

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



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



GERMAN ACADEMY OF FORENSIC ODONTOSTOMATOLOGY

---

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

---

**AKFOS (2007)**

**Jahr 14: No.2**

*Lectori benevolentissimo salutem dicit*

**Editorial** (Klaus Rötzscher, Speyer)

Die notwendigen Voraussetzungen für die zahnärztliche Gutachtertätigkeit fehlen im zahnärztlichen Lehrplan der deutschen Universitäten.

Jeder Zahnarzt kann als Zeuge, als sachverständiger Zeuge oder als Sachverständiger aufgefordert werden, vor Gericht tätig zu werden. Er wird zum Sachverständigen bestellt, ohne auf diesem Grenzgebiet Erfahrungen und Kenntnisse nachweisen zu müssen. Daher geschieht es immer wieder, dass Gutachten an gesetzlichen Bestimmungen und an den in der Rechtsprechung erarbeiteten Begriffen vorbeigehen.

Ein Zahnarzt wird als Zeuge oder sachverständiger Zeuge zu Fragen vernommen, die ohne ein sachverständiges Urteil unbeachtet bleiben würden. Der Zahnarzt sollte, wird er zum Sachverständigen bestellt, ebenso wie der Zahnarzt, der den Auftrag zu einem schriftlichen Gutachten übernimmt, neben seiner Fachkunde die einschlägige Begutachtungskunde beherrschen. Da jeder Zahnarzt im Rahmen vertraglicher oder allgemeiner gesetzlicher Bestimmungen zur Erstattung von Gutachten verpflichtet werden kann, muss er sich - solange sein Ausbildungsplan dies nicht einschließt - in eigener Initiative mit den Grundzügen der vorgerichtlichen Begutachtung zumindest in den Sozialrechtszweigen, im Haftpflichtrecht und in dem gänzlich abgegrenzten Arzthaftungsrecht vertraut machen.

Unverzichtbare Basis für „richtige“ Sachurteile sind fehlerfreie Gutachten. Falsche Urteile werden häufig bei fehlerhaften Gutachten gefällt. Dabei können auch aufgrund von fehlerfreien Gutachten getroffene Entscheide im Ergebnis falsch sein. Aber nicht jedes fehlerhafte Gutachten ist falsch und nicht jedes fehlerfreie Gutachten ist richtig. Die Einordnung von Gutachten in „falsch/richtig“ erscheint fragwürdig. Ein unvollständiges Gutachten kann beides sein. Über den Anforderungen steht in erster Linie der Grundsatz:

***Der Gutachter ist der Helfer und Berater des Gerichtes.***

Der Newsletter ist das Organ des Interdisziplinären Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM).

The Newsletter is the publication of the German Academy of Forensic Odontostomatology of the German Society of Dental Oral and Craniomandibular Sciences and the German Society of Legal Medicine.

## **Herausgeber:**

Der Interdisziplinäre Arbeitskreis für Forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) und der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM).

**Der Newsletter der International Organization for Forensic Odontostomatology (I.O.F.O.S.) ist unter [www.iofos.eu](http://www.iofos.eu) abrufbar. Es besteht ein Link zu unserem Arbeitskreis.**

## **Redaktion und Vorstand:**

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

**2.Vorsitzender Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Ludger Figgner,**  
Westfälische Wilhelms-Universität Münster, Zentrum für ZMK, Poliklinik für Prothetik,  
Waldeyerstr. 30, 48149 Münster  
Tel (0251) 834 70 80, Fax (02534) 64 46 90  
eMail: [figgenl@uni-muenster.de](mailto:figgenl@uni-muenster.de)

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

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

**Redaktionsmitglied Dr. med. dent. Hans-Peter Kirsch,**  
Weissenburger Str. 60, 66113 Saarbrücken  
Tel (06898) 63580, Fax (0681) 3006005  
eMail: [dr.hanskirsch@mac.com](mailto:dr.hanskirsch@mac.com)

**Der Arbeitskreis verfügt wieder über einen Internetzugriff: [www.akfos.org](http://www.akfos.org)**  
Hier können alle AKFOS Newsletter und Informationen abgerufen werden.

