



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 (2007)

Jahr 14: No.3

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Editorial (Univ.- Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster)

Der zahnmedizinisch und forensisch richtige Umgang mit psychosomatisch kranken Patienten reduziert sich nicht darauf zu vermuten, dass der Patient psychosomatisch krank ist, um ihm dann zu eröffnen, dass deswegen seine Behandlung die Möglichkeiten der allgemeinärztlichen Praxis übersteigt und er sich daher anderswohin wenden möge.

Selbstverständlich hat auch der psychosomatisch kranke Patient einen Anspruch darauf zahnmedizinisch korrekt behandelt bzw. versorgt zu werden. Für den Zahnarzt ergibt sich aber die Notwendigkeit, die Behandlung so zu konzipieren, dass den bekannten Besonderheiten bei der Betreuung dieser Patienten soweit wie möglich Rechnung getragen werden kann.

Das dafür notwendige - und nach aktuellem Erkenntnisstand sowohl von der zahnmedizinischen Wissenschaft als auch von der Rechtsprechung vom Zahnarzt geforderte - Basiswissen über psychosomatische Zusammenhänge wird selbstverständlich nicht nur den praktisch tätigen Zahnärzten abverlangt, sondern ebenso und in ganz besonderer Weise dem zahnmedizinischen Gutachter. Dieser sollte eine Grundkompetenz in diesen Fragen erworben haben und muss in entsprechenden Fällen seine einschlägigen Beobachtungen bei der Begutachtung dem Gericht offen legen bzw. in seine Ausführungen einfließen lassen.

Nur so wird er in Haftpflichtfällen, die psychosomatisch geprägt sind, seiner Rolle als Helfer des Richters gerecht.

Herausgeber der Newsletter:

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

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 Prothetik,
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster
Tel (0251) 834 70 80, Fax (02534) 64 46 90
eMail: figgenl@uni-muenster.de

Sekretär OA Priv.-Doz. 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: grundmann.claus@hotmail.com

Redaktionsmitglied Dr. med. dent. Hans-Peter Kirsch,
Weissenburger Str. 60, 66113 Saarbrücken, Tel (06898) 63580
eMail: dr.hanskirsch@mac.com

**Der Arbeitskreis verfügt wieder über einen Internetzugang:
www.akfos.org**

Hier können alle AKFOS Newsletter und Informationen eingesehen werden.



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

**Programm der 31. Jahrestagung des Arbeitskreises
Forensische Odonto-Stomatologie
Mainz, Samstag, 13. Oktober 2007
Johannes Gutenberg-Universität
im Großen Hörsaal der Inneren Medizin, Augustusplatz, 55131 Mainz**

09.00-09.10	Eröffnung Dr. Dr. Klaus Röttscher, Speyer
09.10-09.40	Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener, Münster
09.40-10.10	Begutachtungen im implantologischen Behandlungsbereich Univ.-Prof. Dr. Dr. Rolf Singer, Ludwigshafen
10.10-10.30	Komplikationen und Aufklärungspflicht als haftungsrechtliche Aspekte bei der Lokalanästhesie Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wahl, Bonn
10.30-11.00	Kaffeepause
11.00-11.30	Entwicklungen in der zivilrechtlichen Sachverständigentätigkeit und bei Streitfällen nach prothetisch-restaurativer Behandlung Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
11.30-13.00	gemeinsames Mittagessen in der Mensa
13.00-13.25	Grundlagen der zahnärztlichen Sachverständigentätigkeit im Gerichtsverfahren Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg
13.25-13.50	Komplikationsmanagement und Abwehr von Behandlungsfehlern in der Allgemeinzahnärztlichen Praxis Dr. Hans-Peter Kirsch, Saarbrücken
13.50-14.15	Beeinflussen Alter und Geschlecht die Bildqualität von OPG- Aufnahmen? Antworten aus der forensischen Odonto-Stomatologie Dr. Bianca Gelbrich, Leipzig
14.15-14.40	John Wilkes Booth (1834-1865) and Lewis Thornton Powell (1844-1865): controversial identifications of two confederate who murdered Abraham Lincoln Dr. Xavier Riaud, Saint Herblain, Frankreich
14.40-15.00	Zur Problematik der Bisspurenanalyse in der forensischen Routine PD Dr. Rüdiger Lessig, Leipzig
15.00-15.30	Mitgliederversammlung, Tagungsende, Verabschiedung

Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht unter besonderer Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte

von Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener, Münster

Reaktive Depression als Folge prothetischer Versorgung

Das Landgericht Detmold (Urteil vom 27.05.2004 - 9 O 513/00 -) hatte einen Fall zu entscheiden, in dem es in der Folge einer prothetischen Versorgung bei einer Patientin zu einer reaktiven Depression gekommen war. Nach einer Versorgung mit Implantaten und entsprechendem Zahnersatz traten bei der Patientin Beschwerden auf, aufgrund derer der behandelnde Zahnarzt mehrfach versuchte, diese Beschwerden durch Bisregistratur, Einschleifmaßnahmen und andere Anpassungsarbeiten zu beheben. Dem Zahnarzt gelang es jedoch nicht, korrekte okklusale Verhältnisse herzustellen. Die myoarthropathischen Beschwerden der Patientin hielten an und verschlimmerten sich vielmehr. Es kam zu einer psychischen Mitbeteiligung der Patientin. In diesem Zusammenhang wurden ihr von ihrem Hausarzt Psychopharmaka verschrieben. Durch Einnahme einer Überdosis kam es in der Folge zu einer Notaufnahme ins Krankenhaus. Dort wurde eine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Mitbehandlung der Patientin empfohlen. Die konsultierte Ärztin für Psychiatrie diagnostizierte eine reaktive ängstlich-depressive Störung nach langer Belastung durch Kieferbeschwerden.

Die Patientin wechselte den Zahnarzt und stellte sich wegen ihrer Kieferbeschwerden in einer anderen Praxis vor, wo sie mit einer Aufbisschiene versorgt wurde, durch die ihre Beschwerden abklangen.

Der Vorbehandler stellte der Patientin sein Honorar für die durchgeführte Behandlung in Rechnung. Er behauptete, die Behandlung sei kunstgerecht durchgeführt und beendet worden. Die Patientin hingegen sei im Verlaufe der Behandlung immer „hysterischer“ geworden.

Der im Verlauf des Prozesses hinzugezogene prothetische Sachverständige beschrieb in seinem Befund eine massiv gestörte Okklusion, die insbesondere durch eine Infraokklusion im Seitenzahnbereich hervorgerufen wurde. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden, insbesondere Kiefergelenkbeschwerden, Kopfschmerzen und vor allem unerträgliche Schmerzen beim Essen, ließen sich mit den prothetisch-funktionellen Befunden zwanglos in Einklang bringen. Die Einwendung des Zahnarztes, die von dem Sachverständigen festgestellten Fehler beruhten darauf, dass die Behandlung abgebrochen worden sei, konnte das Gericht nicht überzeugen. Da der Kläger mehrfache Nachbesserungsversuche zur Herstellung einer korrekten Okklusion vorgenommen hatte, stand zur Überzeugung der Kammer fest, dass eine nicht kunstgerechte Behandlung und nicht der Zahnarztwechsel ursächlich für die Infraokklusion und die daraus folgende Myoarthropathie bei der Patientin war.

