



Sundheds- og Ældreministeriet

Enhed: MEDINT
Sagsbeh.: DEPRSS
Koordineret med:
Sagsnr.: 1704015
Dok. nr.: 373049
Dato: 9. juni 2017

Udkast

Forslag

til

Lov om ændring af lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik, forskning m.v. og sundhedsloven

(Ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation og ændring af reglerne for kastration)

§ 1

I lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 93 af 19. januar 2015, med de ændringer der følger af lov nr. 264 af 16. marts 2016, foretages følgende ændringer:

1. § 5 affattes således:

»§ 5. I de tilfælde, hvor ægcellen ikke stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, og sæden ikke stammer fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både doneret sæd og doneret ægcelle er sundhedsfagligt begrundet og såfremt enten den donerede sæd eller den donerede ægcelle er doneret i ikke-anonym form.«

§ 2

I sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, som senest ændret ved § 2 i lov nr. 691 af 8. juni 2017, foretages følgende ændringer:

1. § 115, stk. 1, affattes således:

»§ 115. En person kan blive kasteret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Personer omfattet af § 110 og § 111 skal dog søge om tilladelse til kastration, jf. § 116.«

2. § 116, stk. 1, indsættes efter »kastration«: »efter § 115, stk. 1, 2. pkt., og § 155, stk. 3,«.

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Loven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration som led i kønsskifte indgivet inden 1. januar 2018. For sådanne ansøgninger finder de hidtil gældende regler anvendelse.

§ 4

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 1 kan ved kongelig anordning sættes helt eller delvist i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bemærkninger til lovforslaget

Almindelige bemærkninger

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
 - 1.1. Ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v.
 - 1.2. Ændringer i sundhedsloven
2. Lovforslagets hovedpunkter
 - 2.1. Behandling med assisteret reproduktion med brug af både donoret ægcelle og doneret sæd.
 - 2.1.1. Gældende ret
 - 2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold
 - 2.1.2.1. Donorers anonymitet
 - 2.1.2.2. Sundhedsfaglig begrundelse
 - 2.2. Betingelser for kastration som led i kønsskifte
 - 2.2.1. Gældende ret
 - 2.2.1.1. Ændring og flytning af diagnosekode
 - 2.2.1.2. Tilladelse til kastration
 - 2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold
 - 2.2.2.1. Terminologi
 - 2.2.2.2. Tilladelse til kastration
3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige
4. Økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.
5. Administrative konsekvenser for borgerne
6. Miljømæssige konsekvenser
7. Forholdet til EU-retten
8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.
9. Sammenfattende skema

1. Indledning

Regeringen ønsker at gøre sundhedsvæsenet mere tidssvarende med den faglige udvikling og normerne i samfundet. Regeringen foreslår derfor ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v. (herefter: reproduktionsloven) vedrørende afskaffelse af forbuddet mod dobbeltdonation samt ændringer i sundhedsloven vedrørende ændringer af adgangen til at få kastration som led i kønsskifte.

1.1. Ændringer i lov om assisteret reproduktion i forbindelse med diagnostik og forskning m.v.

Regeringen ønsker at sikre gode muligheder for, at de par og enlige kvinder, der har brug for behandling med assisteret reproduktion, har mulighed for at modtage den nødvendige behandling, også selvom det indebærer dobbeltdonation ved brug af både doneret ægcelle (herefter: donoræg) og doneret sæd (herefter: donorsæd). Det gældende forbud mod dobbeltdonation er bl.a. begrundet i et ønske om, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst én af forældrene.

Det er regeringens opfattelse, at en stærk tilknytning mellem barn og forælder er helt afgørende for et barns trivsel, og at man ikke skal undervurdere betydningen af, at der er biologiske bånd mellem barn og forælder. Men det er dog samtidig regeringens opfattelse, at omsorg, kærlighed og tillid har den største betydning i en familie. Regeringen kan endelig konstatere, at der i dag findes flere forskellige former for familie.

Regeringen finder derfor, at det bør være muligt for par og enlige kvinder at modtage behandling af en autoriseret sundhedsperson med assisteret reproduktion ved brug af både donoræg og donorsæd, hvis der er en sundhedsfaglig begrundelse for behandlingen, og hvis enten den donerede sæd eller det donerede æg er doneret i ikke-anonym form.

Det foreslås derfor, at behandling med assisteret reproduktion, hvor der anvendes donerede kønsceller, tillades under forudsætning af, at det er sundhedsfaglig indiceret. Det vil eksempelvis være tilfældet, hvis hverken kvinden eller manden i et heteroseksuelt forhold har brugbare kønsceller, eller hvis kvinden, der skal bære barnet, i et lesbisk forhold, ikke har brugbare æg, eller hvis en enlig kvinde ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg.

Baggrunden for kravet, om at der foreligger en sundhedsfagligt indikation for behandlingen, er baseret på en sundhedsfaglig vurdering af de risici, der er ved behandling med donoræg. Der er for eksempel en øget risiko for svangerskabsforgiftning m.v. forbundet med graviditeter opnået ved brug af donoræg set i forhold til graviditeter ved brug af egne æg. Det vurderes derfor hensigtsmæssigt, at brug af både donoræg og donorsæd alene tillades, når dette er sundhedsfagligt begrundet.

Endvidere foreslås det som den anden betingelse for at tillade anvendelse af både donoræg og donorsæd i en behandling med assisteret reproduktion, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der fortsat vil være mulighed for barnet for at få et delvist kendskab til sit genetiske ophav.

Med den foreslåede ændring af lov om assisteret reproduktion vil et heteroseksuelt par, hvor hverken kvinden eller manden har brugbare kønsceller, kunne få behandling med assisteret reproduktion. Endvidere vil enlige kvinder, som ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg, og lesbiske par, hvor kvinden, der skal føde barnet ikke selv har et befrugtningsdygtigt æg, kunne få behandling med assisteret reproduktion.

Det bemærkes, at lovforslaget ikke ændrer ved, at behandling med assisteret reproduktion ikke må finde sted, når der foreligger en aftale mellem den kvinde, hvor graviditet søges etableret, og en anden om, at kvinden skal føde et barn til denne (surrogatmoderskab), jf. § 13 i lov om assisteret reproduktion.

1.2. Ændringer i sundhedsloven

Regeringen ønsker, at alle personer uanset kønsidentitet, herunder transkønnede, behandles og mødes med værdighed og respekt i det danske sundhedsvæsen. Danmark valgte at gå enegang og etablere en særskilt national løsning for diagnosekoderne pr. 1. januar 2017, hvormed koden for transkønnet blev flyttet fra kapitlet om psykiske

lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser til et afsnit, der ikke opfattes som diskriminerende eller stigmatiserende.