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

<b>09.00-09.10</b>	<b>Eröffnung</b> Dr. Dr. Klaus Röttscher, Speyer
<b>09.10-09.30</b>	<b>Aktuelle Rechtsprechung zum zahnärztlichen Haftpflichtrecht</b> Univ.-Prof. Dr. Dr. Ludger Figgener, Münster
<b>09.30-09.50</b>	<b>Begutachtungen im implantologischen Behandlungsbereich</b> Univ.-Prof. Dr. Dr. Rolf Singer, Ludwigshafen
<b>09.50-10.10</b>	<b>Komplikationen und Aufklärungspflicht als haftungsrechtliche Aspekte bei der Lokalanästhesie</b> Univ.-Prof. Dr. Gerhard Wahl, Bonn
<b>10.10-10.30</b>	<b>Entwicklungen in der zivilrechtlichen Sachverständigentätigkeit und bei Streitfällen nach prothetisch-restaurativer Behandlung</b> Dr. Gabriele Diedrichs, Düsseldorf
<b>10.30-11.00</b>	Diskussion <span style="float: right;">Kaffeepause</span>
<b>11.00-11.20</b>	<b>Implantat-Vortrag Sponsor</b>
<b>11.20-11.30</b>	Diskussion
<b>11.30-13.00</b>	Gemeinsames Mittagessen in der Mensa
<b>13.00-13.20</b>	<b>Grundlagen der zahnärztlichen Sachverständigentätigkeit im Gerichtsverfahren</b> Dr. Dr. Claus Grundmann, Duisburg
<b>13.20-13.40</b>	<b>Komplikationsmanagement und Abwehr von Behandlungsfehlern in der Allgemeinzahnärztlichen Praxis</b> Dr. Hans-Peter Kirsch, Saabrücken
<b>13.40-14.00</b>	<b>Beeinflussen Alter und Geschlecht die Bildqualität von OPG-Aufnahmen? Antworten aus der forensischen Odonto-Stomatologie</b> Dr. Bianca Gelbrich, Leipzig
<b>14.00-14.20</b>	<b>John Wilkes Booth (1834-1865) and Lewis Thornton Powell (1844-1865): controversial identifications of two confederate who murdered Abraham Lincoln</b> Dr. Xavier Riaud, Saint Herblain, Frankreich
<b>14.20-14.40</b>	<b>Zur Problematik der Bissspurenanalyse in der forensischen Routine</b> PD Dr. Rüdiger Lessig, Leipzig
<b>14.40-15.00</b>	Diskussion
<b>15.00-15.30</b>	<b>Mitgliederversammlung</b>
	<b>Tagungsende <span style="float: right;">Verabschiedung</span></b>

## Werner Hahn. Eine Laudatio

Ad multos annos!

Klaus Rötzscher

Zum 95. Geburtstag von Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Werner Hahn am 7. März gratulieren Vorstand und Mitglieder des Arbeitskreises dem Jubilar sehr herzlich und wünschen ihm weitere Jahre voller Gesundheit und ungebrochener Schaffenskraft. Dem aktiven Hochseesegler und Grandseigneur des Arbeitskreises auch *privatim* allzeit eine Handbreit Wasser unterm Kiel!



Werner Hahn drängte in seinem Leben ständig zu Neuem und durfte viele seiner Ziele auch erreichen.

*Aus seiner Vita:*

Studium der Medizin und Zahnmedizin in Bonn, Düsseldorf, Berlin und Münster. Assistent bei Prof. Axhausen, Kieferklinik der Charité. Fachzahnarzt für Kieferchirurgie, Facharzt für ZMK-Heilkunde. Professuren in Münster und Kiel. Leiter der chirurgischen Abteilung der ZMK-Klinik der Christian-Albrechts-Universität Kiel. Dekan dieser Universität 1969/70 und 1975-1977.

Mitglied im „Großen Senat“ der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Emeritierung 1980. Begründer und Leiter des Arbeitskreises „Implantologie“ der DGZMK.

20 Jahre lang leitete er als erster wissenschaftlicher Leiter das 1982 gegründete Heinrich-Hammer-Institut in Kiel, die zentrale Fortbildungseinrichtung der Zahnärztekammer Schleswig-Holsteins.

Über 20 Jahre lang war er als Mitbegründer und Erster Vorsitzender des 1976 in Stuttgart gegründeten Arbeitskreises für Forensische Odonto-Stomatologie mit seinen Aktivitäten ein Förderer der interdisziplinären Weiterbildung.

Er war Gutachter der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und Mitglied des Reference Center für präkanzeröse Erkrankungen der WHO.

Von 1965-79 war Prof. Hahn Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund und Kieferheilkunde (DGZMK).

Er ist Träger der Goldenen Ehrennadel des Bundesverbandes der Deutschen Zahnärzte. Korrespondierendes Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM), Ehrenmitglied der DGZMK, Chairman der Sektionen 19/20 – „Forensic Odontology and Law“ der „International Organisation for Forensic Odonto-Stomatology“ (I.O.F.O.S.), der *International Association of Forensic Sciences* (I.A.F.S.) in Düsseldorf (13. Meeting 1993).

