

Medizinischer Dienst

Zur Objektivität verpflichtet

Keine „Zweckgutachten“ für Auftraggeber

Der frühere Vertrauensärztliche Dienst (VäD), der den Landesversicherungsanstalten zugeordnet war, wurde ab 1. Januar 1989 als Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom Gesetzgeber neu organisiert und in Form einer Arbeitsgemeinschaft in die Trägerschaft der jeweiligen Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen übergeben. Die Finanzierung erfolgt durch eine Umlage, die von den Trägern nach der Anzahl der Versicherten aufgebracht wird. Seit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 werden je 50 Prozent der Kosten von der Kranken- und der Pflegeversicherung getragen. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS), Essen, bringt seine sozialmedizinische und pflegfachliche Kompetenz auf Bundesebene ein und soll für eine koordinierte Zusammenarbeit der Medizinischen Dienste untereinander und mit den Krankenkassen sorgen. Er berät bei grundsätzlichen Fragen zur Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit von Behandlungsmethoden und entwickelt Begutachtungsanleitungen.

Rolle des Vertrauensarztes

Die Tradition des Vertrauensarztes der Krankenkassen reicht weit zurück. Sie wurde 1925 erstmals gesetzlich geregelt, und 1934 erfolgte die Zuerkennung des Beamtenstatus aus der Überlegung heraus, die Unabhängigkeit der Vertrauensärzte gegenüber den Krankenkassen zu stärken. Tatsächlich geriet der VäD jedoch durch die Kriegs- und Nachkriegssituation lange Zeit in den Geruch des rigorosen „Gesundschreibers“. Die Überprüfung der Arbeitsunfähigkeit blieb jahrzehntelang seine Hauptaufgabe. Erst 1969 nach Einführung der arbeitsrechtlichen Lohn-

fortzahlung durch die Arbeitgeber auch für Arbeiter verringerte sich die Zahl der zu untersuchenden Arbeitsunfähigen drastisch.

Nachdem die Krankenkassen eine immer entscheidendere Rolle im Gesundheitswesen spielten, wurde auch der Bedarf an sozialmedizinischer Kompetenz immer größer. Die Konsequenz war, dass dieser Bereich des ärztlichen Sachverständigen von den Krankenkassen zur Beratung genutzt und systematisch ausgebaut wurde. Die Einzelfallbegutachtung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit trat stark in den Hintergrund. Sie hat für den niedergelassenen Arzt aber immer noch dann Bedeutung, wenn der Arbeitgeber Zweifel an der Erkrankung seines Arbeitnehmers anmeldet. Gelegentlich können unterschiedliche Meinungen zwischen den beiden Arztgruppen auftreten, die sich oftmals durch ein Gespräch beilegen lassen.

Mit Einführung der Pflegeversicherung zum 1. Januar 1995 hat die dem MDK übertragene individuelle Begutachtung eine neue Dimension erreicht, wobei jedoch auch zahlreiche erfahrene Pflegekräfte eingebunden sind. Auch hier ergibt sich gelegentlich Konfliktstoff mit dem behandelnden Arzt. Die Beratung hinsichtlich neuer oder unkonventioneller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, Hilfsmittel und Rehabilitationsmaßnahmen war schon von jeher eine Domäne des MDK.

Gestärkte Position des MDK

Die gesetzgeberischen Initiativen der letzten Jahre haben dem MDK weitreichende Kompetenzen eingeräumt. Er soll in stärkerem Umfang als bisher zur Beratung der Krankenkassen genutzt werden, besonders bei der medi-

zinischen Steuerung der Leistungen der GKV unter Berücksichtigung der Leistungsspektren der Krankenhäuser mit Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zur Vermeidung von Fehlbelegungen. Dementsprechend wurde dem MDK ein generelles Zugriffsrecht auf sämtliche Unterlagen, auch der Krankenunterlagen mit Nutzung elektronisch gespeicherter externer Daten, zugestanden (§§ 275; 276 SGB V). Nicht nur die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit, Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit erbrachter Leistungen, sondern auch deren Qualität wurde auf den MDK übertragen. Nachdem die Krankenkassen vom Gesetzgeber verpflichtet wurden, ihre Versicherten im Zusammenhang mit vermuteten Behandlungsfehlern zu unterstützen, ist auch dadurch dem MDK ein zusätzliches Betätigungsfeld erwachsen. Es ist eine umfassend konzipierte Großinstitution geschaffen worden, die als zentrales Steuerungsinstrument im Gesundheitssystem gedacht ist. Für den niedergelassenen Arzt hat sie erhebliche Bedeutung, ist sie doch Schnittstelle zwischen Krankenkassen, Patienten, Krankenhäusern und behandelnden Ärzten.

