

Große Anfrage

der Abgeordneten Deniz Celik, Sabine Boeddinghaus, Dr. Carola Ensslen,
Olga Fritzsche, Norbert Hackbusch, Stephan Jersch, Metin Kaya,
Cansu Özdemir, Dr. Stephanie Rose, David Stoop, Heike Sudmann
und Insa Tietjen (DIE LINKE) vom 19.09.22

und Antwort des Senats

Betr.: Ein Jahr Gesetz zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden Eingriffen – Wie steht es mit der Umsetzung in Hamburg?

Im Mai 2021 trat das Gesetz zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden Eingriffen in Kraft.

Das Gesetz soll intergeschlechtliche Kinder, also Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung, wirksam vor menschenrechtswidrigen Behandlungen schützen. Dem Gesetz ging eine über viele Jahre dauernde gesellschaftliche Auseinandersetzung voraus. Intergeschlechtliche Menschen und ihre Selbstorganisationen prangerten die Praktiken an, Kinder mit Varianten der körperlichen Geschlechtsmerkmale im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter an den Genitalien zu operieren oder medikamentös zu behandeln, um sie einer Normvorstellung von männlich oder weiblich anzupassen. Lange wurde den Eltern empfohlen, den Kindern ihre Körperlichkeit und den Hintergrund der Behandlungen zu verschweigen. Viele der Behandelten litten massiv und lebenslang an den körperlichen und psychischen Folgen der Behandlungen und dem Verschweigen, der gesellschaftlichen Tabuisierung des Themas und der sozialen Unmöglichkeit eines Lebens in ihrem Geschlecht jenseits von männlich oder weiblich. Vor diesem Hintergrund verbinden sich mit dem Gesetz große Hoffnungen, dass Kinder nun wirksam vor diesen Praktiken geschützt werden.

Im Gesetz wird geregelt, dass Eltern und Behandelnde nicht das Recht haben, „in eine Behandlung eines nicht einwilligungsfähigen Kindes mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung einzuwilligen oder selbst diese Behandlung durchzuführen, die, ohne dass ein weiterer Grund für die Behandlung hinzutritt, allein in der Absicht erfolgt, das körperliche Erscheinungsbild des Kindes an das des männlichen oder des weiblichen Geschlechts anzugleichen. (§ 1631e (1) BGB)

In operative Eingriffe an den äußeren oder inneren Geschlechtsmerkmalen, die nicht von § 1631e (1) umfasst sind, können Eltern einwilligen, aber nur, wenn sich der Eingriff nicht aufschieben lässt, bis das Kind eine selbstbestimmte Entscheidung treffen kann. Dafür müssen bestimmte Bedingungen erfüllt werden: Die Einwilligung bedarf der Genehmigung des Familiengerichts und muss dem Wohl des Kindes am besten entsprechen. Das Familiengericht kann die Genehmigung in einem vereinfachten Verfahren erteilen, wenn die Eltern die befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vorlegen. (§ 1631e (2 – 3) BGB)

Obwohl es sich um ein Bundesgesetz handelt, hat das Gesetz auch Auswirkungen auf der Landesebene.

Im Gesetz selbst ist eine Evaluierung des Gesetzes innerhalb von fünf Jahren vorgesehen. Die Große Anfrage will hier nicht vorgeifen, sondern vielmehr erfragen, wie es bis jetzt um die Umsetzung und Anwendung des Gesetzes in Hamburg bestellt ist.

Wir fragen den Senat:

Geltungsbereich des Gesetzes

Um bei einem möglicherweise vorliegenden Androgenitalen Syndrom (AGS) eine Virilisierung des Genitals zu verhindern, kann vorgeburtlich eine Behandlung mit Dexamethason durchgeführt werden.

1. *Beziehen sich die Regelungen des Gesetzes auch auf die Einwilligung der Eltern in Behandlungen von ungeborenen Kindern?*

Mangels ausdrücklicher Regelung in § 1631e Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) lässt sich die Frage nach der Geltung der Regelung auch für Behandlungen von ungeborenen Kindern nur durch Auslegung ermitteln. Die verbindliche Auslegung der Gesetze ist den Gerichten vorbehalten und kann nicht vom Senat vorgenommen werden.

Im Stellungnahmeverfahren wurden von vielen verschiedenen Fachleuten Befürchtungen geäußert, dass das Gesetz umgangen werden könnte, um trotz eigentlichem Verbot Behandlungen durchführen zu können.

