

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 Dento-Maxillo-Facial Sciences  
and the German Society of Legal Medicine  
ISSN 0947-6660

**AKFOS (2003)**

**Jahr 10: No.3**

*Lectori benevolentissimo salutem dicit*

**Editorial**

**70 Jahre danach**

In der deutschen Geschichte gibt es nicht viele Tage, von denen man sagen kann, dass sie die Welt verändert haben. Der 30. Januar 1933 war unbestreitbar ein solcher Tag. Mit der Ernennung von Hitler zum Reichskanzler begann eine zwölf Jahre dauernde Herrschaft – im Rückblick die deutsche Katastrophe - mit 55 Millionen Toten des von ihm entfesselten Zweiten Weltkrieges und annähernd sechs Millionen ermordeten europäischen Juden, dem Untergang des Deutschen Reiches und der über vierzig Jahre währenden Teilung Deutschlands und Europas<sup>1</sup>. Ein Kapitel in der deutschen Geschichte, dass sich nie wiederholen darf, schreibt *Hartmut Friel*, ehemaliger Chefredakteur der Zahnärztlichen Mitteilungen, 1997. 1996 und 1997 erscheinen in den Zahnärztlichen Mitteilungen acht Folgen zum Thema „Deutsche Zahnärzte 1933-1945“. Fast alle stammen von *Ekkhard Häussermann*, dem langjährigen Stellvertretenden Chefredakteur der Zahnärztlichen Mitteilungen, einem promovierten Historiker. Sie berichten vom Elend der Verfolgung - der Aberkennung der Approbation, dem Berufsverbot, von Emigration und von der Inhaftierung unserer jüdischen Kolleginnen und Kollegen<sup>2,3</sup>.

*Wilhelm Schulz*<sup>4</sup> schreibt: Von den 16.299 Zahnärzten im Jahr 1939 gehörten nur wenige der SS an und nicht mehr als 100 von diesen waren in den Konzentrationslagern und in Verwaltungsstellen tätig. In der Lagerorganisation selbst war der SS-Standortarzt Chef des „Ärztlichen Dienstes“, dem die SS-Truppenärzte und SS-Zahnärzte unterstanden. Daneben

<sup>1</sup> Winkler H.A. (2003) Die vermeidbare Katastrophe. In: Die Welt v. 30. Januar 2003: 27.

<sup>2</sup> Depmer U.W. (1993) Weg und Schicksal verfolgter Zahnmediziner während der Zeit des Nationalsozialismus. Diss. Kiel.

<sup>3</sup> Häussermann E (1994) Letzte Auswege waren Selbstmord und Emigration Zahnärztl Mitt 14/94: 16-22

<sup>4</sup> Schulz W (1989) Zur Organisation und Durchführung der zahnmedizinischen Versorgung durch die Waffen-SS in den Konzentrationslagern während der Zeit des Nationalsozialismus. Med. Diss. aus dem Medizinhistorischen Institut der Rheinischen-Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn.

gab es noch den „Zahnmedizinischen Dienst beim Reichsarzt-SS und Polizei“. Chef war SS-Oberführer Prof.Dr.med.dent. *Hugo Johannes Blaschke*, Leibzahnarzt Hitlers<sup>5</sup>.

Den NS- und SS-Zahnärzten oblag, zumindest in den Konzentrationslagern, die verwaltungsmäßige Erfassung des Zahngoldes. Sie überzeugten sich in den Krematorien der Lager von der Arbeit der Häftlingszahnärzte und –dentisten. Oft hatten bei Ausfall der SS-Zahnärzte ihre gefangenen jüdischen Kollegen aus den besetzten osteuropäischen Ländern oder auch deutsche Dentisten und Zahnärzte, die unter die „Nürnberger Gesetze“ fielen, und denen es nicht gelungen war ins unbesetzte oder neutrale Ausland zu fliehen, bei der zahnärztlichen Versorgung des SS-Wachpersonals einzuspringen.

Wir gedenken der Kolleginnen und Kollegen, die diese zwölf Jahre nicht überlebten.

Klaus Rötzscher, Speyer

---

***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 Odonto-Stomatology  
of the German Society of Dentistry and Oral Medicine 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: roetzsch.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 Benthhaus, Sekretär  
Goebenstraße 73, 46045 Oberhausen  
Tel (0208) 22 972, Fax (0208) 205 59 94, eMail: swbenthhaus@aol.com  
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@server3.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/roetzsch.klaus.dr>



**Nachruf**

**Medizinalrat Dr. Ernst Leistner**

geboren am 6. Oktober 1928 ist am 7. Juli 2003 verstorben.

Wir verlieren einen Kollegen und ein engagiertes Mitglied unseres Arbeitskreises.

Wir werden sein Andenken bewahren. Wir trauern mit seiner Familie.

**Requiescat in pace**

Der Vorstand und die Mitglieder von AKFOS

---

<sup>5</sup> Als Belohnung für die zahnärztlichen Behandlungen wurde er 1943 von Hitler zum Honorarprofessor ernannt. 1944 wurde er zum Generalmajor der Waffen-SS befördert.

**Programm der 27. Jahrestagung des Arbeitskreises**  
**Forensische Odonto-Stomatologie**  
**Mainz, Samstag, 18. Oktober 2003**  
**Johannes Gutenberg-Universität,**  
diesmal im Großen Hörsaal der Univ.-Frauenklinik - gegenüber der Zahnklinik  
Augustusplatz, 55131 Mainz

- |    |             |   |
|----|-------------|---|
|    | 09.00-09.10 | Eröffnung<br>Dr.Dr. Klaus Röttscher, Speyer   |
| 1. | 09.10-09.40 | Identifikation. Neue Untersuchungsergebnisse<br>Prof.Dr.odont. Tore Solheim, Oslo   |
| 2. | 09.40-10.00 | Röntgenologische skeletale Identifikation. Altersschätzungen.<br>Eine Kombimethode<br>Prof.em.Dr. Dieter Leopold, Leipzig   |
|    | 10.00-10.20 | Diskussion                      Kaffeepause   |
| 3. | 10.20-11.00 | Zur Organisation und Durchführung der zahnmedizinischen<br>Versorgung durch die Waffen-SS<br>in den Konzentrationslagern während der Zeit<br>des Nationalsozialismus<br>Dr. Wilhelm Schulz, Bad Neuenahr-Ahrweiler      |
| 4. | 11.00-11.20 | La pratique dentaire dans les camps du IIIème Reich<br>Dr. Xavier Riaud, St. Herblain, Frankreich   |
| 5. | 11.20-12.00 | The Dental Identification of A. Hitler<br>Dr. Michel Perrier, Polyclinique Dentaire Universitaire, Lausanne   |
|    | 12.00-13.45 | Gemeinsames Mittagessen      Diskussion   |
| 6. | 13.45-14.00 | Die Identifikation des Schädels von J.S. Bach durch Prof. His<br>(Anatom) 1895, plastische Gesichtskonstruktion,<br>unterstützt von Seffner. Bild-Bild-Analyse der `Bach-Bilder`<br>Prof.em.Dr. Dieter Leopold, Leipzig |
| 7. | 14.00-14.35 | DNA-Untersuchungen im Mordfall Kaspar Hauser. Die<br>Identifikation des Herzens von Ludwig XVII durch DNA-Test<br>Priv.-Doz.Dr. Heidi Pfeiffer, Münster   |
| 8. | 14.35-14.50 | Die DNA-Analyse-Datei – ein weiteres Standbein polizeilicher<br>Personenerkennung<br>KHK Alexander Bachmann, Bundeskriminalamt Wiesbaden  |
|    | 14.50-15.30 | Diskussion                      Kaffeepause   |
|    | 15.30-16.00 | Mitgliederversammlung<br>Tagungsende                      Verabschiedung  |

## **IDENTIFIKATION: NEUE UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE**

Identification. New results of examination

Tore Solheim, President of I.O.F.O.S., Oslo

Identifikation bedeutet, dass Gegenstand A und Gegenstand B dieselben Eigenschaften aufweisen. Das kann eigentlich nur sein, wenn es sich um ein und den selben Gegenstand handelt. Polizeitechnisch bedeutet Identifizierung, dass eine Person oder ein Gegenstand zu derselben Gruppe gehören oder dass es sich um denselben Gegenstand oder dieselbe Person handelt.

Bei neuen Untersuchungsergebnissen musste auch ich neue Erfahrungen machen.

### **Personenidentifizierung**

Man kann sagen, dass eine identifizierte Person zu einer Gruppe gehört (z.B. Deutscher zu sein). Doch wird man meistens verstehen, dass man identifiziert wird als ein toter Körper einer bestimmten vermissten Person. Die Identität einer toten Person, die man nicht von Anfang an kennt, wird festgestellt.

### **Wiedererkennen**

Oft wird die Identität einer toten Person dadurch festgestellt, dass ein Verwandter oder ein Bekannter die Person wiedererkennt. Wenn der Tote unversehrt ist, kann die Polizei diese Methode akzeptieren. Doch hat man erkannt dass diese subjektive Methode zu Fehlern geführt hat. Auch ist es oft so, dass die identifizierende Person nach einiger Zeit unsicher wird. Es ist ein großes psychologisches Trauma, tote Menschen zu sehen, und, wenn man für die Identität verantwortlich ist, steigt der Stress. Man kommt im Affekt, und, wenn man auch gern den toten Freund oder Verwandten erkennen will, hat man herausgefunden, dass man sich leicht irrt. Daher muss man „Wiedererkennen“ mit großer Vorsicht anwenden. In Zweifelsfällen muss man für eine Identifikation eine objektive Technik verwenden. Damit erspart man auch den Verwandten oder Freunden dieses psychologische Trauma. Ja oft fragen sie, ob man auf sie verzichten kann.

### **Identifikation**

Damit ist das Resultat eines objektiven Vergleichs von Informationen über eine vermisste Person in Bezug auf eine Leiche gemeint. Sie muss ausgeführt werden von Experten, die die vermisste Person nicht gekannt haben. Anderenfalls könnte man von seinen Gefühlen beeinflusst werden. In der Rechtsmedizin kann auch nicht der Arzt, der den Patient behandelt hat, die rechtsmedizinische Obduktion machen. So ist es auch bei der rechtsodontologischen Identifizierung; sie soll nicht von dem behandelnden Zahnarzt durchgeführt werden. In früherer Zeit ist das oft vorgekommen.

Wenn beim Vergleich viele Einzelheiten übereinstimmen, kann man objektiv davon ausgehen, dass es sich um dieselbe Person handelt. Wiedererkennen ist keine Identifikation.

### **Die Polizei ist für Tote mit unbekannter Identität verantwortlich**

In Deutschland wie in Norwegen ist die Polizei verantwortlich für Tote, bei denen die Identität unsicher ist. In anderen Ländern ist dies oft nicht so. In den englisch sprechenden Ländern, ist ein „Coroner“ oder „Medial Examiner“ verantwortlich. Auch in vielen romanischen Ländern ist ein Richter verantwortlich. Da kann die Polizei nichts machen und wird oft nicht zugelassen.

In Deutschland und Norwegen, wo die Polizei verantwortlich ist, muss sie die Identität feststellen. Dafür brauchen sie rechtsmedizinische, anthropologische und odontologische Experten zur ihrer Unterstützung und damit wird die Identifizierung zu einer Teamarbeit. Meiner Meinung nach ist die Polizei mit ihren nationalen und internationalen Kontakten am besten geeignet für die Identifizierungsarbeit, speziell nach großen Unfällen oder Katastrophen.

## **Methoden zur Identifizierung**

Viele Methoden oder Techniken können für die Identifizierung verwendet werden. Nun, die endgültige Identität soll nur nach Auswertung aller zusammenfallenden Einzelheiten (technische, rechtsmedizinische und odontologische) in dieser Sache festgestellt werden. Die Aufgabe der einzelnen Expertengruppen ist es, nur zu melden wie viele zusammenfallende Einzelheiten sie auf ihrem Gebiet zu der endgültigen Identifizierung beitragen kann. Der Zahnarzt ist zum Beispiel für die Identifizierung nicht verantwortlich. Das wäre ein Fehler, weil der Rechtsodontologe dann seine Rolle nicht verstanden hätte und wäre nur zum Schaden für unseren Berufsstand.

Nicht alle Einzelheiten und Methoden sind gleichwertig in der Beweiskraft. Das muss man in die Berechnung einbeziehen. Normalerweise muss man von der Leiche alle möglichen Aufzeichnungen machen, bevor man die ante-mortem Informationen kennt. Das bedeutet, dass man alle Experten einbeziehen muss, um die Leiche zu untersuchen.

## **Schemata**

Eine Identifizierung ist eine juristische Handlung und muss in einen juristischen Bericht geschrieben werden. Ein solcher Rapport muss nach gewissen Forderungen ausgefertigt werden. Wenn die relevanten Informationen in ein Schema inkludiert sind, kann man beim Rapport schreiben Zeit sparen. Auch ist es so, dass Experten mit weniger Erfahrung beim Vorliegen eines Schema Hilfe erhalten, so dass sie nichts vergessen.

Der Rapport einer rechtsodontologischen Identifizierung eignet sich gut zum schematisieren. So hat man auch in Skandinavien anfangs der 60-iger Jahre Schemata für Beschreibung und Konklusion hergestellt. In anderen Ländern hat man diese Idee aufgenommen, so auch in Deutschland. Interpol hat sich anfangs 1970 für solche Schemata interessiert und eine komplette Reihe für Polizei, Rechtsmediziner und Rechtsodontologen hergestellt. Die Interpol-Schemata sind in den vergangenen Jahren verbessert worden und sind nun für Computer angepasst. In vielen Ländern, zum Beispiel in allen skandinavischen Ländern benutzen Rechtsodontologen die Interpol-Schemata.

## **Nomenklatur, Abkürzungen und Codes**

Zahnärzte haben sich niemals auf eine einheitliches Nomenklatur und Abkürzung einigen können. Nicht einmal innerhalb eines Landes sind sich die Zahnärzte einig. Auch die Rechtsodontologen haben noch keinen Standard aufgestellt. International durch FDI und ISO wird das Zwei-Ziffer-System (Two-Digit-System), eine Nomenklatur zur Zahnnummerierung, empfohlen. Dieses System wird nunmehr in vielen europäischen Ländern verwendet. Sie haben auch Codes für die Oberflächen der Zähne empfohlen. M O D kennen wir, aber auch für die incisale Schneidekante der Incisiven soll der Code O verwendet werden. Weiter soll die linguale Zahnoberfläche immer mit L für lingual codiert werden, obwohl man im Oberkiefer gern palatinal sagt. Für die äußere Oberfläche soll immer der Code V für vestibulär verwendet werden, obwohl sie oft facial, labial oder bukkal genannt wird.

Das neue dänische Interpol Computerprogramm „ID-system“ hat, ohne dass es von Interpol oder anderen Organisationen akzeptiert worden ist, eine Reihe von Abkürzungen eingeführt. Diese Abkürzungen sind von drei Buchstaben gekennzeichnet. Es ist nicht speziell an die Identifizierung angepasst und nutzt nicht die Vorteile einer hierarchischen Reihe von Abkürzungen bei der Suche in einem Computer. Durch Kunstgriffe beim Suchen hat man jedoch teilweise diese Schwierigkeit umgangen.

