

Advies nr. 67 van 12 september 2016  
betreffende het ontvangen van eicellen  
afkomstig van de partner binnen een  
lesbisch paar met het oog op een *in-*  
*vitro*fertilisatie

(ROPA = Reception of Oocytes from Partner)

## VRAAG OM ADVIES VANWEGE DE CME VAN HET ZIEKENHUIS OOST-LIMBURG

*De Commissie voor Medische Ethiek (CME) van het Ziekenhuis Oost-Limburg stelt volgende vraag aan het Belgisch Raadgevend Comité voor Bio-Ethiek:*

*“Wij krijgen momenteel de vraag van veel lesbische koppels om via donorinseminatie zwanger te worden. Recent is er ook meer en meer vraag om via In Vitro Fertilisatie (IVF) embryo's te doen ontstaan uit de bevruchte eicel van de ene lesbische partner welke dan terug geplaatst worden bij de andere lesbische partner. [...]*

*De vraag die wij stellen aan het Comité is: “is het ‘ethisch’ verantwoord om IVF met zijn inherent hogere financiële kost en zijn hoger gezondheidsrisico toe te passen?”*

### INLEIDING<sup>1</sup>

We vertrekken van de veronderstelling dat het verstrekken van een vruchtbaarheidsbehandeling (inclusief *in vitro*fertilisatie of IVF) aan lesbische paren wordt aanvaard en dat ook eiceldonatie wordt aanvaard. In dit advies concentreren we ons op de specifieke vraag: mag een IVF-behandeling worden uitgevoerd om eicellen van de ene partner te bevruchten met donorsperma en terug te plaatsen bij de andere partner? Deze behandeling staat in de literatuur bekend als ‘Reception of Oocytes from Partner’ (ROPA) <sup>2</sup>.

Het Comité wil met dit beknopte advies het ethisch debat verhelderen.

### VOORAFGAANDE VERHELDERING

*1° Medische en niet-medische redenen.* ROPA kan worden uitgevoerd om medische en niet-medische redenen. Het is mogelijk dat de vrouw die plant om zwanger te worden een genetische of een medische reden heeft om dit niet met haar eigen eicellen te doen. Ze kan bijv. een verhoogd risico hebben op een genetische aandoening of ze kan 40 of ouder zijn. Het is ook mogelijk dat de vrouw die de eicellen geeft, een medische tegenindicatie heeft om zwanger te worden. In dat geval geeft ROPA haar de mogelijkheid om toch een genetische moeder te worden. Zij gebruikt dan geen traditionele draagmoeder, maar haar partner draagt het kind na eiceldonatie en IVF. Het zal onmiddellijk duidelijk zijn dat de scheidingslijn tussen medisch en niet-medisch niet altijd even duidelijk is.

---

<sup>1</sup> In dit advies worden de volgende afkortingen gebruikt: MBV (medisch begeleide voortplanting); IVF (*in vitro*fertilisatie) ; IUI (intra-uterine inseminatie) en DI (donorinseminatie).

<sup>2</sup> Marina, S., Marina, D., Marina, F., Fosas, N., Galiana, N., & Jove, I. (2010) ‘Sharing motherhood: biological lesbian co-mothers, a new IVF indication’. *Hum Reprod*, 25 (4): 938-941.

2° *Donatie*. Het gebruik van de juiste terminologie is cruciaal. De vraag is of de ROPA toepassing als een donatie moet worden gezien <sup>3</sup>. Men kan argumenteren dat de vrouw een donor is want zij zal niet zwanger worden. Maar anderzijds zou men kunnen zeggen dat het niet over donatie gaat want de vrouw die doneert gebruikt haar eicellen voor het realiseren van haar eigen kindervens. Bovendien, indien men deze transactie een donatie noemt, dan zijn alle mannen donoren want zij geven (zoals de Europese regels het formuleren) aan hun partner. Een praktische implicatie hiervan is dat die partner, en dus ook alle mannen, gescreend zouden moeten worden als gametendonor. Dat lijkt onredelijk aangezien men dergelijke regels niet kan opleggen aan een koppel.

Samengevat lijkt het erop dat, als we het paar beschouwen als een eenheid, de partner niet kan beschouwd worden als donor.

3° *Juridische context*. Het Belgisch afstammingsrecht houdt al rekening met ROPA als ouderschapsproject voor het vaststellen van bijzondere afstammingsregels. De wet van 5 mei 2014 houdende de vaststelling van de afstamming van de meemoeder voorziet vanaf de geboorte van het kind in de totstandkoming van een band van meemoederschap in hoofde van de partner, of die nu gehuwd is of niet. Deze wet verandert niets aan het statuut van wettelijk moederschap dat bepaald blijft door de bevalling en niet door de genetische oorsprong van het kind. Hij definieert de 'tweede' afstamming op een andere wijze door de meemoeder toe te laten haar ouderschapsband vast te stellen wanneer deze band resulteert uit een ouderschapsproject, gebaseerd op een overeenkomst voor medisch begeleide voortplanting zoals voorzien in de wet van 6 juli 2007<sup>4</sup>, en voldoet aan sommige voorwaarden die verschillen naargelang het al dan niet bestaan van een huwelijksband tussen de meemoeders<sup>5</sup>.

