

*Rotterdam Institute of Private Law  
Accepted Paper Series*

## ***Botsende rechten van moeder en ongeboren kind***

*Kan een zwangere vrouw tegen haar wil ge-  
dwongen worden een medische ingreep te on-  
dergaan ten behoeve van de nasciturus?*

*Mr R.J.P. Kottenhagen\**

*Published in  
Tijdschrift voor Gezondheidsrecht 2008, p. 492-503.*

---

\* Rob Kottenhagen is universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam.

### 1.1.1 Inhoud

- [1. Inleiding](#)
- [2. Enkele standpunten](#)
- [3. De stand van zaken in het Nederlandse recht](#)
- [4. Tot besluit](#)

### 1.2 1. Inleiding

Al enkele decennia wordt – zoals hieronder zal blijken – in ons land discussie gevoerd over de vraag of een zwangere vrouw een behandeling in het belang van het ongeboren kind mag weigeren. Tot voor kort ging het om een academische kwestie die vooral in de literatuur aan de orde is gesteld. Mij zijn geen gevallen bekend waar deze problematiek expliciet aan de rechter is voorgelegd. [1](#) De vraag is echter actueel geworden. Aanleiding is het verzet van een moslima medio 2007 tegen een mannelijke behandelend arts. Zij werd in partu een ziekenhuis binnengebracht. Een mannelijke gynaecoloog wilde onderzoek verrichten, maar door de begeleider van de vrouw werd hem de toegang tot de verloskamer ontzegd. Naar zijn mening zou alleen een vrouwelijke gynaecoloog de bevalling van de vrouw mogen leiden. Uiteindelijk is zij per ambulance naar een nabijgelegen ziekenhuis vervoerd, waar wél een vrouwelijke gynaecoloog beschikbaar was. Het kind is net op tijd gered. [2](#)

Een tweede reden om opnieuw aandacht te vragen voor genoemde discussie is gelegen in het feit, dat de kans op botsende belangen tussen moeder en nasciturus in de toekomst groter wordt als gevolg van toenemende mogelijkheden van foeto-chirurgie. [3](#)

Tot voor kort is noch door de politiek, noch door de medische stand over deze problematiek een concreet standpunt ingenomen. [4](#) Maar daar is recentelijk verandering in gekomen. Zowel de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport als de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) hebben zich thans naar aanleiding van bovengenoemde casus voor het eerst over de kwestie uitgesproken. Het standpunt luidt, dat een zwangere vrouw een behandeling door een bepaalde arts – bijvoorbeeld op grond van geloofsovertuiging – in principe mag weigeren. In uiterste situaties echter mag de weigering van de patiënt genegeerd worden en mag de arts tegen de wil van de vrouw in een medische ingreep verrichten.

De vraag of een vrouw een mannelijke arts mag weigeren wordt in principe bevestigend beantwoord (zie par. 2). Waar het mij in deze bijdrage om gaat is, dat zowel de minister als de KNMG – de KNMG na consultatie van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) – het standpunt ingenomen hebben, dat in uiterste instantie een arts mag handelen tegen de wil van de vrouw in.

In paragraaf 2 worden deze standpunten beschreven. Aansluitend volgt in paragraaf 3 het wettelijke kader waarbinnen de discussie zich afspeelt en een korte samenvatting van deze discussie. Ten slotte volgt in paragraaf 4 de afronding.

### 1.3 2. Enkele standpunten

Reeds in 1990 is door een commissie van de Gezondheidsraad het rapport *Het ongeboren kind als patiënt* gepubliceerd. [5](#) In de daar geformuleerde richtlijnen staat onder meer, dat een ingreep er niet alleen op gericht dient te zijn dat de foetus er baat van kan verwachten. De mogelijke voordelen moeten opwegen tegen de mogelijke nadelen voor de foetus en de vrouw. Daarbij geldt, dat de zwangere haar uitdrukkelijke toestemming dient te hebben verleend voor de ingreep. Zonder deze toestemming is een ingreep niet aanvaardbaar.

Onlangs is een update van dit advies gepubliceerd, maar dat betreft alleen de huidige stand van zaken in de wetenschap. [6](#) In het najaar van 2008 zal naar verluid een advies verschijnen over de juridische en ethische aspecten van deze problematiek. Gezien de hieronder beschreven ontwikkelingen, is het niet ondenkbaar dat de Raad thans een ander standpunt zal innemen.

De huidige opvattingen van de minister en de KNMG lijken in ieder geval haaks te staan op het standpunt uit 1990. Naar aanleiding van de hierboven beschreven kwestie en vergelijkbare kwesties wordt onder meer de vraag gesteld aan minister Klink of patiënten op basis van hun geloof – zelfs in acute situaties – inderdaad mogen eisen dat zij beslist niet worden geholpen ‘door een man, neger, homo, oudere of jood?’. [7](#)

Het antwoord luidt, dat een wilsbekwame patiënt in beginsel op basis van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) een behandeling of onderzoek, te allen tijde – ook in acute situaties – mag weigeren. De achterliggende redenen om een arts te weigeren zijn als zodanig irrelevant. Maar de minister vervolgt dan: “Indien de weigering van de patiënt negatieve gevolgen heeft voor een derde (bijvoorbeeld een ongeboren kind), kan de hulpverlener bewerkstelligen dat deze beslissing wordt doorbroken, via de jeugdzorg of via de voorzieningen op het terrein van de kindbescherming”. [8](#)

Hieronder zal blijken dat in de opvatting van verschillende auteurs dit juridisch gezien nu juist niet zou kunnen. [9](#) Zo is het een omstreden vraag of de kindbescherming in een dergelijke situatie inderdaad kan en mag ingrijpen zoals de minister voorstelt en of een begeleider (partner) door middel van dwang verwijderd kan worden. Dat geldt ook ten aanzien van de vraag of het recht op godsdienstvrijheid en lichamelijke integriteit van de vrouw in dergelijke situaties genegeerd mag worden ten behoeve van het kind. [10](#) [11](#)

