

Das Leser-Forum

ALTERSDIAGNOSTIK

Es ist ein Irrglaube, dass Ärzte das Alter exakt definieren können (DÄ 18/2014: „Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Strittiges Alter – strittige Altersdiagnostik“ von Thomas Nowotny, Winfried Eisenberg und Klaus Mohnike).

Sinnentstellend

... Leider werden in dem Beitrag von Nowotny et al. die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD) sinnentstellend zitiert, die Aussagemöglichkeiten der von der AGFAD empfohlenen Methoden fehlerhaft dargestellt und die Ausführungen unter Missachtung des aktuellen Standes der Wissenschaft formuliert. Außerdem wird die einschlägige Rechtslage falsch interpretiert.

Als am besten geeignete Methodik für forensische Altersschätzungen bei lebenden Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei vorhandener Rechtsgrundlage für Röntgenuntersuchungen (zum Beispiel Aufenthaltsgesetz, Strafprozessordnung) empfiehlt die AGFAD die Kombination aus einer körperlichen Untersuchung, einer zahnärztlichen Untersuchung mit Auswertung einer Röntgenaufnahme des Gebisses sowie eine Röntgenuntersuchung der Hand. Bei abgeschlossener Handskelettentwicklung soll eine zusätzliche radiologische Untersuchung der Schlüsselbeine erfolgen. Dem Handradiogramm kommt entgegen den Behauptungen von Nowotny et al. ein hoher Stellenwert zu, weil ein nicht ausgereiftes Handskelett die Minderjährigkeit der zu untersuchenden Person beweist. Da die radiologische Untersuchung der Schlüsselbeinossifikation nur bei abgeschlossener Handskelettentwicklung erfolgt, dient das Handradiogramm außerdem der Vermeidung einer unnötigen Strahlenexposition. Als Methode der Wahl für den Nachweis der Vollendung des 18. Lebensjahrs gilt derzeit die CT-Untersuchung der medialen Schlüsselbeinenden. Entgegen den Behauptungen von Nowotny et al. liegen hierfür mehrere aussagekräftige Referenzstudien vor. Die körperliche Untersuchung dient im Übrigen nicht in erster Linie der Altersschätzung, sondern dem Ausschluss alters-

relevanter Entwicklungsstörungen. Denn nur bei normaler Entwicklung ist es zulässig, vom biologischen Alter auf das chronologische Alter rückzuschließen.

Die von Kritikern als Alternative zum von der AGFAD empfohlenen Methodenspektrum geforderte psychosoziale Altersschätzung ist aus wissenschaftlicher Sicht abzulehnen, da hierfür valide Referenzstudien fehlen. Die Befürworter psychosozialer Altersschätzungen müssten erklären, warum sie ausgerechnet aufgrund dieser Methode eine wissenschaftlich fundierte und vorurteilsfreie Begutachtung gewährleistet sehen.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Andreas Schmeling, Sekretär der AGFAD, Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Münster, 48149 Münster

Prof. Dr. med. Gunther Gesserick, Vorsitzender der AGFAD, 10707 Berlin

Einseitig

Bei uns entsteht der Eindruck, dass die Autoren dieses Artikels eine einseitige und nicht auf einer wissenschaftlichen Basis argumentierende („evidenzbasierte“) Einstellung vertreten, wenn sie sich zur Altersdiagnostik äußern. Folgende Hinweise sind aus unserer Sicht in dem Beitrag nicht berücksichtigt worden:

- Der Arzt hat gemäß Berufsordnung auch die Verpflichtung, mit seinem Sachverstand der Allgemeinheit zu dienen. Wenn es also behördlich beziehungsweise gesetzlich bestimmte medizinische Fragestellungen gibt, dann werden Mediziner benötigt, die diese Problematik mit wissenschaftlichen Methoden aufarbeiten (hier: die Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik [AGFAD]).
- Die Maßgabe „im Zweifel für den Flüchtling“ wird von den Medizinern, die derartige Gutachten anfertigen, stets ausdrücklich berücksichtigt. Ebenso wird penibel darauf geachtet, die Strahlenexposition zu minimieren.
- Wenn das Alter der Flüchtlinge eindeutig nach oben abweicht (bei angeblich minderjährigen unbegleiteten Flüchtlingen geht es um die Altersgrenze von 18 Jahren), dann gehören diese Personen jeden-

falls nicht in Einrichtungen, die eigentlich für Kinder vorgesehen sind. – Dies gebietet nicht nur das Gesetz, sondern auch unsere ärztliche Verpflichtung gegenüber den schwächsten Mitgliedern unserer Gesellschaft – den Kindern. Ein Umstand, dem eigentlich gerade Kinderärzte wie die Autoren Rechnung tragen sollten!

