

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



**INTERDISZIPLINÄRER
ARBEITSKREIS FÜR
FORENSISCHE
ODONTO-STOMATOLOGIE
NEWSLETTER**



GERMAN ACADEMY OF FORENSIC ODONTOSTOMATOLOGY

Organ des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie
der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und
der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin
A publication of the German Academy of Forensic Odontostomatology
of the German Society of Dental Oral and Craniomandibular Sciences
and the German Society of Legal Medicine
ISSN 0947-6660

AKFOS (2004)

Jahr 11: No.2

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Editorial

Das New York City Medical Examiner's Dental Identification Team (WTC ID Team) erhält anlässlich der 28. Jahrestagung unseres Arbeitskreises in diesem Jahr den 2002 in Montpellier, Frankreich, erstmals vergebenen Preis des Arbeitskreises, den GÖSTA GUSTAFSON AWARD¹. Der Preis wird als Anerkennung für die Identifizierungen der Opfer des Terroranschlags auf das World Trade Center in New York an den Chief Forensic Dentist Dr. Jeffrey Burkes, New York, und weitere 30 Ärzte und Zahnärzte aus New York und New Jersey, sowie an Dr. James McGivney, St. Louis, der das Computerprogramm WINID entwickelte und für die Identifizierungsarbeiten modifizierte, vergeben.

Die Mitglieder und Interessenten unseres Arbeitskreises sind herzlich eingeladen.

Der GÖSTA GUSTAFSON AWARD wird aller zwei Jahre vom Vorstand des Arbeitskreises als Anerkennung der Verdienste um die forensische Odonto-Stomatologie an verdiente Zahnärzte und Wissenschaftler im In- und Ausland vergeben.

Die öffentliche Würdigung der mit dem Gösta Gustafson Award ausgezeichneten Persönlichkeiten wird von der DGZMK gefördert.

Klaus Rötzscher, Speyer

¹ Siehe DGZMK.de 2/2002 und DGZMK.de 1/2004, S. 15 (die Red.).

Herausgeber der Newsletter:

Der Gemeinsame Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie

der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK)
und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
- The German Academy of Forensic Odontostomatology
of the German Society of Dental Oral and Craniomandibular Sciences
and the German Society of Legal Medicine

Redaktion und Vorstand des Arbeitskreises:

Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Rötzscher, verantwortlicher Redakteur und

1.Vorsitzender des Arbeitskreises, Wimphelingstr.7, D-67346 Speyer

Tel (06232) 9 20 85, Fax (06232) 65 18 69 Phone int+49+6232+9 20 85,

Fax int+49+6232+65 18 69 eMail: roetzscher.klaus.dr@t-online.de

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

Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zentrum für ZMK, Poliklinik für Prothetik

Tel (0251) 834 70 80, Fax (0251) 834 70 83 eMail: figgenl@uni-muenster.de

Dr. med. dent. Sven Benthaus, Sekretär

Goebenstraße 73, 46045 Oberhausen

Tel (0208) 22 972, Fax (0208) 205 59 94, eMail: swbenthaus@aol.com

OA Priv.-Doz. Dr. med. Rüdiger Lessig, Schriftführer

Institut für Rechtsmedizin, Universität Leipzig, Johannisallee 28, D-04103 Leipzig,

Tel (0341) 97 15 118, Fax (0341) 97 15 109 eMail: lesr@medizin.uni-leipzig.de

Der Newsletter erscheint im Auftrag des Vorstandes seit 1994 mindestens zweimal im Jahr.

Es existiert eine eigene Homepage: <http://home.t-online.de/home/roetzscher.klaus.dr>



3rd European IOFOS Meeting, Lillehammer Norway 11. – 14. März 2004
- "Quality assurance and quality development in forensic odontology" -

Ein Bericht von Dr. Dr. Claus Grundmann, Moers

26 Zahnärzte aus elf Nationen und drei Kontinenten (Europa - Belgien, Dänemark, Griechenland, Island, Niederlande, Schweden und Schweiz - Afrika und Asien) beschäftigten sich vier Tage lang schwerpunktmäßig mit der Qualitätssicherung in der forensischen Zahnheilkunde.

Der Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) wurde durch Dr. med. Dr. med. dent. Claus Grundmann vertreten. Ein weiterer Teilnehmer aus Deutschland war Dr. med. dent. Hans-Peter Kirsch aus Saarbrücken.

Neben der auch für die forensische Zahnheilkunde bedeutenden Qualitätssicherung wurden zusätzlich internationale Richtlinien zu den Schwerpunkten „Identifikation von Einzelpersonen“, „Identifikationen bei Massenkatastrophen“, „Bissspuren“ sowie „forensische Altersbestimmungen“ erarbeitet. Sämtliche Sachverständigengutachten sollen zukünftig nach einheitlichen Richtlinien und Normen durchgeführt werden.

Die internationalen Richtlinien zu den vorgenannten Themen sind im Internet unter www.iofos.org nachzulesen.

Dr. Dr. Claus Grundmann referierte über die Untersuchungen zur Identifizierung der Flugzeugopfer des Flugunfalls am Bodensee im Juli 2002.

Die nächste Tagung der Internationalen Gesellschaft für forensische Odonto-Stomatologie (IOFOS) findet im Jahre 2005 in Hongkong statt, gemeinsam mit der International Association for Forensic Sciences (IAFS).

**Programm der 28. Jahrestagung des Arbeitskreises
Forensische Odonto-Stomatologie
Mainz, Samstag, 16. Oktober 2004
Johannes Gutenberg-Universität**

- 09.00-09.10** Eröffnung im Gutenberg Museum der Stadt Mainz, gemeinsam mit den amerikanischen Gästen
Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Speyer
1. **09.10-09.50** Führung durch das Gutenberg Museum
2. **10.00-11.00** Orgelkonzert im Mainzer Dom
Domorganist Albert Schönberger
- 11.00-12.20** Gemeinsames Mittagessen in der Mensa der Univ.-Kliniken
3. **12.20-14.30** Verleihung des Gösta Gustafson Award mit Beiträgen der Amerikanischen Ärzte und Zahnärzte
im Großen Hörsaal der Univ.-Frauenklinik - gegenüber der Zahnklinik, Augustusplatz, 55131 Mainz
Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Speyer
4. **14.30-14.45** Diskussion Kaffeepause
5. **14.45-15.15** Das Flugunglück am Bodensee im Juli 2002
Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg
6. **15.15-15.45** Jurisprudence – what´s going on ?
Lic. jur. Yvo Vermeylen, Boortmeerbeek, Belgien
7. **15.45-16.00** Diskussion
8. **16.00-16.15** Mitgliederversammlung
- Tagungsende Verabschiedung

AKTUELLE RECHTSPRECHUNG ZUM ZAHNÄRZTLICHEN HAFTPFLICHTRECHT

Von Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgenger, Münster

Am 12. März 2003 erging ein Urteil des Bundesgerichtshofes (IV ZR 278/01), welches wesentliche Klarstellungen in Bezug auf die medizinische Notwendigkeit enthält und welches es den Versicherern schwieriger machen wird, sich unter Verweis auf fehlende medizinische Notwendigkeit aus der Leistungspflicht zu stellen. Zitat: „Eine Heilbehandlungsmaßnahme ist nach ständiger Rechtsprechung des Senates medizinisch notwendig, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen im Zeitpunkt der Behandlung vertretbar war, sie als medizinisch notwendig anzusehen. Das ist im Allgemeinen dann der Fall, wenn eine wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung steht, die geeignet ist, die Krankheit zu heilen oder zu lindern.

Nach herrschender Meinung in Rechtsprechung und Literatur muss die Heilbehandlung zusätzlich unter Kostenaspekten vertretbar sein. Seien zwei medizinisch gleichwertige, kostenmäßig aber um ein vielfaches auseinanderliegende Möglichkeiten der Behandlung gegeben, so bestehe eine Leistungspflicht nur für die kostengünstigere. Eine zum gleichen Behandlungserfolg führende, erheblich teurere Heilbehandlung sei Luxus, jedoch keine notwendige Heilmaßnahme. Der Versichertengemeinschaft sei die Übernahme luxuriöser Behandlungen nicht zumutbar.

Anderenfalls würden die versicherungstechnischen Kalkulationsgrundlagen gesprengt.

Diese Ansicht teilt der Senat nicht.

