

Verpflichtungen einer werdenden Mutter und der betreuenden Ärztin? Zwischen Selbstbestimmung der Schwangeren und Wohl des Nasciturus

Online publiziert: 9. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Eine Patientin, Frau A., erzählt der Frauenärztin Dr. C., sie mache sich große Sorgen um ihre Bekannte Frau B. Diese sei schwanger, schon im fünften Monat, gehe aber nicht zum Arzt mit dem Argument: „Das ist nicht nötig; Schwangerschaft ist doch keine Krankheit, da wird viel zu viel daraus gemacht.“ Ihre Bekannte sei aber schon Ende 30, und sie wisse aus eigener Erfahrung, dass eben doch etwas passieren könne. Ob die Frauenärztin helfen könne?

Die Frauenärztin überlegt gemeinsam mit Frau A., mit welchen Argumenten Frau B. von einem Besuch in der frauenärztlichen Praxis überzeugt werden könnte. Die Frauenärztin sagt vor allem zu, dass sie nichts gegen den Willen von Frau B. machen werde, wenn diese denn bereit sei zu kommen.

Die schwangere Frau B. lässt sich einen Termin geben und kommt in die Praxis. Sie ist 38 Jahre alt, mittelgroß, unauffällig gekleidet und sieht blass aber gesund aus. Sie wirkt im Gespräch sehr distanziert und antwortet nur in kurzen Sätzen. Sie berichtet, dass sie nach dem Studium in Deutschland lange in Asien gelebt und dort an einer Schule gearbeitet habe, bis sie vor einem Jahr aus privaten Gründen wieder nach Deutschland gekommen sei. Bisher sei sie immer gesund gewesen. Außer einer Hepatitis sei nie eine ärztliche Behandlung notwendig gewesen, und diese sei ausgeheilt. Das sei ihre erste Schwangerschaft, es gebe keine Probleme, sie brauche keine ärztliche Betreuung.

Die Frauenärztin berät sie über die aus ihrer Sicht erforderlichen Untersuchungen, sowohl zum Wohle des Kindes als auch zu ihrem eigenen Wohl während der Schwangerschaft und Geburt. Frau B. bleibt jedoch abwehrend und misstrauisch; sie verlangt vor jeder Tätigkeit eine ausführliche Erklärung: „Warum wollen Sie das wissen? Warum muss Blutdruck gemessen werden? Wofür ist es wichtig, die Blutgruppe zu bestimmen? Warum wird der Bauch abgetastet, warum die Herzöne gehört?“ Dabei wirkt sie sehr klar, ernst, aber nicht ängstlich oder niedergeschlagen. Sie weiß, was sie will. Es entsteht kein wirklicher Kontakt zwischen ihr und der Ärztin. Vom Kind redet sie nie, es ist keine Freude spürbar. Ultraschall lehnt sie ab, sie will das Kind nicht sehen. Es ist eine anstrengende Situation für die Ärztin. Der Partner von Frau B. ist dabei, ein Mann Anfang 50. Er gibt an, schon Kinder aus einer anderen Beziehung zu haben. Auch ihn scheint das Verhalten seiner Partnerin Frau B. zu irritieren – wie die Ärztin.

Nach einem Minimal-Untersuchungsprogramm verlassen die beiden die Praxis. Die erhobenen Werte (Blutgruppe, Blutdruck, Blutbild, Urinuntersuchung, Gewicht) sind alle im Normbereich. Dabei konnten nicht alle empfohlenen Untersuchungen durchgeführt werden, weil Frau B. sie ablehnte (Untersuchungen auf Hepatitis B, Syphilis und Röteln, Zucker-Belastungs-Test). Auch eine internistische Untersuchung, ob die frühere Hepatitis folgenlos ausgeheilt ist, lehnt sie ab. Zum nächsten vereinbarten Termin, bei dem sie den Mutterpass mit allen erhobenen Daten bekommen sollte und bei dem über weitere Untersuchungen sowie die Vorbereitung der Geburt gesprochen werden sollte, erscheint sie nicht mehr, sagt auch nicht ab. Mehrfache Anrufe aus der Praxis sind erfolglos, der Hörer wird nicht abgenommen.

