

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:

In § 2 Abs. 1 FMedG die Wortfolge „von Personen verschiedenen Geschlechts“,

in § 2 FMedG der Abs. 2 sowie

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 Leihmutterchaft betrifft dies faktisch freilich 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 Entwurfs

2.1. Öffnung für homosexuelle Paare

Die Möglichkeiten medizinisch unterstützter Fortpflanzung sollen – dem Erkenntnis des VfGH folgend – miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebenden Frauen offen stehen. Dieses Ziel erfordert insb. 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 vom 28.8.2012, Beschwerde Nr. 54270/10), *Costa und Pavan/Italien*: Der Gerichtshof hat ua. 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 aber 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 einer Erbkrankheit zu vermeiden. Auch darf die Präimplantationsdiagnostik niemals undifferenziert im Sinn eines „Screenings“ angewandt werden, sondern darf nur die 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 im 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 Gentherapie nach § 88 Abs. 2a GTG unterworfen, ohne in unverhältnismäßiger Weise in das Verfahren einzugreifen. Schließlich werden klare Verantwortlichkeiten für das gesamte Verfahren vorgeschlagen, 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 Eizellenspende

Die Eizellenspende 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 Eizellenspende würde eine sachlich schwer begründbare Ungleichbehandlung gegenüber der zulässigen Samenspende bedeuten. Auch die Bioethikkommission empfiehlt die Zulassung der Eizellenspende 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 der Spenderin verbunden. Dem soll aber – wie auch bei mitunter sehr invasiven Organtransplantationen (§ 8 Abs. 3 Organtransplantationsgesetz) – durch eine umfassende Aufklärungs- und Beratungspflicht des

die Eizellenentnahme durchführenden Arztes Rechnung getragen werden (§ 7 Abs. 1a und § 23 Abs. 1 Z 1 lit. d des Entwurfs). Was die Zurverfügungstellung, 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 nach diesem Gesetzesvorschlag nicht alle befruchteten Eizellen in den Körper der Frau eingebracht werden. Vielmehr soll der elektive Single-Embryo-Transfer nun die bevorzugte Methode im Rahmen der In-vitro-Fertilisation darstellen.

2.6. Gliederung

Der Entwurf trachtet danach, durch die Einführung einer abschnittswisen Gliederung das Fortpflanzungsmedizingesetz insgesamt verständlicher auszugestalten.

3. Kompetenzgrundlage

Das Gesetzesvorhaben gründet sich auf Art. 10 Z 6 und Z 12 B-VG. Der Entwurf betrifft Belange des Zivilrechtswesens und des Gesundheitswesens.

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 Vereinigung des weiblichen und männlichen Vorkernes im Zuge der Entwicklung der befruchteten Eizelle entstehen, von der Definition der Präimplantationsdiagnostik mit erfasst werden.

Ein Sonderfall der Präimplantationsdiagnostik im weitesten Sinn ist die Polkörperdiagnostik, die vor Abschluss der Befruchtung, nämlich vor Verschmelzung des weiblichen und männlichen Vorkernes, durchgeführt wird. Die Polkörperdiagnostik ist eine Untersuchungsmethode zur indirekten genetischen Analyse von Eizellen. Polkörper sind Nebenprodukte, die bei der Teilung der Eizelle entstehen. Diese „präimplantative“ Untersuchung, die an anderen als totipotenten Zellen stattfindet, unterliegt weiterhin nicht dem Regelungsregime des FMedG, sondern dem des GTG.

Zu § 2:

Zur Öffnung der Methoden medizinisch unterstützter Fortpflanzung für homosexuelle Paare (de facto ausschließlich für miteinander in eingetragener Partnerschaft oder Lebensgemeinschaft lebende Frauen) ist es insb. 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:

Bei verschiedengeschlechtlichen Paaren soll das Prinzip der „Subsidiarität“ bestehen bleiben. Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung soll in diesem Sinn im Wesentlichen nur dann zulässig sein, wenn aufgrund der Fortpflanzungsunfähigkeit die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr nicht möglich ist (Z 1). Gleiches gilt beim Vorliegen einer Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit durch Geschlechtsverkehr (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).

Vorgeschlagen wird weiters, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung zulässig sein soll, 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.

Zu § 2a:

Die Präimplantationsdiagnostik soll nun erstmals im FMedG ausdrücklich geregelt werden.

Abs. 1 sieht die Zulässigkeit der Präimplantationsdiagnostik in drei Fällen vor, nämlich

nach drei gescheiterten Versuchen einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung,

nach drei Spontanaborten oder

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 vermuteten Transfers nicht überlebensfähiger Embryonen zur „Verbesserung“ des Erfolgs von künstlichen Befruchtungen zugelassen werden.

