



Samenspende: Rechte des Spenders, Rechte des Spenderkindes und Vergleich zur Leihmutterschaft

Autor: Adrian Raiser

Herausgeber: Prof. Sonnenfeld, Zweitkorrektor: Prof. Dr. Müller-Lukoschek

Beiträge aus dem Fachbereich Rechtspflege

Nr. 02/2017

Herausgeber der Reihe: Dekan des Fachbereichs Rechtspflege

Samenspende: Rechte des Spenders, Rechte des Spenderkindes und Vergleich zur Leihmutterschaft

Diplomarbeit

an der Hochschule des Bundes

für öffentliche Verwaltung

Fachbereich Auswärtige Angelegenheiten

im Fach: **Familienrecht**

vorgelegt von: **Adrian Raiser**
KSA14

Erstprüfer/-in: **Frau Prof. Susanne Sonnenfeld, Hochschule für
Wirtschaft und Recht Berlin**

Zweitprüfer/-in: **Frau Prof. Jutta Müller-Lukoschek, Hochschule für
Wirtschaft und Recht Berlin**

Themenstellung am: 25.10.16

Bearbeitungsbeginn 28.10.16

Vorgelegt am 09.12.16

Gliederung

A. Einleitung	S. 9
B. Rechtlicher Rahmen für die Samenspende	S. 12
I. Gesetzliche Regelungen zur Samenspende	S. 12
1. Rechtliche Zulässigkeit der Samenspende	S. 12
2. Dokumentation und Aufbewahrung von Spenderdaten	S. 16
II. Rechtliche Zuordnung des Spenderkindes zu Mutter und Vater	S. 16
1. Samenspende bei einer verheirateten Frau	S. 16
2. Samenspende bei einer Frau in eingetragener Lebenspartnerschaft	S. 18
3. Samenspende bei einer alleinstehenden oder in nichtehelicher Partnerschaft lebenden Frau	S. 19
C. Rechte des Spenders und des Spenderkindes	S. 22
I. Rechte des Spenders	S. 22
1. Recht des Spenders auf Anonymität	S. 22
2. Recht des Spenders auf Auskunft über die Identität seiner genetischen Kinder	S. 23
3. Umgangsrecht mit dem Spenderkind, Auskunftsrecht über das Spenderkind	S. 25
4. Recht des Spenders zur Vaterschaftsanfechtung und gerichtlichen Vaterschaftsfeststellung	S. 27
5. Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrecht des Spenders gegen das Spenderkind	S. 30
6. Schadensersatzanspruch des Spenders gegen die Samenempfangsstelle	S. 30
II. Rechte des Spenderkindes	S. 31
1. Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung	S. 31

2. Recht des Spenderkindes auf Auskunft über seinen genetischen Vater	S. 33
3. Recht des Spenderkindes auf Vaterschaftsanfechtung und gerichtliche Vaterschaftsfeststellung	S. 35
4. Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrecht des Spenderkindes gegenüber dem Samenspender	S. 36
5. Schadensersatzanspruch des Spenderkindes gegen den Arzt, welcher die Spenderdaten aufbewahrt	S. 39
III. Abwägung zwischen Recht des Spenders auf Anonymität und Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung	S. 40
D. Erforderliche Rechtsentwicklungen im Bereich Samenspende	S. 43
I. Rechtliche Zulässigkeit der Samenspende	S. 43
II. Aufbewahrung der Spenderdaten	S. 44
III. Präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung	S. 46
IV. Schutz des Samenspenders vor rechtlichen Verpflichtungen und Wahrung des Rechts des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung	S. 47
E. Vergleich zur Leihmutterschaft	S. 49
I. Verschiedene Arten der Leihmutterschaft	S. 49
II. Medizinische und soziale Unterschiede zur Samenspende	S. 50
III. Rechtliche Zulässigkeit der Leihmutterschaft	S. 51
IV. Rechtliche Zuordnung des mittels Leihmutterschaft geborenen Kindes zu Mutter und Vater	S. 52
1. Bei Leihmutterschaft in Deutschland	S. 52
2. Bei Leihmutterschaft im Ausland	S. 54
V. Recht auf Kenntnis der genetischen Mutter	S. 57
F. Fazit	S. 58

Literaturverzeichnis

Kommentare

- Brudermüller*, Palandt, 74. Auflage 2015
- Budzikiewicz*, Jauernig, Kommentar zum BGB, 16. Auflage 2015
- Coester-Waltjen/Hilbig-Lugani*, Münchener Kommentar zum FamFG, 2. Auflage 2013
- Di Fabio*, Maunz/Dürig Grundgesetz Kommentar, 63. Ergänzungslieferung 2011
- Friederici*, Prütting/Wegen/Weinreich BGB Kommentar, 11. Auflage 2016
- Gerhard Ring/Line*, Olse-Ring, Lebenspartnerschaftsgesetz, 1. Auflage 2012
- Hahn*, Bamberger/Roth Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch, 3. Auflage 2012
- Hahn*, Beck'scher Online-Kommentar BGB, Hrsg. *Bamberger/Roth*, Edition 40 01.08.2016
- Hammermann*, Erman Bürgerliches Gesetzbuch Handkommentar, 14. Auflage 2014
- Henrich*, J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Neubearbeitung 2014
- Jäger*, Familienrecht, 6. Auflage 2015
- Rainer/Kemper*, Schulze u.a., Bürgerliches Gesetzbuch, 9. Auflage 2016
- Rauscher*, J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Neubearbeitung 2014
- Schotten*, J. von Staudingers Kommentar zum Bürgerlichen Gesetzbuch mit Einführungsgesetz und Nebengesetzen, Neubearbeitung 2014
- Schwonberg*, Schulte-Bunert/Weinreich FamFG Kommentar 2009
- Spickhoff*, Spickhoff, Medizinrecht, 2. Auflage 2014
- Veit*, Beck'scher Online-Kommentar BGB, Hrsg. *Bamberger/Roth*, 40. Edition, Stand 01.05.2016
- Wellenhofer*, Münchener Kommentar zum BGB, 6. Auflage 2012

Lehrbücher

- Beitz, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen*, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht, 2. Auflage 2013
- Dethloff*, Familienrecht, 31. Auflage 2015
- Grziwotz*, Beck'sches Notarhandbuch, 6. Auflage 2015
- Heiß*, Heiß/Born Unterhaltsrecht, 50. Ergänzungslieferung Juli 2016
- Helms*, Helms/Kieninger/Rittner Abstammungsrecht in der Praxis, 2010
- Kern*, Laufs/Kern Handbuch des Arztrechts, 4. Auflage 2010
- Muscheler*, Familienrecht, 2006
- Rauscher*, Familienrecht, 2. Auflage 2008
- Süß*, Münch Familienrecht, 2. Auflage 2016
- Voigt*, Abstammungsrecht 2.0 – Ein rechtsvergleichender Reformvorschlag vor dem Hintergrund der Methoden der künstlichen Befruchtung, 2015

Aufsätze

- Bongartz*, Alles geregelt?! - Die Samenspende de lege ferenda, NZFam 2016, 865
- Ebert*, Einwilligung in künstliche Befruchtung und Anfechtung der Vaterschaft, FamFR 2012, 240
- Eckersberger*, Auswirkungen des Kinderrechteverbesserungsgesetzes auf Vereinbarungen über eine heterologe Insemination, MittBayNot 2002, 261
- Funcke*, Leihmutterchaftsfamilien, NZFam 2016, 207
- Frank*, Grundzüge und Einzelprobleme des Abstammungsrechts, StAZ 2003, 129
- Helms/Balzer*, Das neue Verfahren in Abstammungssachen, ZKJ 2009, 348
- Hoffmann*, Das Gesetz zur Stärkung der Rechte des leiblichen, nicht rechtlichen Vaters, FamRZ 2013, 1077
- Kirchmeier*, Zivilrechtliche Fragen der homologen und heterologen Insemination de lege lata et ferenda, FamRZ 1998, 1281

- Kreß*, Samenspende und Leihmutterchaft – Problemstand, Rechtsunsicherheiten, Regelungsansätze, FPR 2013, 240
- Löhnig*, Probleme des neuen Verfahrens in Abstammungssachen nach §§169 ff. FamFG, FamRZ 2009, 1798
- Löhnig*, Zivilrechtliche Aspekte der Samenspende de lege ferenda, ZRP 2015, 76
- Löhnig, Preisner*, Anfechtung der Vaterschaft durch den Samenspender, FamFR 2013, 340
- Meier*, Der Auskunftsanspruch des durch Samenspende gezeugten Kindes gegen die behandelnden Ärzte, NZFam 2016, 692
- Perschel-Gutzeit*, Das Kinderrechteverbesserungsgesetz – KindRVerbG – vom 09.04.2002 – Ein weiterer Schritt auf dem Weg zur Verwirklichung des Kindeswohls, FPR 2002, 285
- Roth*, Der Ausschluss der Vaterschaftsanfechtung nach Einwilligung in die heterologe Insemination (§1600 Abs. 2 BGB), DNotZ 2003, 805
- Seidl*, Anfechtung bei der homologen und heterologen Insemination, FPR 2002, 402
- Siegfried*, Kinder vom anderen Ufer, FPR 2005, 120
- Stößer*, Das neue Verfahren in Abstammungssachen nach dem FamFG, FamRZ 2009, 923
- Taupitz*, Die Samenspende: Finanzielles Vabanquespiel für den Spender, ZRP 2011, 161
- Wanitzek*, Ergänzungen des Abstammungsrechts durch das Kinderrechteverbesserungsgesetz, FamRZ 2003, 730
- Wehrstedt, Stefan*, Die heterologe Samenspenden-Behandlung bei einer nicht verheirateten Frau, FPR 2011, 400
- Wellenhofer*, Das neue Gesetz zur Klärung der Vaterschaft unabhängig vom Anfechtungsverfahren, NJW 2008, 1185
- Wellenhofer*, Kindschaftsrecht auf dem Prüfstand, FamRZ 2016, 1333
- Will*, Wer ist Vater im Sinne des Gesetzes?, FPR 2005, 172
- Zypries/Zeeb*, Samenspende und das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung, ZRP 2014, 54

Dokumentationen

- Dokumentation des 18. Deutschen Familiengerichtstags – Empfehlungen des Vorstands, FamRZ 2009, 1970

Bundestagsdrucksachen

- Bundestagsdrucksache 14/8131 vom 30.01.2002
- Bundestagsdrucksache 15/2253 vom 17.12.2003
- Bundestagsdrucksache 17/4297 vom 20.12.2010
- Bundestagsdrucksache 17/12163 vom 25.01.2013

Entscheidungsverzeichnis

- EGMR, Urteil vom 26.06.2014, NJW 2015, 3211
- BVerfG, Beschluss vom 18.01.1988, NJW 1988, 3010
- BVerfG, Urteil vom 31.01.1989, NJW 1989, 891
- BVerfG, Beschluss vom 26.04.1994, 90, 263
- BVerfG, Beschluss vom 09.04.2003, NJW 2003, 2151
- BVerfG, Urteil vom 13.02.2007, NJW 2007, 753
- BGH, Urteil vom 03.05.1995, BeckRS 9998, 154916
- BGH, Urteil vom 15.05.2013, NJW 2013, 2589
- BGH, Beschluss vom 10.12.2014, NZFam 2015, 112
- BGH, Urteil vom 28.01.2015, DNotZ 2015, 426
- BGH, Urteil vom 23.09.2015, DnotZ 2016, 54
- BayObLG, Beschluss vom 04.07.1989, FamRZ 1990, 208
- BayObLG, Beschluss vom 23.06.1994, FamRZ 1995, 185
- OLG Nürnberg, Beschluss vom 25.04.2005, FamRZ 2005, 1697
- OLG Dresden, Beschluss vom 14.09.2010, FamRZ 2011, 649
- OLG Karlsruhe, Beschluss vom 25.01.2012, BeckRS 2012, 07414
- OLG Stuttgart, Beschluss vom 07.02.2012, FamFR 2012, 166
- OLG Hamm, Urteil vom 06.02.2013, ZD 2013, 185 (Mit Anmerkungen von *Schröder*)
- LG Koblenz, Urteil vom 16.08.2006, BeckRS 2009, 07609

Abkürzungsverzeichnis

-(L)ÄK = (Landes-)Ärzttekammer

-Musterrichtlinie = (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion der Bundesärztekammer

A. Einleitung

Durch den medizinischen Fortschritt sind der Fortpflanzung des Menschen rein praktisch quasi keine Grenzen mehr gesetzt. Heutzutage wäre es medizinisch möglich, einen Menschen zu klonen. Natürlich ist dies die extremste und damit natürlich auch ethisch bedenklichste Form der assistierten Reproduktion. Aufgrund ebendieser ethischen Bedenken ist das Klonen von Menschen auch gemäß §6 ESchG verboten. Allerdings gibt es noch eine Vielzahl von anderen medizinischen Möglichkeiten zur assistierten Reproduktion. Auch über diese gab oder gibt es eine ethische Diskussion und auch für diese muss es gesetzliche Regelungen geben. Mit den gesetzlichen Regelungen für die Samenspende und für die Leihmutterchaft möchte ich mich im Rahmen dieser Arbeit beschäftigen.

Dass die Samenspende in Deutschland zumindest nicht verboten ist und manch einer auch einen finanziellen Anreiz darin sieht, ist auch dem Nicht-Juristen bekannt. In dieser Arbeit muss aber zunächst einmal darauf eingegangen werden, welche gesetzliche Grundlage die Samenspende in Deutschland erlaubt. Außerdem wird zu klären sein, wie die Samenspende in Deutschland geregelt ist, also welche gesetzlichen Einschränkungen im Zusammenhang mit der heterologen Insemination gelten. Hierzu gehört auch der nicht unbedeutende Punkt der Regelungen für die Aufnahme und Aufbewahrung der Daten des Samenspenders.

Sodann soll darauf eingegangen werden, welche abstammungsrechtlichen Konsequenzen sich durch die Behandlung einer Frau mit Spendersamen ergeben. Es muss die Frage geklärt werden, wer rechtliche Mutter und wer rechtlicher Vater eines Spenderkindes ist. Vor allem die Frage nach dem rechtlichen Vater ist hier interessant und deren Beantwortung abhängig vom Familienstand der Kindsmutter.

Wie sich schon aus dem Thema dieser Diplomarbeit ergibt, sind dann die Rechte des Spenders und des Spenderkindes Schwerpunkte. Das Recht des Spenders auf Anonymität und das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung bedürfen hier besonderer Aufmerksamkeit. Dies liegt vor allem daran, dass beide grundrechtlich geschützt sind und, da nicht beide Rechte gleichzeitig geschützt werden können, gegeneinander abgewogen werden müssen. Die beiden

Aspekte sind auch medial immer mal wieder präsent. So zum Beispiel, wenn ein Samenspender, dem bei seiner Spende Anonymität zugesichert wurde, nun aus der Anonymität geholt werden soll oder wenn ein Spenderkind in einem aufwendigen Prozess versucht, seinen leiblichen Vater zu ermitteln und gegebenenfalls kennenzulernen. Aus der grundrechtlichen Abwägung dieser beiden Rechte folgt die Frage, ob das Spenderkind ein Recht auf Auskunft über die Identität des Samenspenders hat. Allerdings gibt es abgesehen von diesem Schwerpunkt noch weitere Aspekte bei den Rechten des Samenspenders und des Spenderkindes. In der Regel ist ein anderer Mann als der Samenspender zunächst rechtlicher Vater des Spenderkindes. Somit stellt sich hier die Frage, ob der Spender und/oder das Spenderkind die Vaterschaft dieses Mannes anfechten können. Weiterhin wird zu klären sein, ob der Samenspender ein Auskunftsrecht über die Identität seines Kindes hat. Auch die Frage, ob der Spender gerichtlich als rechtlicher Vater festgestellt werden kann, soll an dieser Stelle beantwortet werden. Wenn der Spender, auf welchem Weg auch immer, rechtlicher Vater des Kindes geworden ist, können sich hieraus Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsansprüche zwischen Samenspender und Spenderkind ergeben. Da vor allem der Samenspender diese Ansprüche in der Regel gar nicht erst entstehen lassen möchte, soll auch betrachtet werden, ob diese Ansprüche ausgeschlossen werden können. Für den Fall, dass der Samenspender nicht in die Position des rechtlichen Vaters einrücken kann, aber den Umgang mit dem Kind und Auskunft über das Kind wünscht, muss geklärt werden, ob ihm dies rechtlich zusteht. Wenn entweder die Samenbank oder der behandelnde Arzt der Kindsmutter bewusst oder unbewusst gegen die Regelungen zur Samenspende verstoßen, steht dem Samenspender oder dem Spenderkind möglicherweise Schadensersatz zu. Auch dieser Aspekt soll unter Beleuchtung der rechtlichen Grundlage angesprochen werden. Zusammenfassend kann man sagen, dass einem Samenspender und einem Spenderkind möglicherweise zahlreiche verschiedene Rechte zustehen. Einige davon müssen gegeneinander abgewogen werden und andere stehen dem Spender oder dem Spenderkind auch gar nicht oder nur eingeschränkt zu.

Aus den Betrachtungen bis hierhin wird sich ergeben, dass es im deutschen Recht noch Regelungslücken zur Samenspende gibt, die es zu schließen gilt. Und für

bestehende Regelungen könnte man über Gesetzesänderungen nachdenken. Dies betrifft die bereits angesprochenen Aspekte der rechtlichen Zulässigkeit der Samenspende und der Behandlung von Spenderdaten. Ein abstammungsrechtlich interessanter Punkt ist die Frage, ob die präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung im Rahmen der heterologen Insemination möglich sein sollte oder nicht. Um die Samenspende für den Spender attraktiver zu machen, müsste dieser besser davor geschützt sein, als rechtlicher Vater in die Verantwortung genommen zu werden. Wie dies gelingen kann, ohne die Rechte des Spenderkindes zu verletzen, soll ebenfalls behandelt werden.

Der zweite Hauptaspekt dieser Arbeit ist der Vergleich der Samenspende zur Leihmutterchaft. Nachdem zunächst einmal geklärt wird, welche unterschiedlichen Arten von Leihmutterchaft es gibt, soll aufgezeigt werden, wie sich die Samenspende und die Leihmutterchaft unter medizinischen und sozialen Gesichtspunkten unterscheiden. Aus den Medien kann man immer wieder entnehmen, dass Paare für die Fortpflanzung unter Zuhilfenahme einer Leihmutter ins Ausland reisen, da die Leihmutterchaft in Deutschland verboten ist. Somit wird darzulegen sein, aus welcher gesetzlichen Regelung sich dieses Verbot ergibt. Wie auch schon bei der Samenspende ist zu klären, wie die Zuordnung des durch die Leihmutter ausgetragenen und geborenen Kindes zu rechtlichem Vater und rechtlicher Mutter funktioniert. Hierbei sind die beiden folgenden Konstellationen zu unterscheiden: Trotz Verbots wird in Deutschland eine Leihmutter beauftragt, ein Kind auszutragen und zur Welt zu bringen oder dies geschieht im Ausland. Während bei der Samenspende nur die Zuordnung zum rechtlichen Vater problematisch ist, gestaltet sich bei der Leihmutterchaft sowohl die Zuordnung zum rechtlichen Vater, als auch zur rechtlichen Mutter schwierig. Es wurde bereits dargelegt, dass das Recht eines Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung bei der Samenspende ein Kernthema ist. Somit soll als Vergleich noch aufgezeigt werden, wie sich dieses Recht im Fall der Leihmutterchaft auswirkt.

Zusammenfassend soll diese Arbeit einen Überblick über alle relevanten Themen im Zusammenhang mit der Samenspende geben. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Rechten des Samenspenders und des Spenderkindes. Hinzu kommt ein Ausblick, wie eine künftige Rechtsgestaltung für die Samenspende aussehen könnte. Außerdem

soll ein Vergleich der Samenspende zur Leihmutterschaft gezogen werden. Dabei werden nicht alle Details, sondern die wichtigsten Aspekte der Leihmutterschaft angesprochen und mit der zuvor abgehandelten Samenspende verglichen.

B. Rechtlicher Rahmen für die Samenspende

I. Gesetzliche Regelungen zur Samenspende

1. Rechtliche Zulässigkeit der Samenspende

Das ESchG enthält die rechtlichen Regelungen zum Schutz von Embryonen. Die künstliche Befruchtung in Form der heterologen Insemination wird durch das ESchG nicht verboten. Das ESchG enthält lediglich Einschränkungen zur Zulässigkeit der Samenspende. So darf zum Beispiel eine Eizelle ohne die Einwilligung der Frau, deren Eizelle befruchtet wird, und des Mannes, dessen Samen zur Befruchtung verwendet wird, nicht künstlich befruchtet werden, §4 Abs. 1 Nr. 1 ESchG. Des Weiteren darf nicht wissentlich eine Eizelle mit dem Samen eines Mannes nach dessen Tod befruchtet werden, §4 Abs. 2 Nr. 3 ESchG. Die grundsätzliche rechtliche Zulässigkeit der heterologen Insemination ergibt sich somit im Umkehrschluss daraus, dass sie durch das ESchG nicht explizit verboten ist. Es wird nur der rechtliche Rahmen für die Zulässigkeit der Samenspende festgelegt.

Weitere Regelungen durch Bundesgesetz zu diesem Thema gibt es nicht. Die Bundesärztekammer hat im Jahr 2006 eine (Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (im Folgenden Musterrichtlinie) veröffentlicht.¹ Laut Nr. 3.1.1. dieser Richtlinie soll die assistierte Reproduktion, unter die auch die Samenspende fällt, nur bei Ehepaaren angewandt werden. Unter den in Nr. 5.3. der Musterrichtlinie bestimmten medizinischen Voraussetzungen kann dabei auch der Samen eines Dritten und somit nicht des Ehemannes verwendet werden. Die Behandlung mit Spendersamen kann auch bei einer Frau in einer eheähnlichen Partnerschaft durchgeführt werden. Voraussetzungen hierfür sind allerdings, dass „die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefügten Partnerschaft

¹ Vgl. Anhang.

zusammenlebt und dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.“ Im Kommentarteil zu Nr. 3.1.1. der Musterrichtlinie hält es die Bundesärztekammer für ausgeschlossen, dass die heterologe Insemination an einer Frau durchgeführt wird, die in keiner oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft lebt. Grund hierfür sei, dass dabei keine stabile Beziehung des Kindes zu Vater und Mutter gesichert sei. Allerdings kommt der Musterrichtlinie als solcher keine rechtliche Verbindlichkeit zu.

Gemäß Art. 70 Abs. 1 GG obliegt es den Ländern, die Einhaltung des ärztlichen Berufsrechts zu kontrollieren. Durch Heilberufs- und Kammergesetze haben es die Länder den (Landes-)Ärztekammern (im Folgenden (L)ÄK)) zur Aufgabe gemacht, verbindliche Berufsordnungen für die Ärzte aufzustellen.² Somit oblag es den (L)ÄK die Musterrichtlinie oder Teile davon in ihre Berufsordnungen aufzunehmen oder eigene Regelungen zu treffen.³ Keine der siebzehn (L)ÄK hat Regelungen zur Samenspende direkt in ihre Berufsordnung aufgenommen. In allen Berufsordnungen fällt die Samenspende unter besondere medizinische Verfahren und wird somit in §13 der jeweiligen Berufsordnung geregelt. Beispielfhaft heißt es hierzu in der Berufsordnung der LÄK Hamburg, die auch eine Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion erlassen hat, in Abs. 1: „Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die ÄK Richtlinien zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Richtlinien zu beachten.“⁴ Einige (L)ÄK haben eine eigene Richtlinie zur assistierten Reproduktion erlassen, auf die sich hier berufen wird. Wenn dies der Fall ist, kann in §13 Abs. 2 der Berufsordnung nochmal auf die Richtlinie verwiesen werden. Beispielfhaft sei hier erneut die Berufsordnung der LÄK Hamburg angeführt: „Im Einzelnen handelt es sich um die Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion und um die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen.“ Inhaltlich sind die Regelungen von §13 aller Berufsordnungen der (L)ÄK gleich.

Die LÄK Bayern, Berlin und Brandenburg haben keine eigenen Richtlinien zur assistierten Reproduktion erlassen. Somit sind die Ärzte in diesen Bundesländern in

2 BT-Drucks. 17/4297 S.5.

3 BT-Drucks. 17/4297 S.6.

4 Vgl. Anhang.

Bezug auf statusrechtliche Fragen der mit heterologer Insemination zu behandelnden Patienten nicht durch berufsrechtliche Regelungen eingeschränkt. Dies heißt, dass der Arzt nach eigenem Wissen und Gewissen, gegebenenfalls unter Zuhilfenahme der Musterrichtlinie, entscheidet, ob er eine verheiratete, verpartnerte, alleinstehende oder in eheähnlicher Partnerschaft lebende Frau mit einer Samenspende behandelt.

Die (L)ÄK Baden-Württemberg, Bremen, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe haben eigene Richtlinien zur assistierten Reproduktion erlassen. Diese übernehmen die Regelungen in Nr. 3.1.1. der Musterrichtlinie. Demzufolge soll die Behandlung mit einer heterologen Samenspende nur bei verheirateten Frauen oder Frauen in einer eheähnlichen Partnerschaft durchgeführt werden, wenn der Partner die Vaterschaft anerkennen wird. Ein klares Verbot der Behandlung von alleinstehenden oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Frauen wird nicht ausgesprochen. Somit bleibt es ebenfalls dem Arzt überlassen, ob er diese Frauen mit einer Fremdsamenspende behandelt oder es unterlässt, weil die Richtlinie keine Regelung dazu enthält.

Die LÄK Saarland, Sachsen und Thüringen haben auch eigene Richtlinien zur assistierten Reproduktion erlassen. Dort übernehmen sie ebenfalls die Regelungen der Nr. 3.1.1. der Musterrichtlinie. Zusätzlich dazu wurde der Kommentarteil der Musterrichtlinie zu Nr. 3.1.1. übernommen. Dort wird die Behandlung von alleinstehenden oder in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Frauen mit Spendersamen ausgeschlossen. Somit wird deutlich, dass diese drei LÄK eine ablehnende Haltung gegenüber der Behandlung dieser beiden statusrechtlichen Gruppen haben. Ein klares berufsrechtliches Verbot wird jedoch auch hier nicht ausgesprochen, da der Kommentar zur Richtlinie den unverbindlichen Charakter behält, den ihm die Bundesärztekammer zugedacht hatte. Auf Nachfrage des Lesben- und Schwulenverbands in Deutschland äußerte die LÄK Saarland, dass sie von einer standesrechtlichen Verfolgung von Ärzten absehe, die die assistierte Reproduktion bei Frauen anwenden, die in eingetragenen Lebenspartnerschaft leben.⁵ Auf eine ähnliche Nachfrage antwortete die LÄK Thüringen, dass die assistierte Reproduktion

⁵ Brief der Ärztekammer des Saarlandes vom 24.02.2015, Internetfundstelle: <https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Recht3/Saar-AEK-150224.pdf> (eingesehen am 02.11.2016), vgl. Anhang.

bei Lebenspartnerinnen berufsrechtlich nicht grundsätzlich ausgeschlossen sei.⁶ Mit dieser Aussage widersprechen die beiden LÄK also dem Kommentar zu ihren eigenen Richtlinien. Somit muss angenommen werden, dass die Behandlung einer in eingetragener Lebenspartnerschaft lebenden Frau mit Spendersamen durch diese LÄK nun wohl doch nicht mehr abgelehnt wird. Weiterhin abgelehnt, nicht jedoch verboten, wird die Behandlung einer alleinstehenden Frau.

Zu guter Letzt hat auch die LÄK Hamburg eine eigene Richtlinie zur assistierten Reproduktion erlassen. Diese übernimmt die Musterrichtlinie weitestgehend. Sie erlaubt die assistierte Reproduktion allerdings ausdrücklich bei Frauen, die in eingetragener Lebenspartnerschaft leben. Die Behandlung einer alleinstehenden Frau mit Spendersamen ist auch hier nicht ausdrücklich verboten.

Insgesamt gesehen ist die Behandlung von verheirateten oder in eheähnlicher Partnerschaft lebenden Frauen mit Spendersamen aus berufsrechtlicher Sicht der Ärzte unproblematisch. Der durch den Kommentar zur Musterrichtlinie geforderte Ausschluss alleinstehender oder in Lebenspartnerschaft lebender Frauen von der heterologen Insemination ist unter Ärzten zu Recht umstritten.⁷ Während die LÄK Hamburg die Behandlung von Frauen in eingetragener Lebenspartnerschaft ausdrücklich erlaubt, wird den Ärzten aller anderer Kammern mehr oder weniger Hilfe an die Hand gegeben, um zu entscheiden, ob sie eine Behandlung bei diesen statusrechtlichen Gruppen vornehmen.

Dies scheint aus drei Gründen nicht die beste Lösung zu sein. Zum ersten wird ein Mediziner bei seiner Abwägung, ob er eine Behandlung vornimmt oder nicht, Schwierigkeiten haben, die unten stehenden rechtlichen Abwägungen vorzunehmen. Zum zweiten hat eine abgelehnten Patientin bei einer rein berufsrechtlichen Regelung, die dem Arzt im Endeffekt die Entscheidung zur Behandlung überlässt, keine Möglichkeit, diese Ablehnung gerichtlich überprüfen zu lassen. Der dritte und wichtigste Grund ist, dass so ein gesellschaftlich und familienrechtlich wichtiges Thema wie die assistierte Reproduktion bzw. heterologe Insemination dringend der demokratisch legitimierten Regelung durch den Gesetzgeber bedarf. Schließlich fehlt es der Musterrichtlinie gänzlich und den Berufsordnungen und Richtlinien der

⁶ Brief der Landesärztekammer Thüringen vom 17.02.2015, Internetfundstelle:

<https://www.lsvd.de/fileadmin/pics/Dokumente/Recht3/Thueringen-LAEK-150217.pdf> (eingesehen am 02.11.2016), vgl. Anhang.

⁷ Wehrstedt, FPR 2011, 400; Siegfried, FBR 2005, 120.

(L)ÄK zumindest an der direkten Legitimation aus Sicht des Demokratieprinzips.⁸

2. Dokumentation und Aufbewahrung von Spenderdaten

Aus §§ 1a Nr. 4, 8d Abs. 1 Nr.1, Abs. 2, 16a TPG i.V.m. §5 Abs. 1 Nr. 1 TPG-GewV folgt, dass die Daten eines Samenspenders durch den Arzt der Samenbank dokumentiert werden müssen. Die Spenderakte mit diesen Daten muss durch den Arzt gemäß §15 Abs. 2 TPG mindestens 30 Jahre lang aufbewahrt werden. Dies gilt allerdings erst seit der Änderung des TPG im Jahr 2007. In der ursprünglichen Fassung des TPG von 1997 war eine Aufbewahrungsfrist für die Spenderdaten in §15 nicht vorgesehen. Die Regelung über die Aufbewahrungsfrist für Spenderdaten musste vor 2007 also ebenfalls den Berufsordnungen der (L)ÄK entnommen werden. Diese folgten in der Regel der Musterberufsordnung für die deutschen Ärzte der Bundesärztekammer. In der Fassung vom 06.11.1985 hieß es dort unter §11 Abs. 2: „Ärztliche Aufzeichnungen sind 10 Jahre nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.“⁹ Somit ist vor 2007 von einer Aufbewahrungsfrist für Spenderdaten von mindestens zehn Jahren auszugehen. Man könnte durchaus argumentieren, dass die ärztliche Erfahrung bei so wichtigen Daten wie Spenderdaten eine längere Aufbewahrungsfrist gebietet. Ob dies durch die Ärzte aber auch so gesehen wurde, kann nicht überprüft werden.

II. Rechtliche Zuordnung des Spenderkindes zu Mutter und Vater

1. Samenspende bei einer verheirateten Frau

Wie unter Gliederungspunkt B.I.1. ausgeführt, soll die medizinisch notwendige Fremdsamenspende nach der Musterrichtlinie und auch nach den Berufsordnungen

⁸ Löhnig, ZRP 2015, 76.

⁹ Vgl. Anhang.

und Richtlinien der (L)ÄK nur bei Ehepaaren angewandt werden.

Die Mutterschaft ist gemäß §1591 BGB geklärt. Gemäß §1592 Nr. 1 BGB ist somit der Ehemann rechtlicher Vater des geborenen Kindes, während der Samenspender der genetische Vater ist. Weder der rechtliche Vater, noch die Mutter können die Vaterschaft anfechten, wenn das Kind mit Einwilligung der beiden durch künstliche Befruchtung mittels Samenspende eines Dritten gezeugt worden ist, §1600 Abs. 5 BGB. Auf die Rechtsnatur dieser Einwilligung soll an dieser Stelle kurz eingegangen werden. Es gibt in der Literatur verschiedene Ansätze zur rechtlichen Einordnung der Einwilligung. So könnte man sie zum Beispiel als willensgetragenen Realakt oder als Einwilligung im Rahmen der Anforderungen im Arztrecht sehen.¹⁰ Allerdings spricht gegen den willensgetragenen Realakt, dass eine reale (im Sinne von genetische) Vaterschaft des einwilligenden Vaters ja gar nicht in Betracht kommt.¹¹ Auch wird nicht in die medizinisch notwendige Verletzung der körperlichen Unversehrtheit eingewilligt, was einer Definition der Einwilligung als Einwilligung nach den Anforderungen im Arztrecht entgegensteht.¹² Somit kann die Einwilligung nur den Willen zur Rechtsfolge der gemeinsamen Elternschaft ausdrücken. Als Rechtswirkung der Einwilligung ergibt sich das Verbot der Vaterschaftsanfechtung.¹³ Somit sind die Einwilligungen rechtlich als Willenserklärungen zu klassifizieren.¹⁴ Da die Entscheidung für die heterologe Insemination als höchstpersönlich anzusehen ist, muss auch eine dahingehende Willenserklärung höchstpersönlich sein.¹⁵ Aus dieser Höchstpersönlichkeit ergibt sich auch die Möglichkeit zum Widerruf der Einwilligung bis zur erfolgten Insemination.¹⁶

Der Gesetzgeber hat für die Einwilligung keine Formvorschrift vorgesehen, die für die Wirksamkeit zu beachten wäre.¹⁷ Daraus ergibt sich, dass auch für den Widerruf der Einwilligung keine bestimmte Form erforderlich ist. In der Praxis sollten die

¹⁰ *Wanitzek*, FamRZ 2003, 730.

¹¹ OLG Karlsruhe, BeckRS 2012, 07414 ; *Ebert*, FamFR 2012, 240.

¹² *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 12.

¹³ OLG Karlsruhe, BeckRS 2012, 07414; *Ebert*, FamFR 2012, 240.

¹⁴ OLG Karlsruhe, BeckRS 2012, 07414; *Ebert*, FamFR 2012, 240; *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 35; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 12.

¹⁵ *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 14.

¹⁶ BGH, BeckRS 9998, 154916; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 15; *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 36.

¹⁷ *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 35; *Roth*, DNotZ 2003, 805; *BeckOK BGB/Hahn* BGB §1600 Rn. 4; BGH, DnotZ 2016, 54; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 13.

Einwilligungen jedoch dringend auf irgendeine Weise festgehalten werden, da der unter Umständen daraus folgende Verlust des Rechts auf Vaterschaftsanfechtung eine bedeutende Rechtsfolge darstellt. In der Praxis erfolgt dies im Moment nach zwei verschiedenen Mustern: So besagt Nr. 3.2.6. der Musterrichtlinie, dass die Einwilligung schriftlich zu erfolgen hat und vom behandelnden Arzt zu unterschreiben ist. Alternativ wird die Einwilligung in der Praxis in eine notarielle Kinderwunschvereinbarung zwischen Mutter und Wunschvater aufgenommen.¹⁸

2. Samenspende bei einer Frau in eingetragener Lebenspartnerschaft

Aufgrund der Ausführungen unter Gliederungspunkt B.I.1. zeigt sich, dass alleinstehende oder in Lebenspartnerschaft lebende Frauen in Deutschland Schwierigkeiten haben, sich ärztlich durch heterologe Insemination behandeln zu lassen.

Es sei trotzdem davon ausgegangen, dass eine in Lebenspartnerschaft lebende Frau mit heterologer Insemination behandelt wird. Die Mutterschaft steht gemäß §1591 BGB fest. Nun stellt sich die Frage, ob die Lebenspartnerin der Mutter ebenfalls rechtlicher Elternteil des Spenderkindes werden kann. §9 Abs. 7 LPartG eröffnet der Lebenspartnerin die Möglichkeit der Stiefkindadoption. Allerdings entspricht die Stiefkindadoption nicht der Möglichkeit der Vaterschaftsanerkennung, die ein heterosexuelles Paar hat.¹⁹ An dieser Stelle sei nur kurz auf die rechtlichen Unsicherheiten eingegangen, die sich bei der Stiefkindadoption im Vergleich zur Vaterschaftsanerkennung ergeben. So wird die Stiefkindadoption durch eine autonome Entscheidung des Familiengerichts ausgesprochen und kann nicht durch die Mutter und ihre Lebenspartnerin alleine herbeigeführt werden. Dabei nimmt das Familiengericht vor allem eine Kindeswohlprüfung vor.²⁰ Gemäß §189 FamFG ist außerdem eine fachliche Äußerung des Jugendamtes einzuholen. Somit ist der Schritt hin zu einer Stiefkindadoption durch die Lebenspartnerin der Kindsmutter

¹⁸Grziwotz, Beck'sches Notarhandbuch, Rn. 88.

