

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 1868-6176

AKFOS (2010)

Jahr 17: No.2

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Editorial (Klaus Rötzscher, Speyer)

Vom **10.-13. November 2010** findet in Frankfurt am Main der **Deutsche Zahnärztetag 2010** statt, zu dem wir Sie herzlich einladen. Als **Gemeinschaftstagung** aller DGZMK-Fachgesellschaften, -Arbeitsgemeinschaften und -Arbeitskreise und in seiner neuen Struktur ist er ein ganz besonderes Ereignis sowohl für alle Wissenschafts- als auch Praxis-orientierten Kolleginnen und Kollegen. „Die deutsche Zahnheilkunde steht vor großen Herausforderungen in allen ihren Bereichen: der Lehre, der Forschung und der Praxis. Vor diesem Hintergrund erscheinen 150 Jahre kumuliertes Wissen, konstruktive Streitkultur, Geradeaus- und Seitwärtsbewegungen und nicht zuletzt erfolgreiches Agieren als ein Fundus, aus dem zu schöpfen eine *Conditio sine qua non* darstellt. Dass der 150. Geburtstag der im August 1859 in Berlin als „Central-Verein deutscher Zahnärzte“ gegründeten Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) mit jenem 150. der ersten Veröffentlichung der Evolutionstheorie durch Charles Darwin zusammenfällt, reflektiert die damalige Aufbruchsstimmung in den Naturwissenschaften, von der auch die Zahnheilkunde profitierte. Diese Gründung wirkte gleichermaßen als Katalysator für eine universitäre Lehre in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde in Deutschland, entstanden doch 25 Jahre nach ihr mit Berlin, Leipzig und Halle die ersten universitären Ausbildungsstätten.“¹

¹ Aus dem Geleitwort des Präsidenten der DGZMK Univ.-Prof. Dr. med. dent. Thomas Hoffmann, Dresden, zur 2. Auflage der Geschichte der DGZMK (1859-2009).

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 des Arbeitskreises Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher,
verantwortlicher Redakteur Wimpfelingstr.7, D-67346 Speyer Tel (06232) 9 20 85,
Fax (06232) 65 18 69 Phone int+49+6232+9 20 85
eMail: roetzscher.klaus.dr@t-online.de

2.Vorsitzender Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ludger Figgner,
Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zentrum für ZMK, Poliklinik für zahn-
ärztliche Prothetik und Werkstoffkunde,
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel (0251) 834 70 80, Fax (0251) 8347182
eMail: figgenl@uni-muenster.de

Sekretär Prof. Dr. med. Rüdiger Lessig,
Institut für Rechtsmedizin, Universität Leipzig, Johannisallee 28, D-04103 Leipzig,
Tel (0341) 97 15 118, Fax (0341) 97 15 109
eMail: ruediger.lessig@medizin.uni-leipzig.de

Schriftführer Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann,
Arnikaweg 15, 47445 Moers, Tel (02841) 40406, Fax (02841) 40407
eMail: clausgrundmann@hotmail.com

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

Hier können alle AKFOS Newsletter und Informationen eingesehen werden.



Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher, 1.Vorsitzender

Hinweis der Redaktion:

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

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

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

**34. Jahrestagung des Arbeitskreises
für Forensische Odonto-Stomatologie
in Verbindung mit dem
Deutschen Zahnärztetag 2010
Frankfurt am Main, Congress Center Messe**

Rechtliche Problematik bei der Beurteilung von Behandlungsfehlern / AKFOS

Samstag, 13.11.2010, 09:00 – 12:30

09:00	Rötzscher / Speyer	Begrüßung und Verleihung des Gösta Gustafson Award 2010 an Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener, Münster, Dr. Bernhard Knell, Kilchberg, Schweiz, Dr. Jean-Marc Hutt, Strasbourg, und Dr. Jean-Claude Bonnetain, Dijon, Frankreich	Illusion 3
09:30	Figgener / Münster	Juristische Aspekte der zahnärztlichen Tätigkeit	Illusion 3
10:00	Knell / Kirchberg	Die Palatoskopie – ein Hilfsmittel zur Personenidentifizierung	Illusion 3
10.30	<i>Pause und Industrieausstellung</i>		
11:00	Lessig / Leipzig	Kindesmisshandlung – was ist zu beachten	Illusion 3

Internationale Standards bei der Identifizierung / AKFOS

Samstag, 13.11.2010, 14:00 – 17:30

14:00	Napierala / Aachen	Rechtsfragen um vermisste Personen	Illusion 1+2
14:45	Grundmann / Duisburg	Grundlagen der zahnmedizinischen Identifizierung - einschl. Dokumentation mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung	Illusion 1+2
15.15	<i>Pause und Industrieausstellung</i>		
15:45	Grundmann / Duisburg	Identifizierungsbeispiele an Hand von ante- und postmortalen Zahn- und Röntgenbefunden	Illusion 1+2
16:15	Hutt / Strasbourg und Bonnetain / Dijon	Der Flug des Air France Airbus A 330 von Rio de Janeiro nach Paris am 1.6.2009	Illusion 1+2
16:45		Mitgliederversammlung und Wahl des Vorstands	Illusion 1+2

Univ.-Prof. em. Dr. med. dent. Franz Schübel wurde 80 Eine Laudatio

Der interdisziplinäre Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) freut sich seinem Gründungs- und Ehrenmitglied, Herrn Univ.-Prof. em. Dr. Franz Schübel, zur Vollendung des 80. Lebensjahres gratulieren zu können.

Franz Schübel wurde 1930 in Delmenhorst/Oldenburg geboren. Dort legte er sein Abitur ab und studierte anschließend Zahnmedizin im Saarland, in Köln (zahnmedizinisches Staatsexamen im Jahre 1954) und Göttingen, wo er 1957 promoviert wurde.

Es folgten Assistenzarztzeiten in Bremen sowie an den Universitäten Göttingen, Homburg/Saar, Kiel und Düsseldorf. Hier erfolgten 1968 die Habilitation und die Ernennung zum Oberarzt der Westdeutschen Kieferklinik Düsseldorf. Eine weitere Station seines Berufslebens war von 1970 bis 1973 -als leitender Oberarzt- die Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie der Universitätszahnklinik in München.

1973 wurde Schübel zum Wissenschaftlichen Rat und Professor an der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie in Düsseldorf ernannt, bevor im Jahre 1977 die Ernennung zum ordentlichen Professor und Direktor der Klinik und Leiter der Abteilung für Zahnerhaltung und Präventive Zahnheilkunde der Universität Düsseldorf -Westdeutsche Kieferklinik- erfolgte.