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 dokumentierten Fehl- oder Totgeburt ermöglicht werden.

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 ernstliche 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 „ernstliche 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 Entwurf 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 werden 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 Fälle keine kausale Behandlungsmöglichkeit bestehen.

Diese Eingrenzung des Begriffs der „Erbkrankheit“ sollte 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 (Näheres siehe oben unter § 1 Abs. 4).

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 (Z 1 und 2) oder die Vermeidung einer Fehl- oder Totgeburt oder einer Erbkrankheit (Z 3) zu erreichen.

So darf in den Fällen der Z 1 und 2 nur nach numerischen und strukturellen Chromosomen-Aberrationen gesucht werden, die erst gar nicht zu einer Schwangerschaft 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, insb. 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.

Für diese genetischen Analysen ist im GTG ein eigenes strenges Zulassungsverfahren unter Einbindung eines Ausschusses der Gentechnikkommission, dem sog. „Wissenschaftlichen Ausschuss für Genanalyse und Gentherapie (WAGG)“, vorgesehen. In **Abs. 5** soll festgelegt werden, dass der Ausschuss – zusätzlich zu den allgemein nach dem GTG für genetische Analysen geltenden Kriterien – auch die in § 2a Abs. 1 Z 3 und des Abs. 2 FMedG geregelten Zulässigkeitsvoraussetzungen für die Vornahme einer Präimplantationsdiagnostik zu prüfen hat.

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 dreißigsten Lebensjahres möglich sein.

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 die Samenspende 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 Eizellenspende 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 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 eines Dritten und einer Eizellspende 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 Reproduktionsmedizinerinnen obliegen, sondern entsprechend ausgewiesenen Humangenetikern vorbehalten bleiben soll (Bericht der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2004] 48). Dementsprechend sieht Abs. 3 eine Trennung der Krankenanstalt von den zugelassenen Einrichtungen und deren organisatorische, personelle und finanzielle Unabhängigkeit vor. Dennoch ist denkbar, dass eine Krankenanstalt Beides anbietet. Die Krankenanstalt, 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. des 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 insb. Hebammen, Angehörige der Gesundheits- und Krankenpflegeberufe, der gehobenen medizinisch-technischen Dienste und der medizinischen Assistenzberufe sowie klinische Psychologinnen und Psychologen, Gesundheitspsychologinnen und -psychologen sowie Psychotherapeuteninnen und -therapeuten.

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 die Ärztin bzw. den Arzt 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.

Im Vergleich zur Samenspende ist die Entnahme von Eizellen mit einer wesentlich höheren Belastung der Spenderin verbunden. Dem wird in Abs. 2 durch eine erweiterte Verpflichtung der die Eizellentnahme durchführenden Ärztin zur Aufklärung und Beratung der Spenderin in Anlehnung an § 5 des Bundesgesetzes über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen (ÄsthOpG) Rechnung getragen.

Auch für die Eizellempfängerin birgt diese Methode Gefahren und Risiken, die mit der künstlichen Befruchtung mit Fremdsamen nicht verbunden sind. Dementsprechend soll in Abs. 3 bei der Eizellspende die Aufklärungs- und Beratungspflicht der Ärztin bzw. des Arztes in Bezug auf die Wunscheltern erweitert werden (Stellungnahme der Bioethikkommission beim Bundeskanzleramt [2012] 47).

Die medizinisch unterstützte Fortpflanzung bleibt weiterhin ein für die Beteiligten, insb. für die Frau, belastendes Verfahren. Wegen der großen Bedeutung der psychischen Verfassung der Wunscheltern soll in Abs. 4 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. 5 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.

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 eine in Humangenetik/medizinische Genetik ausgebildete Fachärztin bzw. einen solchen Facharzt oder eine für das Indikationsgebiet zuständige Fachärztin bzw. einen solchen Facharzt. Hier ist gegebenenfalls nicht nur auf die Zweckmäßigkeit einer zusätzlichen nichtmedizinischen Beratung durch eine Psychologin bzw. einen Psychologen oder eine Psychotherapeutin bzw. einen Psychotherapeuten oder durch eine Sozialarbeiterin bzw. einen Sozialarbeiter schriftlich hinzuweisen. Vielmehr 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 Bestimmungen über die Zustimmung zur Präimplantationsdiagnostik finden sich in § 69 GTG.