Op 7 februari 2008 komt de KNMG tot een vergelijkbaar standpunt als eerder door de minister verwoord. [12](#) Als vuistregel geldt, dat “een instelling alleen aan

het verzoek voor een zorgverlener met een bepaalde sekse (probeert) te voldoen als de patiënt dit tijdig (bij het maken van een afspraak) aangeeft. In spoedsituaties zijn de keuzemogelijkheden van de patiënt veel beperkter, of niet bestaand” (p. 2). Ten aanzien van een zwangere vrouw wordt expliciet opgemerkt, dat de situatie anders is wanneer de patiënt met spoed wordt opgenomen vanwege een bevalling. In die situatie spelen immers niet alleen haar eigen (medische) belangen een rol, maar ook die van haar ongeborn kind: het is niet wenselijk om de wens van de moeder zonder meer te respecteren, omdat dit zou betekenen dat zowel het leven van de moeder als dat van het kind in gevaar kan komen. In dit soort gevallen mogen de individuele arts of de instelling meer pressie uitoefenen. Daarbij dient de moeder (en haar begeleider) te worden geïnformeerd over de mogelijke gevolgen voor haar en haar baby als zij zich niet of niet tijdig laat helpen. Daarnaast is het van belang om opnieuw de wens van de patiënt zelf te vernemen, omdat de arts alleen een behandelingsovereenkomst met de vrouw heeft en niet met de begeleider of het nog ongeborn kind, aldus de KNMG. [13](#)

Wanneer de vrouw weigerachtig blijft, moeten zij en haar begeleider op dat moment met alle mogelijke middelen overtuigd worden van de noodzaak tot het aangaan van een behandelingsovereenkomst en een daaraan gekoppelde behandeling (i.c. de bevalling): “Dit kan in uiterste situaties ook betekenen dat de weigering van de patiënt genegeerd wordt. De belangen van het ongeborn kind wegen op dat moment zwaarder dan de wens van de vrouw om niet behandeld te worden door de beschikbare hulpverlener. Als gevolg van die noodsituatie komt de zorgplicht van de arts in dit geval voorop te staan. Dit houdt in dat de op dat moment beschikbare arts zo nodig tegen de wil van de vrouw in maatregelen mag nemen om ernstige schade of de dood van het kind te voorkomen. De leidraad daarbij zijn de professionele standaard van de arts en de geldende wetgeving. Daarbij dient de arts de – gegeven de omstandigheden – minst ingrijpende maatregel toe te passen. In het geval een begeleider aanwezig is die hiertegen bezwaar blijft houden, kan deze verwijderd worden, eventueel met hulp van de beveiliging van de instelling” (p. 7).

Volgens de KNMG is ingrijpen tegen de wil van de moeder onder omstandigheden dus geoorloofd, waarbij als leidraad geldt de professionele standaard van de arts en de geldende wetgeving. Hieronder zal echter blijken dat over de betekenis van bedoelde wetgeving in deze context zeer uiteenlopend wordt gedacht. In zoverre biedt dit standpunt de medische praktijk in feite geen eenduidig aanknopingspunt.

#### **1.4 3. De stand van zaken in het Nederlandse recht**

##### **1.4.1 3.1. Inleiding**

De vraag is aan de orde of een zwangere vrouw tegen haar wil gedwongen kan worden een medische ingreep te ondergaan ten behoeve van de nasciturus. Hierbij kan het zowel gaan om gevallen waarbij direct medisch ingrijpen geïndi-

ceerd is als gevolg van een voor de foetus levensbedreigende situatie (bloedtransfusie of keizersnede), als om gevallen waarbij door middel van een medische ingreep de kans op ziekte of handicaps na de geboorte verkleind of uitgesloten wordt (hiv-onderzoek, foeto-chirurgie). Dergelijke behandelingen zijn slechts mogelijk via het lichaam van de moeder. In de Anglo-Amerikaanse literatuur spreekt men hier over *invasive treatments* (invasieve behandeling), die onderscheiden worden van *restraint treatments* (een op onthouding gerichte behandeling). [14](#) In de laatstgenoemde categorie gaat het om situaties waarin de moeder door eigen actief handelen het ongeborn kind schade toebrengt, bijvoorbeeld door drugs- of drankmisbruik. De vraag in hoeverre in dergelijke gevallen in het belang van het kind tegen de wil van de moeder in gehandeld kan worden (bijvoorbeeld door gedwongen onthouding door opname in een ziekenhuis) en door wie, blijft in deze bijdrage buiten beschouwing. [15](#)

Ten aanzien van de vraag of medisch ingrijpen in de hier bedoelde situaties acceptabel is, kan in ons land een drietal opvattingen onderscheiden worden:

1. ingrijpen kan niet, omdat dit zou leiden tot inbreuk van verschillende grondrechten van de vrouw;
2. ingrijpen kan volgens de huidige wetgeving niet, maar gepleit wordt voor wettelijke maatregelen om mogelijk ingrijpen te realiseren; en
3. ingrijpen is mogelijk, in het bijzonder wanneer het voor de vrouw om een relatief lichte ingreep gaat met ingrijpende – positieve – gevolgen voor het kind.

Hieronder zullen de juridische posities van de nasciturus en de moeder nader geanalyseerd worden in het licht van bovenbedoelde discussie. [16](#)

#### 1.4.2 3.2. De juridische positie van de ongeborene

Een eerste belangrijke vraag in deze context is, of een levensvatbaar kind in de baarmoeder reeds als rechtssubject beschouwd kan worden. [17](#) Immers, als dat het geval is betekent dat, dat namens het kind (bijvoorbeeld door de vader of een bijzonder curator; zie hieronder) een beroep kan worden gedaan op hieronder nader te bespreken familierechtelijke verplichtingen van de ouders en op bepaalde grondrechten. [18](#) Artikel 1:2 Burgerlijk Wetboek (BW) bepaalt dat het kind waarvan een vrouw zwanger is als reeds geboren wordt aangemerkt, zo dikwijls zijn belang dit vordert. Wanneer het dood ter wereld komt, wordt het geacht nooit bestaan te hebben. In principe beschermt dit artikel de belangen van al verwekte, maar nog niet geboren kinderen waarbij van twee ficties wordt uitgegaan: het ongeborn kind wordt als reeds geboren aangemerkt, maar het wordt geacht nooit te hebben bestaan wanneer het dood ter wereld komt. Algemeen wordt aangenomen dat het hier in het bijzonder gaat om belangen in de zin van vermogensrechten. [19](#) In de literatuur wordt echter zeer verschillend gedacht over de vraag of dit artikel in de onderhavige context ruimer geïnterpreteerd dient te worden.