Det foreslås derfor, at terminologien i sundhedslovens § 115 ændres, således at betingelsen om, at personen skal have stillet diagnosen transseksualitet erstattes af et krav om, at personen skal være transkønnet.

Det følger endvidere af den gældende sundhedslovs § 115, at Sundhedsstyrelsen skal give tilladelse til kastration, hvis en person ønsker kastration som led i kønsskifte.

Regeringen finder, at der ikke længere skal være krav om, at Sundhedsstyrelsen skal give tilladelse til kastration som led i kønsskifte. Beslutningen om kastration kan overlades til patienten og den behandlende læge under varetagelse af bl.a. de generelle regler for informeret samtykke. Baggrunden herfor er, at regeringen finder, at den behandlende læge sammen med patienten er nærmest til at vurdere, om betingelserne for kastration er opfyldt, herunder om patienten kan overskue konsekvenserne af indgrebet, idet det er den behandlende læge, der bl.a. har udredt patienten.

Sundhedsstyrelsen har oplyst, at der endvidere er gode faglige grunde til at ophæve kravet om Sundhedsstyrelsens tilladelse.

Da Sundhedsstyrelsen, i forbindelse med godkendelse af kastration efter sundhedslovens § 115, stk. 1, jf. § 116, stk. 1, alene forholder sig til indstillingen sammenholdt med lovens krav, herunder vejledningen, og således ikke foretager en konkret lægefaglig vurdering af ansøgerens medicinske forhold, vurderer Sundhedsstyrelsen således, at en person, der ønsker kastration i forbindelse med kønsskifte, vil have de samme rettigheder, selvom godkendelseskravet i § 115, stk. 1, fjernes.

I forbindelse med kønsskifteoperationer vurderer Sundhedsstyrelsen ligeledes, at kastration (fjernelse af æggestokke eller testikler) må ses som et mindre indgreb i et behandlingsforløb sammenlignet med indgreb som f.eks. penisamputation, kolpektomi, hysterektomi mv. Dette skyldes, at kastration delvist kan reverseres medicinsk fsva. det hormonelle, samt at der kan laves fertilitetsbevarende behandling med æg- eller sædnedfrysning. Sundhedsstyrelsen vurderer derfor ikke, at der foreligger en faglig begrundelse for at stille krav om styrelsens tilladelse til kastration som led i kønsskifte.

Sundhedsstyrelsen vurderer på denne baggrund, at kravet i sundhedslovens § 115, stk. 1, om godkendelse af kastration som led i kønsskifte er unødvendigt, og anbefaler at sundhedslovens § 115, stk. 1, ophæves.

Regeringen foreslår på denne baggrund, at kravet om tilladelse afskaffes, da der ikke længere er en faglig begrundelse for opretholdelse af kravet, ligesom at kravet anses for at være utidssvarende med processen for kønsskifte.

2. Lovforslagets hovedpunkter

2.1. Behandling med assisteret reproduktion med brug af både donoræg og donorsæd (dobbeltdonation)

2.1.1. Gældende ret

Det fremgår af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at der ikke må etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner (forbud mod dobbeltdonation). Bestemmelsen forhindrer derfor, at en kvinde med hjælp fra en sundhedsperson kan få hjælp til at

blive gravid ved hjælp af *både* et donoræg og donorsæd. Forbuddet er absolut og gælder derfor uanset, om der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for brug af både donoræg og donorsæd, eller ej.

Forbuddet mod dobbeltdonation blev indsat ved lov nr. 460 af 10. juni 1997. Det fremgår af de specielle bemærkninger til bestemmelsen, at formålet hermed var at sikre, at barnet er genetisk beslægtet med mindst én af de kommende forældre.

Det gældende forbud betyder blandt andet, at et heteroseksuelt par, hvor hverken kvinden eller manden har brugbare kønsceller, og enlige kvinder, som ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg, ikke kan få behandling med assisteret reproduktion.

Endvidere betyder forbuddet, at lesbiske kvinder ikke har mulighed for at få behandling med assisteret reproduktion, hvis ikke kvindens eget æg anvendes som led i behandlingen. Det gælder, uanset om den lesbiske kvinde anvender et æg, som er doneret af hendes ægtefælle eller partner eller en anden donor, og uanset om det skyldes, at kvinden, som skal bære barnet, ikke selv har et befrugtningsdygtigt æg, eller om brugen af et donoræg er begrundet i et ønske om, at begge parter i det lesbiske forhold skal føle sig "biologisk" knyttet til barnet.

Efter de gældende regler i §§ 11 og 16 i bekendtgørelse nr. 672 af 8. maj 2015 om assisteret reproduktion fastsat i henhold til § 20, stk. 1, i lov om assisteret reproduktion, er det muligt for donor selv at vælge, om denne ønsker at være anonym eller ikke-anonym. Bekendtgørelsen fastsætter alene krav til anonym donation, idet det er fastsat, at vævscenteret i forbindelse med anvendelse af en anonym æg- eller sæddonor alene kan videregive oplysninger om donors hudfarve, hårfarve, øjenfarve, blodtype, højde og vægt, jf. § 11, 2. pkt., og § 16, 2. pkt. Ved anonyme ægdonorer kan der – udover de nævnte oplysninger – ligeledes videregives oplysninger om donors alder, jf. § 11, 2. pkt.

Ved ikke-anonym donation er det muligt at opnå flere oplysninger om donor end ved brug af en anonym donor. I vejledning nr. 9351 af 26. maj 2015 om sundhedspersoners og vævscentres virksomhed og forpligtelser i forbindelse med assisteret reproduktion er beskrevet forskellige muligheder ved ikke-anonym donation.

En åben donation er, hvor donor har givet samtykke til, at der kan gives yderligere oplysninger end de, der er anført i bekendtgørelsen for anonym donation. Det kan eksempelvis være donors erhverv, fritidsinteresser, uddannelse, stemmeprøve, babyfotos og lignende.

En åben donor kan dog også give samtykke til, at der kan gives oplysninger om donors identitet til barnet/og eller modtageren af donation ved henvendelse til vævscenteret, og det kan aftales, på hvilket tidspunkt eller under hvilke omstændigheder disse oplysninger skal gives. For eksempel kan det aftales, at barnet som den eneste kan få oplyst donors identitet, når barnet er fyldt 18 år.

Det er derfor muligt både at have ikke-anonyme/åbne donorer, som er kontaktbare (donors identitet er oplyst) og som ikke er kontaktbare (eksempelvis hvis alene uddannelse og fritidsinteresser er oplyst).