Aufgrund eines weiteren eingeholten psychiatrischen Gutachtens stand zur Überzeugung der Kammer fest, dass die fehlerhafte Behandlung bei der Beklagten wegen der andauernden myoarthropathischen Beschwerden zu einer Anpassungsstörung mit anhaltender depressiver Reaktion führte und daher die Gesundheit der Patientin vom Zahnarzt fahrlässig und rechtswidrig beschädigt wurde. Der psychiatrische Sachverständige hatte ausgeführt, dass eine psychische

Anpassungsstörung regelmäßig von durch außen kommende Dinge ausgelöst werde. Nach Beendigung der von außen einwirkenden Belastung klängen regelmäßig auch die psychischen Reaktionen wieder ab. Damit in Einklang stand, dass die psychischen Beschwerden der Patientin mit dem Tragen der die Infraokklusion ausgleichenden Aufbisschiene und dem damit einhergehenden Abklingen der körperlichen Beschwerden merklich zurückgingen und letztlich ganz verschwanden. Zusammenfassend hielt die Kammer für die durch die Behandlung verursachten physischen und psychischen Beschwerden der Patientin ein Schmerzensgeld in Höhe von 4000 € für angemessen.

Kostenübernahme nur bei umfassendem Heilungskonzept

Der nächste Fall, den das Amtsgericht Gießen (Urteil v. 11.06.1999 -43 C 2321/96 -) zu entscheiden hatte, betrifft nicht einen Rechtsstreit zwischen Patient und Zahnarzt, sondern zwischen einer Patientin und ihrer Krankenversicherung. Es ging um die Übernahme der Kosten einer Zahnbehandlung. Durch die beabsichtigte Zahnbehandlung sollte der abgesunkene Biss der Klägerin mittels einer Prothese und neuen Kronen angehoben werden. Die beklagte Krankenversicherung hatte eine Kostenübernahme abgelehnt. Dabei war zwischen den Parteien unstreitig, dass die Patientin sich seit Jahren in zahnärztlicher Behandlung befand und dass jahrelange Versuche zahlreicher Zahnärzte, die Klägerin prothetisch zu versorgen, erfolglos geblieben waren, weil sie an einer psychosomatischen Störung, einer sogenannten Dymorphophobie litt, die es ihr bislang unmöglich gemacht hatte, die durchgeführten prothetischen Maßnahmen zu akzeptieren. Die Krankenversicherung behauptete, dass die Patientin sich zunächst einer Behandlung eines auf psychosomatische Leiden spezialisierten Facharztes oder eines Psychologen unterziehen müsse, um durch eine entsprechende Therapie eine Akzeptanz der prothetischen Maßnahmen zu ermöglichen.

Das Gericht kam, sachverständig beraten, zu folgender Einschätzung:

Das Kriterium der medizinischen Notwendigkeit einer Behandlung ist dann erfüllt, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, die Behandlungsmaßnahme als medizinisch notwendig anzusehen. Hierbei gilt der Grundsatz, dass der Versicherer keine schon ihrer Art nach ungeeigneten Heilbehandlungen finanzieren muss. Dies bedeutet andererseits aber auch, dass eine nicht nur geringe Erfolgsaussicht zur Heilung im Rahmen der Behandlung bestehen muss. Demnach muss die Behandlung unter Berücksichtigung der Diagnose insgesamt ein Konzept zur qualifizierten, vollständigen und baldmöglichen Heilung des Patienten verfolgen. Nach den Ausführungen im Sachverständigengutachten war davon auszugehen, dass der Gebisszustand der Klägerin einer Behandlung bedurfte, um funktionelle Störungen und Organschäden zu vermeiden. Dies sprach für sich genommen zwar zunächst für eine medizinische Notwendigkeit der von der Klägerin begehrten Neuversorgung ihres Oberkiefers. Zu berücksichtigen war aber auch die bekannte psychosomatische Erkrankung der Klägerin, die vor dem Hintergrund der bislang erfolglos gebliebenen zahnärztlichen Bemühungen eine interdisziplinäre Vorgehensweise dergestalt erforderte, dass die Zahnbehandlung von einer psychotherapeutischen Behandlung begleitet wurde, um einen Erfolg möglich oder zumindest wahrscheinlicher zu machen.

Da aber der streitgegenständliche Heil- und Kostenplan bzw. das Behandlungskonzept die psychosomatische Erkrankung der Klägerin nicht

berücksichtigte, konnte das Gericht die medizinische Notwendigkeit der reinen Zahnbehandlung nicht bejahen.

Zusammenfassend resümierte das Gericht, dass nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass die Klägerin seit Jahren ausweislich der von ihr vorgelegten Behandlungsliste bei insgesamt 24 Zahnärzten erfolglos in Behandlung war, eine medizinische Notwendigkeit der beabsichtigten Zahnbehandlung ohne die von ihr nicht beabsichtigte psychotherapeutische Begleitbehandlung nicht festgestellt werden konnte.

Die Klage auf Kostenübernahme wurde daher abgelehnt.

Berücksichtigung somatischer und psychischer Faktoren

Der folgende Fall hat Ähnlichkeiten mit der eingangs vorgestellten Konstellation. Vor dem OLG Karlsruhe wurde ein Rechtsstreit verhandelt, in dem es auch um psychosomatische Folgeerscheinungen einer prothetischen Behandlung ging. Bei einer Patientin wurde Zahnersatz im zweiten Quadranten eingefügt, mit dem sie nicht zurechtkam. Ohne eine Besserung der Beschwerden bzw. eine Adaptation der Patientin an den Zahnersatz abzuwarten, begann der Zahnarzt mit prothetischen Arbeiten im vierten Quadranten. Die Adaptationsprobleme der Patientin steigerten sich infolge einer psychischen Mitreaktion, der gesamte Zahnersatz musste wieder exkorporiert werden, was schlussendlich zu einem Misserfolg der gesamten Behandlung führte.

Der Zahnarzt musste sich vorhalten lassen, dass ein niedergelassener Zahnarzt nach dem im Herbst 1992 anerkannten zahnmedizinischen Standard somatische und psychische Faktoren gleichermaßen berücksichtigen musste. Der Beklagte musste nicht nur wissen, dass nach Eingliederung von Kronen und Brücken wiederholtes Einschleifen notwendig werden kann, um eine primär störungsfreie Okklusion zu erreichen, sondern auch, dass nach Eingliederung von Kronen und Brücken auftretende Beschwerden psychogen verursacht sein können. Der Beklagte verstieß gegen den anerkannten Standard der zahnärztlichen Wissenschaft, wenn er trotz der Adaptationsprobleme der Patientin mit dem im zweiten Quadranten eingesetzten Zahnersatz ungeachtet dieser Probleme nur eine Woche später mit der Versorgung eines weiteren Quadranten begann. Damit erschwerte er in jedem Falle eine Beseitigung tatsächlicher oder scheinbarer Mängel im zweiten Quadranten oder eine Feststellung anderer Ursachen und gefährdete wegen des Vorliegens einer psychischen Komponente den Erfolg seiner gesamten Behandlung. Die Versorgung durch den Beklagten war für die Klägerin wertlos, da sie restlos entfernt und neu hergestellt werden musste. Der Beklagte hatte der Klägerin darüber hinaus die Kosten der Langzeitprovisorien im Unterkiefer zu ersetzen. Diese Kosten waren deshalb entstanden, weil der Nachbehandler bei dem durch den Behandlungsfehler eingetretenen Zustand eine verträgliche Neuversorgung nur durch versuchs- und schrittweises, jederzeit korrigierbares und langfristig angelegtes Vorgehen erreichen konnte. Nach der endgültigen Neuversorgung war die Patientin beschwerdefrei.