Ich habe eine Reihe von Abkürzungen (Solheim 1997) vorgeschlagen. Diese Abkürzungen sind speziell für die Identifizierung entwickelt und sind hierarchisch aufgebaut. Daher eignen sie sich gut für die Suche in einem Computer. Erfahrungen haben gezeigt, dass man die richtigen vermissten Personen einfacher in einer großen Anzahl von Vermissten findet. Diese Reihe basiert darauf, dass man zuerst den Status des Zahnes nur mit einem Blockstabs erfasst. Folgendes wird benutzt: S = gesunder Zahn, C = kariöser Zahn, F = Zahn mit Füllung, K= Zahn mit Krone, W= nur Zahnwurzel, X = extrahierter oder fehlender Zahn im Mund, Y = Zahnalveole bzw. man weiß, dass dieser Zahn ante mortem anwesend war. Z= man hat keine Informationen über den Zahn.

Weitere Codes geben Restaurationsmaterialien und Oberflächen nach FDI wieder. Man kann auch die genaue Lokalisation auf der Oberfläche angeben mit einem „Drei Buchstaben Code“, wie mes für mesial und so weiter. Zum Beispiel F an M O-mes bedeutet, dass die okklusale Ausbreitung der Amalgamfüllung nur den mesialen Teil von der okklusalen Oberfläche umfasst. Das ist notwendig für eine genaue Beschreibung von Füllungen und könnte sehr wichtig für die Identifizierung sein. Es könnte auch exkludierend sein. Heute, wo junge Leute kleine und nur wenige Füllungen aufweisen, wird diese Möglichkeit wichtiger und wichtiger. Kein Computerprogramm hat diese Möglichkeit aufgenommen, aber wenn man „Text mode“ beim Interpol Programm verwendet, kann man diese Möglichkeit ausnutzen und auch die anderen Codes aus meiner Reihe anwenden.

## **Computer und Computerprogramme**

Viele Computerprogramme sind für die Identifizierung entwickelt worden. Oft ist es nur ein zahnärztliches Programm und nicht für den Rechtsmediziner oder Kriminaltechniker. Dieser Umstand ignoriert, dass Identifizierungen Teamarbeit ist. Interpol hat Schemata für die Identifizierung ausgearbeitet. Die meisten Programme können diese Schemata nicht ausfüllen, und daher muss man einen neuen Rapport für die richtigen Schemata machen. Das ist vielleicht nicht so wichtig bei nationalen Fällen, aber notwendig bei internationalen Fällen.

Am besten benutzt man das Programm um den Rapport zu schreiben. Daher muss das Programm eine vollständige Beschreibung von Zähnen und Kiefern zulassen. Das ist nicht möglich in den meisten Programmen.

Ich will hier nur über das neue dänische Programm „ID-system“ sprechen. Dieses Programm ist für Interpol ausgearbeitet. Es ist ein vollständiges Identifizierungs- Programm, wo nicht nur die zahnärztlichen Informationen sondern auch rechtsmedizinische und technische Informationen eingegeben werden können.

Dieses Programm ist ein vollständiges Programm, weil alle Teile der Interpol DVI Schemata enthalten sind. Diese kann man in ausführlichen und richtigen Rapporten ausschreiben. Das Such-Programm ist nicht so gut und speziell für die Zähne ist es kein „text retrieval“ Programm. Das hat man als ideal für Zähne und Zahnrestorationen befunden, aber das Programm wirkt. Es findet zum Beispiel eine O Amalgamfüllung obwohl andere Oberflächen gefüllt sind. Es findet jedoch nicht nur die einzige Person, die nur eine O Füllung hatte. Das Problem mit den Abkürzungen wird diskutiert. Es ist nicht so groß, dass man damit nicht leben kann und es gibt Möglichkeiten, dass man auch andere Abkürzungen verwenden kann.

## **Der Vergleich**

Der Vergleich ist die Technik, die man benutzt um die ante- und postmortalen Informationen zu vergleichen. Erst muss man untersuchen ob es Einzelheiten gibt, die die Identität ausschließen können. Man muss nach nicht übereinstimmenden Einzelheiten suchen. Oft findet man solche Einzelheiten, aber man muss die Identität nicht gerade ausschließen. Man muss fragen, ob diese Übereinstimmung erklärt werden kann? Es könnte eine Fehlregistrierung sein. Dann ist die Identität immer möglich. Man muss mit dem Vergleich fortfahren. Bei dem Vergleich muss man nun alle übereinstimmenden Einzelheiten notieren.

Wenn man die nicht übereinstimmenden Einzelheiten erklären kann, muss man die Identität ausschließen. Normalerweise schreibt man dann keinen Rapport, aber man muss der Polizei Bescheid geben, so dass sie nach anderen Möglichkeiten für die Identität suchen muss.

## **Auswertung**

Wenn man die zusammenfallenden Einzelheiten gefunden hat, muss man sie auswerten. Wie charakteristisch sind sie zusammen? Heute hat man nur wenige Frequenzuntersuchungen, und die man hat beruhen oft nicht auf der Population mit der man arbeitet. Daher muss der Rechtsodontologe seine Konklusion meistens auf seinen eigenen Erfahrungen aufbauen.

Wenn man es in Frequenzen berechnen will, kann man es so betrachten. Obwohl man nicht die wirkliche Frequenz kennt, kann er aus seiner Erfahrung sagen, dass diese Einzelheit nicht häufiger als zum Beispiel in 1 von 5 Patienten vorkommt. Wenn man viele Einzelheiten hat und diese nicht mit einander verbunden sind, kann man die gesamte Frequenz berechnen. Dann muss man die eine Frequenz mit der anderen multiplizieren. Das kann man auch machen obwohl man nur mit dem Ausdruck „nicht häufiger als...“ arbeitet.

Zum Beispiel, ob man sagt, dass man bei einer 70 jährigen Frau nicht mehr als 1 von 3 alten Frauen Totalprothesen im Oberkiefer findet. Die Frau hat auch eine M O Amalgamfüllung in Zahn 44. Man glaubt, dass das nicht mehr als 1 in 4 vorkommt. Zusammen wird das nicht häufiger als  $<1/3 \times <1/4 = <1/12$  Personen.

In Wirklichkeit sind die verschiedenen Einzelheiten oft mehr oder weniger mit einander verbunden. Zum Beispiel ist es sehr wahrscheinlich, wenn man eine Füllung am Zahn 26 hat, dass man auch eine am Zahn 16 hat. Statistisch muss man das korrigieren, aber wenn man die Korrelation nicht kennt, ist das sehr schwierig. Wir haben Untersuchungen darüber gemacht.

## **Konklusion**

Variierende Konklusionen von dem odontologischen Vergleich werden in verschiedenen Ländern benutzt. Wir wollen hier die Konklusionen, die Interpol aufgesetzt hat, präsentieren. Die stärkste Konklusion ist

### **1. Odontologische Identität festgelegt**

Diese Konklusion ist nicht ganz wissenschaftlich begründet. Es könnte sein, dass eine andere Person die zusammenfallenden Einzelheiten erfüllen könnte. Die Chance dafür muss sehr niedrig sein. Ich möchte vorschlagen - weniger als 1/10 000 Personen. Weiter muss der Rechtsodontologe selbst sicher sein, dass die Identität richtig ist. Das bedeutet auch, dass die odontologischen Beweise allein stehen könnten und es nicht einen anderen Beweis für die Identität gab. *Keiser-Nielsen* hat vorgeschlagen, dass man mindestens 12 uncharakteristisch zusammenfallende Einzelheiten finden muss, um diese Konklusion zu benutzen (Keiser-Nielsen 1980). Wenn einige von diesen charakteristisch sind, kann man die Anzahl reduzieren. Das ist vom Fingerabdruckvergleich inspiriert, aber basiert auch auf statistischen Betrachtungen. Heute gehen Fingerabdruck-Experten weg von solchen Normen. Sie wollen sich vorbehalten eine persönliche Abwägung zu machen, aber sie soll von zwei zertifizierten Experten bestätigt werden.

### **2. Odontologische Identität wahrscheinlich**

Hier hat man viele zusammenfallende Einzelheiten, aber man ist nicht ganz sicher, ob es sich um eine andere Person handeln könnte. Ich möchte sagen, dass die Wahrscheinlichkeit dafür, dass eine andere Person dieselben Einzelheiten hat  $< 1/100$  aber  $> 1/10\ 000$  ist. Das ist ganz weitgefasst und man könnte es mehr einteilen, aber das ist heute Unsinn weil man diese Möglichkeiten nur mit großen Unsicherheiten berechnen kann. Hier muss man auch andere kriminaltechnische oder rechtsmedizinische Einzelheiten haben, die für Identität sprechen um die endgültige Identifikation zu machen. *Keiser-Nielsen* (1980) hat vorgeschlagen, dass man mit 8 bis 11 zusammenfallenden uncharakteristischen Einzelheiten diese Konklusion benutzen kann.

### 3. Odontologische Identität möglich

Nun hat man nur wenige zusammenfallende Einzelheiten, aber keine, die bestimmt gegen eine Identität spricht. In diesen Fällen ist der Rechtsodontologen sehr unsicher, ob es sich um die richtige Person handelt. Meiner Meinung nach benutzt man diese Konklusion, wenn mehr als 1/100 Personen diese Einzelheiten aufweisen. Hier muss man viele starke andere Einzelheiten haben, die für Identität sprechen, um eine endgültige Identifikation zu machen. Nach *Keiser-Nielsen* (1980) muss man diese Konklusion benutzen, wenn man weniger als 8 zusammenfallende uncharakteristische Einzelheiten hat.

Wenn man sich für die Konklusion entschieden hat, muss man es rapportieren. Dafür haben die Interpol Schemata ein spezielles Formular. Hier muss man seine Konklusion ankreuzen. Weiter muss man die Grundlage für diese Konklusion angeben. Man schreibt dann, dass diese Konklusion auf so und so vielen Füllungen, Kronen, gesunden Zähnen, fehlenden Zähnen etc. beruht. Wenn es Einzelheiten gibt, die nicht passen aber erklärt werden können, muss man das beschreiben.

Schließlich soll die Konklusion von zwei Rechtsodontologen unterschrieben werden. Das ist die Qualitätssicherung. Daher müssen diese zwei Personen in ihrer Meinung übereinstimmen.

#### Wahrscheinlichkeiten

Da die Frequenzen der verschiedenen Restaurationen nicht bekannt sind, haben wir in Norwegen in einem großen Material eine Analyse über Restaurationsfrequenzen und ihre Korrelationen untersucht. Das Material bestand aus 2341 Personen einer großer sozialodontologischen Untersuchung in Trøndelag, Norwegen. Es wurde in 5-Jahresgruppen geteilt. Die Registrierungen waren spezifisch jeder Oberfläche zugeordnet, wie man es für Rechtsodontologie braucht. Nach Analyse mit dem SPSS Computer Programm bekam man interessante Resultate.

Hier sind die Resultate der Frequenzen von Füllungen und gesunden Zähnen der vestibularen Oberfläche aufgezeigt (Tabelle 1 und 2). Auch Resultate von der Frequenz-Analyse von Zähnen mit Amalgam-Füllungen und zahnfarbigen Füllungen, fehlenden Zahn/Zähnen oder Krone/Pfeiler in einer Brücke.

Vestibuläre Füllungen bei jungen Leuten (23-24 Jahre) sind sehr charakteristisch an allen Zähnen. In älteren Altersstufen ist es nicht so charakteristisch, aber die Frequenzen liegen zwischen 10 und 20 Prozent. Doch in dieser Tabelle zählen alle Zähne, auch die die extrahiert sind.

#### Tabelle 1

Prozent von Patienten mit vestibulären Füllungen im Oberkiefer Zähne

Alle = Das gesamte Material (n=2341 Personen)

Alterstufen: 1 (23-24 Jahre(n=454)), 2 (33-34 Jahre(n=522)), 3 (35-44 Jahre(n=477)), 4 (45-54 Jahre(n=439)), 5 (55-64 Jahre(n=449))

Zahn no.

Alter	11	12	13	14	15	16	17	18
Alle	7.9	8.7	9.7	7.9	6.6	16.9	19.0	1.3
1	3.3	0.7	1.3	0.9	1.1	4.6	5.7	0.4
2	5.1	4.2	2.9	3.6	2.7	21.3	14.4	0.6
3	7.5	10.1	9.9	6.9	4.2	25.2	30.6	2.3
4	12.3	13.0	16.4	15.0	13.4	18.9	24.4	1.8
5	11.1	15.4	18.5	13.6	12.5	11.1	17.8	2.0

Im Unterkiefer (Tabelle 2) fand man sehr selten vestibuläre Füllungen an Frontzähnen, aber häufiger an den Prämolaren und Molaren, auch in jüngeren Altersstufen.

**Tabelle 2**

Prozent von Patienten mit vestibulären Füllungen im Unterkiefer Zähne  
 Alle = Das gesamte Material (n=2341 Personen)  
 Alterstufen: 1 (23-24 Jahre), 2 (33-34 Jahre), 3 (35-44 Jahre)4 (45-54 Jahre),  
 5 (55-64 Jahre)

Zahn no.

Alter	31	32	33	34	35	36	37	38
<b>Alle</b>	2.2	2.3	8.3	13.4	13.9	46.5	32.6	4.7
<b>1</b>	0.2	0.2	0.4	1.1	0.9	34.8	14.5	1.7
<b>2</b>	0.8	0.8	1.9	5.7	7.7	59.4	28.4	5.4
<b>3</b>	0.8	1.7	6.9	11.9	13.4	59.5	43.8	3.8
<b>4</b>	3.2	4.1	12.3	20.7	23.7	41.5	44.2	6.4
<b>5</b>	3.1	5.3	20.0	27.4	24.1	27.6	27.8	4.7

Der Frequenz von Amalgam und zahnfarbenen Füllungen im Ober- und Unterkiefer sind angegeben (Tabelle 3). Welche Oberflächen sie umfasst ist nicht berücksichtigt. Amalgam in den vorderen Zähnen sind sehr charakteristisch, ebenso zahnfarbene Füllungen in Molaren und Prämolaren. Die Frequenz von den letzteren steigt, da viele Patienten heute beinahe nur zahnfarbene Füllungen in den Molaren haben möchten.

**Tabelle 3**

Frequenz (in Prozent) von Amalgam (am) und zahnfarbene Füllungen in Ober- und Unterkiefer Zähne. Mittelwerte von linker und rechter Seite sind angegeben

Zahn no.

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Oberkiefer</b>	<b>am</b>	0.05	0.15	0.15	1.6	2.15	15.8	19.0	1,4
	<b>t</b>	8.15	8.55	9.15	5.7	3.7	1.85	0.65	0,05
<b>Unterkiefer</b>	<b>am</b>	0.35	0.4	2.6	7.75	9.7	44.6	30.9	4,25
	<b>t</b>	1.5	1.85	5.8	6.05	3.95	2.5	1.2	0,2

Die Frequenzen von Kronen und fehlenden Zähne zeigen, dass Kronen an den Frontzähnen nicht so häufig vorkommen (Tabelle 4). Speziell fand man dies sehr selten im Unterkiefer.

