

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin



INTERDISZIPLINÄRER
ARBEITSKREIS FÜR
FORENSISCHE
ODONTO-STOMATOLOGIE



NEWSLETTER



GERMAN ACADEMY OF FORENSIC ODONTOSTOMATOLOGY

Organ des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie
der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und
der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

A publication of the German Academy of Forensic Odontostomatology
of the German Society of Dental Oral and Craniomandibular Sciences
and the German Society of Legal Medicine

ISSN 0947-6660

AKFOS (2011)

Jahr 18: No.3

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Editorial

Ein Jahr geht zu Ende, was üblicherweise dazu Anlass gibt einen Rückblick zu wagen. Unser Arbeitskreis ist 35 Jahre alt geworden. Im Januar hat uns der Gründer Professor Dr. W. Hahn im Alter von fast 99 Jahren verlassen. Ihm gebührt an dieser Stelle noch einmal unser Gedenken an seine Leistungen auf dem Gebiet der forensischen Zahnheilkunde. Außerdem fand ein alle beteiligten Bereiche umfassender Workshop der IDKO in Wiesbaden statt. Eine gelungene Veranstaltung zur Verknüpfung dieser. Der dritte Ausbildungsgang für Kolleginnen und Kollegen, welche für die IDKO Bereitschaft zur Mitarbeit gemeldet haben, konnte realisiert werden. Im Rahmen einer Großschadensübung des BKA im August in Berlin konnte aus diesem Kreis Unterstützung geleistet werden. Nicht zu vergessen natürlich die traditionell im Dezember stattfindende Tagung der Bundeswehr. Auch dieses Jahr wieder mit internationaler Beteiligung. Die 35. Jahrestagung in Mainz bot ein breites Spektrum an Beiträgen. Es bleibt am Ende nur zu wünschen, dass die Mitglieder des Arbeitskreises weiter so aktiv sind und ihn mit Leben füllen.

Im Namen des Vorstandes wünsche ich Ihnen eine gesegnete und besinnliche Weihnachtszeit sowie einen guten Rutsch in das Neue Jahr.

Prof. Dr. med. R. Lessig
1. Vorsitzender

Herausgeber:

Interdisziplinärer Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS)
der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Redaktion und Vorstand des Arbeitskreises:**1. Vorsitzender Univ.-Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig**

Universitätsklinikum Halle (Saale) - Institut für Rechtsmedizin

Franzosenweg 1, D-06112 Halle/Saale

Tel: (0345) 557 1768, Fax: (0345) 557 1587, Mobil: +49 160 8950197

E-Mail: ruediger.lessig@uk-halle.de

2. Vorsitzender Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ludger Figgenger

Westfälische Wilhelms-Universität Münster - Zentrum für ZMK

Poliklinik für zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde

Waldeyerstr. 30, D-48149 Münster

Tel: (0251) 834 7080, Fax: (0251) 834 7182

E-Mail: figgenl@uni-muenster.de

Sekretär und Schriftführer Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann

Arnikaweg 15, D-47445 Moers

Tel: (02841) 40406

E-Mail: clausgrundmann@hotmail.com

Webmaster Dr. med. dent. Klaus-Peter Benedix

Anemonenweg 10, D-85716 Unterschleißheim

Tel (dienstl.): (089) 1249 7610 Fax (dienstl.): (089) 1249 7609

Tel (privat): (089) 370 658 91 Mobil: +49 171 52 40 700

E-Mail: Klaus@drbenedix.de

Webmaster Dr. med. dent. Karl-Rudolf Stratmann

Sürther Hauptstr. 194, D-50999 Köln

Tel: (02236) 65500, Fax: (02236) 967 140

E-Mail: dr.stratmann@koeln.de

Ehrenvorsitzender Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher

verantwortlicher Redakteur, Wimphelingstr.7, D-67346 Speyer

Tel: (06232) 9 20 85, Fax: (06232) 65 18 69

E-Mail: roetzscher.klaus.dr@t-online.de

Der Arbeitskreis verfügt über einen Internetauftritt: www.akfos.org

Hier können alle AKFOS-Newsletter und Informationen eingesehen werden.

Hinweis der Redaktion:

**The International Organisation of Forensic Odontostomatology (IOFOS)
is available: www.iofos.eu**

**L' Association Française d' Identification Odontologique (AFIO)
is available: www.afioasso.org**

**The American Society of Forensic Odontology (ASFO)
is available: www.asfo.org**

Inhaltsverzeichnis:

Editorial	50
Impressum	51
Grundmann, C: Bericht zur 35. Jahrestagung des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS)	53
Ehrenmedaille der Association Française d'Identification Odontologique (AFIO)	55
Stratmann, K-R: Der Zahnarzt als Gutachter	56
Schilke, R: Kariöse Gebisse – ein sicherer Indikator für Vernachlässigung?	57
Schäfer, P: Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Jugendhilfe – ein Kooperationsmodell zum Kinderschutz in der Kommune	60
Benedix, K-P und Rothschild, M: Identifizierung kontaminierter Leichen	61
Grundmann, C: Möglichkeiten der Thanatopraxie	68
Gelbrich, B und Gelbrich, G: Fehlende Zähne sind keine fehlende Information: Zur forensischen Altersschätzung anhand der dritten Molaren	69

**Bericht zur 35. Jahrestagung des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odontostomatologie (AKFOS)
08.10.2011**

Von Claus Grundmann, Duisburg

Am 8.10.2011 konnte in Mainz ein kleines Jubiläum gefeiert werden: der Arbeitskreis für Forensische Odontostomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) feierte sein 35-jähriges Bestehen.

Die diesjährige Tagung wurde im Beisein internationaler Kollegen durch den AKFOS-Vorsitzenden, Prof. Dr. Rüdiger Lessig (Halle) eröffnet. Es folgte ein Rückblick durch den AKFOS-Ehrenvorsitzenden, Dr. Dr. Klaus Röttscher, der über die vielfältigen Aktivitäten des Arbeitskreises in den Jahren 1976 bis 2011 zu berichten wusste: die damals gewählten Schwerpunkte des Arbeitskreises haben sich bis zum heutigen Tag nicht verändert: Begutachtungen im Zivil- und Strafrecht, Probleme der zahnmedizinischen Nomenklatur, Katalogisierung von Identitätsmarken, Befunderhebung und Dokumentation, Geschlechtsbestimmungen und Altersschätzungen, Prophylaktische odontologische Identifizierungshilfen, Chemisch-physikalische Einwirkungen auf das Kausystem, Bissspuren und Spurensicherung, Codierung der Befunde, Rückschlüsse aus Art und Material zahnärztlicher Arbeiten.

Herausragende Ereignisse der zurückliegenden 35 Jahre waren die Präsidentschaften der „International Association of Forensic Sciences“ (IAFS) und „International Organisation for Forensic Odonto-Stomatology“ (IOFOS), welche im Oktober 1990 in Adelaide, Australien, an Deutschland vergeben wurden: gleichzeitig wurde Klaus Röttscher, Speyer, für die Jahre 1991 bis 1993 der erste Deutsche Präsident von IOFOS.

Ein weiteres Großereignis für den Arbeitskreis war der Ausbruch des Tsunamis in Asien am 26.12.2004: gemeinsam mit weiteren 19 Nationen halfen die Mitglieder des Arbeitskreises in den Jahren 2004 und 2005 -in Zusammenarbeit mit den Kriminalisten des Bundeskriminalamtes (BKA) und der Landeskriminalämter (LKÄ)- bei der Bewältigung der Opferidentifizierung. Die Auszeichnung der in Sri Lanka und Thailand eingesetzten Deutschen Zahnärztinnen und Zahnärzte erfolgte am 26. Oktober 2005 anlässlich der Eröffnung des Deutschen Zahnärztetages und der Gemeinschaftstagung der DGZMK in Berlin: der Präsident der Bundeszahnärztekammer, Herrn Dr. Dr. Jürgen Weitkamp, zeichnete im Ministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung alle 32 in Thailand und Sri Lanka eingesetzten Kolleginnen und Kollegen mit der Verdienstmedaille der Deutschen Zahnärzteschaft aus.

