

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

ARBEITSKREIS FÜR



FORENSISCHE

ODONTO-STOMATOLOGIE

NEWSLETTER

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

und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin

A publication of the Joint Working Group of Forensic Odonto-Stomatology of the German Society of Dentistry
and the German Society for Forensic Medicine

ISSN 0947-6660

AKFOS (1996)

Jahr 3: No.1

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Die Weiterentwicklung unseres Arbeitskreises, der in diesem Jahr 20 Jahre existiert.

Protokoll zur Mitgliederversammlung am 14. Oktober 1995

Editorial: Prof. Dr. Dr. Werner Hahn, 1. Vorsitzender des Arbeitskreises und Herausgeber

Da die Verhandlungszeit am Ende der 17. Jahrestagung unseres Arbeitskreises am 14.10.1995 sehr knapp bemessen war und die zu beratenden Themen längere Diskussionen erwarten ließen, wurde auf den Bericht des Vorstandes verzichtet. Im Hinblick auf die "Weiterentwicklung des Arbeitskreises" (Punkt 2 der Tagesordnung) ist die Frage zu erörtern, inwieweit der Arbeitskreis in eine Arbeitsgemeinschaft überführt werden sollte, um die Bedeutung des Arbeitskreises in seinen Zielen deutlicher zu machen. Die Anfrage beim Vorstand der DGZMK wurde von diesem wohlwollend befürwortet, wobei zwei Aspekte zur Regelung anstehen. Der erste Aspekt beinhaltet die Frage, ob es notwendig ist, die Arbeitsgemeinschaft auch interdisziplinär zu gestalten, was für die DGZMK Neuland ist.

Hieran koppelt sich die Frage, inwieweit Nichtmediziner und Nichtzahnmediziner als Mitglieder in der DGZMK aufgenommen werden können. Die Versammlung legt großen Wert darauf, den interdisziplinären Charakter beizubehalten, was dadurch erleichtert ist, daß die in der früheren DDR ausgebildeten Rechtsodontologen Zahnärzte und Mediziner sind. Wenn nun auch Juristen (*was auch denkbar wäre*) als Mitglieder in der zukünftigen Arbeitsgemeinschaft auftreten, müßte entschieden werden, ob diese Berufsgruppe eventuell, wie in der DGZMK satzungsgemäß möglich, als außerordentliche Mitglieder geführt werden könnte. Die Mitgliederversammlung beschloß, die Fortführung des Arbeitskreises als Arbeitsgemeinschaft mit dem Vorstand der DGZMK abzusprechen.

Wir bemühen uns, Schulungsmöglichkeiten zur Gewinnung junger fachkundiger Zahnärzte einzurichten (Punkt 2.3).

Es wurde angeregt, einen Beitrag für die Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft von DM 50,00 vorzusehen (Punkt 4) mit der Möglichkeit der Ermäßigung für Jungapprobierte und Studenten.

Von der Entlastung des Vorstandes und einer Vorstandswahl wurde abgesehen, da 1996 eine Jubiläumsveranstaltung stattfindet, auf der dieses zweckmäßigerweise besser durchführbar ist.

Die nächste Tagung findet am 12. Oktober 1996 wieder im Hörsaal der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Johannes Gutenberg-Universität zu Mainz statt mit dem Hauptthema (*Arbeitsthema*) "Folgen der Anwendung des Produkthaftungsgesetzes, insbesondere bei zahnärztlichen Materialien und Werkstücken". Wie die Lage augenblicklich ist, endet die Produkthaftung der Firmen bei Auslieferung der nach DIN-Norm erzeugten Materialien. Da diese Materialien bei der Verarbeitung zu Werkstücken Veränderungen unterliegen, müssen die technischen Laboratorien bei Ablieferung ihrer Werkstücke an den Zahnarzt die Materialzusammensetzung deklarieren. Der Zahnarzt haftet sodann für die von ihm weiter verwendeten Werkstücke und Füllungsmaterialien. Hier ist der Zahnarzt überfordert, insbesondere auch haftpflichtmäßig schlechter gestellt, da die Produkthaftung der Laboratorien mit 6 Monaten endet, die Haftpflicht der Zahnärzte aber wesentlich längere Zeit gesetzlich festgelegt ist. Die Versammlung bittet den Vorstand, die rechtlichen Folgen der Haftung durch neue EU-Gesetze mit zu berücksichtigen.

Als zweites Thema wurde vorgeschlagen "Die Altersdefinition bei zahnärztlichen Geweben" abzuhandeln*.

Das langjährige Mitglied des Arbeitskreises, Herr Rechtsanwalt Ernst-R. Rohde, Frankfurt, hat eine Sammlung von etwa 1.000 Urteilen computermäßig erfaßt (*Beispiele siehe S.20*). Die Mitglieder werden gebeten, ihm zur Vervollständigung dieser Sammlung und evtl. späteren Veröffentlichung weitere Gutachten und Urteile zur Verfügung zu stellen. Diese Arbeit (*Punkt 2.2*) ist notwendig, da bereits von einem Oberlandesgerichtsdirektor das Fehlen einer zahnärztlichen Urteilssammlung angemahnt wurde. Unter Punkt "Verschiedenes" wird darum gebeten, auch eine Gutachterschulung durchzuführen.

Werner Hahn, Kiel

*Anmerkungen der Redaktion: Prof. Dr. Rainer Zuhrt vom Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin bietet hierzu an: "Kritische Überprüfung von Altersschätzungen bei unbekanntem Toten nach deren Identifizierung (1994/1995)" (*vorläufiger Arbeitstitel*). Der Vorstand bemüht sich, zu dem genannten Thema Dr. Tore Solheim von der Universität Oslo, Norwegen, für einen weiteren Beitrag zu gewinnen, der sich auf diesem Gebiet habilitiert hat (*Solheim, T., Dental age-related regressive changes and a new method for calculating the age of an individual, Thesis, University of Oslo, Oslo, 1993*).

Herausgeber: Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Werner Hahn, 1. Vorsitzender des Arbeitskreises,
Westring 498, D-24106 Kiel, Tel (0431)38 97 281, Fax (0431)38 97 210
Phone int+49+431+38 97 281, Fax int+49+431+38 97 210

Redaktion: Dr. med. Dr. med. dent. Klaus Röttscher, 2. Vorsitzender des Arbeitskreises,
Maximilianstraße 22, 67346 Speyer, Tel (06232)7 44 66, Fax (06232)7 19 38
Phone int+49+6232+7 44 66, Fax int+49+6232+7 19 38
Dr. med. Rüdiger Lessig, Institut für Gerichtliche Medizin, Universität Leipzig,
Johannisallee 28, 04103 Leipzig, Tel (0341)97 15 118, Fax (0341) 97 15 109
Phone int+49+341+97 15 118, Fax int+49+341+97 15 109

DAS RECHT DES PATIENTEN AUF TEILHABE AM MEDIZINISCHEN FORTSCHRITT

Prof Dr.iur. Dr h.c. Adolf Laufs, Juristische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg

Das ärztliche Handeln, lehrte der Heidelberger Mediziner und Philosoph Karl Jaspers, stehe auf zwei Säulen: „einerseits der naturwissenschaftlichen Erkenntnis und dem technischen Können, andererseits auf dem Ethos der Humanität“. Das Verhältnis von Arzt und Patient sei „in der Idee der Umgang zweier vernünftiger Menschen, in dem der wissenschaftlich Sachkundige dem Kranken hilft“. Im Jahr 1958 erkannte der Bundesgerichtshof (BGH), "daß das Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein starkes Vertrauen voraussetzt, daß es in starkem Maße in der menschlichen Beziehung wurzelt, in die der Arzt zu dem Kranken tritt, und daß es daher weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung ist". Um dieselbe Zeit betonte der Medizinjurist Günther Küchenhoff, die ärztlichen Pflichten und Rechte stellen „kein System abgezierter Leistungen und Gegenleistungen" dar, vielmehr „Konkretisierungen einer aus dem Liebesdienst am Menschen erwachsenden ungemessenen Leistungspflicht". Der Arzt, der umfassende Dienste „bis zur Grenze seiner menschlichen Leistungsfähigkeit" schulde, habe „ein Recht auf höchstmögliche Honorierung seiner Arbeit".

Im Zeichen des Rechts- und Sozialstaats hat inzwischen ein Paradigmawechsel stattgefunden, der manchen verantwortlichen Mediziner bedrückt. Rechtliche Maßgaben füllen das Verhältnis zwischen Arzt und Patient weithin aus, das den Charakter einer Geschäftsbeziehung annimmt. Der ärztliche Dienst erscheint juristisch durchnormiert, reguliert und bemessen durch eine kaum mehr übersehbare Vielzahl von Regeln insbesondere des Sozial- und Arbeitsrechts, ebenso der höchstrichterlichen Spruchpraxis zur Selbstbestimmungsaufklärung, zum Recht des Patienten auf Einsicht in die Krankenunterlagen, zur Dokumentationspflicht.

Die sprunghaft an Zahl gewachsene Ärzteschaft geriet unter ein dichtes Netz von Rechtskontrollen zugunsten des Patienten und der Solidargemeinschaft der Versicherten, die das Vertrauen als konstitutives Element abschwächen. Was bei den Ärzten begann, zeichnet sich auch bei den Zahnärzten ab. Dabei verlieren die herkömmlichen Züge der Freiberuflichkeit ihre Kontur. Der Persönlichkeitsbezug der Tätigkeit und das Wissensgefälle zum Auftraggeber bedingen ein besonderes Vertrauensverhältnis zwischen Freiberufler und Auftraggeber; die Berufstätigkeit unterliegt dem ausdrücklichen Postulat, letztlich selbstlos, nicht aber hauptsächlich gewinnorientiert-egoistisch motiviert zu sein. die hochgradige Verrechtlichung und die gesteigerte Konkurrenz in einem vielerorts übersetzten Berufsstand verändern das überlieferte Bild. Den Arzt und Zahnarzt im Dienst des kranken Menschen herausfordernde ethische Postulate treten zurück und verblassen, wenn ein System fast lückenloser Rechtsregeln sich ausbreitet.

Ihr eigenes Gepräge und ihre nachvollziehbare Kasuistik erfahren die allgemeinen Normen der Ethik im Hinblick auf spezifische Probleme des freien Berufs unter maßgeblicher Beteiligung der Berufsangehörigen. Es fördert deren Verantwortlichkeit nicht, wenn die Vorgaben durchweg von außen, von der Rechtsgemeinschaft her erfolgen. Die Rechtsgemeinschaft darf Initiative und Tatkraft des gewissenhaften Arztes und Zahnarztes nicht durch ein Zuviel an Reglementierung dämpfen, wenn der Patient nicht am Ende Nachteile erleiden soll.

-
- Text des bei der 8. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Zahnerhaltung am 22.April 1994 in der Stadthalle zu Heidelberg gehaltenen Festvortrags.

In einer Zeit, die widerhallt von juristischen Begehren und Ansprüchen, tun sich Ärzte wie Zahnärzte gelegentlich schwer, den richtigen Weg zu finden, das rechte Maß zu treffen. Presse, Funk und Fernsehen wirken mitunter durch fachlich unqualifizierte und verzerrende Berichte auf das Publikum ein und bestimmen Bedürfnisse der Patienten. Meinungsverschiedenheiten unter wirklichen oder vorgeblichen Experten bewirken ein Übriges, um manchmal Verwirrung oder gar Hysterie aufkommen zu lassen. Die öffentlichen Kontroversen um Gesundheitsrisiken durch zahnärztliche Materialien bieten dafür ein Beispiel. Alle Werkstoffe gerieten unter schweren Verdacht - die Non-Gamma2-Amalgame, die Komposit-Kunststoffe, ebenso Gold und andere Gußmetalle wie insbesondere Palladium-Legierungen. Hans Jörg Staehle und Heinz Häfner haben dazu fachlich klarstellend Position bezogen und damit den Irritationen entgegengewirkt, die auch die Gefahr einer Prozeßflut heraufbeschworen.

Gewiß nicht im selben Maß wie Krankenhausärzte der invasiven Fächer, doch in nicht mehr geringer Zahl sehen sich auch Zahnärzte von enttäuschten Patienten verklagt und auf Schadensersatz und Schmerzensgeld in Anspruch genommen. Zahnärzte haben durchaus ihren Anteil an der forensischen Konjunktur. Das zeigt sich auch in der richterlichen Spruchpraxis zur Aufklärungspflicht. Die neuerliche verschärfende Tendenz läßt etwa ein kürzlich ergangenes Urteil des BGH erkennen, das die Information über ein mögliches alternatives Vorgehen für Fälle gebietet, in denen lediglich ein - weder mit besseren Heilungschancen noch geringeren Eingriffsrisiken verbundener - zeitlicher Aufschub der durch den Behandler vorgeschlagenen indizierten Therapie in Frage kommt: Sucht ein Patient einen ihm bis dahin unbekanntem Zahnarzt zur Bekämpfung akuter Schmerzen auf, so soll diesen die Pflicht treffen, den Zahnkranken von sich aus auf die Möglichkeit hinzuweisen, statt der sofortigen angezeigten Extraktion eine kurzfristige starke Schmerzmedikation zu wählen und damit die Gelegenheit, „mit dem nicht ganz einfachen Eingriff noch einige Tage zu warten, um ihn dann gegebenenfalls von einem Zahnarzt seines Vertrauens oder in einer klinischen Einrichtung durchführen zu lassen“. Eine Fragelast des Patienten zog das Gericht nicht in Betracht.