Neutralität des Gutachters

Die Ärzte des MDK sind ausschließlich als Gutachter tätig. Es zeigt sich auch hier, ähnlich wie in anderen Bereichen der ärztlichen Gutachtertätigkeit, wie dringend erforderlich dabei die Neutralität und Objektivität ist. Der Vorwurf einer einseitigen Parteinahme zugunsten des Auftraggebers ist nicht neu und reicht weit in die Zeiten des VäD zurück. Er ist heute nicht pauschal gerechtfertigt. Die Zusammenarbeit mit dem MDK ist aus Sicht eines langjährig niedergelassenen Arztes positiv. Trotzdem gibt es immer wieder Stimmen aus unterschiedlichen Richtungen, die – zumindest in Einzelfällen – Zweifel an der Unparteilichkeit des MDK äußern. Das Problem wurde auch früh erkannt, und es wurde 1998 ein Kodex für die Gutachter der MDK-Gemeinschaft geschaffen, der das Spannungsfeld zwischen Auftraggeber, Versicher-

ten, Leistungserbringern, anderen Anbietern, gesetzlichen Grundlagen und Erkenntnissen von Forschung und Wissenschaft thematisiert und dem MDK die Aufgabe zuweist, in einer nicht interessengeleiteten Begutachtung die „sozialmedizinische Wahrheit“ zu finden.

Auch die Ärzte des MDK sind nach § 275 Abs. 5 SGB V nur ihrem ärztlichen Gewissen unterworfen und nur an die Regeln der ärztlichen Kunst gebunden. Allerdings arbeitet der MDK auftragsbezogen in der Funktion eines Dienstleisters und sieht sich mit der Forderung konfrontiert, sich mit der grundsätzlichen Rolle der Gesetzlichen Krankenversicherung identifizieren zu müssen. Es muss vonseiten der übrigen Ärzteschaft auf das Erfordernis hingewiesen werden, die Ärzte des MDK bei der Umsetzung des hohen Zieles einer unabhängigen medizinisch-fachlichen Bewertung, die frei von jeglichen äußeren Interessen ist, zu unterstützen. Eine Einflussnahme irgendwelcher Gruppierungen auf eine medizinische Begutachtung sollte unter allen Umständen verhindert werden. Gerade die erweiterte Kompetenz des MDK erfordert ein hohes Maß an Unabhängigkeit und Neutralität der begutachtenden Ärzte, um nicht zum Spielball verschiedener Interessengruppen zu werden. Sie benötigen den Respekt ihrer ärztlichen Kollegen aus Praxis und Krankenhaus ebenso wie die Autorität bei ihren Entscheidungen gegenüber Patienten und Krankenkassen. Beides ist aber nur durch strikte Objektivität zu erreichen. Andernfalls könnte ein Krankenkassenangestellter allein über Genehmigung oder Ablehnung beantragter Leistungen entscheiden.

Nur der kompetente sozialmedizinische Gutachter des MDK mit der erforderlichen Unabhängigkeit kann sowohl die Wünsche der Patienten als auch die durch die Gesetze vorgegebenen Interessen der Solidargemeinschaft adäquat berücksichtigen. Dies liegt im Interesse der gesamten Ärzteschaft.

Dr. med. Wolfgang Hausotter
Facharzt für Neurologie und Psychiatrie
– Sozialmedizin – Rehabilitationswesen –
Martin-Luther-Straße 8
87527 Sonthofen/Allgäu

Altersschätzung Jugendlicher im Strafverfahren

Empfehlungen für die Begutachtung

Das bislang unterschiedliche Vorgehen von Gutachtern soll harmonisiert werden.

Aufgrund zunehmender grenzüberschreitender Migrationsbewegungen leben in zahlreichen europäischen Ländern immer mehr Ausländer, bei denen das Geburtsdatum nicht zweifelsfrei dokumentiert ist. Diese Entwicklung hat dazu geführt, dass Altersschätzungen bei Lebenden im Strafverfahren zu einem festen Bestandteil der forensischen Praxis geworden sind (Geserick und Schmeling, 2000).

Im Rahmen des „X. Lübecker Gesprächs deutscher Rechtsmediziner“ Ende 1999 wurde vorgeschlagen, eine Arbeitsgemeinschaft aus Rechtsmedizinern, Zahnärzten, Radiologen und Anthropologen zu gründen, die Empfehlungen für die Gutachtenerstattung entwickelt, um das bislang recht unterschiedliche Vorgehen zu harmonisieren und eine Qualitätssicherung der Gutachten zu erreichen. Die interdisziplinäre „Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik“ (www.charite.de/rechtsmedizin/agfad/index.htm) konstituierte sich im März 2000 in Berlin. Ihre Empfehlungen gelten für Altersschätzungen im Strafrecht zur Feststellung der Strafmündigkeit und zur Frage der Anwendbarkeit des Jugendstrafrechts bei Beschuldigten mit zweifelhaften Altersangaben. Alle angeführten juristischen Bezüge werden vorerst nur für Deutschland dargestellt.