Allgemeine Versicherungsbedingungen sind nicht „gesetzesähnlich“ auszulegen, sondern so, wie ein durchschnittlicher Versicherungsnehmer sie bei verständiger Würdigung, aufmerksamer Durchsicht und Berücksichtigung des erkennbaren Sinnzusammenhangs verstehen muss. Dabei kommt es auf die Verständnismöglichkeiten eines Versicherungsnehmers ohne versicherungsrechtliche Spezialkenntnisse und damit – auch – auf seine Interessen an.

Ein solcher Versicherungsnehmer geht vom Wortlaut der auszulegenden Klausel aus und berücksichtigt ihren Zweck und den erkennbaren Sinnzusammenhang. Er kann nicht ersehen, dass auch finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung eine Rolle spielen sollen. Es wird nur auf die „medizinisch notwendige“ und nicht auf die „medizinische und notwendige“, die „notwendige medizinische“, die „medizinisch nur notwendige“ oder gar auf die „medizinisch und wirtschaftlich notwendige“ Heilbehandlung abgestellt. „Medizinisch“ bezieht sich gerade auf „notwendig“. Dieser sprachliche Zusammenhang macht bei verständiger Lektüre deutlich, dass die Notwendigkeit der Heilbehandlung allein aus medizinischer Sicht zu beurteilen ist. Daraus entnimmt der durchschnittliche Versicherungsnehmer, dass es auf seine laienhafte Vorstellungen oder die Einschätzung des behandelnden Arztes nicht ankommt. Auch nach dem ihm erkennbaren Sinnzusammenhang wird er in diese Beurteilung Kostengesichtspunkte nicht hineinlesen. Er versteht wohl, dass ihm nicht die Kosten für jede beliebige Behandlungsmaßnahme erstattet werden, sondern nur für eine solche, die objektiv geeignet ist, sein Leiden zu heilen, zu bessern oder zu lindern. Dass darüber hinaus der Versicherer seine Leistungspflicht nur auf die billigste Behandlungsmethode beschränken will, erschließt sich dem Versicherungsnehmer dagegen nicht. Aus

seiner Sicht verliert eine medizinisch anerkannte Heilbehandlung das qualifizierende Merkmal „notwendig“ im Einzelfall nicht deshalb, weil sie teurer ist als eine nach Einschätzung des Versicherers gleichwertige, aber kostengünstigere Behandlung. Zudem ist für den Versicherungsnehmer nicht erkennbar, nach welchen Maßstäben die medizinische Gleichwertigkeit von Heilbehandlungen zu beurteilen sein soll. Übernimmt der Versicherer die Kosten einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung ohne für den durchschnittlichen Versicherungsnehmer erkennbare Einschränkung, so kann er ihn grundsätzlich nicht auf einen billigeren oder den billigsten Anbieter einer Heilbehandlung verweisen, die er für medizinisch gleichwertig hält.“

Dieses Urteil wird dazu führen, dass die Versicherer ihre Versicherungsbedingungen präziser werden formulieren müssen. Insbesondere werden sie die oft pauschale Anpreisung der „optimalen Absicherung“ mit Inhalt füllen müssen, damit der Versicherungsnehmer im Vorhinein weiß was sein Versicherer bezahlen wird und insbesondere, was er nicht bezahlen wird.

Dass der Patient ein Anrecht darauf hat, **vor** Behandlungsbeginn von seinem Versicherer zu erfahren, ob und inwieweit er die Kosten für die geplante Behandlung übernehmen wird (Landgericht Köln, 23 O 298/98, Urteil vom 17.01.01) hatten wir beim letzten Mal bereits besprochen. Daran sei noch einmal ausdrücklich erinnert.

Ebenfalls im Zusammenhang mit der sogenannten medizinischen Notwendigkeit traf das Oberlandesgericht Stuttgart am 16.04.02 (1 [14] U 71/01) eine bemerkenswerte Entscheidung, die, wenn sie auch nicht im Bereich der Zahnheilkunde erging, in ihren juristischen Gedanken auch auf die Zahnheilkunde anwendbar ist.

Ein bereits seit längerer Zeit an einer amyotrophischen Lateralsklerose (ALS) schwer erkrankter Patient galt schulmedizinisch sozusagen als austerapiert, war bei Lähmung aller Extremitäten ganz überwiegend auf ein Beatmungsgerät angewiesen und suchte verständlicherweise zumindest nach Linderung seiner außerordentlich belastenden Beschwerden. Er suchte einen Arzt auf, der auch „besondere Behandlungen“ durchführte im Sinne von schulmedizinisch nicht anerkannten Verfahren und Medikamenten. Ziel der Behandlung sollte es sein, „mit Sachen, die ein normaler Arzt nicht macht“ zu klären, ob mit den weiteren Möglichkeiten einer naturheilkundlich orientierten Behandlung der Zustand des Klägers, der erkanntermaßen nach schulmedizinischen Gesichtspunkten austerapiert war, möglicherweise zu verbessern sei. Primäres Ziel sollte es dabei sein, den Kläger eventuell von der Beatmungsmaschine zu entwöhnen. Daneben sollte der Versuch unternommen werden, die Begleitsymptome der Grunderkrankung und Restfunktionen an den Extremitäten zu bessern, schließlich – in einer von dem Kläger auch als solche erkannten Situation, in der kein Mediziner noch irgendwelche Hoffnungen machen konnte – wenigstens zu versuchen, den Zustand zu stabilisieren. Dass die Behandlung sich im Bereich der alternativen Medizin außerhalb der wissenschaftlich allgemein anerkannten Methode bewegte, entsprechend dem Versuchscharakter auch nicht der Nachweis medizinischer Richtigkeit geführt werden musste, entsprach mithin dem Verständnis der Vertragsparteien.

Die private Krankenversicherung des Klägers hatte eine Erstattung unter Hinweis auf die fehlende medizinische Notwendigkeit verweigert. In einem diesbezüglich mit der Versicherung geführten Prozess war der Kläger unterlegen.

Daraufhin klagte er gegenüber dem Arzt auf Rückerstattung des bezahlten Honorars

und der sonstigen auf dessen Rezept aufgewendeten Kosten.

Anders als im Vorprozess, in dem es um die Fragestellung ging, ob die private Krankenversicherung ärztliche Behandlungskosten nach den Versicherungsbedingungen zu erstatten hat, kam es vorliegend für die Bestimmung von Rechten und Pflichten des Arztes auf die nach dem Vertrag zwischen dem Kläger und dem Arzt geschuldete medizinische Heilbehandlung an.

Während zur Bestimmung des Versicherungsfalls ein objektiver, vom Vertrag zwischen Patient und Arzt unabhängiger Maßstab zur Bestimmung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung im Zeitpunkt der Behandlung anzulegen ist, steht hier der Inhalt der Vereinbarung im Vordergrund. Selbst solche Leistungen, die über das Maß der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung hinausgehen, aber auf Verlangen des Patienten, mithin vereinbarungsgemäß, erbracht werden, sind deshalb nach § 1, Abs. 2, Satz 2 GOÄ vergütungspflichtig. Nach diesen Kriterien kann der Kläger die Vergütungsleistungen und Sachkosten für die Behandlung nicht zurückfordern.

Sorgfaltspflichtverletzungen irgendwelcher Art, die den Beklagten im Wege des Schadensersatzes zur Zahlung der eingeklagten Beträge verpflichten würden, konnten nicht festgestellt werden. Gemessen am maßgeblichen Inhalt des vereinbarten Behandlungsvertrages und den damit verbundenen Pflichten des beklagten Arztes, wie sie sich nach dem Parteivortrag und der durchgeführten Beweisaufnahme darstellen, liegt weder ein Behandlungsfehler, insbesondere kein vorwerfbarer Diagnosefehler, noch ein ärztliches oder aus nebenvertraglichen Pflichten resultierendes Aufklärungsversäumnis des Beklagten vor.