2. *Mit welchen Regelungen und Prozessen stellen Krankenhäuser, interdisziplinäre Kommissionen und Familiengerichte sicher, dass das Gesetz nicht umgangen wird?*
3. *Mit welchen Regelungen und Prozessen werden in den Krankenhäusern diejenigen geplanten, von Behandelnden empfohlenen oder von Eltern gewünschten Behandlungen identifiziert, die unter die Regelungen dieses Gesetzes fallen, und wie wird dafür gesorgt, dass verbotene oder genehmigungspflichtige Behandlungen nicht unbemerkt doch durchgeführt werden?*

Wird im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) ein Kind mit einer äußerlich wahrnehmbaren Variante der Geschlechtsentwicklung geboren, wird die Frage, ob ein durch das Gesetz zum Schutz von Kindern vor geschlechtsverändernden Eingriffen erfasster Fall vorliegt, in einem mehrstufigen Verfahren geklärt:

1. Chromosomenanalyse (zur Klärung der Zuordnung zu einem Geschlecht)
2. Endokrinologische Untersuchung (zur Klärung der Frage, ob die Variante der Geschlechtsentwicklung Symptom einer von zwei grundsätzlich in Betracht zu ziehenden Krankheiten ist, die gegebenenfalls behandlungsbedürftig wären)
3. Analyse der inneren Genitalorgane (zum Beispiel durch Bildgebung) zur Klärung der Frage, ob innere Genitalorgane in Übereinstimmung mit dem Ergebnis der Chromosomenanalyse ausgebildet sind.

In eine Entscheidung darüber, ob eine geschlechtsverändernde Operation durchgeführt wird, und in deren Durchführung selbst sind im UKE mehrere medizinische Fachrichtungen und Stellen eingebunden: Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Geschäftsbereich Zentrale Patientenaufnahme (Voraussetzung zur Bereitstellung medizinischer Leistungen, zum Beispiel OP-Besteck), Urologie, Anästhesie, OP- und Bettenmanagement, Pflegedienst, gegebenenfalls Sozialdienst. Die „unbemerkte“ Durchführung einer solchen Operation im UKE, bei der mindestens fünf bis sechs Personen kollusiv zusammenwirken müssten, kann somit nahezu ausgeschlossen werden.

Nach Kenntnis der zuständigen Behörde werden in den allgemeinen Krankenhäusern in Hamburg keine geschlechtsverändernden Behandlungen, weder medikamentös noch kinderchirurgisch, durchgeführt.

Interdisziplinäre Kommissionen sowie die Hamburger Gerichte waren nach dem Kenntnisstand der zuständigen Behörden bislang nicht mit Fällen nach § 1631e BGB befasst.

4. Umfasst das Gesetz auch die Einwilligung der Eltern in Behandlungen im Ausland?

Der Senat hat sich mit dieser Frage nicht befasst, da es sich hierbei um eine Rechtsfrage zur Auslegung von Bundesrecht handelt, die allein den Gerichten obliegt.

5. Falls die vorherige Frage verneint wird: Können die im Gesetz geregelten Operationen, sofern sie im EU-Ausland stattfinden, zulasten der GKV abgerechnet werden?

Von der gesetzlichen Krankenversicherung können grundsätzlich nur die im EU-Ausland erbrachten Leistungen erstattet werden, die auch in Deutschland zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören.

Zudem muss die Kostenübernahme für eine geplante Krankenhausbehandlung im EU-Ausland vorab bei der zuständigen deutschen Krankenkasse beantragt werden. Da eine Operation eines intergeschlechtlichen Kindes in Deutschland nur unter den im Gesetz genannten Voraussetzungen erbracht werden darf, wird nach Kenntnis der zuständigen Behörde seitens der Krankenkassen pauschal keine Kostenzusage erteilt. Nur wenn das Kind auch in Deutschland die Voraussetzungen für eine entsprechende Operation erfüllt, können die Kosten übernommen werden.

6. Wenn Behandler:innen davon erfahren, dass Eltern möglicherweise eine Operation ihres Kindes im Ausland planen, wie ist dann berufsrechtlich eine Aufhebung der Schweigepflicht geregelt und wo können sich Behandler:innen informieren, um rechtssicher zu handeln?

Die berufsrechtliche Ausgestaltung der Schweigepflicht erfolgt unter anderem durch die Bestimmungen der berufsständischen Berufsordnungen, für die Ärztinnen und Ärzte beispielsweise in § 9 der (Muster-)Berufsordnung für die in Deutschland tätigen Ärztinnen und Ärzte (MBO-Ä) sowie die entsprechenden Regelungen der Berufsordnungen der Landesärztekammern. In die Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte vom 27. März 2000 wurde im Jahr 2005 ausdrücklich aufgenommen, dass diese zur Offenbarung befugt sind, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind 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 (vergleiche § 9 Absatz 2 der Berufsordnung der Hamburger Ärztinnen und Ärzte).