Det bemærkes derfor, at afhængig af hvilke type oplysninger, der gives, og omfanget af oplysninger, er det i nogle tilfælde muligt for barnet at finde frem til donor, og i andre tilfælde, er dette ikke muligt.

Endvidere er der mulighed for at anvende en kendt donor. En kendt donor kendes af modtageren eller modtagerne på tidspunktet for donationen. Den kendte donor kan være en voksen person, som en enlig kvinde eller et par selv møder med, og som samtykker i at donere under nærmere aftalte vilkår. Det kan for eksempel være et familiemedlem eller en god ven. Det skal dog bemærkes, at der stilles krav i vævslovgivningen til blandt andet testning af donorer.

Der er således valgfrihed med hensyn til donationsform, både for den enkelte donor, og for den enlige kvinde eller det par, som ønsker behandling med donerede æg eller sæd, idet modtagerne har mulighed for at tage stilling til, hvorvidt der skal anvendes en anonym eller ikke-anonym donor.

2.1.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

Muligheden for behandling med assisteret reproduktion med brug af både donorsæd og donoræg er løbende genstand for debat. Det nuværende forbud mod dobbeltdonation stammer fra lovens tilblivelse i 1997, og det fremgik også af Sundhedsstyrelsens vejledning af 22. december 1993 om lægers anvendelse af kunstig befrugtning og andre former for reproduktionsfremmende behandling. Det gældende forbud har således været gældende i en lang årrække.

Regeringen finder, at det nuværende forbud ikke er tidssvarende, da der i dag findes mange forskellige familiemønstre. Det gældende forbud er bl.a. begrundet med, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst en af forældrene. Det er regeringens opfattelse, at den biologiske tilknytning mellem barn og forældre har en vis men ikke afgørende betydning. Det er omsorg, kærlighed og tillid, der har den største betydning i en familie.

Det Etske Råd har i publikationen "Det Etske Råds anbefalinger om lovliggørelse af dobbeltdonation" fra 2017 behandlet spørgsmålet om genetisk tilknytning. I forhold til dobbeltdonation og genetisk tilknytning har rådet anført følgende overvejelser:

"Det Etske Råd havde svært ved at se en begrundelse for, at manglende genetisk tilknytning mellem barnet og forældrene i sig selv kan begrunde den eksisterende lovgivning, hvor dobbeltdonation som nævnt ikke er tilladt."

2.1.2.1. Donorers anonymitet

Baggrunden for det nuværende forbud mod dobbeltdonation er bl.a. et ønske om, at barnet skal være genetisk beslægtet med mindst én af de kommende forældre. Ved afvejningen af, om det nugældende forbud skal ændres, må hensynet til den enlige kvinde eller parret, til det kommende barn, barnet og samfundsmæssige hensyn vægtes i forhold til hinanden.

En ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation kan betyde, at et eventuelt barn ikke er genetisk beslægtede til nogen af sine kommende forældre. En del af de overvejelser, der har været om ophævelse af forbuddet mod dobbeltdonation, har derfor været omkring en ændring af den nuværende valgfrihed, som enlige kvinder eller parret har i forhold til, hvilken donor- anonym eller ikke-anonym – der ønskes anvendt i tilfælde af dobbeltdonation.

Det Etske Råd har i publikationen "Det Etske Råds anbefalinger om lovliggørelse af dobbeltdonation" fra 2017 behandlet spørgsmålet om anonymitet i forhold til brug af både donoræg og donorsæd. I forhold til dobbeltdonation og donoranonymitet har rådet anført følgende overvejelser:

"En diskussion i Det Etske Råd har været om donoranonymiteten bør ophæves ved dobbeltdonation, hvor anonymitetsproblematikken så at sige er "fordoblet" sammenlignet med æg- eller sæddonation. I de fleste tilfælde vil barnet formentlig ikke have adgang til oplysninger om sine genetiske forældre, hvis dobbeltdonation lovliggøres, og anonym donation fortsat er mulig. Anonym er nemlig klart den foretrukne donationsform. På den ene side mener Rådet ikke, at vigtigheden af den genetiske tilknytning skal overbetones. Alt andet lige må den sociale tilknytning og omsorg mellem forælder/forældre og barn betragtes som det klart væsentligste – og det betyder givetvis meget for denne tilknytning, at barnet vokser og udvikler sig i kvindens mave. På den anden side udgør donoranonymitet et problem i mere end én henseende. Det er for det første et problem, at barnet ikke har mulighed for at få adgang til oplysninger om sit genetiske ophav, hvis det på et tidspunkt faktisk ønsker at få en sådan viden. Den kan også opleves som en krænkelse, at adgangen til disse oplysninger helt bevidst er umuliggjort. Omvendt er det måske ikke den manglende adgang til oplysninger, der i sig selv er det største problem. Muligvis er det i mange tilfælde et endnu større problem, at donation/donationerne forties for barnet, så det ikke er klar over, at det er undfanget ved hjælp af donation".

Det skal til ovenstående bemærkes, at der i praksis på nuværende tidspunkt ikke er nogen anonyme donorer i Danmark.

Regeringen finder, at det ved indførelsen af muligheden for dobbeltdonation er hensigtsmæssigt at fastsætte et krav om, at det ved anvendelse af både donoræg og donorsæd i en behandling med assisteret reproduktion er en forudsætning, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der fortsat er mulighed for barnet for at få et vist (delvist) kendskab til sit genetiske ophav. Forslaget om indførelse af et sådan krav vil alene gælde ved dobbeltdonation og ikke ved enkeltdonation, hvilket betyder, at der ikke laves et generelt forbud mod brug af anonym donor.

Det bemærkes, at der ikke med lovforslaget ændres ved donors valgfrihed med hensyn til donationsform, hvilket betyder, at en ægdonor eller sæddonor fortsat selv vil kunne bestemme, om denne ønsker at donere anonymt eller ikke-anonymt, jf. § 11 og § 16 i bekendtgørelse nr. 672 af 8. maj 2015 om assisteret reproduktion.

Der henvises til afsnit 2.1.1. for en nærmere beskrivelse af anonym og ikke-anonym donation.

Det Etske Råd har i publikationen "Det Etske Råds anbefalinger om lovliggørelse af dobbeltdonation" fra 2017 behandlet spørgsmålet om forældres fortællelse om, at barnet er blevet til ved donation, hvor Rådet anført følgende overvejelser:

"Hvis det største problem ved donation af kønsceller faktisk er fortielsen over for barnet, kan man forsøge at løse problemet på andre måder end at ophæve anonymiteten. En mulighed er eksempelvis at registre donationsforholdet i en database, så enhver borger på et tidspunkt – fx efter at være fyldt 18 år – har mulighed for at undersøge, om han eller hun faktisk er undfanget ved hjælp af donation. [...] Om det er den bedste måde at løse problemerne i forhold til fortællelse og anonymitet på, ønsker Det Etske Råd ikke at tage stilling til i denne udtalelse".

