

Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – ein interdisziplinäres Thema im rechtlichen Fokus

Stephan Rixen

„Gesundheit ist nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Der Satz wird dem Philosophen *Arthur Schopenhauer* zugeschrieben, der immerhin kurze Zeit Medizin studiert hat. Aber auch ohne Medizinstudium lässt sich der Sinn des Satzes erschließen. Das Wort „alles“ (im zweiten Teil des Satzes) ist ein Synonym für den Wunsch, dem eigenen Leben in vielfältiger Weise einen Sinn zu geben. Wie sehr das gelingt, hängt wesentlich davon ab, ob der Gesundheitszustand der Verwirklichung von Lebensplänen im Wege steht. Je früher ernste gesundheitliche Probleme auftauchen, desto eher bleiben Lebenspläne bloße Pläne. Gesundheitliche Burden belasten daher jene besonders, deren Persönlichkeitsentwicklung erst beginnt: Kinder und Jugendliche.

In Deutschland leben derzeit (Bevölkerungsstatistik für 2017) – bei einer Gesamtbevölkerung von ca. 83 Millionen Menschen – rund 13 Millionen Kinder und Jugendliche (= Menschen unter 18 Jahren). Kind sein – „Kind“ hier verstanden als Oberbegriff für Kinder und Jugendliche – ist eine Lebensphase, die Tag für Tag Millionen Menschen betrifft. Es lohnt sich schon deshalb, das Verhältnis von Kindheit und Gesundheit unter die Lupe zu nehmen.

Die Thematik „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ wird in diesem Heft interdisziplinär und mit einem rechtlichen Fokus betrachtet. Das bedeutet nicht, dass alle Autorinnen und Autoren Juristinnen oder Juristen wären – im Gegenteil. Aber das Recht spielt auch bei den Beiträgen eine Rolle, die aus nicht-rechtswissenschaftlicher Sicht verfasst wurden, denn bekanntermaßen prägen rechtliche Regelungen nahezu alle Lebensbereiche, die für das Aufwachsen von Kindern wichtig sind. Aus der Vielzahl denkbarer Fragestellungen wurden einerseits solche ausgewählt, die sich eher grundlegenden Aspekten widmen. Andererseits geht es um sehr konkrete Fragestellungen, die bislang noch kaum Gegenstand der (rechts-)wissenschaftlichen Diskussion sind und die – wie das bei spezifischen Fragestellungen immer der Fall ist – zu den Grundlagen zurückführen: zum (Grund-)Rechtsstatus des Kindes, zum Kind-Eltern-Verhältnis, zur kindgerechten Weiterentwicklung des Gesundheits- und des sonstigen Hilfesystems.

Spätestens seit vor bald dreißig Jahren die UN-Kinderrechtskonvention von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet wurde, steht eine (auch vom Bundesverfassungsgericht schon früh geteilte) Einsicht außer Streit: Das Kind ist Inhaber von Grund- bzw. Menschenrechten. Diese Rechte darf es mit zunehmender Selbstbestimmungsfähigkeit selbst ausüben, zumindest muss seine Sichtweise immer wichtiger werden (vgl. § 1626 Abs. 2 BGB). Das medizinrechtliche Pendant zur grundrechtlichen Selbstbestimmungsfähigkeit ist die Einwilligungsfähigkeit. *Brian Valerius* legt hierzu eine Bestandsaufnahme vor („Die Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger“). Was die Idee der Kinderrechte vor Augen hat – rechtlich folgenreiche Stärkung der Individualität des Kindes – muss sich vor allem bewähren, wenn es um die kindliche Entscheidungsmacht in Gesundheitsfragen geht. *Brian Valerius* Beitrag zeigt, dass es der Geist der Kinderrechtskonvention nicht leicht hat, wenn er auf lange Zeit fraglos

anerkannte juristische Konstruktionen trifft und diese verändert will. Zugleich wirbt er für die positiven Aspekte einer Rechtslage, die mit dem Begriff der Einwilligungsfähigkeit über ein flexibles Instrument verfügt, kindlicher Entscheidungsmacht Raum zu geben.

Oliver Berthold, Vera Clemens, Andreas Witt und Jörg M. Fegert wenden sich mit ihrem Beitrag „Angst in den Heilberufen vor rechtlichen Fehlern“ einem Problem zu, mit dem viele Berufe im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen zu kämpfen haben, nämlich der Sorge, insbesondere beim Thema „Kinderschutz“ etwas falsch zu machen. Der Beitrag veranschaulicht Anlässe und Gründe für diese Sorge am Beispiel ausgewählter Gesundheitsberufe und ihres Kommunikationsverhaltens in der Krise auch unter Einschluss der Eltern. Zugleich werden die Vorteile der „Medizinischen Kinderhotline“ illustriert.¹

