

**Gutachten Nr. 67 vom 12 September 2016
über den Empfang von Partnereizellen bei
einem lesbischen Paar im Hinblick auf eine In-
vitro-Fertilisation
(ROPA = Reception of Oocytes from Partner)**

GUTACHTENANFRAGE DES MER IM OOST-LIMBURG-KRANKENHAUS

Der Medizinische Ethikrat (MER) des Oost-Limburg-Krankenhauses richtet folgende Frage an den belgischen Beratenden Bioethik-Ausschuss:

„Zurzeit melden sich bei uns viele lesbische Paare, die per Spenderinsemination schwanger werden möchten. Immer häufiger wird auch nach der Möglichkeit gefragt, via In-vitro-Fertilisation (IVF) Embryonen aus der befruchteten Eizelle eines der lesbischen Partner entstehen zu lassen, die anschließend dem anderen lesbischen Partner eingepflanzt werden. [...]

Unsere Frage an den Ausschuss lautet: „Ist es „ethisch“ zu verantworten, in diesem Fall eine In-vitro-Fertilisation (IVF) vorzunehmen, die mit höheren Kosten und mit einem größeren Gesundheitsrisiko verbunden ist?“

EINLEITUNG¹

Wir gehen von der Annahme aus, dass eine Fruchtbarkeitsbehandlung (inklusive In-vitro-Fertilisation) bei lesbischen Paaren genauso akzeptiert wird wie eine Eizellenspende. In diesem Gutachten konzentrieren wir uns auf die spezifische Frage: Ist eine IVF-Behandlung zulässig, um Eizellen eines der Partner mit Spendersperma zu befruchten und sie anschließend dem anderen Partner einzupflanzen? Diese Behandlung ist in der Fachliteratur² als „Reception of Oocytes from Partner“ (ROPA) bekannt.

Der Ausschuss möchte mit diesem Kurzgutachten Klarheit in die ethische Debatte bringen.

VORABKLÄRUNG

1. Medizinische und nichtmedizinische Gründe.

ROPA kann aus medizinischen und nichtmedizinischen Gründen durchgeführt werden. Möglicherweise hat die Frau, die eine Schwangerschaft plant, einen genetischen oder medizinischen Grund, nicht ihre eigenen Eizellen zu benutzen. Bei ihr kann zum Beispiel ein erhöhtes Risiko bestehen, eine Genkrankheit zu übertragen, oder sie kann älter als 40 Jahre sein.

¹ In diesem Gutachten werden folgende Abkürzungen benutzt: MBF (medizinisch begleitete Fortpflanzung); IVF (In-vitro-Fertilisation); IUI (Intrauterine Insemination) und SI (Spenderinsemination).

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

Möglich ist auch, dass bei der Frau, die die Eizellen spendet, eine medizinische Indikation gegen eine Schwangerschaft vorliegt. In diesem Fall bietet ROPA ihr die Möglichkeit, trotzdem eine genetische Mutter zu werden. Sie benutzt dann keine herkömmliche Leihmutter, sondern ihr Partner trägt das Kind nach der Eizellenspende und der IVF aus. Es wird sofort klar, dass die Trennlinie zwischen medizinischen und nichtmedizinischen Gründen nicht immer eindeutig ist.

2. Spende.

Der Gebrauch der richtigen Terminologie ist entscheidend. Die Frage ist, ob die ROPA-Methode als Spende zu betrachten ist³. Man könnte argumentieren, dass die Frau eine Spenderin ist, weil sie nicht schwanger werden wird. Andererseits könnte man sagen, dass hier keine Spende vorliegt, weil die Frau, die spendet, ihre Eizellen benutzt, um sich ihren Kinderwunsch zu erfüllen. Wenn man diese Transaktion als Spende bezeichnet, wären ja alle Männer Spender, weil sie (in der Formulierung der EU-Regeln) ihrem Partner etwas geben. Eine logische Konsequenz dieser Interpretation wäre, dass dieser Partner – und somit alle Männer – als Gametenspender Screening-Tests unterzogen werden müssten. Dies erscheint als unrealistisch, weil es unmöglich ist, einem Paar solche Regeln vorzuschreiben.