Das Haftpflichtrecht weitet sich nicht nur in Deutschland aus - Kundige sprechen von einer Erosion. In der Jurisprudenz wie in der Gerichtspraxis haben sich die Grenzen zwischen Unrecht und Unglück verwischt. Der Horizont der berechtigten Erwartung des Passanten, Kunden, Klienten oder Patienten bestimmt das Bild. Die geneigte Aufmerksamkeit gilt mehr dieser Erwartung als der Freiheit des Handelnden. Weil verdeckte Gefährdungstatbestände in Judikatur und Literatur vordringen, obwohl allein der Gesetzgeber eine Haftpflicht für bloße Verursachung einführen darf, schwächt sich das Verschuldensprinzip ab, das herkömmlich die freien Berufe prägt. Diese aber müssen zur Sicherung ihrer Handlungs- und Entscheidungsfreiheit von Haftung frei sein, wenn sie den Anforderungen ihres Berufs entsprechend die erforderliche Sorgfalt beobachteten.

In diesem größeren Zusammenhang gestiegener Erwartungen und Ansprüche des Publikums und einer ausgreifenden Rechtsprechung, die durch immer angespanntere Verkehrspflichten und Beweisregeln das Haftpflichtrecht verschärft, gilt es auch die Frage nach Rechtsansprüchen des Patienten auf Teilhabe an den medizinischen Fortschritten zu sehen.

Der Arzt oder Zahnarzt kann und darf den Erfolg regelmäßig nicht versprechen. Er schuldet vielmehr die erforderliche Sorgfalt. Die Kunst des Arztes muß dem medizinischen Standard entsprechen. „Der Standard beruht“, so treffend Ernst Jünger in seinen Tagebüchern „Siebzig verweht III“, „auf einer Summe von Erfahrungen, die dem Einzelnen zugute kommt“.

Der zivilrechtliche Sorgfaltsmaßstab bildet das Instrument des Haftpflichtrechts mit dem Ziel, ein Unterschreiten des Standards guter ärztlicher Diagnose, Therapie, Vorsorge und Rehabilitation wenigstens finanziell auszugleichen. Der zivilrechtliche Sorgfaltsmaßstab hat keine persönliche Schuld zu ahnden wie das Strafrecht, sondern Qualitätsmängel anzuzeigen. Er hat anzugeben, welches Verhalten der Patient von einem Arzt in der gegebenen Situation erwarten durfte. Örtliche oder individuelle Schwächen, so verständlich oder gar verzeihlich sie im Einzelfall auch erscheinen mögen, entlasten nicht. „Der zivilrechtliche Standard muß das Vertrauen rechtfertigen, das die Medizin als Institution in Anspruch nimmt“ (Erich Steffen). Die Standards oder die allgemein oder weitaus überwiegend anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst und Wissenschaft stellen keine statischen Meßgrößen dar, sondern befinden sich im Fluß, in dynamischem Wandel. Mit den im internationalen Austausch und Wettbewerb erwachsenden Fortschritten der diagnostischen und therapeutischen Einsichten und Techniken, mit den sich stetig vervollkommenden Verfahren der Qualitätssicherung steigen die Standards und damit die Sorgfaltspflichten. In dem Maß, in dem die Medizin ihre Möglichkeiten zum Vorteil der Patienten erweitert, erhöht sie zugleich selbst die Haftpflichtrisiken der Ärzte. Jedenfalls sobald medizinische Entdeckungen und Errungenschaften sich in Klinik oder Praxis durchsetzen und damit zu neuen Standards ausbilden, darf der Patient sie nur sich von Recht wegen erwarten und insofern grundsätzlich am medizinischen Fortschritt teilnehmen. Neue, sich in der klinischen und ärztlichen Praxis durchsetzende Verfahren und Geräte können nicht überall gleichzeitig und auch nicht gleichmäßig in allen Häusern zu Gebote stehen. Darum kann der Patient nicht stets optimale medizinische Bedingungen, nach den neuesten Methoden arbeitende Ärzte und modernste Apparate erwarten. Der rechtliche Sorgfaltsmaßstab bleibt eingebunden in das ganze System der Krankenversorgung mit seinen Qualitätsstufen und seinen wirtschaftlichen Möglichkeiten. Freilich muß in jeder Klinik und in jeder Praxis ein unverzichtbares Grundniveau bestehen, das den medizinischen Qualitätsansprüchen der Gegenwart genügt. Die Kriterien dafür zu bestimmen, fällt nicht leicht. Immerhin finden sich in der Spruchpraxis des BGH Maßgaben, die weiterführen. In Grenzen hat der BGH beispielsweise den Standard für die personellen, räumlichen und apparativen Behandlungsbedingungen für das Kreiskrankenhaus niedriger angesetzt als nur die Universitätsklinik. Auch wenn sich hiernach nur die nicht über die modernsten Methoden gebietende Klinik eine zurechenbare Vernachlässigung des gebotenen Versorgungsniveaus vielfach nicht feststellen lassen wird, trifft die behandelnden Ärzte in Fällen, in denen die apparative Ausstattung nur die kontrollierte Führung der Therapie von besonderem Gewicht ist, jedenfalls die Pflicht, den Patienten über die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines leistungsfähigeren Hauses aufzuklären. Das Unterlassen eines solchen Hinweises macht den nach der fachlichen Qualität noch hinlänglichen Eingriff wegen Fehlens des informed consent rechtswidrig mit der Folge einer Schadensersatzpflicht. Andererseits kann der Arzt pflichtwidrige Unzulänglichkeiten nicht durch Aufklärung kompensieren. Die Pflicht zur Aufklärung über Behandlungsalternativen hat Grenzen. Sie kann nach der Spruchpraxis des BGH „einmal nur da verlangt werden, wo der Patient eine echte Wahlmöglichkeit hat. So ist er ungefragt nicht über neue diagnostische und therapeutische Verfahren, die sich erst in Erprobung befinden und erst in einigen Großkliniken zur Verfügung stehen, zu unterrichten.... Darüber hinaus muß eine etwaige Kenntnis über theoretisch in Betracht kommende, möglicherweise anderswo praktizierte Behandlungsalternativen für den Patienten in seiner jeweiligen Situation entscheidungserheblich sein. Das ist etwa dann nicht der Fall, wenn diese anderen, theoretisch in Betracht kommenden ärztlichen Maßnahmen keine besonders ins Gewicht fallenden Vorteile hinsichtlich der Heilungschance und möglicher Komplikationen derselben Risikogruppe haben und nach medizinischer Erfahrung jedenfalls nicht besser indiziert sind

schließlich wenn die ärztliche Versorgung des Patienten mit den vorhandenen persönlichen und operativen Möglichkeiten im Vordergrund steht.

... Die Beteiligung des Patienten an dem ärztlichen Entscheidungsprozeß über das Therapieprogramm ist zur Wahrung seines Bestimmungsrechtes nur in dem Umfang erforderlich, der durch sein Interesse als medizinischer Laie an dem Erhalt der für sein weiteres Patientenschicksal wesentlichen medizinischen Fakten bestimmt wird "

Die im Zuge der Dynamik des medizinisch-technischen Fortschritts je und je auftretenden Vollzugsdefizite haben Klinikträger und Ärzte nach Kräften auszugleichen durch vorausdenkende Organisation und Koordination, auch durch wachere Selbstkritik bei der Übernahme des Patienten oder durch dessen frühere Abgabe an die Spezialklinik.

Oft erfordern neue diagnostische oder therapeutische Verfahren erhöhten Aufwand. Das Wirtschaftlichkeitsgebot darf ihnen nicht schlechthin entgegenstehen. Erich Steffen, Vorsitzender Richter des VI. Zivilsenats beim BGH, der in den Arzthaftpflichtprozessen entscheidet, hat dazu jüngst in einem Referat ausgeführt: „Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ist im Haftungsrecht nur legitim, wo der Einfluß auf die medizinische Indikation die gesundheitliche Rehabilitation des betroffenen Patienten nicht grundsätzlich in Frage stellt und solange eine Mindestgrenze für die personellen und sächlichen Behandlungsbedingungen nicht unterschritten wird die sich an der gesundheitlichen Integrität als einem dem Kosten-Nutzen-Vergleich nur begrenzt zugänglichen Gut, aber auch an der aktuell erreichten Qualitätshöhe der Medizin ausrichtet.“ Diese Sätze können freilich die Angspanntheit nicht aufheben, in der sich die Ärzte befinden, die medizinische Fortschritte zum Wohl der Leidenden in die helfende Tat umsetzen woUen und dabei an die Grenzen ihrer Ressourcen stoßen.

Nach dem bisher Gesagten nimmt der Patient am medizinischen Fortschritt von Rechts wegen hauptsächlich insofern teil, als er grundsätzlich die jeweils aktuelle Standardmethode erwarten darf und zu beanspruchen hat. die Standardmethode verkörpert in ihrem gegenwärtigen Stand die erreichten Fortschritte, ohne kaum je bei ihnen zu verharren. Neue Verfahren können sich als Standard nicht überall gleich schnell und im selben Maß durchsetzen. Innerhalb gewisser Grenzen hat sich der Patient im System der Krankenversorgung mit einem Weniger als dem Optimum zu begnügen, ohne indessen unter Rückständigkeiten leiden zu müssen. Professionelle Rückständigkeiten mit Schadensfolgen machen den Arzt oder Zahnarzt stets einstandspflichtig. Eine Behandlungsweise, eine Operationstechnik genügt erst dann nicht mehr dem zu fordernden Qualitätsstandard, wenn ein neues Verfahren an einem mr Aussagen über das Verhältnis von Vorteilen und Gefahren ausreichend großen Patientengut medizinisch-wissenschaftlich erprobt und im wesentlichen unumstritten ist, in der Praxis und zwar nicht nur an wenigen Zentren Anwendung gefunden hat, und wenn das neue Verfahren mr den Patienten weniger Risiken oder Belastungen mit sich bringt oder bessere Heilungschancen verspricht. Mit einem Wort : Der Patient hat dann einen Rechtsanspruch auf ein neues Therapiekonzept, wenn ein sorgfältiger und gewissenhafter Arzt nur dessen Anwendung verantworten kann. Indessen mag selbst dann noch in der einen oder anderen Klinik eine bemessene Übergangszeit für die Einführung und Erprobung der verbesserten Methode oder den Erwerb der Apparate hinzunehmen sein.

In Grenzen ist deshalb nach der Judikatur des BGH der zu fordernde medizinische Standard je nach den personellen und sachlichen Möglichkeiten verschieden. Er kann in einer mittleren oder kleineren Klinik oder in der Praxis eines Niedergelassenen gewahrt sein, wenn jedenfalls die Grundausrüstung modernen medizinischen Anforderungen entspricht. Erst eine deutliche Unterausstattung müßte zur Haftung führen, wenn es deswegen zu vermeidbarer Unbill der Patienten kommt. . Im Jahre 1987 hat der BGH eine lange umstritten gebliebene Frage aus der Lehre zur Fahrlässigkeit entschieden: Verfügt der Arzt über den zu fordernden Standard hinaus etwa auf Grund wissenschaftlicher Tätigkeit über medizinische Spezialkenntnisse, dann hat er sie auch zugunsten seines Patienten einzusetzen. Der Richterspruch verdient

Zustimmung: besondere Fähigkeiten verpflichten; dies entspricht dem Konzept der Fahrlässigkeit. Die Einstandspflicht allein für außerachtgelassene Sorgfalt bedeutet, daß der Handelnde einen Freiraum zur grundsätzlich ungehinderten Bewegung erhält. Wer aber über besondere, gesteigerte Kenntnisse gebietet, bedarf dieses Bewegungsraumes nicht. In dem Leitsatz des Urteils hat der BGH übrigens und bezeichnenderweise das statisch und immobil anmutende Wort „Stand der Wissenschaft“ zugunsten des dynamischen Begriffs „Standard“ vermieden. Die erforderliche Sorgfalt gebietet den Standard, nämlich das normativ abverlangte Sichanpassen an Umstände und Gefahr, an die fortschreitende Erfahrung. Besitzt eine wissenschaftlich und technisch weit vorgerückte Klinik einen Apparat, der sich in vergleichbaren Häusern noch nicht allenthalben vorfindet, dann hat sie ihn auch einzusetzen, sofern eine Indikation dafür bei ihrem Patienten besteht. Auch insofern hat der BGH einen Rechtsanspruch des Patienten auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt - wiederum im Rahmen eines Haftpflichtprozesses - anerkannt.

Im Dienst des medizinischen Fortschritts steht auch die ärztliche Fortbildung. Jeden Arzt trifft die Pflicht, seine beruflichen Fertigkeiten und Kenntnisse ständig und berufsbegleitend zu vertiefen, zu erweitern und zu erneuern in dem Bestreben, sich auf dem laufenden zu halten mit den wissenschaftlichen wie technologischen Entwicklungen in der Medizin. „Der Zahnarzt ist verpflichtet“, so die Berufsordnung der Landes Zahnärztekammer Baden-Württemberg, „sich beruflich fortzubilden und seine Kenntnisse dem jeweiligen Stand der zahnärztlichen Wissenschaft anzupassen“. Diese Pflicht, Schritt zu halten mit dem medizinischen Fortschritt und immer aufs neue vorbereitet zu sein auf veränderte und gewachsene berufliche Anforderungen, hat ihren Grund ebenso im Berufs- wie im Haftpflichtrecht. Nur der fortgebildete Kliniker oder Niedergelassene kann seinen Patienten den zeitgerechten Standard mit der gebotenen Qualitätssicherheit bieten und sie damit am medizinischen Fortschritt teilhaben lassen.

Die aktuell gebotene Expertenqualität - Kriterium der Einstandspflicht - bemißt sich primär nach medizinischen Maßstäben, die der Richter kontrolliert und nur ausnahmsweise korrigiert. Die Gerichte sahen sich nur in Einzelfällen zu Korrekturen veranlaßt, meist im Hinblick auf die dem Recht eher zugänglichen organisatorischen Anforderungen, etwa die Organisation von Bereitschaftsdiensten.