Der wissenschaftliche Teil der Tagung begann mit einem umfassenden Referat von Dr. Karl-Rudolf Stratmann aus Köln zum Thema „Grundlagen eines zahnärztlichen Privatgutachtens“: für Patienten und Gerichte darf jede(r) Zahnärztin/Zahnarzt ein Gutachten erstellen, ohne dass es hierfür einer zusätzlichen Qualifikation bedarf. Der Aufbau eines Gutachtens, die Einsichtnahme in weitere prozessrelevante Unterlagen, Fachbegriffserläuterungen wie: „nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst“ oder „was ist ein grober Behandlungsfehler“ waren Eckpunkte des Vortrags.

Mit dem Thema, ob „kariöse Gebisse ein sicherer Indikator für die Vernachlässigung von Kindern sind“ beschäftigte sich Dr. Reinhard Schilke auf der diesjährigen AKFOS-Tagung. Trotz des deutlichen Kariesrückgangs bei Kindern existieren überall in Deutschland kleinere Gruppen, deren gesundheitliche Probleme nicht wahrgenommen oder nicht angemessen behandelt werden: vernachlässigte oder misshandelte Kinder weisen bis zu 9-mal häufiger unbehandelte kariöse Zähne auf.

Welche interdisziplinäre Zusammenarbeit -zum Wohle gefährdeter Kinder- zwischen Gesundheitshilfe und Jugendhilfe möglich ist, erläuterte Dr. Peter Schäfer aus Mannheim am „Kooperationsmodell zum Kinderschutz in der Kommune“. Vorteilhaft sei eine gemeinsame politische Zielsetzung, insbesondere dann, wenn Jugendamt und Gesundheitsamt in einem Dezernat vereint seien.

Im Nachmittagsprogramm der diesjährigen AKFOS-Jahrestagung standen die Identifizierung von kontaminierten Leichen und die thanatopraktische Behandlung verstorbener Personen im Vordergrund: Oberstarzt Dr. Klaus-Peter Benedix, München, betonte in seinem Vortrag, dass das Risiko, dass es zu chemischen, biologischen oder radioaktiven/nuklearen Schadenslagen mit oder ohne explosive Stoffe (CBRN-E-Lagen) kommen kann, weltweit zunimmt. Die erforderlichen Schutzmassnahmen wurden vorgestellt ebenso wie die Einteilung der Schadensortes in „heisse Zone“, „warme Zone“ und „kalte Zone“. Dass für solche Schadenslagen „Dekontaminationskonzepte“ vorliegen, konnte anhand der existierenden Ziele verdeutlicht werden.

Welche Möglichkeiten die Thanatopraxie heutzutage bietet, war Gegenstand des Referats von Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg: durch die Verwendung moderner Methoden und Techniken gelingt es speziell ausgebildeten Bestattern immer wieder anhand von Bildern Gewalt- und Unfallopfer soweit wiederherzustellen, dass Angehörige pietätvoll von ihren Liebsten Abschied nehmen können. So ist nicht nur eine bessere und schnellere Trauerbewältigung gewährleistet – auch der gefürchtete Satz „Es ist besser der Sarg bleibt zu“ kommt immer weniger zur Anwendung.

Dass fehlende Zähne im Rahmen der forensischen Altersschätzung keine fehlenden Informationen darstellen, konnten Dr. Bianca Gelbrich und Dr. Dr. Götz Gelbrich aus Leipzig eindrucksvoll darstellen: liegt die Aplasie eines unteren Weisheitszahnes vor, so konnte eine signifikant verzögerte Entwicklung des vorhandenen unteren Weisheitszahnes beobachtet werden. So sind die Personen signifikant älter, bei denen eine Aplasie eines unteren Weisheitszahnes vorliegt.

Oliver Gengenbach, Notfallseelsorger aus Witten, nutzte die Tagung, um den Mitgliedern der anwesenden in- und ausländischen Identifizierungsteams wertvolle Tipps für die Psychohygiene unter Einsatzbedingungen zu geben: wer seine vielfältigen Ratschläge befolgt, dürfte im Einsatz keine post-traumatische Belastungsstörung (PTBS) entwickeln.

Die nächste AKFOS-Jahrestagung findet -wie gewohnt- am 13.10.2012 in der Mainzer Universitätszahnklinik statt.

Kontaktadresse: Dr. Dr. Claus Grundmann, Ruhrorter Str. 195, 47119 Duisburg
E-Mail: clausgrundmann@hotmail.com

Ehrenmedaille der Association Française d'Identification Odontologique (AFIO)

Die „Association française d'identification odontologique (AFIO)“, Schwester-gesellschaft des „Arbeitskreises für forensische Odontostomatologie (AKFOS)“, möchte zum 35-jährigen Bestehen von AKFOS die jahrelange deutsch-französische Freundschaft auf dem Gebiet der forensischen Zahnmedizin bekunden.

Die wissenschaftliche und kollegiale Partnerschaft zeichnet sich bereits seit vielen Jahren durch eine fruchtbare Zusammenarbeit aus und soll noch lange fortgesetzt werden.

Wir beehren uns daher im Namen des Präsidenten Dr. Guy Collet (Orleans) und der AFIO-Mitglieder die AFIO-Ehrenmedaille an verdiente AKFOS-Kollegen zu überreichen:

- Herrn Dr. Dr. Klaus Röttscher (Speyer)
- Herrn Prof. Dr. Rüdiger Lessig (Halle/Saale)
- Herrn Dr. Dr. Claus Grundmann (Duisburg)

Mit herzlichen Glückwünschen zur Verleihung der AFIO-Ehrenmedaille und den besten Wünschen für die Zukunft.

Dr. Dr. Jean-Marc Hutt (Strasbourg)
-Vize-Präsident von AFIO-

Dr. Jean-Claude Bonnetain (Dijon)





Von links nach rechts: Dr. Dr. Claus Grundmann, Prof. Dr. Rüdiger Lessig, Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Dr. Dr. Jean-Marc Hutt und Dr. Jean-Claude Bonnetain

Der Zahnarzt als Gutachter

Von Karl-Rudolf Stratmann, Köln

Sobald eine Person, eine Institution, eine Behörde oder eine staatliche Stelle nicht genügend Sachkenntnisse besitze, um eine konkrete Fragestellung selber zu entscheiden, wird ein Gutachten angefordert. In der Zahnmedizin sind das gesetzliche und private Krankenkassen, Versicherungsträger, Gesundheitsämter, Patienten, Staatsanwaltschaften und Gerichte.

Dieses Gutachten darf nach der Berufsordnung von jedem Zahnarzt angefertigt werden. Der Zahnarzt wird dann zum Sachverständigen. Nach Euroexpert handelt es sich bei einem Sachverständigen „um eine unabhängige integre Person, die auf einem oder mehreren bestimmten Gebieten über besondere Sachkunde sowie Erfahrung verfügt. Der **Sachverständige** trifft aufgrund eines Auftrages allgemeingültige Aussagen über einen ihm vorgelegten oder von ihm festgehaltenen Sachverhalt. Er besitzt ebenfalls die Fähigkeit, die Beurteilung dieses Sachverhaltes in Wort und Schrift nachvollziehbar darzustellen.“ Dies ist der Maßstab.

In der Zahnmedizin werden die meisten Gutachten im Rahmen der Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten erstellt. Die Benennung dieser Gutachter ist vertraglich geregelt und erfolgt im Benehmen mit den gesetzlichen Krankenkassen. Für Patienten und für Gericht darf jeder Zahnarzt Gutachten erstellen. Es bedarf hierfür keiner zusätzlichen nachgewiesenen Qualifikation. Einen vereidigten Sachverständigen gibt es nicht. Da aus einem falschen oder schlechten Gutachten eine Haftung entstehen kann, sollte man nur solche Gutachten erstellen, bei denen man die erforderliche Kenntnis besitzt.

