

Andreas Schmeling

**Die aktuelle medizinethische Debatte über
forensische Altersdiagnostik bei unbegleiteten
minderjährigen Flüchtlingen¹**

¹ Der Text basiert auf einer Masterarbeit im MBA-Studiengang „Management in der Medizin“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster vom 01.10.2018.

Die forensische Altersdiagnostik ist das schlechteste aller Altersfeststellungsverfahren
– wenn man von den anderen bislang bekannten Methoden absieht.

(frei nach Winston Churchill)

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Hintergrund	1
Zielstellung	7
Methodik	9
Prämissen	10
Medizinethische Analyse	12
Der Arzt in der Rolle des Sachverständigen	12
Zuverlässigkeit der Methodik	14
Verletzung des Autonomieprinzips?	20
Verletzung des Schadenvermeidungsprinzips?	23
Verletzung des Fürsorgeprinzips?	27
Verletzung des Gerechtigkeitsprinzips?	33
Fazit	37
Literaturverzeichnis	40

Einleitung

Hintergrund

Seit Beginn der 1990er Jahre ist es in Deutschland und zahlreichen anderen europäischen Ländern zu zunehmenden grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen gekommen (Angenendt 1999). Im Zusammenhang mit der forensischen Altersdiagnostik ist innerhalb der Migranten die Gruppe der sogenannten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge² (UMF) von besonderer Relevanz. Abb. 1 zeigt die jährliche Zahl der in Deutschland registrierten UMF in den letzten fünfzehn Jahren.

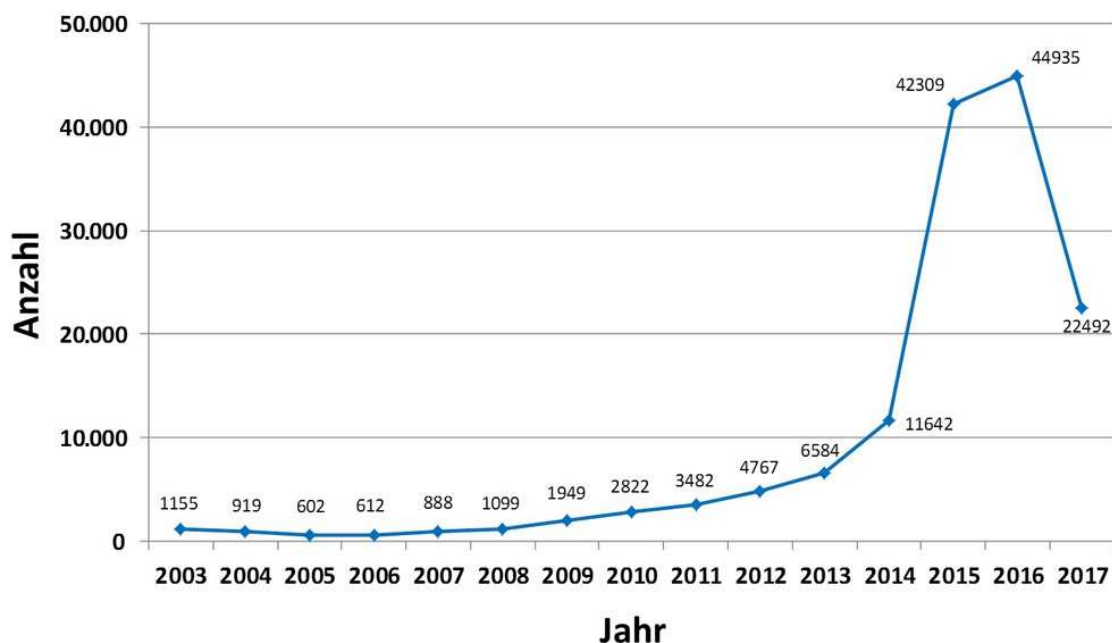


Abb. 1: Jährliche Zahl der von Jugendämtern in Deutschland in Obhut genommenen UMF zwischen 2003 und 2017 (Statistisches Bundesamt 2018)

Während zwischen 2003 und 2009 jährlich zwischen 600 und 2000 UMF verzeichnet wurden, stieg die Zahl der UMF zwischen 2010 und 2014 kontinuierlich auf knapp 12.000 im Jahr 2014 an. 2015 kam es zu einer sprunghaften Zunahme auf gut 42.000 UMF. Das bisherige Maximum wurde 2016 mit fast 45.000 UMF erreicht. Im Jahr

² Der Begriff ‚Flüchtling‘ wird in dieser Arbeit in umgangssprachlicher Bedeutung verwendet. Nicht bei allen diesen Personen handelt es sich um Flüchtlinge im juristischen Sinn, d.h. um Menschen, denen auf der Basis der Genfer Flüchtlingskonvention der Flüchtlingsstatus zusteht. In Gesetzestexten (§ 58 AufenthG, § 42 f SGB VIII) wird daher als Alternativbegriff zu UMF ‚unbegleiteter minderjähriger Ausländer‘ benutzt.

2017 ist die Zahl der erfassten UMF mit rund 22.500 im Vergleich zu 2016 auf die Hälfte zurückgegangen.

Zahlreiche UMF verfügen nicht über gültige Ausweispapiere.³ Wenn für juristische Entscheidungen im Zusammenhang mit der Gewährung von verfahrensrechtlichen Privilegien oder Sozialleistungen der Nachweis der Über- oder Unterschreitung gesetzlich definierter Altersgrenzen erforderlich ist (s. Tab. 1), können Behörden und Gerichte Sachverständige mit der Erstattung von Altersgutachten beauftragen.

Tab. 1: Rechtsgebiete, juristisch relevante Altersgrenzen, Fragestellungen und Rechtsvorschriften (aktualisiert nach Schmelting et al. 2016)

Rechtsgebiet	Altersgrenze(n) (Jahre)	Fragestellung	Rechtsvorschrift(en)
Strafrecht	14	Strafmündigkeit	§ 19 StGB
Strafrecht	18, 21	Anwendbarkeit von Jugend- bzw. Erwachsenenstrafrecht	§ 1 JGG
Familienrecht	18	Vormundschaft	§ 1773 BGB
Ausländerrecht	18	Handlungs- und Verfahrensfähigkeit	§ 80 AufenthG, § 12 AsylG
Sozialrecht	18	Inobhutnahme von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen durch Jugendämter	§ 42 SGB VIII
Sozialrecht	18	Gewährung von Erziehungshilfe	§§ 27 ff. SGB VIII

Die Gründe dafür, dass Altersangaben von UMF durch Behörden und Gerichte überprüft werden, sind vielfältig. Zum einen findet in vielen Herkunftsländern der UMF, insbesondere in Subsahara-Afrika und Südasien, keine amtliche Geburtsregistrierung statt (Aynsley-Green et al. 2012; Roscam Abbing 2011; Sauer et al. 2016). Da in einigen Ländern dem Geburtsdatum keine besondere Bedeutung beigemessen wird, kommt es in diesen Ländern auch häufiger zu Eintragungen in

³ Valide Angaben zur Zahl der UMF ohne gültige Ausweispapiere liegen nicht vor.

Geburtsurkunden oder Ausweisen, die nicht den Tatsachen entsprechen (Kirchhoff 2017a). Außerdem mag es geschehen, dass Ausweispapiere auf der Flucht verlorengehen. Hinzu kommt jedoch, dass es für junge Flüchtlinge auch starke Anreize für bewusst falsche Altersangaben gibt.⁴ So wies das Flüchtlingshilfswerk der Vereinten Nationen (UNHCR) bereits 1997 darauf hin, dass aus der besonderen Rechtsposition unbegleiteter Minderjähriger (Abschiebeschutz, Inobhutnahme, Jugendhilfeleistungen) die Gefahr einer falschen Altersangabe resultieren würde (UNHCR 1997). Roscam Abbing (2011) schreibt pointiert: „The special treatment of minor asylum seekers is an invitation to abuse.“ Während die für tatsächlich Minderjährige vorgesehenen Privilegien einen starken Anreiz darstellen, ein niedrigeres als das tatsächliche Alter anzugeben, ist in einigen Fällen (z.B. Menschenhandel, Zwangsprostitution, Kinderehen) auch mit zu hohen Altersangaben zu rechnen (Focardi et al. 2014; Socialstyrelsen 2016).

Bei Vorliegen einer Rechtsgrundlage für Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation empfiehlt die internationale und interdisziplinäre Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD) für Altersbegutachtungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen die Kombination einer körperlichen Untersuchung mit Anamneseerhebung, einer Röntgenuntersuchung der Hand und einer zahnärztlichen Untersuchung mit Anfertigung eines Orthopantomogramms (Panoramaröntgenaufnahme der Kieferregion). Auf der Röntgenaufnahme der Kieferregion wird insbesondere die Wurzelentwicklung der Weisheitszähne beurteilt. Sind sowohl die Handskelettentwicklung als auch die Weisheitszahnentwicklung abgeschlossen, kann man Volljährigkeit noch nicht zweifelsfrei nachweisen, da bei Frühentwicklern beide Entwicklungssysteme vor Vollendung des 18. Lebensjahres ausgereift sein können. Bei abgeschlossener Handskelettentwicklung sollte daher eine zusätzliche CT-Untersuchung der Schlüsselbeine erfolgen (Schmeling et al. 2008, 2016; Wittschieber et al. 2015).⁵

⁴ Bei bestimmten Interessengruppen herrscht hingegen das Narrativ vor, dass die UMF unverschuldet über keine Ausweispapiere verfügen würden und ihnen ihr Alter von den Behördenmitarbeitern als Ausdruck einer Misstrauenskultur nicht geglaubt würde (Aynsley-Green et al. 2012; Eisenberg 2016; Sauer et al. 2016; ZEKO 2016).

⁵ Die Schlüsselbeine sind deshalb von großer Bedeutung für die Altersdiagnostik, weil die Wachstumsfugen dieser Knochen als letzte des gesamten Skeletts verknöchern und bei fortgeschrittener Entwicklung den zweifelsfreien Volljährigkeitsnachweis erlauben (Schmeling et al. 2014b).

Über die Beteiligung von Ärzten an Altersbegutachtungen wird seit langem kontrovers diskutiert. So verabschiedeten seit 1995 fünf Deutsche Ärztetage Entschließungen gegen die Beteiligung von Ärzten an Altersfeststellungen. Während die Entschließung von 1995 noch zutreffend darauf hinwies, dass zum damaligen Zeitpunkt keine klare Rechtsgrundlage für Altersbegutachtungen in ausländerrechtlichen Verfahren vorlag und die medizinwissenschaftlichen Voraussetzungen unzureichend waren, geben die Entschließungen von 2007, 2008, 2010 und 2014 die tatsächliche Situation und die Rechtslage allerdings eindeutig falsch wieder (Dettmeyer 2010; Parzeller 2011, 2015; Rudolf 2014).⁶

Im Nachgang zu einer von der Deutschen Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung eines Atomkriegs (IPPNW), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin sowie den Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin der Charité organisierten „Internationalen Fachkonferenz zur Einschätzung des Alters, Entwicklungsstandes und Hilfebedarfs minderjähriger Flüchtlinge“, die im Juni 2015 in Berlin stattfand, wurde die sogenannte „Berliner Erklärung“ veröffentlicht. In dieser Erklärung heißt es, dass durch medizinische Untersuchungen zur Altersdiagnostik, wie körperliche Untersuchung einschließlich der äußeren Geschlechtsorgane, Röntgenuntersuchung der Hand und des Gebisses sowie eine Computertomographie der Schlüsselbeine, lediglich die biologische Reife eingeschätzt werden könne, nicht jedoch das chronologische Alter. Darüber hinaus sei es ethisch sehr problematisch, dass junge Flüchtlinge ohne medizinische Indikation Röntgenstrahlen oder einer Untersuchung intimer Körperteile ausgesetzt

⁶ Vor dem Hintergrund einer Veröffentlichung im *Deutschen Ärzteblatt* in der Rubrik „Themen der Zeit“ unter dem Titel „Strittiges Alter – Strittige Altersdiagnostik“ (Nowotny et al. 2014), mit der der Entschließungsantrag „Altersfeststellungen bei Flüchtlingen“ zum 117. Deutschen Ärztetag 2014 begründet wurde, schreibt Parzeller (2015): „Zu Recht werden sich die Delegierten des Deutschen Ärztetages fragen dürfen, warum sie bei Beschlussvorlagen mit Ausführungen aus einer Publikation in die Irre geführt werden, anstatt die Rechtslage sachlich und objektiv dargestellt zu bekommen.“ In einer ausführlichen Analyse der genannten fünf Ärztetagsentschließungen resümiert Rudolf (2014), dass sich der Verdacht aufdränge, „dass der Deutsche Ärztetag instrumentalisiert wurde, um der in vielerlei Hinsicht bedenklichen Meinung einer Interessengruppe ‚standesgemäßes‘ Gewicht zu verleihen“. Dass dies möglich sei, liege wohl in einem strukturellen Problem des Konzepts „Deutscher Ärztetag“ begründet. So wurden beim 117. Ärztetag in Düsseldorf im Mai 2014 „im Minutentakt“ (Krüger-Brand HE u. Protschka J 2014) 208 Entscheidungen gefasst (Rudolf 2014). Es darf bezweifelt werden, dass sich die Delegierten mit allen zugrundeliegenden Anträgen mit der gebotenen Gründlichkeit auseinandersetzen konnten. Dies dürfte in besonderer Weise für eine derartig komplexe Materie wie die forensische Altersdiagnostik gelten.

würden, selbst wenn sie dem formal zugestimmt hätten. Oft würden die Betroffenen unter Druck und in Unkenntnis der Tragweite und Bedeutung der Untersuchungen unterschreiben. Dies sei keine wirksame Einwilligung. Abgelehnt wurde die Anwendung ionisierender Strahlen außerhalb einer medizinischen Indikation. Gefordert wurde die bundesweite Einführung einer Jugendvorsorgeuntersuchung für alle UMF „statt aufwändiger, teurer und ungenauer Altersdiagnostik ohne Nutzen für die Betroffenen“ (Berliner Erklärung 2015). Die medizinethische Brisanz der „Berliner Erklärung“ liegt darin, dass zu den Erstunterzeichnern der Präsident der Bundesärztekammer, der damalige Vorsitzende der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (ZEKO) und die damalige Vorsitzende des Deutschen Ethikrats, die seit 2017 Vorsitzende des Europäischen Ethikrats ist, gehörten.

Mit der Einführung des „Gesetzes zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Verteilung ausländischer Kinder und Jugendlicher“ trat am 01.11.2015 der § 42 f SGB VIII in Kraft. Der Gesetzestext lautet:

§ 42 f SGB VIII Behördliches Verfahren zur Altersfeststellung

(1) Das Jugendamt hat im Rahmen der vorläufigen Inobhutnahme der ausländischen Person gemäß § 42 a deren Minderjährigkeit durch Einsichtnahme in deren Ausweispapiere festzustellen oder hilfsweise mittels einer qualifizierten Inaugenscheinnahme einzuschätzen und festzustellen. § 8 Absatz 1 und § 42 Absatz 2 Satz 2 sind entsprechend anzuwenden.