Er erhielt die Goldmedaille der *Societá Italiana di odonto-stomatologia e chirurgia maxillo-facciale*. Fellow der „International Association of Oral-Surgeons“ (I.A.D.S.). Chairman of the Commission of Dental Research in der FDI 1972-1978.

**Treffen der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Anthropologie (AGFA)  
am 2./3. März 2007 in Mainz**

Ein Bericht von Klaus Röttscher, Speyer<sup>1</sup>

Aus der Internetseite der AG „Forensische Anthropologie“<sup>2</sup>:

Priv. Doz. Dr. Wolfgang Huckenbeck  
Institut für Rechtsmedizin, Heinrich Heine  
Universität, Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf  
e-mail: huckenbeck@med.uni-duesseldorf.de

Dipl. biol. Carsten Witzel  
Wartweg 49, 35392 Giessen  
e-mail:  
Carsten.Witzel@anthr.bio.uni-giessen.de

Die Arbeitsgemeinschaft Forensische Anthropologie hat folgende Ziele: Erfahrungsaustausch und Kooperation mit Nachbarfächern, insbesondere mit der Rechtsmedizin, forensischen Odontologie und Kriminalistik, aber auch mit Radiologie und Pädiatrie. Formulierung und Standardisierung des Methodeninventars, Entwicklung von Qualitätsstandards, Konsensbildung über Gutachtenformen. Koordination der Verteilung von Aufträgen, Entwicklung von Kriterien dafür. Aufbaukurse für Anthropologen, Mediziner oder Kriminalisten. Unterstützung für den curricularen Unterricht an Universitäten, Polizeiakademien etc. Koordination von Forschungsprojekten.

**Konkrete Arbeiten sind:**

**Skelettidentifikation.** Organisation von zentralen Kursen für Studierende, mit Erstellung einer Tischvorlage und eines umfassenden inhaltlichen Schlussberichts. Entwicklung von Standards für die Begutachtung unbekannter Skelette wie bei der eigentlichen Identifikation. Erfahrungsaustausch bezüglich DNA-Bestimmung. Massengräber Fotoidentifikation.

**Organisation von zentralen Kursen für Studierende,** mit Erstellung einer Tischvorlage und eines umfassenden inhaltlichen Schlussberichts. Fortentwicklung der bestehenden Standards. Gebietsübergreifende Aufgaben: Nachrichtenforum für Forschungsrichtungen und Projekte, Bestandsaufnahme der forensischen Arbeit im deutschsprachigen Raum, Sammlung der Kooperationsmöglichkeiten. Laufende Sammlung und Weitergabe von ausgewählter Fachliteratur. Beratung für die Zusatzausbildung und die Gründung von Praxen.

**Organisation interdisziplinärer Kurse oder Foren unter Einschluss von Kriminalistik, Forensischer Odontologie, Rechtsmedizin etc.**

Aufbau der Datei und Organisation des Forums instruktiver Fällen und Gutachten. Öffentlichkeitsarbeit, einschließlich laufender Beratung der Auftraggeber in Staatsanwaltschaften und Kriminalpolizeien. Menschenrechte.

---

<sup>1</sup> Der Bericht stützt sich auf eine Zusammenstellung von Dipl. biol. Carsten Witzel, Giessen.

<sup>2</sup> Copyright © 2002 – 2007. Gesellschaft für Anthropologie e.V.

Letzte Änderungen 10.05.2007 (Jan-Peter Hagenmüller).

Eingeladen hatten Priv.-Doz.. Dr. Wolfgang Huckenbeck und Dipl. biol. Carsten Witzel.

### **Diskussion**

**Rösing:** Regt Schaffung einer Expertenliste an.

**Ramsthaler:** Wenn für einen Fall vielleicht fünf verschiedene Experten benötigt werden, wer bezahlt das hinterher?

Kurze Diskussion der Organisierung der Zusammenarbeit mit der Polizei, abhängig vom Bundesland (Schulungen über LKA, Problem mit Schutzpolizei, da für Schulungen schlecht zu erreichen aber als erste am Tatort); wenn es um konkrete Fallarbeit geht sind die Ansprechpartner eher die lokalen Kommissariate.