Die sich in einem ausgreifenden, öffentlichen und internationalen Prozeß fachlichen Erkennens, Anerkennens und Einübens bildenden medizinischen Standards begründen und begrenzen zugleich die Pflichten des Arztes. Der Patient dem jeweiligen Standard des in Anspruch genommenen Faches erwarten, mehr grundsätzlich nicht. Prinzipiell hat er nicht das Recht, Neulandschritte zu fordern, Destinatär eines Heilversuchs, Teilnehmer einer klinischen Studie zu werden. Umgekehrt dürfen Ärzte medizinische Fortschritte nicht auf eine Weise anstreben, die das Standardangebot zum Nachteil darauf wartender Kranker verkürzt. Verknappen sich auf der Ebene der Mikroallokation die Ressourcen, so werden sich die ihrerseits notwendigen Fortschritte verlangsamen. Die Versorgung der gegenwärtigen Patienten nach den eingeführten Methoden hat also generell Vorrang vor den Interessen der Wissenschaft wie der künftigen Medizin und deren Schutzbefohlene.

Auch für die Fortschritte der Zahnmedizin besteht rechtlich genügend Raum. Neuartige Verfahren, die von herkömmlichen Therapieformen abweichen und Verbesserungen versprechen, darf der Zahnarzt in gewissen Grenzen anwenden. Für allgemeinmedizinische Versuche am Menschen gelten internationale Konventionen wie die Revidierte Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes, außerdem nationale gesetzliche Maßgaben wie die Vorschriften

des Arzneimittelgesetzes, die auch außerhalb der Medikamentenstudien weitestgehend entsprechende Anwendung finden. Dieses Netzwerk von Normen für die allgemeine Neulandmedizin hat kein Gegenstück in der Zahnmedizin. Solange die zahnärztlichen Landesorganisationen und der Gesetzgeber keine besonderen Regeln erlassen, gelten diejenigen für die allgemeine Medizin analog.

Das Bessere ist auch auf dem Felde der Dentaltherapie der Feind des Guten. Mit Zustimmung des zuvor hinreichend aufgeklärten Patienten darf der Zahnarzt eine neuartige dentalmedizinische Methode versuchen, wenn diese die herkömmliche Diagnose oder Therapie zu übertreffen verspricht oder wenn die Wirksamkeit bisheriger Verfahren zweifelhaft erscheint. Schritte in medizinisches Neuland können als Einzel- oder als Reihenversuche erfolgen. Der zahnärztliche Versuch im Einzelfall steht, primär getragen von der therapeutischen Absicht zugunsten des konkreten Patienten, dem Eingriff nach den Regeln des Faches nahe. Die Reihenstudien hingegen sollen eine statistische Besserstellung der Versuchs im Vergleich zur standardgemäß behandelten Kontrollgruppe erbringen. Die erlaubte Neulandmedizin verlangt eine bewußte Versuchsanordnung, das mögliche Vorteile und Gefahren gegeneinander abwägende ärztliche Kalkül mit dem Ziel eines Fortschritts, sodann das Einverständnis des voll informierten Patienten.

Wie in der allgemeinen Medizin besteht auch in der Zahnmedizin die Pflicht des Arztes zur sorgfältigen Dokumentation aller wesentlichen Einzelheiten, vornehmlich der nicht üblichen. Nicht nur in der Neulandmedizin kommen sich die Sorgfaltspflichten von Ärzten und Zahnärzten nahe. Forensisch treten Heilversuche hier wie dort freilich nicht oder noch nicht hervor, wohl deshalb, weil die forschenden Ärzte im allgemeinen ihren Patienten und Probanden im Interesse valider wissenschaftlicher Arbeit die höchste Aufmerksamkeit und Sicherheitsvorkehrungen angedeihen lassen. durch seinen wohlwollenden, dokumentierten Versuchsplan unterscheidet sich der fachwissenschaftlich kompetente, dialogbereite Zahnarzt vom unfähig Abirrenden, der seinen Patienten nicht ausreichend zu instruieren und zu beraten versteht.

Nur ausnahmsweise hat der Patient einen Rechtsanspruch darauf als unmittelbar Begünstigter am medizinischen Fortschritt teilzunehmen, noch bevor dieser seinen Niederschlag in einem neuen allgemeinen Standard gefunden hat. Ergeben sich bei einer laufenden vergleichenden Therapiestudie für die Mitglieder der Testgruppe eindeutig und signifikant bessere Ergebnisse als für die herkömmlich behandelten Patienten der Kontrollgruppe, dann muß dies zum Abbruch des wissenschaftlichen Heilversuchs führen. Ärzte wie Zahnärzte verstießen gegen ihre Hilfs- und Sorgfaltspflicht, wenn sie ihren eindeutigen neuen Erfahrungen zuwider den Kranken der Kontrollgruppe das bessere Verfahren oder Mittel vorenthielten oder wenn sie diese den erwiesenermaßen größeren Risiken weiterhin aussetzten. Auch bei klinischen Studien gilt der therapeutische Imperativ: „Bei jedem menschlichen Versuch“, so die Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki-Hongkong 1989, „sollten alle Patienten - einschließlich derer einer eventuell vorhandenen Kontrollgruppe - die beste erprobte diagnostische und therapeutische Behandlung erhalten“. „Die Sorge um die Belange der Versuchsperson muß stets ausschlaggebend sein im Vergleich zu den Interessen der Wissenschaft und der Gesellschaft.“

Den Kern einer verantwortlichen Therapiewahl bildet die gewissenhafte Abwägung der Vorteile und Gefahren bei der ins Auge gefaßten Methode in Kenntnis der ernsthaft in Betracht kommenden Alternativen. Die Verbindlichkeit dieser Sorgfaltspflicht gehört als unausweichliches Korrelat zur Freiheit der Methodenwahl. Sie gilt auch bei vergleichenden Studien und begründet das Recht des Patienten auf die neue, überlegene Therapie. Zu dem nämlichen Ergebnis führt der Fall, in dem die Ärzte oder Zahnärzte einer Klinik oder Abteilung

außerhalb einer Studie den allgemeinen Standard im Wege einzelner Heilversuche gleichsam hausintern augenfällig und eindeutig übertreffen. Auch hier gebietet es die therapeutische Sorgfaltspflicht, allen Patienten des Hauses im Rahmen des Möglichen die Vorteile aus der hinzugewonnenen Erfahrung oder Technik zuteil werden zu lassen. Ein Rechtsanspruch des Patienten in diesem Sinne setzt allerdings voraus, daß sich für den verantwortlichen und sorgfältigen Arzt die herkömmliche Methode im Vergleich mit der neuen verbietet, obwohl diese noch nicht die allgemeine Anerkennung gefunden hat.

Wer den Arzt oder Zahnarzt jenseits des Standards und der Sorgfaltspflichten von Rechts wegen binden wollte, machte letztlich die judikative Staatsgewalt zum Richter im medizinischen Methodenstreit. Der Staat aber darf nach vorherrschender Lehre die Vorstellungen von Arzt und Patient über den richtigen therapeutischen Weg nicht durch eigene therapeutische Konzepte verdrängen. Der zahnärztliche Beruf kann, so die Berufsordnung mit Recht, „nur in Diagnose- und Therapiefreiheit ausgeübt werden“ .

Der Standard von morgen gründet auf der wissenschaftlichen Arbeit von heute, die ihren Preis hat, für den viele Patienten sich leider aber nicht interessieren. Dem Recht auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt in Gestalt des aktuellen Standards stehen kaum Pflichten gegenüber, wie ja überhaupt das gegenwärtige Medizinrecht sich im wesentlichen in den Pflichten des Arztes und den Rechten des Patienten als deren Gegenstück erschöpft. An arztethischen Diskursen und Postulaten herrscht kein Mangel; indessen bildet die Patientenethik kaum je den Gegenstand von Symposien oder Publikationen. Dabei hängt von der mitwirkenden Bereitschaft der Patienten das allgemein erwartete Fortschreiten der Medizin in hohem Grade ab. Ohne die erforderliche Bereitwilligkeit Gesunder und Kranker können medizinische Experimente und klinische Studien nicht stattfinden.

Wenn die Rechtsansprüche des Kranken auf unmittelbare Teilnahme an der Neulandmedizin auch begrenzt bleiben müssen, so stehen ihm doch gewichtige Schutzrechte zu. Diese individuellen Schutzrechte haben mehr Gewicht als das allgemeine Interesse am Erkenntnisfortschritt. Es geht um die Abgewogenheit von Vorteilen und Gefahren, um Schweigepflicht und Datenschutz und nicht zuletzt um das Grundprinzip der Freiwilligkeit nach Aufklärung, das auch bei den randomisierten Studien gilt, selbst um den Preis ihrer Verlangsamung. Dieser Schutz liegt zuerst in der Hand des Arztes und Zahnarztes.

Die Medizin muß, will sie Gesundheitsgefahren bannen und zum Wohl der Patienten Neuland erschließen, selbst Risiken eingehen. Wenn sie sich mit einer Fülle verschiedenartiger Wagnisse konfrontiert sieht, liegt dies daran, daß durch das exponentielle Wachstum der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der Technologie die Möglichkeiten medizinischen Eingreifens stark zugenommen haben. Die althergebrachten Berufsregeln bedürfen darum der Fortbildung und Überwachung. Auf dem Felde der biomedizinischen Forschung mit und am Menschen hat sich der ärztliche Stand dieser Herausforderung in ihrer Vielschichtigkeit im Sinne einer obligatorischen beruflichen Selbstkontrolle angenommen. Seit mehr als zehn Jahren leisten die öffentlich-rechtlich verfaßten Ethikkommissionen an den west- und nunmehr auch ostdeutschen Ärztekammern und Universitätskliniken ihren Beitrag zum medizinischen Fortschritt. Als kritische Konsiliargremien der Ärzteschaft begleiten sie alle medizinischen Experimente und klinische Studien, das heißt alle diejenigen Vorhaben, in denen ein Konflikt auftreten kann zwischen dem Interesse des Individuums an bestmöglicher Behandlung und dem der Allgemeinheit an den erhofften Forschungsergebnissen.

Es scheint der Rat angezeigt, die Zahnärzteschaft möge auf ihre Weise diesem Beispiel angesichts zunehmender wissenschaftlicher Herausforderungen folgen und - bevor Ermahnungen und Maßgaben von außen ergehen** - ein entsprechendes eigenes, einheitliches Regelwerk schaffen, das die sachverständige kollegiale Prüfung und Beratung überall auf dem Feld der Neulandmedizin auch für die Allgemeinheit sichtbar gewährleistet. Die Ethikkommissionen dienen dem Schutz der Patienten - und dem Schutz der Ärzte.

Je nachdrücklicher die Ärzteschaft das Feld der Qualitätskontrolle selbst besetzt, desto besser wird sie ihre Berufsfreiheit behaupten. Obwohl die Zahl der klinischen Studien in den letzten Jahren stark anstieg, blieben Gerichtsverfahren so gut wie ganz aus - ein Zeichen für die Umsicht der handelnden Ärzte. Dabei trägt zur Rechtssicherheit wesentlich bei der beträchtliche Aufwand für umfassende Dokumentationen, die sich für den Arzt auch außerhalb der Neulandmedizin dringend empfehlen.

Zu hoffen steht, der Ärzteschaft möchten Rechtsstreitigkeiten um die Teilhabe der Patienten an nur begrenzt und zu knapp vorhandenen Innovationen erspart bleiben. dazu abschließend wenigstens ein knappes juristisches Wort. „Der Zahnarzt ist zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Allgemeinheit berufen“, so beginnt die Berufsordnung, die damit ein Spannungsverhältnis anklingen läßt. Im Grunde geht es um die Konkurrenz zwischen Einzel- und Gemeinschaftsinteressen, wobei der Arzt zuerst im Dienst seines konkreten Patienten und dessen Not steht. Wirtschaftlichkeitsgeboten hat der Arzt im Rahmen seines Ermessens und Beurteilens und in den Grenzen erlaubter Risiken zu genügen. Diese Aufgabe kann zu schwierigen Abwägungen führen, an denen der Arzt den Kranken im Zweifel teilnehmen lassen soll, damit dieser die Möglichkeit erhält, durch Übernahme der Kosten ein bestimmtes diagnostisches oder therapeutisches Verfahren jedenfalls bei sich anwenden zu lassen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot soll unnütze und überbeuerte Therapien aus dem Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung herausnehmen, nicht aber eindeutig gesundheitsverbessernde medizinische Verfahren einem allgemeinen Kostenvorbehalt unterwerfen.

Es bleibt die Frage, nach welchen Kriterien der Arzt entscheiden soll, wenn er eine Auswahl unter Patienten treffen muß, weil die Mittel nicht ausreichen, um der Not aller Hilfsbedürftigen zu genügen. Die interdisziplinäre Diskussion hat die rechtlich kaum lösbare Problematik bisher noch nicht klären können. Verschiedene Modelle bieten sich an. Angesichts ihrer gelangte ein angesehener Medizinethiker jüngst zu dem Ergebnis, es gebe keine überzeugenden Gründe dafür, eines dieser Auswahlverfahren für schlechthin überlegen zu halten. Vor diesem Hintergrund gilt es - auch von Rechts wegen - die Tatkraft des Arztes und Zahnarztes zu stärken durch die Anerkennung einer verantwortlichen Freiheit zu gewissenhaften Entschlüssen, bei denen auch das prognostische Moment ein erlaubtes Kalkül bleiben sollte.

** Zwischenzeitlich hat die fünfte Novelle zum Arzneimittelgesetz (BGBl. I 1994, S. 2071) die Ethik-Kommissionen bundesgesetzlich geregelt. Die klinische Prüfung eines Arzneimittels darf bei Menschen danach nur begonnen werden, „wenn diese zuvor von einer nach Landesrecht gebildeten unabhängigen Ethik-Kommission zustimmend bewertet worden ist“ (§40 Abs. 1 S.2 AMG). damit hat sich das öffentlich-rechtliche System durchgesetzt. Es erstreckt sich nach Maßgabe einzelner Kammer- und Heilberufsgesetze der Länder auch auf die Zahnärzteschaft. So bestimmt der neue §4a des baden-württembergischen Kammergesetzes, daß bei „der Landesärztekammer und Landeszahnärztekammer eine Ethikkommission zur ethischen Beurteilung ärztlicher und zahnärztlicher Tätigkeit und zur Beratung ihrer Kammermitglieder als unselbständige Einrichtung durch Satzung errichtet“ wird.