**Tabelle 4**

Frequenz (in Prozent) von Kronen/Pfeiler in einer Brücke (K) und Fehlende Zähne (X) in Ober- und Unterkieferzähnen. Mittelwerte von linker und rechter Seite sind angegeben.

Zahn no.

		1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Oberkiefer</b>	<b>K</b>	5.65	5.85	3.35	6.35	5.95	2.3	0.7	0
	<b>X</b>	4.75	6.9	5.3	15.95	14.8	14.3	18.0	75.0
<b>Unterkiefer</b>	<b>K</b>	0.5	0.65	0.95	1.15	2.85	3.15	1.7	0.1
	<b>X</b>	1.35	1.55	0.95	8.95	12.25	18.75	18.75	73.4

Gesunde vestibuläre Oberflächen sind nicht so charakteristisch und man findet sie in einer Frequenz von 60 bis 80 Prozent (Tabelle 5). Die niedrige Frequenz an den Weisheitszähnen erklärt sich aus der Tatsache, dass viele dieser Zähne extrahiert sind. Daher ist dieser Zahn nicht vorhanden und kann nicht mit in die Statistik aufgenommen werden.

### Tabelle 5

Frequenz (in Prozent) von gesunden vestibulären Oberflächen im Ober- und Unterkiefer Zähne. Mittelwerte von linker und rechter Seite sind angegeben.  
Zahn no.

	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Oberkiefer</b>	80.7	77.9	80.9	69.9	72.4	65.0	61.1	22.85
<b>Unterkiefer</b>	96.2	95.2	89.0	74.6	70.2	30.6	46.3	21.4

Mit diesen Untersuchungen und in Zukunft auch weiteren an einem größeren Material sowie ethnischen und altersbedingten Verschiedenheiten haben wir uns einen Schritt an eine statistische Auswertung rechtsodontologischer Identifizierung genähert.

### Literatur

Keiser-Nielsen S (1980) Person identification by means of the teeth. Wright , Bristol  
Solheim T (1997) A hierarchical system for coding of dental information in reports and computer-assisted identification. J Forensic Odontostomatol 15:5-8  
Solheim T and Schuller AA (1999) Frequency of a particular filling as an indication of relative weight in identification. Presented at the IAFS meeting in Los Angeles

**Anschrift des Referenten:** Prof. Dr.odont. Tore Solheim,  
University of Oslo, Dental Faculty, Institute of Clinical Dentistry, Department of Pathology and Forensic Odontology, Boks 1109 Blindern, N-0317 OSLO, Norway

## RÖNTGENOLOGISCHE SKELETALE IDENTIFIKATION. ALTERSSCHÄTZUNGEN – EINE KOMBIMETHODE

Skeletal Identification. Age determination - A combined Method

Dieter Leopold, Leipzig

Altersbedingte Veränderungen an Kompakta und Spongiosa werden bei Skelett- und Einzelknochenfunden von Anthropologen und Rechtsmedizinern zum Zweck der Identifikation und Altersschätzung verwendet. *Hansen* (1953 und 1954) führte diese Untersuchungen am proximalen Humerus und an Femurepiphyphen erfolgreich durch. Bei einer Nachuntersuchung fiel auf, dass mazerationsbedingt Vakuolen und/oder Mark- bzw. Collumhöhen ein anderes Alter vortäuschen können (Leopold 1998). Gestützt auf die Arbeiten von *Garn* (1977) und *Virtaama* (1969) führte *Leopold* Folgestudien zur Altersbestimmung bei lebenden Probanden durch (Leopold u. Schäfer, 1993, 1998).

An insgesamt 500 Männern und Frauen wurden 1990-1995 die einfachen **radial (C1)**, **ulnar (C2)** oder **kombinierten (C1+C2)** Kortikalismessungen mittels Spezialzirkel ausgewertet (Genauigkeit + -- 1mm). Dabei konnten die geschlechtsspezifischen Unterschiede der Kortikalis von Männern und Frauen bestätigt werden, ferner die mit steigendem Lebensalter sinkende Kortikalisdicke (Leopold 1998). *Schinz* (1979) wies darauf hin, dass ab der Pubertät die Kortikalis bis in das hohe Alter an Stärke verliert.

Die Untersuchungen von Leopold ergaben, dass die Kompaktadicke bis zum 39. Lebensjahr zunimmt und ab dem 50. Lebensjahr signifikant dünner wird.

Differentialdiagnostisch zu beachten sind bei Messungen an den Metacarpalia der Einfluss des Berufs- bzw. der Freizeitgestaltung.

In Übereinstimmung mit *Meema* (1976) reagieren Radius rascher als Humerus. Die Altersunterschiede zwischen Adulten und Erwachsenen zeigten sich übereinstimmend an Metacarpalia II oder IV, Humerus, Femur und Tibia.

Für die forensische Praxis hat sich bewährt, die Beurteilung der Epiphysenlinie+Markhöhle an Leichenknochen mit der Kortikalanalyse zu verbinden. Bei Lebenden eignete sich die sog. Kombinationsmethode gut, d.h. die genauen Messungen an definierten Stellen von Metacarpale II oder IV (radial und ulnar = kombinierte Kortikalisdicke) links sowie die Kortikalismessung an Humerus und Femur.

Röntgenologisch sind genaue Altersdiagnosen zwischen 25 und 35 Jahren nicht sicher möglich (das Wachstum bei akzelerierten Personen endet erst mit 25 Jahren).

Individualdiagnosen lassen sich durch das Röntgenogramm der Stirnhöhlen sehr gut ergänzen.

Bei Massenunfällen ist die Kooperation mit erfahrenen Zahnärzten dringend anzuraten.

*Literatur beim Referenten*

**Anschrift des Referenten:**

Univ.- Prof. (em.) Dr.med. Dieter Leopold, Turmweg 22, 04277 Leipzig

**ZUR ORGANISATION UND DURCHFÜHRUNG DER  
ZAHNMEDIZINISCHEN VERSORGUNG DURCH DIE WAFFEN-SS  
IN DEN KONZENTRATIONSLAGERN  
WÄHREND DER ZEIT DES NATIONALSOZIALISMUS**

The organization and realization of dental treatment by the Waffen-SS in the  
concentration camps in the time of the Nationalsozialismus

Wilhelm Schulz, Bad Neuenahr-Ahrweiler

**Auschwitz – Nur ein Konzentrationslager?**

Kein anderer Name steht so sehr als Synonym für das brutalste Verbrechen gegen die Menschlichkeit wie **Auschwitz**. Dieses Konzentrationslager – das größte seiner Art im Machtbereich des nationalsozialistischen Deutschlands – wurde zum Schicksal einer ungezählten Anzahl von Menschen; so unvorstellbar wie die Zahl von einer Million ermordeter Juden, Zigeuner, Russen, Polen usw., so unvorstellbar sind auch die Qualen, denen die Häftlinge dieses und aller anderer Lager ausgesetzt waren.

Das Konzentrationslager **Auschwitz** war im Juni 1940 zunächst als vermeintliches Durchgangs- und Quarantänelager auf dem Gelände einer ehemaligen polnischen Artillerie-Kaserne errichtet worden. Es befand sich im Gegensatz zu anderen Lagern nicht in der Nähe von Industriegebieten, so dass sich dort zunächst keine Möglichkeit bot, Häftlinge in größerem Maße zu beschäftigen. Dies und die besonders verkehrsgünstige Lage gab Anlass zu der Vermutung, dass es sich eben nur um ein Durchgangslager handelte, von dem aus Gefangene aus Schlesien und aus dem Generalgouvernement (das ist der von den Deutschen besetzte Teil Polens, der nicht dem Großdeutschen Reich einverleibt worden war) in andere Lager innerhalb

Deutschlands geschickt werden sollten. Die ersten eintreffenden Häftlingstransporte (am 14. Juni 1940 trafen 728 polnische Häftlinge ein) waren hauptsächlich damit befasst, das Lager auszubauen und die benötigte Infrastruktur herzustellen und zu unterhalten. Bedingt durch die rasch fortschreitende Vergrößerung des Lagers sowie durch die Errichtung von Außen- und Nebenlagern waren in den ersten Monaten des Bestehens des Konzentrationslagers **Auschwitz** nahezu sämtliche Häftlinge mit derartigen Tätigkeiten beschäftigt. Um die Notwendigkeit des weiteren Ausbaus des Lagers zu erläutern sollen hier kurz die Aufgaben und die Zielsetzung des Systems der Konzentrationslager während der Zeit des Nationalsozialismus dargelegt werden.

## **1. Das System der Konzentrationslager**

### **1.1. Die Konzentrationslager von 1933 bis 1939**

Bereits kurz nach der Machtübernahme Hitlers im Januar 1933 errichtete *Heinrich Himmler*, der als „Reichsführer SS“ seit 1929 die Befehlsgewalt über die gesamte SS innehatte, am 22. März in Dachau das erste Konzentrationslager (abgesehen von einigen kleineren, sogenannten „wilden“ Lagern, die aber nur vorübergehend bestanden).

Dieses Lager diente zukünftig als Vorbild für alle später gegründeten Konzentrationslager; seine innere Gliederung lässt sich auf alle übrigen Lager übertragen. Selbst die Namen der dort eingesetzten SS-Angehörigen tauchen im Laufe der folgenden 12 Jahre zumeist in herausgehobenen Positionen in anderen Konzentrationslagern des Dritten Reiches oder in entsprechenden Dienststellen der SS in Berlin wieder auf. So war der zweite Kommandant des **KL Dachau** (die Abkürzung KZ wurde erst später – vermutlich des schärferen Klanges wegen – im allgemeinen Sprachgebrauch verwendet) SS – Oberführer *Theodor Eicke*, der nach dieser Verwendung Inspekteur aller Konzentrationslager wurde.

Formal war die SS in der Anfangszeit noch der SA und dessen „Stabschef“ *Ernst Röhm* unterstellt. Dies bedeutet zwar nicht, dass die Zustände in den Konzentrationslagern humaner gewesen sind; allerdings konnte die SS in ihrem Machtbereich nicht schrankenlos nach eigenem Gutdünken schalten und walten. Dies änderte sich erst nach dem sog. „Röhm – Putsch“, der am 30. Juni 1934 zur Entmachtung der SA und somit zur völligen Loslösung der SS von dem bisherigen Unterstellungsverhältnis führte. *Himmler* konnte nun seine Vorstellungen von den Konzentrationslagern als Bezirke „eigenen Rechts“ endgültig und ohne Rücksichtnahme durchsetzen. Die Lager sollten nicht den staatlichen Strafgesetzen unterstehen und der ordentlichen Strafjustiz gänzlich entzogen sein. In den Jahren 1933/34 waren überwiegend politische Gegner des nationalsozialistischen Regimes als Schutzhaftgefangene in die KL eingeliefert worden; in den Jahren 1934 bis 1937 wurden in zunehmendem Maße sog. „volkschädliche Elemente“ eingewiesen, worunter man in der NS-Terminologie Asoziale, Homosexuelle,

Gewohnheitsverbrecher, Bettler, Zigeuner und Arbeitsscheue verstand. Der Willkür stand nichts mehr im Wege.

Ab 1938 änderte sich der Charakter der KL wesentlich: Sie dienten als Arbeitskräftepotential. Die SS gründete Firmen, deren Niederlassungen sich in der Regel in unmittelbarer Nähe der Konzentrationslager befanden, bzw. bei denen Außenlager der KL eingerichtet wurden. *Reinhard Heydrich*, einer der Stellvertreter *Himmlers* und Chef des Gestapa („Geheimes Staatspolizeiamt“), brachte in einem Befehl vom 01. 06. 1938 zum Ausdruck, dass der Bedarf an Arbeitskräften für die errichteten Produktionsstätten ein wesentlicher Gesichtspunkt für die Verhängung von Schutzhaft und die Einweisung in Konzentrationslager sei. In der einleitenden Begründung des Erlasses wurde als Zweck der in dem Erlass angeordneten Aktion gegen „Asoziale“ im Reichsgebiet die „Ausschaltung von Personen, die der Gemeinschaft zur Last fallen“, zwar genannt, aber auch darauf hingewiesen, dass die straffe Durchführung des Vierjahresplanes den Einsatz aller arbeitsfähigen Kräfte es nicht zulasse, daß asoziale Menschen sich der Arbeit entzögen. Auffällig wurde auch im Jahre 1938 die Aktion gegen sog. Kriminelle und Asoziale forciert, wobei in den die Verhaftungsaktionen auslösenden Erlassen ausdrücklich angeordnet wurde, dass nur arbeitsfähige männliche und weibliche Personen festzunehmen seien. Ein starkes Ansteigen der Häftlingszahlen im Jahre 1938 war außerdem zurückzuführen auf die Expansion des Dritten Reiches (Österreich, Sudetenland) sowie als Folge der sog. „Reichskristallnacht“ am 09. 11. 1938, nach der etwa 20.000 bis 30.000 Juden in die Lager eingewiesen wurden. Allerdings wurden zum damaligen Zeitpunkt die meisten Juden nach kurzer Zeit wieder aus den KL entlassen, wenn sie sich verpflichteten, aus Deutschland auszuwandern. Das Jahr 1939 war bis zum Beginn des Krieges von rückläufigen Häftlingszahlen gekennzeichnet, wenn auch die Expansion des Reiches (Böhmen und Mähren wurde nach der Zerschlagung der Tschechoslowakei zum Reichsprotectorat ) fortschritt. Bis 1937 gab es praktisch nur drei Hauptlager der SS, womit der Verbund von Konzentrationslager, SS-Kaserne und SS-Siedlung gemeint ist: **Sachsenhausen** in Norddeutschland (SS-Totenkopfstandarte Brandenburg), **Buchenwald** in Mitteldeutschland (SS-Totenkopfstandarte Thüringen) und **Dachau** in Süddeutschland (SS-Totenkopfstandarte Oberbayern). Nach der Annexion Österreichs kam **Mauthausen** (SS-Totenkopfstandarte Ostmark) hinzu. Diese Lager wurden die großen Stammlager der SS, denen dann Außenkommandos angegliedert wurden. Zwar wurden bis September 1939 noch weitere KL in Deutschland eingerichtet, doch erlangten diese nie die Bedeutung der später in den besetzten polnischen Gebieten errichteten sog. „Vernichtungslager“.