Der Beitrag von *Katharina Lohse, Henriette Katzenstein, Janna Beckmann, David Seltmann* und *Thomas Meysen* greift die thematischen Fäden auf, die in den beiden ersten Beiträgen angelegt sind. Ihr Beitrag „Ärztliche Versorgung Minderjähriger nach sexueller Gewalt ohne Einbezug der Eltern“ weist zum einen Bezüge zu dem Problem auf, dass insbesondere Ärztinnen und Ärzte in Sorge sind, in rechtlicher Hinsicht etwas falsch zu machen. Zum anderen geht es um die Frage der Einwilligungsfähigkeit, die darüber entscheidet, ob in einer für die minderjährige Person extrem schwierigen Situation die Eltern eingebunden werden müssen oder nicht. *Lohse u.a.* konkretisieren den Begriff der Einwilligungsfähigkeit im Hinblick auf die medizinischen Maßnahmen nach sexueller Gewalt. Ausführungen zu vertrags- und versicherungsrechtlichen Fragen runden die Darstellung ab. Der Beitrag steht stellvertretend für eine Reihe noch kaum diskutierter Behandlungs(-grenz-)situationen, in denen die Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen problematisch ist (Beispiel: die vertrauliche Geburt).²

Wolfram Höfling und *Philipp Stöckle* wenden sich dem Thema „Elternrecht, Kindeswohl und staatliche Impfverantwortung – eine Problemskizze“ zu. Der Beitrag ruft die verfassungsrechtlichen Grundlagen des Kind-Eltern-Verhältnisses in Erinnerung³ und markiert sodann grundrechtliche Grenzen für staatliche Interventionen, die auf Impfzwang verzichten oder auf ihn setzen. Die Problematik ist ein Beispiel für die schwierigen Abwägungsfragen, die insbesondere der Gesetzgeber zu beantworten hat, wenn er die Sichtweise der Eltern, die eine Impfung zugunsten des nicht-einwilligungsfähigen Kindes ablehnen, für irrelevant erklären will. Die ansonsten aus dem Elternrecht des Grundgesetzes (Art. 6 Abs. 2 Satz 1 GG) hergeleitete These vom elterlichen „Interpretationsprimat“ wird sich bei impfverweigernden Eltern kaum durchhalten lassen, sofern, wie üblich, die weithin anerkannte epidemiologische Wirklichkeitskonstruktion zur Basis der Abwägung gemacht wird. Dahinter steht letztlich die Idee, dass empirische Unklarheiten über die Riskanz eines elterlichen Verhaltens (hier: der Impfverweigerung), das die gesundheitliche Integrität des Kindes beeinträchtigen kann, nicht zulasten des Kindes gehen dürfen, sondern im Zweifel zugunsten des Kindes aufgelöst werden müssen. Das ist eine kinderrechtsoptimierende Interpretationsmaxime, die mit einem elternrechtsreduzierenden Realitätsbewertungsgebot einhergeht.⁴

1 Dazu auch *Berthold, O. u.a.*, Medizinische Kinderschutz-Hotline, in: Kinder- und Jugendmedizin, Jg. 17, H. 6/2017, S. 367-372.

2 Empfehlungen des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge zur vertraulichen Geburt, DV 4/18, www.deutscher-verein.de (zuletzt abgerufen am 11. 9. 2018).

3 *Höfling, W.*, Elternrecht, in: Isensee, J./Höfling, W. (Hrsg.), Handbuch des Staatsrechts, Bd. VII, 3. Aufl. 2009, S. 477-520.

4 *Rixen, S.*, Das Beschneidungsgesetz in der Kritik: verfassungsrechtliche Legitimation, Anwendungsprobleme, Reformbedarf, in: Zeitschrift für medizinische Ethik (ZfmE) Jg. 60, H. 1/2014, S. 33-43, hier: S. 36.

Kathrin Knochel, Monika Führer und Georg Marckmann widmen sich dem Thema „Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen bei Kindern und Jugendlichen: Neue Perspektiven mit dem Konzept des Advance Care Planning (ACP)“. Die Methode der Vorausplanung von Behandlungen, die ursprünglich in den USA und Australien entwickelt wurde und inzwischen auch im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung einen Ort gefunden hat (vgl. § 132 g SGB V),⁵ wählt einen bislang ungewohnten Weg, die Patientenverfügung („Elternverfügung“) im Kind-Eltern-Verhältnis effektiv einzusetzen. Dabei spielt ein aufwändiger Kommunikationsprozess, der den gesamten Behandlungsverlauf begleitet, eine entscheidende Rolle. Dieses Modell richtet sich gegen die verbreiteten Patientenverfügbungsformulare, die so pauschal und abstrakt angelegt sind, dass sie im Ernstfall Ärztinnen und Ärzten oft nicht weiterhelfen. ACP will nicht zuletzt dazu beitragen, die schwierige Entscheidung über die Beendigung lebensverlängernder Maßnahmen bei schwerstkranken Minderjährigen besser zu strukturieren.⁶ Auch dieser Beitrag greift die im Eingangsbeitrag gelegten Fäden auf, wenn er die (Nicht-)Einwilligungsfähigkeit von Minderjährigen thematisiert.