Juristischer Hintergrund

Die für die Strafmündigkeit relevante Altersgrenze ist das 14. Lebensjahr (§ 19 Strafgesetzbuch). Es gilt als unwiderlegbare Vermutung, dass ein Kind unter 14 Jahren generell schuldunfähig und damit strafunmündig ist, also in je-

dem Fall – trotz Erfüllung eines Straftatbestands – straflos bleibt. Für die Frage der Anwendbarkeit von Erwachsenen- beziehungsweise Jugendstrafrecht sind die Altersgrenzen 18 und 21 Jahre bedeutsam. Nach § 1 Jugendgerichtsgesetz gilt als Jugendlicher, wer zur Zeit der Tat 14, aber noch nicht 18 Jahre alt ist, als Heranwachsender, wer zur Zeit der Tat 18, aber noch nicht 21 Jahre alt ist. Bei Jugendlichen ist Jugendstrafrecht anzuwenden. Bei Heranwachsenden muss festgestellt werden, ob die Gesamtwürdigung der Persönlichkeit des Täters ergibt, dass der Betroffene nach seiner sittlichen und geistigen Entwicklung noch einem Jugendlichen gleichstand – und damit Jugendstrafrecht gilt –, oder ob das allgemeine „Erwachsenen“-Strafrecht anzuwenden ist (Kaatsch, 2000).

Untersuchungsmethoden

Die wissenschaftliche Grundlage von Altersdiagnosen ist die genetische Kontrolle der Ontogenie, wodurch die zeitliche Variabilität von Entwicklungsstadien begrenzt ist (Knussmann 1996, Pelsmaekers et al., 1997). So decken sich die Wachstumskurven ein-eiiger Zwillinge sehr weitgehend. Beachtet man ethische und arztrechtliche Aspekte, dann sind von den verfügbaren Untersuchungsmethoden (Übersicht bei Flügel et al., 1986, Koenig, 1992, Liversidge et al., 1998, Ritz u. Kaatsch, 1996) im Hinblick auf die Abgrenzung von Jugendlichen nur wenige für eine forensische Anwendung bei Lebenden brauchbar. Zur Untersuchung sollten gehören:

– die körperliche Untersuchung mit Erfassung anthropometrischer Maße

(Körperhöhe und -gewicht, Körperbautyp), der sexuellen Reifezeichen sowie möglicher altersrelevanter Entwicklungsstörungen,

- die Röntgenuntersuchung der linken Hand,

- die zahnärztliche Untersuchung mit Erhebung des Zahnstatus und der Röntgenaufnahme des Gebisses.

Um die Aussagesicherheit zu erhöhen und altersrelevante Entwicklungsstörungen zu erkennen, sollten alle genannten Methoden eingesetzt werden. Ist die Vollendung des 21. Lebensjahres zu beurteilen, kommt eine zusätzliche Röntgen- beziehungsweise CT-Untersuchung der Schlüsselbeine in Betracht (Kreitner und andere, 1998). Weitere radiologische Untersuchungen zur Bestimmung der individuellen Reifung sollten nur angewandt werden, wenn die Aufnahmen bereits vorliegen (Jung, 2000, Schmeling et al., 2000b).

Referenzstudien

Die für forensische Altersdiagnosen verwendeten Referenzstudien sollten folgenden Anforderungen genügen:

- adäquate Stichprobengröße, unter Berücksichtigung der Zahl der erfassten Altersklassen und Bevölkerungsgruppen,

- gesicherte Altersangaben der Probanden,

Immer häufiger werden Gutachter gebeten, bei Ausländern ohne gültige Ausweis-papire das Alter zu schätzen. Diese Arbeit wird zuweilen kritisiert: zum einen wegen der verwendeten Untersuchungsmethoden und -verfahren, zum anderen, weil sich die Gutachter nach Auffassung ihrer Kritiker zu Erfüllungsgehilfen einer bestimmten Ausländerpolitik machen. Eine Arbeitsgruppe der interdisziplinären „Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik“ hat nun nach längerer Beratung Vorschläge für sorgfältige Schätzungen im Strafverfahren vorgelegt. Die Empfehlungen wurden von den folgenden Vorstandsmitgliedern der Arbeitsgemeinschaft erarbeitet: Andreas Schmeling (Berlin), Guntehr Geserick (Berlin), Hans-Jürgen Kaatsch (Kiel), Birgit Marré (Dresden), Walter Reisinger (Berlin), Thomas Riepert (Köln), Stefanie Ritz-Timme (Kiel), Friedrich Wilhelm Rösing (Ulm), Klaus Röttscher (Speyer).