Mit der Schaffung des Fachbereichs "Präventive Zahnheilkunde" stellte er als erster Lehrstuhlinhaber in Deutschland die Prävention als eine der tragenden Säulen in den Vordergrund seines Denkens und Handelns. Schwerpunkte seiner Tätigkeiten waren neben der Prävention die Kinderzahnheilkunde und die Behindertenbehandlung sowie die Beratung und Förderung des öffentlichen zahnärztlichen Gesundheitsdienstes in den Bereichen Jugendzahnpflege und Gruppenprophylaxe:

Franz Schübel ist Mitbegründer und langjähriger Vorsitzender der Arbeitsgemeinschaft „Kinderzahnheilkunde und Prophylaxe“ in der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK), arbeitete lange Zeit als zweiter Vorsitzender der „Arbeitsgemeinschaft für Grundlagenforschung“, war Mitglied im Beirat der Hochschullehrervereinigung und Dozent für das Fach „Kinderzahnheilkunde und Prävention“ an der Akademie für Praxis und Wissenschaft.

Im Jahre 1976 war Schübel Gründungsmitglied des "Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie" und ist dieser Organisation bis heute treu geblieben. Er ist ausgewiesener zahnmedizinischer Experte bei der interdisziplinären Identifikation unbekannter Toter. Zahlreiche Vorträge und Veröffentlichungen zu forensischen und kriminalistischen Fragen an der Schnittstelle von Zahn- und Rechtsmedizin zeugen von seinem immensen forensischen Fachwissen.

Schübel hat im Laufe seines Lebens schon viele Auszeichnungen erhalten: u.a. 1991 das Ehrenzeichen in Silber des Bundesverbandes der Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (BZÖG), das Bundesverdienstkreuz am Bande der Bundesrepublik Deutschland (1993), die Tholuck-Medaille des Vereins für Zahnhygiene e.V. (1995) in Würdigung seines jahrzehntelangen Einsatzes als

„Prophylaxevorreiter“, die Ernennung zum AKFOS-Ehrenmitglied (2001) und die Verleihung des Gösta-Gustafson-Award (2008).

Offiziell trat Schübel 1996 in den Ruhestand. Insidern ist jedoch bekannt, dass er bis zum heutigen Tage seinen „beruflichen Steckenpferden“ (zahnärztliche Identifizierung, Bissspurenanalyse und forensische Altersdiagnostik) weiterhin mit der ihm eigenen Akribie und seinem fast jugendlichen Elan nachgeht.

Zusätzlich ist Franz Schübel bis heute Vorsitzender der Sachverständigenkommission der Zahnärztekammer Nordrhein zur Überprüfung der zahnärztlichen Ausbildung und zur Ermittlung des zahnärztlichen Ausbildungsstandes.

Lieber Franz, die AKFOS-Vorstandsmitglieder gratulieren Dir mit einem herzlichen „ad multos annos“ zur Vollendung des 80. Lebensjahres und wünschen Dir weiterhin Deine bewundernswerte Tatkraft – kombiniert mit Gesundheit und Wohlergehen im Kreise der Deinen.

Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann, Duisburg

Aktuelles und Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht

Ein Beitrag von Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgner

An den Anfang dieser Rechtsprechungsübersicht sollen einige Entscheidungen des Bundesgerichtshofes gestellt werden, die deutlich machen, dass es sich bei der Berufshaftung um allgemeines Schadensrecht handelt, welches - so wie es die Ärzte und Zahnärzte trifft - ebenso alle anderen Berufsgruppen treffen kann, und dass die Mediziner nicht selektiv die gesuchten und gebeutelten Opfer der Judikatur sind. Zum Beispiel haften auch Steuerberater recht empfindlich für ihre Fehler.

Steuerberater dürfen ihre Mandanten nicht nur über alle steuerlich günstigen Gestaltungsmöglichkeiten - einschließlich sogar eventueller Steuertricks - informieren, sie sind hierzu auch und geradezu verpflichtet. Wird dies unterlassen, ist der Vorwurf der Schlechtberatung erfüllt mit der Folge, dass der Steuerberater für den entstehenden finanziellen Schaden haftbar gemacht werden kann (OLG Hamm - 25 U 167/99 -).

Das Gleiche gilt bei Informationen im Anlagebereich. Bevor ein Mandant als Anleger in steuersparende Anlagen investiert, wird er regelmäßig seinen Steuerberater konsultieren. Auch in diesem Falle ist dieser verpflichtet, die einschlägigen steuerrechtlichen Probleme anzusprechen und umfassend über Vor- und Nachteile von Verlustzuweisungen und die hiermit verbundenen Risiken aufzuklären (BGH - IX ZR 161/94 - ; - IX ZR 188/90 -).

Es ist durchaus bemerkenswert, eine wie weitgehende Verbraucherschützende Auffassung der Bundesgerichtshof vertritt. Wirkt sich zum Beispiel eine ständige, objektiv falsche Verwaltungspraxis einer für den Mandanten zuständigen Finanzbehörde zum Vorteil des Mandanten aus, dann darf der Steuerberater nicht zum Nachteil seines Mandanten tätig werden, indem er die Behörde auf die objektiv rechtswidrige Verwaltungsübung hinweist. Ansonsten macht er sich gegebenenfalls schadensersatzpflichtig (BGH - IX ZR 158/94 -).

Grundsätzlich ist es einem Steuerberater untersagt, gegenüber dem Finanzamt eine für seinen Mandanten nachteilige Meinung zu vertreten, denn eine solche könnte zu

einem ungünstigeren Ergebnis als die Betriebsprüfung des Finanzamtes führen (BGH - XI ZR 151/91 -).

Führt eine Falschberatung eines Steuerberaters zu einem Bußgeld gegen seinen Mandanten, riskiert der Steuerberater die Zahlung eben dieses Bußgeldes (BGH - IX ZR 215/95 -).

Doch nicht jeder Schaden kann einen Steuerberater zu Schadensersatz verpflichten. Dies gilt insbesondere bei äußerst komplizierten, neuen Steuerfragen. Hier zeigt die Rechtsprechung auch für den Steuerberater ein gewisses Verständnis. Ein Steuerberater kann nämlich nicht am Tage der Verkündung eines neuen Gesetzes im Bundesgesetzblatt dieses Gesetz mit all seinen Auswirkungen für seinen Mandanten durchschauen. Dies gilt umso mehr, wenn das Gesetz während des Gesetzgebungsverfahrens mehrfach verändert wurde. Von daher muss auch dem steuerlichen Berater eine Karenzzeit von einigen Wochen zugebilligt werden, um sich mit dem neuen Gesetz bzw. der aktuellen Rechtsprechungslage befassen zu können. Man sieht also, dass die Grundsätze der Berufshaftung auch in anderen Dienstleistungsbereichen, beim Steuerberater, bei der Bank, beim Rechtsanwalt, bei der Versicherung oder beim Anlageberater in gleicher Weise zur Anwendung kommen wie im Medizinschadensrecht. Dieses Bewusstsein nimmt dem Thema vielleicht etwas von seiner emotionalen Belastung.