Med lovforslaget indføres der ikke en offentlig oplysningspligt til barnet. Det vil således som hidtil bero på forældrene at fortælle barnet om dets ophav, da forældrene alt andet lige må være nærmest til at varetage barnets bedste og sikre dets trivsel.

Af hensyn til familiedannelsen er det således regeringens vurdering, at en offentlig medvirken i form af et register, automatisk oplysningspligt eller lignende ikke vil være hensigtsmæssigt for hverken donor, barnet eller den samlede familie. Det må være forældrene, som bedst kan vurdere, om og hvornår de ønsker at oplyse barnet om dets tilblivelse. Det kan i øvrigt bemærkes, at adoptionslovgivningen ikke pålægger adoptanter at oplyse barnet om, at det er adopteret, men at adoptanterne forud for en adoption opfordres hertil af myndighederne.

2.1.2.2. Sundhedsfaglig begrundelse

Det er regeringens opfattelse, at benyttelse af både donoræg og donorsæd i behandling med assisteret reproduktion kun skal tillades, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse herfor. Det skyldes hensynet til ægdonor og recipienten (kvinden i behandling, der modtager ægcellen med henblik på at opnå graviditet).

For recipienten er der sundsfaglige risici forbundet med graviditet, der involverer donoræg sammenlignet med graviditeter, der involverer egne æg. Den største kendte risiko er forhøjet blodtryk i svangerskabet og svangerskabsforgiftning. Kvinder, som bliver gravide ved brug af egne æg, har en risiko på ca. 6 pct. for svangerskabsforgiftning, hvorimod kvinder, der bliver gravide med donoræg, har en risiko for svangerskabsforgiftning på ca. 17 pct. Hertil kommer en række andre forhøjede risici ved brug af donoræg, som formentlig er betinget af svangerskabsforgiftning, for eksempel en forhøjet risiko for tidlig fødsel, lav fødselsvægt, risiko for at føde ved kejsersnit og blødning efter fødsel. Det er derfor Styrelsen for Patientsikkerheds vurdering, at kvinder, der skal bruge både donoræg og donorsæd for at opnå graviditet, har en ikke-negligeabel risiko for svangerskabsforgiftning og deraf afledte andre risici.

Brug af både donoræg og donorsæd kan være sundhedsfagligt begrundet, hvis for eksempel hverken manden eller kvinden i et heteroseksuelt partnerskab har befrugtningsdygtige kønsceller, eller hvis en enlig kvinde ikke har befrugtningsdygtige æg, eller hvis den kvinde i et lesbisk forhold, der skal bære barnet, ikke har befrugtningsdygtige æg.

Brug af både donoræg og donorsæd kan også være sundhedsfagligt begrundet i de tilfælde, hvor en eller begge parter i forholdet er disponeret for arvelige sygdomme. I nogle tilfælde kan arvelige sygdomme ikke diagnosticeres ved genetisk undersøgelse af det befrugtede æg (PGD), jf. § 7 i lov om assisteret reproduktion. PGD tilbydes generelt, hvor der er en kendt og væsentlig øget risiko for, at barnet får en alvorlig sygdom. Metoden anvendes som en integreret del af en IVF-behandling (assisteret reproduktion).

Brug af både donoræg og donorsæd vil derimod ikke være sundhedsfagligt begrundet, såfremt kvinden, der skal bære barnet, selv har befrugtningsdygtige æg. Det betyder bl.a., at det ikke efter lovforslaget vil være muligt for f.eks. en lesbisk kvinde at donere et æg til sin kæreste/kone alene begrundet i et ønske om, at begge parter i det lesbiske forhold skal føle sig "biologisk" knyttet til barnet. En sådan behandling med assisteret reproduktion vil således alene kunne ske hvis kvinden, der skal bære barnet, ikke selv har befrugtningsdygtige æg.

Det er den behandlende sundhedsperson, der er ansvarlig for at vurdere, om brug af både donoræg og donorsæd er sundhedsfagligt begrundet.

Det Ethiske Råd har i publikationen "Det Ethiske Råds anbefalinger om lovliggørelse af dobbeltdonation" fra 2017 behandlet spørgsmålet om sundhedsfagligt begrundet, hvorvidt det bør stilles som krav, at der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse for at tillade dobbeltdonation. Rådet har anført følgende overvejelser:

"Flere forhold kan her være relevante, men i denne sammenhæng skal det først og fremmest nævnes, at risikoen for svangerskabsforgiftning er 2-3 gange højere i forbindelse med graviditet efter ægdonation sammenlignet med graviditet efter naturlig reproduktion. Svangerskabsforgiftning fører i nogle tilfælde til for tidlig fødsel og kan også medføre nedsat fostertilvækst. I sjældne tilfælde opstår det såkaldte HELLP-syndrom, der er forbundet med stor risiko for alvorlige komplikationer for mor og barn.

Ved samme lejlighed anbefalede Det Etske Råd nedenstående om lovliggørelse af dobbeltdonation:

"6 medlemmer mener, at der bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation. 10 medlemmer mener, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation på sundhedsfaglig indikation. 1 medlem mener, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation, hvor en lesbisk kvinde på sundhedsfaglig indikation anvender et æg, som er doneret af hendes kone eller kæreste."

Flertallet af Det Etske Råd anbefaler derfor, at der alene bør ske en lovliggørelse af dobbeltdonation, såfremt brug af både donoræg og donorsæd er sundhedsfagligt begrundet. På denne baggrund foreslår regeringen, at brug af både donoræg og donorsæd ved behandling med assisteret reproduktion tillades, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse.

2.2. Betingelser for kastration

2.2.1. Gældende ret

Det følger af sundhedslovens § 115, stk. 1, at en person efter ansøgning kan få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf.

Ved diagnosen transseksualitet forstås en uoverensstemmelse mellem en persons oplevede kønsidentitet og det biologiske køn.

2.2.1.1. Ændring og flytning af diagnosekode

Opdelingen og organiseringen af Danmarks sygehusklassifikationssystem bygger på strukturen i WHO's generelle diagnosekodesystem ICD-10.