Neben der Verpflichtung des Zahnarztes zur Zahlung von Schadensersatz erkannte das Gericht der Patientin eine billige Entschädigung für die Schmerzen, Beschwerden und Beeinträchtigungen zu, die sie durch das unvorsichtige Vorgehen und dadurch hervorgerufene Misslingen der Behandlung und auch dadurch erlitten hat, dass sie sich wegen derselben Sache zwei Mal behandeln lassen musste. Unter Abwägung aller Umstände hielt der Senat ein Schmerzensgeld von 4000 DM für angemessen.

Seltene psychosomatische Folgeerscheinungen

Auch in Haftpflichtfällen mit psychosomatisch geprägten Sachverhalten spielt die Aufklärungspflicht eine große Rolle.

Vor dem Hanseatischen OLG in Hamburg (Urteil vom 30.12.1999 - 1 U 11/99 -) wurde folgender Fall verhandelt:

Bei einem Patienten war es infolge eines Bisshöhenverlustes zu einer Nonokklusion im Seitenzahnbereich und zu Kontakten lediglich im Frontzahnbereich gekommen. Sein Zahnarzt hatte ein Gesamtbehandlungskonzept entworfen mit chirurgischer und parodontaler Vorbehandlung, mit funktioneller Vorbehandlung mit einer Aufbisschiene zur Erprobung der geplanten Bissanhebung und schließlich definitiver Versorgung mit Zahnersatz in der angehobenen Bisslage. Nachdem der definitive Zahnersatz in angehobener vertikaler Kieferrelation inkorporiert war, stellten sich bei dem Patienten Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur und des Gelenkapparates ein. Es kam zu einer psychischen Mitreaktion des Patienten im Sinne einer larvierten Depression.

Der Patient verklagte den Zahnarzt und machte geltend, er sei in doppelter Hinsicht nicht ausreichend aufgeklärt worden. Zum einen sei er nicht darüber aufgeklärt worden, dass als Therapiealternative ein Abschleifen der Frontzähne zur Angleichung an die abgesunkene Bisshöhe möglich gewesen wäre. Zum anderen sei er nicht darüber aufgeklärt worden, dass es in der Folge einer Bissanhebung nicht nur zu möglichen Beschwerden im Bereich der Kaumuskulatur und der Kiefergelenke kommen könne, sondern ebenfalls psychosomatische Beschwerden sich einstellen könnten.

Der hinzugezogene Sachverständige konnte keine Ausführungsmängel an der prothetischen Arbeit feststellen. Die Beschwerden des Patienten stellten sich vielmehr als Adaptationsprobleme dar. In Übereinstimmung mit dem Sachverständigen hielt das Gericht eine Aufklärung über die Möglichkeit, die Frontzähne abzuschleifen, für abwegig, weil es sich dabei überhaupt nicht um eine echte zahnmedizinische Therapiealternative gehandelt hätte. Das Gericht ging vielmehr von der Notwendigkeit einer Bissanhebung aus und attestierte dem Zahnarzt, dass er befundadäquat das Richtige geplant und auch die Vorbehandlung korrekt durchgeführt habe.

Bezüglich der Risikoaufklärung stellte das Gericht deutlich heraus, dass bei einer so umfassenden zahnprothetischen Versorgung des Ober- und Unterkiefers mit Bissanhebung der Patient unbedingt auf die damit verbundenen zahnmedizinischen Risiken im Hinblick auf mögliche Beschwerden und Beeinträchtigungen im Bereich der Kaumuskulatur und des Gelenkapparates hingewiesen werden muss. Diese Aufklärung war vorliegend nachweislich erfolgt. Sodann erklärte das Gericht, dass es nicht von der Aufklärungspflicht umfasst sein könne, darauf hinzuweisen, dass in seltenen Fällen möglicherweise psychosomatische Folgeerscheinungen ausgelöst werden können. Zur Begründung der Differenzierung wies das Hanseatische Oberlandesgericht auf die bekannten Grundsätze der Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht hin, nach denen auch über seltene Risiken aufzuklären ist, wenn sie, soweit sie sich verwirklichen, die Lebensführung schwer belasten und wenn sie, trotz ihrer Seltenheit, für den Eingriff spezifisch und typisch, für den Laien aber überraschend sind.

Adaptationsprobleme mit Beschwerden in der Kaumuskulatur und im Kiefergelenk sind aus fachlicher Sicht als typische Risiken einer Bissanhebung einzustufen. Psychosomatische Reaktionen als Folgeerscheinungen nach

umfangreichen zahnärztlichen Behandlungen können aber keinesfalls als spezifische, typische Risiken einer Zahnbehandlung angesehen werden. Vielmehr ist die Zahnbehandlung insoweit lediglich auslösendes Moment, wie es andere beliebige Ereignisse sein könnten. Angesichts dessen fehlt es für die Aufklärungsbedürftigkeit dieser Folgeerscheinungen daran, dass sich mit Ihnen ein für den Eingriff typisches, spezifisches Risiko verwirklicht hat.

Demgemäß bestand insoweit auch keine Aufklärungspflicht.

Zusammenfassend wurde die Klage des Patienten vollumfänglich abgewiesen.

In dem Urteil wird anschaulich klar, dass der Zahnarzt, wenn er sich strikt an die von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze zur Aufklärung hält, sich vor ungerechtfertigten Inanspruchnahmen durch den Patienten schützen kann.

Eingriffstypisches oder unvorhersehbares Risiko

Ein sehr ähnlich gelagerter Fall aus der Orthopädischen Chirurgie macht aber auch klar, wie grundsätzlich anders ein Rechtsstreit ausgehen kann, wenn man es mit der Aufklärungspflicht nicht so differenziert genau nimmt:

Dem BGH (Urteil vom 12. März 1991 - VI ZR 232/90 -) wurde ein Fall zur Entscheidung vorgelegt, in dem es nach einer Bandscheibenoperation zu einer Lähmung des Patienten kam. Diese Lähmung war allerdings aus fachlicher Sicht nicht auf eine organische Ursache zurückzuführen bzw. als somatische Komplikation (z. B. im Sinne einer sogenannten Caudalähmung, also eines Betroffenseins der Cauda dorsalis) einzustufen. Vielmehr handelte es sich um eine psychogene Lähmung als psychosomatische Folgeerscheinung des Eingriffs.

Der Bundesgerichtshof stellte deutlich heraus, dass vor Operationen, wie der vorliegenden, auf jeden Fall über das Risiko der zwar seltenen, aber eingriffstypischen und, wenn es eintritt, den Patienten sehr belastenden sogenannten Caudalähmung aufzuklären ist.

