

## Vorblatt

### **Problem:**

Die Reproduktionsmedizin ermöglicht heutzutage bereits vielen Paaren, die aus unterschiedlichen Gründen ungewollt kinderlos sind, die Erfüllung ihres Wunsches nach einem eigenen Kind. Rechtsgrundlage hierfür ist das Fortpflanzungsmedizingesetz aus dem Jahr 1992. Sein Regelungsgegenstand ist die Überwindung einer bestehenden Fortpflanzungsunfähigkeit zur Erfüllung eines aktuellen Kinderwunsches. Nicht Bedacht nimmt das Gesetz auf Fälle, in denen zwar kein solcher aktueller Kinderwunsch vorliegt, aber im Hinblick auf eine Erkrankung und der damit verbundene Therapie absehbar ist, dass der betreffenden Person künftig eine Fortpflanzung auf natürlichem Weg nicht mehr möglich sein wird. Dies ist etwa bei bestimmten Krebserkrankungen der Fall.

In diesem Zusammenhang spielt auch eine Rolle, dass nach geltendem Recht Samen und Eizellen (Gameten), die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, sowie entwicklungsfähige Zellen höchstens ein Jahr aufbewahrt werden dürfen. Diese Regelung bereitet in der Fortpflanzungsmedizin nicht nur bei den oben angeführten Fällen einer schweren, den Verlust der Fortpflanzungsfähigkeit bewirkenden Erkrankung, sondern auch dann Probleme, wenn eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung – aus welchen Gründen immer – nicht sogleich gelingt. Schließlich wird im geltenden Recht auch der Wunsch von Patienten nach einem Wechsel des Arztes des Vertrauens nicht berücksichtigt.

### **Ziel und Inhalt:**

Karzinompatienten, aber auch Patienten mit anderen Leiden soll in den angeführten Fällen die Erfüllung eines späteren Kinderwunsches ermöglicht und erleichtert werden. Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft können Samen und entwicklungsfähige Zellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe, welche für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, ohne Beeinträchtigung längerfristig aufbewahrt werden. Die vorliegende Novelle ermöglicht die Entnahme und Aufbewahrung von Zellen und Gewebe bis zum Widerruf der Zustimmung oder den Tod der Person, von der sie stammen. Entwicklungsfähige Zellen, deren langjährige Konservierung im Hinblick auf die hohe Missbrauchsgefahr problematischer erscheint, sollen 10 Jahre lang aufbewahrt werden dürfen.

Auf Grund der längeren Aufbewahrungsdauer kann es vermehrt zu einem Wechsel des Vertrauensarztes kommen. Es soll klargestellt werden, dass eingelagertes Gewebe und eingelagerte Zellen zum Zweck der medizinisch unterstützten Fortpflanzung an hiezu befugte Ärzte und Einrichtungen weitergegeben werden dürfen.

### **Alternative:**

Es bestehen keine Alternativen, um die aufgezeigten Probleme zu lösen.

### **Auswirkungen auf die Beschäftigung und den Wirtschaftsstandort Österreich:**

Durch die Verlängerung der Aufbewahrungsmöglichkeiten von Gameten und entwicklungsfähigen Zellen wird einerseits ein Ausweichen von Patienten ins Ausland vermieden und andererseits der österreichischen Reproduktionsmedizin auch weiterhin eine solide rechtliche Grundlage für ihre Tätigkeit geboten.

### **Finanzielle Auswirkungen:**

Die Novelle verändert weder § 1 Abs. 2 Z. 2 bis 4 FMedG noch § 4 Abs. 1 IVF-Fonds-Gesetz, sodass der Kreis der Patienten, die Ansprüche an den IVF-Fonds stellen können, nicht erweitert wird. Lediglich wenn zwischen den im IVF-Fonds-Gesetz vorgesehenen vier Versuchen ein Zeitraum von über einem Jahr liegt, kann es zu erhöhten Kosten für die längere Aufbewahrung kommen. Die dadurch entstehenden Kosten werden allerdings durch das Entfallen der Kosten für eine neuerliche Gewinnung von Eizellen und Samenzellen bei weitem aufgewogen. Die öffentlichen Haushalte werden durch die Novelle daher nicht belastet.

### **Verhältnis zu den Rechtsvorschriften der Europäischen Union:**

Die vorgesehenen Regelungen fallen nicht in den Anwendungsbereich des Rechts der Europäischen Union.

### **Besonderheiten des Normsetzungsverfahrens:**

Keine.

## Erläuterungen

### Allgemeiner Teil

#### Ziel des Gesetzesvorhabens

Im Jahr 1992 wurde das Bundesgesetz, mit dem Regelungen über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung getroffen wurden, (FMedG) vom Parlament verabschiedet. Damit trug der Gesetzgeber den Fortschritten von Medizin und Biologie bei der Bekämpfung und Heilung von Störungen der menschlichen Fruchtbarkeit Rechnung. Damals stand insbesondere die künstliche Insemination sowie die In-Vitro-Fertilisation im Brennpunkt der öffentlichen und fachlichen Diskussion.