Drei weitere Beiträge sprechen auf unterschiedliche Weise Versorgungslücken auf, die immer Folge von Problembewusstseinslücken sind. Hierbei geht es letztlich um Fragen der Aufmerksamkeitsökonomie: Welche Themen werden in der allgemeinen Öffentlichkeit, aber auch in der fachöffentlichen Debatte als relevant anerkannt? Dabei geht es nicht in erster Linie um cleveres Agenda-Setting, also darum, wie gut die Klaviatur von Öffentlichkeitsarbeit und medialer Kommunikation beherrscht wird. Vorgelagert ist die Frage, wer sich warum – in der Wissenschaft, der Politik, den Medien – für bestimmte Themen (nicht) interessiert. Persönliche Präferenzen und Befindlichkeiten spielen hier ebenso eine Rolle wie gerade „angesagte“ Themen, Trends und (Berichterstattungs-)Moden, die bestimmte Problemlagen – genauer: Menschen, die von ihnen betroffen sind – nicht wahrnehmen. Sie erscheinen, wieso auch immer, nicht als so wichtig, dass die knappe Ressource Aufmerksamkeitserzeugung auf sie verwendet werden müsste. Diese Menschen sind in einer diskursiv erzeugten, vor allem medial vermittelten Welt mehr oder weniger unsichtbar. Subtile Abwertung durch fehlende wissenschaftliche, mediale oder politische Aufmerksamkeit bedingt und verfestigt soziale Ungleichheit. Es geht um die Chance von Menschen, mit ihrer Lebenslage öffentlich wahrgenommen zu werden, und diese Chance ist ungleich verteilt.

Lars Hillmanns Beitrag „Rechtlicher Rahmen der Gesundheitsversorgung ausländischer Kinder und Jugendlicher unter besondere Berücksichtigung psychischer Erkrankungen“ stellt die unübersichtliche Rechtslage dar, die nicht nur die gesundheitliche (Unter-)Versorgung von geflohenen Kinder und Jugendlichen zu einem verfassungs-, EU- und völkerrechtlichen Ärgernis machen.⁷ Insbesondere bei psychischen Erkrankungen wirkt sich die u.a. mit der UN-Kinderrechtskonvention (vgl. Art. 24 Abs. 1 S. 1) nicht in Einklang zu bringende Situation – auch aufgrund der ungeklärten Finanzierung von Dolmetschern – besonders nachteilig aus.

5 Rixen, S., Kommentierung zu § 132 g, in: Th. Kingreen/U. Becker (Hrsg.), SGB V, Kommentar, 6. Aufl. 2018, S. 1498-1504.

6 Hierzu auch *Landesethikkomitee Südtirol*, Vorausplanung von Behandlungsentscheidungen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Empfehlung für Eltern, entscheidungsfähige Minderjährige und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Südtiroler Gesundheitswesen, 2017, http://www.provinz.bz.it/gesundheit-leben/gesundheit/eit/_News/, Pressemitteilung vom 17. 10. 2017 (zuletzt abgerufen am 11. 9. 2018).

7 Vgl. Rixen, S., Zwischen Hilfe, Abschreckung und Pragmatismus: Gesundheitsrecht der Flüchtlingskrise, in: Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht (NVwZ) Jg. 34, H. 23/2015, 1640-1644.

Barbara Kavemann widmet sich dem Thema „Die Situation von Kindern gewaltbetroffener Mütter mit einer Alkoholproblematik – eine Versorgungslücke“. Ihr Beitrag geht einem immer noch zu wenig behandelten Problem nach. Das Leben des Kindes wird durch die Situation eines Elternteils – hier: der Mutter – geprägt, deren Handlungskompetenz aufgrund multipler Problemlagen (insbesondere Gewalt und Sucht) eingeschränkt ist, was auch zulasten des Kindes geht. Hier droht nicht nur die Mutter, sondern auch das Kind in eine Versorgungslücke zu fallen, die deshalb besteht, weil sich für die unterschiedlichen Hilfsbedarfe noch kein Versorgungsformat entwickelt hat bzw. die denkbaren Kooperationen unterschiedlicher Hilfeanbieter nicht funktionieren. Nicht zuletzt Frauenhäuser sind mit Müttern in einer solchen Lage, erst recht mit ihren Kindern in aller Regel überfordert. Ein kinderrechtebasierter Problemzugang kann helfen, Hilfsangebote zu entwickeln, die dem komplexen Hilfebedarfsprofil gerecht werden. Der Beitrag steht stellvertretend für die zahllosen Probleme, die der adäquaten Unterstützung von Frauen und ihren Kindern, die von Gewalt betroffen sind, im Wege stehen.⁸