Am häufigsten werden dabei vermutete Behandlungsfehler begutachtet. Dieses kann vorgerichtlich von Patienten, Versicherungen, Berufsgenossenschaften oder vom Gericht selber beantragt werden.

Es wird der allgemeine Aufbau eines solchen Gutachtens beschrieben. Begonnen mit der Fragestellung desjenigen, der das Gutachten in Auftrag gibt. Reichen die vorliegenden Beweise aus, um die Fragen zu beantworten. Wie komme ich an die Unterlagen, die ich benötige, um das Gutachten zu erstellen. Wie verhalte ich mich, wenn ich Fehler finde, nach denen ich nicht gefragt wurde. Die für ein Gerichtsverfahren wichtigen Fachbegriffe wie "Regel der zahnärztlichen Kunst", "grober Behandlungsfehler" werden erklärt und ihre Bedeutung für ein Verfahren dargelegt. Welche Fallen einem Gutachter dabei gestellt werden können, wird erklärt und wie man sie umgehen kann. Wie eine ordnungsgemäße Rechnung erstellt wird, und welche Fehler dabei auftreten können wird ebenso erklärt.

Anhand von Beispielen werden die einzelnen Fragestellungen abgearbeitet.

Ein Musterfall wird durch mehrere Instanzen demonstriert. Es handelt sich um eine insuffizienten Brückenversorgung mit belassenem Wurzelrest.

Die Teilnehmer können sich am Ende das Gerüst eines privaten Gutachtens mit den entsprechenden Textbausteinen als Word - Datei auf einem USB stick ziehen.

Kontaktadresse: Dr. Karl-Rudolf Stratmann, Sürther Hauptstr. 194, 50999 Köln
E-Mail: dr.stratmann@koeln.de

Kariöse Gebisse – ein sicherer Indikator für Vernachlässigung?

Von Reinhard Schilke, Hannover

In epidemiologischen Untersuchungen zeichnet sich in den letzten Jahrzehnten in allen Altersgruppen ein deutlicher Rückgang der Kariesprävalenz ab. So sank die Anzahl kariöser, wegen Karies extrahierter oder gefüllter Zähne je Patient (dmf-t) bei 6- bis 7-Jährigen in den vergangenen 15 Jahren von 2,9 auf 1,9, wobei mehr als jedes 2. Kind ein gesundes, kariesfreies Gebiss aufweist. Innerhalb derjenigen, die bereits Karies (gehabt) haben, gibt es in allen Altersgruppen wenige Personen, deren dmf-t bzw. DMF-T deutlich höher liegt als bei Gleichaltrigen. Es stellt sich die Frage, ob bei diesen Patienten, die deutlich mehr dmf-Zähne auf sich vereinigen, nicht auch andere Anhaltspunkte vorliegen, die auf eine allgemeine Vernachlässigung hindeuten.

Um dieses zu beantworten, muss der Begriff Vernachlässigung zunächst einmal näher beleuchtet werden. Eine sehr umfassende Definition der Vernachlässigung beschreibt diese als eine „*andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen*

Handelns durch sorgeverantwortliche Personen, welche zur Sicherstellung der seelischen und körperlichen Versorgung des Kindes notwendig wäre. Diese Unterlassung kann aktiv (wissentlich) oder passiv (unbewusst) aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Die durch Vernachlässigung bewirkte chronische Unterversorgung des Kindes durch die nachhaltige Nichtberücksichtigung, Missachtung oder Versagung seiner Lebensbedürfnisse hemmt, beeinträchtigt oder schädigt seine körperliche, geistige und seelische Entwicklung und kann zu gravierenden bleibenden Schäden oder gar zum Tode des Kindes führen." Hierbei wird deutlich, dass sich Vernachlässigung im Gegensatz zu körperlicher Misshandlung durch zwei wesentliche Merkmale unterscheidet. Zum einen steht bei einer Vernachlässigung nicht das Tun im Vordergrund, wie zum Beispiel das Zufügen von Schlägen bei einer körperlichen Misshandlung, sondern eben das Nichttun von Handlungen, die für eine gesunde Entwicklung des Kindes notwendig wären. Zum anderen ist Vernachlässigung durch die Chronizität dieses Unterlassens, das alle Lebensbereiche des Kindes betreffen kann, gekennzeichnet und hebt sich dadurch von den akuten Handlungen und deren Folgen bei einer körperlichen Misshandlung ab.

Vernachlässigung der gesundheitlichen Fürsorge deutet, dass gesundheitliche Probleme nicht wahrgenommen oder nicht angemessen behandelt werden, dass empfohlene Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen nicht angenommen werden oder die Gesundheit durch fahrlässiges Verhalten gefährdet wird. Dabei ist allerdings zu bedenken, dass solches Verhalten kulturellen Standards unterliegt und nicht unwidersprochen als Kindesmisshandlung angesehen wird. Die aktuelle Leitlinie zum Thema Misshandlung der Deutschen Gesellschaften für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin sowie für Kinderchirurgie aus dem Jahr 2008 geht dabei sogar so weit, dass fehlende Impfungen als Vernachlässigung gewertet werden.

Vernachlässigung ist eine Form der Misshandlung, weitere sind körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, psychische Misshandlung sowie das Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom. Während Medienberichte den Anschein erwecken, dass körperliche Misshandlung oder sexueller Missbrauch die häufigsten Formen der Misshandlung seien, belegen offizielle Statistiken und auch wissenschaftliche Studien, dass Vernachlässigung den mit Abstand größten Anteil ausmacht. Dabei zeigt sich, dass Kinder umso gefährdeter sind, je geringer ihr Lebensalter ist. In den ersten drei Lebensjahren ist das Risiko, eine der genannten Formen der Misshandlung zu erleiden, etwa doppelt bis dreifach so hoch wie in den folgenden drei Jahren. Vernachlässigung beginnt meist im Säuglings- oder Kleinkindalter, bleibt aber häufig bis zum Eintritt in die Schule oder den Kindergarten unerkannt. Das Statistische Bundesamt hat 1998 2.788 von den Jugendämtern gemeldete Fälle von Vernachlässigung registriert. Während diese Zahl in den nachfolgenden Jahren annähernd konstant blieb, steigt sie zwischen 2006 und 2008 bis auf 4.017 gemeldete Fälle an. Nach Schätzungen des Deutschen Kinderschutzbundes sind die tatsächlichen Zahlen jedoch deutlich höher. Hier wird von 50.000 bis zu 500.000 Kindern in Deutschland gesprochen, die aktuell vernachlässigt werden.

Karies entsteht nie als eine akute Erkrankung, sondern zeichnet sich durch aus, dass über einen längeren Zeitraum mehrerer Komponenten zusammenwirken. Dazu gehören nicht nur eine häufige Zufuhr kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel und eine

unterlassene oder insuffiziente Mundhygiene durch die Erziehungsberechtigten, sondern auch eine Nichtinanspruchnahme von zahnärztlichen Gesundheitsangeboten. Auswertungen der Abrechnungsdaten mehrerer Kassenzahnärztlicher Vereinigungen bestätigen die Angaben von Krankenkassen, dass lediglich etwa einem von drei Kindern, die zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen, sogenannte FU-Positionen, in Anspruch nehmen könnten, diese auch tatsächlich zuteilwerden. In Niedersachsen werden FU-Leistungen zum Beispiel nur von zwei Dritteln aller Praxen abgerechnet. Ein zahnärztlicher Befund wurde bei Kindern bis zum sechsten Lebensjahr in den Bereichen der antwortenden Kassenzahnärztlichen Vereinigungen lediglich bei einem Anteil von 30 bis 70 % abgerechnet. Andererseits treffen pädiatrische Vorsorgeuntersuchungen bei Kindern auf eine hohe Akzeptanz bei den Eltern. Bis zur U7, die zwischen dem 21. und 24. Lebensmonat stattfinden soll, werden kinderärztliche Vorsorgeuntersuchungen von über 90 % der Anspruchsberechtigten wahrgenommen.