Grundsätzlich empfiehlt sich bei der unvermeidlichen Auswahl dort, wo Gelegenheit für sie besteht, die Methode des Zufalls, weniger in der Gestalt des Loses als vielmehr der einer Warteliste. Ein solches Verfahren bietet Zugangs- und Chancengleichheit für jeden Patienten. Ein solcher Ansatz wird auch die Patient-Arzt-Beziehung vor der Durchdringung von Furcht und Mißtrauen schützen, weil der Kranke nicht befürchten muß, sein Arzt werde ihn nur entsprechend den vorherrschenden sozialen Vorstellungen oder der eigenen Werteordnung gemäß behandeln.

Dieser Ansatzpunkt hätte auch den großen Vorzug, den Arzt nicht in die fatale Rolle einer verteilenden Instanz zu bringen, die den Charakter des ärztlichen Dienstes grundlegend veränderte. Wir hätten dann in Wahrheit einen neuen Berufsinhalt vor uns, den die Ärzteschaft mit ihrem Heilauftrag schwer vereinbaren und kaum ertragen könnte.

Der Zahnarzt bleibt, wenn sein Eingreifen Krankheit und Schmerz wirksam bekämpfen soll, auf ein enges, wechselseitiges Zusammenwirken mit dem Patienten angewiesen. Es obliegt dem Patienten, den Zahnarzt wahrheitsgemäß über die Symptome zu unterrichten. Der Zahnarzt hat seinerseits den Patienten über dessen Krankheit und die therapeutischen Aussichten, auch über Risiken und belastende Folgen der Behandlung aufzuklären. Hinsichtlich der Selbstbestimmungsaufklärung gelten für den Zahnarzt ähnliche Rechtsregeln wie für den Arzt. Je dringender und unabweisbarer der Eingriff, desto geringer bleibt der Umfang der Aufklärung. Je fragwürdiger eine Indikation erscheint, weil eine sinnvolle Alternative in Betracht kommt, desto strengeren Maßstäben soll die Instruktion des Patienten im Dienste des „informed consent“ genügen. Beim Neulandschritt bedarf der Arzt prinzipiell in stärkerem Maß als beim schulmedizinischen Standardeingriff zu seiner Legitimation des Einverständnisses seines Patienten. Stets gilt: je riskanter der geplante Eingriff je gravierender die ihn begleitende Gefahr, desto gewichtiger und umfangreicher ist die Aufklärungspflicht.

Der Zahnarzt hat den aktuellen Standard seines Faches einzubringen, der Patient kooperatives Verhalten. dabei gelten für den niedergelassenen Arzt nicht die gleichen Maßstäbe wie für die Universitätsklinik. Aus einem Leistungsgefälle folgt in ernsten Fällen die Pflicht zur Aufklärung darüber und zur Überweisung des Patienten an die besser ausgestatteten oder erfahreneren Ärzte. Stets hat jeder Arzt auch von Rechts wegen die ihm zu Gebote stehenden Erfahrungen voll zum Wohl des Patienten einzusetzen. Die Möglichkeit, den Standard zu übertreffen, muß offenbleiben, der Mut dazu verdient Förderung, auch juristische. Grundsätzlich hat der Patient nicht das Recht, dem Arzt einen Schritt in wissenschaftliches Neuland abzuverlangen. Nachweisliche Verbesserungen freilich müssen den Patienten erreichen, wo sie - noch ohne zum neuen, höheren Standard geworden zu sein umsetzbar sind. Arzt wie Zahnarzt benötigen die berufliche Freiheit zu verantwortlichen Entschlüssen und weiter das Vertrauen ihrer Patienten, das sie sich durch unablässig fortschreitende Fachkompetenz, Offenheit und Sorgfalt erwerben und erhalten müssen. Das Recht bietet dafür nicht mehr als einen Rahmen.

Literatur.

A. Laufs, *Arztrecht*, 5. Aufl., Verlag C.H.Beck, München 1993;
A. Laufs, *die Entwicklung des Arztrechts*, NJW 1992, S. 1529-1539;
NJW 1993, S. 1497-1506; NJW 1994, S. 1562-1571
(dort jeweils weitere Nachweise).

Anschrift des Autors: Prof.Dr.iur.Dr.h.c. Adolf Laufs, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Institut für geschichtliche Rechtswissenschaft, Friedrich-Ebert-Platz 2, 69117 Heidelberg

Gerichtliche Auseinandersetzungen nach prothetischer Behandlung Fixed restorations requested by German courts

G.Diedrichs¹

Vortrag, gehalten auf der 118.Jahresversammlung der DGZMK und dem Arbeitskreis, 18.Okt.1994, Travemünde. Mit Genehmigung des Carl Hanser Verlages München erscheint dieser Beitrag ungekürzt für die Leser des NEWSLETTER

Briefe an die Redaktion (gekürzt):

Prof.Dr.med.H.-P.Kinzl, Institut für Rechtsmedizin, Gera (14.7.95 und 18.8.95):

Im Frühjahr 1996 (genauer Termin wird noch mitgeteilt) plant das Büro für Gerichtsmedizinische Expertise der Stadt Moskau, Leiter:Dr.Vladimir.V.ZHAROW (Anschrift: Dept. of Forensic Medicine of Moscow, Office Secretariat, 121002 Moscow, Per.Sivzev-Vrasek, d.12, Phone: 007+095+203 87 33 or 203 80 20 Office Directory-die Red.) einen Fachkongreß mit Teilnehmern aus Rußland sowie Vertretern aus den GUS-Staaten.

Die Rahmenthemen beinhalten:Struktur und Organisation der Gerichtsmedizin, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Identifikation, Labormethoden.

Die russische Seite hat mich gebeten, Kollegen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz sowie anderen europäischen Ländern für eine aktive Teilnahme an dieser Veranstaltung mit einem Vortrag zu gewinnen. Simultanübersetzungen (*Deutsch-Englisch-Russisch*) sind gewährleistet. Sämtliche modernen Projektionsverfahren einschließlich Video stehen zur Verfügung. Ich habe zugesagt, für die deutschen Teilnehmer oder Vertreter aus anderen europäischen Staaten organisatorische Aufgaben (*z.B. Visabeschaffung*) zu übernehmen.

Der Wunsch der russischen Kollegen nach Teilnahme von Fachvertretern vorwiegend aus Deutschland liegt in dem starken Bedürfnis nach Erfahrungsaustausch, Beratung und Unterstützung. Dazu sei vermerkt, daß das Büro für Gerichtsmedizinische Expertise der Stadt Moskau (*ohne die Lehrstühle an den Hochschulen und die sonstigen gerichtsmedizinischen Einrichtungen*) bei rund 1.500 Beschäftigten im Jahre 1995 einen Durchlauf von 30.000 Leichen erwartet.

Tagungsort: Penta Olympic-Hotel, Moskau. Teilnehmergebühr: 300 US\$. Diese wie auch die Reise-, Übernachtungs- und Aufenthaltskosten sind von den Teilnehmern selbst zu tragen. Der Veranstaltung wird eine Industrieausstellung unter Teilnahme deutscher und britischer Firmen angeschlossen sein.

Ich darf Sie bitten, mir baldmöglichst eine kurze Antwort zu geben. Für weitere Hinweise und Aussagen stehe ich selbstverständlich jederzeit zur Verfügung.

Kontaktadresse: Prof.Dr.H.-P.Kinzl, Inst. für Rechtsmedizin, Straße des Friedens 112, 07548 Gera, Tel: 0365/81 02 41 oder 81 05 84, Fax: 0365/2 65 07

**GRUNDZÜGE DES ZAHNARZTHAFTUNGSRECHTS IN DEUTSCHLAND
MIT EINEM ÜBERBLICK ÜBER DIE RECHTSPRECHUNG DES LANDGERICHTS
FRANKFURT ZUR ZAHNARZTHAFTUNG 1990 - 1995***

Autor: Ernst-R.Rohde

Weder das deutsche Arzt- noch das Zahnarzthaftungsrecht sind speziell gesetzlich normiert. Es folgt den Regeln des allgemeinen Haftungsrechts, wozu allerdings im Arzthaftungsbereich eine spezielle Rechtsprechung entstanden ist, die gleichermaßen auch für das Zahnarzthaftungsrecht gilt. Eingangs muß ein Überblick gestattet sein, der in diesem Rahmen naturgemäß sehr kurz ausfallen muß und nur wenige der vielen Feinheiten berücksichtigen kann.

Die ärztliche Behandlung stellt in der Regel eine Dienstleistung dar. Der Behandlungsvertrag verpflichtet den Arzt zur sorgfältigen Behandlung und den Patienten zur Bezahlung. Ein bestimmtes Behandlungsergebnis wird vom Arzt nicht geschuldet.

Im Schuldrecht und im Zivilprozeßrecht generell geregelt ist, daß jeder Anspruchsteller die Tatsachen darlegen und beweisen muß, auf die sich der geltend gemachte Anspruch stützen soll. Aus diesem Grunde sind zwei Entstehungsarten für einen Arzthaftungsprozeß erkennbar.

A Der Patient behauptet direkt, fehlerhaft behandelt worden zu sein und verklagt den Arzt

auf Ersatz des ihm entstandenen materiellen und immateriellen Schadens.

B Der Arzt verklagt den Patienten wegen der unbezahlten Behandlungskosten. Jener wendet dagegen ein, fehlerhaft behandelt worden zu sein und verlangt im Gegenzug Ersatz des ihm entstandenen materiellen und immateriellen Schadens und rechnet mit diesem Gegenanspruch auf

In beiden Prozessen ist in erster Linie die Frage streitentscheidend, ob ein ärztlicher Behandlungsfehler vorliegt und vom Patienten bewiesen werden kann. Wegen dieser einseitigen Belastung des Patienten hat die Rechtsprechung als zweite Linie ein Gegengewicht entwickelt. Vor der ärztlichen Behandlung muß der Patient rechtzeitig im Großen und Ganzen über die Risiken des bevorstehenden Eingriffs aufgeklärt werden. Nach ordnungsgemäßer Aufklärung muß er seine Einwilligung erteilen, da ansonsten eine rechtswidrige strafbare Körperverletzung vorliegt. Die ordnungsgemäße Aufklärung und anschließende Einwilligung seines Patienten muß vom Arzt dargelegt und bewiesen werden.

Ziel der Arzthaftungsklage eines Patienten ist es stets, materiellen und immateriellen Schadensersatz zu erlangen. Neben den oben genannten Voraussetzungen muß der Patient daher darlegen und beweisen, daß ihm überhaupt ein Schaden entstanden ist.

Unabhängig davon, ob ein Arzthaftungsprozeß für oder gegen einen Arzt entschieden werden kann, sind daher auch zwei grundsätzlich voneinander zu trennende Wege erkennbar, wie der Streit entschieden wird, wobei in den meisten Arzthaftungsprozessen beide Ziele nebeneinander verfolgt werden.

a. Es wird geklärt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt.

b. Es wird geklärt, ob eine Einwilligung nach ordnungsgemäßer Aufklärung vorliegt.

Nach der Prüfung der Fragen zu a) und zu b) ergeben sich die folgenden Möglichkeiten eines Prozeßergebnisses:

*Vortrag gehalten auf dem 2. Internationalen Kongreß für Zahnartzrecht und Ethik,

Kopenhagen, 24.-26. August 1995

1. Wird geklärt, daß ein Behandlungsfehler vorliegt, so hat der Behandler dem Patienten den adaequat darauf zurückzuführenden Schaden einschließlich eines eventuellen Schmerzensgeldes zu ersetzen.
2. Wird geklärt, daß kein Behandlungsfehler vorliegt, so wird die Patientenklage abgewiesen, bzw. der Patient wird zur Bezahlung des Arzthonorars verurteilt. Es kommt auf die Aufklärung nicht an, da aus einer ordnungsgemäßen Behandlung kein Schaden entstanden sein kann.
3. Bleibt ungeklärt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und fehlt eine ordnungsgemäße Aufklärung, so hat der Behandler dem Patienten den adaequat auf die Behandlung zurückzuführenden Schaden einschließlich eines eventuellen Schmerzensgeldes zu ersetzen.
4. Bleibt ungeklärt, ob ein Behandlungsfehler vorliegt und wurde ordnungsgemäß aufgeklärt, so wird die Patientenklage abgewiesen, bzw. der Patient wird zur Bezahlung des Arzthonorars verurteilt

Häufigste Erledigungsart von Arzthaftungsprozessen ist allerdings der Vergleich, der in jeder Phase einer Auseinandersetzung zur Beendigung führen kann. Es handelt sich hierbei um eine Konfliktlösung, die das beiderseitige Nachgeben der Streitparteien oder die Einsicht einer der Parteien in nicht haltbare Rechtspositionen und dann ein einseitiges Nachgeben erfordert. Der Abschluß eines gerichtlichen Vergleichs ist zumindest für die beteiligten Juristen attraktiver als eine streitige Entscheidung. Im Falle eines Vergleichs bleibt es dem Gericht erspart, eine Urteilsbegründung schreiben zu müssen und die beteiligten Anwälte profitieren, indem eine zusätzliche Vergleichsgebühr berechnet werden darf.