(2) Auf Antrag des Betroffenen oder seines Vertreters oder von Amts wegen hat das Jugendamt in Zweifelsfällen eine ärztliche Untersuchung zur Altersbestimmung zu veranlassen. Ist eine ärztliche Untersuchung durchzuführen, ist die betroffene Person durch das Jugendamt umfassend über die Untersuchungsmethode und über die möglichen Folgen der Altersbestimmung aufzuklären. Ist die ärztliche Untersuchung von Amts wegen durchzuführen, ist die betroffene Person zusätzlich über die Folgen einer Weigerung, sich der ärztlichen Untersuchung zu unterziehen, aufzuklären; die Untersuchung darf nur mit Einwilligung der betroffenen Person und ihres Vertreters durchgeführt werden. Die §§ 60, 62 und 65 bis 67 des Ersten Buches sind entsprechend anzuwenden. [...]

Die Formulierung im Absatz 2 zur verpflichtenden ärztlichen Untersuchung in allen Zweifelsfällen wurde bereits in einem Gesetzentwurf vom 13.10.2015 publiziert (Rudolf 2016). In einem Protestschreiben „gegen gesetzliche Festschreibung ärztlicher Untersuchungen zur Altersbestimmung“ der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin vom 29.10.2015, das u.a. vom Präsidenten der

Bundesärztekammer, vom Menschenrechtsbeauftragten der Bundesärztekammer und vom damaligen Vorsitzenden der ZEKO unterzeichnet wurde, findet sich die Forderung: „Keine Röntgen- und Genitaluntersuchungen zur Altersschätzung“.⁷

Im September 2016 veröffentlichte die ZEKO eine Stellungnahme zur medizinischen Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen (ZEKO 2016). Erklärtes Ziel dieser Stellungnahme war es, auf der Grundlage einer Synopsis des medizinisch-wissenschaftlichen Kenntnisstandes rechtliche und ethische Schlussfolgerungen zu ziehen. Die ZEKO kam „[a]uf der Grundlage der eingeholten Expertisen und der darin angeführten Literatur [...] zu dem Ergebnis, dass durch keine der von der o. g. Arbeitsgemeinschaft [gemeint ist die AGFAD] empfohlenen Untersuchungen ein Alter über oder unter 18 Jahren mit hinreichender Zuverlässigkeit festgestellt werden kann“. Gleiches gelte für die Frage nach einem Alter über oder unter 14 bzw. 16 Jahren. Da „nach allen vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen“ die Eignung der Methoden zur Erreichung des Zwecks, der nach Ansicht der ZEKO in der „sichere[n] Ermittlung des Alters“ bestehe, zweifelhaft sei, stelle eine Untersuchung mit Röntgenstrahlen „einen unverhältnismäßigen Eingriff in das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit dar“. Im Ergebnis empfiehlt die ZEKO, dass die Altersschätzung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zunächst sozialpädagogisch erfolgen solle. Eine medizinische Untersuchung solle „nur in besonderen Ausnahmefällen auf Antrag des Flüchtlings oder – bei Verdacht auf Missbrauch – auf gerichtliche Anordnung vorgenommen werden“.

Die deutsche Diskussion ist eingebettet in eine auch international geführte medizinethische Debatte über forensische Altersdiagnostik bei UMF (Aynsley-Green et al. 2012; De Sanctis et al. 2016; Focardi et al. 2014, 2015; Hancocks 2017; Hjern et al. 2012; Husband 2016; Keunen et al. 2013; Malmqvist et al. 2018; Marera 2015; Messelken et al. 2015; Pruvost et al. 2010; Roberts u. Lucas 2009; Roberts et al. 2017; Roscam Abbing 2011; Rudolf 2015; Sauer et al. 2016; Shaw 2009; Socialstyrelsen 2016; Thevissen et al. 2012). In den meisten wissenschaftlichen Publikationen wird eine ablehnende Haltung zur forensischen Altersdiagnostik

⁷ Den Unterzeichnern des „Protestschreibens“ war offenbar entgangen, dass im Gesetzeskommentar zum § 42 f SGB VIII die Genitalinspektion für unzulässig erklärt worden war.

vertreten.⁸ Medizinethische Beiträge, die die forensische Altersdiagnostik grundsätzlich befürwortend beurteilen, sind demgegenüber in der Minderzahl. Die bislang wohl mit Abstand tiefgründigste Ethikanalyse medizinischer Altersbeurteilungen wurde von einer schwedischen Arbeitsgruppe vorgelegt (Socialstyrelsen 2016).⁹ An verschiedenen Stellen dieser Arbeit werden deshalb Argumente dieser schwedischen Analyse aufgegriffen.

Zielstellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist eine Auseinandersetzung mit den wesentlichen Argumenten gegen die forensische Altersdiagnostik, die in der aktuellen medizinethischen Debatte vorgebracht wurden. Nachfolgend sind diese Argumente, die der medizinethischen Literatur zur Thematik entnommen wurden, ohne Anspruch auf Systematik und Vollständigkeit aufgeführt (Aynsley-Green et al. 2012; Berliner Erklärung 2015; Eisenberg 2016; Gerst 2015; Hancocks 2017; Hjern et al. 2012; Huesmann u. Wiesemann 2016; Husband 2016; Keunen et al. 2013; Messelken et al. 2015; Nowotny et al. 2014; Pruvost et al. 2010; Roscam Abbing 2011; Sauer et al. 2016; Shaw 2009; Wirth et al. 2016; ZEKO 2016):

- Altersdiagnostik im Behördenauftrag ist keine ärztliche Aufgabe; originäre Aufgabe des Arztes ist es vielmehr, Patienten, die zu ihm kommen, zu helfen.

⁸ Auch zahlreiche in- und ausländische Ärzteorganisationen, wie die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, der Deutsche Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte, die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, der Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Leitenden Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, die British Medical Association, die British Dental Association, das British Royal College of Paediatrics and Child Health, das British Royal College of Radiologists, die British Society for Paediatric Endocrinology and Diabetes, die French Academy of Medicine, die Dutch National Society of Physicians, das Royal Australian and New Zealand College of Radiologists, die European Academy of Paediatrics und der Council of the European Society for Paediatric Endocrinology, haben sich gegen die Beteiligung von Ärzten an Altersbegutachtungen ausgesprochen (Aynsley-Green et al. 2012; DAKJ 2015; Focardi et al. 2014; Rudolf 2015b; Sauer et al. 2016).

⁹ Diese Analyse wurde auf Schwedisch veröffentlicht. Eine deutsche Übersetzung ist auf der Homepage der AGFAD abrufbar. Eine englischsprachige Kurzfassung wurde als Zeitschriftenartikel publiziert (Malmqvist et al. 2018).

- Altersdiagnostik im Behördenauftrag kann die Arzt-Patienten-Beziehung stören.
- Man kann das chronologische Alter nicht bestimmen.
- Ein zweifelsfreier Volljährigkeitsnachweis ist nicht möglich.
- Die Methodik der forensischen Altersdiagnostik ist zu ungenau.
- Psychosoziale/sozialpädiatrische/holistische Altersschätzungen sind zu präferieren.
- Die psychische Reife muss in die Altersdiagnostik einbezogen werden.
- Die zu begutachtenden Personen gehören oft zu Populationen, für die keine Referenzstudien vorliegen.
- Der Hilfebedarf ist wichtiger als das chronologische Alter.
- Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation stellen einen unzulässigen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar.
- Röntgenuntersuchungen zur Altersdiagnostik sind gesundheitsschädlich.
- Die zu begutachtenden Personen können die Untersuchungen nicht verstehen und damit nicht rechtswirksam aufgeklärt werden.
- Die Freiwilligkeit der informierten Zustimmung ist nicht gegeben.
- Unterschiedliche Altersschätzungspraktiken an verschiedenen Orten führen zu einer Diskriminierung der UMF.
- Eine gesellschaftliche Misstrauenskultur wird durch Infragestellen der von den UMF mitgeteilten Altersangaben verstärkt.

Methodik

Im Hauptteil dieser Arbeit sollen die genannten Argumente gegen eine forensische Altersdiagnostik einer ethischen Analyse unterworfen werden. Als theoretischer Bezugsrahmen dieser Erörterung dienen insbesondere die von den US-amerikanischen Bioethikern Beauchamp u. Childress (2013) formulierten vier medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite. Mit ihnen wird keine anwendungsfertige Theorie geliefert, sondern vielmehr ein systematischer medizinethischer Zugang bereitgestellt, der für jede Fragestellung weitere Spezifizierungen und Abwägungen erfordert. Bei komplexen Problemen – wie dem vorliegenden – gibt es dabei oft erhebliche Interpretationsspielräume.

Bei den vier medizinethischen Prinzipien mittlerer Reichweite handelt es sich um:

- das Autonomieprinzip,
- das Schadenvermeidungsprinzip,
- das Fürsorgeprinzip sowie
- das Gerechtigkeitsprinzip.

Bei der Anwendung der von Beauchamp u. Childress (2013) beschriebenen medizinethischen Prinzipien auf die forensische Altersdiagnostik ist zunächst zu beachten, dass der Arzt bei medizinischen Altersfeststellungen nicht in der Rolle des Behandlers, sondern als Sachverständiger tätig ist. Die Besonderheiten dieser Arztrolle in Bezug auf die ethische Bewertung der forensischen Altersdiagnostik werden daher am Anfang des Hauptteils dieser Arbeit dargestellt.

Grundlage für die ethische Beurteilung einer Methode ist deren Validität. So weisen mehrere Autoren zu Recht darauf hin, dass ethische Bewertungen, wie beispielsweise die Risikoakzeptanz einer Untersuchungsmethode, maßgeblich von deren Ergebniszuverlässigkeit abhängen (Huesmann u. Wiesemann 2016; Wirth et al. 2016; ZEKO 2016). Auch dieser Aspekt wird deshalb im Hauptteil dieser Arbeit vor der Behandlung der vier medizinethischen Prinzipien erörtert.

Da ethische Urteile nicht zuletzt durch die ihnen zugrunde liegenden (bewussten und unbewussten) Annahmen beeinflusst werden können, soll aber zunächst der Versuch unternommen werden, die (bewusst gewählten) Prämissen der in dieser Arbeit vorgenommenen Ethikanalyse darzustellen.

Prämissen

(I) Voranstehend wurden knapp die Rechtsgrundlagen von Altersbegutachtungen skizziert. Nun ist natürlich nicht zu verkennen, dass geltende Gesetze unter Umständen aus ethischer Sicht zu kritisieren sind und entsprechende Gesetzesänderungen (nach rechtsstaatlichen Prinzipien) zu befürworten sein können. Manche Kritiker der forensischen Altersdiagnostik lassen sich, darauf hat das schon erwähnte schwedische Autorenkollektiv (Socialstyrelsen 2016) hingewiesen, in ihren Bewertungen davon beeinflussen, dass sie generellere Rechtsvorschriften zur Migrations- und Asylpolitik für zu restriktiv halten und diese über eine Ächtung medizinischer Altersfeststellungen konterkarieren möchten. Aus der nachfolgenden ethischen Analyse, die im Zentrum dieser Arbeit steht, ergibt sich, dass die in Deutschland geltenden rechtlichen Rahmenbedingungen von Altersbegutachtungen aus ethischer Perspektive nicht zu kritisieren sind. Die vorliegende Arbeit bewegt sich daher grundsätzlich auf dem Boden der in Deutschland geltenden migrationspolitischen Rechtsvorschriften.

(II) Die ethische Bewertung einer Methode zur forensischen Altersdiagnostik kann davon abhängen, in welchem Rechtsbereich die Altersbegutachtung erfolgt. So vertreten Huesmann u. Wiesemann (2016) die Ansicht, dass bei Altersbegutachtungen in Strafverfahren eine Interessenabwägung zwischen Individuum und Gesellschaft gestattet sei, während diese sich bei Altersbegutachtungen von nicht einer Straftat beschuldigten UMF verbieten würde. Auch die Legitimität von Autonomie-Einschränkungen kann offenkundig davon abhängen, ob es sich bei der zu begutachtenden Person um einen Beschuldigten in einem Strafverfahren handelt oder nicht. Den Schwerpunkt der vorliegenden Analyse sollen die im Fokus der ethischen Debatte stehenden Altersbegutachtungen im Auftrag von Jugendämtern auf der Rechtsgrundlage des § 42 f SGB VIII bilden.

(III) Die in der internationalen Fachliteratur diskutierten Methoden der medizinischen Altersbegutachtung weichen zum Teil von den in Deutschland praktizierten Verfahren ab. Das Hauptaugenmerk der vorliegenden Analyse soll auf den von der AGFAD empfohlenen Methoden liegen.¹⁰ Bezüglich der Aussage-sicherheit sind die in anderen Ländern eingesetzten Methoden oder Methoden-kombinationen zur Altersbeurteilung dem AGFAD-Verfahren deutlich unterlegen.

(IV) Schließlich erscheint erwähnenswert, dass der Autor der vorliegenden Arbeit Vorsitzender der AGFAD ist, mehr als 100 wissenschaftliche Arbeiten zur forensischen Altersdiagnostik publiziert und mehr als 1.000 Altersbegutachtungen durchgeführt hat. Insofern weist der vorliegende Text unvermeidlich eine perspektivische Prägung auf. Diese fachliche Expertise ist ausdrücklich nicht als ethischer Bias zu werten. Überzeugen muss letztlich die Argumentation.

¹⁰ Da seit Inkrafttreten des § 42 f SGB VIII Genitalinspektionen im Rahmen von Altersbegutachtungen von UMF nicht mehr zulässig sind, wird in der vorliegenden Arbeit nicht auf in der Literatur geäußerte (oftmals unqualifizierte) ethische Bewertungen von Genitalinspektionen eingegangen.

Medizinethische Analyse

Der Arzt in der Rolle des Sachverständigen

Von einigen Autoren wird die Meinung vertreten, dass die Altersbegutachtung keine ärztliche Aufgabe sei (Gerst 2015; Eisenberg 2016; Nowotny et al. 2014). So schreibt der Redakteur des *Deutschen Ärzteblatts* Thomas Gerst (2015) im Zusammenhang mit der forensischen Altersdiagnostik:

Originäre Aufgabe des Arztes ist es, Patienten, die zu ihm kommen, zu helfen. Dieses ärztliche Selbstverständnis zerbröselt, wenn er sich zum Erfüllungsgehilfen ordnungspolitischer Maßnahmen macht.

