

Raadgevend Comité voor Bio-ethiek

Advies nr. 27 van 8 maart 2004 betreffende de donatie van sperma en eicellen

***Beslissing van het Comité d.d. 13 juli 1998
tot bestudering van de ethische vragen m.b.t. medisch begeleide bevruchting***

***Vraag om advies van 16 november 1998
van de heer M. Colla, Minister van Volksgezondheid en Pensioenen,
m.b.t. “Ethische vragen m.b.t. reproductieve geneeskunde”, en meer in het bijzonder punten 4
tot 6 van deze vraag (zie verder inleiding)***

Inhoud van het advies

Inleiding

I. HET HUIDIGE WETTELIJKE KADER

1. De situatie van de centra voor medisch begeleide bevruchting in België
2. Medisch begeleide bevruchting en het personenrecht: subjectieve rechten van de persoon met betrekking tot het menselijk lichaam en lichaamsbestanddelen: ‘persoonlijkheidsrechten’
3. Medisch begeleide bevruchting in het afstammingsrecht
 - 3.1. *Over het wettelijk vaderschap*
 - 3.1.1. *Binnen een gehuwd paar*
 - 3.1.2. *Binnen een samenwonend paar*
 - 3.1.3. *Binnen een lesbisch paar of bij een alleenstaande vrouw*
 - 3.1.4. *Afwezigheid van een wettelijk beletsel bij het vaststellen van de afstamming van de donor*
 - 3.2. *Over het wettelijk moederschap*
4. De geheimhouding van de wijze van verwekking - Anonimiteit van de donor
5. Internationale teksten

II. SPERMADONATIE

A. De huidige klinische procedures

1. *Indicaties en toegankelijkheid van de spermadonatie*
2. *De spermabanken*
3. *Geheimhouding tegenover het kind*
4. *Anonimiteit van de donor*
5. *Niet-identificerende informatie*

B. Ethische problemen

1. *De ethische vragen betreffende het gezin als sociaal-culturele instelling*
2. *De ethische problemen met betrekking tot de procedure van spermadonatie*

- 2.1. *Indicaties voor en toegankelijkheid van de spermadonatie*
 - 2.1.1. De voorwaarden die gesteld worden door de behandelingscentra
 - 2.1.2. Het evenwicht van het ontvangende paar
 - 2.1.3. Het soort gezin in relatie tot het belang van het kind
 - 2.1.4. De voorwaarden gesteld aan de donor of door de donor zelf
 - 2.1.5. De voorwaarden opgelegd door de ontvangers
- 2.2. *Geheimhouding tegenover het kind. Het recht van het kind om zijn oorsprong te kennen*
 - 2.2.1. Ethisch-juridische vragen
 - 2.2.2. Psychologische aspecten
- 2.3. *Anonimiteit*
 - 2.3.1. Voor het behoud van de anonimiteit

- 2.3.2. Voor het opheffen van de anonimiteit
- 2.3.3. Gemengd standpunt (tweesporenbeleid – afweging van de belangen)
- 2.4. *Niet-identificerende informatie*
- 2.5. *Vergoeding en betaling. Commercialiseren*
- 2.6. *Kwaliteitscriteria*
- 2.7. *Bijzondere verplichtingen van de spermabanken*

III. EICELDONATIE

A. De huidige medische procedures

B. Ethische vragen

- 1. *De vrijheid van beslissing van de donoren***
 - 1.1. *Donatie binnen de familie- of vriendenkring*
 - 1.2. *Vrijwillige eiceldonoren*
 - 1.3. *De “egg sharing” procedure*
 - 1.4. *Donatie tegen betaling*
- 2. *Selectiecriteria van de donoren***
- 3. *Selectiecriteria van de ontvangers***
- 4. *Gerichte en/of gepersonaliseerde donatie***
 - 4.1. *Keuze van de ontvanger door de donor*
 - 4.2. *Keuze van de donor door de ontvangers*
- 5. *Geheimhouding***
- 6. *Anonimiteit van de donor voor de ontvanger***
- 7. *Beloning en betaling***

IV. AANBEVELINGEN

A. Ethische aanbevelingen

- 1. *Algemene ethische beschouwingen***
- 2. *Specifieke ethische kwesties***
- 3. *Praktische aanbevelingen***

B. Juridische aanbevelingen

- 1. *De regels van afstamming***
 - 2. *Geheimhouding van de wijze van verwekking en anonimiteit van de donor***
 - 3. *Verantwoordelijkheid en verplichtingen van de spermabanken en de centra voor medisch begeleide bevruchting***
 - 4. *Niet-commercialisering van de gametendonatie***
 - 5. *Noodzaak van een wettelijk kader voor de wegname van eicellen en de donatie van gameten***
-

Inleiding

Het huidige advies vult twee adviezen van het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek inzake medisch begeleide bevruchting aan, met name advies nr. 6 dd. 8 juni 1998 betreffende de ethische normen voor de optimalisering van het aanbod en van de werkingscriteria van de centra voor in-vitrofertilisatie en advies nr. 19 dd. 14 oktober 2002 over de bestemming van ingevroren embryo's.

Dit advies handelt meer bepaald over de volgende vragen, gesteld door de heer M. COLLA, Minister van Volksgezondheid en Pensioenen op 16 november 1998:

“4. Met de komst van KI en de IVF-procedure is ook het begrip “draagmoederschap” ontstaan. Deze ontwikkeling, waarbij een vrouw een kind draagt voor andere wensouders, kent momenteel in België geen sluitende regelgeving. Dient deze regelgeving er te komen, en zo ja, hoe zou deze er moeten uitzien?”

5. Binnen de reproductieve geneeskunde wordt gewerkt met de donatie van sperma, eicellen en embryo's. Zijn deze drie vormen van donatie vergelijkbaar, m.a.w. dienen zij op dezelfde manier geregeld te worden? Zijn er situaties denkbaar waarbij dergelijke donatie dient afgekeurd te worden? Dient de anonimiteit van de donor in alle gevallen gevrijwaard te blijven? Is er nood aan één centrale sperma-, eicel-, en/of embryo-‘bank’, zodat een grotere selectiebasis voor donoren ontstaat?”

6. Recent werd een vrouw bevrucht met sperma van haar overleden echtgenoot. Is dit ethisch aanvaardbaar, zo ja, onder welke voorwaarden?”

De concrete vragen gesteld door mijnheer de Minister M. Colla leiden impliciet tot andere vragen. Daarom heeft het Raadgevend Comité voor Bio-ethiek ervoor gekozen om zijn advies uit te breiden tot alle ethische en juridische aspecten die betrekking hebben op de procedures voor de donatie van gameten.

Door de onaangenaamheden en de fysieke risico's die heel verschillend zijn voor enerzijds het doneren van eicellen en anderzijds voor het doneren van sperma en vanwege de verschillen die aan het licht komen tussen moeder- en vaderschap, zal dit advies de donatie van sperma en eicellen apart behandelen. De vragen met betrekking tot de embryodonatie, het draagmoederschap en de inseminatie met sperma van een overleden partner worden hier niet behandeld, maar zullen het voorwerp uitmaken van aparte adviezen. Elk hoofdstuk zal de praktijk beschrijven die op dit ogenblik wordt toegepast en er vervolgens een ethische evaluatie aan verbinden. Dit advies wordt afgesloten met een hoofdstuk met juridische voorstellen en met een hoofdstuk met algemene aanbevelingen.

I. HET HUIDIGE WETTELIJKE KADER

1. De situatie van de centra voor medisch begeleide bevruchting in België

In België is de medisch begeleide bevruchting niet gereguleerd als dusdanig en dit in tegenstelling tot andere landen. Het gebruik van deze techniek roept een aantal vragen op waarvoor wij antwoorden zullen aanreiken in het hoofdstuk “Juridische aanbevelingen”.

De geneeskundige praktijk is evenwel onderworpen aan procedurele regelingen die kwaliteitsgaranties bieden.

Enerzijds is er de federale wetgeving van 1999 - ingevoerd in het raam van het zorgprogramma “reproductieve geneeskunde” – die normen oplegt voor de erkenning van ziekenhuiscentra die gemachtigd zijn om medisch begeleide bevruchting uit te voeren. De eigenlijke erkenning van deze centra valt onder de bevoegdheid van de gemeenschappen.¹

Anderzijds bouwt de medische wereld een zelfreguleringsmechanisme uit via de deontologische code van de orde van geneesheren en de adviezen van de plaatselijke commissies voor ethiek die verbonden zijn aan ziekenhuizen.

Een dergelijke situatie kent een ruime autonomie toe aan de centra die handelen conform hun filosofische overtuigingen. Bijgevolg maakt het uitgebreid aanbod van centra het in de praktijk mogelijk – bij gebrek aan enig wettelijk verbod – dat iedereen die wil, toegang heeft tot medisch begeleide bevruchting: al dan niet gehuwde heteroseksuele of homoseksuele koppels, alleenstaande vrouwen, van Belgische origine of niet.

De toegang tot medisch begeleide bevruchting – vroeger beperkt door de hoge kosten die een dergelijke techniek met zich brengt – wordt vergemakkelijkt sinds de publicatie van het koninklijk besluit van 1 juli 2003 dat voorziet in een terugbetaling door het RIZIV van in-vitrofertilisatie.

Noch spermadonatie, noch eiceldonatie worden terugbetaald. Bovendien worden de personen die hun eicellen geven, noch de artsen die ze wegnemen wettelijk beschermd voor deze praktijken.

2. Medisch begeleide bevruchting en het personenrecht: subjectieve rechten van de persoon met betrekking tot het menselijk lichaam en lichaamsbestanddelen: ‘persoonlijkheidsrechten’

Naast de rechtsbescherming van het menselijk lichaam in het kader van de Rechten van de Mens zoals met name vastgesteld in de Grondwet dienen de persoonlijkheidsrechten binnen het privaatrecht, in het bijzonder het personenrecht, te worden vermeld als rechten die ertoe strekken rechtsbescherming te bieden met betrekking tot de fysieke, psychische en morele bestanddelen van de persoon: het menselijk lichaam en zijn bestanddelen, het privé-leven, de naam en de afbeelding van de persoon, de stem, de eer en de goede faam.

De rechtsbescherming die deze categorie van rechten biedt, dient zowel ter voorkoming en sanctionering van de aantasting van een bestanddeel van de persoon (bv. beschikken over andermans lichaam of bestanddelen van het lichaam) als ter omkadering van het ten dienste stellen van een bestanddeel van de persoon voor bepaalde doeleinden (bv. donatie van organen en weefsels).

¹ Sedert 1994 heeft de Franse Gemeenschap de uitoefening van deze bevoegdheid overgedragen aan het Waalse Gewest en de Franse Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad

Kenmerken van de persoonlijkheidsrechten

De persoonlijkheidsrechten zijn *universeel*: zij behoren aan elke persoon, door het feit van het mens-zijn. Zij zijn *absoluut*, niet in de zin dat ze onbeperkt zijn, maar dat zij gelden tegenover ieder ander persoon (*erga omnes*).

Persoonlijkheidsrechten zijn bovendien *onbeschikbaar*. Het rechtsbegrip ‘beschikken’ (‘disposer’) wijst op het specifieke recht van de eigenaar om zaken die hem toebehoren, niet alleen te gebruiken en te doen renderen (bv. verhuren), maar ook om ze te wijzigen, er een andere bestemming aan te geven, of uiteindelijk te vernietigen of te vervreemden (bv. verkopen).

Met de ‘onbeschikbaarheid’ van de persoonlijkheidsrechten wordt dus bedoeld dat deze rechten gelijkgesteld worden met ‘zaken die niet in de handel zijn, en dus geen voorwerp kunnen uitmaken van overeenkomsten’ (art. 1128 van het Burgerlijk Wetboek). In de tweede helft van de twintigste eeuw werd het onbeschikbaar karakter van het menselijk lichaam aangetast onder invloed van de ontwikkelingen in de biotechnologie, de fragmentering van het menselijk lichaam en de mogelijkheden tot gebruik van lichaamsbestanddelen voor wetenschappelijk onderzoek of voor therapeutische doeleinden.

Tot aan de tweede wereldoorlog was er weinig of geen aandacht in de rechtswereld voor de subjectieve rechten van de persoon betreffende zijn lichaam en lichaamsbestanddelen. In de tweede helft van de vorige eeuw krijgt het menselijk lichaam echter meer aandacht in het recht, nationaal en internationaal. Vooral na de beruchte experimenten op mensen in de nazikampen in Duitsland, komt er, op grond van de waardigheid van de persoon een adequate bescherming tot stand. Het recht op lichamelijke integriteit, vastgelegd in nationale en internationale teksten², en het recht op lichamelijke immuniteit³, komen tegemoet aan de vrees dat *anderen* zullen beschikken over ons lichaam.

Groeiend besef van autonomie t.a.v. eigen lichaam

In dezelfde periode wordt de persoon meer bewust van zijn autonomie, zijn zeggenschap ook ten aanzien van zijn lichaam. Daaruit volgt dat hij met meer vrijheid omgaat met zijn lichaam, en zelf beslissingen (zelfbeschikking) wenst te nemen omtrent gezinsplanning, contraceptie, zwangerschapsafbreking, waardig sterven en verzoek tot euthanasie. Tevens groeit het besef dat het menselijk lichaam niet zonder meer onbeschikbaar is: de persoon zelf kan beschikkingsdaden stellen betreffende lichaamsbestanddelen om therapeutische motieven en met het oog op wetenschappelijk onderzoek. Omdat de uitvoering van deze beschikkingsdaden steeds de tussenkomst vergt van een medisch deskundige, komt deze beschikkingsdaad van betrokkene erop neer ermee in te stemmen of ‘degelijk geïnformeerd, een weloverwogen, vrije toestemming’ te geven (*informed consent* vereiste)⁴. Deze vereiste krijgt internationaal juridische erkenning⁵. In België werd dit onlangs erkend in artikel 8 van

² *Op internationaal vlak:*

Europees Verdrag van de Rechten van de Mens (art. 3 en 8: recht op integriteit van het lichaam; art. 4: recht op lichamelijke immuniteit); Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948), art. 22; Verdrag van de Rechten van het Kind (1989), art. 39; Titel, Praeambule en art. 1 van de Europese Conventie Bio-geneeskunde; Aanhef van de internationale verdragen inzake burgerrechten en politieke rechten, alsook inzake economische, sociale en culturele rechten (beide verdragen dateren van 1966).

Op nationaal vlak:

Grondwet, art. 23; Wet betreffende de rechten van de patiënt van 22 augustus 2002, art.5.

³ Europees Verdrag van de Rechten van de Mens, art. 3 “Niemand mag worden onderworpen aan folteringen noch aan onmenselijke of vernederende behandelingen of straffen” en art. 8 “Eenieder heeft recht op eerbiediging van zijn privé-leven (...)” In België: Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, art. 5.

⁴ Of de toestemming beperkingen mag inhouden (een voorkeur of exclusieven ten aanzien van bepaalde groepen of gevallen) blijft binnen het huidige wettelijk kader een open vraag.

⁵ Cfr. Handvest van de ziekenhuispatiënt (art.3,4,5), goedgekeurd tijdens de 20e plenaire vergadering van de

de Wet betreffende de rechten van de patiënt. Bovendien mag de persoon ook over lichaamsbestanddelen ‘beschikken’ om menslievende motieven, om het leven of de gezondheid van anderen te redden, in de vorm van donatie (Wet van 13 juni 1986 betreffende het wegnemen en transplanteren van organen). Beschikkingsdaden met commerciële doeleinden blijven verboden in België⁶. Artikel 5, 3° van de Wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo’s *in vitro*, verbiedt expliciet “gebruik te maken van embryo’s, gameten en embryonale stamcellen met commerciële doeleinden”. Hetzelfde gebeurde in bovengenoemde wet van 13 juni 1986.

3. Medisch begeleide bevruchting in het afstammingsrecht

3.1. Over het wettelijk vaderschap

3.1.1 Binnen een gehuwd paar

- Kunstmatige inseminatie en IVF met embryonale transfer brengen geen juridische moeilijkheden met zich mee wanneer zij worden uitgevoerd met het sperma van de echtgenoot: de juridische afstamming valt samen met de biologische afstamming op dezelfde wijze als wanneer het kind op natuurlijke wijze zou verwekt zijn geworden.⁷
- In geval van inseminatie met een derde als donor (K.I.D), wordt de echtgenoot automatisch vader van het kind door het wettelijke vermoeden van vaderschap. De vraag of de echtgenoot naderhand zijn wettelijk vaderschap kan betwisten door zich te baseren op het wetenschappelijke bewijs dat hij niet de biologische vader van het kind is, wordt beantwoordt door artikel 318, §4 van het Burgerlijk Wetboek dat stelt dat het vaderschap niet kan worden betwist “*wanneer de echtgenoot toestemming heeft gegeven tot kunstmatige inseminatie of tot een andere daad die de voortplanting tot doel had, tenzij de verwekking van het kind niet het gevolg kan zijn van die handeling*”.

De wet bepaalt evenwel niet in welke vorm deze toestemming moet worden gegeven, noch de wijze waarop elk van de partners hiervan het bewijs kan leveren.

3.1.2. Binnen een samenwonend paar

- In geval van kunstmatige inseminatie en IVF met embryonaire transfer tussen een mannelijke en vrouwelijke samenwonende partner, is de erkenning van het vaderschap onderworpen aan de voorafgaande instemming van de moeder en/of het kind⁸. In geval van weigering beschikt de man over een rechtsmiddel om de toestemming van de rechtbank te verkrijgen om het kind te erkennen, door te bewijzen dat hij er de vader van is.

EEG te Luxemburg in mei 1979; Verklaring over de bevordering van de patiëntenrechten in Europa (Amsterdam, 1994), art. 3.1. tot 3.10. goedgekeurd door het Regionaal Bureau van Europa van de WGO; Europese Conventie voor de Rechten van de Mens en de Biogeneeskunde (1996), art.5 tot 9; Europese Richtlijn 2001/20/EG van 4 april 2001 inzake de toepassing van goede klinische praktijken bij de uitvoering van klinische proeven met geneesmiddelen voor menselijk gebruik, art. 3 tot 5.

⁶ In dit advies wordt niet ingegaan op de vraag naar de wettigheid van de commercialisering van het lichaam in het kader van prostitutie.

⁷ Deze situatie wordt hier aangehaald omwille van de volledigheid op juridisch vlak; binnen de medisch begeleide bevruchting spreekt men slechts van donorinseminatie in de hypothese van interventie van een derde in het ouderlijke project.

⁸ Artikel 319, §2 en 3, B.W. en rechtspraak van het Arbitragehof. Ondertussen werden meerdere wetsvoorstellen tot wijziging van art. 319, §3 en 4 B.W. ingediend.

- In de hypothese van inseminatie met een derde als donor (K.I.D) binnen een samenwonend paar, kunnen er zich verschillende moeilijkheden voordoen wat betreft de vaststelling of de betwisting van het vaderschap van de samenwonende partner, waarbij er zich discriminaties ten opzichte van het kind kunnen voordoen.
 - a. In geval de moeder en/of het kind weigert in te stemmen met de erkenning van het kind dat werd verwekt met gameten van een derde door de samenwonende partner, kan deze partner niet het bewijs leveren dat hij de vader is van het kind; volgens de huidige stand van de wetgeving zou zijn vraag tot erkenning kunnen verworpen worden, zelfs al hadden de twee partijen ingestemd met de K.I.D. In dit geval wordt dus geen vaderlijke afstamming vastgesteld.
 - b. Wanneer de samenwonende partner weigert het kind te erkennen, niettegenstaande zijn instemming met de K.I.D, zal de moeder moeten bewijzen dat haar partner zich gedragen heeft als vader van het kind gedurende de periode van de zwangerschap teneinde via gerechtelijke weg diens vaderschap te laten vaststellen; lukt dit niet dan zal het kind zonder vaderlijke afstamming blijven.
 - c. Wanneer de samenwonende partner zelf gehuwd is met een andere vrouw dan de moeder van het kind, moet de erkenningsakte gehomologeerd worden door de rechtbank⁹ en zal de echtgenote zich tegen de homologatie kunnen verzetten door te bewijzen dat haar man niet de vader van het kind is. In deze situatie zal het kind evenmin een vaderlijke afstamming hebben.
 - d. Indien de samenwonende vrouw die moeder werd via K.I.D zelf gehuwd is, wordt haar echtgenoot geacht de vader van het kind te zijn. De erkenning van het kind door de samenwonende partner kan slechts gebeuren in welomschreven omstandigheden waarbij de echtscheiding lopende is of werd uitgesproken of het huwelijk van de moeder nietig werd verklaard.¹⁰

Ten slotte merkt het Raadgevend Comité op dat er in het geval van een kind, geboren via K.I.D. binnen een samenwonend paar, geen met artikel 318, §4, B.W. vergelijkbare bepaling bestaat die de samenwonende partner verbiedt zijn vaderschap te betwisten wanneer hij had ingestemd met kunstmatige inseminatie of met een behandeling die de voortplanting tot doel had.