Idet der gennem længere tid fra dansk side har været et ønske om at flytte diagnosekoden for transkønnethed fra kapitlet for "Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser", og idet WHO's revision af kodesystemet ikke har haft den fremdrift, der er ønsket fra dansk side på netop dette område, valgte Danmark at etablere en særskilt dansk løsning for flytning af koderne for transkønnethed pr. 1. januar 2017, således at koderne for transkønnethed ikke længere fremgår af kapitlet om psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

Den tidligere kode "DF640 Transseksualisme" benyttes derfor ikke længere, men i stedet anvendes koden "DZ768E1 Kontakt på grund af transkønnethed". Det fremgår dog stadig af både loven og lovbemærkningerne, at bl.a. *diagnosen transseksualitet* skal være stillet før, at der kan gives tilladelse til kastration.

2.2.1.2. Tilladelse til kastration

Det følger af bemærkningerne, jf. Folketingstidende 2013-14, A, L 189 som fremsat, s. 5, ,at baggrunden for det lovfæstede krav om tilladelse til kastration er, at der er tale om et omfattende og irreversibelt indgreb.

Ansøgningen om tilladelse til kastration rettes af den kastrationssøgende til Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen indhenter herefter en erklæring vedrørende ansøgeren fra den behandlende læge med henblik på en vurdering af, om ansøgeren opfylder kriterierne for at opnå tilladelse til kastration som led i kønsskifte.

Hvis den behandlende læges erklæring giver Sundhedsstyrelsen anledning til tvivl med hensyn til, om ansøgeren opfylder kriterierne for at få tilladelse til kastration med henblik på kønsskifte, forelægger Sundhedsstyrelsen erklæringen for Retslægerådet. Udtaler Retslægerådet sig ikke imod, at ansøgeren får tilladelse til kastration som led i kønsskifte, meddeler Sundhedsstyrelsen sædvanligvis efter konkret vurdering ansøgeren tilladelse hertil.

Udtaler den behandlende læge sig i sin erklæring imod kastration med henblik på kønsskifte, forelægges erklæringen for Retslægerådet. I det tilfælde, hvor Retslægerådet anbefaler afslag til kastration, og Sundhedsstyrelsen på det foreliggende grundlag er enig i denne vurdering, partshører Sundhedsstyrelsen ansøgeren om udkast til afslag på ansøgningen, og herefter tager styrelsen endelig stilling til ansøgningen. Dette gælder også i situationer, hvor der foreligger oplysninger fra den behandlende læge om, at kastration efter konkret lægelig vurdering er kontraindiceret i forhold til den pågældende ansøger.

Meddeler Sundhedsstyrelsen ansøgeren tilladelse til kastration, orienterer styrelsen samtidigt den behandlende læge, der henviser ansøger til behandling.

Sundhedsstyrelsen har frem til den 1. januar 2017 påset, at ansøgeren er transseksuel, og efter den 1. januar 2017 påset, om personen er transkønnet, der forstås som en vedvarende tilstand af ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Diagnosen stilles efter udredning på højt specialiseret niveau. Samtidig påser Sundhedsstyrelsen, at ansøgerens ønske har været vedholdende, og at det vurderes at ville være vedvarende, samt at ansøgeren kan overskue konsekvenserne af kastration.

Det beror på en konkret vurdering, om en person har et vedholdende ønske om kastration. En sådan vurdering beror ikke alene på selve den tidsmæssige længde af ønsket, men også på, hvorvidt ønsket om kastration har været konsistent.

Hertil kommer, at Sundhedsstyrelsen i praksis påser, at der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet. Eksempelvis, hvor det grundet patientens øvrige sundhedstilstand ikke er tilrådeligt at gennemføre en kastration af sundhedsfaglige årsager. Dette skal ses i lyset af, at en patient på dette område – som ved alle andre behandlinger efter sundhedsloven – ikke har ret til en ydelse i sundhedsvæsenet, hvis der er omstændigheder, der gør behandlingen lægefagligt uegnet eller uforsvarlig.

Det fremgår af sundhedslovens § 117, at sundheds- og ældreministeren kan fastsætte regler om ansøgning om kastration og om behandlingen af sager herom. Nærmere bestemmelser herom er fastsat i bekendtgørelse nr. 957 af 28. august 2014 om sterilisation og kastration.

Sundhedsstyrelsen har siden juni 2005 givet tilladelse eller afslag på kastration, jf. sundhedslovens § 116 (tidligere lå denne kompetence hos Justitsministeriet). Styrelsen har i perioden juni 2005-2016 modtaget i alt 110 ansøgninger om kastration med henblik på kønsskifte, hvor der er givet 103 tilladelser og 7 afslag.

2.2.2. Sundheds- og Ældreministeriets overvejelser og lovforslagets indhold

2.2.2.1. Terminologi

Det enkelte menneskes kønsidentitet kan være forskelligt fra det køn man får tildelt ved fødslen. Dette kan medføre et ønske om sundhedsfaglig hjælp til at ændre eller tilpasse de medfødte køns karakteristika, og er i sig selv hverken et udtryk for psykisk eller somatisk lidelse.

Det følger af sundhedslovens § 115, at bl.a. diagnosen transseksualitet skal være stillet, før en person kan blive kasteret som led i kønsskifte. Da Danmark ikke længere anvender diagnosebetegnelsen "transseksualitet" er det under alle omstændigheder nødvendigt at ændre terminologien i bestemmelsen.

Det bemærkes, at den foreslåede ændring af terminologien *transseksualisme* til *transkønnethed* ikke tilsigter at ændre anvendelsesområdet og de nuværende betingelser for, hvornår der tilbydes kastration som led i kønsskifte, men har til formål at understøtte opfattelsen af, at personer som oplever uoverensstemmelse mellem deres kønsidentitet og det biologiske køn, ikke relaterer sig til personens seksualitet. Vurdering af, om en person er transkønnet, skal fortsat vurderes på samme grundlag som tidligere. Det indebærer, at det fortsat påses, om personen oplever ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Hertil kommer, at det fortsat også påses, at ansøgerens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og at ansøgeren kan overskue konsekvenserne, ligesom det påses, om der ikke foreligger øvrige forhold, der taler imod indgrebet.

2.2.2.2. Tilladelse til kastration

I tilknytning til ændringen af terminologien er det blevet påsat, om tilladelseskra­vet i § 115, stk. 1, fortsat er tidssvarende med behandlingsmulighederne ved kønsskifte.

Sundhedsstyrelsen skal i henhold til sundhedslovens § 115, stk. 1, godkende kastration som led i kønsskifte. Ved kastration forstås fjernelse af æggestokke hos kvinder og fjernelse af testikler hos mænd. Kravet om tilladelse til kastration stammer helt tilbage fra den oprindelige lov nr. 318 af 13. juni 1978 om sterilisation og kastration.