Doch das Problem scheint nicht nur auf Seiten der Eltern zu liegen, indem Kinder nicht oder erst relativ spät zahnärztlich vorgestellt werden. In den DAJ-Studien konnte seit Jahren registriert werden, dass annähernd jeder zweite Milchzahn bei 6- bis 7-Jährigen, der als kariös befundet wurde, nicht behandelt worden ist. Dieser geringe Sanierungsgrad ist allerdings international auf einem ähnlich niedrigen Niveau. In insgesamt sechs internationalen Studien aus den Jahren 1994 bis 2009 sowie einer eigenen regionalen Untersuchung in der Stadt und dem Landkreis Osnabrück aus den Jahren 2006 bis 2008 konnte gezeigt werden, dass vernachlässigte oder misshandelte Kinder bis zu 9-mal häufiger unbehandelte kariöse Zähne aufweisen und besonders schwere Formen früher Karies bis zu 5-mal häufiger als bei entsprechenden Kontrollen vorkommen können. Andererseits wurden auch in den Gruppen mit vernachlässigten und misshandelten Kindern solche mit gesunden Gebissen gefunden.

Somit ist keinesfalls jede kariöse Läsion als Vernachlässigung zu interpretieren. Es ist auch nicht möglich, eine alterbezogene Anzahl kariöser Zähne als Schwellenwert festzulegen, ab der eine Vernachlässigung vorliegt. Erst nachdem die zahnmedizinischen Probleme den Eltern aufgezeigt und Behandlungsmöglichkeiten angeboten worden sind, deuten folgende Punkte auf eine Vernachlässigung hin:

unregelmäßiges Erscheinen zu und wiederholtes Versäumen von Terminen

Abbrechen einer geplanten Behandlung

Wiederkehren erst bei Schmerzen in wiederholten Abständen

Benötigen wiederholter Allgemeinanästhesien für Zahnbehandlungen

Um misshandelten und vernachlässigten Kindern möglichst umfassend Hilfe anbieten zu können, sollten Zahnärzte immer mit in das interdisziplinäre Betreuungsteam einbezogen werden. Bei intraoralen Verletzungen oder Erkrankungen könnte dadurch frühzeitig eine Therapie eingeleitet und weitere gesundheitliche Beeinträchtigungen von dem Kind abgewendet werden. Weiterhin ist es notwendig, dass die Themen Misshandlung und Vernachlässigung Eingang finden in die zahnmedizinischen Curricula sowie in Fortbildungsangebote, damit Zahnärzte für diese wichtigen Aspekte sensibilisiert werden und auf diesem Wege einen weiteren Beitrag zur Prävention und Therapie leisten können.

Kontaktadresse: Dr. Reinhard Schilke, Konstanty-Gutschow-Str. 8,
30625 Hannover E-Mail: schilke.reinhard@mh-hannover.de

Interdisziplinäre Zusammenarbeit von Gesundheitswesen und Jugendhilfe – ein Kooperationsmodell zum Kinderschutz in der Kommune

Von Peter Schäfer, Mannheim

Unter Frühen Hilfen versteht man lokale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfeangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren (Schwerpunkt 0-3-Jährige). Dadurch sollen die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Jugendlichen in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig verbessert werden. Neben Angeboten für alle Eltern mit ihren Kindern gibt es auch solche für Familien in Problemlagen. Wenn diese Angebote nicht ausreichen, ist Sorge für weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes zu tragen, so dass hier der Übergang zum Kinderschutz fließend ist.

In Mannheim werden jährlich ca. 2600 Kinder geboren, 35% von ihnen wachsen mit einer nicht-deutschen Familiensprache auf. Als Zielgruppe von Angeboten der Frühen Hilfen sind aufgrund wissenschaftlicher Schätzungen 5-10% (bis 20%) anzusehen. Frühe Hilfen können nur in einem Netzwerk aus verschiedenen Partnern realisiert werden. Hierfür gibt es in Mannheim Akteure aus dem Bereich der Jugendhilfe (Tageseinrichtungen für Kinder, Soziale Dienste, Beratungsstellen u.a.) und dem Gesundheitswesen (niedergelassene Ärzte, Kliniken, Hebammen u.a.), die unter der Federführung des Stadtjugendamts und des Fachbereichs (FB) Gesundheit an dem gemeinsamen Ziel arbeiten.

Beispielhaft für die interdisziplinäre Zusammenarbeit kann „Willkommen im Leben“ genannt werden. Im FB Gesundheit beschäftigte Kinderkrankenschwestern bieten Familien mit einem Neugeborenen einen freiwilligen Hausbesuch an. Nach Beginn in einem Stadtteil im Jahr 2007 gibt es das Angebot inzwischen im gesamten Stadtgebiet und wird von ca. 70% der Eltern, die erreicht werden können, auch angenommen. Früh bestehende Bedarfe in den Familien können angesprochen und Interventionsmöglichkeiten angebahnt werden. Neben diesem Angebot steht bei weiteren Aktivitäten des FB Gesundheit und des Jugendamts das Wohl des Kindes und die Frühe Hilfe im Mittelpunkt: kostenloses Nachholen versäumter U-Untersuchungen, zahnärztliche Untersuchungen bzw. Prophylaxeangebote, Versorgung behinderter und chronisch kranker Kinder sowie eine Sprechstunde in bestimmten Schulen vor Ort. Von Seiten des Jugendamts ist besonders die zentrale Kinderschutzstelle zu erwähnen, an die sich sowohl Bürger als auch Fachleute aus dem Bereich der Jugendhilfe und des Gesundheitswesens wenden können. Als wertvolles Instrument hat sich hier die anonyme Fallberatung zur Besprechung der Ist-Situation und möglichen Planung des weiteren Vorgehens bewährt.

Die gelingende interdisziplinäre Zusammenarbeit benötigt aber auch wesentliche Rahmenbedingungen. So sind in Mannheim Jugendamt und Gesundheitsamt in einem Dezernat vereint, so dass eine gemeinsame politische Zielsetzung vorhanden ist. Es gibt regelmäßige Besprechungen auf Leitungs- und Arbeitsebene. Dadurch ist der Gesamtprozess hierarchisch abgesichert, in ruhigen Zeiten kann die gemeinsame Zielsetzung und Umsetzung vereinbart werden.

Die grundsätzlichen Hinweise aus dem „Werkbuch Vernetzung“ des Modellprojekts „Guter Start ins Kinderleben“ (Sept. 2010) werden im Alltag aufgegriffen und (meist) umgesetzt.

Dadurch ist es möglich, dass sich in Mannheim in den vergangenen Jahren tatsächlich eine gelingende interdisziplinäre Kooperation zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen entwickeln konnte.

Weitere Informationen:

<http://www.mannheim.de/buerger-sein/fruehe-hilfeneltern-kind-zentren>

Kontaktadresse: Dr. Peter Schäfer, Fachbereich Gesundheit der Stadt Mannheim; R1, 12; 68161 Mannheim;
E-Mail: peter.schaefer@mannheim.de

Die Identifizierung kontaminierter Leichen

Von:

Oberstarzt Dr. Klaus-P. Benedix, München, und Prof. Dr. Markus Rothschild, Köln

1 Einleitung

Das Risiko, dass es zu Chemischen, Biologischen oder Radioaktiven/Muklearen Schadenslagen mit oder ohne Explosiven Stoffen (CBRN-E-Lagen) kommen kann, nimmt weltweit zu. Dabei sind Todesopfer unter der Bevölkerung oder bei Attentaten auch aus dem Kreis der Täter, z.B. bei so genannten Selbstmordattentätern, nicht auszuschließen. Der sicheren Identifizierung der Opfer und ggf. der Täter, kommt dabei eine hohe Bedeutung zu.