3.1.3. Binnen een lesbisch paar of bij een alleenstaande vrouw

Wat betreft de vaststelling van de vaderlijke afstamming van een kind, geboren via K.I.D binnen een lesbisch paar, of bij een alleenstaande vrouw, kan er geen erkenning van vaderlijke afstamming gebeuren zonder instemming van de moeder en/of het kind¹¹.

3.1.4. Afwezigheid van een wettelijk beletsel bij het vaststellen van de afstamming van de donor

In de huidige wetgeving zijn er geen bepalingen die zich verzetten tegen de vaststelling van het vaderschap van een spermadonor indien zijn identiteit zou worden onthuld en het kind geen vastgestelde vaderlijke afstamming bezit, of indien de wettelijke voorwaarden vervuld zijn om die vaderlijke afstamming te betwisten. We zullen hier later op terugkomen in de aanbevelingen.

⁹ Artikel 319, bis, B.W.

¹⁰ Artikel 320 B.W.

¹¹ Artikel 319 van het Burgerlijk Wetboek

3.2. Over het wettelijk moederschap

In geval van eiceldonatie vormt de vaststelling van het wettelijke moederschap in beginsel geen probleem, ongeacht of de donor bekend of anoniem is, aangezien de wettelijke moeder de vrouw is die het kind baart (art. 312 B.W.). Nochtans kan, althans in theorie, het moederschap betwist worden door het kind of door de biologische moeder. Deze vordering zal echter niet ontvankelijk zijn indien er bezit van staat is conform de geboorteakte ¹².

4. De geheimhouding van de wijze van verwekking - Anonimiteit van de donor

De anonimiteit van de anonieme donor wordt gewaarborgd door artikel 458 van het Strafwetboek: de arts die verantwoordelijk is voor het leveren en bewaren van de gameten is gebonden door het beroepsgeheim ten opzichte van derden. Ouders mogen aan hun kind verzwijgen hoe het verwekt werd. Toch loopt men het risico dat de toepassing van de bepalingen van de wet op de patiëntenrechten met betrekking tot het toegangsrecht van een kind tot zijn eigen medisch dossier of dat van zijn overleden moeder, ertoe leidt dat dit geheim wordt ontsluit en desgevallend eventuele inlichtingen over de donor bekend worden gemaakt. In de mate dat de wet voorziet dat de arts ertoe gebonden is toegang tot het dossier te weigeren om het privé-leven van derden te beschermen, moet er worden uitgemaakt of hij de wens van de overleden moeder moet eerbiedigen en alle mogelijke informatie over de donor moet weigeren. Deze laatste punten worden verder besproken.

5. Internationale teksten

1. Artikel 8 van het Europees Verdrag tot Bescherming van de Rechten van de Mens dat deel uitmaakt van het Belgisch positief recht en dat bepaalt dat *“eenieder recht heeft op respect voor zijn privé-leven en zijn familie- en gezinsleven”* werd meerdere malen ingeroepen voor het Europees Hof van de Rechten van de Mens in een context die niet behoort tot de medisch begeleide bevruchting om het recht van een kind te rechtvaardigen om zijn oorsprong te kennen en zijn dubbele afstamming vast te stellen. Sommigen zijn echter van oordeel dat het geen inmenging in het privé-leven is wanneer men aan een kind de toestemming weigert om zijn oorsprong te kennen. Als er al inmenging zou zijn, wordt deze gerechtvaardigd in alinea 2 van artikel 8 van het Verdrag, op voorwaarde dat deze inmenging “voorzien is in de wet” en “een noodzakelijke maatregel vormt om de rechten en vrijheden van de ander te beschermen”, aangezien er moet worden gestreefd naar een evenwicht tussen de rechten van het kind en de derde.
2. Artikel 7 van het Verdrag van de Verenigde Naties met betrekking tot de rechten van het kind erkent dat elk kind “voor zover mogelijk, het recht heeft zijn ouders te kennen en door hen te worden verzorgd”. Artikel 8 van hetzelfde Verdrag legt de verplichting op aan de Staten om het kind te beschermen en, in voorkomend geval, alle bestanddelen van de identiteit van het kind te herstellen. Deze teksten reiken echter geen oplossing aan voor de problemen die betrekking hebben op een medisch begeleide bevruchting, omdat de woorden “voor zover mogelijk” aan de Staten een beoordelingsruimte geven, en omdat de term “ouders” niet gedefinieerd is ten aanzien van de nieuwe technieken van medisch begeleide bevruchting.

¹² Men verstaat onder “bezit van staat” een situatie die een bewijs vormt van afstamming door vermoeden wanneer aan de volgende voorwaarden is voldaan: het kind draagt de naam van de persoon van wie men zegt dat het afstamt; deze persoon behandelt het kind als zijn kind (in het bijzonder door te voorzien in het onderhoud en de opvoeding van het kind); het wordt als dusdanig beschouwd door het gezin en de samenleving.

Sommigen kunnen de term “ouders” immers beschouwen als de biologische ouders, terwijl anderen dan weer vinden dat deze term enkel kan verwijzen naar de sociaal-opvoedkundige ouders.

II. SPERMADONATIE

A. De huidige klinische procedures

1. Indicaties en toegankelijkheid van de spermadonatie

Heden ten dage wordt spermadonatie gebruikt in de volgende situaties: bij mannelijke infertiliteit in een heteroseksueel paar indien de man drager is van ernstige erfelijke aandoeningen, indien er een immunologische incompatibiliteit bestaat die leidt tot herhaaldelijke misvallen of in-uterodood, om aan een vrouw in een homoseksueel paar toe te staan om zich voort te planten zonder een relatie met een man te hebben en tenslotte om aan een alleenstaande vrouw toe te laten zich voort te planten zonder relatie met een man. We dienen op te merken dat het aantal heteroseksuele paren dat zijn toevlucht moet nemen tot donorsperma om reden van mannelijke onvruchtbaarheid, sterk gedaald is dankzij de intracytoplasmatische injectie van sperma (ICSI¹³). Als gevolg daarvan is het aandeel van lesbische paren binnen de groep van ontvangers van donorsperma sterk toegenomen.

In België is er geen wet die spermadonatie verbiedt. De centra voor infertiliteitsbehandeling bepalen zelf welke donatievormen ze accepteren of weigeren uit te voeren. De verschillen tussen de centra zijn afhankelijk van de filosofische en psychologische posities die zij innemen ten opzichte van de ethische legitimiteit van de donaties. Alle centra stellen aan de kandidaat-ontvangers psychologische counseling voor om zich te vergewissen van de vrije toestemming van de partners binnen het eventuele paar en om de stabiliteit van hun beweegredenen of van die van een alleenstaande vrouw na te gaan. In andere landen past men verschillende normen toe. In Frankrijk is donorinseminatie bijvoorbeeld voorbehouden aan heteroseksuele paren terwijl het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Nederland donorinseminatie bij lesbische koppels en alleenstaande vrouwen aanvaarden. Dit heeft tot gevolg dat heel wat Franse vrouwen zich buiten Frankrijk laten insemineren.

2. De spermabanken

In België zijn spermabanken spontaan ontstaan om te beantwoorden aan de noden van de centra voor infertiliteitsbehandeling. Indien het gaat om behandeling met in-vitrofertilisatie, moeten deze diensten beantwoorden aan strikte en gecontroleerde criteria (KB van 15/02/1999). Wanneer het gaat om kunstmatige inseminatie *in vivo*¹⁴, mag elke gynaecologische dienst dit uitvoeren en kan elke gynaecologische dienst dus een spermabank opzetten. Het blijkt op dit ogenblik onmogelijk om het aantal spermabanken te kennen. Hoewel de banken niet onderworpen zijn aan precieze regels, houden ze zich vrijwillig aan de regels van het correcte medisch handelen (Good Clinical Practice). Naast die regels kennen we geen andere criteria die door deze banken worden gebruikt om hun donoren te selecteren. In België aanvaarden spermabanken ongeveer tien families voor inseminatie per donor. In de praktijk vragen de meeste paren die bijkomende kinderen wensen dat dezelfde donor zou worden gebruikt. In Nederland aanvaardt men 25 families per donor. Uit wetenschappelijk onderzoek blijkt dat met deze aantallen het risico van accidentele voortplanting tussen afstammelingen van dezelfde donor praktisch uitgesloten is.

In Frankrijk zijn de spermabanken gereguleerd. Ze zijn onderworpen aan een centraal organisme (CECOS) dat de rekrutering van de donoren en de bestemming van de donaties controleert. Men aanvaardt slechts donoren die al getrouwd zijn of in een stabiele relatie leven en kinderen hebben. Deze regel is bij ons niet van toepassing. Wanneer de donor met een

¹³ In welbepaalde gevallen van infertiliteit bij de man wordt één enkele spermacel ingespoten in een eikel in het laboratorium.

¹⁴ Kunstmatige inseminatie *in vivo* impliceert het inbrengen van sperma in de vagina zonder een beroep te doen op in-vitrofertilisatietechnieken.

partner samenleeft, wordt hij sterk aangemoedigd om de toestemming van deze laatste te vragen maar er wordt geen geschreven toestemming gevraagd. In Frankrijk is een schriftelijke toestemming wel vereist.

De spermabanken hebben moeilijkheden om donoren te werven, zowel bij ons als in alle landen waar het doneren van sperma gratis is, zelfs indien er een vergoeding voor voorzien is (cfr. II, 2.5.). Bovendien blijkt uit de ervaring van deze centra dat het percentage donoren waarvan het sperma van voldoende goede kwaliteit is om gebruikt te worden, steeds maar daalt.

Het is moeilijk om een exact beeld te hebben van de motivaties van donoren die niet vergoed worden. De motivaties blijken te veel te verschillen. Solidariteit met andere mannen en het verlangen hen te helpen zijn zeker beweegredenen. Men vindt ook de wens om symbolisch vader te zijn en soms de wens om bepaalde psychologische trauma's te compenseren. Tegen de wens om als donor op te treden speelt bij heel wat mannen de terughoudendheid om kinderen te hebben waarvan ze niets zullen weten en soms de angst voor een actueel onvoldoende wettelijke bescherming (cfr. I, 3.1.4.).

Tenslotte wordt om medische redenen (de donor kunnen opsporen in geval van genetische aandoening bij het kind bijvoorbeeld) een register van de donoren en de ontvangers van de donatie bijgehouden door elke spermabank. De voorzorgsmaatregelen om de vertrouwelijkheid van dergelijke registers te garanderen, verschillen van centrum tot centrum.

3. Geheimhouding tegenover het kind

Over het algemeen gaat men ervan uit dat alleen de ouders of de vrouw die het kind opvoeden, het recht hebben om al dan niet te onthullen aan het kind dat er donorinseminatie aan de basis lag van zijn ontstaan. Het is duidelijk dat bij een lesbisch paar of in het geval van een alleenstaande vrouw, de geheimhouding alleen maar van toepassing is op de procedure, kunstmatig of niet, waarmee bevruchting heeft plaatsgehad. De ervaring leert dat de overgrote meerderheid van de heteroseksuele paren kiest om dit geheim te houden. De meest frequent aangehaalde reden is de wens om in de ogen van het kind het beeld van een gewone familie op te houden en daardoor te vermijden dat het kind zich vragen gaat stellen over zijn afkomst. Andere elementen spelen ongetwijfeld ook een rol zoals het niet willen bekendmaken van de onvruchtbaarheid van de man. Het lijkt paradoxaal maar de wens om het geheim te bewaren ten aanzien van het kind betekent echter niet noodzakelijk dat het ook geheim wordt gehouden tegenover de andere leden van de familie of vrienden, wat ertoe kan leiden dat het geheim later per ongeluk onthuld wordt.

4. Anonimiteit van de donor

In België is het gebruikelijk om de anonimiteit van de donor te bewaren. Deze optie wordt genomen om de donoren te beschermen tegen elke aansprakelijkheid voor de kinderen die geboren worden uit hun donatie. Daarnaast komt de anonimiteit van de donor tegemoet aan de wens van de meerderheid van de ontvangers die de intimiteit van hun privé-leven wensen te behouden en de tussenkomst van de donor in de opvoeding van het kind wensen te vermijden. De donor verzaakt in principe schriftelijk aan alle wettelijke rechten en plichten die voortvloeien uit het gebruik van zijn gameten voor voortplanting. De donor verzaakt dus ook aan het kennen van de identiteit van de ontvangers. In de huidige wetgeving zou deze verzaking niet tegenstelbaar zijn ten opzichte van de ontvangers en het kind indien de identiteit van de donor zou bekend worden. De ontvangers tekenen een soortgelijk document waarmee ze zich engageren niets te zullen doen om de donor terug te vinden.

Bepaalde donoren aanvaarden en/of wensen niettemin identificeerbaar te blijven. Ook bepaalde ontvangsters wensen de identiteit van de donor te kennen. In eerder zeldzame gevallen doen de ontvangers een beroep op een bekende donor die niet noodzakelijk een familielid is. Dit is soms het geval bij lesbische paren of bij vrouwen die geen stabiele relatie

hebben en die een kind wensen voor hun veertigste. Ook in dergelijke gevallen blijft het om medische redenen noodzakelijk dat het sperma eerst wordt ingevroren. Bovendien is het aan te bevelen dat in die situaties de overeenkomst tussen de donor en de ontvangers gedetailleerd wordt uitgewerkt en de verschillende modaliteiten van de relaties tussen de betrokkenen voorziet.

In Frankrijk zijn de donoren noodzakelijk anoniem. In Nederland werd op 25 april 2002 een wet afgekondigd die van toepassing zal zijn vanaf mei 2004. Door deze wet wordt een ‘Stichting donorgegevens kunstmatige inseminatie’ opgericht. Die stichting moet alle informatie betreffende donoren en ontvangers bijhouden. De gegevens betreffende de donoren zijn vrij gedetailleerd, met inbegrip van informatie over hun opvoeding, hun studieniveau en hun beroep. Wanneer een kind redenen zou hebben om te twijfelen aan zijn natuurlijke oorsprong, kan het vanaf de leeftijd van 12 jaar toegang krijgen tot de niet-identificerende informatie en vanaf 16 jaar tot identificerende informatie over de donor. De donor kan zich tegen het vrijgeven van zijn naam verzetten op voorwaarde dat hij hiervoor zwaarwichtige redenen heeft.

Intrafamiliale spermadonatie vindt in onze cultuur heel zelden plaats. In andere culturen, zoals bijvoorbeeld in Japan, komen intergenerationele spermadonaties van vader aan zoon meer voor. De belangrijkste motieven voor dergelijke praktijken zijn de bekendheid van de donor, de genetische verwantschap van de donoren en de voortzetting van de familielijn. Er is maar weinig gekend over de psychosociale dynamiek van deze gevallen.

5. Niet-identificerende informatie

Niet-identificerende informatie over de donor laat niet toe aan derden en dus meer bepaald aan de ontvangers, om de identiteit van de donor te achterhalen. In de Verenigde Staten stellen een aantal spermabanken aan het paar of aan de ontvangers een catalogus voor die alle beschikbare donoren voorstelt. De gegevens over de donoren die hierin worden verschaft, omvatten de etnische oorsprong, de haarkleur, het haartype, de kleur van de ogen, de huidskleur, de bloedgroep, de lengte en het gewicht, het beroep of de studiekeuze, de interesses, de hobby's, de sporten die de donor beoefent en de religieuze overtuiging van de donor. Bovendien geeft men vaak erg gedetailleerde profielen die de medische antecedenten van de donor weergeven en zijn persoonlijkheid beschrijven. Ook informatie over zijn uiterlijk, zijn sociale positie, de opleiding van de ouders, grootouders, broers en zussen en eventuele kinderen wordt meegedeeld. In bepaalde gevallen zijn een “foto” (robotfoto) van de donor, een tekst die is opgesteld door de donor, een geluidsopname en een videofilm beschikbaar tegen betaling. Voor deze laatste informatie is de scheidingslijn met informatie die de donor kan identificeren wel erg dun.

In ons land worden deze gegevens niet gevraagd aan de donor en wordt de beschikbare informatie niet aan de ontvangers doorgegeven. Toch vragen heel wat ouders niet-identificerende informatie over de donor. De spermabanken streven ernaar om een te groot verschil tussen de donor en de mannelijke partner van heteroseksuele paren te vermijden en dit op enkele parameters: de lichaamsgrootte, de kleur van ogen en haren en de huidskleur.

In uitzonderlijke gevallen wensen (of aanvaarden) paren een donor van een andere etnische oorsprong dan zichzelf. In vele gevallen is dit te wijten aan het niet-beschikbaar zijn van een donor van dezelfde oorsprong als zichzelf. Donoren van Aziatische of Afrikaanse afkomst zijn vrijwel niet beschikbaar in België. De keuze voor een donor van een andere etnische oorsprong wordt slechts aanvaard wanneer er geen donor van de eigen etnische oorsprong beschikbaar is.

In ons land ontvangt de donor in principe geen informatie over de ontvangers van zijn donatie en heeft hij geen zeggenschap wat betreft de ontvangers. Hij wordt evenmin geïnformeerd over het feit of er uit zijn donatie kinderen geboren zijn of niet. Toch vragen enkele

spermabanken de uitdrukkelijke toestemming van de donoren voor het gebruik van hun sperma voor lesbische paren. In de andere banken wordt geen dergelijke toestemming gevraagd.

Een aantal spermabanken lijkt de spermadonatie georganiseerd te hebben naar analogie met de bloeddonatie. Die vergelijking komt tot uiting in de regels van de procedure. De organisatoren menen blijkbaar dat de verschillende betrokkenen zich ook op dezelfde manier tot elkaar zouden moeten verhouden en dezelfde houding zouden moeten aannemen ten aanzien van de donatie. Die invulling stemt echter niet overeen met de werkelijke betekenis die zowel donoren als ontvangers aan de donatie geven. Voor de overgrote meerderheid van hen heeft de verwekking van een kind een heel andere psychologische, sociale en ethische waarde.

B. Ethische problemen

Sommige leden wensen vooraf een algemene opmerking te maken. Zij onderstrepen dat gametendonatie, en breder genomen vele toepassingen van medisch geassisteerde voortplanting, geen essentieel medisch probleem stelt en er eerder sprake is van een ‘wensgeneeskunde’. Volgens hen moet aan de ‘kinderwens’ niet te allen prijze worden voldaan. In hun ogen moet het gebruik van publieke fondsen in dit domein worden afgewogen tegen de onrechtvaardigheden die blijven bestaan in ons land en in de ontwikkelingslanden.