Det er regeringens opfattelse, at det nuværende krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration som led i kønsskifte bør ophæves. Det vurderes, at beslutningen om, hvorvidt en person skal tilbydes kastration som led i kønsskifte, bør træffes af den behandlende læge og personen, der har anmodet om indgrebet. Selve behandlingen sker på baggrund af et informeret samtykke, jf. sundhedslovens kapitel 5, uden krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse.

Baggrunden for ophævelse af kravet om Sundhedsstyrelsens tilladelse er, at det vurderes, at den behandlende læge er nærmest til at vurdere, om patienten opfylder betingelser for kastration i forbindelse med kønsskifte, herunder om personen kan overskue konsekvenserne af indgrebet.

Når Sundhedsstyrelsen i dag træffer afgørelse om tilladelse til kastration, indhenter Sundhedsstyrelsen en erklæring fra den behandlende læge som led i vurderingen af, om ansøgeren opfylder kriterierne for at opnå tilladelse til kastration som led i kønsskifte. Det vil sige, at den behandlende læge allerede i dag vurderer, om betingelserne for kastration som led i kønsskifte er opfyldt. Sundhedsstyrelsen ligger i høj grad vægt på udtalelsen fra den behandlende læge, idet det må forventes, at den behandlende læge bedst kan vurdere, om patienten opfylder kriterierne for kastration.

Det bemærkes i øvrigt, at en ophævelse af kravet om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration som led i kønsskifte ikke tilsigter en udvidelse af eller ændring af de øvrige betingelser for, hvornår en person kan få indgrebet udført. Det indebærer, at den behandlende læge fortsat vil være forpligtet til at påse, om personen oplever ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Hertil kommer, at det fortsat også skal påses, om personens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og om ansøgeren kan overskue konsekvenserne, ligesom det påses, om der ikke foreligger øvrige forhold, der taler imod indgrebet.

Ophævelse af reglerne i sundhedslovens § 115, stk. 1, vurderes ikke at have betydning for retsstillingen for personer, der ønsker kastration som led i kønsskifte. Den enkelte vil fortsat have de samme rettigheder til at klage over det lægefaglige skøn mv., som personen har i dag, og som er gældende på alle behandlingsområder.

Dette skyldes, at Sundhedsstyrelsens afgørelse om afslag på kastration, der i dag kan klages over til Sundheds- og Ældreministeriet fsva. de sagsbehandlingsmæssige forhold. Der kan ikke klages over det lægefaglige skøn til Sundheds- og Ældreministeriet, da denne kompetence ligger hos Sundhedsstyrelsen og den behandlende læge.

Konkret vil der være adgang til at klage over sundhedsvæsenets sundhedsfaglige virksomhed både i forhold til den samlede faglige virksomhed eller bestemte sundhedspersoner, jf. § 1 og § 2 i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Tilsvarende vurderes det, at ophævelse af reglerne i § 115, stk. 1, ikke vil have betydning for den enkeltes adgang til at søge erstatning for skader opstået i sundhedsvæsenet. Adgangen til at søge erstatning vil følge reglerne herom i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Sundhedsstyrelsen har anbefaler, at der for personer som er under 18 år, eller på grund af sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorligt svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid er ude af stand til at forstå betydningen af indgrebet, fastholdes et krav om tilladelse til kastration som led i kønsskifte. I disse sjældne tilfælde vil der være brug for en grundig vurdering af en række både sociale, sundhedsmæssige og juridiske forhold, med tilsvarende værdimæssig vurdering af begrundelserne og hensynene bag ønsket.

Det bemærkes, at Sundhedsstyrelsen har ikke modtaget nogen anmodninger på ovenstående baggrund siden overtagelsen af området fra Justitsministeriet i 2005.

Regeringen foreslår på denne baggrund, at der fortsat skal være krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse, jf. sundhedslovens § 116, til kastration som led i kønsskifte i de tilfælde, hvor en anmodning om kastration fremsættes af en person som på grund af f.eks. sindssygdom, hæmmet psykisk udvikling, alvorlig svækket helbred eller af anden grund varigt eller for længere tid er ude af stand til at forstå betydning af indgrebet eller det er betænkeligt, at personen på egen hånd anmoder om kastration, jf. sundhedslovens § 110 eller § 111. For disse personer findes særlige beskyttelseshensyn, der skal varetages, og lovforslaget indebærer derfor ikke i en ændring af gældende ret ikke for personer omfattet af sundhedslovens § 110 og § 111.

3. Økonomiske og administrative konsekvenser for det offentlige

Det vurderes, at lovforslagets ændringer i sundhedsloven vil medføre en mindre byrdelettelse for Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet, idet disse instanser ikke længere skal afgive tilladelse eller udtales om tilladelse til kastration for personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 110 og § 111.

Lovforslaget vurderes i øvrigt ikke at have nogen administrative konsekvenser for det offentlige.

Det vurderes, at lovforslagets ændringer i lov om assisteret reproduktion vil medføre merudgifter for regionerne, da personkredsen, der kan modtage behandling med assisteret reproduktion, udvides. Det anslås at indebære udgifter for ca. 2,7 mio. kr.

Lovforslagets ændringer i sundhedsloven vurderes ikke at have økonomiske konsekvenser for regionerne, idet det multidisciplinære team (den behandlende læge) også i dag foretager en vurdering af, om der bør gives tilladelse til kastration, og afgiver en udtalelse herom til Sundhedsstyrelsen.

4. Økonomiske og administrative for erhvervslivet m.v.

Lovforslaget har ingen økonomiske og administrative konsekvenser for erhvervslivet m.v.

5. Administrative konsekvenser for borgerne

Lovforslaget har ingen administrative konsekvenser for borgerne.

6. Miljømæssige konsekvenser

Lovforslaget har ingen miljømæssige konsekvenser.

7. Forholdet til EU-retten

Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2004/23/EF af 31. marts 2004 om fastsættelse af standarder for kvaliteten og sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler fastlægger bl.a. nærmere krav til donation og opbevaring af væv og celler, herunder kønsceller.

Direktivet indeholder således krav om, at der i forbindelse med bl.a. donation og opbevaring af væv og celler iagttages en række kvalitets- og sikkerhedskrav for at beskytte folkesundheden og undgå overførsel af infektionssygdomme via væv og celler. Der stilles i den forbindelse bl.a. krav om, at der foretages en omhyggelig donorudvælgelse, og at vævscentre, der opbevarer væv og celler, skal have en tilladelse fra den kompetente myndighed på området, inden de kan påbegynde deres virksomhed.