**Rötzscher** Der interdisziplinäre Arbeitskreis für forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) besteht seit 30 Jahren als unabhängiger Zusammenschluss von Interessierten mit jährlichen Treffen und Schulungsangeboten. **Fokus:** Identifizierung. Zusammenarbeit mit BKA und IDKO. AKFOS ist offen für Kooperation. Zuspitzung: Sind nach dem bisherigen Diskussionsverlauf die Skelettidentifikation (Inkl. Zähne zur Altersbestimmung) und Bildidentifikation diejenigen Gebiete, die die FA in Deutschland ausmachen?

**Alt:** Zähne (außer Zahnbildungsstatus zur Altersbestimmung) sind eine eigene Sache da sollte man Zahnarzt sein. Zu viele Spezialaspekte für Anthropologie und Rechtsmedizin.

Erweiterung der Methodensammlung Skelettidentifikation durch praktische Arbeit. Nächstes AGFA-Treffen am 7./8. März 2008 mit Evaluationsworkshop Skelettidentifikation mglw in Basel mit dortigem Material oder alternativ altersbekanntes Material aus Frankfurt und Mainz.

### **Vorschlag einer Zusammenfassung für den Versand an alle AGFA-Mitglieder (Dipl. Biol. Carsten Witzel):**

#### **Was ist Forensische Anthropologie (FA):**

Aus der Praxis lassen sich zwei Gebiete identifizieren, die den Kern der FA in Deutschland ausmachen. Zu nennen ist einerseits die Skelettidentifikation (forensische Osteologie, Bildung eines biologischen Profils aus Knochenfunden) mit bestimmten Nebengebieten (Auffindung von Überresten: forensische Archäologie; Analyse von Überresten: z.B. Isotopen, DNA mit eigener Expertise der Anthropologie aber mit starkem Bezug zu Nachbardisziplinen) und andererseits die Identifikation Lebender nach Bildern (vielleicht mit Nebengebiet „Bildtechnik“).

In der öffentlichen Wahrnehmung wird unter FA in der Regel das Gebiet der Skelettidentifikation verstanden. Was jedoch die Fallzahlen anhängiger Verfahren bei Gericht betrifft ist die Bildidentifikation stärker vertreten.

**Weitere Gebiete/Verfahren lassen sich benennen, die aber entweder stark mit Nachbardisziplinen verzahnt sind und bereits durch interdisziplinäre Arbeitsgruppen abgedeckt sind (etwa Altersbestimmung an Lebenden, AGFAD).**

Interdisziplinarität ist insbesondere für die Arbeit mit Knochen eine notwendige Voraussetzung und deshalb muss der Blick über den Tellerrand gerichtet sein, um neue Entwicklungen in anderen Gebieten nutzen zu können.

Auch Verfahren, die heute nicht mehr in größerem Umfang genutzt werden, sollten zumindest weiter vermittelt werden, damit sie nicht in Vergessenheit geraten (morphologische Vaterschaftsbegutachtung)

### **Stellung der forensischen Anthropologie:**

Spezifikum der FA ist, dass es sich jeweils um einen bei Gericht oder einer anderen Strafverfolgungsbehörde anhängigen Fall handelt. Es sind in der Regel Gutachten anzufertigen und vor Gericht zu vertreten. Die Ausführungen darin haben dann unmittelbare und gravierende Auswirkungen auf Opfer und Tatverdächtige/Täter. In Fällen von Skelettidentifikationen geht der Weg wohl immer über die Rechtsmedizin (eine Leiche darf nur von einem Arzt untersucht werden).

Die Diskussion erbrachte verschiedene Konzepte, wie die FA in den rechtsmedizinischen Prozess integriert werden kann:

- Zentralisierung der Aufgaben an einem rechtsmedizinischen Institut mit einem forensischen Anthropologen und einem forensischen Odontostomatologen.
- Herantreten von Anthropologen an die Rechtsmedizin jeweils vor Ort und Versuch der Etablierung einer Kooperation.
- Suche nach anthropologischer Expertise aus der Rechtsmedizin heraus und Versuch der Etablierung einer Kooperation.

Für die letzten beiden Möglichkeiten konnten reale Beispiele beschrieben werden. Aber für die Praxis gilt eben auch, dass auf Seiten der Rechtsmedizin noch Widerstände zu überwinden sind. Inwieweit die AGFA zur Etablierung einer Kooperation beitragen kann blieb offen, zum jetzigen Zeitpunkt sicher noch nicht in größerem Umfang.