Die Leitsätze der Entscheidung des Oberlandesgerichts Stuttgart lauten:

- 1 Der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Privatpatient kann sich auch auf medizinisch nicht notwendige Leistungen richten. Der Patient schuldet bei entsprechender Vereinbarung eine Vergütung auch für eine naturheilkundliche Behandlung, die nicht der Schulmedizin entspricht, keinen nachweisbaren Erfolg hat und nur Symptome lindern soll.
- 2 Die Verneinung der medizinischen Notwendigkeit der Behandlung im Prozess zwischen Krankenversicherung und Patient hat keine Auswirkung im Prozess zwischen Patient und Arzt um die Vergütung.
- 3 Der Arzt muss den Patienten in einem solchen Fall darauf hinweisen, dass ein Behandlungserfolg und eine Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung zweifelhaft sind.

Zu den ganz wesentlichen Voraussetzungen dieses sehr arztfreundlichen Urteils gehört, wie aus dem dritten Leitsatz hervorgeht, die in den Bereich der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht fallende Information des Arztes an seinen Patienten, dass möglicherweise eine Erstattung der Behandlungskosten durch die Krankenversicherung nicht erfolgen wird. Dazu das Gericht: „Zu den Pflichten der Behandlungsseite gehört es, einen Patienten vor unnötigen Kosten und unverhältnismäßigen Belastungen zu bewahren, soweit sie aus ihrer Expertenstellung heraus über bessere Erkenntnisse und über ein besseres Wissen verfügt. Vor diesem Hintergrund ist es als ausreichend anzusehen, wenn der behandelnde Arzt den Patienten darauf hinweist, dass dessen Krankenkasse möglicherweise die Kosten der beabsichtigten Behandlung nicht übernehmen werde. ... Weil der Kläger um seine Diagnose wusste, daneben auch wusste, dass er nicht mehr lange leben würde, und weil von ihm der Versuchscharakter seiner allenfalls an einer Symptom-, nicht aber Ursachenbekämpfung ausgerichteten Behandlung klaggestellt worden war, hat sich

der Arzt auch nicht einer Verschleierung oder Verzerrung der wahren Sachlage schuldig gemacht. Eine Aufklärungspflichtverletzung kann deshalb nicht festgestellt werden.“

Dieses Urteil gibt in erfreulicher Weise den Blick auf die Vertragsfreiheit wieder etwas frei, an die man angesichts einer Reihe anderer Urteile manchmal nicht mehr glauben mag. Dazu noch einmal das Oberlandesgericht Stuttgart: „Ob dem behandelnden Arzt ein Anspruch auf Honorar und Bezahlung von ihm verabreichter und rezeptierter Medikamente und anderer Sachleistungen auch für den Fall zustand, dass sich seine Behandlungsmaßnahmen nach den Versicherungsbedingungen nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung erweisen sollten, entscheidet sich nach den Kriterien des einzelnen Behandlungsvertrages. Außerhalb der medizinisch notwendigen ärztlichen Versorgung ist nach der Regelung nach § 1, Abs. 2 GOÄ das Leistungersuchen maßgeblich. Dass auch nicht medizinisch erforderliche Arztleistungen zu honorieren sind, findet im Übrigen seinen sinnfälligen Ausdruck darin, dass allgemein unumstritten ist, dass beispielsweise kosmetische Operationen, die medizinisch nicht notwendig sind und deshalb auch nicht von den Krankenversicherungen finanziert werden, gleichwohl dem behandelnden Arzt zu vergüten sind.“

Sehr grundsätzliche und für das Verständnis des Arzthaftungsrechtes wichtige Aspekte behandelt ein Urteil des Bundesgerichtshofes vom 06.05.03 (VI ZR 259/02).

Die Leitsätze des Urteils lauten:

1. Das Absehen von einer medizinisch gebotenen Vorgehensweise begründet einen ärztlichen Behandlungsfehler. Auf die subjektiven Fähigkeiten des behandelnden Arztes kommt es insoweit nicht an.
2. Wird aufgrund eines ärztlichen Behandlungsfehlers ein weiterer Eingriff erforderlich, der dem Patienten bei korrektem medizinischem Vorgehen erspart geblieben wäre, hat der erstbehandelnde Arzt haftungsrechtlich für den weiteren Eingriff einzustehen. Dabei umfasst seine Einstandspflicht regelmäßig auch die Folgen eines Fehlers des nachbehandelnden Arztes.

Im konkreten Fall ging es um den fehlerhaft durchgeführten und erfolglosen gynäkologischen Versuch, ein Intrauterin-Pessar (IUP) zu entfernen. Bei dem deshalb erforderlichen weiteren Eingriff wurde der Uterus der Patientin – ebenfalls behandlungsfehlerhaft – entfernt.

Es sei aus der zusammenfassenden Anmerkung von Alexander Walter, Kassel, (Versicherungsrecht 2003, S. 1128 ff.) zu diesem Urteil zitiert.

„In Rechtsprechung und Schrifttum ist anerkannt, dass das im zivilen Haftungsrechts vorherrschende Prinzip der Gruppenfahrlässigkeit auch das Arzthaftungsrecht erfasst. Den jeweiligen Verkehrsbedürfnissen Rechnung tragend bestimmt sich das Maß der gemäß § 276, Abs. 2 BGB erforderlichen Sorgfalt im Medizinalbereich folglich nach objektiv typisierenden Kriterien. Denn wie im übrigen Rechtsverkehr darf auch der Patient darauf vertrauen, dass der behandelnde Arzt über die erforderlichen fachlichen Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Im Rahmen der Haftung bleiben individuelle Eigenschaften des behandelnden Arztes, insbesondere seine Fähigkeiten, Kenntnisse und Erfahrungen bei der Beurteilung der Fahrlässigkeitsfrage grundsätzlich unberücksichtigt. Der Arzt muss deshalb diejenigen medizinischen Maßnahmen ergreifen, die zum Behandlungszeitpunkt in der konkreten Behandlungssituation von einem gewissenhaften und besonnenen Arzt

aus berufsfachlicher Sicht seines Fachgebietes erwartet werden, um einem Fahrlässigkeitsvorwurf und damit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers zu entgehen. Der Arzt schuldet also die unter den fachspezifisch voraussetzenden Fähigkeiten und Kenntnissen gebotene Sorgfalt und kann sich auch im Fall eines eingerissenen Schlendrians oder sonstiger verbreiteter Nachlässigkeiten nicht durch Orientierung an der in seinem Berufskreis üblichen Sorgfalt entlasten.

Der zweite Leitsatz des Senatsurteils spricht die Problematik des Ursachenzusammenhangs bei zeitlich versetzter Behandlung durch verschiedene Ärzte an. Nach der Begutachtung des Sachverständigen war die Behandlung durch den zweitbehandelnden Arzt nicht medizinisch indiziert und behandlungsfehlerhaft. Grundsätzlich haftet der fehlerhaft erstbehandelnde Arzt für alle adäquat kausalen Schadensfolgen. Er muss deshalb auch für eine durch den Behandlungsfehler veranlasste Nachbehandlung und die hiermit einhergehende Gefahr von Fehlern des nachbehandelnden Arztes eintreten. In zwei Fallgestaltungen trifft den Erstschädiger allerdings keine Haftung. Zum einen wenn das Erstrisiko bereits abgeklungen ist, sich der erste Behandlungsfehler also nicht mehr ausgewirkt hat und es deshalb an einem inneren Zusammenhang fehlt. Zum anderen ist eine Unterbrechung des Zurechnungszusammenhangs dann anzunehmen, wenn ein Versagen des nachbehandelnden Arztes „in außergewöhnlichem Maße“ festgestellt werden kann. Ein solcher Verstoß verlangt ein Außerachtlassen aller ärztlichen Regeln und Erfahrungen, weshalb selbst grobe Behandlungsfehler des nachbehandelnden Arztes dem erstbehandelnden Arzt grundsätzlich zurechenbar sind. Es muss also ein völlig unsachgemäßes Verhalten des Zweitschädigers vorliegen, mit dem wegen seiner Ungewöhnlichkeit unter normalen Umständen nicht zu rechnen war.“

Der BGH erinnert also zunächst noch einmal daran, dass der Sorgfaltsbegriff im § 276 BGB ein objektiver ist.

Der zweite Leitsatz macht klar, wie weit der Zurechnungszusammenhang unter Ansatz einer adäquat-kausalen Betrachtungsweise geht und wie weit mithin die Haftung des fehlerhaft handelnden Arztes auch für Fehler bei der dadurch erforderlich gewordenen Nachbehandlung reichen kann.