Formålet med direktivet er at sikre et højt sikkerhedsbeskyttelsesniveau for væv og celler, der anvendes til behandlingsformål (f.eks. assisteret reproduktion) under overholdelse af høje kvalitets- og sikkerhedsstandarder.

I forhold til donoranonymitet følger det af vævsdirektivet, at de enkelte EU-medlemsstater skal træffe alle nødvendige foranstaltninger til at sikre, at der sikres anonymitet mellem donor og modtager af væv og celler. Vævsdirektivets bestemmelse herom berører dog ikke gældende regler og anden praksis i medlemsstaterne om betingelserne for videregivelse af oplysninger, herunder i forbindelse med donation af kønsceller, jf. vævsdirektivets artikel 14, stk. 3.

8. Hørte myndigheder og organisationer m.v.

Et udkast til lovforslag har i perioden [XXXX] været sendt i høring hos følgende myndigheder og organisationer m.v. og har været offentliggjort på høringsportalen:

[indsæt høringsliste]

9. Sammenfattende skema

	Positive konsekvenser/mindre udgifter	Negative konsekvenser/Merudgifter
Økonomiske konsekvenser for stat, kommune og regioner	Det vurderes, at lovforslaget ikke vil have økonomiske konsekvenser for regionerne, idet det multidisciplinære team (den behandlende læge) i dag foretager en vurdering af, om der bør gives tilladelse til kastration, og afgiver en udtalelse herom til Sundhedsstyrelsen.	Det vurderes, at lovforslagets ændringer i lov om assisteret reproduktion vil medføre merudgifter for regionerne, da personkredsen, der kan modtage behandling med assisteret reproduktion, udvides. Det anslås at indebære udgifter for ca. 2,7 mio. kr.
Administrative konsekvenser for stat, kommuner og regioner	Det vurderes, at lovforslaget vil medføre en mindre byrdelettelse for Sundhedsstyrelsen og Retslægerådet idet disse instanser ikke længere skal afgive tilladelse eller udtales om tilladelse til kastration for personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 110 og § 111.	Ingen
Økonomiske konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for erhvervslivet	Ingen	Ingen
Miljømæssige konsekvenser	Ingen	Ingen
Administrative konsekvenser for borgerne	Ingen	Ingen
Forholdet til EU-retten	<p>Europa-Parlamentets og Rådets direktiv 2004/23/EF af 31. marts 2004 om fastsættelse af standarder for kvaliteten og sikkerheden ved donation, udtagning, testning, behandling, præservering, opbevaring og distribution af humane væv og celler fastlægger bl.a. nærmere krav til donation og opbevaring af væv og celler, herunder kønsceller.</p> <p>Direktivet indeholder således krav om, at der i forbindelse med bl.a. donation og opbevaring af væv og celler iagttages en række kvalitets- og sikkerhedskrav for at beskytte folkesundheden og undgå overførsel af infektionssygdomme via væv og celler. Der stilles i den</p>	

	<p>forbindelse bl.a. krav om, at der foretages en omhyggelig donorudvælgelse, og at vævscentre, der opbevarer væv og celler, skal have en tilladelse fra den kompetente myndighed på området, inden de kan påbegynde deres virksomhed.</p> <p>Formålet med direktivet er at sikre et højt sikkerhedsbeskyttelsesniveau for væv og celler, der anvendes til behandlingsformål (f.eks. assisteret reproduktion) under overholdelse af høje kvalitets- og sikkerhedsstandarder.</p> <p>I forhold til donoranonymitet følger det af vævsdirektivet, at de enkelte EU-medlemsstater skal træffe alle nødvendige foranstaltninger til at sikre, at der sikres anonymitet mellem donor og modtager af væv og celler. Vævsdirektivets bestemmelse herom berører dog ikke gældende regler og anden praksis i medlemsstaterne om betingelserne for videregivelse af oplysninger, herunder i forbindelse med donation af kønsceller, jf. vævsdirektivets artikel 14, stk. 3.</p>
--	---

Bemærkninger til lovforslagets enkelte bestemmelser

Til § 1

Til nr. 1

Det følger af § 5 i lov om assisteret reproduktion, at der ikke må etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner (forbud mod dobbeltdonation).

Det nuværende forbud mod dobbeltdonation foreslås ophævet, således at dobbeltdonation bliver muligt, såfremt brug af både donorsæd og donoræg er sundhedsfagligt begrundet, og såfremt enten den donerede sæd eller det donerede æg er doneret i ikke-anonym form.

Nyaffattelsen af § 5 stiller således krav om, at brug af både donoræg og donorsæd i behandling med assisteret reproduktion skal være sundhedsfagligt begrundet. Baggrunden herfor er, at der er en øget risiko for svangerskabsforgiftning m.v. forbundet med graviditeter opnået ved brug af donoræg set i forhold til graviditeter ved brug af egne æg.

Det betyder bl.a., at en kvinde, som selv har befrugtningsdygtige æg, ikke efter forslaget vil kunne modtage behandling med assisteret reproduktion, der involverer både donoræg og donorsæd.

Herudover stilles der krav efter forslaget om, at enten den donerede sæd eller det donerede æg skal være doneret i ikke-anonym form, således at der vil være mulighed for barnet for at få et vist (delvist) kendskab til sit genetiske ophav. Det betyder, at det ikke vil være muligt at benytte både en anonym sæddonor og en anonym ægdonor.

Med den foreslåede bestemmelse gives der mulighed for, at et heteroseksuelt par, hvor hverken kvinden eller manden har brugbare kønsceller, kan få behandling med assisteret reproduktion. Endvidere kan enlige kvinder, som ikke selv kan levere et befrugtningsdygtigt æg, og lesbiske par, hvor kvinden, der skal føde barnet, ikke selv har et befrugtningsdygtigt æg, få behandling med assisteret reproduktion.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.1.2. i de almindelige bemærkninger.

Til § 2

Til nr. 1

Det følger af sundhedslovens § 115, stk. 1, at en person efter ansøgning kan få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Det følger af sundhedslovens § 116, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen giver en sådan tilladelse.

Det foreslås at ændre sundhedslovens § 115, stk. 1, således at en person uden tilladelse kan blive kasteret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Personer omfattet af bestemmelserne i § 110 og § 111 skal dog fortsat søge om tilladelse til kastration, jf. § 116.