### **Andere Perspektiven:**

BKA Erkennungsdienst:

In der Zeit des deutschen Terrorismus wurde der Lichtbildvergleich im BKA eingeführt. Das Gesicht (prinzipiell möglich auch Hände, Körperproportionen) wird dazu in einzelne Merkmale unterteilt und mit Merkmalen eines Vergleichslichtbildes verglichen. Dabei ist nicht die Merkmalsanalyse selbst das Problem, sondern es sind bildtechnische Störfaktoren. Diese sind durch die Digitalisierung eher größer geworden. Auch im Gerichtsverfahren gibt es eine Tendenz immer mehr Zweit- und Drittgutachten zu verlangen. Automatisierte Gesichtserkennung funktioniert bei weitem noch nicht zufriedenstellend. Der Bedarf an Gutachtern wird daher mittelfristig eher steigen

BKA Tatortgruppe:

Die Tatortgruppe befasst sich mit einem großen Spektrum möglicher Tatgattungen, unter anderem auch mit Fällen in denen Leichen/Skelette gefunden bzw. untersucht werden müssen. Dazu bestehen innerhalb der Tatortgruppe AGs etwa zum Feld Leichensuche. Darin werden je nach Bedarf Spezialisten hinzugezogen (Archäologie, Geologie, Botanik etc.). Grund der Teilnahme ist die Suche nach weiteren Ansprechpartnern.

### **AKFOS:**

Der Arbeitskreis für forensische Odonto-Stomatologie (AKFOS) besteht seit 30 Jahren als unabhängiger Zusammenschluss von Interessierten mit jährlichen Treffen und Schulungsangeboten. Der Fokus ist u.a. auf die Identifizierung von Überresten mittels odontostomatologischer Kenntnisse gerichtet. Dabei besteht eine etablierte Zusammenarbeit mit BKA und deren IDKO (Identifizierungskommission).

AKFOS ist offen für Kooperation und Teilnehmer aus dem Kreis der AGFA.

### **Was will, was kann die AGFA:**

Der hauptsächliche Wunsch aus dem Kreise der Teilnehmer war die Etablierung der AGFA als Austauschplattform. Dazu sollten zumindest jährliche Treffen organisiert werden mit einem Vortragsprogramm aus dem Mitgliederkreis und evtl. eingeladenen

„Spezialisten“ für bestimmte Gebiete. Weiterhin wird die Organisation von praktischen Workshops befürwortet, die zu bestimmten Themen (z.B. Skelettidentifikation, siehe unten, etc.). Dabei zielen zumindest die bislang ins Auge gefassten Vorhaben auch auf eine Bestandsaufnahme existierender/zu empfehlender Methoden ab und die damit zusammenhängenden formalen Aspekte der Gutachtenerstellung/-erstattung.

Die Frage ob die AGFA eine wie auch immer geartete Akkreditierung von Gutachtern anregen/initiieren/durchführen sollte findet zumindest für den Augenblick keine Mehrheit. Es wird vielmehr die Wichtigkeit der Abstimmung über Arbeitsweisen/Methoden/Gutachtenausführung zunächst innerhalb der AGFA betont um daraus Empfehlungen ableiten zu können, die letztlich als Kriterien zur Qualitätssicherung dienen können. Die Frage eines Akkreditierungspanels kann jedoch nach erfolgter Grundlagenarbeit wieder aufgegriffen werden.

### **Weiterbildung:**

Das Weiterbildungsinstrument für die Mitglieder soll die Organisation der Austauschplattform innerhalb der AGFA sein. Es wurde der Auffassung nicht widersprochen, dass Studentenausbildung an die Universität gehört und demnach von der AGFA keine Studentenkurse konzipiert werden sollen. Wohl aber wären Angebote an Lehrende an Universitäten denkbar zur Unterstützung bei der Konzeption/Organisation von FA-Kursen.

Weiterhin werden Angebote zur Fortbildung an Polizei/Justiz als sinnvoll eingeschätzt. Einzelne Mitglieder sind in dieser Hinsicht bereits aktiv. Es werden jedoch auch die Probleme solcher Angebote thematisiert (Länderzuständigkeiten, wie erreicht man die Schutzpolizei? ...).

### **AGFA und AGIB (Arbeitsgemeinschaft für Identifikation nach Bildern):**

Sowohl die AGFA/GfA wie auch die AGIB streben eine Kooperation zum Thema Bildidentifikation an. Dazu wird ein Bericht vom letzten Treffen der AGIB gegeben. Dort bestand Einigkeit zu dem Punkt einer verstärkten Kooperation und Öffnung. Aspekte der wissenschaftlichen Kooperation und Fallstudien seien dafür besonders geeignet. Ebenfalls sei eine Zusammenarbeit bei der Weiterentwicklung der Methoden/Standards anzustreben. Dagegen erfordere die Aufnahme auf die Gutachterliste der AGIB als Voraussetzung aber zumindest Erfahrung im Gebiet und eine Anerkennung der bislang formulierten Standards.