Durch das FMedG wurde erstmals für Österreich Klarheit sowohl über die Zulässigkeit als auch über die Grenzen des Vorgehens der Ärzte auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin geschaffen. Seit dem Inkrafttreten des Gesetzes ist nun über ein Jahrzehnt vergangen, in welchem sich die Reproduktionsmedizin rasant weiterentwickelt hat. Methoden der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion zur Verbesserung der Behandelbarkeit männlicher Sterilität sowie der Präimplantationsdiagnostik zur Untersuchung von entwicklungsfähigen Zellen auf genetische Veränderungen sind nur zwei Bereiche, die in diesem Zusammenhang besonders zu erwähnen sind.

In den Erläuterungen zu dem Entwurf des FMedG im Jahre 1992 (RV 216 BlgNR 18. GP) wurden die verfassungsrechtlichen Grundlagen im Zusammenhang mit den auftretenden Fragen der künstlichen Fortpflanzung und auch die Schranken derselben dargelegt. Diese Ausführungen sind auch heute noch gültig (siehe VfSlg. 15632). Schon damals war vorauszusehen, dass durch die unaufhaltsame Weiterentwicklung auf dem Gebiet der Reproduktionsmedizin nach einer gewissen Zeitspanne Anpassungen des FMedG notwendig sein werden.

In den letzten Jahren sind die Diskussionen über medizinische, ethische wie auch rechtliche Fragen sowohl in wissenschaftlichen Kreisen als auch in der breiten Öffentlichkeit fortgeführt worden. So haben das Justiz- und das Gesundheitsressort im November 2000 im Bundesministerium für Justiz eine Enquete „Fortpflanzungsmedizin – Ethik und Rechtspolitik“ abgehalten (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz, Band 105).

Im Jänner 2004 hat das Bundesministerium für Justiz einen Entwurf zu einer etwas weitergehenden Novelle des Fortpflanzungsmedizingesetzes zur Begutachtung versandt. Die Frage der Verlängerung der Aufenthaltsfrist fand eine breite Zustimmung, wobei die ursprünglich vorgesehene altersbezogenen Frist zum größten Teil ebenfalls gelobt wurde, an der starren Altersgrenze wurde jedoch auch Kritik geübt und alternative Vorschläge erstattet. In dem nunmehr vorliegenden Text wurden einige Anregungen umgesetzt, die eine differenziertere und daher sachgerechtere Lösung anbieten.

Nach den Wahrnehmungen im Rahmen des Begutachtungsverfahrens muss die Auseinandersetzung zu einer Reihe von Fragen, wie etwa jene nach der Zulassung der Präimplantationsdiagnostik im Zusammenhang mit der In-Vitro-Fertilisation oder einer expliziten Regelung des Klonverbotes, noch fortgeführt werden. Dabei wird auch die Entwicklung in anderen Staaten zu beobachten sein.

Ein gesellschaftspolitischer Konsens liegt jedoch jedenfalls zur zeitgemäßen Lösung jener Fragen vor, welche von dem gegenständlichen Entwurf erfasst werden. Dabei geht es um geringfügige, behutsame Ergänzungen des FMedG unter Aufrechterhaltung der Prinzipien des geltenden Rechtes.

#### Wesentlicher Inhalt der Neuerungen

Die Überlegungen zur Frage der **Verlängerung der Aufbewahrungsfrist** von Eizellen, Samenzellen und entwicklungsfähigen Zellen nahmen ihren Ausgang von einer einstimmig verabschiedeten Entschließung des Nationalrates vom 17. Juni 1999, E 198/20. GP. In dieser Entschließung wurden der Bundesminister für Justiz sowie die damalige Bundesministerin für Arbeit, Gesundheit und Soziales ersucht, dem Nationalrat einen Gesetzesvorschlag zur Novellierung des § 17 FMedG zuzuleiten, der berücksichtigen möge, dass sich die derzeit im Gesetz vorgesehene Höchstfrist von einem Jahr für die Aufbewahrung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen bei Personen, die einer chemo-, immun- oder strahlentherapeutischen Behandlung bedürfen, als zu kurz erweist.

Bei diesen Patienten besteht die ernste Gefahr, dass die Fortpflanzungsorgane durch die Krankheit oder deren Behandlung so stark geschädigt werden, dass eine Fortpflanzung auf natürlichem Weg nicht mehr möglich ist. Da sich diese Behandlungen meist über einen längeren Zeitraum als ein Jahr erstrecken, bedeutet die einjährige Aufbewahrungsfrist für die davon betroffenen Patienten fast immer die unabwendbare Kinderlosigkeit. Diese grundsätzliche Problematik kann auch Patienten mit anderen Störungen

im Bereich der Fortpflanzungsorgane treffen; auch für sie bedeutet die kurze Aufbewahrungsfrist einen schweren Nachteil.