¹⁹Wehrstedt, FPR 2011, 400; Siegfried, FPR 2005, 120.

²⁰Wehrstedt, FPR 2011, 400; Nomos-BR/Ring/Olsen-Ring LpartG/Gerhard Ring/Line Olse-Ring LpartG §9 Rn. 26.

deutlich schwieriger als die Vaterschaftsanerkennung bei einem heterosexuellen Paar. Auch führt die Adoption durch die eingetragene Lebenspartnerin der Mutter nicht dazu, dass ein Vaterschaftsfeststellungsantrag des Vaters oder des Spenderkindes (vgl. Gliederungspunkte C.I.4. und C.II.3.) nicht mehr möglich ist. Grund hierfür ist, dass noch Ansprüche aus §1755 Abs. 1 S. 2 BGB von der Vaterschaftsfeststellung abhängen und die rechtliche Verwandtschaft zum Vater rechtlich bedeutsam bleibt, da sie nach Aufhebung der Adoption wieder aufleben könnte.²¹

3. Samenspende bei einer alleinstehenden oder in nichtehelicher Partnerschaft lebenden Frau

Wie bereits unter Gliederungspunkt B.I.1. ausgeführt, wird eine alleinstehende Frau Probleme haben, überhaupt einen Arzt zu finden, der sie mit heterologer Insemination behandelt.

An dieser Stelle soll trotzdem einmal davon ausgegangen werden, dass eine alleinstehende Frau mit heterologer Insemination behandelt wird. Die Mutterschaft steht dann gemäß §1591 BGB wie auch in den oben dargestellten Fällen fest. Eine Vaterschaft für das Spenderkind gemäß §1592 Nr. 1 BGB entfällt selbstverständlich. Eine Vaterschaftsanerkennung gemäß §1592 Nr. 2 BGB durch den Samenspender ist auch nicht zu erwarten. Somit kann die rechtliche Zuordnung des Spenderkindes zu seinem genetischen Vater nur durch die gerichtliche Vaterschaftsfeststellung gemäß §1600d BGB erfolgen, die unter den Gliederungspunkten C.I.4. und C.II.3. behandelt werden. In Anerkennung der Vorbehalte der Bundesärztekammer zur Behandlung einer alleinstehenden Frau mit heterologer Insemination sei gesagt, dass die gerichtliche Feststellung des Samenspenders als rechtlicher Vater des Spenderkindes in diesem Fall wohl nicht zu einer familiären Beziehung zwischen Spender, Mutter und Spenderkind führen wird.

Gemäß der Musterrichtlinie kann ein Arzt die heterologe Insemination auch bei einer unverheirateten Frau durchführen.

²¹ MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600d Rn. 26; *Erman/Hammermann*, BGB, 14. Aufl., §1600d Rn. 6.

Die Mutterschaft ist gemäß §1591 BGB geklärt. Der Partner der Kindsmutter hat gemäß §1594 Abs. 4 BGB vorgeburtlich die Möglichkeit, die Vaterschaft anzuerkennen. In der Literatur ist es strittig, ob eine Vaterschaftsanerkennung auch schon vor der Zeugung des Kindes möglich ist. Generell wird davon ausgegangen, dass eine solche Anerkennung unter der Bedingung der erfolgreichen Befruchtung der Eizelle steht und somit gemäß §1594 Abs. 3 BGB unwirksam ist.²² Es wird außerdem argumentiert, dass es dem Wesen der Vaterschaftsanerkennung widerspricht, wenn man sie in Form der widerruflichen Einwilligung präkonzeptionell zulässt (vgl. Gliederungspunkt D.III.).²³ Schließlich ist die Vaterschaftsanerkennung erst nach einem Jahr widerruflich, wenn sie bis dahin nicht wirksam geworden ist, §1598 Abs. 3 S. 1 BGB. Allerdings kann man dagegen argumentieren, dass die Anerkennung durchaus für ein Jahr unwiderruflich bleiben kann. Denn sollte die Einwilligung in die Behandlung mit Fremdsamen wirksam widerrufen werden, kommt es wohl gar nicht erst zur Schwangerschaft und die Anerkennung läuft einfach ins Leere.²⁴ Für den Bereich der heterologen Insemination gibt es jedoch durchaus Argumente dafür, dass die präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung möglich ist. Zunächst einmal gibt es, abgesehen vom hier nicht relevanten §1600 Abs. 5 BGB, noch keine klare gesetzliche Regelung zur heterologen Insemination. Somit gibt es noch Auslegungsspielraum bezüglich §1594 Abs. 3 BGB.²⁵ Aus diesem Grund kann man an dieser Stelle den Vergleich zur vorgeburtlichen Vaterschaftsanerkennung ziehen, die auch unter der Bedingung der Lebendgeburt des Kindes steht.²⁶ Bei einer präkonzeptionellen Vaterschaftsanerkennung käme also quasi nur die Bedingung der erfolgreichen Befruchtung noch hinzu. Zusätzlich zur Ausräumung von Bedenken gegen die präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung gibt es noch zwei Punkte, die ausdrücklich für selbige sprechen. Zum einen wäre von vorne herein die Unsicherheit der Kindsmutter beseitigt, dass es sich der Wunschvater anders überlegt

22 *Wehrstedt*, FPR 2011, 400; *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1594 Rn. 41; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1594 Rn. 6; *Staudinger/Rauscher* (2014) §1594 Rn. 50; *Muscheler*, Familienrecht Rn. 548; *Eckersberger*, MittBayNot 2002, 261; *Kirchmeier*, FamRZ 1998, 1286; aA. *Erman/Hammermann*, BGB, 14. Aufl., §1594 Rn. 14; *Dethloff*, Familienrecht § 10 Rn. 82.

23 *Roth*, DNotZ 2003, 805.

24 *Roth*, DNotZ 2003, 805.

25 *Roth*, DNotZ 2003, 805.

26 *Roth*, DNotZ 2003, 805; *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1594 Rn. 41; *BeckOK BGB/Hahn* BGB §1594 Rn. 8; *Staudinger/Rauscher* (2014) §1594 Rn. 51.

und sich nach der Zeugung des Kindes weigert, die Vaterschaft anzuerkennen. Und zum anderen ist da der wichtigere Punkt, dass von der Einwilligung der Eltern in die heterologe Insemination an die soziale Einbindung des Kindes in eine Familie mit beiden Elternteilen gesichert ist.²⁷ Allerdings kann man hiergegen wieder argumentieren, dass auch eine unverheiratete Frau, die durch Geschlechtsverkehr mit ihrem Partner schwanger werden will, das Risiko eingeht, dass dieser später die Vaterschaft nicht anerkennt und somit auch die soziale Einbindung des Kindes in eine Familie mit beiden Eltern nicht gesichert ist.²⁸

Es sprechen somit sowohl gute Gründe dafür, als auch dagegen, dass im Fall der heterologen Insemination die Vaterschaftsanerkennung schon präkonzeptionell möglich ist. Allerdings wird die Meinung, dass die Vaterschaftsanerkennung im Falle der heterologen Insemination bereits präkonzeptionell möglich ist, nur durch die Literatur vertreten. In der Praxis nehmen die Standes- und Jugendämter hiervon Abstand.²⁹

Es bleibt auch festzuhalten, dass eine präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung nicht in Betracht kommt, wenn keine heterologe Insemination vorliegt. Hier gibt es keine Gründe, die eine Aushöhlung der Bedingungsfeindlichkeit gemäß §1594 Abs. 3 BGB durch das Zulassen der Bedingung der erfolgreichen Befruchtung rechtfertigen.

Um hier Rechtssicherheit zu schaffen, müsste die präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung für die heterologe Insemination *de lege ferenda* gesetzlich erlaubt werden (vgl. hierzu Gliederungspunkt D.III.).

Damit die Vaterschaftsanerkennung wirksam wird, muss die Kindsmutter zustimmen, §1595 BGB.

Nach erfolgter Vaterschaftsanerkennung kann die Vaterschaft weder durch die Mutter noch durch den Vater angefochten werden, wenn beide ihre Einwilligung zu heterologen Insemination gegeben hatten, §1600 Abs. 5 BGB.³⁰

Allerdings sind weder Wunschvater noch Mutter zur Mitwirkung an der Vaterschaftsanerkennung durch Anerkennung bzw. Zustimmung verpflichtet. Somit

²⁷ Roth, DNotZ 2003, 805; Spickhoff/Spickhoff BGB §1594 Rn. 6; Perschel-Gutzeit, FPR 2002, 285.

²⁸ Staudinger/Rauscher (2014) §1594 Rn. 50.

²⁹ Wehrstedt, FPR 2011, 400.

³⁰ MüKoBGB/Wellenhofer BGB §1600 Rn. 33; Spickhoff/Spickhoff BGB §1600 Rn. 8; Grziwotz, Beck'sches Notarhandbuch Rn. 83.

bliebe das Kind vaterlos, wenn zum Beispiel der Wunschvater vor Anerkennung verstirbt oder ein Partner aufgrund der Trennung des Paares die Anerkennung bzw. Zustimmung zur Vaterschaftsanerkennung verweigert.³¹ In diesem Fall ist die Vaterschaft gemäß §1600d Abs. 1 BGB gerichtlich festzustellen. Allerdings dient die Vaterschaftsfeststellung der Bestimmung des genetischen Vaters.³² Da der Wunschvater ja gerade nicht der genetische Vater des Spenderkindes ist, ist seine Feststellung als rechtlicher Vater auf diesem Wege wohl nicht möglich.³³ Allerdings kann durchaus der Samenspender gemäß §1600d Abs. 1 BGB als rechtlicher Vater des Spenderkindes festgestellt werden.

Sofern der Wunschvater die Vaterschaft gemäß §§1594 und 1595 BGB wirksam anerkannt hat, kann das Spenderkind jedoch ebenfalls, wie unter Gliederungspunkt C.II.3. auszuführen sein wird, die Vaterschaft des Wunschvaters gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 4 BGB anfechten und dann den Spender gemäß §1600d BGB als rechtlichen Vater gerichtlich feststellen lassen.

C. Rechte des Spenders und des Spenderkindes

I. Rechte des Spenders

1. Recht des Spenders auf Anonymität

Für den Spender ist primär sein Recht auf anonyme Samenspende wichtig. In Deutschland ist es bisher gängige Praxis, dass Samenspendern Anonymität zugesichert wird.³⁴ Dies geschieht sowohl durch Zusicherungen der Samenbanken, durch zurückhaltende Aufklärung der Spenderkinder durch ihre Eltern, als auch durch Vereinbarungen zwischen den Eltern und dem behandelnden Arzt, die Anonymität des Samenspenders zu wahren.

31 *Wehrstedt*, FPR 2011, 400.

32 *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1600d Rn. 95; *BeckOK BGB/Hahn* BGB §1600d Rn. 4; *Jauernig/Budzikiewicz* §1600d Rn. 2-3; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600d Rn. 1.

33 *Wehrstedt*, FPR 2011, 400.

34 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54.

Eine solche Vereinbarung lag auch in dem unter Gliederungspunkt C.II. ausführlich geschilderten Fall vor, den das OLG Hamm am 06.02.2013 entschieden hat. An dieser Stelle sei zunächst ausgeführt, aus welchem Grundrecht sich das Recht des Samenspenders auf Anonymität ableitet. Als Vorinstanz sah das LG die informationelle Selbstbestimmung des Samenspenders als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m Art. 1 Abs. 1 GG.³⁵ Das OLG Hamm hat diese Sichtweise übernommen. So verletzt es das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Samenspenders, wenn beispielsweise Dritte davon erfahren, dass er durch Samenspende ein Kind gezeugt hat.³⁶ Somit ist an dieser Stelle davon auszugehen, dass das Recht des Samenspenders auf Anonymität grundrechtlich geschützt ist, auch wenn dies noch nicht höchstrichterlich entschieden wurde.

2. Recht des Spenders auf Auskunft über die Identität seiner genetischen Kinder

In der Regel wird der Samenspender daran interessiert sein anonym zu bleiben. Er wird also auch keine Auskunft darüber wünschen, ob und wenn ja welche Kinder mit dem von ihm gespendeten Samen gezeugt wurden. Dementsprechend gibt es für diesen Fall auch wenige Quellen in der Literatur. Allerdings soll für den Fall, dass der Samenspender diese Informationen aus irgendeinem Grund wünscht, unter diesem Gliederungspunkt geklärt werden, ob er einen Anspruch darauf hat.

Grundsätzlich hat ein biologischer Vater ein durch die Verfassung geschütztes Recht zu wissen, ob ein Kind von ihm abstammt. Dies ist gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts.³⁷ Denn auch bei fortgeschrittenem Alter kann die Kenntnis von eigenen Nachfahren einen entscheidenden Einfluss auf die Persönlichkeit haben und diese ändern oder weiterbilden.³⁸

Im Folgenden soll nun darauf eingegangen werden, ob dem Samenspender, der seinen Samen bei einer Samenbank spendet, ein Anspruch auf Auskunft über die

35 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

36 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

37 BVerfG, NJW 2003, 2151; BVerfG, NJW 2007, 753; Voigt, 2015.

38 Voigt, 2015.

Identität seiner genetischen Kinder zusteht. Für den Spender, der seinen Samen mittels privater Becherspende oder Geschlechtsverkehr mit der Kindsmutter zur Verfügung stellt, ergibt sich dieses Auskunftsrecht schon allein daraus, dass ihm unter Umständen das Umgangsrecht mit dem Spenderkind, das Auskunftsrecht über das Spenderkind und das Recht zur Vaterschaftsanfechtung zugesprochen werden (vgl. Gliederungspunkte C.I.3. und 4.). Um diese Recht geltend zu machen, benötigt er für das Verfahren Kenntnis über die Identität des Kindes.³⁹

Ein Anspruch des Samenspenders, der seinen Samen bei einer Samenbank gespendet hat, gegen die Kindsmutter auf Auskunft über die Identität seines Kindes könnte man dann annehmen, wenn er seine Vaterschaft gerichtlich feststellen lassen will (für dieses Verfahren benötigt er die Daten des Kindes). Voraussetzung hierfür ist jedoch auch, dass das Kind vaterlos ist.⁴⁰ Ansonsten steht dem Samenspender nämlich kein Recht zur Anfechtung der bestehenden Vaterschaft zu, die vor der gerichtlichen Vaterschaftsfeststellung zunächst beseitigt werden müsste (vgl. Gliederungspunkt C.I.4.).

Ein Anspruch des Samenspenders auf Auskunft über die Identität seines Kindes gegen den Arzt könnte sich de lege lata nur auf §810 BGB stützen. Dies scheidet jedoch daran, dass die Urkunde in die der Samenspender Einsicht verlangen könnte, in seinem Interesse errichtet worden sein müsste. Die Urkunde wurde jedoch im Interesse des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung errichtet. Somit hat der Samenspender, der seinen Samen bei einer Samenbank gespendet hat, gemäß den geltenden gesetzlichen Regelungen keinen Anspruch auf Auskunft über die Identität seines Kindes.⁴¹

Der verfassungsrechtlichen Prüfung hält dies Stand. Schließlich ist es möglich auf eine aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG geschützte Grundrechtsposition zu verzichten. Nur ein gänzlicher Verzicht auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht ist unzulässig.⁴² Somit kann der Samenspender explizit in seinem Vertrag mit der Samenbank auf sein Recht auf Auskunft über die Identität seines Kindes verzichten. Auch der konkludente Verzicht durch die Samenspende selbst ist möglich. Somit würde man dem Samenspender sein Auskunftsrecht wohl unter Hinweis auf diesen

39 Voigt, 2015.

40 Voigt, 2015.

41 Voigt, 2015.

42 BGH, DNotZ 2015, 426; Maunz/Dürig/Di Fabio, Art. 2 GG, Rn. 228 und 229; Voigt, 2015.

Verzicht verweigern. Doch selbst wenn ihm diese grundrechtlich geschützte Position zustünde, müsste sie gegen den Schutz der bestehenden Familie des Spenderkindes aus Art. 6 GG abgewogen werden. Letzterem wäre hier wohl der Vorzug zu geben, da die Wunscheltern davon ausgehen, dass ihr Familienleben nicht durch den Samenspender beeinflusst wird, wenn sie sich für die Behandlung mit einer Samenspende von einer Samenbank entscheiden. Auch ist es ihr elterliches Recht gemäß Art. 6 Abs. 2 GG das Spenderkind über seine genetische Herkunft aufzuklären. Dies soll nicht durch den Samenspender vorweggenommen werden, nachdem dieser die Auskunft über die Identität seines Kindes erlangt hat. Allerdings hat noch kein Samenspender, der seinen Samen bei einer Samenbank gespendet hatte, über ein gerichtliches Verfahren versucht, sein Recht auf Auskunft über die Identität seines Kindes geltend zu machen⁴³

3. Umgangsrecht mit dem Spenderkind, Auskunftsrecht über das Spenderkind

Gemäß §1686a Abs. 1 Nr. 1 BGB hat der leibliche Vater ein Recht auf Umgang mit seinem Kind, solange die Vaterschaft eines anderen Mannes besteht, er ernsthaftes Interesse an dem Kind gezeigt hat und der Umgang dem Kindeswohl dient. Es stellt sich die Frage, ob diese Norm auch auf den Samenspender anwendbar ist. Wenn es sich um eine anonyme Samenspende bei einer Samenbank handelt und bei der Behandlung der Mutter §1600 Abs. 5 BGB erfüllt ist (vgl. Gliederungspunkt C.I.4.), geht man davon aus, dass der Samenspender eben anonym bleiben wollte und gerade kein Interesse an dem mit seinem Samen gezeugten Kind hat. Somit bliebe ihm ein Umgangsrecht nach §1686a Abs. 1 Nr. 1 BGB verwehrt.⁴⁴ Es gibt allerdings in der Literatur Zweifel, ob dem Mann damit endgültig die Möglichkeit genommen werden kann, zu einem späteren Zeitpunkt Interesse für das Kind zu entwickeln und damit den Gedanken über ein Umgangsrecht wieder ins Spiel kommen zu lassen.⁴⁵

Hiervon zu unterscheiden ist allerdings die private Samenspende oder auch

⁴³ Voigt, 2015.

⁴⁴ BGH, NJW 2013, 2589; BT-Drucks. 17/12163 S. 14; BeckOK BGB/Veit BGB §1686a Rn. 11; Jäger, Familienrecht, §1686a Rn. 2.

⁴⁵ BeckOK BGB/Veit BGB §1686a Rn. 11; Löhnig, Preisner, FamFR 2013, 340.

Becherspende. Gemeint ist hiermit, dass ein Mann einer ihm bekannten Frau seinen Samen zur Verfügung stellt und diese ihn sich selbst einführt. Der BGH hat dem Samenspender in diesem Fall das Recht auf Vaterschaftsanfechtung zugesprochen, sofern keine sozial-familiäre Beziehung zwischen dem Spenderkind und seinem rechtlichen Vater besteht (vgl. Gliederungspunkt C.I.4.). Sofern diese sozial-familiäre Beziehung jedoch besteht und dem Spender somit eine Vaterschaftsanfechtung gemäß §1600 Abs. 2 BGB verwehrt ist, muss davon ausgegangen werden, dass er ein Umgangsrecht gemäß §1686a Abs. 1 Nr. 1 BGB hat, sofern er ernsthaftes Interesse an dem Kind zeigt.⁴⁶ Allerdings besagt §167a Abs. 1 FamFG, dass ein Antrag auf Umgangsrecht gemäß §1686a BGB nur gestellt werden darf, wenn der Antragsteller an Eides statt versichert, dass er der Mutter des Kindes während der Empfängniszeit beigewohnt hat. Hier wird wohl die Entscheidung des BGH vom 15.05.2013 analog anzuwenden sein. Diese besagt, dass die Beiwohnung nicht nur den Geschlechtsverkehr, sondern auch die Becherspende umfasst.⁴⁷ Somit wäre ein Antrag des Becherspenders auf Umgangsrecht mit seinem Kind gemäß §167a Abs. 1 FamFG zulässig.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass ein Umgangsrecht des Samenspenders mit seinem genetischen Kind auf Grundlage des §1686a Abs. 1 Nr. 1 BGB wohl ausgeschlossen ist, wenn die Samenspende unter dem Wunsch der Anonymität bei einer Samenbank erfolgte. Sofern es sich jedoch um eine private Becherspende handelt, kann von einem Umgangsrecht des Samenspenders mit seinem Kind ausgegangen werden.

Gemäß §1686a Abs. 1 Nr. 2 BGB hat der leibliche, nicht rechtliche, Vater gegenüber den rechtlichen Eltern ein Recht auf Auskunft über die persönlichen Verhältnisse des Kindes, wenn er ernsthaftes Interesse an dem Kind gezeigt hat, ein berechtigtes Interesse an der Auskunft hat und dies dem Wohl des Kindes nicht widerspricht. Wie schon beim Umgangsrecht ausgeführt, wird man bei einer möglichst anonymen Samenspende bei einer Samenbank nicht von einem ernsthaften Interesse des Samenspenders am Spenderkind ausgehen können. Somit bleibt ihm auch das Auskunftsrecht nach §1686a Abs. 1 Nr. 2 BGB verwehrt.⁴⁸ Da der Samenspender bei

46 *Jäger*, Familienrecht, §1686a Rn. 2; *Löhnig, Preisner*, FamFR 2013, 340; *Hoffmann*, FamRZ 2013, 1077.

47 BGH, NJW 2013, 2589; *Löhnig, Preisner*, FamFR 2013, 340.

48 BT-Drucks. 17/12163 S. 14; BeckOK BGB/*Veit* BGB §1686a Rn. 19; *Jäger*, Familienrecht, §1686a Rn. 2.

einer Becherspende in der Regel mit der Kindsmutter und deren Partner/Partnerin bekannt ist und nicht selten sogar in der neu gegründeten Familie eine Rolle spielen soll, wird man ihm analog zum Umgangsrecht auch das Auskunftsrecht nicht verwehren können.⁴⁹

4. Recht des Spenders zur Vaterschaftsanfechtung und gerichtlichen Vaterschaftsfeststellung

Grundsätzlich möchte ein Mann in der Regel wissen, ob er leiblicher Vater eines Kindes ist. Aus Sicht des BVerfG gehört dieses Wissen gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG zum allgemeinen Persönlichkeitsrecht eines potenziellen Vaters. Es beeinflusst das Selbstverständnis des Mannes und gebe ihm die Möglichkeit, sich sozial und verwandtschaftlich in Beziehungen zu anderen zu stellen. Für einen Mann, der zwar leiblicher, aber nicht rechtlicher Vater eines Kindes ist, ergibt sich daraus jedoch noch kein Recht, als rechtlicher Vater dieses Kindes festgestellt zu werden. Allerdings ist es gemäß Art. 6 Abs. 2 GG das Recht und die Pflicht der Eltern, die Pflege und Erziehung ihrer Kinder zu übernehmen. Auch wenn dem leiblichen Vater nicht automatisch das Elternrecht gemäß Art. 6 Abs. 2 GG zusteht, fällt er doch insoweit unter dessen Schutz, als dass ihm die Möglichkeit eröffnet werden muss, den Status des rechtlichen Vaters zu erlangen. Eingeschränkt wird diese Möglichkeit durch den Schutz der familiären Beziehung zwischen dem Kind und seinen rechtlichen Eltern.⁵⁰ Als Folge dieses Beschlusses des BVerfG zur Rechtsstellung des sogenannten biologischen Vaters aus dem Jahr 2003 wurde durch den Gesetzgeber §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB eingeführt, der dem Mann die Möglichkeit der Vaterschaftsanfechtung einräumt, der an Eides statt versichert, der Mutter des Kindes während der Empfängniszeit beigewohnt zu haben.

In der Folge soll nun die Frage behandelt werden, ob der Samenspender gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB die Vaterschaftsanfechtung betreiben kann. Für den Wunschvater und die Mutter hat der Gesetzgeber die Anfechtung bereits ausgeschlossen, wenn diese in eine künstliche Befruchtung mittels Samenspende

⁴⁹ Jäger, Familienrecht, §1686a Rn. 2.

⁵⁰ BVerfG, NJW 2003, 2151.

eines Dritten eingewilligt hatten, §1600 Abs. 5 BGB (vgl. Gliederungspunkt B.II.1.). Zunächst war im Gesetzentwurf der Bundesregierung vorgesehen, auch das Anfechtungsrecht des Samenspenders in §1600 Abs. 5 BGB auszuschließen.⁵¹ Letztendlich wurde das Anfechtungsrecht des Samenspenders in §1600 Abs. 5 BGB doch nicht ausgeschlossen, da der Rechtsausschuss des Bundestages der Auffassung war, dass der Samenspender durch die Samenspende konkludent auf die rechtliche Vaterschaft und somit auf die Vaterschaftsanfechtung verzichtet hat.⁵² Daraus folgt, dass eine Anfechtung der Vaterschaft durch den Samenspender bei Vorliegen eines Falles des §1600 Abs. 5 BGB nicht möglich ist.⁵³

Allerdings gilt das nur für die Fälle, in denen §1600 Abs. 5 BGB auch tatsächlich erfüllt ist. Somit muss die Einwilligung der Mutter und des Wunschvaters gemäß §183 S.1 BGB vor der Behandlung mit dem Spendersamen wirksam gegeben worden sein. Es muss also eine sogenannte „konsentiertere heterologe Insemination“ vorliegen.⁵⁴ Diese liegt regelmäßig vor, wenn die Mutter und der Wunschvater sich ärztlich beraten lassen und auf eine Samenbank zurückgreifen. Es gibt in der Lebenswirklichkeit jedoch auch verschiedenste andere Formen der Samenspende. So entschied der BGH am 15.05.2013 einen Fall, in dem eine Frau, die in gleichgeschlechtlicher Lebenspartnerschaft lebte, Samen von einem Mann, der ebenfalls in gleichgeschlechtlicher Partnerschaft lebte, zur Verfügung gestellt bekommt und diesen selbst einführt (sog. Becherspende). Der Samenspender wollte die Vaterschaft zu diesem Kind anerkennen. Dies scheiterte jedoch an der nicht gegebenen Zustimmung der Kindsmutter, §1595 BGB. Daraufhin erkannte ein Dritter mit Zustimmung der Mutter die Vaterschaft zu dem Kind an, um eine „Sperrwirkung“ gegen die Vaterschaft des Samenspenders zu erreichen, damit der Partnerin der Kindsmutter die Möglichkeit gegeben wurde, das Kind gemäß §9 Abs. 7 LPartG zu adoptieren.⁵⁵ Nun ist die Frage zu klären, ob der Samenspender die Vaterschaft des Dritten anfechten kann. Rechtsgrundlage hierfür wäre §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB. Um ein Recht auf Anfechtung zu haben, muss der Samenspender

51 BT-Drucks. 15/2253 S.15.

52 BGH, NJW 2013, 2589.

53 BGH, NJW 2013, 2589; MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 7; Erman/*Hammermann*, BGB, 14. Aufl., §1600 Rn. 9; *Will*, FPR 2005, 172; Bamberger/*Roth/Hahn* BGB §1600 Rn. 3; BeckOK BGB/*Hahn* BGB §1600 Rn. 3; HK-BGB/*Rainer/Kemper* BGB §1600 Rn. 3; aA *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 8.

54 BGH, NJW 2013, 2589.

55 BGH, NJW 2013, 2589.

versichern, dass er der Kindsmutter in der Empfängniszeit beigewohnt hat. „Beiwohnen“ meint hierbei nicht nur den Geschlechtsverkehr, sondern auch die Becherspende.⁵⁶ Im vorliegenden Fall wird das Anfechtungsrecht des Samenspenders, wie bereits oben erörtert, auch nicht durch §1600 Abs. 5 BGB verhindert. Da die Kindsmutter in einer gleichgeschlechtlichen Lebenspartnerschaft lebt und eben nicht gemeinsam mit dem Wunschvater in die Behandlung mit heterologem Samen eingewilligt hat, greift dieser nicht. Somit konnte der Samenspender durch seine Samenspende auch nicht konkludent auf die rechtliche Vaterschaft für das Kind verzichten und somit sein Recht auf Vaterschaftsanfechtung verlieren. Also hat der Samenspender in diesem Fall ein Recht auf Vaterschaftsanfechtung gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB sofern gemäß §1600 Abs. 2 BGB keine sozial-familiäre Beziehung zwischen dem Kind und seinem aktuellen rechtlichen Vater besteht.

Zum gleichen Ergebnis wird man kommen, wenn das Kind durch Geschlechtsverkehr des Dritten (der sozusagen auf diese Weise seinen Samen spendet) mit der Mutter gezeugt wird. In diesem Fall greift §1600 Abs. 5 BGB selbst bei vorherigen Abreden der Beteiligten zu dieser Form der Samenspende mit Einwilligung der Kindsmutter und des Wunschvaters nicht, da ein durch Geschlechtsverkehr gezeugtes Kind nun gerade nicht durch künstliche Befruchtung gezeugt wurde. Denn unter künstlich ist jede Form der Befruchtung zu verstehen, die nicht Geschlechtsverkehr ist.⁵⁷ Aus diesem Grund wird der Samenspender auch in diesem Fall ein Recht auf Vaterschaftsanfechtung haben, sofern die oben ausgeführten Bedingungen des §1600 Abs. 1 Nr. 2 und Abs. 2 BGB erfüllt sind.

So lässt sich zusammenfassend sagen, dass der Samenspender kein Recht auf Vaterschaftsanfechtung hat, wenn die Voraussetzungen des §1600 Abs. 5 BGB erfüllt sind. Ist dies nicht der Fall, so ergibt sich sein Recht auf Vaterschaftsanfechtung aus §1600 Abs. 1 Nr. 2 i.V.m. Abs. 2 BGB. Nachdem der Samenspender die Vaterschaft des rechtlichen Vaters angefochten hat, kann er sich gemäß §1600d BGB gerichtlich als rechtlicher Vater feststellen lassen. Antragsberechtigt ist er gemäß §172 Abs. 1 FamFG und im Sinne des §1600 Abs. 1 Nr. 2-4 BGB als potenzieller Vater.

⁵⁶ BGH, NJW 2013, 2589.

⁵⁷ MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 34; *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 9.

5. Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrecht des Spenders gegen das Spenderkind

Sobald der Spender gemäß §1600d BGB gerichtlich als rechtlicher Vater des Spenderkindes festgestellt wurde oder der seltene Fall der Vaterschaftsanerkennung gemäß §§1594 und 1595 BGB durch den Samenspender eingetreten ist, ist er gemäß §1589 Abs. 1 S. 1 BGB in gerader Linie mit dem Spenderkind verwandt.

Er ist dann nicht nur verpflichtet, dem Kind Unterhalt zu zahlen (vgl. Gliederungspunkt C.II.4.), sondern ist gemäß §1601 auch gegenüber dem Kind unterhaltsberechtig. Dieser Anspruch kann beispielsweise greifen, wenn der Spender pflegebedürftig wird.

Auch ist der Spender als rechtlicher Vater gemäß §1924 Abs. 1 BGB gesetzlicher Erbe zweiter Ordnung des Spenderkindes. Gemäß §2303 Abs. 2 S. 1 BGB steht ihm auch das Pflichtteilsrecht nach dem Spenderkind zu. Allerdings kann der Spender durch einen Erbverzicht gemäß §2346 BGB auf sein Erb- und Pflichtteilrecht verzichten.

6. Schadensersatzanspruch des Spenders gegen die Samenempfangsstelle

Ein Schadensersatzanspruch des Spenders gegenüber der Samenempfangsstelle kann sich ergeben, wenn dem Spender zu Unrecht Anonymität zugesichert wurde oder er über die Konsequenzen und Risiken einer Samenspende nicht ausreichend belehrt wurde. Die Ärzte der Samenempfangsstelle müssen dabei nicht nur über medizinische, sondern auch über rechtliche Risiken für den Samenspender belehren.⁵⁸ Eine Zusicherung von Anonymität des Spenders ist gemäß §138 Abs. 1 BGB sittenwidrig, da durch eine solche Vereinbarung das Grundrecht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ohne sein Zutun beeinträchtigt wird.⁵⁹ Da die Zusicherung der Anonymität somit gar nicht wirksam ist, kann sie auch nicht verletzt werden und somit kommt eine Schadensersatzforderung des Spenders gegen die

⁵⁸ *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 21.

⁵⁹ LG Koblenz, BeckRS 2009, 07609; *Meier*, NZFam 2016, 692; *Beitz*, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht Rn. 198; *Kern*, Laufs/Kern §38 Rn. 52.

Samenempfangsstelle aus §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2, 311 BGB nicht in Betracht. Wenn allerdings das Spenderkind von seinem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung Gebrauch macht und den Spender auch gerichtlich als rechtlichen Vater feststellen lässt, dringt es damit in die Familie des Spenders ein. Wenn die Samenempfangsstelle den Spender nicht vor der Spende über dieses Risiko belehrt hat, hat sie somit das Persönlichkeitsrecht des Spenders aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG verletzt.⁶⁰ Die Konsequenz ist ein Schadensersatzanspruch des Samenspenders gegen die Samenempfangsstelle aus §823 Abs. 1 BGB.

II. Rechte des Spenderkindes

1. Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Das wichtigste Recht des Spenderkindes ist sicherlich das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Nur sofern das Spenderkind dieses Recht hat, kann es gegebenenfalls Erb-, Unterhalts- oder ähnliche Rechte gegenüber dem Spender geltend machen.

In der Literatur wird zum Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung zunächst primär ein Urteil des OLG Hamm vom 06.02.2013 zitiert.⁶¹ Hier hatte eine junge Frau geklagt, die durch Samenspende gezeugt worden war und nun die Identität ihres genetischen Vaters herausfinden wollte. Allerdings wurden ihr Auskünfte dazu durch das Institut, welches die heterologe Insemination bei ihrer Mutter durchgeführt hatte, verweigert. Das Institut berief sich hierbei auf den Behandlungsvertrag, der mit der Mutter und dem Vater (Ehegatte der Mutter) der Klägerin geschlossen worden war und der diesen untersagte, vom Institut Informationen über die Samenspender zu verlangen. Des Weiteren hatte das Institut auch den Samenspendern Anonymität zugesichert.⁶²

Das OLG Hamm bezieht sich für die Frage, ob dem Spenderkind ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung zusteht, auf einen Beschluss des BVerfG vom 18.01.1988 und auf ein Urteil des BVerfG vom 31.01.1989.⁶³ Bei ersterem hatte das

60 *Spickhoff/Spickhoff* BGB §1600 Rn. 21.

61 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54; *Kreß*, FPR 2013, 240.

62 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

63 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

LG Passau der Mutter eines nichtehelichen Kindes auferlegt, ihrem Kind seinen Vater zu nennen. Eine Verfassungsbeschwerde hiergegen hat das BVerfG abgelehnt. Das Gericht sprach dem Kind das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung aufgrund von Art. 6 Abs. 5 GG und Art. 2 Abs. 1 GG zu. Während Art. 6 Abs. 5 GG für die hiesige Betrachtung nicht relevant ist, da es nicht nur um nichteheliche Kinder geht, erkannte das Gericht das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung als schutzwürdig im Rahmen des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Kindes gemäß Art. 2 Abs. 1 GG an.⁶⁴

Dem Urteil des BVerfG vom 31.01.1989 lag folgender Sachverhalt zugrunde: Ein eheliches Kind erhob nach Eintritt der Volljährigkeit Klage auf Feststellung, dass es nicht das eheliche Kind des Ehemannes der Mutter sei.⁶⁵ Allerdings gab es für diese Klage eigentlich keine Rechtsgrundlage, da gemäß §1596 Abs. 1 Nr. 2 BGB i.d.F.v. 01.01.1980 bis 31.01.1989 eine Anfechtung der Ehelichkeit durch das Kind nur möglich war, wenn die Ehe der Eltern geschieden, aufgehoben oder für nichtig erklärt war oder wenn die Ehegatten seit drei Jahren getrennt lebten und nicht zu erwarten war, dass sie die eheliche Lebensgemeinschaft wiederherstellen. Andere Voraussetzungen für die Anfechtung der Ehelichkeit durch das Kind gemäß §1596 Abs. 1 BGB i.d.F.v. 01.01.1980 bis 31.01.1989 waren ebenfalls nicht gegeben und sollen hier nicht weiter erläutert werden. Dem BVerfG wurde sodann die Frage vorgelegt, ob §1598 BGB i.d.F.v. 01.01.1962 i.V.m. §1596 Abs. 1 Nr. 2 BGB i.d.F.v. 01.01.1980 bis 31.01.1989 verfassungswidrig sei. Das Gericht kam wie bereits bei seinem Beschluss vom 18.01.1988 zu dem Schluss, dass es gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Kindes sei, seine Abstammung klären zu lassen. Allerdings bezog sich das Gericht hier nur auf die Feststellung der genetischen Abstammung und leitete aus dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Abstammung kein zwingendes Recht des Kindes zur Änderung der rechtlichen Vaterschaft ab.⁶⁶

Das OLG Hamm spricht also auf Basis dieser beiden Entscheidungen des BVerfG dem Spenderkind das Recht auf Kenntnis seiner Abstammung zu. Die Abstammung ist prägend für die Persönlichkeit, da von der Abstammung die genetische

64 BVerfG, NJW 1988, 3010.

65 BVerfG, NJW 1989, 891.

66 BVerfG, NJW 1989, 891.

Ausprägung eines jeden abhängt und die Kenntnis der Abstammung elementar für das Selbstverständnis und die Individualitätsfindung ist. Aus diesem Grund spricht das OLG Hamm dem grundgesetzlich verankerten Recht des (Spender-)Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ein hohes Gewicht zu.⁶⁷

2. Recht des Spenderkindes auf Auskunft über seinen genetischen Vater

Unter dem vorstehenden Gliederungspunkt wurde ausgeführt, dass das Spenderkind ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung hat. Bei einer Behandlung der Kindsmutter mit Fremdsamen aus einer Samenbank wissen die Wunscheltern aber nicht, wer der Samenspender ist. Sie können das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung somit nicht erfüllen. Es bedarf hierzu einem Anspruch des Spenderkindes gegen den behandelnden Arzt.