Twee alternatieve paradigma's van de gametendonor kunnen worden onderscheiden wanneer de posities op verschillende onderdelen van de donatieprocedure worden geanalyseerd. Die paradigma's zijn hypothetische constructies die dienen als referentie voor het beter begrijpen van de richtlijnen die worden gehanteerd. Dit geldt vooral voor spermadonatie en in mindere mate voor eiceldonatie ¹⁵.

a) De donor als sperma- of eicel of geneesmiddel

De donor wordt gelijkgesteld met zijn of haar lichaamsmateriaal: hij of zij is een middel om het vruchtbaarheidsprobleem van het paar te verhelpen. De persoon van de donor wordt op geen enkel ogenblik in rekening gebracht. De behandeling brengt geen derde persoon binnen in het gezin. De selectie van de donor gebeurt uitsluitend met het oog op de kwaliteitscontrole van het genetisch materiaal. Veel aandacht wordt besteed aan de familie-anamnese om genetische aandoeningen op te sporen en aan het testen op seksueel overdraagbare aandoeningen. Het bewaren van een donordossier wordt verantwoord door de noodzaak om de donor opnieuw te kunnen contacteren indien er een medisch probleem bij de nakomelingen opduikt. Noch de identiteit van de donor noch niet-identificerende informatie doen in dit paradigma terzake. Het proces wordt afgesloten onmiddellijk na de donatie: de donor heeft geen interesse in de ontvangers, noch in de kinderen die uit zijn of haar bijdrage ontstaan. Anderzijds stellen noch de ontvangers noch het kind vragen over de donor.

b) De donor als medewerker of helper

De donor werkt mee om het vruchtbaarheidsprobleem van het paar of de vrouw op te lossen. Zijn of haar bijdrage is vrijwillig en altruïstisch. Bijgevolg moet de donor over de nodige informatie beschikken om te kunnen uitmaken of hij of zij zijn of haar medewerking wil verlenen aan het ouderlijk project. Betaling is niet toegelaten maar het aanbieden van een onkostenvergoeding is een teken van appreciatie. Een gift moet met dankbaarheid worden

¹⁵ G. Pennings, *Een ethische analyse van de medisch geassisteerde voortplanting met donorgameten*, doctoraatsverhandeling, Vrije Universiteit Brussel, 1999.

aangenomen. Dit gebeurt door de donor met het nodige respect te behandelen, door het belang van zijn of haar bijdrage uitdrukkelijk te erkennen (zowel door personeel als door ontvangers) en door de donor informatie te verstrekken over de goede aanwending van zijn gift (door hem bijv. te vertellen hoeveel kinderen er uit zijn donatie geboren zijn). Tegelijk moet hij of zij zich akkoord verklaren met die onderdelen van de procedure die maken dat zijn bijdrage ook effectief de mensen helpt. Dit betekent onder andere dat hij of zij juiste informatie moet geven over zijn gezondheid en die van zijn familie en dat hij of zij zich moet houden aan de afspraken die hij of zij met de andere partijen maakt. Sommige ontvangers vinden het belangrijk dat de gift van een goed en waardig persoon komt. De bijdrage van de donor reikt dan ook verder dan het afstaan van lichaamsmateriaal; hij wordt ook in zekere mate als persoon betrokken. Donor en ontvangers leggen in belangrijke mate samen vast welke vorm en intensiteit de relatie aanneemt. Die relatie hangt vaak samen met de overtuiging van ontvangers en donoren over het belang van informatie (zowel niet-identificerend als identificerend) voor het kind. Indien zou blijken dat donorafstammelingen behoefte hebben aan bepaalde informatie over de donor, dan moet de donor, indien hij of zij echt wil helpen, bereid zijn die te verstrekken.

Die basisoriëntaties kunnen in verschillende mate worden teruggevonden in de oplossingen die worden voorgesteld voor de verschillende ethische problemen die hieronder worden besproken. Bepaalde vragen die hier aangeraakt worden, zijn zowel van toepassing op spermadonatie als op eiceldonatie. Daarom zullen we die gegevens niet herhalen in het hoofdstuk dat gewijd is aan de eiceldonatie.

1. De ethische vragen betreffende het gezin als sociaal-culturele instelling

Het gebruik van gameten van een persoon die later niet betrokken is bij de opvoeding van het kind, roept een aantal fundamentele vragen op in verband met het ouderschap en de samenstelling van het gezin. Uit de antropologie blijkt dat geen enkele menselijke instelling volledig bepaald wordt door biologische elementen die er aan de basis van liggen. Elke menselijke instelling vormt ook steeds een conventionele culturele en sociale constructie die trouwens voor een bepaald deel arbitrair is. Zo heeft het gezin in de loop van de geschiedenis en in de verschillende samenlevingen heel wat verschillende organisatievormen gekend. Toch is, onder meer in onze eigen samenleving, de sociaal-culturele legitimiteit van de ouderschapsrelatie vaak gebaseerd geweest op de biologische basis. De metafoor van de “bloedband” illustreert dit uitstekend.

Bovendien speelt het instituut gezin een belangrijke rol in de opbouw van onze samenlevingen. Het gezin bepaalt de identiteit van de burgers en de affectieve en cognitieve tradities waarmee iedereen subjectief zijn eigen identiteitsgevoel bepaalt. Ook al werd deze functie veel minder sterk in de laatste 100 jaar, het gezin blijft een belangrijke rol spelen in de overdracht van goederen en sociale rolpatronen.

Geconfronteerd met de nieuwe vruchtbaarheidstechnieken, duiken er twee ethische problemen op. Het eerste probleem is te weten in welke mate de biologische wortels van het gezin noodzakelijk zijn voor het vormen van het gezin en dus ook voor de stabiliteit van de functies van het gezin in het identificatie- en transmissieproces. De tweede vraag die zich gelijklopend aan de eerste stelt, is te weten of de legitimiteit van de ouderschapsrelatie vooreerst dient gezocht te worden in de biologische basis of daarentegen in het feit dat men de opvoeding van een kind ter harte neemt.

Buiten het Comité menen bepaalde leden van onze samenleving (meestal om religieuze redenen) dat de natuurlijke basis van het gezin onmisbaar is en steeds gerespecteerd moet worden. Voor hen leidt het feit dat men voortplanting scheidt van seksualiteit bijvoorbeeld tot vragen met betrekking tot het functioneren van het gezin en de zin van het ouderschap. Die

scheiding brengt zelfs het gezin in gevaar. Zij denken dat de tussenkomst van een gametendonor een te belangrijke bedreiging vormt voor de exclusiviteit van de relatie die twee partners verenigt en voor de éénmakende en voortplantingsfunctie van de seksualiteit. Dit brengt diegenen die dit standpunt aanhangen ertoe om elke toevlucht tot technieken van medisch begeleide bevruchting te verwerpen.

Bepaalde leden van het Comité wensen niet zo ver te gaan maar onderstrepen dat de tussenkomst van een gametendonor zonder twijfel een ernstige belasting vormt voor de relationele dimensie van de seksualiteit en dus ook voor het paar en het gezin. Zij menen echter wel dat een paar in eer en geweten het legitiem kan vinden om zijn toevlucht te nemen tot deze techniek maar dat dergelijke beslissing slechts geïntegreerd kan worden in een heel stabiele relatie en indien alles zo dicht mogelijk bij de natuurlijke relatie blijft. De voortplantingstechniek dient dus voor deze leden voorbehouden te blijven aan stabiele, heteroseksuele paren. Deze leden van het Comité menen bovendien dat het gebruik van deze technieken slechts ethisch legitiem is indien dit een therapeutisch karakter heeft, d.w.z. wanneer er een vruchtbaarheidsprobleem is of wanneer er een groot risico is op overdracht van een ernstige genetische aandoening.

Andere leden verdedigen een ander standpunt. Voor deze leden wordt de ouderschapsband bepaald door het feit dat een persoon de intentie heeft om het kind op te voeden. In de meeste gevallen geven de natuurlijke ouders uiting aan deze intentie. De genetische link is echter geen noodzakelijke voorwaarde noch een garantie voor het echt opnemen van deze ouderschapsband. De genetische band is van ondergeschikt belang ten opzichte van de psychosociale band die gecreëerd wordt tussen een (meerdere) volwassene(n) en een kind tijdens de opvoeding. Het belangrijkste punt is de intentie en het vermogen van mensen om de opvoeding van een kind ter harte te nemen. De keuze om al dan niet alleen of in koppel te leven of de seksuele geaardheid van het paar (hetero- of homoseksueel) kunnen hierover, in de ogen van deze leden, geen uitsluitel geven, noch in positieve noch in negatieve zin.

2. De ethische problemen met betrekking tot de procedure van spermadonatie

2.1. Indicaties en toegankelijkheid van de spermadonatie

Soms rijzen moeilijke vragen betreffende de ethische verantwoordelijkheid van de verschillende actoren die een rol spelen bij spermadonatie: welke criteria dienen de spermabanken en centra voor infertiliteitsbehandeling te hanteren in hun selectie van donoren en ontvangers? Welke zijn de rechten en plichten van ontvangers en donoren? Enerzijds houden deze vragen verband met het respect voor de ethische visies die gehanteerd worden in onze gemeenschap. Anderzijds hebben ze betrekking op de afweging van de belangen van het kind dat geboren zal worden tegenover de belangen van de intentionele ouders.

2.1.1. De voorwaarden die gesteld worden door de behandelingscentra

Bepaalde centra willen op dit ogenblik slechts donorinseminatie uitvoeren bij stabiele heteroseksuele paren. Zij menen dat sommige individuele vragen niet de noodzakelijke waarborgen bieden voor de volle ontplooiing van het kind wegens de levenscontext van de toekomstige ouders. Voor sommige leden van het Comité is een dergelijke praktijk aanvaardbaar.

Andere leden van het Comité zijn daarentegen van mening dat deze uitsluitingen, voor zover het gaat om een systematische uitsluiting van lesbische paren of alleenstaande vrouwen, een discriminatie inhouden die door de wet verboden wordt, omdat het een discriminatie betreft op grond van de seksuele geaardheid.

Tegenover dit meningsverschil in onze samenleving menen de leden van het Comité dat elke instelling zelf mag bepalen welke groepen patiënten zij helpen maar dat die vrijheid niet als praktisch effect mag hebben dat aan bepaalde groepen systematisch de toegang tot medisch

geassisteerde voortplanting wordt geweigerd. Indien dit het geval zou zijn (wat nu niet is), dan moet de overheid er over waken dat er voldoende centra bestaan die dergelijke uitsluitingscriteria niet hanteren.

2.1.2. Het evenwicht van het ontvangende paar

Heel wat mensen ervaren in onze cultuur mannelijke onvruchtbaarheid als een tekort aan mannelijkheid en viriliteit. Ook al is deze gelijkschakeling rationeel niet juist, toch is die overtuiging mogelijk aanwezig bij bepaalde paren die hun toevlucht wensen te nemen tot bevruchting met donorsperma. Bovendien is de beleving en de legitimiteit van het ouderschap in de geest van deze mensen sterk verbonden met de biologische band. Aldus kan, en dit varieert van paar tot paar, de positie van de mannelijke partner in het paar subjectief verzwakt worden door spermadonatie. De man voelt zich mogelijk niet volledig vader en kan moeilijkheden ervaren om het vaderschap ten volle op te nemen. Eenzelfde effect kan zich voordoen bij het kind dat over zijn wijze van conceptie wordt ingelicht.

Men mag ook de onzekerheid van vele vrouwen niet onderschatten. De klinische ervaring toont dat ze vaak erg terughoudend zijn, zowel omwille van het symbolisch overspel dat de donorinseminatie ondanks de medicalisering kan betekenen als omwille van de vrees dat de partner het kind moeilijk zal kunnen aanvaarden.

Men moet dus zorgvuldig rekening houden met deze gevoelens in het voorafgaand counsellen van een paar voor donorinseminatie om ervoor te zorgen dat het paar welingelicht zijn beslissing kan nemen.

2.1.3. Het soort gezin in relatie tot het belang van het kind

Er bestaan grote meningsverschillen omtrent de toegang tot donorsperma voor verschillende groepen vrouwen: lesbische paren, alleenstaande vrouwen en bevruchtingen na het overlijden van de vader¹⁶. Deze verschillen houden verband met de visie die men heeft over hetgeen noodzakelijk is voor de goede ontwikkeling van het kind enerzijds en met het belang dat men toekent aan de rechten van de ouders en de kinderen anderzijds.

Voor sommige leden dreigen de nieuwe mogelijkheden die geboden worden door de technieken voor medisch geassisteerde voortplanting af te glijden in een ‘wensgeneeskunde’ waarin onvoldoende rekening wordt gehouden met de belangen van het toekomstige kind. Zij herinneren eraan dat het kind volledig, tot en met in zijn bestaan zelf, afhankelijk is van de beslissing van de ouders die het voortbrengen. Die asymmetrie in de mogelijkheid om zijn belangen te doen gelden, vereist dat ouders een bijzondere zorg dragen voor het welzijn van het kind.

Andere leden daarentegen hebben vertrouwen in de mensen die de intentie hebben om het kind op te voeden. Ze benadrukken dat de ouders in het algemeen de beslissingen voor het kind nemen in de vaste overtuiging dat ze het beste voor hun kind doen. Er is geen reden om a-priori aan de goede intenties van de ouders te twijfelen of hun autonomie terzake te betwisten.

Lesbische paren

Twee tegengestelde thesissen vertalen de confrontatie tussen twee opvattingen over het recht op ouderschap en over de voorwaarden voor de goede ontwikkeling van het kind.

Sommige leden van het Comité herinneren eraan dat het recht om een gezin te stichten een fundamenteel mensenrecht is dat bevestigd wordt in de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens. Zij zien hierin een zeer belangrijke uitdrukking van het recht op autonomie van een persoon maar eveneens van het recht op gelijkheid. Zij eisen de erkenning van de

¹⁶ Dit specifieke item zal behandeld worden in een volgend advies.

pluraliteit van gezinstypes. Zij maken een onderscheid tussen de biologische ouder, de juridische ouder en de sociale ouder. Elkeen kan de structuur van ouderschap kiezen waarin hij of zij zich wil voortplanten, met of zonder de hulp van de wetenschap. Zij herinneren eraan dat geen enkele menselijke instelling volledig gedetermineerd wordt door de biologie en dat het ouderschap cultureel gelegitimeerd wordt.

Deze leden voegen hier aan toe dat de wetenschappelijke onderzoeken naar de ontwikkeling van kinderen die opgroeien in lesbische gezinnen en kinderen uit heteroseksuele gezinnen geen enkel verschil aantonen. Niettemin is er behoefte aan verdere lange termijnstudies om te bevestigen dat er geen gevaar bestaat voor het welzijn van de kinderen.

Onder deze leden menen enkelen dat voor de kinderen die opgroeien bij een alleenstaande vrouw of een lesbisch paar het belangrijker kan zijn om de donor te kunnen kennen. Zij pleiten daarom voor een tweesporenbeleid (zie verder) dat aan alleenstaande vrouwen en lesbische paren de mogelijkheid geeft om een donor te kiezen die aanvaardt in de toekomst geïdentificeerd te worden.

In tegenstelling tot deze positie stellen andere leden dat het onderscheid tussen man en vrouw een biologische constante is en dat alle samenlevingen twee geslachten instellen omwille van de seksuele kenmerken van de soort waartoe wij behoren en waardoor we ons kunnen voortplanten. Terwijl ze aan iedereen de vrije keuze laten bij het bepalen van de modaliteiten van hun seksueel leven en terwijl men toegeeft dat homoseksuele paren niet meer of minder geschikt zijn dan andere paren om een kind op te voeden, stellen deze leden het kind opnieuw centraal in de discussie. In dit perspectief vinden ze dat, wanneer men aan homoseksuele paren het statuut van ouders geeft, men het belang van het verschil tussen de geslachten ontkent terwijl dit een essentieel element is in het verwerven van de identiteit. Het lijkt hen dus essentieel dat een kind twee ouders heeft van een verschillend geslacht.

In concreto vrezen zij ook dat een kind van een lesbisch paar gestigmatiseerd wordt door de samenleving en meer bepaald in de school. Diegenen die menen dat ouderschap toegelaten moet zijn voor lesbische paren, merken op dat dergelijke stigmatisatie juist bestreden moet worden en dat deze stigmatisatie trouwens progressief vermindert in onze maatschappij.

Tegenover deze uiteenlopende meningen, zijn de leden van het Comité van oordeel dat het niet nodig is een wet af te kondigen die donorinseminatie verbiedt aan lesbische paren. Een dergelijke wet zou het pluralisme van de bestaande opvattingen binnen onze maatschappij niet respecteren. Hierdoor ontstaat een risico op een soort “voortplantingstoerisme”, wat we al zien vanuit Frankrijk.

Blijft het feit dat meer doorgedreven en langduriger onderzoek nodig is om duidelijkheid te krijgen over de vraag wat nu werkelijk in het belang van het kind is.

Alleenstaande vrouwen

In het algemeen hebben de centra voor infertiliteitsbehandeling de ervaring dat de aanvragen van alleenstaande vrouwen vaak problematisch zijn. De situatie en de motivatie van de alleenstaande vrouwen variëren sterk. Een deel van die vrouwen heeft bovenmatig grote verwachtingen ten aanzien van het toekomstige kind dat vaak als taak heeft om zin te geven aan het leven van de moeder. De afwezigheid van een voldoende sterk sociaal netwerk of het bestaan van dubbelzinnige relaties met een partner leiden er vaak toe dat de centra een behandeling weigeren.

We weten relatief weinig over de toekomst van kinderen die opgevoed worden door vrouwen die bewust alleenstaand moeder geworden zijn door middel van donorinseminatie. Sommige leden achten het noodzakelijk voor de opvoeding van het kind dat het wordt geconfronteerd met twee volwassen opvoeders in een “driehoeksrelatie”. In afwezigheid van twee opvoeders

komen zijn wensen op een duale manier tegenover die van zijn of haar enige opvoeder te staan, zonder een derde partij die kan tussenkomen bij conflicten. De vergelijking met moeders die hun kind (eren) alleen opvoeden, bijvoorbeeld na het overlijden van de partner of na een scheiding, is weinig relevant aangezien deze vrouwen niet van bij de aanvang de intentie hadden om alleen deze verantwoordelijkheid op zich te nemen. In dergelijke gevallen blijft de vader bestaan hetzij omdat hij alimentatie betaalt of over bezoekrecht beschikt, maar ook zonder bijdrage of bezoekrecht wordt hij erkend als iemand die bestaat of ooit bestaan heeft. De zeldzame onderzoeken (die meestal betrekking hebben op zeer kleine aantallen) tonen geen bijzondere moeilijkheden aan bij de kinderen van vrouwen die bewust met behulp van donorinseminatie een kind hebben gekregen.

Sommige leden van het Comité menen dat het niet ethisch verantwoord is om donorinseminatie te verrichten bij alleenstaande vrouwen.

Andere leden aanvaarden dergelijke aanvragen in principe. Zij dringen niettemin aan op de noodzaak van doorgedreven counseling en goed uitgewerkte psychologische evaluatie.

2.1.4. De voorwaarden gesteld aan de donor of door de donor zelf

Naast het feit dat de donor in goede algemene gezondheid moet verkeren, moet hij ook een evenwichtige persoonlijkheid hebben en de capaciteiten hebben om een vrije en geïnformeerde beslissing te nemen. Om die redenen, en omwille van de speciale aard van de donatie (men draagt bij tot de geboorte van een kind), worden slechts meerderjarigen als donor aanvaard. Volgens sommigen is voorafgaand vaderschap wenselijk om de kans te vergroten dat de donor in staat is om een werkelijk geïnformeerde toestemming te geven.

Een bijzondere ethische vraagstelling dringt zich op voor wat betreft de zogenaamde “*gerichte donaties*”: de keuze die de donor zou maken om zijn donatie te reserveren voor een welbepaalde categorie ontvangers. Bepaalde donoren zouden aldus bijvoorbeeld hun donatie kunnen reserveren voor heteroseksuele ontvangers en weigeren dat hun donatie gebruikt wordt voor lesbische paren. Twee posities ten opzichte van deze situatie blijken te leven binnen het Comité.

De eerste groep verdedigt de idee dat de donatie een vrijwillige daad is van de donor. De donor moet vrij zijn om deze keuze te maken en hier voorwaarden aan te verbinden. Een donor beschikt immers over het bestemmingsrecht van zijn lichaamsdelen en -producten, een logisch gevolg van het algemeen erkend meesterschap over het eigen lichaam.

Andere leden menen daarentegen dat de keuze voor de bestemming van zijn donatie een inbreuk kan vormen op het gelijkheidsbeginsel en zou neerkomen op een maatschappelijke erkenning van een discriminatie. De algemene ethische principes, zoals rechtvaardigheid en gelijkheid, laten ons toe om te argumenteren dat een onderscheid dat gebaseerd is op seksuele geaardheid niet aanvaardbaar is.

Noteren we tenslotte dat *gepersonaliseerde* spermadonaties aan een vrouw of paar zeldzaam zijn in onze cultuur. Wij hebben hierover slechts weinig gegevens ter beschikking.

2.1.5. De voorwaarden opgelegd door de ontvangers

Er stelt zich een ethisch probleem wat betreft de criteria die kunnen gevraagd worden door de ontvangers met betrekking tot de selectie van de donor uit wiens donatie hun kind verwekt zal worden.