Zu beachten ist außerdem § 4 Absatz 3 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Danach dürfen die in § 4 Absatz 1 KKG abschließend aufgezählten Berufsangehörigen unter bestimmten Voraussetzungen das Jugendamt über mögliche Kindeswohlgefährdungen ohne Schweigepflichtverletzung informieren. § 4 Absatz 1 KKG sieht vor, dass bei gewichtigen Anhaltspunkten für die Kindeswohlgefährdung die Berufsangehörigen die Situation zunächst gemeinsam mit den Eltern oder sonstigen Personensorgeberechtigten erörtern und auf die Inanspruchnahme von privater oder staatlicher Unterstützung hinwirken sollen. § 4 Absatz 2 KKG formuliert als nächste Stufe einen Beratungsanspruch der Berufsangehörigen gegenüber dem Jugendamt, wobei die Berufsangehörigen zunächst nur pseudonymisierte Daten übermitteln dürfen. § 4 Absatz 3 KKG sieht die Befugnis zur Information des Jugendamts vor, wenn eine erhebliche Gefahr für das Kindeswohl besteht und die beziehungsweise der Berufsangehörige das Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich hält.

Im Übrigen können sich Ärztinnen beziehungsweise Ärzte an ihre Ärztekammer wenden und sich im Allgemeinen über die ärztliche Schweigepflicht beziehungsweise Offenbarungsbefugnisse beraten lassen.

7. *Welche Sachverhalte – außer akuter Lebensgefahr – können dazu führen, dass eine Behandlung als nicht aufschiebbar gilt bis zu dem Zeitpunkt, an dem das Kind einwilligungsfähig ist? Kann ein Eingriff insbesondere als nicht aufschiebbar gelten, wenn die Chancen auf einen komplikationsärmeren Verlauf und bessere Behandlungsergebnisse in einem jüngeren Alter als besser eingestuft werden?*

Nach der Gesetzesbegründung bedarf es für die Bestimmung der Unaufschiebbarkeit einer Nachteilsabwägung dahin gehend, ob die Nachteile für das Kind im konkreten Fall bei einem Aufschub des Eingriffs schwerer und dringlicher wiegen würden als die Sicherung der Möglichkeit einer selbstbestimmten Entscheidung. Dazu können im Einzelfall auch Maßnahmen gehören, die „zur Heilung oder Beseitigung einer Funktionsstörung oder zum Erhalt der Fortpflanzungsfähigkeit erforderlich sind, ohne dass schon gegenwärtig eine konkrete Gesundheitsgefahr vorliegt“. Ausweislich der Gesetzesbegründung dürfte etwa die operative Entfernung von Gonaden mit einem entwickelten Tumor als unaufschiebbar gelten; liege dagegen nur ein etwaiges Tumorrisiko vor, könne die Entfernung regelmäßig aufgeschoben werden, wenn das zunächst nur latente Risiko engmaschig medizinisch überwacht wird.

Aus Sicht des UKE sind Eingriffe nicht aufschiebbar, bei denen das Absehen von einem Eingriff zu endgültigen Veränderungen führen würde, die später nicht mehr rückgängig gemacht werden können (zum Beispiel das Absehen von der Verlagerung eines Bauchhodens in den Hodensack, was zu einer dauerhaften Beeinträchtigung der Fortpflanzungsfähigkeit führen würde). Die Prognose, dass eine Operation in jüngerem Alter einen komplikationsärmeren Verlauf erwarten lässt, ist für die Wahl des Operationszeitpunkts kein ausschlaggebendes Kriterium.

In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/24686) wird auf Seite 45 darauf hingewiesen, dass das Verbot zur Einwilligung in eine Behandlung und Durchführung einer Behandlung auch ein Verbot des Bougierens einer Neo-Vagina umfasst, auch wenn diese vor Inkrafttreten des Gesetzes operativ angelegt wurde. Eltern, die ihr Kind bougiert haben, mussten also bei Inkrafttreten des Gesetzes damit aufhören.

8. *Wie wurde dafür Sorge getragen, dass alle betreffenden Eltern über die neue Gesetzeslage informiert sind und sich entsprechend verhalten?*
9. *Wurden die betreffenden Eltern durch ihre Krankenkassen auf die neue Gesetzeslage hingewiesen?*

Eine direkte Information an betroffene Eltern etwa durch die Krankenkassen erfolgte nicht, da diesbezügliche Daten – auch den Krankenkassen – nicht bekannt sind. Krankenkassen dürfen Sozialdaten nur zu den gesetzlich vorgesehenen Zwecken erheben, vergleiche § 284 SGB V.

Interdisziplinäre Kommissionen

Legen die Eltern dem Gericht die befürwortende Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vor, dann vermutet das Familiengericht, dass die Behandlung dem Wohl des Kindes entspricht. Die Zusammensetzung und die Aufgaben der interdisziplinären Kommissionen werden in Absatz 4 geregelt. Laut Gesetzesbegründung sollen die Kommissionen an den behandelnden Kompetenzzentren entstehen (BT-Drs. 19/24686, Seite 30).