Een enge interpretatie – pas door de geboorte wordt een mens drager van subjectieve rechten – wordt verdedigd door Gevers, [20](#) Roscam Abbing, [21](#) Hammerstein-Schoonderwoerd, [22](#) De Boer en Roex, [23](#) Asser-De Boer [24](#) en Leenen. [25](#) Ook Sluyters [26](#) en Kalkman-Bogerd [27](#) staan een enge interpretatie van het artikel voor, maar pleiten voor het realiseren van nieuwe wetgeving om medisch ingrijpen in het belang van de nasciturus mogelijk te maken. Daarentegen staan Rombach, [28](#) De Bruijn-Lückers, [29](#) De Beaufort, [30](#) Schoonenberg, [31](#) Jungschleger [32](#) en Forder [33](#) een ruime opvatting voor. [34](#) De redactie van het artikel laat toe, aldus deze auteurs, dat onder ‘belang’ ook medisch belang – in de zin van bescherming van lichamelijke en geestelijke gezondheid van het kind – wordt verstaan. Ter ondersteuning van dit standpunt wordt gewezen op een uitspraak van de Rechtbank Haarlem. [35](#) Een zwangere vrouw vordert een voorschot uit een nalatenschap in het medisch belang van het kind. Met dit bedrag kan zij de kosten betalen van haar in een kraamafdeling van het ziekenhuis af te wachten bevalling. De rechter oordeelt, dat een voorspoedige geboorte een belang is van een ongeborn kind en wel een belang in de zin van artikel 1:2 BW (destijds art. 3 BW). In Leenen’s *Handboek* wordt de uitspraak anders geïnterpreteerd; het zou hier primair om een vermogensrechtelijke aangelegenheid gaan. [36](#) Ten onrechte naar ik meen: immers, voorop stond de voorspoedige en zo goed mogelijk medisch verantwoorde geboorte en daar was het gevorderde bedrag voor nodig. [37](#)

In dit verband kan ook gewezen worden op een meer recente uitspraak van de Rechtbank Rotterdam. [38](#) Het betreft een verzoek van de Raad voor de Kinderbescherming om de voorlopige voogdij uit te spreken over een ongeborn kind: “Uit het verzoek komt naar voren dat de raad zich ernstig zorgen maakt over de toestand van het ongeborn kind van mevrouw X. Mevrouw X. is thans, zo blijkt uit het verzoek, 34 weken zwanger. Haar zwangerschap verloopt tot op heden ongecontroleerd. Zij gebruikt fors harddrugs en bij de instanties is bekend dat zij zelf ook dealt en zich prostitueert.

Gelet op deze omstandigheden is een gecontroleerde zwangerschap en begeleiding tijdens en na de bevalling voor dit ongeborn kind van levensbelang, nu het kind hoogstwaarschijnlijk ook verlaafd ter wereld zal komen. Nu de aanstaande moeder zich aan elke vorm van hulpverlening onttrekt en gelet op het voorgaande merkt de rechtbank voor het treffen van maatregelen ter waarborging van een gecontroleerde zwangerschap en begeleiding tijdens en na de bevalling het ongeborn kind aan als geboren, omdat het belang van het kind dat vordert, zulks op de voet van artikel 1:2 van het Burgerlijk Wetboek.”

In casu gaat het niet om een vermogensrechtelijk belang, maar om het medisch belang van de nasciturus: ingrijpen is van levensbelang voor het kind.

Ter onderbouwing van het ruime standpunt, wordt ook naar voren gebracht dat een ongeborn vrucht van meer dan 24 weken door de Nederlandse strafwet wordt beschermd. [39](#) Verwezen wordt naar artikel 82a Wetboek van Strafrecht

(Sr): het betreft het strafbaar stellen van het doden van een vrucht die naar redelijkerwijs verwacht mag worden in staat is buiten het moederlichaam in leven te blijven. [40](#) Leenen's *Handboek* [41](#) deelt ook deze opvatting niet, aangezien de juridische aspecten van de geboorte als zodanig in het personenrecht – dus in het BW – geregeld worden (p. 138). Mijns inziens leidt laatstgenoemde opvatting tot een onwenselijke discrepantie ten aanzien van de ongeboorene: strafrechtelijk zijn er wel consequenties, maar privaatrechtelijk niet: de ongeboorene is geen rechtssubject. [42](#)

Terug naar de vraag hoe artikel 1:2 BW geïnterpreteerd dient te worden. Naar ik meen laten de woorden “zo dikwijls zijn belang dit vordert” uitdrukkelijk ruimte voor het in rechte erkennen van andere belangen dan vermogensrechten en dient het ook het medisch belang te omvatten. Het is onrealistisch, onlogisch en onjuist wanneer het artikel wel vermogensrechtelijke belangen van de nasciturus beoogt te beschermen, maar niet zijn medische belangen in de zin van lichamelijk en geestelijk welzijn.

Dit standpunt impliceert eigenlijk al het antwoord op de vraag of een nasciturus – nadat de ouders hebben besloten om geen abortus toe te passen – recht heeft op leven. In dit verband dient mede artikel 2 Europees Verdrag tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden (EVRM) genoemd te worden: “Het recht van een ieder op leven wordt beschermd door de wet”. Ook hier kan de vraag gesteld worden of ‘een ieder’ het ongebooren kind omvat. [43](#) Het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (EHRM) meent hieromtrent vooralsnog geen beslissing te kunnen geven. Volgens het Hof bestaat er binnen Europa geen consensus over de status van ongeboorenen; deze kwestie is in veel landen onbeslist. Om die reden meent het Hof, dat het niet wenselijk of zelfs niet mogelijk is – zoals de zaken er nu voor staan – om in abstracto de vraag te beantwoorden of een ongebooren kind een persoon is in de context van artikel 2 EVRM. [44](#)

De oplossing zal dus gezocht moeten worden in het nationale recht. Wanneer artikel 1:2 BW in ruime zin wordt opgevat, kan verdedigd worden dat artikel 1:247 BW – op grond waarvan ouders de verplichting hebben om hun kind “te verzorgen en op te voeden” en waaronder ook wordt verstaan “de verantwoordelijkheid voor het geestelijk en lichamelijk welzijn van het kind en het bevorderen van de ontwikkeling van zijn persoonlijkheid” – mede van toepassing is op het ongebooren kind. Zo bezien heeft het ongebooren kind dus inderdaad recht op een zo gezond mogelijk leven. Met andere woorden: wanneer een zwangere vrouw geen gebruik maakt van haar wettelijk recht op abortus en dus kiest voor het moederschap, dan aanvaardt zij daarmee niet alleen de morele plicht om het leven van haar ongebooren kind te beschermen en een adequate prenatale zorg in acht te nemen, maar ook een juridisch afdwingbare plicht. [45](#)

Een andere consequentie van de ruime opvatting is, dat wanneer een vrouw een behandeling weigert, in het belang van het kind gedacht zou kunnen worden aan

een gezinsvoogd of de Raad voor de Kinderbescherming om de mogelijkheid van 'vervangende toestemming' voor de geneeskundige behandeling te verkrijgen. [46](#) Ten slotte is gesuggereerd om in dergelijke gevallen een curator te benoemen, die de rechter kan vragen een belangenafweging te maken (art. 1:250 en 1:272 BW). [47](#)

#### 1.4.3 3.3. De juridische positie van de moeder [48](#)

Wanneer ten aanzien van de juridische status van de nasciturus de ruime opvatting inzake artikel 1:2 BW wordt gehuldigd, kan verdedigd worden dat er een recht ontstaat op medische zorg. Ter afwering van een door haar niet gewilde medische ingreep ten behoeve van de ongeborene, kan de moeder echter een beroep doen op verschillende haar toekomstende rechten.