Der Mann holt später den Mutterpass ab und sagt, er könne sie nicht bewegen zu kommen, er wisse aber nichts über ihre Gründe. Jedes Gespräch über das kommende Kind lehne sie ab. Aber sonst sei sie völlig normal, sie schlafe gut, esse normal, mache den Haushalt, gehe einkaufen.

Frau A., die Bekannte der Schwangeren, meldet sich nach mehreren Wochen, weil sie sich große Sorgen macht: Ihre schwangere Freundin bereite überhaupt nichts für das Baby vor, sie scheine sich überhaupt nicht auf das Kind zu freuen. Sie fahre viel Fahrrad, trotz des schon großen Bauches und des kalten Winterwetters. Dabei habe sie einmal beobachtet, dass Frau B. sich nach vorne fallen lasse, auf den Lenker, als ob sie das Kind stoßen wolle. Frau B. reagiere nicht auf Fragen, wo sie denn zur Geburt hingehen wolle, sie wirke dann völlig abwesend oder abwehrend. Der Partner und sie versuchten, sie nie allein zu lassen, denn sie wüssten nicht, was Frau B. machen würde, wenn Wehen einsetzen; der Geburtstermin sei in ca. 3 Wochen.

Die Frauenärztin macht sich große Sorgen sowohl um das Kind als auch um Frau B. Sie malt sich aus, dass die Frau das Kind irgendwo allein zur Welt bringen und es dann vielleicht liegen lassen oder töten könnte. Sie weiß nicht, wie sie wieder Kontakt zu Frau B. bekommen kann und was sie tun kann oder muss, damit das ungeborene Kind keinen Schaden erleidet. Müsste sie die Frau melden? Wem? Oder gilt die ärztliche Schweigepflicht? Könnte Frau B. als Schwangere zwangsbehandelt werden? Wer wäre dafür zuständig? Ist die Frauenärztin schuld, wenn das Kind zu Schaden kommt? Muss sie das Ungeborene schützen, wenn die Mutter das nicht tut?

Im weiteren Verlauf gelingt es der Frauenärztin schließlich doch noch über informelle Wege, auf Frau B. so einzuwirken zu lassen, dass sie sich darauf einlässt, eine (andere) frauenärztliche Praxis aufzusuchen. Die Geburt verläuft im Krankenhaus schließlich ohne Probleme, das Kind wird gesund geboren. Frau B. meldet sich nie mehr bei der Frauenärztin. Wie sie nun mit dem Kind zurechtkommt und umgeht, bleibt unbekannt.

Kommentar I zum Fall: „Verpflichtungen einer werdenden Mutter und der betreuenden Ärztin? Zwischen Selbstbestimmung der Schwangeren und Wohl des Nasciturus“

Anke Rohde

Online publiziert: 19. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Liest man diese Fallbeschreibung, dann kann man die Sorgen und Befürchtungen der Frauenärztin bezogen auf das ungeborene Kind förmlich spüren. Und man kann nachvollziehen, warum sie sich die Frage stellt, ob man – möglicherweise auch unter Verletzung der Schweigepflicht – etwas unternehmen muss, um das Kind zu schützen. Liest man allerdings diese Beschreibung mit den Augen einer Psychiaterin und Psychotherapeutin, die im gynäkologischen Kontext tätig ist – wie die Kommentatorin –, dann stellen sich ganz andere Fragen. Was ist mit der Mutter? Wie ist ihr Verhalten einzuordnen? War sie immer so? Hat sie sich verändert? Schnell kommt man allerdings zu ähnlichen Überlegungen, nämlich: „Muss man vielleicht etwas gegen den Willen dieser Frau tun?“ Möglicherweise ja, wenn der Zugang zu ihr auch über die Thematisierung ihres eigenen Befindens nicht gelingt. Vielleicht ist das versucht worden, aber das ist dem Fallbericht nicht zu entnehmen.