Aus der Satzung der GfA lässt sich keine klare formale Basis für die Aufnahme einer weiteren Gruppierung in eine bestehende Arbeitsgruppe ableiten. In der Diskussion ergab sich der Konsens (zumindest kein Widerspruch), dass dies letztlich wohl auch nicht nötig sei bei enger Kooperation. Diese wird sowohl von der AGIB wie auch von den teilnehmenden AGFA-Mitgliedern zugesichert.

### **Projekte:**

1) Methoden der Skelettidentifikation (Vorbereitende Kreuzt und Alt) und formale Anforderungen an ein Gutachten in der Skelettidentifikation (Vorbereitende Verhoff und Schiwy-Bochat)

Umfang der Vorträge ca 1 h, Diskussion 1-2 h. Ort Freiburg, zum Kongress.

2) Analoges Projekt soll auch für die Bildidentifikation initiiert werden. Nach Möglichkeit zum nächsten Treffen der AGIB am 26. Januar 2008 in Homburg/Saar.

3) Erweiterung der Methodensammlung Skelettidentifikation durch praktische Arbeit.

### **Verschiedenes:**

Bereinigung des Verteilers: Aufforderung zur Rückmeldung ob weiter Interesse besteht, wenn nicht Streichung.



Aktualisierte Mitgliederliste inklusive Ausbildungshintergrund und Tätigkeitsfeldern.  
Erweiterung der Methodensammlung Skelettidentifikation durch praktische Arbeit.

**Das nächste AGFA-Treffen findet am 7./8. März 2008 mit Evaluationsworkshop Skelettidentifikation möglicherweise in Basel mit dortigem Material oder alternativ altersbekanntes Material aus Frankfurt und Mainz statt.**

**10. Treffen der Arbeitsgemeinschaft  
für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD)  
am 16. März 2007 in Münster/Westfalen**

Ein Bericht von Dr. Marcel A. Verhoff, Giessen

Erstmals fand das Treffen der Arbeitsgemeinschaft für Forensische Altersdiagnostik (AGFAD) im Institut für Rechtsmedizin der Westfälischen Wilhelms Universität Münster, Röntgenstraße 23, der neuen Wirkungsstätte von Herrn *PD Dr. A. Schmeling*, statt.

Zusammen mit Herrn *Prof. Dr. G. Geserick* leitete er die Veranstaltung in bewährter Manier. Beide übernahmen den Vorsitz für je eine der beiden wissenschaftlichen Sitzungen. Die Verlagerung des Treffens von der Bundeshauptstadt ins Westfälische hatte offensichtlich keinen negativen Einfluss auf die Resonanz der Teilnehmer: wie im letzten Jahr waren es über 40 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus dem In- und Ausland. Das Vortragsprogramm war mit 8 Beiträgen nicht ganz so umfangreich wie im Vorjahr (11 Vorträge). So blieb genügend Zeit für intensive Diskussionen.

Herr *Dr. B. Knell* (Kilchberg) berichtete über die Auswertung von knapp 300 zahnärztlichen Altersdiagnostik-Gutachten, die er seit 1999 am Institut für Rechtsmedizin Zürich zur Frage nach dem 18. Altersjahr verfasst hatte. Die große Mehrheit der Untersuchten betraf männliche, asylsuchende Schwarzafrikaner. Herr Dr. Knell setzte sich zudem kritisch mit den in den Empfehlungen der AGFAD für Personen außerhalb des Strafverfahrens genannten zahnärztlichen Referenzarbeiten und den Aussagemöglichkeiten klinischer Parameter auseinander. Er stellte zur Diskussion, bei unterschiedlich weit entwickelten Weisheitszähnen den am weitesten entwickelten Weisheitszahn zu werten. Weiterhin konnte im Ergebnis einer von ihm betreuten Dissertation (Zürich 2006) gezeigt werden, dass Mittelwertsuntersuchungen aus statistischer Sicht als Referenzarbeiten kritisch zu beurteilen sind.