In de eerste plaats kan verdedigd worden, dat wanneer toestemming ontbreekt in de zin van artikel 7:450 BW ter uitvoering van de geneeskundige behandelingsovereenkomst, er in beginsel geen behandeling kan plaatsvinden. [49](#) Daartegenover staat, zoals eerder al is aangegeven, dat verschillende auteurs ervoor pleiten om in dergelijke situaties een vervangende toestemming voor het kind mogelijk te maken. [50](#)

Ook kan de moeder een beroep doen op verschillende haar toekomstende grondrechten. Maar dan dringt de vraag zich op welke rechten prevaleren, die van moeder of kind. Van belang in deze context is de discussie over het recht op zelfbeschikking (autonomie) in de zin van een subjectief recht. [51](#) Uitgangspunt is dat iedere patiënt zelf bepaalt welke zorg bij hem past (zelfbeschikking en keuzevrijheid). Dit houdt mede in dat zorg ook mag worden geweigerd. Eerder is al geconstateerd dat ook de minister en de KNMG dit standpunt huldigen.

Op Europees niveau heeft het EHRM op basis van artikel 8 EVRM het recht op persoonlijke autonomie recentelijk onomwonden erkend. [52](#) Dit recht vormt mede de grondslag om een medische behandeling te weigeren. In de context van bovenbedoelde ontwikkelingen gaat het echter steeds om het recht van een patiënt om een bepaalde medische behandeling ten behoeve van zichzelf te weigeren.

In hun analyse van het recht op autonomie in het licht van de rechtspraak van het EHRM (waarbij ook art. 3 EVRM betrokken wordt), komen Hendriks e.a. tot een aantal in dit verband relevante conclusies. [53](#) In de eerste plaats wordt vastgesteld, dat er "... vanuit zowel het juridische als het ethische discours kritiek te beluisteren (valt) op de vereenzelviging van (patiënten)rechten met zelfbeschikking in termen van een vrijwel absolutistische aanspraak op individualiteit, onafhankelijkheid en keuzevrijheid" (p. 3). Bij de nadere invulling van het autonomieconcept is de rol van anderen in de zin van goede zorg en hulpverlenerschap onmisbaar (p. 6). In dit proces geldt steeds, dat de bescherming van de menselijke waardigheid als meest fundamentele waarde van ons recht ten grondslag aan de inkleuring van de begrippen autonomie en goede zorg ligt (p. 9). Wan-



neer deze waardigheid niet wordt beschouwd in de zin van ‘empowerment’ (absolute en volledige keuzevrijheid en zelfbeschikking), ontstaat er ter bescherming van de waardigheid een normatieve noodzaak om mensen beperkingen op te leggen “... ter voorkoming dat zij grenzen overschrijden die inherent zijn aan de dignitas” (p. 9). Dit kan leiden tot vrijheidsbeperkende maatregelen (p. 10) en de verplichting – ook van de staat – om het menselijk leven te beschermen (p. 12). De conclusie van schrijvers is, dat het Hof lijkt te erkennen, “... dat het bieden van goede zorg een geoorloofde inperking kan zijn van autonomie als afweerrecht” (p. 14).

Dit betekent, dat een beroep op het autonomiebeginsel niet onbegrensd wordt gehonoreerd; met als uitgangspunt de menselijke waardigheid kunnen uitzonderingen gemaakt worden.

Thans dringt de vraag zich op, of dit individuele autonomieconcept ook als afweerrecht in stelling kan worden gebracht wanneer de ingreep als zodanig niet de moeder betreft, maar haar ongeborn kind. In het licht van deze discussie, dient een drietal grondrechten mede aan de orde te worden gesteld. In de eerste plaats kan gewezen worden op artikel 10 Grondwet (Gw) betreffende de eerbiediging van de persoonlijke levenssfeer. Een nadere invulling van dit uitgangspunt betreft de onaantastbaarheid van het menselijk lichaam (art. 11 Gw): het recht om gevrijwaard te worden van schendingen van en inbreuk op het lichaam door anderen. Een niet gewilde, maar toch uitgevoerde ingreep kan leiden tot een ernstige inbreuk van de lichamelijke integriteit. Op het onderhavige onderwerp toegespitst, zou het artikel in de weg staan aan een medische ingreep ten behoeve van de ongeborene via het lichaam van de moeder. Ten slotte kan gewezen worden op artikel 15 Gw betreffende het recht op bewegingsvrijheid.

Artikel 11 Gw wordt in deze discussie in de literatuur centraal gesteld. Uitgaande van de enge opvatting wordt in Leenen’s *Handboek* verdedigd: “De rechten van de vrouw verdwijnen evenwel niet doordat zij de bevoegdheid tot aborteren van de vrucht verliest, en de vrucht krijgt door het verlopen van de abortustermijn geen subjectieve rechten. Er is geen juridische grond voor aantasting van de lichamelijke integriteit van de vrouw”. [54](#) Dit is het logische gevolg van zijn hierboven beschreven standpunt betreffende de betekenis van artikel 1:2 BW. Van botsende rechten is in deze visie dan ook geen sprake.