De overgrote meerderheid van de ontvangers wenst een donor van dezelfde etnische oorsprong als zichzelf en de sperbank aanvaarden die wens. Men oordeelt dat die wens niet gebaseerd is op een houding van discriminatie maar dat ze bedoeld is om de integratie en aanpassing van het kind in het gezin en zijn omgeving te vergemakkelijken. De vrijwillige keuze van ontvangers voor een donor van een andere etnische oorsprong dan henzelf is

mogelijk in strijd met het gelijkheidsbeginsel en kan op grond daarvan worden afgewezen. In uitzonderlijke omstandigheden, wanneer geen donor van de eigen etnie beschikbaar is, kan een donor van een andere etnie worden aanvaard.

Meer algemeen zal de uitgebreidheid van de informatie die gevraagd wordt door de ontvangers hieronder behandeld worden in het kader van de vraag naar niet-identificerende informatie.

2.2. Geheimhouding tegenover het kind. Het recht van het kind om zijn oorsprong te kennen

De keuze voor geheimhouding betekent dat de ouders hun kind niet informeren over het feit dat het met behulp van donorgameten is verwekt. Deze vraag moet duidelijk onderscheiden worden van de vraag of de naam van de donor al dan niet moet worden vrijgegeven aan het kind (de anonimiteit). Die vraag wordt in het volgende onderdeel behandeld (Zie punt 2.4.).

In onze gemeenschap leiden de culturele gewoonten er meestal toe dat het “echte” ouderschap toegewezen wordt aan de genetische ouders van het kind. Het sociaal-opvoedkundig ouderschap wordt ervaren als minder krachtig en minder legitiem. Uit onderzoek blijkt dat daarom de grote meerderheid van de heteroseksuele ouders niet aan hun kind vertelt dat het geboren werd uit spermadonatie. Ze vrezen dat de donor ervaren zal worden als vervanger van de sociale vader en dat deze achtergesteld wordt in zijn rol van echtgenoot en vader. Ze willen het kind behoeden voor psychologische en sociale problemen, en zo de band met de sociaal-opvoedkundige vader beschermen.

De vraag rond geheimhouding stelt zich natuurlijk anders voor alleenstaande vrouwen en voor lesbische paren ¹⁷. In die gevallen zal het kind zich noodzakelijkerwijze vragen stellen omtrent de genetische vader. De moeders kunnen dan, afhankelijk van hun opvattingen, verwijzen naar een fictief contact met een man dan wel het kind inlichten over zijn donorafstamming.

2.2.1. Ethisch-juridische vragen

Geheimhouding tegenover het kind stelt eveneens juridische vragen. De meningen met betrekking tot de rechten van het kind verschillen gevoelig op internationale schaal. Deze meningen liggen vast in verschillende wetgevingen in verband met donatie van gameten, anonimiteit en behoud van geheimhouding. In de internationale context wordt vaak verwezen naar artikel 7 van de Conventie over de rechten van het kind van de Verenigde Naties. Deze conventie geeft “aan het kind in de mate van het mogelijke, het recht om zijn ouders te kennen en door hen te worden opgevoed”. Tevens wordt in artikel 8 van de Conventie voor de bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden van de Raad van Europa het respect voor het privé-leven gewaarborgd. De interpretatie van die artikels is evenwel niet eenduidig en laat elke lidstaat de mogelijkheid om er een eigen invulling aan te geven.

Het belangrijkste meningsverschil ligt in de invulling van het ouderschap. Men kan ‘ouders’ immers zowel definiëren als de ‘personen uit wiens genetische materiaal het kind is ontstaan’ of als de ‘personen die het kind opvoeden’. Het lijkt niet erg redelijk om deze teksten te interpreteren in de zin dat aan ouders verboden wordt om aan een kind kennis over zijn genetische oorsprong te onthouden. Dit zou immers inhouden dat elk kind het recht heeft om zijn ouders te verplichten - meestal de vader - om zich te onderwerpen aan onderzoek naar het genetisch ouderschap. Naast de aantasting die zulk een regel zou betekenen voor het recht van de ouders op zelfbeschikking, zou dit belangrijke risico’s inhouden voor het behoud van de

¹⁷ Het geval van mannelijke homoseksuele paren wordt hier niet besproken, aangezien dit de tussenkomst van een draagmoeder veronderstelt. Dit wordt in een later advies behandeld.

vrede in het gezin¹⁸.

Een bijkomende vraag stelt zich hier sinds de wet op de patiëntenrechten van kracht werd waardoor iedereen een kopie van zijn medisch dossier kan opvragen. De arts kan echter inzage in het dossier weigeren indien hij oordeelt dat het in tegenspraak is met het belang van de patiënt of met de belangen van derden. Men moet dus beslissen of de donorinseminatie al dan niet deel uitmaakt van het medisch dossier, zowel het dossier van de ontvangster als het pediatrisch dossier van het kind. Sommige leden van het Comité die geheimhouding verwerpen, menen dat deze gegevens dienen voor te komen in het dossier dat ingekeken mag worden. Aan de andere zijde vinden de leden van het Comité die het recht op geheimhouding door de ouders verdedigen, dat dit gegeven geen deel moet uitmaken van dat onderdeel van het medisch dossier dat kan meegedeeld worden omdat dit een onaanvaardbare inbreuk op het privé-leven van de ouders zou inhouden. Zoals hierboven reeds aangehaald, houdt de overgrote meerderheid van de ouders de donorafstamming geheim voor hun kind.

2.2.2. Psychologische aspecten

Het behoud van de geheimhouding tegenover het kind met betrekking tot zijn genetische oorsprong zou gevolgen kunnen hebben voor zijn psychologische ontwikkeling. De appreciatie van deze risico's verschilt nogal.

Sommigen verdedigen de idee dat het bestaan van een geheim in een gezin of tussen personen die een intieme relatie met elkaar onderhouden, schadelijk kan zijn voor de relatie met het kind en voor zijn ontwikkeling. Deze hypothese is gebaseerd op bepaalde gevallen van familiale psychotherapie of psychoanalyse waarbij bleek dat relationele problemen en soms zelfs psychologische problemen, hun oorsprong vonden in het bestaan van een geheim binnen de familie. Dit geheim zou terughoudendheid en niet uitgesproken zaken met zich meebrengen wanneer bepaalde onderwerpen besproken worden. Dit zou dan weer bij het kind een gevoel van gevaar en een gebrek aan vertrouwen in de ouders kunnen met zich meebrengen. Omwille van de aard zelf van deze problemen bestaan er geen statistische studies die deze klinische gegevens kunnen aantonen.

Het opheffen van de geheimhouding heeft het voordeel dat een ongedwongen situatie gecreëerd wordt waarin het niet noodzakelijk is om geheimhouding naar het kind toe te bewaren en waarin er geen risico is op het per ongeluk onthullen van dit geheim.

Bovendien blijkt uit de getuigenis van mensen die op latere leeftijd hun donor-oorsprong vernamen, dat dit kan leiden tot een ernstige identiteitscrisis en tot een breuk in de vertrouwensband met de ouders. De ongewilde onthulling van het geheim wordt negatiever beoordeeld omdat het geheim niet vrijwillig werd geopenbaard. Het psychologisch trauma voor het kind ontstaat door een samenvoeging van verschillende factoren. De eerste factor is het doorknippen van de historische band waardoor het kind zich verbonden weet in continuïteit met zijn familie. De tweede houdt verband met het geheim zelf: er wordt iets – slechts?, schandelijks? – voor hem verborgen gehouden. De derde factor is de breuk in het vertrouwen van een kind dat zijn ouders hem steeds de waarheid vertellen, een vertrouwen waarop de waarheid van hun affectie gebaseerd is.

De getuigenissen van personen die hun donorafstamming op latere leeftijd vernamen, geven aan dat dit tot een ernstige identiteitscrisis kan leiden en een vertrouwensbreuk tussen ouders en kinderen kan veroorzaken. Door de erg persoonlijke aard van het probleem bestaat er ook hier geen statistische informatie over welk percentage kinderen na het vernemen van de donorafstamming ernstige problemen ontwikkeld. Bovendien is niet duidelijk of donorkinderen ook problemen zouden hebben indien ze reeds op jonge leeftijd zouden zijn ingelicht en dus zouden opgroeien met deze kennis.

¹⁸ Uit bloedanalyses bij pasgeborenen is gebleken dat er soms onverenigbaarheden zijn met de bloedgroep van de wettelijke vader.

Anderen onderstrepen dat de reële gevaren van het bekend geraken van het geheim op latere leeftijd niets zeggen over de effecten van een geslaagde geheimhouding voor het kind. Zij stellen daarentegen dat er op dit ogenblik geen empirische bewijzen voorhanden zijn voor het feit dat het behoud van het geheim met betrekking tot de wijze van conceptie een negatief effect zou hebben op de ontwikkeling van de betrokken kinderen of op hun relaties binnen het gezin.

Bepaalde leden herinneren tenslotte aan het groeiende belang van de genetica in onze gezondheidszorg en aan de toename van de genetische testen. Dergelijke onderzoeken zouden het geheim in het gedrang kunnen brengen. Het risico wordt steeds groter dat iemand na een genetische test ontdekt dat zijn sociale vader niet zijn genetische vader is.

Zoals men kan merken zijn de argumenten niet doorslaggevend noch in de richting van de geheimhouding noch in de richting van het opheffen ervan.

Voor sommigen maken de rechten van het kind, het risico dat het kind loopt op problemen bij een accidentele onthulling van het geheim en de positieve waarde van openheid in de opvoeding dat men de ouders moet aanmoedigen om aan hun kind, en dit reeds op jonge leeftijd, de conceptiemethode te onthullen.

Voor anderen is het behoud van het geheim een keuze van de ouders die daardoor te kennen geven dat ze de eenheid in de familie wensen te behouden en elke tussenkomst van een derde volledig wensen uit te sluiten. Deze keuze moet welingelicht gebeuren en dus dient men de ouders tijdens de counseling te informeren over mogelijke problemen die zich kunnen stellen wanneer ze besluiten om de geheimhouding te bewaren. Toch moet men hen, uit respect voor hun autonomie, de keuze laten, zelfs al denkt men dat een andere houding beter zou zijn voor gezin en kind. Net zoals bij genetische counseling komt het uiteindelijk aan de ouders toe om te beslissen welke houding ze aannemen ten opzichte van het kind dat zal geboren worden.

Samenvatting van de vraag naar geheimhouding

De leden van het Comité zijn van oordeel dat geen enkel argument sterk genoeg is om de ouders die opteren voor geheimhouding ertoe te dwingen deze geheimhouding op te heffen. Het recht van een kind om zijn conceptiewijze te kennen, lijkt hen minder belangrijk dan het recht van de ouders om het type van opvoeding te kiezen die zij hun kind wensen te geven alsook hun recht op bescherming van hun privé-leven. Bovendien menen zij dat de wettigheid van het ouderschap veel meer steunt op het sociaal-educatieve aspect dan op het genetische aspect.

Er kunnen argumenten worden aangevoerd om dit standpunt van de leden te nuanceren.

Het eerste argument is dat, als ouders een vrije keuze moeten kunnen maken, dit niet automatisch ook geldt voor de medische instelling. Zij heeft immers een publiek karakter en het argument van het privé-leven geldt niet op dezelfde manier. Het verzorgende personeel heeft niet dezelfde rechten en plichten als ouders ten opzichte van het kind dat ze op de wereld helpen zetten. Hier dient te worden opgemerkt dat het verzorgende personeel gehouden is aan het beroepsgeheim dat van openbare orde is en dat onmisbaar is met het oog op een vertrouwensrelatie met de patiënten. Het schenden van beroepsgeheim ten opzichte van de aanvragers van donorinseminatie zou volgens de Comitéleden veel negatievere gevolgen hebben dan de plicht om de kinderen hun conceptiewijze mee te delen. Naast het feit dat het vertrouwen in het beroepsgeheim wordt aangetast, zou men ook kunnen vrezen dat de aanvragers van donorinseminatie hun toevlucht zullen nemen tot amateuristische en dus gevaarlijke praktijken voor hun gezondheid, of dat er een “voortplantingstoerisme” ontstaat naar landen met wetten die hen beter beschermen.

Het tweede argument dat verder gaat dan het belang van het juridische en psychologische recht van kinderen om de wijze te kennen waarop ze zijn verwekt, heeft betrekking op hun gezondheid. Het is mogelijk dat de kennis van genetische determinanten van aandoeningen

steeds belangrijker wordt voor het stellen van diagnoses en het bepalen van therapieën in de toekomst. Momenteel ziet het er naar uit dat de rechtstreekse genetische analyse op basis van de eigen cellen meestal volstaat en dat het bijgevolg niet nodig is om cellen te nemen van de bloedverwanten in opgaande lijn maar hierover bestaat nog geen zekerheid.

Het derde argument is dat andere landen, zoals bijvoorbeeld Nederland, wetten hebben goedgekeurd die het kind vanaf een bepaalde leeftijd het recht geven om hun conceptiewijze te kennen. Deze wetten blijven echter erg genuanceerd en hebben slechts betrekking op kinderen die redenen hebben om hun oorsprong in twijfel te trekken. In dergelijke gevallen is het niet aan de ouders of aan het verzorgende personeel om het kind op de hoogte te brengen van zijn conceptiewijze, maar wel aan een bij wet aangesteld, extern orgaan dat toegang heeft tot de gegevens maar dat ook de relevantie van de aanvraag moet beoordelen. Er wordt in Nederland ten slotte een onderscheid bewaard tussen het recht om de conceptiewijze te kennen - deze informatie is toegankelijk vanaf de leeftijd van twaalf jaar - en het recht om de identiteit te kennen van de donor - informatie toegankelijk vanaf zestien jaar en tegen strengere voorwaarden.

De Comitéleden willen ten slotte het belang benadrukken van de beslissingen die worden genomen door de ontvangers en de donoren. Ze nemen deze beslissingen in de bestaande context van overeenkomsten. Het zou niet aanvaardbaar zijn dat een aanpassing van de wetgeving die deze overeenkomsten zou wijzigen, van toepassing zou zijn op de overeenkomsten die reeds werden aangegaan in het kader van een procedure van donorinseminatie op basis van bestaande overeenkomsten. Het is onontbeerlijk dat alle partijen in het kader van een medisch begeleide voortplanting hun beslissingen nemen op grond van de voorwaarden die hen worden aangeboden en waarop ze dan ook volledig kunnen vertrouwen.

2.3. Anonimiteit

De anonimiteit bestaat erin dat de donor enerzijds, de ontvanger en het kind anderzijds elkaars respectieve identiteit niet kennen en niet kunnen kennen. Men kan een onderscheid maken tussen een bekende donor wiens identiteit bekend is aan de ontvanger(s) op het ogenblik van de donatie en een *identificeerbare* donor wiens naam aan het kind kan worden meegedeeld op een later ogenblik. Men dient eraan te herinneren dat de spermabanken steeds een register bijhouden met de namen van de donoren en de ontvangers om de oorsprong van eventuele medische aandoeningen bij het kind op te sporen. In de hypothese van de anonimiteit zouden deze registers onder een bijzonder strikte bescherming moeten worden geplaatst.

De meerderheid van de landen garandeert op dit ogenblik de anonimiteit van de donor maar er is de laatste jaren een duidelijke verschuiving waar te nemen naar een grotere openheid en naar een opheffing van de donoranonimiteit.

De houding die wordt aangenomen ten opzichte van de anonimiteit is grotendeels verbonden met de erkenning van het recht van een kind om zijn genetische oorsprong of afstamming te kennen. Als algemene regel geldt dat rechten de bekrachtiging zijn van belangen. Er bestaat echter geen overeenstemming over de vraag of het kind een belang heeft bij het kennen van zijn of haar genetische afstamming. Niettemin betekent de aanvaarding van dit recht van het kind niet automatisch dat dit kind in alle omstandigheden het recht heeft om de identiteit van zijn genetische ouders te kennen. De belangen van de ouders, van de ontvangers en van de donoren dienen ook in rekening gebracht te worden. Er kunnen drie houdingen worden onderscheiden: de eerste houding geeft aan het kind niet het recht om zijn oorsprong te kennen. De tweede houding staat dit wel toe en laat dit recht overheersen op de rechten van de andere betrokkenen. De derde positie erkent het recht maar maakt een afweging met de rechten van de andere belanghebbenden en tracht hierin een genuanceerd standpunt in te nemen.

2.3.1. Voor het behoud van de anonimiteit

Voor het behoud van de anonimiteit worden argumenten aangevoerd met betrekking tot de belangen van de verschillende deelnemers.

- De bescherming van de donor: de donor verzaakt in principe aan al zijn rechten en wettelijke verplichtingen die het gevolg zijn van het gebruik van zijn gameten bij de voortplanting. Elke inmenging van de ontvangers of het kind in zijn privé-leven wordt uitgesloten. Voor deze positie is het noodzakelijk dat men de nodige juridische beschikkingen treft opdat deze verzekering tegenstelbaar zou zijn aan de ontvangers en het kind zelf, indien de identiteit van de donor per ongeluk zou bekend worden.

- De bescherming van het privé-leven van de ouders-ontvangers: voor de verdedigers van de anonimiteit dient de ontvangende familie de mogelijkheid te hebben om zich onafhankelijk van elke inmenging van een derde te ontwikkelen en dit zowel wat betreft de relatie binnen het paar als wat betreft de ouderschapsband. Bovendien dient het gezin in dat geval ook afstand te doen van elke aanspraak ten opzichte van de donor. Deze keuze moet definitief kunnen zijn. Dit houdt in dat hierover grondig nagedacht dient te worden tijdens de counseling voor de beslissing genomen wordt.

De anonimiteit wijzigt de aard van de donatie zelf. De donatie wordt onpersoonlijker en wordt meer beschouwd als louter biologisch - genetisch materiaal dat toelaat om een probleem van onvruchtbaarheid bij de ontvangers op te lossen. De traditionele dimensies van een gift tussen mensen worden zoveel mogelijk geannuleerd. Bovendien verleent deze houding een overheersende waarde aan de opvoedkundige relatie in het gezin ten opzichte van de genetische, biologische relatie.

- De bescherming van het kind: diegenen die vasthouden aan de anonimiteit menen dat er geen consensus bestaat over de vraag of een kind belang heeft bij het kennen van zijn genetische oorsprong. Indien men, gekoppeld aan de anonimiteit, de geheimhouding over de afstamming bewaart (zie hierboven), zal het kind zijn sociale ouders beschouwen als zijn genetische ouders en men kan dan ook veronderstellen dat het niet zal lijden onder welk vooroordeel ook.

2.3.2. Voor het opheffen van de anonimiteit

Volgens deze leden dient het recht van het kind om de informatie met betrekking tot zijn oorsprong te kennen de overhand te hebben op de rechten van de andere betrokkenen. Dit wordt aanbevolen door bepaalde internationale regels betreffende de rechten van het kind, tenminste indien men in het recht op het kennen van zijn ouders de term ‘ouders’ interpreteert als genetische ouders. De autoriteiten dienen schikkingen te treffen die aan het kind toelaten om zijn genetische oorsprong terug te vinden. Deze leden menen dat het kennen van zijn genetische oorsprong nodig is voor de vorming van de identiteit en essentieel is om zichzelf te leren kennen en een plaats te geven in de sociale structuur. De genetische band wordt in deze visie prioritair geacht tegenover de socio-educatieve band voor het bepalen van het ouderschap.

Vanuit een kwalitatief oogpunt ligt het belangrijkste gevolg van het opheffen van de anonimiteit in de mogelijkheid dat er zich persoonlijke contacten ontwikkelen tussen donor, ontvanger(s) en kind(eren). Toch moet men hier een belangrijk onderscheid maken tussen de bekende donor waarvan de identiteit bekend is vanaf het ogenblik van de donatie en de *identificeerbare* donor waarvan het kind later de naam kan te weten komen indien het dit wenst. In die landen waar de wet voorziet in deze mogelijkheden kan dit gebeuren vanaf de leeftijd van 16 of 18 jaar.

De meerderheid van de voorstanders van het opheffen van de anonimiteit stelt voor om zich te houden aan de identificeerbare donor. Dat is bijvoorbeeld het standpunt dat ingenomen werd door de recente Nederlandse wet. Die wet geeft aan dat vanaf mei 2004 alle donoren identificeerbaar dienen te zijn. In dat geval kan de donor geen contact hebben met het kind tot

aan de adolescentie. De ouder-kind relatie kan zich dan ontwikkelen zonder tussenkomst van de donor, hetgeen het merendeel van de ontvangers verkiest. Deze regeling lijkt eveneens ingegeven door voorzichtigheidsoverwegingen. Zo blijkt uit processen die gevoerd werden in Nederland tussen lesbische paren en hun gekende spermadonoren dat de oorspronkelijke afspraken die gemaakt werden met betrekking tot de relatie met het kind niet steeds gerespecteerd worden.