Dieser Auffassung liegt möglicherweise ein fehlendes Verständnis der unterschiedlichen Arztrollen zugrunde. Die Funktion des Arztes in der modernen Gesellschaft beschränkt sich längst nicht nur auf einen Behandlungs- und Heilauftrag des individuellen Patienten, sondern umfasst außerdem weitreichende Aufgaben innerhalb und für die Gesellschaft (Parzeller 2011). Führt ein Arzt im Auftrag von Behörden oder Gerichten Altersbegutachtungen bei UMF durch, wird kein Behandlungsvertrag im Sinne eines Arzt-Patienten-Verhältnisses, sondern ein öffentlich-rechtliches Vertragsverhältnis zwischen dem medizinischen Sachverständigen und der beauftragenden Institution geschlossen (Parzeller 2011). Hausotter (1999) beschreibt in einem unter der Überschrift „Ärztliche Gutachten: Eine elementare ärztliche Aufgabe“ im *Deutschen Ärzteblatt* erschienenen Beitrag auf sehr anschauliche Weise die grundlegenden Unterschiede und möglichen Konflikte der mit diesen beiden Rechtsverhältnissen einhergehenden Arztrollen:

Die dem Patienten [hinzuzufügen wäre: sowie vielen Ärzten und Ärztefunktionären] vertraute Rolle des Arztes ist die des uneingeschränkten Helfers. [...] Es wird eine uneingeschränkte Hingabe des Arztes an die Belange des ihn aufsuchenden Kranken erwartet, letztlich die Funktion als Anwalt des Patienten und damit a priori eine einseitige Parteinahme für ihn. [...]

Eine ganz andere und für die Gesellschaft und jedes Gemeinwesen sehr wichtige Rolle des Arztes ist die des Gutachters. [...] [O]bgleich theoretisch jeder approbierte Arzt als Gutachter tätig sein könnte [...] [sind für die Gutachtenerstattung] Fachleute erforderlich, die nicht nur das nötige einschlägige Spezialwissen für die jeweiligen Fragen [...] gewährleisten, sondern, was zumindest gleich wichtig ist, Unabhängigkeit und Sachlichkeit

garantieren. Genau dies fehlt dem behandelnden Arzt auf Grund seines eigenen und des ihm vom Patienten abverlangten Rollenverständnisses.¹¹

Da der für den Gutachter essentielle Rollenwechsel vom parteiischen Behandler zum objektiven Sachverständigen den meisten Ärzten nicht nur schwer fallen würde, sondern diese oft gar nicht gewillt seien, diesen Rollenwechsel zu vollziehen, vertritt Hausotter (1999) den Standpunkt, dass der behandelnde Arzt nicht gleichzeitig als Gutachter für seinen von ihm betreuten Patienten fungieren sollte. Andere Autoren weisen auf die mögliche Belastung der Arzt-Patienten-Beziehung durch eine objektive und für den Patienten mit einem nachteiligen Ergebnis verbundene Begutachtung durch seinen behandelnden Arzt hin (Sauer et al. 2016). Auch diese Gefahr ließe sich durch die konsequente personelle Trennung von Behandler und Gutachter bannen.

Aus dem potentiellen ärztlichen Rollenkonflikt leitet Hausotter (1999) darüber hinaus die Beobachtung ab, dass der Hausarzt im Gutachter oft den Gegenspieler in seinen vermeintlich dem Wohl des Patienten dienenden Handlungsweisen sehe. Hier besteht möglicherweise eine Analogie zu der unterschiedlichen ethischen Bewertung der forensischen Altersdiagnostik durch einige Kinderärzte auf der einen und den als Gutachter tätigen Rechtsmedizinern auf der anderen Seite (Nowotny et al. 2014; Schmeling et al. 2014a).

Die ärztliche Aufgabe der Sachverständigentätigkeit wird auch vom Weltärztebund (2005) ausdrücklich anerkannt:

Ärzte unterhalten unterschiedliche Beziehungen zur Gesellschaft. Da die Gesellschaft und ihr physisches Umfeld für die Gesundheit der Patienten wichtige Faktoren darstellen, haben die Ärzteschaft allgemein wie auch die einzelnen Ärzte bedeutsame Aufgaben zu übernehmen: im Bereich der Volksgesundheit, der Gesundheitserziehung, des Umweltschutzes, bei auf die Gesundheit und das Wohlergehen der Gemeinschaft einwirkenden Gesetzen und der Abgabe von Gutachten vor Gericht.

Die Auffassung, dass Ärzte nur therapeutisch tätig sein und sich nicht zum Erfüllungsgehilfen der Behörden machen lassen dürften, ist also eine ethische

¹¹ Auch in der AWMF-Leitlinie „Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung“ wird auf die Verpflichtung des medizinischen Sachverständigen zu Objektivität und Neutralität hingewiesen, so dass er weder Interessenvertreter des Auftraggebers noch der zu begutachtenden Person sein darf (AWMF 2013).

Mindermeinung, die im Widerspruch zu nationalen und internationalen Normen steht. Vielmehr dienen Gutachten zur forensischen Altersdiagnostik der Gewährleistung eines funktionierenden Rechtsstaats, dessen Fehlen für viele Menschen ein Fluchtgrund ist (Schmeling et al. 2016).

Zuverlässigkeit der Methodik

Einige Autoren begründen ihre ablehnende Haltung gegenüber der forensischen Altersdiagnostik mit dem Argument, dass damit eine Feststellung des chronologischen Alters nicht möglich sei (Hjern et al. 2012; Nowotny et al. 2014; Sauer et al. 2016; Wirth et al. 2016; ZEKO 2016). Diese Kritiker verkennen, dass das Ziel der forensischen Altersdiagnostik nicht darin besteht, das chronologische Alter eines jungen Flüchtlings möglichst genau zu schätzen bzw. das Alter sicher zu ermitteln, sondern darin, das Überschreiten juristisch relevanter Altersgrenzen zweifelsfrei nachzuweisen. Wenn beispielsweise das Überschreiten der Altersgrenze 18 Jahre nachgewiesen werden soll, ist es unerheblich, ob die zu begutachtende Person 18,5, 19,2 oder 23,7 Jahre alt ist.

In der maßgeblichen aktuellen Übersichtsarbeit zur forensischen Altersdiagnostik, die im wissenschaftlichen Teil des *Deutschen Ärzteblatts* publiziert wurde, kommen Schmeling et al. (2016) zu dem Schluss, dass die AGFAD-Methodik für Altersbegutachtungen mit einer Rechtsgrundlage für Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation bei Anwendung des Mindestalterkonzepts Aussagen zum Überschreiten der juristisch relevanten Altersgrenzen 14, 18 und 21 Jahre mit dem im Kontext medizinischer Begutachtungen höchsten Beweismaß („mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit“) erlaubt (Schmeling et al. 2016). Grundlage dieser Bewertung sind zahlreiche Referenzstudien, die klar definierten Anforderungen genügen müssen.¹² In diesen Referenzstudien wurden die Stadien der entsprechend

¹² In den AGFAD-Empfehlungen sind folgende Anforderungen an Referenzstudien aufgeführt: adäquate Stichprobengröße, unter Berücksichtigung der Zahl der erfassten Altersklassen und Bevölkerungsgruppen; gesicherte Altersangaben der Probanden; gleichmäßige Altersverteilung, Geschlechtertrennung; Angabe des Untersuchungszeitpunkts; klare Definition der untersuchten Merkmale; genaue Beschreibung der Methodik; Angaben zur Referenzpopulation hinsichtlich genetisch-geographischer Herkunft, sozioökonomischem Status, Gesundheitszustand; Angabe von

der AGFAD-Methodik zu untersuchenden Entwicklungssysteme geschlechtergetrennt mit dem Lebensalter der Probanden, deren genaue Lebensalter bekannt sein müssen, korreliert. Die AGFAD-Empfehlungen beruhen somit auf einer breiten wissenschaftlichen Basis.

Zur Begründung ihrer Gegenthese, dass durch keine der von der AGFAD empfohlenen Untersuchungen ein Alter über oder unter 18 Jahren mit hinreichender Zuverlässigkeit festgestellt werden kann, schrieb die ZEKO: „Es scheint nicht ausgeschlossen, dass reifere Stadien der Schlüsselbeinverknöcherung (3c, 4 und 5) auch unter 18 Jahren vorkommen.“ Als Beleg für dieses Postulat wird eine Studie von Basset et al. (2011) angeführt. In einem Lesebrief an das *Deutsche Ärzteblatt* haben Schmelting u. Rudolf (2016), die beide in der ZEKO-Stellungnahme als externe Sachverständige genannt wurden, aber in ihren Voten nicht berücksichtigt wurden, darauf hingewiesen, dass die Studie von Basset et al. (2011) als Referenzstudie für die Altersdiagnostik nicht in Betracht kommt.¹³

Hermetet et al. (2018) haben in einer kürzlich publizierten systematischen Metaanalyse Dünnschicht-CT-Studien zur Ossifikation der mittelliniennahen Schlüsselbeinepiphysen zur Frage der Nachweisbarkeit der Vollendung des 18. Lebensjahrs ausgewertet.¹⁴ Alle Personen mit den Stadien 4 und 5 waren über 18

Gruppengröße, Mittelwert und einem Streuungsmaß für jedes untersuchte Merkmal (Schmelting et al. 2008).

¹³ In der Studie von Basset et al. (2011) wurde das Stadium 3c gar nicht untersucht. Die Ergebnisse dieser Studie zum Stadium 4 (und damit implizit auch zum Stadium 5) stehen im Widerspruch zur übrigen umfangreichen Literatur zur Thematik. Diese umfasst mehr als 40 Studien, in denen mehr als 15.000 Personen untersucht wurden. Auffällig sind in der Studie von Basset et al. (2011) zudem die festgestellten Seitenunterschiede der Schlüsselbeinossifikation. Im Studienkollektiv von Basset et al. (2011) weisen von 666 Personen 122 Entwicklungsunterschiede zwischen linkem und rechtem Schlüsselbein von einem Hauptstadium und elf von zwei Hauptstadien auf. Eine Person habe einen Entwicklungsunterschied von drei Hauptstadien gezeigt. Auch dieser Befund steht im krassen Widerspruch zur übrigen Literatur (Franklin u. Flavel 2015; Houpert et al. 2016; Ufuk et al. 2016; Rudolf et al. 2018). So fanden beispielsweise Rudolf et al. (2018) bei einem Studienkollektiv von 2.595 Personen einen Seitenunterschied von einem Hauptstadium in 525 Fällen. Größere Stadienunterschiede traten nicht auf. Dieses Studienergebnis belegt ebenfalls, dass es in der Untersuchung von Basset et al. (2011) zu systematischen Fehlern gekommen sein muss und diese Arbeit als Referenzstudie für die Altersdiagnostik nicht verwendet werden kann.

¹⁴ Die methodische Qualität der selektierten Studien wurde anhand der sog. PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses)-Kriterien bewertet. Zur Beurteilung der Qualität der Stadienbeurteilung wurden die folgenden Kriterien definiert: mindestens zwei Untersucher, Bestimmung der Binnen- und Zwischenbeobachtbarvariabilität, Ausschluss von Personen mit potentieller Ergebnisverzerrung (Bias). Unter potentiell Bias wurden Tumoren und Frakturen der Schlüsselbeine, chronische Erkrankungen, Zeichen der Entzündung, Behandlung mit Steroiden, Chemotherapie, immunsuppressive Medikation sowie anatomische Normvarianten der medialen Schlüsselbeinepiphysen subsumiert. Allerdings wurde nicht näher

Jahre alt. Ebenso waren alle männlichen Personen mit einem Stadium 3c über 18 Jahre alt. Lediglich in einer Studie (Pattamaspong et al. 2015)¹⁵ lag das Altersminimum für das Stadium 3c bei weiblichen Personen unterhalb des 18. Lebensjahrs. Hermetet et al. (2018) diskutieren die Möglichkeit, dass es sich bei dem von Pattamaspong et al. (2015) mitgeteilten Altersminimum um einen statistischen Ausreißer aufgrund einer Fehlbeurteilung handeln könne.¹⁶

Als Kritikpunkt gegen medizinische Altersfeststellungen wurde außerdem vorgebracht, dass es für die untersuchten Altersmerkmale keine Referenzstudien aus den Herkunftsländern der UMF gebe (Aynsley-Green et al. 2012; Eisenberg 2016; Pruvost et al. 2010; Roscam Abbing 2011; Sauer et al. 2016). Diese Kritik suggeriert, dass es relevante Entwicklungsunterschiede bei verschiedenen ethnischen Gruppen geben könnte, die eine Anwendung der einschlägigen Altersstandards bei Angehörigen anderer ethnischer Gruppen als der Referenzpopulation verbieten

ausgeführt, wie das Kriterium der anatomischen Normvarianten bewertet wurde. Im Ergebnis des Selektionsprozesses wurden 15 Studien bezüglich ihrer methodischen Qualität bewertet. Zwei Studien wurden aufgrund methodischer Schwächen ausgeschlossen. In den verbliebenen 13 Studien waren 3.396 männliche und 2.209 weibliche Personen im Alter zwischen 10 und 35 Jahren untersucht worden.

¹⁵ Auch Huesmann u. Wiesemann (2016) verweisen in ihrer Publikation auf die Studie von Pattamaspong et al. (2015). Allerdings lassen diese Autoren eine kritische Analyse der von ihnen diskutierten Schlüsselbeinstudien vermissen.

¹⁶ Pattamaspong et al. (2015) erklären ihre Altersminima der Stadien 3c, 4 und 5, die deutlich unterhalb der von anderen Autoren publizierten Werte liegen, mit zwei möglichen Ursachen: zum einen mit der schon erwähnten Möglichkeit statistischer Ausreißer, zum anderen stellen sie die These einer beschleunigten Skelettreifung bei Asiaten mit geringem sozioökonomischem Status auf. Dieser zweite Erklärungsansatz steht im Widerspruch zum Forschungsstand zur Frage des Einflusses von ethnischer Zugehörigkeit und sozioökonomischem Status auf die Skelettreifungsgeschwindigkeit (Meijerman et al. 2007; Schmeling et al. 2000a, 2006). Auffällig an der Studie von Pattamaspong et al. (2015) ist hingegen der außerordentlich geringe Anteil von anatomischen Normvarianten. Bei diesen anatomischen Normvarianten ist eine valide Bestimmung des Ossifikationsstadiums nicht möglich. Wie Wittschieber et al. (2014 Lernkurve) zeigten, besteht der häufigste Fehler unerfahrener Untersucher bei der Bestimmung des Ossifikationsstadiums der medialen Claviculaepiphyse darin, dass anatomische Normvarianten nicht erkannt und bei diesen eine unzulässige Stadienbestimmung vorgenommen wird. Während in anderen Dünnschicht-CT-Studien zur Ossifikation der mittelliniennahen Schlüsselbeinepiphysen der Normvariantenanteil bei 15-20 % lag (Franklin u. Flavel 2015; Gurses et al. 2016; Kellinghaus et al. 2010; Ramadan et al. 2017; Wittschieber et al. 2014), wurden von Pattamaspong et al. (2015) lediglich acht von 417 Patienten (1,9 %) aufgrund des Vorliegens einer anatomischen Normvariante von der Stadienbestimmung ausgeschlossen. Die unzulässige Stadienbestimmung bei Schlüsselbeinen mit anatomischen Normvarianten kann als plausibelste Erklärung für die Pattamaspong et al. (2015) mitgeteilten Altersminima angenommen werden. Eine weitere (allerdings von den Autoren nicht kommentierte) Merkwürdigkeit der Studie von Pattamaspong et al. (2015) besteht darin, dass im weiblichen Geschlecht das Altersminimum des Stadiums 3c mit 17,4 Jahren deutlich unter dem des Stadiums 3b mit 18,1 Jahren liegt, was die These einer dem Altersminimum des Stadiums 3c zugrunde liegenden Fehlbeurteilung zusätzlich stützt. Aufgrund der genannten Auffälligkeiten erscheint die Studie von Pattamaspong et al. (2015) als ungeeignet, Volljährigkeit beim Vorliegen eines Ossifikationsstadiums 3c in Zweifel zu ziehen.

würden. In umfangreichen Literaturstudien konnte jedoch gezeigt werden, dass definierte Stadien der Skelettreifung und der Zahnentwicklung in den für forensische Altersdiagnostik relevanten ethnischen Hauptgruppen in derselben gesetzmäßigen Reihenfolge durchlaufen werden, sodass die einschlägigen Referenzstudien grundsätzlich auf andere ethnische Gruppen übertragbar sind (Schmeling et al. 2001).

