

Gutachten Nr. 68 vom 14 November 2016 über die Altersgrenze für die Medizinisch begleitete Fortpflanzung

Befassung

In einem Schreiben vom 31. März 2016 hat Frau Maggie De Block, Ministerin für Soziales und Volksgesundheit, folgende Frage gestellt:

„Im Dezember 2013 hat der Beratende Bioethik-Ausschuss ein Gutachten über die ethischen Aspekte des sogenannten „Age Banking“, der Einfrierung von Eizellen, um altersbedingter Unfruchtbarkeit vorzubeugen, abgegeben.

Dabei ging der Ausschuss von den Altersgrenzen für Unfruchtbarkeitsbehandlungen aus, die derzeit laut Artikel 4 des Gesetzes vom 6. Juli 2007 über die medizinisch begleitete Fortpflanzung und die Zweckbestimmung überzähliger Embryonen und Keimzellen in unserem Land gelten. Die ethischen Fragen, die eine eventuelle Anhebung dieser Altersgrenzen aufwirft, werden in diesem Gutachten nicht beleuchtet.

In den Niederlanden wird geprüft, ob eine Anhebung der Altersgrenze auf 50 Jahre wünschenswert ist. Aus medizinischer Sicht scheint keine zwingende Gegenindikation gegen die Fortsetzung medizinisch begleiteter Fortpflanzungen nach dem 47. Lebensjahr zu bestehen. Aber die ethische Frage, ob wir die Voraussetzung dafür schaffen sollen, dass Frauen in noch höherem Alter Mutter werden, ist damit nicht beantwortet.

Ich möchte Sie bitten, das obengenannte Gutachten Nr. 57 innerhalb eines Jahres nach Eingang dieses Schreibens zu aktualisieren und es auf die Frage auszuweiten: Ist es aus ethischer Sicht zumutbar, die Altersgrenze für Unfruchtbarkeitsbehandlungen anzuheben? Dabei sind insbesondere die psychologischen Folgen für die von Müttern in fortgeschrittenem Alter geborenen Kinder zu berücksichtigen.“

Diese Frage wurde am 18. April 2016 von der Plenarversammlung des Ausschusses für zulässig erklärt. Die Versammlung billigte den Vorschlag des Vorstands, einige Ausschussmitglieder mit der Formulierung einer Antwort auf diese präzise Frage von begrenzter Tragweite zu beauftragen.

Gutachten

Der Ausschuss hält es nicht für angebracht, sein Gutachten Nr. 57 über altersbedingte Unfruchtbarkeit¹ zu überarbeiten, weil es bei dem Gutachten um das Problem der Indikationen ging, während die heutige Frage der Ministerin die Altersgrenzen betrifft. Von den Frauen, die damit konfrontiert werden, hat nur ein Teil ihre Eizellen aus Altergründen einfrieren lassen. Die anderen werden sich diesem Problem also ohne eingefrorene Eizellen stellen müssen.

Wegen der abnehmenden Fruchtbarkeit der Frau ist eine IVF-Behandlung mit eigenen frischen Eizellen ab einem bestimmten Alter nicht mehr angezeigt, weil die Erfolgchancen gering sind. Die Erstattung eines IVF-Zyklus ist übrigens aus diesem Grund auch nur bis zum 43. Lebensjahr vorgesehen. Bei der jüngsten Entscheidung der Niederlande, die Altersgrenze auf 50 Jahre anzuheben, wurde übrigens gleichzeitig beschlossen, das Erstattungsalter anzuheben. Diese Handhabung ist übrigens sowohl in Belgien als in den Niederlanden nicht sehr kohärent, da Frauen über 43, die Spendereizellen in Anspruch nehmen, keine geringere Erfolgchancen besitzen. In Belgien ist der Embryotransfer nach dem Gesetz über die medizinisch begleitete Fortpflanzung² bis zum 47. Lebensjahr erlaubt. Das Kollegium der Fachärzte für Fortpflanzungsmedizin interpretiert diese Zahl als 47 Jahre plus 365 Tage. Drei Frauengruppen könnten sich eine Behandlung oberhalb der derzeitigen Altersgrenze von 47 Jahren wünschen: 1) Frauen, die in jüngerem Alter Eizellen eingefroren haben (gesetzlich betrachtet spätestens am Tag vor dem 46. Geburtstag); 2) Frauen, die im Rahmen einer früheren IVF-Behandlung Eizellen eingefroren haben, und 3) Frauen, die Spendereizellen in Anspruch nehmen.

