

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1703

Vragen van de leden **Diederik van Dijk** (SGP), **Bikker** (ChristenUnie), **Krul** (CDA) en **Van der Plas** (BBB) aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *abortus vanwege geslacht* (ingezonden 7 februari 2025).

Antwoord van Staatssecretaris **Karremans** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 21 maart 2025). Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2024–2025, nr. 1437.

Vraag 1

Kent u het bericht «Verloskundigen zien abortus om geslacht van het kind na pretecho»?¹

Antwoord 1

Ja.

Vraag 2

Deelt u de mening dat abortus vanwege prenatale geslachtsselectie op niet-medische gronden discriminatoir en onwenselijk is? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2

Ik ben me ervan bewust dat dit item vragen oproept. Vrouwen besluiten echter niet lichtvaardig over het afbreken van een zwangerschap. Wat we zien in de praktijk is een zorgvuldige afweging van vrouwen, in overleg met hun arts, om te besluiten wat voor hen het beste is.

De makers van de podcast De Koningswens (EO/NPO Radio 1) stellen dat vijftien van de door hen ondervraagde verloskundigen wel eens hebben meegemaakt dat geslacht een rol speelt bij de keuze voor abortus. Ik heb hierop navraag gedaan bij de beroepsgroepen van verloskundigen (KNOV), echoscopisten (BEN) en abortusartsen (NGvA). De KNOV laat weten dat geslachtsbepaling geen medisch verloskundige zorg is. De wijze waarop geslachtsbepalingen plaatsvinden (buiten de reguliere verloskundige zorg dus) verschilt sterk per aanbieder, net als de vroegste termijn van zwangerschap waarop deze echo's worden uitgevoerd. De KNOV heeft inderdaad geluiden uit het veld opgevangen dat geslachtsteurstelling een factor kan

¹ <https://dit.eo.nl/artikel/verloskundigen-zien-abortionus-om-geslacht-van-het-kind-na-pretecho-geslachtsteurstelling-koningswens>

zijn bij de keuze voor abortus. BEN wijst er voorts op dat de in de EO podcast gehoorde verloskundigen niet kunnen weten of de vrouw die vanwege geslachtsteleurstelling een voornemen tot abortus uitspreekt, daadwerkelijk besluit om haar zwangerschap af te breken, en ook niet of geslachtsteleurstelling de enige of doorslaggevende reden daarvoor was.

Het NGvA erkent dat abortus na geslachtsteleurstelling sporadisch voorkomt, maar benadrukt dat zelfs in die gevallen bijna altijd sprake is van meerdere motieven die bijdragen aan de keuze voor abortus. Soms komen die motieven pas aan de oppervlakte in het open en vertrouwelijke gesprek tussen de arts met de vrouw.

Dit beeld wordt bevestigd in recent wetenschappelijk onderzoek.² Vaak hangen meerdere motieven onderling met elkaar samen en kan er niet één enkele doorslaggevende reden worden aangewezen voor de keuze voor abortus. Er kan mede daarom niet in algemene zin gesteld worden dat in dergelijke situaties sprake is van discriminatie. De keuze voor abortus enkel vanwege de voorkeur voor een geslacht zou betreurenswaardig zijn.

Vraag 3

Deelt u de mening dat het vreemd is als geslachtskeuze om niet medische redenen in het geval van handelingen met geslachtscellen of embryo's verboden is (artikel 26 Embryowet), maar dat geslachtskeuze wel mogelijk is via abortus? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3

Op basis van artikel 26, eerste lid Embryowet is het verboden om, op grond van niet-medische redenen, handelingen te verrichten met geslachtscellen of embryo's met het oogmerk het geslacht van een toekomstig kind te kunnen kiezen. Het gaat dan bijvoorbeeld om geslachtskeuze door middel van spermascheiding of embryoselectie, voorafgaand aan een IVF behandeling. De situatie bij IVF-PGT (een IVF behandeling gecombineerd met een genetische test) waarbij wordt overgegaan tot embryoselectie, is echter onvergelijkbaar met die van abortus. Omdat embryoselectie enkel toegestaan wordt om specifieke medische redenen, kan geslachtskeuze op andere dan de genoemde medische gronden juridisch en praktisch goed worden voorkomen en gehandhaafd.