Die Frage nach Todesart, Todesursache und Todeszeit ist für die eigentliche Identifizierung zunächst sekundär, da der Zeitpunkt einer Katastrophe weitgehend gut eingrenzbar ist und davon auszugehen ist, dass alle Opfer an dem im Wesentlichen gleichen Schädigungsmechanismus verstorben sind. Bei strafrechtlich relevanten Massenergebnissen wird man aber auf gesicherte Angaben zur Todesursache sowie den Todesumständen nicht verzichten können, so dass hier über die Identifizierung hinausgehende Befunde zu erheben sind.

Für Einsatzkräfte stellen CBRN-E-Lagen eine besondere fachliche Herausforderung dar. Sie müssen sich dabei aber nicht nur selbst schützen und unter hohem psychischem Stress und körperlichen Belastungen – verstärkt auch durch notwendige Schutzkleidungen – ihren Auftrag erfüllen, sondern durch ihre Tätigkeiten auch eine Gefährdung für weitere Personen und die Umwelt ausschließen.

Da CBRN-E-Lagen sehr unterschiedlich und nur schwierig einschätzbar sind, sind bereits im Vorfeld weitreichende Informationen über Risiken, Schutzmaßnahmen und Empfehlungen in Verbindung mit einem regelmäßig stattfindenden entsprechenden Training zwingend erforderlich.

Auch Interpol beschäftigt sich sehr intensiv mit dieser Problematik und hat innerhalb des Standing Committee of Disaster Victim Identification seit 2010 in den Arbeitsgruppen Polizei, Rechtsmedizin und Zahnmedizin entsprechende Unterarbeitsgruppen eingerichtet. Bei der letzten Konferenz im Juni 2011 in Lyon konnten erste Ergebnisse hierzu vorgestellt werden, die nunmehr im Detail international abgestimmt werden müssen.

Daher kann dieser Vortrag noch nicht auf alle fachlichen Einzelheiten eingehen, sondern soll mehr einen Überblick zu diesem Thema geben.

2 CBRN-E-Substanzen

Charakteristisch für CBRN-E-Lagen ist, dass die potenziell schädigenden Agenzien oder Stoffe über die menschlichen Sinne nicht immer wahrnehmbar und sofort bestimmbar sind. Das akut und langfristig schädigende Potenzial der Stoffe kann nicht immer eingeschätzt werden. Vor einem „unsichtbaren, unbekanntem Feind“ kann man sich nur schwer spezifisch schützen.

Chemische Substanzen

Chemikalien weisen ein sehr großes Spektrum an unterschiedlichen Wirkungen auf. Viele Stoffe sind brennbar oder gar explosiv, können ätzend wirken oder sind giftig. In den meisten Fällen entfalten sie ihre größte Wirkung bei Aufnahme in den Körper. Dies kann über die Haut, durch Nahrungsaufnahme durch Einatmen oder durch Wunden geschehen. Flüssige und gasförmige Stoffe stellen das wesentliche Gefahrenpotenzial dar.

Unter dem Begriff „Chemische Gefahren“ werden Gefahrenlagen verstanden, die durch chemische Stoffe (chemische Kampfstoffe oder Industrie-Chemikalien) verursacht werden. Im Falle einer möglichen Freisetzung gefährlicher Chemikalien, wie zum Beispiel infolge eines Terrorszenarios oder eines Unfalls in einem Chemiewerk, könnte eine größere Anzahl von Personen verletzt und kontaminiert werden. Zur Bewältigung eines solchen Ereignisses sind umfassende medizinische Maßnahmen und entsprechende Kenntnisse chemischer und toxikologischer Eigenschaften der ausgetretenen Stoffe, unter Berücksichtigung medizinischer und arbeitsmedizinischer Aspekte, erforderlich.

Die toxische Gefahrenzone ist der Arbeitsbereich der Feuerwehr. Hier werden unter Zuhilfenahme entsprechender Schutzmaßnahmen (Chemikalienschutzanzug, umluftunabhängiger Atemschutz) kontaminierte Personen aus dem Gefahrenbereich gerettet, Verstorbene geborgen und in den Aufnahmebereich des Dekontaminationsplatzes transportiert. Unzureichend ausgerüstetes Einsatzpersonal darf in der toxischen Gefahrenzone nicht eingesetzt werden.

Biologische Substanzen

Zu den biologischen Agenzien zählen Bakterien, Viren, Pilze, Parasiten und Toxine. Hierunter gibt es solche, die schwere und auch tödliche Krankheiten beim Menschen auslösen können. Eine Aufnahme in den Körper findet vor allem über die Lunge, den Verdauungstrakt und die Haut bzw. Wunden statt. Eine Aufnahme von biologischen Agenzien in den Körper kann durch Aerosole sowie Staubpartikel über die Atemwege erfolgen.

Je nach Ursache sind spezifische, medizinische Maßnahmen beginnend mit seuchenhygienischem Management (zum Beispiel Absonderung) sowie gezielter Therapie (zum Beispiel Gabe von Antibiotika) bis hin zu prophylaktischen Maßnahmen (zum Beispiel Impfungen) zu ergreifen. Die Entwicklung widerstandsfähiger Bakterienstämme gegen Medikamente gibt jedoch Anlass zur Besorgnis und führt immer häufiger dazu, dass Antibiotika nicht mehr wirksam sind.

Im Gegensatz zu anderen CBRN-E-Risiken kann im biologischen Bereich auf Schutzimpfungen und bei einigen Erregern auch auf eine postexpositionelle Prophylaxe (PEP) zurückgegriffen werden. Professionelle Einsatzkräfte sollten regelmäßig ihren Basisimpfschutz überprüfen und bei Notwendigkeit auffrischen lassen. Hierzu gehören insbesondere die Impfungen gegen Diphtherie, Poliomyelitis, Tetanus, Hepatitis A, B und C, Masern, Mumps, Tollwut sowie saisonale Influenza. Es kommen aber auch eine Gelbfieber- und Typhusimpfung infrage. Bei Kenntnis des Erregers sind die Möglichkeiten der PEP, z. B. mittels Impfstoffen oder Antibiotika, zu klären.

Die Risikobewertung bei biologischen Schadenslagen ist ein extrem komplexer Prozess. Das Vorgehen richtet sich in erster Linie nach der konkreten Situation am Ereignisort bzw. Fundort der Leiche, dem Zustand der Leiche, der angenommenen Todesursache vor Beginn einer Obduktion und den am Schadensort geltenden nationalen Gesetzen und Vorschriften (in Deutschland z.B. Infektionsschutzgesetz, Biostoffverordnung, Tierseuchenerregerverordnung etc.).

Die Infektionsgefahren, die von Verstorbenen ausgehen, unterscheiden sich grundsätzlich von den Situationen im Umgang mit infizierten Lebenden. Da die Körper Verstorbener beim Fehlen von Atmungs- und Verdauungsfunktionen keine Keime aktiv ausscheiden können, kann es hier nahezu nur durch von außen kommende Handlungen an den Leichen zur Weitergabe der Keime kommen. Deshalb ist bei Verdacht auf eine B-Lage der Kreis der Personen, die unmittelbar in Kontakt mit den Verstorbenen kommen, möglichst gering zu halten und auf den Personenkreis zu beschränken, der den professionellen Umgang mit Leichen gewohnt ist und regelmäßig in Medizinischer Hygiene fortgebildet ist.