Viele Arzthaftungsprozesse werden mit der erklärten Absicht begonnen, sich auf keinerlei Vergleich einlassen zu wollen. Das Zusammenwirken der beteiligten medizinischen Sachverständigen, Richter und Rechtsanwälte hat jedoch oberflächlich betrachtet erstaunliche Auswirkungen. Meistens besteht eine hochgradige Unsicherheit infolge nicht vollständig aufklärbarer medizinischer Sachverhalte. Es kommt hinzu, daß im Arzthaftungsrecht weitgehend unbekannt und teilweise für die beteiligten Laien unverständliche Rechtsregeln gelten. Der erheblichen Sachkunde der inzwischen an vielen Gerichten eingerichteten Spezialkammern und -senate für Arzthaftungsrecht und der zunehmend einschlägig spezialisierten Anwaltschaft ist es zu verdanken, daß fast alle bekanntgewordenen Ergebnisse aus arzthaftungsrechtlichen Streitigkeiten sei es in der Form von Vergleichen oder Urteilen im Großen und Ganzen als sach- und interessengerecht bezeichnet werden können. Gegenstand dieser Arbeit ist sodann die Darstellung der Rechtsprechung der 14. Zivilkammer des Landgerichts Frankfurt zur Zahnarzthaftung. Die 67 abgeschlossenen Zahnarzthaftungsprozesse sind vollständig dokumentiert. Es ist darauf hinzuweisen, daß die Spezialzuständigkeit dieses Gerichts für Arzthaftungssachen erst seit 1990 besteht und nicht für Arzthaftungsprozesse gegen Kliniken gilt. Damit handelt es sich bei den im folgenden dargestellten Streitigkeiten nur um solche, in die niedergelassene Zahnärzte verwickelt waren.

Anhang Auswertungen Landgerichtsbezirk Frankfurt

Einwohner 663.952

Niedergelassene zahnärztliche Behandler

a. Zahnärzte	459
b. Zahnärzte für Kieferorthopädie	22
c. Zahnärzte für Oralchirurgie	1
d. Kieferchirurgen	7

Anrufung der zuständigen Schlichtungsstelle bei der
Landeszahnärztekammer Hessens nach Auskunft des Justitiars

a. Schlichtungsverfahren	weniger als	100
b. Gutachtenerstattung	mehr als	100

beide mit steigender Tendenz

Noch nicht abgeschlossene Gerichtsverfahren 14. Zivilkammer

begonnen	1990	1
begonnen	1991	1
begonnen	1992	1
begonnen	1993	4
begonnen	1994	3
begonnen	1995	1

Abgeschlossene Gerichtsverfahren 14. Zivilkammer

durch Versäumnisurteil	4	67
durch Streitiges Urteil	27	
durch Vergleich	24	
andere Erledigung (Verweis AG, Klagerücknahme, Ruhen, kein PKH)	12	

Ergebnis der 27 Streitigen Urteile

Obsiegen des Zahnarztes	20
Obsiegen des Patienten (2x durch VU)	5
teilweises Obsiegen beider Parteien	2

Gegenstände der 31 Urteile

Zahnersatz	25
Wurzelbehandlung	2
Mund-Antrum-Verbindung	1
Verletzung N. alveolaris inferior bei Entfernung	48
Verletzung N. lingualis bei Entfernung	35
Implantate	1

Diskussion

Schwerpunkt der Konflikte ist eindeutig Zahnersatz.

Ursachen sind hauptsächlich fehlende Gespräche der Streitparteien miteinander.

Konfliktmanagement ist in jeder Hinsicht verbesserungsfähig.

Begonnen durch den Zahnarzt (Honorarklage)

Vergleiche

Die hohe Anzahl der Vergleiche legt die Vermutung nahe, daß die vorgerichtlichen Bemühungen um Konfliktlösungen nicht ausreichend gewesen sind oder auf der einen oder anderen Seite nicht genügend Sachkenntnis für interessengerechte Verhandlungen vorhanden war. Die stärkere Nutzung bestehender Schlichtungsstellen könnte zu einer noch höheren außergerichtlichen Befriedung beitragen. Die Einrichtung einer unabhängigen Fachberatungsstelle wäre zu erproben.

Geringe Erfolgsquote Patienten

Hierin dürfte zum Ausdruck kommen, daß die aufgetretenen „echten“ Behandlungsfehler größtenteils außergerichtlich von Haftpflichtversicherungen direkt geregelt und abgewickelt werden. Es wäre aber auch denkbar, daß es sich um die Folge überzogener Anforderungen an Darlegungs- und Beweislast oder um überzogenes Anspmchsdenken und durch einschlägige Presseberichte erweckte Begehrlichkeit auf der Patientenseite handelt. Nicht auszuschließen ist auch, daß die Ergebnisse zahnmedizinischer Sachverständigengutachten Kollegenschutz widerspiegeln. Es besteht fälschlicherweise weitverbreitet die durch die Laienpresse hervorgerufene Annahme, daß eine ungünstig beendete Behandlung gleichbedeutend mit

einem Behandlungsfehler ist. Hier könnte vermehrte Öffentlichkeitsarbeit mit der Werbung um Verständnis für die Unwägbarkeiten und nicht beherrschbaren Risiken einer jeden Arzt- oder Zahnarztbehandlung abhelfen.

Belastung der Schlichtungsstellen

Die Möglichkeit einer außergerichtlichen Schlichtung ist nicht so bekannt, wie das wünschenswert wäre und steht ebenfalls unter dem Verdacht, daß dort im Zweifel der Kollegenschutz Vorrang hat. Teilweise besteht die begründete Befürchtung, daß als Sachverständige Ärzte und Zahnärzte fungieren, die ihre aktive Berufskarriere bereits beendet haben und sich so naturgemäß nicht mehr auf dem Höchststand aktuellen Wissens befinden. Die Verfahren dauern inakzeptabel lang und haben ein unverbindliches Ergebnis, da aus den Schiedsentscheidungen keine Vollstreckung betrieben werden kann. Der Vorteil der Kostenlosigkeit des Schlichtungsverfahrens spielt nur bei Patienten ohne Rechtsschutzversicherung eine Rolle.

Haftungsprozeß allgemein

Häufig stellt das Verhalten des Zahnarztes im Anschluß an eine von Patienten als ungewöhnlich oder auffällig empfundene Folge der Behandlung das auslösende Moment für einen nicht einvernehmlich ausgetragenen Konflikt dar. Leider werden zum Teil schon einfache Informationsfragen der Patienten als Kritik mißverstanden. Es gibt zwar unumgängliche Konflikte z.B. wenn Querulanten oder „Wanderpatienten“ behandelt wurden. Größtenteils kritisieren Patienten berechtigtermaßen Kleinigkeiten oder Wünschen lediglich weitere Informationen und der Umgang des Behandlers damit, indem er nachsorgend seine Patienten durch ein klärendes und mitfühlendes Gespräch führt, entscheidet, ob ein Streit entsteht. Hierbei handelt es sich sicherlich fast immer um ein Zeitproblem unter bestimmten wirtschaftlichen Zwängen. Lösung müßte eine Vergütungsregelung sein, die die Zeit für Informationsgespräche angemessen mit berücksichtigt.

Hauptproblem für Arzthaftungsprozesse generell ist auflagenorientierte sensationslüsterne Presseberichterstattungen über „Ärztepfusch“ und ein zunehmend hoher Bestand an Rechtsschutzversicherungen, die es den Patienten ermöglichen, ohne jedes eigene Kostenrisiko den Versuch zu unternehmen, eine Schmerzensgeldzahlung zu erlangen. Häufig sind dabei Rechtsanwälte behilflich, denen überzogene Schmerzensgeldforderungen einen Gebührenanreiz geben.

Schwerwiegendes weiteres Problem und häufig streitauslösend sind unbedachte Bemerkungen und leichtfertig abwertende Beurteilungen des Zahnarztes über eine Vorbehandlung, die lediglich das Ziel haben, das eigene Können und Wissen in den Vordergrund zu rücken. Bemerkungen wie „Wer hat das denn gemacht“ oder „Wo kommen Sie denn her“ oder noch eindeutiger Äußerungen führen zur sofortigen Rückfrage des Patienten mit der wahrscheinlichen Folge einer Prüfung, ob die Vorbehandlung ordnungsgemäß gewesen ist.

Hauptsächlich streitauslösend auf Patientenseite ist jedoch der sachwidrige Irrtum, daß insbesondere eine zahnprothetische Versorgung zwingend zur vollständigen Kompensation der infolge von Zahnverlusten oder -defekten eingetretenen Einschränkungen führen muß. Das hierin liegende Konfliktpotential unterliegt in hohem Maße der Beeinflussung durch den behandelnden Zahnarzt selbst. Mittels einer gut aufgenommenen Information an seinen Patienten kann er im Vorfeld Verständnis dafür erzeugen, daß selbst der allerbeste Zahnersatz fast immer qualitativ hinter dem natürlichen Gebiß zurückbleiben muß. Der gekonnte und bewußte Umgang mit dem Schicksal „Zahnersatz“ sowie Hinweise auf die nötige Pflege sind unverständlicherweise immer noch vom Zahnarzt hinterlassene und von ihm zu verantwortende Informationsdefizite auf Patientenseite.

Anschrift des Autors: Emst-R.Rohde, Rechtsanwalt, Petterweilstr.44, 60385 Frankfurt/Main

Kontaktadresse zur Erweiterung und Ergänzung der Urteilssammlung bzw. zum Abruf von Urteilen für den persönlichen Bedarf: Rechtsanwalt Ernst-R.Rohde, **Büro Frankfurt/Main:** Petterweilstraße 44, 60385 Frankfurt, Tel:069/465959, Fax: 069/467027, **Büro Düsseldorf:** Nordstraße 11, 40477 Düsseldorf, Tel: 0211/49877-0, Fax: 0211/49877-19
Letzte Bearbeitung am: 11.September 1995

- 27.11.1952 BGH VIZR25/52 VersR 53,67
1. An die Sorgfaltspflichten eines Dentisten sind keine geringeren Anforderungen zu stellen, als an die eines Zahnarztes.
2. Ein Zahnarzt oder Dentist, der bei der Benutzung eines Kleininstrumentes die von der Wissenschaft für erforderlich gehaltenen Sicherungsmaßnahmen unterläßt, handelt auch dann fahrlässig, wenn diese Maßnahmen mit gewissen Unbequemlichkeiten oder Zeitverlust verbunden sind und deshalb in der Praxis üblicherweise nicht angewendet werden. Er haftet deshalb auf Schadensersatz, wenn der Patient eine ohne diese Maßnahme verwendete Nervnadel verschluckt oder einatmet.
- 19.01.1953 OLG Nürnberg 2U22/52 MDR 53, 483 ,
AHRS 641015
Haftbarkeit des Zahnarztes, wenn er einen Patienten mit ungesicherter Nervnadel behandelt und der Patient diese verschluckt. Beweislast für das Verschulden des Zahnarztes.
- 18.06.1953 Hanseatisches OLG 6 U 80/53
LG Hamburg 12 O 208/51
Die Verwendung einer Carpulenspritze mit einer besonders dünnen Nadel ist zum Behandlungszeitpunkt nicht zu beanstanden gewesen. Kein Beweis des ersten Anscheins für regelwidriges Verhalten des Zahnarztes, wenn anlässlich einer Betäubungsinjektion die Nadel abbricht und ein Fragment von 1,5 cm Länge im Gewebe des Patienten verbleibt, da für den Bruch mehrere Ursachen (Materialfehler, plötzliche Bewegung des Patienten) in Frage kommen.
- 20.09.1954 LG Frankfurt 2 O 372/53
Wegen fortdauernder Beschwerden nach vollständiger Extraktion aller Zähne im Anschluß daran steht fest, daß schlechte Zähne der Patientin nicht ursächlich gewesen sind für verschiedene behauptete Krankheiten. Ein Zahnarzt handelt nicht regelwidrig, wenn er trotz des ausdrücklichen Wunsches Extraktionen von Zähnen unterläßt, die er für erhaltungswürdig befindet.
- 10.01.1956 Bei der prothetischen Behandlung wird zwischen dem Zahnarzt und seinem Patienten ein Werk(lieferungs)-vertrag, nicht ein Dienstvertrag geschlossen. Für die Entscheidung, ob Dienst- oder Werkvertrag, ist das ZHG ohne Bedeutung.
- 31.10.1956 AG Spandau 6 C 166156
2. Eine Knochensplinterung und Knochenverschiebung ist durch das bloße manuelle Eingliedern einer Brücke wegen der geringen dabei angewandten Kräfte ausgeschlossen.
- Ende 1980 LG Dortmund 8 O 280/79
DM 4.000,-- Schmerzensgeld wegen bleibenden Taubheitsfühls nach fehlerhafter Entfernung des verlagerten Zahnes 48 (Zerstückelung von oben nach unten, Blutung, Wurzellose belassen anstatt Freilegung von der Seite und Luxieren in einem Stück.

