, § 5 Abs. 1, § 6 Abs. 1 und 2:

Es erfolgt eine Anpassung an § 2 Abs. 2a.

Zu § 4 Abs. 4 Z 1:

Mit dieser Regelung sind somit gleiche Altersgrenzen für die eingetragene Partnerin bzw. die Lebensgefährtin der Frau, die beabsichtigt das Kind auszutragen, und den Mann vorgesehen.

Zu § 4 Abs. 4a:

Die Regelungen hinsichtlich der Voraussetzungen betreffend Staatsbürgerschaft bedürfen einer Anpassung an die aktuellen Bestimmungen des Niederlassungs- und Aufenthaltsrechts. Gleichzeitig erfolgt eine Präzisierung des Adressatenkreises. Dadurch werden einerseits Härtefälle vermieden und andererseits jene Personen gleichgestellt, die entsprechend integriert sind und Beiträge zur Krankenversicherung und zum Ausgleichsfonds für Familienbeihilfe leisten.

Zu § 4 Abs. 5 Z 3:

Aus redaktioneller Sicht ist die Bestimmung um Abs. 4a zu ergänzen.

Zu § 5 Abs. 3:

Zweck dieser Bestimmung war zum Zeitpunkt des Inkrafttretens eine gleichmäßige Versorgung durch IVF-Zentren im gesamten Bundesgebiet anstelle einer Zentrierung auf mehrere Standorte in Großstädten. Mittlerweile gibt es unterschiedlich große IVF-Zentren im gesamten Bundesgebiet. Im IVF-Bereich besteht keine angebotsindizierte Nachfrage, vielmehr steigen die Fallzahlen jährlich konstant an. Dies ist einerseits auf die sinkende Fertilität und das Alter der Kinderwunschaare zurückzuführen, andererseits darin begründet, dass jedes Paar, das die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, Rechtsanspruch auf Aufnahme in den IVF-Fonds hat. Die langjährige Auswertung der Patientenströme hat weiters gezeigt, dass Kinderwunschaare ihre Behandlung vermutlich aus Anonymitätsgründen häufig nicht in Wohnortnähe durchführen lassen. Eine mit anderen Bereichen des Gesundheitswesens vergleichbare Bedarfsregelung ist daher in diesem, auf eine spezielle Behandlungsmaßnahme ausgerichteten Bereich nicht erforderlich.

Zu § 5 Abs. 4:

Die Qualitätssicherung auf dem Gebiet der In-vitro-Fertilisation besteht aus umfangreichen Maßnahmen, die sich einerseits aus diversen gesetzlichen Voraussetzungen des IVF-Fonds-Gesetzes bzw. anderen Gesetzen, wie beispielsweise dem Fortpflanzungsmedizingesetz und dem Gewebesicherheitsgesetz ergeben. Darüber hinaus werden auch in den IVF-Fonds-Verträgen zahlreiche Maßnahmen zur Qualitätssicherung angeführt (Mindestanzahl an Versuchen, Erfolgsquoten, Erfassung der Geburten, Empfehlung zur Anzahl der maximal zu transferierenden Embryonen etc.). Diese Maßnahmen werden seitens des IVF-Fonds regelmäßig überprüft und bei Bedarf ergänzt bzw. adaptiert. Auf Grund dieser zahlreichen Einzelmaßnahmen ist deren Zusammenführung in ein umfassendes Konzept, das ebenfalls laufend überarbeitet und ergänzt werden müsste, nicht mehr zielführend.

Zu § 5c:

Die Vertragskrankenanstalten haben die Paare über die vom IVF-Fonds übernommenen Leistungen und Tarife entsprechend (z.B. durch Aushang) zu informieren. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Auskunftspflicht gemäß § 51 Abs. 1a Ärztegesetz 1998 verwiesen.