Eine gottlob nicht tägliche, leider aber auch nicht seltene Situation war Gegenstand einer Entscheidung des Oberlandesgerichts Düsseldorf vom 06.03.03 (8 U 22/02).

Die Leitsätze des Urteils, welches auch wieder im gynäkologischen Bereich erging, ohne weiteres aber auch in unserem Fach zur Anwendung kommen können, lauten:

- Besteht bei einer Patientin ein auffälliger klinischer Befund, bei dem der Verdacht einer tumorösen Erkrankung nicht ausgeschlossen werden kann, ist es fehlerhaft, wenn die behandelnde Ärztin eine Wiedervorstellung der Patientin zur Kontrolluntersuchung nur für den Fall vorsieht, dass es zu keiner Befundbesserung kommt. Damit wird die Beurteilung des medizinischen Befundes in unzulässiger Weise der Patientin überlassen.
- Es ist als grobes Versäumnis anzusehen, wenn eine Ärztin ihre Patientin über den konkreten Verdacht einer Krebserkrankung und die dringende Notwendigkeit einer entsprechenden diagnostischen Abklärung nicht aufklärt.
- Die Weigerung der Patientin, dringend indizierte Diagnosemaßnahmen durchführen zu lassen, ist in der Behandlungsdokumentation zu vermerken. Das

Fehlen eines entsprechenden Vermerks kann die Annahme rechtfertigen, eine solche Weigerung der Patientin sei nicht erfolgt.

Ohne auf den Sachverhalt im Einzelnen eingehen zu müssen, sprechen diese Leitsätze für sich. Sie lassen sich direkt übertragen in den zahnmedizinischen Bereich und machen die hohe Verantwortung deutlich, die der Zahnarzt seinen Patienten gegenüber bei der Früherkennung bösartiger Erkrankungen im Mund-, Kiefer-, Gesichtsbereich trägt.

Außerdem wird einmal mehr deutlich, eine wie große Bedeutung die Dokumentation hat, auch und gerade dann, wenn der behandelnde Arzt sorgfaltsgemäß auf die Notwendigkeit der Abklärung eines schweren Krankheitsverdachts hinweist, der Patient seinen ärztlichen Weisungen aber nicht nachzukommen bereit ist.

Ein immer wieder thematisiertes Problem, welches fast regelhaft zu gerichtlichem Streit führt, sind kontraindizierte Wunschbehandlungen. Es kann gar nicht eindringlich genug und immer wieder darauf hingewiesen werden, dass eine medizinisch kontraindizierte Behandlung auch durch den ausdrücklichen Wunsch des Patienten keine Rechtmäßigkeit erlangt. Das bestätigt ein Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 11.09.02 (7 U 102/01). Ein Patient begab sich im Jahre 1993 in eine augenärztliche Behandlung, um seine starke Weitsichtigkeit durch eine Laserbehandlung beheben zu lassen. Auf Wunsch des Patienten führte der Augenarzt eine damals noch nicht wissenschaftlich anerkannte und noch im Erprobungsstadium befindliche Behandlungsmethode durch. Nachdem es nach einem anfänglichen Erfolg wieder zu einer Zunahme der Fehlsichtigkeit auf beiden Augen kam, drängte der Patient auf eine Nachbehandlung. Der Arzt willigte ein und ließ sich handschriftlich bestätigen, dass die Behandlung trotz einer Narbenbildung auf den Augen auf Wunsch des Patienten erfolgte. Nach diversen weiteren Operationen auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten kam es letzten Endes zu einem eingeschränkten Sehvermögen des Patienten auf dem rechten Auge von 10 bis 20 % und auf dem linken Auge von 30 bis 50 %.

In seinem Urteil kommt das OLG Karlsruhe zu dem Ergebnis, dass es grob fehlerhaft ist, eine Behandlung, die sich im experimentellen Stadium befindet, zu wiederholen, nachdem sie zuvor keine dauerhafte positive Wirkung, ja sogar eine Verschlechterung hervorgerufen hatte. Auch auf nachhaltigen Wunsch eines Patienten dürfe eine kontraindizierte Behandlung nicht vorgenommen werden; zudem hätte der Augenarzt nicht beide Augen gleichzeitig operieren dürfen. Dem Patienten sei auch kein Mitverschulden anzurechnen. Es obliege dem Arzt aufgrund seiner Stellung und seines Wissensvorsprungs, dem Patienten nicht nur von einer weiteren Operation abzuraten, sondern diese zu verweigern.

Fazit daraus: Ohne oder gar gegen ärztliche und medizinisch verantwortbare Überzeugung dürfen wir uns zu keiner Behandlung verleiten lassen, auch wenn ein Patient dies noch so dringlich wünscht. Verwirklicht sich das Risiko der Kontraindikation, so steht fast zwangsläufig die ärztliche Haftung fest.

Wenn man als Sachverständiger mit einem Sachverhalt konfrontiert ist, so ist es aus ex post-Sicht meistens nicht sehr schwer, zu beurteilen, ob eine Behandlung gut gelaufen ist oder ob sie weniger gut gelaufen ist. Ist sie weniger gut gelaufen, so steht damit aber noch nicht von vornherein fest, dass es sich um einen Behandlungsfehler handelte.

In einem Urteil vom 08.07.03 hat der BGH (VI ZR 304/02) wiederholt seine Auffassung bekräftigt, dass ein Diagnosefehler nicht zwingend eine Haftung des Arztes begründet, sondern bei der Einstufung eines Diagnosefehlers als Behandlungsfehler eine gewisse Zurückhaltung an den Tag zu legen ist:

„Ein Behandlungsfehler ist nicht immer schon dann anzunehmen, wenn ein Arzt zu einer objektiv unrichtigen Diagnose gelangt.

Grundsätzlich ist zwar das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung und der für sie kennzeichnenden Symptome als Behandlungsfehler zu werten. Irrtümer bei der Diagnosestellung, die in der Praxis nicht selten vorkommen, sind jedoch oft nicht die Folge eines vorwerfbaren Versehens des Arztes. Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der vielfachen technischen Hilfsmittel, die zur Gewinnung von zutreffenden Untersuchungsergebnissen einzusetzen sind. Auch kann jeder Patient wegen der Unterschiedlichkeit des menschlichen Organismus die Anzeichen ein und derselben Krankheit in anderer Ausprägung aufweisen. Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, können deshalb nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden.

Dieser Gesichtspunkt greift allerdings dann nicht, wenn Symptome vorliegen, die für eine bestimmte Erkrankung kennzeichnend sind, vom Arzt aber nicht ausreichend berücksichtigt werden.

Die Frage nach einem ärztlichen Fehlverhalten kann sich jedoch auch stellen, wenn der behandelnde Arzt ohne vorwerfbare Fehlinterpretation von Befunden eine objektiv unrichtige Diagnose stellt und diese darauf beruht, dass der Arzt eine notwendige Befunderhebung entweder vor der Diagnosestellung oder zur erforderlichen Überprüfung der Diagnose unterlassen hat. Ein solcher Fehler in der Befunderhebung kann zur Folge haben, dass der behandelnde Arzt für eine daraus folgende objektiv falsche Diagnose und für eine der tatsächlich vorhandenen Krankheit nicht gerecht werdende Behandlung und deren Folgen einzustehen hat.

Grundsätzlich muss der Patient die Voraussetzungen eines Behandlungsfehlers und deren Ursächlichkeit für den geklagten Gesundheitsschaden darlegen und beweisen. Dies gilt sowohl für den Vorwurf eines Diagnosefehlers als auch für den eines Fehlers der Befunderhebung. Gelingt dem Patienten zwar der Beweis eines Behandlungsfehlers in der Form eines Diagnosefehlers oder eines Fehlers in der Befunderhebung, nicht aber der Nachweis der Ursächlichkeit dieses Fehlers für den geltend gemachten Gesundheitsschaden, kommen ihm Beweiserleichterungen nur dann zu Hilfe, wenn der objektive Fehler der Behandlungsseite als „grober Behandlungsfehler zu qualifizieren ist.“

Bleibt anzumerken, dass nach dem BGH unter einem groben Behandlungsfehler ein eindeutiger Verstoß gegen bewährte ärztliche Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse zu verstehen ist, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt schlechterdings nicht unterlaufen darf.