- 06.01.1981 OLG Koblenz 3 U 806/79
LG Koblenz 10 O 201177
DM 3.000 Schmerzensgeld für die Eingliederung einer mangelhaften Brücke, die keine Aufbeißfunktion hat, beim Sprechen Zischlaute verursacht und die Artikulation verhindert.
- 21 .01 .1981 LG München II 3 O 5412/80
Dem Zahnarzt steht für eine zahnprothetische Leistung, die durch die Führungskontakte im Seitenbereich zu einer abnormen Kiefergelenksbelastung und zu myoarthropathischen Beschwerden führt, kein Honorar zu.
- 28.01.1981 OLG Hamm 3 U 234/80
LG Dortmund 12 O 74/79
Dem Zahnarzt steht für die Anfertigung einer Ober- und Unterkieferprothese kein Honorar zu, wenn beide schaukeln und die Verbindung der Oberkieferzähne durch eine nicht mehr zeitgemäße (und nicht mehr den Regeln entsprechende) Kragenplatte hergestellt ist und dadurch eine sachgemäße Kariesprophylaxe verhindert wird. Daran ändert sich auch nichts, wenn diese Arbeiten gemäß dem Wünschen des Patienten und unter Zeitdruck durchgeführt werden mußten.
- 03.02.1981 LG Frankfurt 2/16 S 172/80
1. Schädigung des N. lingualis mit bleibender Betäubung der linken Zungenhälfte bei der operativen Entfernung des verlagerten Weisheitszahnes 38 läßt keinen Rückschluß auf eine Regelwidrigkeit bei der Anästhesie oder der Operation selbst zu.
2. Bei etwa 10 Millionen jährlichen Leistungsanästhesien kommen nur etwa 10 Dauerschäden am N. lingualis vor, so daß eine Aufklärungspflicht über dieses Risiko nicht besteht.
3. Sowohl verschwiegene Risiken, die sich nicht realisiert haben, als auch Schadensfolgen, auf deren möglichen Eintritt der Patient aufmerksam gemacht wurde, lösen keine Ersatzpflicht aus.
- 03.02.1981 LG Darmstadt 13 O 156/77
Entstehung einer Mund-Antrum-Verbindung nach der Extraktion des Zahnes 26 ist nicht unvermeidlich, jedoch das zu lange Liegenlassen eines Gaze-Streifens. Es ist fehlerhaft, nur 2 von 3 Wurzeln des Zahnes 26 zu behandeln und am gleichen Tage dieser Behandlung eine Krone auf diesem Zahn definitiv zu befestigen. Für die im Zusammenhang damit und wegen durch zwei Brücken im Unterkiefer aufgrund von Frühkontakten hervorgerufenen Beschwerden und mr die erforderlichen Neubehandlungen ist ein Schmerzensgeld in Höhe von 6.000 DM angemessen. Trotz überhöhter Schmerzensgeldvorstellungen des Patienten keine teilweise Klageabweisung, da Antrag unbeziffert gestellt wurde und das Gericht bei der Entscheidung der Bemessung den tatsächlichen Behauptungen des Patienten gefolgt ist.
- 11.04.1988 AG Frankfurt 32 C 497/88-72
Die Eingliederung einer ordnungsgemäß hergestellten mängelfreien herausnehmbaren Prothese stellt eine positive Forderungsverletzung des Behandlungsvertrages dar, wenn die Patientin ausdrücklich einen festsitzenden Zahnersatz Wünscht. Ein Honorar kann für diese Leistung nicht verlangt werden (Urteil in II.Instanz entgegenlautend).
- 15.04.1988 AG Waldbröl 6 C 4/88 NJW 89,777
Es ist unüblich und widerspricht der Verkehrssitte, wenn ein Arzt für nicht eingehaltene Termine eine Verweilgebühr berechnet.

19.05.1988 OLG Köln 7 U 205/87 VersR 88,1248

1. Eine formularmäßige Erklärung des Patienten, die eine Honorarvereinbarung enthält, muß klar und hinreichend verständlich formuliert sein.
2. Der Zahnarzt, der eine Leistungsbestimmung nach billigem Ermessen für sich in Anspruch nimmt, trägt die Darlegungs- und Beweislast für die Billigkeit der getroffenen Bestimmung.
3. Die Honorarforderung des Zahnarztes wird nicht fällig, solange der Zahnarzt keine nachprüfbare Rechnung erteilt hat.

19.05.1988 OLG Koblenz 6 U 286/87

Nach den Bemessungskriterien ist ein Fall von mittlerer Schwierigkeit, durchschnittlichem Zeitaufwand und normalen Umständen der Ausführung in der Mitte des Gebührenrahmens mit dem sogenannten Mittelwert (dem 2,3fachen Multiplikator) gemäß § 5 GOZ anzusetzen.

15.06.1988 LG Duisburg 6 O 34/86

Der Ausfall des N. lingualis nach einer operativen Entfernung des Weisheitszahns 38 kann sowohl durch die vorangegangene Leistungsanästhesie als auch durch die Operation selbst verursacht worden sein. Diese Schädigung stellt jedoch eine statistisch ungewöhnlich seltene Komplikation dar, weshalb darüber keine Aufklärung erforderlich ist. Die Verletzung der bei dem Beruf des betroffenen Patienten (Metzger) eventuell dennoch bestehenden Aufklärungspflicht wegen der dadurch zu erwartenden Beeinträchtigung der Lebensführung (Verlust des Geschmackssinns) bleibt, Reanastomosierung durch Einfügen eines Teils des aus dem Fußrücken entnommenen N. suralis rechtfertigt ein Schmerzensgeld von 20.000 DM.

25.06.1994 AG Bad Homburg 2 C 3838/93 MedR94,487. MDR94,888

Versäumt ein Patient den mit dem Zahnarzt vereinbarten Behandlungstermin, so schuldet er das Entgelt für die vorgesehene Behandlung abzüglich ersparter Aufwendungen wenn der Zahnarzt nachweislich zum vereinbarten Termin keinen anderen Patienten behandeln konnte.

28.06.1994 AG Brühl 29 C 6/94

Die GOZ-Positionen Nr. 236 und Nr. 239 sind neben der GOZ-Position Nr.241 als selbständige Leistungen auch in zeitlichem Zusammenhang berechenbar, da sie keine regelmäßigen, unter allen Umständen denknötwendig erfolgenden Vorbereitungsmaßnahmen darstellen.

29.06.1994 BSG 1 Rka 40/93

Zahnpatienten, die durch Überempfindlichkeit an einer Goldallergie leiden, können lediglich Kostenerstattung in Höhe des vorgesehenen Zuschusses erhalten, da die Versorgung mit Zahnersatz (einschließlich der dafür erforderlichen Behandlung) eine von der allgemeinen zahnärztlichen Behandlung getrennte und ausschließlich

§ 30 SGB V zugewiesene Leistung ist. Eine vollständige Kostenübernahme kann daher selbst bei einer bestehenden Goldallergie nicht erfolgen.

29.06.1994 VG Düsseldorf 10 K 1335/92

1. die GOZ-Positionen Nr. 236 und Nr. 239 sind neben der GOZ-Position Nr.241 als selbständige Leistungen auch in zeitlichem Zusammenhang berechenbar, da sie keine regelmäßigen, unter allen Umständen denknötwendig erfolgenden Vorbereitungsmaßnahmen darstellen. 2. Auslagen, wie zum Beispiel die Kosten für Anästhetica, Kunststoff für provisorische Kronen usw, fallen nicht unter die Regelung des § 4 Abs. 3 und Abs. 4 GOZ und sind daher gesondert berechenbar Es handelt sich um Materialien, die für die spezielle Behandlung eines bestimmten Patienten anfallen und bei diesem verbleiben.

FDI/WHO-KONSENSERKLÄRUNG ZUM THEMA DENTALAMALGAM

siehe: FDI-World - Juli/August 1995, p.9/10

1) Indikationen zur Verwendung von Amalgam in der Zahnheilkunde

Amalgam ist das zur Restauration kariöser Zähne am häufigsten verwendete Material. Zu seinen Hauptvorteilen als Werkstoff gehören ein breites Anwendungsspektrum, einfache Verarbeitbarkeit und ausgezeichnete physikalische Eigenschaften. Es wird seit über einem Jahrhundert erfolgreich in der Zahnheilkunde verwendet. Die Qualität des Dentalamalgams wurde während der letzten 20 Jahre verbessert. Amalgamrestaurationen sind sicher und kosteneffektiv. Ein Nachteil von Amalgam ist, daß es nicht zahnfarben ist.

2) Alternative Füllungswerkstoffe für Amalgam

In die Entwicklung zahnärztlicher Restaurationsmaterialien ist viel Forschungsarbeit investiert worden, aber bisher gibt es kein direktes Füllungsmaterial, das Amalgam voll ersetzen kann.

3) Nebenwirkungen von Amalgam

Bestandteile von zahnärztlichen Restaurationsmaterialien, einschließlich Amalgam, können in seltenen Fällen zu lokalen Nebenwirkungen oder allergischen Reaktionen führen. Eine sehr geringe Menge Quecksilber wird durch Amalgamrestaurationen insbesondere während des Legens und Entfernens freigegeben. Allerdings tragen zahlreiche Quellen wie z.B. die Nahrung (*insbesondere Fisch*), Wasser und die Luftverschmutzung zur Quecksilberbelastung des Körpers bei. Das Risiko schädlicher Nebenwirkungen ist für alle Arten von Restaurationsarbeiten äußerst gering. Es ist bei Amalgam nicht höher als bei Kunststoffmaterialien.

Aufgrund ihrer Unsicherheit über mögliche schädliche Nebenwirkungen durch den Quecksilbergehalt von Amalgam bitten einige Patienten mit ganz unterschiedlichen Symptomen um die Entfernung ihrer Amalgamrestaurationen. In der wissenschaftlichen Fachliteratur gibt es jedoch keine Hinweise darauf, daß allgemeine Symptome durch ein Ersetzen von Restaurationen behoben werden können.

4) Berufsbedingtes Gesundheitsrisiko für Mundgesundheitspersonal

Obwohl es keinen Beweis dafür gibt, daß die Verwendung von Amalgam für Patienten schädlich ist, besteht für Zahnärzte und anderes Mundgesundheitspersonal ein Gesundheitsrisiko durch Quecksilberexposition, sofern mit Amalgam nicht ordnungsgemäß umgegangen wird. Sie mögen selbst Amalgamfüllungen haben und über einen Großteil ihres Berufslebens Amalgamfüllungen legen. Dadurch könnte sich die Expositionswirkung akkumulieren. Die Verwendung von Amalgamlegierungen in Kapseln., die gute Lüftung in der Zahnarztpraxis, leistungsfähige Absauggeräte und ein angemessener Umgang mit Quecksilber während des Legens, Entfernens oder des Polierens von Restaurationen sind Faktoren, durch welche die Quecksilberexposition signifikant reduziert wird. Amalgam sollte nie offen angemischt und erhitzt werden. Kapseln mit Legierungsmaterial/Quecksilber sollten ordnungsgemäß versiegelt werden, um eine Dispersion winziger Quecksilbertröpfchen während der Trituration zu verhindern.

5) Umweltaspekte in bezug auf Amalgamabfall und dessen Beseitigung

Das in der Zahnheilkunde verwandte Quecksilber kann als Abfallprodukt von Zahnarztpraxen die Umwelt belasten. Moderne Ausrüstungen sind erhältlich, mit denen metallische Abfälle, die während des Legens und des Entfernens von Amalgamfüllungen anfallen, gesammelt werden können. Ferner bestehen geeignete Technologien, um eine Umweltschädigung durch Quecksilber zu verhindern oder einschneidend zu reduzieren, einschließlich Quecksilberdampffilter für Krematorien. Nur minimale Mengen an Quecksilber werden an die Umwelt abgegeben, wenn solche Ausrüstungen eingesetzt werden.

6) Öffentliche Meinung und Massenmedien

Aus Umweltschutzgründen haben einige Mitgliedsländer bereits vorgeschlagen, die Verwendung von Amalgam zu stoppen und/oder Einschränkungen aller Verwendungsmöglichkeiten von Quecksilber, einschließlich Amalgam, zu fördern.

Heute gibt es einen beträchtlichen weltumspannenden Informationsaustausch zu diesem Thema. Allerdings wird aufgrund der Publizität des Themas in den Massenmedien die wahre Situation in den Ländern, die restriktive Maßnahmen in bezug auf die Verwendung von Amalgam eingeführt haben, in einigen Fällen mißinterpretiert. Dies führt zu zahlreichen Anfragen über die Sicherheit von Dentalamalgam und zu einem verstärkten Bedarf an alternativen Materialien als Ersatz zu Amalgam. Derzeit erhöhen sich durch die Verwendung der verfügbaren alternativen Füllungsmaterialien signifikant die Kosten der zahnärztlichen Versorgung.

Mit Genehmigung des Präsidenten der DGZMK, Herrn Prof.Dr.G.Schmalz vom 29.März 1995 werden die folgenden Stellungnahmen und Mitteilungen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde aus den Mitteilungen der DGZMK 1/95 vollständig wiedergegeben:

Patienteninformationen über zahnärztliche Füllungsmaterialien(DZZ 50,H.3,174,1995)

Die Pflicht zur Dokumentation, Ludger Figgenger, Münster (DZZ 50,H.3,175,1995)

Palladiumlegierungen, DGZMK 2/95, Stand 28.2.95 (DZZ50,H.3,176,1995)

**Das FDI - Zahnbezeichnungssystem
und die Bereiche der Mundhöhle nach ISO 3950**
The FDI - Two-Digit-System and DENTISTRY
(the Designation system for teeth and areas of the oral cavity)

Klaus Rötzscher, Speyer

Beklagenswert ist immer noch die internationale Uneinheitlichkeit der Zahnbezeichnungen. Es ist heute nötig, zahnärztliche Aufzeichnungen zu dechiffrieren, ehe sie ausgewertet werden können. Hochschullehrer zahnärztlicher Ausbildungsstätten, wie 1861 Zsigmondy oder 1887 Haderup mit seiner Dental-Steno-Nomenklatur, schufen zu Beginn des 20.Jahrhunderts ein eigenes System der Zahnbezeichnungen. Frykholm und Lysell haben 1962 festgestellt, daß mehr als 32 verschiedene Systeme der Registrierung eines Zahnes weltweit in Gebrauch sind. Ahlberg schreibt 1987, es seien 40 verschiedene Systeme! Die Uneinheitlichkeit der Zahnbezeichnung besteht weiterhin (Dorion,1991, Rötzscher,1993). Die Verwendung eines einheitlichen Zahnbezeichnungssystems wäre sinnvoll, erscheint jedoch kaum möglich, da kein Zahnarzt sein gewohntes System verlassen möchte. So gibt es allein in den U.S.A. mehrere gebräuchliche Systeme: u.a. Palmer's Notation, Cunningham's Universal Notation, Bosworth und das F.D.I.-Two-Digit-System (Goodman,1967, Dorion,1991, Ortiz,1991).