10. *Welche Kompetenzzentren in Hamburg behandeln Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung?*
11. *In welchen weiteren Kompetenzzentren werden Kinder aus Hamburg schwerpunktmäßig behandelt?*
12. *Wurde in diesen Institutionen schon eine interdisziplinäre Kommission gebildet?*

Falls ja:

13. *Wie viele Mitglieder mit jeweils welcher Expertise haben die Kommission beziehungsweise die Kommissionen und welchen Hintergrund hat die gegebenenfalls zu beteiligende Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung?*
14. *Welche Stelle oder Stellen haben die Kommissionsmitglieder nach welchem Verfahren, nach welchen Kriterien und für welchen Zeitraum benannt?*
15. *Falls nein: Warum erfolgte das noch nicht und bis wann wird es erfolgen?*
16. *Wie viele Fälle hat die interdisziplinäre Kommission bis jetzt bearbeitet und an wie vielen Fällen war die Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung beteiligt? In wie vielen Fällen stand am Ende eine befürwortende Stellungnahme, in wie vielen Fällen war die Stellungnahme nicht befürwortend und in wie vielen Fällen haben sich die Eltern auf Anraten der Kommission für eine Behandlungsalternative (zum Beispiel Aufschub der Behandlung) entschieden?*

Die Werner und Michael Otto Universitätskinderklinik im UKE („Kinder-UKE“) und gegebenenfalls die Urologische Klinik und Poliklinik am UKE nehmen Behandlungen im Sinne der Fragestellung vor.

Bislang wurde noch keine interdisziplinäre Kommission gebildet (siehe Antwort zu 2. und 3.). Das UKE richtet eine interdisziplinäre Kommission ein, sobald in einem konkreten Fall eine Entscheidung zu treffen ist. Die Zusammensetzung der Kommission soll die Besonderheiten des zu entscheidenden Falles berücksichtigen.

Laut Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/24686) haben die Eltern die Kosten für die Stellungnahme der interdisziplinären Kommission zu tragen.

17. *Nach welchen Regelungen berechnen sich die Kosten, die den Eltern für eine Stellungnahme entstehen?*
18. *Werden den Eltern vorab die entstehenden Kosten mitgeteilt?*
19. *Wie hoch waren bisher die Kosten für eine Stellungnahme für Kinder aus Hamburg? Wenn sich keine genauen Summen beziffern lassen, bitte Orientierungswerte, wie zum Beispiel Durchschnitt oder Kostenkorridor benennen, um einen nachvollziehbaren Eindruck der Kosten zu vermitteln.*

Während die Tätigkeit der Kommission, einschließlich der medizinischen Dokumentation, Teil der medizinischen Fallbehandlung und damit kostenlos ist, soweit das Kind in einem Kompetenzzentrum behandelt wird, fallen für die gesonderte Erstellung der schriftlichen Stellungnahme Kosten an. Diese sind deshalb grundsätzlich von den Eltern zu tragen.

Das UKE teilt den Eltern vorab die Kosten mit, sobald deren Höhe, die sich nach den Umständen des Einzelfalles richtet, bekannt ist.

Im Übrigen siehe Antwort zu 10. bis 16.

20. *Wer bezahlt die Kosten für die Stellungnahme, wenn die Eltern Transferleistungen beziehen, und muss die Übernahme der Kosten gesondert beantragt werden, gegebenenfalls bei welcher Stelle und muss dies vor Beauftragung der Kommission passieren?*
21. *Welche finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten bestehen für Eltern, die keine Transferleistungen beziehen, jedoch trotzdem von den Kosten der Stellungnahme überfordert sind?*

Bei Transferleistungsbeziehenden, die krankenversichert sind, werden die Kosten für die Stellungnahme nicht über den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Bei Transferleistungsbeziehenden, die nicht krankenversichert

sind, können diese Kosten parallel dazu auch nicht aus den Hilfen zur Gesundheit übernommen werden. Im existenzsichernden Leistungssystem des SGB II und SGB XII sind auch darüber hinaus keine Leistungen für die Übernahme der Kosten der befürwortenden Stellungnahme einer interdisziplinären Kommission vorgesehen.

Für das familiengerichtliche Verfahren bedarf es jedoch auch nicht zwingend einer solchen Stellungnahme (vergleiche § 167b Absatz 2 FamFG), sodass betroffene Transferleistungsbeziehende nicht von der Behandlung von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung ausgeschlossen sind. Im Rahmen seiner Amtsermittlungspflicht wird das Gericht in aller Regel auch ohne das Vorliegen einer Stellungnahme auf die Kompetenz von Sachverständigen und eine umfassende Beweiserhebung zurückgreifen. Für die Eltern besteht die Möglichkeit, zur Bestreitung der hierdurch entstehenden Kosten unter den Voraussetzungen der §§ 76 fortfolgende FamFG Verfahrenskostenhilfe zu erhalten.