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

NEUE ASPEKTE DER FORENSISCHEN MOLEKULARGENETIK

von Rüdiger Lessig, Institut für Rechtsmedizin, Universität Leipzig

Zusammenfassung

Die Molekulargenetik spielt in der Forensik nicht nur in den Spuren- und Abstammungsuntersuchungen eine wichtige Rolle, sondern ist auch bei Identifizierungsfällen in den Vordergrund gerückt. Immer häufiger wird durch die Kriminalpolizei auf diese Möglichkeit zurückgegriffen. Insbesondere die Datenbank des BKA zur Erfassung von Straftätern bietet auch die Möglichkeit die Identität zu überprüfen.

Die hypervariablen DNA-Regionen, welche hauptsächlich in den nichtkodierenden Bereichen der genomischen DNA vorkommen, begründeten eine neue Ära der forensischen Genetik. Auf Grund ihrer hohen Variabilität sind sie für eine forensische Individualidentifikation hervorragend geeignet (Gill et al. 1985, Jeffreys et al. 1985). Mit Einsatz der Polymerase-Ketten-Reaktion (Polymerase Chain Reaction - PCR) konnten deutlich kürzere Marker eingesetzt werden. In der Spurenkunde wurden mit der PCR-Technologie die Short-Tandem-Repeats (STRs) etabliert. Die meisten der für Identifizierungszwecke und Abstammungsuntersuchungen genutzten STRs werden autosomal vererbt. Mikrosatelliten sind aber auch auf den gonosomalen Chromosomen X und Y bekannt. In der letzten Zeit wurden auch zunehmend Single-Nucleotid-Polymorphismen (SNPs) für die forensische Molekulargenetik interessant. Sie bieten neue Möglichkeiten des Informationsgewinns bei unbekanntem Spuren bzw. Personen.

Y-chromosomale DNA-Systeme

Der erste gonosomale Restriktions-Fragment-Längen-Polymorphismus (RFLP) wurde bereits 1985 auf dem Y-Chromosom identifiziert (Casanova et al. 1985, Lucotte et al. 1985). Schon kurze Zeit später wurde mit DYS19 eines der ersten Y-chromosomalen STRs beschrieben (Roewer et al. 1992).

In den letzten Jahren kam es zu einem raschen Anstieg der Markeranzahl auf dem Y-Chromosom, die forensisch charakterisiert worden sind. Schließlich wurden davon bestimmte Systeme ausgewählt, die heute zur Charakterisierung des Y-Chromosoms eingesetzt werden (Abb. 1, Kayser et al. 1997).

Auf Grund der Hemizygotie des Y-Chromosoms sind die STRs dieses Chromosoms für Anwendungen, die eine Verfolgung oder den Vergleich paternalen Linien zum Ziel haben, hervorragend geeignet. Dazu gehören in der Vaterschaftsdiagnostik beispielsweise Defizienzfälle mit männlichen Nachkommen. Es werden Verwandte der väterlichen Linie für die Tests herangezogen. In der forensischen Spurenkunde sind in ca. 90% der Fälle männliche Spurenleger festzustellen. Oftmals besteht bei Sexualdelikten jedoch das Problem der Mischspur mit einem hohen Anteil weiblicher DNA, wodurch es zu einer präferenziellen Amplifikation dieses weiblichen Anteils kommen kann (Tsuji et al. 2001). Dadurch sind in bestimmten Fällen Fehlinterpretationen bezüglich des männlichen Spurenanteils möglich. Eigene

Routinefälle der letzten drei Jahre zeigten dies eindrucksvoll. In verschiedenen Routineuntersuchungen ergab sich nach autosomaler DNA-Untersuchung keinerlei Hinweis auf das Vorliegen einer Spurenmischung. Ohne den zusätzlichen Einsatz Y-chromosomaler Marker wären wichtige Ergebnisse ausgeblieben. (Lessig et al. 2002, 2003a).

Es existieren heute internationale Datenbanken, wie die Y-STR Haplotype Reference Databases (YHRDs), die online frei verfügbar sind, eine europäische (Roewer et al. 2000, 2001), eine asiatische (Lessig et al. 2003b) und eine U.S. amerikanische (Kayser et al. 2002). Die letztere wird auf Grund der Besonderheiten des Einwanderungslandes USA nochmals in drei ethnische Gruppen unterteilt – in europäische Amerikaner (European Americans), afrikanische Amerikaner (African Americans) und spanisch sprechende Gruppe (Hispanics). Die Möglichkeit der Online-Ermittlung von Haplotyp-Frequenzen ist ein wesentliches Hilfsmittel für die forensische Praxis auf diesem Gebiet geworden. Es konnte dabei festgestellt werden, dass es populationsspezifische Unterschiede in der Merkmalsverteilung gibt.

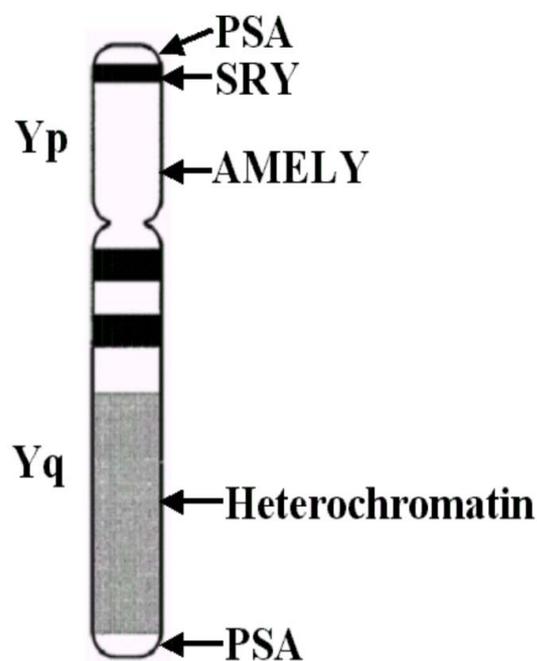


Abb. 1: Idiogramm mit Lokalisation der Y-STRs des „extended haplotype“ auf dem humanen Y-Chromosoms (Kayser 1998)

Es konnte somit ermittelt werden, dass mit Hilfe der Y-chromosomalen DNA-Systeme Informationen über die geographische Herkunft möglich sind, da der genetische Drift zwischen den verschiedenen Populationen größer als bei autosomalen STRs ist (Lessig et al. 1998a, Lessig et al. 1998b, Lessig et al. 2001). Die Y-Chromosome sind in einer Population enger miteinander verwandt als die Autosome (Jobling et al. 2000). Dies wird darauf zurückgeführt, dass in der Historie die Söhne, im Gegensatz zu den Töchtern, eher in der geografischen Nähe ihrer Eltern verblieben (Stoneking 1998). Diese Verhaltensweisen führten zu einer geografischen und wahrscheinlich auch sozialen Gruppierung von Y-chromosomalen Varianten (Jobling et al. 2000). Die Single-Nucleotide-Polymorphismen (SNPs) sind seit längerem bekannt. Es handelt sich dabei um Merkmale, welche auf einmalige Mutationsereignisse in Form

von Basenaustausch, -insertion oder -deletion zurückzuführen sind (Underhill et al. 1997). Die Besonderheit gegenüber den STRs besteht in der Tatsache, dass sie populationsspezifisch und damit teilweise innerhalb einer Population nicht zu beobachten sein können (Hurles et al. 1998). Dies ist darauf zurückzuführen, dass diese Mutationen als einmaliges Ereignis in sehr großen zeitlichen Abständen aufgetreten sind und somit eine unterschiedliche Verbreitung haben können, je nachdem, wann das Ereignis stattfand. In Abbildung 2 sind ermittelte Zeiten für Mutationsereignisse von einigen Markern dargestellt (Hammer et al. 1998). Dies bedeutet, dass es SNPs gibt, welche nur in bestimmten Populationen polymorph auftreten. Als Beispiel könnte dafür der Marker Tat (M46), eine T \rightarrow C Transition, genannt werden. Dieser ist in Westeuropa gar nicht, aber in Nordeuropa und nach Osten hin zunehmend zu beobachten (Kayser 1998, Zerjal et al. 1997). Deshalb werden die SNPs in der Populationsgenetik vor allem zur Ermittlung evolutionärer Prozesse verwendet (Hammer et al. 2000, Helgason et al. 2000, Kayser et al. 2000).