## **1.2. Die Konzentrationslager von 1939 bis 1945**

In den oben aufgeführten Haupt- und Nebenlagern saßen zu Beginn des Krieges etwa 20.000 Häftlinge, meist Kriminelle, ein. Im Laufe

des Krieges erhöhte sich die Anzahl dieser Lager auf 394 Männer- und 17 Frauenlager mit ca. 540.000 Häftlingen (im August 1944). Neben anderen Gründen beruhte diese enorme Zunahme auf dem bereits 1938 beginnenden, sich mit Beginn des Krieges verschärfenden Arbeitskräftemangel. Von wesentlicher Bedeutung ist auch, dass die Häftlingsarbeit – neben dem ihr zugedachten „erzieherischen Charakter“ – zu einer wichtigen Erwerbsquelle der SS wurde: Beispielhaft sei hier der von der SS gegründete Betrieb **„Deutsche Erd- und Steinwerke GmbH“** (DEST) angeführt, der massenweise Häftlinge aus Konzentrationslagern in den ihm unterstellten Steinbrüchen, Ziegeleien und Kiesgruben beschäftigte. Gerade in den letzten Monaten ist diese verbrecherische Ausbeutung von Konzentrationslagerhäftlingen und Zwangsarbeitern Gegenstand vieler öffentlicher Erörterungen und somit tagesaktuell geworden: Es geht um die Entschädigung von Zwangsarbeitern im Zweiten Weltkrieg durch deutsche Firmen sowie durch die Bundesrepublik Deutschland. Ein Ende dieses Streits scheint derzeit gekommen; die staatliche Verantwortung liegt allerdings auf der Hand, zumal die SS, für deren Handlungen die Bundesrepublik Deutschland als Rechtsnachfolgerin des Deutschen Reiches einzustehen hat, nicht nur aktiv die Ausbeutung der Häftlinge durchführte, sondern Konzentrationslagerinsassen auch an andere Firmen gegen einen täglichen Lohn von 6 – 8 RM „verlieh“.

Diese Phase in der Geschichte der KL, in der die vornehmliche Aufgabe der Lager in der Ausbeutung der Arbeitskraft der Häftlinge für SS-eigene Interessen bestand, dauerte bis etwa Ende 1941. Ab diesem Zeitpunkt (die Offensive der deutschen Wehrmacht vor Moskau war zum Erliegen gekommen) war klar, dass der Krieg gegen die Sowjetunion nicht wie die vorangegangenen Feldzüge zu einem raschen Ende geführt werden könne; die aus dieser Einsicht resultierende Erkenntnis der Notwendigkeit einer vollständigen wirtschaftlichen Mobilisation aller Ressourcen schloss auch die Arbeitskraft der Häftlinge und Kriegsgefangenen ein. Augenfälliger Beweis für diese neue Aufgabenstellung der Konzentrationslager war im März 1942 die Eingliederung des Amtes des Inspektors der KL in das neugegründete SS-Wirtschafts- Verwaltungshauptamt (SS – WVHA), dessen Leiter bis zum Ende des Krieges *Oswald Pohl* war. (Das Amt „Inspekteur der KL“ war zuvor Teil des SS – Hauptamtes, wobei hier nicht auf die allfälligen Umgliederungen und Umbenennungen der SS-Hauptämter eingegangen werden kann) Das SS – WVHA bzw. das diesem als Amtsgruppe D eingegliederte Amt des Inspektors der KL war mit seinen vier Unterabteilungen zuständig für sämtliche Konzentrationslager, ohne allerdings selbst für die Einweisung der Häftlinge, d.h. die Verhängung der Schutzhaft zuständig gewesen zu sein.

Für die vorliegende Thematik wichtig ist das Amt D III unter Leitung von SS-Standartenführer Dr. *Enno Lolling*. Seine Bezeichnung war „Sanitätswesen und Lagerhygiene“ und es befasste sich mit der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung der SS-Angehörigen und

der Häftlinge sowie mit den hygienischen und sanitären Maßnahmen in den KL. Dr. *Lolling*, dessen Bezeichnung „Leitender Arzt KL“ lautete, war somit Vorgesetzter aller in den Konzentrationslagern eingesetzten SS-Ärzte, die sich ihrerseits in immer größer werdendem Maße der Häftlingsärzte bedienten. Hierauf gehe ich weiter unten noch ein.

Neben dem SS – WVHA entwickelte sich insbesondere nach der **Wannsee-Konferenz** Anfang 1942, in der die „Endlösung der Judenfrage“ beschlossen wurde, ein weiteres SS – Hauptamt zu einer zentralen Institution, die direkten Einfluss auf die Konzentrationslager nahm: das Reichsicherheitshauptamt (SS – RSHA). Dessen Leiter war bis zu seinem Tod *Reinhard Heydrich*, anschließend übernahm dieses Amt *Ernst Kaltenbrunner*. *Heydrich* war der Initiator der reinen Vernichtungslager wie **Belzec**, **Sobibor** und **Treblinka**. Hierbei handelte es sich um Lager, in denen nicht die Arbeitskraft der Häftlinge ausgebeutet werden sollte, sondern in denen die direkte physische Vernichtung der eingewiesenen Menschen betrieben wurde. Das RSHA, das auch die wesentlichen Aufgaben der Geheimen Staatspolizei durchführte, war außerdem zuständig für die Ausstellung der Schutzhaftbefehle und die Einweisungen und Entlassungen der Konzentrationslagergefangenen. In jedem Lager gab es eine politische Abteilung, die direkt dem RSHA unterstand, also vom WVHA losgelöst war. Somit konnte das RSHA direkt in die Konzentrationslager hinein agieren. Hierzu sei *Rudolf Höß*, der erste Kommandant des **KL Auschwitz** zitiert:

„Das RSHA erhob die schwersten Bedenken, als der RFSS (Reichsführer SS, *Heinrich Himmler*, d. Verf.) auf Pohls Vorschlag die Aussortierung der Arbeitsfähigen befahl. Das RSHA war immer für die restlose Beseitigung aller Juden, sah in jedem neuen Arbeitslager, in jedem Tausend Arbeitsfähiger die Gefahr der Befreiung, das am Leben bleiben durch irgendwelche Umstände. Keine Dienststelle hatte wohl mehr Interesse am Steigen der Todesziffern als das RSHA, das Judenreferat. Dagegen hatte Pohl den Auftrag des RFSS, möglichst viele Häftlinge zum Rüstungseinsatz zu bringen. ...RSHA und WVHA waren also genau entgegengesetzter Auffassung ...Die Konzentrationslager standen zwischen RSHA und WVHA.“

Die Konzentrationslager lassen sich somit in drei Kategorien unterteilen:

1. Die dem WVHA unterstellten Lager, die in erster Linie der Ausbeutung der Arbeitskraft und somit der Aufrechterhaltung kriegswichtiger Produktion dienten.
2. Die dem RSHA unterstellten Vernichtungslager **Belzec**, **Sobibor**, **Treblinka** und **Kulmhof** (in letzterem wurde im Dezember 1941 erstmals die Massentötung von Juden mit Giftgas, also Zyklon B durchgeführt).
3. Die Konzentrationslager **Majdanek** und **Auschwitz**, die sowohl als Arbeitslager, als auch als Vernichtungslager dienten. Gerade in diesen beiden war das Spannungsverhältnis zwischen WVHA und RSHA besonders evident, was auch aus der *Höß'schen* Beschreibung hervorgeht. (Ein Sonderfall der Konzentrationslager stellte **Theresienstadt** dar: Es unterstand zwar dem RSHA, war aber kein

Vernichtungs- oder Konzentrationslager im herkömmlichen Sinne. Es sollte ein Aushängeschild sein, das den Inspektoren des Internationalen Roten Kreuzes oder ausländischen Besuchern vorgezeigt wurde. Offiziell sprach man von einem Ghetto für „alte und bevorzugte“ Juden. Tatsächlich aber waren die Menschen auch in diesem Lager der Vernichtung preisgegeben. Von den insgesamt 150.000 Juden, die in das Ghetto Theresienstadt verbracht wurden, starben 35.000 innerhalb von vier Jahren in Theresienstadt selbst, 80.000 wurden in die Vernichtungslager im Osten gebracht (vor allem nach Auschwitz), so dass nur etwa 35.000 Insassen überlebten).

## **2. Das Konzentrations- und Vernichtungslager Auschwitz**

### **2.1. Das Stammlager Auschwitz**

Das bereits eingangs beschriebene Konzentrationslager **Auschwitz** ist das eigentliche Stammlager. Es bestand aus dem Schutzhaftlager, dies war ein umzäuntes Areal mit 28 Steingebäuden (sog. „Blocks“) und dem Kommandanturbereich, der sich außerhalb der Einfriedung befand. In 5 Blocks des Schutzhaftlagers war der Häftlingskrankenbau (HKB) untergebracht; die übrigen 23 Blocks waren zeitweise mit bis zu 700 Häftlingen je Gebäude belegt. Im Laufe der Zeit wurden die Steingebäude erweitert und aufgestockt. Die durchschnittliche Belegungsstärke des Stammlagers lag bei 18.000 Häftlingen. Außerhalb des Stacheldrahtes befanden sich das Kommandanturgebäude, das Verwaltungsgebäude und das SS – Reviergebäude, in dem neben der Apotheke, der Dienststelle des Standortarztes und dem SS – Revier auch die SS – Zahnstation und ein zahnärztliches Laboratorium untergebracht war. Dieses als **Auschwitz I** bezeichnete Lager bildete sowohl in militärischer Hinsicht (mit *Rudolf Höß* als Lagerkommandant an der Spitze) als auch hinsichtlich der medizinischen Versorgung der SS-Angehörigen und der Häftlinge (mit dem Standortarzt Dr. *Eduard Wirts* als Leitendem Arzt und diesem direkt unterstellt als leitender Lagerzahnarzt Dr. *Willy Frank*) die Oberinstanz aller in Auschwitz existierenden Neben- und Außenlager, auch wenn diese die Größe des Stammlagers teilweise um ein mehrfaches überschritten.

### **2.2. Das Lager Birkenau**

Das Lager **Birkenau**, auch als **Auschwitz II** bezeichnet, umfasste eine Fläche von 170 Hektar und ist als das eigentliche Vernichtungslager anzusehen. Mit den Bauarbeiten wurde im Oktober 1941 begonnen und praktisch nie beendet. Die Einteilung des Lagers erfolgte den Bauabschnitten entsprechend in B I bis B III, wo letzterer nicht mehr fertiggestellt wurde. Im Jahre 1943 waren im gesamten Lager etwa 100.000 Menschen untergebracht; es war geplant, eine Kapazität von 200.000 Häftlingen zu erreichen. Um das Lager herum befand sich wie beim Stammlager ein Stacheldrahtzaun

und tagsüber in etwas größerer Entfernung eine geschlossene Postenkette aus SS-Angehörigen, die evt. Fluchtversuche von Häftlingen während der Arbeit zu verhindern hatte. Das Gebiet innerhalb dieser großen Postenkette galt als Sperrgebiet und durfte nur mit einem besonderen Passierschein betreten werden.

Zwischen den Lagern B I und B II befand sich eine Rampe mit drei Schienensträngen, die ungefähr 500 Meter lang war und auf der die ankommenden Häftlinge „selektiert“ wurden. Außerdem gehörten zum **Lager Birkenau** zwei Bauernhäuser, die 1942 zu Vergasungsanstalten umgebaut worden waren. Ferner gehörten zum Lager die 1943 errichteten vier Krematorien mit Gaskammern, die die totale Vernichtung der menschlichen Überreste der vergasten Häftlinge ermöglichten.

**Birkenau** war das größte und, wenn man im Zusammenhang mit Konzentrationslagern überhaupt Superlative verwenden will, grausamste der Lager im Bereich der Standortkommandantur Auschwitz.

### **2.3. Das Lager Monowitz**

Im Jahre 1942 wurden aufgrund der bereits beschriebenen Notwendigkeit, die Arbeitskraft der Häftlinge in den Dienst der Rüstungsindustrie bzw. deren Zulieferer zu stellen, mehrere Nebenlager auf dem Gelände bzw. in der Nähe schon bestehender Industrieanlagen errichtet. Das bedeutendste dieser Nebenlager wurde das **Nebenlager Buna**, das in dem etwas außerhalb von Auschwitz gelegenen Ort Monowitz gelegen war. Ab November 1943 erhielt dieses Lager einen eigenen Lagerkommandanten und erhielt die Bezeichnung **KL Auschwitz III**. Fortan waren diesem Lager alle Nebenlager des KL Auschwitz unterstellt. In den Jahren 1942 bis 1944 entstanden insgesamt in Oberschlesien bei Hütten, Bergwerken und anderen Industrieunternehmen 26 Nebenlager. Eines dieser **Nebenlager war das Lager „Fürstengrube“**, welches gemeinsam mit dem **Nebenlager „Janinagrube“** Häftlinge für die Aktiengesellschaft Fürstengrube GmbH zu stellen hatte. Die Fürstengrube GmbH gehörte mehrheitlich zum IG-Farben Konzern und hatte die Aufgabe, Kohle als Rohstoff zur Produktion von synthetischem Kautschuk und Benzin an das ebenfalls IG-Farben eigene chemische Kombinat in Auschwitz zu liefern. Beide Nebenlager zusammen zählten 1943 etwa 1150 Häftlinge, 1944 etwa 2200.

An der Spitze jedes Nebenlagers stand ein vom Kommandanten des KL Auschwitz III ernannter Lagerführer. Dieser war verantwortlich für die Ordnung der Unterkünfte, der Objekte und Lagereinrichtungen, die Verpflegung der Häftlinge, ihre entsprechende Beschäftigung, ihre Arbeitseffektivität sowie eine gewisse Aufsicht über sie. Dem Lagerführer zur Seite stand ein Rapportführer, der verantwortlich war für die Durchführung der Appelle und den Zahlenstand der Häftlinge sowie die Organisation der Blockführer. Hinter dem Rapportführer rangierte in der SS-

Hierarchie der Arbeitsdienstführer, wobei diese Funktion allerdings häufig auch von einem Rapport- oder Blockführer ausgeübt wurde. Weitere SS-Angehörige waren der Leiter der Küche sowie ein „Sanitätsdienstgrad“ (SDG), dem die Überwachung des Häftlingskrankenbaus (HKB) oblag. SS-Ärzte gab es in keinem der Nebenlager; diese führten nur in mehr oder weniger regelmäßigen Abständen Visiten im HKB durch, wobei es im allgemeinen nur darum ging, die langwierig und wenig arbeitsfähigen Kranken zu „selektieren“, d.h. diese entweder in den HKB im KL Auschwitz III oder direkt ins Lager Auschwitz II, also nach Birkenau zu überstellen, was dem sofortigen Tode gleichkam.

### **3. Das Sanitätswesen im Konzentrationslager Auschwitz**

An der Spitze des Sanitätsdienstes innerhalb des Lagers stand der SS – Standortarzt, der seit Gründung des SS-Wirtschafts- und Verwaltungshauptamt direkt dem Chef der Amtsgruppe D III, dem „Leitenden Arzt KL“ unterstand. Dem Standortarzt nachgeordnet waren die SS – Truppenärzte, SS – Lagerärzte, SS-Zahnärzte und SS-Lagerapotheker.

Den Lagerärzten wiederum waren die Sanitätsdienstgrade als Gehilfen zugeteilt. Ihr Aufgabengebiet war die ärztliche Betreuung des Schutzhaftlagers sowie Überwachung der hygienischen und sanitären Einrichtungen des Lagers. Ihnen oblag auch die Untersuchung von Neuzugängen sowie die Überwachung der Verpflegung.

Dem Standortarzt unterstanden i.d.R. auch die Lagerzahnärzte. Allerdings hatten die SS-Zahnärzte eine gewisse Sonderstellung. Einerseits waren sie dem Standortarzt disziplinarisch unterstellt, andererseits erhielten sie unmittelbar vom „Leitenden Zahnarzt KL“ ihre Anweisungen. Äußerer Ausdruck dieser Zwischenstellung ist schon die Bezeichnung „Leitender SS-Lagerzahnarzt“, für die es unter den Ärzten kein Äquivalent gab.