Dem 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 der Spermien, 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 hält am bestehenden Forschungsverbot fest. Die Verwendung, Untersuchung und Behandlung von entwicklungsfähigen Zellen, Spermien und Eizellen dürfen weiterhin nur für Zwecke der medizinisch unterstützten Fortpflanzung erfolgen. Eine Ausnahme besteht für die Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik, weil gerade hier 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.

In Abs. 2 soll – außerhalb des Zulässigkeitsbereiches der Präimplantationsdiagnostik des § 2a – das grundsätzliche Verbot der genetischen Untersuchung von entwicklungsfähigen Zellen vor dem Einbringen in den Körper der Frau festgeschrieben werden.

In Abs. 3 ist klarzustellen, dass für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nicht nur – wie nach geltendem Recht – Spermien verschiedener Männer nicht verwendet werden dürfen, sondern dass dies in gleicher Weise auch für Eizellen verschiedener Frauen gilt.

Zu § 10:

Gemäß § 10 dürfen – wie nach geltendem Recht – nur so viele Eizellen befruchtet werden, wie zur Herbeiführung einer Schwangerschaft benötigt werden. 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 insb. 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 daher vom Arzt 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 festzuhalten, dass weiterhin die Entstehung „überzähliger“ entwicklungsfähiger Zellen möglichst zu vermeiden ist und – anders als nach der Intention der ursprünglichen Fassung des FMedG 1992 – nicht alle befruchteten Eizellen in den Körper der Frau eingebracht werden sollen. Der eSET stellt im Grundsatz jedenfalls die bevorzugte Methode dar.

Zu § 11:

Die besonderen Bestimmungen bei der Verwendung von Samen einer Dritten 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 Abs. 1 soll auch das Verfügungsrecht der Eizellspenderin an deren Eizellen regeln. Sie dürfen 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 Gericht 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).

Nach Abs. 2 soll auch die Eizellspenderin ihre Eizellen – so wie ein Samenspender – immer nur ein- und derselben Krankenanstalt zur Verfügung stellen können (siehe auch ErläutRV 216 BlgNR 18. GP 21).

Zu § 14:

Auch 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, soll auch für die Eizellspende gleichermaßen gelten.

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 gemäß § 8 Abs. 5 nur mit einer aktuellen Zustimmung des Ehegatten bzw. der Ehegattin, der eingetragenen Partnerinnen oder des Lebensgefährten bzw. der Lebensgefährtin möglich ist. Demzufolge ist die Aufbewahrung jedenfalls zu beenden, wenn die Person, von der Samen, Eizellen sowie Hoden- und 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 ua deren Verarbeitung, Lagerung und Verteilung (im Sinn von Transport und Abgabe einschließlich der Ausfuhr in Drittstaaten). Samen, Eizellen, 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 Aufzeichnungs- und Berichtspflicht der Reproduktionsmedizinerinnen und Reproduktionsmediziner soll zunächst darauf Bedacht genommen werden, dass künftig die Eizellspende zulässig ist und Methoden medizinischer unterstützter Fortpflanzung auch bei gleich geschlechtlichen Paaren zulässig sind. Zudem sollen künftig auch die Gründe für die Behandlung und deren Ergebnisse, insb. die Herbeiführung einer Schwangerschaft und die Anzahl der Geburten, aufgezeichnet werden. Die Öffnung der Methoden erfordert eine genauere Erfassung der angewandten Verfahrensweisen.

Zu § 20:

Der Person, der die gesetzliche Vertretung im Bereich der Pflege und Erziehung zukommt (vgl. § 173 Abs. 1 ABGB), soll 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).

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 soll insb. auch die Gesamtzahl der herbeigeführten Schwangerschaften und Geburten erhoben werden (Abs. 2 Z 2).

Zu § 22:

Unter Verwaltungsstrafe soll auch die missbräuchliche Zurverfügungstellung 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. Die Z 4 enthält eine redaktionelle Änderung, weil das so genannte „Vermittlungsverbot“ nunmehr in § 16 Abs. 2 geregelt wird.

Zu § 23:

Die Strafbestimmungen sind um Verstöße gegen Bestimmungen über die Präimplantationsdiagnostik zu erweitern. In der Regelung des Z 1 lit. d ist auf die eingetragenen Partnerinnen 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 Eizellenspende 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 DSGVO 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 § 26:

In Abs. 1 wird als Verbindlichkeitsbeginn der neuen Normen der 1. April 2015 vorgeschlagen.