- gleichmäßige Altersverteilung,
- Geschlechtertrennung,
- Angabe des Untersuchungszeitpunkts,

- klare Definition der untersuchten Merkmale,

- genaue Beschreibung der Methodik,

- Angaben zur Referenzpopulation hinsichtlich genetisch-geographischer Herkunft, zu sozioökonomischem Status, Gesundheitszustand,

- Angabe von Gruppengröße, Mittelwert und einem Streuungsmaß für jedes untersuchte Merkmal.

Verwiesen wird auf die Arbeiten von Greulich und Pyle (1959), Tanner et al. (1975), Thiemann und Nitz (1991), Kahl und Schwarze (1988), Köhler et al. (1994), Mineer et al. (1993).

Vor der Übernahme eines Untersuchungsauftrags ist zu prüfen, ob die im Einzelfall zu beurteilende Fragestellung mit wissenschaftlich begründeten Methoden mit ausreichender Sicherheit geklärt werden kann. Die vorzunehmenden Untersuchungen müssen durch einen richterlichen Beschluss auf der Grundlage des § 81a Strafprozessordnung legitimiert sein.

Die zu Untersuchenden sind über Inhalt und Zweck der Untersuchungen zu informieren. Der Auftraggeber muss darauf hingewiesen werden, dass dafür ein Dolmetscher erforderlich sein kann. Jede Teiluntersuchung sollte einem Spezialisten obliegen, der über einschlägige Erfahrung in der Begutachtung verfügt und sich regelmäßig einer Qualitätskontrolle durch Ringversuche unterzieht. Auf der Grundlage der einzelnen Gutachten ist eine zusammenfassende Beurteilung durch den koordinierenden Gutachter zu treffen.

Forensische Kernaussage des Gutachtens ist je nach Untersuchungsauftrag die Angabe des wahrscheinlichsten Alters des Betroffenen und/oder der Wahrscheinlichkeit, dass das vom Betroffenen angegebene Alter tatsächlich zutrifft beziehungsweise die jeweils strafrechtlich relevante Altersgrenze überschritten ist. Die für die Altersdiagnose verwendeten Referenzstudien sind im Gutachten aufzuführen. Für jedes untersuchte Merkmal ist neben dem wahrscheinlichsten

Alter das Streuungsmaß der Referenzpopulation anzugeben (Rösing, 2000).

Mit der Anwendung der Referenzstudien auf die zu untersuchende Person sind altersrelevante Variationsmöglichkeiten verbunden. Dazu zählen abweichende genetisch-geographische Herkunft, abweichender sozioökonomischer Status und damit möglicherweise anderer Akzelerationsstand (zum Einfluss des sozioökonomischen Status und der ethnischen Zugehörigkeit auf die Skelettreifung siehe Schmeling et al., 2000a), entwicklungsbeeinflussende Erkrankungen des Betroffenen. Sie sind im Gutachten mit ihren Auswirkungen auf die Altersdiagnose zu diskutieren und nach Möglichkeit bezüglich ihrer quantitativen Konsequenzen einzuschätzen.

Das wahrscheinlichste Alter des Betroffenen wird auf der Grundlage der zusammengefassten Einzeldiagnosen und der kritischen Diskussion des konkreten Falls ermittelt. Bei der Zusammenfassung der Altersdiagnosen je nach eingesetzter Methode kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass sich die Streubreite verringert. Diese Verringerung ist bisher nur quantitativ einschätzbar.

Je nach Untersuchungsauftrag sind die juristisch bedeutsamen und/oder die im richterlichen Beschluss mitgeteilten Altersangaben hinsichtlich ihrer Wahrscheinlichkeit verbal zu bewerten.

Qualitätssicherung

Für die laufende Qualitätssicherung organisiert die Arbeitsgemeinschaft jährlich Ringversuche. Auf Wunsch eines Gutachters kann auch ein laufendes Gutachten vor der Erstattung geprüft werden.

Das Literaturverzeichnis ist über den Sonderdruck beim Verfasser und über das Internet (www.aerzteblatt.de) erhältlich.

Anschrift für die Verfasser:

Prof. Dr. med. Gunther Geserick

Dr. med. Andreas Schmeling

Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik

der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

c/o Institut für Rechtsmedizin

Hannoversche Straße 6, 10115 Berlin