Wenden wir uns nun wieder unserer eigenen Materie zu, so lässt sich nicht übersehen, dass nach wie vor und offenbar weiter mit Volldampf die Aufklärungspflicht im Bereich des Zahnarztthaftpflichtrechtes eine tonangebende Rolle spielt. Einen vorderen Platz im Bereich der aufklärungspflichtigen Aspekte nimmt dabei die Aufklärung über im konkreten Fall mögliche unterschiedliche Behandlungsalternativen ein. Kommt der Zahnarzt dieser Pflicht nicht nach, so kann - auch bei einer an sich lege artis ausgeführten Behandlung - das Damoklesschwert der unwirksamen Einwilligung und damit der Rechtswidrigkeit über der Behandlung schweben, mit der möglichen Folge von Schadensersatz und Schmerzensgeld.

Zwar hat sich primär der behandelnde Arzt um die Wahl der Behandlungsmethode Gedanken zu machen, die Einbeziehung des Patienten in die Entscheidung über den einzuschlagenden Weg ist jedoch nach der Rechtsprechung grundsätzlich dann notwendig, wenn für eine medizinisch sinnvolle und indizierte Therapie mehrere Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, die zu jeweils unterschiedlichen Belastungen des Patienten führen oder unterschiedliche Risiken und Erfolgchancen bieten, weil dann der Patient - selbstverständlich nach entsprechender Beratung durch den Zahnarzt - selbst prüfen können muss, was er an Belastungen und Gefahren im Hinblick auf möglicherweise unterschiedliche Erfolgchancen der verschiedenen Behandlungsmethoden auf sich nehmen will. Auch im Hinblick auf die von Fall zu Fall sehr unterschiedlichen Kostenbelastungen, die auf den Patienten durch unterschiedliche Behandlungsmethoden zukommen, bedarf es der vorherigen Information, damit der Patient kalkulieren und entscheiden kann, was er sich leisten will bzw. leisten kann. Hier entsteht eine Schnittmenge mit der sogenannten wirtschaftlichen Aufklärungspflicht.

So hatte am 2. Juli 2006 das Oberlandesgericht Koblenz (- 5 U 180/06 -) einen Fall zu entscheiden, in dem eine gesetzlich versicherte Patientin gegen ihren Zahnarzt geklagt hatte, weil sie unzufrieden mit dem Verlauf der Behandlung war. Sie war mit einer gussklammerverankerten Prothese versorgt worden und monierte, im Vorfeld nicht über weitere prothetische Behandlungsalternativen aufgeklärt worden zu sein. Das Gericht stellte sachverständig beraten fest, dass sich im vorliegenden Fall

mehrere, zum Teil recht unterschiedliche Behandlungsalternativen angeboten hätten. Das Oberlandesgericht Koblenz gab hinsichtlich des Vorwurfs der Verletzung der Aufklärungspflicht über weitere Behandlungsalternativen dem Klagebegehren statt und begründete seine Entscheidung damit, dass, soweit einem Zahnarzt für eine prothetische Versorgung mehrere medizinisch indizierte Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, die sich in ihren Belastungen, Risiken, Erfolgschancen und Kosten wesentlich unterscheiden, er den Patienten darüber aufklären müsse. Der Patient müsse schließlich selbst prüfen können, was sinnvoll ist und worauf er sich einlassen will. Unterbleibe die nötige Aufklärung und lasse der Arzt sein Konzept alternativlos im Raum stehen, würden sich hieraus dem Grunde nach die von der Patientin verfolgten Ansprüche ergeben. Das Oberlandesgericht Koblenz billigte der Klägerin ein Schmerzensgeld in Höhe von 6000 € zu, da ihr Selbstbestimmungsrecht dadurch verletzt worden sei, dass der Zahnarzt eigenmächtig eine bestimmte Behandlungsmethode gewählt hatte.

In der Rechtsprechung seit langem etabliert ist der Grundsatz, dass der gesetzlich versicherte Patient auch über Behandlungsalternativen aufzuklären ist, die zwar nicht Gegenstand der vertragszahnärztlichen Versorgung sind, die aber nichtsdestoweniger Bestandteil der wissenschaftlichen Zahnheilkunde sind und zur möglicherweise komfortableren oder erfolgsversprechenderen Lösung des zahnmedizinischen Problems des Patienten sehr wohl zu diskutieren sind.

Diese Auffassung der Rechtsprechung wurde vom Oberlandesgericht Oldenburg in einem aktuellen Urteil vom 14. November 2007 (- 5 U 61/07 -) bestätigt. Ein Patient war mit einer gussklammerverankerten Prothese versorgt worden und beklagte, nicht über andere Therapiemöglichkeiten, z. B. eine Teleskopprothese, aufgeklärt worden zu sein. Das Oberlandesgericht Oldenburg führte aus, dass in Fällen, in denen Behandlungsalternativen existieren, die beispielsweise höhere Erfolgschancen bieten, der Zahnarzt auch einen Kassenpatienten auf die Möglichkeit hinweisen müsse, gegen Zahlung eines höheren Eigenanteils eine solche Versorgungsform zu wählen, die über den für gesetzlich Versicherte als Regelversorgung vorgesehenen Standard hinausgeht. Es sei alleine Sache des Patienten, zu entscheiden, welche Versorgung er sich leisten kann oder will.

In vorliegendem Fall konnte der Zahnarzt nachweisen, dass die erforderliche Aufklärung über Therapiealternativen tatsächlich erfolgt war, weshalb die Klage des Patienten abgewiesen wurde.

Ebenso klar wie diese Rechtsprechung im Grundsatz ist, ist aber auch eindeutig, dass das Erfordernis der Aufklärung über therapeutische Alternativen nicht zum Selbstzweck stilisiert werden darf. Der Zahnarzt braucht also nicht in einem zahnmedizinischen Privatissime mit dem Patienten abstrakt über verschiedene Behandlungsalternativen zu theoretisieren. Vielmehr muss der Arzt einen Patienten vor einer Behandlung nur über echte, im konkreten Fall auch realistischerweise anwendbare Alternativen aufklären.