Deze optie heeft het voordeel dat het kind dat door zijn ouders werd ingelicht over zijn donorafstamming later contact met de donor kan opnemen. Vooral voor alleenstaande moeders en lesbische paren lijkt die mogelijkheid erg belangrijk: bepaalde leden van het Comité onderstrepen dat in die gevallen het kind niet over een vaderlijke vervanger beschikt.

Tenslotte heeft deze optie het voordeel dat de donor in zijn statuut van menselijk persoon wordt hersteld en dat aldus wordt vermeden dat hij herleid wordt tot een leverancier van biologisch materiaal. Zij die deze mening aanhangen menen dat de waarde en waardigheid van de menselijke partners in de donatie aldus beter gerespecteerd zal worden.

Een mogelijk gevolg van het opheffen van de anonimiteit is een reductie van het aantal kandidaat-donoren. Er zou een tekort aan donoren kunnen ontstaan. Wanneer men rekening houdt met de mogelijkheid dat kinderen na de opheffing van de anonimiteit later in hun leven op zoek gaan naar hun genetische vader, dan ligt het voor de hand dat het aantal ontvangers per donor sterk beperkt wordt (3 à 5 families). Ook door die bijkomende beperking zullen er meer donoren nodig zijn om hetzelfde aantal ontvangers te helpen. Bovendien kan het feit dat men identificeerbaarheid eist, het aantal kandidaat-donoren doen dalen. Diegenen die vasthouden aan het opheffen van de anonimiteit menen dat de daling van het aantal donoren een relatief zwak argument is en niet opweegt tegen de ethische en sociale principes die, in hun ogen althans, op het spel staan in deze vraagstelling.

2.3.3. Gemengd standpunt (tweesporenbeleid - afweging van de belangen)

De aanhangers van dit standpunt erkennen het recht van een meerderjarig geworden kind om zijn oorsprong te kennen als een *prima facie* recht; het recht geldt en dient gerespecteerd te worden tenzij de rechten van de andere betrokken partijen, zoals het recht op respect voor het privé-leven van de donor of het recht op autonomie van de ouders, zwaarder wegen. Het erkennen van een informatierecht betreffende de persoonlijke gegevens van het kind betekent niet dat dit recht belangrijker is, zonder afweging, dan de rechten van de andere betrokkenen wanneer er een conflict tussen deze rechten ontstaat. Zelfs die landen die de donoranonimiteit opheffen (en die bijgevolg van mening zijn dat het recht op respect voor het privé-leven van de donor ondergeschikt is aan de rechten van het kind) menen nog steeds dat de ouders, op grond van hun autonomie, zelf mogen beslissen of ze al dan niet aan het kind zijn donorherkomst onthullen.

Het tweesporenbeleid houdt een dubbele keuze in: de donor kiest om identificeerbaar te zijn of anoniem te blijven en de ontvangers kiezen om sperma te krijgen van een anonieme of identificeerbare donor. Dit systeem wordt toegepast in een aantal spermabanken in de Verenigde Staten en werd toegepast in het vruchtbaarheidscentrum in Leiden tot de herziening van de Nederlandse wet die hierboven aangehaald werd. Deze constructie creëert een systeem waarin de rechten van alle betrokkenen maximaal wordt gerespecteerd maar creëert een hiërarchie in hun rechten. Het ontvangende paar blijft volledig meester over het geheim van de conceptiewijze. Hierbij dient herinnerd aan het feit dat dit eveneens het geval kan zijn voor alleenstaande vrouwen, of vrouwelijke paren. Indien de ouders op een gegeven ogenblik beslissen om aan het kind te onthullen dat het is geboren dank zij een gametendonatie, blijven zij gerechtigd om een identificeerbare of een niet-identificeerbare donor te kiezen. Dit recht primeert op dat van de donor, vermits het het ontvangend paar is dat kiest of de donor identificeerbaar zal zijn of niet. Het primeert op het recht van het kind (minstens tijdens zijn minderjarigheid), vermits de ouders ervoor kiezen om tegenover dit laatste het geheim te

bewaren of niet, en/of een identificeerbare donor te kiezen of niet. Overigens blijft de donor vrij om zijn statuut te kiezen, met name om al dan niet identificeerbaar te zijn. Ten slotte behoudt het adolescente of meerderjarige kind, in enkele landen zoals Nederland, de mogelijkheid om de donor te kennen indien het toereikende motieven naar voren kan brengen om het te vragen, én als de donor ermee instemt.

Aangezien in dit systeem, de twee partijen, ontvanger en donor, in principe een onomkeerbare keuze maken, is het absoluut noodzakelijk om goede counseling te voorzien voor wat betreft de mogelijke gevolgen van hun keuze, vooral voor het kind.

De voordelen van dit systeem zijn de volgende.

Het systeem zal leiden tot een maximale openheid van de ouders ten aanzien van het kind. Op dit ogenblik houden sommige ouders de donorafstamming geheim omdat ze geen informatie kunnen geven over de persoon van de donor. Indien de donoranonimiteit wordt opgeheven, zullen sommige andere ouders dan weer de donorafstamming geheimhouden omdat de persoon van de donor als te bedreigend wordt ervaren. Indien ze echter zelf het type donor kunnen kiezen, kunnen ze dat type kiezen dat hen toelaat hun kind in te lichten over zijn oorsprong.

Het systeem kan zowel bij de ontvangers als bij de donoren tot een meer doordachte keuze leiden. Op dit ogenblik dienen de donor noch de ouders zich immers echt te bezinnen over hun positie in heden en toekomst omdat de anonimiteit of identificeerbaarheid van de donor reeds voor hen werd beslist door de wetgever of het fertiliteitscentrum.

Binnen dit systeem wordt het welzijn van het kind beschouwd binnen de familie en niet als geïsoleerd individu met bepaalde rechten. Over het algemeen is het kind gelukkig wanneer het in een gezin leeft dat zijn eigen coherentie creëert in de verschillende aspecten van hun relaties.

De autonomie van ouders en donor wordt maximaal gerespecteerd. Op indirecte wijze impliceert dit respect eveneens het aanvaarden van een moreel pluralisme wat betreft de vorming en structuur van het gezin. Er bestaat geen enig correcte manier om een “goed” gezin te stichten.

De keuze tussen de verschillende mogelijkheden zou toelaten om objectieve informatie te verzamelen over de effecten van anonimiteit en informatieverstrekking op de ontwikkeling van het kind en de latere relaties tussen de betrokkenen.

Ten slotte zou dit systeem toelaten om het huidige donoraantal te behouden en zelfs te vergroten. De beschikbare informatie wijst erop dat na de verplichte opheffing van de anonimiteit, het aantal donoren zou terugvallen tot ongeveer 20 % van de populatie donoren die op dit moment beschikbaar is. Het behoud van een redelijk donoraantal is belangrijk voor de praktische werkbaarheid van een spermabank. Toch is dit argument slechts relatief: men moet afwegen in welke mate de negatieve gevolgen van het naleven van de regel opwegen tegen de nadelen van het verlies aan donoren. Indien de spermabanken niet meer op een adequate manier kunnen voldoen aan de vraag van de ontvangers, zouden de ontvangers hun toevlucht kunnen nemen tot clandestiene circuits of zich naar het buitenland moeten begeven. Naast de problemen op gebied van volksgezondheid en sociale discriminatie die hiervan het gevolg zouden kunnen zijn, zouden de rechten en de bescherming van het kind niet beter gerespecteerd worden aangezien de clandestiene circuits geen enkele garantie hierop bieden.

Onder de leden van het Comité vindt men deze drie meningen terug: voor de anonimiteit, voor het verbod op anonimiteit en voor het gemengde systeem.

De leden van het Comité wensen twee algemene aanbevelingen te doen:

- *men moet er over waken dat, welke ook het systeem is dat inzake anonimiteit wordt ingenomen, de betrokkenen verzekerd zijn van het respect voor hun keuze. Men kan niet aanvaarden dat voor deze aangelegenheden, wijzigingen met terugwerkende kracht*

worden aangebracht.

- *Iedere afstammingsrelatie tussen de donor en de afstammelingen moet worden uitgesloten, ongeacht welk systeem wordt aangenomen. Een dergelijke band zou afbreuk doen aan de essentie van de donatie zelf.*

2.4. Niet-identificerende informatie

Niet-identificerende informatie omvat gegevens over de persoon van de donor die anderen niet in staat stelt om zijn identiteit te achterhalen. Deze informatie kan erg algemeen blijven: lichaamstype van de donor, grootte, kleur of type van het haar. Maar ze kan ook erg gedetailleerde gegevens bevatten in verband met de persoonlijkheid van de donor, zoals in de VS gebeurt: de smaak van de donor, zijn levenskeuze, zijn filosofische overtuiging, een bandopname van zijn stem en tot zelfs een robotfoto toe.

Meerdere vragen stellen zich hier. Deze vragen hebben ethische gevolgen.

Het fantasme van ‘alles is genetisch’

Volgens sommige leden wordt de wens naar niet-identificerende informatie door sommige koppels ingegeven door de idee dat alle kenmerken genetisch bepaald zijn. Bepaalde koppels denken dat, in het kielzog van vooroordelen die heden ten dage vrij verspreid zijn, een mens bijna volledig bepaald wordt door zijn genen: fysiek, psychologisch en tot zelfs zijn filosofische opvattingen toe. Deze overtuiging is wetenschappelijk gezien helemaal fout. Vooreerst is de genetica van het kind bepaald door die van beide ouders en niet alleen door de donor van de gameten. Vervolgens zullen de educatieve, fysieke, psychologische en culturele omgeving van het kind fundamenteel de expressiemogelijkheden van dit genetisch potentieel beïnvloeden. Tenslotte kan de overtuiging van zulk een sterk genetisch determinisme ertoe leiden dat de rol van de menselijke vrijheid in het leven van de mens ontkend wordt. Dit leidt tot het wegnemen van de verantwoordelijkheid van de ouders als opvoeders aangezien het kind aldus opgesloten wordt in een toekomst waarin het geen enkele macht heeft. Tenslotte gaat de nadruk op de genetische afstamming helemaal in tegen het belang dat gehecht wordt aan de sociaal-opvoedkundige band in het concept van ouderschap. De sociaal-educatieve band legitimeert juist dat hulp gezocht wordt in donorinseminatie en zorgt ervoor dat het kan lukken. Het is dus onmisbaar, voor sommige leden, met betrekking tot de vraag van de ontvangers naar niet-identificeerbare informatie, dat in counseling zorg besteed wordt aan het verwijderen van deze “alles is genetisch”-overtuiging.

Andere leden wijzen erop dat de vraag naar niet-identificerende informatie niet hoeft ingegeven te zijn door een dergelijke misvatting. De vraag naar informatie over de donor kan deel uitmaken van de wens om zich een beeld te vormen van de persoon van de man die zal bijdragen tot het realiseren van de kinderwens. Bovendien kan een dergelijke overtuiging over de genetische bepaaldheid van eigenschappen net zo goed een rol spelen wanneer mensen, die zich op natuurlijke wijze kunnen voortplanten, een partner kiezen.

De positie van het kind ten opzichte van de verlangens van de ouders

Voor een eerste groep kan het verlangen naar niet-identificerende informatie over de donor bedreigend zijn voor de autonomie van het kind. De verlangens van de ouders met betrekking tot de toekomst van hun kind zijn een motivatie voor hun engagement in het opvoeden van dat kind en in het verlangen naar welzijn voor hun kind. Toch is het eveneens nodig dat de ouders open blijven staan voor de oorspronkelijkheid, het onverwachte waarvan elk kind blijk zal geven. De kwaliteit van dit openstaan voor het onverwachte bepaalt de toegang van het kind tot zijn autonomie als volwassene. Men moet dus een redelijke grens bepalen in het vinden van niet-identificerende informatie over de donor en dit in die mate dat een teveel aan gewenste details zou kunnen leiden tot het legitiem maken van het idee dat men een kind “op maat” kan krijgen en het kind opgesloten wordt in een vooraf gefabriceerd beeld. Zonder twijfel kan geen enkele reglementering a-priori de noodzakelijke beperkingen bepalen om

“het onverwachte” bij het kind te vrijwaren. Overleg tussen de verschillende spermabanken en diensten voor gynaecologie-verloskunde en de ervaringen die opgedaan worden in de counseling met de ontvangers, kunnen echter wel leiden tot redelijke procedures.

Voor een andere groep is die veronderstelling volkomen uit de lucht gegrepen. De verwijzing naar kinderen op maat dient uitsluitend om legitieme wensen van de ontvangende vrouwen in een slecht daglicht te plaatsen. Men onderschat de eis die men stelt aan vrouwen om geïnsemineerd te worden met zaad van een donor waarover ze niets mogen weten. Men verwacht van hen een blind vertrouwen in de arts en het fertiliteitscentrum. Kennis van niet-identificerende informatie, en de mogelijkheid om op grond daarvan een keuze te maken, is voor deze leden een onderdeel van de verandering van de procedure waardoor de directe betrokkenen, en in eerste instantie de vrouw, meer macht en controle over het hele gebeuren krijgen. De redenering dat informatie leidt tot een kind op maat toegepast op de natuurlijke voortplanting zou tot de conclusie moeten leiden dat mensen die een kind willen niets van elkaar zouden mogen weten aangezien ze dan de autonomie van het kind niet meer zouden kunnen respecteren.

De respectievelijke rol van ontvanger en zorgverstrekker in deze keuzes

Bepaalde leden leggen de nadruk op het recht op autonomie van de ontvangers. Zij moeten bepalen hoeveel informatie ze willen ontvangen en op basis waarvan ze een keuze willen maken. Andere leden van het Comité menen dat het respect voor de autonomie van de ontvangers ook plaats moet laten voor de rol en verantwoordelijkheid van de verzorgingsteams in de evaluatie en overdracht van informatie over de donor. De zorgverstrekkers, die niet louter als technici maar ook als volwaardige personen betrokken zijn in het proces, moeten volgens hen een rol spelen in de keuze van de uitgebreidheid van de informatie die wordt doorgegeven.

Terwijl de eerste groep in deze deelname van de verzorgers een risico op paternalistische interventie ziet, ziet de tweede groep er een verantwoordelijkheid van de verzorgers in.

Bijkomende overwegingen

Sommigen menen dat indien de ontvangers een erg gedetailleerd beeld wensen te krijgen van de donor, deze donor dan een persoon wordt die erg nabij is in hun geest. Er zou dan een contradictie zijn met het feit dat men tegelijkertijd wil dat die persoon geen enkele ouderschapsrol te vervullen heeft bij de conceptie van het kind en dit door anoniem te blijven. Ook zou er een asymmetrie zijn tussen de gedetailleerde psychologische aanwezigheid van het beeld van de donor bij de ouders en de geheimhouding die behouden zou blijven jegens het kind met betrekking tot zijn oorsprong. In dergelijke gevallen zou het redelijker zijn om een beroep te doen op een gekende donor om niet te blijven hangen in het imaginaire.

Anderen menen dat de vraag naar niet-identificerende informatie en de mogelijkheid om op basis daarvan te kunnen kiezen, gerechtvaardigd wordt door de wens om niet volledig afhankelijk te zijn van anderen. De ontvangers zijn de eerste directe betrokkenen die het grootste belang hebben bij de donatie. Het is dan ook vanzelfsprekend dat ze proberen zeggenschap en controle te hebben over die gebeurtenis.

Praktische mogelijkheden

Tenslotte moet er bij de vraag naar niet-identificerende informatie ook rekening gehouden worden met de praktische mogelijkheden. Het invullen van een vragenlijst vraagt immers een inspanning van de donor. Men kan slechts een beperkte inspanning vragen van vrijwillige donoren. Ellenlange vragenlijsten met zeer gedetailleerde informatie kunnen slechts gevraagd worden indien de gametendonoren betaald worden zoals in de VS. De donatie van gameten wordt dan een commerciële handeling. Maar in Europa wordt commercialisering algemeen verworpen en dit om redenen die in het volgende hoofdstuk worden ontwikkeld. Dit betekent niet dat aan de donoren niet een beperkt aantal vragen kan worden gesteld waarvan men weet

of vermoedt dat de antwoorden door de ontvangers en de kinderen als interessant worden beschouwd.

Het oogpunt van het kind

De vraag naar niet-identificerende informatie kan ook gesteld worden vanuit het standpunt van het kind. Tot op vandaag weten we weinig over de aard van de informatie over de donor waarover kinderen, op de hoogte gebracht door hun ouders, wensen te beschikken. Dergelijk onderzoek is nodig om beter te bepalen welke niet-identificerende informatie nuttig is. Dergelijke informatie kan dan deel uitmaken van het minimumprofiel en het vrijgeven ervan zou dan een voorwaarde kunnen zijn die de spermabanken stellen vooraleer de donor kan doneren. Dit minimumprofiel zou ook kunnen aangevuld worden met andere gegevens die de donor wil vrijgeven.

Het oogpunt van de donor

De niet-identificerende informatie heeft geen of praktisch geen weerslag op het privé-leven van de donor, aangezien de band tussen de donor en de ontvanger verbroken is door het behoud van de anonimiteit. Iedere mogelijkheid op contact, alle risico's op vorderingen of juridische conflicten moeten dus uitgesloten zijn en de wetgeving moet in deze worden aangepast zodat de eventuele nadelen voor de donor die het gevolg zouden zijn van het verschaffen van deze persoonlijke informatie kleiner zijn dan het voordeel dat deze informatie zou kunnen betekenen voor de ontvangers en voor het kind.

2.5. Vergoeding en betaling. Commercialiseren

In het merendeel van de Europese landen verbiedt men de betaling voor lichaamsmateriaal. Men kan verschillende ethische redenen naar voren schuiven om deze regel te schragen.

De symboliek van de menselijke waardigheid

De betaling voor delen van het menselijk lichaam of voor producten ervan, leidt ertoe dat men zou menen dat het lichaam voor bepaalde onderdelen kan losgekoppeld worden van wat de basis vormt voor de menselijke waardigheid. Maar de persoon en zijn waardigheid zijn essentiële symbolische constructies voor het opzetten van elke menselijke samenleving en voor de kwaliteit van de relaties die eraan ten gronde liggen. Onder de elementen die dit symbolisch bouwwerk uitmaken, speelt het lichaam een heel belangrijke rol als bron voor wat beleefd werd en voor de identiteit van elke mens. In onze Europese traditie zijn er heel wat mensen die vrezen dat bepaalde lichaamsdelen losmaken uit deze symbolische constructie als handelswaar, het geheel van de constructie breekbaarder zou kunnen maken. In een gemeenschap waar technologische en commerciële objectivering een aanzienlijk gewicht krijgen toebedeeld, zien ze het risico dat de concrete steunpilaren van dit symbool voor het respect voor de menselijke persoon, langzaam aan belang zouden verliezen. Daarom wensen ze elke commercialisering van het menselijk lichaam, delen van het lichaam of producten ervan te verbieden ¹⁹.

Het spel van commerciële winsten

Door de winsten die zouden ontstaan bij betaling voor delen van het menselijk lichaam, zou een druk worden gecreëerd om ermee in te stemmen. Hierdoor zou de beslissingsvrijheid van zeer arme mensen veranderen. De betaling die de donatie zou vervangen gaat in tegen het altruïsme en de solidariteit die in een samenleving de kwaliteit van de relaties tussen mensen bevorderen. Hierdoor ontstaat er een prioriteit van de sterkeren ten opzichte van de zwakkeren. Ook al kan men aan de armen niet verwijten dat ze delen van hun lichaam wensen

¹⁹ We herinneren eraan dat we hier niet de vraag stellen naar de (on)wettelijkheid van de commercialisering van het lichaam in het kader van de prostitutie.

te verkopen om hun naasten ter hulp te komen, toch kan men niet aanvaarden dat een sociale toestand noodsituaties creëert die tot dergelijke situaties aanleiding geven. Deze noodsituaties dienen gecorrigeerd te worden door de solidariteit en niet door het commercialiseren van lichaamsdelen.

Op praktisch vlak voor gametendonatie

kan men onder meer vrezen dat de aantrekking van winst ertoe leidt dat kandidaat-donoren bepaalde essentiële medische gegevens zullen verbergen. Tenslotte zou betaling ertoe kunnen leiden dat mensen bereid zijn om hoge bedragen te betalen voor een donor met specifieke kenmerken.