Verschiedene Zahnbezeichnungssysteme

Bleibendes Gebiß

Anatomische Zahnformel

<i>rechts</i>													<i>links</i>
M₃ M₂ M₁ P₂ P₁	C	I₂	I₁	I₁	I₂	C	P₁	P₂	M₁	M₂	M₃		

F.D.I.

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28

48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

UNIVERSAL, U.S.A.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

BOSWORTH, U.S.A.

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
H	G	F	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	F	G	H

Milchgebiß

Anatomische Zahnformel (m = Milchmolar)

<i>rechts</i>											<i>links</i>
m₂	m₁	C	I₂	I₁	I₁	I₂	C	m₁	m₂		

F.D.I.

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

UNIVERSAL

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K

BOSWORTH

D5	D4	D3	D2	D1	D1	D2	D3	D4	D5
DE	DD	DC	DB	DA	DA	DB	DC	DD	DE

In der gegenwärtigen Fachliteratur verschiedener Länder und Kontinente, so auch in Europa, wird die Vier-Quadranten-Methode (Gebißschema), ein von Pirquet 1924 vorgeschlagenes Zwei-Ziffern-System benutzt, das 1970 von der Arbeitsgruppe/Forensische Odontologie (WG/FO) der F.D.I. in Bukarest unter Mitwirkung von S.Keiser-Nielsen,Kopenhagen, variiert wurde. Anwesend waren u.a. die Professoren Werner Hahn, Kiel, Wolfgang Pilz, Leipzig sowie Dr.Klaus Rötzscher, Leipzig. **Das FDI-Two-Digit-System wurde von der American Dental Association (ADA), der International Organization of Standardization (ISO), der International Association for Dental Research (IADR), der World Health Organization (WHO) akzeptiert und wird von der Interpol verwendet. In der weltweiten Zusammenarbeit wird empfohlen, das sog. F.D.I.-Two-Digit-System zu benutzen (Rötzscher,1993, 1994).**

Nun schreibt Sheldon Peck, Newton, MA., USA, **daß die American Dental Association (ADA) und ihre Commission of Dental Accreditation auf ihrer Tagung im Januar 1995 das Zahnbezeichnungssystem der FDI als offizielles Äquivalent zum gültigen UNIVERSAL-System angenommen hat (FDI WORLD - SEPT/OKT. 1995).**

Die International Organisation for Standardization (*ISO*) entwickelte gemeinsam mit der FDI eine revidierte Version von Dentistry - Designation system for teeth and areas of the oral cavity - Bezeichnungssystem der Zähne und der Bereiche der Mundhöhle, **in Kontinuität mit dem bestehenden System (ISO 3950)**. Diese Norm ergänzt das FDI-System (*s.FDI WORLD*):

Zweiziffrige Zahn- und Bereichsbezeichnungen der Mundhöhle nach ISO 3950

00 Gesamte Mundhöhle

01 Oberkieferbereich, 02

Unterkieferbereich

oberer Sextant

03 rechter, 04 vorderer, 05 linker

unterer Sextant

06 linker, 07 vorderer, 08 rechter

09 Bezeichnung eines Bereiches,
der in einem Anhang oder Dokument
festgelegt ist (*related document*)

Abkürzungen zur Bezeichnung der Zahnoberflächen nach ISO 3950

O Kaufläche M Mesialfläche D Distalfläche V Vestibulärfläche
(*Labiobukkal*)

L Lingualfläche G Wurzelfläche

Literaturhinweise:

NACHRICHTEN,FDI WORLD, Mai/Juni 1995 und September/Oktober 1995, S.24,25.

Peck,S., L.Peck, A time for change of tooth numbering systems. J Dent Educ. 1993,8,643-647

Rötzscher,K., Problems of Nomenclature, Advances in Forensic Sciences,

Vol.7, Forensic Odontology&Anthropology, Köster-Verlag, Berlin 1995, S.213

Rötzscher,K., Probleme der zahnärztlichen Befunderhebung und der Zahnregistrierung,
Newsletter AKFOS 1994, Jahr 1, No.1, S.6

**IN MEMORIAM WILHELM CONRAD RÖNTGEN (1845-1923)
ER ENTDECKTE AM 8.11.1895 IN WÜRZBURG DIE X-STRAHLEN
UND ERHIELT DAFÜR 1901 DEN NOBELPREIS FÜR PHYSIK**

**ORTHOPANTOMOGRAMME - EIN OBJEKTIVES HILFSMITTEL
IN DER FORENSISCH-STOMATOLOGISCHEN PRAXIS***

Panoral X-rays - an objective aid in forensic odontology.

Autor: Rüdiger Lessig

Die Auswertung von Behandlungsunterlagen bereitet häufig Probleme. Die Ursachen dafür sind sehr unterschiedlich und allgemein bekannt Frykholm und Lennert beschrieben (1962) ca. 32 verschiedene Systeme zur Registrierung eines Zahnes. Dies führte bei internationaler Zusammenarbeit oft zu Verwechslungen, da mit einer Zahnbezeichnung in den verschiedenen Ländern unterschiedliche Zähne dokumentiert wurden. Als Folge dieser Feststellungen wurde 1970 durch die Arbeitsgruppe „Forensische Zahnheilkunde“ der Fédération Dentaire Internationale (F.D.I) unter Mitwirkung von Keiser-Nielsen (Royal Dental College Kopenhagen) die „Vier-Quadranten-Methode“ zur Zahnregistrierung entwickelt, und unter dem Namen FDI-System international bekannt. Damit waren aber nicht alle Probleme gelöst. In den zugestellten Vergleichsunterlagen ist oft eine unvollständige Dokumentation zu verzeichnen. Schnell kann es zu Fehlinterpretationen infolge schlecht lesbarer Handschriften kommen. Außerdem schließt die Befundaufnahme - der sogenannte 01 -Befund - welcher von den Zahnärzten halbjährlich abgerechnet werden kann, eine exakte Dokumentation der vorhandenen Füllungen nicht ein. Es werden lediglich fehlende, extraktions- und behandlungswürdige Zähne festgehalten. Zusätzlich findet man noch Angaben zu Zahnstein und Mundkrankheit. Eine gesetzliche Pflicht zur Beschreibung von Anomalien, Bißverhältnissen u.ä. besteht nicht. Damit sind exakte Beschreibungen der vorhandenen Füllungen hinsichtlich des verwendeten Materials und der ersetzten Zahnflächen nicht zu erwarten. Abgesehen von den Verwechslungen der Zähne bei größeren Lücken mit Zahnwanderung. Kaatsch und Ritz (1993) stellten ebenfalls fest, daß die Identifizierung von Leichen anhand eines Zahnstatus nicht selten durch unvollständige Behandlungsunterlagen erschwert ist.

Aus den o.g. Gründen ist die Röntgenologie für die forensische Tätigkeit unentbehrlich. Fehler bei der Röntgenaufnahme sind kaum möglich. Man erhält mittels des Röntgenfilmes einen objektiven Befund für einen oder mehrere Zähne. Bei der Aufnahme beider Kiefer mittels Orthopantomographen wird ein objektiver Status praesens erzielt. Diese Geräte gelangten in den letzten Jahren in vielen Praxen auf Grund der Wirtschaftlichkeit und der leichten Handhabung zur Anwendung. Außerdem erhält der behandelnde Zahnarzt schnell einen Gesamtüberblick bei geringer Strahlenbelastung des Patienten und ist vor Überraschungen - retinierte und verlagerte Zähne, überzählige und anomale Zahnanlagen u.ä. - geschützt. Für die forensische Zahnheilkunde stellen diese Röntgenaufnahmen (Orthopantomogramme) ein wertvolles Hilfsmittel dar. Man erhält einen objektiven Zahnstatus und kann, wie bei den kleineren Zahnfilmen auch, vergleichende Aufnahmen anfertigen. In Skandinavien existiert ein Taschenröntgengerät, welches mit einem radioaktiven Isotop arbeitet. Dieses Gerät ist in einem Behälter mit der Größe eines Federhalters untergebracht. Die seit einigen Jahren zunehmend angewandte Radio-Visiographie (Trophy GmbH) bietet ebenfalls gute Möglichkeiten für Identifikationszwecke. Aus der Begutachtungspraxis unseres Institutes werden zwei ausgewählte Fälle vorgestellt, die mit Hilfe der angefertigten Röntgenaufnahmen eindeutig geklärt werden konnten.

*) Als Poster auf der 4.Frühjahrstagung - Region Süd der Deutschen Gesellschaft für

Rechtsmedizin in Bern - 16.-17.Juni 1995

Fall Nr. 1

Gewaltverbrechen an einem Mädchen im Raum Leipzig. Verbringung der Leiche durch den oder die Täter an einen entfernten Ort, wo Spaziergänger die Getötete nach ca. 4 Wochen auffinden.

Die Leiche befindet sich zum Zeitpunkt der Untersuchung im Zustand fortgeschrittener Fäulnis, teilweiser Verlust von Körperteilen durch Tierfraß. Die erhaltenen Kiefer weisen partiellen Zahnverlust durch Fäulnis auf. Die Erhebung des Zahnstatus muß sich auf die noch auffindbaren Zähne beschränken. Der übergebene Vergleichsbefund des vermißten Mädchens dokumentiert am Oberkiefer die in der Praxis angefertigten Füllungen. Für den Unterkiefer sind keinerlei Befunde erhoben worden, obwohl nachweislich Anomalien vorhanden waren! Ein Status praesens fehlte in der Behandlungskarte. Der 01-Befund wurde erstmals 1994 dokumentiert. Dort lediglich Angaben zu kariösen Zähnen.

Oberkiefer:

11 - ohne Angabe 21 - zahnfarbene Plastfüllung d.p 12 - ohne Angabe 22 - zahnfarbene Plastfüllung m. 23 - ohne Angabe 24 - ohne Angabe 25 - ohne Angabe

Unterkiefer:

41 - ohne Angabe 42 - ohne Angabe 31 - ohne Angabe 32 - ohne Angabe 33 - ohne Angabe
34 - ohne Angabe 35 - ohne Angabe 36 - ohne Angabe 37 - ohne Angabe 38 - ohne Angabe
43 - ohne Angabe 44 - ohne Angabe 45 - ohne Angabe 46 - ohne Angabe 47 - ohne Angabe

Der Zahn 26 - 1. Molar des linken Oberkiefers - wurde mit einer Wurzelfüllung versorgt. Dazu waren Röntgenaufnahmen - sog. Zahnfilme - vorhanden. (Abb.1) Die im Institut angefertigte Vergleichsaufnahme des Zahnes 26 zeigt eine absolute Deckungsgleichheit der Zahnwurzelanatomie, der Wurzelfüllung und der Füllung. Ebenfalls gleiche Ausprägung des Pulpacavums des Zahnes 27 - 2. Molar des linken Oberkiefers - sowie anomale Ausbildung nur einer Wurzel. Zahn 28 - 3. Molar des linken Oberkiefers - noch im Kieferknochen lokalisiert mit Durchbruchshemmnis - Retention der Krone an Radix 27. (Abb.2) Die festgestellten Besonderheiten ließen keinerlei Zweifel an der Identität der aufgefundenen Leiche.

Fall Nr. 2

Im November 1994 wurde in Leipzig an einer Bahnstrecke eine unbekannte männliche Leiche aufgefunden. Es bestand der Zustand nach Überrollung durch einen Zug mit entsprechenden Verletzungen. Eine Identifizierung konnte zunächst nicht erfolgen. Erst im März 1995 ergaben sich für die Kriminalpolizei Verdachtsmomente. Am Oberkiefer konnte eine umfangreiche prothetische Versorgung mit feststehendem Zahnersatz festgestellt werden. Der linke Unterkiefer fehlte völlig und der rechte teilweise - traumatischer Verlust. Mit den übergebenen Behandlungsunterlagen eines seit November 1994 vermißten Mannes gelangte auch ein Ordlopantomogramm zu uns, auf dem die prothetischen Arbeiten am Oberkiefer sichtbar waren. (Abb.3) In den Behandlungsunterlagen fand sich außer einem 01-Befund keinerlei Dokumentation zur prothetischen Versorgung. Es waren lediglich Abrechnungspositionen ohne Zahnangabe vorhanden!

Oberkiefer:

11-Krone 12 - Krone 13 - ohne Angabe 14 Füllung 15 fehlt (Lückenschluß) 16 - 17 Krone
18-fehlt 21 - Krone 22 - fehlt, Brückenglied 23 - Krone 24 - Krone 25 - fehlt (Lückenschluß)
26 - fehlt 27- ohne Angabe 28-ohneAngabe

Unterkiefer.

34-45 ohne Angabe 35-Krone 36-fehlt 37-fehlt 38 - ohne Angabe 46-fehlt 47 - Füllung 48-fehlt

Zur Vervollständigung unserer Untersuchungen wurden Vergleichsaufnahmen der entsprechenden Regionen des Oberkiefers angefertigt. Es zeigte sich eine absolute Übereinstimmung in den Merkmalen Kronenkontur, Wurzelfüllung sowie Stumpfaufbau bei Zahn 24 - 1.Praemolar des linken Oberkiefers - und Zustand nach Wurzelspitzenresektion des Zahnes 11 - mittlerer Schneidezahn des rechten Oberkiefers. (Abb.4) Die Identität konnte damit zweifelsfrei geklärt werden.

Abb. 1 Aufnahmen der noch erhaltenen Kieferknochen

Abb.2 Positive der Röntgenaufnahmen

Abb.3 Positiv des Orthopantomogramms des vermißten Mannes

Abb.4 Positive der Vergleichsaufnahmen

Anschrift des Verfassers: Dr.Rüdiger Lessig, Institut für Gerichtliche Medizin,
Universität Leipzig, Johannisallee 28, 04103 Leipzig

ERFAHRUNGSBERICHT ÜBER DIE KATASTROPHENSCHUTZÜBUNG „FLUGUNFALL 94“

Bettac, Behörde für Inneres, Amt für Innere Verwaltung und Planung, Hamburg,
Prof.Dr.Klaus Püschel, Inst.für Rechtsmedizin der Universität Hamburg,
(gekürzt)

Berichtet von ZA Olof Graff, Koordinator des Arbeitskreises für Forensische Zahnmedizin und Katastrophenschutz Hamburg (AFZK-HH), Blankeneser Landstr.19, 22587 Hamburg

Die Vollübung fand am 14.April 1994 (07.00-16.00) auf dem Gelände des Flughafens Hamburg, dem LKA, dem Polizeipräsidium und im Krematorium Öjendorf statt mit 375 Übenden, 80 Beobachtern und 50 Medienvertretern.