In de ruime opvatting is dat echter wel het geval. Zo verdedigt bijvoorbeeld De Bruijn-Lückers. “... dat de zwangere vrouw in een later stadium van de zwangerschap levensreddende medische behandelingen van de foetus in utero moet gedogen, medicijnen moet gebruiken en een eventuele keizersnee moet ondergaan”. [55](#)

Wel voegt zij daaraan toe, dat bij een botsing tussen het recht op medische verzorging van de foetus en het recht op lichamelijke integriteit van de moeder steeds een wederzijdse belangenafweging zal moeten plaatsvinden. Deze in

1986 door haar verdedigde opvatting sluit aan bij de actuele discussie over botsende grondrechten. Algemeen wordt aangenomen, dat er geen sprake is van een abstracte hiërarchie van grondrechten en dat er een belangenafweging dient plaats te vinden. [56](#) Van geval tot geval zal onderzocht moeten worden of het belang van een medische ingreep op een nasciturus wel of niet zwaarder weegt dan bijvoorbeeld het beroep op het recht op lichamelijke integriteit. Ten aanzien van de artikelen 10 en 15 Gw geldt een vergelijkbare redenering.

Op basis van het onderzoek van Hendriks e.a. is hierboven geconstateerd dat een beroep op het autonomiebeginsel niet onbegrensd wordt gehonoreerd en dat uitzonderingen kunnen worden gemaakt waarbij de menselijke waardigheid tot uitgangspunt dient. Of een beroep op het zelfbeschikkingsrecht ook niet gehonoreerd dient te worden wanneer dit leidt tot schade aan een ander, in casu de nasciturus, zal naar ik meen steeds door middel van een zorgvuldige belangenafweging vastgesteld dienen te worden. Zo zal een ingreep tegen de wil van de moeder in eerder te rechtvaardigen zijn wanneer het voor de vrouw om een relatief lichte ingreep gaat met ingrijpende positieve gevolgen voor het kind. Mijn conclusie luidt, dat ingrijpen tegen de wil van de moeder in ten behoeve van de nasciturus onder omstandigheden mogelijk moet zijn.

#### 1.5 4. Tot besluit

Vanuit ethisch standpunt bezien, wordt de nasciturus reeds voor de geboorte als volwaardig mens beschouwd. [57](#) De Boer en Roex menen, dat er eigenlijk nauwelijks verschil bestaat voor wat betreft de morele status tussen een levensvatbaar ongeborn kind en een pasgeborene. [58](#) Bennebroek Gravenhorst verdedigt, dat de foetus bij diagnostiek en therapie volledig als patiënt dient te worden beschouwd. [59](#) De Beaufort beschouwt de ongebornene reeds als toekomstig kind en dus als mens. [60](#)

Ook in buitenlandse literatuur wordt dit standpunt ingenomen. Zo schrijft Ford: "There can be little doubt that the fetus in the mother's womb is a human individual prior to birth once it is admitted that the new-born infant is a human being. The child that is born is the same developing human individual that was in the mother's womb. Birth alone cannot confer natural personhood or human individuality. This is confirmed by premature deliveries of babies who are as truly human and almost as viable as those whose gestation goes to full term. Being viable inside or outside the mother's womb makes a difference to the kind of dependence required for survival, not a difference to being a human individual or not." [61](#)

Wanneer ethisch bezien de levensvatbare nasciturus als volwaardig mens wordt beschouwd, dan valt niet in te zien waarom zijn juridische status hiervan dient te verschillen. Ik meen dan ook dat onder 'het belang' in artikel 1:2 BW ook het medisch belang verstaan dient te worden.

Als dat zo is, ontstaat er voor de moeder niet alleen een morele plicht om het kind zo goed mogelijk te verzorgen, maar ook een juridische op basis van artikel 1:247 BW. Wanneer er een botsing dreigt te ontstaan tussen de belangen van de nasciturus en die van de moeder, zal tot zorgvuldige belangenafweging dienen te worden overgegaan. [62](#) Onder omstandigheden kan een ingreep plaatsvinden tegen de wil van de moeder in.

Geconstateerd is dat de door de minister en de KNMG ingenomen standpunten zeker niet die eenduidige richtlijnen bieden waar de medische praktijk zich in een voorkomend geval naar kan richten. Om die reden verdient het aanbeveling, in navolging van bijvoorbeeld de ontwikkelingen in Engeland [63](#) en de Verenigde Staten, [64](#) dat ook in ons land – bijvoorbeeld door de NVOG – dergelijke richtlijnen in de hier verdedigde ruime zin gerealiseerd gaan worden. Gezien de maatschappelijke [65](#) en medische ontwikkelingen gaat het om meer dan een louter academische kwestie.

### 1.5.1 Noten

- Deze constatering betreft zowel de civiele rechtspraak als de tucht-rechtspraak. Zie met betrekking tot tuchtrechtspraak M.B. van Leusden,
1. H.A.M. Vervest & J.H.A.M. Hubben, *Gynaecoloog en tuchtrecht*, Den Haag: Sdu Uitgevers 2005.  
De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) was desgevraagd de mening toegedaan, dat de beroepsgroep eerst zelf een standpunt ten aanzien van deze problematiek moet formuleren; zie hierover B.V.M. Crul, 'Stop discriminatie artsen', *Medisch Contact* 2007, p. 1243 en noot 9. In Frankrijk is in een vergelijkbare situatie onlangs een moslimvader veroordeeld tot € 1.000 boete; hij weigerde een mannelijke arts bij de bevalling waardoor het kind – als gevolg van vertraging en niet ingrijpen – ernstig gehandicapt ter wereld is gekomen (uitspraak van het Court Administrative d'Appel van Lyon van 10 juni 2008, zie *NRC Handelsblad* 11 juni 2008).
  2. Zie hierover reeds G. Popelier, 'Het moeder-foetus konflikt', *Vlaams Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 1995, p. 295-303. Zie verder een recente publicatie van de Gezondheidsraad, *Foetale therapie, Update van de stand van de wetenschap*, Medical Technology Assessment (MTA)-signalement 27 mei 2008, alwaar wordt ingegaan op de medisch-technische ontwikkelingen in de afgelopen decennia.
  3. Wel ligt er sinds 1990 een advies van de Gezondheidsraad over dit onderwerp; zie par. 2.  
Gezondheidsraad, *Het ongeborn kind als patiënt, invasieve diagnostiek en behandeling van de foetus*, advies uitgebracht aan Minister en Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Den Haag: Gezondheidsraad juni 1990, no. 90/05.
  4. Zie noot 4.
  5. *Aanhangsel Handelingen II* 2007/08, nr. 5: antwoorden op Kamervragen van

- Wilders en Agema over discriminatie van medisch specialisten.
8. Zie noot 8.