In der relevanten Altersgruppe hat, so der gesicherte Forschungsstand, die ethnische Zugehörigkeit keinen nennenswerten Einfluss auf die Skelettreifung. Die Ossifikationsgeschwindigkeit ist jedoch vom sozioökonomischen Status einer Population abhängig. Vergleichsweise geringer sozioökonomischer Status führt zu einer Entwicklungsverzögerung und damit nach Maßgabe einschlägiger Referenzstudien zu einer Altersunterschätzung, die sich in juristischer Hinsicht gerade nicht nachteilig für die Betroffenen auswirkt (Schmeling et al. 2000a, 2006).

Für die Mineralisation der Weisheitszähne wurde festgestellt, dass Subsahara-Afrikaner im Vergleich zu Europäern eine beschleunigte Entwicklung aufweisen; bei Asiaten ist hingegen eine vergleichsweise Retardierung zu verzeichnen (Olze et al 2004). In der Altersschätzungspraxis sind für die Beurteilung der Weisheitszahnentwicklung daher Referenzstudien der jeweiligen ethnischen Hauptgruppe zu verwenden. Die erforderlichen Referenzstudien liegen vor.

Einige Kritiker der AGFAD-Methodik empfehlen auf einer Beurteilung der psychosozialen Reife basierende Alternativerfahren zur medizinischen Altersfeststellung, die als psychosoziale, sozialpädagogische bzw. sozialpädiatrische Altersschätzungen oder als „holistische Methode“ bezeichnet werden.¹⁷ Eine Beschreibung der „holistischen Methode“ findet sich bei Eisenberg (2016):

Die holistische Methode ist sehr viel zeitaufwändiger als Röntgen und eine körperliche Untersuchung. Man muss mehrere Stunden einplanen, um einem jungen Flüchtling und seiner Geschichte gerecht werden zu können. Eine freundliche, ruhige Atmosphäre ist erforderlich, damit der junge Mensch seine Ängste vor dem ‚Untersuchungstermin‘ ablegen und ohne Stress berichten kann. Mithilfe genauer Beobachtung und einiger Erfahrung gelingt es in einem ohne Zeitdruck geführten Gespräch, den kognitiven, sozialen und emotionalen Entwicklungsstand, die Bedürfnisse, die Glaubwürdigkeit und

¹⁷ Scharfe Abgrenzungen der genannten Verfahren existieren nicht. Ein gemeinsames Merkmal ist die Ablehnung von Röntgenverfahren zur Beurteilung der Skelettreife und der Zahnentwicklung.

schließlich auch das Alter eines jungen Menschen einzuschätzen. Besser als ein einzelner Termin ist ein längerer Aufenthalt in einer ‚Clearing‘-Einrichtung, wo die UMF im Alltag von fachkundigen Mitarbeiter/innen erlebt und beobachtet werden können. Den Eindruck, den Sozialarbeiter/innen, Psycholog/innen und Betreuer/innen aus anderen Berufsgruppen dabei gewinnen, ist in Bezug auf das Alter zutreffender als jedes Röntgen- oder Genitaluntersuchungsergebnis.

Als mögliche Schwachpunkte der u.a. von Eisenberg (2016) propagierten sozialpädiatrischen Altersschätzung durch in den Einrichtungen der UMF tätige Betreuer benennen Hjern et al. (2012) zum einen den Rollenkonflikt der Betreuer als parteiischer „Anwalt“ und neutraler „Altersgutachter“ der UMF und zum anderen die von den UMF als unangenehm empfundene Beobachtungssituation in den Clearing-Einrichtungen:

The assignment of age assessment to social workers who are also caretakers may also raise concerns regarding their role in relation to the children. Experiences from Sweden have shown the importance of separating the responsibility for day-to-day care of unaccompanied children from the legal task to examine their asylum application. [...] Another concern with this method is the children’s own experience of being observed and assessed.

Malmqvist et al. (2018) weisen zudem darauf hin, dass Interviews zur Lebensgeschichte der UMF von diesen als (re-)traumatisierend erlebt werden können.

Das gewichtigste Argument, das gegen diesen methodischen Ansatz spricht, ist jedoch, dass es sich dabei um ein intuitives Verfahren ohne wissenschaftliche Grundlage mit einer entsprechend großen Willkürkomponente handelt, das zu einer ungewissen Zahl falsch-positiver Volljährigkeitsfeststellungen führen kann. Das Fehlen jeglicher Referenzstudien, die die Umsetzung psychosozialer Reifekriterien in ein chronologisches Alter erlauben würden, wurde durch systematische Literaturrecherchen belegt (Gelbrich u. Gelbrich 2018, SBU 2016).

Weitere Alternativverfahren der Altersbeurteilung wurden von der schwedischen Arbeitsgruppe (Socialstyrelsen 2016) analysiert. Eine Möglichkeit bestehe darin, das von der Person mitgeteilte Alter ungeprüft zu übernehmen. Diese Art der

Altersbeurteilung war die damalige Praxis der schwedischen Migrationsbehörde.¹⁸ Ein Grund dafür, die Altersangaben der Betroffenen selbst zu akzeptieren, sei, dass den Asylsuchenden Vertrauen entgegengebracht werde, wohingegen eine Haltung der Behörden, die weithin auf Misstrauen gegenüber persönlichen Angaben und Kontrollbedürfnis basiert, ggf. negativ wirke. Ein vertrauensvolles Verhältnis zwischen Bürgern und Behörden sei eine wichtige Voraussetzung für eine funktionierende demokratische Gesellschaft. Dies würde auch einer bei den Behörden möglicherweise bestehenden „Misstrauenskultur“ entgegenwirken. Da es starke Anreize für Asylsuchende gebe, als minderjährig eingestuft zu werden, bestehe allerdings die große Gefahr, dass ein Verfahren, das nur von der eigenen Aussage des Betroffenen ausgeht, zu einem relativ großen Anteil falsch positiver Einstufungen als minderjährig führe. Gegen dieses Vorgehen spräche weiterhin, dass ein System, das starke Anreize und zugleich die Möglichkeit biete, wahrheitswidrige Angaben zu machen, von der Bevölkerung als verfehlt empfunden würde. Dadurch könnten fremdenfeindliche Tendenzen in der Gesellschaft verstärkt werden. Da die Nachteile des geschilderten Verfahrens die potentiellen Vorteile bei weitem überwiegen, kann der Vorschlag der Altersselbstdeklaration nicht überzeugen.

Als weitere alternative Möglichkeit der Altersbeurteilung wird genannt, dass ein Behördenmitarbeiter auf der Grundlage einer äußeren Inspektion und eines Gesprächs eine Altersbeurteilung vornimmt. Dies ist als sog. „qualifizierte Inaugenscheinnahme“ der Regelfall in Deutschland, wenn der UMF keine gültigen Ausweispapiere vorlegen kann. Die schwedischen Ethiker argumentieren, dass, da das Äußere des Asylsuchenden, Erfahrungen und Reife variieren können und dem Sachbearbeiter systematische Methoden der Altersbeurteilung fehlen würden, das Ergebnis einer solchen Methode als sehr willkürlich zu betrachten sei – und nicht als etwas, das die Rechtssicherheit und die Gleichbehandlung erhöhen würde. Zudem bestehe die große Gefahr, dass Vorurteile und Wertungen der Organisationskultur sich unbewusst in die intuitiven Beurteilungen der Behördenmitarbeiter einschleichen könnten. Diese Alternative zur medizinischen Altersbegutachtung wird von der schwedischen Arbeitsgruppe ebenfalls verworfen.

¹⁸ Anders als in Deutschland, wo die Jugendämter für die Altersfeststellung bei UMF zuständig sind, obliegt diese Aufgabe in Schweden der Migrationsbehörde. Gegenwärtig werden in Schweden zur Altersbeurteilung eine Röntgenuntersuchung der Zähne und eine MRT-Untersuchung der Knie durchgeführt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Aussagesicherheit einer medizinischen Altersfeststellung bei Anwendung der AGFAD-Methodik evidenzbasiert valide ist und dass es keine ernstzunehmende Alternative zu ihr gibt. Diesen Sachverhalt formulieren Roberts u. Lucas (2009) zugespitzt mit den folgenden Worten: „The only thing that provides more reliable information is an authentic birth certificate.“

Berechtigerweise wird von einigen Autoren darauf hingewiesen, dass nicht alle als Altersgutachter tätigen Ärzte die dafür erforderliche Qualifikation aufweisen, dass die Untersuchungsergebnisse zuweilen unzutreffend interpretiert werden und dass in einigen Gutachten nur Altersmittelwerte anstelle von Altersminima und/oder Altersintervallen angegeben werden (De Luca et al. 2012; De Sanctis et al. 2016; Keunen et al. 2013; Pruvost et al. 2010; Roscam Abbing 2011). Diese Defizite sind durch geeignete Qualitätssicherungen abzustellen.¹⁹ Maßstab für die ethische Beurteilung der forensischen Altersdiagnostik muss allerdings deren Durchführung bei Einhaltung klar definierter Mindestanforderungen²⁰, wie sie in den AGFAD-Empfehlungen benannt sind, sein. Die Erfüllbarkeit dieser Mindestanforderungen ist in Deutschland zweifellos gewährleistet.

Verletzung des Autonomieprinzips?

Als Ausfluss des Respekts vor der Selbstbestimmung (Autonomie) einwilligungsfähiger Personen müssen diese vor der Durchführung medizinischer Maßnahmen jedweder Art ihre informierte Zustimmung geben. Dies entspricht geltendem Recht ebenso wie einer breit geteilten ethischen Grundposition. Anders als in Strafverfahren, für die eine Ermächtigungsgrundlage für zwangsweise Altersbegutachtungen

¹⁹ Beispielsweise führt die AGFAD zur Qualitätssicherung der Altersgutachten jährliche Ringversuche durch. Hierfür werden an die Ringversuchsteilnehmer anonymisierte Untersuchungsbefunde von zwei Altersfeststellungsfällen geschickt. Für beide Fälle sind ausführliche Gutachten entsprechend den Kriterien der AGFAD-Empfehlungen zu erstatten. Die Ringversuchsteilnahme wird zertifiziert. Alle Ringversuchsteilnehmer erhalten neben dem Zertifikat eine schriftliche Auswertung. Die erfolgreichen Teilnehmer werden auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft publiziert (Geserick u. Schmelting 2011; Schmelting et al. 2013).

²⁰ Analog zu den Standards guter klinischer Praxis (good clinical practise) und guter wissenschaftlicher Praxis (good scientific practise) würde sich für die forensische Altersdiagnostik der Begriff der ‚guten medizinischen Begutachtungspraxis‘ (good medical assessment practise) anbieten.

besteht,²¹ ist die Geltung der Einwilligungsdoktrin bei einer medizinischen Altersfeststellung an UMF grundsätzlich unstrittig.

Aus ethischer Perspektive müssen drei Bedingungen erfüllt sein, damit eine informierte Zustimmung bei medizinischen Maßnahmen (im Rahmen des sog. Behandlungsvertrags) gültig ist:

1. Die betroffene Person muss über eine hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit verfügen.
2. Die betroffene Person muss hinreichende Informationen zur Untersuchung erhalten und verstanden haben.
3. Die Entscheidung darf nicht durch andere Personen erzwungen oder manipuliert worden sein.

Zum Vorliegen aller drei Voraussetzungen im Kontext medizinischer Altersfeststellungen gibt es in der medizinethischen Literatur kontroverse Ansichten.

Zum ersten Kriterium führen die schwedischen Autoren (Socialstyrelsen 2016) aus, dass das Vorliegen der Einsichts- und Urteilsfähigkeit bei anderen medizinischen Maßnahmen üblicherweise nicht an starre Altersgrenzen geknüpft ist. In Bezug auf UMF dürfe nicht vergessen werden, dass es sich um eine Personengruppe handelt, die oft allein und unter erheblichen Strapazen die Flucht aus ihrem Heimat- in das Zielland bewerkstelligt hat. Davon auszugehen, dass diese Personen keine eigenständigen Entscheidungen treffen könnten, wäre möglicherweise unangemessener Paternalismus. Inwiefern jemand Informationen verstanden hat und kompetent ist, nach der Aufklärung eine Einwilligung zu geben, sei jedoch von Fall zu Fall zu entscheiden.

Mehrere Autoren fordern, dass den UMF zur Erfüllung des ersten Kriteriums ein rechtlicher Vertreter zur Seite gestellt werden sollte (Focardi et al. 2014; Keunen et al. 2013; Socialstyrelsen 2016; Thevissen et al. 2012; ZEKO 2016). Zu dieser Forderung ist festzustellen, dass § 42 f SGB VIII vorschreibt, dass neben der zu

²¹ In der Praxis ist allerdings eine zwangsweise Altersbegutachtung auch im Strafverfahren nicht umsetzbar, da die nötigen Röntgenuntersuchungen eine Mitwirkungsbereitschaft durch die zu begutachtende Person erfordern.

begutachtenden Person immer auch ihr gesetzlicher Vertreter der medizinischen Altersfeststellung zustimmen muss. Insofern wurde eine zusätzliche Sicherheit für den Fall einer fraglichen Einsichts- und Urteilsfähigkeit der zu begutachtenden Person geschaffen, so dass das erste Kriterium als erfüllt betrachtet werden kann.

In Bezug auf das zweite Kriterium (hinreichendes Verständnis von der durchzuführenden Untersuchung) bezweifelt Aynsley-Green (2009), dass dieses erfüllt ist:

Many asylum seekers I have met do not speak or understand English, they may never have seen an X-ray machine before, they are often deeply traumatised and fearful of what will happen to them, and they may not be fully aware of the reasons why the X-ray is being sought let alone the implications of the result.