Dem Lagerzahnarzt unterstanden die Häftlingszahnärzte, die in den Häftlingszahnstationen in erster Linie zur zahnärztlichen Behandlung der Häftlinge eingesetzt wurden. In Neben- oder Außenlagern kam es auch zur Behandlung von SS-Angehörigen, zumal wenn diese Lager weit entfernt vom Stammlager waren. In Auschwitz einschl. aller Nebenlager soll es ca. 40 Häftlingszahnstationen gegeben haben.

#### **3.1. Die zahnärztliche Behandlung der SS – Angehörigen**

Die SS-Zahnärzte behandelten in Auschwitz ausschließlich im Stammlager. Dort war die SS-Zahnstation im Kommandanturgebäude außerhalb des Lagers untergebracht, daneben befand sich noch ein zahnärztliches Labor. Die Behandlungen beschränkten sich auf die SS-Angehörigen sowie deren Familienangehörige, soweit sie im Einzugsbereich des Lagers wohnten. Aufgabe des Leitenden Zahnarztes bestand neben der Verantwortung für die gesamte zahnmedizinische Versorgung des Lagers in der Sammlung des Zahngoldes. Der zweite SS-Lagerzahnarzt war für die Behandlung der Wachmannschaften sowie der deutschen Zivilisten zuständig.

### **3.2. Die zahnärztliche Behandlung der Häftlinge**

Die Behandlung der Häftlinge lag in **Birkenau** und **Monowitz** ausschließlich in den Händen der Häftlingszahnärzte und -dentisten. Die Materialien und Instrumente, die für die zahnärztliche Behandlung der Häftlinge notwendig waren, wurden nicht vom zahnärztlichen Dienst beim SS-FHA gestellt. Um über dergleichen zu verfügen suchten die SS-Zahnärzte bei der Ankunft der Judentransporte direkt auf der Rampe in **Birkenau** „... Zahnärzte und Zahntechniker heraus zwecks Einstellung auf die Häftlingszahnstationen. Auch stellten (sie) zahnärztliche Instrumente und Medikamente für die Häftlingszahnstationen sicher.“ (Aussage des ehemaligen Leiters der Zahnstation Dr. *Willy Frank*) Da den Juden vor ihrem Abtransport aus den Heimatorten gesagt worden war dass sie „umgesiedelt“ würden, nahmen sie mit, was eben transportabel war. Bei der großen Anzahl von Menschen, die aus allen Teilen Europas nach Birkenau verbracht worden waren ergibt sich, dass sich darunter auch ein erhebliche Anzahl zahnmedizinischen Fachpersonals befunden haben müsste.

### **3.3. Überwachung der Entnahme und Sicherstellung von Zahngold**

Aufgrund der unmenschlichen Haftbedingungen, Unterernährung, Misshandlungen, Seuchen oder auch willkürlicher Mordaktionen kam es in allen Konzentrationslagern zu einer hohen Sterblichkeitsrate. Die SS, die zu Lebzeiten der Häftlinge an der rücksichtslosen Ausbeutung ihrer Arbeitskraft interessiert war, scheute auch nicht davor zurück, die Verstorbenen einer „wirtschaftlichen Verwertung“ zuzuführen. So gab es einen Befehl Himmlers, nachdem „... bei verstorbenen Häftlingen das etwa vorhandene Zahngold herauszunehmen und allmonatlich an den Leiter der Amtsgruppe D Amt 14 im SS-Führungshauptamt abzuliefern ist.“ Weiter heißt es, dass „... die Herausgabe von Zahngold von in Konz.-Lagern verstorbenen Häftlingen an die Angehörigen grundsätzlich nicht in Frage (kommt).“

Diesem Befehl zufolge ist das Zahngold der verstorbenen Häftlinge an den zahnärztlichen Dienst im SS-FHA und von dort an den zahnärztlichen Dienst beim Reichsarzt SS- u. Polizei weitergeleitet worden, der dieses Gold dann an den SS-Dienststellen zur Verfügung stellte oder es an die Reichsbank weiterleitete, da die Menge des Goldes den „Eigenbedarf“ bei weitem überschritt.

In den kleineren Konzentrationslagern waren die monatlich angefallenen Mengen an Zahngold naturgemäß nicht so erheblich wie in den Vernichtungslagern. So sind für **Buchenwald** etwa 170 Gramm belegt für einen Monat, in dem in **Auschwitz** über 18 kg zusammen gekommen waren. Wahrscheinlich sind dort nie weniger als 10 kg pro Monat „angefallen“, eine enorme Menge, zumal wenn man unterstellt, dass sicher vorher noch ein erheblicher Anteil des Zahngoldes von SS-Angehörigen oder auch Häftlingen entwendet worden ist.

In der Praxis befassten sich die SS-Zahnärzte nicht selbst mit der Entfernung des Zahngoldes bei verstorbenen Häftlingen. Sie entfernten das Zahngold nur, wenn sie dieses anlässlich einer normalen Behandlung eines Häftlings (was auch nur selten geschah) entdeckten. Die Entfernung des Zahngoldes oder auch anderer Edelmetalle aus den Mundhöhlen der Leichen oblag eigens zu diesem Zweck gegründeten Häftlingskommandos, die normalerweise aus Häftlingszahnärzten, -dentisten oder -Zahntechnikern bestanden. Den SS-Zahnärzten kamen lediglich Überwachungsaufgaben zu; oft wurde auch diese Aufgabe nicht von ihnen selbst, sondern von SS-Unterführern durchgeführt. Dann bestand die Aufgabe der SS-Zahnärzte nur noch in der Sammlung und Versendung des Zahngoldes.

Die in den Krematorien tätigen Häftlinge, die den Leichen die Goldzähne entfernen mussten, wurden auch „Einäscherungsdentisten“ genannt. Hierzu der Schreiber beim Standortarzt, *Hermann Langbein*: „Bevor die Leichen der Vergasten ins Krematorium gefahren werden – von den Gaskammern führen Loren zum Krematorium – werden ihnen die Goldzähne herausgerissen. Jüdische Häftlinge müssen das unter Aufsicht eines SS`lers machen, eines Oberscharführers, der als Assistent bei der Zahnstation des SS-Reviers Dienst macht.“

### **3.4. Beteiligung an der „Selektion“ arbeitsfähiger Häftlinge**

In den Konzentrationslagern **Auschwitz** und **Maidanek**, die sowohl als Konzentrations- auch als Vernichtungslager dienten, wurde beim Eintreffen der Häftlinge eine Selektion durchgeführt: Ärzte hatten darüber zu befinden, ob die betroffenen Häftlinge arbeitsfähig waren oder aber ob sie zur sofortigen „Vernichtung“ bestimmt waren. Zu diesem Zwecke mussten sich in Birkenau die Häftlinge unmittelbar nach dem Eintreffen des Transportes auf der Rampe aufstellen und wurden nach grober in Anscheinnahme in Arbeits- und Nichtarbeitsfähige eingeteilt. (In einer Art „Vor-Selektion“ sind bereits vorher die offensichtlich Kranken, Alten und Gebrechlichen aussortiert worden).

Als im Jahre 1944 die Häftlingstransporte stark zu nahmen („Ungarn-Transporte“) wurden in **Auschwitz** auch die SS-Zahnärzte und SS-Apotheker zum „Rampendienst“ eingeteilt, d.h. sie mussten diese aufs Tiefste unärztliche Aufgabe, die „normalerweise“ von den SS-Ärzten durchgeführt wurde, ersatzweise übernehmen. So führten auch die SS-Zahnärzte wiederholt Selektionen durch; diese endeten nicht mit der Entscheidung über Leben und Tod Häftlinge, sondern sie ging noch weit darüber hinaus: Im Anschluss an den Rampendienst wurden die zur Vergasung bestimmten Menschen zu den Gaskammern begleitet und dort wurde vom jeweiligen Arzt das Zeichen zum Einwerfen des Zyklon B gegeben. Weiterhin musste er die Anweisung zum Öffnen der Gaskammern geben, wenn nach seiner Ansicht alle dort eingeschlossenen Opfer tot waren. (Hierzu befand sich ein Guckloch in der Gaskammertür) Nach Öffnung der

Tür hatte sich der Arzt vom Tode zu überzeugen und die Leichen zur Verbrennung frei zu geben.

Dass hier die Aufgaben der Zahnärzte noch nicht aufhörten ist bereits unter 3.3. beschrieben: Sie kümmerten sich auch noch um die Verwertung der Leichen (Zahngold).

### **Zusammenfassung**

Das von der SS eingerichtete System der Konzentrationslager erwuchs in **Auschwitz** zu seiner schlimmsten Blüte. Nicht weil in den übrigen Lagern des Dritten Reiches nicht ebenso menschenverachtend gemordet worden wäre; nicht weil das Schicksal der Häftlinge dort ein schlimmeres gewesen sei; nicht weil es das größte aller deutschen Konzentrationslager war. In ihm zeigte sich die bürokratische Perfektion einer rassistischen Ideologie. Auf den Berufsstand der Ärzte bezogen heißt dies: Der Widerruf des hippokratischen Eides. Die Quellenlage ist eindeutig, die Schuld ist verbrieft: Hätte **Auschwitz** nicht stattgefunden, könnte man es sich überhaupt vorstellen? Aber es existierte, jeder Häftling hatte einen Namen, ein Gesicht. Auch die dort tätigen Ärzte und Zahnärzte hatten Namen und Gesichter. Und einen Daumen, mit dem sie über Leben und Tod bestimmten. Sie waren Täter, am Schreibtisch und an der Rampe.

### **Anschrift des Referenten:**

Dr.med.dent. Wilhelm Schulz, Schützchenstraße 8, 53474 Bad Neuenahr-Ahrweiler

## **DIE ZAHNÄRZTLICHE PRAXIS IN DEN KONZENTRATIONSLAGERN DES DRITTEN REICHS**

Dental Practice in the Concentration Camps of the 3rd Reich<sup>6</sup>

Xavier Riaud, St.Herblain, Frankreich<sup>7</sup>

Im Jahre 1933 wurde das erste Konzentrationslager unter Führung der SS in Dachau eröffnet. Dies war der Beginn einer Welt der Bestialität und des Terrors im wahrsten Sinne des Wortes.

Weshalb aber, unter dem Kontext der Tragik, der Herzlosigkeit, wo der geringste Hoffnungsschimmer alsbald niedergeschlagen wurde, dann zahnärztliche Behandlung ?

Faktisch existierten drei Formen:

- Die zahnärztlichen Experimente im Mund der Gefangenen
- Die Rückgewinnung von Zahngold und dessen Verarbeitung
- Die Zahnbehandlungen der Deportierten

### **Die zahnärztlichen Experimente**

- *Geschichte*

---

<sup>6</sup> Comité de lecture du 22 juin 2002 de la Société française d'Histoire de la Médecine.

<sup>7</sup> Der Beitrag ist in leicht eränderter Form erschienen in: Newspaper de l' Histoires des Sciences Médicales, tome XXXVII, n°2, June 2003 (*Anmerkung der Red.*).

Beim Eintreffen der Transporte selektierte der SS-Arzt Dr. *Mengele*<sup>1,2,3,11</sup> Kinder von Zigeunern, die ein Noma (Stomatitis ulcerosa *sive* gangraenosa) aufwiesen. Diese wurden exekutiert, dekapitiert und ihre Köpfe wurden an das Hygiene-Institut der SS nahe Auschwitz geschickt, wo histologische Schnitte angefertigt und die Erkrankung studiert wurde.

#### - *Anthropologie*

Prof. *August Hirt* von der Medizinischen Fakultät Strasburg<sup>10</sup> ließ 115 gefangene Juden in gutem Gesundheitszustand von Auschwitz, ins Lager Struthof-Natzweiler kommen. Er ließ sie vergasen und bearbeitete die Leichen so dass die Skelette und vor allem die Schädel gut erhalten blieben. In seinem Schriftwechsel mit dem SS Reichsführer Himmler gestand er, dass sein Ziel die Einrichtung eines Museums jüdischer Morphologie und Anatomie war.

In Dachau<sup>23</sup> gingen regelmäßig Aufträge zur Schädelbeschaffung ein, die dem gleichen Zweck dienten

In Buchenwald<sup>5</sup> führten die Nazis schließlich Experimente zur Entfernung der Köpfe durch.

#### - *Pharmakologie*

Dr. *Rascher*<sup>1,2,3</sup>, ein Nazi-Arzt, führte in Dachau ein Antikoagulantium ein, Polygal 10, das im Zahnarzttraum hauptsächlich an Gefangenen getestet wurde. Verliehen die Tests nicht zufriedenstellend, so wurden Wunden durch Schüsse künstlich provoziert.

#### - *Chirurgie*

Dr. *Munch*<sup>11</sup>, SS-Arzt in Auschwitz, war davon überzeugt, dass Zahngranulome die Ursache für Rheumatismus seien. Deshalb führte er zahlreiche Zahnluxationen bei den Gefangenen durch. In den Alveolen siedelte er Kulturen an. Daraus entnahm er ein Infiltrat, das er den Gefangenen injizierte.

Dieses Experiment führte nicht zum gewünschten Erfolg, hatte jedoch dramatische Folgen für die 'Versuchskaninchen'.

### **Die Rückgewinnung von Zahngold**

Sie geht zurück auf den Befehl von *Himmler*<sup>9,16</sup>, Reichsführer-SS, vom 23. September 1940, und der Verlautbarung des Befehls vom 23. Dezember 1942: «Systematisch vorzunehmen ist die Wiedergewinnung von Zahngold von Leichen und Goldzähnen von Lebenden, wenn die Zähne nicht mehr restaurierbar sind».

Nach der Vergasung wurde den Toten das Zahngold durch Mitgefangene<sup>7,8</sup> entnommen.

In der Goldschmelze der Krematorien<sup>12,13</sup> wurde Schwefelsäure zur Entfernung der Weichteile verwendet. Es wurden Goldbarren gegossen (Zylinder von 140g oder Halbkugeln von 500g<sup>4</sup>). Einmal wöchentlich sammelte ein SS-Offizier das Gold ein und übergab es zwecks Horten dem Lagerkommandant. Einmal monatlich oder jährlich wurde das Gold im Auftrag des Lagers in das Lager Oranienburg-Sachsenhausen bei Berlin transportiert. Dort wurde die gesamte Sammlung der SS-Plünderungen zentralisiert. Danach gelang das Gold in die Verwaltungszentrale der SS nach Berlin<sup>9,16</sup>, wo es nachts in die Keller der Reichsbank transportiert wurde. Das Gold wurde in traditionelle Barren gegossen und mit abgelaufenen Stempeln der Jahre 1935-1937 versehen, damit man glauben könnte, es entstamme der Vorkriegszeit. Der Wert wurde auf ein Konto der Reichsbank verbucht, unter dem fiktiven Namen *Max Heiliger*. Diese Schätze wurden dann regelmäßig in die Keller Schweizer Banken transportiert. Der Währungswechsel legalisierte somit die Herausgabe von Geld

an die Nazis, zur Beschaffung von Rohstoffen, die wiederum für Kriegszwecke bestimmt waren..