Luise Molling legt einen Beitrag mit dem Titel „Spannung, Spiel und Schokolade – wie die Lebensmittelwirtschaft ungesunde Produkte an Kinder vermarktet (und was man dagegen tun kann)“ vor. Der Beitrag fügt sich gut in die jüngst veröffentlichten Erkenntnisse der sog. zweiten Welle der vom Robert-Koch-Institut (RKI) durchgeföhrten Langzeitstudie zur gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen ein.⁹ Der regelmäßige Genuss zuckerhaltiger Getränke, von Süßwaren und süßen Aufstrichen beeinträchtigt die Gesundheit und fördert nicht zuletzt Adipositas; zudem geht das Ganze vor allem zulasten von Kindern mit niedrigem sozio-ökonomischem Status. *Molling* tritt dezidiert für eine nicht bloß rhetorisch gemeinte, sondern effektive Verhältnisprävention ein, die mit dem Motto „Make the healthy choice the easy choice“ ernst macht. Sie schreibt bewusst aus der Perspektive einer auf Ernährungsfragen spezialisierten NGO. Angesichts einer Publikationslandschaft, die, soweit es um Lebensmittel(rechts)fragen geht, von der Perspektive der Lebensmittelwirtschaft dominiert erscheint, ist *Mollings* Beitrag als Kontrapunkt gedacht, ohne dass damit – wie könnte es anders sein – schon alle Fragen beantwortet wären. Aus der Perspektive des Themas „Gesundheit und Kindern und Jugendlichen“ ist der Beitrag wichtig, weil er in Erinnerung ruft, was viel zu selten bedacht wird: dass Ernährungsfragen Gesundheitsfragen sind.

Das Themenheft „Gesundheit von Kindern und Jugendlichen“ will den Sinn dafür schärfen, dass „Gesundheit“ eine in der Biographie von Kinder und Jugendlichen omnipräsente Problematik ist. Dazu gehören nicht nur die üblichen und bewährten Anlässe der Gesundheitsversorgung (z.B. Routinetermine bei Kinderarzt oder Kinderärztin). Dazu gehören auch existenzielle Grenzsituationen, die die Biographie von Kindern und Jugendlichen (und die ihrer Eltern) leidvoll verändern. Gerade solche Grenzsituationen rufen in Erinnerung, was beim Thema Gesundheit eigentlich immer gilt: Alles Wesentliche geschieht nicht durch das Recht, aber das Recht kann einen Rahmen schaffen, in dem für das Wesentliche – die adäquate Unterstützung von Kindern und Jugendlichen – ein geschützter Raum entsteht. Was bisweilen sehr abstrakt klingt – dass unsere Rechtsordnung sich der Würde des Menschen (Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz) und der Zugehörigkeitssicherung (vgl. Art. 20 Abs. 1, Art. 28 Abs. 1 S. 1 Grundgesetz: „sozial“) verpflichtet weiß –, wird hier konkret: Wo Menschen ihre konstitutive Schwäche, ihre Fragili-

8 Vgl. hierzu *Hellferich, C./Kavemann, B./Rixen, S.*, Bestandsaufnahme zur Situation der Frauenhäuser, der Fachberatungsstellen und anderer Unterstützungsangebote für gewaltbetroffene Frauen und deren Kinder, in: BT-Drucks. 17/10500 vom 16. 8. 2012, S. 29-329.

9 Informationen unter <https://www.kiggs-studie.de> (zuletzt abgerufen am 11.9.2018).

tät und Angewiesenheit erleben,¹⁰ muss das Recht Anerkennungsräume organisieren, in denen das durch Krankheit (oder aus anderen Gründen) gefährdete Selbst gestärkt wird. Das ist nicht Humanitätsduselei, sondern Verfassungsgebot. Wenn dieses Themenheft ein wenig dazu beitragen kann, im Fokus des Rechts besser zu verstehen, was es für Kinder und Jugendliche bedeutet, wenn Gesundheit zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit alles nichts ist, wäre viel gewonnen.

Verf.: Prof. Dr. Stephan Rixen, Universität Bayreuth, Rechts- und Wirtschaftswissenschaftliche Fakultät, Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozialwirtschafts- und Gesundheitsrecht, Universitätsstr. 30, 95447 Bayreuth, E-Mail: stephan.rixen@uni-bayreuth.de

10 Rixen, S., Gestaltung des demographischen Wandels als Verwaltungsaufgabe, in: Veröffentlichungen der Vereinigung der Deutschen Staatsrechtslehrer (VVDStRL) Bd. 74 (2015), S. 293-350, hier: S. 303 ff., S. 306 ff., S. 342.