Das wurde in einem Urteil des Oberlandesgerichtes Frankfurt (- 8 U 267/07 -) jüngst bestätigt. Das Gericht wies in seinem Urteil die Schadensersatz- und Schmerzensgeldklage eines minderjährigen Patienten ab, der sich einer Mandeloperation unterziehen musste, in deren Folge sein Hirn geschädigt wurde. Behandlungsfehler konnten dem Arzt nicht nachgewiesen werden. Die Eltern machten allerdings geltend, der Behandler habe sie nicht über konservative Methoden wie etwa eine medikamentöse Therapie aufgeklärt, sondern nur von einer Operation gesprochen. Das Oberlandesgericht Frankfurt wertete das Vorgehen des

Mediziners gleichwohl als rechtmäßig. Gestützt auf das Gutachten eines Sachverständigen befanden die Richter, der Patient habe nur dann tatsächlich eine Wahlmöglichkeit, wenn eine alternative Methode zumindest Erfolgsaussichten mit sich bringe. Vorliegend habe das Krankheitsbild des Jungen aber eine medikamentöse Behandlung nicht ermöglicht, so dass der Arzt die Eltern auch nicht darüber habe aufklären müssen.

In der Zahnmedizin ging seinerzeit der Präzedenzfall darum, ob nach mehrfach fehlgeschlagener endodontischer Behandlung als Alternative zur Extraktion die Wurzelspitzenresektion aufklärungsbedürftig sei. Dies wurde seinerzeit von der Rechtsprechung grundsätzlich bejaht, allerdings ebenfalls darauf hingewiesen, dass über die Möglichkeit einer Wurzelspitzenresektion nur dann aufgeklärt werden müsse, wenn diese tatsächlich auch eine Behandlungsalternative darstellen würde und nicht - beispielsweise aufgrund des parodontalen Zustandes des Zahnes - als Behandlungsalternative ausscheide.

Um Informations- und Beratungspflichten etwas anderer Art, nämlich aus dem Bereich der sogenannten Sicherungsaufklärung, ging es im folgenden Fall, den das Oberlandesgericht Düsseldorf (- I-8 U 120/06 -) am 04. April 2007 zu entscheiden hatte. Eine Patientin war 14 Jahre lang bei der beklagten Zahnärztin in Behandlung gewesen. Im November 2004 untersuchte die Zahnärztin die Patientin und erklärte ihr, dass eine mit der Extraktion mehrerer Zähne verbundene umfassende Gebissanierung notwendig sei. Ein weiterer Zahnarzt, den die Patientin konsultierte, bestätigte die Diagnose und befundete ein stark parodontalgeschädigtes Gebiss mit diversen kariösen Läsionen, starke Plaque- und Konkrementanlagerungen sowie teils stark abstehenden Füllungsrandern und Karies unter diversen Kronen. Im Röntgenbild zeigte sich ein generalisierter horizontaler und im Bereich mehrerer Zähne vertikaler Knochenabbau.

Im Zuge der Behandlung bei dem neuen Zahnarzt wurden multiple Extraktionen, eine Wurzelspitzenresektion, eine Wurzelfüllung und eine neue prothetische Versorgung durchgeführt.

Die Patientin machte ihre vormalige Zahnärztin für den schlechten Zustand ihres Gebisses verantwortlich. Die Zahnärztin habe sie weder über die von ihr zu beachtende Mundhygiene noch über den sich verschlechternden Zustand aufgeklärt. Daher trage sie die Schuld an den nun notwendig gewordenen umfangreichen Behandlungen. Sie verlangte den Ersatz ihres Eigenanteils an den entstandenen Kosten, ein Schmerzensgeld in Höhe von 10.000 € und den Ersatz der außergerichtlichen Anwaltskosten.

Das Oberlandesgericht kam zu dem Ergebnis, dass der beklagten Zahnärztin kein Beratungs- oder Behandlungsfehler unterlaufen ist. Ein Zahnarzt ist nach Auffassung des Gerichts nämlich nicht verpflichtet, seinen Patienten zu erklären, dass und wie er seine Mundhygiene zu betreiben hat. Eine solche Verpflichtung sei grundsätzlich abzulehnen. Jedermann müsse selbst wissen, dass und wie man die Zähne putzen soll, gegebenenfalls kann erwartet werden, dass er die Eigeninitiative aufbringt, sich hierüber selbst Kenntnis zu verschaffen, was ohne großen Aufwand möglich wäre.

Etwas anderes ergäbe sich auch nicht aus dem Aspekt, dass es viele Zahnärzte gibt, die ihre Patienten aus Service-Gesichtspunkten hinsichtlich der Mundhygiene beraten. Weiter ging das Gericht davon aus, dass selbst unter dem Gesichtspunkt, dass die Maßnahmen der Klägerin offensichtlich nicht ausreichend waren, keine Hinweispflicht der behandelnden Zahnärztin bestand. Es sei nicht Aufgabe des Zahnarztes, der

festgestellt hat, dass ein Patient sich nicht ordentlich die Zähne putzt, diesen dazu anzuhalten.

Etwas anderes könne allenfalls dann gelten, wenn der Patient - für den Zahnarzt erkennbar - zu eigenverantwortlichem Handeln nicht in der Lage ist, wobei der Zahnarzt bei einem Erwachsenen im Zweifel davon ausgehen kann, dass er zu eigenverantwortlichem Handeln in der Lage ist.

Im Folgenden führt das Gericht noch aus, dass selbst bei unterstelltem Behandlungsfehler dieser als Ursache für das Auftreten von Karies und Parodontose von untergeordneter Behandlung sein dürfte, da die Hauptursache für die eingetretenen Erkrankungen die mangelhafte Mundhygiene der Klägerin war. Zudem wäre selbst bei unterstelltem Beratungsfehler von einem überwiegenden Mitverschulden auszugehen, so dass ein etwaiger schuldhafter Verursachungsbeitrag hinter dem Verschulden der Klägerin zurücktreten würde.

Dieses Urteil ist in ungewöhnlicher Weise patientenkritisch und nimmt die Patientin selbst bemerkenswert in die Verantwortung.

Dabei ist ohne weiteres der Ansatz, dass Patienten grundsätzlich für ihre Mundhygiene selbst verantwortlich sind, richtig.

Richtig ist auch, dass es bei einem mündigen Erwachsenen in der Regel keiner gesonderten Anleitung für die Durchführung der Mundhygiene bedarf.