Ähnlich äußert sich Husband (2016):

It is unlikely an migrant arriving from Calais would understand the nature of the procedure, its significance, impact and potential consequences before signing up to it, or have someone consent on their behalf.

Die schwedischen Autoren vertreten hingegen den Standpunkt, dass Sprachbarrieren, psychische Reife und Traumatisierung sowie der Umstand, dass es um Kinder oder junge Erwachsene geht, implizieren, dass ggf. umfangreichere Informationen erforderlich sind. Prinzipielle Gründe, weshalb die betreffende Gruppe nicht in der Lage sein sollte, sich Informationen anzueignen und darauf basierend eine auf Informationen basierte Entscheidung zu fällen, seien jedoch nicht erkennbar (Socialstyrelsen 2016).

Von mehreren Autoren wird völlig zu Recht darauf hingewiesen, dass zur Erfüllung des zweiten Kriteriums ein Dolmetscher der Muttersprache der zu begutachtenden Person erforderlich ist (De Sanctis et al. 2016; Focardi et al. 2015; Thevissen et al. 2012; ZEKO 2016).

Am meisten wird in der Literatur über das dritte Kriterium der Freiwilligkeit debattiert. Mehrere Autoren argumentieren, dass Freiwilligkeit nicht gegeben sei, da die Verweigerung in vielen Fällen zur Volljährigkeitsfeststellung und infolgedessen zum Leistungsentzug führen würde (Berliner Erklärung 2015; Huesmann u. Wiesemann 2016; Roscam Abbing 2011). Zu diesem Argument gilt zunächst, dass bei gesetzeskonformer Anwendung des § 42 f SGB VIII die Verweigerung der

Altersbegutachtung allein nicht automatisch zur Annahme der Volljährigkeit und dem Verlust aller für Minderjährige vorgesehenen Schutzrechte führen darf.²² Weiterhin ist zu bedenken, dass auch bei der Beantragung anderer Sozialleistungen (z.B. Sozialhilfe, Invaliditätsrente, Pflegegeld) die Anspruchsberechtigung durch den Antragsteller nachzuweisen ist. Könnte man durch die Verweigerung, den Nachweis der Anspruchsberechtigung zu erbringen, eine Sozialleistung erzwingen, wie dies von Kritikern der forensischen Altersdiagnostik offenbar intendiert ist, wäre ein grundlegendes rechtsstaatliches Prinzip verletzt. Daher kommt im Kontext anderer Sozialleistungen wohl auch niemand auf die Idee, die im Fall einer notwendigen medizinischen Begutachtung auch hierfür erforderliche Einwilligung als 'erzwingen' anzusehen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Erfüllung der ersten beiden Voraussetzungen einer informierten Zustimmung (hinreichende Einsichts- und Urteilsfähigkeit, hinreichendes Verständnis) in der guten medizinischen Begutachtungspraxis der forensischen Altersdiagnostik gewährleistet ist. Das in der Arzt-Patienten-Beziehung zwingend erforderliche Prinzip der Freiwilligkeit muss im öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnis der Altersbegutachtung, bei der der Arzt in der Rolle des Sachverständigen tätig ist, allerdings eine notwendige und zu akzeptierende Einschränkung erfahren, damit nicht durch eine Verweigerung der Mitwirkung an der Altersbegutachtung von UMF mit zweifelhafter Minderjährigkeit eine Inobhutnahme und die Gewährung von Jugendhilfeleistungen erzwungen werden können, ohne dass die Anspruchsberechtigung vorliegt.

Verletzung des Schadenvermeidungsprinzips?

Das medizinethische Schadenvermeidungsprinzip verpflichtet Ärzte und andere Akteure im Gesundheitswesen auf das Unterlassen vermeidbarer oder ethisch unverhältnismäßiger Belastungen und Risiken. Ob das Risiko der zur Altersbegutachtung eingesetzten Röntgenuntersuchungen unverhältnismäßig hoch ist, wird in der Literatur kontrovers diskutiert.

²² Erforderlich sind vielmehr weitere Anhaltspunkte dafür, dass die Person, die die Begutachtung verweigert hat, volljährig ist.

Einige Autoren meinen, dass Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation schon rechtlich nicht zulässig seien (Eisenberg 2016; Nowotny et al. 2014). Diese Ansicht ist falsch. Hierzu ist festzustellen, dass gemäß § 25 der Röntgenverordnung Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation in „durch Gesetz vorgesehenen oder zugelassenen Fällen“ erlaubt sind. Darüber hinaus stellte der Normengeber klar, dass aus der Röntgenuntersuchung nicht zwangsläufig ein gesundheitlicher Nutzen für den Einzelnen resultieren muss, sondern auch der von dem Gesetz erwartete Nutzen für die Allgemeinheit zu berücksichtigen ist. Kasten 1 zeigt mögliche Ermächtigungsgrundlagen für Röntgenuntersuchungen zur Altersdiagnostik ohne medizinische Indikation.

Kasten 1: Mögliche Ermächtigungsgrundlagen für Röntgenuntersuchungen zur Altersdiagnostik ohne medizinische Indikation (aktualisiert nach Schmeling et al. 2016)

- In Strafverfahren bei Beschuldigten: § 81 a StPO.
- In familiengerichtlichen Verfahren: §§ 371, 372 ZPO (Inaugenscheinnahme), §§ 402 ff. ZPO (Einholung von Sachverständigengutachten) i.V.m. §§ 26, 29, 30 FamFG.
- In aufenthaltsrechtlichen Verfahren: § 49 AufenthG.
- Im Zusammenhang mit Inobhutnahmen und der Gewährung von Jugendhilfeleistungen: § 42 f SGB VIII, § 62 SGB I.
- Rechtsgebietsunabhängig bei Einwilligung bzw. Einverständnis des zu Untersuchenden.

Von Kritikern medizinischer Altersfeststellungen wird weiterhin regelmäßig vertreten, dass Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation einer rechtswidrigen Körperverletzung gleichkämen und deshalb gegen das Schadenvermeidungsprinzip verstoßen würden. Exemplarisch sei Urban Wiesing genannt, der von 2004 bis 2013 die ZEKO leitete und von Nowotny et al. (2014) mit folgenden Worten zitiert wird:

Röntgen ohne medizinische Indikation ist mit dem ärztlichen Berufsethos grundsätzlich nicht vereinbar. Das ethische Prinzip ‚Nihil nocere‘ gilt für alle, insbesondere für schutzbedürftige Menschen wie unbegleitete jugendliche Flüchtlinge.

Im Zusammenhang mit der Vorschrift des Aufenthaltsgesetzes, dass Röntgenuntersuchungen ohne medizinische Indikation nur zulässig sind, wenn kein Nachteil für die Gesundheit des Ausländers zu befürchten ist, hat das Verwaltungsgericht Hamburg (Az. 3 E 1152/09) bereits 2009 festgestellt, dass diese Forderung dahingehend auszulegen sei, „dass nach Maßgabe des Verhältnismäßigkeitsgrundsatzes eine im Rahmen des Üblichen liegende Gesundheitsgefährdung des zu Untersuchenden durch Röntgenstrahlung hinzunehmen und nicht als Gesundheitsnachteil im Sinne der Vorschrift aufzufassen ist“. Eine analoge ethische Vorgabe des nicht zu überschreitenden ‚minimalen Risikos‘ besteht für Forschungsvorhaben ohne therapeutischen Nutzen. In verschiedenen medizinethischen Regularien ist das ‚minimale Risiko‘ entweder als Alltagsrisiko oder als Risiko einer medizinischen Routineuntersuchung oder als eine Kombination dieser beiden Risiken definiert (Kopelman et al. 2014).

Durch Analogiebetrachtungen soll nachfolgend erörtert werden, ob das Strahlenrisiko der für die forensische Altersdiagnostik erforderlichen Röntgenuntersuchungen übliche Alltagsrisiken übersteigt. Um die Strahlendosen verschiedener Röntgenuntersuchungen untereinander und mit natürlichen und zivilisatorischen Strahlenexpositionen vergleichen zu können, wurde das Konzept der ‚effektiven Strahlendosis‘ etabliert. Dieses berücksichtigt, dass verschiedene Strahlenarten im Körpergewebe bei gleicher absorbierter Energie wegen ihrer unterschiedlichen Ionisationsdichte unterschiedlich starke biologische Wirkungen hervorrufen und dass verschiedene Organe und Gewebe gegenüber einer Strahlenexposition unterschiedlich sensibel sind. Bei Teilkörperbestrahlungen ist die effektive Dosis Maß für das Schadensrisiko des gesamten Körpers. Die Maßeinheit der effektiven Dosis ist das Sievert (Sv) (Schmeling et al. 2000b).

Tab. 2 zeigt die effektiven Strahlendosen der zur Altersdiagnostik eingesetzten Röntgenuntersuchungen. Zum Vergleich sind die effektiven Dosen exemplarischer zivilisatorischer und natürlicher Strahlenexpositionen aufgeführt.

Tab. 2: Effektive Strahlendosen der zur Altersdiagnostik eingesetzten Röntgenuntersuchungen sowie zivilisatorischer und natürlicher Strahlenexpositionen (BfS 2017, 2018a, b; Meier et al. 2015; Schmelting et al. 2000b)

Strahlenexposition	Effektive Dosis (mSv)
Handradiogramm	0,001
Orthopantomogramm	0,026
Flug München – Tokyo – München	0,2
CT-Untersuchung der Schlüsselbeine	0,4
Natürliche jährliche Strahlenexposition	1,0-10,0 (Durchschnitt 2,1)
Durchschnittliche jährliche Dosis einer Person aus künstlichen Quellen, vornehmlich Medizin	2,0
Grenzwert der jährlichen Strahlenexposition für beruflich exponierte 16-18-Jährige für Ausbildungszwecke	6,0
Grenzwert der jährlichen Strahlenexposition für beruflich Strahlenexponierte	20,0

Die durchschnittliche jährliche natürliche Strahlenexposition in Deutschland beträgt 2,1 mSv, wobei diese Dosis örtlichen Schwankungen zwischen 1,0 und 10,0 mSv unterworfen ist. Durch diese natürliche Schwankung der Ortsdosis kann die effektive Dosis einer Person an einem Wohnort mit vergleichsweise hoher Ortsdosis damit schon deutlich größer sein als die einer in einer anderen deutschen Region mit durchschnittlicher natürlicher Strahlenexposition lebenden Person, bei der alle von der AGFAD empfohlenen Röntgenuntersuchungen zur Altersdiagnostik durchgeführt wurden.

Die Strahlenexposition eines Interkontinentalflugs von München nach Tokyo und zurück beträgt 0,2 mSv. Die Strahlenexposition einer CT-Untersuchung der Schlüsselbeine entspricht somit zwei Flügen von München nach Tokyo (und zurück). Das Bundesamt für Strahlenschutz bewertet gelegentliche Interkontinentalflüge als „unbedenklich“ (BfS 2018a). Dies gelte auch für Schwangere und Kleinkinder.

CT-Untersuchungen der Schlüsselbeine, die den größten Beitrag zur effektiven Strahlendosis der zur forensischen Altersdiagnostik erforderlichen Röntgenuntersuchungen leisten, erfolgen nur bei ausgereiftem Handskelett, und die Handskelettentwicklung ist frühestens mit 16 Jahren abgeschlossen. Der vom Gesetzgeber für beruflich strahlenexponierte 16-18-Jährige als „annehmbar“ definierte jährliche Grenzwert, bietet sich daher als Vergleichsmaßstab eines akzeptablen Risikos an. Dieser Grenzwert liegt bei 6,0 mSv und beträgt somit das 15-Fache der Strahlenexposition einer CT-Untersuchung der Schlüsselbeine.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass eine oberhalb üblicher Alltagsrisiken liegende Gesundheitsgefährdung durch Röntgenstrahlenexpositionen im Rahmen der Altersdiagnostik auf der Grundlage des Vergleichs der Strahlendosen der zur Altersdiagnostik eingesetzten Röntgenuntersuchungen mit natürlichen und zivilisatorischen Strahlenexpositionen nicht anzunehmen ist.

Verletzung des Fürsorgeprinzips?

Während das Schadenvermeidungsprinzip fordert, schädliche Eingriffe zu unterlassen, verpflichtet das Fürsorgeprinzip den Arzt zu aktivem Handeln, das das Wohl des Patienten fördert und dem Patienten nützt. Von mehreren Autoren wird postuliert, dass beim Umgang mit UMF die Beachtung des Kindeswohls das oberste Gebot sein muss (Huesmann u. Wiesemann 2016; Thevissen et al. 2012; ZEKO 2016). Sie verweisen dabei auf die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK), zu deren uneingeschränkter Umsetzung sich Deutschland mit der rechtsverbindlichen Rücknahme der früheren Vorbehaltserklärung durch die Bundesregierung am 15. Juli 2010 verpflichtet hat (BAGLJÄ 2017). Von besonderer Bedeutung in Bezug auf das Kindeswohl ist Artikel 3 der UN-KRK (BMFSFJ 2014):

Artikel 3 (Wohl des Kindes)

(1) Bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, ist das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt, der vorrangig zu berücksichtigen ist.

(2) Die Vertragsstaaten verpflichten sich, dem Kind unter Berücksichtigung der Rechte und Pflichten seiner Eltern, seines Vormunds oder anderer für das

Kind gesetzlich verantwortlicher Personen den Schutz und die Fürsorge zu gewährleisten, die zu seinem Wohlergehen notwendig sind; zu diesem Zweck treffen sie alle geeigneten Gesetzgebungs- und Verwaltungsmaßnahmen.

(3) Die Vertragsstaaten stellen sicher, dass die für die Fürsorge für das Kind oder dessen Schutz verantwortlichen Institutionen, Dienste und Einrichtungen den von den zuständigen Behörden festgelegten Normen entsprechen, insbesondere im Bereich der Sicherheit und der Gesundheit sowie hinsichtlich der Zahl und der fachlichen Eignung des Personals und des Bestehens einer ausreichenden Aufsicht.

Als weitere Kinderrechte mit Relevanz für die Ethik der forensischen Altersdiagnostik werden in der Literatur (Aynsley-Green et al. 2012; Huesmann u. Wiesemann 2016; Thevissen et al. 2012; ZEKO 2016) die folgenden Artikel der UN-KRK genannt: Artikel 2 (Achtung der Kindesrechte; Diskriminierungsgebot), Artikel 6 (Recht auf Leben), Artikel 12 (Berücksichtigung des Kindeswillens), Artikel 16 (Schutz der Privatsphäre und Ehre), Artikel 19 (Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung), Artikel 22 (Flüchtlingskinder), Artikel 23 (Förderung behinderter Kinder), Artikel 24 (Gesundheitsvorsorge), Artikel 25 (Unterbringung), Artikel 26 (Soziale Sicherheit), Artikel 27 (Angemessene Lebensbedingungen, Unterhalt) und Artikel 28 (Recht auf Bildung; Schule; Berufsausbildung).