Spermadonoren ontvangen vandaag een forfaitaire som als vergoeding voor hun onkosten. Om een duidelijk onderscheid te behouden tussen vergoeding en betaling, zouden de reële kosten bewezen dienen te worden. Rekening houdend met de praktische moeilijkheden die hierdoor zouden optreden voor de donoren en de klinieken, lijkt een redelijk forfait echter aanvaardbaar. De Nationale Raad van de Orde van geneesheren aanvaardt een billijke vergoeding voor gametendonoren. Deze compensatie dient onder meer gebaseerd te zijn op een redelijke evaluatie van de tijd die besteed wordt aan de donatie en van de ongemakken en kan niet beschouwd worden als een betaling voor gameten. De spermadonor - weliswaar in mindere mate dan de eiceldonor - heeft verplaatsingskosten, dient zich te onderwerpen aan een reeks onderzoeken en heeft allerlei ongemakken. Zoals reeds vermeld, zou het wenselijk zijn dat het bedrag van deze schadeloosstelling hetzelfde zou zijn bij alle spermabanken.

Om voldoende donoren aan te trekken, is het belangrijk dat een zekere vorm van 'beloning' wordt gegeven. Volgens de traditionele regels van de gift wordt een gift dankbaar aangenomen en beantwoord met een wedergift. Die beloning hoeft niet financieel te zijn maar kan zich vertalen in het verstrekken van informatie over de donatie (bijvoorbeeld laten weten of er kinderen geboren zijn uit zijn donatie) en door een toegenomen maatschappelijke erkenning van de bijdrage van de donor, zoals bij bloeddonoren. Die erkenning zou reeds tot uitdrukking moeten komen in een meer respectvolle houding van het medisch personeel van bepaalde spermabanken.

2.6. Kwaliteitscriteria

De werking van een spermabank moet onderworpen blijven aan de regels van de 'good medical practice'. De donoren moeten over een goede algemene gezondheid beschikken, zonder antecedenten van seksueel overdraagbare aandoeningen of hepatitis. In hun familiegeschiedenis mogen geen erfelijke ziekten voorkomen.

In het licht hiervan wordt op dit ogenblik geoordeeld dat inseminatie met vers sperma niet langer aanvaardbaar is. De donor kan immers het HIV-virus hebben opgelopen en zich in de vensterperiode bevinden van de opsporingstesten (ongeveer twee maanden). De huidige procedure bestaat erin om het donorsperma in alle gevallen in te vriezen, zelfs wanneer het gaat om een gekende donor, zodat na een periode van "quarantaine" de niet-besmetting van het sperma kan worden aangetoond.

De kwestie van de familiale anamnese en meer bepaald van de genetische tests die worden gedaan bij de donor doen delicate vragen rijzen. Op basis van de huidige wetenschap is bekend dat we allemaal drager zijn van drie of vier recessieve genetische aandoeningen (dit zijn aandoeningen die slechts actief worden wanneer bepaalde genen gelijktijdig aanwezig zijn met hetzelfde gen bij de partner) en dat bij vele ziekten een genetisch factor een rol speelt. Indien de familiegeschiedenis en tests garantie moeten bieden dat er geen enkele erfelijke ziekte in het spel is, dan zou niemand zich nog kunnen voortplanten. In deze materies is de droom van een perfect genetisch kind dan ook uit den boze. Elke normale persoon draagt in zijn genetisch patrimonium een of andere aandoening, en de toenemende nauwkeurigheid

van genetische tests zal zeker het aantal opspoorbare aandoeningen verhogen. De idee van een perfect genoom is dan ook in hoge mate irrealistisch. Het is van belang om restrictief te werk te gaan: met de genetische opsporingstests moet worden vermeden dat een donor de ontvangende familie blootstelt aan een groter risico dan het risico dat de algemene bevolking loopt. Zo is bij sommige recessieve aandoeningen de aanwezigheid van een recessief gen geen contra-indicatie voor een schenking op voorwaarde dat deze aandoening kan worden opgespoord en dus uitgesloten bij de ontvangende vrouw, waardoor wordt vermeden dat een ziek kind wordt geboren.

De meeste Belgische centra voeren een karyotype uit van de donor evenals een opsporingsonderzoek van mucoviscidose terwijl dit onderzoek niet van toepassing is in Frankrijk waar het zelfs op aanvraag wordt geweigerd. Dit verschil in beoordeling heeft te maken met het belang dat wordt gehecht aan het statistische risico van een aandoening ten overstaan van de regel om een neiging tot eugenisme te vermijden. Indien deze opsporing niet wordt gedaan, dan bedraagt het risico dat een donor die drager is van het recessieve gen van mucoviscidose in aanraking komt met een ontvanger die ook drager is 1 %. Dit is het risico van de algemene bevolking. Bij ons is men echter van oordeel dat wanneer ouders hun toevlucht zoeken tot medische technieken om een kind te verwekken, het aanvaardbaar is dat zij extra veiligheid eisen. In België worden specifieke groepen onderworpen aan bepaalde genetische tests zoals de opsporing van thalassemie bij donoren van mediterrane afkomst of van drepanocytose bij Afrikaanse donoren.

2.7. Bijzondere verplichtingen van de spermabanken

De vraag stelt zich of, naast de gebruikelijke regelgeving i.v.m. goede medische praktijkvoering, bijzondere verplichtingen moeten opgelegd worden aan de spermabanken.

Bijhouden van een register.

Op medisch vlak laat het bijhouden van een register toe om de identiteit van de donor te verbinden met die van de ontvangers en met de kinderen die geboren worden uit het gebruikte sperma. Dit is nuttig of zelfs noodzakelijk om de oorzaak van eventuele aandoeningen te kunnen opsporen die zouden optreden tijdens de ontwikkeling van de kinderen.

Het bestaan van een dergelijk register is ook van belang indien aan de kinderen het recht wordt gegeven om hun biologische vader te vinden, eventueel tegen de wens in van hun sociaal-opvoedkundige ouders. Deze vraagstelling wordt hieronder besproken naar aanleiding van de anonimiteit van de donor en de geheimhouding.

Indien een dergelijk register verplicht zou worden gemaakt, zal het nodig zijn om strikt de vertrouwelijkheidsregels en het toegangsrecht ertoe te bepalen.

Coördinatie tussen spermabanken.

In de huidige situatie is er geen enkele coördinatie tussen de spermabanken verplicht. Door een betere coördinatie en door de uitwisseling van wetenschappelijke gegevens zou de vooruitgang in bepaalde domeinen bevorderd kunnen worden. Dit zou toelaten om beter de criteria te bepalen met betrekking tot de medische en psychologische kenmerken die geëist worden van de donoren. Het zou goed zijn indien er een consensus zou bestaan over het maximale aantal geboorten per donor. Coördinatie zou eveneens voorkomen dat een zelfde donor zich kan richten tot meerdere banken zonder dat hij daarvan melding maakt. Eveneens zou, zoals de Orde van geneesheren aanbeveelt, de forfaitaire tegemoetkoming die toegekend wordt aan de donoren, gelijkgesteld moeten worden tussen de verschillende spermabanken.

De procedures die gevolgd worden door de spermabanken zouden gecoördineerd moeten worden met de procedures die gevolgd worden door de centra die donorinseminatie verrichten. Het gaat hier bijvoorbeeld om de niet-identificerende informatie over de donor, die aan de ontvangster of aan het ontvangend paar wordt medegedeeld. Maar dit is eveneens van toepassing voor de follow-up procedures die door de fertiliteitscentra worden opgestart: worden ze geïnformeerd of een zwangerschap uit hun donatie is gevolgd? Welke informatie

wordt doorgegeven aan de behandelende geneesheer? Welke informatie wordt doorgegeven aan de pediater die het kind zal opvolgen? Deze vragen worden heden ten dage verschillend opgelost, al naargelang de spermabank of het fertiliteitscentrum dat de inseminatie uitvoert. Maar deze vragen dienen ook nieuwe antwoorden te krijgen in functie van de recente wet op de patiëntenrechten. Men zal moeten uitmaken of het kind wel of niet kennis kan nemen van zijn pediatriesch dossier of van het dossier van zijn moeder na haar overlijden en wat dit dossier dient te bevatten.

Om al deze redenen is het nodig om een coördinatie- en controlesysteem op te zetten tussen de verschillende spermabanken onderling en tussen de spermabanken en de centra die de inseminatie uitvoeren. Deze vraag is (nog) niet van toepassing op de donatie van eicellen, aangezien het op dit ogenblik zeer moeilijk is eicellen in te vriezen.

Een dergelijk centraal coördinatie-orgaan verzamelt de gegevens van alle banken en de banken kunnen het centrale bestand raadplegen. Dit zou de keuzemogelijkheid van de centra, en eventueel van de ontvangers, vergroten wat betreft de door hen gewenste of gezochte eigenschappen van de donor. Dit organisme zou eveneens de hierboven aangehaalde regels kunnen opleggen en de toepassing kunnen controleren. Dit betekent niet dat men één enkele centrale spermabank moet organiseren naar het model van de bloedtransfusie. De veelheid van spermabanken zou een betere garantie bieden voor het behoud van de filosofische diversiteit van de betrokkenen.

III. EICELDONATIE

A. De huidige medische procedures

Vanuit *medisch* oogpunt is eiceldonatie volkomen verschillend van spermadonatie. Om eicellen te kunnen doneren moet een vrouw gedurende meerdere dagen hormonen innemen opdat er meerdere follikels zouden rijpen. Vervolgens moet zij een kleine chirurgische ingreep ondergaan om de aanwezige rijpe eicellen weg te halen.

De risico's van deze procedure zijn dezelfde als voor een vrouw die een in-vitrofertilisatie-behandeling ondergaat, meer bepaald:

- Problemen van verstoord water- en elektrolytmetabolisme.
Deze mogelijke problemen (+/- 1 % van de gevallen) zijn meestal onschuldig maar kunnen in sommige gevallen zorgwekkende proporties aannemen waarbij zelfs hospitalisatie is vereist. In de literatuur zijn ook gevallen gekend met een dodelijke afloop, ook in België.
- Het risico, in zeldzame gevallen, om ten gevolge van de stimulatie, nadien definitief steriel te zijn.
- Het risico op adertrombose, gelijkaardig aan het risico bij bepaalde contraceptiva (+/- 1/1500).
- Enkele patiënten ondervinden kleine neurovegetatieve ongemakken.
- Ten slotte bestaat voor enkelen ook het risico van een ongewenste zwangerschap indien ze zich tijdens de stimulatie niet onthouden van seksueel contact.

De wettelijke verantwoordelijkheid van de geneesheer die eicellen wegneemt en de verzekering van de eiceldonoren zijn op dit ogenblik onduidelijk. De donor ondergaat immers een medische behandeling die niet bedoeld is om haar gezondheid te bevorderen. In strikt wettelijke zin zouden dergelijke behandelingen onder de kwalificatie opzettelijke slagen en verwondingen kunnen vallen indien er iets mis gaat. De wet van 1994 op de bloeddonatie voorziet de donatie van eicellen niet en de wet van 1981 op de orgaandonatie sluit expliciet de donatie van gameten uit. Het lijkt dan ook noodzakelijk dat aanpassingen worden aangebracht zodat zowel de donor als de geneesheer van de zelfde wettelijke bescherming en verzekering zouden kunnen genieten als in de andere gevallen van donatie.

De cryobewaring van de eicellen bevindt zich nog in een experimentele fase. Er werden reeds enkele zwangerschappen verkregen na invriezen en de techniek evolueert voortdurend, maar de klinische toepassing ervan blijft niettemin beperkt. De moeilijkheid om eicellen in te vriezen maakt dat het op dit ogenblik niet mogelijk is om eicelbanken aan te leggen. Eiceldonatie is bijgevolg aangewezen op het gebruik van “verse” eicellen en er kan niet met 100 % zekerheid gezegd worden dat de donor seronegatief is. Het is immers mogelijk dat zij zich, op het ogenblik van de donatie, in de eerste besmettingsfase bevindt waarin alle hiv-testen negatief zijn. Daarom worden in sommige landen, waaronder Frankrijk, met de gedoneerde eicellen embryo's gemaakt die vervolgens worden ingevroren voor een periode van zes maanden. Tijdens die periode kan de seronegativiteit van de donor worden nagegaan. Het invriezen en ontdooien van de embryo's vermindert echter aanzienlijk de slaagkansen van een behandeling.

De medische selectiecriteria van de eiceldonoren zijn dezelfde als voor spermadonoren: een goede algemene gezondheid en geen erfelijke of seksueel overdraagbare ziekten. Bovendien hanteren de meeste centra 35 jaar als maximumleeftijd voor de donoren, omdat vanaf deze leeftijd er een te groot risico bestaat dat er te weinig eicellen zijn of dat ze van slechte kwaliteit zijn.

B. Ethische vragen

Een groot aantal ethische vragen zijn dezelfde voor sperma- en eiceldonatie. De vereiste medische procedures en de grotere medische risico's bij eiceldonatie zorgen er echter voor dat er voor laatstgenoemde enkele specifieke vragen rijzen.

1. De vrijheid van beslissing van de donoren

De zware medische procedures maken dat er zich weinig vrouwen aanbieden als vrijwillige eiceldonor. De kandidaat-ontvangers zijn meestal genoodzaakt om hun donor te zoeken binnen hun familie- en vriendenkring.

1.1. Donatie binnen de familie- of vriendenkring

Het betreft meestal een donatie tussen zussen en tussen vriendinnen. Verschillende motieven spelen een rol bij het kiezen van een zus of vriendin als donor. Vanzelfsprekend is het ontbreken van een realistisch alternatief niet onbelangrijk; er zijn immers weinig vrijwillige eiceldonoren voorhanden. Daarnaast is de genetische relatie met de donor een zeer belangrijk gegeven voor sommige ontvangers. Tenslotte is de bekendheid met de persoon van de donor (weten wie doneert) belangrijk. Die motieven komen gedeeltelijk tot uiting in de keuze voor of tegen kruisdonatie (zie verder).

De donor, zus of vriendin, laat zich leiden door haar affectieve band met de vrouw die het kind zal dragen en door de intensere ervaring van het leed van onvruchtbaarheid waarvan zij getuige is. Voor een aantal donoren is het ook belangrijk te weten dat het kind een goede opvoeding zal krijgen. Sommige leden vrezen dat door de sterke band die bestaat tussen twee zussen of twee vriendinnen, er een reëel gevaar bestaat dat de donor zich moreel verplicht voelt om mee te werken. Andere leden menen daarentegen dat het gevoel van morele verplichting ten aanzien van een familielid of vriend in nood waardevol is en dat de persoonlijke vrijheid door dergelijke gevoelens niet in gevaar wordt gebracht. Het ligt voor de hand dat een dergelijk verschil in waardering niet op theoretisch vlak kan worden opgelost aangezien de vrijheid waarover personen beschikken afhankelijk is van hun psychologisch evenwicht en van de specifieke omgevingsfactoren. Alleen goede psychologische counseling kan, geval per geval, uitmaken of er voldoende vrijheid aanwezig is bij donor zowel als bij ontvanger.

In eerder zeldzame gevallen is er sprake van intergenerationele donaties waarbij de moeder voor de dochter doneert of omgekeerd. Deze vorm van donaties stelt bijzondere problemen. Voor bepaalde leden houdt deze structuur een te groot risico in voor de beslissingsvrijheid van de betrokkenen. Bovendien vrezen ze dat het kind, dat een directe relatie zal hebben met twee generaties, hierdoor identiteitsproblemen zal ontwikkelen. De intergenerationele donatie stelt daarenboven vaak problemen in verband met de leeftijd van de betrokkenen (zie verder).

1.2. Vrijwillige eiceldonoren

Hoewel de symbolische waarde van eiceldonatie niet zo verschillend is van die van spermadonatie, verschillen de procedures aanzienlijk wat betreft de zwaarte van de ongemakken en de gezondheidsrisico's. Daarom moeten de drijfveren die iemand aanzetten tot dergelijke donaties veel grondiger worden afgewogen dan bij spermadonatie.

Uit studies blijkt dat een aanzienlijk aantal eiceldonoren verklaart een 'voortplantings'-trauma te hebben meegemaakt. Dit kan onder meer een miskraam zijn, een zwangerschapsonderbreking of een on vervulde kinderwens. De eiceldonatie kan in deze gevallen een manier zijn om deze trauma's te verwerken. Ook al is hier voorzichtigheid geboden, toch vormt dit geen reden om deze kandidaten a priori uit te sluiten. Begeleiding door een ervaren team is wel noodzakelijk in dergelijke gevallen. Er moet heel voorzichtig worden omgegaan met het uitsluiten van donoren omwille van hun persoonlijke motivaties

maar het is ook belangrijk dat vrouwen met te onrealistische verwachtingen worden afgewezen.

1.3. De “egg sharing” procedure

Een derde vorm van eiceldonatie is “egg sharing”, d.w.z. het afstaan van een deel van de eigen eicellen aan anderen. Een vrouw die een ovariële stimulatie moet ondergaan in het kader van haar eigen in-vitrofertilisatiebehandeling aanvaardt dat een deel van haar eicellen aan een andere vrouw worden gedoneerd indien er meer dan acht rijpe eicellen kunnen worden geoogst. Als tegenprestatie betaalt de ontvanger een deel van de behandeling van de donor. Deze procedure wordt vooral veel toegepast in het Verenigd Koninkrijk maar vindt ook in België plaats.

Die procedure heeft als voordeel dat de eiceldonor de stimulatie en wegname van de eicellen niet ondergaat in het kader van de donatie maar voor haar eigen medische behandeling. Een psychologisch risico is dat het voor de donor erg moeilijk te verwerken kan zijn indien de ontvanger van de eicellen zwanger wordt en de donor zelf niet. Dit risico is echter erg klein aangezien die donaties vrijwel altijd anoniem zijn en er vaak geen informatie over het resultaat van de donatie aan de donor wordt gegeven. Uit de zeldzame studies die omtrent de beleving van “egg sharers” zijn gemaakt, blijkt dat het grootste deel van de donoren die zelf niet zwanger werden hun medewerking niet betreurden. Een aantal vrouwen blijkt zelfs enige troost te vinden in de zwangerschap van de ontvanger omdat de hele procedure dan tenminste niet helemaal voor niets is geweest.

De hele procedure doet wel vragen rijzen in verband met het onbaatzuchtig karakter van de donatie (zie verder).

1.4. Donatie tegen betaling

De verkoop van eicellen is een algemeen toegepaste praktijk in de Verenigde Staten. Door de universele toegang tot en verspreiding van het internet hebben ook belangstellenden buiten de VS toegang tot deze donoren. Deze praktijk is in strijd met het principe van niet-commercialisering die van toepassing is in Europese landen.

2. Selectiecriteria van de donoren

- Zoals voor spermadonoren wordt soms gevraagd dat de donor reeds moeder is en geen andere kinderen meer wenst. Er wordt gehoopt dat, door hun moederschap, deze vrouwen beter in staat zijn om een weloverwogen beslissing te nemen. Bovendien moet bij een vrouw die nog geen kinderen heeft rekening worden gehouden met het risico – hoe klein ook – dat ze door de behandeling onvruchtbaar wordt. Het zou erg pijnlijk zijn indien een vrouw haar kinderwens niet zou kunnen realiseren doordat ze anderen geholpen heeft om een kind te krijgen. Het lijkt moeilijk om hieruit een verplichtende regel af te leiden bij de selectie van de donoren, maar het is duidelijk dat hier een grotere voorzichtigheid noodzakelijk is dan bij spermadonatie.

- Vele centra hanteren 35 jaar als maximumleeftijd voor eiceldonatie, en dit om medische redenen. Gezien de affectieve band die vaak bestaat tussen de donor en de onvruchtbare vrouw, is het moeilijk om deze maximumleeftijd als verplichte regel in te voeren. In geval van bekende donatie, kan de ontvanger, mits volledig ingelicht te zijn over de risico's, beslissen om toch een oudere donor te aanvaarden.

3. Selectiecriteria van de ontvangers

Wat de selectie van de ontvangers betreft, zijn de algemene ethische criteria voor eiceldonatie dezelfde als voor de spermadonatie (zie II.B.1 en 2.1.).