Fraglich ist allerdings, ob andere Gerichte den Patienten in vergleichbaren Fällen ebenso streng in die Eigenverantwortung nähmen. Möglicherweise würden andere Gerichte davon ausgehen, dass der behandelnde Zahnarzt konkretere Hinweise im Hinblick auf die Mundhygiene jedenfalls dann geben muss, wenn diese offensichtlich unzureichend ist. Auch wenn bei regelmäßigen Kontrolluntersuchungen über mehrere Jahre eine schlechte Mundhygiene angetroffen wird, könnte eine entsprechende Hinweispflicht durchaus nahe liegend sein. Und wenn sich behandlungsbedürftige Erkrankungen wie Karies oder Parodontitis zeigen, könnte man davon ausgehen, dass der behandelnde Zahnarzt im Zusammenhang mit der Behandlung dieser Erkrankung über therapiegerechtes eigenes Patientenverhalten aufzuklären hat. Selbst wenn im Hinblick auf diese Therapieaufklärung oder im juristischen Terminus Sicherungsaufklärung im Gegensatz zur Risikoaufklärung der Patient beweisbelastet ist, sollten entsprechende Gespräche dokumentiert werden. Gelangt nämlich ein Gericht doch zu der Annahme, dass entsprechende Hinweispflichten bestehen, wäre eine entsprechende Dokumentation für den behandelnden Zahnarzt außerordentlich hilfreich.

Ohne Einschränkung zu unterstreichen sind die Ausführungen des Gerichts zum Mitverschulden des Patienten. Bei einer ausgesprochen schlechten Mundhygiene ist ein so hohes Maß an Mitverschulden denkbar, dass selbst ein unterstellter Beratungsfehler hinter dem Verschulden des Patienten zurücktreten kann, zumal in allen Medien ständig über die Folgen unzureichender Mundhygiene berichtet wird und die Möglichkeiten der Eigeninitiative des Patienten sattem propagiert werden.

Ein bemerkenswertes Urteil, welches deutlich macht, dass die Rechtsprechung nicht einseitig den Zahnarzt in die Verantwortung nimmt, sondern durchaus auch strenge Anforderungen an die Eigenverantwortung des Patienten legt.

Wenden wir uns noch kurz der Dokumentationspflicht zu, weil immer wieder Fragen aufgeworfen werden bezüglich der Authentizität und Beweiskraft der elektronischen Dokumentation gegenüber der herkömmlichen schriftlichen Dokumentation.

In diesem Zusammenhang soll auf einschlägige Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verwiesen werden.

Nach § 10 Abs. 5 der Musterberufsordnung für Ärzte bedürfen Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Um eine beweissichere elektronische Dokumentation zu erreichen, muss das Dokument mit einer qualifizierten elektronischen Signatur des Arztes versehen werden, wenn dieser auf eine herkömmliche schriftliche Dokumentation verzichten will. Diesbezüglich wird auf Kapitel 11 der technischen Anlage zu diesen Empfehlungen verwiesen, die im Internet unter www.aerzteblatt.de/plus1908 abrufbar sind. Auf diese elektronischen Dokumente, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, finden die Vorschriften über die Beweiskraft privater Urkunden entsprechend Anwendung. Insofern ist die Beweiskraft für elektronische Dokumente, die mit einer qualifizierten elektronischen Signatur versehen sind, mit schriftlichen Dokumenten vergleichbar. Dies hat allerdings zur Folge, dass ein qualifiziert signiertes Dokument nicht mehr inhaltlich verändert werden kann, ohne die Signatur zu zerstören. Aus diesem Grund müssen Ergänzungen sowie Berichtigungen in einem gesonderten Dokument festgehalten und dieses mit dem Ursprungsdokument untrennbar verbunden werden. Technisch ist das durch eine „elektronische Klammer“ möglich, z. B. so, dass beide Dokumente in einem gemeinsamen „Container“ verpackt werden, der ebenfalls mit einer qualifizierten Signatur versehen wird. Um eine langfristige Archivierung zu ermöglichen, wird empfohlen, die Signaturen von akkreditierten Zertifizierungsdiensteanbietern zu verwenden.

Interessierte werden weitere Einzelheiten und technische Details beim Deutschen Ärzteblatt im Internet finden.

Anschrift des Autors: Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ludger Figgenger, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zentrum für ZMK, Poliklinik für Prothetik, Waldeyerstr. 30, 48149 Münster

62. Annual Scientific Meeting der American Academy of Forensic Sciences:

Bericht von Dr. Klaus-P. Benedix und Matthias Beneke, München

Vom 22.02. – 27.02.2010 fand in Seattle/USA das 62. Annual Scientific Meeting der American Academy of Forensic Sciences in Verbindung mit der Jahrestagung der American Society of Forensic Odontology statt. Seitens des AKFOS haben in diesem Jahr neben Prof. Dr. Tore Solheim, Oslo, Oberstarzt Dr. Klaus-Peter Benedix und Oberfeldarzt Mathias Beneke von der Bundeswehr aus München teilgenommen.

Im Mittelpunkt standen in diesem Jahr wissenschaftliche Vorträge u.a. zu folgenden Themenkomplexen:

- Aktuelle Erkenntnisse zur Auswertung von Bissspuren

- Alterschätzung bei Lebenden und Toten
- Erkenntnisse aus Schadensgroßereignissen
- Einzelaspekte der zahnärztlichen Identifizierung
- Die Rolle von Interpol als internationaler Koordinator
- Qualität der zahnmedizinischen Befunderhebung im Rahmen der Identifizierung
- Qualität der Dokumentation im Rahmen der Identifizierung
- Einsatz von mobilen zahnärztlichen Röntgengeräten
- Befundungsmöglichkeiten von zahnfarbenen Restaurationen
- Zahlreiche Fallpräsentationen

Die wissenschaftlichen Vorträge beleuchteten somit alle Bereiche der zahnärztlichen Identifizierung, hatten in diesem Jahr aber besondere Schwerpunkte in den Bereichen der Bissspurenanalyse und deren Zuverlässigkeit sowie der Altersschätzung bei Lebenden und Toten.

Als interessantestes Ergebnis ist hierbei zu nennen, dass in den Vereinigten Staaten die Bissspurenanalyse auf der Basis mehrerer Studien zunehmend als nicht zuverlässig bewertet wird. Gemäß den vorgestellten Studien sollten dieses Verfahren daher maximal im Sinne eines Ausschlussverfahrens angewandt werden, nicht jedoch wie bisher vielfach üblich als beweisführendes Verfahren.

Im Bereich der unterstützenden Röntgendiagnostik bei Identifizierungstätigkeit zeigte sich, dass das NOMAD[®]-Röntgengerät, das u.a. auch vom BKA verwendet wird, in den Vereinigten Staaten zunehmende Verbreitung, u.a. auch als Standardröntgengerät in zahnärztlichen Praxen, erfährt. Seitens der amerikanischen Aufsichtsbehörden gibt es dabei derzeit in 42 Bundesstaaten keinerlei Auflagen beim Einsatz dieses Gerätes, nur in 8 Staaten gibt es Auflagen.