Es ist wenig wahrscheinlich, dass die Anhebung der Altersgrenze von 47 auf 50 Jahre einen wesentlichen Unterschied bei den medizinischen und psychologischen Risiken ausmachen wird. Das ist möglicherweise wohl der Fall, wenn eine deutlich höhere Altersgrenze (von 55 auf 60 Jahre) eingeführt werden soll.

Es gibt kaum Informationen über die psychologischen Folgen einer späten Mutterschaft für die Familie, die Frau, den Mann und das Kind. Die einzige Studie über die Folgen für das Wohlbefinden des Kindes ist die von Boivin et al. (2009), die im Gutachten Nr. 57 angeführt wird. Es gibt übrigens genauso wenig Informationen über späte Vaterschaften. Einige Anhaltspunkte können indirekt

¹ Gutachten Nr. 57 vom 16. Dezember 2015 über die ethischen Aspekte der Einfrierung von Eizellen, um altersbedingter Unfruchtbarkeit vorzubeugen.
<http://www.health.belgium.be/nl/advies-nr-57-social-freezing>

² Gesetz vom 6. Juli 2007 über die medizinisch begleitete Fortpflanzung und die Zweckbestimmung überzähliger Embryonen und Keimzellen

Aufschluss geben über die Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Kindes. Die Möglichkeit, dass ein Elternteil während der Kindheit des Kindes stirbt, ist hier wohl die bedeutendste. Diesbezüglich wissen wir, dass eine solche Erfahrung höchst traumatische Folgen für das Kind haben kann (Rostila & Saarelen 2011). Diese Aussicht ist jedoch wegen der durchschnittlichen Lebenserwartung von Frauen in Belgien sehr gering (siehe unten). Andere Fakten wie der Erziehungsstil, ein höheres Einkommen und eine niedrigere Scheidungsquote könnten indirekt positive Auswirkungen auf die Kinder haben. Die meisten Studien betrachten jedoch Frauen ab 35 als ältere Mütter. Es ist nicht bekannt, ob diese allgemeine Schlussfolgerung noch für Frauen gelten würde, die mit 45 Jahren oder später ein Kind bekommen.

Damit zusammen hängt die normative Konkretisierung der Elternschaft: Was wird von einem Vater oder einer Mutter erwartet? Dazu gibt es mehrere Auffassungen. Wenn man von der Annahme ausgeht, dass eine Politik auf einer vernünftigen Umsetzung der Elternaufgaben fußen sollte, könnte man argumentieren, dass der Vater oder die Mutter seinem bzw. ihrem Kind beistehen muss, bis es erwachsen ist. Das Höchstalter, bis zu dem eine Person mit ausreichender Gewissheit damit rechnen muss, dass sie diese Aufgabe wird erfüllen müssen, ist dann die durchschnittliche Lebenserwartung minus 18 Jahre (Pennings, 1995). Übrigens müsste dieses Kriterium dann auch auf andere Frauengruppen angewandt werden, die auch eine eingeschränkte Lebenserwartung haben. Die Lebenserwartung von Frauen liegt in Belgien bei 83,5 Jahren. Um den Elternjob übernehmen zu können, muss man jedoch auch ein Mindestmaß an sonstigen Fähigkeiten besitzen. Wir könnten daher von der „gesunden Lebenserwartung“ statt von der Lebenserwartung an sich ausgehen. Dieser Maßstab liegt bei Frauen um die 76. Eine 65-jährige Frau kann in Belgien erwarten, weitere 11 Jahre gesund zu leben, ohne ihre Tätigkeit einschränken zu müssen (EHLEIS, 2015). 76 Jahre minus 18 Jahre sind 58 Jahre. Gesund sein ist keine Garantie, dass man auch noch imstande ist, ein Kind zu erziehen, aber diese Einschränkung gilt auch für unzählige andere Eltern, die Eigenschaften aufweisen (wie Armut, Dickleibigkeit, ...), die auch in jüngerem Alter negative Auswirkungen auf diese Fähigkeit haben können.

Eine weitere normative Konkretisierung kann sein, dass von einem guten Vater oder einer guten Mutter erwartet wird, dass er bzw. sie die Pflicht hat, sein bzw. ihr Kind auch nach der Volljährigkeit bis zum Abschluss von dessen Ausbildung zu unterhalten und zu erziehen. In diesem Fall sind vermutlich 25 Jahre von der durchschnittlichen Lebenserwartung abzuziehen.

Bei solchen Berechnungen wird davon ausgegangen, dass nur ein Elternteil vorhanden ist. Die meisten Kinder werden jedoch in Familien mit zwei Elternteilen geboren. Deshalb ist es auch vertretbar, bei der Entscheidung, welche Altersgrenze annehmbar ist, die Lebenserwartung beider Elternteile zu berücksichtigen.