Im Falle von an hoch infektiösen Erkrankungen Verstorbenen müssen die Entscheidungen über Untersuchungen am Körper immer einzelfallgebunden nach sorgfältigem Ermessen durch die jeweils zuständigen Gesundheitsbehörden, den behandelnden Ärzten, Spezialisten für Medizinische Mikrobiologie und Virologie gemeinsam mit den Rechtsmedizinern/Zahnmedizinern und den Ermittlungskräften getroffen werden

Radioaktive Substanzen

Radioaktive Stoffe senden energiereiche, ionisierende Strahlung aus. Diese Strahlung kann lebende Zellen schädigen und diese abtöten oder bösartige Tumorerkrankungen hervorrufen. Eine besondere Gefährdung geht durch die Aufnahme radioaktiver Stoffe in den Körper aus. Dies kann durch Einatmen, Nahrungsaufnahme und die Haut bzw. Wunden erfolgen.

Radioaktive Kontaminationen (radioaktive Verseuchungen) können zum Beispiel nach Störfällen in Kernkraftwerken, Unfällen in Forschungslaboren oder durch sogenannte „schmutzige Bomben“ (Verwendung radioaktiven Materials zu kriminellen Zwecken) auftreten. Nukleare Gefahren können auch durch den Einsatz von Kernwaffen entstehen.

Als Folge einer akuten Einwirkung ionisierender Strahlung auf den menschlichen Organismus können spezifische Krankheitsbilder auftreten, die als sogenannte Strahlenkrankheit bezeichnet werden. Je nach Dosis und Art der Strahlung können die akuten Krankheitszeichen und ihr weiterer Verlauf variieren. Sie reichen von grippeähnlichen Symptomen (mit oder ohne Fieber), Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Appetitlosigkeit und Flüssigkeitsverlust bis hin zu Krämpfen, Teilnahmslosigkeit, Lähmung, neurogenem Schock, Koma und Tod. Als Spätfolgen können bösartige Tumorerkrankungen und Erbgutschädigungen auftreten.

3 Schutzausrüstung

Der Zutritt und das Arbeiten in entsprechenden Gefahrenbereichen sind nur mit angemessener Persönlicher Schutzausstattung/Ausrüstung (PSA) zulässig. Sie soll die Helfer vor den Gefahren durch radioaktive, biologische und chemische Kontamination schützen.

Die Auswahl von Persönlicher Schutzausrüstung richtet sich grundsätzlich an den abzudeckenden Gefährdungen für die betroffenen Personen aus. Die Verwendung der Schutzausrüstung darf die Träger nicht gefährden. Sinnvollerweise ist zunächst durch die Einsatzleitung eine Risikoanalyse durchzuführen.

Die Risikoanalyse bestimmt

- die Noxe (Gefahrstoff, Strahlen, Hitze etc.),
- die Umgebungsbedingungen (Temperatur, Luftfeuchtigkeit, Arbeitsraum etc.),
- die Tätigkeit oder den Umgang mit der Noxe und
- die Expositionstellen eines Trägers von PSA.

Die PSA besteht grundsätzlich aus

Overgarment,
Flüssigkeitsdichter Schutzkleidung,
Schutzhandschuhen,
Unterziehhandschuhen,
Schutzschuhen,
Funktionssocken,
Atemschutzmaske,
Filtereinsatz und
Tragetasche zur Atemschutzmaske.

Die Aspekte, die die Auswahl von PSA begleiten, sollten folgende Elemente beinhalten:

Schutz – für die Dauer des Einsatzes,
richtige Größe für den Träger,
robust für den Einsatz,
angepasster Tragekomfort,
keine komplizierten Ein- und Auskleideverfahren sowie
einfache Dekontamination.

Art und Umfang der PSA wird von der Einsatzleitung auf der Basis internationaler und nationaler Vorgaben festgelegt.

Ein regelmäßiges Training unter Verwendung der PSA ist erforderlich.

Die PSA muss auch für eine eventuelle notwendige Dekontamination am Träger ausreichend Schutz bieten. Demnach muss gewährleistet sein, dass die PSA für die durchzuführende Dekontamination die entsprechende Dichtigkeitsstufe aufweist und eine Chemikalienbarriere gegen die Dekontaminationsmittel vorhanden ist.

4 Schadensort

Mit CBRN-E-Erkundung wird der Teil der Lagefeststellung bezeichnet, die vor Ort stattfindet. Dazu gehören das Messen, Spüren und Melden in den Bereichen der CBRN-E-Gefahren sowie die Probennahme, Kennzeichnung und Überwachung, die Aufnahme von Wetterdaten und die Beobachtung der gefährdeten Gebiete. Sie erfolgt in Verantwortung der national zuständigen Behörden.

Bei einem CBRN-E-Schadensereignis wird die betroffene Region in drei verschiedene Zonen eingeteilt: Der Ort der Freisetzung des Schadstoffes wird als „heiße Zone“, die Zone, in der die Verletzten/Verstorbenen geborgen und dekontaminiert werden, wird als „warme Zone“ klassifiziert. Alles außerhalb dieser beiden Bereiche wird als „kalte Zone“ beschrieben. Bei einem CBRN-E-Schadensereignis werden die Betroffenen, sofern sie sich nicht selbst aus der „heißen Zone“ evakuieren können, durch Feuerwehr oder Rettungsdienst an einer windabgewandten Stelle gesammelt und unverzüglich dekontaminiert.

Durch diese Maßnahmen wird der Bereich zum geringen Teil kontaminiert und wird so zu einer „warmen Zone“. In beiden Bereichen muss das Einsatzpersonal eine persönliche Schutzausrüstung tragen.

Absperr- und Sicherungsmaßnahmen erfolgen in Verantwortung der örtlichen Behörden.

Für eine erfolgreiche Schadensbegrenzung ist eine möglichst frühzeitige Identifizierung des Gefahrstoffes erforderlich, damit eine effektive Dekontamination und eine geeignete medizinische Behandlung durchgeführt werden können. In Abhängigkeit vom entsprechenden Gefahrstoff kann dies durch Messen, Spüren, Probenahme und Analyse erfolgen. Dies ist zeitnah durch die örtlichen Behörden sicherzustellen.

5 Dekontamination

Unter Dekontamination ist allgemein die Beseitigung von Verschmutzungen durch chemische, biologische und radioaktive Gefahrstoffe zu verstehen. Allgemeine Dekontaminationsmaßnahmen, die z.B. durch Kräfte der Feuerwehr durchgeführt werden, sind Grobreinigungen von Einsatzkräften einschließlich ihrer Schutzkleidung sowie von zivilen Personen, Geräten/Fahrzeugen, Objekten und Bereichen mit dem Ziel, eine vorhandene Kontamination auf ein erträgliches Maß zu verringern.

Nach einem Schadensereignis mit CBRN-E-Gefahrstoffen ist davon auszugehen, dass alle Personen (lebende Personen und Verstorbene), die sich im näheren Umfeld der Gefahrstofffreisetzung aufgehalten haben, kontaminiert sind und demzufolge dekontaminiert werden müssen. Die schnellstmögliche Beseitigung der (potenziellen) Kontamination vom Körper eines Betroffenen am Schadensort erfolgt aus folgenden Gründen:

Die Einwirkung von Gefahrstoffen auf den menschlichen Körper kann bei Verzögerung der Dekontamination zur weiteren Schädigung des Betroffenen führen.

Einsatzkräfte, die in Kontakt mit kontaminierten Personen kommen, können ebenfalls kontaminiert werden.

Einrichtungen, z.B. Krankenhäuser oder rechtsmedizinische Institute, die kontaminierte Personen aufnehmen, können kontaminiert werden (Kontaminationsverschleppung); dadurch kann die weitere Untersuchung massiv beeinträchtigt werden (Ressourcenengpass).

Das Dekontaminationskonzept sollte 3 wesentliche Ziele verfolgen:

schnelle und sachgerechte Beendigung der Exposition der Körper Verstorbener gegenüber einem schädigenden Agens

Schutz des Identifizierungsbereichs (Rechtsmedizin) in einem Großschadensfall und Verhinderung der sekundären Gesundheitsschädigung

Schutz des eingesetzten Personals vor schädigenden Substanzen

Diese Maßnahmen beinhalten insbesondere den Schutz der Mitarbeiter mit einer speziellen persönlichen Schutzausrüstung sowie die Fortbildung der Mitarbeiter.

