

## **Zur Rechtsstellung des Feten im deutschen Gesundheitssystem**

Prof. Dr. Alexander Scharf, Darmstadt

31.3. 2012

Die gesellschaftliche Wahrnehmung der Pränatalmedizin in der Ein-Kind-Gesellschaft mit ihrem fragwürdigen Anspruch einer wie auch immer als solche verstandenen menschlichen Perfektion ist hoch. Infolgedessen ist die Pränatalmedizin als medizinisches, am Anfang eines Lebens angesiedeltes Fach einer intensiven, fortdauernden gesellschaftlichen Diskussion unterworfen.

Bemerkenswert ist hierbei, daß der Embryo bzw. der Fet in der Phase zwischen seiner Implantation und Geburt im deutschen Rechtssystem - wenngleich mit den in Art 1-19 GG kodifizierten Grundrechten versehen - kein rechtsfähiges Subjekt (§1 BGB) darstellt. Er wird jedoch durch zivilrechtliche Sondervorschriften insbesondere im Bereich des Erbrechtes geschützt. Auch genießt der in der juristischen Literatur „Nasciturus“ genannte Fet über §823 ff. BGB deliktrechtlichen Schutz vor vorgeburtlichen Schädigungen.

**Dies führt in der praktischen medizinischen Betreuung besonders eines von einer krankhaften Störung betroffenen Feten zu einer Fülle von ungelösten Fragen und Paradoxien.**

Ein Beispiel: Der Fet wird im deutschen Gesundheitssystem gemäß den sonographischen Bestimmungen der Mutterschaftsrichtlinien als Standardvorgehensweise 3x im Laufe seines intrauterinen Lebens medizinisch untersucht und ggf. behandelt. Da er als Rechtsperson nicht existiert, ist er folgerichtig nicht krankenversichert. Diese regelmäßig angewandten, tatsächlich gezielt auf den Feten gerichtete Prozeduren werden daher über die werdende Mutter als seine noch in Symbiose mit ihm verbundene, rechtsfähige und krankenversicherte Stellvertreterin abgerechnet. Dieses Konzept ist allerdings nur solange schlüssig durchzuhalten, wie der Fet, soweit feststellbar, „gesund“ ist.

Durch die Diagnose einer fetalen Erkrankung wird der Fet medizinisch gesehen zum Patienten und spätestens dann zu einem individuellen menschlichen Subjekt. Die Krankheitsfeststellung am Feten erfordert - in gesetzlich zunehmend umfangreicher, verbindlich festgelegter Ausgestaltung (Schwangerschaftskonfliktgesetz, Gendiagnostikgesetz, Richtlinie Pränatale Diagnostik u.a.m.) - praktisch immer eine eingehende medizinische Beratung der Schwangeren über den fetalen Krankheitszustand durch jene spezialisierten Kinderärzte, welche im gegebenen Fall die postpartale Versorgung eines Neugeborenen mit einer konnatalen Störung verantwortlich vornehmen.

Faktisch kommt es in dieser Situation zu einer doppelten, zueinander in wechselseitiger Rückbeziehung stehenden medizinischen Behandlung:

Es wird eine in aller Regel selbst gesunde Schwangere über die konkrete Erkrankung einer anderen, sozial und rechtlich noch nicht existenten, aber real bereits existierenden Person allgemein-medizinisch und speziell-pädiatrisch beraten. Da sie für diesen Menschen nachgeburtlich das Sorgerecht ausübt, hat diese fetale Erkrankung direkte

Auswirkung auf ihre eigenen, maternalen sozialen Lebensumstände und zumindest auch ihre seelische, ggf. auch körperliche Gesundheit.

Gleichzeitig muß die werdenden Mutter unter Heranziehung eines Maximums an medizinischer Information möglichst selbstbestimmt darüber entscheiden, wie mit der fetalen Erkrankung medizinisch weiter umzugehen ist (Ort der Entbindung, Art und Ausmaß einer intra- und postpartalen Betreuung). Damit fällt die werdende Mutter in Bezug auf das Kind existentielle gesundheitliche Grundsatzentscheidungen.