Die Kosten für eine Stellungnahme können sich weiter erhöhen, wenn eine Beratungsperson, die selbst eine Variante der Geschlechtsentwicklung hat, auf Wunsch der Eltern Teil der Kommission ist. Aufgrund der in diesem Fall höheren Kosten lehnte der Gesetzgeber es ab, so eine Beratungsperson verpflichtend in der Kommission zu verankern (BT-Drs. 19/24686). So entsteht ein finanzieller Anreiz für Eltern, eben gerade auf die Peerperspektive einer tatsächlich selbst betroffenen Person zu verzichten und nur die Perspektiven nicht betroffener medizinischer und pädagogischer Fachleute einzubeziehen.

22. *Mit welchen Aktivitäten und Maßnahmen fördert Hamburg es, dass Eltern sich für eine Einbeziehung der Beratungsperson mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung entscheiden können?*

Konkrete Aktivitäten und Maßnahmen gab es bisher nicht.

Familiengerichte

In § 167b Absatz 3 FamFG heißt es: „Die Landesregierungen werden ermächtigt, durch Rechtsverordnung die Zuständigkeit für Verfahren nach den Absätzen 1 und 2 dem Familiengericht, in dessen Bezirk das Oberlandesgericht seinen Sitz hat, oder einem anderen Familiengericht zuzuweisen. Diese Ermächtigung kann von der jeweiligen Landesregierung auf die Landesjustizverwaltung übertragen werden. Mehrere Länder können die Zuständigkeit eines Gerichts für Verfahren nach dieser Vorschrift über die Landesgrenzen hinaus vereinbaren.“

23. *Hat der Senat so eine Rechtsverordnung erlassen?*

Falls ja, bitte beifügen.

24. *Welches Familiengericht ist in Hamburg zuständig?*

Eine länderrechtliche Zuständigkeitszuweisung nach § 167b Absatz 3 FamFG ist in Hamburg bislang nicht erfolgt. Sachlich ausschließlich zuständig sind die Amtsgerichte als Familiengerichte nach § 23a Absatz 1 Nummer 1, Satz 2 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG), §§ 111 Nummer 2, 151 Nummer 1 FamFG. Die örtliche Zuständigkeit richtet sich nach §§ 2, 152 Absatz 1 und 2 FamFG. Innerhalb des jeweiligen Amtsgerichts ist die Abteilung für Familiensachen zuständig (vergleiche § 23b Absatz 1 GVG). Für Beschwerden gegen familiengerichtliche Entscheidungen der Hamburgischen Amtsgerichte ist das Hanseatische Oberlandesgericht zuständig (§ 119 Absatz 1 Nummer 1 lit. a GVG).

25. *Wie ist die Zuständigkeit innerhalb des Familiengerichts geregelt? Gibt es beispielsweise bestimmte zuständige Richter:innen oder richtet sich die Zuständigkeit nach anderen Kriterien, gegebenenfalls nach welchen?*

Die Zuständigkeitsverteilung innerhalb der Familiengerichte richtet sich nach den gerichtlichen Geschäftsverteilungsplänen. Deren Erstellung erfolgt im Rahmen der grundgesetzlich garantierten richterlichen Unabhängigkeit (Artikel 97 GG).

Das Gesetz spricht von einer befürwortenden Stellungnahme, die von allen Kommissionsmitgliedern unterschrieben sein muss. Da ja nicht alle Kommissionsmitglieder zwangsläufig einer Meinung sind und eventuell auch keine Einigkeit hergestellt werden kann, ist es wichtig, genauer darauf zu schauen, in welchen Fällen eine Stellungnahme als befürwortend gewertet wird vom Familiengericht.

26. *Müssen alle Kommissionsmitglieder den Eingriff befürworten, damit die Stellungnahme vom Familiengericht als befürwortend eingestuft wird?*

Falls ja, zählt dazu auch die Person, die eine Variante der Geschlechtsentwicklung hat und optional in der Kommission sein kann?

27. *Falls eine Stellungnahme auch bei Nicht-Einstimmigkeit als befürwortend gewertet werden kann, nach welchen Gesichtspunkten kann das Familiengericht diese Einschätzung treffen?*

Der Senat hat sich mit dieser Frage nicht befasst, da es sich um eine die Auslegung einer bundesgesetzlichen Vorschrift betreffende Frage handelt, deren Beantwortung nicht dem Senat, sondern den Gerichten obliegt.