Een specifiek probleem stelt zich hier wanneer de eicelontvanger menopauzaal is. Deze vraag werd reeds aangehaald in advies nr. 19 betreffende de bestemming van ingevroren embryo's

en doorverwezen naar dit advies.

De menopauze wordt gekenmerkt door het feit dat er geen eicellen meer rijpen. Er moet een onderscheid worden gemaakt tussen enerzijds de vrouwen die op jonge leeftijd in menopauze gaan of bij wie de menopauze opgewekt is door medische behandelingen (vb. kankerbestrijding) en anderzijds de vrouwen die op natuurlijke wijze en door hun leeftijd in menopauze gaan.

De ontwikkelingen zoals het invriezen van ovarieel weefsels en toekomstige ontwikkelingen zoals het in vitro rijpen, en het invriezen van eicellen, laten toe te voorspellen dat dergelijke vrouwen een kind zullen kunnen verwekken op latere leeftijd, waarbij gebruik wordt gemaakt van hun eigen kiembaancellen. Momenteel bestaat de mogelijkheid reeds om eigen embryo's te laten invriezen en deze pas in te planten na de menopauze.

In dergelijke situaties stelt de leeftijd van de vrouwen een ethisch probleem. Er bestaat in de eerste plaats een medisch probleem inzake de gezondheidsrisico's voor de vrouw. In de tweede plaats bestaat er een meningsverschil over het vermogen van oudere ouders om de opvoeding van hun kinderen te vervullen. Het is bijgevolg mogelijk dat het recht op autonomie van de ouders hier in conflict komt met de belangen van het kind. Deze problematiek lijkt echter te complex om hier behandeld te worden en zal het onderwerp uitmaken van een apart advies.

4. Gerichte en/of gepersonaliseerde donatie

Dit onderwerp kwam reeds aan bod in het kader van spermadonatie, zie II.B. 2.1.4. De hierboven aangehaalde beschouwingen worden hierna aangevuld met enkele overwegingen die eigen zijn aan de eiceldonatie.

4.1. Keuze van de ontvanger door de donor

De *gepersonaliseerde donatie* is de donatie waarbij de donor verklaart haar eicellen uitsluitend te willen schenken aan één bepaalde persoon. Dit is vaak het geval voor donatie tussen zussen of vriendinnen. Zelfs indien er geen genetische band bestaat, willen sommige donoren dat hun eicellen enkel gebruikt worden door de persoon die zij kennen en vertrouwen. Deze persoonlijke keuzes komen veel vaker voor dan bij spermadonatie. In principe roepen die keuzes geen bijzondere ethische problemen op. Iedereen heeft immers het recht om een schenking te doen aan een persoon naar keuze, op voorwaarde dat dit gebaar niet indruist tegen de juridische regels en de gangbare ethische visies in de samenleving. Men moet niettemin aandachtig blijven voor relationele moeilijkheden die kunnen opduiken tussen donor en ontvanger en binnen de familie. Rolverwarringen bij het kind kunnen niet worden uitgesloten. Het is belangrijk dat klare en duidelijke voorafgaande afspraken worden gemaakt tussen donor en ontvanger en dat de counseling dit aspect behandelt.

De *gerichte donatie* is de donatie die uitsluitend bestemd is voor specifieke groepen. Aan een donatie kan bijvoorbeeld de voorwaarde zijn verbonden dat de eicellen niet mogen gebruikt worden door vrouwen na de menopauze of door lesbische vrouwen. Deze mogelijkheid is doorgaans niet aanvaard voor andere schenkingen van lichaamsweefsels, zoals bloed of organen. Wat de donatie van gameten betreft, wordt een gerichte donatie over het algemeen wel aanvaard omdat ervan wordt uitgegaan dat deze schenking een bijzondere betekenis heeft voor de donoren, aangezien het resulteert in de geboorte van een kind. Gerichte donatie als discriminatie ten opzichte van bepaalde categorieën kan wel problemen geven zoals reeds werd aangehaald voor spermadonatie. (II.B. 2.1.4.).

4.2. Keuze van de donor door de ontvangers

De grote meerderheid van de eiceldonaties in België zijn gepersonaliseerde donaties. Het ligt voor de hand dat een ontvanger geen donor zal vragen indien ze die persoon niet graag mag of haar eicellen niet wenst te ontvangen, om welke reden dan ook. De vertrouwensrelatie tussen

de donor en de ontvanger is van primordiaal belang om ongepaste inmenging van de donor in het gezinsleven van het ontvangende paar en in de opvoeding van het kind te vermijden. Voor de anonieme donaties zijn de voorwaarden die de ontvanger kan opleggen, analoog aan deze voor de spermadonatie (II.B. 2.1.5).

5. Geheimhouding

In tegenstelling tot wat men zou verwachten wanneer de ontvanger weet wie haar donor is, worden de omgeving en het kind zelf niet noodzakelijk ingelicht noch over het gebruik van donoreicellen, noch over de identiteit van de donor. Wanneer de vrouw in haar familie of vriendenkring naar een donor heeft gezocht, moet ze er evenwel rekening mee houden dat een aantal mensen op de hoogte zijn van haar fertiliteitsprobleem en van de noodzaak tot het gebruik van donoreicellen. Paren die een beroep doen op eiceldonatie lijken doorgaans echter minder problemen te hebben met het verstrekken van deze informatie aan hun kind. Dit kan onder meer verklaard worden door het feit dat de vrouw een zeer grote biologische bijdrage levert aan de ontwikkeling en de geboorte van het kind. Het gevoel van moederschap heeft psychologisch gezien veel meer te maken met het feit dat de vrouw gedurende negen maanden haar kind draagt dan met de genetische inbreng van haar eicellen. Het feit van geen kind te kunnen verwekken met eigen genetische cellen wordt door de vrouw als veel minder negatief ervaren voor haar zelfbeeld dan door de man.

De vraag betreffende het geheimhouden voor het kind van zijn donorafstamming wordt bijgevolg minder gesteld bij eiceldonatie en roept ook minder spanningen op. Indien de informatie toch wordt geheimgehouden, dan krijgen we hier te maken met dezelfde problemen als bij spermadonatie (II.B. 2.2.).

6. Anonimiteit van de donor voor de ontvanger

Zoals voor spermadonatie, moet bij de donoren waarvan de naam mag vrijgegeven worden, een onderscheid worden gemaakt tussen de donoren die gekend zijn van bij het begin en de identificeerbare donoren. Een *identificeerbare* donor is een vrouw die de toestemming geeft om haar naam op een later tijdstip mee te delen. Het vrijgeven van deze informatie hangt bijna altijd samen met de leeftijd en de maturiteit van het kind (16 of 18 jaar) en gebeurt bijna steeds op initiatief van het kind wanneer het al dan niet per toeval de omstandigheden van zijn ontstaan heeft vernomen.

Gezien het beperkte aantal vrijwillige en anonieme kandidaat-donoren, zien de kandidaat-ontvangers zich vaak genoodzaakt om een donor te zoeken in haar familie- of vriendenkring. Een vrouw die binnen haar sociale omgeving een donor zoekt, heeft nog steeds de mogelijkheid om de donorafstamming en a fortiori de identiteit van de donor voor het kind geheim te houden.

Deze wederzijdse kennis van identiteit kan moeilijkheden doen ontstaan inzake *de vrijheid van opvoeding van de ontvangers*. Wanneer de donor van bij de aanvang is gekend, wat het geval is wanneer het een zus of vriendin is, kan de duur van hun onderlinge band (die tientallen jaren kan beslaan) en de permanente interactie die mogelijk wordt, leiden tot allerlei conflicten en verwickelingen. Dit is het geval bijvoorbeeld wanneer één van de twee partijen wenst dat het kind niet op de hoogte wordt gebracht van de donatie. Deze situatie schept de mogelijkheid dat op diverse manieren morele en psychologische druk wordt uitgeoefend. Nauwkeurige afspraken en een goede omkadering zijn dan ook noodzakelijk om dit soort van conflicten tot een minimum te beperken. Een aantal aanwijzingen manen aan tot voorzichtigheid. Diverse studies tonen aan dat een belangrijke minderheid van gekende eiceldonoren een zeker verantwoordelijkheidsgevoel heeft ten opzichte van de kinderen die geboren zijn als gevolg van hun donatie. Diezelfde reden zet er overigens bepaalde donoren toe aan om te opteren voor gekende donatie. Aangezien de donor aanwezig is bij de opvoeding van het kind, van op afstand of van dichtbij, kunnen er conflicten ontstaan wanneer

de donor meent dat het kind geen goede opvoeding krijgt. Nog meer dan voor andere vruchtbaarheidstechnieken vereist de gekende donatie een grondige counseling en moet gekozen worden voor donoren met een grote maturiteit. De enige basis voor een goede verstandhouding is en blijft het wederzijdse vertrouwen tussen beide partijen.

Om mogelijke conflicten te vermijden, bevelen sommige medische teams de *kruisdonatie of wisseldonatie aan*, waarbij de anonimiteit van de donor en de ontvanger behouden blijft. Wanneer een ontvanger het geluk heeft een donor te vinden maar ze de voorkeur geeft aan anonimiteit, dan kan de ontvanger in samenspraak met de donor opteren voor het systeem waarbij vrouw A de eicellen krijgt van de donor gevonden door vrouw B en vice versa. De donor weet in dat geval voor wie zij de donatie doet maar niet *aan* wie. Ze blijft anoniem aangezien de persoon die haar eicellen krijgt haar identiteit niet kent.

Naast de vragen omtrent de relatie tussen de donor en de ontvanger, is de belangrijkste ethische vraag met betrekking tot de anonimiteit het recht van het kind om zijn genetische herkomst te kennen. We verwijzen hiervoor naar wat werd geschreven met betrekking tot spermadonatie (II.B. 2.3.).

Indien de partijen kiezen voor anonimiteit, dan stelt zich de vraag van de overdracht van niet-identificerende informatie. Deze vraag roept dezelfde beschouwingen op als voor spermadonatie (II.B. 2.4.).

7. Beloning en betaling

De algemeen ethische aspecten van de betaling van gameten werden reeds behandeld in het hoofdstuk over spermadonatie (II.B. 2.5.).

De vraag naar het al dan niet toelaten van de betaling voor gameten werd voornamelijk gesteld met betrekking tot de eicellen. Gezien het gebrek aan donoren zijn de prijzen in landen waar betaling voor eicellen wel toegelaten is, op korte tijd sterk gestegen. Deze betaling is volledig in strijd met de Europese regel die bepaalt dat betaling voor lichaamsweefsels en -organen niet toegelaten is. Wanneer men de hallucinante bedragen ziet die elders aan kandidaat-donoren worden aangeboden, dan kan hun vrijheid van instemming erg in twijfel worden getrokken. Er zijn klaarblijkelijk heel wat vrouwen die beslissen hun eicellen te doneren op grond van financiële overwegingen. In een aantal gevallen is gebleken dat men tracht vrouwen te overhalen om te doneren en dat men met het oog daarop de mogelijke risico's en ongemakken minimaliseert in de informatie die aan kandidaat-donoren wordt verstrekt.

De leden van het Comité menen overigens dat een schadevergoeding voor de gemaakte kosten en ondergane ongemakken zeker aanvaardbaar is. Om te vermijden dat de prijzen de hoogte worden ingedreven, zouden alle centra voor eiceldonatie gezamenlijk een nauwgezet vergoedingssysteem moeten opstellen. Het spreekt voor zich dat deze vergoeding de medische kosten en verzekeringen dekt. Daarnaast is een bedrag ter compensatie van de gelopen risico's en ondergane ongemakken (bloedafnames, hormonenbehandeling, weghalen van eicellen, enz) en voor de verplaatsingen en bestede tijd beslist gerechtvaardigd.

Binnen de context van de eiceldonatie stelt zich een specifiek probleem in verband met "egg sharing". In dit systeem geeft de vrouw die zelf een in-vitrofertilisatie ondergaat, een aantal van haar eicellen aan een andere vrouw als betaling voor een deel van haar behandeling. Het grote voordeel van dit systeem is dat de donor de behandeling moet ondergaan voor zichzelf en dat zij dus geen bijkomende medische risico's loopt omwille van haar donatie. Zij beperkt anderzijds haar kansen op slagen van de IVF, vermits zij over een kleiner aantal embryo's beschikt. Tot op heden zijn er nog te weinig studies gerealiseerd over de drijfveren en de sociaal-economische situatie van dergelijke donoren om een nauwkeurig beeld te kunnen schetsen van het fenomeen.

Het ethische probleem dat zich hier stelt, is of dit systeem van het delen van eicellen een vorm

van betaling betekent.

De argumentatie in het voordeel van “egg sharing” luidt als volgt: de betaling bij “egg sharing” wil de mensen er niet toe aanzetten om een donatie te doen om daar financieel voordeel uit te halen. De donoren doen het enkel en alleen om de financiële last van een in-vitrofertilisatiebehandeling te verlichten, en voor sommige is het zelfs de enige mogelijkheid om in aanmerking te komen voor een dergelijke behandeling. Ze doen het niet als “broodwinning”.

Voor andere leden stelt het systeem het vrijwillige karakter van een donatie in vraag en is in strijd met de regel die zegt dat elke verhandeling van het menselijke lichaam moet worden geweigerd omdat zij het respect aantast dat mensen voor elkaar dienen te hebben.

Om dit dilemma op te lossen, menen bepaalde leden van het Comité dat het “egg sharing” systeem zou moeten worden toegelaten, mits duidelijke beperkingen worden gerespecteerd. Om de financiële druk te verlichten die de vrijheid van donatie kan belemmeren, en om de indruk te vermijden dat voor de eicellen wordt betaald, stellen zij voor dat de vrouw die bereid is een deel van haar eicellen af te staan hoe dan ook een vermindering toe te staan op de totale kostprijs van haar IVF-behandeling, zelfs wanneer ze niet over voldoende eicellen zou beschikken om aan “egg sharing” te doen.

Sedert 1 juli 2003 is er een nieuw terugbetalingssysteem in voege voor de in-vitrofertilisatiebehandeling waarbij nagenoeg alle kosten worden gedekt. Van de totale kost (€ 1500) valt ongeveer € 300 ten laste van de patiënt, terwijl de rest (ongeveer € 1200) door de sociale zekerheid wordt terugbetaald. De toekomst zal uitmaken of dit de praktijk van “egg sharing” zal beïnvloeden of niet.

IV. AANBEVELINGEN

A. Ethische aanbevelingen

1. Algemene ethische beschouwingen

Vanuit ethisch standpunt dienen enkele prioriteiten te worden vermeld: als eerste prioriteit ervoor zorgen dat de vruchtbaarheidstechnieken niet louter een technische aangelegenheid worden, maar zoveel mogelijk het humane karakter bewaren dat past bij het doorgeven van het leven. Als tweede prioriteit dat het belang van het kind een belangrijk element is in de beslissing. Dit impliceert (1) dat men aandacht heeft voor de kwaliteitsnormen van de spermabank, zodat de gezondheid en de levenskwaliteit van het kind zo goed mogelijk gewaarborgd is, (2) dat de kindervens en het ouderlijk project van de vragende partijen duidelijk authentiek blijken.

Drie algemene ethische posities komen aan het licht aangaande deze zaken binnen het Comité.

- De eerste groep is van oordeel dat de culturele organisatie van het ouderschap en het gezin niet te ver mag afwijken van zijn biologische grondvesten, omdat dit de psychologische vorming van de kinderen en de organisatie van de maatschappij uit balans zou kunnen brengen. Ze onderstrepen het belang van de dubbele seksualiteit van de mens in de vorming van de psychische en sociale identiteit. Ze wijzen erop dat het gebruik van gameten van een donor, en vooral spermadonatie, een moeilijke ervaring is voor een paar. Ze willen dan ook dat de donatie van gameten enkel toegankelijk is voor stabiele heteroseksuele paren, en enkel in geval van genetische aandoeningen of ernstige infertiliteit. Ze oordelen dat vele feiten uit de psychologische diagnostiek en de sociologie – zelfs al bestaan hier geen statistieken van – aanzetten tot een grote voorzichtigheid bij het aanbrengen van wijzigingen in de structuur van het ouderschap en het gezin, en dat deze feiten volstaan om de autonomie van de mens in zijn recht om zich voort te planten te beperken.

- Hiertegenover staan de aanhangers van het recht op autonomie en gelijkheid. Ze komen op voor het recht op voortplanting als een onderdeel van de vrijheid van het persoonlijke leven. Ze ijveren voor pluralisme in de gezinssfeer waarbij ze onderscheid maken tussen de biologische ouder, de juridische ouder en de sociale ouder. Elkeen is vrij om te bepalen binnen welke ouderschapsstructuur hij of zij zich wil voortplanten, al dan niet met behulp van de wetenschap. Het doorslaggevende punt is de intentie en het vermogen van de persoon of personen om het kind een liefdevolle opvoeding te verstrekken. De samenlevingsvorm van de volwassenen kan hierover geen uitsluitel geven. Ze vinden het dus niet gerechtvaardigd om donatie van gameten te weigeren aan lesbische koppels of alleenstaande vrouwen als zodanig. Ze menen dat enkel de situaties waarvan aan de hand van objectieve studies werd aangetoond dat ze schadelijk of gevaarlijk zijn voor de ontwikkeling van het kind verboden mogen worden.

- Een derde groep bevindt zich in een middenpositie. Ze beschouwt enerzijds de bevestiging van één enkel gezinsideaal als te exclusief en te ‘naturalistisch’ en verwerpt anderzijds het bijna absolute recht op voortplanting in naam van autonomie en gelijkheid als te ‘ideologisch’. Ze wil eerst en vooral het belang van het kind in rekening brengen maar zonder tegelijk vast te houden aan de idee dat er slechts één goed gezinstype zou bestaan. Ze erkennen de mogelijkheid voor het kind om gelukkig op te groeien in verschillende gezinstypes.

De drie groepen erkennen de beslissing van de fertiliteitscentra om hun medewerking te weigeren indien ze de situatie als te problematisch beschouwen. Men oordeelt dat de medische teams de vrijheid hebben om te beslissen om bepaalde personen (voor gametendonatie of een andere indicatie voor medisch geassisteerde voortplanting) niet te behandelen wanneer ze het risico voor het kind om in de toekomst geconfronteerd te worden met ernstige hindernissen als te hoog inschatten.

Algemene ethische keuzes worden verschillend ingevuld in functie van bepaalde gangbare culturele overtuigingen in onze maatschappij: het belang van de taak van ouder en de rol van de genetische elementen in de ontwikkeling van personen.

Bij donatie van gameten wordt het biologische ouderschap losgekoppeld van het sociaal-educatieve ouderschap. Binnen onze maatschappij leeft nog te veel de opvatting dat de biologische ouder de ‘echte’ ouder is van het kind. Deze opvatting is nog meer uitgesproken voor de rol van de man dan voor die van de vrouw. De leden van het Comité zijn van oordeel dat het sociaal-educatieve aspect van het ouderschap minstens even belangrijk is als, en zelfs prevaleert op, de biologische band.

Een ander gangbaar vooroordeel, dat wordt versterkt door de vooruitgang van de moderne genetica, is de idee dat het lot van een mens min of meer wordt bepaald door zijn genoom. Een gedachte die niet alleen wetenschappelijk onjuist is maar ook de educatieve verantwoordelijkheid van de ouders afzwakt en de kinderen en de volwassenen beknot in hun vrijheid om hun levensplan zelf in te vullen.

De leden van het ethische Comité zijn van mening dat deze twee vooroordelen dienen te worden bestreden.

De donatie van gameten verbreekt de natuurlijke band die traditioneel bestond tussen de seksuele betrekkingen van de ouders en het verwekken van het kind. In onze maatschappij zijn er mensen die menen, en dit meestal door hun geloofsovertuiging, dat deze band nooit mag worden verbroken en ze veroordelen bijgevolg elke vorm van donatie van gameten. In het Comité zijn er geen aanhangers van dit standpunt.

2. Specifieke ethische kwesties

- Voorwaarden gesteld door de centra betrokken bij donorinseminatie en/of door de gametendonoren

Bepaalde centra en donoren wensen deze procedures voor te behouden voor stabiele heteroseksuele paren en dus lesbische paren en alleenstaande vrouwen uit te sluiten.

Sommige leden van het Comité oordelen dat die praktijken aanvaardbaar zijn terwijl anderen menen dat dit uiting geeft aan een discriminerende houding die in strijd is met de wetten die van toepassing zijn in onze samenleving.