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. 2 medizinisch unterstützte Fortpflanzungen, die Präimplantationsdiagnostik bzw. die Entnahme von Samen und Eizellen) oder über diesen Zeitpunkt hinaus andauern (so nach Abs. 3 die Aufbewahrung, Verwendung, Untersuchung und Behandlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen). Gleiches gilt nach Abs. 4 für die neuen Verwaltungsstrafbestimmungen der §§ 22 bis 24, auch sie sollen nur auf strafbare Handlungen anzuwenden sein, die nach dem 31. März 2015 begangen werden ("tempus regit actum").

Abs. 5: 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 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

auf Grund einer gesetzlichen Vermutung (bei eingetragenen Partnerschaften),

durch ein Anerkenntnis oder

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 insb. in § 144 Abs. 1 Z 1: Würde die Elternschaft der eingetragenen Partnerin wie bei der Vaterschaft voraussetzungslos – also auch in Fällen einer natürlichen Empfängnis – vermutet, so würde dies zu einem unüberbrückbaren Auseinanderklaffen von gesetzlicher Vermutung und Wirklichkeit führen. Denn da eine biologische Abstammung von der Partnerin der Mutter ausgeschlossen ist, entspräche die gesetzliche Vermutung ihrer Elternschaft nie den tatsächlichen Verhältnissen. Anders verhält es sich bei der nun vorgeschlagenen Variante unter Einschränkung auf Fälle der medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Die gesetzliche Vermutung bezieht sich in diesem Fall darauf, dass die eingetragene Partnerin wohl auch diejenige ist, die der Durchführung einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung gemäß § 8 Abs. 1 FMedG notariell zugestimmt hat. Weil die beiden Frauen 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. Sollte die gesetzliche Vermutung irren, also die Zustimmung durch eine andere Frau als die eingetragene Partnerin erteilt worden sein, so stünden den betroffenen Personen dieselben Möglichkeiten wie Ehegatten offen, die Abstammung zu bestreiten. Denn unter sinngemäßer Anwendung von § 148 Abs. 3 ist die Frau als der

Elternteil festzustellen, die der medizinisch unterstützten Fortpflanzung in Form eines Notariatsakts zugestimmt hat.

Vor allem aber soll durch die von Abs. 1 abweichende Regelung der Abstammung des Abs. 2 das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Abstammung gewährleistet werden. 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. Während Kinder verschiedengeschlechtlicher Eltern in vielen Fällen ihre Abstammung von beiden Elternteilen nie in Zweifel ziehen – und sie sich somit der Unklarheit ihrer genetischen Abstammung nie bewusst werden – 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 Vornahme einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung 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).

Die Z 2 und 3 des Abs. 2 entsprechen den Bestimmungen für verschiedengeschlechtliche Lebensgemeinschaften. Sie legen fest, dass Lebensgefährtinnen der Mutter die Elternschaft durch Anerkennung oder gerichtliche Feststellung erlangen können. Die diesbezüglichen Regelungen der §§ 145 ff. sind dementsprechend sinngemäß auch auf die Partnerin bzw. Lebensgefährtin der Mutter 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 Gesetze vor. Sie gilt daher für alle ihr folgenden, auf den Vater bezugnehmenden Bestimmungen.

Im ABGB betrifft dies neben den Bestimmungen des Abstammungsrechts insb. § 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 erbrechtlichen Bestimmungen der §§ 731 und 736.

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

Zu § 1503:

Die Gesetzesänderung soll – wie auch die Änderungen im FMedG – mit 1.4.2015 in Kraft treten. Mit Erkenntnis vom 10. 12. 2013, G 16/2013, G 44/2013, hat der VfGH in § 2 Abs. 1 FMedG die Wortfolge „von Personen verschiedenen Geschlechts“, in § 2 FMedG den Abs. 2 sowie in § 3 FMedG die Abs. 1 und 2 mit Wirkung ab 1. Jänner 2015 aufgehoben. Diese Entscheidung eröffnet eingetragenen Partnerinnen und gleichgeschlechtlichen Lebensgefährtinnen bereits ab 1. Jänner 2015 die Möglichkeit, alle bisher zulässigen Methoden der medizinisch unterstützten Fortpflanzung in Anspruch zu nehmen, passende abstammungsrechtliche Regelungen fehlen aber im geltenden Recht. Daher wird vorgeschlagen, dass § 144 rückwirkend auf ab dem 1. Jänner 2015 durchgeführte medizinisch unterstützte Fortpflanzungen 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 und Fortpflanzungsmedizin erweitert.

Zu § 113a:

Die Gesetzesänderung soll – wie auch die Änderungen im FMedG – mit 1. April 2015 in Kraft treten.