Aus einer Tonne Zahngold wurden so 500kg zurückgewonnen<sup>24</sup>. Aufgrund dieser Schätzung erhielten die Opfer des Holocaust eine Wiedergutmachung von 750.000 US\$. Dies ist eine Schätzung, die den zum Überleben notwendigen Tauschhandel unter den Gefangenen, und die Diebstähle durch die gesamten Verwaltungsdienstgrade in der Hierarchie der Lager hindurch nicht berücksichtigt.

Sicher ist: 25kg Zahngold wurden in Mauthausen und 100 bis 500g in Buchenwald während der gesamten Kriegszeit eingesammelt

## **Die Zahnbehandlungen der Deportierten**

### *Weshalb ?*

Bei der Ankunft der Transporte in den Lagern fand durch die Nazis die Selektion statt, wer in die Gaskammer geht, ursprünglich und vorwiegend jedoch Juden.. Die Personen mit gutem Gesundheitszustand nahmen an den Kriegsanstrengungen der Nazis teil und arbeiteten für sie. Ein Deportierter mit Zahnerkrankung arbeitet schlecht und ist unproduktiv. Deswegen, aus wirtschaftlicher Sorge, erhielt er zahnärztliche Behandlung.

### *Welche Zahnerkrankungen fanden sich ?*

Es gab nur geringen neuen Kariesbefall, was auf die zucker- und glukosearme Ernährung im Lager zurückzuführen ist. Bereits vorhandener Befall weitete sich aus und verursachte zahlreiche Pulpitiden und Abszesse.

Die Art der Ernährung führte in zahlreichen Fällen zu Avitaminosen<sup>14,17,21</sup>:

- Vitamin B (Glossitiden, Perlechien – Mundwinkelrhagaden,-geschwüre, Cheilitiden)
- Vitamin C (Knochenabbau, Gingivitiden, Zahnlockerungen, Zahnverlust)

Schließlich, als Folge wiederholter Schläge, Folterungen, Traumata: Bruch der Zahnkronen, der Zähne, der Kiefer.

### *Wie erhält man Zugang zu Behandlungen ?*

Vor 1939 musste der Deportierte in Buchenwald die Zahnbehandlung schriftlich bei der Verwaltung beantragen, die Behandlung war vorher an die Lagerverwaltung zu zahlen<sup>19</sup>.

Nach 1939 musste er die Befugnis beim Kapo, dem Chef der Baracke, einholen, der ihm eine Bescheinigung für eine Notfallbehandlung zukommen ließ. Oder er wurde auf die Gefangenenliste für die Zahnbehandlung auf der Krankenstation des Lagers am nächsten Tag gesetzt. Vielleicht hatte er Glück und kannte jemanden oder traf jemanden, der ihm Zugang dazu verschaffte. Außerdem entsprach es der Funktion des Kontextes und der Konfiguration der Konzentrationslager, dass ein SS-Beauftragter über den Zugang zur Behandlung entschied. Schließlich funktionierte die Heimlichkeit und Solidarität, die alles regelte.

### *Wer war für die Behandlung zuständig ?*

Die großen Lager verfügten über Zahnbehandlungseinrichtungen, in denen SS-Zahnärzte tätig waren (etwa 100 im Jahr 1939 von insgesamt 16.300)<sup>24</sup>. Professionelle Mediziner hatten die schwierige Aufgabe, die Schmerzen ihrer Kameraden mit oft prekären Mitteln zu lindern. Sie waren Ärzte, Zahnärzte, die eines gemeinsam hatten, nämlich ihre Deportation. Zahntechniker sahen sich gezwungen zu praktizieren. Es gab nicht selten solche, die weder Mediziner noch Zahnarzt waren

und völlig fachfremd improvisierten, was natürlich verheerende Folgen für ihre Patienten hatte.

- Die Kommandos verfügten nicht immer über das nötige Personal, um den zahnmedizinischen Bedürfnissen gerecht zu werden. Jedenfalls wurden die Gefangenen unter guter Bewachung begleitet.

Sie wurden zum Zahnarzttraum des Lagers  
zum Zahnarzt einer angrenzenden Stadt  
zu gefangenen Zahnärzten  
zu Zahnärzten einer benachbarten Reichsarmee geschickt.

- Wandernde Zahnarzausschüsse reisten von Lager zu Lager. Waren es SS-Mitglieder, so zogen sie die Zähne mit aller Gewalt. Waren es Gefangene, linderten sie das Leid Ihrer Religionsgenossen so gut es mit ihren geringen Mitteln ging.

### *Welche Art der Behandlung gab es?*

Grundsätzlich wurde erst einmal extrahiert. Es wurde aber auch Karies behandelt, Zahnbelag (Zahnstein) entfernt, Abzessdrainagen gelegt, Zahnfleisch wurde mit Chromsäure touchiert, Kiefer wurden fixiert, Zahnprothesen gab es nur wenige und selbstverständlich meist nur für Persönlichkeiten des Lagers (44 Fälle im August 1943 im Zahnarzttraum der Gefangenen von Auschwitz für eine Zahl von 100.000 Gefangenen). Über zahnerhaltenden Behandlungen, und über endodontische Behandlungen an Gefangenen wurde in Buchenwald (712 von März 1943 bis März 1945) und in den monatlichen Berichten der Zahnarztstation von Auschwitz (60 im Juni 1944) ein Register angelegt.

### **Statistiken**

1939 6 bis 8 Patienten im Zahnarzttraum der Gefangenen von Buchenwald  
1944 160 Patienten pro Woche bei einer Gefangenenzahl von 63.000 ebenfalls in Buchenwald  
1944 52 bis 63 männliche Patienten pro Woche und 27 bis 34 weibliche Patienten bei einer Anzahl von 100.000 Gefangener in Auschwitz

### **Schluss**

Die bekannteste der Praktiken war die Sammlung von Zahngold, aber ungeachtet des anekdotischen Beigeschmacks, ist die Existenz einer Zahnbehandlung bei den Deportierten unbestreitbar. Auch wenn Erkrankungen im Mund- und Zahnbereich nicht zum Tode führen, so konnten sie ein chronisches Leiden zur Folge haben, das weitgehend zum physischen und seelischen Verfall der Gefangenen beitrug. Unsere deportierten Kollegen opferten sich manchmal dafür auf, dieses und andere Leiden einzudämmen. Sie linderten die Schmerzen, halfen beim täglichen Kampf, begleiteten ihre Kameraden viel zu oft in den Tod und waren dabei Trost und Stütze. Man sollte sich immer an jene erinnern, die dort in den Tod gingen und auch an jene, die das Glück hatten von dort zurückzukehren, Niemals darf vergessen werden, damit sich die Geschichte nicht wiederholt.

## **SUMMARY**<sup>8</sup>

In the Concentration Camps, the Nazis made a mixing of National Socialism ideology, anti-Semitism and war effort. At the arrival of trains in the camps the Nazis selected the weakest inmates for the gas chambers, as far as they considered them to be "useless mouths". The healthy grownups were kept for productive use. However a person suffering from bad tooth was not profitable. Thus some inmate dentists were in position to give dental cares to a few prisoners as they had been allowed by the Nazis to work in precarious circumstances.

On the 23<sup>rd</sup> September 1940 *Himmler* ordered to pull out the dental gold from the alive prisoners or at their exit of gas chambers. The decree was reinforced on the 23<sup>rd</sup> December 1942. The product of gold became a mean to support war effort.

On the other hand few dental experiments have been performed by the SS doctors.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- (1) AZIZ P.: «*Les médecins de la mort*» Editions Famot, Genève, tomes 2 à 4, 1975
- (2) BAYLE F.(Docteur): «*Croix Gammée contre Caducée*» Imprimerie Nationale, Neustadt (Palatinat), 1950
- (3) BERNADAC C.: «*Les Médecins de l'Impossible*» Editions France-Empire, Paris, 1969
- (4) Figaro Magazine n 16324, cahier n 3, samedi 08/02/1997, p.22 à 25, Paris
- (5) Gedenkstätte Buchenwald, Weimar, Allemagne, communication personnelle, 2002
- (6) Gedenkstätte Dachau, Dachau, Allemagne, communication personnelle, 2002
- (7) Historia: «*Les circuits de l'or nazi*» n 609, Paris, Septembre 1997
- (8) KOGON E.: «*Les Chambres à gaz: secret d'Etat*» Editions de minuit, Paris, 1984
- (9) LE BOR A.: «*les banquiers secrets d'Hitler*» Editions du Rocher, Monaco, 1997
- (10) LE MINOR J.-M.: «*Les sciences morphologiques médicales à Strasbourg du XV<sup>ème</sup> siècle au XX<sup>ème</sup> siècle*» Presses Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, 2002
- (11) LETTICH A. (Docteur): «*34 mois dans les camps de concentration*» Thèse de Doctorat en Médecine, Paris, 1946
- (12) MÜLLER F.: «*Trois ans dans une chambre à gaz: Auschwitz*» Editions Pygmalion- Gérard Watelet, Paris, 1980
- (13) NYISZLI M. (Docteur): «*Médecin à Auschwitz*» Editions Famot, Genève, 1976
- (14) OBADIA Y.: «*Pratique dentaire dans les camps de concentration*» Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Lyon, 1975
- (15) Panstwowe Muzeum Auschwitz-Birkenau, Pologne, 2001 et 2003
- (16) PICAPER J-P.: «*Sur la trace des trésors nazis*» Editions Tallandier, Paris, 1998
- (17) RIAUD X. (Docteur): «*Pathologie bucco-dentaire dans les camps de concentration nazis. 1941-1945*» Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Nantes, 1997
- (18) RIAUD X.(Docteur): «*La pratique dentaire dans les camps du III<sup>ème</sup> Reich*» Editions L'Harmattan, Collection Allemagne d'hier et d'aujourd'hui, Paris, 2002
- (19) S.I.R. Bad Arolsen Bad Arolsen, Allemagne, communication personnelle, 1999
- (20) Staatsarchiv Nürnberg Nürnberg, Allemagne, communication personnelle, 1999

---

<sup>8</sup> Translation: C. Gaudiot (die Red.).

- (21) STROWEIS H.(Docteur): «*Pathologie bucco-dentaire dans les camps de concentration allemands. 1944-1945*» Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en Chirurgie Dentaire, Paris V, 1973
- (22) Service d'informations des crimes de guerre: «*Camps de concentration*» Editions Office français d'Etat, 1946
- (23) Yad Vashem, Jerusalem, Israël, communication personnelle, 1997
- (24) Zahnärztliche Mitteilungen: «*Deutsche Zahnärzte 1933 bis 1945*» 1996 und 1997

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

---

### **Vorbemerkungen zum folgenden Beitrag**

Am 250. Todestag des Thomaskantors Johann Sebastian Bach (21.3.1685 - 28.7.1750) hielt Prof. Dieter Leopold, Leipzig, seinen Vortrag „Craniofacial superimposition as a method of analysis from historical persons and comparing the features of the skull from J.S.Bach“ auf dem 9<sup>th</sup> IACI Biennial Scientific Meeting of the International Association for Craniofacial Identification (FACING THE MILLENIUM). Advances in Craniofacial Comparisons, hosted by the FBI, Laboratory Division, in Washington, DC (July 24-28, 2000).

In Ergänzung zu Buhmanns historischen Untersuchungen - seine Studien am Schädelabguss Bachs (His 1895)<sup>9</sup> und der „Seffnerbüste (neues Bach-Denkmal Leipzig). 10 Bildnisse verschiedenster Art (Silberstiftzeichnung, Stein-oder Kupferstich, Ölbilder) wurden mittels eigener Superimpositionstechnik (Trickbilddifferenz-Verfahren, von Helmer 1977, erweitert) überprüft nach den graduellen Ähnlichkeiten zum Bachschädel und schriftlichen Unterlagen von Verwandten zum Thomaskantor.

Am nächsten kommen dem wirklichen Gesicht von J.S.Bach die Silberstiftzeichnung (unbekannter Künstler), ein zu Lebzeiten gefertigtes Ölbild (wahrscheinlich von einem Verwandten aus Eisenachs Umgebung, Geburtsregion J.S.Bachs) und das allseits bekannte Hausmann-Ölbild. Drei Künstler verliehen Bach eine hohe Stirn. Die Superimposition der Seffner`Büste entsprach den Weichteildickenmessungen von His (Leichennadel-Ruß-Methode); aber Welcker wies, sofort nach Entdeckung der Röntgenstrahlen, Anfang 1896 nach, dass in Leipzig die Nasenspitze zu „dick“ modelliert wurde, und auch das Kinn nicht unseren heutigen Analysen entspricht (Leopold 1989).

Leopold nahm eigene Weichteildickenmaße Lebender von Mitteldeutschen unter Beachtung der Konstitution, nutzte auch ein von ihm spät aufgefundenes Ölbild von Hausmann aus dem Jahre 1740 (Original durch Bombenangriff 1944 vernichtet).

Die erste Gesichtsrekonstruktion der Welt führten His und Seffner 1895 aus - mit den damaligen Möglichkeiten - bestätigt durch anthropologische Nachuntersuchungen. Stieve (1951) wies die Asymmetrie der Bach`schen Orbitae nach, die Leopold in His handschriftlichen Aufzeichnungen der Expertise an den Rat der Stadt Leipzig fand.

Klaus Rötzscher, Speyer

---

<sup>9</sup> Bach zeigte mit ca 35-40 J. eine Ptose des re.Augenoberlids, die bereits HIS diagnostizierte und damals von einem Wiener Ophthalmologen überprüfen ließ.

**PLASTISCHE GESICHTSREKONSTRUKTION –  
UNTERSTÜTZT VON SEFFNER.**

**BILD-BILD-ANALYSE DER BACH-BILDER**

Plastic reconstruction of the face – supported by SEFFNER.

Image-Image analysis of BACH-paintings

Dieter Leopold, Leipzig

*His* sollte im Auftrag der Stadt Leipzig die Identität des Thomaskantors vor der Umbettung klären. Der Leipziger Anatom Prof. *His* fand 1895 neben der Johanniskirche in einem Eichensarg drei männliche Skelette. Im Eichensarg fand sich das Skelett eines 65jährigen Mannes mit besonderem Schädel (Abb.1): Scheitel höher als fliehende Stirn, niedrige Orbitae, links viereckig, rechts rundlich. *His* zeichnete die verschiedenen Schädelansichten (1894-1896) nach dem *Haußmann-Bild* (Abb.2)<sup>10</sup>.

***His*´ Diagnosen:**

Stark hervortretende arcus superciliares<sup>11</sup>- große Stirnhöhlen, tief eingesetzte, abwärts gerichtete Nase, Occiput<sup>12</sup> links länger, rechts kürzer; das könnte die Schräghaltung des Kopfes erklären. Unterkiefer vorstehend.