Allen Beteiligten muss hierfür das nötige Grundwissen vermittelt werden, zudem müssen die Maßnahmen praktisch unter möglichst realistischen Bedingungen geübt werden. Ferner gilt es, die Mitarbeiter für CBRN-E-Gefahren zu sensibilisieren, damit diese rechtzeitig an eine mögliche Personenkontamination denken.

6 Untersuchung der Verstorbenen

Die Untersuchung von Verstorbenen im Zusammenhang mit einem Großschadensereignis gilt in erster Linie der sicheren Identifizierung. Je nach Schadenslage und Situation (insbesondere bei strafrechtlichem Hintergrund) dient die Untersuchung auch der Asservierung von Spuren, der Dokumentation von Befunden und der Ermittlung von Todesursache und Todesumständen. Letztere lassen sich nur durch eine Obduktion sicher feststellen. Der Schutz des eingesetzten Personals hat absoluten Vorrang vor den möglicherweise weitergehenden Forderungen der zuständigen Behörden.

7 Transport und temporäre Aufbewahrung der Verstorbenen

Vor Transport und Lagerung von Verstorbenen sollte grundsätzlich eine Dekontamination erfolgen, um die Gefährdung des Einsatzpersonals und der Infrastruktur auszuschließen. Sollte eine vollständige Dekontamination nicht möglich sein, sind entsprechende Maßnahmen zum Schutz von Personal und Infrastruktur zu treffen. Hierzu müssen u. a. für Transport und temporäre Aufbewahrung von Verstorbenen CBRN-E-taugliche Leichensäcke bzw. Transportsärge verwendet werden.

8 Bestattung

Zur Gewährleistung der öffentlichen Sicherheit sollten C- und B-Leichen grundsätzlich kremiert werden. Bei radioaktiver Kontamination erfolgt die Bestattungsart in Absprache mit den Strahlenschutzspezialisten.

9 Entsorgung von Arbeitsmaterialien

Alle verwendeten Materialien sind - soweit sie nicht sicher dekontaminiert werden konnten - sachgerecht zu entsorgen. Bei C- und B-Szenarien wird dies die Entsorgung durch Verbrennen sein, bei radioaktiv kontaminiertem Material erfolgt die Entsorgung in Absprache mit dem Strahlenschutzspezialisten.

Kontaktadresse: Oberstarzt Dr. Klaus-Peter Benedix, Sanitätsamt der Bundeswehr, Abteilung VI – Zahnmedizin, Dachauer Str. 128, 80637 München,
E-Mail: klaus@drbenedix.de

Möglichkeiten der Thanatopraxie

Von Claus Grundmann, Duisburg

Unter „Thanatologie“ versteht man die wissenschaftlichen Vorgänge „rund um den Tod“: vom Sterben bis zur Bestattung – insbesondere unter soziologischen und psychologischen Phänomenen. Die Thanatologie wird daher auch die „soziopsychologische Betrachtungsweise des Todes“ genannt.

„Thanatopraxie“ -auch „modern embalming“ genannt- bedeutet die Anwendung und Umsetzung der in der Thanatologie gewonnenen Erfahrungen – insbesondere der optisch-ästhetischen und hygienisch-einwandfreien Totenversorgung mit „offener“ Aufbahrung. Ziel ist eine verzögerte Verwesung, d.h. eine befristete Erhaltung des Leichnams ohne Kühlung und ohne Trennscheibe.

Während in der Ursprungsphase der Thanatopraxie die Versorgung gefallener Soldaten im Vordergrund stand, sind es heutzutage beispielsweise die Restauration und optische Rekonstruktion von Gewalt-, Suizid- und Unfallopfern, die Verzögerung der Autolyse bzw. Konservierung des Leichnams zur Überführung ins Ausland/Heimatland oder die Vorbereitung zur Aufbahrung in Kirchen oder anderen öffentlichen Gebäuden. Dabei wird das körpereigene Blut durch verwesungshemmende Wirkstoffe - meist auf Formalinbasis- ersetzt.

Die Ursprünge des Totenkults wurden schon im alten Ägypten beschrieben, während der Vorreiter der modernen praktischen Thanatologie der französische Offizier und Chemiker Jean Nicolas Gannal war, der bereits im 19. Jahrhundert gefallene Soldaten, die starke Verletzungen und Entstellungen aufwiesen, für die Angehörigen „optisch kaschierte“, indem er versuchte Ihnen ein ansehnliches Äußeres zurückzugeben.

Ziel der heutigen Thanatopraktiker ist die Vermeidung des Ausspruchs: „Es ist besser der Sarg bleibt zu!“ Mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln aus den Gebieten der Anatomie, Pathologie, Physiologie, Chemie, Biologie, Desinfektion, Kosmetik und des Rechts mühen sie sich, dass Angehörige von ihren Verstorbenen in Ruhe und Würde pietätvoll Abschied nehmen können. Während es sich in England und den USA bei den examinierten Thanatopraktikern um einen eigenständigen Beruf handelt, findet in Deutschland „lediglich“ eine Zusatzprüfung für Bestatter -z.B. vor der Handwerkskammer Düsseldorf- statt.

Durch die Techniken der modernen Thanatopraxie besteht für die Angehörigen –auch in Problemfällen- die Möglichkeit der „offenen Abschiednahme“: der (plötzliche) Verlust der/des Angehörigen wird auf diese Weise „besser erfahrbar“ und führt zu einem schnelleren, mitunter leichteren Beginn der psychologisch zwingend notwendigen Trauerarbeit bzw. Trauerbewältigung.

Durch die moderne Trauerpsychologie konnte wissenschaftlich nachgewiesen werden, dass durch eine offene Aufbahrung die bewusste Abschiednahme erfolgt, die Trauerphase verkürzt und das Phänomen „Tod“ begreifbarer gemacht wird: man kann „den Tod ansehen“.

Die oftmals kunstvolle Rekonstruktion des Leichnams durch die Thanatopraktiker erfolgt meist auf Grundlage von Photographien der/des Verstorbenen, welche zu Lebzeiten angefertigt wurden. Sie dienen dem Thanatopraktiker als Vorlage zur Rekonstruktion.

Andererseits kann dargestellt werden, dass die Einsatzmöglichkeiten der modernen Thanatopraxie zu Identifizierungszwecken bei unbekanntem Toten eingeschränkt sind, wenn kein zu Lebzeiten gewonnenes Bildmaterial für die thanatopraktischen Massnahmen zur Verfügung gestellt werden konnte. Spätere Vergleiche, d.h. -nach erfolgter Identifizierung- zeigten mehrfach erhebliche Unterschiede. Insofern ist weiterhin absolute Vorsicht vor ausschließlich visuellen, d.h. nicht-wissenschaftlichen Methoden der Identifizierung geboten.

Ziel des Vortrags ist die Möglichkeiten der modernen Thanatopraxie vorzustellen. Dabei soll den ZuhörerInnen demonstriert werden, welche hervorragenden Rekonstruktionen möglich sind, wenn dem Spezialisten ausgezeichnetes, zu Lebzeiten angefertigtes Bildmaterial zur Verfügung gestellt wird.

Wenn auch nicht Gegenstand dieses Vortrags, so sollte an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass durch die moderne Thanatopraxie -anders als bei visuellen Vergleichen- zahlreiche Erfolge bei Fingerabdruck-Vergleichsuntersuchungen vorzuweisen sind.