28. *Wie haben sich das Familiengericht und die zuständigen Richter:innen fachlich auf diese neuen Aufgaben vorbereitet?*

29. *Welche Fortbildungsangebote stehen Familienrichter:innen zu dem neuen Gesetz und allgemein zum Thema Varianten der Geschlechtsentwicklung/Intergeschlechtlichkeit zur Verfügung und in welchem Maße wurden sie bisher in Anspruch genommen? Bitte Angebote auflisten inklusive Anbieter:in und Stundenumfang und Teilnehmendenzahlen.*

Das Familiengericht und die zuständigen Richterinnen und Richter setzen sich stets mit den aktuellen gesetzlichen Entwicklungen auseinander. Insbesondere in den Familienrechtssenaten des Hanseatischen Oberlandesgerichts sind Kolleginnen und Kollegen mit langjähriger Erfahrung im Familienrecht tätig. Auch die zur Erprobung an das Hanseatische Oberlandesgericht abgeordneten Richterinnen und Richter, die den Familienrechtssenaten zugeordnet werden, waren zuvor als Familienrichterinnen und Familienrichter am Amtsgericht tätig. Die Gerichtsverwaltung vermittelt dem richterlichen Personal regelmäßig eine Vielzahl von Veranstaltungen zum Familienrecht mit unterschiedlichen, auch interdisziplinären Schwerpunkten, die von verschiedenen Stellen (Behörde für Justiz und Verbraucherschutz, Deutsche Richterakademie, Nordverbund) angeboten und mit großer Fortbildungsbereitschaft wahrgenommen werden. Konkrete Fortbildungsangebote oder Beratungsdienste zu dem neuen Gesetz gab es in dem sehr breit aufgestellten Fortbildungsangebot für Familienrichterinnen und Familienrichter bisher nicht.

Die befürwortende Stellungnahme muss laut Gesetz von allen Kommissionsmitgliedern unterschrieben werden.

30. *Sind Kommissionsmitglieder dazu verpflichtet, eine Stellungnahme zu unterschreiben, und gegebenenfalls welcher Stelle gegenüber sind sie dazu verpflichtet?*

Der Senat hat sich mit dieser Frage nicht befasst, da es sich um eine die Auslegung einer bundesgesetzlichen Vorschrift betreffende Frage handelt, deren Beantwortung nicht dem Senat, sondern den Gerichten obliegt.

Im Gesetz steht: „Legen die Eltern dem Gericht keine den Eingriff befürwortende Stellungnahme vor oder sind Gründe ersichtlich, die einer Genehmigung nach Absatz 1 entgegenstehen, erörtert das Gericht die Sache mit den Beteiligten in einem Termin. Das Gericht weist auf Möglichkeiten der Beratung durch die Beratungsstellen und Beratungsdienste der Träger der Kinder- und Jugendhilfe hin. Es kann anordnen, dass sich die Eltern über den Umgang mit Varianten der Geschlechtsentwicklung beraten lassen und dem

Gericht eine Bestätigung hierüber vorlegen. Diese Anordnung ist nicht selbständig anfechtbar und nicht mit Zwangsmitteln durchsetzbar.“

31. *Wie viele Verfahren hat es bisher gegeben, in denen keine befürwortende Stellungnahme vorgelegt wurde?*

32. *Wie viele Verfahren hat es gegeben, in denen eine Stellungnahme vorlag, jedoch nicht alle Kommissionsmitglieder den Eingriff befürwortet haben?*

33. *Wie wurde in diesen Verfahren entschieden?*

Hat es seit Inkrafttreten des Gesetzes in Hamburg Operationen gegeben, bei der zur Abwehr einer Gefahr für das Leben oder die Gesundheit des Kindes die Operation nicht aufgeschoben werden konnte, um eine Genehmigung durch das Familiengericht abzuwarten?

Falls ja, wie oft?

34. *Welche Beratungsstellen sind dem Familiengericht bekannt, auf die es hinweisen kann?*

35. *Welche Beratungsdienste welcher Träger der Kinder- und Jugendhilfe sind dem Familiengericht bekannt, auf die es hinweisen kann?*

Bisher liegen den Hamburger Familiengerichten keine Fälle nach § 1631e BGB, § 167b FamFG vor. Spezifische Beratungsstellen und -dienste sind den Gerichten nicht bekannt.

*Aufbewahrung der Patient*innen-Akten*

Das Gesetz regelt, dass die Behandlungsakten bis zur Vollendung des 48. Lebensjahres (30 Jahre ab Volljährigkeit) aufbewahrt werden müssen. Die verlängerte Aufbewahrungsfrist bezieht sich laut § 55 EGBGB auch auf die Behandlungsakten von Kindern mit Variationen der Geschlechtsentwicklung, die vor Inkrafttreten des Gesetzes behandelt wurden, deren reguläre Aufbewahrungspflicht bei Inkrafttreten des Gesetzes noch nicht erloschen war.