Zusammenfassend gilt Folgendes: Wenn wir das Paar als ein Ganzes sehen, kann der Partner nicht als Spender betrachtet werden.

3. Rechtlicher Rahmen.

Das belgische Abstammungsrecht berücksichtigt bereits die ROPA-Methode als Elternschaftsprojekt und legt dafür besondere Abstammungsregeln fest. Nach dem Gesetz vom 5. Mai 2014 zur Feststellung der Abstammung der Mitmutter kann ab der Geburt des Kindes eine Mitmutterschaftsbeziehung zum Partner hergestellt werden, egal ob dieser verheiratet ist oder nicht. Dieses Gesetz ändert nichts an der Rechtsstellung der gesetzlichen Mutterschaft, für die weiterhin die Entbindung – und nicht die genetische Herkunft des Kindes – maßgebend ist. Es definiert die „zweite“ Abstammung auf andere Weise, indem es der Mitmutter die Möglichkeit gibt, ihr Verwandtschaftsverhältnis festzustellen, wenn dieses Verhältnis aus einem Elternschaftsprojekt heraus entsteht, das auf einer Vereinbarung zur medizinisch begleiteten Fortpflanzung beruht, wie sie das Gesetz vom 6. Juli 2007⁴ vorsieht, und bestimmte Auflagen erfüllt, die unterschiedlich sind, je nachdem ob die Mitmütter⁵ verheiratet sind oder nicht.

³ Zur Erläuterung der ROPA-Praxis finden Sie eine umfassende Analyse möglicher Analogien in Pennings G., « Having a child together in lesbian families: combining gestation and genetics », *Journal of Medical Ethics*, 2015, 42: 253-255.

⁴ Hier nur pro memoriam erwähnt: Für jede ROPA ist die Intervention eines solchen Zentrums vorgeschrieben.

⁵ Eine gründliche Analyse des rechtlichen Rahmens finden Sie im Anhang zu diesem Gutachten.

EINE ANALYSE DER HAUPTARGUMENTE

1. Medizinische Risiken von IVF im Vergleich zur Spenderinsemination (SI)

Eine IVF birgt für alle Beteiligten größere Risiken als eine SI.

Für die Frau, die die Eizellen abgibt, ist die Stimulation der Eierstöcke gefährlich, aber dieses Risiko besteht nicht, wenn die richtigen Stimulationsprotokolle angewandt werden⁶. Für die Frau, die schwanger werden möchte, kann es auch bei der Eizellenspende selbst zu Komplikationen⁷ während der Schwangerschaft kommen (Schwangerschaftshypertension, Präeklampsie). Schließlich liegen auch Berichte über negative Folgen (niedriges Geburtsgewicht) von Eizellenspenden für die Gesundheit der Kinder vor.⁸ All diese Risiken sind an sich kein Grund, die IVF außerhalb der ROPA abzulehnen.

2. Kosteneffizienz der IVF im Vergleich zur SI

Ein Argument gegen die IVF-Praxis ist, dass sie die Gemeinschaft mehr kosten wird. Die Kosteneffizienz der IVF im Vergleich zur SI ist schon seit Jahren ein Diskussionsthema. In der Tat scheint die allgemeine Tendenz in den Richtlinien dahin zu gehen, die SI als Erstbehandlung vorzuschlagen⁹. Wenn die Frau nach einigen SI-Versuchen nicht schwanger ist, wird zur IVF übergegangen. Die IVF ist also keine radikal andere Kategorie, sondern eine alternative Behandlung. Das Kostenargument spielt in der ethischen Falldiskussion eine weitaus geringere Rolle ab dem Augenblick, wo das Behandlungsteam zu dem Schluss gekommen ist, dass ROPA in der sozialen und familiären Situation die beste Lösung ist.