Den foreslåede ændring af terminologien "transseksualitet" til "transkønnethed", skyldes bl.a., at diagnosen transseksualitet ikke længere benyttes efter ændring af diagnosekoderne pr. 1. januar 2017. Derudover har ændringen til formål at tilkendegive, at personer, der oplever uoverensstemmelse mellem det biologiske køn og deres kønsidentitet, ikke lider af en psykisk eller somatisk lidelse, samtidigt med, at det ønskes fastslået, at transkønnethed ikke er udtryk for en persons seksualitet. Som det fremgår af pkt. 2.2.2.1 i forslaget almindelige bemærkninger tilsigtes der ikke en ændring af gældende ret i forhold til vurderingen af, om en person er transkønnet og opfylder betingelserne i sundhedslovens § 115 for kastration i forbindelse med kønsskifte.

Det nuværende krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration foreslås ophævet fsva. personer, der ikke er omfattet af sundhedslovens § 110 og § 111, således at beslutningen om kastration i forbindelse med kønsskifte træffes af den behandlende læge sammen med patienten.

Baggrunden for ikke at ophæve den nuværende krav om Sundhedsstyrelsens tilladelse til kastration for så vidt angår personer omfattet af sundhedslovens § 110 og § 111 er, at der for disse personer er nogle særlige beskyttelseshensyn. Som det fremgår af punkt 2.2.2.2 vil der i disse sjældne og meget svære tilfælde, være brug for en grundig vurdering af en række både sociale, sundhedsmæssige og juridiske forhold, med tilsvarende værdimæssig vurdering af begrundelserne og hensynene bag ønsket.

Det bemærkes i øvrigt, at en ophævelse af kravet om Sundhedsstyrelsen tilladelse til kastration som led i kønsskifte ikke tilsigter en udvidelse af eller ændring af de øvrige betingelser for, hvornår en person kan få kastration i forbindelse med kønsskifte. Det indebærer, at det fortsat påses, om personen oplever ubehag eller utilstrækkelighed ved egne køns karakteristika. Hertil kommer, at det fortsat også skal påses, om personens ønske har været vedholdende gennem længere tid, at det vurderes at ville være vedvarende, og om ansøgeren kan overskue konsekvenserne, ligesom det iagttages, om der ikke foreligger øvrige oplysninger, der taler imod indgrebet.

Anmodning om kastration som led i kønsskifte skal fremsættes af den, på hvem indgrebet skal foretages.

Der henvises i øvrigt til pkt. 2.2.2. i de almindelige bemærkninger.

Til nr. 2

Det følger af sundhedslovens § 116, stk. 1, at Sundhedsstyrelsen skal give tilladelse til kastration. For at præcisere, at der ikke skal anmodes om tilladelse i forbindelse med kønsskifte, foreslås § 116, stk. 1, ændret.

Det foreslås på denne baggrund, der kun skal gives tilladelse til kastration for personer omfattet af § 110 og § 111, eller for personer, hvis kønsdrift udsætter denne for at begå forbrydelser, jf. sundhedslovens § 115, stk. 2.

Til § 3

Bestemmelsen i lovforslaget § 3, stk. 1, fastsætter lovens ikrafttrædelsestidspunkt til den 1. januar 2018.

Tidspunktet for den enkelte fertilitetsbehandling afgør, om de nye regler finder anvendelse eller ej – uanset om den enkelte behandling udgør én blandt flere behandlinger i et "behandlingsforløb" (dvs. en sammenhængende serie af enkelte fertilitetsbehandlinger udført med det formål at opnå graviditet og fødsel af et barn hos en kvinde eller et par). Gennemføres behandlingen før den 1. januar 2018, gælder de hidtil gældende regler, og gennemføres behandlingen efter lovens ikrafttræden, dvs. den 1. januar 2018 eller senere, finder de nye regler anvendelse.

Det betyder eksempelvis, at det vil være tilladt at benytte både donoræg og donorsæd ved en behandling, der udføres efter den 1. januar 2018, hvis der foreligger en sundhedsfaglig begrundelse herfor, og forudsat at enten den donerede sæd eller det donerede æg er doneret i ikke anonym form, også selvom det er den anden eller tredje behandling i et behandlingsforløb.

Ændringerne i sundhedsloven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration i forbindelse med kønsskifte, som er sendt til Sundhedsstyrelsen inden den 1. januar 2018.

Til § 4

Bestemmelsen angår lovens territoriale gyldighed og indebærer, at loven ikke gælder for Færøerne og Grønland, men at § 1, som affattet ved denne lov, kan sættes i kraft for Færøerne med de ændringer, som de færøske forhold tilsiger.

Bilag 1

Lovforslaget sammenholdt med gældende ret

Gældende formulering

Lovforslaget

§ 1

I lov om assisteret reproduktion i forbindelse med behandling, diagnostik og forskning m.v., jf. lovbekendtgørelse nr. 93 af 19. januar 2015, med de ændringer, der følger af lov nr. 264 af 16. marts 2016, foretages følgende ændringer:

1. § 5 affattes således:

§ 5. Der må ikke etableres assisteret reproduktion, medmindre ægcellen stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, eller sæden stammer fra hendes partner.

»I de tilfælde, hvor ægcellen ikke stammer fra den kvinde, der skal føde barnet, og sæden ikke stammer fra hendes partner, må der kun etableres assisteret reproduktion, hvor brug af både donerede sæd og donerede ægcelle er sundhedsfagligt begrundet og såfremt den donerede sæd eller det donerede ægcelle er doneret i ikke-anonym form.«

§ 2

1. § 115, stk. 1, ophæves, og i stedet indsættes:

§ 115. En person kan efter ansøgning få tilladelse til kastration som led i kønsskifte, hvis ansøgeren har fået stillet diagnosen transseksualitet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf.

Stk. 2-3 ---

»§ 115. En person kan uden tilladelse blive kasteret som led i kønsskifte, hvis personen er transkønnet, har et vedholdende ønske om kastration og kan overskue konsekvenserne heraf. Personer omfattet af bestemmelserne i § 110 og § 111 skal dog søge om tilladelse til kastration, jf. § 116.«

§ 116. Tilladelse til kastration gives af Sundhedsstyrelsen.

Stk. 2-3 ---

2. § 116, stk. 1, indsættes efter »kastration«: »efter § 115, stk. 1, 2. pkt., og § 155, stk. 3,«.

§ 3

Stk. 1. Loven træder i kraft den 1. januar 2018.

Stk. 2. Loven finder ikke anvendelse på ansøgninger om kastration som led i

kønsskifte indgivet inden 1. januar 2018.
For sådanne ansøgninger finder de hidtil
gældende regler anvendelse.

§ 4

Stk. 1. Loven gælder ikke for Færøerne
og Grønland, jf. dog stk. 2.

Stk. 2. § 1 kan ved kongelig anordning
sættes helt eller delvist i kraft for
Færøerne med de ændringer, som de
færøske forhold tilsiger.