Diesen Anspruch leitet die Rechtsprechung aus der Generalklausel für Treu und Glauben, §242 BGB, her.⁶⁸ Hierfür muss eine Sonderverbindung zwischen den Beteiligten (hier also Spenderkind und behandelnder Arzt) bestehen. Diese Sonderverbindung entsteht in diesem Fall durch den Behandlungsvertrag zwischen den Wunscheltern und dem behandelnden Arzt. Dieser Vertrag wird im Rahmen von §157 BGB und unter Berücksichtigung des grundrechtlich geschützten Rechts des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung gemäß §328 Abs. 1 BGB als Vertrag zu Gunsten Dritter ausgelegt. Auch wenn das Spenderkind als Dritter keinen direkten Leistungsanspruch aus dem Behandlungsvertrag erhält, so muss dieser doch die positive Wirkung haben, dass das Spenderkind seine genetische Abstammung klären kann.⁶⁹

Als verstärkende Anspruchsgrundlage kann an dieser Stelle noch §810 BGB gesehen werden. Schließlich wurden die Spenderdaten ja mit dem Ziel dokumentiert und aufbewahrt, dass das Spenderkind sein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung verwirklichen kann. Somit wurde die Spenderakte als Urkunde im Interesse des

67 OLG Hamm, NJW 2013, 1167.

68 BGH, DNotZ 2015, 426; OLG Hamm, ZD 2013, 185; *Meier*, NZFam 2016, 692; *Heiß*, Heiß/Born Unterhaltsrecht Rn. 58c.

69 BGH, DNotZ 2015, 426; *Meier*, NZFam 2016, 692; *Heiß*, Heiß/Born Unterhaltsrecht Rn. 58c.

Spenderkindes errichtet, was ihm gemäß §810 BGB einen Anspruch auf Einsicht in die Akte gewährt.⁷⁰

Um seinen Anspruch auf Auskunft über die Identität des Samenspenders geltend zu machen, muss das Spenderkind kein Mindestalter erreicht haben. Sofern die rechtlichen Eltern den Auskunftsanspruch als gesetzliche Vertreter des Kindes geltend machen, muss dies mit dem Ziel erfolgen das Spenderkind über seine genetische Abstammung aufzuklären. Die rechtlichen Eltern können den Auskunftsanspruch nicht für sich geltend machen.⁷¹ Auch wenn die Eltern den Auskunftsanspruch ihres noch nicht volljährigen Kindes geltend machen können, so können sie ihn nicht im Behandlungsvertrag mit dem behandelnden Arzt ausschließen. Dadurch würden sie die Rechtsstellung ihres Kindes so erheblich schwächen (da sie die tatsächliche Durchsetzung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung verhindern würden), dass diese Abrede gemäß §138 Abs. 1 BGB sittenwidrig wäre.⁷²

Insgesamt muss noch abgewogen werden, ob der Anspruch des Spenderkindes auf Auskunft über die Identität des Samenspenders aufgrund von geschützten Grundrechtspositionen anderer Beteiligter zurücktreten muss. In Frage käme hier die gemäß Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit des behandelnden Arztes. Dieser kann sich auch auf seine ärztliche Schweigepflicht berufen. Allerdings weist die Bundesärztekammer im Kommentar zur Musterrichtlinie unter Punkt 5.3 auf den Auskunftsanspruch des Spenderkindes hin. Es ist also nicht ersichtlich, wie die Berufsausübungsfreiheit durch die tatsächliche Ausübung des selbigen beeinträchtigt wird. Die ärztliche Schweigepflicht muss dem zivilrechtlichen Anspruch des Spenderkindes weichen. Wie unter Gliederungspunkt C.III. auszuführen sein wird, hat das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung auch Vorrang vor dem Recht des Spenders auf Anonymität. Auf der Seite der Wunscheltern spräche vor allem der Schutz von Ehe, Familie und Elternrecht aus Art. 6 Abs. 1 und 2 GG gegen den Auskunftsanspruch des Spenderkindes. Allerdings hat das Spenderkind gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 4 BGB auch unabhängig von der Kenntnis über seinen genetischen Vater das Recht auf

70 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

71 BGH, DNotZ 2015, 426; *Heiß*, Heiß/Born Unterhaltsrecht Rn. 58c.

72 *Meier*; NZFam 2016, 692.

Vaterschaftsanfechtung. Dass man ihm dann aus Rücksicht auf die Wunscheltern wenigstens die Kenntnis seiner genetischen Abstammung verweigert, scheint nicht sehr plausibel. Insgesamt wird der Rechtsposition des Spenderkindes bei der Abwägung gegen andere grundrechtliche Positionen regelmäßig erhebliches Gewicht zukommen.⁷³

Man kann also sagen, dass das Spenderkind gegen den behandelnden Arzt einen Anspruch auf Auskunft über die Identität des Samenspenders hat. Dieser Anspruch wurde zwei Spenderkindern auch bereits höchstrichterlich zugesprochen.

3. Recht des Spenderkindes auf Vaterschaftsanfechtung und gerichtliche Vaterschaftsfeststellung

Das Anfechtungsrecht des Kindes gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 4 BGB bleibt von §1600 Abs. 5 BGB unberührt.⁷⁴ Für ein geschäftsunfähiges oder in der Geschäftsfähigkeit beschränktes Kind kann nur der gesetzliche Vertreter anfechten, §1600a Abs. 3 BGB. Gemäß §1600a Abs. 4 BGB kann der gesetzliche Vertreter jedoch nur für das geschäftsunfähige oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkte Kind anfechten, wenn die Anfechtung dem Kindeswohl dient. Grundsätzlich entspricht es dem Kindeswohl, seine genetische Abstammung zu erfahren.⁷⁵ Allerdings ist bei der Kindeswohlprüfung auch das weitere Bestehen der bisherigen sozialen und rechtlichen Familie und die Möglichkeit des Aufbaus einer Vater-Kind-Beziehung zum neuen rechtlichen Vater zu berücksichtigen.⁷⁶ Wenn ein in der Ehe geborenes Kind durch Samenspende gezeugt wurde, ist davon auszugehen, dass es mit seinen beiden rechtlichen Eltern eine stabile soziale Familie hat (dies gilt natürlich auch bei Eltern in nichtehelicher Lebensgemeinschaft, die gemäß §1600 Abs. 5 BGB in die Behandlung der Kindsmutter mittels Samenspende eingewilligt haben). Darüber hinaus ist es äußerst unwahrscheinlich, dass der Samenspender eine Vater-Kind-Beziehung zu dem Kind aufbauen möchte, das mit seinem Samen gezeugt wurde.

⁷³ BGH, DNotZ 2015, 426.

⁷⁴ BT-Drucks. 14/8131 S. 8; MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600 Rn. 38; Palandt/*Brudermüller* §1600 Rn. 13; Erman/*Hammermann*, BGB, 14. Aufl., §1600 Rn. 37; PWW/*Friederici* §1600 Rn.7; *Seidl*, FPR 2002, 402; *Wanitzek*, FamRZ 2003, 730; *Roth*, DNotZ 2003, 805; *Frank*, StAZ 2003, 129.

⁷⁵ BVerfG, NJW 1989, 891; BVerfG, 90, 263; MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600a Rn. 17.

⁷⁶ MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600a Rn. 17; BayObLG FamRZ 1995, 185; im Einzelfall anders OLG Nürnberg FamRZ 2005, 1697.

Somit entspräche eine Vaterschaftsanfechtung eines Kindes mit zwei rechtlichen Eltern durch den gesetzlichen Vertreter wohl nicht dem Kindeswohl und wäre somit unzulässig. Außerdem ist es sehr unwahrscheinlich, dass die Wunscheltern als gesetzliche Vertreter des Kindes die Vaterschaft des Wunschvaters anfechten. Im Grundgesetz ist das Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG als Teil des Persönlichkeitsrechts gesichert.⁷⁷ Dieses wird durch die obigen Erwägungen zum Kindeswohl nicht nachhaltig verletzt. Wenn der gesetzliche Vertreter eines geschäftsunfähigen oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkten Kindes die Vaterschaft nicht gemäß §1600b Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 BGB fristgerecht angefochten hat, so kann das Kind mit dem Eintritt der Volljährigkeit diese selbst anfechten, §1600b Abs. 3 i.V.m. Abs. 1 S. 1 BGB. Diese Anfechtung ist nun nicht mehr an eine Kindeswohlprüfung gebunden. Somit kann das Spenderkind spätestens mit Eintritt der Volljährigkeit die Vaterschaft des Ehemannes seiner Mutter anfechten und gemäß §1600d BGB auf die Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders klagen.⁷⁸ Die gerichtliche Feststellung der Vaterschaft erfolgt gemäß §171 Abs. 1 FamFG auf Antrag. Antragsberechtigt sind gemäß des §172 Abs. 1 FamFG und im Sinne des §1600 Abs. 1 Nr. 2-4 BGB der potenzielle Vater, die Mutter und das Kind.⁷⁹ §1600 Abs. 1 Nr. 1 und 5 BGB können in diesem Fall nicht sinngemäß angewandt werden, da keine Vaterschaft besteht und eine Vaterschaftsfeststellung von Amts wegen explizit geregelt sein müsste.

4. Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrecht des Spenderkindes gegenüber dem Samenspender

Sobald der Samenspender gemäß §1600d BGB gerichtlich als rechtlicher Vater des Spenderkindes festgestellt wurde, ergeben sich daraus für ihn rechtliche Pflichten gegenüber seinem Kind. Er ist dann gemäß §1589 Abs. 1 S. 1 BGB mit seinem Kind in gerader Linie verwandt. Somit hat der Spender seinem Spenderkind als rechtlicher

⁷⁷ BVerfG, NJW 1989, 891.

⁷⁸ *Beitz*, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht Rn. 200.

⁷⁹ MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1600d Rn. 14; *Jauernig/Budzikiewicz* §1600d Rn. 2; *MüKoZPO/Coester-Waltjen/Hilbig-Lugani* FamFG §171 Rn. 6; *Helms/Balzer* ZKJ 2009, 348; *Löhnig*, FamRZ 2009, 1798; *Stöber*, FamRZ 2009, 923; *Palandt/Brudermüller* §1600 Rn. 3; *Schulte-Bunert/Weinreich/Schwonberg* § 172 FamFG Rn. 14; offen gelassen aber von OLG Dresden FamRZ 2011, 649.

Vater Unterhalt zu zahlen, §1601 BGB.

In der Folge soll erörtert werden, warum diese Unterhaltspflicht auch nur sehr schwierig umgangen werden kann. Mit viel Aufwand könnte der Samenspender nach der Geburt des Spenderkindes von der Unterhaltspflicht entbunden werden, wenn eine verheiratete Frau mit heterologer Insemination behandelt wurde. Zunächst müsste die gemäß §1592 Nr. 1 BGB bestehende Vaterschaft des Wunschwaters angefochten werden. Daraufhin müsste der Samenspender die Vaterschaft zum Kind gemäß §§1594 und 1595 BGB anerkennen. Danach müsste der Wunschwater das Kind im Rahmen der Stiefkindadoption nach §1721 Abs. 2 S. 3 BGB annehmen. Dann würde das Verwandtschaftsverhältnis zum Samenspender erlöschen, während es zur Kindsmutter bestehen bleibt, §1755 Abs. 2 BGB. Eine Anfechtung der so entstandenen Vaterschaft des Wunschwaters wäre durch das Spenderkind nicht mehr möglich und das Adoptionsverhältnis nur in den Fällen der §§1760 und 1763 BGB aufhebbar. Aufgrund der Möglichkeit der Stiefkindadoption für Paare, die in eingetragener Lebenspartnerschaft leben (§9 Abs. 7 LPartG), würde dieses Verfahren (natürlich ohne Vaterschaftsanfechtung, da das Kind bei Geburt zunächst vaterlos ist) auch für ein lesbisches Paar in eingetragener Lebenspartnerschaft funktionieren.⁸⁰ Allerdings bedeutet dieses Verfahren großen Aufwand und funktioniert nur, wenn Kindsmutter und Wunschwater mitwirken wollen. Außerdem gibt es keine Garantie auf Erfolg, da das Familiengericht die Adoption ausspricht und diese unter anderem vom Kindeswohl abhängig macht, §1741 Abs. 1 S. 1 BGB. Für ein Paar, das in eheähnlicher Lebensgemeinschaft lebt, kommt dieses Verfahren sowieso nicht in Frage. Bei einer Adoption durch den Wunschwater würde gemäß §1755 Abs. 1 S.1 BGB das Verwandtschaftsverhältnis zur Kindsmutter erlöschen, da die Stiefkindadoption Ehegatten vorbehalten ist, §1741 Abs. 2 S. 3 BGB.

Gemäß §1614 Abs. 1 BGB ist ein Unterhaltsverzicht für die Zukunft nicht möglich.

Aufgrund der Rechtsfähigkeit des Kindes gemäß §1 BGB und dem Sorgerecht der Eltern gemäß §§ 1626, 1629 Abs. 1 S. 1 BGB kommt ein Vertrag gemäß §414 BGB zwischen dem Unterhaltsgläubiger (Kind) und dem Dritten (Mutter und Wunschwater), der an die Stelle des Unterhaltsschuldners (Spendervater) tritt, erst

⁸⁰ *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

nach der Geburt des Kindes in Betracht.⁸¹ Da es sich jedoch gemäß §181 BGB um ein Insihgeschäft zwischen den Eltern als gesetzlicher Vertreter des Kindes (Unterhaltsgläubiger) und als Dritte handelt, welches nicht ausschließlich der Erfüllung einer Verbindlichkeit dient und für das Kind auch nicht nur rechtlich positiv ist (da es den Unterhaltsanspruch gegen den Spendervater verliert), ist ein solcher Vertrag gemäß §177 Abs. 1 BGB zunächst schwebend unwirksam. Er kann nur durch das voll geschäftsfähig gewordene Kind oder gemäß §1909 Abs. 1 S.1 BGB durch einen Pfleger genehmigt werden. Der Pfleger wird dabei das Kindeswohl beachten. Da es die gleich auszuführende Möglichkeit des Schuldbeitritts gibt, wird der Pfleger die Schuldübernahme nicht genehmigen.⁸²

Einen Vertrag gemäß §415 Abs. 1 S. 1 BGB zwischen dem Dritten (Mutter und Wunschvater) und dem Schuldner (Spendervater) zur Schuldübernahme müsste der Gläubiger (Spenderkind) genehmigen. Bei einem minderjährigen Kind würden Mutter und Wunschvater auch für das Spenderkind als Gläubiger auftreten und somit einen Fall des §181 BGB schaffen. Wie oben beschrieben, würde ein Pfleger die Schuldübernahme auch hier nicht genehmigen.⁸³

Es bleibt die Möglichkeit, dass Mutter und Wunschvater dem Spender als Schuldner beitreten und die drei fortan als Gesamtschuldner gemäß §421 BGB für den Unterhalt haften. Im Innenverhältnis können Mutter und Wunschvater den Spender von der Zahlungsverpflichtung freistellen. Der Spender muss aber nach wie vor zum Beispiel im Fall der Insolvenz der Wunscheltern einspringen, da das Kind durch den Schuldbeitritt nicht schlechter gestellt werden darf.⁸⁴

Zusammenfassend kann man sagen, dass das Spenderkind einen Anspruch auf Unterhalt gegen den Spendervater hat, sobald dieser rechtlicher Vater ist. Von diesem Anspruch kann der Spendervater auch quasi nicht freigestellt werden.

Aus der Verwandtschaft in gerader Linie gemäß §1589 Abs. 1 S. 1 BGB ergibt sich auch, dass das Spenderkind gemäß §1924 Abs. 1 BGB gesetzlicher Erbe des Spenders wird, sobald dieser rechtlicher Vater des Kindes ist. Gleichzeitig wird das Spenderkind auch pflichtteilsberechtigt, §2303 Abs. 1 S. 1 BGB. Dies kann nur nach

81 *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

82 *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

83 *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

84 *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

der Geburt des Kindes (also sobald es gemäß §1 BGB rechtsfähig ist) durch einen Erbverzicht gemäß §2346 BGB verhindert werden. Gemäß §2347 Abs.1 S. 1 BGB muss dieser bei einem minderjährigen Kind durch das Familiengericht genehmigt werden. Dieses wird den Erbverzicht nur genehmigen, wenn das Kindeswohl gewahrt ist und somit gegebenenfalls eine Abfindungszahlung vereinbart wurde.⁸⁵ Da der Erbverzicht schon vor Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders möglich wäre, könnten die Wunscheltern und der Samenspender vor der Behandlung mit heterologer Insemination vereinbaren, dass nach der Geburt des Kindes versucht wird, den Erbverzicht herbeizuführen und die Wunscheltern gegebenenfalls die Abfindungszahlung übernehmen.⁸⁶

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Spenderkind in der Regel immer einen Anspruch auf Unterhalt gegen und Erb- und Pflichtteilsanspruch nach dem Samenspender hat, sobald dieser als rechtlicher Vater festgestellt wurde. Sollte zum Beispiel der Erb- und Pflichtteilsanspruch durch einen Erbverzicht wegfallen, wird durch das Familiengericht sichergestellt, dass das Spenderkind angemessen entschädigt wird.

5. Schadensersatzanspruch des Spenderkindes gegen den Arzt, welcher die Spenderdaten aufbewahrt

Wie unter Gliederungspunkt C.II.1. ausgeführt wurde, hat das Spenderkind einen Anspruch auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Allerdings kommt es durchaus vor, dass der behandelnde Arzt die Spenderdaten nicht korrekt dokumentiert oder sie vorzeitig vernichtet (vgl. dazu Gliederungspunkt B.I.2.). Damit verletzt er gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG das allgemeine Persönlichkeitsrecht des Spenderkindes. Er nimmt dem Spenderkind damit auch die Möglichkeit, seinen genetischen Vater gerichtlich als rechtlichen Vater feststellen zu lassen und somit einen Unterhaltsanspruch, sowie ein Erb- und Pflichtteilsrecht nach dem Samenspender zu etablieren. Der Schadensersatzanspruch des Spenderkindes gegen

⁸⁵ BayObLG, FamRZ 1990, 208; *Taupitz*, ZRP 2011, 161.

⁸⁶ *Taupitz*, ZRP 2011, 161; *Staudinger/Schotten* (2014) §2346 Rn. 6.

den behandelnden Arzt oder die Samenbank ergibt sich jedoch dann aus §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2, 311 BGB. Denn der Behandlungsvertrag zwischen dem behandelnden Arzt und den Eltern oder die Vereinbarung zur Samenspende zwischen dem Samenspender und der Samenbank darf kein Vertrag zu Lasten des Spenderkindes sein, sondern muss dessen Recht schützen. Wenn dies nicht geschieht, entsteht eine Schadensersatzpflicht. Der Schadensersatzanspruch kann sich aufgrund der Persönlichkeitsrechtsverletzung jedoch auch direkt aus § 823 Abs. 1 BGB ergeben. Schwierig bleibt hierbei nur die Bestimmung der Höhe des Schadensersatzes, da der Samenspender ja gerade nicht mehr ermittelt werden kann und somit die Höhe des Schadens bezüglich entgangenem Unterhalt, Erbe bzw. Pflichtteil nicht ermittelt werden kann.⁸⁷

III. Abwägung zwischen Recht des Spenders auf Anonymität und Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Wie bereits unter Gliederungspunkt C.1.1. ausgeführt, ist das Recht des Samenspenders auf Anonymität grundgesetzlich geschützt. Die Anonymität bei der Samenspende ist Teil des Rechts auf informationelle Selbstbestimmung, welches sich wiederum aus dem in Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG geschützten allgemeinen Persönlichkeitsrecht ergibt.

Auf die Frage, ob dem Spenderkind ein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung zusteht, antwortete das OLG Hamm, wie unter Gliederungspunkt C.II.1. ausgeführt, im Einklang mit dem BVerfG ebenfalls mit dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht. So ergibt sich das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ebenfalls aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG.

Da sich das Recht des Samenspenders auf Anonymität und das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung nicht gleichzeitig schützen lassen, muss abgewogen werden, welches von beiden mehr schützenswert ist und somit Bestand hat. Hierzu heißt es vom OLG Hamm nur kurz, dass das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung Vorrang hat, da die

⁸⁷ Spickhoff/Spickhoff BGB §1600 Rn. 19.

Entwicklung der Persönlichkeit, zu der die Kenntnis der eigenen Abstammung ganz entscheidend beiträgt, schutzwürdiger ist als die informationelle Selbstbestimmung. Dafür spricht auch, dass der Spender die Möglichkeit hat, sich vor der Samenspende über die Konsequenzen zu informieren und sich gegebenenfalls dagegen zu entscheiden. Das Spenderkind hat diese Möglichkeit logischerweise nicht und somit ist das Recht des Spenderkindes mehr schützenswert. Vor allem das unter Gliederungspunkt C.II.3. geschilderte Recht des volljährigen Spenderkindes auf Anfechtung der Vaterschaft des Wunschvaters gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. §1600b Abs. 3, Abs. 1 S. 1 BGB und anschließender Vaterschaftsfeststellung des Samenspenders gemäß §1600d BGB hätte dem Samenspender bewusst sein müssen. Daraus ergibt sich natürlich auch, dass seine Anonymität in einem solchen Verfahren nicht gewahrt werden kann.⁸⁸ Allerdings erscheint hier fraglich, ob eine rechtlich nicht versierte Person die oben genannten möglichen Rechtsfolgen einer Samenspende tatsächlich hätte kennen müssen. Allerdings gibt es hier nur die Richtlinie zur Durchführung der In-Vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität.⁸⁹ Diese wurde von der Bundesärztekammer am 15.12.1988 veröffentlicht. In der im Jahr 1996 im Deutschen Ärzteblatt abgedruckten Version heißt es im Kommentarteil unter Gliederungspunkt I.4., dass der behandelnde Arzt den Samenspender informieren muss, dass er ihm keine Anonymität zusichern kann, dem Spenderkind den Namen des Spenders nennen muss und diesbezüglich auch nicht der ärztlichen Schweigepflicht unterliegt. Auch wird auf die Rechte des Kindes auf Vaterschaftsanfechtung und anschließende Vaterschaftsfeststellung hingewiesen. Dies bedeutet, dass die rechtliche Belehrung über die Folgen der Samenspende für den Samenspender (keine Anonymität, Möglichkeit des Status als rechtlicher Vater) momentan durch den behandelnden Arzt vorgenommen wird. Dies muss als unbefriedigender Zustand angesehen werden, da der Arzt im Zweifelsfall selbst nicht die benötigten Kenntnisse im Familienrecht hat. Hier sollte eine gesetzlich vorgeschriebene Belehrung durch einen Notar eingeführt werden.

Im Kommentar von Schröder zur Entscheidung des OLG Hamm äußert dieser die Kritik, dass das Recht auf Anonymität des Samenspenders und das Recht auf

88 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

89 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

Kenntnis der eigenen Abstammung, beide aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG, im Urteil nicht ausreichend gegeneinander abgewogen wurden. Vielmehr erklärt das Gericht direkt, dass dem Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung Vorrang einzuräumen ist.⁹⁰ Diese verkürzte Betrachtung basiert wahrscheinlich darauf, dass das OLG Hamm bezüglich des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung auf den Beschluss des BVerfG vom 18.01.1988 und auf das Urteil des BVerfG vom 31.01.1989 zurückgreifen konnte. Das Recht auf Anonymität des Samenspenders im Rahmen seines grundgesetzlich geschützten Rechts auf informationelle Selbstbestimmung wurde dagegen noch nicht durch das BVerfG behandelt. Somit hat das OLG Hamm dem Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung den Vorrang gegeben.

Als Argument für die wichtigere Stellung des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung gegenüber der Anonymität des Samenspenders kann noch der Schutz des Kindeswohls gesehen werden. Dieser ist einer der wichtigsten Grundsätze im Familienrecht. Das Spenderkind ist, anders als alle anderen Beteiligten (Mutter, Wunschvater, Samenspender und behandelnder Arzt), ohne eigenes Zutun in die Situation gekommen, Spenderkind zu sein. Somit bedarf es des besonderen Schutzes der Grundrechte des Spenderkindes, insbesondere des allgemeinen Persönlichkeitsrechts. Schließlich ist die Bildung der Persönlichkeit, zu der die Kenntnis der eigenen Abstammung, wie bereits ausgeführt, ganz erheblich beiträgt, durch die Situation als Spenderkind geboren zu sein sowieso schon erschwert. Um dies nicht noch weiter zu erschweren, muss das Recht auf informationelle Selbstbestimmung als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts des Samenspenders, der sich ja bewusst für die Samenspende entschieden hat, hinter dem Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung zurücktreten.

⁹⁰ OLG Hamm, ZD 2013, 185.

D. Erforderliche Rechtsentwicklungen im Bereich Samenspende

I. Rechtliche Zulässigkeit der Samenspende

Bereits unter Gliederungspunkt B.I.1. wurde ausgeführt, dass es als Bundesgesetz bezüglich der Samenspende nur das ESchG gibt. Dieses regelt nur, dass die Samenspende in der Bundesrepublik Deutschland grundsätzlich zulässig ist und ergänzt dies durch einige bereits oben ausgeführte Einschränkungen. Weiteres wird nur durch die Musterrichtlinie, sowie die Berufsordnungen und Richtlinien der (L)ÄK geregelt. Wie bereits unter Gliederungspunkt B.I.1. ausgeführt, folgt daraus, dass im Endeffekt der behandelnde Arzt darüber entscheidet, welche statusrechtliche Gruppe von Frauen (vor allem in eingetragener Lebenspartnerschaft und alleinstehend) er mit heterologer Insemination behandelt. Es wurde bereits oben ausgeführt, aus welchen Gründen diese Regelung nicht optimal ist. Somit sollte der Gesetzgeber entweder im ESchG oder in einem eigenen Gesetz zur Samenspende unter anderem regeln, für welche statusrechtliche Gruppe von Frauen die Behandlung mit Fremdsamen zulässig ist. Dies würde sowohl für die behandelnden Ärzte, als auch für die Frauen/Paare, die ihren Kinderwunsch mittels heterologer Insemination erfüllen wollen, Rechtssicherheit schaffen. Selbstverständlich sollten die medizinischen Voraussetzungen für eine Behandlung weiterhin durch das Berufsrecht der Ärzte geregelt sein.

Zusätzlich zu der gesetzlichen Festschreibung, welche statusrechtlichen Gruppen von Frauen mit Fremdsamen behandelt werden dürfen, kann eine Gesetzesreform dazu genutzt werden, weitere grundsätzliche Regelungen zur Samenspende einzuführen. So sollten zum Beispiel Becherspenden, die im Internet verkauft werden, verboten werden. Auch wenn man so natürlich die private, kostenlos zur Verfügung gestellte Becherspende nicht verbieten kann, da sie unter die Freiheit des Sexualverkehrs fällt, würden so mehr Spendersamenbehandlungen durch einen

Mediziner mit medizinisch überprüfem Samen durchgeführt.⁹¹ Allerdings muss man sich hier die Frage stellen, ob ein Verbot in der heutigen anonymen und schnellen Welt des Internets durchsetzbar wäre.

Bisher ergibt sich nur aus den unter Gliederungspunkt C aufgeführten Gerichtsurteilen bzw. -beschlüssen, dass eine anonyme Samenspende in Deutschland nicht möglich ist. Der Gesetzgeber könnte dies nochmal aufgreifen und die anonyme Samenspende ausdrücklich verbieten.⁹² Meiner Auffassung nach hätte dies jedoch nur noch deklaratorischen Charakter.

Des Weiteren ergibt es sich bisher nur aus Gliederungspunkt 5.3.1. der Musterrichtlinie und gegebenenfalls aus den Richtlinien der (L)ÄK, dass die Behandlung einer Frau mit Spermamischungen verboten ist. Hier könnte durch eine gesetzliche Regelung die Rechtsunsicherheit beseitigt werden. Auch sollte der Samen eines Spenders nur für eine begrenzte Anzahl künstlicher Befruchtungen genutzt werden, damit der Spender nicht absurd viele leibliche Kinder zeugt. Dem Beispiel der Regelung in Großbritannien folgend könnte hier die Verwendung des Samens eines Spender bei maximal zehn Frauen festgelegt werden.⁹³

II. Aufbewahrung der Spenderdaten

Wie unter Gliederungspunkt B.I.2. bereits ausgeführt, besteht momentan die Pflicht des Arztes, die Spenderakte 30 Jahre lang aufzuheben. Dies ist aus mehreren Gründen noch nicht die optimale Lösung.

Zunächst einmal sind 30 Jahre Aufbewahrungsfrist zwar eine Verbesserung zu den davor geltenden mindestens zehn Jahren. Allerdings sind auch 30 Jahre noch immer nicht ausreichend. Das Recht des Spenderkinds auf Kenntnis der eigenen Abstammung gilt sein Leben lang. Bei der geltenden Regelung kann es aber nur bis zu seinem 30. Lebensjahr auf die Spenderdaten zurückgreifen, danach werden diese vernichtet. Besser wäre hier eine Lösung, die sich an der Regelung in der Schweiz orientiert: Dort bewahrt das Eidgenössische Amt für das Zivilstandswesen die

91 Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54.

92 Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54.

93 Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54.

Spenderdaten gemäß §§24ff. Fortpflanzungsmedizingesetz für 80 Jahre auf.⁹⁴ Denkbar wäre auch, dass ein Notariat die Spenderdaten für 100 Jahre aufbewahrt.⁹⁵ Auch die Aufbewahrung der Spenderdaten in der Samenbank oder beim behandelnden Arzt ist nicht die bestmögliche Lösung. Denn hier wird es dem Spenderkind überlassen, bestenfalls unter der Mithilfe seiner Eltern, die richtige Samenbank bzw. den behandelnden Arzt ausfindig zu machen und es wird diesen die korrekte Aufbewahrung der Spenderakten überlassen.⁹⁶ Besser wäre hier die zentrale Aufbewahrung aller Spenderakten in einer Datenbank. Diese Datenbank könnte, nach dem Vorbild des zentralen Testamentsregisters bei der Bundesnotarkammer, bei der Bundesärztekammer eingerichtet werden. Somit hätten alle Beteiligten eine zentrale Anlaufstelle.⁹⁷ Alternativ könnte der Samenspender auch im Personenstandsregister erfasst werden und das Spenderkind könnte sich durch Einsicht ins Personenstandsregister über seine Abstammung informieren (vgl. Lösung in der Schweiz oben). Auch eine verpflichtende Zusammenarbeit zwischen den Samenbanken, dem behandelnden Arzt und einem Notar, der die Spenderdaten aufbewahrt, wäre denkbar. Dies wird freiwillig schon durch die Erlanger Samenbank und ein dortiges Notariat praktiziert.⁹⁸ Allerdings darf bei einer Gesetzesänderung nicht nur an zukünftige Spenderkinder gedacht werden. Auch für die Spenderkinder, die bis heute geboren wurden, aber noch keinen Gebrauch von ihrem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung gemacht haben, sollte soweit möglich die Einsicht in die Spenderdaten ermöglicht und deren Vernichtung verhindert werden. Somit sollte den Samenbanken und behandelnden Ärzten die Vernichtung aller noch vorhandenen Spenderakten verboten werden, bis diese bei einem Notar, Standesamt oder einer noch einzurichtenden zentralen Datenbank erfasst sind.⁹⁹

94 *Löhnig*, ZRP 2015, 76.

95 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54.

96 *Löhnig*, ZRP 2015, 76.

97 *Löhnig*, ZRP 2015, 76; *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54.

98 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54.

99 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54.

III. Präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung

Es ist höchst umstritten, ob die Vaterschaftsanerkennung im Fall der heterologen Insemination bereits vor der Zeugung des Kindes wirksam möglich ist. Unabhängig von dem unter Gliederungspunkt B.II.3. dargestellten Fazit zu dieser Streitfrage, muss eine für alle Beteiligten eindeutige Regelung dazu erfolgen. Ansonsten bliebe mit der Frage nach der Elternschaft die wichtigste Frage des Familienrechts im Fall der Zeugung eines Kindes durch heterologe Insemination bei einer in eingetragener Lebenspartnerschaft oder in eheähnlicher Partnerschaft lebenden Frau nicht ausreichend geklärt. Dies ginge zu Lasten des Kindes, für welches bei der gegenwärtigen Regelung das Risiko besteht, vaterlos zu sein.¹⁰⁰ Damit ist gegenwärtig auch dem Grundsatz des Kindeswohls im Familienrecht nicht ausreichend genüge getan.

Somit müsste im BGB klargestellt werden, dass eine Vaterschaftsanerkennung zumindest im Fall der heterologen Insemination bereits präkonzeptionell möglich ist. Dabei bietet es sich an, die Vaterschaftsanerkennung und die bereits in §1600 Abs. 5 BGB vorgesehene Einwilligung der Mutter und des Wunschvaters zu verbinden.¹⁰¹ Dieser Regelungsansatz wurde zum Beispiel in Österreich umgesetzt. So ist gemäß §148 Abs. 3 des Allgemeinen Bürgerlichen Gesetzbuches (ABGB) der Mann gerichtlich als Vater festzustellen, welcher der medizinisch gestützten Fortpflanzung in Form eines Notariatsakts zugestimmt hat.¹⁰² Denkbar wäre auch eine Lösung, bei der die Vaterschaft unmittelbar durch die Einwilligung anerkannt wird, es also keiner gerichtlichen Feststellung mehr bedarf.¹⁰³ Dabei ist es vor allem wichtig, dass ein Lösungsansatz zur Regelung der präkonzeptionellen Vaterschaftsanerkennung verfolgt wird.

Die Einwilligungen müssten dann natürlich auch inhaltlich noch genauer geregelt werden. So könnte die Einwilligung zum Beispiel auf die Behandlung durch einen bestimmten Arzt oder den Samen aus einer bestimmten Samenbank beschränkt

100 *Wehrstedt*, FPR 2011, 400.

101 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54; *Bongartz*, NZFam 2016, 865; *Löhnig*, ZRP 2015, 76.

102 *Wehrstedt*, FPR 2011, 400; *Bongartz*, NZF am 2016, 865; *Wellenhofer*, FamRZ 2016, 1333.

103 *Bongartz*, NZF am 2016, 865; Eine entsprechende Forderung ergab sich schon aus den Empfehlungen des Vorstands des 18. Deutschen Familiengerichtstages, FamRZ 2009, 1970.

werden.¹⁰⁴ Für weitere Regelungen könnte auf das Beispiel des §8 des österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes zurückgegriffen werden. So hat die Einwilligung hier eine zeitlich beschränkte Gültigkeit von zwei Jahren. Gleichzeitig ist der Widerruf formlos gegenüber dem behandelnden Arzt möglich, bis der Samen in den Körper der Frau eingebracht wurde. Dies ist, wie unter Gliederungspunkt B.II.1. ausgeführt, in Deutschland bereits der Fall und könnte somit beibehalten werden.

Bereits unter Gliederungspunkt B.II.1. wurde ausgeführt, dass die Einwilligung gemäß §1600 Abs. 5 BGB keiner Form bedarf. Dies müsste angesichts der stärkeren Wirkung dieser Einwilligung als gleichzeitige Vaterschaftsanerkennung geändert werden. Um das gleiche Maß an rechtlicher Beratung wie bei der herkömmlichen Vaterschaftsanerkennung zu gewährleisten, bietet sich die notarielle Beurkundung als Formerfordernis an.¹⁰⁵

Für die eingetragene Lebenspartnerin der Kindsmutter gibt es bisher nur die unter Gliederungspunkt B.II.2. ausgeführte Stiefkindadoption gemäß §9 Abs. 7 LPartG. Im Zuge einer Gesetzesreform könnte der Gesetzgeber der eingetragenen Lebenspartnerin oder sogar auch der Partnerin der Kindsmutter die Möglichkeit einräumen, nach dem Prinzip der präkonzeptionellen Vaterschaftsanerkennung die Elternschaft für das Kind zu erlangen.¹⁰⁶ Somit bliebe der Wunschmutter der langwierige und unsicherere Weg über die Stiefkindadoption erspart.