3. Psychologische Gründe für ROPA

Die Frau, die die Eizellen erhält, braucht keine Eizellenspende. „Brauchen“ bedeutet hier „ist nicht genetisch oder medizinisch indiziert“. Wenn eine Frau mit Eizellen von guter Qualität unter anderen Umständen um eine Eizellenspende bitten würde, würde ihr diese

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

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

⁸ Malchau S.S. et al., "Perinatal outcomes in 375 children born after oocyte donation: a Danish national cohort study", *Fertil Steril*, 2013, 99: 1637-1643.

⁹ National Institute for Health and Care Excellence, "Fertility: assessment and treatment for people with fertility problems", *NICE Clinical guideline*, 2013,156.

Bitte abgeschlagen, weil sie keine guten Gründe für diesen Wunsch angeben könnte. Dies bleibt also der Knackpunkt: Können die Partner einer lesbischen Beziehung einen guten Grund vorweisen?

Als wichtigste psychologische Gründe führen lesbische Paare an: den Wunsch, die Partnerbeziehung zu stärken; die Gleichheit zwischen den Partner zu vergrößern; eine gute biologische Beziehung zum Kind zu schaffen und das Kind der Person tragen zu wollen, die sie lieben¹⁰. Dies ist Teil einer Reihe von Handlungen, die allesamt zum Ziel haben, die partnerschaftliche Beziehung zu stärken.

ANTWORT DES AUSSCHUSSES AUF DIE GUTACHTENANFRAGE

Im Ausschuss gibt es zwei Standpunkte, was ROPA angeht.

Einige Ausschussmitglieder sind der Meinung, dass der Unterschied zwischen IVF und SI sowohl von den Kosten als vom Aufwand her überbrückbar ist und dass das lesbische Paar selbst entscheiden kann, ob es ROPA in Anspruch nimmt oder nicht.

Andere Ausschussmitglieder setzen vorrangig auf die SI als Antwort auf den Kinderwunsch bei lesbischen Paaren. Für diese Mitglieder ist ROPA also auch akzeptabel, aber nicht als erste Option.

Der Ausschuss ist hingegen einhellig der Meinung, dass die Entscheidung, auf den Wunsch von lesbischen Paaren einzugehen oder nicht, davon abhängt, inwiefern man die medizinischen, psychologischen oder soziefamiliären Gründe für die Übertragung von Eizellen nachvollziehen kann.

Der Ausschuss ist ferner der Auffassung, dass beide Frauen (sowohl die Frau, die sich der hormonalen Behandlung für eine Eizellenspende unterziehen muss, als die Frau, die das Kind nach dem Einsatz von ROPA und nicht nach einer SI tragen wird) gründlich über alle Vor- und Nachteile einer IVF informiert werden müssen. Sie werden – gemäß dem obenerwähnten Gesetz vom 6. Juli 2007 über die medizinisch assistierte Fortpflanzung und die Bestimmung der überzähligen Embryonen und Gameten – hierzu einen Vertrag schließen müssen.

Der Ausschuss weist schließlich darauf hin, dass jedes Fertilisationszentrum laut Artikel 5 des obererwähnten Gesetzes vom 6. Juli 2007 das Recht hat, diese Praxis auf der Grundlage der Gewissensklausel abzulehnen.

¹⁰ Machin R., "Sharing motherhood in lesbian reproductive practices", *BioSocieties*, 2014, 9 (1): 42-59.

Dieses Gutachten haben vorbereitet:

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

Mitglied des Sekretariats: Monique Bosson

Die Unterlagen zur Vorbereitung dieses Gutachtens werden im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt, wo sie eingesehen und kopiert werden können.

Dieses Gutachten können Sie nachlesen auf www.health.belgium.be/bioeth einsehbar.

Anhang zum Gutachten Nr. 67 vom 12. September 2016 über den Empfang von Partnereizellen bei einem lesbischen Paar im Hinblick auf eine In-vitro-Fertilisation

ROPA: rechtlicher Rahmen

Artikel 4 des Gesetzes vom 6. Juli 2007 über die medizinisch assistierte Fortpflanzung und die Bestimmung der überzähligen Embryonen und Gameten stellt nur eine einzige Bedingung für die medizinische Begleitung, nämlich das Höchstalter der Frau, die eine Eizelle abgibt (volljährige, maximal 45 Jahre alte Frau¹¹), oder der Frau, die die Wunschmutter ist (vor dem Antrag volljährige, maximal 45 Jahre alte Frau oder vor der Rückverpflanzung oder der Insemination maximal 47 Jahre alte Frau).