## EEN ANALYSE VAN DE VOORNAAMSTE ARGUMENTEN

### 1. *Medische risico's van IVF versus donorinseminatie (DI)*

De toepassing van IVF houdt grotere risico's in voor alle betrokkenen dan een DI.

Voor de vrouw die de eicellen afstaat zijn er risico's verbonden aan de stimulatie maar die zijn beheerst indien de juiste stimulatieprotocollen worden toegepast <sup>6</sup>. Voor de vrouw die wil zwanger worden, houdt ook de eiceldonatie op zichzelf een risico op

---

<sup>3</sup> Voor een grondige analyse van de mogelijke analogieën ter verheldering van de ROPA-praktijk: zie Pennings G. (2015) 'Having a child together in lesbian families: combining gestation and genetics'. *Journal of Medical Ethics* 42: 253-255.

<sup>4</sup> Hier enkel pro memorie vermeld: voor elke ROPA is de tussenkomst van dergelijk centrum vereist.

<sup>5</sup> Voor een grondige analyse van de juridische context: zie *bijlage bij dit advies*.

<sup>6</sup> Devroey, P., Polyzos, N. P., & Blockeel, C. (2011). An OHSS-free clinic by segmentation of IVF treatment. *Hum Reprod*, 2011, 26 (10): 2593-2597.

complicaties (zwangerschapshypertensie, pre-eclampsie) tijdens de zwangerschap in <sup>7</sup>. Ten slotte werden er ook negatieve effecten (laag geboortegewicht) van eiceldonatie op de gezondheid van de kinderen gerapporteerd<sup>8</sup>.

Al deze risico's zijn als zodanig geen bezwaar tegen het aanvaarden van IVF buiten het kader van ROPA.

## **2. Kosteneffectiviteit van IVF versus DI**

Een argument tegen de uitvoering van IVF is dat dit meer zal kosten aan de gemeenschap. De kosteneffectiviteit van IVF versus DI is al jaren een onderwerp van discussie. Toch lijkt de algemene tendens in de richtlijnen om DI als eerste behandeling naar voor te schuiven <sup>9</sup>. Wanneer de vrouw na enkele pogingen DI niet zwanger is, zal men overgaan tot IVF. IVF is dus geen radicaal andere categorie maar een alternatieve behandeling. Het prijsargument doet veel minder terzake in de ethische gevalsdiscussie vanaf het ogenblik dat het team heeft geoordeeld dat ROPA in de socio-familiale situatie het meest aangewezen was.

## **3. Psychologische redenen voor ROPA**

De vrouw die de eicellen ontvangt heeft geen eiceldonatie nodig. Hierbij wordt 'nodig hebben' gezien als 'niet genetisch of medisch geïndiceerd'. Indien een vrouw die goede eicellen ter beschikking heeft in andere omstandigheden zou vragen om eiceldonatie zou haar die worden geweigerd omdat ze geen goede redenen zou kunnen opgeven voor die wens. Dit blijft dus het cruciale punt: hebben de partners in lesbische relaties wel een goede reden?

Als belangrijkste psychologische redenen halen de lesbische paren aan: de wens om de partnerrelatie te versterken, de gelijkheid tussen de partners te vergroten, een gedeelde biologische band met het kind te creëren, en een kind te willen dragen van diegene van wie ze houden <sup>10</sup>. Dit maakt deel uit van een hele verzameling van handelingen die allemaal tot doel hebben om de relatie te versterken.

---

<sup>7</sup> Younis, J.S. & Laufer, N. (2015) 'Oocyte donation is an independent risk factor for pregnancy complications: the implications for women of advanced age'. *Scand J Public Health* 32: 24-29.

<sup>8</sup> Malchau, S.S. et al. (2013) 'Perinatal outcomes in 375 children born after oocyte donation: a Danish national cohort study'. *Fertil Steril* 99: 1637-1643.

<sup>9</sup> National Institute for Health and Care Excellence (2013) 'Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems'. *NICE Clinical guideline* 156.

<sup>10</sup> Machin, R. (2014) 'Sharing motherhood in lesbian reproductive practices'. *BioSocieties* 9 (1): 42-59.

## ANTWOORD VAN HET COMITÉ OP DE VRAAG OM ADVIES

In het Comité zijn er twee standpunten wat betreft ROPA.