Mit den „Weisheitszahnstadien nach Demirjian bei Personen nahe ihres 18. Geburtstages“ hatte sich Herr *Dr. Dr. M. Mund* (Zürich) beschäftigt. Es handelte sich um eine Multicenter-Studie, in der 368 OPG von Personen im Alter von 18 Jahren  $\pm$  120 Tagen, ohne Berücksichtigung der Ethnie untersucht wurden. Die wesentlichen Ergebnisse waren: Das Wachstum der 8er im Oberkiefer war früher abgeschlossen als im Unterkiefer; die männlichen Probanden zeigten gegenüber den weiblichen einen Vorsprung in der Entwicklung der 8er; nur wenige Probanden zeigten in der untersuchten Population einen vollständigen Entwicklungsabschluss aller vier 8er, während relativ häufig ein Entwicklungsabschluss vereinzelter 8er

beobachtet werden konnte; bei den knapp über 18-jährigen war jedoch deutlich häufiger ein Entwicklungsabschluss aller 8er zu verzeichnen als bei den knapp unter 18-jährigen. Aus diesen Resultaten wurde gefolgert, dass bei der Frage nach vollendetem 18. Lebensjahr alle vier 8er beurteilt werden sollten und dass bei einem Entwicklungsabschluss aller vier 8er ein starkes Indiz dafür besteht, dass die untersuchte Person älter als 18 Jahre alt ist.

Bei der Durchführung des aktuellen Ringversuches (2006) verzeichnete Herr *Dr. A. Fuhrmann* (Hamburg) mit 9 teilnehmenden Institutionen einen leichten Rückgang. Zum Vergleich waren es 2002 12, 2003 13, 2004 12 und 2005 11 Teilnehmer. Erfreulich war, dass alle Teilnehmer das Zertifikat erhalten konnten. Folgendes halte er jedoch für problematisch: Die Formulierungen der Teilnehmer seien uneinheitlich gewesen, es seien unterschiedliche Studien als Referenzen zitiert worden und die Schwankungsbreite der Ergebnisse sei insgesamt zu groß gewesen. Notwendig seien detailliertere Richtlinien, in denen z.B. festgelegt werde, dass die Stadieneinteilung nach Demirjan zu verwenden sei oder ob die ein- oder zweifache Standardabweichung der Ergebnisse im Gutachten mitgeteilt werde. Ziele seien Einheitlichkeit, Vergleichbarkeit und hohes Qualitätsniveau der Gutachten.

Der Mediziner und Jurist, Herr *Dr. M. Parzeller* (Frankfurt am Main) beleuchtete die „Altersdiagnostischen Röntgenuntersuchungen im Anwendungsbereich der Röntgenverordnung“. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung erfüllt einmaliges, kurzzeitiges oder gelegentlich wiederholtes ordnungsgemäßes Röntgen nicht den Tatbestand der Körperverletzung (BGH NSTZ 1999, 132 (133)). Im Strafrecht stellt z.B. § 81 a StPO eine Ermächtigungsgrundlage im Sinne von § 25 Röntgenverordnung dar. Im Zivilrecht gibt es gesetzgeberischen Handlungsbedarf, da sich eine Ermächtigungsgrundlage weder aus der ZPO noch dem FGG ableiten lässt. Auch für das Asylverfahrensgesetz und das Aufenthaltsgesetz bestehen Regelungs- und Klarstellungsbedarf.

Herr *Dr. S. Schmidt* (Berlin) berichtete über die „Altersabhängigkeit der Epiphysenfugenossifikation am Handskelett“. Es wurde festgestellt, dass am Radius ein Stadium 5 (fehlender Nachweis der Epiphysennarbe) im männlichen Geschlecht nicht vor Vollendung des 18. Lebensjahres auftritt. Somit stehe für die forensische Altersschätzung ein neues Kriterium zur strafrechtlich validen Diagnose eines Mindestalters von 18 Jahren zur Verfügung. Für eine weiterreichende statistische Charakterisierung der Stadien 4 und 5 der Epiphysenfugenossifikation sollten in zukünftigen Studien auch Probanden oberhalb des 18. Lebensjahres einbezogen werden

Einen sehr interessanten Einblick in mögliche Kontraindikationen für die Skelettaltersbestimmung mittels Handradiogramm vermittelte die Kinderradiologin Frau *Prof. Dr. H. Schmidt* (Frankfurt am Main). Sie stellte eine Vielzahl von Krankheitsbildern mit vorzeitiger und verzögerter Skelettreifung vor. Infolge von Traumata (Frakturen) seien sowohl verstärktes als auch vermindertes Skelettwachstum möglich.