Zum Kontext der medizinisch begleiteten Fortpflanzung können jedoch andere Auflagen hinzugefügt werden, da Artikel 5 des Gesetzes Fertilitätszentren erlaubt, sich auf die Gewissensklausel zu berufen, um einen Antrag abzulehnen, vorausgesetzt, diese Entscheidung ist transparent und es wird über andere Zentren informiert, an die sich die Personen, die ein Elternschaftsprojekt umsetzen möchten, wenden können, falls die Patienten dies wünschen.

Kein Fertilitätszentrum ist demnach verpflichtet, in die Gebärmutter einer Frau einen Embryo einzupflanzen, der aus der befruchteten Eizelle ihres Partners hervorgegangen ist, und zwar unabhängig von der Rechtsstellung - verheiratet, gesetzliche oder faktische Lebensgemeinschaft - des Paares.

Die Artikel 27 und 56 des Gesetzes vom 6. Juli 2007 betonen übrigens, dass die Abstammung eines Kindes, das aus einer medizinisch begleiteten Fortpflanzung hervorgegangen ist, nur hinsichtlich der Wunscheltern festgestellt werden kann; jegliche Abstammung hinsichtlich Drittpersonen, die einen Embryo oder eine Keimzelle gespendet haben, ist ausgeschlossen. Dieses Verbot gilt für Fälle von medizinisch begleiteter heterogener Fortpflanzung, bei denen auf einen Spender zurückgegriffen wird. Die Situation ist hier eine andere, weil die Frau, die eine Eizelle abgibt, und ihr Partner auch die Wunscheltern sind.

¹¹ Eine Minderjährige kann nur aus medizinischen Gründen den ersten Teil eines IVF-Zyklus durchlaufen, um für sich selber Eizellen in einer entsprechenden Bank abzulegen.

Bei der Abstammung müssen also die Bestimmungen des Gesetzes vom 6. Juli 2006 mit den neuen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches in Einklang gebracht werden, die sich aus dem Gesetz vom 5. Mai 2014 zur Feststellung der Abstammung der Mitmutter ergeben und seit dem 1. Januar 2015 in Kraft sind.

Mit diesem Gesetz kann von Anfang an eine doppelte mütterliche Abstammung – d.h. ohne Adoptionsverfahren – zugunsten des Kindes festgestellt werden, das aus dem Elternschaftsprojekt zweier Frauen hervorgegangen ist, die eine medizinisch begleitete Fortpflanzung in Anspruch nehmen. Ziel des Gesetzes ist, ab der Geburt des Kindes ein Mitmutterschaftsverhältnis zum Partner der gesetzlichen Mutter zu schaffen.

Nichts ändert sich jedoch an dieser gesetzlichen Mutterschaft, die nach wie vor durch die Niederkunft – und nicht durch die genetische Herkunft des Kindes – begründet wird. Die In-vitro-Fertilisation mit Übertragung eines Embryos, der aus der Eizelle der Partnerin der Frau hervorgegangen ist, die das Kind zur Welt bringt, hat also keinerlei Auswirkung auf die Mutterschaft.

Die Mitmutterschaft der Partnerin der gesetzlichen Mutter wird, was dies betrifft, auf andere Weise festgestellt, abhängig vom eherechtlichen Status der beiden Frauen, die das Paar bilden.

Falls diese zwei Frauen miteinander verheiratet sind, wird die Abstammung der Mitmutter durch die Vermutung der Mitmutterschaft festgestellt, wenn das Kind innerhalb der Ehe oder innerhalb von 300 Tagen nach deren Auflösung oder Annullierung geboren wird (neuer Artikel 325-2 des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Diese Vermutung gilt, wenn die Fortpflanzung im Rahmen des Gesetzes vom 6. Juli 2007 medizinisch begleitet wird, aber auch, wenn sie „artisanal“ ist, d.h. wenn sie im Rahmen dieses Gesetzes stattgefunden hat.