Op de vraag of de IGZ hieromtrent een standpunt dient in te nemen antwoordt de minister dat de inspectie zelf geen normen stelt, maar voegt daaraan toe dat zij het veld wel kan stimuleren normen op te stellen als deze ontbreken. Zie noot 8: “Bij gebrek aan specifieke wettelijke regels is het zeer gebruikelijk dat de KNMG als beroepsgroep een standpunt vormt over een casus als deze, daar deze zich specifiek concentreert op de relatie tussen arts en patiënt. De inspectie kan dit standpunt hanteren als uitgangspunt voor haar handhaving”.
  9. Kan bijvoorbeeld een Jehova's getuige die weigert om na een ongeval een bloedtransfusie te ondergaan in het belang van haar ongeboren kind op grond van bovenstaande opvattingen nu ook gedwongen worden zich medisch te laten behandelen?

Anders dan de minister meent, huldigt de jeugdzorg naar het zich laat aanzien een andere opvatting. Dat geldt in ieder geval voor het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). In het *Protocol Risico-ouders van ongeboren en pasgeboren kinderen* wordt het volgende standpunt ingenomen: “Een belangrijke reden waarom de problematiek (bescherming van het kind, RK) pas na de geboorte opgepakt wordt, heeft te maken met het feit dat ongeboren kinderen juridisch gezien niet bestaan. Alle op de bescherming van kinderen gerichte wet en regelgeving is dan ook niet van toepassing op ongeboren kinderen”, Protocol van 16 mei 2006. Zie echter de in noot 39 genoemde rechtspraak.
  10. KNMG, *Standpunt KNMG over vrije artsenkeuze*, Utrecht: KNMG 2008, p. 7, <[knmg.artsenet.nl](http://knmg.artsenet.nl)>, onder Publicaties.

De Rechtbank Arnhem heeft hieromtrent in één uitspraak anders geoordeeld. Volgens deze uitspraak sluit een vrouw een geneeskundige behandelingsovereenkomst ter zake een bevalling zowel voor zichzelf als voor haar kind. Zowel moeder als kind is dus partij bij deze overeenkomst. Dat is echter alleen mogelijk wanneer het ongeboren kind als rechtssubject wordt beschouwd. Dit betekent, dat wanneer een kind tijdens de perinatale fase schade oploopt door de fout van een gynaecoloog, het kind zelfstandig een vordering op grond van wanprestatie in kan stellen (Rb. Arnhem 15 maart 2001, *Nemesis* 2002, nr. 1416).
  11. J. Savulescu, 'Future People, Involuntary Medical Treatment in Pregnancy and the Duty of Easy Rescue', *Utilitas* 2007, p. 1-20.

Waar het gaat om *restraint treatments* is het niet per se noodzakelijk om in te grijpen via het lichaam van de moeder; gedwongen onthouding of aanpassing van de levensstijl (eetgewoonten) kan reeds voldoende zijn om de vrucht te beschermen. De hieronder nader te bespreken problematiek van de inbreuk op de lichamelijke integriteit van de moeder is bij dergelijke behandelingen niet aan de orde; zie ook W. Hammerstein-Schoonderwoerd, 'De foetus, een toekomstige patiënt?', *NJB* 1987, p. 1221-1222, op p. 1221. Zie over de actu-
  - 12.
  - 13.
  - 14.
  - 15.

- aliteit van *restraint treatments* A.J. Schneider, M.E. Raats, M.J.C.E. Blondeau & E.A.P. Steegers, 'Zwangere, verslaafde prostituees: soms gedwongen opname in het belang van het kind', *NTvG* 2004, p. 1949-1952. Er worden drie casus besproken waarin de rechter een rechterlijke machtiging verleent voor gedwongen opname in het belang van het ongeboren kind op grond van art. 2 Wet Bopz. Zie verder: 'Gedwongen opname van zwangere verslaafde vrouwen? Prenatale kindermishandeling: mishandeling tijdens de zwangerschap', *Tijdschrift voor de Rechten van het Kind*, december 2007, p. K14-K16 (reacties van verschillende auteurs naar aanleiding van een krantenartikel hieromtrent) en Ph. Romer, 'Bescherming van het kind voor de geboorte niet toereikend. Rondetafelgesprek over prenatale kindermishandeling', *Tijdschrift voor de Rechten van het Kind*, juni 2008, p. 10-14. Zie ten slotte 'Dwang en drang in de hulpverlening', *Justitiële verkenningen* 2008, nr. 3 en noot 47.
- Zie voor een overzicht van opvattingen tot 1994: G. De Boer & A. Roex, 'Con-
16. flicterende belangen van zwangere vrouw en ongeboren kind', *NTvG* 1994, p. 295-303.
- Als eerste studie in ons land hieromtrent kan genoemd worden Ch. Petit, 'De ongeboren vrucht als persoon', *RM Themis* 1944, p. 169-183. Naar zijn mening is de ongeborene reeds als persoon en rechtssubject aan te merken,
17. tenzij het dood ter wereld komt. In dezelfde zin J. Rombach, 'Prae- en post-persoonlijksrechten en -plichten', *WPNR* 1963, p. 297-299, p. 313-316 en p. 329-331. Zie ook de in noot 14 genoemde uitspraak van de Rechtbank Arnhem.
- In de literatuur wordt deze vraag onderscheiden van de vraag wanneer een nasciturus medisch gezien als patiënt kan worden beschouwd. Zie bijvoorbeeld J. Bennebroek Gravenhorst, 'De patiënt in de baarmoeder. Ethische kanttekeningen bij intra-uteriene behandeling en diagnostiek', *Medisch Contact* 1992, p. 1266-1268 en De Boer & Roex 1994, p. 341 (zie noot 17). Zie verder par. 4.
- 18.
- Bijvoorbeeld erfgenaamschap of een recht op schadevergoeding in de zin
19. van art. 6:108 lid 1 onder a BW. Zie bijvoorbeeld Pitlo, *Personen en familierecht*, Deventer: Kluwer 2002, p. 3.
- J.K.M. Gevers, 'Status van het (pre-)embryo naar Nederlandse rechtsopvat-
20. tingen', in *Kunstmatige voortplanting en de status van het embryo*, Cahiers van het Katholiek Studiecentrum nr. 7, 1988, p. 38-49, op p. 39.
21. H.D.C. Roscam Abbing, 'Medisch handelen bij het begin van leven; enkele juridische kanttekeningen', *NTvG* 1988, p. 1540-1544.
22. Hammerstein-Schoonderwoerd 1987, p. 1222 (zie noot 16).
23. De Boer & Roex 1994, p. 341 (zie noot 17).
24. Asser-De Boer, *Personen- en familierecht*, Deventer: Kluwer 2006, p. 30.
- H.J.J. Leenen/J.K.M. Gevers & J. Legemaate, *Handboek gezondheidsrecht*.
25. *Deel 1: Rechten van de mens in de gezondheidszorg*, Houten: Bohn Stafleu van Loghum 2007, p. 136 (hierna Leenen's *Handboek*).