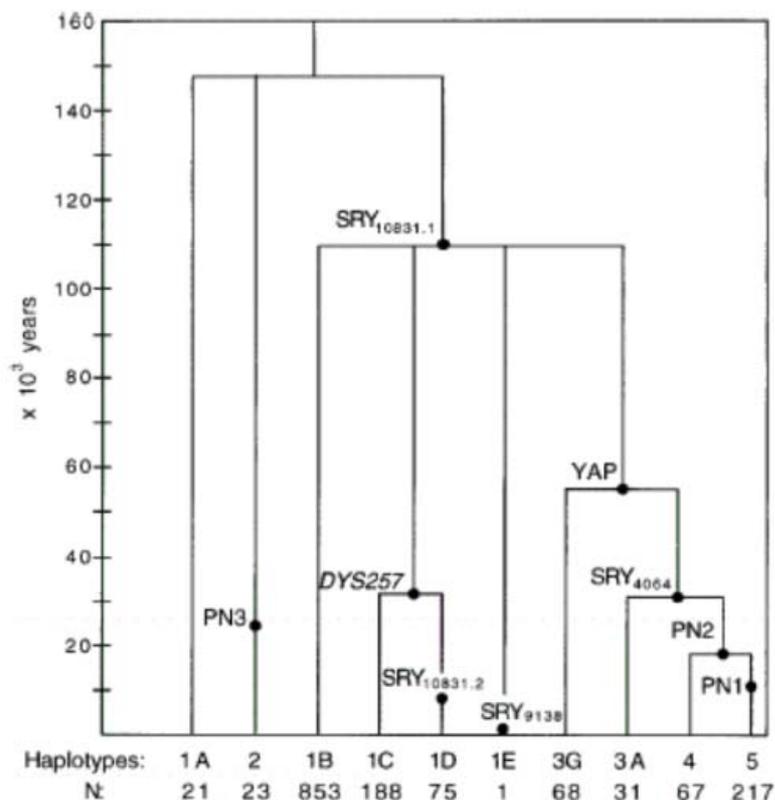


Abb. 2: berechnete Zeiten von Mutationsereignissen einiger Marker von Y-Haplotypen (Hammer et al. 1998)

Eigene Untersuchungen an einer westsächsischen und drei baltischen Populationen bestätigten dieses. Die Ergebnisse der Typisierung von zwei der getesteten Y-SNPs in den vier verschiedenen Populationen sind in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt.

92R7	Allele	Leipzig	Litauen	Lettland	Estland
	n		152	29	97
T	beob. %	82,2	58,6	54,6	35,7
C	beob. %	17,8	41,4	45,4	64,3

Tab. 1: Ergebnisse der Untersuchung des Y-SNPs 92R7

Tat	Allele	Leipzig	Litauen	Lettland	Estland
	n		155	30	95
T	beob. %	100,0	60,0	67,4	50,0
C	beob. %	0,0	40,0	32,6	50,0

Tab. 2: Ergebnisse der Untersuchung des Y-SNPs Tat/M46

Mit den verschiedenen untersuchten Markern Damit konnten folgende Verteilung der durch die SNPs definierten Haplogruppen ermittelt werden.

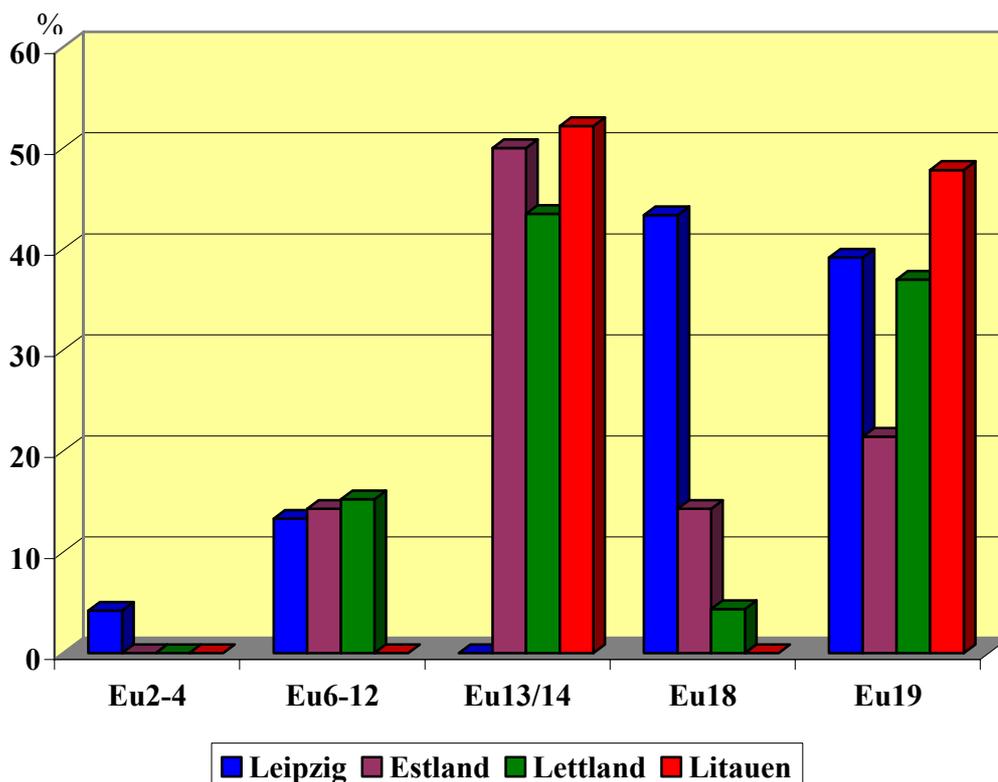


Abb. 3: Graphische Darstellung der ermittelten Haplogruppenhäufigkeiten in den untersuchten Populationen (Lessig 2004)

Die Ergebnisse der Y-SNP-Analyse zeigen ebenfalls, dass deutliche Verteilungsunterschiede zwischen Sachsen und dem Baltikum erkennbar sind. Diese Ergebnisse können somit im Einzelfall, z.B. bei Identifizierungen, von erheblicher Bedeutung sein.

Im Unterschied zu den Single-Nucleotid-Polymorphismen, welche auf tlw. sehr lange zurückliegende Mutationsereignisse zurückzuführen sind (z.B. 10.000 Jahre) und deshalb in der molekularen Anthropologie eingesetzt werden, sind die Y-STRs auf Grund ihrer höheren Mutationsrate bezüglich der Zeit des Ereignisses offensichtlich „jünger“ und spiegeln die aktuellere Migration der männlichen Bevölkerung wider. Eigene Untersuchungen mit Y-STRs zeigten einen größeren genetischen Drift zwischen den Esten auf der einen Seite und den Letten und Litauern auf der anderen Seite. Wir führten dies auf die Tatsache zurück, dass die Esten zur finno-ugrischen und die Letten und Litauer zur indo-europäischen Sprachgruppe gehören und damit eine Sprachbarriere zwischen den Esten und den beiden anderen baltischen Populationen besteht (Lessig et al. 2001).

Die Y-STRs haben sich in der forensischen Routine in vollem Umfang bewährt und sind zu einem ergänzenden Laborstandard für alle Paternitätsfälle mit männlichen Nachkommen, Identifizierungen von männlichen unbekanntem Toten und Spurenfälle mit sexuellem Hintergrund geworden. Unter Einbeziehung der in der Forensik nun auch eingesetzten SNPs sind weitergehende Aussagen bei unbekanntem Toten oder offenen Spuren möglich, die einen Hinweis auf eine ethnische Zugehörigkeit geben können. Dabei muss allerdings immer beachtet werden, dass dies nicht mit dem Wohnort bzw. der Nationalität zu verwechseln ist.

Literatur beim Verfasser.

Anschrift des Verfassers: OA Priv.-Doz. Dr. med. Rüdiger Lessig,
Institut für Rechtsmedizin, Universität Leipzig, Johannisallee 28, D-04103 Leipzig,

**THE IDENTIFICATION OF TWO UNKNOWN DEAD BODIES (POSTER)
8th Cross Channel Conference by the Royal Belgian Society of Forensic
Medicine, 22.-24. April 2004, Brugges, Belgium**

von C Grundmann, Moers und K Röttscher, Speyer

Abstract

The identification of burned bodies correlates with an adequate quality and quantity of traces. By car-accident two adults burned and died. A third could be rescued by fire-fighters and was transferred to the hospital. The identification of the dead bodies was made exclusively by odontological comparison of ante-mortem plaster casts, x-rays and a-m/p-m records after oral section and maceration of the removed jaws. The identification of the two bodies by taking fingerprints was impossible. Both, driver and passenger - burned beyond recognition - it was supposed they concern to be some special people.