Nach dem heutigen Stand der Wissenschaft können Samenzellen entnommen und ohne Minderung der Entwicklungsfähigkeit auch längerfristig kryokonserviert aufbewahrt werden, um zu einem späteren Zeitpunkt für die Erfüllung eines Kinderwunsches zur Verfügung zu stehen. Gleiches gilt für Hoden- und Eierstockgewebe, bei dem auf Grund jüngerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und Entwicklungen die Hoffnung besteht, dass die Fortpflanzungsmediziner in Zukunft nach Beendigung der Kryokonservierung Samen und Eizellen für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung gewinnen werden können. Auch befruchtete Eizellen können mit Hilfe der Kryokonservierung längerfristig aufbewahrt werden, lediglich bei unbefruchteten Eizellen besteht immer noch ein sehr hohes Risiko, dass diese während des Vorganges des Tieffrierens Schaden nehmen.

Die bisher geführte Diskussion über eine Novelle des FMedG hat gezeigt, dass eine Änderung der Frist nach § 17 allgemein begrüßt wird. Als Lösung wurde ursprünglich erwogen, eine altersbezogene Grenze vorzusehen, wobei die Aufbewahrung bis zum vollendeten 50. Lebensjahr des Spenders zugelassen werden sollen. Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens wurde jedoch ein Vorschlag eingebracht, der noch sachgerechter erscheint und daher aufgegriffen wurde. Da keine ethische Bedenken bestehen, Samenzellen und unbefruchtete Eizellen auch längerfristig aufzubewahren, wird es nach einer erfolgten Entnahme dem jeweiligen Patienten überlassen bleiben, wie lange er eine weitere Aufbewahrung wünscht. Lediglich die Aufbewahrung entwicklungsfähiger Zellen wird im Hinblick auf die hohe Missbrauchsgefahr („Leihmutterschaft“, Verwendung für ethisch problematische Experimente) an eine Frist von 10 Jahren gebunden.

Um den zeitlichen Zusammenhang zwischen der **Zustimmung** der beiden Ehegatten oder Lebensgefährten zu einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung und dem tatsächlichen Einbringen von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau beizubehalten, wurde im Gegenzug zur Verlängerung der Aufbewahrungsfrist eine Höchstfrist für die Gültigkeit einer abgegebenen Zustimmungserklärung nach § 8 – nämlich ein Jahr - eingeführt.

Durch die längere Aufbewahrungsfrist wird es künftig auch häufiger zu einem **Wechsel des Vertrauensarztes** kommen. Um einem solchen Wunsch der betroffenen Patienten Rechnung zu tragen, soll in § 17 die Regelung eingefügt werden, dass eingelagerte Zellen zum Zweck der medizinisch unterstützten Fortpflanzung an hiezu befugte Ärzte und Einrichtungen weitergegeben werden dürfen.

Ist als Folge einer Krankheit oder medizinischen Behandlung eine erst in Zukunft eintretende Fortpflanzungsunfähigkeit zu erwarten, so bildet diese Prognose nach dem dem § 2 zu Grunde liegenden Verständnis derzeit keine Grundlage für die Zulässigkeit einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Im FMedG in seiner geltenden Fassung geht es stets um eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung zur Überwindung einer bestehenden Fortpflanzungsunfähigkeit und zur Erfüllung eines aktuellen Kinderwunsches. Es bietet keine Grundlage für eine Vorsorge, wenn eine Fortpflanzungsunfähigkeit bloß droht und ein Kinderwunsch erst in der Zukunft erfüllt werden soll. Durch den neuen § 2 Abs. 3 soll nun die Möglichkeit der Inanspruchnahme der Methoden der modernen Fortpflanzungsmedizin in dieser Beziehung erweitert werden: Auch wenn eine Fortpflanzungsunfähigkeit zufolge eines körperlichen Leidens oder dessen Behandlung bloß droht und ein Kinderwunsch noch gar nicht aktuell ist – etwa weil die betreffende Person keinen Partner hat -, sollen Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung gewonnen und aufbewahrt werden dürfen.

Es gibt auch Patienten, die an einer schweren Infektionskrankheit leiden, die entweder derzeit unheilbar ist oder bei der eine geringe Chance auf vollständige Ausheilung besteht (etwa HIV oder Hepatitis C). Diese Patienten könnten zwar durch - ungeschützten - Geschlechtsverkehr Kinder zeugen oder empfangen, die hohe Gefahr der Ansteckung des Partners / der Partnerin oder des Kindes mit der Krankheit macht die Herbeiführung einer Schwangerschaft auf natürlichem Weg jedoch unzumutbar. Auch für diese Patienten soll die Möglichkeit eröffnet werden, mit Hilfe einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung Kinder zu bekommen.