26. B. Sluyters, 'Civielrechtelijke aansprakelijkheid voor medische fouten voor de geboorte', in J.K.M. Gevers & J.H. Hubben (red.), *Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink 1990, p. 133-148, p. 137.
27. L.E. Kalkman-Bogerd, 'Dwang op zwangere vrouw ten behoeve van de ongeboren vrucht toelaatbaar?', *TvGR* 1990, p. 500-513, p. 507.
28. Rombach 1963, p. 298 (zie noot 18).
29. M.L.C.C. De Bruijn-Lückers, 'Baas in eigen buik en de grondrechten', *NJCM* 1986, p. 599-612, zie p. 605.
30. I.D. de Beaufort, 'Kind, hoe gaat het met je? Een gesprek over zwangeren en ongeborenen tussen recht en ethiek', in J.K.M. Gevers & J.H. Hubben (red.), *Grenzen aan de zorg; zorgen aan de grens*, Alphen aan den Rijn: Samsom H.D. Tjeenk Willink 1990, p. 120-132, zie p. 121-123.
31. R.M. Schoonenberg, 'De foetus, een toekomstige patiënt? (III)', *NJB* 1988, p. 798-799 en 'Een recht van het ongeboren kind op adequate prenatale zorg en medische behandeling?', in M. de Langen e.a., *Kinderen en recht*, Deventer: Gouda Quint 1989, p. 25-38.
32. M.K. Jungschleger, 'De onveilige baarmoeder', *AA* 2005, p. 339-344, zie p. 340-341.
33. C. Forder, 'Het belang van het ongeboren kind', in: E. Engelhart, T. Hartlief & G. van Maanen (red.), *Aansprakelijkheid in gezinsverband*, Den Haag: Boom Juridische uitgevers 2004, p. 189-219, zie p. 196-197.
34. Vergelijk ook J.H. Nieuwenhuis, *Confrontatie & Compromis, Recht, Retoriek en Burgerlijke Moraal*, Deventer: Kluwer 1997, p. 53-60.
35. Rb. Haarlem 14 oktober 1966, *NJ* 1967, 266, onder meer genoemd door De Bruijn-Lückers 1994, p. 605-606 (zie noot 30).
36. Leenen's *Handboek* 2007, p. 154, noot 55 (zie noot 26). In dezelfde zin Kalkman-Bogerd 1990, p. 500-513, op p. 508 (zie noot 28).
37. Ook Gr. van der Burght en J.E. Doek zijn van mening – met een verwijzing naar genoemde uitspraak – dat het om veel ruimere belangen gaat dan alleen vermogensrechtelijke belangen, in: J.H. Nieuwenhuis, C.J.J.M. Stolker, C.G. Breedveld-de Voogd, *Tekst & Commentaar BW (Boek 1), Personen- en familierecht*, Deventer: Kluwer 2002, p. 3. Zo ook Pitlo 2002, p. 3 (zie noot 20).
38. Rb. Rotterdam 9 mei 2006, *LJN* AX2185. Zie ook Rb. Groningen 24 oktober 2006, *LJN* ZA4417.
39. De Bruijn-Lückers 1986, p. 605 (zie noot 30).
40. Vergelijk in dit verband HR 29 mei 1990, *NJ* 1991, 217: het gaat niet om een redelijke verwachting achteraf, maar om de vraag of op het moment van de zwangerschapsafbreking een arts redelijkerwijs mag verwachten dat de vrucht in staat is bij een normale geboorte op dat moment in leven te blijven. Een vrucht die in staat is in leven te blijven als bedoeld in het artikel, betreft dus ook een vrucht die slechts in staat is enkele uren in leven te blijven.

41. Leenen's *Handboek* 2007, p. 138 (zie noot 26).
42. Zie voor een bespreking van mogelijke strafrechtelijke sancties tegen de ouders in deze context Forder 2004, p. 197-199 (zie noot 34).  
Ten aanzien van bepalingen in andere verdragen op mondiaal niveau kan dezelfde vraag gesteld worden, zie bijvoorbeeld de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens (1948): art. 3, het Internationale Verdrag inzake Burgerrechten en Politieke Rechten (1966): art. 6, de Internationale Verklaring van de Rechten van het Kind (1959): beginselen 2 en 4 en het Internationale Verdrag inzake de rechten van het kind: art. 1 en 6; zie in dit verband J.I. Fleming & M.G. Hains, 'What rights, if any, do the unborn children have under international law?', *Australian Bar Review* 1997, p. 181-198 en J.H.H.M. Dorscheidt, 'The unborn child and the UN Convention on Children's Rights: the Dutch perspective as a guideline', *The International Journal of Children's Rights* 1999, p. 303-347 en de daar genoemde literatuur.
43. EHRM 4 juli 2004 (*Vo v. Frankrijk*), *NJB* 2004, p. 2100, nr. 46 en *AB* 2005, 10 (m.nt. B.C. van Beers). Zie over deze uitspraak C. Forder, 'Bescherming van het ongeboren leven', *NJB* 2005, p. 686-688 en B.C. van Beers, 'De mysterieuze status van het embryo', *NJB* 2005, p. 678-685. Zie verder A.C. Hendriks, B.J.M. Frederiks & M.A. Verkerk, 'Het recht op autonomie in samenhang met goede zorg bezien', *TvGR* 2008, p. 2-18. Zie ook A. Plomer, 'A Foetal Right to Life? The Case of *Vo v France*', *Human Rights Law Review* 2005, p. 311-338 en J. Pichon, 'Does the Unborn Child Have a Right to Life? The Insufficient Answer of the European Court of Human Rights in the Judgment *Vo v France*', *German Law Review* 2006, p. 433-444.  
Zie ook De Bruijn-Lückers 1986, p. 607 (zie noot 30), Schoonenberg 1989, p. 29 (zie noot 32), I.D. de Beaufort, 'Heeft de ongeborene recht op behandeling?', in: G.M.W.R. de Wert & I.D. De Beaufort (red.), *Op de drempel van het leven. Ethische problemen rond bevruchting, abortus en geboorte*, Ambo: Baarn 1991, p. 155-167, Jungschleger 2002, p. 432 (zie noot 33) en Forder 2004, p. 197 (zie noot 34). Zie over het grote belang van adequate prenatale zorg H.I.J. Wildschut, E.H. van Vliet-Lachotzki, B.M. Boon, S. Fie Long, A.P. Landkroon & E.A.P. Steegers, 'Preconceptiezorg: een onlosmakelijk onderdeel van de zorg voor moeder en kind', *NTvG* 2006, p. 1326-1330.  
De Bruijn-Lückers 1994 (zie noot 30); bedoeld wordt op art. 7:450 BW. Deze opvatting lijkt in steeds bredere kring aangehangen te worden. Zo luidt de aanvang van een artikel in *de Volkskrant* van 19 februari 2008: 'Foetus onder toezicht van gezinsvoogd': "Ongeboren baby's van vrouwen met ernstige
44. psychiatrische stoornissen, verslavingsproblemen of ernstige verstandelijke handicaps moeten onder toezicht komen van een gezinsvoogd. Dit zeggen kinderrechtvaarders, de Raad voor de Kinderbescherming en Bureau Jeugdzorg uit Amsterdam". Zie ook de in noot 16 genoemde literatuur en de uitspraak van de Rb. Rotterdam in noot 39.
45. Deze gedachte lijkt door Schoonenberg 1989 verdedigd te worden op p. 36 (zie noot 32) en door Sluyters 1990, p. 137 (zie noot 27). In dezelfde zin ook
46. 47.