Anlaß und wesentliche Ziele

Die Flughafen Hamburg GmbH (FHG) ist nach den Bestimmungen der ICAO zu regelmäßigen Notfallübungen verpflichtet. Alle bei Unfällen mit Luftfahrzeugen zur Zusammenarbeit verpflichteten Behörden und Dienststellen haben sich gemäß der **Flugunfallrichtlinie** der Behörde für Inneres (*am 1.Nov.1992 inkraftgesetzt*) daran zu beteiligen, um Handlungssicherheit zu erlangen.

Art und Umfang der Übung

Das Schadensbild beinhaltete ein total zerstörtes größeres Luftfahrzeug, 8 Leichen, z.T.schwer verletzte und 30 unverletzte Personen, sowie 15 Personen im Ankunftsgebiet des Flughafens, die auf die Passagiere der Unglücksmaschine warteten.

Durch die Verzahnung aller Maßnahmen und das Zusammenwirken aller Stellen konnte in einem **vertretbaren** Zeitrahmen und mit **noch angemessenem** Personalaufwand durchgehend geübt werden. Die Realitätsnähe blieb gewahrt, wenn auch im Ernstfall mit einer größeren Zahl Verletzter und Toter mit entsprechendem Zeitaufwand gerechnet werden muß.

Auf den beabsichtigten Übungsteil "*Auslegen eines Schaumteppichs*" wurde aus Umweltschutzgründen verzichtet. Insgesamt waren alle Übungsvorbereitungen (außerordentlich realitätsnahe Herrichtung durch den Schminktrupp des Sanitätsbataillons; Aufbau des "Streifeldes" durch das LKA) bis zum Übungsbeginn (09.30) abgeschlossen.

Die Zusammenarbeit der Leitungsdienste war sehr kooperativ, ebenso die reibungslose Verpflegung aller Übungsteilnehmer - als wesentliche Voraussetzung für die Motivation der Übungskräfte.

Mitwirkende Institutionen

Flughafen Hamburg (FHG); Deutsche Flugsicherung (DFS), Niederlassung Hamburg;
DRK - Landesverband Hamburg, Kreisverband Hamburg-Nord; Luftfahrtbundesamt (**LBA**), Außenstelle Hamburg, Flugunfalluntersuchungsstelle Braunschweig; Bundesgrenzschutz (**BGS**); Bundeswehr (**VBK 10**), Standortkommandantur Hamburg, San.Bat.141; Inst.für Rechtsmedizin (**IfR**), Leitende Notarztgruppe (**LNG**), Baubehörde (**BB**), Vermeßungsamt; Wirtschaftsbehörde (**WiB**); Lufverkehrsreferat; Umweltbehörde (**UB**), Rufbereitschaft, Landesbetrieb Friedhöfe; Bezirksamt Hamburg-Nord (**BA-N**); Behörde für Inneres (**-A5-**), Polizei (**P**); Feuerwehr (**F**) sowie Ansprechstellen beim Zentralen Katastrophendienststab der Behörde für Inneres (**ZKD**), dem Regionalen Katastrophendienststab des BA-N (**RKD-N**), der Staatsanwaltschaft LG Hamburg und vier Krankenhäusern in Hamburg.

Beweissicherung/Identifizierung

Dieser Gesamtkomplex wurde intensiv geübt.

Fazit: Die Befehlsstelle muß zukünftig über einen eigenen geeigneten Standort (*Raum, Zelt, Befehlswagen*) mit eigenen ausreichenden Kommunikationsmitteln verfügen. Ausrüstungen der Einsatzkräfte und Gerät sind ergänzungs- und verbesserungsbedürftig.

In Zusammenarbeit mit dem IfR ist der **Unterabschnitt Identifizierung** zu erweitern und die Ausstattung zu verbessern.

Bei der Vermessung des Unglücksortes durch das Vermessungsamt (BB) gab es keine nennenswerten Probleme.

Übungsvorbereitung

Die Vorbereitung erfolgte in einer relativ kurzen Zeitspanne, da Realisierung erst Ende 1993 beschlossen.

Medien- und Gästebetreuung

Das zur Pressebetreuung ursprünglich vereinbarte Verfahren - Einbeziehung aller Pressesprecher - erwies sich als nicht praktikabel. Das Besucherprogramm war für viele Gäste unergiebig. Eine Teilung nach Interessengruppen wäre effektiver, würde aber mehr Personalkapazität binden.

Resümee aus rechtsmedizinischer Sicht

Die Übung ergab keinen Aufschluß darüber, wie gut im Ernstfall (*etwa zu einer ungünstigen Tageszeit oder am Wochenende*) die Alarmierung und Formierung der Einsatzkräfte erfolgt. Die Rechtsmedizin sollte möglichst frühzeitig informiert werden, auch wenn ihr Einsatz bei den Bergungsarbeiten erst später erfolgt und die Identifizierungsmaßnahmen in Öjendorf zeitlich einen erheblich größeren Abstand zum Unglücksfall als bei der Übung haben würden. Mediziner sollten bei den Bergungsarbeiten mit vor Ort sein. Die Bergungsteams sollten bereits am Unglücksort möglichst viele Leichen und Leichenteile sowie Kleidungsstücke und Effekten zusammenfügen. Dies erleichtert die spätere Arbeit bei den weiteren Identifizierungsmaßnahmen sehr. Die bei den Leichenteilen belassenen Dokumentationsbögen von Feuerwehr und Bergungsgruppe sollten in wasserdichten Plastikbeuteln asserviert und am entsprechenden Leichnam bzw. Teil befestigt werden.

"Persönliches Streugut" (z.B. *Ausweise*) sollten beim Leichnam verbleiben und nicht vorsorglich gesichert an andere Stellen verbracht werden. An einem Tisch (*Krematorium Öjendorf*) sollten zwei Ärzte, ein Sektionsgehilfe, ein Zahnarzt und zwei Kriminalbeamte zusammenarbeiten. Sonstige Personen sollten aus diesem Bereich ferngehalten werden (*Abriegeln der Räumlichkeiten im Krematorium bzw. des gesamten Krematoriums durch Polizeikräfte*). Der die Identifizierungsarbeiten leitende Koordinator benötigt einen eigenen, übersichtlichen Arbeitsbereich (z.B. *Stockwerk oberhalb des Sarglagers*).

Unzureichend war die Informationsübermittlung über die vermißten Personen an den Leiter der Identifizierungsgruppe (*welche Personen wurden in die Krankenhäuser verbracht und welche noch vermißt*). Auch wurden die persönlichen Daten der Vermißten bzw. der vermutlich Toten nicht übermittelt. Dadurch konnte die Identifizierung nicht abgeschlossen werden. Dafür werden wir im Ernstfall auch viel mehr Zeit benötigen und auch zur Verfügung haben. Auf jeden Fall sollte eine vorschnelle Identifizierung einzelner Personen vermieden und möglichst eine Identifizierung vieler (*möglichst aller*) Leichen und Leichenteile als Abschluß der gemeinsamen Arbeit angestrebt werden. Vorschnelle Ergebnisse, die spätere Korrekturen erforderlich machen, wären besonders peinlich.

Die Gerätschaften der mit uns kooperierenden Zahnärzte werden von diesen selbst besorgt. Wo werden gegebenenfalls Röntgen-Vergleichsuntersuchungen durchgeführt? Hier kommt ein Shuttle-System in Betracht, das Leichen bzw. Leichenteile in eine hierfür geeignete Röntgenabteilung eines Krankenhauses und wieder zurück zum Krematorium verbringt.

Angeregt wird eine erneute Übung, weniger detailliert vorbereitet, damit die Improvisationsfähigkeit auch unter erschwerten Bedingungen geprüft und gefördert wird.



**AUFRUF ZUR VERVOLLSTÄNDIGUNG EINER URTEILSSAMMLUNG
ZUM GESAMTEN RECHT DER ZAHNMEDIZIN**

Rechtsanwalt Arzt und Medizinrecht Ernst-R.Rohde (Anschrift s.Seite 20)

Seit etwa 10 Jahren führe ich eine inzwischen per EDV aufgearbeitete Sammlung, in der insgesamt nunmehr etwa 800 Gerichtsurteile zu zahnmedizinischen Rechtsfällen enthalten sind. Die Rechtsbereiche erstrecken sich vom Haftungsrecht einschließlich Aufklärungsfragen über Versicherungsrecht und alle anderen denkbaren teilweise benachbarten Rechtsbereiche mit Berührung zur Zahnmedizin bis hin zum Gebührenrecht. Da ich nur über Veröffentlichungen, eigene Kontakte und eigene Fälle Kenntnis über solche Entscheidungen erlange, möchte ich hiermit alle Interessenten aufrufen, mir Kopien von bekanntgewordenen unveröffentlichten Urteilen zu zahnmedizinischen Rechtsfällen zu übersenden. Ich bin im Gegenzug dazu bereit, zu gezielten Themenkomplexen Auskunft aus meiner Urteilssammlung zu erteilen.

**2ND INTERNATIONAL CONGRESS ON DENTAL LAW & ETHICS
Bericht**

Rechtsanwalt Ernst-R.Rohde

Vom 24.-26.August 1995 fand in Kopenhagen unter der oben genannten Überschrift der bereits zweite internationale Kongreß statt. Referenten aus der ganzen Welt stellten in der festgelegten Kongreßsprache Englisch die unterschiedlichen Rechts- und Versicherungssysteme dar, unter denen eine zivilrechtliche Haftung bei Vorliegen eines zahnärztlichen Behandlungsfehlers eingreifen kann. Im wesentlichen ist zwischen einer Verschuldungshaftung wie beispielsweise in Deutschland und einer verschuldensunabhängigen Haftung in einigen skandinavischen Ländern zu unterscheiden. Dort können Patienten unter bestimmten Voraussetzungen Schadensersatz aus einer allgemeinen Patientenversicherung erhalten.

Ein Diner im abendlich festlichen *Tivoli-Gardens* rundete den anregenden Kongreß in der imposanten dänischen Hauptstadt ab. Alle Teilnehmer werden die insgesamt gelungene Veranstaltung sicherlich in bleibender Erinnerung behalten, zumal die Diskussion zum Hauptthema noch nicht abgeschlossen ist und eine Fortsetzung auf einer vergleichbaren Plattform zu erwarten sein wird.

Rechtsanwalt - Arzt und Medizinrecht Ernst-R.Rohde,
Petterweilstraße 44, 60385 Frankfurt/Main

Kongresse, Meetings, Symposien, Tagungen in 1996

19. - 24. Februar 1996

26. Meeting der American Society of Forensic Odontology (ASFO), gemeinsam mit dem 48. Annual Meeting der American Academy of Forensic Sciences (AAFS), Nashville, Tennessee, USA., Program: Bitemarks, Mass Disaster, Body Identification Guidelines adopted by the American Board of Forensic Odontology.

The new Manual of Forensic Odontology ready for sale at \$35.

Mail Address: P.O.Box 669, 410 N. 21st Street, #203, Colorado Springs, CO 80904-2798

28. Juli - 1. August 1996

The 11th World Congress on Medical Law of the World Association For Medical Law, to be held at SUN CITY NORTHWEST SOUTH AFRICA,

INFO: CONGRESS SECRETARIAT INTERNATIONAL CENTRE OF MEDICINE & LAW; P.O.BOX 51 BUHRMANNSDRIF 2867, NORTHWEST SOUTH AFRICA, Tel:+27+140-842470/1, Fax: +27+140-24894

26.-30 August 1996.

14th Meeting der International Organisation of Forensic Odonto-Stomatology (IOFOS) gemeinsam mit der International Association of Forensic Sciences (I.A.F.S.),

Tokyo, Japan, INFO: Secretariat for the 14th Meeting of IAFS, c/o Conference and Event Department, Simul International, Inc., Kowa Building N° 9, 1-8-10, Akasaka, Minato-ku, Tokyo 107, JAPAN

24.-28. September 1996

75. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin, Zürich, Univ. Zürich-Irchel, Winterthurerstrasse 190, CH-8057 Zürich, Hörsäle 45,55 und Lichthof Geschoss G

INFO: Leitung Kongress-Organisation: Prof. Dr. med. Felix Walz
oder Stellvertretung: Dr. phil. Peter X. Iten.

Bis 30.9.96, Tf+41+1 257 56 11, Fax+41+1 364 08 04

28.9.-2.10.1996

84. FDI - Jahresweltkongress, Orlando, Florida, USA, gemeinsam mit der Jahreskonferenz der American Dental Association (ADA)

Auskunft: Congress Department, FDI, 7 Carlisle Street, London W1V 5RG, United Kingdom
Phone int+0044+171+935 7852, Fax int+0044+171+486 0183

12. Oktober 1996

18. Jahrestagung AKFOS, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, Zahnklinik,

Augustusplatz 2, 55131 Mainz, *INFO:* Dr. Dr. Klaus Röttscher, Maximilianstr. 22, 67346 Speyer, Tel. 06232/74466, Fax: 06232/71938

Kongresse, Meetings, Symposien, Tagungen in 1997

5. - 11. September 1997

85. FDI-Jahresweltkongress, Seoul, Korea,

Auskunft: Congress Department, FDI, 7 Carlisle Street, London W1V 5RG, United Kingdom
Phone int+0044+171+935 7852, Fax int+0044+171+486 0183