Bei der postmortalen Befunderhebung besteht bekanntermaßen die Gefahr, dass moderne zahnfarbene Restaurationen im Rahmen der zahnärztlichen Befundung wegen ihrer inzwischen hohen Ästhetik übersehen und damit nicht dokumentiert werden könnten. Mit dem Einsatz von LED-Lampen der Wellenlänge 365nm bzw. 395nm können diese zahnfarbenen Restaurationen aber sichtbar gemacht werden; die Anschaffung und der Einsatz dieser Lichtquellen wäre damit eine qualitätssichernde Maßnahme.

Auch wenn in diesem Jahr nur wenige wirklich neue Erkenntnisse gewonnen wurden - was aber auch deutlich macht, dass wir uns im Bereich des AKFOS durchaus auf einem state-of-the-art-Niveau befinden - , so ist dieses eine Veranstaltung, die aufgrund ihrer Themenvielfalt und der internationalen Referenten eine sehr gute Übersicht über den aktuellen Stand sowie zu beachtende Entwicklungen im Bereich der zahnärztlichen Forensik bietet.

Kontaktadresse: Oberstarzt Dr. med. dent. Klaus-Peter Benedix, Sanitätsamt der Bundeswehr, Abteilung VI, Dachauer Straße 128, 80637 München

13. Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD), 19.03.2010 in Berlin

Ein Bericht von M. A. Verhoff (Gießen)

Die AGFAD konnte in diesem Jahr ihr 10-jähriges Bestehen feiern und blickt bereits auf eine erfolgreiche Geschichte, wie ihr Präsident und zugleich Gründungspräsident sowie frisch gewähltes Ehrenmitglied der DGRM *Prof. Dr. G. Gesserick* bei seiner Begrüßungsrede eindrucksvoll belegen konnte. Erfreulicherweise nahm der Präsident der DGRM *Prof. Dr. S. Pollak* den Weg von Freiburg nach Berlin auf sich. Sein Grußwort hob ebenfalls die bisherigen Leistungen der Arbeitsgruppe hervor. Die Teilnehmerzahl dieser 13. Auflage der AG-Tagung konnte im Vergleich zu den vergangenen Jahren gesteigert werden, wobei für die Zunahme vorwiegend die nicht-deutschsprachigen Teilnehmer verantwortlich waren. Die AGFAD wird immer internationaler. Von den insgesamt 12 wissenschaftlichen Vorträgen stammten 4 von britischen Wissenschaftlern, 2 aus Norwegen und jeweils einer aus Portugal und der Schweiz.

Vor dem eigentlichen wissenschaftlichen Programm präsentierte *A. Schmeling* in bewährter Weise die Ergebnisse des Ringversuchs. Diesmal nahmen 28 Experten aus 9 Ländern teil. Sie hatten zwei reale Fälle mit allen notwendigen Unterlagen zu bearbeiten. Die Anforderungen waren die Angabe des korrekten Altersintervalls, ein vollständiges Gutachten nach den Vorgaben der AGFAD und eine detaillierte Dokumentation der einzelnen Befunde inklusive ihrer korrekten Beurteilung. Diese Voraussetzungen erfüllten alle 28 Teilnehmer.

Über die Situation der forensischen Altersschätzung an Lebenden in der Schweiz berichtete *S. de Froidmont* (Lausanne). In der Schweiz sind die Altersgrenzen 10, 16 und 18 Jahre forensisch relevant. Durchschnittlich 35 derartiger Gutachten im Jahr werden dort erstellt, die meisten davon durch das Institut für Rechtsmedizin in Genf und einzelne in Lausanne. Der Einsatz der Methoden ist analog zu Deutschland. Bemerkenswerterweise erfolgt bei allen Frauen vor Erstellen einer Röntgenaufnahme oder eines CT ein Schwangerschaftstest.

Frau *J. Hollnberger* (Jena) berichtete über eine Studie, bei der die Verknöcherung der medialen Claviculaepiphysenfuge an 339 MRT-Datensätzen überprüft wurde, die entweder aus der Hals- oder der Thoraxregion stammten. Es zeigte sich, dass die Aufnahmen der Halsregion besser geeignet waren, idealerweise in der coronalen Schnittebene dargestellt. Die Betrachtung in der T1- oder der T2-Gewichtung erbrachte offenbar keinen Unterschied in der Auswertbarkeit. Bei etwa 60 Individuen war zusätzlich der Vergleich mit CT-Bildern möglich. Die Studie kam zu dem Schluss, dass ein Einsatz des MRT zu forensischen Zwecken als strahlungsfreie Alternative zum CT möglich ist.

Der letzte Vortrag vor der ersten Kaffeepause war für *Sue Black* (Dundee) reserviert. Sie lieferte einen globalen Überblick über die Altersdiagnostik am Lebenden. Hierbei wurden auch politische Zusammenhänge und Zahlen benannt. Dass die meisten Asylbewerber männlich und unter 30 sind hatte wohl jeder gedacht. Aber dass mehr Männer als Opfer von Menschenhandel betroffen sind als Frauen schien doch sehr bemerkenswert. Das Ende ihres Beitrags nutzte Frau Black dazu,

Ihr neues Buch zu der Thematik vorzustellen, das im September 2010 erscheinen soll.

Bei der Altersschätzung anhand der Zahnuntersuchung werden laut *V. Lucas* (London) in England zunehmend statistische Verfahren zur Abschätzung des wahrscheinlichen Alters sowie der Inter- und Intra-Untersucher-Reliabilität eingesetzt. Als Grundlage wird seit 2004 eine Referenz-Datenbank aufgebaut, die alle Zähne einer Seite eines jeweiligen Individuums enthält. Forest-plot-Validierungen an 50 Kindern mit bekanntem Alter haben sehr gute Ergebnisse bei der Altersschätzung erbracht.

M. Yadava (London) stellte eine Studie vor, die auf der vorgenannten Datenbank basiert: An 50 Mädchen und 50 Jungen mit bekanntem Alter wurden Kriterien entwickelt, mit deren Hilfe für jedes Individuum die Wahrscheinlichkeit berechnet werden konnte, mit der es unter 10 Jahre alt ist. Es wurde in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass in Großbritannien seit etwa 15 Jahren die Strafmündigkeit mit der Vollendung des 10. Lebensjahres beginnt.

In dem 3. Vortrag aus England von *G. Roberts* (London) wurden die für eine britische Population notwendigen Korrekturen bei der Feststellung der Vollendung des 18. Lebensjahres mithilfe der Feststellung des Stadium H nach Demirjian differenziert dargelegt.

V. Kraul (Berlin) stellte bemerkenswerte Ergebnisse bezüglich der Weisheitszahnentwicklung bei kanadischen Ureinwohnern (Indianern) vor: An 605 OPG von Individuen mit einer Altersspanne von 11 bis 19 Jahren und einem leichten Übergewicht des weiblichen Geschlechts (n = 347) wurde eine deutlich frühere Entwicklung des 8ers beobachtet als bei allen bislang untersuchten ethnischen Gruppen. In einer intensiven Diskussion gelang es nicht, eine entwicklungsbiologisch nachvollziehbare Erklärung für dieses Phänomen zu finden.