Het lijkt noodzakelijk dat de medische teams die medisch geassisteerde voortplanting verstrekken de vrijheid behouden om personen te weigeren die hen niet in staat lijken om een redelijke ontplooiing van het kind te verzorgen. Die oordelen zijn gefundeerd op complexe motieven en bevatten steeds een element van subjectiviteit. Hoewel het noodzakelijk is om studies uit te voeren ten einde de toekomstige ontwikkeling van het kind beter te voorspellen, zijn die studies niet van die aard dat ze toelaten om precieze criteria te definiëren van het goede gezin of een goede opvoeding. De resultaten kunnen bovendien steeds aangevochten worden. Onze maatschappij wordt gekenmerkt door haar pluralisme en door meerdere interpretaties van de anti-discriminatie-regels. Om deze redenen, menen de leden van het Comité dat men niet moet tussenkomen in de beleidsopties die de fertiliteitscentra hanteren. Het zou wel wenselijk zijn dat de fertiliteitscentra de gewoonte aannemen om hun ervaringen

betreffende de toepassing van de regels uit te wisselen. Er moet ook worden op toegezien dat deze voorwaarden duidelijk identificeerbaar en gekend zijn voor het publiek. De staat moet erover waken dat er een voldoende gevarieerd aanbod is van centra en donoren opdat alle personen die een beroep willen doen op donorinseminatie hiervoor ook in aanmerking komen ongeacht hun seksuele geaardheid en hun opvatting van het ouderschap.

- De geheimhouding van de donorafstamming ten opzichte van het kind

Alle leden van het Comité menen dat de ouders het recht hebben om de omstandigheden van de bevruchting al dan niet aan hun kind mee te delen. Toch zijn er hieromtrent verschillende strekkingen binnen het Comité.

Sommige leden oordelen dat het steeds te verkiezen is om de waarheid te vertellen, zowel principieel als om te vermijden dat het kind toevallig de omstandigheden van zijn conceptie te weten komt. Zij menen dan ook dat hier gedurende de counseling moet worden op aangedrongen bij de ouders. Andere leden zien minder gevaar in het bewaren van het geheim. Zij benadrukken de voordelen voor het kind wanneer het kan opgroeien zonder te worden geconfronteerd met een derde persoon in zijn herkomst of het belang van de ouders om hun eigen gezinsstructuur te bepalen.

- De anonimiteit van de donor

Wanneer de ouders hebben beslist om hun kind te vertellen hoe het werd verwekt of indien het kind dit toevallig te weten komt, rijst de vraag omtrent de anonimiteit van de donor. Er bestaan drie mogelijkheden: de donor is bekend, of integendeel hij is definitief anoniem, of laatste mogelijkheid: hij is anoniem, maar blijft later identificeerbaar, wanneer het kind de pubertijd heeft bereikt of volwassen is geworden.

Vanuit ethisch oogpunt zet de keuze van het al dan niet anoniem blijven van de donor de belangen van de drie betrokken partijen op het spel. En soms zijn deze belangen tegengesteld. De ouders kunnen op legitieme wijze verkiezen dat de donor anoniem blijft om te vermijden dat een derde persoon zich mengt in hun paar en in de opvoeding van hun kind. De donor kan de anonimiteit verkiezen om zijn privé-leven te beschermen en zich te beschermen tegen mogelijke claims. Het kind, tot slot, heeft het recht zijn afkomst te kennen en dit vanuit de wens om zich een duidelijk identiteit te vormen en zijn verhaal te koppelen aan dat van zijn roots.

Binnen het Comité lopen de meningen uiteen omtrent de manier waarop deze belangen hiërarchisch moeten worden ingedeeld.

Alle leden zijn het erover eens dat het essentieel is dat de donor de voorwaarden van deze donatie van bij het begin kent. Het is ook van fundamenteel belang dat de donor of anderen niet kunnen terugkomen op de voorwaarden waaronder hij zijn donatie heeft gedaan.

Sommige leden van het Comité vinden dat het recht van de ouders om een beroep te doen op een donor die definitief anoniem zal blijven, voorrang moet hebben op het recht van het kind om zijn afkomst te kennen. Zij herhalen dat niemand vat heeft op de beslissingen die zijn geboorte regelen. De ouders moeten hun keuzen op het vlak van voortplanting en opvoeding autonoom kunnen maken. Deze leden aanvaarden dat sommige ouders de anonimiteit van de donor verkiezen om inmenging van deze laatste te vermijden en er op die manier willen voor zorgen dat hun kind wordt opgevoed met het gevoel dat het ten volle deel uitmaakt van hun gezin.

Andere leden daarentegen zijn van mening dat het recht van het kind om zijn roots te kennen, moet primeren op de autonomie van de ouders, tenminste vanaf een bepaalde leeftijd. Zij benadrukken het affectieve belang ervan om de identiteit van het kind te stabiliseren. Zij onderstrepen ook het risico op een psychologisch trauma wanneer het geheim toevallig wordt onthuld. En de kans dat dit gebeurt wordt des te groter gezien het toenemende aantal genetische analyses in de geneeskunde.

Om de rechten van elke partij beter in evenwicht te brengen, geven vele leden, ten slotte, de voorkeur aan een tussenoplossing. De donor zou kunnen kiezen of hij al dan niet identificeerbaar wil zijn. De ouders zouden, naar keuze, een beroep kunnen doen op het ene of het andere type donor. En het kind, tot slot, zou op zijn beurt, vanaf een bepaalde leeftijd, de keuze hebben om de donor al dan niet te kennen in het geval de ouders en de donor ervoor geopteerd hebben dat deze laatste identificeerbaar is. Indien de ouders de donorafstamming meegedeeld hebben of indien het kind die per ongeluk te weten gekomen is, heeft het kind, waarvan de ouders een identificeerbare donor kozen, de mogelijkheid om op latere leeftijd de donor te kennen.

We stellen vast dat de westerse landen verschillende wet- en regelgevingen uitwerken met betrekking tot de anonimiteit van de donor. De opgemerkte tendens is dat men het recht van het kind om zijn afkomst te kennen op de voorgrond plaatst. Maar de situatie evolueert nog. Welke oplossing men ook kiest, het is en blijft noodzakelijk dat de volwassen personen die bij een voortplanting met gameetdonatie zijn betrokken, duidelijk op de hoogte worden gebracht van de gevolgen van hun keuze. Daarnaast is het even noodzakelijk dat de regels die zij hebben gekozen, gewaarborgd zijn en niet meer kunnen wijzigen.

- De commercialisering van de gameten

De leden van het Comité scharen zich achter de in Europa algemeen verspreide praktijk om de verhandeling van kiembaancellen²⁰ te verbieden. Dit verbod steunt op hun opvatting over de plaats die het menselijk lichaam inneemt in de symboliek van de waardigheid van de mens. Het verbod steunt evenzeer op de mogelijkheid dat personen met financiële problemen, voornamelijk vrouwen, gedwongen zouden worden om hun kiembaancellen te verkopen. De leden van het Comité herinneren eraan dat het niet die personen zijn die moeten veroordeeld worden maar wel elke maatschappij die dergelijke noodsituaties toelaat. Tenslotte zou de onderlinge concurrentie tussen de centra een negatieve uitwerking kunnen hebben op de medische risico's die genomen worden bij de procedures van de donatie.

De leden van het Comité achten het wel gerechtvaardigd dat de donoren een vergoeding ontvangen voor de geleden ongemakken en voor hun eventuele kosten. Hieromtrent dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt om concurrentie tussen de diverse betrokken centra te vermijden.

De praktijk van 'egg sharing', waarbij een vrouw die zelf een onvruchtbaarheidsbehandeling ondergaat een deel van haar eicellen afstaat in ruil voor de betaling van een deel van haar behandeling, wordt op verschillende manieren geëvalueerd binnen het Comité. Volgens sommigen is deze procedure aanvaardbaar om dat er geen sprake is van commercialisering in de echte zin van het woord. Voor anderen is dit een vorm van commercialisering en bijgevolg ontoelaatbaar.

3. Praktische aanbevelingen

- Regels aangaande de spermabanken en de fertiliteitscentra

Ook al komt de veelheid en diversiteit aan spermabanken en fertiliteitscentra ten goede aan de vrije keuze van patiënten en therapeuten, en al levert een gezonde competitie enige garantie op vlak van kwaliteit, toch stellen de leden van het Comité vast dat er op sommige punten coördinatie nodig is tussen die verschillende centra. Ze pleiten niet voor de oprichting van een centrale bank maar wel voor een orgaan dat instaat voor de coördinatie. Bepaalde regels

²⁰ Onder 'kiembaancellen' verstaan we eicellen en spermacellen.

zouden verplicht moeten worden terwijl andere dan weer enkel als aanbeveling zouden moeten fungeren.

Dit orgaan zou de uitwisseling vereenvoudigen van wetenschappelijke informatie en de opstelling van regels voor ‘*good medical practice*’ inzake donorinseminatie vergemakkelijken. Het zou toezien op een goede informatiestroom naar het publiek en op de transparantie van de procedures terwijl er een grotere diversiteit zou kunnen worden aangeboden op vlak van donoren. Er zou een register kunnen worden aangelegd van medische informatie die verplicht door de centra moet worden bijgehouden en eveneens een lijst van de vertrouwelijkheidsregels die moeten worden in acht genomen. Het orgaan zou moeten toezien op de goede toepassing van deze regels.

- *Psychologische begeleiding van donoren en ontvangers van gameten*

Vele vragen met betrekking tot de donatie van zaadcellen en eicellen eisen van de betrokken personen moeilijke beslissingen door hun persoonlijke psychologische weerslag en de gevolgen voor hun eigen leven, dat van hun kinderen en hun naasten. Daarom is het noodzakelijk dat de donoren, maar zeker en zelfs meer nog de vragende partijen, de kans krijgen om vooraf gesprekken te hebben met beroepsmensen die hen kunnen helpen bij het begrijpen en inschatten van alle gevolgen van hun beslissing.

- *Tenslotte moeten follow-up studies* worden vervolgd om de gevolgen van gametendonatie voor alle partijen beter te kunnen beoordelen. De leden van het Comité benadrukken het belang van dergelijke studies. Gebrek aan kennis in het domein en vooral gebrek aan longterm follow-up bemoeilijkt de ethische beslissing in talrijke situaties. Wat op het spel staat is de toekomst van steeds talrijkere ouders en kinderen die beroep doen op medisch begeleide bevruchting. Onderzoek is hier dus een ethische plicht.

B. Juridische aanbevelingen

De hierna vermelde juridische aanbevelingen zijn algemene aanwijzingen. Het is immers moeilijk om in detail te gaan bepalen welke maatregelen de wetgever dient te nemen gezien de uiteenlopende standpunten ter zake, maar ook gezien het feit dat de vier buurlanden van België elk een verschillende wetgeving hebben inzake medisch begeleide bevruchting en donorinseminatie. Voor meer details verwijzen deze aanbevelingen naar de volledige tekst van het advies.

Alle leden van het Comité zijn het erover eens dat er inzake medisch begeleide bevruchting en kunstmatige inseminatie dringend rechtsregels moeten tot stand komen.

Wel dient te worden opgemerkt dat een gedeelte van deze rechtsregels van *contractuele* aard zijn en als zodanig gebaseerd zijn op de wilsautonomie en de keuzevrijheid van individuen. Deze rechtsregels zullen in overeenstemming en in evenwicht moeten worden gebracht met de bestaande subjectieve rechten die het *familierecht* bevat inzake afstamming en ouderschap. Laatst genoemde subjectieve rechten zijn van een heel andere aard dan contractuele rechten en individuele grondrechten, zoals het recht op privacy, het recht op voortplanting die steeds meer de wetgeving inzake huwelijk, afstamming en ouderschap doorkruisen.

Het familierecht is immers niet op het individu gericht maar wel op het ordenen van de vele relaties binnen het gezin en de familie; de subjectieve rechten die het familierecht bevat, bestaan uit bundels rechten en plichten die telkens aan de partners van de verschillende verhoudingen binnen de familie worden toegekend en opgelegd. Hier stoten wij, op juridisch vlak, op de spanning tussen de twee tendensen waarvan hierboven (zie I.2. en IV.A.1.) sprake was. In onze samenleving stellen wij vandaag in het familierecht een evolutie vast ten voordele van individuele grondrechten en persoonlijkheidsrechten. In dit verband drukken sommige leden de hoop uit dat de wetgever erover zal waken *dat er een evenwicht wordt tot stand gebracht tussen deze nieuwe, op het individu gerichte rechten, en het familierecht dat betrekking heeft op het gemeenschapsleven van de mens.*

1. De regels van afstamming

Het Raadgevend Comité meent dat de volgende wettelijke aanpassingen nodig zijn ingevolge de praktijk van medisch begeleide bevruchting.

- 1.1. Wat betreft de toepassing van artikel 318, §4 B.W. dient te worden gepreciseerd hoe het bewijs kan worden geleverd van de instemming van de echtgenoot met de kunstmatige inseminatie of met elke andere handeling die de voortplanting tot doel had.
- 1.2. Wat betreft de vaststelling van de vaderlijke afstamming van kinderen, geboren via K.I.D. bij samenwonende paren, pleit het Raadgevend Comité voor een aanpassing van het Burgerlijk Wetboek, teneinde elke discriminatie te vermijden (Zie I.3.1.2.).
- 1.3. De bekommernis om elke discriminatie tussen kinderen te vermijden, noopt er eveneens toe de regel van artikel 318, §3 B.W. uit te breiden tot de afstamming buiten het huwelijk.
- 1.4. Het Raadgevend Comité raadt een aanpassing van de wetgeving aan, teneinde in elk geval het vaststellen van de afstamming van de gametendonor te verhinderen voor zover deze niet de bedoeling had partner te zijn in het ouderlijk project.
- 1.5. Sedert de wet van 8 mei 2003, kunnen personen van hetzelfde geslacht huwen. Behalve de wettelijke band die het kind en de vrouw die het op de wereld zet, verbindt, kunnen deze personen geen afstammingsband laten vaststellen. Op dezelfde manier kunnen zij

evenmin een beroep doen op de ouderlijke prerogatieven, zoals het behoud van een band met het kind in geval van scheiding. De leden van het Raadgevend Comité reageren verdeeld ten opzichte van deze situatie. Sommigen menen dat deze (ouderlijke) rechten moeten worden toegekend aan echtgenoten van hetzelfde geslacht, en dat de afstammingsregels in dat geval moeten worden gepreciseerd.

Anderen, die gekant zijn tegen de geboorte van kinderen binnen een lesbisch paar, menen niettemin dat, indien een kind geboren wordt binnen een lesbisch paar, de partner van de wettelijke ouder wettelijk over een aantal ouderlijke rechten moet kunnen beschikken omwille van de affectieve relatie die zij heeft met het kind. Deze ouderlijke rechten vormen echter geen volwaardige afstammingsband.

2. Geheimhouding van de wijze van verwekking en anonimiteit van de donor

Het Comité meent dat het actueel niet opportuun is om een wettelijk kader te voorzien waarin de kwestie van de geheimhouding naar het kind toe over zijn biologische origine geregeld wordt. Het komt alleen het ouderpaar toe te beslissen over het al dan niet inlichten van het kind over de medisch begeleide bevruchting. In dit opzicht vindt het Comité het belangrijk om de recente wet betreffende de rechten van de patiënt aan te passen zodat de geheimhouding over de wijze van conceptie van een kind, eens hiertoe is beslist, niet wordt opgeheven, noch in zijn persoonlijk medisch dossier, noch in het medisch dossier van zijn moeder.

Het Raadgevend Comité blijft verdeeld over de anonimiteit van de donor. Toch benadrukken alle leden de noodzaak om de donor te beschermen tegen elke vaderschapsclaim. Maar de voorstanders van de anonimiteit menen dat waarborgen dienen te worden ingebouwd op het vlak van het medisch dossier om de donor te beschermen terwijl de anderen die voorstander zijn van het opheffen van de anonimiteit (Zie 2.4.2.) of van een gemengd systeem (Zie 2.4.3.) aanbevelen om een wettelijk systeem op te zetten waarin het opheffen van de anonimiteit wordt georganiseerd, en waarbij voorzien wordt in de bewaring van gegevens waarvan de communicateerbaarheid wenselijk lijkt.

3. Verantwoordelijkheid en verplichtingen van de spermabanken en de centra voor medisch begeleide bevruchting

De leden van het Comité achten het wenselijk dat de spermabanken en de fertiliteitscentra verplicht worden zich in te schrijven bij een overkoepelend orgaan dat moet worden opgericht. De wet moet de plichten en taken van dit orgaan bepalen.

Diverse zaken moeten hier worden geregeld, die zowel betrekking hebben op de goede praktijk van de geneeskunde als op de juridische regels die hun weerslag hebben op vragen inzake afstamming en anonimiteit.

Het Comité verwijst hier, zonder exhaustief te willen zijn, naar:

- de aard van de gegevens die de centra moeten verzamelen betreffende de donoren, met een onderscheid tussen identificerende en niet-identificerende gegevens
- het register dat de centra moeten bijhouden en de regels van vertrouwelijkheid waaraan het dient te beantwoorden;
- het aantal geboortes per donor;
- de wijzen van rekrutering van donoren ten einde een voldoende aantal te bekomen om een zekere keuze voor de ontvangers mogelijk te maken.

4. Niet-commercialisering van de gametendonatie

Alle leden van het Comité zijn van oordeel dat het principe van niet-commercialisering van gametendonaties moet worden behouden. Het gebruik van gameten voor commerciële doeleinden wordt overigens verboden door artikel 5, 3° van de wet van 11 mei 2003 betreffende het onderzoek op embryo's in vitro.

Een behoorlijke vergoeding is echter wel gerechtvaardigd om de ongemakken en lichamelijke risico's te dekken die de donoren ondergaan evenals een vergoeding voor de eventuele gemaakte onkosten. Deze vergoedingen zouden moeten worden vastgelegd aan de hand van duidelijke regels om concurrentie tussen de centra en een verkapte vorm van commercialisering te vermijden.

5. Noodzaak van een wettelijk kader voor de wegname van eicellen en de donatie van gameten

Het Comité is van mening dat een wettelijk kader moet worden vastgelegd voor de afname van eicellen. Dit kader zou gelijkaardig kunnen zijn aan dat van de orgaandonatie zodat de eiceldonor kan genieten van een verzekering voor medische aansprakelijkheid in geval van ongeval, zonder geconfronteerd te worden met moeilijke geschillen ten gevolge van de afwezigheid van een wettelijk kader.

Sommige leden bevelen bovendien aan dat de juridische akte die volgt op de wegname, en die bestaat in de schenking van zijn gameten – sperma of eicellen – juridisch gelegitimeerd zou worden en dat de rechten en plichten van donoren en ontvangers van gameten zouden worden gepreciseerd. In dit opzicht vormt het principe van de niet-commercialisering, zoals naar voren gebracht onder punt 4., een essentiële voorwaarde voor deze legitimering. Bijzondere aandacht dient ook te gaan naar de regels ter bescherming van de ontvangers van gameten, tegen de ongewenste interventie van de donoren in het leven van het paar of in de opvoeding van het kind.

Het advies werd voorbereid in beperkte commissie 98/3 - 2002, samengesteld uit:

Covoorzitters	Co-verslaggevers	Leden	Bureaulid
R. Lambotte A. Van Steirteghem	L. Cassiers G. Pennings	C. Aubry M. Baum J. Dalcq-Depoorter P. Devroey R. Lallemand Th. Locoge P. Schotsmans S. Sterckx G. Verdonk	M. Roelandt

Lid van het secretariaat: M. Bosson

Deskundige:

Prof. Dr. Jan Gerris, Diensthoofd Obstetrie-Gynaecologie-Fertiliteit, Middelheim Ziekenhuis,
Antwerpen; Vice-voorzitter Vlaamse Vereniging van Obstetrici en Gynaecologen

Permanente deskundigen:

L. Roegiers, kinderpsychiater, Unité d’Ethique biomédicale, UCL, Brussel

De werkdocumenten van de beperkte commissie 98/3 - 2002 – vragen om advies, persoonlijke bijdragen van de deskundigen en de experts, notulen van de vergaderingen, geraadpleegde documenten – zijn bewaard als bijlagen 98/3 - 2002 op het documentatiecentrum van het Comité en kunnen aldaar worden geraadpleegd en gekopieerd.