IV. Schutz des Samenspenders vor rechtlichen Verpflichtungen und Wahrung des Rechts des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung

Durch die Einführung der oben ausgeführten Regelungen zur präkonzeptionellen Vaterschaftsanerkennung bzw. Erlangung der Elternschaft durch die Wunschmutter bei heterologer Insemination, hätte der Gesetzgeber die Möglichkeit die Rechte des

¹⁰⁴Löhnig, ZRP 2015, 76.

¹⁰⁵MiKoBGB/Wellenhofer BGB §1600 Rn. 35; Wehrstedt, FPR 2011, 400; Bongartz, NZFam 2016, 865; Löhnig, ZRP 2015, 76.

¹⁰⁶Wehrstedt, FPR 2011, 400; Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54; Bongartz, NZF am 2016, 865; Löhnig, ZRP 2015, 76; Kreß, FRP 2013, 240.

Samenspenders zu schützen. Dafür müsste das Recht des Spenderkindes auf Vaterschaftsanfechtung entfallen, wenn die Einwilligungen der Eltern vorliegen. §1600 Abs. 5 BGB könnte entsprechend ergänzt werden.¹⁰⁷ Die Vaterschaftsanfechtung dient grundsätzlich dazu, die biologische und rechtliche Abstammungs- und Familiensituation in Einklang zu bringen. Dies ist bei der Samenspende ja gerade nicht gewünscht, da der Wunschvater oder die Wunschmutter die rechtliche Elternstellung ausfüllen und sich die biologische Vaterschaft des Samenspenders nicht rechtlich abbilden soll.¹⁰⁸ Somit kann man hier einen Vergleich zur Adoption ziehen: Auch hier ist es nicht vorgesehen, dass das Adoptivkind die Adoption anfechtet und somit die Elternschaft der Adoptiveltern beseitigt.¹⁰⁹

Sofern jedoch die Behandlung alleinstehender Frauen mit heterologer Insemination erlaubt wird, gibt es keinen Wunschvater bzw. keine Wunschmutter. Somit würde das Spenderkind weiterhin die Möglichkeit haben, den Spender gerichtlich als Vater feststellen zu lassen, §1600d BGB. Hier erscheint es auch schwierig, den Spender davor zu schützen. Schließlich hat das Spenderkind in dieser Situation nur einen Elternteil und es widerspricht dem Kindeswohl und dem Gedanken der doppelten Elternschaft, dem Spenderkind die Möglichkeit zu nehmen, diese herzustellen.

Allerdings kommt der Vaterschaftsanfechtung durch das Spenderkind noch eine andere wichtige Funktion zu: Wie bereits ausgeführt, hat das Spenderkind nach der Vaterschaftsanfechtung die Möglichkeit, den Spender als rechtlichen Vater gerichtlich feststellen zu lassen. Somit macht es gleichzeitig Gebrauch von seinem grundrechtlich geschützten Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung. Wenn das Recht auf Vaterschaftsanfechtung wegfällt, sollte hier eine alternative Möglichkeit geschaffen werden. Zusätzlich zu der unter Gliederungspunkt C.II.2. ausgeführten Möglichkeit, sollte dem Spenderkind gesetzlich die Möglichkeit gegeben werden, seinen biologischen Vater festzustellen, ohne dass daraus weitere Rechtsfolgen resultieren. Ein erster Ansatz könnte hier sein, dass das Spenderkind einen Anspruch auf Auskunft über das Vorliegen von Spenderdaten gegenüber der noch einzurichtenden zentralen Spenderdatenbank (vgl. Gliederungspunkt D.II.) hat.

107 Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54; Bongartz, NZF am 2016, 865; Löhnig, ZRP 2015, 76.

108 Wehrstedt, FPR 2011, 400.

109 Zypries/Zeeb, ZRP 2014, 54; Löhnig, ZRP 2015, 76.

Sofern es diese Daten dann abfragen möchte, hätte es auch hierauf wieder einen Anspruch.¹¹⁰ In dem Fall vor dem OLG Hamm, der unter Gliederungspunkt C.II.1. ausführlich dargelegt wurde, wurde die Kindsmutter mit dem Samen von zwei Samenspendern behandelt. Zwar verurteilte das OLG Hamm den behandelnden Arzt zur Nennung der Daten beider Spender, doch es gab keinen Anspruch des Spenderkindes gegenüber den beiden Samenspendern auf genetische Untersuchungen zur Klärung der Abstammung. Somit konnte der tatsächliche genetische Vater im Endeffekt nicht festgestellt werden.¹¹¹ Bisher hat das Kind nur einen Anspruch auf Einwilligung in eine genetische Untersuchung zur Klärung der Abstammung gegenüber den beiden rechtlichen Elternteilen, §1598a Abs. 1 Nr. 3 BGB. Diese Regelung sollte so ergänzt werden, dass das Spenderkind auch gegenüber dem Samenspender bzw. den in Frage kommenden Samenspendern einen Anspruch auf Einwilligung in eine genetische Untersuchung zur Klärung der Abstammung hat.¹¹²

E. Vergleich zur Leihmutterschaft

I. Verschiedene Arten der Leihmutterschaft

Unter den Begriff Leihmutterschaft fallen mehrere medizinische Verfahren der assistierten Reproduktion. An dieser Stelle sollen die drei wichtigsten Verfahren begrifflich geklärt und voneinander abgegrenzt werden.

Das erste Verfahren ist die sogenannte Ersatzmutterschaft. Hierbei trägt eine Frau ihr genetisches Kind aus, um es später einer anderen Frau/einem Paar zu überlassen. In der Regel wird der genetische Vater hier der Wunschvater des Kindes sein. Die Befruchtung der Eizelle erfolgt entweder durch Geschlechtsverkehr mit dem Wunschvater, durch Selbsteinbringung des Samens oder durch medizinisch assistierte Reproduktion.

110 *Löhnig*, ZRP 2015, 76.

111 OLG Hamm, ZD 2013, 185.

112 *Zypries/Zeeb*, ZRP 2014, 54; *Bongartz*, NZFam 2016, 865.

Das zweite Verfahren ist die sogenannte Tragemutterschaft. Hierbei trägt die Leihmutter nicht ihr genetisches Kind aus. Eizelle und Samen stammen von dem Paar, das gemeinsam kein Kind bekommen kann. Dieses Verfahren erfordert in-vitro-Fertilisation und anschließende Verpflanzung der befruchteten Eizelle in die Gebärmutter der Tragemutter.

Das dritte Verfahren kombiniert die Tragemutterschaft mit einer Eizellenspende. Somit wird das zweite Verfahren mit einer gespendeten Eizelle und nicht mit der Eizelle der Wunschmutter durchgeführt.¹¹³

II. Medizinische und soziale Unterschiede zur Samenspende

Der Samenspender hat nach seiner Spende erst einmal keinen Kontakt mehr zu seinem zukünftigen Kind. Bei der Leihmutterschaft ist dies anders. Die Leihmutter und das heranwachsende Kind bauen während der Schwangerschaft eine Verbindung zueinander auf. Dies geschieht unabhängig davon, ob sie auch genetisch verwandt sind, oder nicht. Diese Verbindung wird durch die und nach der Geburt noch einmal stärker.¹¹⁴ Diese Verbindung könnte dazu führen, dass die Leihmutter das Kind nach der Geburt nicht herausgeben will.¹¹⁵ Somit dient das unter Gliederungspunkt E.III. auszuführende Verbot der Leihmutterschaft dem gesundheitlichen und psychischen Schutz von Mutter und Kind.¹¹⁶

Zudem bedeutet die Austragung und Geburt eines Kindes als Leihmutter eine stärkere, längerfristige gesundheitliche Belastung und ist wie jede Schwangerschaft mit medizinischen Risiken behaftet. Diese ganze Problematik hat der Samenspender nicht. Es gibt allerdings andere medizinische Praktiken, bei denen Menschen legal in ähnliche Eingriffe in ihre körperliche Unversehrtheit einwilligen. So nehmen zum Beispiel Menschen an klinischen Studien mit ungewissem Ausgang teil oder willigen in die Lebendorganspende ein. Vor allem letztere erscheint als eine schwerere

¹¹³ *Funcke*, NZFam 2016, 207.

¹¹⁴ BGH, NZFam 2015, 112; *Funcke*, NZFam 2016, 207; *Beitz*, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht Rn. 194.

¹¹⁵ *Beitz*, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht Rn. 194.

¹¹⁶ BGH, NZFam 2015, 112.

Belastung als die Leihmutterschaft, da nach einer Lebendorganspende auf jeden Fall ein bleibender „Schaden“ des menschlichen Körpers bleibt. Auch wenn die Leihmutterschaft aus medizinischer Sicht eine deutlich stärkere Belastung darstellt als die Samenspende für den Mann, so gibt es doch erlaubte medizinische Praktiken mit ähnlichen Risiken und Belastungen.¹¹⁷

Ein soziales Problem ist hingegen die Instrumentalisierung der Leihmutter. In den USA kann die Bezahlung einer Leihmutter einen sechsstelligen Betrag kosten.¹¹⁸ Ein Samenspender erhält dahingegen für seine Spende nur eine Entschädigung. Aufgrund des finanziellen Anreizes besteht das Risiko, dass sich besonders Frauen in schwierigen Lebensbedingungen als Leihmutter instrumentalisieren lassen. Daraus können sich auch negative Folgen für das Kind ergeben. Dieses kann in seiner Entwicklung gestört werden, da es sich als gegen Geld erworbene Ware fühlt.¹¹⁹ Außerdem besteht eine gesundheitliche Gefahr für das Kind, wenn die Leihmutter die Schwangerschaft nur als Auftrag betrachtet und nicht genug gesundheitliche Rücksicht auf sich und das ungeborene Kind nimmt.¹²⁰

III. Rechtliche Zulässigkeit der Leihmutterschaft

Wie bereits unter Gliederungspunkt B.I.1. ausgeführt, ist die heterologe Insemination in Deutschland durch das ESchG nicht verboten, sondern die Zulässigkeit der Samenspende wird nur durch einige Regelungen eingeschränkt. Allerdings verbietet §1 Abs. 1 Nr. 7 ESchG bzw. §1 Abs. 2 ESchG die Leihmutterschaft, soweit sie medizinisch assistiert herbeigeführt wird.¹²¹ Auch die Eizellenspende ist gemäß §1 Abs. 1 Nr. 2 ESchG nicht zulässig. Zu beachten ist, dass diese Regelung die medizinischen Eingriffe durch einen Arzt oder einen Dritten zur Herbeiführung einer Leihmutterschaft unter Strafe stellt. Gemäß §1 Abs. 3 Nr. 2 ESchG bleiben die Ersatzmutter und die Wunschmutter straffrei. Auch die Vermittlung von

117 *Kreß*, FPR 2013, 240.

118 *Kreß*, FPR 2013, 240.

119 *Kreß*, FPR 2013, 240.

120 *Beitz*, Terbille/Clausen/Schroeder-Printzen, Münchener Anwaltshandbuch Medizinrecht Rn. 194.

121 BGH, NZFam 2015, 112; MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1591 Rn. 28; *Funcke*, NZFam 2016, 207; *Grziwotz*, Beck'sches Notarhandbuch Rn. 80.

Ersatzmüttern ist gemäß §13c AdVermiG untersagt.¹²² Somit sind die Verfahren der Tragemutterschaft und der Tragemutterschaft mit Eizellenspende in Deutschland verboten. Auch die Ersatzmutterschaft ist insoweit untersagt, als sie durch assistierte Reproduktion zustande kommt. Allerdings wird natürlich der Geschlechtsverkehr des Wunschvaters mit der Ersatzmutter bzw. das Einbringen des Samens des Wunschvaters durch die Ersatzmutter weder durch das ESchG noch durch das AdVermiG verboten. Allerdings würde dann die Ersatzmutter und nicht die Wunschmutter rechtliche Mutter des Kindes, §1591 BGB. Nur wenn das Wunschelternpaar verheiratet ist, kann die Wunschmutter über die Stiefkindadoption gemäß §1741 Abs. 2 S. 3 i.V.m. §1756 Abs. 2 BGB in die Position der rechtlichen Mutter kommen, ohne dass das Verwandtschaftsverhältnis zum Wunschvater des Kindes erlischt.

In der Konsequenz heißt dies, dass die Leihmutterschaft in Deutschland generell nicht zulässig ist. Somit soll bei der weiteren Betrachtungen auch auf Fälle eingegangen werden, bei denen ein Kind legal im Ausland mittels Leihmutterschaft gezeugt wurde.

IV. Rechtliche Zuordnung des mittels Leihmutterschaft geborenen Kindes zu Mutter und Vater

1. Bei Leihmutterschaft in Deutschland

Es sei einmal angenommen, dass es in Deutschland zur Geburt eines Kindes durch eine Leihmutter kommt. Unter Gliederungspunkt E.III. wurde bereits ausgeführt, dass der behandelnde Arzt oder die Vermittlungsstelle für die Leihmutter zu bestrafen sind, sowohl die Leih- als auch die Wunschmutter jedoch straffrei bleiben. An dieser Stelle soll behandelt werden, wie die rechtliche Elternschaft zu diesem Kind aussieht. Gemäß §1591 BGB wird die Leihmutter rechtliche Mutter des Kindes. Hier kann man bereits den ersten Unterschied zum Samenspender

¹²² BGH, NZFam 2015, 112; *Funcke*, NZFam 2016, 207.

feststellen. Für ihn gibt es keinen Automatismus zur rechtlichen Vaterschaft. Der Samenspender kann nur durch eine unwahrscheinliche Vaterschaftsanerkennung seinerseits oder durch gerichtliche Feststellung nach gegebenenfalls erfolgter Vaterschaftsanfechtung in die Rolle des rechtlichen Vaters seines Spenderkindes kommen (vgl. Gliederungspunkt B.II.). Rechtlicher Vater des Kindes ist entweder gemäß §1592 Nr. 1 BGB der Ehemann der Leihmutter oder gemäß §1592 Nr. 2 BGB der Mann, der die Vaterschaft mit Zustimmung der Leihmutter gemäß §1595 Abs. 1 BGB anerkennt. Dies kann durch den Wunschvater erfolgen. Ob der genetische und Wunschvater die Vaterschaft des Ehemannes der Leihmutter gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB anfechten kann, ist zumindest fraglich. Dazu müsste er eidesstattlich versichern, dass er der Kindsmutter während der Empfängniszeit beigewohnt hat. Sofern das Kind durch Geschlechtsverkehr mit dem Wunschvater oder durch Einführen des Samens des Wunschvaters durch die Leihmutter gezeugt wurde (Becherspende), sollte dies möglich sein (vgl. Gliederungspunkt C.I.4.). Voraussetzung hierbei ist natürlich immer, dass keine sozial-familiäre Beziehung zwischen dem Ehegatten der Leihmutter und dem Leihmutterchaftskind besteht, §1600 Abs. 2 BGB. Es könnte sein, dass ein Gericht auch die medizinisch assistierte Insemination der Leihmutter mit dem Samen noch als Beiwohnung ansieht. Wurde jedoch der Samen eines Dritten (etwa des Ehemannes der Leihmutter) verwendet, so steht dem Wunschvater kein Anfechtungsrecht nach §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB zu. Fest steht auf jeden Fall erst einmal, dass die rechtliche Mutter nicht die genetische Mutter ist.

Das gewünschte Ergebnis, nämlich die rechtliche Mutterschaft der Wunschmutter zu erreichen, ist für die Wunschmutter jedoch ungleich schwieriger als für den Wunschvater bei der Samenspende. Dieser wird entweder als Ehemann der Kindsmutter rechtlicher Vater des Spenderkindes oder er erkennt die Vaterschaft zu dem Kind an (vgl. Gliederungspunkte B.II.1. und B.II.3.). Nur in dem unter Gliederungspunkt E.II. geschilderten Fall kann die Wunschmutter durch Stiefkindadoption auch zur rechtlichen Mutter des Kindes der Leihmutter werden. Hier sei nochmal erwähnt, dass die Adoptionsentscheidung durch das Familiengericht ausgesprochen werden muss, welches diese erst nach einem langwierigen Verfahren und gemäß §1741 Abs. 1 S. 1 BGB unter Berücksichtigung

des Kindeswohls trifft. Ansonsten kann die Mutterschaft der Leihmutter durch keinen der Beteiligten, auch nicht durch das Kind, angefochten werden. Somit kann auch keine andere Frau als Mutter des Kindes gerichtlich festgestellt werden.¹²³ Also besteht im deutschen Recht eine Ungleichbehandlung zwischen Vaterschaft und Mutterschaft. Während die Vaterschaft gemäß §1600 BGB widerlegbar ist, kann die Mutterschaft nicht angefochten werden. Somit kann auch nicht eine andere Frau als Mutter festgestellt werden.¹²⁴

2. Bei Leihmutterschaft im Ausland

Aufgrund des Verbots der Leihmutterschaft weichen viele hetero- und homosexuelle Paare in Länder aus, in denen die Leihmutterschaft entweder gesetzlich gestattet oder geduldet ist. Beispiele hierfür sind unter anderem England, Ukraine, Südafrika und alle Bundesstaaten der USA.¹²⁵ In solchen Ländern stammt das Kind der Leihmutter rechtlich gesehen von seinen Wunscheltern ab.

Somit könnte die Abstammung des Kindes von den Wunscheltern für den deutschen Rechtsbereich eventuell über die Kollisionsnorm Art. 19 EGBGB hergeleitet werden. Gemäß Art. 19 Abs. 1 S. 1 EGBGB unterliegt die Abstammung eines Kindes dem Recht des Staates, in dem es seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Sofern sich Paare jedoch für die Inanspruchnahme einer Leihmutter im Ausland entscheiden, werden sie das Kind regelmäßig möglichst schnell nach der Geburt mit nach Deutschland nehmen. Sie und das Kind halten sich somit nur vorübergehend in dem Staat auf, der die Abstammung des Kindes der Leihmutter von den Wunscheltern gesetzlich vorsieht. Somit ist das Kind dort nicht sozial integriert und hat auch nicht seinen gewöhnlichen Aufenthalt. Also kommt man über Art. 19 Abs. 1 S. 1 EGBGB nicht in das gewünschte Recht des Staates, der die Leihmutterschaft und die Elternschaft der Wunscheltern gesetzlich anerkennt.¹²⁶

Über Art. 19 Abs. 1 S. 2 EGBGB kann die Abstammung eines Kindes von jedem Elternteil auch nach dem Recht des Staates bestimmt werden, dem dieser Elternteil

123 MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1591 Rn. 26.

124 MüKoBGB/*Wellenhofer* BGB §1591 Rn. 27; *Helms*, *Helms/Kieninger/Rittner* Abstammungsrecht, Rn. 8.

125 *Süß*, *Münch Familienrecht*, Rn. 342; *Funcke*, *NZ Fam* 2016, 207.

126 *Süß*, *Münch Familienrecht*, Rn. 343.

angehört. Würde man hier allerdings an das Recht der deutschen Wunschmutter anknüpfen, käme man über §1591 BGB zum Ergebnis, dass die Leihmutter rechtliche Mutter des Kindes ist.¹²⁷ Gemäß Art. 19 Abs. 1 S. 2 EGBGB kann auch die Abstammung vom deutschen Wunschvater bestimmt werden. Sofern die Leihmutter nicht verheiratet ist, kann dieser durch Vaterschaftsanerkennung begründet werden. War die Leihmutter im Zeitpunkt der Geburt verheiratet, ist nach dem Aufenthaltsrecht des Kindes gemäß Art. 19 Abs. 1 S. 1 EGBGB zunächst der Ehemann der Leihmutter der rechtliche Vater des Kindes.¹²⁸ Über das Heimatrecht könnte gemäß Art. 19 Abs. 1 S. 2 EGBGB auch die Abstammung des Kindes von der Leihmutter angeknüpft werden. Eine Feststellung der Abstammung des Kindes von der genetischen Mutter kann in diesem Recht jedoch wohl nicht erfolgen.¹²⁹

Über Art. 19 Abs. 1 S. 3 EGBGB kann wieder nur die Abstammung des Kindes von der Leihmutter und ihrem Ehemann festgestellt werden.

Es kann also festgehalten werden, dass eine Abstammung des Kindes von beiden Wunscheltern über die Anwendung der deutschen Kollisionsnorm Art. 19 EGBGB quasi nicht zu erreichen ist.

Der Beschluss des BGH vom 10.12.2014 schafft allerdings unter bestimmten Bedingungen die Möglichkeit der mittelbaren Anerkennung der Elternschaft der Wunscheltern eines Kindes, das von einer Leihmutter ausgetragen und geboren wurde. Im entschiedenen Fall hatten zwei eingetragene Lebenspartner in Kalifornien einen Vertrag mit einer Leihmutter geschlossen, demzufolge diese ein Kind, das mit dem Samen des einen Lebenspartners und einer gespendeten Eizelle gezeugt worden war, austrug und zur Welt brachte. Auf Antrag der Lebenspartner stellte ein amerikanisches Gericht fest, dass die beiden Lebenspartner, nicht aber die Leihmutter rechtliche Eltern des Kindes seien. Ein deutsches Standesamt lehnte jedoch die Nachbeurkundung der Auslandsgeburt mit dem Eintrag der beiden Lebenspartner als Eltern des Kindes ab.¹³⁰ Der BGH-Beschluss verpflichtet das Standesamt jedoch zur Nachbeurkundung der Auslandsgeburt mit dem Eintrag der Lebenspartner als Eltern des Kindes. Die Entscheidung des amerikanischen Gerichts, dass diese die Eltern des Kindes seien, wird gemäß §108 FamFG anerkannt.

127 OLG Stuttgart, FamFR 2012, 166; *Süß*, Münch Familienrecht, Rn. 343.

128 *Süß*, Münch Familienrecht, Rn. 344; Staudinger/*Henrich* (2014) Art. 19 EGBGB Rn. 62.

129 *Süß*, Münch Familienrecht, Rn. 343; a.A. Staudinger/*Henrich* (2014), Art. 19 EGBGB Rn. 78.

130 BGH, NZFam 2015, 112.

Schließlich ist eine Gerichtsentscheidung im Gegensatz zu einer reinen Registrierung der Verwandtschaftsverhältnisse anerkennungsfähig. Auch wenn es dazu in der Literatur unterschiedliche Ansichten gibt, sieht der Senat keinen Verstoß gegen den deutschen *ordre public* gemäß §109 Abs. 1 Nr. 4 FamFG solange ein Wunschelternanteil genetisch mit dem Kind verwandt ist und keine genetische Verwandtschaft zwischen der Leihmutter und dem Kind besteht.¹³¹ Unter diesen Voraussetzungen kann für ein Kind, das unter Zuhilfenahme einer Leihmutter geboren wurde, eine deutsche Personenstandsurkunde ausgestellt werden, in der die Wunscheltern als rechtliche Eltern eingetragen sind.¹³²

Vermutlich würde es auch einen Verstoß gegen die Europäische Menschenrechtskonvention darstellen, wenn es keinerlei Möglichkeit gäbe, das *de-facto*-Kindschaftsverhältnis zwischen einem Leihmutterchaftskind und seinen Wunscheltern auch rechtlich abzubilden. So entschied der EGMR am 26.06.2014, dass das Recht von Leihmutterchaftskindern auf Achtung ihres Privatlebens gemäß Art. 8 EMRK verletzt sei, wenn es keine Möglichkeit der rechtlichen Anerkennung ihres *de-facto*-Kindschaftsverhältnisses zu ihrem genetischen Vater und ihrer Wunschmutter gibt. Im entschiedenen Fall hatten französische Behörden die Eintragung der Kinder, unter Nennung des genetischen Vaters und der Wunschmutter als rechtliche Eltern, in ein Personenstandsregister verweigert, obwohl die Wunscheltern in den amerikanischen Personenstandsurkunden als rechtliche Eltern der Kinder eingetragen waren. Dies führe zu einer rechtlichen Ungewissheit der Kinder, die deren Identität in der französischen Gesellschaft berühre. Auch die Ungewissheit über die französische Staatsangehörigkeit wirke sich auf die Identitätsfindung der Kinder aus. Auch erbrechtliche Fragen seien betroffen. Außerdem schütze die EMRK besonders die Rechte von Kindern und diese seien unverschuldet in die Situation gekommen, von einer Leihmutter ausgetragen und geboren zu sein. Obwohl es Frankreich gemäß Art. 8 EMRK zustehe, seine Bürger durch gesetzliche Regelungen zu entmutigen, im Ausland eine Leihmutterchaft in Anspruch zu nehmen, dürfe dies nicht soweit gehen, dass deren Recht auf Achtung des Privatlebens in der oben ausgeführten Weise verletzt wird.¹³³

131 BGH, NZFam 2015, 112.

132 BGH, NZFam 2015, 112; *Funcke*, NZFam 2016, 207; *Süß*, Münch Familienrecht, Rn. 344.

133 EGMR, NJW 2015, 3211.

Somit wird insgesamt deutlich, dass sich Deutschland der rechtlichen Anerkennung von Kindschaftsverhältnissen zwischen Wunscheltern und im Ausland durch eine Leihmutter ausgetragenen und geborenen Kindern nicht gänzlich entziehen kann.

V. Recht auf Kenntnis der genetischen Mutter

Bereits unter Gliederungspunkt C.II.1. wurde das grundrechtlich geschützte Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung erläutert. Dieses Recht muss auch einem Kind zugesprochen werden, das durch eine Leihmutter ausgetragen und zur Welt gebracht wurde.¹³⁴ Wie auch schon unter Gliederungspunkt C.II.1. ausgeführt, geht es dabei nicht nur um das Wissen über die genetischen Abstammungsdaten, sondern viel mehr um die Beantwortung der Frage: „Wo komme ich her?“. Die Beantwortung dieser Frage trägt zur eigenen Identitätsbildung des Kindes erheblich bei.¹³⁵

Im Bereich der Samenspende findet das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung seinen Ausdruck unter anderem im Recht des Kindes auf Anfechtung der Vaterschaft des Wunschvaters und auf Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders (vgl. Gliederungspunkt C.II.3.). Dies fehlt im Fall der Leihmutterschaft gänzlich (vgl. Gliederungspunkt E.IV.1.).

Ein weiterer Ausdruck des Rechts auf Kenntnis der eigenen Abstammung könnte §1598a Abs. 1 Nr. 3 BGB sein, demzufolge das Kind gegenüber seinen beiden (rechtlichen) Elternteilen einen Anspruch hat, dass diese in eine genetische Abstammungsuntersuchung einwilligen. Allerdings kann hier sowohl das Spenderkind, als auch das Leihmutterschaftskind, nur herausfinden, dass es genetisch nicht von seinem rechtlichen Vater/seiner rechtlichen Mutter abstammt. Jedoch kann nicht positiv die Abstammung vom genetischen Vater oder der genetischen Mutter festgestellt werden.¹³⁶

Eine letzte Möglichkeit für das Kind, sein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung geltend zu machen, enthält §1618a BGB, welcher als Generalklausel

134 *Kreß*, FPR 2013, 240; *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1591 Rn. 30; *Dethloff*, Familienrecht §10 Rn. 93; *Rauscher*, FamR Rn. 765; *Wellehnhofer*, NJW 2008, 1185.

135 *Funcke*, NZFam 2016, 207.

136 *MüKoBGB/Wellenhofer* BGB §1591 Rn. 31.

die Pflicht zu Beistand und Rücksicht zwischen Eltern und Kindern enthält. Da die genetische Abstammung zum Beispiel für eine mögliche Heirat des Kindes (§1307 BGB) oder das Verbot des Beischlafs zwischen Verwandten (§173 StGB) relevant ist, kann man einen Anspruch des Kindes gegen seine rechtlichen Eltern auf Auskunft über seine genetische Herkunft aus §1618 a BGB entnehmen. Es kann allerdings nicht garantiert werden, dass die Auskunft der Eltern richtig ist. Auch ist die Einklagbarkeit des Anspruchs einzelfallabhängig.¹³⁷

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass dem Leihmutterkind im Vergleich zum Spenderkind die Möglichkeit der Mutterschaftsanfechtung und gerichtlichen Mutterschaftsfeststellung fehlt. Der Anspruch aus §1598a Abs. 1 Nr. 3 BGB läuft für beide bezüglich der Kenntnis der tatsächlichen genetischen Abstammung ins Leere. Der Anspruch aus §1618a BGB ist zu vage und rechtsunsicher, da er auf einer Generalklausel basiert und nicht immer durchsetzbar ist.

F. Fazit

In dieser Arbeit wurde zunächst auf die Zulässigkeit der Samenspende und die Regelungen zur Samenspende in Deutschland eingegangen. Das ESchG enthält hierzu als einzige bundesrechtliche Vorschrift Regelungen. Ihm kann man die grundsätzliche Zulässigkeit der Samenspende und einige einschränkende Regelungen entnehmen. Allerdings beantwortet dieses Gesetz nicht die Frage, für wen die Behandlung mit heterologer Insemination zulässig ist. Ob eine verheiratete, in eheähnlicher Partnerschaft lebende, in eingetragener Lebenspartnerschaft lebende oder alleinstehende Frau behandelt werden darf, wird im Berufsrecht der Ärzte geregelt. Dieses ist allerdings so schwammig und unverbindlich formuliert, dass der Arzt im Endeffekt unter Zuhilfenahme seines Berufsrechts und der Musterrichtlinie entscheiden muss, welche statusrechtliche Gruppe von Frauen er behandelt. Dieser Status quo der Rechtslage ist sehr kritisch zu beurteilen. Man kann von einem Arzt nicht erwarten, dass er die familienrechtlichen Konsequenzen seiner Entscheidung für oder gegen die Behandlung von bestimmten statusrechtlichen Gruppen von

¹³⁷ MüKoBGB/Wellenhofer BGB §1591 Rn. 30.

Frauen abschätzen kann. Da das Berufsrechts dem Arzt so einen großen eigenen Entscheidungsspielraum zuspricht, wird die Entscheidung eines Arztes gegen die Behandlung einer Patientin wohl kaum gerichtlich überprüfbar sein. In der Summe sind die Regelungen zur Samenspende, abgesehen vom ESchG, maximal indirekt (Ermächtigung der Länder für die (L)ÄK in ihren Berufsordnungen Regelungen zur Samenspende zu treffen) demokratisch legitimiert. Dies scheint beim Thema Samenspende, das ethisch sehr umstritten und kompliziert ist, bedenklich. Somit sollte der Bundesgesetzgeber im ESchG oder wahrscheinlich besser in einem eigenen Gesetz zur Samenspende festschreiben, welche statusrechtlichen Gruppen von Frauen mit heterologer Insemination behandelt werden dürfen. In diesem Gesetz könnten weitere Regelungen, wie das deklaratorische Verbot der anonymen Samenspende, das Verbot der Verwendung von Spermamischungen und eine Begrenzung für die Verwendung des Samen eines Mannes, untergebracht werden.

Auch die Dokumentation und Aufbewahrung der Daten des Samenspenders wurde in dieser Arbeit thematisiert. Nach der seit 2007 geltenden aktuellen Rechtslage ist die Samenbank gesetzlich verpflichtet, die Spenderdaten zu dokumentieren und 30 Jahre lang aufzubewahren. Vor 2007 galt für die Aufbewahrung eine Frist von mindestens zehn Jahren. Die langfristige Aufbewahrung von Spenderdaten ist elementar, damit das Spenderkind von seinem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung Gebrauch machen kann. Somit ist die Aufbewahrungsfrist von 30 Jahren immer noch nicht ausreichend. Denn ein Spenderkind kann somit nur bis zu seinem dreißigsten Lebensjahr seinen genetischen Vater ermitteln. Die Frist sollte also auf 80 bis 100 Jahre verlängert werden. Um dem Spenderkind den Zugriff auf die Daten so einfach wie möglich zu machen, sollten diese entweder bei einem Notar oder bei einer noch einzurichtenden zentralen Spenderdatenbank (z.B. bei der Bundesärztekammer) hinterlegt werden. Als dritte Option könnte der Samenspender im Personenstandsregister erfasst werden. Hinzu kommt, dass die Vernichtung von vorhandenen Spenderdaten verboten werden muss, damit Spenderkinder, die diese Möglichkeit noch nicht genutzt haben, noch von ihrem Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung Gebrauch machen können.

Wie auch die grundsätzliche Frage, ob ein Arzt überhaupt eine heterologe Insemination bei einer Frau durchführt, hängen auch die abstammungsrechtlichen

Konsequenzen vom familienrechtlichen Status der Frau ab. Fest steht jedoch, dass bei der Samenspende die Wunschmutter immer auch die rechtliche Mutter ist, da sie das Spenderkind zur Welt bringt, §1591 BGB. Sofern die Kindsmutter im Zeitpunkt der Geburt mit dem Wunschvater verheiratet ist, wird dieser rechtlicher Vater des Kindes, §1592 Nr. 1 BGB. Wenn die Kindsmutter in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft lebt, hat ihre Partnerin die Möglichkeit, das Spenderkind zu adoptieren, §9 Abs. 8 LPartG. Ist die Kindsmutter alleinstehend, so gibt es zunächst keinen rechtlichen Vater, da der Samenspender die Vaterschaft zum Spenderkind wohl kaum anerkennen wird. Er kann aber gerichtlich als rechtlicher Vater des Kindes festgestellt werden, §1600d BGB. Sofern die Kindsmutter in einer eheähnlichen Partnerschaft lebt, muss ihr Partner die Vaterschaft zum Spenderkind gemäß §§1594, 1595 BGB anerkennen. Kommt die Anerkennung nicht zustande, kann nur der leibliche Vater, also der Samenspender, gerichtlich als rechtlicher Vater des Kindes festgestellt werden, §1600d BGB.

Die rechtliche Vaterschaft des Wunschvaters ist bei der Samenspende natürlich nicht mit der biologischen Vaterschaft identisch. Somit wären die Wunscheltern grundsätzlich gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 1 und 4 BGB berechtigt, die Vaterschaft anzufechten. Dies steht ihnen gemäß §1600 Abs. 5 BGB jedoch nicht zu, wenn eine konsenterte heterologe Insemination vorliegt. In diesem Fall steht auch dem Samenspender sein Anfechtungsrecht gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 2 BGB nicht zu, da dieser konkludent mit der Samenspende auf sein Anfechtungsrecht verzichtet hat. Ebenfalls hat er keinen Anspruch auf Auskunft über die Identität seines Kindes. Das Anfechtungsrecht steht ihm jedoch im Falle der privaten Becherspende oder der „Spende“ mittels Geschlechtsverkehr zu, sofern keine sozial-familiäre Beziehung zwischen dem Spenderkind und seinem rechtlichen Vater besteht, §1600 Abs. 2 BGB. Die Vaterschaftsanfechtung für das Kind gemäß §1600 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. §1600a Abs. 3 BGB durch die rechtlichen Eltern entspricht wohl nicht dem Kindeswohl und ist somit unzulässig. Allerdings kann das volljährige Kind die rechtliche Vaterschaft seines Wunschvaters anfechten, §1600b Abs. 3 BGB.

Die abstammungsrechtlichen Regelungen, welche die Samenspende betreffen, sollten zukünftig verändert werden. So sollte für den Partner, nicht Ehegatten, der Kindsmutter die präkonzeptionelle Vaterschaftsanerkennung möglich sein. Damit

würde man das Risiko einer Vaterlosigkeit des Spenderkindes vermeiden. Denkbar wäre es hier, die Vaterschaftsanerkennung an die Einwilligung der Wunscheltern gemäß §1600 Abs. 5 BGB zu knüpfen. Gleichzeitig könnte für die eingetragene Lebenspartnerin der Kindsmutter die Möglichkeit geschaffen werden, ebenfalls durch Einwilligung in die heterologe Insemination in die rechtliche Elternstellung zu gelangen. Somit würde in allen Konstellationen, abgesehen von der alleinstehenden Mutter, sichergestellt, dass das Spenderkind von Geburt an zwei rechtliche Elternteile besitzt. Um die Samenspende an sich attraktiver zu machen, könnte man somit dem Spenderkind das Recht auf Vaterschaftsanfechtung und die daraus resultierende Vaterschaftsfeststellung des Samenspenders absprechen. Nach wie vor könnte dabei der Samenspender als rechtlicher Vater des Kindes festgestellt werden, wenn die Behandlung mit heterologer Insemination bei einer alleinstehenden Frau erfolgte. Das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung müsste dann auf anderem Wege gewährleistet werden. Sofern die Spenderdaten, wie oben vorgeschlagen, in einer zentralen Datenbank gespeichert werden, müsste für das Kind ein Anspruch gegen die Datenbank dahingehend gesetzlich festgeschrieben werden, dass es erfahren kann, ob überhaupt Spenderdaten vorliegen. Sofern es diese erfahren will, hat es auch hierauf wieder einen gesetzlichen Anspruch. Somit wäre das Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung ohne statusrechtliche Folgen gewahrt.