- Die rechtmäßigen Grundlagen für altersdiagnostische Untersuchungen mittels Röntgen sind wiederholt dargestellt worden. Es gibt eben nicht nur eine streng medizinische Indikation für derartige Untersuchungen, sondern auch eine Rechtfertigung auf gesetzlicher Grundlage.
- Das sogenannte Fazit dieses unter „Themen der Zeit“ publizierten Beitrags geht an der Realität der Zeit vorbei. Insbesondere haben die Autoren offenbar nicht realisiert, dass in den letzten zwei Jahrzehnten zahlreiche sehr detaillierte Publikationen zu dieser Problematik vorgelegt worden sind, die im Literaturverzeichnis des Beitrages keinerlei Erwähnung finden.
- Dass die Ärzte, die derartige altersdiagnostische Beurteilungen vorzunehmen haben, für sich genauso reklamieren, „Untersuchungen ohne Vorurteil“ durchzuführen, sollte eigentlich selbstverständlich sein. Diese verantwortungsvolle ärztliche Tätigkeit mit Begrifflichkeiten wie „Irrglauben“, „ignorieren“, „ungeeignet“, „entwürdigend“, „obsolet“ zu belegen, ist eine respektlose persönliche Herabwürdigung durch Nowotny, Eisenberg und Mohnike und diskreditiert Kollegen, die von Justiz und den Behörden Fragestellungen zugewiesen bekommen, die unsere Gesellschaft erhebt. Abschließend noch ein Hinweis: Die Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik hat seit dem Jahr 2000 neben der Entwicklung von Empfehlungen für die Gutachterstattung regelmäßige Ringversuche zur Qualitätssicherung der Gutachten sowie jährliche internationale wissenschaftliche Tagungen organisiert. – Die Beiträge und Empfehlungen der AGFAD zur forensischen Altersdiagnostik finden auch international starke Beachtung. In praktisch allen Rechtssystemen auf der ganzen Welt spielt die zutreffende Einordnung des Lebensalters eines Menschen eine erhebliche Rolle und ist unverzichtbar im Hinblick auf zahlreiche

behördliche und gesetzliche sowie gesellschaftliche Entscheidungen.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Klaus Püschel, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, 22529 Hamburg

Prof. Dr. Michael Tsokos, Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Charité, 10559 Berlin

Korrekte Rechtslage

Niemand muss politisch-gesetzgeberische Entscheidungen zum Umgang mit mutmaßlich minderjährigen asylsuchenden Flüchtlingen gutheißen. Dies kann jedoch nicht dazu führen, dass in dem Beitrag die geltende Rechtslage unkorrekt dargestellt und unzutreffend ein Verstoß gegen die Röntgenverordnung, das Aufenthaltsgesetz und gegen Regelungen des Strafgesetzbuches behauptet wird. § 25 Absatz 1 Satz 1 der Röntgenverordnung (RöV) erlaubt keineswegs ausschließlich die Anwendung von Röntgenstrahlung aus medizinischer Indikation, sondern auch „in sonstigen durch Gesetz vorgesehenen oder zugelassenen Fällen“. In der BR-Drs. 230/02 stellt die Bundesregierung klar, dass es für eine Röntgenuntersuchung aufgrund gesetzlicher Vorschriften, zum Beispiel des Sozialrechts, berufsgenossenschaftlicher Vorschriften oder der Strafprozessordnung (StPO) einer rechtfertigenden Indikation bedarf. Es muss dafür aber keineswegs ausnahmslos ein gesundheitlicher Nutzen für den Einzelnen vorliegen, sondern der von dem jeweiligen Gesetz erwartete Nutzen für die Allgemeinheit ist zu berücksichtigen. Entsprechend erlaubt § 49 Absatz 6 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) „körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zum Zweck der Feststellung des Alters vorgenommen werden, wenn kein Nachteil für die Gesundheit des Ausländers zu befürchten ist.“ ... Der von den Autoren erfolgte Verweis auf Beschlüsse des Deutschen Ärztetages – zum Beispiel Entschließung des 110. Deutschen Ärztetages 2007 (Drucksache V-54) und des 111. Deutschen Ärztetages (Drucksache VI-78) – ist kein Verweis auf die Rechtslage. Entschließungen des Deutschen Ärztetages sind rechtlich nicht verbindlich und haben nur deklaratorischen Charakter, auch wenn sie selbstverständlich eine legitime standesrechtliche Position darstellen ...

Literatur beim Verfasser

Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer, Institut für Rechtsmedizin, Justus-Liebig Universität Gießen, 35392 Gießen

Pubertätsmerkmale

... Wir Ärztinnen und Ärzte können das Alter nicht exakt definieren. Aus meiner Erfahrung im gynäkologischen Fachgebiet treten Pubertätsmerkmale etwa zwischen dem neunten und 16. Lebensjahr auf, so auch die Menarche. Der Zeitpunkt der Menarche wird mitbeeinflusst von ethnischen, klimatischen und konstitutionellen Faktoren und liegt zum Beispiel bei Inuit etwa im 23. Lebensjahr.