**Abb. 1 Bachschädel**



**Abb. 2 Haußmann-Bild**



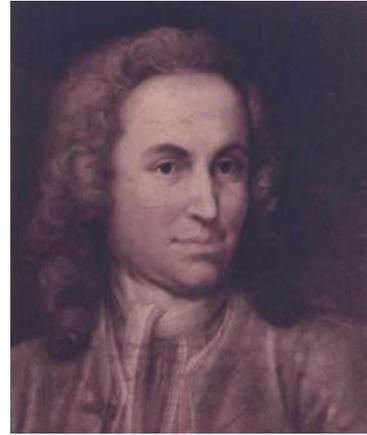
**Abb. 3 Superimposition Seffner**

Der Bildhauer *Karl Seffner* (Präsident der Kunstakademie) wurde von *His* gewonnen, „feinfühlig“ Weichteildicken (Gips) auf den Schädelabguss aufzutragen (Abb. 3), wobei *His* die ermittelten Maße von 37 Leichen (15 Punkte mittels Leichennadel-Ruß-Methode und verschiedenen Einstichrichtungen) erarbeitete.

<sup>10</sup> Der Dresdner Hofmaler Elias Gottlieb Haußmann malte Bach 1746. Das Ölbild brauchte Bach 1747 zum Eintritt in die 1738 von Lorenz Christoph Mizler gegründete Societät musicalischer Wissenschaften.

<sup>11</sup> Augenbrauenbögen.

<sup>12</sup> Hinterhaupt.

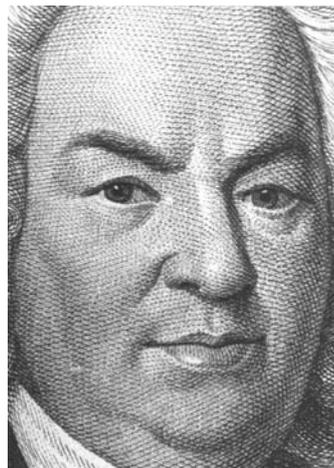


His verglich das Ergebnis mit zwei Bildern von Bach (er fotografierte den Gesichtsschädel und entdeckte die Asymmetrie – ohne diese in seinem Gutachten zu nennen – damals beachtete das niemand).

Der Künstler bedeckte zuerst eine Gesichtshälfte; die Merkmale konnten dadurch genau überprüft werden. Damit führten *His* und *Seffner* 1895 die erste wissenschaftlich begründete Gesichtsrekonstruktion der Welt aus, bestätigt durch anthropologische Nachuntersuchungen.

Die Superimposition der *Seffner`Büste* entsprach den Weichteldickenmessungen von *His*. *His* nutzte die *Welcker`sche* Profilanalyse, übersah jedoch, daß die Haut am Nasenrücken von oben nach unten dünner wird. Der Anatom *Welcker* (Halle) wies, sofort nach Entdeckung der Röntgenstrahlen 1895, darauf hin, dass in Leipzig die Nasenspitze zu „dick“ modelliert wurde und kritisierte *His* bezüglich Stirn und Nasenbeinende, der sah seine Fehler ein und korrigierte sich (1895).

Die Methodik der plastischen Gesichtsrekonstruktion ist heute weit verbreitet, sie wird in besonderen Todesfällen zur Identifikation eingesetzt (die *Normwerte stammen von Lebenden*); für damalige Zeiten - mit den damaligen Möglichkeiten - eine herausragende Leistung (Leopold 1989). Von mir wurden 15 Bilder und zwei Graphiken zu Johann Sebastian Bach videotechnisch mittels Superprojektion überprüft: die wesentlichen Weichteilmaße stimmen, das Untergesicht (*auch Doppelkinn*) ist meist zu dick, die Nase ebenfalls. Die Ptosis<sup>13</sup> war falsch dargestellt. Johann Sebastian Bach ist Pykniker; die Stirn ist 12mal zu steil.



## ZUSAMMENFASSUNG

**Johann Sebastian Bach (1685-1750)** - einer der bedeutendsten Vertreter des Spätbarock und einer der überragenden Komponisten der abendländischen Musiktradition, schuf über 1000 Kompositionen (Kammermusiken, Kantaten, Orchesterstücke, Orgelwerke, Passionen).

---

<sup>13</sup> Herabhängen des Oberlides durch Lähmung des M. levator palpebrae superioris.

Die Zeit bei dem kunstsinnigen Fürsten Leopold zu Köthen in den Jahren 1717-1721 gehört zu Bach's schöpferisch produktivsten Jahren (u.a. Brandenburgische Konzerte). Die erste musikalische Ausbildung erhielt er in Eisenach bei seinem Vater, dem Stadtmusikus J.A.Bach. Das wohltemperierte Klavier komponierte Bach als Thomaskantor in Leipzig (1722). Als Director Musici der Universität Leipzig wollte er der Mizler'schen Societät beitreten und brauchte dafür ein Bild, gemalt vom Hofmaler Haussmann 1746.

Leopold untersuchte bereits 1989 für das Fernsehen der DDR die bekannten Bildnisse (10) mit modernen Methoden, publiziert von New Scotland Yard, in: Fingerprint World.

Der Anatom Stieve (1951) fand Schädelbesonderheiten am Schädel von Bach (Form, Masse). Auf den Bachbildern ist eine steilgestellte Stirn dargestellt – angeblich typisch für Sachsen – Bach war aber Thüringer. Nach Studien von Leopold stellten die meisten Künstler den berühmten Thomaskantor mehr künstlerisch als anatomisch korrekt dar, in Anlehnung an Haussmann. Dieser war „Bilderfabrikant“. Die Perücken sind verschieden gemalt, auch die Jacke („Berufskleidung“). Die **Blepharochalasis** konnte Leopold am Schädel begründen. Die Bild- zu Bild-Analysen belegte er durch Superprojektion. Die Zähne variieren am vorhandenen Schädelabguss – präparatorisch bedingt? Leopold hat als einziger noch lebender Leipziger den echten Bachschädel vor seiner Umbettung in die Thomaskirche nicht nur gesehen, sondern 1957 auch vermessen.

#### **Literaturhinweise:**

Bessler H (1959) Die Gebeine und Bildnisse Bachs. Bach Jb: 130 – 148

Geck M (2000) Johann Sebastian Bach. Rowohlt Hamburg

Leopold D (1989) Craniofacial superimposition portrait of Bach and his skull. Fingerprint world, 15: 61-63

Ludewig R (2000) J.S.Bach im Spiegel der Medizin. Wachterpappel, Grimma bei Leipzig

Scharf JH (1972) Die historische Röntgen-Aufnahme zur Kontrolle der Rekonstruktion des Antlitzes Bach. Bach Jb: 91 – 94

#### **Anschrift des Verfassers:**

Univ.- Prof. (em.) Dr.med. Dieter Leopold, Turmweg 22, 04277 Leipzig

### **DNA-ANALYSE-DATEN - EIN WEITERES STANDBEIN POLIZEILICHER PERSONENERKENNUNG**

DNA-Analysis Data – another standing leg of personal identification by the police

Alexander Bachmann, Wiesbaden

Bei vielen Straftaten aus den unterschiedlichsten Deliktsbereichen wurden bei der Tatortarbeit schon immer Spuren menschlicher Herkunft gefunden, insbesondere Berührungs- und Kontaktsuren. Man denke hier etwa an Sperma bei Vergewaltigungsopfern, Blut oder Hautreste, Speichel an Zigarettenkippen, Gläsern, Gesichtsmasken oder Briefmarken, Schweiß in Handschuhen oder anderen Kleidungsstücken sowie ausgerissene oder ausgefallene Haare.

Bis zur Entdeckung der beweiserehlichen Möglichkeiten der DNA-Analyse zur Personenidentifizierung im Jahre 1984 durch A. Jeffreys, einem britischen Wissenschaftler waren diese Spuren (*bis auf Blut*) entweder gar nicht oder nur äußerst eingeschränkt forensisch auswertbar.

Die DNA-Analyse moderner Prägung hat diese Lücke geschlossen. Das bedeutet insgesamt eine erhebliche Erweiterung der Möglichkeiten bei der Auswertung von Sachbeweisen.

Mit der erreichten Verfeinerung der kriminaltechnischen Analyse-Methoden gelingt gar die Auswertung von Spuren im Bereich mikroskopischer Größenordnungen.

Bereits seit den 70er Jahren ist der Wissenschaft bekannt, dass die menschliche DNA nur zu ca. 5 % Erbinformationen ausweist, ca. 95 % sind informationsloses Füllmaterial. Aber genau dieser informationslose Teil ist es, der durch seine hochvariablen Merkmalsysteme bei der kriminaltechnischen DNA-Analyse Verwendung findet. Diese Merkmalsysteme bezeichnen bei jedem Menschen genau bestimmbare Abschnitte der DNA und werden in Zahlenwerte ausgeformelt. Die gesamte Zahlenreihe wird als „DNA-Identifizierungsmuster“ bezeichnet. In diesem wird also - entgegen immer wiederkehrender Behauptungen - kein Erbgut gespeichert, auch nicht in versteckter Form. Das Bundesverfassungsgericht hat in mehreren Entscheidungen 1995, 2000 und 2001 klargestellt, dass durch die Bestimmung des DNA-Identifizierungsmusters aus dem nicht codierenden Bereich der DNA der Kernbereich der Persönlichkeitsrechte nicht betroffen ist. Der Aussagegehalt eines DNA-Identifizierungsmusters entspricht dabei am ehesten dem eines Fingerabdrucks. Aufgrund des massiven Drucks durch die Öffentlichkeit, die insbesondere 1997 und 1998 durch verschiedene aufsehenerregende Sexualmorde an Kindern aufgeschreckt und in Unruhe versetzt worden war, wurde die DNA-Analyse-Datei Anfang 1998 durch den damaligen Bundesinnenminister Kanther beim BKA als Verbundsystem im Sinne des § 11 BKA-Gesetz eingerichtet.

Die DNA-Analyse-Datei ist jedoch - entgegen einem verbreiteten Irrtum - keine Datei allein des BKA, sondern das BKA stellt hierbei lediglich zentral die Software und die Rechnerkapazität zur Verfügung. Die Erhebung und Untersuchung von DNA-Proben erfolgt dagegen dezentral in den Landeskriminalämtern, im BKA und in rechtsmedizinischen Instituten sowie zum Teil auch in beauftragten privaten Instituten. Dies begründet sich in der ebenfalls dezentralen Durchführung der im Einzelfall zugrunde liegenden Ermittlungsverfahren. Anschließend wird die Speicherung der so gewonnenen Daten durch die Landeskriminalämtern und das BKA in der gemeinsamen DNA-Analyse-Datei durch geführt.

In der DNA-Analyse-Datei dürfen gemäß aktueller Rechtslage und Errichtungsanordnung DNA-Identifizierungsmuster von Beschuldigten, Verurteilten (*oder gleichgestellten Personen*) und Spuren gespeichert werden. Die DNA-Analyse-Datei macht damit Abgleiche bzw. Zuordnungen von sichergestellten Tatortspuren mit tatverdächtigen Personen und verurteilten Straftätern möglich.

Aus arbeitsökonomischen, aber auch aus finanziellen Gründen - eine DNA-Analyse kostet je nach Umfang zwischen 30 und mehreren hundert Euro - werden für die Erfassung in der DNA-Analyse-Datei standardisiert acht Merkmalsysteme ausgewertet. Darin enthalten sind sieben Merkmalsysteme, die den EU- und weltweiten Standard darstellen. Acht Merkmalsysteme reichen aus, um eine Person genügend eindeutig zu identifizieren, denn nach der statistischen Wahrscheinlichkeit ist dieses Muster nur einmal unter mehreren hundert Millionen Menschen zu erwarten.

Ein Standard-DNA-Identifizierungsmuster kann sich etwa so darstellen:

<i>Merkmalsystem</i>	<i>Allel-Werte</i>
SE 33	19/20,2
D21S11	28/32
VWA	16/17
TH01	7/9,3
FIBRA	21/25
D3S1358	15/16
D8S1179	10/13
D18S51	18/21

DNA-Identifizierungsmuster in der DNA-Analyse-Datei unterliegen - entgegen in der Presse immer wiederkehrenden Behauptungen - wie andere personenbezogene Daten auch festen Aussonderungsprüffristen.

Diese betragen für Erwachsene 10 Jahre und für Jugendliche 5 Jahre. Kommen in diesen Zeiträumen keine weiteren polizeilich relevanten Informationen hinzu, wird das jeweilige DNA-Identifizierungsmuster im Regelfall vernichtet.

Begründet in der noch unklaren Rechtslage im Jahr 1998 lagen die Einträge in der DNA-Analyse-Datei bis Ende 1998 nur bei wenigen hundert Datensätzen. Nach Einführung des DNA-Identitätsfeststellungsgesetzes (DNA-IFG) und nachdem die rechtlichen Voraussetzungen bundesweit dienstkundlich flächendeckend in den Polizeidienststellen umgesetzt waren, stieg die Anzahl der Datensätze ab dem 1. Quartal 1999 stark an.

Aktuell (Ende August 2003) werden bundesweit monatlich insgesamt etwa 6.000 bis 7.000 Datensätze in der DNA-Analyse-Datei erfasst. Ende August 2003 waren insgesamt etwa 300.000 Datensätze erfasst, 256.000 Personendatensätze und 44.000 Spurendatensätze.

Parallel zu diesem steilen Anstieg verlief die Trefferentwicklung. Dabei wurden umso mehr Treffer erzielt, je mehr Datensätze in der Datei gespeichert waren. Bis zum 2. Quartal 2003 erfolgten insgesamt 13.209 Treffer, davon 9.254 Tataufklärungen (Treffer Person-Spur).

Bei den betroffenen Straftaten lag der absolute Schwerpunkt bei Diebstahlsdelikten, in weitem Abstand gefolgt von Raub und Erpressung, Sexualdelikten und Tötungsdelikten.

Die Aufklärungsquote lag zuletzt (Ende Juni 2003) bei 21,4 %. Das bedeutet, mindestens jede fünfte Spur führte zu einem Treffer mit einer Person.

Bemerkenswert hierbei ist, dass nicht nur aktuelle Straftaten aufgeklärt werden, sondern es auch in vielen zurückliegenden Fällen immer wieder gelingt, durch Analyse fachmännisch gesicherter und aufbewahrter und somit noch auswertbarer "alter" Spuren den damaligen Spurenleger zu ermitteln. Der älteste im BKA bekannt gewordene Fall liegt 30 Jahre zurück und konnte im Jahr 2000 geklärt werden.

Um kaum eine andere strafprozessuale Maßnahme wurde und wird immer noch so kontrovers diskutiert und gestritten wie die DNA-Analyse. Die Einführung und bis dato nicht abgeschlossene Weiterentwicklung der einschlägigen Rechtsnormen ist ein Abbild dieser Kontroverse.

So dauerte es allein bis über ein Jahrzehnt nach Entdeckung der kriminalistischen Beweismöglichkeiten der DNA-Analyse, bis die obersten Gerichte in Deutschland – BGH und BVerfG (*Bundesgerichtshof und Bundesverfassungsgericht*) klargestellt hatten, dass die Untersuchung des nicht codierenden Bereiches der DNA keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken begegnet. Allerdings wurde eine spezialgesetzliche Regelung für die DNA-Analyse angemahnt.

Letzteres nahm der Gesetzgeber zum Anlass, im April 1997 mit einem Strafverfahrensänderungsgesetz die DNA-Analyse in die Strafprozessordnung einzuführen (*insbes. Einfügung der neuen §§ 81e und f StPO*), gefolgt vom DNA-Identitätsfeststellungsgesetz (DNA-IFG) im September 1998 (*Einfügung des neuen § 81g StPO*).