Weitergehende Forderungen und Wünsche nach einer Änderung des FMedG, wie sie etwa auf der Enquete im Bundesministerium für Justiz im November 2000 geäußert wurden (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Justiz, Band 105) oder auch in dem Konsensuspapier der Österreichischen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie enthalten sind, bedürfen hingegen – wie schon oben ausgeführt - noch einer breiter angelegten Diskussion. Zu diesen Forderungen zählen etwa die Fragen hinsichtlich der Zulässigkeit der Eizellspende, der heterologen In-Vitro-Fertilisation und der Präimplantationsdiagnostik. Im Rahmen der Vorbereitung des vorliegenden Entwurfs wurde im Hinblick auf mögliche medizinische Entwicklungen auch erörtert, ob nun auch ein ausdrückliches Klonverbot in das FMedG aufgenommen werden soll. Das BMJ vertritt den Standpunkt, dass ein solches Verbot aus dem FMedG, insbe-

sondere aus dem § 3 und aus den Bestimmungen über die Verwendung, Untersuchung und Behandlung von Samen, Eizellen und entwicklungsfähigen Zellen (§ 9), schon derzeit erschlossen werden kann. Eine Neuformulierung des bestehenden Klonverbotes jedoch soll ebenso wie eine Überarbeitung der Strafbestimmungen, einer zukünftigen Novelle vorbehalten bleiben, um durch eine weitere – zu diesem Zweck zu führende – Diskussion die Umsetzung der wesentlichen Anliegen dieser Novelle nicht zu verzögern.

### Besonderer Teil

#### Zu Art I (Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes):

##### Zu Z 1 (§ 2 Abs. 2 und 3):

Wie schon im Allgemeinen Teil der Erläuterungen ausgeführt, besteht bei bestimmten Krebserkrankungen, aber auch bei anderen körperlichen Leiden häufig die Gefahr, dass **durch die Krankheit oder durch die notwendige Therapie** die Fortpflanzungsorgane so stark beeinträchtigt werden, dass Samen oder Eizellen nach der Heilung mit hoher Wahrscheinlichkeit entweder gar nicht mehr produziert werden oder nicht mehr für die Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr geeignet sind. Es ist ein allgemein anerkanntes Anliegen, auch diesen Personen die Möglichkeiten der modernen Fortpflanzungsmedizin zu eröffnen, um einen allfälligen Kinderwunsch zu erfüllen. Das geltende Fortpflanzungsmedizinrecht nimmt freilich auf diese Fälle nicht ausreichend Bedacht.

Die §§ 2 und 3, welche die Zulässigkeit einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung regeln, gehen davon aus, dass eine solche nur als ultima ratio bei einer bereits bestehenden Fortpflanzungsunfähigkeit und bei einem aktuellen Kinderwunsch eines Paares vorgenommen werden soll. In § 2 Abs. 1 ist festgelegt, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur in einer Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft zulässig ist. Nach dem bisherigen Wortlaut des § 2 Abs. 2 darf darüber hinaus eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung auch nur dann vorgenommen werden, wenn eine Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr bisher erfolglos gewesen und aktuell aussichtslos ist. Dies gilt auch bereits für die Entnahme und Aufbewahrung von Samen und Eizellen, sofern diese für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen. Das geltende Recht hat also den Fall im Auge, in dem ein Paar, das auf natürlichem Weg keine Kinder bekommen kann, die Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin in Anspruch nehmen will, um seinen Kinderwunsch möglichst rasch zu erfüllen. Dabei müssen die Voraussetzungen des § 2 während der gesamten Behandlungszeit vorliegen.

Patienten, die an einer schweren Infektionskrankheit leiden, die entweder derzeit unheilbar ist oder bei der eine geringe Chance auf vollständige Ausheilung besteht (etwa HIV oder Hepatitis C), könnten zwar durch ungeschützten Geschlechtsverkehr Kinder zeugen oder empfangen, die hohe Gefahr der Ansteckung des Partners / der Partnerin oder des Kindes mit der Krankheit macht die Herbeiführung einer Schwangerschaft auf natürlichem Weg jedoch unzumutbar. Angesichts der verlängerten Lebenserwartung von HIV-positiven Personen ist auch eine langfristig voraussehende Familienplanung immer mehr möglich. Die Vermeidung einer Übertragung des Virus vom Mann auf die Frau kann durch eine IVF-Methode am sichersten gewährleistet werden, bei der das Spermium im Vorfeld gereinigt und getestet wird. In erster Linie ist die Samenflüssigkeit vom HI-Virus betroffen, während die „gesunden“ Samenzellen herausgefiltert werden können. Die Reinigung des Spermium dient in erster Linie dem Schutz der Gesundheit der Partnerin, in weiterer Folge aber auch der Vermeidung einer Übertragung der HIV-Infektion auf das Kind.

Umgekehrt bestehen mittlerweile medizinische Methoden, die auch einer HIV-infizierten Frau – mit höchster Wahrscheinlichkeit – zu einem HIV-negativen Kind verhelfen. Auch in dieser Konstellation soll durch die Möglichkeit einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung die Gefahr einer Übertragung der HIV-Infektion von der Frau auf den Mann vermieden werden. Die größte Gefahr einer Infektion auf das Kind besteht im Fall einer natürlichen Geburt, weshalb in solchen Fällen in der Regel eine Sectio caesarea („Kaiserschnitt“) durchgeführt wird.