36. *Wie wird sichergestellt, dass alle Krankenhäuser, die Kinder mit Varianten der Geschlechtsentwicklung behandelt haben, über diese Vorschrift informiert sind und die entsprechenden Akten nicht zu früh, also etwa zum sonst geltenden Ende der Aufbewahrungsfrist, vernichtet werden?*

Nach Auskunft des UKE werden Informationen über neu in Kraft getretene Gesetze, Verordnungen, Richtlinien, Leitlinien und Empfehlungen von Ärztinnen und Ärzten und anderen Personen, die am Behandlungsprozess beteiligt sind, über Fachzeitschriften, Kongresse und andere Wissensquellen aufgenommen. Diese werden in Form von Verfahrensanweisungen im Qualitätsmanagementhandbuch für die Betriebsöffentlichkeit verfügbar gemacht. Es gibt darüber hinaus Absprachen und Regelungen zwischen den beteiligten Fachdisziplinen, die diese Informationen berücksichtigen. Eine Verfahrensanweisung zu diesem Thema ist in Planung.

37. *In welchen Hamburger Krankenhäusern befinden sich derartige Behandlungsakten?*

Dem Senat ist nicht bekannt, dass derartige Behandlungsakten in den beteiligten Krankenhäusern vorliegen.

38. *Welche konkreten Diagnosen mit welchen konkreten Behandlungen führen zu einer verlängerten Aufbewahrungspflicht? Bitte nach Möglichkeit die entsprechenden ICD-Schlüssel und OPS-Schlüssel nennen.*

Nach Auskunft des UKE kommen folgende ICD-Schlüssel (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sowie Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) infrage:

ICD-Schlüssel	OPS-Schlüssel
Q56. Unbestimmtes Geschlecht und Pseudohermaphroditismus	5-646. Operationen zur Genitalorganumwandlung
E34.5 Androgenresistenz-Syndrom	5-584. Rekonstruktion der Urethra
Q96 – Q99 Pseudohermaphroditismus mit näher bezeichneter Chromosomenanomalie	5-643.2 (Re-)Konstruktion des Penis
	5-613.2 Konstruktion und/oder Rekonstruktion des Skrotums
	5-628. Implantation, Wechsel und Entfernung einer Hodenprothese
	5-642.2 Emaskulation Inkl.: Orchidektomie und Skrotumteilresektion
	5-705. Konstruktion und Rekonstruktion der Vagina
	5-716. Konstruktion und Rekonstruktion der Vulva (und des Perineums)

Trotz einer Aufbewahrungspflicht von Patient:innen-Akten – nicht nur von Patient:innen mit einer Variante der Geschlechtsentwicklung – kann es passieren, dass Patient:innen-Akten vor Ende der Aufbewahrungsfrist verlustig gehen, etwa durch Brand, Hochwasser, Wasserrohrbruch, versehentliche Vernichtung oder Verlorengang zum Beispiel bei einem Umzug des Archivs. In diesen Fällen können Patient:innen keine Akteneinsicht mehr erlangen, schlicht weil die Akten nicht mehr existieren.

39. In welchen Hamburger Krankenhäusern hat es seit 1975 Ereignisse gegeben, bei denen Patient:innen-Akten verlustig gegangen sind? Bitte auflisten nach Jahr, Krankenhaus, Grund des Verlusts und Umfang des Verlusts. Falls sich nicht alle Angaben ermitteln lassen, bitte alle ermittelbaren Angaben auflisten.

Im UKE wird keine Statistik geführt, in der Ereignisse im Sinne der Fragestellung erfasst werden. Der langjährigen Archiv-Leitung des UKE sind jedoch folgende Ereignisse erinnerlich:

Zeit	Ereignis
Ende der 1990er-Jahre	Wasserschaden im Bunker des ehemaligen Funktionsgebäudes der Frauenklinik (heutiges „Spectrum“). Der Wasserschaden führte zur Vernichtung der Patientinnenakten der Frauenklinik aus den 1970er- und 1980er-Jahren.
1993	Schimmelbefall bei Patientenakten im UKE-Hauptgebäude (O35), Sockelgeschoss. Im Jahr 1999 wurden von diesem Ereignis betroffene Patientinnen- und Patientenakten entsorgt.
2006 bis 2012	Übernahme dezentraler Archive durch das Zentralarchiv in Umsetzung des Masterplans UKE. Im Zuge dessen wegen Schimmelbefalls Nichtübernahme einiger, im Umfang nicht mehr bezifferbarer Jahrgänge (1980er-, 1990er-Jahre).