Zunächst ist festzustellen, dass die Anwendbarkeit der UN-KRK sowie anderer Regelungen, die Kindern und Jugendlichen besondere Privilegien gewähren, die Minderjährigkeit einer betroffenen Person bedingt und diese Voraussetzung bei UMF mit zweifelhaften Altersangaben gerade nicht sicher gegeben ist (Rudolf 2014).

UMF mit zweifelhaften Altersangaben lassen sich zwei Gruppen zuordnen: einer Gruppe tatsächlich Minderjähriger und einer zweiten Gruppe tatsächlich Volljähriger.

Da beim Fehlen gültiger Ausweispapiere mit keiner Altersfeststellungsmethode das exakte Geburtsdatum einer Person ermittelt werden kann, ergeben sich (neben den korrekten Klassifikationen) zwei Fehlermöglichkeiten:

1. Tatsächlich Minderjährige werden fälschlicherweise als Volljährige klassifiziert. Diese Möglichkeit wurde von Garamendi et al. (2005) bereits 2005 als ‚ethisch inakzeptabler‘ Fehler bezeichnet.

2. Tatsächlich Volljährige werden fälschlicherweise als Minderjährige klassifiziert. Dieser Fehler wurde von Garamendi et al. (2005) ‚technisch inakzeptabel‘ genannt.

Garamendi et al. (2005) folgend, besteht in der Literatur weitgehende Einigkeit dahingehend, dass aus ethischer Sicht der Klassifizierung tatsächlich Volljähriger als minderjährig der Vorzug vor der Klassifizierung tatsächlich Minderjähriger als volljährig zu geben ist. Dieser Forderung wird das sogenannte Mindestalterkonzept der forensischen Altersdiagnostik in maximaler Weise gerecht. Das Mindestalter einer bezüglich ihres Alters zu begutachtenden Person ergibt sich aus dem Altersminimum der verwendeten Referenzstudie für die festgestellte Merkmalsausprägung. Es ist also das Alter der jüngsten Person der Referenzpopulation, die das jeweilige Entwicklungsstadium aufweist. Bei der Untersuchung mehrerer Altersindikatoren ist das höchste festgestellte Altersminimum maßgeblich.²³ Abb. 2 illustriert das Mindestalterkonzept an einem Beispiel.

Die Anwendung des Mindestalterkonzepts führt bei der Begutachtung von UMF mit zweifelhaften Altersangaben dazu, dass praktisch alle als volljährig klassifizierten Personen tatsächlich volljährig sind, während einige der als möglicherweise minderjährig klassifizierten Personen tatsächlich volljährig sind. Dadurch wird der ‚Vorteil des Zweifels‘ (benefit of the doubt) uneingeschränkt gewährt bzw. der Grundsatz ‚in dubio pro minore‘ in höchstem Maß umgesetzt (Thevissen et al. 2012).

Für die tatsächlich minderjährigen UMF, deren Minderjährigkeit von den Jugendämtern im Ergebnis der ‚qualifizierten Inaugenscheinnahme‘ bezweifelt wird und die die Möglichkeit der forensischen Altersdiagnostik mit Anwendung des Mindestalterkonzepts erhalten, wird das Fürsorgeprinzip verwirklicht, da sie nach evidenzbasierter Bestätigung ihrer Minderjährigkeit die ihnen aufgrund ihrer Minderjährigkeit zustehenden verfahrensrechtlichen Privilegien und Jugendhilfeleistungen in Anspruch nehmen können.

²³ Es wäre denklogisch, nicht das höchste, sondern das niedrigste festgestellte Altersminimum für das Mindestalter der begutachteten Person heranzuziehen (s. Abb. 2).

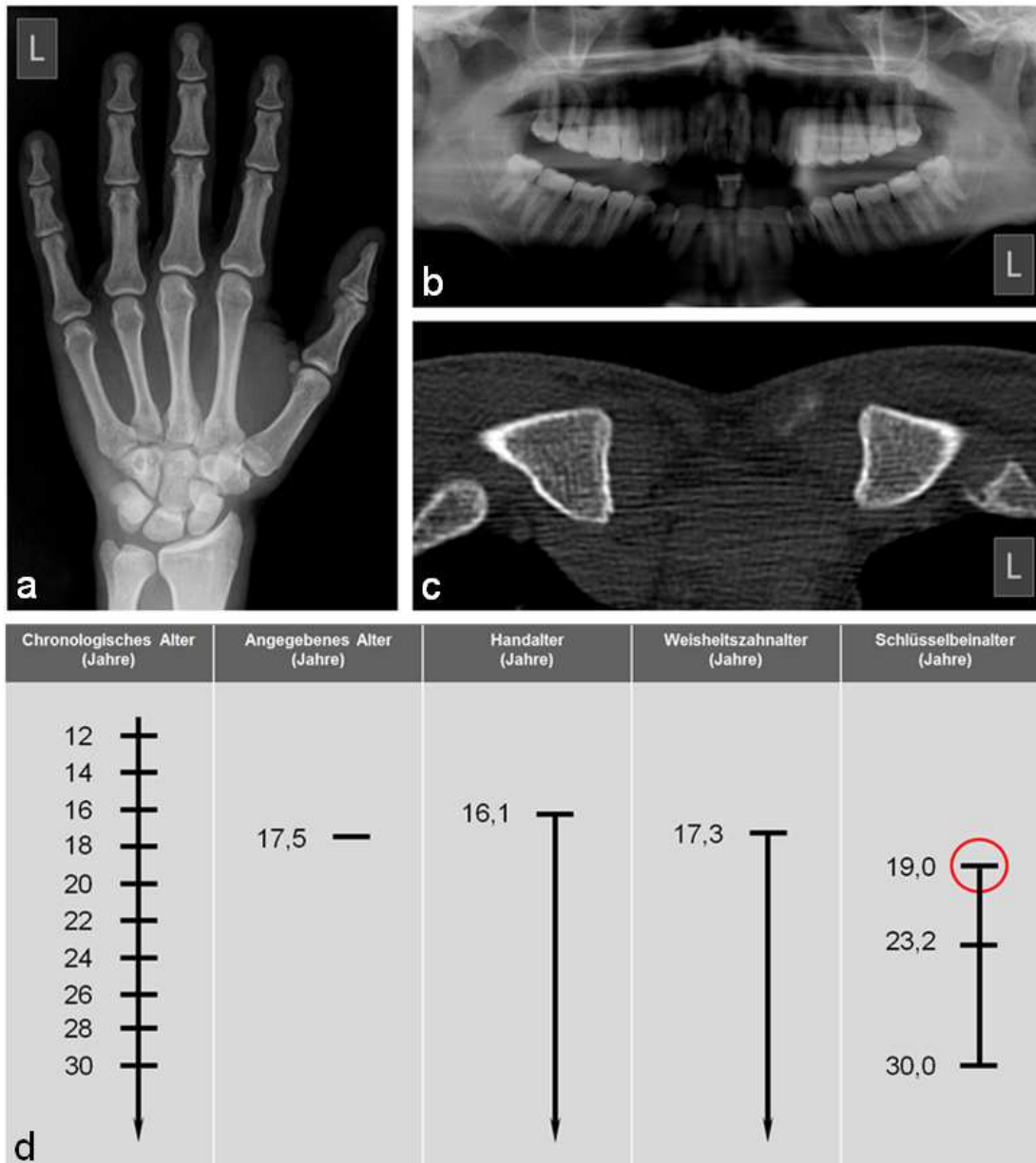


Abb. 2: Röntgenbefunde einer mit der Frage nach einer möglichen Minderjährigkeit untersuchten männlichen Person aus Somalia, die angab, 17,5 Jahre alt zu sein, mit altersdiagnostischen Parametern. Anamnese und körperliche Untersuchung erbrachten keine Hinweise auf Entwicklungsstörungen.

- Die Handskelettentwicklung ist abgeschlossen.
- Die Weisheitszahnmineralisation ist abgeschlossen.
- Die Schlüsselbeinverknöcherung ist nicht abgeschlossen. Beidseits liegt ein Verknöcherungsstadium 3c vor.
- Die den diagnostizierten Entwicklungsstadien entsprechenden Altersminima betragen 16,1 Jahre für die Handskelettentwicklung, 17,3 Jahre für die Weisheitszahnmineralisation und 19,0 Jahre (Altersmedian: 23,2 Jahre, Altersmaximum 30,0 Jahre) für die Schlüsselbeinverknöcherung (Olze et al. 2012; Tisè et al. 2011; Wittschieber et al. 2014). Das höchste Altersminimum von 19,0 Jahren determiniert das Mindestalter der untersuchten Person. Somit liegt zweifelsfrei Volljährigkeit vor, wobei unter ‚zweifelsfrei‘ bzw. ‚mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit‘ im juristischen Sinn eine Wahrscheinlichkeit zu verstehen ist, die dem Zweifel Schweigen gebietet, ohne ihn völlig ausräumen zu können.

Vor diesem Hintergrund weist Kirchhoff (2017a) auf die möglichen negativen Folgen der ZEKO-Stellungnahme für das Kindeswohl der tatsächlich minderjährigen UMF hin:

Da die ZEKO offenbar Zweifel an der Eignung der medizinischen Verfahren zur (Mindest-) Altersschätzung hat: Warum hat sie keine Alternativbetrachtung vorgenommen, um ethische Bedenken dadurch möglicherweise auszuräumen? Die Zweifel der ZEKO könnten immerhin dazu führen, dass sich Ärztinnen und Ärzte weigern, ein Gutachten zu erstellen (obwohl § 42 f Abs. 2 SGB VIII eine ärztliche Untersuchung zur „Altersbestimmung“ gerade vorschreibt). Ist dem Wohl der betroffenen jungen Menschen damit gedient? Sicher nicht, denn die Folge wäre, dass das Jugendamt mit der Entscheidung allein gelassen wird. Ich bezweifle, dass die Sozialarbeiter(innen) in den Jugendämtern aufgrund „qualifizierter Inaugenscheinnahmen“ zu besseren Ergebnissen kommen werden, als medizinische Gutachter(innen). Bei zehntausenden bereits in Obhut genommener junger Menschen wäre es nicht überraschend, wenn die Jugendämter inzwischen häufiger von einer Volljährigkeit ausgehen, um die eigene Überlastung zu begrenzen.

In der Praxis werden schon jetzt nur die jungen Personen begutachtet, die von den Jugendämtern für volljährig gehalten werden. Die medizinische Untersuchung ist hier oft die letzte Chance der jungen Menschen [...]. Dieses letzte Mittel sollte man den jungen Menschen nicht aus der Hand schlagen!

Auch die schwedischen Ethiker vertreten die Ansicht, dass Asylsuchende, die im Asylverfahren durch eine Altersbeurteilung begünstigt würden, benachteiligt werden könnten, wenn eine Beurteilung wegen Widerstands des medizinischen Personals nicht erfolgen könne (Socialstyrelsen 2016).

Dieser Argumentationslinie folgend, ließe sich für die deutschen Verhältnisse somit postulieren, dass gerade eine kollektive Weigerung entsprechend qualifizierter Ärzte, Altersbegutachtungen bei UMF durchzuführen, deren Minderjährigkeit von Jugendämtern in Zweifel gezogen wird und die tatsächlich minderjährig sind, das Fürsorgeprinzip verletzt.

Einige Autoren vertreten die Auffassung, dass auch der zweifelsfreie Nachweis der Volljährigkeit bei UMF, die Minderjährigkeit behaupten, dem Wohl der tatsächlich Minderjährigen dient. So stellen Roberts u. Lucas (2009) die Frage:

What about young men in their twenties claiming to be under 18 years of age? These may be placed in close association with young girls and boys who will not have the maturity to cope with the behavior exhibited by these men.

Auch die schwedischen Ethiker warnen vor der Gefahr von Übergriffen und Konflikten durch die gemeinsame Unterbringung von Minderjährigen und jungen Erwachsenen. Sie weisen darauf hin, dass in der Forschung zur sozialen Fürsorge für Kinder dringend davon abgeraten wird, Kinder und junge Erwachsene gemeinsam unterzubringen (Socialstyrelsen 2016).

Bei der Erörterung des Fürsorgeprinzips im Kontext der forensischen Altersdiagnostik ist schließlich die Wechselbeziehung zwischen den Interessen des Individuums und denen der Gesellschaft zu betrachten.²⁴ Die schwedische Arbeitsgruppe benennt verschiedene gesellschaftliche Ziele der forensischen Altersdiagnostik. Ein Ziel sei die Klärung, ob jemand Anspruch auf Rechte und Schutz hat, die Personen unter 18 Jahren zustehen, oder nicht. Dem wiederum lägen Werte und Normen zugrunde, denen zufolge Kinder in der Regel als verletzlicher und somit schutzwürdiger gelten als Erwachsene. Ein weiteres gesellschaftliches Ziel könne in einer geregelten Einwanderung bestehen, was wiederum Werte wie politische Sicherheit und Toleranz befördern und negativen Entwicklungen wie Fremdenfeindlichkeit und Rassismus entgegen wirken könnte. Ein allgemeines Ziel jeder behördlichen Tätigkeit, das auch für Altersbeurteilungen gelte, sei der Grundsatz der Rechtssicherheit und Gleichbehandlung. Die schwedischen Autoren resümieren, dass bei tatsächlich Minderjährigen die Interessen von Individuum und Gesellschaft zusammenfallen. Bei tatsächlich Volljährigen kann dementsprechend ein Interessenkonflikt bestehen. Hierzu führen die schwedischen Ethiker aus, dass das Interesse der tatsächlich Volljährigen, die für Minderjährige reservierten Privilegien in Anspruch zu nehmen, zwar verständlich sei, es sei aber nicht legitim.

²⁴ Auf der Grundlage einer unzutreffenden Bewertung der Zuverlässigkeit der forensischen Altersdiagnostik und des Strahlenrisikos der zur Altersbegutachtung erforderlichen Röntgenuntersuchungen postulieren Huesmann u. Wiesemann (2016), dass eine Interessenabwägung von Individuum und Gesellschaft nicht zulässig sei.

Verstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip?

Das Gerechtigkeitsprinzip fordert eine faire Verteilung von Gesundheitsleistungen (Ressourcengerechtigkeit). Gleiche Fälle sollen dabei gleich behandelt werden. Ungleichbehandlungen bedürfen einer moralischen Begründung.

Mit Blick auf das Gleichbehandlungsgebot ist zunächst die Frage zu diskutieren, ob die aufgrund gesetzlicher Vorgaben auf die chronologische Altersgrenze 18 Jahre fokussierte forensische Altersdiagnostik durch eine Bedarfsdiagnostik ersetzt werden sollte. Mehrere Autoren stellen diese Forderung auf (Aynsley-Green et al. 2012; Berliner Erklärung 2015; Hjern et al. 2012; Messelken et al. 2015; Sauer et al. 2016; Wirth et al. 2016; ZEKO 2016). So heißt es beispielsweise bei Hjern et al. (2012) unter Verweis auf die UN-KRK:

When the United Nations attributed special rights to children in their Convention of the Child, this was based on the special needs for protection of children created by their physical and psychological vulnerability, not by the exact number of days elapsed since birth. Taking the purpose behind children's rights as a starting point for policies for young asylum seekers, rather than their exact age, might lead to a more flexible approach to age limits in circumstances where there are no possibilities of establishing an exact age. [...] In such an approach, the purpose of age assessment of young asylum seekers would primarily be to determine their need for protection and special support and not an exact chronological age.