Sommige leden van het Comité zijn van oordeel dat het verschil tussen IVF en DI zowel qua kostprijs als inspanning overbrugbaar is en dat het lesbische paar zelf kan uitmaken of het voor ROPA wil gaan.

Andere leden van het Comité opteren ervoor om eerst prioriteit te geven aan DI bij het ingaan op de kinderwens van een lesbisch paar. Deze leden vinden ROPA dus ook aanvaardbaar maar niet als eerste optie.

Het Comité is daarentegen in consensus van oordeel dat de beslissing om al dan niet in te gaan op de vraag van de lesbische paren afhankelijk is van hoe goed men zich kan inleven in de medische, psychologische of socio-familiale redenen om een overdracht van eicellen uit te voeren.

Het Comité is verder van oordeel dat beide vrouwen (zowel de vrouw die de hormonale behandeling voor een eiceldonatie moet ondergaan als de vrouw die het kind zal dragen na het gebruik van ROPA en niet na DI), grondig moeten worden ingelicht over alle voor- en nadelen van IVF. Zij zullen – conform de bovenvermelde wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting - hiervoor een contract moeten tekenen.

Het Comité wijst er tenslotte op dat, conform artikel 5 van de bovenvermelde wet van 6 juli 2007, ieder fertiliteitscentrum het recht heeft om op basis van de gewetensclausule de uitvoering te weigeren.

\*\*\*

### **Dit advies werd voorbereid door:**

- Dominique Bron
- Nicole Gallus
- Guido Pennings
- Paul Schotsmans

**Lid van het secretariaat :** Monique Bosson

De documenten betreffende de voorbereiding van dit advies worden bewaard op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.

Dit advies kan worden geraadpleegd op: [www.health.belgium.be/bioeth](http://www.health.belgium.be/bioeth)

# Bijlage bij het advies nr. 67 van 12 september 2016 betreffende het ontvangen van eicellen afkomstig van de partner binnen een lesbisch paar met het oog op een in-vitrofertilisatie

## 'ROPA: juridische context'

Artikel 4 van de wet van 6 juli 2007 betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van overtallige embryo's en gameten stelt slechts één voorwaarde voor de medische begeleiding, namelijk de maximumleeftijd van de vrouw die een eikel afstaat (meerderjarige vrouw van maximaal 45 jaar<sup>11</sup>) of van de vrouw die de wensouder is (meerderjarige vrouw van maximaal 45 jaar voor de aanvraag en maximaal 47 jaar voor de terugplaatsing of de inseminatie).

Andere voorwaarden kunnen echter worden toegevoegd aan de omkadering van de medisch begeleide voortplanting aangezien artikel 5 van de wet fertiliteitscentra toestaat de gewetensclausule in te roepen om te weigeren in te gaan op een verzoek, mits deze beslissing transparent is en er informatie verstrekt wordt over andere centra die kunnen worden geconsulteerd door de personen die een ouderschapsproject willen realiseren indien de patiënten dit wensen.

Geen enkel fertiliteitscentrum is dus verplicht de praktijk toe te passen om in de baarmoeder van een vrouw een embryo in te planten dat bevrucht is op basis van de eikel van haar partner, en dit ongeacht het statuut – huwelijk, wettelijke of feitelijke samenwoning – van het koppel.

De artikels 27 en 56 van de wet van 6 juli 2007 preciseren overigens dat de afstamming van een kind dat uit een medisch begeleide voortplanting geboren is alleen ten opzichte van de wensouders kan worden vastgesteld, met uitsluiting van elke afstamming ten opzichte van derden die donor zijn van een embryo of gameet. Die uitsluiting is bedoeld voor de gevallen van medisch begeleide heterologe voortplanting waarbij een beroep wordt gedaan op een donor. De situatie is hier verschillend omdat de vrouw die een eikel afstaat ook de wensouder is samen met haar partner.

Voor de afstamming moeten dus de bepalingen van de wet van 6 juli 2007 worden verzoend met de nieuwe bepalingen van het Burgerlijk Wetboek voortvloeiend uit de wet van 5 mei 2014 houdende de vaststelling van de afstamming van de meemoeder, bepalingen die van kracht zijn sinds 1 januari 2015.

Deze wet maakt het mogelijk om van meet af aan een dubbele moederlijke afstamming vast te stellen – dit wil zeggen zonder een adoptieprocedure te doorlopen – ten gunste van het kind geboren uit het ouderschapsproject van twee vrouwen die een beroep doen op medisch begeleide voortplanting. De wet heeft tot doel om vanaf de geboorte van het kind een band van meemoederschap te vestigen ten opzichte van de partner van de wettelijke moeder.

---

<sup>11</sup> Een minderjarige kan omwille van medische redenen het eerste deel van een IVF cyclus ondergaan om eicellen voor zichzelf te banken.