Neben Patienten mit HIV-Infektion sind auch solche mit Hepatitis C und ähnlich schweren Infektionskrankheiten von dem aufgezeigten Problem betroffen. Aus Gründen des Gesundheitsschutzes soll daher der § 2 Abs. 2 dahin gehend ergänzt werden, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung auch dann rechtlich zulässig sein soll, wenn der (ungeschützte) Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft – trotz fehlender Sterilität – aus den genannten Gründen nicht zumutbar ist.

In den Fällen, um die es bei dem neuen Abs. 3 geht, ist die Situation wieder eine andere. Hier muss zum Zeitpunkt der Entnahme und Einlagerung von Samen oder Eizellen gar kein aktueller Kinderwunsch gegeben sein. Ja der betreffende Mann oder die betreffende Frau hat oft gar keinen Partner, mit dem er oder sie die Elternschaft übernehmen will. Im Allgemeinen liegt auch (noch) keine Infertilität vor. Die Gameten sollen vielmehr für einen erst in der Zukunft liegenden Zeitpunkt, an dem dann ein Wunsch nach eigenen Kindern auf natürlichem Weg nicht mehr erfüllt werden kann, aufbewahrt werden. Es han-

delt sich daher nicht um eine aktuelle, sondern um eine medizinisch mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwartende zukünftige Fortpflanzungsunfähigkeit. Will man Patienten mit diesen Krankheitsbildern ihren Kinderwunsch erfüllen, so darf die Entnahme von Samen oder Eizellen nicht erst dann zugelassen werden, wenn die Patienten tatsächlich unfruchtbar sind.

Die Voraussetzung, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nur in einer Ehe oder eheähnlichen Lebensgemeinschaft zulässig ist, soll weiterhin aufrecht bleiben, das heißt, dass die – spätere – Zeugung des Kindes mit Hilfe einer Insemination oder In-Vitro-Fertilisation nur zulässig ist, wenn eine solche Partnerschaft vorliegt. Nicht maßgeblich soll jedoch sein, ob der betroffene Patient zum Zeitpunkt der Entnahme und Einlagerung der Gameten in einer aufrechten Ehe oder Lebensgemeinschaft lebt.

Diese Regelung soll freilich nur für den Fall einer Erkrankung oder einer Therapie gelten, mit der die ernste Gefahr des Verlustes der Fortpflanzungsfähigkeit verbunden ist. Eine allgemeine oder sich auf sonstige Lebensrisiken (gefährliches Unternehmen, gefährliche Reise etc) beziehende „vorsorgliche Einlagerung“ von Gameten soll nicht ermöglicht werden. Ohne die in § 2 Abs. 3 genannten Voraussetzungen dürfen Gameten nicht für eine spätere medizinisch unterstützte Fortpflanzung aufbewahrt werden.

Von medizinischer Seite wurde darauf hingewiesen, dass es heute technisch möglich ist, das die Gameten erzeugende Körpergewebe aufzubewahren, und in absehbarer Zeit auch möglich sein soll, hieraus später Samen oder Eizellen für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung zu gewinnen. Insbesondere ist es einfacher, Eierstockgewebe anstelle von einzelnen reifen Eizellen aufzubewahren. In die Regelung des § 2 Abs. 3 wird daher auch die Möglichkeit zur Entnahme und Aufbewahrung von Eierstock- und Hoden-gewebe aufgenommen.

#### **Zu Z 2 (§ 8 Abs. 5):**

Da die Bezeichnung „Krankenpflegefachdienst“ gemäß dem Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, BGBl I Nr. 108/1997, in der geltenden Fassung, in „gehobener Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege“ abgeändert wurde, ist diese Bezeichnung auch im FMedG richtig zu stellen.

#### **Zu Z 3 (§ 8 Abs. 5):**

Eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung kann nur mit Zustimmung beider Ehegatten oder Lebensgefährten durchgeführt werden. Die bisher geltende einjährige Aufbewahrungsfrist hat dazu geführt, dass praktisch auch die Zustimmung zu einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung – gleichsam automatisch - ihre Gültigkeit nach einem Jahr verlor.

Im Hinblick auf die nun im Entwurf vorgesehene erheblich längere Aufbewahrungsfrist für entwicklungs-fähige Zellen, stellt sich die Frage der **Gültigkeitsdauer einer einmal erteilten Zustimmung** zu einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung. Dabei auf die Möglichkeit des Widerrufs der Zustimmung nach § 8 Abs. 4 zu verweisen, würde bedeuten, dass man große Rechtsunsicherheit in Kauf nimmt. Sachge-rechter scheint es, nun ausdrücklich eine Frist für die Gültigkeit der Zustimmung festzulegen. Ein Jahr scheint dabei ein Zeitraum zu sein, der für den Erklärenden überschaubar und der Bedeutung der Erklärung angemessen ist. Selbstverständlich kann die Zustimmung auch nach Ablauf der Frist erneuert werden. Das Verstreichen des Jahres berührt nicht die Zulässigkeit der Aufbewahrung der Gameten oder der entwicklungs-fähigen Zellen, sondern nur die Zulässigkeit deren Verwendung.