Kontaktadresse: Dr. Dr. Claus Grundmann, Ruhrorter Str. 195, 47119 Duisburg
E-Mail: clausgrundmann@hotmail.com

<p style="text-align: center;">Fehlende Zähne sind keine fehlende Information: Zur forensischen Altersschätzung anhand der dritten Molaren</p>

Ein Beitrag von Bianca Gelbrich, Andreas Olze, Matthias Lehmann, Alexander Hirsch, Rüdiger Lessig, Karl-Heinz Dannhauer, Andreas Schmeling, Götz Gelbrich

Geteilter Vortrag B. Gelbrich/G. Gelbrich

Zur forensischen Beurteilung des Überschreitens der strafrechtlich relevanten Altersgrenzen von 14, 18 und 21 Jahren werden regelmäßig die Mineralisationsstadien der Weisheitszähne mit herangezogen. Fehlt ein Teil der dritten Molaren, so würde man üblicherweise die Diagnostik anhand der vorhandenen Zähne durchführen und deren Entwicklungsstadien mit den Referenzdaten vergleichen. Dieser Beitrag untersucht, ob dieses Vorgehen zu korrekten oder verzerrten Altersschätzungen führt; mit anderen Worten: ob die Nichtanlage eines Teils der Weisheitszähne unabhängig von der Entwicklung der vorhandenen ist oder auf deren beschleunigte oder verzögerte Mineralisation hinweist.

Herangezogen wurden die Mineralisationsstadien der unteren dritten Molaren von 2.409 männlichen und weiblichen Personen im Alter von 8 bis 25 Jahren. Die Beurteilung der Demirjian-Stadien erfolgte anhand von Panoramaschichtaufnahmen. Es wurden nur Probanden berücksichtigt, die entweder nur einen der Zähne 38 oder 48 mit erkennbarer Mineralisation besaßen oder bei denen beide Zähne vorhanden und im gleichen Demirjian-Stadium waren.

Es zeigte sich, dass bei Personen des gleichen Alters die Aplasie von 38 oder 48 mit einer signifikant verzögerten Entwicklung des vorhandenen unteren dritten Molars assoziiert war. Vice versa waren bei gleichen Demirjian-Stadien diejenigen Personen signifikant älter, denen einer der unteren Weisheitszähne fehlte. Je nach Mineralisationsstadium betrug dieser Altersunterschied zwischen fünf und 33 Monaten. Der

gefundene Zusammenhang war nicht abhängig vom Geschlecht oder von der Seite des fehlenden Molars.

In einem Bayesschen Rechenansatz wurden die Wahrscheinlichkeiten für das Überschreiten der einzelnen Altersgrenzen für jedes Demirjian-Stadium ermittelt. Danach war bei der Diagnose der Vollendung des 14. Lebensjahres die Irrtumswahrscheinlichkeit um den Faktor 7, für die Vollendung des 18. Lebensjahres um den Faktor 3 niedriger, wenn einer der unteren Molaren fehlte.

Fazit: Fehlt einer der unteren Molaren, so liefert die Altersschätzung anhand des vorhandenen tendenziell eine Unterschätzung, und eine positive Diagnose für das Erreichen einer Altersgrenze besitzt eine größere Sicherheit. Das Vorgehen, bei einem fehlenden unteren Molar den vorhandenen zur Altersdiagnostik heranzuziehen und dabei mit Referenzdaten zu vergleichen, die nicht nach der Zahl vorhandener Zähne differenzieren, führt bei der Beurteilung eines Beschuldigten im Strafverfahren daher eher zu einem Ergebnis zu dessen Gunsten.

Kontaktadresse: Dr. Bianca Gelbrich, Zahnärztin/Studienkoordinatorin, Universitätsklinikum Leipzig , Department für Kopf- und Zahnmedizin, Friedrich-Louis-Hesse-Zentrum für ZMK und Orale Medizin Poliklinik für Kieferorthopädie, Nürnberger Straße 57, 04103 Leipzig, E-Mail: bianca.gelbrich@medizin.uni-leipzig.de



9th International Congress on Dental Law and Ethics Leuven, August, 22-24, 2012

CALL FOR PAPERS - REQUEST FURTHER INFORMATION

The main theme of the congress is “INSURANCE”

The main topics of the congress will be: Health care insurance, Liability insurance, Patient rights, the legal aspects of dental expert investigation (civil and criminal law), ethics.

Healthcare Insurance: Right to Health care - affordable dental care? Dental tourism and legal consequences.

Related topics are: malpractice, evaluation of dental damage, Quality control, standard of care, the role of the expert-witness and the dental advisor of insurance companies. Liability insurance.

Legal aspects of Forensic odontology: Collecting information and confidentiality, liability of the forensic odontologist, Legal problems related to Disaster Victim identification

Patient rights: quality of services, free choice of practitioner, informed consent, well kept dental dossier, privacy, right to complain.

Ethics: Professionalism in dentistry, Right to health care, Patient rights, Duties of the practitioner.

Practical information

1. The congress site

The congress site is "The Faculty Club", situated on the edge of the city in the "Great Beguinage" We will have a master congress room with a capacity of 160 seats and a break-out room of 80 seats.

Go to <http://www.facultyclub.be>

2. The congress fee will be 425 Euro until juli, 15, 2012 and 475 Euro after that date. It includes lunches, coffee breaks, reception on Wednesday evening and all congress papers.

3. The accommodation (hotels, bed and breakfasts): The Congress hotel is the "Begijnhofhotel ****", but there are also hotels in the center of the city. The city center is about 1.2 km from the congress site and public transport is available.

Go to <http://www.leuvenhotels.com/>

4. Congress dinner

The congress dinner will take place at the congress site. The price of the dinner is 75 Euro/person

5. Partner program

Partners are welcome at the reception on Wednesday evening. On Thursday evening, there will be a free and guided tour in the city of Leuven for delegates and partners. If we have enough participants we will organize a guided tour by bus to the city of Gent on Saturday. Gent is a medieval city, chosen as the third most interesting place in Europe, a must for every visitor.

The provisional congress program - already confirmed papers

The main topics of the congress will be: Health care insurance, Liability insurance, Patient rights, the legal aspects of dental expert investigation (civil and criminal law), ethics.

a. Health care insurance - The economical and financial crisis has a great impact on the affordability of health care insurance. At the same time there is a battle against fraud in health care. Patients are seeking affordable treatment in low-cost countries and that results in dental tourism. All of these topics will be covered at the congress. Jo De Cock (Riziv), Pascal Vincke, (Riziv), Prof. AM Van den Bossche (Universiteit Antwerpen) en Edgard Gordon (UK)

Prof.Marks Luc - Dental insurance policies in relation to the treatment of special care patients : an international survey.

b. Liability insurance and quality control, guidelines, standard of care, evidence based dentistry.

Quality control - Wolter Brandts Netherlands and Jan Berghmans Belgium

Alternative dispute resolution Vilma Pinchi Italy

Evaluation of dental damage Emilio Nuzollese Italy

The Dental Insurance Cunudrum - The Patient, The Doctor, The Consultant, and The Insurance Company: Who's a Friend, Who's a Foe And Who Are You Going To Trust Joseph Graskemper USA

The dilemma: endodontics versus implants - Prof De Moor, Univ. Gent, Belgium

c. Patient rights - E-health and privacy (Prof Stefaan Callens) and competition law and dentistry (Diego Fornaciari).

d. Legal aspects of dental expert investigation in civil and criminal procedures

Mass disaster handling and specific legal problems arising from it (legal position of the missing person, the problem of the commorientes, transport of dead bodies, etc..) - Vidal Maarten, International Law Catholic University Leuven, Belgium and Prof. David Frenkel, International Law University of Beer-Sheva, Israël

Quality control of the expert witnesses in crime investigations.

e. Ethics : professionalism

David Ozar (USA) - Professionalism - challenges for the future

Sudeshni Naidoo (South Africa) - The future of dentistry in Africa

Marks Luc, Prof Faculty Dentistry, Univ. Gent, Belgium - Dentist's attitude towards the treatment of special care patients in relation to restraint and sedation : an international survey

If you want more information, if you want to participate in the congress or if you want to present a paper, please contact: Yvo Vermylen, Congress president, dentist, Licentiate Law, Vosweg 23, 3190 Boortmeerbeek, Belgium yvo.vermylen@skynet.be