Die Überlegungen der Kommentatorin: Hat sich diese Frau erst mit der Schwangerschaft so verändert? Dafür würde sprechen, dass der Partner ratlos ist und ihr Verhalten nicht einordnen kann. Immer wieder erleben wir, dass Frauen mit Eintritt einer Schwangerschaft psychische Probleme bekommen, die über die normalen Ambivalenzen einer Schwangeren hinausgehen. Es können schwere Depressionen auftreten, ebenso wie Psychosen. Zumindest denkt man daran, wenn man das Wort „Misstrauen“ liest. Vielleicht gibt es eine andere psychische Störung, wie eine Persönlichkeitsstörung oder eine Essstörung, die der zukünftigen Mutter den Zugang zu ihrem Körper und zu ihrem Kind so schwer macht. In beiden Fällen braucht sie wahrscheinlich psychiatrische oder psychotherapeutische Hilfe, und zwar noch mehr nach der Entbindung als vorher.

Wäre die Frau zu erreichen gewesen, wenn man ihr direkt die Frage gestellt hätte, wie es ihr denn geht, warum sie so wenig Fürsorge für ihr ungeborenes Kind zeigt? Ist es ein

Prof. Dr. med. A. Rohde (✉)
Gynäkologische Psychosomatik, Zentrum für Geburtshilfe und Frauenheilkunde,
Universitätsklinikum Bonn,
53105 Bonn, Deutschland
E-Mail: Anke.rohde@ukb.uni-bonn.de

generelles Problem mit Ärzten oder Krankenhäusern, mit Spritzen, mit Blutabnahmen? Hat sie schlechte Erfahrungen gemacht, ist sie traumatisiert? Erlebt sie das Kind in ihrem Bauch als Fremdkörper und kann es kaum ertragen, muss sie deshalb jede Beschäftigung damit beiseiteschieben? Gibt es eine psychische Vorerkrankung? Einige dieser Fragen hätte sogar der Partner beantworten können, schon bei der ersten Konsultation.

Die Kommentatorin ist in solchen Fällen dafür, das problematische Verhalten direkt zu thematisieren, in Anwesenheit der betroffenen Patientin, gemeinsam mit dem Partner, etwa so: „Aus meiner Praxis weiß ich, dass Frauen in der Schwangerschaft manchmal seelische Probleme haben, dass sie Ängste haben, über die sie nicht sprechen möchten, dass sie sich mit der Schwangerschaft nicht wohl fühlen. Ich habe den Eindruck, dass es auch Ihnen mit der Schwangerschaft nicht gut geht. Könnte das sein?“

Falls die Patientin es ganz konkret ablehnt, dass der Partner hinzugezogen wird, ist das eine zusätzliche Schwierigkeit. Allerdings könnte man die Tatsache, dass er gekommen ist, um den Mutterpass abzuholen, so interpretieren, dass er beauftragt ist; man könnte von ihm eine Fremdanamnese erheben, oder auch von der Freundin – in der Güterabwägung zwischen nicht expliziter Entbindung von der Schweigepflicht und Fürsorgepflicht, wohl-gemerkt für Kind *und* Mutter.