Über die Meinung der Patienten zur Altersgrenze liegen keine Angaben vor. Die Anzahl Behandlungen nach dem 43. Lebensjahr ist sehr begrenzt, aber das kann auch auf die derzeitige Gesetzgebung zurückzuführen sein. Im BELRAP-Bericht von 2015 (Zahlen aus dem Jahre 2013) ist zu lesen, dass 272 Transfers mit Eigenzellen und 187 Transfers mit Spendereizellen (137 frisch und 50 eingefroren) bei Frauen über 43 stattgefunden haben. Das entspricht etwa 500 Patienten von den 18.000 (2 %), die sich in dem Jahr einer IVF/ICSI-Behandlung unterzogen haben. Vermutlich wird die Anzahl Kandidatinnen über 50 relativ gering sein. Die Studie von Stoop et al. (2015) zeigt, dass die Frauen, die Eizellen einfrieren ließen wegen altersbedingter Unfruchtbarkeit, angeben, für sie liege das Höchstalter für eine Schwangerschaft etwa bei 44 Jahren. Das ist also deutlich weniger als die heutige Höchstgrenze. Aus einer Befragung von Mitarbeitern von Fertilitätszentren (N = 186) geht hervor, dass 9 von 10 Befragten mit der Altersgrenze einverstanden waren, die im Gesetz von 2007 über die medizinisch begleitete Fortpflanzung vorgesehen ist (Vanhaecke et al.), 2010).

Schlussfolgerung

Der Ausschuss kann keine ausschlaggebenden entmischen Bedenken gegen eine Anhebung der Altersgrenze auf 50 Jahre erkennen. Einerseits ist die Differenz zur derzeitigen Altersgrenze gering und nicht ausschlaggebend. Andererseits steigen die medizinischen Risiken mit zunehmendem Alter, während die allgemeinen Fähigkeiten der Menschen abnehmen. Mit anderen Worten: Eine solche Anhebung ist nicht ideal oder erstrebenswert, was aber nicht bedeutet, dass sie nicht erlaubt werden kann.

Fakt bleibt, dass man sich fragen kann, ob und in welchem Maße unsere Gesellschaft Frauen eine echte Chance bietet, ihre beruflichen und persönlichen Pläne vor Erreichen eines zumutbaren Alters optimal zu verwirklichen. Der Ausschuss verweist deshalb auf seine letzte Empfehlung aus dem bereits angeführten Gutachten Nr. 57 vom 16. Dezember 2013, in dem er bereits betonte, wie wichtig es sei, strukturpolitische Maßnahmen zu treffen, die darauf abzielen, Hindernisse aus dem Weg zu räumen, damit Männer und Frau, die dies wünschen, sich ihren Kinderwunsch in dem Alter erfüllen können, das sie bestimmen.

Literaturverzeichnis

Boivin, J., Rice, F., Hay, D. A., Harold, G., Lewis, A., Van den Bree, M. M. B. & Thapar, A. (2009) Associations between maternal older age, family environment and parent and child wellbeing in families using assisted reproductive techniques to conceive. *Social science and Medicine* 68: 1948.-1955.

EHLEIS (2015) Health expectancy in Belgium.
http://www.eurohex.eu/pdf/CountryReports_Issue9/Belgium_Issue%209.pdf

Pennings, G. (1995) Age and assisted reproduction. *Medicine and Law*, 17 (7/8): 531.-541.

Rostila M, Saarela J (2011) Time does not heal all wounds. Mortality following the death of a parent. *J Marriage Fam* 73:236-249.

Stoop, D., Maes, E., Polyzos, N. P., Verheyen, G., Tournaye, H. & Nekkebroeck, J. (2015) Does oocyte banking for anticipated gamete exhaustion influence future relational and reproductive choices? A follow-up of bankers and non-bankers. *Human Reproduction*, 30 (2): 338.-344.

Vanhaecke, M., Provoost, V. & Pennings, G. (2010) Attitudes van medewerkers van fertiliteitscentra ten aanzien van de Belgische wet betreffende de medisch begeleide voortplanting en de bestemming van de overtallige embryo's en de gameten. *Tijdschrift voor Geneeskunde* 66 (22): 1076.-1086.

Dieses Gutachten vorbereitet haben:

- Martine Dumont
- Nicole Gallus
- Guido Pennings
- Robert Rubens
- Paul Schotsmans, Vorstandsmitglied

Mitglied des Sekretariats: Monique Bosson

Die Unterlagen zur Vorbereitung dieses Gutachtens werden im Dokumentationszentrum des Ausschusses aufbewahrt und können dort eingesehen werden.

Dieses Gutachten finden sie unter www.health.belgium.be/bioeth.