Demgegenüber ist eine Aufklärung über das Risiko einer psychogenen Lähmung nicht erforderlich, da es sich dabei nicht um ein typisches, spezifisches Risiko der durchgeführten Operation handelt, sondern um eine außergewöhnliche und nicht vorhersehbare Folge des Eingriffs, die für den Entschluss des Patienten, ob er in die Operation einwilligt, mithin keine Bedeutung haben kann.

Im Unterschied zum vorangehend besprochenen Fall war allerdings vorliegend der Patient vor der Operation auch nicht über das Risiko einer organischen bzw. somatischen Lähmung aufgeklärt worden.

Wenn sich nun auch im Streitfall nicht das aufklärungsbedürftige Risiko einer organisch bedingten Caudalähmung verwirklicht hat, sondern eine psychogene Lähmung eingetreten ist, die aber für den Patienten ganz ähnliche Folgen hat, so muss dies nach Ansicht des Bundesgerichtshofes eine Haftung des Beklagten auslösen, weil es vorliegend jedenfalls an der sogenannten Grundaufklärung über Art und Schweregrad des Eingriffs mangelte. Fehlt es an der Grundaufklärung, dann ist das Selbstbestimmungsrecht des Patienten im Kern genauso tangiert, als wenn der Arzt den Eingriff vorgenommen hätte, ohne den Patienten überhaupt um seine Zustimmung zu fragen. Er muss dann auch haften, wenn sich ein nur äußerst seltenes, für den Eingriff nicht typisches und daher nicht aufklärungspflichtiges Risiko verwirklicht hat. Diese Auffassung folgt dem Grundsatz, dass die Einwilligung von dem Patienten in aller Regel nicht in die einzelnen, ihm vom Arzt bekannt gegebenen Risiken, sondern unter Abwägung auch aller anderen Umstände in den Eingriff generell erteilt wird.

Der Bundesgerichtshof hob das klageabweisende Urteil des zuvor mit der Sache befassten Oberlandesgerichtes auf und verwies es zurück an das Berufungsgericht zur Neuverhandlung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Bundesgerichtshofes.

Vergleicht man die beiden letzten Fälle miteinander, so wird deutlich, dass der Zahnarzt, der bei seinem Patienten die Bissanhebung durchführte, in deren Folge es zu psychogenen Beschwerden kam, auch für diese hätte einstehen müssen, wenn er nicht die Grundaufklärung über die Möglichkeit organischer Adaptationsprobleme vorgenommen hätte.

Die vorgestellten gerichtlichen Entscheidungen verdeutlichen, wie wichtig auch und vor allem in psychosomatisch geprägten Fällen korrekte und weitschauende Behandlungsplanung, den Details und Besonderheiten des Falles gerechtwerdende Aufklärung und eine sorgfältige Behandlungsausführung sind.

Leitsätze

Ist eine prothetische Versorgung mit erheblichen Okklusionsstörungen behaftet, die auch trotz mehrfacher Nachbesserungsversuche nicht ausgeräumt wurden, so hat der Zahnarzt die dadurch verursachten myoarthropathischen Beschwerden des Patienten ebenso zu vertreten wie eine sich daraus entwickelnde reaktive Depression mit entsprechenden psychischen Problemen und Beschwerden. Neben Schadensersatz für die unbrauchbare prothetische Versorgung rechtfertigen die durch die Behandlung verursachten physischen und psychischen Beschwerden ein Schmerzensgeld von 4000 €.

Landgericht Detmold, Urteil vom 27.05.2004 - 9 O 513/00 -

Bei einem psychosomatisch kranken Patienten (Dysmorphophobie), bei dem bereits mehrfach prothetische Versorgungen durchgeführt wurden, die aber alle erfolglos blieben, kann die Krankenversicherung die Übernahme der Kosten für eine weitere prothetische Behandlung ablehnen, wenn nicht die Zahnprothetische Behandlung von einer psychotherapeutischen Behandlung begleitet wird, die die psychosomatische Erkrankung des Klägers berücksichtigt, um einen Erfolg der prothetischen Versorgung möglich oder zumindest wahrscheinlicher zu machen.

Amtsgericht Gießen, Urteil vom 11.06.1999 - 43 C 2321/96 -

Kommt nach einer prothetischen Versorgung eines Quadranten der Patient mit dem inkorporierten Zahnersatz nicht zurecht, so muss der Zahnarzt wissen, dass neben somatischen Ursachen eine solche Maladaptation auch psychogen bedingt sein kann. Verhindert oder erschwert der Zahnarzt die Adaptation des Patienten an den neuen Zahnersatz, indem er ungeachtet der Probleme nur eine Woche später mit der Versorgung eines weiteren Quadranten beginnt, so hat er ein psychogen bedingtes Scheitern der Gesamtbehandlung zu vertreten. Neben Schadensersatz ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 4000 DM angemessen.

OLG Karlsruhe, Urteil vom 15.04.1998, (Aktenzeichen?)

Bei einer umfassenden Zahnprothetischen Versorgung des Ober- und Unterkiefers mit Bissanhebung ist der Patient auf die damit verbundenen Zahnmedizinischen Risiken im Hinblick auf mögliche Beschwerden und Beeinträchtigungen im Bereich der Kaumuskulatur und des Gelenkapparates hinzuweisen, nicht aber darauf, dass die

Zahnbehandlung in seltenen Fällen möglicherweise psychosomatische Folgeerscheinungen (etwa reaktive Depression) auszulösen vermag.
Hanseatisches Oberlandesgericht Hamburg, Urteil vom 30.12.1999 - 1 U 11/99 -

Wenn auch das Risiko einer psychogenen Folgeerscheinung eines Eingriffs (hier psychogene Lähmung) nicht aufklärungsbedürftig ist, so hat gleichwohl der Operateur, der über eine aufklärungspflichtige organische Komplikation (ebenfalls Lähmung) nicht aufgeklärt hat, zu haften, wenn sich das nicht aufklärungsbedürftige Risiko der psychogenen Lähmung verwirklicht hat. Die Einwilligung des Patienten wird in aller Regel nicht in die einzelnen ihm vom Arzt bekannt gegebenen Risiken, sondern unter Abwägung auch aller anderen Umstände in den Eingriff generell erteilt.

Bundesgerichtshof, Urteil vom 12. März 1991 - VI ZR 232/90 -

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

Zahnheilkunde während des amerikanischen Sezessionskrieges (1861-1865)

ein Beitrag von unserem französischen Kollegen Xavier Riaud¹
(Übersetzung Cécile Wiese²)

Seit Weihnachten 1860 werden die 68 Männer von Major Anderson (Kaspi, 1992) in Fort Sumter in South-Carolina von 6000 Milizsoldaten der Südstaaten belagert. Es kommt keine Verstärkung. Am 12. April 1861 lässt General Beauregard die Artillerie schießen. Zunächst weigert sich Anderson, sich zu ergeben, bevor er am folgenden Tag den Widerstand aufgibt.

Der amerikanische Bürgerkrieg beginnt. Er dauert vier Jahre und endet am Sonntag, dem 9. April 1865, mit der Kapitulation von General Lee in Appomatox (Catton, 2002). Dieser Bruderkrieg ist der mörderischste der amerikanischen Geschichte. Er kostet ungefähr 618.000 Menschen das Leben.