Das hier bereits mehrfach angesprochene Recht des Spenderkindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung leitet das BVerfG gemäß Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG vom allgemeinen Persönlichkeitsrecht des Kindes ab. Demgegenüber steht das Recht des Samenspenders auf Anonymität, das sich als Teil der informationellen Selbstbestimmung ebenfalls aus Art. 2 Abs. 1 i.V.m. Art. 1 Abs. 1 GG als Teil des allgemeinen Persönlichkeitsrechts ergibt. Diese beiden grundrechtlich geschützten Positionen wurden noch nicht höchstrichterlich gegeneinander abgewogen. Das OLG Hamm hat allerdings zu Gunsten des Rechts des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung entschieden. Hinter dieser Entscheidung steht der Kindeswohlgedanke. Das Spenderkind ist ohne eigenes Verschulden in die Situation gekommen, ein Spenderkind zu sein. Dies ist das Hauptargument der Position des OLG Hamm, den Schutzgedanken des Rechts des Spenderkindes auf Kenntnis der

eigenen Abstammung über das Recht des Spenders auf Anonymität zu stellen. Das Spenderkind hat einen Auskunftsanspruch über die Identität des Samenspenders gegen den behandelnden Arzt aus §242 BGB i.V.m. 328 Abs. I BGB, um sein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung geltend zu machen.

Allerdings haben sowohl der Samenspender, als auch das Spenderkind gegebenenfalls einen Anspruch auf Schadensersatz, wenn ihr jeweiliges Persönlichkeitsrecht verletzt wird. Beim Samenspender ist dies der Fall, wenn die Samenbank ihn nicht ausreichend darüber aufgeklärt hat, dass ihm keine Anonymität zusteht. Denn wenn er als rechtlicher Vater gerichtlich festgestellt wird, kommen auf ihn Unterhaltszahlungen sowie das Erb- und Pflichtteilsrecht des Spenderkindes zu. Aufgrund der Verletzung seines Persönlichkeitsrechts hat er gemäß §823 Abs. 1 BGB einen Schadensersatzanspruch gegen die Samenbank. Beim Spenderkind entsteht der Schadensersatzanspruch gegen den Arzt, der die Spenderdaten aufbewahrt, wenn dieser sie zu früh vernichtet und damit dem Kind sein Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung verwehrt. Dadurch verliert es Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrechte gegen den Spender. Als Anspruchsgrundlage für einen Schadensersatz dafür kommen §§ 280 Abs. 1, 241 Abs. 2, 311 BGB oder §823 Abs. 1 BGB in Betracht.

Sofern der Spendervater und das Spenderkind in einem rechtlichen Eltern-Kind-Verhältnis stehen, stehen ihnen gegenseitig Unterhalts-, Erb- und Pflichtteilsrechte zu. Der Verzicht auf oder der Ausschluss dieser Rechte sind schwerlich möglich. Sofern kein rechtliches Verwandtschaftsverhältnis zwischen dem Samenspender und dem Spenderkind besteht, steht dem Samenspender weder das Auskunfts- noch das Umgangsrecht aus §1686a Abs. 1 BGB zu, wenn seine Samenspende bei einer Samenbank erfolgte. Handelt es sich jedoch um eine Becherspende, können ihm diese beiden Rechte unter Umständen zustehen.

Im Vergleich zur Samenspende ist die Leihmutterschaft zu sehen. Diese unterscheidet sich zunächst einmal darin von der Samenspende, dass die Leihmutter durch die Schwangerschaft und die Geburt im Gegensatz zum Samenspender eine Beziehung zum Kind aufbaut. Außerdem bedeutet die Leihmutterschaft für die Leihmutter eine deutlich stärkere gesundheitliche Belastung, als die Samenspende für den Samenspender. Hinzu kommt noch der soziale Aspekt, dass für eine

Leihmutter im Ausland bis zu sechsstelligen Beträgen ausgegeben werden, während ein Samenspende nur eine Entschädigung enthält. Ein gravierender Unterschied ist natürlich, dass die Leihmutterschaft in Deutschland im Gegensatz zur Samenspende verboten ist. Die rechtliche Zuordnung des Leihmutterschafts Kindes zu seinem Wunschvater ist über die Vaterschaftsanerkennung relativ einfach, solange die Leihmutter nicht verheiratet ist. Dies ist vergleichbar zur Samenspende. Allerdings ergibt sich bei einer Leihmutterschaft das Problem, dass es einen Unterschied zwischen rechtlicher Mutter (die Leihmutter, da sie das Kind zur Welt gebracht hat) und Wunschmutter gibt. Für die Wunschmutter ist es bei einer Leihmutterschaft in Deutschland nur in einem Fall möglich, rechtlicher Elternteil des Leihmutterschafts Kindes zu werden: Der Wunschvater muss rechtlicher Vater des Kindes werden und mit ihr verheiratet sein. Dann kann sie das Leihmutterschafts Kind im Rahmen einer Stiefkindadoption annehmen. In allen anderen Konstellationen bleibt ihr der Weg in die rechtliche Mutterschaft verwehrt, da es im deutschen Recht keine Mutterschaftsanfechtung gibt. Bei einer Leihmutterschaft im Ausland können die Wunscheltern auch nach deutschem Recht rechtliche Eltern des Leihmutterschafts Kindes werden, solange sie im Ausland als rechtliche Eltern des Kindes gerichtlich festgestellt wurden, genetische Verwandtschaft zu mindestens einem Wunscheltern besteht und die Leihmutter nicht mit dem Leihmutterschafts Kind genetisch verwandt ist. Einem Leihmutterschafts Kind steht ebenso wie einem mittels Samenspende gezeugten Kind das Recht auf Kenntnis der eigenen Abstammung zu. Dieses Recht kann es in Deutschland aber de lege lata quasi nicht durchsetzen, da das deutsche Recht keine Mutterschaftsanfechtung und keine Mutterschaftsfeststellung vorsieht.

Im Großen und Ganzen lässt sich sagen, dass der Gesetzgeber in Deutschland die Lebenswirklichkeit der Samenspende und Leihmutterschaft erkennen und entsprechend adäquate Regelungen schaffen sollte. Die momentane Rechtslage ist unzureichend und schafft Rechtsunsicherheit bei allen Beteiligten.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat in seiner Sitzung vom 17. Februar 2006 auf Empfehlung des Wissenschaftlichen Beirats beschlossen:

(Muster-)Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion

- Novelle 2006 -

Vorwort

Ärztliches Handeln in der Reproduktionsmedizin hat wie in kaum einem anderen medizinischen Bereich die Interessen unterschiedlicher Beteiligter zu beachten. Sie reichen von der Sorge für das Kindeswohl und die physische sowie psychische Gesundheit des Paares mit Kinderwunsch bis zur diagnostischen und therapeutischen Betreuung der Schwangeren. Auch die Verpflichtungen gegenüber allen beteiligten Personen im Zusammenhang mit der Anwendung eines möglichen heterologen Verfahrens (Kind, Mutter, genetischer Vater, sozialer Vater) sind zu beachten. Entsprechend steht die Reproduktionsmedizin im Schnittpunkt vor allem des ärztlichen Berufsrechts, des Familienrechts, des Sozialrechts sowie des Embryonenschutzes und des Strafrechts.

Auf der Grundlage der gesetzlichen Regelungen bildet die Richtlinie zur assistierten Reproduktion für die beteiligten Ärzte seit langem wesentliche Orientierungshilfen, weil sie neben der Zusammenfassung von medizinischen Indikationen und Kontraindikationen für die verschiedenen Behandlungsverfahren auch die strukturellen sowie ablauf- und ergebnisorientierten Anforderungen praxisorientiert darlegt. Diese Orientierungsfunktion ist vor dem Hintergrund der Dynamik der wissenschaftlich-technischen Entwicklung umso bedeutsamer, solange der Gesetzgeber das Recht der Fortpflanzungsmedizin nicht systematisch regelt.

Seit der letzten Fortschreibung der Richtlinie im Jahre 1998 wurden im Bereich der assistierten Reproduktion zahlreiche Verfahren modifiziert und neue Methoden entwickelt. Hierzu zählen zum Beispiel die Polkörperdiagnostik und die morphologische Beurteilung früher pränidativer Embryonen im Zusammenhang mit der Thematik des Single-Embryo-Transfers und der Vermeidung von Mehrlingsschwangerschaften.

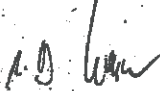
Diese Entwicklungen sind nicht losgelöst zu betrachten von der Diskussion der gesetzlichen Rahmenbedingun-


gen, insbesondere des Embryonenschutzgesetzes, sowie den ethischen Normen. So gilt der hohe Rang des Kindeswohls auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind. In ethischer Hinsicht hat die Reproduktionsmedizin ferner die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen.

Die im Fortschreibungsprozess der Richtlinie interdisziplinär und sehr umfassend geführte Auseinandersetzung mit der komplexen Thematik der assistierten Reproduktion soll zu einer Versachlichung der Debatte um Themen wie Präimplantationsdiagnostik, Polkörperdiagnostik, heterologe Insemination und Auswahl von Embryonen nach morphologischen Kriterien beitragen.

Die Richtlinie zeigt das Potenzial neuer reproduktionsmedizinischer Verfahren auf und erläutert im Kommentar unter anderem die Grenzen der rechtlichen Zulässigkeit oder die Unzulässigkeit ihrer Anwendung. In ihrem Regelungsteil muss die Richtlinie selbstverständlich von den gesetzlichen Vorgaben ausgehen. Der Gesetzgeber ist aber aufgefordert, die rechtlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zulässig sind und zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben, in geeigneter Weise auch in Deutschland auf der Basis eines möglichst breiten gesellschaftlichen Konsenses ermöglicht werden.

Da viele Problembereiche der Reproduktionsmedizin in Deutschland nicht umfassend durch ein „Fortpflanzungsmedizinengesetz“ geregelt sind, wird es weiterhin Aufgabe des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesärztekammer sein, die Entwicklungen auf dem Gebiet der Fortpflanzungsmedizin kontinuierlich zu begleiten, kritisch zu hinterfragen und bei Bedarf eine Fortschreibung der (Muster-)Richtlinie vorzunehmen.


Prof. Dr. med. Dr. h. c. J.-D. Hoppe
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages


Prof. Dr. med. Dr. h. c. P. C. Scriba
Vorsitzender des Wissenschaftlichen Beirats
der Bundesärztekammer

Nach Einführung der In-vitro-Fertilisation (IVF) Anfang der 1980er-Jahre hat die Bundesärztekammer „Richtlinien zur Durchführung von IVF und Embryo-

transfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ erarbeitet. Sie sind durch Beschluss des 88. Deutschen Ärztetages 1985 Bestandteil der

(Muster-)Berufsordnung und der meisten Berufsordnungen der Landesärztekammern geworden. Die Modifizierung und Ausweitung der Verfahren hat inzwi-

schen die vorliegende Fortschreibung erforderlich gemacht.

Präambel

Die (Muster-)Richtlinie berücksichtigt die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik. Die Anwendung medizinisch assistierter Reproduktion ist durch das Leiden von Paaren durch ungewollte Kinderlosigkeit und durch ihren auf natürlichem Weg nicht erfüllbaren Kinderwunsch begründet. Zwar besitzt kein Paar ein Recht oder einen Anspruch auf ein Kind, jedoch ist der Wunsch nach einem eigenen Kind legitim und nachvollziehbar. Sofern sich ein Kinderwunsch auf natürlichem Weg nicht erfüllen lässt, kann die medizinisch assistierte Reproduktion zumindest in begrenztem Umfang Hilfe leisten. Der technische Fortschritt der Reproduktionsmedizin soll aber keine überhöhten Erwartungen wecken und keiner Verschiebung gesellschaftlicher Leitbilder zulasten behindert geborener Kinder Vorschub leisten.

Der medizinisch assistierten Reproduktion liegen die gesetzlichen Vorgaben, namentlich das Embryonenschutzgesetz (ESchG), zugrunde. Die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht von Embryonen werden von der abgeschlossenen Befruchtung an gewahrt. Darüber hinaus orientiert sie sich an ethischen Normen, die das Kindeswohl, d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärztinnen/Ärzte betreffen.

Den hohen Rang des Kindeswohls bringen zum Beispiel das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989 oder die von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 1998 verabschiedete „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ zum Ausdruck. In der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten in Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ an. Der Weltärztebund betont im Rahmen seiner „Allgemeinen Grundsätze“, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss“. Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind.

Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Ver-

fahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin/der Arzt für das Wohl des mit ihrer/seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl der Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und auf die erwünschten Kinder. Aufgrund der ärztlichen Verantwortung muss daher über Gefährdungen, die aus Mehrlingsschwangerschaften für Mutter und Kind resultieren, oder das Problem erhöhter nachgeburtlicher Gesundheitsschäden des Kindes sorgsam und umfassend aufgeklärt werden. Im Einzelfall müssen der Kinderwunsch eines Paares und eventuelle gesundheitliche Risiken, die eine medizinisch assistierte Reproduktion für das erhoffte Kind mit sich bringen können, gegeneinander abgewogen werden. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft ist Rechnung zu tragen.

Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des *informed consent* gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären. Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der ärztlich assistierten Reproduktion es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.

Die Behandlungsstandards und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland reproduktionsmedizinisch gewährleistet werden, sind im europäischen Kontext zu sehen. Sie lassen sich vom Fortschritt der Behandlungsmethoden, von den rechtlichen Entwicklungslinien sowie den – auch weniger restriktiven – ethischen Gesichtspunkten, die in anderen europäischen Ländern gelten, nicht abkoppeln. Nichtgenetische oder genetisch-diagnostische Verfahren, die in einer Reihe europäischer Staaten im Rahmen der dort geltenden Gesetze auf Wunsch der Eltern zu einer möglichen Verbesserung des Schwangerschaftserfolges und um der Gesundheit der erhofften Kinder willen praktiziert werden (z. B. Präimplantationsdiagnostik oder vor allem Kultivierung von Embryo-

nen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer), sind in der Bundesrepublik Deutschland zurzeit nicht statthaft oder in ihrer rechtlichen Zulässigkeit strittig. In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat. Letztlich liegt es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben und dort statthaft sind, in der Bundesrepublik Deutschland übernommen werden können.

1. Begriffsbestimmungen zur assistierten Reproduktion

Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet. In der Regel wird im Zusammenhang mit diesen Verfahren eine hormonelle Stimulation durchgeführt. Darunter versteht man den Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Follikelreifung, sodass im Zyklus ein oder mehrere Follikel heranreifen.

Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.

1.1. Insemination

Unter Insemination versteht man das Einbringen des Nativspermas in die Zervix (intrazervikale Insemination) oder des aufbereiteten Spermias in den Uterus (intrauterine Insemination) oder in die Eileiter (intratubare Insemination).

1.2. GIFT

Unter GIFT (Gamete-Intrafallopian-Transfer; intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter.

1.3. Extrakorporale Befruchtung

1.3.1. IVF

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. ▷

1.3.2. ICSI

Unter der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) versteht man ein Verfahren der IVF, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird.

1.4. ET

Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet, unabhängig davon, ob es sich um den Transfer von einem Embryo (Single-Embryo-Transfer/SET), von zwei Embryonen (Double-Embryo-Transfer/DET) oder drei Embryonen handelt.

1.5. homologer/heterologer Samen

Als homolog gilt der Samen des Ehemannes oder des Partners in stabiler Partnerschaft. Als heterolog gilt der Samen eines Samenspenders.

1.6. PKD

Bei der Polkörperdiagnostik (PKD) wird eine mütterliche, genetische oder chromosomale Veränderung des haploiden weiblichen Chromosomensatzes durch Beurteilung des ersten und – wenn möglich – auch des zweiten Polkörpers im Ablauf einer IVF vor der Bildung des Embryos untersucht. Es handelt sich um eine indirekte Diagnostik der Eizelle.

1.7. PID

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht.¹

Diese Form einer PID ist nicht als Regelungsgegenstand zugrunde gelegt, da sie in Deutschland nicht durchgeführt wird.

2. Medizinische Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion

Jeder Anwendung der Maßnahmen der assistierten Reproduktion hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern vorzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Bei der Wahl der Methode sollten die Dauer des Kinderwunsches und das Alter der Frau Berücksichtigung finden.

2.1. Methoden und Indikationen

Die Voraussetzungen für die Methoden der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) sind durch die Richtlinien nicht geregelt.

2.1.1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

2.1.2. Homologe Insemination

Indikationen:

- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- nicht erfolgreiche hormonelle Stimulationsbehandlung
- somatische Ursachen (z. B. Hypospadie, retrograde Ejakulation, Zervikal-Kanal-Stenose)
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.3. Homologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET) von einem (SET), von zwei (DET) oder drei Embryonen

Uneingeschränkte Indikationen:

- Tubenverschluss bzw. tubare Insuffizienz
- männliche Fertilitätsstörungen nach erfolgloser Insemination

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung
- idiopathische Unfruchtbarkeit

¹Siehe hierzu auch:

- Präimplantationsdiagnostik – Thesen zu den medizinischen, rechtlichen und ethischen Problemstellungen: Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 20. 6. 1999, Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz; <http://www.justiz.rlp.de>.
- Diskussionsentwurf zu einer Richtlinie zur Präimplantationsdiagnostik: Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Dtsch Arztebl 2000; 97: A 525–8.
- Ergänzende Stellungnahme zum Diskussionsentwurf. Wissenschaftlicher Beirat der Bundesärztekammer: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 2972, und <http://www.aerzteblatt.de/pid>.
- Deutscher Ärztetag – Entschlüsse zum Tagesordnungspunkt VI: Präimplantationsdiagnostik: Dtsch Arztebl 2002; 99: A 1653.
- Enquete-Kommission – Recht und Ethik der modernen Medizin (Schlussbericht): Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit 2002, Teil C.
- Genetische Diagnostik vor und während der Schwangerschaft, Stellungnahme vom 23. 1. 2003: Nationaler Ethikrat.
- Stellungnahme der Bioethik-Kommission der Bayerischen Staatsregierung zur Präimplantationsdiagnostik (PID) vom 21. 7. 2003; Bioethik-Kommission Bayern.
- Polkörperdiagnostik, Stellungnahme vom 16. 6. 2004: Nationaler Ethikrat.

Eine unerklärliche (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine assistierte Reproduktion im Sinne einer IVF-Behandlung angesehen werden, wenn alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und hormonelle Stimulation, intrauterine und/oder intratubare Insemination nicht erfolgreich waren.

2.1.4. Intrauteriner Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

- einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.5. Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch

2.1.6. Heterologe Insemination

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolglose Behandlung einer männlichen Fertilitätsstörung mit intrauteriner und/oder intratubarer Insemination und/oder In-vitro-Fertilisation und/oder intrazytoplasmatischer Spermieninjektion im homologen System
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter.

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“, Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.7. Heterologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET), heterologe intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI mit ET)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolgloser Einsatz der intrauterinen und/oder intratubaren Insemination und/oder der In-vitro-Fertilisation und/oder der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion im homologen System (nach Vorliegen der jeweiligen Indikation)
- erfolgloser Einsatz der heterologen Insemination
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind

mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung.

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“, Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.8. Polkörperdiagnostik (PKD)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

Indikationen:

Erkennung eines spezifischen genetischen einschließlich chromosomalen kindlichen Risikos mittels indirekter Diagnostik der Eizelle

Erkennung unspezifischer chromosomaler Risiken im Rahmen von IVF zur möglichen Erhöhung der Geburtenrate

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

Die PKD ist an die Anwendung der IVF und ICSI geknüpft, obwohl eine Fertilitätsstörung nicht vorliegen muss. Soweit diese Untersuchungen vor Bildung des Embryos erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

2.2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

durch eine Schwangerschaft bedingtes, im Einzelfall besonders hohes medizinisches Risiko für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes
psychogene Fertilitätsstörung; Hinweise auf eine psychogene Fertilitätsstörung ergeben sich insbesondere dann, wenn Sexualstörungen als wesentlicher Sterilitätsfaktor angesehen werden können (seltener Geschlechtsverkehr, Vermeidung des Verkehrs zum Konzeptionsoptimum, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). In diesem Fall soll zuerst eine Sexualberatung/-therapie des Paares erfolgen.

2.3. Humangenetische Beratung

Eine humangenetische Beratung soll die Partner in die Lage versetzen, auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertmaßstäbe eine Entscheidung in gemeinsamer Verantwortung über die Vornahme einer genetischen Untersuchung im Rahmen der assistierten Reproduktion und über die aus der Untersuchung zu ziehenden Handlungsoptionen zu treffen. Im Rahmen dieser Beratung sollen ein mögliches genetisches Risiko und insbesondere die mögliche medizinische und ggf. psychische und

soziale Dimension, die mit einer Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung sowie deren möglichem Ergebnis verbunden ist, erörtert werden.

Eine genetische Untersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person schriftlich bestätigt hat, dass sie gemäß dem oben genannten Verfahren über die Untersuchung aufgeklärt wurde und in diese eingewilligt hat.

3. Allgemeine Zulassungsbedingungen

Bei der assistierten Reproduktion handelt es sich mit Ausnahme der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) um besondere medizinische Verfahren gem. § 13 i. V. m. § 5 der (Muster-)Berufsordnung für Ärzte (MBO-A). Die Ärztin/der Arzt hat bei der Anwendung dieser Verfahren insbesondere das Embryonenschutzgesetz und diese (Muster-)Richtlinie zu beachten.

3.1. Rechtliche Voraussetzungen

3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen
Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Ehemannes verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

Methoden der assistierten Reproduktion können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Dies gilt nur, wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass

- die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefühten Partnerschaft zusammenlebt und
- dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird.

Dabei darf grundsätzlich nur der Samen des Partners verwandt werden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

3.1.2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen vorgenommen werden, die nicht unmittelbar der Erhaltung der Embryonen dienen.

Beim Einsatz der oben genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

3.1.3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Sofern Leistungen der Verfahren zur assistierten Reproduktion von der Gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind ferner die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V (insbes. §§ 27a, 92, 121a und 135 ff. SGB V) und die Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

3.1.4. Berufsrechtliche Voraussetzungen
Jede Ärztin/jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will, und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat die Aufnahme der Tätigkeit, soweit dies die Ärztekammer verlangt, bei der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, dass die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sind, außerdem hat sie/er an den Maßnahmen der Qualitätssicherung teilzunehmen. Änderungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen.

Eine Ärztin/ein Arzt kann nicht dazu verpflichtet werden, entgegen ihrer/seiner Gewissenüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen.

3.2. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung, die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.

3.2.1. Medizinische Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- Ablauf des jeweiligen Verfahrens
- Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens
- Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft
- Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung
- Überstimulationsreaktionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- operative Komplikationen bei Follikelpunktionen

- Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grund nicht transferiert werden können
- Abortrate in Abhängigkeit vom Alter der Frau
- Eileiterschwangerschaft
- durch die Stimulation bedingte erhöhte Mehrlingsrate und den damit verbundenen mütterlichen und kindlichen Risiken (u. a. mit Folge der Frühgeburtlichkeit)
- möglicherweise erhöhtes Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern, insbesondere nach Anwendung der ICSI-Methode
- mögliche Risiken bei neuen Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist.

Neben diesen behandlungsbedingten Risiken müssen Faktoren, die sich auf das Basisrisiko auswirken (z. B. erhöhtes Alter der Partner, Verwandtenehe), Berücksichtigung finden. Hierzu sollte eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dies dokumentiert werden.

3.2.2. Psychosoziale Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)
- mögliche Auswirkung auf die Partnerschaft
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen.

3.2.3. Aspekte der humangenetischen Beratung

Dem Paar muss über Information und Aufklärung hinaus eine humangenetische

Beratung (vgl. Kapitel „Humangenetische Beratung“) insbesondere angeboten werden bei:

- Anwendung der ICSI-Methode im Zusammenhang mit einer schweren Oligoastheno-teratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie
- genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien
- einer Polkörperdiagnostik (PKD)
- habituellen Fehl- und Totgeburten
- Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese.

3.2.4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

Unabhängig von dieser Art der Information, Aufklärung und Beratung muss die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt dem Paar die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen ärztlichen Beratung empfehlen und auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen.

3.2.5. Aspekte der Kostenübernahme

Fragen zur Übernahme der Kosten der Behandlung durch gesetzliche oder private Krankenkassen bzw. Beihilfeträger sind zu erörtern.

3.2.6. Aspekte der Dokumentation

Die erfolgte Information, Aufklärung, Beratung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen dokumentiert und von beiden Partnern und der aufklärenden Ärztin/dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

4. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT
- ICSI mit ET
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF/ICSI
- PKD

als Verfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

Die Anzeige umfasst den Nachweis, dass die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist.

4.1. Homologe Insemination nach Stimulation

4.1.1. Fachliche Voraussetzungen

Die anwendende Ärztin/der anwendende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe muss über den Schwerpunkt bzw. über die fakultative Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ gemäß den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern der Länder verfügen.

4.1.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Labor für Spermendiagnostik und Spermienpräparation.

4.2. Heterologe Insemination nach Stimulation

Es gelten die gleichen fachlichen und technischen Voraussetzungen wie für die homologe Insemination nach Stimulation (siehe hierzu: 4.1.1. und 4.1.2.).

4.3. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Diese Methoden setzen für die Patientenbetreuung das Zusammenwirken in einer ständig einsatzbereiten interdisziplinären Arbeitsgruppe voraus.

4.3.1. Fachliche Voraussetzungen

Die Leitung bzw. die stellvertretende Leitung der Arbeitsgruppe obliegt Fachärztinnen/Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit dem Schwerpunkt bzw. mit der fakultativen Weiterbildung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“. Ihnen obliegen die verantwortliche Überwachung der in dieser (Muster-)Richtlinie festgeschriebenen Maßnahmen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe müssen über folgende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur
- Andrologie
- Psychosomatische Grundversorgung

Von diesen sechs Bereichen können nur zwei gleichzeitig von einer Ärztin oder Wissenschaftlerin/einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe neben der Qualifikation der Psychosomatischen Grundversorgung verantwortlich geführt werden.

Grundsätzlich müssen Ärztinnen/Ärzte mit der Zusatzbezeichnung „Andrologie“ in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein.

Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin/einem Humangenetiker und einer ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutin/einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

Es empfiehlt sich weiterhin eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle.

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, obliegt die humangenetische Beratung und die zytogenetische oder molekulargenetische Diagnostik² Fachärztinnen/Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen/Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

4.3.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
 - Ultraschalldiagnostik
 - Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
 - Labor für Spermendiagnostik und -präparation
 - Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und ggf. Mikroinjektion
 - EDV-gestützte Datenerfassung.
- Falls eine PKD durchgeführt werden soll, muss die untersuchende Institution über diagnostische Erfahrung mittels molekulargenetischer und molekulazytogenetischer Methoden an Einzelzellen verfügen.

5. Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

5.1. Embryotransfer

Ziel einer Sterilitätstherapie ist die Herbeiführung einer Einlingsschwangerschaft, da diese Schwangerschaft im Vergleich zu Mehrlingsschwangerschaften das geringste Risiko für Mutter und Kind darstellt.

Zwillingsschwangerschaften beinhalten für die Mutter erhöhte Risiken (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus, Präeklampsie), die in der Beratung mit zu berücksichtigen sind. Die Risiken für das Kind sind bei Zwillingen im Vergleich zu Einlingen ebenfalls erhöht, wobei besondere Komplikationen bei monozygoten Zwillingsschwangerschaften zu erwarten sind (z. B. fetofetales Transfusionsyndrom).

Höhergradige Mehrlinge (mehr als Zwillinge) sollen verhindert werden, da hierbei sowohl das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet als auch

²Für die laborgestützten Leistungen gelten die Bestimmungen der (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO).

die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht sein können.

Das Risiko besonders für höhergradige Mehrlinge mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern wiegt so schwer, dass das Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen, untergeordnet werden muss. Zur Senkung des Mehrlingsrisikos müssen folglich die wesentlichen Parameter wie Alter der Mutter, Anzahl der bisherigen Versuche und Indikation zur Therapie abgewogen werden.

Es ist daher unter Berücksichtigung des aktuellen Wissensstandes zu empfehlen, bei Patientinnen unter 38 Jahren im ersten und zweiten IVF- und/oder ICSI-Versuch nur zwei Embryonen zu transfrieren. Wenn von dem Paar der Transfer von drei Embryonen gewünscht wird, darf dies nur nach ausführlicher Information und Aufklärung über das erhöhte Risiko für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind sowie nach entsprechender Dokumentierung der hiermit verbundenen Gefahren erfolgen.

5.2. Kryokonservierung

Kryokonservierung von Eizellen im Stadium der Vorkerne zur Behandlung der Infertilität von Patientinnen ist zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist.

Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Partner vorgenommen werden. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass über konservierte Eizellen im Vorkernstadium beide nur gemeinschaftlich verfügen können. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Kryokonservierung von Eizellen ist ebenfalls möglich, jedoch nicht so erfolgreich wie die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium. Die Kryokonservierung von Ovarialgewebe ist als experimentell anzusehen.

Die Kryokonservierung von ejakulierten, epididymalen und testikulären Spermatozoen bzw. von Hodengewebe kann ohne Einschränkung durchgeführt werden.

5.3. Verwendung von heterologem Samen

5.3.1. Medizinische Aspekte

Der Einsatz von heterologem Samen ist medizinisch zu begründen, und es ist darzulegen, warum der Einsatz von homolo-

gem Samen nicht erfolgreich war oder nicht zum Einsatz kommen konnte (s. Kapitel „Medizinische Voraussetzungen“, Abschnitt „Heterologe Insemination“).

Die Ärztin/der Arzt hat sicherzustellen, dass

- kein Mischsperma verschiedener Samenspenden verwendet wird,
- kein frisches Spendersperma verwendet wird,
- der Samenspende vor der ersten Samenprobe auf HIV 1 und 2 untersucht wurde,
- weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von sechs Monaten erfolgt sind,
- die heterologe Insemination mit kryokonserviertem Sperma nur erfolgen darf, wenn es über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde und wenn der Spender auch nach Ablauf dieser Zeit frei von HIV-1- und -2-Infektionen geblieben ist und
- eine serologische Untersuchung auf Hepatitis B und C, Treponema pallidum, Cytomegalieviren (Verwendung von CMV-positivem Spendersperma nur für CMV-positive Frauen) durchgeführt wurde.

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

Eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie erscheint sinnvoll. Die Ärztin/der Arzt soll darauf achten, dass ein Spender nicht mehr als zehn Schwangerschaften erzeugt.

5.3.2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.

5.3.3. Rechtliche Aspekte

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung von heterologem Samen für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterweisung wird empfohlen, folgende Grundsätze zu beachten: >

5.3.3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen
Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt sollte sich vor der Verwendung von heterologem Samen vergewissern, dass der Samenspender und die künftigen Eltern über mögliche rechtliche Konsequenzen unterrichtet worden sind.

5.3.3.2. Dokumentation

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss

- die Identität des Samenspenders und die Verwendung der Samenspende dokumentieren;
- außerdem muss sie/er dokumentieren,
- dass sich der Samenspender mit der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende und - für den Fall eines an sie/ihn gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes - mit einer Bekanntgabe seiner Personalien einverstanden erklärt hat,
- dass sich die künftigen Eltern mit der Verwendung von heterologem Samen und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt haben und die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt - für den Fall eines an diese/diesen gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes oder eines der künftigen Elternteile - von ihrer/seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt mit einer Samenbank kooperiert; die Dokumentation kann nicht auf die Samenbank delegiert werden.

5.4. Verfahrens- und Qualitätssicherung
Erforderlich sind die Qualitätssicherung der medizinisch angewendeten Verfahren und deren Dokumentation.

5.4.1. Dokumentation

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung sollen die Ärztekammern gemeinsam ein Dokumentationszentrum (Deutsches IVF-Register = DIR) führen. Jede Arbeitsgruppe hat eine EDV-gestützte Dokumentation entsprechend dem Fragenkatalog des DIR zu erstellen.

Die Ärztekammern sollten das DIR beauftragen, jährlich einen Bericht über die Arbeit der IVF/ET-Zentren zu erstellen und zu veröffentlichen.

Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass der Ärztin/dem Arzt die individuelle Beurteilung seiner Tätigkeit ermöglicht wird.

Im Einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT

- ICSI
 - heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
 - heterologe IVF/ICSI
 - PKD
- bezüglich:
- Alter der Patientin
 - Indikation der Methoden
 - Verlauf der Stimulation
 - Anzahl und Befruchtungsrate der inseminierten Eizellen bei IVF/ICSI
 - Anzahl der transferierten Eizellen bei GIFT
 - Anzahl der transferierten Embryonen bei IVF/ICSI
 - Schwangerschaftsrate
 - Geburtenrate
 - Fehlgeburten
 - Eileiterschwangerschaften
 - Schwangerschaftsabbrüche
 - Mehrlingsrate
 - Fehlbildungen.

Die Beurteilung dieser Kriterien ist nur auf der Grundlage einer prospektiven Datenerfassung möglich. Konkret bedeutet die Prospektivität der Datenerhebung, dass die ersten Angaben zum Behandlungszyklus innerhalb von acht Tagen nach Beginn der hormonellen Stimulation eingegeben werden sollen. Dies ist notwendig, um eine nachträgliche Selektion nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Behandlungszyklen und somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden.

Durch die prospektive Erfassung der Daten wird eine Auswertung i. S. der Qualitätssicherung ermöglicht, die nicht nur der interessierten Ärztin/dem interessierten Arzt, sondern auch der interessierten Patientin den Behandlungserfolg sowie die Bedeutung eventuell beeinflussender Faktoren transparent macht.

5.4.2. Weitere Regelungen

Soweit die Behandlung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, sind neben den vorstehenden Regelungen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V zu beachten.

5.4.3. Zuständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Die Ärztekammern sollen Ständige Kommissionen bilden, welche die Einhaltung der in den Richtlinien definierten fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen prüfen. Zugleich sollen die Kommissionen die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen prüfen und sie beraten. Ihnen sollen geeignete Ärztinnen/Ärzte und Juristinnen/Juristen angehören, wobei mindestens eine Ärztin/ein Arzt Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben muss.

Eine Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen.

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser (Muster-)Richtlinie zu erreichen, sollten von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen und/oder bei der Bundesärztekammer eine Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

5.4.4. Meldung von Verstößen

Verdacht auf Verstöße gegen die (Muster-)Richtlinie, auch auffälliges Ausbleiben der Dokumentationen nach 5.4.1., sind der zuständigen Ärztekammer zu melden.

5.5. Berufsrechtliche Folgen

Die Nichtbeachtung des ESchG und dieser (Muster-)Richtlinie kann neben den strafrechtlichen auch berufsrechtliche Sanktionen nach sich ziehen.

Kommentar

Der nachstehende Kommentar soll eine Interpretationshilfe für die vorstehende (Muster-)Richtlinie sein, ohne an ihrem verbindlichen Charakter teilzuhaben.

Zu 1. Begriffsbestimmungen

Die Befruchtung der instrumentell entnommenen Eizelle durch die Samenzelle erfolgt bei der In-vitro-Fertilisation in der Regel in einem Kulturgefäß (*In vitro*). Bei der intrazytoplasmatischen Spermatozoeninjektion (ICSI) wird eine männliche Keimzelle in die Eizelle injiziert. Nach erfolgter Befruchtung und Beobachtung von Zellteilungen erfolgt der Embryotransfer in die Gebärmutter (ET).

Zu 2.1.5. Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

• Zur Indikation

Bei männlichen Fertilitätsstörungen sollen in der Regel weniger invasive Verfahren wie die homologe Insemination (evtl. nach hormoneller Stimulation) angewendet werden, wenn dies Erfolg verspricht. Bei schweren männlichen Fertilitätsstörungen kann die ICSI-Methode die Chancen für einen Schwangerschaftserfolg deutlich erhöhen. Eine eindeutige Grenzziehung im Spermogramm zwischen den Methoden (interzervikale, intrauterine und intratubare Insemination, IVF und ICSI) lässt sich nicht finden.

• Zur Gewinnung der Spermatozoen

Die für die ICSI verwandten Spermien können aus dem Ejakulat, aus dem Ho-

den oder den ableitenden Samenwegen (vorwiegend dem Nebenhoden) gewonnen werden. Bei obstruktiver Azoospermie können Spermien aus dem Nebenhoden aspiriert werden (z. B. Microsurgical Epididymal Sperm Aspiration, MESA, oder unter Umständen Percutaneous Epididymal Sperm Aspiration, PESA). Bei Azoospermie und schwerster Oligoasthenoteratozoospermie lassen sich Spermien u. U. aus dem Hoden aspirieren (Testicular Sperm Aspiration, TESA) oder aus dem biopsisch gewonnenen Hodengewebe extrahieren (Testicular Sperm Extraction, TESE). Die Verwendung von haploiden Keimzellen vor der Entwicklung zu Spermien kann nicht empfohlen werden.