Selbstverständlich sind entwürdigende Untersuchungen zu unterlassen. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge bedürfen unseres Schutzes, wir sollten ihnen kein zusätzliches Leid zufügen, sondern sie kindgerecht aufnehmen und unterstützen.

Dr. med. Maria Hettenkofer, 32052 Herford

Vorsicht vor falschen Schlüssen

Ich bin dankbar für diesen Artikel. Allerdings fehlt mir ein Aspekt: Wir erleben aufgrund der frühen Stresssituationen, denen die Jugendlichen durch oft jahrelanger Flucht ausgesetzt sind, eine frühzeitige körperliche Akzelleration. Verantwortlich dafür ist wahrscheinlich ein erhöhter Cortisolspiegel, möglicherweise

kommt es in dieser Zeit zu einer Stellwertverschiebung in der Hypophyse. Von daher können die früher ermittelten Standardwerte nicht mehr stimmen, selbst wenn sie seriös in den Herkunftsländern ermittelt worden sein sollten. Ich selbst habe in der therapeutischen Begleitung dieser Jugendlichen immer wieder erlebt, wie gealtert diese Jugendlichen trotz nachgewiesenem niedrigen Alters waren. Das verführt häufig zu falschen Schlüssen, selbst bei Ärzten und Kinderärzten. Es gibt für diese Gruppe von Jugendlichen, die ja Außerordentliches in einer wichtigen Entwicklungsphase durchgemacht haben, keine wissenschaftlich fundierten somatischen Standards, so dass sich eigentlich jegliche seriöse Altersfeststellung verbietet. Statt sie in eine sinnvolle Altersfestlegungsdiagnostik zu pressen, sollten diese Jugendlichen dahingehend untersucht werden, was sie wirklich brauchen (psycho-soziales Clearingverfahren): Perspektive, Sicherheit, Ziele und Förderung ihrer Fähigkeiten und Ressourcen. Dafür sollten wir uns als Ärzte stark machen, anstatt in windigen Spekulationen zu ihrem Geburtsalter zu verharren.

Ernst-Ludwig Iskenius, Arzt, 18106 Rostock

KRANKENHAUSBETTEN

Ab einer Auslastung von 90 Prozent nimmt das Risiko für die Patienten zu (DÄ 19/2014: „Krankenhäuser: Mortalität steigt bei hoher Auslastung“ von Falk Osterloh).

Deutschland in einer Sackgasse?

Die zitierte Studie ist hinsichtlich der in Deutschland praktizierten Politik von größter Bedeutung. Bei Diskussionen im internationalen Kollegenkreis werden wir deutschen Ärzte immer wieder mit Bedauern bedacht, da die hierzulande praktizierte Politik der maximalen Auslastung in anderen benachbarten Ländern nicht durchgeführt wird. Diese Forderung der maximalen Auslastung vorhandener Krankenhausbetten hat in den letzten Jahren zunehmend dazu geführt, dass das Personal in Krankenhäusern in Spitzenzeiten erheblichen Belastungen ausgesetzt ist und zumindest die „gefühlte“ Qualität der Versorgung sich in diesen Zeiten verschlechtert. Genau diese Alltagssituation, die alle von uns kennen, wird nun mit dieser Stu-

die erstmals wissenschaftlich nachgewiesen. Der Alltag in deutschen Kliniken unterscheidet sich erheblich vom Alltag der Kollegen zum Beispiel in der Schweiz oder in den Niederlanden, die diese Vorgaben bei der Auslastung nicht kennen. Neben der Krankenversorgung leidet durch diese politische Festlegung auf eine maximale Auslastung in den Universitätskliniken zusätzlich auch die Lehre und Forschung in erheblichem Umfang, was jedoch bisher nicht in diesem Zusammenhang öffentlich diskutiert wird. Zur weiteren Versachlichung der Diskussion zu diesem Thema wäre eine Übersicht über die Auslastung von Krankenhausbetten in unseren Nachbarländern hilfreich, um vor allem auch zu sehen, ob sich Deutschland durch diese Art der Politik einerseits in eine Sackgasse begibt, andererseits dadurch nach Kenntnis dieser Studie bewusst Patienten in unserem Land gefährdet werden.

Prof. Dr. med. Michael Bitzer, Stellvertretender Ärztlicher Direktor, Medizinische Universitätsklinik; Gastroenterologie, Hepatologie, Infektiologie, Universitätsklinikum Tübingen, 72076 Tübingen