Würde man dann erfahren, dass sie sich in der Schwangerschaft so verändert hat, müsste man über eine akute psychische Erkrankung ernsthaft nachdenken, vor allem wenn sie früher einmal in psychiatrischer Behandlung war. Dann bliebe vielleicht noch immer das Problem, dass die Frau selber offensichtlich nicht behandlungsbereit ist. Wenn nicht die direkte Thematisierung mit ihr selbst zum Erfolg führt, könnte man beispielsweise den sozialpsychiatrischen Dienst einschalten, den es bei jeder Stadtverwaltung gibt. Der dort zuständige Psychiater kann zur Patientin Kontakt aufnehmen, Hausbesuche machen; eine probate Möglichkeit, wenn man über Fremd- oder Eigengefährdung nachdenkt. Hat sie sich nicht verändert und war immer so, wird auch das eine Ursache haben; und auch dann braucht sie Unterstützung.

Natürlich macht man sich heutzutage in unserer technisierten Welt Gedanken darüber, was passieren könnte, wenn eine Frau die Minimal-Routineuntersuchungen in der Schwangerschaft nicht in Anspruch nimmt. Der Psychiaterin und Psychotherapeutin macht es aber viel mehr Sorgen, was nach der Entbindung geschieht: Wird diese Frau in der Lage sein, zu ihrem Kind eine gute Bindung aufzubauen? Wird sie depressiv sein? Dieses sind ganz wichtige Fragen, denn wir wissen – sowohl aus der praktischen Erfahrung als auch aus Studien –, dass eine depressive oder sonstige psychische Störung der Mutter, wenn sie unbehandelt bleibt, erhebliche Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben kann. Auch nach der Entbindung wird der Partner bzw. dann der Vater des Kindes eine wichtige Rolle spielen müssen, einmal im Ausgleich solcher Defizite, zum anderen bei dem Versuch, eventuelle Probleme zu lösen. Er braucht also möglicherweise auch Unterstützung. Mit seinem Einverständnis ist es auch gut denkbar, das Jugendamt hinzuzuziehen und beispielsweise eine Familienhebamme zu beantragen.

Die Sorge, dass diese Frau das Kind töten könnte, macht sich die forensisch-psychiatrisch erfahrene Kommentatorin in diesem Fall weniger. Wenn Frauen mit verheimlichter oder negierter Schwangerschaft irgendwann in Begleitung eines Familienangehörigen bei der Frauenärztin landen, ist üblicherweise der Bann gebrochen. Denn es ist ja die Familie, vor der die Schwangerschaft verheimlicht wird. Dennoch ist natürlich die Aufmerksamkeit in diese Richtung immer sinnvoll, insbesondere wenn man die innerpsychische Dynamik bei der Patientin nicht versteht.

Die Sorge um das Kind ist auf jeden Fall gerechtfertigt, daran besteht kein Zweifel. Aber aus Sicht der Kommentatorin weniger durch eventuell auftretende Komplikationen in der Schwangerschaft als durch die zu vermutende psychische Problematik der Mutter. Gut, dass Partner und Freundin fürsorglich sind; diese sollte man auch darin bestärken, dass sie sich weiter kümmern, und ihnen eigene Unterstützungsmöglichkeiten nennen.

Ergeben sich Hinweise auf eine behandlungsbedürftige psychische Störung, würde es der Psychiaterin und Psychotherapeutin relativ leicht fallen, in der Güterabwägung die verfügbaren Hilfsmöglichkeiten im Vergleich zur Beachtung der Schweigepflicht höher zu bewerten. Tut man das nicht, könnte hinterher die betroffene Frau vielleicht sogar sagen: „Warum haben Sie nichts unternommen? Sie haben doch gesehen, dass irgendetwas mit mir nicht stimmt und dass ich Hilfe brauche.“



Kommentar II zum Fall: „Verpflichtungen einer werdenden Mutter und der betreuenden Ärztin? Zwischen Selbstbestimmung der Schwangeren und Wohl des Nasciturus“

Jan P. Beckmann

Online publiziert: 19. Oktober 2015
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