• Zur humangenetischen Beratung und Diagnostik

Im Vergleich zur Normalbevölkerung liegt bei Paaren, die zur ICSI-Behandlung kommen, häufiger eine chromosomale oder monogene Störung vor, und es ist von einem erhöhten genetischen Hintergrundrisiko auszugehen. Deshalb muss vor einer ICSI-Therapie durch die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt eine genaue Anamnese, insbesondere eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen), durchgeführt werden. Über die Notwendigkeit und Bedeutung einer Chromosomenanalyse muss aufgeklärt werden. Ergebnisse/Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dies dokumentiert werden.

Bei nicht obstruktiver Azoospermie oder schwerer Oligozoospermie (< 5 Mio./ml) wird aufgrund von zzt. vorliegenden empirischen Daten empfohlen, vor Beginn der ICSI-Behandlung eine Chromosomenanalyse bei beiden Partnern durchzuführen. Die molekulargenetische Untersuchung des Genlocus Yq11 (Azoospermiefaktor, AZF) kann bei Azoospermie (außer bei gesicherter obstruktiver Azoospermie) und hochgradiger Oligozoospermie angeboten werden. Im Verdachtsfall eines kongenitalen beidseitigen Verschlusses der ableitenden Samenwege (Congenital Bilateral Aplasia of the Vas Deferens, CBAVD) muss das Angebot einer Beratung des Paares durch eine Humangenetikerin/einen Humangenetiker erfolgen. In diesem Fall ist eine detaillierte Mutationsanalyse im Gen für die Zystische Fibrose (Cystic

fibrosis trans-membrane conductance regulator [CFTR]-Gen) notwendig. Von dem Ergebnis ist es abhängig, ob eine entsprechende molekulargenetische Untersuchung bei der Partnerin erforderlich ist.

Zu 2.1.8. Polkörperdiagnostik (PKD)

• PKD zur Erkennung eines erhöhten spezifischen Risikos

PKD vor abgeschlossener Befruchtung ermöglicht die indirekte Diagnostik einer spezifischen Veränderung innerhalb des haploiden weiblichen Chromosomensatzes oder einer spezifischen Genveränderung durch Untersuchung des ersten und zweiten Polkörpers, in solchen Fällen, in denen die Frau ein spezifisches Risiko trägt. Polkörper werden vor der Auflösung der Vorkernmembranen (Präfertiliationsphase) aus der Eizelle ausgeschleust und können entnommen werden, ohne dass der Eizelle und ihrer weiteren Entwicklung geschadet wird. Wenn eine PKD unter Verwendung beider Polkörper erfolgen soll, kann es notwendig sein, die Eizelle zu kryokonservieren, da sonst vor Abschluss der speziellen Untersuchungen die Auflösung der Vorkernmembranen stattfinden kann. Nach Transfer von vorher kryokonservierten Eizellen ist die Schwangerschaftsrate deutlich niedriger, sodass ein Gewinn an diagnostischer Sicherheit durch Untersuchung auch des zweiten Polkörpers möglicherweise aufgehoben wird.

Im Gegensatz zur PID weist die PKD aus medizinischer Sicht erhebliche Nachteile auf:

- nur mütterliche Chromosomen und genetische Veränderungen können diagnostiziert werden,
- es handelt sich um eine indirekte Diagnostik,
- Fehldiagnosen als Folge eines Crossing-over können bei Untersuchungen nur des ersten Polkörpers vorkommen,
- es werden Oozyten verworfen, die bei Befruchtung nicht zu einem spezifisch erkrankten Kind geführt hätten, da nur der mütterliche haploide Chromosomensatz bzw. das haploide Genom im Rahmen der PKD indirekt untersucht werden kann. Auch wenn bei rezessiv X-chromosomal vererbten Erkrankungen der Gendefekt in der Eizelle erkannt wurde, besteht die Chance, dass das befruchtende Spermium ein X-Chromosom trägt und der sich aus dieser befruchteten Eizelle entwickelnde Embryo heterozygot für die Mutation ist und damit nicht erkrankt wird. Auch wenn autosomal-rezessive Gendefekte indirekt in der Eizelle nachgewiesen wurden, besteht bei Anlageträgerschaft des Vaters für denselben Gen-

defekt eine 50-prozentige Chance, dass das Spermium diesen nicht trägt und ein heterozygoter, von der spezifischen Erkrankung selbst nicht betroffener Anlageträger entstehen würde.

• PKD zur Erhöhung der Geburtenrate nach IVF

Embryonale Triploidien (69 Chromosomen) und Trisomien (drei Chromosomen anstelle eines Chromosomenpaares), wahrscheinlich der meisten Autosomen (z. B. Trisomie 16), tragen erheblich zur niedrigen Geburtenrate nach IVF bei. Im Ausland wird mittels PID versucht, Embryonen, bei denen Trisomien vorliegen, zu erkennen und nicht zu transferieren. Auch mittels PKD können die Polkörper auf das Vorhandensein einer Disomie oder einer Nullisomie von Chromosomen hin untersucht werden. Wenn ein solcher Zustand für eine Chromosomengruppe vorliegt, hat der Embryo entweder eine Trisomie oder eine Monosomie für die entsprechenden Chromosomen. Auch Embryonen mit einer Monosomie X und solche mit einer Trisomie der Chromosomen 13, 18 und 21 werden in hohem Grade spontan abortiert. Triploidien können durch Polkörperuntersuchung nicht erkannt werden.

Obwohl PKD gegenüber PID die oben genannten Nachteile aufweist, könnte auch ein Vorteil gegenüber PID bei der Aneuploidie-Diagnostik bestehen. Nach Aneuploidie-Diagnostik des ersten und zweiten Polkörpers kann der Chromosomensatz für die untersuchten Chromosomen in der Eizelle relativ sicher festgelegt werden. Bei PID besteht immer die Möglichkeit, dass durch das Auftreten einer Nondisjunktion in den ersten postmeiotischen Zellteilungen ein Chromosomenmosaik entsteht. Wird eine Blastomere nach einer postmeiotischen Nondisjunktion untersucht, ist dieses Chromosomenresultat in dieser einen Zelle nicht für den frühesten Embryo repräsentativ. Embryonen mit frühesten Chromosomenmosaiken haben aber durchaus Überlebenschancen, da sich einzelne Zellen mit Chromosomenstörungen nicht immer weiterentwickeln.

Zu 2.2. Kontraindikationen

Von überwiegend psychogener Fertilitätsstörung kann nur dann gesprochen werden, wenn ein Paar trotz Kinderwunsches und Aufklärung durch die Ärztin/den Arzt weiter fertilitätsschädigendes Verhalten praktiziert (z. B. Essstörung, Nikotinabusus, Genuss- und Arzneimittelmisbrauch, extremer - vor allem beruflicher - Stress) bzw. die Konzeptionschancen nicht nutzt (kein Geschlechtsverkehr an den fruchtbaren Tagen, nicht organisch

bedingte sexuelle Funktionsstörung). Bei psychogener/psychisch mitbedingter Fertilitätsstörung sollte ein Psychotherapeut hinzugezogen werden. Gegebenenfalls kann auch in eine Paartherapie/Sexualtherapie/Einzel- oder Gruppenpsychotherapie überwiesen werden.

Im Übrigen sind sämtliche medizinischen Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft Kontraindikationen gegen die Anwendung von Methoden assistierter Reproduktion. Hierzu können auch psychische/psychiatrische Erkrankungen von hinreichender Bedeutung sowie Alkoholabusus und Drogenabusus zählen, die vorher einer entsprechenden Therapie zugeführt werden sollten.

Zu 3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Im Rahmen des homologen Systems bestehen zwischen einer durch natürliche Zeugung bewirkten Geburt und einer durch Methoden der assistierten Reproduktion bewirkten Geburt keine rechtlichen Unterschiede.

Als rechtlich unproblematisch erweist sich die Anwendung einer solchen Methode dann, wenn die künftigen Eltern miteinander verheiratet sind: Der Ehemann der Mutter ist leiblicher (genetischer) Vater und zugleich Vater im Rechtssinn. Die Art der Zeugung ist für das rechtliche Eltern-Kind-Verhältnis ohne Belang. Die Richtlinie knüpft deshalb die Zulässigkeit von Maßnahmen der assistierten Geburt an die Ehe der künftigen Mutter mit dem künftigen (auch genetischen) Vater.

Ist die Frau mit dem künftigen (genetischen) Vater nicht verheiratet, soll sichergestellt sein, dass das mit einer Methode der assistierten Reproduktion gezeugte Kind nicht ohne sozialen und rechtlichen Vater aufwächst. Dies ist nach Auffassung der Richtlinie grundsätzlich nur verbürgt, wenn die künftige Mutter und der künftige (genetische) Vater beiderseits nicht mit einem Dritten verheiratet sind, in einer festgefühten Partnerschaft miteinander zusammenleben und der künftige (genetische) Vater seine Vaterschaft frühestmöglich anerkennen und damit auch zum Vater des Kindes im Rechtssinn werden wird.

Eine heterologe Insemination wird – auch im Hinblick auf die mit dieser Methode verbundenen rechtlichen Konsequenzen und Unwägbarkeiten – an zusätzlich enge Voraussetzungen geknüpft. Bei nicht miteinander verheirateten Paaren wird dabei einer heterologen Insemination mit besonderer Zurückhaltung zu begegnen sein; sie erklärt sich aus dem Ziel, dem so gezeugten Kind eine stabile Beziehung zu beiden Elternteilen zu si-

chern. Aus diesem Grund ist eine heterologe Insemination zurzeit bei Frauen ausgeschlossen, die in keiner Partnerschaft oder in einer gleichgeschlechtlichen Partnerschaft leben.

In allen Fällen einer zulässigen Methode assistierter Reproduktion ist darauf zu achten, dass zwischen den Ehegatten oder Partnern eine Beziehung besteht, die sich als für die mit diesen Methoden im Einzelfall möglicherweise verbundenen medizinischen und psychologischen Probleme hinreichend tragfähig darstellt. Liegen konkrete Anhaltspunkte für medizinische, soziale oder psychische Probleme vor, durch welche eine dauerhafte und verlässliche Betreuung und Versorgung des Kindes gefährdet werden könnte, ist die Anwendung von Methoden assistierter Reproduktion von vornherein ausgeschlossen. In diesem Falle rechtfertigen der Wille und die Möglichkeit von Eltern, diesen Gefährdungen durch medizinische oder psychotherapeutische Behandlungen entgegenzuwirken, die Anwendung von Methoden assistierter Reproduktion nicht.

Zu 3.1.2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

• Gesetzliche Vorgaben

Ziel einer Kinderwunschbehandlung ist es, eine Schwangerschaft und eine Geburt nach Beratung und medizinischer Behandlung zu ermöglichen. Auch im Rahmen der IVF- und/oder ICSI-Behandlung geht es primär um eine Einlingsschwangerschaft, da Mehrlingsschwangerschaften, insbesondere aber höhergradige Mehrlingsschwangerschaften zu einem erheblichen mütterlichen und kindlichen Risiko, darunter zur problematischen Frühgeburt führen können. Ein Ziel des Embryonenschutzgesetzes vom 13. 12. 1990 ist es, höhergradige Mehrlinge zu vermeiden, indem nicht mehr als drei Embryonen auf eine Frau übertragen werden dürfen (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG).

Der reproduktionsmedizinische Fortschritt ermöglicht es inzwischen, Embryonen zu kultivieren, um aufgrund morphologischer Beobachtung weitgehend zwischen entwicklungsfähigen und nicht entwicklungsfähigen Embryonen zu unterscheiden. Indem nur ein Embryo auf die Frau übertragen wird (u. U. max. zwei Embryonen), lässt sich die Rate der Mehrlingsschwangerschaften deutlich senken. Der Single-Embryo-Transfer wird nicht nur in Skandinavien zum Standardverfahren. Hierdurch wird möglicherweise die Schwangerschaftsrate pro Behandlungsversuch günstiger als bisher gestaltet, und es wird die Gesundheit der Frau und des Kindes geschützt.

Daraus entsteht die Frage, ob eine Auswahl von Embryonen nach morphologischen Kriterien mit dem Embryonenschutzgesetz vom 13. 12. 1990 in Einklang zu bringen ist. In der medizinrechtlichen Debatte wird dieses Problem seit kurzem kontrovers diskutiert. Ausschlaggebend ist § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG, der es verbietet, mehr Eizellen zu befruchten, als einer Frau innerhalb eines Zyklus übertragen werden sollen, sowie § 1 Abs. 1 Nr. 3 ESchG, dem zufolge auf eine Frau innerhalb eines Zyklus nicht mehr als drei Embryonen übertragen werden dürfen. Die Zusammenschau dieser beiden Bestimmungen führt zu der Schlussfolgerung, dass es gegenwärtig nicht zulässig ist, mehr als drei Eizellen zu befruchten und in einem Zyklus dann nur einen oder allenfalls zwei dieser Embryonen zu übertragen. Befruchtet man mehr Eizellen, um einen Embryo mit guten Entwicklungschancen zu wählen und nur ihn zu transferieren, ist dies mit dem Wortlaut der Norm, den historischen Vorstellungen des Gesetzgebers und dem systematischen Zusammenhang zwischen § 1 Abs. 1 Nrn. 3 und 5 ESchG nicht vereinbar. § 1 Abs. 1 Nr. 5 ESchG soll verhindern, dass überzählige Embryonen entstehen. Der Gesetzgeber hatte im Gesetzgebungsverfahren verschiedene Aspekte betont. Die Menschenwürdegarantie und der Lebensschutz für jeden Embryo nach der Vereinigung von Samen- und Eizelle, die Verhinderung einer gespaltenen Mutter-schaft und der Spende von Embryonen eines anderen Paares, die Vermeidung überzähliger Embryonen, um einer späteren missbräuchlichen Verwendung vorzubeugen, die Verhinderung einer Befruchtung auf Vorrat, gleichzeitig die Vermeidung höhergradiger Mehrlingsschwangerschaften, die für die Gesundheit der Frau nachteilig sind, waren ausschlaggebend für diese Regelung. Der Gesetzgeber hat diese Gesichtspunkte vor dem Hintergrund der damaligen medizinischen Erkenntnisse gegeneinander abgewogen und – nach Auffassung maßgebender juristischer Autoren – das dem Wortlaut und Wortsinne zufolge klare Verbot normiert, mehr Eizellen zu befruchten, als in einem Zyklus übertragen werden sollen.

• Ethische Perspektiven und rechtspolitische Schlussfolgerungen

Aus ethischen Gründen wird in der rechtswissenschaftlichen und medizinethischen Literatur inzwischen verstärkt gefordert, das Embryonenschutzgesetz dem jetzigen Stand der reproduktionsmedizinischen Handlungsmöglichkeiten gemäß fortzuschreiben.

Medizinisches Handeln ist dem Wohl der Patienten verpflichtet und soll Scha-

den vermeiden. Patientinnen bzw. Paare, die ihren Kinderwunsch unter Inanspruchnahme fortpflanzungsmedizinischer Verfahren erfüllen möchten, besitzen ein Anrecht darauf, nach dem jeweils erreichten Kenntnisstand der Reproduktionsmedizin bestmöglich behandelt zu werden. Eine Prüfung der Entwicklungs- und Lebensfähigkeit von Embryonen vor der Implantation nach morphologischen Kriterien kommt dem Gesundheitsschutz der Frau zugute. Sie hat den Sinn, belastende Mehrlingsschwangerschaften zu vermeiden, die aus dem – dem geltenden Recht gemäßen – ungeprüften Transfer von bis zu drei Embryonen resultieren, und die Erfolgsrate einer Schwangerschaft nach IVF zu erhöhen. Die morphologische Beobachtung früher pränidativer Embryonen mit nachfolgendem Transfer eines entwicklungsfähigen Embryos (oder u. U. einem Double-Embryo-Transfer) dient vor allem auch dem Gesundheitsschutz der Kinder, da Mehrlingsschwangerschaften insbesondere für Kinder (Frühgeborene), abgesehen von eventuellen familiären psychosozialen Problemen, schwere gesundheitliche Schäden bewirken können. Darüber hinaus vermag der Single-Embryo-Transfer die Zufügung von Schaden in der Hinsicht zu verhindern, dass die Gefahr des Fetozids, der bei höhergradigen Mehrlingsschwangerschaften droht, gebannt wird.

Die Beobachtung von Embryonen unter dem Gesichtspunkt ihrer Entwicklungs- und Lebensfähigkeit, die hinsichtlich der Zuverlässigkeit des Verfahrens fortlaufend geprüft und verbessert werden muss, stellt keine willkürliche oder gar diskriminierende Selektion dar. Die bereits gelegten Embryonen würden sich voraussichtlich ohnehin nicht fortentwickeln. Zwar ist anzunehmen, dass – in überschaubarer, begrenzter Größenordnung – bei diesem Verfahren auch einzelne entwicklungsfähige Embryonen erzeugt würden, die im Zuge des Single-Embryo-Transfers nicht übertragen würden, sodass sie überzählig blieben. Das Embryonenschutzgesetz nimmt jedoch schon jetzt das Vorhandensein überzähliger Embryonen hin und geht – darin ganz im Einklang mit philosophischen, theologischen und ethischen Ansätzen, die einen abwägenden Umgang mit Embryonen im frühesten Entwicklungsstadium vorschlagen – nicht vom Standpunkt des absoluten Embryonenschutzes aus. Denn das Gesetz akzeptiert, dass eine Frau den Transfer eines extrakorporalen Embryos verweigern darf (vgl. § 4 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Aus ethischer Sicht lassen sich noch andere Argumente zugunsten des neuen Handlungsansatzes anführen.

Zum Beispiel ließe sich die hohe Zahl von Eizellen, die in Deutschland im Vorkernstadium kryokonserviert aufbewahrt werden, reduzieren.

Insgesamt ist es aufgrund einer Mehrzahl unterschiedlicher Gründe, die in der neueren Literatur zur Sprache gebracht wurden, ethisch wünschenswert, dass der Gesetzgeber tätig wird und eine Klarstellung vornimmt, der zufolge die morphologische Beobachtung von Embryonen vor der Implantation mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer zukünftig statthaft ist.

Bereits jetzt können Umstände vorliegen, aufgrund derer ein pränidativer Embryo nicht transferiert werden kann. Das Embryonenschutzgesetz respektiert es, wenn eine Frau in den Transfer nicht einwilligt (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 ESchG). Daher sind auch in der Bundesrepublik Deutschland, im Vergleich zu anderen Ländern allerdings in sehr geringer Zahl, überzählige pränidative Embryonen kryokonserviert vorhanden. Der Gesetzgeber sollte den Umgang mit diesen befruchteten Eizellen, besonders die Dauer der Kryokonservierung oder z. B. auch die Möglichkeit sog. pränataler Adoption, im Embryonenschutzgesetz regeln.

Zu 3.2.1. Medizinische Aspekte

• Zum Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern nach Anwendung der ICSI-Methode

In der deutschen „ICSI-Studie“ zeigten sich vermehrt Auffälligkeiten bei Kindern, die nach Anwendung der ICSI-Methode gezeugt wurden (im Vergleich zu spontan gezeugten Kindern (RR 1,44)). Nach Adjustierung der Risikofaktoren (z. B. Alter der Mutter) vermindert sich das Risiko auf 1,24 (Fertil Steril 2004; 1604–6).

In weiteren Arbeiten wird diskutiert, ob die ICSI-Methode selbst die Ursache darstellt oder ob durch Hintergrundfaktoren, wie das Sterilitätsproblem des Paares, dieses Risiko erhöht ist. Insofern bedarf es einer besonderen Information, Aufklärung und Beratung des Paares zu diesem Punkt im Rahmen einer Sterilitätstherapie.

Zu 4. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Ein großer Teil der iatrogenen Mehrlingsschwangerschaften entsteht aus einer Stimulationsbehandlung ohne IVF, ICSI und Insemination. Daher besteht die dringende Notwendigkeit eines kritischen und sorgfältigen Umgangs mit der alleinigen hormonellen Stimulation. Dies gilt für jeden anwendungsberechtigten Arzt.

Zu 4.3. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe vertreten die Teilbereiche Endokrinologie der Reproduktion, gynäkologische Sonographie, operative Gynäkologie, Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur, Andrologie und psychosomatische Grundversorgung. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe sind grundsätzlich an einem Ort ansässig. Für Teilbereiche können Ausnahmen gemacht werden.

Zu 5.1. Embryotransfer

• Zur Zahl der zu transferierenden Embryonen in Abhängigkeit vom Alter

Generell steigt die Wahrscheinlichkeit zur Erlangung einer klinischen Schwangerschaft mit der Zahl der transferierten Embryonen. Zugleich wächst aber auch die Wahrscheinlichkeit für eine Zwillingschwangerschaft oder höhergradige Mehrlingsschwangerschaft mit der Zahl der transferierten Embryonen. So ist die Wahrscheinlichkeit beispielsweise bei einer 30-jährigen Frau für eine Zwillings- oder Drillingsschwangerschaft erhöht, wenn ihr drei Embryonen übertragen werden, gegenüber einer 40-jährigen Frau, bei der das Zwillings- und Drillingrisiko nicht so hoch ist. Die Wahrscheinlichkeit (DIR 2003) beim Transfer von drei Embryonen bei einer 31-jährigen Frau liegt im Falle einer Schwangerschaft bei 29 % für eine Zwillingschwangerschaft und bei 6,3 % für eine Drillingsschwangerschaft. Bei einer 40-jährigen Frau beträgt die Wahrscheinlichkeit für eine Zwillingschwangerschaft 13 % sowie für eine Drillingsschwangerschaft 0,7 % beim Transfer von drei Embryonen.

Es lässt sich keine eindeutige Grenze finden, bis zu welchem Alter der Frau ein Transfer von ein oder zwei Embryonen sinnvoll ist und ab wann ein Transfer von drei Embryonen risikoreicher erscheint.

Als Empfehlung sollten bei Frauen unter 38 Jahren im ersten und zweiten IVF- und/oder ICSI-Versuch nur bis zu zwei Embryonen transferiert werden.

Generell ist beim Transfer von drei Embryonen eine ausführliche Information und Aufklärung über das mögliche Risiko von höhergradigen Mehrlingen und den damit verbundenen Gefahren für Mutter und Kind notwendig.

Zu 5.2. Kryokonservierung

Eizellen im Vorkernstadium – nach Eindringen der Spermienzelle, aber vor der Kernverschmelzung – überstehen die Kryokonservierung und das Auftauen besser als nicht imprägnierte Eizellen. Erst während der nach dem Auftauen erfolgenden Kultivierung *In vitro* kommt es

durch Kernverschmelzung zum Abschluss der Befruchtung.

Die Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium erfolgt unter Aufsicht und fachlicher Weisung einer Ärztin/eines Arztes. Verträge über das Einfrieren von Eizellen im Vorkernstadium können befristet werden, wobei eine Mindestfrist vereinbart werden sollte. Diese Frist kann auf Verlangen des Paares auf Wunsch verlängert werden, wenn diese das dafür vereinbarte Entgelt entrichtet haben. Stirbt einer der Partner oder zieht einer der Partner seine Zustimmung zur Kryokonservierung oder Weiterkultivierung zurück, etwa nach einer Scheidung oder dauerhaften Trennung, endet der Vertrag, und die kryokonservierten Zellen sind zu verwerfen. Bei der Kryokonservierung ist der jeweilige Stand der medizinischen und technischen Wissenschaft zu berücksichtigen. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass die konservierten Eizellen im Vorkernstadium in ihrem Eigentum stehen.

Zu 5.3. Verwendung von heterologem Samen

Die Verwendung von heterologem Samen bedarf besonderer Regelungen, die auf die medizinischen, psychosozialen und rechtlichen Aspekte des heterologen Systems Bedacht nehmen und den damit verbundenen Gefahren nach Möglichkeit vorbeugen. Aus rechtlicher Sicht wird dabei zu fordern sein, dass der Samenspende wie auch die künftigen Eltern sich der – möglichen – rechtlichen Probleme des heterologen Systems bewusst sind und dem Kind die Chance einer künftigen Identitätsfindung nicht erschwert wird.

Die behandelnde Ärztin/der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen einer heterologen Insemination für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird – als Einführung in die rechtliche Problematik – angemerkt:

- **Zur Familienrechtlichen Ausgangslage** Mutter eines Kindes ist die Frau, die es geboren hat. Vater eines Kindes ist der Mann, der mit der Mutter im Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist, der die Vaterschaft anerkannt hat oder dessen Vaterschaft gerichtlich festgestellt worden ist. Eine gerichtliche Feststellung der Vaterschaft eines Mannes ist nicht möglich, solange die Vaterschaft eines anderen Mannes (kraft Ehe mit der Mutter im Zeitpunkt der Geburt oder kraft Anerkennnisses) besteht.

- **Zur Anfechtung der Vaterschaft (im Rechtssinn)**

Die Vaterschaft des Mannes, der mit der

Mutter im Zeitpunkt der Geburt verheiratet ist oder der seine Vaterschaft anerkannt hat, kann durch Anfechtung beseitigt werden. Die Anfechtung erfolgt durch Klage auf Feststellung, dass der Mann nicht der leibliche (genetische) Vater des Kindes ist. Anfechtungsberechtigt ist im Falle einer – mit wirksamer Einwilligung des Mannes und der künftigen Mutter durchgeführten – heterologen Insemination nur das Kind (§ 1600 Abs. 2 bis 4 BGB; für das minderjährige Kind vgl. § 1600a Abs. 4 BGB).

Die erfolgreiche Anfechtung bewirkt, dass der Mann, dessen Vaterschaft angefochten ist, auch im Rechtssinn nicht mehr Vater des Kindes ist. Damit entfallen insbesondere die wechselseitige gesetzliche Unterhalts- und Erbberechtigung. Zwar kann u. U. eine Unterhaltspflicht des Mannes gegenüber dem Kind aus der mit der Mutter getroffenen Abrede über die künstliche Insemination über die Anfechtung hinaus fortbestehen; allerdings wird mit der erfolgreichen Anfechtung der Vaterschaft durch das Kind vielfach die Geschäftsgrundlage für die Abrede mit der Mutter entfallen sein (vgl. BGH FamRZ 1995, 861 und a. a. O. 865). Außerdem eröffnet die erfolgreiche Anfechtung dem Kind die Möglichkeit, die Vaterschaft des Samenspenders gerichtlich feststellen zu lassen.

- **Zur Feststellung der Vaterschaft des Samenspenders**

Ist die Vaterschaft des Mannes, der mit der Mutter zum Zeitpunkt der Geburt verheiratet war oder der die Vaterschaft anerkannt hatte, durch Anfechtung beseitigt, kann das Kind (möglicherweise auch die Mutter, § 1600e Abs. 1 BGB) gegen den Samenspende auf Feststellung seiner Vaterschaft klagen. Dasselbe gilt, wenn von vornherein keine Vaterschaft im Rechtssinn besteht (weil die Mutter zum Zeitpunkt der Geburt nicht verheiratet ist und niemand die Vaterschaft anerkannt hat). Mit der gerichtlichen Feststellung seiner Vaterschaft wird der Samenspende zum Vater des Kindes (auch im Rechtssinn); rechtliche Unterschiede zu einem durch natürliche Zeugung begründeten Vater-Kind-Verhältnis bestehen nicht. Insbesondere werden Samenspende und Kind wechselseitig unterhalts- und erbberechtigt.

- **Zur Dokumentation und Auskunftsansprüchen**

Eine Klage des Kindes gegen den Samenspende auf Feststellung seiner Vaterschaft setzt voraus, dass das Kind den Samenspende namhaft machen kann. Das ist im Regelfall nur möglich, wenn die behandelnde Ärztin/der behandelnde

Arzt Informationen über die Herkunft der für die heterologe Insemination verwendeten Samenspende dokumentiert. Eine solche Dokumentationspflicht ist gesetzlich nicht normiert. Sie lässt sich aber möglicherweise aus dem Persönlichkeitsrecht des Kindes herleiten. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts umfasst das Persönlichkeitsrecht auch ein Recht des Kindes auf Kenntnis der eigenen Abstammung (vgl. etwa BVerfG FamRZ 1989, 147; FamRZ 1989, 255; FamRZ 1994, 881; FamRZ 1997, 869). Davon ist allerdings die Frage zu unterscheiden, ob, unter welchen Voraussetzungen und von wem das Kind verlangen kann, ihm die Kenntnis seiner Abstammung zu verschaffen (vgl. BVerfG FamRZ 1989, 255, 258; FamRZ 1994, 881, 882; FamRZ 1997, 869, 870). Diese Frage wird vom Gesetz nicht ausdrücklich beantwortet; sie erscheint derzeit auch noch nicht abschließend geklärt. Aus der in § 1615a BGB normierten wechselseitigen Pflicht zu Beistand und Rücksichtnahme wird – unter letztlich der richterlichen Rechtsfortbildung überlassenen Voraussetzungen – z. T. ein Anspruch des Kindes, jedenfalls des nichtehelichen Kindes, gegen seine Mutter auf Benennung des leiblichen Vaters hergeleitet (zur Wahrnehmung der dabei aus den Grundrechten folgenden Schutzpflicht der Gerichte vgl. BVerfG FamRZ 1997, 869). Auch und gerade in Fällen heterologer Insemination erscheint derzeit nicht verlässlich gesichert, ob, gegen wen, unter welchen Voraussetzungen und mit welchem genauen Inhalt dem so gezeugten Kind ein Anspruch auf Auskunft oder sonstige Verschaffung von Kenntnis über seine Abstammung zusteht und für das Kind einlagbar und vollstreckbar ist. Diese Unsicherheit dürfte auch für die Frage gelten, ob und ggf. welche Rechtsfolgen eintreten, wenn einem Auskunftspflichtigen eine von ihm an sich geschuldete Auskunftserteilung durch eigenes Verhalten – etwa durch unterlassene oder nicht hinreichend lange vorgehaltene Dokumentation der Herkunft der Samenspende – unmöglich wird. (Zum Ganzen vgl. etwa MünchKomm/Seidel: BGB 4. Aufl. § 1589 Rdn. 26 ff., 40 ff.; MünchKomm/Welshofer-Klein: BGB 4. Aufl. § 1600 Rdn. 30; Staudinger/Rauscher: BGB 13. Beib. § 1592 Anh. Rdn. 26; Erman/Holzhauser: BGB 11. Aufl. § 1589 Rdn. 8; jeweils mwN). Unbeschadet einer klaren gesetzlichen Regelung empfiehlt sich eine Dokumentationsdauer von mindestens 30 Jahren (Zum Vergleich siehe § 18 Abs. 3 des Österreichischen Fortpflanzungsmedizingesetzes und Art. 26 des Schweizerischen Bundesgesetzes über die medizinisch unterstützte Fortpflanzung).

Zu 5.4.1. Dokumentation

Im Gegensatz zu den skandinavischen Ländern und Großbritannien gibt es in Deutschland keine zentralen Melderegister, die sowohl eine Kinderwunschbehandlung als auch Schwangerschaft und Geburt in einer Datenbank dokumentieren. Insofern gibt es Ungenauigkeiten bei der Meldung von Fehlbildungen, da in der Regel nur diejenigen erfasst werden, die während der Schwangerschaft oder unmittelbar nach der Geburt dokumentiert werden. Aussagen zur perinatalen Mortalität von Geburten nach sterilitätsmedizinischer Behandlung sind lückenhaft, da es in Deutschland kein zentrales geburtshilfliches Register gibt, welches eine Kopplung mit Daten der Sterilitätsbehandlung ermöglicht.

Mitglieder des Arbeitskreises

Univ.-Prof. Dr. med. K. Diedrich, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Medizinische Universität Lübeck

Prof. Dr. med. Hermann Nepp (Föderführender), em. Direktor der Klinik und Poliklinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe des Klinikums Großhadern in München

Prof. Dr. med. Heribert Kentenich, Chefarzt der DRK-Frauenklinik in Berlin

Prof. Dr. theol. Hartmut Kreß, Evang.-Theologische Fakultät, Abteilung Sozialethik, Universität Bonn

Prof. Dr. jur. Hans Lille, Inhaber des Lehrstuhls für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsvergleichung und Medizinrecht der Juristischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg

Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Mechthild Nelles, Medizinische Hochschule Hannover, Funktionsbereich Psychosomatische Frauenheilkunde, Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie

Univ.-Prof. Dr. med. Eberhard Nieschlag, Direktor des Instituts für Reproduktionsmedizin, Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. rer. soz. Ingrid Nippert, Institut für Humangenetik, Universitätsklinikum Münster

Prof. Dr. med. Eberhard Schwieger, Direktor des Instituts für Humangenetik, Universitätsklinikum Lübeck

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Peter C. Scriba, em. Direktor der Medizinischen Klinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München

RAin Ulrike Wollersheim, Rechtsabteilung der Bundesärztekammer in Berlin

Priv.-Doz. Dr. med. Christiane Woopen, Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln

Beratend:

Prof. Dr. jur. Thomas Wagenitz, Sprockhövel

Geschäftsführung:

Dez. VI – Wissenschaft und Forschung –

Dr. med. Gert Schömburg, Dezernent

Dr. med. Petra Zschieschang, Referentin

Korrespondenzadresse:

Bundesärztekammer

Dezernat 6

Herbert-Lewin-Platz 1

10623 Berlin

Telefon: 0 30/40 04 56-4 60

Fax: 0 30/40 04 56-4 86

E-Mail: dezemat6@baek.de

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft**„UAW-News – International“****Hypersomnie unter Isotretinoin**

Isotretinoin ist als stark sebosuppressive, antiinflammatorische und antikeratinisierende Substanz, deren Anwendung erhebliche Risiken beinhaltet, nur bei schweren therapieresistenten Formen der Akne als Reservemittel indiziert (1). Wegen seiner teratogenen Wirkung darf es bei Frauen im gebärfähigen Alter nur unter sicherem Konzeptionsschutz verordnet werden. Mindestens eine, besser zwei sich ergänzende Methoden der Konzeptionsverhütung müssen bereits einen Monat vor Beginn der Medikation begonnen werden. Wegen der Gefahr der Auslösung eines Pseudotumors cerebri darf es nicht mit Tetracyklinen kombiniert werden. (Weitere Hinweise für eine sichere Anwendung der Substanz finden sich auf der Internetseite des BfArM.)

Es wird über einen 17-jährigen Patienten berichtet (2), der sowohl unter einer rezidivierenden schweren Depression als auch einer Acne vulgaris litt. Der Patient wurde akut in einem psychiatrischen Krankenhaus aufgenommen, nachdem drei Monate zuvor mit einer Isotretinoin-Therapie begonnen worden war. Er gab an, dass es drei Tage nach Beginn der Einnahme von Isotretinoin zu einer starken Verschlechterung seiner psychischen Situation mit Zunahme der depressiven Symptome und Suizidideen gekommen sei, allerdings mit einer bemerkenswerten Ausnahme: Während er zuvor oft an Schlafstörungen gelitten hatte, schlief er nun täglich 14 bis 15 Stunden. Während der Wachphasen bestand eine exzessive Schläfrigkeit. Isotretinoin wurde abgesetzt und der Patient stationär beobachtet. Nach drei Tagen waren die depressiven Symptome erheblich gebessert, und die Suizidideen hatten nachgelassen. Auch die Hypersomnie war verschwunden.

Im deutschen Spontanmeldesystem (gemeinsame Datenbank von BfArM und AkdÄ, Stand: 24. 11. 2005) sind 470 Verdachtsfälle unerwünschter Arzneimittelwirkungen im Zusammenhang mit Isotretinoin erfasst. Davon betrafen 96

Meldungen (20,4 Prozent) psychiatrische Störungen, darunter 22 Fälle einer Depression und sieben über Suizidgedanken bzw. Suizidversuch. Nur zweimal wird eine Schlafstörung genannt, in einem Fall verbunden mit Angst, Schwindel und Depression. In einem weiteren Bericht werden Mattigkeit und Somnolenz angegeben.

In den Fachinformationen zu Isotretinoin-haltigen Präparaten (3) wird auf psychische Störungen hingewiesen. Danach ist in seltenen Fällen mit dem Auftreten einer Depression oder der Verschlimmerung einer bestehenden Depression, Angstgefühlen, Stimmungsschwankungen und Aggressivität zu rechnen. Sehr selten wurde auch über Suizidgedanken und Suizidversuche berichtet. Die AkdÄ bittet diesbezüglich um anhaltende Aufmerksamkeit, insbesondere bei Patienten mit entsprechenden psychiatrischen Vorerkrankungen.

Bitte teilen Sie der AkdÄ alle beobachteten Nebenwirkungen (auch Verdachtsfälle) mit. Sie können dafür den in regelmäßigen Abständen im Deutschen Ärzteblatt auf der vorletzten Umschlagseite abgedruckten Berichtsbogen verwenden oder diesen aus der AkdÄ-Internetpräsenz www.akdae.de abrufen.