Wenn die zwei Frauen nicht miteinander verheiratet sind, kann die Mitmutterschaft durch freiwillige Anerkennung – eine Erklärung vor dem Standesbeamten oder vor einem Notar – festgestellt werden, sogar vor der Geburt.

Diese Anerkennung setzt die Zustimmung (neuer Artikel 325-4) der gesetzlichen Mutter, aber auch die des nicht für volljährig erklärten minderjährigen, 12 Jahre alten Kindes voraus¹².

Falls die gesetzliche Mutter oder das nicht für volljährig erklärte minderjährige, 12 Jahre alte Kind die Zustimmung verweigert, ist ein Verfahren vor dem Familiengericht möglich, um die Erlaubnis zur Anerkennung trotz der Verweigerung der Zustimmung zu erhalten.

Wenn das Kind hingegen volljährig oder ein für volljährig erklärtes minderjähriges Kind ist, ist nur seine Zustimmung erforderlich: Seine Ablehnung stellt dann ein Vetorecht dar (Art. 324-4 und 329bis des Bürgerlichen Gesetzbuches).

Bei nichtverheirateten Paaren bildet das nach dem Gesetz vom 6. Juli 2007 verwirklichte Elternschaftsprojekt die Grundlage der Abstammung, anstelle jeglichen Hinweises auf die biologische oder genetische Wirklichkeit.

Das Gericht wird bei Verweigerung der erforderlichen Zustimmungen übrigens nur dann eine Anerkennung erlauben, wenn die Fortpflanzung medizinisch im Sinne des Gesetzes vom 6. Juli 2007 begleitet wird.

Eine begleitete Fortpflanzung außerhalb dieses Kontexts kommt nicht in Frage (dies wird nur als allgemeine Information mitgeteilt, da die ROPA-Praxis die Intervention eines Fertilitätszentrums voraussetzt).

Wenn die Partnerin der am Elternschaftsprojekt beteiligten Mutter später beschließt, ihrer Verpflichtung nicht nachzukommen, indem sie sich weigert, das Kind anzuerkennen, ist eine gerichtliche Klage auf Anerkennung der Mitmutterschaft auf der Grundlage einer Vereinbarung über eine assistierte medizinisch begleitete Fortpflanzung gemäß dem Gesetz vom 6. Juli 2007 (neuer Art. 325-8 des Bürgerlichen Gesetzbuches) möglich.

Drei Bemerkungen sind noch wichtig:

1. Das Gesetz vom 5. Mai 2014 besagt ausdrücklich, dass ein Kind nicht mehr als zwei Abstammungsverhältnisse haben darf.

Das bedeutet, dass die Co-Mutter bei einem Kind mit festgestellter Vaterschaft ihr Verhältnis nicht herstellen kann, solange diese Vaterschaft nicht angefochten wird.

¹² Das bedeutet, dass der Gesetzgeber die Möglichkeit einer Mitmutterschaft nicht hat ausschließen wollen für Frauen, die anfänglich nicht am Elternschaftsprojekt beteiligt waren, das zur Zeugung des Kindes geführt hat.

2. Das Gesetzbuch des internationalen Privatrechts besagt übrigens, dass die Feststellung der Abstammung des Kindes einer Person gegenüber nach dem nationalen Recht dieser Person stattfindet.

Die Anwendung des Gesetzes vom 5. Mai 2014 über die Mitmutterschaft geht also davon aus, dass die Partnerin der gesetzlichen Mutter die belgische Staatsangehörigkeit hat.

Wenn dies nicht der Fall ist, kann das Mitmutterschaftsverhältnis nur über ein Adoptionsverfahren hergestellt werden.

3. Schließlich gilt die Mitmutterschaftsvermutung in der Ehe nur für Kinder, die nach dem 1. Januar 2015 geboren sind, d.h. nach dem Datum, an dem das Gesetz in Kraft getreten ist.

Die freiwillige Anerkennung und die Klage auf Anerkennung der Mitmutterschaft sind hingegen bei Kindern möglich, die vor diesem Datum geboren wurden.