Zahnheilkunde während dieses Krieges

→ Vor dem Krieg

Es gibt 1859 trotz wiederholter Bemühungen einzelner Zahnärzte keinen zahnärztlichen Dienst im amerikanischen Heer. Edward Maynard (Tebo, 1976), der seit 15 Jahren für diese Idee eintritt, ist einer der ersten 18 Absolventen der Schule von Baltimore, der 1839 gegründeten ersten zahnärztlichen Schule der Welt, an der er später auch lehrt. Er ist eines der Gründungsmitglieder der American Dental Association (© Library of Congress, 2005).

¹ Docteur en Chirurgie Dentaire et Docteur en Sciences Histoire et Techniques.

² Die Übersetzung folgt dem französischen Originaltext so treu wie möglich und vermeidet jegliche inhaltliche Veränderungen.

Dennoch hatten Jefferson Davis (Bollet, 2002), der Kriegsminister unter der Regierung Pierce, und der Generalchirurg Thomas Lawson den Vorschlag eines zahnärztlichen Korps eingereicht, das aus sechs Zahnärzten bestehen sollte, „*die sich durch ihr Studium, ihre Prüfungen, ihre Beförderungen und ihre Ränge von dem Korps der Chirurgen völlig unterscheiden*“.

Politische Überlegungen lassen dieses Projekt scheitern.

Die Zahnheilkunde ist 1860 nicht als ein medizinisches Fach anerkannt, obwohl einige gewissenhafte Zahnärzte Medizin-Vorlesungen mit dem Ziel gehört haben, die Bedürfnisse ihrer Patienten besser verstehen zu können. Im ganzen Gebiet der Vereinigten Staaten (Sharp, 1956) gibt es nur vier zur Vermittlung der Zahnheilkunde ausgestattete Schulen: das College für zahnärztliche Chirurgie in Baltimore (gegründet 1839), das College von Ohio in Cincinnati (gegründet 1846), dasjenige von Pennsylvania in Philadelphia (eröffnet 1853) und das College für Zahnheilkunde in Philadelphia (gegründet 1864). Eine ähnliche Einrichtung wird in New York erst 1867 gegründet.

Zwischen 1841 und 1850 gibt es nur 115 Absolventen, zwischen 1851 und 1860 sind es bereits 417. Im Jahre 1864 erhalten nur 38 Studenten die Doktorwürde, was sowohl den Mangel an Schulen als auch die durch den Bürgerkrieg entstandenen Schwierigkeiten widerspiegelt (Riaud, 2007).

Es gibt 1860 ungefähr 500 Zahnärzte in den Südstaaten (Hodgkin, 1955). Es existiert keine zahnärztliche Schule und nur 10% der Zahnärzte haben eine offizielle Ausbildung bekommen. Das notwendige Material kommt aus Fabriken aus dem Norden. Unter den hundert in Virginia registrierten Zahnärzten treten 61 in den Dienst der Armee der Konföderierten.

Im Süden

Der Süden nimmt den Krieg mit einem Heer auf, das bis zu 600.000 Soldaten zählt, und mit einem extrem prekären zahnärztlichen Sektor. Laut einer Statistik wurde ein Soldat der Südstaaten im Durchschnitt bis zu sechs Mal verwundet. Ein großer Teil der Verletzungen betraf das Gesicht oder die Kiefer.

→ Die zahnärztlichen Behandlungen sind zu teuer

Außerdem brauchen die Soldaten zahnärztliche Behandlungen. Sie vernachlässigen ihre Hygiene. Es ist schwierig Zahnbürsten zu finden, und die Ernährungsgewohnheiten lassen zu wünschen übrig.

Zuletzt sind die Kosten der zahnärztlichen Eingriffe (Cunningham, 1986) viel zu hoch für einen einfachen Soldaten, dessen Sold nur 18\$ beträgt. Eine Füllung alleine kostet 120\$, was sechs Gehältern eines Soldaten entspricht. Die Zahnärzte verlangen 20\$, um einen Zahn zu extrahieren, und der Preis einer Oberkieferprothese auf einem Gestell aus Gold oder Ebonit schwankt zwischen 1800\$ und 4000\$.

→ Die Konskription der Zahnärzte

Sehr schnell setzt sich Dr. Moore, Generalchirurg der Armee der Konföderierten, der sich des Ausmaßes des Problems bewusst ist, dafür ein, dass die Zahnärzte einberufen werden und ihren Beruf ausüben können. Am 4. November 1864 verfasst der Generaldirektor des C.S. Krankenhauses von Virginia (Tebo, 1976) ein Rundschreiben, in dem steht, dass die zahnärztlichen Eingriffe durch Soldaten, Offiziere oder Einberufene, die Berufszahnärzte sind, durchgeführt werden. Jeder in ein Krankenhaus eingewiesene Soldat soll eine zahnärztliche Untersuchung bekommen

und jede notwendige Operation wird im Einverständnis mit einem medizinisch assistierenden Offizier vorgenommen. Die Zahnärzte müssen ihr eigenes Instrumentarium mitbringen. Die restlichen Materialien werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

Der Rang (Cunningham, 1986), das Gehalt und die erhaltenen Vorteile hängen mehr von der militärischen Stellung als von der Tätigkeit als Zahnarzt ab. Sie bekommen einen zusätzlichen Bonus für außergewöhnliche Kompetenzen. Jeden Monat müssen dem Generalchirurgen Berichte über ihre Eingriffe vorgelegt werden.

Wenn ein Zahnarzt einem Krankenhaus zugewiesen wird, werden ihm ein heller Raum mit Kalt- und Warmwasser, Seife und Handtüchern zur Verfügung gestellt sowie ein medizinischer Assistent oder ein Soldat, um ihm zu helfen. Die Operationsstühle werden von den Schreibern des Krankenhauses unter Leitung des Zahnarztes gebaut. Ein Zinnbehälter dient als Speibecken und steht auf einer Bank neben dem Stuhl. Im Winter, wenn es genug Holz gibt, wird im Raum ein Feuer unterhalten.

Die meisten Krankenhäuser befinden sich nicht in den Städten und die Zahnärzte müssen ihr Instrumentarium mitbringen. Ein Krankenwagen ist für sie reserviert, um sie dahin zu bringen.

Die Soldaten (Bollet, 2002), die künstliche Zähne brauchen, müssen die Dienste eines zivilen Zahnarztes bezahlen.

→ *Die verwendeten Materialien*

Gold ist das beste Material, um künstliche Gebisse herzustellen, aber Ebonit wird während des Krieges bevorzugt. Für die Füllungen verwenden die Zahnärzte (Glennier & Willey, 1998) einen Handbohrer und Exkavatoren, um den Zahn zu reinigen. Dann fügen sie die Füllung ein und polieren sie. Wenn Zahnmark entfernt wird, wird das Loch, wenn es klein ist, mit Creosot und Gold gefüllt oder mit Creosot und Zinn bei größeren Löchern. Das letztere Material ist günstiger. Oft wurde das Edelmetall durch ein Amalgam aus Silber, Zinn und Quecksilber ersetzt.

Dennoch haben archäologische Forschungen (Glennier & Willey, 1998) nach Analyse von sieben Leichen von Soldaten der Armee der Konföderierten des Westens gezeigt, dass alle Goldfüllungen bekommen hatten. Es scheint also, dass im Westen mehr Gold zur Verfügung stand und deshalb mehr verwendet wurde.