In ähnlicher Weise äußern sich Sauer et al. (2016):

A way forward might be to move from the idea to assess the chronological age of the individual and instead to consider the need for support. Decisions should be made on the needs of the individual, not on the assumed chronological age.

Die schwedischen Autoren führen aus, dass es aus ethischer Perspektive zunächst attraktiv erscheinen könnte, bei UMF ohne gültige Ausweispapiere den tatsächlichen Schutz- und Hilfebedarf anstelle der Minderjährigkeit zur Grundlage der Entscheidung über die Inobhutnahme und die Gewährung von Sozialleistungen zu machen, da das chronologische Alter nur einen Näherungswert für den tatsächlichen Schutz- und Hilfebedarf darstelle. Analog sei in der schwedischen Gesundheitsgesetzgebung bei der Priorisierung die Berücksichtigung des chronologischen Alters nicht zulässig, wenn damit nicht tatsächliche medizinische Bedürfnisse verbunden sind. Das

Verhältnis zwischen kindlichem Schutzbedürfnis und chronologischer Altersgrenze lasse sich entsprechend betrachten. Es bestehe aber der wichtige Unterschied, dass die Altersgrenze im schwedischen Asylverfahren gesetzlich geregelt ist und somit eine administrative Funktion hat, was für chronologische Altersgrenzen in der Medizin nicht gelte. Zudem würde eine Bedarfs- anstelle der Altersdiagnostik zu einer Ungleichbehandlung von UMF mit und ohne gültige Ausweispapiere führen. So könnten junge Flüchtlinge benachteiligt werden, die ihr chronologisches Alter dokumentieren können, da sie um die Möglichkeit der Beurteilung ihrer tatsächlichen Schutz- und Hilfebedürfnisse gebracht würden.

Eine generelle Beurteilung des Hilfebedarfs würde nach Meinung einiger Autoren (Aynsley-Green et al. 2012, Sauer et al. 2015) dazu führen, dass auch bei jungen Volljährigen ein solcher festgestellt würde, da die Entbehrungen im Heimatland und auf der Flucht zu einer Reifeverzögerung geführt hätten. Demgegenüber gehen andere Autoren davon aus, dass (zumindest einige) UMF aufgrund ihrer Erfahrungen einen Reifevorsprung gegenüber Gleichaltrigen ohne Fluchtgeschichte hätten und somit auch bei tatsächlich Minderjährigen möglicherweise kein Schutz- und Hilfebedarf mehr bestehe (Thevissen et al. 2012). Dies müsse nach Meinung der schwedischen Ethiker kein Problem sein, wenn ein tatsächlicher Unterschied in der psychologischen Reife und dem daraus resultierenden Schutzbedarf bestehe. Ein solches Vorgehen setze allerdings voraus, dass der tatsächliche Schutzbedarf sicher festgestellt werden könne. Und genau dies sei nicht der Fall. So würden viele Autoren darauf hinweisen, dass die Beurteilung des psychologischen Reifenniveaus (und damit des Schutzbedarfs) schlechter validiert sei als die medizinische Altersbeurteilung und durch viele Faktoren beeinflusst würde, die Raum für Willkür lassen (Aynsley-Green et al. 2012, Roberts u. Lucas 2009, Sauer et al. 2015, Thevissen et al. 2012). Eine Lösung dieses Problems könnte eine großzügige Beurteilung sein, die in weiten Strecken von der Sicht des Betroffenen ausgeht. Dies würde jedoch bedeuten, dass die de facto zugrundeliegende Annahme, dass ein Kind ein besonderes Schutzbedürfnis hat, aufgegeben würde, da möglicherweise alle Asylsuchenden (oder zumindest alle jüngeren) ein solches Schutzbedürfnis haben (Socialstyrelsen 2016). Darin liegt dann möglicherweise auch das Motiv für bestimmte Interessengruppen, eine Bedarfsdiagnostik anstelle einer Altersdiagnostik zu fordern. Zusammenfassend kann somit festgestellt werden, dass die Ersetzung der

Altersbegutachtung durch eine Bedarfsdiagnostik nicht nur gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, sondern auch gegen das Prinzip der Gewährung besonderer Schutz- und Hilfemaßnahmen für Minderjährige verstoßen würde.

Eine Verletzung des Gleichbehandlungsprinzips sehen Roscam Abbing et al. (2011) und De Sanctis et al. (2016) in der fehlenden Standardisierung des Altersfeststellungsverfahrens innerhalb der EU. Auch die ZEKO (2016) kritisiert die uneinheitliche Verfahrenspraxis:

Die Verfahren der Altersschätzung müssen fair und gleichheitskonform sein. Die Fairness des Verfahrens ist aufgrund der unterschiedlichen Verfahrenspraxis unzureichend. Das behördliche Verfahren ist bundesweit extrem uneinheitlich. Während in manchen Regionen medizinische Altersschätzungen nicht oder nicht mehr durchgeführt werden, werden in anderen Regionen die meisten jungen Flüchtlinge, die nicht augenscheinlich sicher Kinder sind, einer – nach unterschiedlichen Standards durchgeführten – medizinischen Altersschätzung zugeführt. Eine medizinische Altersschätzung sollte – bei ethisch und rechtlich positiver Abwägung – entweder bei allen gleichermaßen fraglichen Fallkonstellationen durchgeführt oder unterlassen werden.

In Bezug auf die von der ZEKO (2016) geäußerte Kritik weist Kirchhoff (2017a) darauf hin, dass es nicht die Aufgabe von medizinischen Gutachtern sei, ein behördliches Verfahren zu vereinheitlichen. Dies obliege dem Gesetzgeber, der hier bereits gehandelt habe, indem er in § 42 f SGB VIII Vorgaben über das Verfahren der Altersfeststellung aufgestellt hat. Danach sollen medizinische Altersfeststellungen gerade nicht erfolgen, wenn kein vernünftiger Zweifel daran besteht, dass der junge Mensch noch minderjährig oder schon volljährig ist. Anstatt das Unterlassen der forensischen Altersdiagnostik (mit allen bereits dargestellten negativen Folgen) zu fordern, sollte man sich aus ethischer Perspektive daher eher für die konsequente Durchsetzung der gesetzlichen Vorgabe des § 42 f SGB VIII einsetzen.

Im Hinblick auf den Aspekt der Ressourcengerechtigkeit betonen mehrere Autoren, dass gesellschaftliche Ressourcen immer begrenzt sind und Nachteile für die tatsächlich Anspruchsberechtigten daraus erwachsen können, wenn die Ressourcen Personen zur Verfügung gestellt werden, die aufgrund ihres Alters keinen Anspruch darauf haben (Focardi et al. 2014; Kirchhoff et al. 2017a, b; Socialstyrelsen 2016;

Thevissen et al. 2012). Über dieses Argument hinausgehend, weisen die schwedischen Ethiker darauf hin, dass falsche und ungeprüfte Altersangaben von UMF, die zu einer unberechtigten Inanspruchnahme von Sozialleistungen führen, auch das Signal in die Öffentlichkeit senden können, dass diese Personengruppe unzuverlässig ist. Dies könne ein negatives Image dieser Personen oder ihrer ethnischen bzw. religiösen Gruppen erzeugen oder verstärken. Dies wiederum könne die Chancengleichheit dieser Personen oder Gruppen in der Gesellschaft verschlechtern. Damit würde auf einer höheren Ebene (UMF – Gesellschaft) gegen das Gerechtigkeitsprinzip verstoßen werden.

Fazit

In den letzten Jahren kam es in Deutschland und anderen europäischen Ländern zu zunehmenden grenzüberschreitenden Migrationsbewegungen. Eine besondere Personengruppe innerhalb der Migranten stellen die sogenannten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge (UMF) dar. Diese verfügen oft nicht über gültige Ausweispapiere. Da an den Status des UMF verfahrensrechtliche Privilegien und die Gewährung von Sozialleistungen geknüpft sind, besteht berechtigter Grund zu der Annahme, dass sich tatsächlich Volljährige oftmals als noch minderjährig ausgeben, um in den Genuss dieser Vorteile zu gelangen. Von Behörden und Gerichten, die über die Gewährung der genannten Privilegien zu entscheiden haben, können Ärzte mit einer Altersbegutachtung beauftragt werden, wenn bei UMF ohne gesicherte Geburtsdaten anhaltende Zweifel an der Minderjährigkeit bestehen.

Für Altersbegutachtungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen wird von der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD) die Kombination einer körperlichen Untersuchung mit Anamneseerhebung, einer Röntgenuntersuchung der Hand und einer zahnärztlichen Untersuchung mit Anfertigung eines Orthopantomogramms (Panoramaröntgenaufnahme der Kieferregion) empfohlen. Bei abgeschlossener Handskelettentwicklung sollte eine zusätzliche CT-Untersuchung der Schlüsselbeine erfolgen.

Von verschiedenen Akteuren wurden Ärzte aufgefordert, derartige Begutachtungen aus ethischen Gründen nicht durchzuführen. Diese Kritik richtet sich insbesondere gegen die Vornahme von Röntgenuntersuchungen zur Altersbegutachtung, wie sie von der AGFAD empfohlen werden. Als alternatives Verfahren wird stattdessen eine auf psychosozialen Reifekriterien basierende Altersschätzung propagiert, wobei vorzugsweise der Hilfebedarf anstelle des Alters beurteilt werden sollte. Das zentrale Argument der Kritiker der AGFAD-Methodik lautet, dass mit dieser auch Minderjährige fälschlicherweise als volljährig klassifiziert werden. Es wurde gezeigt, dass die evidenzbasierte AGFAD-Methodik bei Anwendung des Mindestalterkonzepts den nach üblichen Kriterien ‚zweifelsfreien‘ Volljährigkeitsnachweis erlaubt. Gegen auf psychosozialen Reifekriterien basierende Altersschätzungen spricht, dass es sich dabei um intuitive Verfahren ohne wissenschaftliche Grundlage

mit einer dementsprechend großen Willkürkomponente handelt, die zu einer ungewissen Zahl falsch-positiver Volljährigkeitsfeststellungen führen kann. Die kollektive Weigerung von entsprechend qualifizierten Ärzten, Altersbegutachtungen bei UMF durchzuführen, deren Minderjährigkeit von Jugendämtern in Zweifel gezogen wird und die tatsächlich minderjährig sind, kann daher diesen gegenüber als Verletzung des Fürsorgeprinzips bewertet werden. Auch der zweifelsfreie Nachweis der Volljährigkeit bei UMF, die Minderjährigkeit behaupten, dient dem Wohl der tatsächlich Minderjährigen, da einerseits die mit der gemeinsamen Unterbringung von Minderjährigen und Erwachsenen für die Minderjährigen bestehenden Risiken vermindert werden und zum anderen die begrenzt zur Verfügung stehenden staatlichen Mittel des Sozialhaushalts den tatsächlich Anspruchsberechtigten zugutekommen, was die Ressourcengerechtigkeit stärkt. Schließlich besteht die Gefahr, dass ein System, das für UMF starke Anreize und die unkontrollierte Möglichkeit bietet, sich durch wahrheitswidrige Angaben unberechtigte Sozialleistungen zu verschaffen, in der Gesellschaft fremdenfeindliche Tendenzen verstärken kann. Dadurch kann zugleich ein negatives Image von bestimmten ethnischen bzw. religiösen Gruppen verstärkt werden, was wiederum die Chancengleichheit dieser Gruppen in der Gesellschaft negativ beeinflussen kann.

Das im Arzt-Patienten-Verhältnis geltende Erfordernis der Freiwilligkeit der informierten Einwilligung in medizinische Maßnahmen muss im öffentlich-rechtlichen Vertragsverhältnis der Altersbegutachtung, bei der der Arzt in der Rolle des Sachverständigen tätig ist, eine notwendige und zu akzeptierende Einschränkung erfahren. Andernfalls würde durch eine Verweigerung der Mitwirkung an der Altersbegutachtung von UMF mit zweifelhafter Minderjährigkeit eine Inobhutnahme und die Gewährung von Jugendhilfeleistungen erzwungen werden, ohne dass die Anspruchsberechtigung vorliegt.

Die These, dass die mit den zur Altersbegutachtung erforderlichen Röntgenuntersuchungen verbundene Strahlenexposition einer rechtswidrigen Körperverletzung gleichkäme, wurde auf der Grundlage des Vergleichs der Strahlendosen der zur Altersdiagnostik eingesetzten Röntgenuntersuchungen mit natürlichen und zivilisatorischen Strahlenexpositionen, der ergab, dass die Strahlenexposition zur Altersdiagnostik übliche Alltagsrisiken nicht übersteigt, widerlegt.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass medizinische Altersbegutachtungen bei unbegleiteten und fraglich minderjährigen Flüchtlingen komplexe ethische Fragen aufwerfen. Die medizinethische Analyse dieser Arbeit hat ergeben, dass eine rechtskonforme und nach den Regeln der guten medizinischen Begutachtungspraxis durchgeführte Altersdiagnostik nicht gegen ein kontextuell wohlverstandenes Autonomieprinzip oder das Schadenvermeidungsprinzip verstößt. Zudem kann sie tatsächlich minderjährigen Flüchtlingen in verschiedenen Hinsichten nützen (Fürsorgeprinzip), Verteilungsgerechtigkeit erhöhen und schließlich einen wichtigen Beitrag zur Rechtsstaatlichkeit leisten, deren Fehlen im Heimatland für viele Menschen ein Fluchtgrund ist. Eine wirksame Torpedierung der Praxis der forensischen Altersdiagnostik würde die entsprechend negativen ethischen Gesamtfolgen erwarten lassen.

Literaturverzeichnis

Angenendt S (1999) Asylum and migration policies in the European Union. Europa Union Verlag, Bonn

AWMF [Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften] (2013) Leitlinie 094/001 – Allgemeine Grundlagen der medizinischen Begutachtung.

http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/094-0011_S2k_Allgemeine_Grundlagen_der_medizinischen_Begutachtung_2013-07-abgelaufen.pdf

Aynsley-Green A (2009) Unethical age assessment. Br Dent J 206: 337

Aynsley-Green A, Cole T, Crawley H, Lessof N, Boag L, Wallace R (2012) Medical, statistical, ethical and human rights considerations in the assessment of age in children and young people subject to immigration control. Br Med Bull 102: 17-42

BAGLJÄ [Bundesarbeitsgemeinschaft der Landesjugendämter] (2017) Handlungsempfehlungen zum Umgang mit unbegleiteten Minderjährigen.

http://www.bagljae.de/downloads/128_handlungsempfehlungen-zum-umgang-mit-unbge.pdf

Bassed RB, Drummer OH, Briggs C, Valenzuela A (2011) Age estimation and the medial clavicular epiphysis: analysis of the age of majority in an Australian population using computed tomography. Forensic Sci Med Pathol 7: 148-154

Beauchamp u. Childress (2013) Principles of biomedical ethics. 7th ed. Oxford University Press, New York

Berliner Erklärung [Grundrechte und Hilfebedarf minderjähriger Flüchtlinge in den Mittelpunkt stellen] (2015)

https://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Berliner_Erklaerung.pdf

BfS [Bundesamt für Strahlenschutz] (2017) Grenzwerte im Strahlenschutz.

http://www.bfs.de/DE/themen/ion/strahlenschutz/grenzwerte/grenzwerte_node.html

BfS [Bundesamt für Strahlenschutz] (2018a) Höhenstrahlung beim Fliegen.