Molekulargenetische Untersuchungen dürfen danach nur zur Feststellung der Tatsache durchgeführt werden, ob aufgefundenes Spurenmaterial von dem Beschuldigten oder dem Verletzten stammt und erfolgt durch Erstellung des DNA-Identifizierungsmusters.

Weiter hatte der Gesetzgeber die Voraussetzung des richterlichen Beschlusses eingeführt. Ein richterlicher Beschluss muss auch für an einem Tatort aufgefundenenes

Spurenmaterial eingeholt werden. Einige Bundesländer halten bei Personenproben neben dem richterlichen Beschluss auch Freiwilligkeit für zulässig.

Während im laufenden Strafverfahren die DNA-Analyse grundsätzlich bei jeder Straftat erlaubt ist, erfolgt eine Speicherung von DNA-Identifizierungsmustern in der DNA-Analyse-Datei nur bei Straftaten „von erheblicher Bedeutung“. Als weitere Voraussetzung für eine Speicherung muss eine Wiederholungsgefahr für schwere Straftaten begründet werden. Die gleichzeitige Ausdehnung der Möglichkeit der Speicherung von Personen auf bereits Verurteilte (§ 2 DNA-IFG) machte die enorme Menge der nachträglich zu überprüfenden Personen zu einem echten Problem. Es wurde eine nochmalige Änderung des DNA-IFG im Juli 1999 mit der Einführung der zeitlich begrenzten Möglichkeit einer Rasterabfrage von Verurteilten im zentralen Verurteiltenregister (*Bundeszentralregister*) notwendig.

Aktuell (August 2003) ist eine Gesetzesänderung in Vorbereitung, über „Straftaten von erheblicher Bedeutung“ hinaus auch geringwertigere Sexualstraftaten in der DNA-Analyse-Datei erfassen zu können. Selbst dies geht einigen Politikern noch nicht weit genug, es stehen noch deutlich darüber hinausgehendere Forderungen im Raum.

***Anschrift des Referenten:*** KHK Alexander Bachmann, Bundeskriminalamt Wiesbaden

---

**RECHENSCHAFTSBERICHT DES VORSTANDES**  
**ZUR MITGLIEDERVERSAMMLUNG**  
**27. Jahrestagung 18.Oktober 2003**  
General Assembly Report

Klaus Rötzscher, Speyer

1. Rechenschaftsbericht des Vorstandes - Aktivitäten des Arbeitskreises (4/2002-3/2003)
  - 1.1 Bericht des 1. Vorsitzenden Dr.Dr. Klaus Rötzscher, Speyer
  - 1.2 Bericht des 2. Vorsitzenden Univ.-Prof. Dr.Dr. Ludger Figgenger, Münster
2. Entlastung des Vorstandes
3. Verschiedenes
4. Vorstandswahlen
1. ***Rechenschaftsbericht des Vorstandes. Aktivitäten des Arbeitskreises (4/2002-3/2003)***

**1.1** Der Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin hat 2002 einen nach Professor GÖSTA GUSTAFSON benannten Preis ins Leben gerufen.<sup>14</sup> Der Preis wurde erstmals auf dem 16. Meeting der International Association of Forensic Sciences (I.A.F.S.) und der International Organization of Forensic Odonto-Stomatology (I.O.F.O.S), Montpellier, Frankreich. (2.-7.9.2002) vorgestellt. Die ersten Preisträger waren: Prof.Dr.odont. Tore Solheim, Oslo, Norwegen und Prof.Dr. Cyril J Thomas, Sydney, Australien.

**1.2** Im Jahr 2004 wird der Preis an das New York City Medical Examiner's Dental Identification Team (WTC ID Team), dessen Leiter, Chief Forensic Dentist Dr. Jeffrey Burkes, und an Dr, James McGivney, St. Louis, vergeben werden als Anerkennung für die Identifizierungsarbeiten der Opfer vom World Trade Center New York. Zur Zeit liegt deren offizielle Zahl bei 2.792.

---

<sup>14</sup> Siehe Newsl AKFOS (2003) Jahr 10: No.1: 4-6 (die Red.).

291 vollständige Leichen und mit der Zeit immer mehr Leichenteile wurden geborgen. Insgesamt wurden 19.936 Leichen und Leichenteile in die Rechtsmedizin gebracht. Mit konventionellen Methoden (Zahnstatus, Fingerabdrücke, Röntgenabgleiche, Tätowierungen etc.) konnten 1.402 Opfer identifiziert werden. Seitdem wird nur noch per DNA gearbeitet.

Der Gösta Gustafson Award wird vom Vorstand des Arbeitskreises in Anerkennung der Verdienste um die forensische Odonto-Stomatologie vergeben. Die Veröffentlichung der mit dem Gösta Gustafson Award ausgezeichneten Persönlichkeiten wird von der DGZMK gefördert.

**1.3** Am 16. Oktober 2002 verlieh der Ministerpräsident des Landes Rheinland-Pfalz in der Staatskanzlei in Mainz im Auftrag des Bundespräsidenten **Herrn Univ.- Prof. Dr.med. Dr.med.dent. Rolf Endris** das **Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland am Bande** u.a. als Anerkennung für seine Arbeit bei neunzehn Katastropheneinsätzen im In- und Ausland. Prof. Endris ist Mitglied unseres Arbeitskreises.

Günter Flossmann, Direktor des LKA Sachsen-Anhalt, Magdeburg, Klaus Rötzscher, Speyer

Das neue Logo unseres Arbeitskreises wird auf der Titelseite der Newsletter gemeinsam mit dem Logo der DGZMK und dem Logo der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) verwendet:



Der Newsletter AKFOS ist 10 Jahre alt geworden. Er berichtet wie bisher dreimal jährlich aus allen Bereichen des Arbeitsgebietes. Damit wurde der Kontakt zwischen dem Vorstand, den Mitgliedern und den Interessenten des Arbeitskreises intensiviert und transparent. Dies drückt sich auch in der steigenden Zahl der Mitglieder und Interessenten aus.

Zu allen Jahrestagungen des Arbeitskreises erhalten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den aktuellen Newsletter mit den Beiträgen der Vortragenden.

Die aktive Mitarbeit von Leserinnen und Lesern fördert durch die Vielfalt der Einsendungen die Attraktivität der Newsletter. Dafür herzlichen Dank!

Der Arbeitskreis zählt z.Zt. über 190 Mitglieder.

#### **Die Internet - Homepage**

Über die Homepage können alle seit 1994 im Newsletter erschienenen Beiträge abgerufen werden, ebenso die aktuellen Informationen (*inzwischen sind >2360 Abfragen über Webtracker erfolgt*).<sup>15</sup>

#### **1.1.1 Bericht des 1. Vorsitzenden Dr.Dr. Klaus Rötzscher, Speyer**

##### **Fortbildungen, Kongresse, Veranstaltungen (5)**

1. 6. Treffen im Institut für Rechtsmedizin im Universitätsklinikum Charité der Humboldt-Universität zu Berlin bei Univ.-Prof. Gunther Geserick. (14.-15.3.2003),
2. BAFO-Meeting, Glion-sur-Montreux, Schweiz, Hotel Victoria (9./10.5.2003)
3. 33. Treffen der Oberrheinischen Rechtsmediziner, Heidelberg (16./17.5.2003),
4. 82. Jahrestagung der Dtsch. Gesellschaft für Rechtsmedizin, Münster (17.-20.9.2003):

<sup>15</sup> Gruppierung der DGZMK: Forensische Odonto-Stomatologie <http://zahnheilkunde.de/dgzmk/set2.htm> bzw. <http://home.t-online.de/home/roetzsch.klaus.dr/>

- V-52 Laborier C, Bonnetain JC, Rötzscher K: Das Concorde Flugzeugunglück Air France BTSC AF 4590, Paris 25. Juli 2000,  
 V-35 Grundmann C, Rötzscher K: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit bei der Identifizierung eines unbekanntes Leichnams,  
 5. XIII<sup>ème</sup> Congrès de l' Association Française d'Identification Odontologique (A.F.I.O.), Lyon (25.-27.9.2003),

**Publikationen im Berichtszeitraum (6)**

1. Rötzscher K (2003) Forensische Odonto-Stomatologie, in: Madea B, Brinkmann B, Handbuch gerichtliche Medizin, Springer Berlin Heidelberg, Bd. 2, S. 1493-1728,
2. Rötzscher K (2003) Die forensische Zahnmedizin – eine forensische Wissenschaft. Dtsch Zahnärzte Kalender, S. 257-272
3. Rötzscher K (2003) Was ist forensische Odonto-Stomatologie?. Zahnärztebl Sachsen, 14.Jg, 19.2.2003: 31-35
4. Rötzscher K (2003) Forensische Zahnmedizin. Zahnärztebl Rheinld-Pfalz, 4/03: 22-25
5. Rötzscher K, Grundmann C (2003) Age Diagnostics by Order of The Court. Int J Dentistry and Oral Med (IPJ), Issue 2/2003 Vol 5 No 2, Poster 170
6. Rötzscher K, Grundmann C (2003) Rechtspflege und Identifikation, Rheinisches Zahnärztebl. Nr.6 Juni 2003: 346-349

**1.2.1 Bericht des 2. Vorsitzenden Univ.-Prof.Dr.Dr. Ludger Figgenger, Münster**

**Vorträge im Berichtszeitraum (8)**

1. Figgenger L. Risikomanagement - Rechtliche Stolperdrähte im zahnärztlichen Praxisalltag. Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, Bezirksstelle Paderborn. 8. 10. 2002, Paderborn.
2. Figgenger L. Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht. 26. Jahrestagung des Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie. 12. 10. 2002, Mainz.
3. Figgenger, L. Gutachterschulung: State of the Art und die Grenzen im Rahmen der Begutachtung. Zahnärztekammer Niedersachsen. 30. 10. 2002, Hannover.
4. Figgenger L. Gutachterseminar. Landeszahnärztekammer Brandenburg. 13. 11. 2002, Berlin-Dahlewitz.
5. Figgenger L. Leitlinien in der Zahnmedizin. 33. Wissenschaftliche Herbsttagung der Zahnärztlichen Gesellschaft in Hagen. 16. 11. 2002, Hagen.
6. Figgenger L. Rechtliche Stolperdrähte im zahnärztlichen Praxisalltag - Wie schütze ich mich erfolgreich gegen haftpflichtrechtliche Inanspruchnahme durch unzufriedene Patienten? Ärztekammer des Saarlandes - Abteilung Zahnärzte -. 23. 11. 2002, Saarbrücken.
7. Figgenger, L.: Aktuelle Rechtsprechung zum Haftpflichtrecht und zum Gutachterwesen. Spezialseminar, Fortbildung für Gutachter. 49. Frühjahrstagung der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe. 13. 3. 2003, Gütersloh.
8. Figgenger L. Zahnärztliches Gutachterwesen. Akademie Zahnärztliche Selbstverwaltung. 4. 4. 2003, Kiel.

**Publikationen im Berichtszeitraum (7)**

1. Figgenger L. Rechtliche Aspekte der zahnärztlichen/anästhesiologischen Minderjährigen-Behandlung. Anästhesiologie & Intensivmedizin 43, 37 - 39 (2002).
2. Figgenger L. Forensic Aspects of Guidelines. Journal of Forensic Odonto-Stomatology 21, 14 - 16 (2003).

3. Figgenger L. Richtlinien des Bundesausschusses Zahnärzte und Krankenkassen - überholter Standard? In: Arbeitsgemeinschaft Rechtsanwälte im Medizinrecht e. V. (Hrsg.): Leitlinien, Richtlinien und Gesetz. Springer - Verlag Berlin, 2003, S. 33 - 38.
4. Figgenger L. Rechtliche Aspekte von Leitlinien. In: Böning, K., Kirch, W. (Hrsg.): Evidenzbasierte Zahnheilkunde. Quintessenz Verlags-GmbH. Berlin, 2003, S. 89 - 93.
5. Figgenger L. Rezension: Ries, H.P., Schnieder, R., Großböling R. (Hrsg.): Zahnarztrecht - Praxishandbuch für Zahnmediziner. Dtsch Zahnärztl Z 58, 203 (2003).
6. Figgenger L. Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht. Zahnärztliche Nachrichten Niedersachsen 2003, Heft 5, S. 12 - 13 und Heft 6, S. 6 - 8 (2003). (Ebenfalls erschienen im Rheinischen Zahnärzteblatt 46, 332 - 335 (2003); Zahnärztliche Nachrichten Sachsen-Anhalt 13, Heft (2003).
7. Figgenger L. Deutscher Rat für Qualität und Sicherheit von Produkten und Systemen in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Dtsch Zahnärztl Z 58, 375 (2003).

*ad 2. Entlastung des Vorstandes*

*ad 3. Verschiedenes*

**3.1 Festsetzung der Mitgliedsbeiträge für das Jahr 2004**

Der Generalsekretär der DGZMK, Dr. Karl-Rudolf Stratmann, Köln, informiert, dass der jährliche Beitrag für die Mitgliedschaft in der DGZMK 75 €- beträgt. Hierbei ist es nicht notwendig, die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ) oder eine andere Zeitschrift der DGZMK zu beziehen. Die Zeitschrift DGZMK.de wird den Mitgliedern der Gesellschaft kostenfrei zugesandt.

Mitglieder des Arbeitskreises (AKFOS), die ebenfalls Mitglieder der DGZMK / Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) sind, bleiben im Arbeitskreis kostenfrei. Für unsere ausländischen Kolleginnen und Kollegen bleibt die Mitgliedschaft im Arbeitskreis kostenfrei. Für Interessenten des Arbeitskreises werden 15 € im Jahr zur Deckung der Unkosten erhoben.

**3.2 Die 28. Jahrestagung findet am 9. Oktober 2004 im Großen Hörsaal der Zahnklinik der Universität Mainz statt.**

**Kongresse, Meetings, Veranstaltungen 2004**

<b>6.-9. Oktober 2004</b>	<b>Saint Petersburg</b>	<b>5th Congress of the Baltic Medico-legal Association</b> <i>Info:</i> Vyacheslav Popov, BMLA President
<b>9. Oktober 2004</b>	<b>Mainz</b>	<b>28. Jahrestagung AKFOS</b> <i>Info:</i> Dr. Dr. Klaus Rötzscher, Wimphelingstraße 7, 67346 Speyer Tel 06232-9 20 85, Fax 06232-65 18 69 email roetzscher.klaus.dr@t-online.de
<b>24.- 30. Oktober 2004</b>	<b>Stuttgart</b>	<b>128. Jahrestagung DGZMK</b>

## **Kongresse, Meetings, Veranstaltungen 2005**

24.-30. Oktober 2005

Berlin

**129. Jahrestagung DGZMK  
gemeinsam mit allen  
Fachgesellschaften und  
Gruppierungen**

Der IOFOS Newsletter 2003/2 Vol 26, September 2003 ist eingetroffen:  
Mehr über IOFOS im Internet unter [www.iofos.org](http://www.iofos.org).  
Internationale Kontakte unter WFOC (ebenfalls unter [www.iofos.org](http://www.iofos.org).)  
NEWSLETTER No2.pdf.