- J.C.M. Willems, 'Van parentiarchie naar Vadertje Staat, Over het verwekken, mishandelen en beschermen van kinderen', *Nemesis* 1992, p. 8-23, op p. 14. Zeer kritisch over deze mogelijkheid is J. Klomp, 'Lichamelijke integriteit van zwangere vrouwen', *TvGR* 1991, p. 157.
- Zie over de juridische positie van de vader in onder meer deze context R.J.P.
48. Kottenhagen, 'En vader dan? De civielrechtelijke positie van de vader in situaties van zwangerschaps- en geboorteschade', *NTBR* 2008, p. 2-16.
49. Uitgezonderd het bepaalde in art. 7:466 BW.
50. Zie de noten 47 en 48.
- Zie bijvoorbeeld J. Legemaate, 'Het zelfbeschikkingsrecht: een oud debat in nieuw licht', *TvGR* 2004, p. 18-20. Zie verder Hendriks e.a. 2008 (zie noot 45).
51. EHRM 20 maart 2007 (*Tysiac t. Polen*), nr. 5410/03, *NJCM-Bulletin* 2007, p. 497 (m.nt. A.C. Hendriks, in het bijzonder p. 510-511); aanvankelijk liet het Hof zich uit in termen van 'een beginsel', maar thans wordt gesproken over 'een recht'.
52. Hendriks e.a. 2008 (zie noot 45). De paginaverwijzingen in de tekst betreffen deze publicatie.
53. Leenen's *Handboek* 2007, p. 154 (zie noot 26). In dezelfde zin Hammerstein-Schoonderwoerd 1987, p. 1222 (zie noot 16), Sluyters 1990, p. 136 (zie noot 27) en Kalkman-Bogerd 1990, p. 504-505 (zie noot 28).
54. De Bruijn-Lückers 1986, p. 607 (zie noot 30). In dezelfde zin Schoonenberg 1989, p. 31 e.v. (zie noot 32) en Jungschleger 2002, p. 343 (zie noot 33).
- Zie bijvoorbeeld Van der Pot, *Handboek van het Nederlandse Staatsrecht*, Deventer: Kluwer 2006, p. 296-297 en de *Nota Grondrechten in een pluriforme samenleving* (18 mei 2004), p. 21-22. Zie verder J.M. Smits, 'Belangenafweging door de rechter in het vermogensrecht', *RM Themis* 2006, p. 134-140 en J.H. Gerards, *Belangenafweging bij rechterlijke toetsing aan fundamentele rechten*, Deventer: Kluwer 2006 en de daar genoemde jurisprudentie.
55. Zie voor een benadering van deze problematiek vanuit de religieuze ethiek bijvoorbeeld W. Eijk, 'Prenatale diagnostiek en foetale therapie in ethisch perspectief', in: M. Buijsen (red.), *Onrechtmatig leven? Opstellen naar aanleiding van Baby Kelly*, Nijmegen: Valkhof Pers 2006, p. 95-115 en H.M. Kuitert, 'De morele status van het embryo. De pauselijke instructie Donum Vitae', in: G.M.W.R. de Wert & I.D. De Beaufort (red.), *Op de drempel van het leven. Ethische problemen rond bevruchting, abortus en geboorte*, Baarn: Ambo 1991, p. 48-72.
56. De Boer & Roex 1994, p. 341 (zie noot 17).
57. Bennebroek Gravenhorst 1992, p. 47 (zie noot 19).
- I.D. de Beaufort (zie noot 31) en in dezelfde zin H.M. Dupuis & I.D. de Beaufort, 'De morele positie van de ongeboorene', in: I.D. de Beaufort & H.M. Dupuis (red.), *Handboek Gezondheidsethiek*, Assen: Van Gorcum 1988, p. 375-
58. 59. 60.



394.

N.M. Ford, *When did I begin? Conception of the human individual in history,*

61. *philosophy and science*, Cambridge: Cambridge University Press 1991, p. 79-80. Zie verder de daar genoemde literatuur.

De in de literatuur opgeworpen vraag hoe praktisch gerealiseerd kan worden

62. dat een moeder ook daadwerkelijk een behandeling ten behoeve van het kind ondergaat, dient onderwerp te zijn van een aparte studie.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Guidelines: Ethics, A

63. *Consideration of the Law and Ethics in Relation to Court-Authorised Obstetric Intervention*, no. 1, April 1994.

Zie bijvoorbeeld de richtlijnen van de American Medical Association, beschreven door H.M. Cole, 'Legal Interventions during Pregnancy', *Journal of the*

64. *American Medical Association* 1990, p. 2663, 2664 en het American College of Obstetricians and Gynaecologists, *Ethics in Obstetrics and Gynaecology* 36 (2d ed. 2004).

Zie de recente preadviezen van W. van der Burg, C.J.M. Schuyt & J.H. Nieu-

65. wenhuis, *Multiculturaliteit en recht*, Handelingen Nederlandse Juristen-Vereniging, Deventer: Kluwer 2008-1.

© 2008, Bohn Stafleu van Loghum, Houten