Abortus valt onder een ander wettelijk kader, namelijk de Wet afbreking zwangerschap (Wafz). Daar waar bij handelingen met meerdere embryo's sprake kan zijn van het kiezen van een geslacht, is daar bij abortus strikt genomen geen sprake van. De zwangerschap is immers al tot stand gekomen waardoor er niet meer «geselecteerd» wordt. Het is aan de vrouw zelf, in overleg met haar arts, om een besluit te nemen over het al dan niet uitdragen van de zwangerschap. Zoals ook in het antwoord op vraag 2 werd benoemd, is er geen doorslaggevend bewijs dat geslachtsteleurstelling de enige, doorslaggevende factor is bij het besluit om een zwangerschap af te breken. Speculeren over maatregelen op basis van anekdotisch bewijs vind ik onwenselijk.

Vraag 4

Gelden wat u betreft de achterliggende redenen voor het verbod op geslachtskeuze in de Embryowet (bij geslachtskeuze worden kinderen gereduceerd tot louter voorwerp van de wensen en verlangens van hun ouders, en de voortplanting krijgt daardoor een instrumenteel karakter) ook voor geslachtskeuze via abortus? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 4

De Embryowet staat handelingen met geslachtscellen of embryo's met het oogmerk het geslacht van een toekomstig kind te kunnen kiezen alleen toe als daarmee het risico op een ernstige geslachtsgebonden erfelijke aandoening bij het kind te voorkomen is, of als daarmee het risico op een ernstige erfelijke aandoening met een ongelijke geslachtsincidentie bij het kind verkleind kan worden. In andere gevallen is geslachtsselectie onder de Embryowet niet toegestaan omdat kinderen dan gereduceerd zouden worden tot «louter voorwerp van de wensen en verlangens van hun ouders». De

² <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2024/03/14/dit-is-mijn-verhaal>

voortplanting zou daardoor een instrumenteel karakter krijgen. Dit argument is wat mij betreft nog steeds valide.

Ik ben me ervan bewust dat het item over abortus na geslachtsteleurstelling tot vragen leidt. Nederland heeft een zorgvuldige abortuspraktijk waarbij vrouwen na zorgvuldige afweging en overleg met een arts besluiten wat het beste voor hen is. Het is goed om te beseffen dat controleren of een abortus plaatsvindt vanwege geslachtsteleurstelling zeer complex en welhaast onuitvoerbaar is.

Vraag 5

Bent u bereid om, naar aanleiding van dit onderzoek onder verloskundigen, verdiepend onderzoek te doen hoe vaak abortus vanwege geslachtsselectie voorkomt in Nederland?

Antwoord 5

Uit eerder genoemd wetenschappelijk onderzoek weten we dat er vrijwel nooit één reden is om een zwangerschap af te breken. Meerdere motieven hangen onderling met elkaar samen en zijn niet tot één enkele doorslaggevende reden te herleiden. Dergelijk onderzoek is naar mijn mening niet zinvol. Daarbij acht ik onderzoek naar de redenen voor abortus op basis van een verplichte registratie van redenen als onwenselijk. Het is namelijk enerzijds lastig om zicht te krijgen op de frequentie van abortus na geslachtsteleurstelling, omdat vrouwen in een dergelijk onderzoek waarschijnlijk andere redenen zullen opgeven voor de zwangerschapsafbreking. Om die reden zou dat onderzoek geen betrouwbare resultaten opleveren. Ook vind ik een registratie van redenen onwenselijk omdat het vrouwen het gevoel kan geven zich te moeten verantwoorden voor hun keuze.

Vraag 6

Bent u bereid te onderzoeken langs welke weg de regelgeving ten aanzien van zogenaamde «pretecho's» in lijn kunnen worden gebracht met het verbod bij de 13-wekenecho en NIPT, waarvoor geldt dat verloskundigen en echoscopisten niet aan de ouders mogen laten weten wat het geslacht van het kind is?