Außerdem empfiehlt die Literatur des 19. Jahrhunderts, auch die des Südens, die Verwendung von Gold. Der *Southern Dental Examiner*, die einzige zahnärztliche Zeitschrift des rebellischen Staates, enthält Werbungen von Brown & Hape (Schwartz, 1945) für die Verwendung von Gold bei Füllungen. Der *Southern Dental Examiner* erscheint zum ersten Mal im Mai 1860 und zum letzten Mal im Januar 1862. Seine Veröffentlichung wird von der Firma Brown & Hape übernommen. Diese Firma ist die einzige für den ganzen Süden, die auf zahnärztliches Material spezialisiert ist. Die Blockade des Nordens hat den Anstieg der Preise des zahnärztlichen Zubehörs, vor allem des Goldes, verursacht. Diese Firma hat die Ausgrabung und den Verkauf des Metalls im ganzen Süden übernommen. Es scheint, dass sie über ein gewisses Monopol in diesem Bereich verfügt hat. Sie schließt endgültig am Ende des Jahres 1862.

→ *Die Blockade des Nordens*

Am Anfang des Krieges betrachtet die Regierung des Nordens (Edmonson, 1997) das medizinische und zahnärztliche Material als Schmuggelware. Aus diesem Grund muss sich die Konföderation das Notwendige selbst besorgen. Die Gefangenen der Union

werden ausgeraubt. Verträge werden mit Europa (Tebo, 1976) unterzeichnet und vollständige Frachten werden durch die Blockade gebracht. Laboratorien entstehen, um Produkte wie Äther, Chloroform usw. herzustellen.

Durch die Gefangenen gibt es zahlreiche Instrumente, was am Anfang hilfreich ist; dennoch dauert dieser Zustand nicht an. Die Herstellung im Süden (Riaud, 2007) ist quantitativ sehr begrenzt und qualitativ minderwertig, was sehr schnell ein echtes Problem darstellt. So bleibt dem Süden nichts anderes übrig als im Ausland zu kaufen, was ein Mehr an Kosten mit sich bringt. Die Blockade durch die Marine des Nordens erschwert die Ankunft der Schiffe aus Europa erheblich.

→ *Ratschläge für die kieferorthopädische Chirurgie*

Der Krimkrieg (1854-1855) hatte eine spürbare Wirkung auf die amerikanische Militärmedizin in den 1860er Jahren. Im Jahre 1863 veröffentlicht Chisholm sein „*Handbuch der militärischen Chirurgie*“ in Richmond. Dieses Handbuch ist für die Konföderierten bestimmt und spiegelt die während des vorherigen Krieges erworbenen medizinischen Errungenschaften wider.

„Für die Behandlung von Schussverletzungen am Gesicht, die eine Zersplitterung der Knochen verursacht haben, sollte der Chirurg immer versuchen so viele Knochenstücke wie möglich zu erhalten und an die richtige Stelle zu platzieren. Es ist oft sehr erstaunlich zu sehen wie kleine Verbindungen mit den weichen benachbarten Geweben schon für die Erhaltung der Vitalität ausreichen und helfen die Einheit dieser Fläche wiederherzustellen. Wenn eine Kugel extrahiert werden muss, sollte dies, soweit es möglich ist, durch den Mund erfolgen. Der Verletzungsstelle und dem Verband sollte große Aufmerksamkeit gewidmet werden, damit der Patient keine Sekrete aus der Wunde schluckt, die oft für Entzündungen und tödliches Fieber verantwortlich sind. Im Falle einer sekundären Blutung aus der Tiefe der Wunde ist es notwendig, die Hauptader zu unterbinden.“

→ *Ein Wegbereiter der kieferorthopädischen Prothese*

James Baxter Bean (1834-1870) erlangt 1860 sein Diplom in der zahnärztlichen Schule in Baltimore (Tebo, 1976). Unmittelbar vor dem Krieg ist er in Atlanta, Georgia, tätig (Christen & Christen, 2003). Im Mai 1862 arbeitet er für die Firma Brown & Hape. Er erfindet eine interdendale Schiene aus hartem vulkanisiertem indischem Kautschuk, die es erlaubt, den Bruch intern zu reduzieren und zu fixieren, was die Heilung mit sich bringt. So werden die Knochenbrüche festgehalten und der Patient kann sich ernähren. Diese Schiene wird von allen bewundert und sie ist sehr wirksam. Bean (© SDHNMD, 2005) behandelt in Atlanta ungefähr hundert Fälle erfolgreich. Die Beschreibungen der Anwendung dieser Technik zeigen, dass ein am 21. Juli 1864 behandelter Patient am 8. November desselben Jahres vollständig geheilt wurde. Aufgrund dieser Resultate vertraut der Generalchirurg Moore Bean die notwendigen Pflegeeinrichtungen für die Behandlungen von Soldaten mit schweren Gesichtsverletzungen an.

→ *Improvisierte Behandlungen an der Front*

In den Gefängnissen der Union (Hodgkin, 1955) behandeln Zahnärzte der Südstaaten ihre Mitgefangenen mit den vorhandenen Mitteln, um „*nicht aus der Übung zu kommen*“.

Es ist auch angebracht E. Vines Turner, einen Kapitän des Kreises um den konföderierten General W.H.T. Walker, zu erwähnen, der *„auf dem Schlachtfeld behandelte und einen gabelförmigen Zweig als Kopfstütze verwendete“*.

Im Norden

→ Rudimentäre Zahnchirurgie

Die Regierung der Nordstaaten hat den Truppen keine Zahnärzte zur Verfügung gestellt. Auch hat sie den behandelnden Zahnärzten keinen besonderen Status zuerkannt. Dr. John Sayre Marshall (1846-1922), Kriegsveteran des zweiten freiwilligen Kavallerie-Korps des Bundesstaates New York (Hyson & Whitehorn, 1995), sagt in *„Die Geschichte der militärischen Zahnheilkunde“* von Koch (1909): *„Die einzigen Behandlungen, die in der amerikanischen Armee durchgeführt wurden, bestanden darin, Abszesse am Zahnfleisch durchzustechen und Zähne zu extrahieren. Oft wurde die Extraktion von einem Assistenten vorgenommen, der dadurch für diese Aufgabe qualifiziert war, dass er einen muskulösen rechten Arm hatte.“*

Am 11. Februar 1901 wird Dr. John Sayre Marshall Offizier höheren Ranges und ist der erste Zahnarzt, der unter Vertrag mit der amerikanischen Armee steht. Aber am 3. März 1911 wird das zahnärztliche Korps der Armee offiziell eingerichtet (King, 2002). Oft werden die Extraktionen unvollständig durchgeführt und Wurzelreste bleiben im Mund. Diese verursachen des Öfteren spätere Probleme.

Die Soldaten der Union (Bollet, 2002) gehen oft zu zivilen Zahnärzten und bezahlen die Behandlungen mit ihrem eigenen Sold. Als das Regiment von General Sherman in Savannah ankommt, belagern die Soldaten die zahnärztlichen Praxen. Ein Zahnarzt erzählt: *„Für die Notfälle alleine hätten sechs Monate lang hundert Zahnärzte arbeiten müssen.“*

Obwohl den Soldaten der europäischen Armeen von Hygienikern empfohlen wird, ihre Zähne zu pflegen, um „Fieber und Krankheiten“ zu vermeiden, bleibt das Zähneputzen sehr selten.