Zum Zeitpunkt der Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungs-fähigen Zellen in den Körper der Frau kann davon ausgegangen werden, dass die Zustimmung dieser Frau immer noch vorliegt. Aber auch die Zustimmung des Partners der Frau soll zu diesem Zeitpunkt nach wie vor gegeben sein. In diesem Zusammenhang wurde die Möglichkeit erwogen, ob die Ehegatten oder Lebensgefährten bereits vorweg vereinbaren dürfen, dass ihre Zustimmung eine längere Gültigkeitsdauer haben soll. In einer Zeit, in der die Gesellschaft mit einer hohen Scheidungsquote und vielfach wechselnden Beziehungen konfrontiert ist, scheint eine beliebige Festlegung eines Gültigkeitszeitraumes durch die Ehegatten oder Lebensgefährten für die erteilte Zustimmung jedoch nicht adäquat. Die Neuregelung ändert selbstverständlich nichts daran, dass eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung nach der Auflösung der Ehe oder Lebensgemein-schaft nicht mehr durchgeführt werden darf.

Die angestrebte längere Aufbewahrungsfrist soll auch keinesfalls zu einer Änderung des Verständnisses des geltenden Rechtes führen, wonach eine Zustimmung zwar für mehrere Versuche zur Herbeiführung einer Schwangerschaft erteilt werden kann, jedoch durch einen erfolgreichen Abschluss einer Schwanger-schaft durch die Geburt eines Kindes konsumiert ist.

#### **Zu Z 4 (§ 17):**

Nach dem geltenden § 17 Abs. 1 erster Satz dürfen Samen und Eizellen, die für eine medizinisch unter-stützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, sowie entwicklungs-fähige Zellen höchstens ein Jahr auf-bewahrt werden. Bei Personen, die sich einer Chemo-, Immun- oder Strahlentherapie unterziehen müssen,

besteht die ernste Gefahr, dass die Fortpflanzungsorgane nach Beendigung der Behandlung so stark geschädigt sind, dass eine Fortpflanzung auf natürlichem Weg nicht mehr möglich ist. Da sich die genannten Behandlungen meist über einen längeren Zeitraum als ein Jahr erstrecken, bedeutet die einjährige Aufbewahrungsfrist für die davon betroffenen Patienten fast immer, dass ein Kinderwunsch nicht mit Hilfe der medizinisch unterstützten Fortpflanzung erfüllt werden kann. Diese gleichsam unabwendbare Kinderlosigkeit belastet die Betroffenen in einer ohnedies sehr schwierigen Lebenssituation.

Aber auch Patienten mit anderen Störungen der Fortpflanzungsorgane sind von der kurzen Aufbewahrungsfrist negativ betroffen. Zur Vorbereitung einer In-Vitro-Fertilisation muss sich die betroffene Frau einer Hormonbehandlung unterziehen, damit eine gleichzeitige Entnahme von mehreren reifen Eizellen möglich ist. Kommt es nicht gleich bei dem ersten Versuch zu einer Schwangerschaft, so kann es sich ergeben, dass die Jahresfrist abläuft und die vorhandenen (befruchteten) Eizellen vernichtet werden müssen, bevor die Frau das erste Kind gebiert. Die Frau muss sich dann neuerlich einer für den weiblichen Organismus belastenden Behandlung unterziehen. Die einjährige Aufbewahrungsfrist hat aber auch zur Folge, dass nach einer erfolgreichen In-Vitro-Fertilisation, wenn sich die Frau ein weiteres Kind wünscht, spätestens bereits drei Monate nach der Geburt des ersten Kindes eine weitere Schwangerschaft eingeleitet werden muss, wenn die aufbewahrten Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen hierfür genützt werden sollen.

Auch für Männer kann sich die kurze Aufbewahrungsfrist negativ auswirken. Bei einem Verschluss der Samenleiter oder einer stark eingeschränkten Samenproduktion müssen Samenzellen aus Hodenpräparationen gewonnen werden. Obwohl nach einer derartigen Operation meist genügend Samenzellen für mehrere künstliche Befruchtungen zur Verfügung stehen, müssen diese derzeit ebenfalls nach einem Jahr vernichtet werden und bei einem weiteren Kinderwunsch frische Samenzellen durch einen neuerlichen operativen Eingriff aus dem Hoden entnommen werden.