Nach einer weiteren Kaffeepause wurde die dritte und letzte Sitzung des Tages von

S. Kvaal (Oslo) mit einer Literaturübersicht über die Altersschätzung an Erwachsenen unter Verwendung von Zahn-Röntgenaufnahmen mit Hilfe der 1995 von ihr publizierten Methode begonnen.

Eine fast unglaubliche Menge von 1500 OPG von Individuen im Alter von 12 bis 28 Jahren hat *A. Fuhrmann* (Hamburg) mit seiner Arbeitsgruppe ausgewertet. Es wurde versucht, eine kombinierte Methode aus Mineralisation des 3. Molaren und Verlust der alveolaren Knochenstruktur zur Feststellung der Vollendung des 18. Lebensjahres zu etablieren. Bei reiner Anwendung des Kriteriums der vollständigen Entwicklung des 8er waren noch 5 % dieser Individuen unter 18 Jahre alt. Von den Individuen, die beide Kriterien erfüllten war das jüngste 19,5 Jahre alt. Offenbar wird durch Anwendung beider Kriterien die im Strafrecht erforderliche Sicherheit zur Feststellung der Vollendung des 18. Lebensjahres erreicht.

Der „Altmeister“ *T. Solheim* (Oslo) stellte eine Methode vor, die auf der Beurteilung der Sichtbarkeit der Wurzelkanäle der Weisheitszähne des Unterkiefers gründet. Dazu wurde die zunehmende Reduktion der Sichtbarkeit der Wurzelkanäle in 4 Stadien (0-3) unterteilt. Zur Verfügung standen 1198 OPG aus Deutschland (Kooperation mit den Instituten für Rechtsmedizin in Münster und Berlin). Hieran zeigte sich, dass bei einem Stadium > 1 alle Individuen älter als 21 Jahre waren. Andererseits gab es Fälle, die noch Stadium 0 aufwiesen, jedoch bereits 40 Jahre alt waren. Diese Konstellation würde zumindest nicht zu einer Benachteiligung des Probanden führen.

In einem gemeinsam gehaltenen Vortrag gingen *M. Andrade* und *H. Cardoso* (Lissabon) der Frage nach, ob Röntgenaufnahmen des Skeletts und der Zähne für die Altersschätzung in der Kombination ein besseres Ergebnis liefern können. Wer auf eine Studie gehofft hatte, in der beispielsweise Hand- und Zahnaufnahmen derselben Individuen vorliegen, wurde enttäuscht. Stattdessen wurden basierend auf einer Literaturrecherche für die einzelnen Methoden aus mehreren Studien die Konfidenzintervalle untereinander verglichen. Hieraus wurde versucht, ein mathematisches Modell zu entwickeln.

Den Abschluss der Tagung bildete ein Fallbericht, der von *K. Trübner* (Essen) vorgestellt wurde. Es handelte sich um ein in Afghanistan geborenes weibliches Individuum mit einer Körperhöhe von 145 cm und einem Körpergewicht von 37,5 kg. Die sekundären Geschlechtsmerkmale waren vollständig entwickelt. Es sollte die Frage beantwortet werden, ob tatsächlich, wie angegeben, ein Alter von 16 Jahren vorliegt. Die Probandin selbst glaubte, älter zu sein. Der Fall wurde von dem Auditorium kontrovers diskutiert. Die mehrheitliche Meinung ging dahin, dass es sich um eine Frau handeln musste, die wenigstens das 18. Lebensjahr vollendet hatte und eine Kleinwüchsigkeit aufwies, die sich am Minimum der statistischen Schwankungsbreite bewegte.

Anschrift des Verfassers: Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff, Institut für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität, Frankfurter Str. 58, 35392 Gießen

History of the dental station of Buchenwald (1937-1945) witnesses, archives, statistic

by Doctor Xavier Riaud

The camp in Buchenwald opened in 1934. It was first for the opponents of the Nazi regime. It had been built by the latter. It was populated by very different people (jews, resisting communists, common law criminals, outcasts, Gipsies, Jehovah's witnesses, homosexuals,...) following the conquests of the 3rd Reich. They were freed by the Americans in April 1945. About 60,000 people died there⁵.

As soon as August 8th 1937, the garrison doctor⁹ asked the SS authorities in Berlin for a work contract with a dentist to be signed and for a room in the camp to be allocated to dental treatment. The dental equipment was only provided on December 5th 1937. From 1937 Dr Hunger, a dentist under agreement came to the dental station in Buchenwald to treat prisoners. He would then show his bills to the SS authorities which would pay him according to a preestablished scale. That dentist stopped practising on March 8th 1938. He was replaced by Dr J, the SS Untersturmführer who worked with a dental technician. In April 1938, a second dental technician came to work with the SS dentist. On August 12th 1938, dental treatment was still given to prisoners by 2 SS dentists in a command shed outside the camp. From August 23rd prisoners were treated in one of the rooms in the prisoners' infirmary. On April 12th 1939 dental treatment was given to prisoners by the SS-Unterscharführer dentists J. and C. The latter can remember: *"dental treatment was like this: in the morning, I would take care of prisoners on my own; in the afternoon, I would treat the security teams in the station outside the camp."*

In the monthly report by the SS garrison doctor⁹ in Weimar dating to March 11th 1938, "*dental prosthesis were made after discussing with the camp commander and the dentist of the SS authorities who would then accept or not*".

In September 1943, that dental station⁹ was composed of 7 dentists, 4 non-qualified dentist and 2 dental technicians. At the end of the war 8 SS dental officers⁵ were registered.

Once that station was created, it was situated in the main infirmary n°1. We mustn't forget that the prisoners who were then treated were German. These facts and figures are extracted from monthly reports from the prisoners' infirmary in Buchenwald⁹. We all know that those reports were often falsified to embroider reality, as things were much different judging from the prisoners' sayings and Buchenwald Chronicles.

On December 31st 1937 there was no dental station^{3,7,8}. Restricted dental treatment was given in the operating theatre, and there were mostly tooth extractions without anaesthesia and with a few old forceps. In some cases ethyl chloride was used. In 1938, a kind of dental surgery^{3,7,8} was created in an annex of the quarantine for typhous prisoners, in the 7th block. Sebastien Engel, an outcast prisoner and a former dental technician was in charge of it and tried to answer people's needs with the bad equipment he had. Only in 1939 was a real dental station built up in the 3rd block. All the instruments came from funds raised among the prisoners (each German prisoner could get from 10 to 15 R.M. per month from his family). Prisoner Arno Liske ran it with two Polish dental technicians. As the Nazis had forbidden practitioners to work in their sector, they introduced themselves as sick prisoners so as to be able to treat their fellows and train prisoners that could then be hired in other commandos. Teaching prisoners turned to be so effective that one of the prisoners with no previous medical qualifications managed to run the dental station from 1939 to 1945. After the liberation of the camp, the latter settled in Weimar and was said to be a very good dentist.