Literatur:

1. Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft: Akne-Therapie im Überblick. Arzneiverordnung in der Praxis 2000; Heft 3: 2–3.
2. Shehi GM, Bryson WJ: Hypersomnia associated with Isotretinoin in a patient with recurrent major depressive disorder and acne vulgaris. Sleep 2004; 27: 821.
3. Fachinformation Roaccutan® Weichkapseln, September 2004. Fachinformation Isotretinoin-ratiopharm® Weichkapseln, März 2004.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin, Postfach 12 08 64, 10598 Berlin, Telefon: 0 30/40 04 56-5 00, Fax: 0 30/40 04 56-5 55, E-Mail: irifo@akdae.de, Internet: www.akdae.de □



**Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen
vom 27.03.2000 i. d. F. vom 05.10.2015
(In Kraft getreten am 11.12.2015)**

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

"Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen. Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein. Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren. Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder aufgrund einer etwaigen Behinderung noch nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung. Ich werde Jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden. Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich auf meine Ehre."

Inhaltsübersicht

	Seite		Seite
A. Präambel	2	§ 15 Forschung	6
		§ 16 Beistand für den Sterbenden	7
B. Regeln zur Berufsausübung		IV. Berufliches Verhalten	
I. Grundsätze		1. Berufsausübung	
§ 1 Aufgaben des Arztes	2	§ 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis	7
§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten	2	§ 18 Berufliche Kooperation	7
§ 3 Unvereinbarkeiten	3	§ 18 a Ankündigung von Berufsaus- übungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen	8
§ 4 Fortbildung	4	§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte	8
§ 5 Qualitätssicherung	4	§ 20 Vertreter	9
§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen	4	§ 21 Haftpflichtversicherung	9
II. Pflichten gegenüber Patienten		§ 22 (aufgehoben)	
§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln	4	§ 22 a (aufgehoben)	
§ 8 Aufklärungspflicht	4	§ 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis	9
§ 9 Schweigepflicht	4	§ 23 a Ärztegesellschaften	9
§ 10 Dokumentationspflichten	5	§ 23 b Medizinische Kooperationsgemein- schaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe	10
§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden	5	§ 23 c Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften	10
§ 12 Honorar und Vergütungs- absprachen	5	§ 23 d Praxisverbund	11
III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung		§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit	11
§ 13 Besondere medizinische Verfahren	6	§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse	11
§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch	6	§ 26 Ärztlicher Notfalldienst	11

2. Berufliche Kommunikation	
§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung	12
§ 28 Verzeichnisse (aufgehoben)	
3. Berufliche Zusammenarbeit	
§ 29 Kollegiale Zusammenarbeit	12
§ 29a Zusammenarbeit mit Dritten	13
4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten	
§ 30 Ärztliche Unabhängigkeit	13

§ 31 Unerlaubte Zuwendungen	13
§ 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen	13
§ 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit	14
§ 34 Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (aufgehoben)	
§ 35 Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring (aufgehoben)	
§ 36 Inkrafttreten	14

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Hamburgischen Kammergesetzes für die Heilberufe beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft Hamburg zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die Hamburger Ärzte und Ärztinnen die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung "Arzt" („Ärzte") einheitlich und neutral für Ärzte und Ärztinnen verwendet wird.

Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

B. Regeln zur Berufsausübung I. Grundsätze

§ 1

Aufgaben des Arztes

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung¹. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe². Er ist seiner

Natur nach ein freier Beruf.³

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2

Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus.¹ Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.²

(2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen¹. Er darf weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.²

(3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.

(4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nicht-ärzten entgegennehmen.

(5) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und diese zu beachten.

(6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunfts- und Anzeigenpflichten hat der Arzt auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richtet, in angemessener Frist zu antworten.

(7) Soweit es zur Überwachung nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 des Hamburgischen Kammerngesetzes für Heilberufe erforderlich ist, ist der Arzt befugt, Fragen der Ärztekammer über die Erfüllung seiner Berufspflichten zu beantworten, und verpflichtet, ärztliche Aufzeichnungen und Unterlagen vorzulegen.¹ Vor- und nachbehandelnde Ärzte sind, soweit erforderlich, der Ärztekammer zu Auskünften sowie zur Vorlage von Aufzeichnungen und Unterlagen über den Patienten verpflichtet, es sei denn, der Patient widerspricht.²

(8) Wer eine Facharztbezeichnung führt, darf grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig werden. Ärzte, die eine Schwerpunktbezeichnung führen, müssen auch in diesem Schwerpunkt tätig sein.¹ Dasselbe gilt für Ärzte, die mehr als eine Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führen.²

(9) Werden Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend und gelegentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten.

§ 3

Unvereinbarkeiten

(1) Dem Arzt ist neben der Ausübung seines Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist.¹ Dem Arzt ist auch verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben.² Ebenso wenig

darf er zulassen, dass von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.³

(2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4

Fortbildung

(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) Auf Verlangen muss der Arzt seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

§ 5

Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

§ 6

Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen.

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.¹ Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.²

(2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln.¹ Andererseits ist - von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen - auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen.² Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.³

(3) Der Arzt darf individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, nicht ausschließlich über Print- und Kommunikationsmedien durchführen.¹ Auch bei telemedizinischen Verfahren ist zu gewährleisten, dass ein Arzt den Patienten unmittelbar behandelt.²

(4) Der Arzt hat im Interesse des Patienten mit anderen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe des Gesundheitswesens zusammenzuarbeiten.¹ Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, hat er rechtzeitig andere Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.²

(5) Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Behandlung anwesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.

(6) Der Arzt hat dem Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.

(7) Bei der Überweisung von Patienten an

Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen hat der Arzt rechtzeitig die erhobenen Befunde zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.¹ Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung.² Originalunterlagen sind zurückzugeben.³

(8) Der Arzt darf einer missbräuchlichen Verwendung seiner Verschreibung keinen Vorschub leisten.

§ 8

Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten.¹ Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.² Die Aufklärung hat dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihr verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen.³ Insbesondere vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten.⁴ Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindrücklicher ist der Patient über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.⁵

§ 9

Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist - auch über den Tod des Patienten hinaus - zu schweigen.¹ Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.²

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes, insbesondere auch bei dem begründeten Verdacht einer Misshandlung, eines Missbrauchs oder

einer schwerwiegenden Vernachlässigung erforderlich ist.¹ Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.² Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.³

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.

(4) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, dass dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.

§ 10

Dokumentationspflicht

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen.¹ Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.²

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen in die ihn betreffende Dokumentation Einsicht zu gewähren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.²

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbe-

wahrungspflicht besteht.

(4) Nach Aufgabe der Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden.¹ Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muss diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.²

(5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.¹ Der Arzt hat hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.²

(6) Der Arzt darf Angaben zur Approbation oder Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs sowie zu Bezeichnungen nach der Weiterbildungsordnung nur durch eine von der Ärztekammer betriebene oder mit der Ärztekammer durch einen Kooperationsvertrag verbundene Zertifizierungsstelle in Signaturschlüssel-Zertifikate oder Attribut-Zertifikate aufnehmen lassen.

§ 11

Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

(2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden.¹ Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.²

§ 12

Honorar und Vergütungsabsprachen

(1) Die Honorarforderung muss angemessen sein.¹ Für die Bemessung ist die amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten.² Der Arzt darf die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten.³ Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.⁴

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

(4) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder einem anderen Kostenträger erstattet werden, muss der Arzt den Patienten schriftlich über die Höhe des nach der GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben ist oder nicht sicher ist.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13

Besondere medizinische Verfahren

(1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Richtlinien zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Richtlinien zu beachten.

(2) Im Einzelnen handelt es sich um die Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion und um die Richtlinien zur pränatalen Diagnostik von Krankheiten und Krankheitsdispositionen.

(3) Soweit es die Ärztekammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen

oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.

(4) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten hat der Arzt auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien erfüllt werden.

§ 14

Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten.¹ Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen.² Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.³ Ersteres gilt nicht, wenn die Mitwirkung notwendig ist, um von der Frau eine anders nicht abwendbare Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung abzuwenden.⁴

(2) Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 15

Forschung

(1) Der Arzt, der sich an einem Forschungsvorhaben beteiligt, bei dem in die psychische oder körperliche Integrität eines Menschen eingegriffen oder Körpermaterialien oder Daten verwendet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, muss sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird.¹ Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.²

(2) Bei Auftragsforschung sind in den Publikationen der Ergebnisse die Auftraggeber zu nennen.

(3) Der Arzt beachtet bei der Forschung am Menschen nach § 15 Abs. 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

§ 16

Beistand für den Sterbenden

Der Arzt hat dem Sterbenden unter Wahrung seiner Würde und Achtung seines Willens beizustehen. Es ist ihm verboten, einen Patienten auf dessen Verlangen zu töten. Er darf keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17

Niederlassung und Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.

(2) Dem Arzt ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein.¹ Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten an jedem Ort seiner Tätigkeiten zu treffen.²

(3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig.¹ Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.²

(4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen.¹ Der Arzt hat auf seinem Praxisschild

- die (Fach-)Arztbezeichnung,
- den Namen,
- die Sprechzeiten sowie
- ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben.²

Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen.³

(5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeiten am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer Tätigkeiten und jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

§ 18

Berufliche Kooperation

(1) Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen.

(1a) Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind nur zulässig, wenn die ihr zugehörigen Ärzte am Gewinn dieser Gesellschaft jeweils entsprechend ihres persönlich erbrachten Anteils an der gemeinschaftlichen Leistung beteiligt werden.¹ Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren stellt keinen Leistungsanteil im Sinne im Sinne des Satzes 1 dar.² Verträge über die Gründung von Teil-Berufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.³

(2) Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist.¹ Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jeder Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.²

(2a) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23 a Abs. 1 Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung.¹ Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbstständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus.² Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten.³ Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischen Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.⁴

(3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig.¹ Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz.² Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz verantwortlich mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine ausreichende Patientenversorgung sicherstellt.³

(4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

(5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe (PartGG) vom 25.07.1994- BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Abs. 3 PartGG.

(6) Alle Zusammenschlüsse nach Abs. 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen.¹ Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärzte hinzuweisen.²

§ 18 a

Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen

(1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen.¹ Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen.² § 19 Abs. 4 gilt entsprechend.³ Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist unzulässig.⁴

(2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen.¹ Bei Partnerschaften gem. § 23 c darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Arzt“ oder eine andere führende Bezeichnung angegeben wird.²

(3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden.¹ Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.²

§ 19

Beschäftigung angestellter Praxisärzte

(1) Der Arzt muss die Praxis persönlich ausüben.¹ Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus.² Der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiter der Ärztekammer anzuzeigen.³

(2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag des Patienten regelmäßig nur von Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, kann ein Facharzt auch als Angestellter eines Praxisinhabers mit anderem Fachgebiet seine Leistungen erbringen.

(3) Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden.¹ Angemessen sind

insbesondere Bedingungen, die dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen.²

(4) Über die in der Praxis angestellten Ärzte müssen die Patienten in geeigneter Weise informiert werden.

§ 20

Vertreter

(1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurück zu überweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist und der Patient nicht widerspricht.⁴ Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebietes vertreten lassen.² Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, dass die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.³

(2) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe, seines Partners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von sechs Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

§ 21

Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 22

(aufgehoben)

§ 22 a

(aufgehoben)

§ 23

Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

(2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt eine Vergütung für seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung den Arzt in der Unabhängigkeit seiner medizinischen Entscheidung beeinträchtigt.

§ 23 a

Ärztegesellschaften

(1) Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein.¹ Gesellschafter einer Ärztegesellschaft können nur Ärzte und Angehörige der in § 23 b Abs. 1 S. 1 genannten Berufe sein.² Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein.³ Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a. die Gesellschaft verantwortlich von einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärzte sein,
- b. die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärzten zu steht,
- c. Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
- d. eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jeden in der Gesellschaft tätigen Arzt besteht.⁴

(2) Der Name der Ärztegesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten.¹ Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärzte angezeigt werden.²

(3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit bei einer juristischen Person des Privatrechts, die gewerbsmäßig ambulante heilkundliche Leistungen erbringt ohne die Voraussetzungen des Absatzes 1 zu erfüllen,

kann auf Antrag von der Ärztekammer genehmigt werden, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.¹ Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit in Krankenhäusern oder konzessionierten Privatkrankenanstalten bleibt hiervon unberührt.²

§ 23 b

Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

(1) Ärzte können sich auch mit selbstständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlern und Mitarbeitern sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft).¹ Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gemäß § 23 a gestattet.² Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können.³ Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

- a. die eigenverantwortliche und selbstständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist,
- b. die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt bleiben,
- c. medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern

nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbstständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufes solche Entscheidungen überlassen darf,

- d. der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
- e. der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann,
- f. die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird,
- g. sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.⁴

(2) Die Voraussetzungen der Buchstaben a – f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend.¹ Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten.² Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.³

(3) Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im Einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

§ 23 c

Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Einem Arzt ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23 b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammenzuarbeiten, wenn er nicht die Heilkunde am Menschen ausübt.

§ 23 d

Praxisverbund

(1) Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z.B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist.¹ Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z.B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden.² Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärzte nicht behindern.³

(2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.

(3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsberufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

§ 24

Verträge über ärztliche Tätigkeit

(1) Anstellungsverträge für Ärzte dürfen von diesen nur abgeschlossen werden, wenn Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind.¹ Sie müssen insbesondere sicherstellen, dass der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen ist.² Sofern Weisungsbefugnis von Ärzten gegenüber Ärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verantwortung entbunden.³

(2) Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die berufsrechtlichen Belange gewahrt sind.

§ 25

Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen.¹ Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die ausstellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.² Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.³

§ 26

Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen.¹ Dies gilt nicht für niedergelassene Ärzte, die zugleich hauptberuflich in einem Dienst- oder Arbeitsverhältnis stehen.² Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden.³ Dies gilt insbesondere

- wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
- wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
- wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung

teilnimmt,
für Ärztinnen ab dem Zeitpunkt der Bekanntgabe ihrer Schwangerschaft und bis zu 12 Monaten nach der Entbindung sowie für weitere 24 Monate, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet, für Ärzte ab dem Tag der Geburt des Kindes für einen Zeitraum von 36 Monaten, soweit nicht der andere Elternteil die Versorgung des Kindes gewährleistet,
für Ärzte über 65 Jahre.⁴

(2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im Einzelnen ist die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg erlassene Notfalldienstordnung maßgebend.¹ Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.²

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist.

2. Berufliche Kommunikation

§ 27

Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

(1) Sachliche berufsbezogene Informationen sind dem Arzt gestattet.¹ Sachlich ist insbesondere eine sachgerechte und angemessene Information im Interesse des Patientenschutzes.²

(2) Berufswidrige Werbung ist dem Arzt untersagt.¹ Berufswidrig ist insbesondere eine anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung.² Der Arzt darf eine berufswidrige Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden.³ Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte in Zusammenhang mit der ärztlichen Tätig-

keit ist unzulässig.⁴ Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.⁵

(3) Der Arzt kann

1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
2. nach sonstigen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
3. als solche gekennzeichnete Tätigkeitsschwerpunkte und
4. organisatorische Hinweise ankündigen.¹

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden.² Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.³ Angaben nach Abs. 3 Nrn. 2 und 3 dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit Bezeichnungen, die in der Weiterbildungsordnung geregelt sind, verwechselt werden können.⁴ Tätigkeitsschwerpunkte dürfen aufgrund nachgewiesener hinreichender Qualifikation angekündigt werden.⁵ Die Ärzte haben der Ärztekammer die zur Prüfung der Voraussetzungen oder des Fortbestehens dieser Voraussetzungen erforderlichen Unterlagen vorzulegen.⁶ Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.⁷

(4) Die Angaben nach Abs. 3 Nrn. 2 und 3 sind nur zulässig, wenn der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

§ 28

Verzeichnisse (aufgehoben)

3. Berufliche Zusammenarbeit

§ 29

Kollegiale Zusammenarbeit

(1) Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten.¹ Die Verpflichtung, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt.² Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen

Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen sind berufswidrig.³

(2) Die Meldung des begründeten, durch Tatsachenangaben gestützten Verdachts auf ein ärztliches Fehlverhalten, insbesondere eine Fehlbehandlung, an die Ärztekammer Hamburg, stellt keinen Verstoß gegen das Gebot der Kollegialität dar.

(3) Es ist berufswidrig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tätigkeit durch unläutere Handlungen zu verdrängen.¹ Es ist insbesondere berufswidrig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlässt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war.² Ebenso ist es berufswidrig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.³

(4) Ärzte mit aus einem Liquidationsrecht resultierenden oder anderweitigen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit (z.B. Beteiligungsvergütungen) sind verpflichtet, den von ihnen dazu herangezogenen Kollegen eine angemessene Vergütung zu gewähren bzw. sich dafür einzusetzen, dass die Mitarbeit angemessen vergütet wird.

(5) In Gegenwart von Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen.¹ Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern und für den Dienst in den Krankenhäusern.²

(6) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat seine nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.

(7) Ärzte dürfen nichtärztliche Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.

(8) Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem an-

deren Arzt hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden.¹ Die Bestimmungen über den medizinischen Dienst der Krankenkassen oder amtsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.²

§ 29a

Zusammenarbeit mit Dritten

(1) Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln.¹ Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Fachberuf befinden.²

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche des Arztes und des Angehörigen des Fachberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30

Ärztliche Unabhängigkeit

Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

§ 31

Unerlaubte Zuweisung

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.

(2) Der Arzt darf seinen Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen

empfehlen oder an diese verweisen.

§ 32

Unerlaubte Zuwendungen

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, von Patienten oder Anderen Geschenke oder andere Vorteile für sich oder Dritte zu fordern, sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird.

(2) Die auf einer sozialversicherungsrechtlich zulässigen Vertragsvereinbarung basierende wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweise ist nicht berufswidrig, sofern dem Arzt die Möglichkeit erhalten bleibt, aus medizinischen Gründen eine andere Entscheidung zu treffen.

(3) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden.¹ Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinaus geht.²

(4) Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt.¹ Das Sponsoring ist bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.²

§ 33

Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Soweit Ärzte Leistungen für die Erbringer von Heilmittelversorgung oder für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten erbringen (z.B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen.¹ Die Verträge über die Zusammenarbeit

sind schriftlich abzuschließen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.²

§ 34

(aufgehoben)

§ 35

(aufgehoben)

§ 36

Inkrafttreten

(1) Diese Berufsordnung tritt am ersten Tag des Monats in Kraft, der auf die Verkündung im „Hamburger Ärzteblatt“ folgt.

(2) Gleichzeitig tritt die Berufsordnung der Hamburger Ärzte vom 02. September 1996 in der geltenden Fassung außer Kraft.

**Richtlinie
zur
Durchführung der assistierten Reproduktion
vom 13. April 2015
Anhang zur § 13 Abs. 2 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom
27.03.2000 i.d.F.v. 02.12.2013**

Präambel

Die Richtlinie berücksichtigt die öffentliche Debatte über Chancen, Legitimität und ethische Grenzen der Fortpflanzungsmedizin, den gesellschaftlichen Wertewandel zu Familie, Ehe und Partnerschaft und die Kriterien der Medizinethik. Die Anwendung medizinisch assistierter Reproduktion ist durch das Leiden von Paaren durch ungewollte Kinderlosigkeit und durch ihren auf natürlichem Weg nicht erfüllbaren Kinderwunsch begründet. Zwar besitzt kein Paar ein Recht oder einen Anspruch auf ein Kind, jedoch ist der Wunsch nach einem eigenen Kind legitim und nachvollziehbar. Sofern sich ein Kinderwunsch auf natürlichem Weg nicht erfüllen lässt, kann die medizinisch assistierte Reproduktion Hilfe leisten. Der technische Fortschritt der Reproduktionsmedizin soll aber keine überhöhten Erwartungen wecken und keiner Verschiebung gesellschaftlicher Leitbilder zu Lasten behindert geborener Kinder Vorschub leisten.

Der medizinisch assistierten Reproduktion liegen die gesetzlichen Vorgaben, namentlich das Embryonenschutzgesetz, zugrunde. Die Schutzwürdigkeit und das Lebensrecht von Embryonen werden von der abgeschlossenen Befruchtung an gewahrt. Darüber hinaus orientiert sie sich an ethischen Normen, die das Kindeswohl, d. h. den Schutz und die Rechte des erhofften Kindes, die Frau, den Mann und die behandelnden Ärztinnen / Ärzte betreffen.

Den hohen Rang des Kindeswohls bringen zum Beispiel das Übereinkommen der Vereinten Nationen über die Rechte des Kindes aus dem Jahr 1989 oder die von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes 1998 verabschiedete „Deklaration von Ottawa zum Recht des Kindes auf gesundheitliche Versorgung“ zum Ausdruck. In der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten in Artikel 24 „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit“ an. Der Weltärztebund betont im Rahmen seiner „Allgemeinen Grundsätze“, „dass die bestmögliche Wahrnehmung der Interessen des Kindes die wichtigste Aufgabe in der Gesundheitsversorgung sein muss“. Der hohe Anspruch an das Kindeswohl gilt auch für den Umgang mit dem noch nicht geborenen Kind. Sofern im konkreten Fall die Anwendung reproduktionsmedizinischer Verfahren die Voraussetzung dafür ist, dass ein Kinderwunsch überhaupt verwirklicht wird, trägt die Ärztin / der Arzt für das Wohl des mit ihrer / seiner medizinischen Assistenz erzeugten Kindes eine besondere Verantwortung. Die ärztliche Pflicht, zum Wohl der Patienten zu handeln und Schaden zu vermeiden, bezieht sich auf die Mutter und auf die erwünschten Kinder. Aufgrund der ärztlichen Verantwortung muss daher über Gefährdungen, die aus Mehrlingsschwangerschaften für Mutter und Kind resultieren, oder das Problem erhöhter nachgeburtlicher Gesundheitsschäden des Kindes sorgsam und umfassend aufgeklärt werden. Im Einzelfall müssen der Kinderwunsch eines Paares und eventuelle gesundheitliche Risiken, die eine medizinisch assistierte Reproduktion für das erhoffte Kind

mit sich bringen können, gegeneinander abgewogen werden. Dem Recht des Kindes auf Kenntnis seiner genetischen Herkunft ist Rechnung zu tragen.

Paare mit Kinderwunsch und vor allem die betroffenen Frauen sind den Prinzipien der Patientenautonomie und des informed consent gemäß über die Einzelheiten und Risiken der für sie in Betracht kommenden Verfahren umfassend zu informieren und aufzuklären. Die medizinische Information soll von einer psychosozialen Beratung begleitet werden. Die Patientin bzw. das Paar sind in die Lage zu versetzen, unter Kenntnis der medizinischen Sachverhalte, der Risiken, die mit der Inanspruchnahme reproduktionsmedizinischer Verfahren verbunden sind, sowie der ethischen Aspekte, zu denen das Kindeswohl gehört, in eigener Verantwortung zu entscheiden, ob sie die Reproduktionsmedizin in Anspruch nehmen möchten und welche Verfahren der ärztlich assistierten Reproduktion es sind, von denen sie Gebrauch machen wollen.

Die Behandlungsstandards und das Niveau der gesundheitlichen Versorgung, die in Deutschland reproduktionsmedizinisch gewährleistet werden, sind im europäischen Kontext zu sehen. Sie lassen sich vom Fortschritt der Behandlungsmethoden, von den rechtlichen Entwicklungen sowie den - auch weniger restriktiven - ethischen Gesichtspunkten, die in anderen europäischen Ländern gelten, nicht abkoppeln. Nichtgenetische oder genetisch-diagnostische Verfahren, die in einer Reihe europäischer Staaten im Rahmen der dort geltenden Gesetze auf Wunsch der Eltern zu einer möglichen Verbesserung des Schwangerschaftserfolges und um der Gesundheit der erhofften Kindern willen praktiziert werden (z. B. Kultivierung von Embryonen mit nachfolgendem Single-Embryo-Transfer), sind in der Bundesrepublik Deutschland zur Zeit nicht statthaft oder in ihrer rechtlichen Zulässigkeit strittig. In ethischer Hinsicht gilt, dass die Reproduktionsmedizin die Selbstbestimmungsrechte von Paaren mit Kinderwunsch zu berücksichtigen, sich am Gesundheitsschutz der Schwangeren und des erhofften Kindes zu orientieren und ein hohes Niveau der Gesundheitsversorgung sicherzustellen hat. Letztlich liegt es am Gesetzgeber, die gesetzlichen Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass Verfahren, die in anderen Staaten zu einer Verbesserung der Kinderwunschbehandlung geführt haben und dort statthaft sind, in der Bundesrepublik Deutschland übernommen werden können.

1. Begriffsbestimmungen zur assistierten Reproduktion

Als assistierte Reproduktion wird die ärztliche Hilfe zur Erfüllung des Kinderwunsches eines Paares durch medizinische Hilfen und Techniken bezeichnet. In der Regel wird im Zusammenhang mit diesen Verfahren eine hormonelle Stimulation durchgeführt. Darunter versteht man den Einsatz von Medikamenten zur Unterstützung der Follikelreifung, sodass im Zyklus ein oder mehrere Follikel heranreifen.

Die alleinige Insemination (ohne hormonelle Stimulation) sowie die alleinige hormonelle Stimulation (ohne Insemination) sind als Methode nicht von dieser Richtlinie erfasst.

1.1. Insemination

Unter Insemination versteht man das Einbringen des Nativspermas in die Cervix (intrazervikale Insemination) oder des aufbereiteten Spermas in den Uterus (intrauterine Insemination) oder in die Eileiter (intrauterine Insemination).

1.2. GIFT

Unter GIFT (Gamete-Intrafallopian-Transfer; intratubarer Gametentransfer) versteht man den Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter.

1.3. Extrakorporale Befruchtung

1.3.1. IVF

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers.

1.3.2. ICSI

Unter der Intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) versteht man ein Verfahren der IVF, bei dem eine menschliche Samenzelle in eine menschliche Eizelle injiziert wird.

1.4. ET

Die Einführung des Embryos in die Gebärmutter wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet.

1.5. homologer / heterologer Samen

Als homolog gilt der Samen des Ehemannes oder des Partners in stabiler Partnerschaft. Als heterolog gilt der Samen eines Samenspenders.

1.6. PKD

Bei der Polkörperdiagnostik (PKD) wird eine mütterliche, genetische oder chromosomale Veränderung des haploiden weiblichen Chromosomensatzes durch Beurteilung des ersten und – wenn möglich – auch des zweiten Polkörpers im Ablauf einer IVF vor der Bildung des Embryos untersucht. Es handelt sich um eine indirekte Diagnostik der Eizelle.

1.7. PID

Bei der Präimplantationsdiagnostik (PID) werden in einem sehr frühen Entwicklungsstadium ein oder zwei Zellen eines durch extrakorporale Befruchtung entstandenen Embryos entnommen und auf eine Chromosomenstörung oder eine spezifische genetische Veränderung hin untersucht.

Die PID ist nicht Gegenstand dieser Richtlinie, da die Zulässigkeit ihrer Durchführung im Embryonenschutzgesetz und der Verordnung zur Regelung der Präimplantationsdiagnostik – (PIDV) geregelt sind.

2. Medizinische Voraussetzungen für die assistierte Reproduktion

Jeder Anwendung der Maßnahmen der assistierten Reproduktion hat eine sorgfältige Diagnostik bei beiden Partnern voranzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind. Bei der Wahl der Methode sollten die Dauer des Kinderwunsches und das Alter der Frau Berücksichtigung finden.

2.1. Methoden und Indikationen

2.1.1. Hormonelle Stimulation der Follikelreifung

Indikationen:

- Follikelreifungsstörungen
- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen

2.1.2. Homologe Insemination

Indikationen:

- leichte Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- nicht erfolgreiche hormonelle Stimulationsbehandlung
- somatische Ursachen (z. B. Hypospadie, retrograde Ejakulation, Zervikal-Kanal-Stenose)
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.3. Homologe In-vitro-Fertilisation mit Intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET) von einem (SET), von zwei (DET) oder drei Embryonen

Uneingeschränkte Indikationen:

- Tubenverschluss bzw. tubare Insuffizienz
- männliche Fertilitätsstörungen nach erfolgloser Insemination

Eingeschränkte Indikationen:

- Endometriose von hinreichender Bedeutung
- idiopathische Unfruchtbarkeit

Eine unerklärbare (idiopathische) Unfruchtbarkeit kann nur als Indikation für eine assistierte Reproduktion im Sinne einer IVF-Behandlung angesehen werden, wenn alle notwendigen und Erfolg versprechenden diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und hormonelle Stimulation, intrauterine und / oder intratubare Insemination nicht erfolgreich waren.

2.1.4. Intratubarer Gametentransfer (GIFT)

Indikationen:

- einige Formen männlicher – mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer – Fertilitätsstörungen
- idiopathische Unfruchtbarkeit

2.1.5. Intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- fehlende oder unzureichende Befruchtung bei einem IVF-Versuch

2.1.6. Heterologe Insemination

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen
- erfolglose Behandlung einer männlichen Fertilitätsstörung mit intrauteriner und / oder intratubarer Insemination und / oder in-vitro-Fertilisation und / oder intrazytoplasmatischer Spermieninjektion im homologen System
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Voraussetzung sind funktionsfähige, offene Eileiter.

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“, Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.7. Heterologe In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer (IVF mit ET), heterologe intrazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI mit ET)

Indikationen:

- schwere Formen männlicher Fertilitätsstörungen

- erfolgloser Einsatz der intrauterinen und / oder intratubaren Insemination und / oder der In-vitro-Fertilisation und / oder der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion im homologen System (nach Vorliegen der jeweiligen Indikation)
- erfolgloser Einsatz der heterologen Insemination
- ein nach humangenetischer Beratung festgestelltes hohes Risiko für ein Kind mit schwerer genetisch bedingter Erkrankung

Beim Einsatz heterologer Spermien sind die Voraussetzungen (s. Kapitel „Voraussetzungen für spezielle Methoden“ Abschnitt „Verwendung von heterologem Samen“) zu beachten.

2.1.8 Polkörperdiagnostik (PKD)

Die PKD ist ein in Erprobung befindliches Verfahren.

Indikationen:

- Erkennung eines spezifischen genetischen einschließlich chromosomalen kindlichen Risikos mittels indirekter Diagnostik der Eizelle
- Erkennung unspezifischer chromosomaler Risiken im Rahmen von IVF zur möglichen Erhöhung der Geburtenrate

Eine Erhöhung der Geburtenrate ist bisher nicht hinreichend belegt.

Die PKD ist an die Anwendung der IVF und ICSI geknüpft, obwohl eine Fertilitätsstörung nicht vorliegen muss. Soweit diese Untersuchungen vor Bildung des Embryos erfolgen, ist das Embryonenschutzgesetz nicht berührt.

2.2. Kontraindikationen

Absolute Kontraindikationen:

- alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft

Eingeschränkte Kontraindikationen:

- durch eine Schwangerschaft bedingtes, im Einzelfall besonders hohes medizinisches Risiko für die Gesundheit der Frau oder die Entwicklung des Kindes
- Sexualstörungen als wesentlicher Sterilitätsfaktor (seltener Geschlechtsverkehr, Vermeidung des Verkehrs zum Konzeptionsoptimum, nicht organisch bedingte sexuelle Funktionsstörung). In diesem Fall soll zuerst eine Sexualberatung / -therapie des Paares erfolgen.

2.3. Humangenetische Beratung

Eine humangenetische Beratung soll die Partner in die Lage versetzen, auf der Grundlage ihrer persönlichen Wertmaßstäbe eine Entscheidung in gemeinsamer Verantwortung über die Vornahme einer genetischen Untersuchung im Rahmen der assistierten Reproduktion und über die aus der Untersuchung zu ziehenden Handlungsoptionen zu treffen. Im Rahmen dieser Beratung sollen ein mögliches genetisches Risiko und insbesondere die mögliche medizinische und ggf. psychische und soziale Dimension, die mit einer Vornahme oder Nicht-Vornahme einer genetischen Untersuchung sowie deren möglichem Ergebnis verbunden ist, erörtert werden.

Eine genetische Untersuchung darf erst vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person über Wesen, Bedeutung und Tragweite der genetischen Untersuchung gem. § 9 des Gesetzes über genetische Untersuchungen bei Menschen (GenDG) aufgeklärt wurde und in die Untersuchung und die Gewinnung der dafür erforderlichen genetischen Probe ausdrücklich und schriftlich eingewilligt hat.

3. Allgemeine Zulassungsbedingungen

Bei der assistierten Reproduktion handelt es sich mit Ausnahme der alleinigen Insemination (ohne hormonelle Stimulation) und der alleinigen hormonellen Stimulation (ohne Insemination) um besondere medizinische Verfahren gem. § 13 Abs. 1 i. V. m. § 5 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen. Die Ärztin / der Arzt hat bei der Anwendung dieser Verfahren insbesondere das Embryonenschutzgesetz und diese Richtlinie zu beachten.

3.1. Rechtliche Voraussetzungen

3.1.1. Statusrechtliche Voraussetzungen

Methoden der assistierten Reproduktion sollen unter Beachtung des Kindeswohls grundsätzlich nur bei Ehepaaren angewandt werden. Dabei ist grundsätzlich der Samen des Ehemannes zu verwenden; sollen Samenzellen eines Dritten verwandt werden, sind die unter 5.3. genannten Voraussetzungen zu beachten.

Methoden der assistierten Reproduktion können auch bei einer nicht verheirateten Frau angewandt werden. Dies gilt nur, wenn die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt zu der Einschätzung gelangt ist, dass

- die Frau mit einem nicht verheirateten Mann in einer festgefügtten Partnerschaft zusammenlebt und dieser Mann die Vaterschaft an dem so gezeugten Kind anerkennen wird oder
- die Frau mit einer Frau in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft zusammenlebt.

3.1.2. Embryonenschutzrechtliche Voraussetzungen

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeitig auf die Mutter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nrn. 3 u. 5 ESchG). Beim Einsatz der oben genannten Methoden dürfen nur die Eizellen der Frau befruchtet werden, bei der die Schwangerschaft herbeigeführt werden soll.

3.1.3. Sozialversicherungsrechtliche Voraussetzungen

Sofern Leistungen der Verfahren zur assistierten Reproduktion von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen werden, sind ferner die Bestimmungen des Sozialgesetzbuches V (insbes. §§ 27a, 92, 121a und 135 ff SGB V) und die *Richtlinien über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung* des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu beachten.

3.1.4. Berufsrechtliche Voraussetzungen

Jede Ärztin / jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat die Aufnahme der Tätigkeit bei der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, dass die fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen erfüllt sind (§ 13 Abs. 3 und Abs. 4 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen). Änderungen sind der Ärztekammer unverzüglich anzuzeigen. Die Ärztin / der Arzt hat gem. § 5 der Berufsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen an den Maßnahmen der Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin teilzunehmen.

Eine Ärztin / ein Arzt kann nicht dazu verpflichtet werden, entgegen ihrer / seiner Gewissensüberzeugung Verfahren der assistierten Reproduktion durchzuführen.

3.2. Information, Aufklärung, Beratung und Einwilligung

Das Paar muss vor Beginn der Behandlung durch die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt über die vorgesehene Behandlung; die Art des Eingriffs, die Einzelschritte des Verfahrens, seine zu erwartenden Erfolgsaussichten, Komplikati-

onsmöglichkeiten, Risiken, mögliche Alternativen, sonstige Umstände, denen erkennbar Bedeutung beigemessen wird, und die Kosten informiert, aufgeklärt und beraten werden.

3.2.1. Medizinische Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- Ablauf des jeweiligen Verfahrens
- Erfolgsrate des jeweiligen Verfahrens
- Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen Schwangerschaft
- Zystenbildung nach Stimulationsbehandlung
- Überstimulationsreaktionen
- Nebenwirkungen von Medikamenten
- Operative Komplikationen bei Follikelpunktionen
- Festlegung der Höchstzahl der zu transferierenden Embryonen
- Kryokonservierung für den Fall, dass Embryonen aus unvorhergesehenem Grunde nicht transferiert werden können
- Abortrate in Abhängigkeit vom Alter der Frau
- Eileiterschwangerschaft
- durch die Stimulation bedingte erhöhte Mehrlingsrate und den damit verbundenen mütterlichen und kindlichen Risiken (u.a. mit Folge der Frühgeburtlichkeit)
- möglicherweise erhöhtes Risiko von Auffälligkeiten bei Kindern insbesondere nach Anwendung der ICSI-Methode
- mögliche Risiken bei neuen Verfahren, deren endgültige Risikoeinschätzung nicht geklärt ist

Neben diesen behandlungsbedingten Risiken müssen Faktoren, die sich auf das Basisrisiko auswirken; (z. B. erhöhtes Alter der Partner, Verwandtenehe) Berücksichtigung finden. Hierzu sollte eine Stammbaumerhebung beider Partner über mindestens drei Generationen hinweg (u. a. Fehlgeburten, Totgeburten, Personen mit körperlichen oder geistigen Behinderungen, andere Familienmitglieder mit Fertilitätsstörungen) durchgeführt werden. Ergeben sich Hinweise auf Chromosomenstörungen oder auf Erkrankungen, die genetisch bedingt sein könnten, so muss über Information und Aufklärung hinaus das Angebot einer humangenetischen Beratung erfolgen und dieses dokumentiert werden.