Introduction

The examination of the causality and cause of death in cases of unnatural death including non-identified people is ordered by the public prosecutor (§ 159 StPO). Inquest and autopsy belong to the code of criminal procedure (§ 87 StPO). The identification of the bodies has to be done before the autopsies begin (§ 88 StPO). Fingerprints, measurements and photos for the police records department are ruled by law (§ 81b StPO).

Materials and Methods

The odontological section begins by opening the lips to remove the jaws. The exarticulation of the jaws using oscillating saws. The removal of the upper jaw follows the Le Fort-I-osteotomy. Afterwards the jaws are macerated by enzyme

“Enzyrim”. The methods of maceration used so far seem to be imperfect (toxic, offensive smelling, difficult to clean up). The use of enzyme for maceration accelerates the catalytic process enormous. This method is cheap, easy to handle, non-toxic and easy to clean up. The procedure at all needs only two hours. The ultrasonic appliance works with 35.000 Hertz. The water should be heated for two hours up to 60 degrees Celsius. Per litre water 10 ml washing powder and 20 ml Enzyrim are added. Orthodontic plaster casts of the first body and A-M- OPG of the second body existed. Comparison of a. the plaster casts and b. the OPG with the upper jaw of the second body is demonstrated.

Results and Conclusion

The expertness leads to conclusion. Positive identification of burned bodies by dental radiological and morphological methods is possible. The results are transferred to the P-M-DVI-Form together with the information where the victim (house, car, boat, aeroplane, train etc.) was found at the time of the event. The characteristics of the presented samples were the extrem carbonisation of two bodies with orthodontic treatment. The permanent first praemolars of the upper and lower jaws were extracted. The gaps had been closed by orthodontic apparatuses. If the identity cannot be solved within two weeks publications follow in the dental journals as “Rheinisches Zahnärzteblatt” or “Zahnärztliche Mitteilungen”.

1. Deutsch - Polnisches Stomatologisches Symposium am 2. und 3. April 2004 in Frankfurt-Höchst.

Grußwort des Hessischen Ministerpräsidenten Roland Koch:

Fort- und Weiterbildung sowie ständiger Erfahrungsaustausch sind zwar in allen beruflichen Bereichen unerlässlich, aber gerade im Gesundheitswesen haben sie eine ganz besondere Bedeutung. Hier, wo es um die Gesundheit als das höchste Gut des Menschen geht, erwarten mit Recht alle Patientinnen und Patienten, dass sie stets nach den neuesten Erkenntnissen moderner Medizin behandelt werden. Deshalb ist es unbedingt notwendig, sich kontinuierlich einem ständigen Lernprozess und Erfahrungsaustausch zu unterziehen.

Ein gutes Mittel dafür sind Kongresse und Symposien, bei denen Mediziner ihr großes Fachwissen bündeln, um gemeinsam nach neuen und immer besseren Heilmethoden zu suchen. Aber auch eine gute Gelegenheit, sich über die neuesten Forschungsergebnisse und Lehrmethoden zu informieren und mit gemeinsamen Diskussionen weitere Entwicklungen anzustoßen. Dabei bleiben solche Veranstaltungen zum wissenschaftlichen Austausch längst nicht mehr auf das eigene Land beschränkt, sondern erfordern gerade eine internationale Zusammenarbeit. So wird auch das 1. Deutsch – Polnische Stomatologische Symposium renommierter Hochschullehrer aus Deutschland und Polen erstmals ein Forum bieten, von dem zu erwarten ist, dass es neue Impulse setzt.

Deshalb habe ich gerne dafür die Schirmherrschaft übernommen und heiße die Teilnehmer sowie alle Gäste zu diesem Symposium in Frankfurt-Höchst herzlich willkommen. Ihnen allen wünsche ich einen angenehmen Aufenthalt bei uns in Hessen sowie einen umfassenden Wissensaustausch zur Förderung der Zusammenarbeit deutscher und polnischer Hochschulen bei Lehre und Forschung in der Zahnheilkunde, der Mund- sowie der Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Der Arbeitskreis war mit einem Poster beteiligt. Autoren: C. Grundmann, K. Rötzscher
**THE DEMAND IN FORENSIC MEDICINE TO ASSESS THE AGE OF
ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS IN CRIME PROCEDURES.**

- Informationen -

Literatur im Netz :

1) DIMDI baut Informationsangebot weiter aus²

KÖLN. Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat sein Informationsangebot für Ärzte und Wissenschaftler weiter ausgebaut. Mit „ADIS Newsletters“, „Current Contents Medizin“ und der „Virtuellen Videothek für die Medizin“ wurde jetzt das Angebotsspektrum um drei neue Datenbanken erweitert. Das gab das Institut Ende März in Köln bekannt.³

Mit „ADIS Newsletters“ ergänzt das DIMDI sein Informationsspektrum um eine bibliografische Volltextdatenbank zu den wichtigsten Entwicklungen aus den Bereichen Arzneimittel und Arzneimitteltherapie. „Current Contents Medizin“ ist eine Literaturlatenbank in deutscher Sprache mit Aufsätzen aus den Bereichen Medizin, Gesundheitswesen und Naturwissenschaften.

Die Datenbank umfasst rund 900 deutsche und deutschsprachige Zeitschriften ab dem Jahrgang 2000 aus dem Bestand der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin. Der aktuell rund 330 hochwertige Filme umfassende Bestand der „Virtuellen Videothek für die Medizin“ ist jetzt ebenfalls in die Datenbankrecherche beim DIMDI integriert. Damit sind bibliografische und inhaltsbeschreibende Angaben der Medizinvideos nun parallel mit Literaturlatenbanken kostenfrei recherchierbar (hil31.03.2004).

2) BUCHBESPRECHUNG (gekürzt – die Red.)

Techniken wissenschaftlichen Arbeitens

G. Rückriem, J. Stary. Cornelsen Scriptor, Berlin 2001, ISBN 3-589-21409-0, 19,95 €

Als zusätzliche Form der Informationsvermittlung werden heute zunehmend Multimedia-CD-ROMs angeboten. In dem hier besprochenen Werk dreht sich alles um den Erwerb von Fähigkeiten für das wissenschaftliche Arbeiten. Federführende Autoren sind **Georg Rückriem** (Professor für Erziehungswissenschaft, Hochschule der Künste, Berlin) und **Joachim Stary** (Hochschuldidaktiker und Leiter der Pädagogischen Werkstatt im Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie, Freie Universität Berlin).

Nach dem Installieren des Programms kann der Benutzer auf der Startseite (Hauptübersicht) unter fünf Möglichkeiten (Modulen) wählen: „Universität“, „Recherchieren“, „Lesen & Speichern“, „Schreiben“, „Präsentieren“.

Hinter dem Modul „Universität“ verbirgt sich ein umfassendes Lexikon mit Informationen über Struktur, Personal, Leistungsnachweise und Lehrveranstaltungsformen. Zu einzelnen Begriffen aus den genannten Bereichen erscheinen Definitionen, die teilweise über Hyperlinks miteinander verbunden sind.

² Aus: **DEUTSCHES ÄRZTEBLATT ONLINE** © Deutscher Ärzte-Verlag

³ Siehe erste INFO 54-05-03 in: AKFOS Newsletter Jg. 11, H. 1: 5 aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität Frankfurt, Univ. Prof. Dr. med. Hansjuergen Bratzke, Zentrum der Rechtsmedizin, Kennedyallee 104, 60696 Frankfurt am Main. BERUFSVERBAND DEUTSCHER RECHTSMEDIZINER e.V.

Interessanter (und detaillierter) wird es bei den anderen vier Modulen. Nach Anklicken derselben auf der Startseite erscheinen auf dem Bildschirm jeweils thematische Übersichtskarten (*Mind-Maps*), anhand derer der Benutzer seine weitere Auswahl treffen kann. Locker, fast im Plauderton, aber stets wissenschaftlich fundiert, vermitteln die Autoren auf geradezu spielerische Weise wichtige Grundsätze des wissenschaftlichen Arbeitens.