Hierbei wird zumindest potentiell - gemäß den Bestimmungen des Grundgesetzes und des Strafgesetzbuches, welche sich an diesem Punkt (§218 a(2)) ausschließlich auf die Mutter beziehen - immer auch die Kardinalfrage nach Fortführung der Schwangerschaft tangiert.

In der tatsächlichen Kausalität löst damit eine gegebene fetale Erkrankung neben umfangreichen weiteren Informations- und Beratungsmaßnahmen eine gezielte pädiatrische Beratung der werdenden Mutter als Kernmaßnahme in einer medizinischen Betreuungskette aus, die letztlich über eine autonom gereifte Entscheidung der Mutter zu einer zielgerichteten Maßnahme am bzw. mit dem ungeborenen Kind führt.

Medizinrechtlich kommt es hier über diese Beratung der Mutter zu einer fetalen Erkrankung durch den Pädiater zu einem einklagbaren Vertragsverhältnis zwischen der Schwangeren und dem Kinderarzt. An dieser Stelle muß betont werden, daß all diese Maßnahmen an und mit der klinisch gesunden Schwangeren gemäß dem Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V) im ambulanten Versorgungsrahmen erfolgen können und müssen.

Dies trifft allerdings nicht im versicherungsrechtlichen Sinne zu: Der in der ambulanten Versorgung tätige Pädiater kann die Schwangere in aller Regel nicht behandeln (hier: medizinisch beraten), da ihm eine Betreuung Erwachsener jenseits des 18. Lebensjahrs untersagt ist.

Nur in Ausnahmefällen dürfen Pädiater junge Erwachsene dann behandeln, wenn sie bei Allgemeinärzten, Internisten oder Fachärzten keine adäquaten Versorgungsangebote vorfinden. So existieren in Deutschland für die mehr als 200.000, mittlerweile über 90% erwachsenen Patienten mit angeborenen Herzfehlern drei als überregionale EMAH-Zentren zur Versorgung von **Erwachsenen Mit Angeborenen Herzfehlern (EMAH)** zertifizierte pädiatrische, kinder-kardiologische Kliniken. Hier werden auf Basis neu entwickelter Behandlungsempfehlungen und Leitlinien (Bsp: „Medizinische Leitlinie zur Behandlung von EMAH-Patienten“ der Dt. Ges. f. Kardiologie) und hierauf angepasster Weiterbildungscurricula (Spezielle Zusatzqualifikation „Erwachsene mit angeborenen Herzfehlern“ für Kardiologen und Kinderkardiologen) stationär und ambulant versorgt. Mittlerweile gibt es auch in der Rhein-Main-Region diverse an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Praxen für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie mit dem Schwerpunkt EMAH.

Auch ist die gezielte Behandlung eines ungeborenen, herzkranken Feten im Sinne einer interdisziplinären pränatalmedizinischen und kinder-kardiologischen Diagnostik, welche gegenüber der Krankenkasse als erbrachte medizinische Leistung abgerechnet wird, dem ambulant tätigen Kinderkardiologen deswegen nicht möglich, weil der ungeborene, erkrankte Fetus sozialmedizinisch bzw. versicherungsrechtlich nicht existent ist.

Damit gibt es im deutschen gesetzlichen Gesundheitssystem kein definiertes Ordnungskonzept, welches es im ambulanten Rahmen ermöglicht, die gesetzlich verankerte, verpflichtende interdisziplinäre pädiatrische vorgeburtliche Betreuung faktisch umzusetzen. Vielmehr ist es beispielsweise dem kassenärztlich tätigen Kinderkardiologen sogar explizit untersagt, vorgeburtlich medizinische (hier: diagnostische und die Mutter beratende) Leistungen durchzuführen: Diese müßte er benennen (Welche Person? Wie versichert?) können. Auch ist er zur Abrechnung durchgeführter Leistungen gegenüber den Versicherungsträgern über die Kassenärztliche Vereinigung verpflichtet. Nur so träte er - auch für den unerwünschten Fall einer Fehlberatung - mit der Mutter und dem Feten (?) in ein rechtsverbindliches, vertraglich geregeltes Behandlungsverhältnis ein.