Er wordt evenwel niets gewijzigd betreffende het wettelijke moederschap dat verbonden blijft aan de bevalling en niet aan de genetische oorsprong van het kind. De in vitro bevruchting met overdracht van een embryo dat gevormd is op basis van de eicel van de partner van de vrouw die het kind ter wereld brengt, heeft dus geen enkel gevolg voor het moederschap.

Het co-ouderschap van de partner van de wettelijke moeder zal, wat dit betreft, op een verschillende manier worden vastgesteld naargelang de echtelijke status van de twee vrouwen die het koppel vormen.

Als deze twee vrouwen gehuwd zijn, wordt de afstamming van de meemoeder vastgesteld door het vermoeden van meemoederschap wanneer het kind geboren worden binnen het huwelijk of binnen de 300 dagen na de ontbinding of annulatie daarvan (nieuw art. 325-2 van het Burgerlijk Wetboek).

Dat vermoeden speelt zowel wanneer de voortplanting medisch begeleid wordt in het kader van de wet van 6 juli 2007 als wanneer ze 'artisaanaal' is, dit wil zeggen tot stand gekomen buiten het kader van deze wet.

Als de twee vrouwen niet gehuwd zijn, kan het meemoederschap worden vastgesteld door vrijwillige erkenning – een verklaring voor de ambtenaar van de burgerlijke stand of voor een notaris – zelfs vóór de geboorte.

Deze erkenning veronderstelt (nieuw art. 325-4) de toestemming van de wettelijke moeder, maar ook van die van het niet-meerderjarig verklaarde minderjarige kind van 12 jaar<sup>12</sup>.

In geval van weigering van toestemming door de wettelijke moeder of het niet-meerderjarig verklaarde minderjarige kind van 12 jaar, is een procedure voor de familierechtbank mogelijk om de toelating tot erkenning te verkrijgen niettegenstaande de weigering van toestemming.

Wanneer daarentegen het kind meerderjarig is of een meerderjarig verklaarde minderjarige, is alleen zijn toestemming vereist en vormt zijn weigering dus een vetorecht (art. 324-4 en 329bis van het Burgerlijk Wetboek).

Voor de niet-gehuwde koppels wordt het fundament van de afstamming gevormd door het ouderschapsproject gerealiseerd via medisch begeleide voortplanting conform de wet van 6 juli 2007, in plaats van elke verwijzing naar de biologische of genetische realiteit.

De rechtbank zal immers, in geval van weigering van de vereiste toestemmingen, enkel toelating tot erkenning geven wanneer de voortplanting medisch begeleid is in de zin van de wet van 6 juli 2007.

Een begeleide voortplanting buiten deze omkadering komt niet in aanmerking (dit wordt louter als algemene informatie meegedeeld aangezien het gebruik van ROPA de tussenkomst veronderstelt van een vruchtbaarheidscentrum).

Als de partner van de moeder die betrokken was bij het ouderschapsproject nadien beslist haar engagement niet na te komen door te weigeren het kind te erkennen, is een vordering voor de rechtbank tot erkenning van het meemoederschap mogelijk, op basis van een overeenkomst voor omkaderde medisch begeleide voortplanting, conform de wet van 6 juli 2007 (nieuw art. 325-8 van het Burgerlijk Wetboek).

---

<sup>12</sup> Dit betekent dat de wetgever de mogelijkheid van een meemoederschap niet heeft willen uitsluiten ten opzichte van een vrouw die aanvankelijk niet betrokken was bij het ouderschapsproject dat tot de conceptie van het kind heeft geleid.

We vermelden nog drie belangrijke opmerkingen.

1. De wet van 5 mei 2014 stelt uitdrukkelijk dat een kind niet meer dan twee afstammingsbanden kan hebben.

Dat betekent dat als het kind een vastgesteld vaderschap heeft, de co-ouder zijn band niet kan vestigen zolang dit vaderschap niet betwist wordt.

2. Het wetboek van internationaal privaatrecht stelt overigens dat de vaststelling van de afstamming van het kind tegenover een persoon gebeurt volgens het nationale recht van die persoon.

De toepassing van de wet van 5 mei 2014 inzake het meemoederschap veronderstelt dus dat de partner van de moeder de Belgische nationaliteit heeft.

Bij gebrek hieraan kan de band van co-ouderschap alleen worden ingesteld via een adoptieprocedure.

3. Het vermoeden van co-ouderschap in het huwelijk ten slotte is enkel van toepassing op kinderen die geboren zijn vanaf 1 januari 2015, datum waarop de wet van kracht is geworden.

De vrijwillige erkenning en de vordering tot erkenning van het meemoederschap zijn daarentegen mogelijk voor kinderen die vóór die datum geboren zijn.

\*\*\*