Egal, ob es um die Aneignung wirkungsvoller Lesetechniken geht (in „Lesen & Speichern“), die Besonderheiten des Schreibstils in der Wissenschaft (in „Schreiben“ - angesichts der belegbaren Defizite in der Schulausbildung ein besonders wichtiges Modul) oder die mitunter schwierige Entscheidung, welche Texte man überhaupt lesen soll (dazu 14 exzellente Tipps) - es macht Spaß, zu klicken, zu lesen und - en passant - zu lernen. Diese CDROM ist klar gegliedert, übersichtlich und leicht zu handhaben. Die Indexsuche und das Glossar sind ebenso hilfreiche Zutaten wie die Möglichkeit, Lesezeichen zu setzen und Notizen einzufügen.

Allen, die sich anschicken, wissenschaftlich zu schreiben, sei diese Lernsoftware ans Herz und ins Computerlaufwerk gelegt. Selbst wer schon lange „im Geschäft ist“, erhält mit Garantie bisher unbekannte Einsichten. Und das alles für weniger als 20 Euro!⁴

Kongressinformationen

6th International Course in Forensic Odontology - Personal Identification by Dental methods - OSLO 27.06. – 02.07. 2005

E-mail: solheim@odont.uio.no

Place: Dept. of Pathology and Forensic Odontology and Forensic Medicine, Univ. Oslo

Nordic forensic odontologists have for many years been well regarded for their systematic approach to identification, as have the police through Identification Commissions. Academic positions in forensic odontology have further added to the scientific background for our work. We want to share some of our techniques and experiences with you.

The International Organization for Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS) and the Nordic Organization for Forensic Odonto-Stomatology (NOFOS) in cooperation with the Department of Pathology and Forensic Odontology Dental Faculty, University of Oslo, Norway, invite you to a course in personal identification, with special emphases on dental methods.

Aim of the course:

to enable the dentist to perform dental identification in single cases as well as in mass disasters

to enable the dentist to participate in the reconstruction of the identity of a person when comparative identification is not possible

to enable the dentist to participate in a DVI team after a mass disaster and to handle identification programmes in computers

Topics:

Principles of comparative identification

- Theoretical aspects
- The INTERPOL forms
- Practical work in the mortuary
- Obtaining post-mortem dental status of a dead person
- Retrieving relevant information from dental records
- Comparison of ante- and post-mortem data
- Evaluation of similarities and differences
- Formulation of conclusions and summarising comparable details

Principles of reconstructive identification

- Estimation of age, sex, height, race, habits, social status, occupation, etc
- Theoretical aspects
- Practical training
- Contribution to the announcement for a missing person

Mass disasters

- Theoretical aspects
- The DVI team
- Manual and computerised mock accidents

Language: English

Fee: 900 Euro

⁴ Aus: Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift 59 (2004) 5, S. 275. Mit frdl. Genehmigung vom Rezensenten, Priv.-Doz. Dr. **Jens C Türp**, Basel (die Red.).

The 6 th International Congress on Dental Law and Ethics

IDEALS – International Dental Ethics and Law Society

von Yvo Vermylen, President of Ideals

In the final two decades of the 20th century, interest in the disciplines of dental ethics and law began to rise rather quickly. At the inspiring initiative of Dr. Yvo Vermylen (Belgium), the first International Congress on Dental Law was held in Belgium (Louvain 1992). Subsequent international congresses in Denmark (Copenhagen 1995) and the United Kingdom (London 1998) were expanded to include the field of dental ethics. More recently, two Dental Ethics Summits were held in the US (St. Louis 1998 and Nashville 2000). Half a dozen dental ethics textbooks appeared in various languages and the number of dental law textbooks grew larger as well. Various local societies for dental ethics and/or law were founded. But an international association had yet to be founded.

In late 1999, a number of experts in the field of dental ethics and law decided to explore the feasibility of a new international society. The group was expanded to a total of ten, representing as many different countries. This Planning Committee defined the nature and scope of the new society, its primary functions and structure. The Statutes were completed in the Fall of 2000, and the Society was formally incorporated in December of 2000.

The Founding Board first met on December 29-30, 2000, appropriately in Louvain.

Two more congresses were organized in Amsterdam (2001) and Omaha, USA (2003)

Mission Statement

The Society has been established to foster an international dialogue on the values guiding the practice of oral health care. This dialogue is intended to be multidisciplinary, involving the disciplines of dentistry and auxiliary oral health sciences on the one hand, and those of ethics and law on the other, as well as related disciplines such as philosophy, the humanities and the social sciences. The Society is open to all interested in partaking in this dialogue.

GENERAL INFORMATION

- Theme:** [Conflicts of Interest](#)
- Dates:** [Thursday October 20 - Saturday October 22, 2005](#)
- Location:** [Convitto della Calza](#)
Florence, Italy
- Program:** [Tentative Program](#)
- Submission & Registration:** - [Submission instructions](#) (not yet available)
- [Registration information](#)
- Information:** [Powerpoint presentation](#) (loads slowly!)
For additional information, please email: [Dr. Vilma Pinchi](#)
- Co-Sponsors:** - [International Dental Ethics and Law Society \(IDEALS\)](#)
- [National Association of Italian Dentists \(ANDI\)](#)
- University of Florence - Legal Medicine Institute

Keynote 1: Addressing the Conflicts of Interest. The different contribution of ethics and law
Prof. Vittorio Fineschi, University of Foggia
 The role of codes of dental ethics in resolving conflict of interests (Round table / practical session)
 Guidelines in dental practice: Average vs. excellent dentistry (Round table / practical session)

Keynote 2: Conflicts between the interests of the dentist and those of the patient
Dr. Bill O'Relly, Vice-president of the Australian Dental Association, Barrister
 Informed consent: Standards and forms (Roundtable / practical session)
 Introduction by **Prof Yvo Vermeylen, Belgium**

Keynote 3: Conflicts of interest between dentists' individual interests and those of the profession at large and society **Prof. Jos Welie**, University of Omaha(USA), ethicist, secretary of Ideals

Evaluation of dental damage (Roundtable / practical session)

Keynote 4: Conflicts of interest in dental research and publication
Dr. Suzanne Sutherland, expert in Evidence Based Dentistry, Canada
 ANDI Update course on legal dentistry (Practical course. Simulation of judicial management of malpractice cases with a judge, the attorneys, etc)

Keynote 5: Malpractice litigation
Prof. Arbarello, Director of the Institute of Legal Medicine, University Sapienza Roma,
 and **Prof. Manna** , Penal law, University Sapienza Roma

This congress program is designed for dental experts in penal and civil law, advisors of insurance companies, lawyers specialized in medical malpractice litigation and medical (dental) defense unions and insurance companies..

The growing number of conflicts of interest between the profession and society (patients, insurance companies, politics) is the main theme of the congress. We therefore focus on guidelines, on informed consent forms, on evaluation of dental damage and we also think that the session on malpractice litigation will be very interesting.

More information about Ideals, membership and the congress can be found on the website : www.ideals.ac

Tagungskalender 2004

22.-25. 09. Göttingen	83. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin	Info: wwwuser.gwdg.de/-ksatern/welcome.htm
6.-9. 10. St.Petersburg	5th Congress of the Baltic Medico-Legal Association	Info: Prof. Popov expertim@mail.ru
16. 10. Mainz	28. Tagung des Arbeitskreises AKFOS	Info: Dr. Dr. Röttscher roetzsch.klaus.dr@t-online.de
30. 10. Berlin	100 Jahr-Feier der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin	Info: Prof. Dr. Dr. hc. Schneider rechtsmedizin@medizin.fu-berlin.de

Tagungskalender 2005

28.06.-02.07. Oslo	6th International Course in Forensic Odontology	Info: Prof. Tore Solheim solheim@odont.uio.no
20.-22.10. Florenz	6 th International Congress on Dental Law and Ethics	Info: www.ideals.ac Yvo Vermylen, President of Ideals

HINWEIS:

Der [Newsletter1.2004.pdf](#) der International Organisation for Forensic Odontology (IOFOS) kann als PDF-Datei unter Adobe®Acrobat® 5.0 gelesen werden. Editor: Dr. Wencke Stene-Johansen, Parkveien 60, N-0254 Oslo

E-mail wenckesj@online.no