Von medizinischer Seite wurde bestätigt, dass bei Anwendung der Methode der Kryokonservierung (Tiefrieren bei  $-196^{\circ}$  C) keine Bedenken bestehen, eine längere Aufbewahrungsfrist festzusetzen. Zu einer Beeinträchtigung der kryokonservierten Zellen kann es allenfalls durch das Verfahren des Einfrierens sowie des Auftauens kommen; die Dauer der Aufbewahrung spielt hingegen keine Rolle.

Im Rahmen des Begutachtungsverfahrens stellte sich heraus, dass im Allgemeinen nur Bedenken gegen eine zu weit gefasste Aufbewahrungsfrist von entwicklungsfähigen Zellen bestehen, nicht aber gegen den Wunsch nach einer längeren Aufbewahrungsfrist für Gameten, also für Samenzellen und unbefruchtete Eizellen. Diese haben zwar die Fähigkeit sich miteinander zu entwicklungsfähigen Zellen zu entwickeln, stellen für sich alleine jedoch auch nur Körperzellen dar, deren Aufbewahrungsdauer der Disposition der Person überlassen bleiben soll, von der sie stammen. Es wurde daher nach intensiven Gesprächen der Vorschlag aufgegriffen, die Entnahme und Einlagerung zwar an eine Indikation zu binden, die Dauer der Aufbewahrung für einmal entnommene Samen und unbefruchtete Eizellen sowie für Hoden- und Eierstockgewebe jedoch nicht auf einen nach (Lebens) Jahren bemessenen Zeitraum zu beschränken.

Im Gegenzug kann eine zwar verlängerte, im Verhältnis zum Begutachtungsentwurf jedoch kürzere Aufbewahrungsfrist für entwicklungsfähige Zellen vorgesehen werden. Bei der Festlegung einer Frist muss bedacht werden, dass die Kryokonservierung von unbefruchteten Eizellen noch immer Probleme bereitet. Um auch in den Fällen einen Kinderwunsch erfüllen zu können, in denen die Frau nach einem länger währenden Prozess der Heilung von einer schweren Krankheit zwar keine Eizellen produzieren wohl aber ein Kind austragen und hierfür von ihr stammende, befruchtete Eizellen verwenden kann, wird vorgeschlagen, eine maximale Aufbewahrungsdauer von 10 Jahren für entwicklungsfähige Zellen festzulegen. Eine solche Verlängerung der Aufbewahrungsfrist (gegenüber derzeit einem Jahr) erscheint auch ethisch vertretbar. Es steht zu hoffen, dass es der Wissenschaft und Forschung gelingt, die derzeit bestehenden Unterschiede in den Aufbewahrungsmöglichkeiten möglichst rasch auszugleichen.

Durch die Neuregelung der Aufbewahrungsdauer wird die Frage der Zeitspanne, welche zwischen der Befruchtung der Eizelle und der Reinsertion in den Körper der Frau liegen darf, nicht betroffen. Das Abwarten der Entwicklung bis zum Blastozystenstadium entspricht heute dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Erfahrung und erhöht die Schwangerschaftsrate bei gleichzeitiger Herabsetzung des Risikos von Mehrlingsschwangerschaften. In Deutschland wird diese Möglichkeit durch die festgelegte, 3-tägigen Frist unterbunden. Aus medizinischer Sicht ist eine solche Frist jedoch kontraproduktiv und in Österreich schon derzeit nicht vorgesehen.

Die Aufbewahrung soll auf jeden Fall nur bis zu einem allfälligen Widerruf oder dem Tod der Person zulässig sein, von der die Zellen stammen. Bei entwicklungsfähigen Zellen soll für die Frage der Aufbewahrung die Zustimmung der Frau ausschlaggebend sein. Eine Verwendung dieser Zellen ist jedoch gemäß § 8 Abs. 5 nur mit einer aktuellen Zustimmung des Partners möglich. Verstirbt einer der Ehegatten

oder Lebensgefährten, ist die Aufbewahrung jedenfalls zu beenden, da die entwicklungsfähigen Zellen dann keinesfalls mehr verwendet werden dürfen.

Einem Patienten soll es freistehen, auch nach dem Beginn einer medizinisch unterstützten Fortpflanzung den behandelnden Arzt zu wechseln. Dies wird in Zukunft häufiger der Fall sein, weil zwischen der Entnahme der Gameten und der Einbringung in der Körper der Frau auch größere Zeiträume verstreichen können. Es soll daher erlaubt werden, dass Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe und entwicklungsfähigen Zellen unter den angeführten Voraussetzungen an den neuen behandelnden Arzt übergeben werden dürfen. Dies soll durch eine Ergänzung des § 17 Abs. 2 ausgedrückt werden. Die Weitergabe zwischen den in der betreffenden Einrichtung tätigen Personen (also zwischen Arzt und Hilfspersonen) ist selbstverständlich so wie bisher zulässig. Eine ausdrückliche Regelung hierfür ist entbehrlich.