<https://www.bfs.de/DE/themen/ion/umwelt/luft-boden/flug/flug.html>

BfS [Bundesamt für Strahlenschutz] (2018b) Wie hoch ist die natürliche Strahlenbelastung in Deutschland?

http://www.bfs.de/DE/themen/ion/umwelt/natuerliche-strahlenbelastung/natuerliche-strahlenbelastung_node.html

- BMFSFJ [Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend] (2014) Übereinkommen über die Rechte des Kindes.
<https://www.bmfsfj.de/blob/93140/8c9831a3ff3ebf49a0d0fb42a8efd001/uebereinkommen-ueber-die-rechte-des-kindes-data.pdf>
- DAKJ [Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin] (2015) Protest gegen gesetzliche Festschreibung ärztlicher Untersuchungen zur Altersbestimmung.
- De Luca F, Pinchi V, Focardi M, Norelli GA (2012) Mistakes in age identification: experiences of the Legal Medicine Institute of Florence. *Riv It Med Leg* 2: 569
- De Sanctis V, Soliman AT, Soliman NA, Elalaily R, Di Maio S, Bedair EM, Kassem I, Millimaggi G (2016) Pros and cons for the medical age assessments in unaccompanied minors: a mini-review. *Acta Biomed* 87: 121-131
- Dettmeyer R (2010) Zur Altersfeststellung in behördlichen Verfahren - Anmerkungen zu Entschliefungen des Deutschen Ärztetages. *Rechtsmedizin* 20: 120-121
- Eisenberg W (2016) Altersschätzung bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF). *Sozialmagazin. Sonderbd. 1*: 100-113
- Focardi M, Pinchi V, De Luca F, Norelli G-A (2014) Age estimation for forensic purposes in Italy: ethical issues. *Int J Legal Med* 128: 515-522
- Focardi M, Pinchi V, De Luca F, Norelli G-A (2015) Reply to the letter to the editor. *Int J Legal Med* 129: 1275-1276
- Franklin D, Flavel A (2015) CT evaluation of timing for ossification of the medial clavicular epiphysis in a contemporary Western Australian population. *Int J Legal Med* 129: 583-594
- Garamendi PM, Landa MI, Ballesteros J, Solano MA (2005) Reliability of the methods applied to assess age minority in living subjects around 18 years old. A survey on a Moroccan origin population. *Forensic Sci Int* 154: 3-12
- Gelbrich G, Gelbrich B (2017) Science, ethics and demagogy: on recent attacks against forensic age estimation in Germany. *J Forensic Odonto-Stomatol* 35 (Suppl1): 35-36
- Gerst T (2015) Keine ärztliche Aufgabe. *Dt Ärztebl* 112: A1261
- Geserick G, Schmeling A (2011) Qualitätssicherung der forensischen Altersdiagnostik bei lebenden Personen. *Rechtsmedizin* 21: 22-25
- Gurses MS, Inanir NT, Gokalp G, Fedakar R, Tobcu E, Ocakoglu G (2016) Evaluation of age estimation in forensic medicine by examination of medial

clavicular ossification from thin-slice computed tomography images. *Int J Legal Med* 130: 1343-1352

Hancocks S (2017) Agreed; but if...? *Br Dent J* 222: 1

Hausotter W (1999) Ärztliche Gutachten: Eine elementare ärztliche Aufgabe. *Dt Ärztebl* 96: A1481-A1484

Hermetet C, Saint-Martin P, Gambier A, Ribier L, Sautenet B, Rérolle C (2018) Forensic age estimation using computed tomography of the medial clavicular epiphysis: a systematic review. *Int J Legal Med* 132: 1415-1425

Hjern A, Brendler-Lindqvist M, Norredam M (2012) Age assessment of young asylum seekers. *Acta Paediatr* 101: 4-7

Houpert T, Rérolle C, Savall F, Telmon N, Saint-Martin P (2016) Is a CT-scan of the medial clavicle epiphysis a good exam to attest to the 18-year threshold in forensic age estimation? *Forensic Sci Int* 260: 103.e1-103.e3

Huesmann M, Wiesemann C (2016) Ethical aspects of estimating the age of young refugees by biological methods. In: Eisenberg W, Nowotny T, Uhe F (Ed.) *Best Practice for Young Refugees*. pp 44-54
https://www.ippnw.de/commonFiles/pdfs/Soziale_Verantwortung/Best_Practice_Refugees_2016.pdf

Husband J (2016) X-rays and x-rated. *Br Dent J In Practice* 22: 3

Kellinghaus M, Schulz R, Vieth V, Schmidt S, Pfeiffer H, Schmeling A (2010) Enhanced possibilities to make statements on the ossification status of the medial clavicular epiphysis using an amplified staging scheme in evaluating thin-slice CT scans. *Int J Legal Med* 124: 321-325

Keunen AM, Roscam Abbing HDC, Schumacher JH (2013) Age Assessment of Unaccompanied Minor Asylum Seekers in the Netherlands.
<http://dfc.sitespirit.nl/images/69/2932.pdf>

Kirchhoff G (2017a) Sind medizinische Untersuchungen zur Altersschätzung unethisch?
https://www.dgrm.de/fileadmin/PDF/AG_FAD/Kirchhoff_Kommentar_ZEKO.pdf

Kirchhoff G (2017b) Sind Altersschätzungen unethisch? *NVwZ*, Heft 3, S. III

Kopelman LM (2014) Using the minimal risk threshold for all "no-benefit" pediatric studies. *Am J Bioeth* 14: 17-18

Krüger-Brand HE, Protschka J (2014) Tätigkeitsbericht: Abstimmung im Minutentakt. *Dtsch Ärztebl* 111: A1060-A1064

- Malmqvist E, Furberg E, Sandman L (2018) Ethical aspects of medical age assessment in the asylum process: a Swedish perspective. *Int J Legal Med* 132: 815-823
- Marera D (2015) Ethical consideration when using X-ray examination for non-medical purposes. *Int J Sci Res* 4: 1528-1531
- Meier N, Schmeling A, Loose R, Vieth V (2015) Altersdiagnostik und Strahlenexposition. *Rechtsmedizin* 25: 30-33
- Meijerman et al. (2007) Variables affecting the probability of complete fusion of the medial clavicular epiphysis. *Int J Legal Med* 121: 463-468
- Messelken D, Crouse J, Winkler D (2015) When childhood ends: estimating the age of young people. *BMJ* 351: h6699
- Nowotny et al. (2014) Strittiges Alter – strittige Altersdiagnostik. *Dt Ärztebl* 111: A786-A788
- Olze A, Schmeling A, Taniguchi M, Maeda H, van Niekerk P, Wernecke KD, Geserick G (2004) Forensic age estimation in living subjects: the ethnic factor in wisdom tooth mineralization. *Int J Legal Med* 118: 170-173
- Olze A, van Niekerk P, Schulz R, Ribbecke S, Schmeling A (2012) The influence of impaction on the rate of third molar mineralisation in male black Africans. *Int J Legal Med* 126: 869-874
- Parzeller M (2011) Rechtliche Aspekte der forensischen Altersdiagnostik. *Rechtsmedizin* 21: 12-21
- Parzeller M (2015) Juristische Aspekte der forensischen Altersdiagnostik. *Rechtsprechung-Update 2010-2014*. *Rechtsmedizin* 25: 21-29
- Pattamapasong N, Madla C, Mekjaidee K, Namwongprom S (2015) Age estimation of a Thai population based on maturation of the medial clavicular epiphysis using computed tomography. *Forensic Sci Int* 246: 123.e1-123.e5
- Pruvost M-O, Boraud C, Chariot P (2010) Skeletal age determination in adolescents involved in judicial procedures: from evidence-based principles to medical practice. *J Med Ethics* 36: 71-74
- Ramadan US, Gurses MS, Inanir NT, Hacifazlioglu C, Fedakar R, Hizli S (2017) Evaluation of the medial clavicular epiphysis according to the Schmeling and Kellinghaus method in living individuals: A retrospective CT study. *Leg Med (Tokyo)* 25: 16-22
- Roberts GJ, Lucas VS (2009) Ethical age assessment. *Br Dent J* 206: 581-582

- Roberts G, Lucas VS, McDonald F, Camilleri S, Jayaraman J, Davies D, Moze K (2017) In our opinion. *Br Dent J* 222: 918-921
- Roscam Abbing HD (2011) Age determination of unaccompanied asylum seeking minors in the European Union: a health law perspective. *Eur J Health Law* 18: 11-25
- Rudolf E (2014) Entschließungen Deutscher Ärztetage über die forensische Altersdiagnostik. *Rechtsmedizin* 24: 459-466.
- Rudolf E (2015) Comments to Focardi et al., Age estimation for forensic purposes in Italy: ethical issues. *Int J Legal Med*: 129: 1271-1273
- Rudolf E (2016) Der altersdiagnostische Sachverständigenbeweis nach § 42f SGB VIII. *Rechtsmedizin* 26: 526-536
- Rudolf E, Kramer J, Schmidt S, Vieth V, Winkler I, Schmeling A (2018) Intraindividual incongruences of medially ossifying clavicles in borderline adults as seen from thin-slice CT studies of 2595 male persons. *Int J Legal Med* 132: 629-636
- Sauer P, Nicholson A, Neubauer D (2016) Age determination in asylum seekers: physicians should not be implicated. *Eur J Pediatr* 175: 299–303
- SBU [Statens beredning för medicinsk och social utvärdering] (2016): Non-radiological methods for age assessment. <http://www.sbu.se/contentassets/d3aa8b5432e549a8be69362f0e2ae23d/non-radiological-methods-for-age-assessment.pdf>
- Schmeling A, Rudolf E (2016) Aufseiten der Kritiker. *Dt Ärztebl* 113: A2109-A2110
- Schmeling A, Reisinger W, Loreck D, Vendura K, Markus W, Geserick G (2000a) Effects of ethnicity on skeletal maturation: consequences for forensic age estimations. *Int J Legal Med* 113: 253-258
- Schmeling A, Reisinger W, Wormanns D, Geserick G (2000b) Strahlenexposition bei Röntgenuntersuchungen zur forensischen Altersschätzung Lebender. *Rechtsmedizin* 10: 135-137
- Schmeling A, Olze A, Reisinger W, Geserick G (2001) Der Einfluß der Ethnie auf die bei strafrechtlichen Altersschätzungen untersuchten Merkmale. *Rechtsmedizin* 11: 78-81
- Schmeling A, Schulz R, Danner B, Rösing FW (2006) The impact of economic progress and modernization in medicine on the ossification of hand and wrist. *Int J Legal Med* 120: 121-126
- Schmeling A, Grundmann C, Fuhrmann A, Kaatsch HJ, Knell B, Ramsthaler F, Reisinger W, Riepert T, Ritz-Timme S, Rösing FW, Rötzscher K, Geserick G (2008) Criteria for age estimation in living individuals. *Int J Legal Med* 122: 457-460

Schmeling A, Fuhrmann AW, Lockemann U, Geserick G (2013) Qualitätssicherung von Altersgutachten. 10. Ringversuch der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik. Rechtsmedizin 23: 22-28

Schmeling A, Geserick G, Tsokos M, Dettmeyer R, Rudolf E, Püschel K (2014a) Aktuelle Diskussionen zur Altersdiagnostik bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Rechtsmedizin 24: 475-479

Schmeling A, Schmidt S, Schulz R, Wittschieber D, Rudolf E (2014b) Studienlage zum zeitlichen Verlauf der Schlüsselbeinossifikation. Rechtsmedizin 24: 467-474

Schmeling A, Dettmeyer R, Rudolf E, Vieth V, Geserick G (2016) Forensic age estimation. Dtsch Arztebl Int 113: 44-50

Shaw D (2009) A little hasty. Br Dent J 207: 466

Socialstyrelsen (2016) Åldersbedömning inom ramen för asylprocessen – en etisk analys.

<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/20213/2016-5-28.pdf>

Statistisches Bundesamt (2018) Statistik der Kinder- und Jugendhilfe.

<https://www.destatis.de>

Thevissen PW, Kvaal SI, Willems G (2012) Ethics in age estimation of unaccompanied minors. J Forensic Odontostomatol 30: S84-S102

Tisè M, Mazzarini L, Fabrizzi G, Ferrante L, Giorgetti R, Tagliabracci A (2011) Applicability of Greulich and Pyle method for age assessment in forensic practice on an Italian sample. Int J Legal Med 125: 411-416

Ufuk F, Agladioglu K, Karabulut N (2016) CT evaluation of medial clavicular epiphysis as a method of bone age determination in adolescents and young adults. Diagn Interv Radiol 22: 241-246

UNHCR (1997) Richtlinien über allgemeine Grundsätze und Verfahren zur Behandlung asylsuchender unbegleiteter Minderjähriger.

<http://www.refworld.org/pdfid/47442c952.pdf>

Weltärztebund (2005) Handbuch der ärztlichen Ethik.

http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/WMA_aerztliche_Ethik.pdf

Wirth M, Menzel CL, Lee DCM, Schmiedebach H-P (2016) Diskussion ethischer Aspekte zahnärztlicher Altersschätzung bei jungen Flüchtlingen durch Röntgendiagnostik. Ethik Med 29: 7-21

Wittschieber D, Schulz R, Vieth V, Küppers M, Bajanowski T, Ramsthaler F, Püschel K, Pfeiffer H, Schmidt S, Schmeling A (2014) The value of sub-stages and thin slices for the assessment of the medial clavicular epiphysis: a prospective multi-center CT study. *Forensic Sci Med Pathol* 10: 163-169

Wittschieber D, Ottow C, Vieth V, Küppers M, Schulz R, Hassu J, Bajanowski T, Püschel K, Ramsthaler F, Pfeiffer H, Schmidt S, Schmeling A (2015) Projection radiography of the clavicle: Still recommendable for forensic age diagnostics in living individuals? *Int J Legal Med* 129: 187-193

ZEKO [Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer] (2016) Medizinische Altersschätzung bei unbegleiteten jungen Flüchtlingen. *Dtsch Ärztebl* 113: A-1726.
<http://www.zentrale-ethikkommission.de/downloads/Altersschaetzung2016.pdf>