In June 1939 when the dental station was set up in Buchenwald^{4,7,8}, the first dentist who practised there was Corporal Coldewey. Although he had never practised before, he trained on prisoners. He was as sadistic as incapable. He thought he had to punish them before treating them (sit down, stand up, sit down, stand up,...). As he hardly ever managed to extract a tooth, a further operation had to be done. If he found a gold tooth, he would extract it right away claiming that tooth was bad. A real illicit traffic of dental gold started as many prisoners had their gold teeth extracted by dentists or anyone else so as to exchange them for food or cigarettes with other prisoners or even Nazis.

In 1939 there were never more than 6 or 7 patients a day. Prisoner Arno Liske³ said they were from 8 to 10 in 1938. In 1944 they were 130 a week⁷.

In the late 1942, Nazis only checked the monthly supplying of medicine and various equipment. That supplying was very limited. Some prisoners in the SS dental station managed to misappropriate some products that were due to the German dental station. Illicit work became more and more widespread and even though dentures were forbidden to jews and all those who were not German, some of them got some^{7,8}.

Doctor Karl Abraham¹, an SS dentist who arrived in Buchenwald in May-June 1944 declared on February 17th 1947 that only 3 imprisoned dentists were treating up to 30,000 prisoners, which was far too little. The prisoners' teeth were in a pitiful state,

mainly because of lack of vitamins and malnutrition. He said it was his job to check the treatment given by those dentists, as he was in charge of the dental station.

Doctor Werner Gruenuss², an SS dentist who also arrived in 1944 in Buchenwald could clearly remember the orders he had been given by his hierarchy. The latter can be read in his statement dating back to February 21st 1947: *"Everything I undertook to improve the prisoners' dental treatment was severely criticised. I was told to do only what was necessary, which meant only extractions and nothing else. Those extractions were carried out without anaesthetic. Many prisoners had no teeth left. I was not allowed to make dentures for them. As a consequence, many of them could no longer chew properly what they were eating. Consequences were really dramatic: serious stomach and intestine diseases which very often led to death."*

Prisoner Arno Liske³ claimed in his statement on the dental surgery in Buchenwald that *"evidence of dental treatment given to prisoners from March 15th 1943 to March 27th 1945 can be given. Here are a few figures:*

<i>Total number of treated prisoners:</i>	37,536
<i>Here are the different kinds of treatment given:</i>	
- <i>extractions with anaesthetic</i>	15,298
- <i>extractions without anaesthetic</i>	3,272
- <i>fillings with root treatment</i>	712
- <i>fillings without root treatment</i>	2,798
- <i>surgical operations</i>	446
- <i>X-ray photographs</i>	252
- <i>dentures</i>	218 (2,145 teeth used)
- <i>fixing of prosthesis</i>	654

Some particularly hard cases provoked by accidents in factories or diseases or bad treatment in other camps were solved in the dental station: partial removals of upper and lower jaws, removals of cysts both from the upper and the lower jaw, removals of salivary cysts, extractions of residual roots, extractions of ectopic and inverted teeth. The SS authorities refused to treat scurvy. Anyway, we did it successfully."

Doctor René Maheu⁶, a French Resistance deported dentist came to Buchenwald in January 1944 after he saw a note by the camp authorities asking for dentists. *" I was invited to take an exam and then I went to the dental department of the camp to introduce myself. It was a big well-lit room. The floor was clean. We had to take off our clogs and walk on rags which we used as socks. I was with two other candidates who must have tried their hands at dental practise for the first time in their lives. That dental surgery was sumptuous: there was a big aseptic cupboard containing many well-cared chromium-plated instruments, a washbasin with running water, three armchairs, three Ritter units and in one corner an X-ray camera combining with big appliances of ionophorese. As we took the exam, we met two important characters: a young handsome SS dentist leader and a German prisoner belonging to the camp aristocracy because of his job. After I washed my hands, I examined the mouth of my patient who was one of my fellow prisoners. He wanted to have another lower premolar tooth extracted as there was a small fistulous hole on the vestibular side of his gums. My examiner rushed towards me holding a syringe full of anaesthetic substance and asked me to have a truncular operation, which I did. Everything went all right. In the meantime the SS dentist was treating two prisoners*

with his electrical appliances. They acknowledged I was skilled. Anyway I did not get the job as I could not speak German.”

One last word about the recovery of dental gold from the deported's mouths. From the reports made by the camp doctor in Buchenwald^{4,7,8}, between 182 and 504 grams of gold were recovered every month during the whole war.

The Buchenwald concentration camp was freed on April 1945.



Dr Karl Abraham (02/08/1908- ?)



Dr René Maheu (1899-1980)

Bibliography:

- 1- Doctor Karl Abraham's testimony (17/02/1947), Centre de Documentation Juive Contemporaine, CXXXIII-79a.
- 2- Doctor Werner Gruenuss' testimony (21/02/1947), Centre de Documentation Juive Contemporaine, CXXXIII-92.
- 3- Gedenkstätte Buchenwald, Weimar, Germany.
- 4- KOGON Eugen : « *L'Etat SS : le système des camps de concentration allemands* », La Jeune Parque Editors, 1993 (translated from German).
- 5- MAC LEAN French : « *The camp men* », Schiffer Book Military History Editors, 1999.
- 6- MAHEU Alain : Doctor René Maheu's testimony (Doctor Xavier Riaud's private collection)
- 7- OBADIA Yves : « *Pratique dentaire dans les camps de concentration* », PhD thesis in Dental Surgery, Lyon, 1975.
- 8- RIAUD Xavier : « *La pratique dentaire dans les camps du III^{ème} Reich* », L'Harmattan Editors, "Allemagne d'hier et d'aujourd'hui" Collection, Paris, 2002.
- 9- SCHULZE Wilhelm: « *Zur Organisation und Durchführung der zahnmedizinischen Versorgung durch die Waffen-SS in den Konzentrationslagern während der Zeit des Nationalsozialismus* », Inaugural Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn, 1989.
- 10- Stutthof, Panstwowe Muzeum, Sopot, Poland, 2003.

Anschrift des Verfassers: Dr. Xavier Riaud, 145. Route de Vannes, F-44800 St. Herblain