Die obst- und gemüsearme Nahrung der Soldaten der Union ist 1861 für zahlreiche Skorbutfälle verantwortlich, eine Krankheit, die auch den Zahnverlust verursacht.

→ Der Zahnausfall: ein Motiv für die Befreiung vom Militärdienst?

Aufgrund der immer strengeren körperlichen Untersuchungen zur Aufnahme in die Armee des Nordens (Bollet, 2002) waren Zähne mit zuviel Karies, eine zu hohe Anzahl an fehlenden Zähnen oder Krankheiten im Mundbereich mögliche Gründe zur Militärdienstbefreiung geworden. Dennoch zeigen die Archive, dass sehr wenige Soldaten (nur 2,4% der untersuchten Männer) wegen schlechter Zähne befreit wurden. Die Abkürzung 4f wurde verwendet, um fehlende Zähne zu signalisieren. Später ist sie zum Symbol der Militärdienstbefreiung wegen einer körperlichen Behinderung geworden.

Dr. Youngs (Steger-Gratz, 1998) behauptet, dass *„bei der Mobilisierung im Jahre 1863 5230 von 255.188 untersuchten Soldaten wegen Zahnproblemen befreit worden seien.“*

Dr. Hammond (Dammann, 1982) wird am 25. April 1862 Generalchirurg der Armee der Union. In seiner *„Abhandlung über die Hygiene“* schreibt er: *„Massiver Zahnverlust, v. a. der Schneidezähne, sowie Karies, Geschwülbildung oder chronische Erweichung des Zahnfleisches müssen eine Befreiung nach sich ziehen. (...) Die Vorderzähne sind für den Soldaten notwendig, um seine Patronen aufzureißen und die Mahlzähne, um die Nahrung zu kauen, was eine gute Verdauung erlaubt. Außerdem*

weist der schlechte Zustand des Zahnfleisches, der an sich schon ein Motiv für die Befreiung ist, auf einen allgemein schlechten Zustand hin."

Robert Bartholow (Dammann, 1998), assistierender Chirurg, der für das Mac Dougall General Hospital verantwortlich war, schreibt in seinem „*Handbuch für die Anwerbung und Befreiung der Soldaten*“ (1864): „*Karies und der Verlust der Vorder- und Schneidezähne sind Befreiungsgründe, nicht nur weil sie die Soldaten daran hindern, die Patronen aufzureißen oder die Nahrung richtig zu kauen, sondern auch weil sie deutliche Zeichen für einen schlechten allgemeinen Gesundheitszustand sind. Auch wenn er keine Schneide- oder Vorderzähne mehr hat, wird ein Mann, der sein Gewehr wieder laden muss, ein Mittel finden, um es auch ohne Zähne zu tun. Vielleicht wird es ihm lediglich an Rhythmus und Genauigkeit fehlen. Hingegen ist sein allgemeiner Gesundheitszustand besorgniserregend. Die Störung, die durch die Unfähigkeit entsteht, richtig kauen zu können, bringt viel größere Probleme mit sich. Ein Mann, der nur seine Schneidezähne verloren hat, darf nicht befreit werden, es sei denn, der Verlust ist durch Karies entstanden oder die anderen Zähne fangen an zu verderben.*“

Wenn man dieser Behauptung Glauben schenken soll, kann ein Mann, der die oberen und unteren Schneidezähne verloren hat, in der Artillerie seinen Platz finden.

Die Kommandanten im Feld haben sehr schnell verstanden, dass ein gesunder Soldat viel leistungsfähiger ist als ein halbkranker Mann.

Fazit

Der Sezessionskrieg ist ein in Europa wenig bekannter Konflikt. Dennoch gehören seine Folgen auf militärischer, diplomatischer und medizinischer Ebene zu den Grundpfeilern des 20. Jahrhunderts.

Auch wenn der Norden die zahnärztlichen Schulen besitzt, gibt es keine anerkannte Organisation innerhalb seiner Armee. Im Süden hingegen, der über keine Schulungseinrichtungen verfügt, verstehen die Verantwortlichen der medizinischen Dienste der Armee sehr schnell, wie sehr die Zähne ihrer Soldaten von Bedeutung sind, und richten rasch Zentren für zahnärztliche Behandlungen und kieferorthopädische Chirurgie ein, die für die heutigen Einrichtungen der USA Bahn brechend gewesen sind.

In diesem Zustand befindet sich die amerikanische Zahnheilkunde am Ende des Sezessionskriegs, bevor Lincoln von John Wilkes Booth ermordet wird.

Literatur

Adams Georges W., *Doctors in Blue, the Medical History of the Union Army in the Civil War*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, 1996.

Bollet Alfred Jay, *Civil War Medicine: Challenges and Triumphs*, Galen Press (ed.), Tucson, Montana, 2002.

Catton Bruce, *La Guerre de Sécession*, Payot (éd.), Paris, 2002.

Christen A.G. & Christen J.A., The Triumph and Tragedy of James Baxter Bean, MD, DDS (1834-1870), in *J. Hist. Dent.*, Mar 2003; 51(1): 19-25

Cunningham H. H., *Doctors in Gray*, Louisiana State University Press, Baton Rouge, 1986.

Dammann Gordon, Some Aspects of Civil War Dentistry, in *Dent. Radiog. Photog.*, 1982; 55(2): 38

Dammann Gordon, Dental Care during the Civil War, in *Ill. Dent. J.*, Jan-Feb. 1984; 53 (1): 12-17.

Dammann Gordon, *Pictorial Encyclopedia of Civil War Medical Instruments and Equipments*, Pictorial Histories Publishing Company, Missoula, Montana, Vol. II, 1988

Dr Samuel D. Harris National Museum of Dentistry, Baltimore, 2005

Edmonson James, *Surgical and dental instruments catalogues from the Civil War era, Snowden & Brother (1860) and John Weiss & son (1863)*, Norman Publishing, San Francisco, 1997.

Glenner Richard A. & Willey P., Dental Filling Materials in the Confederacy in *J. Hist. Dent.*, Jul 1998; 46 (2): 71-75.

Hodgkin William N., Dentistry in the Confederacy in *J. Amer. Dent. Assoc.*, 1955; 50: 647-655.

Hyson John Jr & Whitehorn Joseph, The Soldier Dentist: Colonel John R. Lewis of the 5th Vermont, in *Bull. Hist. Dent.*, Jul 1995; 43(2): 55-58.

Kaspi André, *La guerre de Sécession, Les Etats désunis*, Découvertes Gallimard (éd.), Paris, 1992.

King John, *Highlights in the History of the U.S. Army Dentistry*, Office du directeur de l'U.S. Army Dental Corps, Virginie, 2002.

Library of Congress, Prints and Photographs Division (reproduction number e.g. LC-USZ62-125022), Washington D.C., 2005

Riaud Xavier, *L'influence des dentistes américains pendant la Guerre de Sécession (1861-1865)*, L'Harmattan (éd.), Collection Médecine à travers les siècles, Paris, 2006.

Schwartz Laszlo, War problems of Dentistry: The South in the Civil War in *J. Amer. Dent. Assoc.*, 1945; 32: 37-42.