Zum Hintergrund

Auch wenn Schwangerschaft selbstredend keine „Krankheit“ ist, so hat sich doch die Situation Schwangerer in zweifacher Hinsicht gegenüber früher nachhaltig geändert: zum einen im Hinblick auf das höhere Alter vieler Erstgebärender, zum anderen infolge des erweiterten gynäkologischen – ganz zu schweigen des pränatalen – Beratungsangebotes. Waren noch vor etwa zwei Generationen Schwangerschaften Ende der 30er oder Anfang bis Mitte der 40er Jahre zukünftiger Mütter eher die Ausnahme, so machen die sog. „Spätgebärenden“ heute bereits ein Drittel der Schwangeren aus – Tendenz steigend. Zugleich ist das Beratungs- und Untersuchungsangebot gestiegen, was Schwangerschaft und Geburt für Mutter und Kind sicherer gestalten hilft (Hypertonie, Antikörper, Ultraschall, etc.).

Problem

Im vorliegenden Fall möchte eine schwangere Enddreißigerin von ärztlichen Beratungsangeboten keinen Gebrauch machen. Diese Haltung erscheint *prima facie* durch das autonomebasierte Selbstbestimmungsrecht gedeckt. Auf der anderen Seite steht die Sicherung des Wohls der Leibesfrucht, welches durch das für eine Schwangerschaft leicht fortgeschrittene Alter sowie durch die Vorerkrankung (Hepatitis) der werdenden Mutter tangiert sein könnte.

Prof. (em.) Dr. phil. Dr. med. h.c. J. P. Beckmann (✉)
Institut für Philosophie, FernUniversität in Hagen,
58084 Hagen, Deutschland
E-Mail: Jan.Beckmann@fernuni-hagen.de

Ethische Analyse

Im vorliegenden Fall ist eine *individualethische* von einer *kollektivethischen* Analyseebene zu unterscheiden: Es geht zum einen um die Gewichtung des *individuellen* autonomie-basierten Selbstbestimmungsrechts der Frau auch in Fragen der Reproduktion, und zum anderen um die Bedeutung der *gesellschaftlichen* Verantwortung für das Wohl auch früher Formen menschlichen Daseins, wie es Feten darstellen. In individualethischer Analyse erweist sich das *Handlungsziel* der schwangeren Frau B., keinerlei Beratungs- oder Diagnosemöglichkeiten in Anspruch zu nehmen, als auf den Respekt vor ihrem reproduktiven Selbstbestimmungsrecht gegründet und insoweit legitim; ein wie auch immer seitens Dritter ausgeübter Zwang zur Beratung wäre Fremdbestimmung (Heteronomie). Der unbedingte Respekt vor der Selbstgesetzlichkeit („Autonomie“) des Menschen und vor dem Recht auf Manifestation derselben durch Selbstbestimmung gründet sich auf die Menschenwürde, wonach niemand jemals gegen den eigenen Willen zum reinen Objekt des Willens Dritter gemacht werden darf. Dasselbe gilt darüber hinaus vom Recht auch einer Schwangeren auf Nichtwissen um ihre Situation. Mit Recht sichert daher die Frauenärztin zu, „nichts gegen den Willen von Frau B.“ zu unternehmen.

In der Frage der *Mittelanalyse* treffen die individual- und die kollektivethische Ebene aufeinander: Folgt aus dem Selbstbestimmungsrecht und dem Recht auf Nichtwissen die Befreiung der Schwangeren von der Pflicht zur Annahme von Beratungs- und evtl. folgenden Diagnosemöglichkeiten? Dies zu bejahen stünde im Konflikt mit der Verpflichtung sowohl der Schwangeren wie der Gesellschaft auf das *Wohl* eines Nasciturus, der sich naturgemäß in einer vulnerablen und damit besonders schutzbedürftigen Situation befindet. Doch haben Dritte und die Gesellschaft als ganze zu ihm nur „Zugang“ über die werdende Mutter bzw. ihren Körper – und das bedeutet ethisch: nur über ihre frei gegebene Zustimmung.