Antwoord 6

De 13-wekenecho, de 20-wekenecho en de niet-invasieve prenatale test (NIPT) zijn screenings die van overheidswege worden aangeboden. Het is dan ook mogelijk om – gepaard aan de bekostiging van deze verrichtingen via een subsidie – voorwaarden te stellen aan de uitvoering hiervan, zoals het omschrijven en beperken van de bevindingen die mogen worden teruggekoppeld aan de zwangere. Daarnaast geldt dat bij de 13-wekenecho, de 20-wekenecho en de NIPT wordt gescreend op ernstige en vaak onbehandelbare aandoeningen. Om deze reden valt het aanbod onder de vergunningplicht van de Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO). De Regionale Centra voor Prenatale Screening hebben een vergunning op grond van de WBO voor het aanbieden van deze verrichtingen, waartoe ze zorgverleners contracteren onder vooraf vastgestelde voorwaarden. De Regionale Centra voor Prenatale Screening en de zorgverleners die de verrichting uitvoeren zijn daarbij gehouden aan de kaders die het RIVM vaststelt. Het RIVM heeft namelijk de wettelijke taak tot landelijke aansturing en begeleiding van de prenatale screening op grond van de Wet op het RIVM en het Besluit RIVM. Bij de 13-wekenecho en de NIPT vindt geen geslachtsbepaling plaats. Voor de echo's op eigen verzoek (waaronder echo's waarbij het geslacht wordt onthuld) geldt dat deze niet van overheidswege worden aangeboden of bekostigd, noch dat het aanbod onder de regie van het RIVM valt. Het betreft een vrije markt. Aangezien er niet wordt gescreend op ernstige en onbehandelbare aandoeningen valt een echo op eigen verzoek evenmin onder de (vergunningplicht van de) Wet op het bevolkingsonderzoek. In de praktijk worden geslachtsbepalingsecho's vanaf 15 weken zwangerschap aangeboden, maar er zijn ook echocentra die dit al voor die zwangerschapstermijn aanbieden. De betrouwbaarheid daarvan wordt door de beroepsvereniging van echoscopisten (BEN) betwist omdat de mannelijke of vrouwelijke genitalia niet daadwerkelijk worden gevisualiseerd. Voor geslachtsbepalingsecho's zijn geen kwaliteitsrichtlijnen. Het verrichten van dit type echo's is ook geen voorbehouden handeling als bedoeld in de Wet op de beroepen in

de individuele gezondheidszorg Er is geen opleiding voor vereist. Het ontbreekt mij dan ook aan mogelijkheden om via wet- en regelgeving invloed uit te oefenen op de wijze waarop echo's op eigen verzoek worden uitgevoerd.

Vraag 7

Hoe verhoudt de in het onderzoek genoemde praktijk zich tot de inzet van Nederland in het buitenland om abortus vanwege geslacht tegen te gaan?

Antwoord 7

Nederland financiert organisaties die zich inzetten op een breed pakket van diensten rondom seksuele en reproductieve gezondheid en rechten. Dit gebeurt volgens de richtlijnen van de Wereldgezondheidsorganisatie en altijd binnen de nationale kaders en wetgeving van de landen waarin we werken. Hiermee dragen we ook bij aan het tegengaan van abortus vanwege een voorkeur voor een bepaald geslacht. Het gaat hierbij meestal om *son-preference*: de voorkeur voor zonen.³ De context van dit fenomeen kan sterk per land verschillen, maar de Verenigde Naties (VN) benadrukt dat genderongelijkheid de belangrijkste oorzaak is. Beleid, politiek commitment en wetgeving die de positie van vrouwen versterkt, kan de oorzaken tegengaan. Volgens verschillende VN-organisaties is het beperken van toegang tot veilige abortus vanwege het risico op abortus op basis van een geslachtsvoorkeur, niet de manier om dit te voorkomen. De oorzaken en maatschappelijke factoren die in andere landen tot *son-preference* kunnen leiden zijn gelukkig niet of nauwelijks aanwezig in de Nederlandse context.⁴ Zo is er in Nederland geen sprake van een grote genderongelijkheid in vergelijking met sommige andere landen. Dat maakt dat abortus na geslachtsteleurstelling in Nederland van een andere aard zou zijn vergeleken met andere landen.

Vraag 8

Kunt u aangeven hoe het internationaalrechtelijk kader zich verhoudt tot abortus vanwege geslachtselectie?

Antwoord 8

Het internationaal recht kent geen bepalingen waarin het recht op abortus is vastgelegd. Wel is het onder bepaalde voorwaarden verboden om een vrouw toegang tot abortus te ontfagen. Het internationaal recht, in het bijzonder het VN-Vrouwenrechtenverdrag (CEDAW), bevat onder meer het recht op gezondheid en keuzevrijheid van vrouwen. Er bestaat geen expliciete referentie aan abortus na geslachtsteleurstelling. Wel heeft de WHO richtlijnen opgesteld waar een veilige abortus aan moet voldoen, met onder meer zorgvuldigheidseisen voor artsen.

³ Son preference

⁴ Son preference and health disparities in developing countries