**Zu Art. II (Schluss- und Übergangsbestimmungen):**

Durch die Bundesministeriengesetz-Novelle 2003, BGBl. I Nr. 17/2003, wurde das Bundesministerium für Gesundheit und Frauen für diese Angelegenheit zuständig. Dies wird im Wortlaut des Abs. 8 nachvollzogen.

## Textgegenüberstellung

Geltende Fassung	Vorgeschlagene Fassung
<b>Artikel I</b>	
<b>Änderung des Fortpflanzungsmedizingesetzes</b>	
§ 2. (1) unverändert	§ 2. (1) ...
(2) Sie ist ferner nur zulässig, wenn nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind.	(2) Sie ist ferner nur zulässig, wenn nach dem Stand der Wissenschaft und Erfahrung alle anderen möglichen und zumutbaren Behandlungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft durch Geschlechtsverkehr erfolglos gewesen oder aussichtslos sind oder ein Geschlechtsverkehr zur Herbeiführung einer Schwangerschaft den Ehegatten oder Lebensgefährten wegen der ernststen Gefahr der Übertragung einer schweren Infektionskrankheit auf Dauer nicht zumutbar ist.
	(3) Samen, Eizellen, Hoden- oder Eierstockgewebe dürfen auch für eine künftige medizinisch unterstützte Fortpflanzung entnommen und aufbewahrt werden, wenn ein körperliches Leiden oder dessen dem Stand der Wissenschaft entsprechende Behandlung eine ernste Gefahr bewirkt, dass eine Schwangerschaft nicht mehr durch Geschlechtsverkehr herbeigeführt werden kann.
§ 6. (1) Kein Arzt ist verpflichtet, eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchzuführen oder an ihr mitzuwirken. Dies gilt auch für im Krankenpflegefachdienst, in medizinisch-technischen Diensten oder in Sanitätshilfsdiensten tätige Personen.	§ 6. (1) Kein Arzt ist verpflichtet, eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung durchzuführen oder an ihr mitzuwirken. Dies gilt auch für im gehobenen Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege, in medizinisch-technischen Diensten oder in Sanitätshilfsdiensten tätige Personen.
(2) unverändert	(2) ...
§ 8. (1) bis (4) unverändert	§ 8. (1) bis (4) ...
	(5) Die Zustimmung beider Ehegatten oder Lebensgefährten darf zum Zeitpunkt der Einbringung von Samen, Eizellen oder entwicklungsfähigen Zellen in den Körper der Frau nicht älter als ein Jahr sein.
§ 17. (1) Samen und Eizellen, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen, sowie entwicklungsfähige Zellen dürfen höchstens ein Jahr aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung hat dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu entsprechen.	§ 17. (1) Samen, Eizellen sowie Hoden- und Eierstockgewebe dürfen nur in einer nach § 5 Abs. 2 zugelassenen Krankenanstalt, Samen auch durch einen Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der eine Meldung gemäß § 5 Abs. 1 erstattet hat, entnommen und bis auf Widerruf oder bis zum Tod der Person, von der sie stammen, aufbewahrt werden. Entwicklungsfähige Zellen dürfen nur bis auf Widerruf der Frau, von der die Eizellen stammen, oder bis zum Tod

	eines der Ehegatten oder Lebensgefährten, höchstens jedoch zehn Jahre in einer nach § 5 Abs. 2 zugelassenen Krankenanstalt aufbewahrt werden. Die Aufbewahrung hat dem jeweiligen Stand der Wissenschaft und Technik zu entsprechen.
(2) Entwicklungsfähige Zellen dürfen weder den Personen, von denen sie stammen, noch anderen Personen oder Einrichtungen überlassen werden. Gleiches gilt für Spermien oder Eizellen, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen oder verwendet werden sollten.	(2) Spermien, Eizellen, Hoden- und Eierstockgewebe, die für eine medizinisch unterstützte Fortpflanzung verwendet werden sollen oder verwendet werden sollten, sowie entwicklungsfähige Zellen dürfen nur einer nach § 5 Abs. 2 zugelassenen Krankenanstalt, Spermien auch einem zur selbstständigen Berufsausübung berechtigten Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der eine Meldung nach § 5 Abs. 1 erstattet hat, überlassen werden. Die Überlassung von Spermien, Eizellen, Hoden- und Eierstockgewebe ist nur mit schriftlicher Zustimmung der Person, von der sie stammen, und die Überlassung entwicklungsfähiger Zellen nur mit schriftlicher Zustimmung beider Ehegatten oder Lebensgefährten zulässig. § 3 bleibt unberührt.
<b>Artikel II</b>	
<b>Schluss- und Übergangsbestimmungen</b>	
<b>Artikel V.</b>	<b>Artikel V.</b>
(1) bis (7) unverändert	(1) bis (7) ...
(8) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind die Bundesminister für Justiz sowie für Gesundheit, Sport und Konsumentenschutz betraut.	(8) Mit der Vollziehung dieses Bundesgesetzes sind die Bundesministerin für Justiz und die Bundesministerin für Gesundheit und Frauen betraut.