3.2.2. Psychosoziale Aspekte

Im Einzelnen sind Information, Aufklärung und Beratung insbesondere zu folgenden Punkten zu geben:

- psychische Belastung unter der Therapie (der psychische Stress kann belastender erlebt werden als die medizinischen Schritte der Behandlung)
- mögliche Auswirkung auf die Paarbeziehung
- mögliche Auswirkung auf die Sexualität
- mögliche depressive Reaktion bei Misserfolg
- mögliche Steigerung des Leidensdrucks der Kinderlosigkeit bei erfolgloser Behandlung
- Alternativen (Adoption, Pflegekind, Verzicht auf Therapie)
- mögliche psychosoziale Belastungen bei Mehrlingen

3.2.3. Aspekte der humangenetischen Beratung

Dem Paar muss über Information und Aufklärung hinaus eine humangenetische Beratung (vgl. Kapitel „Humangenetische Beratung“) insbesondere angeboten werden bei:

- Anwendung der ICSI-Methode im Zusammenhang mit einer schweren Oligo-Asthenoteratozoospermie oder nicht entzündlich bedingter Azoospermie
- genetisch bedingten Erkrankungen in den Familien
- einer Polkörperdiagnostik (PKD)
- habituellen Fehl- und Totgeburten
- Fertilitätsstörungen in der Familienanamnese

3.2.4. Aspekte der behandlungsunabhängigen Beratung

Unabhängig von dieser Art der Information, Aufklärung und Beratung muss die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt dem Paar die Möglichkeit einer behandlungsunabhängigen ärztlichen Beratung empfehlen und auf die Möglichkeit einer psychosozialen Beratung hinweisen.

3.2.5. Aspekte der Kostenübernahme

Fragen zur Übernahme der Kosten der Behandlung durch gesetzliche oder private Krankenkassen bzw. Beihilfeträger sind zu erörtern. Weiß der behandelnde Arzt, dass eine vollständige Übernahme der Behandlungskosten durch die gesetzliche oder private Krankenversicherung nicht gesichert ist oder ergeben sich nach den Umständen hierfür hinreichende tatsächliche Anhaltspunkte, muss er den Patienten vor Beginn der Behandlung über die voraussichtlichen Kosten der Behandlung in Textform informieren (§ 630 c Abs. 3 BGB).

3.2.6. Aspekte der Dokumentation

Die erfolgte Information, Aufklärung, Beratung und die Einwilligung der Partner zur Behandlung müssen dokumentiert und von beiden Partnern und der aufklärenden Ärztin / dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

4. Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Durchführung der Methoden

- homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- IVF mit ET
- GIFT
- ICSI mit ET
- heterologe Insemination nach hormoneller Stimulation
- heterologe IVF / ICSI
- PKD

als Verfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus.

Die Anzeige umfasst den Nachweis, dass die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist.

4.1. Homologe Insemination nach Stimulation

4.1.1. Fachliche Voraussetzungen

Die anwendende Ärztin / der anwendende Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe muss über die Weiterbildungsbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“ gemäß der Weiterbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen in der jeweils geltenden Fassung verfügen.

4.1.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

- Hormonlabor,
- Ultraschalldiagnostik,
- Labor für Spermiendiagnostik und Spermienpräparation.

4.2. Heterologe Insemination nach Stimulation

Es gelten die gleichen fachlichen und technischen Voraussetzungen wie für die homologe Insemination nach Stimulation (siehe hierzu: 4.1.1. und 4.1.2.).

4.3. IVF mit ET, GIFT, ICSI, PKD

Diese Methoden setzen für die Patientenbetreuung das Zusammenwirken in einer ständig einsatzbereiten interdisziplinären Arbeitsgruppe voraus.

4.3.1. Fachliche Voraussetzungen

Die Leitung bzw. die stellvertretende Leitung der Arbeitsgruppe obliegt Fachärztinnen / Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit der Weiterbildungsbezeichnung „Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin“. Ihnen obliegt die verantwortliche Überwachung der in dieser Richtlinie festgeschriebenen Maßnahmen.

Die Mitglieder der Arbeitsgruppe müssen über folgende Kenntnisse und Erfahrungen verfügen:

- Endokrinologie der Reproduktion
- Gynäkologische Sonographie
- Operative Gynäkologie
- Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der *In vitro* - Kultur
- Andrologie
- Psychosomatische Grundversorgung

Von diesen sechs Bereichen können nur zwei gleichzeitig von einer Ärztin oder Wissenschaftlerin / einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe neben der Qualifikation der Psychosomatischen Grundversorgung verantwortlich geführt werden.

Grundsätzlich müssen Ärztinnen / Ärzte mit der Weiterbildungsbezeichnung „Andrologie“ in Diagnostik und Therapie im Rahmen der assistierten Reproduktion integriert sein.

Die regelmäßige Kooperation mit einer Humangenetikerin / einem Humangenetiker und einer ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeutin / einem Psychotherapeuten muss gewährleistet sein.

Es empfiehlt sich weiterhin eine Kooperation mit einer psychosozialen Beratungsstelle.

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, obliegt die humangenetische Beratung und die zytogenetische oder molekulargenetische Diagnostik Fachärztinnen / Fachärzten für Humangenetik oder Ärztinnen / Ärzten mit der Zusatzbezeichnung „Medizinische Genetik“.

4.3.2. Technische Voraussetzungen

Folgende Einrichtungen müssen ständig verfügbar bzw. zeitnah einsatzbereit sein:

- Hormonlabor
- Ultraschalldiagnostik
- Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- Labor für Spermiendiagnostik und -präparation
- Labor für In-vitro-Fertilisation, In-vitro-Kultur und ggf. Mikroinjektion

- EDV-gestützte Datenerfassung

Falls eine PKD durchgeführt werden soll, muss die untersuchende Institution über diagnostische Erfahrung mittels molekulargenetischer und molekular-zytogenetischer Methoden an Einzelzellen verfügen.

5. Voraussetzungen für spezielle Methoden und Qualitätssicherung

5.1. Embryotransfer

Ziel einer Sterilitätstherapie ist die Herbeiführung einer Einlingsschwangerschaft, da diese Schwangerschaft im Vergleich zu Mehrlingsschwangerschaften das geringste Risiko für Mutter und Kind darstellt.

Zwillingsschwangerschaften beinhalten für die Mutter erhöhte Risiken (schwangerschaftsinduzierter Hypertonus, Präeklampsie), die in der Beratung mit zu berücksichtigen sind. Die Risiken für das Kind sind bei Zwillingen im Vergleich zu Einlingen ebenfalls erhöht, wobei besondere Komplikationen bei monozygoten Zwillingsschwangerschaften zu erwarten sind (z. B. fetofetales Transfusionssyndrom).

Höhergradige Mehrlinge (mehr als Zwillinge) sollen verhindert werden, da hierbei sowohl das Leben oder die Gesundheit der Mutter gefährdet als auch die Morbidität und Mortalität der meist frühgeborenen Kinder deutlich erhöht sein können.

Das Risiko besonders für höhergradige Mehrlinge mit allen gesundheitlichen und sozialen Problemen für Kinder und Eltern wiegt so schwer, dass das Ziel, eine Schwangerschaft herbeizuführen, untergeordnet werden muss. Zur Senkung des Mehrlingsrisikos müssen folglich die wesentlichen Parameter wie Alter der Mutter, Anzahl der bisherigen Versuche und Indikation zur Therapie abgewogen werden.

Für die Unfruchtbarkeitsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen maximal drei Embryonen einzeltig auf die Mütter übertragen werden (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 EschG). Um eine Reduktion von Mehrlingen mittels Fetozid zu vermeiden, dürfen bei Patientinnen unter 35 Jahren im ersten und zweiten IVF- und /oder ICSI-Versuch höchstens zwei Embryonen transferiert werden. Auch bei den übrigen verwandten Methoden dürfen bis zu zwei Eizellen, Pronukleusstadien oder Embryonen intratubar übertragen werden. Wenn von dem Paar im 3. Versuch der Transfer von drei Embryonen gewünscht wird, darf dies nur nach ausführlicher Information und Aufklärung über das erhöhte Risiko für höhergradige Mehrlingsschwangerschaften und den damit verbundenen Risiken für Mutter und Kind sowie nach entsprechender Dokumentation der hiermit verbunden Gefahren erfolgen.

5.2. Kryokonservierung

Kryokonservierung von Eizellen im Stadium der Vorkerne zur Behandlung der Infertilität von Patientinnen ist zulässig. Kryokonservierung von Embryonen ist nur in Ausnahmefällen zulässig, wenn die im Behandlungszyklus vorgesehene Übertragung nicht möglich ist.

Die weitere Kultivierung von Eizellen im Vorkernstadium darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Partner vorgenommen werden. Das Paar ist darauf hinzuweisen, dass über konservierte Eizellen im Vorkernstadium beide nur gemeinschaftlich verfügen können. Hierüber ist eine schriftliche Vereinbarung zu treffen.

Die Kryokonservierung von Eizellen ist ebenfalls möglich.

5.3. Verwendung von heterologem Samen

5.3.1. Medizinische Aspekte

Der Einsatz von heterologem Samen ist medizinisch zu begründen und es ist darzulegen, warum der Einsatz von homologem Samen nicht erfolgreich war oder nicht zum Einsatz kommen konnte (s. Kapitel „Medizinische Voraussetzungen“ Abschnitt „Heterologe Insemination“)

Die Ärztin / der Arzt hat sicherzustellen, dass

- kein Mischsperma verschiedener Samenspender verwendet wird,
- kein frisches Spendersperma verwendet wird,
- der Samenspender vor der ersten Samenprobe auf HIV I und II untersucht wurde,
- weitere HIV-Kontrollen in regelmäßigen Abständen von 6 Monaten erfolgt sind,
- die heterologe Insemination mit kryokonserviertem Sperma nur erfolgt, wenn es über eine Quarantänezeit von mindestens 180 Tagen gelagert wurde und wenn der Spender auch nach Ablauf dieser Zeit frei von HIV I und II Infektionen geblieben ist und
- eine serologische Untersuchung auf Hepatitis B und C, Treponema pallidum, Cytomegalieviren (Verwendung von CMV-positivem Spendersperma nur für CMV- positive Frauen) durchgeführt wurde.

Dies gilt auch bei der Kooperation mit Samenbanken.

Eine Erfassung von medizinischen und phänotypischen Merkmalen wie Blutgruppe, Augenfarbe, Haarfarbe, Körpergröße, Körperstatur und Ethnie erscheint sinnvoll. Die Ärztin / der Arzt soll darauf achten, dass ein Spender nicht mehr als 10 Schwangerschaften erzeugt.

5.3.2. Psychosoziale Beratung

Vor einer heterologen Insemination müssen die künftigen Eltern über die möglichen psychosozialen und ethischen Probleme, welche die heterologe Insemination mit sich bringt, beraten werden. Dabei soll auf die künftige Entwicklung ihrer Beziehung sowie auf die Frage der künftigen Aufklärung des Kindes über seine Abstammung besonderes Gewicht gelegt werden. Die Beratung erfolgt im Rahmen eines ärztlichen Gesprächs; dabei soll den künftigen Eltern eine weiterführende, qualifizierte Beratung durch ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten oder auch psychosoziale Beratungsstellen angeboten werden.

5.3.3. Rechtliche Aspekte

Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt muss sich über die möglichen rechtlichen Folgen der Verwendung von heterologem Samen für alle Beteiligten unterrichten. Unbeschadet dieser eigenverantwortlich durchzuführenden Unterrichtung wird empfohlen, folgende Grundsätze zu beachten:

5.3.3.1. Unterrichtung über Rechtsfolgen

Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt sollte sich vor der Verwendung von heterologem Samen vergewissern, dass der Samenspender und die künftigen Eltern über mögliche rechtliche Konsequenzen unterrichtet worden sind.

5.3.3.2. Dokumentation

Die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt muss

- die Identität des Samenspenders und die Verwendung der Samenspende dokumentieren;
- außerdem muss sie / er dokumentieren,
 - dass sich der Samenspender mit der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende und – für den Fall eines an sie / ihn gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes mit einer Bekanntgabe seiner Personalien einverstanden erklärt hat,
 - dass sich die künftigen Eltern mit der Verwendung von heterologem Samen und der Dokumentation von Herkunft und Verwendung der Samenspende einverstanden erklärt haben und die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt - für den Fall eines an diese / diesen gerichteten Auskunftsverlangens des Kindes oder eines der künftigen Elternteile – von ihrer / seiner Schweigepflicht entbunden haben.

Dies gilt auch für den Fall, dass die behandelnde Ärztin / der behandelnde Arzt mit einer Samenbank kooperiert; die Dokumentation kann nicht auf die Samenbank delegiert werden.

5.4. Verfahrens- und Qualitätssicherung

Zur Sicherung der reproduktionsmedizinischen Behandlung auf hohem Niveau führt die Ärztekammer eine verfahrens- und ergebnisbezogene Qualitätssicherung durch, die einrichtungsübergreifend und vergleichend erfolgt. Die Teilnahme daran ist für den Leiter der Arbeitsgruppe verpflichtend. Die Ärztekammer Hamburg kann sich zur Durchführung der Qualitätssicherung mit anderen Ärztekammern zu einer Arbeitsgemeinschaft zusammenschließen.

5.4.1. Verfahren und Dokumentation

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätssicherung hat der Leiter der Arbeitsgruppe der Ärztekammer Hamburg oder einer von ihr bestimmten anderen Ärztekammer der Arbeitsgemeinschaft jährlich eine EDV-gestützte Dokumentation über die Arbeit der Arbeitsgruppe entsprechend dem Fragenkatalog der Ärztekammer zur Erfassung und Verarbeitung vorzulegen.¹

Die erhobenen Daten sollen regelmäßig so ausgewertet werden, dass der Ärztekammer und dem Leiter der Arbeitsgruppe die Beurteilung der Tätigkeit der Arbeitsgruppe ermöglicht wird.

Im einzelnen müssen mindestens dokumentiert werden:

- IVF mit ET
- GIFT
- ICSI
- heterologe IVF / ICSI
- PKD

bezüglich:

- Alter der Patientin
- Indikation der Methoden
- Verlauf der Stimulation
- Anzahl und Befruchtungsrates der inseminierten Eizellen bei IVF / ICSI
- Anzahl der transferierten Eizellen bei GIFT
- Anzahl der transferierten Embryonen bei IVF / ICSI
- Schwangerschaftsrates
- Geburtenrate

¹ Der Leiter der Arbeitsgruppe kann sich hierzu übergangsweise des Datensatzes des Deutschen IVF-Registers e.V. bedienen.

- Fehlgeburten
- Eileiterschwangerschaften
- Schwangerschaftsabbrüche
- Mehrlingsrate
- Fehlbildungen

Die Beurteilung dieser Kriterien ist nur auf der Grundlage einer prospektiven Datenerfassung möglich. Konkret bedeutet die Prospektivität der Datenerhebung, dass die ersten Angaben zum Behandlungszyklus innerhalb von 8 Tagen nach Beginn der hormonellen Stimulation eingegeben werden sollen. Dies ist notwendig, um eine nachträgliche Selektion nach erfolgreichen und nicht erfolgreichen Behandlungszyklen und somit eine bewusste oder unbewusste Manipulation der Daten zu vermeiden.

5.4.2. Weitere Regelungen

Soweit die Behandlung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht wird, sind neben den vorstehenden Regelungen die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß § 92 SGB V zu beachten.

5.4.3. Zuständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Die Ärztekammer bildet eine Ständige Kommission, welche die Einhaltung der in den Richtlinien definierten fachlichen, personellen und technischen Voraussetzungen prüft. Zugleich soll die Kommission die Qualität der Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen prüfen und sie beraten. Ihr sollen geeignete Ärztinnen / Ärzte und Juristinnen / Juristen angehören, wobei mindestens eine Ärztin / ein Arzt Erfahrungen in der Reproduktionsmedizin haben muss.

Eine Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen.

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser Richtlinie zu erreichen, können von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen gebildet und / oder bei der Bundesärztekammer eine Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

5.4.4. Meldung von Verstößen

Verdacht auf Verstöße gegen die Richtlinie, auch auffälliges Ausbleiben der Dokumentationen nach 5.4.1, sind der Ärztekammer zu melden."

§ 2

Inkrafttreten

Diese Satzung zur Änderung der Berufsordnung tritt am Tage nach der Verkündung im Hamburger Ärzteblatt in Kraft.

Die Delegiertenversammlung der Ärztekammer Hamburg hat am 25. August 2014 und 13. April 2015 die vorstehende Änderungssatzung beschlossen. Die Aufsichtsbehörde hat mit Schreiben vom 18. Mai 2015 die Genehmigung erteilt. Die vorstehende Satzung zur Änderung der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte wird hiermit ausgefertigt und im Hamburger Ärzteblatt unter Hinweis im Amtlichen Anzeiger veröffentlicht.

Ausgefertigt, Hamburg den 26.05.2015
Gez. Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery
Präsident der Ärztekammer Hamburg

Ärzttekammer des Saarlandes · Postfach 10 02 62 · 66002 Saarbrücken

LSVD
c/o M. Bruns
Lessingstr. 37i
76135 Karlsruhe

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Faktorelstraße 4
66111 Saarbrücken

Telefon (06 81) 4 00 30
Telefon-Durchwahl (06 81) 40 03-
Telefax (06 81) 4 00 3-
E-Mail: info-aek@aeksaar.de
Internet: www.aerztekammer-saarland.de

Kernarbeitszeit:
Mo. bis Do. 8.30 bis 11.30 Uhr und 13.30 bis 15.15 Uhr
Fr. 8.30 bis 12.00 Uhr

Unser Zeichen:

Ihr Schreiben vom:

Ihr Zeichen:

Datum:

Ko

24.02.2015

**Assistierte Reproduktion bei Lebenspartnerinnen
Ihr Schreiben vom 07.02.2015**

Sehr geehrter Herr Bruns,

wir bestätigen den Eingang Ihres Schreibens vom 07.02.2015 und teilen Ihnen mit, dass der Vorstand der Ärztekammer des Saarlandes bereits vor einiger Zeit beschlossen hat, von einer standesrechtlichen Verfolgung von Ärztinnen und Ärzten abzusehen, wenn sie die Methoden der assistierten Reproduktion bei Frauen anwenden, die in einer eingetragenen Lebenspartnerschaft leben.

Mit freundlichen Grüßen


M. Hoffmann
Geschäftsführer

Commerzbank Saarbrücken
Kto.-Nr. 53 89 200
BLZ 590 400 00
IBAN: DE35 5904 0000 0538 9200 00
BIC: COBADEFF33

apoBank Saarbrücken
Kto.-Nr. 0 001 926 209
BLZ 890 906 26
IBAN: DE69 3006 0601 0001 9262 09
BIC: DAAEDED3

Postbank Saarbrücken
Kto.-Nr. 95 15 666
BLZ 590 100 66
IBAN: DE67 5901 0066 0009 5156 66
BIC: PBNKDE33

Bank 1 Saar Saarbrücken
Kto.-Nr. 157 5007
BLZ 591 900 00
IBAN: DE83 5919 0000 0001 5750 07
BIC: SABADE33

IVF-Kommission

Landesärztekammer Thüringen · Postfach 100740 · 07707 Jena

LSVD
c/o M. Bruns
Lessingstraße 37i
76135 Karlsruhe

Im Semmicht 33 · 07751 Jena-Maus

Telefon: 03641 614-0

Internet: www.laek-thueringen.de

Ihr Ansprechpartner: Frau Gelling

Durchwahl: 03641 614-212

Bereichsfax: 03641 614-309

Bereichs-E-Mail: ivf-kommission@laek-thueringen.de

Ihr Zeichen:

Unser Zeichen: sg

Datum: 17. Februar 2015

Ihr Schreiben vom 8. Februar 2015, eingegangen am 10. Februar 2015, bzgl.
Assistierte Reproduktion bei Lebenspartnerinnen

Sehr geehrter Herr Bruns,

zunächst teilen wir Ihnen mit, dass, wie Sie selbst aufführen, die assistierte Reproduktion bei Lebenspartnerinnen in unserem Kammerbereich berufsrechtlich nicht grundsätzlich ausgeschlossen wird. Im Gegenteil, unsere Kommission sprach bereits positive Stellungnahmen in 2013 und 2014 gegenüber des beantragenden Reproduktionszentrums aus.

Kommenden Monat wird die nächste Sitzung unserer IVF-Kommission stattfinden, in der Ihre Anfrage Berücksichtigung findet, in deren Ergebnis wir Ihnen ein mit allen Mitgliedern abgestimmtes Schreiben zukommen lassen.

Mit freundlichen Grüßen



RA Matthias Zenker
Hauptgeschäftsführer und
Geschäftsführer der IVF-Kommission

Bekanntgaben

BUNDESÄRZTEKAMMER

Berufsordnung für die deutschen Ärzte

Aufgrund der Beschlüsse des 79. Deutschen Ärztetages 1976 und gemäß den Änderungen der Ärztetage 1977, 1979, 1983 und 1985 wird nachfolgend die Berufsordnung für die deutschen Ärzte in der zur Zeit gültigen Fassung veröffentlicht:

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Bei meiner Aufnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteilugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

§ 1: Berufsausübung

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Befug nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(4) Der Arzt soll vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der Forschung mit vitalen menschlichen Gewebe oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten eine bei der Ärztekammer oder einer medizinischen Fakultät gebildete Ethikkommission anrufen, um sich über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten zu lassen. Bei der durchzuführenden Beratung des Arztes ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) zugrunde zu legen.

(5) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

(6) Der Arzt darf seinen Beruf nicht im Umherziehen ausüben. Er darf individuelle ärztliche Beratung oder Behandlung weder brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch im Fernsehen oder Tonrundfunk durchführen.

(7) Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes frei. Er kann die ärztliche Behandlung ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

(8) Ärzte sollen sich in der Regel nur durch Ärzte des gleichen Gebietes vertreten lassen.

§ 2: Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist, zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt hat die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten.

(3) Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zu Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten.

(4) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, daß dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.

(6) Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.

(7) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde nur soweit mitgeteilt werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.

§ 3: Zusammenarbeit der Ärzte

(1) Der Arzt ist zu kollegialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten behandeln. >

Berufsordnung

(2) Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder den Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint und der Patient einverstanden oder sein Einverständnis anzunehmen ist.

Den Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Überweist der Arzt den Patienten an einen anderen Arzt, so hat er ihm die erhobenen Befunde zu übermitteln und ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, es sei denn, daß der Patient etwas anderes bestimmt. Dies gilt insbesondere auch bei der Krankenhauseinweisung und Krankenhausausschreibung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

§ 4: Verpflichtung zur Weiterbildung

Der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

§ 5: Erhaltung des ungeborenen Lebens

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

§ 6: Sterilisationen

Sterilisationen sind aus medizinischen, genetischen oder sozialen Gründen zulässig.

§ 6a In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter ist als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien¹⁾ zulässig.

Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen. Diese muß prüfen, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

¹⁾ Die Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität wurden in Heft 22 vom 29. Mai 1985 des DEUTSCHEN ARZTEBLATTES, auf den Seiten 1691-1696 veröffentlicht.

Kein Arzt kann gegen seinen Willen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

§ 7: Fortbildung

(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.

(2) Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:

a) Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen (Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien).

b) Klinische Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen).

c) Studium der Fachliteratur,

d) Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel.

(3) Der Arzt hat in dem Umfang von den aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(4) Der Arzt muß eine den Absätzen (1) bis (3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 8: Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 9: Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden. Dies ist durch ein Praxisschild entsprechend § 27 kenntlich zu machen. Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.

(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Die Ärztekammer kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigpraxis (Sprechstunden) erteilen.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seine Sprechstunde nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten seiner Praxis festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben.

§ 10: Verträge

(1) Anstellungsverträge dürfen von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung

gewahrt sind. Sie müssen insbesondere sicherstellen, daß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen wird.

Sofern Weisungsbefugnis von Ärzten gegenüber Ärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisung dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verantwortung entbunden.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Ärztekammer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 11: Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztliche Aufzeichnungen sind 10 Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.

(3) Eine nach den Grundsätzen des § 2 zulässige Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll an nichtärztliche Stellen oder an Ärzte, die nicht an der Behandlung beteiligt sind, in Verbindung mit der Erstattung eines Berichts oder Gutachtens erfolgen, wenn es für das Verständnis dieser Unterlagen erforderlich ist.

(4) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

(5) Aufzeichnungen im Sinne des Absatzes (1) auf elektronische Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

§ 12: Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind anzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die ausstellen er übernommen hat, sind

innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

Dies gilt auch für die Ausstellung von Zeugnissen für Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung.

§ 13: Ausbildung von Mitarbeitern

Der Arzt hat bei der Ausbildung seiner Mitarbeiter die für die Berufsausbildung bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

§ 14: Ärztliches Honorar

(1) Die Honorarforderung des Arztes muß angemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt hat dabei die besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand sowie die örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu berücksichtigen.

Hierbei darf er die üblichen Sätze nicht in unlauterer Weise unterschreiten.

Für den Fall der Abdingung dürfen auch die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen berücksichtigt werden.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und unbemittelten Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Der Arzt soll seine Honorarforderungen im allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen und aufgrund seiner Aufzeichnungen aufgliedern, so daß eine Nachprüfung möglich ist.

(4) Der Arzt darf ein Gutachten über die Angemessenheit der Honorarforderungen eines anderen Arztes nur im amtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Ärztekammer abgeben. Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.

§ 15: Kollegiales Verhalten

(1) Der Arzt hat seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Satz 1, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berufs-unwürdig.

Es ist berufs-unwürdig, einen Kollegen auf seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.

Es ist insbesondere berufs-unwürdig, wenn ein „Arzt im Praktikum“, ein Assistent oder Vertreter zur Ableistung der Vorbereitungszeit auf die kassenärzt-

liche Tätigkeit oder ein Weiterbildungsassistent sich innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederläßt, in welcher er die bezeichneten Tätigkeiten mindestens drei Monate ausgeübt hat.

(2) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

(3) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

(4) Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den Vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder arbeitsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

§ 16: Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Patienten behandeln. Wird der Arzt von einem Patienten in Anspruch genommen, der bereits in Behandlung eines anderen Arztes steht, so hat er darauf hinzuwirken, daß der von ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

(2) Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen baldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

(3) Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden; in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet.

(4) Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

(5) Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsillen sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen abhalten. Sie sollen sich darüber einig werden, wer das Ergebnis des Konsilliums mitteilt.

§ 17: Vertreter und ärztliche Mitarbeiter

(1) Der Arzt muß seine Praxis persönlich ausüben.

(2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(3) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist der Ärztekammer anzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung auslöst, insgesamt länger als drei Monate innerhalb von 12 Monaten dauert.

(4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.

(5) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres durch einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

(6) Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Sie ist der Ärztekammer anzuzeigen.

§ 18: Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu gewähren.

§ 19: Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung des Berufes, zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ist der Ärztekammer anzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

§ 20: Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden.

Dies gilt insbesondere:

1. wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,

2. wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist. >

3. wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt.

(2) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Ärztekammer erlassenen Richtlinien²⁾ maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(3) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfang Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(4) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er gemäß Absatz (1) nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist. § 7 gilt sinngemäß.

§ 21: Werbung und Anpreisung³⁾

(1) Jegliche Werbung und Anpreisung ist dem Arzt untersagt. Insbesondere ist es standesunwürdig,

a) öffentliche Dankesungen oder anpreisende Veröffentlichungen zu veranlassen oder zuzulassen,

b) Arzneimittel, Heilmittel oder Verfahren der Krankheitserkennung und -behandlung durch Veröffentlichung in Wort und Ton, Schrift und Bild in einer Weise zu behandeln, die geeignet ist, für die eigene Praxis zu werben.

2) Dem Arzt ist auch jede mittelbare Werbung verboten, indem er Sanatorien, Institute, Kliniken oder andere Unternehmen veranlaßt, unter seinem oder unter Hinweis auf seinen Namen für ihre Heilmittel, Heilmethoden oder Heilerfolge zu werben. Der Arzt ist verpflichtet, bei derartiger Werbung, die ohne seine Mitwirkung erfolgt ist, auf das betreffende Unternehmen einzuwirken, damit eine Werbung in der durch diese Berufsordnung für unzulässig erklärten Weise unterbleibt.

Als mittelbare Werbung sind solche Anzeigen und Ankündigungen nicht anzusehen, in denen ein Sanatorium, Institut oder eine Klinik neben dem Hauptindikationsgebiet lediglich zutreffendenfalls den ärztlichen Inhaber oder den leitenden Arzt mit seinem Namen und seiner Arztbezeichnung angibt. Diese Ausnahme liegt nicht vor, wenn sich aus den Umständen des Einzelfalles ergibt, daß der Arzt die Bezeichnung als Sanatorium, Institut oder Klinik zum Zwecke der

²⁾ Die Empfehlungen zu „Richtlinien für den ärztlichen Notfalldienst“ wurden in Heft 28/78 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES vom 20. Juli 1976, auf den Seiten 1681-1684 veröffentlicht.

³⁾ Die „Richtlinien für die publizistische Tätigkeit von Ärzten“ wurden in Heft 2/79 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES vom 11. Januar 1979, auf den Seiten 112-113 veröffentlicht.

Umgehung des Werbeverbotes für seine Tätigkeit benutzt. Ein solches Verhalten ist verbotene Werbung nach Absatz 1 Satz 1.

(3) Standesunwürdig ist es auch, eine anerkannte Weiterbildung in einem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich auf dem Praxisschild anzuzeigen, wenn der Arzt in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich nicht tätig ist.

(4) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte und Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit angefertigt und mit Verwendung seines Namens oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

(5) In Veröffentlichungen ist der Arzt zu verantwortungsbewusster Objektivität verpflichtet.

§ 21 a: Information unter Ärzten

Ärzte dürfen andere Ärzte über ihr Leistungsangebot informieren. Die Information muß räumlich auf ein angemessenes Einzugebiet um den Ort der Niederlassung begrenzt und auf eine Ankündigung der eigenen Leistungsbereitschaft sowie des Leistungsangebots beschränkt sein. Jede werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit ist untersagt.

Derartige Hinweise dürfen grundsätzlich nicht häufiger als einmal im Jahr erfolgen. Für die Ankündigung nach Niederlassung oder Zulassung gilt § 28 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.

§ 22: Arzt und Öffentlichkeit

Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird.

§ 23: Arzt und Nichtarzt

(1) Dem Arzt ist nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf diese auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Vorrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder einem medizinischen Assistenzberuf befinden, und Angehörige von Patienten, für deren Anwesenheit eine ärztliche Begründung besteht, werden hiervon nicht betroffen.

(2) Ein unzulässiges Zusammenwirken im Sinne von Absatz 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt zur Erzielung des Heilerfolges am Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Mitwirkung des Nichtarztes für notwendig hält und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

(3) Der Arzt darf sich durch einen Nichtarzt weder vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.

§ 24: Verordnungen und Empfehlungen von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Der Arzt darf einer mißbräuchlichen Anwendung seiner Verschreibungen keinen Vorschub leisten.

(4) Dem Arzt ist nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß Arznei-, Heil- oder Hilfsmittel unter Decknamen oder unklaren Bezeichnungen verordnet werden. Der Arzt soll bei der Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln ohne sachlich gebotenen Grund keine Erzeugnisse bestimmter Hersteller nennen.

(5) Der Arzt soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.

(6) Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der Industrie soll sich auf eine fachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungswiese von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln beschränken. Es ist diesen Ärzten nicht gestattet, bei Apothekern, Händlern oder anderen Nichtärzten um Bestellungen zu werben.

(7) Der Arzt soll ihm aus seiner Verordnungstätigkeit bekanntwerdende Arzneimittelnebenwirkungen der Arzneimittelkommission mitteilen.

§ 25: Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren, Werbevorträge zu halten, Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung bei Laien verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.

(2) Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke, z. B. für einen Firmentitel oder zur Bezeichnung eines Mittels herzugeben.

§ 25a: Arzt und Industrie

(1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln

oder medizinisch technischen Geräten erbringen (z. B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung) darf das hierfür bestimmte Honorar einen angemessenen Umfang nicht überschreiten und muß der erbrachten Leistung entsprechen.

(2) Dem Arzt ist es untersagt, Werbegaben aller Art von solchen Herstellern entgegenzunehmen. Dies gilt nicht für solche Gegenstände, welche lediglich einen Gebrauchswert für die berufliche Tätigkeit des Arztes darstellen.

(3) Bei Informationsveranstaltungen solcher Hersteller hat der Arzt zu berücksichtigen, daß alleine der Informationszweck im Vordergrund bleibt und ihm keine unangemessene Aufwendung für Bewirtung und vergleichbare Vorteile (z. B. Reiseaufwendungen) entgegengebracht werden.

§ 26: Anzeigen und Verzeichnisse

(1) Anzeigen in Zeitungen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten 3 Monate nach der Niederlassung oder nach der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden. Weitere Veröffentlichungen über die Niederlassung oder Zulassung sind untersagt.

(2) Im übrigen sind Anzeigen nur in den Zeitungen bei längerer Abwesenheit von der Praxis oder Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen höchstens zweimal veröffentlicht werden.

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

(4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Verzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen.

§ 27: Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Arztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Fernsprechnummern sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(2) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch das entsprechende Landesministerium verliehen worden ist.

Dasselbe gilt für die von einer ausländischen medizinischen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung „Professor“, wenn sie nach amtlicher Auskunft der deutschen Bezeichnung gleichwertig ist.

(3) Die nach Abs. 2 Satz 2 führungsfähige im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.

(4) Ärzte, die ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, haben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ anzudeuten.

(5) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.

§ 28: Anbringung der Schilder

(1) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35x50 cm) nicht übersteigen.

(2) Bei Vorliegen besonderer Umstände, z. B. bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung der Ärztekammer weitere Praxisschilder anbringen.

(3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.

(4) Schilder an der Privatwohnung des Arztes sollen den sonst bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

§ 29: Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln gelten die Bestimmungen des § 27 sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Dienstbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und Privatrechnungen angeben.

§ 30: Freier Dienstleistungsverkehr im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft

Diese Berufsordnung gilt auch für Ärzte, die im Geltungsbereich dieser Berufsordnung nur vorübergehend Dienstleistungen in ihrem Beruf erbringen und Staatsangehörige eines anderen Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft sind.

§ 31: Übergangbestimmungen

Wer bei Inkrafttreten dieser Änderung die Bezeichnung „Professor“ führt, darf dies auch weiterhin, wenn die Bezeichnung von einer deutschen Behörde verliehen worden ist. Für die im Ausland erworbene Bezeichnung „Professor“ gilt die in § 27 (2) getroffene Regelung auch für die vor Inkrafttreten dieser Vorschrift geführten Bezeichnungen. □

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kassenarztsitze

Pfalz

Von der Kassenärztlichen Vereinigung Pfalz werden folgende Kassenarztsitze als vordringlich zu besetzen ausgeschrieben:

Kusel, Hautarzt. Einzugsgebiet ca. 70 000 Einwohner. In diesem Bereich war ein Hautarzt kassenärztlich tätig. Die Praxis ist durch Tod des bisherigen Praxisinhabers verwaist. Die Stelle ist aufgrund der Bedarfsplanung erneut dringend zu besetzen. Sie wird aus dem Sicherstellungsfonds der KV Pfalz durch Umsatzgarantie und Zinszuschuß für Darlehen finanziell gefördert. Alle Schulen am Ort.

Germersheim, Hautarzt. Einzugsgebiet ca. 50 000 Einwohner. In diesem Bereich ist noch kein Hautarzt tätig, jedoch aufgrund der Bedarfsplanung unbedingt erforderlich. Alle schulischen Möglichkeiten am Ort.

Rockenhausen, Kinderarzt. Donnersbergkreis, Einzugsgebiet ca. 25 000 Einwohner. Die Stelle ist aufgrund der Bedarfsplanung zu besetzen. Bei der Beschaffung von Wohn- und Praxisräumen ist die Stadtverwaltung behilflich.

Kirchheimbolanden, Augenarzt. Einzugsgebiet ca. 22 000 Einwohner. In diesem Bereich war bis vor kurzem ein Augenarzt kassenärztlich tätig. Die Stelle ist aufgrund der Bedarfsplanung wieder zu besetzen. Gymnasium ist am Ort.

Landau, Hautarzt. Einzugsgebiet ca. 130 000 Einwohner. In diesem Bereich sind derzeit 3 Hautärzte kassenärztlich tätig. Eine Praxis kann in Kürze aus Altersgründen übernommen werden. Der Arztsitz muß im Rahmen der Bedarfsplanung erhalten werden. Alle schulischen Möglichkeiten am Ort.

Stadt Kaiserslautern, Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde. In der Universitätsstadt Kaiserslautern, ca. 100 000 Einwohner und weitere 100 000 Einwohner aus dem Umland, ist derzeit kein Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde kassenärztlich tätig. Der Notfalldienst ist zentral geregelt.

Nähere Auskünfte erteilt die Kassenärztliche Vereinigung Pfalz, Maximilianstraße 22, 6730 Neustadt, Telefon 0 63 21/8 93-1 13.

Impressum

Herausgeber der Reihe
Dekan des Fachbereichs Rechtspflege

Auflage
38

Druck
HWR Berlin

Berlin, September 2017