Sharp Jacob, *A History of the Connecticut State Dental Association (1864-1956)*, The Connecticut State Dental Association (ed.), 1956.

Steger-Gratz Tina, Civil War dentistry subject for a retired dentist in *MDA J*, Jul/Aug 1998; 70: 363-364.

Tebo Heyl, Oral Surgery in the Confederate Army, in *Bull. Hist. Dent.*, Apr 1976; 24(1): 28-35.

Anschrift des Verfassers:

Dr. Xavier Riaud, 145, Route de Vannes, F-44800 Saint Herblain.

Dental Experts in Identification cases (WFOC)

FRANKREICH

Dijon

**Dr. Jean Claude BONNETAIN, 29, rue de Talant, F-21000 Dijon,
Tel 00333-80-43-60-81, Fax 00333-80-436252 eMail: drjcbonnetain@wanadoo.fr**

Strasbourg

**Dr. Jean Marc HUTT, 11, quai des Bateliers, F-6700 Strasbourg,
Tel 00333-88-35-30-00 eMail jmhutt@hotmail.com**

KONTAKTADRESSEN FÜR IDENTIFIZIERUNGEN

In Deutschland (Stand September 2007)

Berlin

**Priv.-Doz. Dr. med. dent. Andreas OLZE, Birkenstr. 4, 10559 Berlin
Tel.: 030- 394 55 04 Mobil: 0171 529 02 02 eMail: OlzeAnDr@aol.com**

**Dr. med. dent. Wolfgang KOPP, Rüdeshheimer Straße 8, 14197 Berlin-
Wilmerdorf, Tel 030/827 77 00, Fax 030/827 77 055,
eMail dr.kopp@berlin.snafu.de**

Düsseldorf

**Prof.(em.) Dr. med. dent. Franz SCHÜBEL,
Hans-Henny-Jahnn-Str. 3, 40699 Erkrath, Tel 0211/251265,
Poliklinik und Klinik ZMK, Moorenstr 5, 40225 Düsseldorf: Fax 0211/81-16280**

**Dr.med. Dr. med. dent. Marianne HAGEN, Nordstraße 11, 40477 Düsseldorf,
Tel 0211/4911905, Fax 0211/4931014**

Duisburg

**Dr. med. Dr. med. dent. Claus GRUNDMANN,
Klinikum Duisburg - Institut für Rechtsmedizin, Zu den Rehwiesen 9,
47055 Duisburg, Tel (0203) 733-2590, Fax (0203) 733-2591,
priv Arnikaweg 15, 47445 Moers, Tel 02841/40406 Fax 02841/40407
eMail: clausgrundmann@hotmail.com**

Fürstfeldbruck

**Oberfeldarzt Dr. med. dent. Manfred DITTMER, Flugmed. Institut der Luftwaffe,
Abt.1, ZMK, 82256 Fürstfeldbruck, Tel 08141/9621**

Hamburg

**Zahnarzt Olof GRAFF, Blankeneser Landstr. 19, 22587 Hamburg
Tel 040/86 06 33, Fax 040/86 17 70 eMail: olofgraff@aol.com**

Hannover

**Dr. med. dent. Reinhard SCHILKE, Medizinische Hochschule ZMK-Klinik,
Konstanty-Gutschow-Straße 8, 30625 Hannover, Tel 0511/532 4817/18**

Leipzig

**Priv.-Doz. Dr. med. Rüdiger LESSIG, Univ. Leipzig, Institut für Rechtsmedizin,
Johannisallee 28, 04103 Leipzig Tel 0341/97 15 118, Fax 0341/97 15 109
eMail: ruediger.lessig@medizin.uni-leipzig.de**

München

Oberstarzt Dr. med. dent. Klaus-Peter BENEDIX, San. Amt. Bw, Abt.VI-
Zahnmedizin, Dachauer Str.128, 80637 München
Tel 089-1249-7610, Fax 089-1249-7609 eMail: klaus@drbenedix.de

Dr. med. dent. Gabriele LINDEMAIER, Univ. München, ZMK-Klinik,
Abt. Prothetik Goethestraße 70, 80336 München, Tel 089/5160-2935,
priv 089/17998352

Saarbrücken

Dr. med. dent. Hans-Peter KIRSCH,
Weissenburger Str. 60, 66113 Saarbrücken, Tel (06898) 63580
eMail: dr.hanskirsch@mac.com

Speyer

Dr. med. Dr. med. dent. Klaus RÖTZSCHER, Wimpfelingstraße 7, 67346 Speyer,
Tel 06232/9 20 85, Fax 06232/65 18 69, eMail: roetzscher.klaus.dr@t-online.de

Dental Experts in Identification cases (WFOC) in Switzerland

(Stand September 2007)

SCHWEIZ

Zürich

Dr. med. dent. Bernhard KNELL Weinbergstrasse 1, CH-8802 Kilchberg,
Tel 0041/1/715 19 41 Praxis 0041/1/715 52 32 Fax 0041/1/715 52 37
Natel 076 390 0789 eMail: bknell@swissonline.ch

BUCHBESPRECHUNG

Das Buch „**Forensische Zahnmedizin**“ von Klaus Rötzscher, erstmalig 2000 im Springer Verlag Berlin Heidelberg erschienen, war nach kurzer Zeit vergriffen. Es wurde als eigenes Kapitel in das Handbuch gerichtliche Medizin, Band 2 übernommen. Herausgeber B. Madea und B. Brinkmann, Springer Verlag Berlin Heidelberg. Erschienen 2003 (ISBN 3-540—66447-5).

Nunmehr ist das Buch „**Forensische Zahnmedizin**“ wieder erhältlich. Herstellung und Verlag Books on Demand GmbH, Norderstedt. 110 Abbildungen, 45 Tabellen, 239 Seiten, 45 Euro (ISBN 3-8334-0372-1).

TAGUNGSKALENDER 2007

- | | | |
|--|--|--|
| 21.-23.11.
Cape Town,
South Africa | The African IOFOS
Symposium on
Forensic Odontology | Info: Prof. Herman Bernitz, Pretoria
email: BERNITZ@AFRICA.COM |
| 22.-24.11.
Düsseldorf | Jahrestagung der DGZMK | Info: WWW.DGZMK.DE |
| 05.-07.12.
München | 9. Int. Symposium
"Zahnärztliche
Identifikation" | Sanitätsakademie München
Info: SanABwBGZBW@Bundeswehr.org |

TAGUNGSKALENDER 2008

- | | | |
|-----------------------------------|---|--|
| 14.-18.07.
Dundee,
Scotland | 13. Biennial Meeting
International Ass. of
Craniofacial Identification
(IACI), | Info: Caroline Needham
http://www.iaci2008.org/ |
| September
Dresden | 87. Jahrestagung der
Deutschen Gesellschaft für
Rechtsmedizin | INFO: IRM Dresden
Prof. Dressler |
| 11.10.
Mainz | 32. Jahrestagung AKFOS | Info: Dr. Dr. Klaus Rötzscher
EMAIL: ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE |

TAGUNGSKALENDER 2009

- | | | |
|-----------------|------------------------|--|
| 10.10.
Mainz | 33. Jahrestagung AKFOS | Info: Dr. Dr. Klaus Rötzscher
EMAIL: ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE |
|-----------------|------------------------|--|