Klärungsbedürftig ist hier freilich die Frage nach der Art des Verhältnisses zwischen einer Schwangeren und dem Fötus: Liegt hier eine Art „Eigentumsbeziehung“ vor? *Gehört* der Schwangeren ihre Leibesfrucht, so dass sie darüber so verfügen könnte wie über ihr sonstiges Eigentum, nämlich grundsätzlich frei? Dagegen steht schon das Gesetz, welches z. B. einen Abtreibungswunsch nur unter engen Bedingungen straffrei stellt. Aber auch aus ethischer Sicht kann das Verhältnis einer Schwangeren zu ihrer Leibesfrucht nicht als Eigentumsbeziehung betrachtet werden, ohne sich dem Missverständnis auszusetzen, ein Mensch könnte je „Eigentum“ eines anderen sein oder werden.

Folgenanalyse: Wenn mithin der Nasciturus nicht der Schwangeren gehört, so gehört er doch zweifellos *zu ihr*. Ethische Fragen des Umgangs mit ihm vollziehen sich mithin nicht in der Dimension von Eigentum, sondern in der der Verantwortung des Umgangs der Schwangeren *mit sich selbst und dem Fötus*. Dass die Schwangere die Leibesfrucht nicht sehen will, ja nie von ihr spricht, deutet auf eine Nichtannahme der „Einheit in der Zweierheit“ ihrer Schwangerschaft hin. Ethisch relevant ist dabei, dass nicht in den Blick kommt, dass es nicht nur um den Konflikt zwischen autonomiebasiertem Selbstbestimmungsrecht der Schwangeren einerseits und dem Wohl des Nasciturus andererseits geht, sondern untrennbar damit verbunden zugleich um das Wohl der Ersteren und die Autonomie des Letzteren. Es liegt mithin ethisch gesehen ein Konflikt zwischen der Autonomie der Schwangeren *versus* der Autonomie des Fötus bzw. zwischen beider Wohl vor – ein Konflikt, der ohne Widersprüche zu riskieren nicht lösbar ist.

Ergebnis

Angesichts der genannten schwangerschaftsbedingten unauflösbaren „Einheit in der Zweierheit“ verbietet sich nicht nur rechtlich, sondern auch ethisch jedweder Zwang auf die Schwangere zu Handlungen, die zwar objektiv ihr selbst und dem Nasciturus nützen können, dies aber nur unter weitgehender Fremdbestimmung der künftigen Mutter erreichbar machen. Angesichts andererseits der Gefahr für das Wohl der Schwangeren wie des Nasciturus hat die Gesellschaft die Pflicht, alles zu tun, um die Schwangere an ihre Pflichten zu erinnern. Insofern hat die Gesellschaft die Pflicht zur Information über die Gefahren bei Nichtberatung und die Schwangere die Pflicht, sich über diese Gefahren, aber auch die Vorzüge einer Beratungsinanspruchnahme informieren zu *lassen*. Ein entsprechender Informationszwang für Schwangere ist durch die Norm des Lebensschutzes des Fötus legitimiert und befindet sich nicht im Widerspruch zum Respekt vor dem autonomiebasierten Selbstbestimmungsrecht der Frau, sofern es nur um die *Information*, nicht um die tatsächliche *Vornahme* einer Beratung geht. Eine „Zwangsbehandlung“ uneinsichtiger Schwangerer hingegen befindet sich im nicht lösbaren Konflikt mit dem Respekt vor dem reproduktiven Selbstbestimmungsrecht der Frau; insofern entsteht im vorliegenden Fall weder für die Ärztin noch für die Gesellschaft als ganze ein möglicher moralischer Vorwurf. Denn getreu der Maxime „*ultra posse nemo potest obligari*“ ist weder das Wohl des werdenden Kindes noch dasjenige seiner Mutter *gegen* den erklärten Willen der Frau letztlich schützbar; allerdings muss dieser Wille eine *informierte Basis* besitzen.