In Bezug auf die weiteren Hamburger Krankenhäuser kam es laut der vorliegenden Rückmeldungen in zwei der Hamburger Plankrankenhäuser im fraglichen Zeitraum zu einem geringen Verlust von Patientinnen- beziehungsweise Patientenakten. Es handelt sich dabei laut Rückmeldungen der Häuser um insgesamt 28 Fälle. Ursächlich dafür waren versehentliche Vernichtung oder Verlust.

40. Welche Maßnahmen müssen Krankenhäuser ergreifen, wenn Patient:innen-Akten verlustig gehen vor dem Ende der Aufbewahrungsfrist (zum Beispiel, aber nicht nur, Meldepflichten, Informationspflichten den Patient:innen gegenüber)?

Wird im UKE bekannt, dass Akten verloren gegangen sind und ist nachvollziehbar, um welche Akten es sich handelt, sieht das UKE jedenfalls in den Fällen, in denen das Risiko der Einsichtnahme in die betreffenden Akten durch unbefugte Dritte besteht,

eine Informationspflicht gegenüber betroffenen Patientinnen und Patienten vor. Die Rechtsgrundlage hierfür sieht das UKE in Artikel 34 der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) und – als Nebenpflicht – in dem Behandlungsvertrag. Maßgeblich sind die konkreten Umstände des Einzelfalls.

Durch die zunehmende Digitalisierung und den Einsatz von elektronischen Patientinnen- und Patientenakten in den Hamburger Plankrankenhäusern sind Akten zunehmend besser vor Verlust gesichert. Es bestehen jeweils krankenhauserne interne Verfahrensregelungen zum internen und externen Aktenumgang/-lauf. Ist eine nicht digitalisierte Akte unauffindbar, ist die Erstellung einer Ersatzakte anhand digital vorhandener Daten, Befunde, Aufzeichnungen und anderer Unterlagen grundsätzlich möglich. Bei jeglichem Verlust von Patientenakten greifen die üblichen Meldepflichten gegenüber den Patientinnen und Patienten und der Aufsichtsbehörde. Maßnahmen bei Aktenverlust ergeben sich ebenfalls maßgeblich aus der DSGVO. Es erfolgt eine Meldung an die Datenschutzaufsicht. Ergibt der Verlust der Akte ein hohes Risiko für die persönlichen Rechte der betroffenen Patientin beziehungsweise des betroffenen Patienten, werden diese unverzüglich benachrichtigt. Über weitere Maßnahmen entscheidet der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit.

In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/24686, Seite 33) heißt es, dass die Kinder später von ihren Eltern über Behandlungen informiert werden müssen, wenn sie zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht verständlich genug waren, um aufgeklärt und beraten zu werden.

41. Wie wird sichergestellt, dass Eltern dieser Pflicht auch nachkommen, und bis zu welchem Zeitpunkt sind sie verpflichtet, ihr Kind aufzuklären?

Im Rahmen der Behandlung des betroffenen Kindes weist das UKE die Eltern auf ihre Verpflichtungen gegenüber ihrem Kind hin. Darüber hinausgehende Instrumente, die sicherstellen, dass das betroffene Kind tatsächlich informiert wird, stehen dem UKE nicht zur Verfügung.

Mit der Frage, bis zu welchem Zeitpunkt die Eltern verpflichtet sind, ihr Kind aufzuklären, hat sich der Senat nicht befasst, da es sich mangels ausdrücklicher gesetzlicher Regelung um eine Rechtsfrage handelt, die der Auslegung durch die Gerichte vorbehalten ist.

42. Falls in so einem Fall keine Aufklärung durch die Eltern erfolgt oder sie dem Kind beziehungsweise Jugendlichen nicht das Krankenhaus nennen, in welchem die Behandlung stattgefunden hat, in welcher Weise erfährt die betroffene Person dann, welches Krankenhaus die Behandlungsakte archiviert hat, und wie können sie ihre eigene Behandlungsgeschichte nachvollziehen?

Der Senat geht davon aus, dass Kinder einen Auskunftsanspruch gegen ihre Eltern und das behandelnde Krankenhaus haben. Soweit Berechtigte sich mit der Frage an das UKE wenden, ob dort eine Behandlung erfolgt ist, wird diesen Auskunft erteilt.

In der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 19/24686, Seite 47) wird begründet, warum der Gesetzgeber ein bundesweites Zentralregister ablehnt, und es wird ausgeführt, dass es den Ländern freisteht, auf Landesebene ein solches Zentralregister einzuführen.

43. Gibt es Überlegungen oder schon konkrete Planungen, ein solches Register in Hamburg oder auch mit mehreren Bundesländern zusammen einzuführen?

44. Falls ja: Wie ist der Planungs- und Beratungsstand?

45. Falls nein: Was spricht aus Sicht des Senats dagegen?

Mit der Einführung eines solchen Zentralregisters hat sich der Senat bisher nicht befasst.