Die Einflussfaktoren auf die Verwendbarkeit der Fusion der medialen Claviculaepiphyse zur Schätzung des Lebensalters war das Thema von Frau *Dr. L. Meijerman* (Leiden/Niederlande). In Ihrer Studie wertete sie 3552 Fälle aus der Literatur aus. Als relevante Einflussgrößen konnten das Geschlecht, der sozioökonomische Status und die Untersuchungsmethode herausgearbeitet werden. Herr *R. Schmitt* (Düsseldorf) referierte über die „Entwicklung einer Software zur automatisierten Identifikation von pornographischem Bildmaterial als

Kinderpornographie“. Die Untersuchungen erfolgten im Rahmen eines von der EU geförderten Projektes in Deutschland, Italien und Litauen. Im 1. Teil habe es sich um 600 Kinder im Alter von 3 bis 7 Jahren und im 2. Teil um 1650 Mädchen von 10 bis 18 Jahren gehandelt. 26 Messstrecken seien in den Gesichtern vermessen worden. Das Ziel sei es, dass die Software automatisch bei einer großen Anzahl von Bildern (z.B. auf beschlagnahmten Festplatten) die Fotos heraussuchen könne, auf denen Gesichter von Individuen mit einem Lebensalter von unter 14 Jahren abgebildet sind.

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

PS: Das nächste Treffen wird wieder in Berlin stattfinden und zwar im Pathologischen Institut der Charité (ein genauer Termin liegt noch nicht fest, die Red.).

## **Arbeitskreis „Ärzte und Juristen“ der AWMF in Würzburg**

Ein Bericht von unserem Redaktionsmitglied Dr. Hans-Peter Kirsch, Saarbrücken

Am 04. Mai 2007 begrüßte *Prof. Bock*, Düsseldorf, die Teilnehmer des Arbeitskreises „Ärzte und Juristen“ der **Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften** (AWMF) zur diesjährigen wiederum zweitägigen Vortrags- und Diskussionsveranstaltung, die diesmal in Würzburg stattfand.

### **Der erste Tag**

Der erste Tag war vom Thema der gesundheitspolitischen Notwendigkeit und der rechtlichen Hürden für ein nationales Mortalitätsregister bestimmt.

*Prof. Müller* vom Institut für Medizinische Soziologie und Sozialmedizin der Philipps-Universität Marburg führte in diese Problematik ein. Er beschrieb hierbei ein nationales Mortalitätsregister als ein unverzichtbares Instrument für die Gesundheitspolitik, für die Qualitätssicherung ärztlichen Handelns und für die Durchführung wissenschaftlicher Studien.

Das Register solle nach seiner Auffassung Name, Geburtsort, Geburtsdatum, Sterbeort, Sterbedatum, ICD verschlüsselte Todesursache/n, sowie Verknüpfungen zu Verwandten und zur Sozialversicherung beinhalten.

Frau *Dr. Klug* vom Institut für Medizinische Biometrie der Universität Mainz betonte, dass ein nationales Mortalitätsregister die epidemiologische Forschung, insbesondere die analytische Epidemiologie und die Kohortenstudien, vereinfachen würde. Heute erforderten gerade diese Studien ein äußerst zeitintensives *Mortalitäts-Follow-Up* welches über die Einwohnermeldeämter, die Gesundheitsämter und über einen Abgleich mit anonymisierten Daten der Statistischen Landesämter geleistet werden müsse. Als ein Beispiel verwies sie auf eine Kohortenstudie bei der von 5982 verstorbenen Personen lediglich die letzte Wohnadresse bekannt war und in der Folge nur in 74% der Fälle eine personenbezogene Todesursache ermittelt werden konnte. Frau Dr. Klug verwies weiterhin darauf, dass die Obduktionsrate in Deutschland nur 1% betrage und die Qualität sowohl der Todesbescheinigungen als auch der ICD-Kodierung der Todesursache/n verbesserungswürdig seien. Bestände

ein nationales Mortalitätsregister mit vollständigen Personendaten, allen Eintragungen der Todesbescheinigung und den Gauß-Krüger-Koordinaten der letzten Wohnadresse, wären Studien mit *Mortalitäts-Follow-Up*, Studien zur Qualitätssicherung in Kliniken, die Evaluation von Früherkennungsmaßnahmen und die Gesundheitsberichterstattung wesentlich erleichtert.

Frau *Prof. Pigeot-Kübler*, Bremen, stellte das Konzept des Bremer Mortalitätsindex *BreMi* vor. Sie betonte dass ein zentrales Mortalitätsregister der Sammlung von Todesbescheinigungen in derzeit 417 Deutschen Gesundheitsämtern überlegen sei, insbesondere im Hinblick auf die länderspezifisch teilweise sehr kurzen Aufbewahrungsfristen.

Ihr Wunsch sei ein zentrales Mortalitätsregister welches neben den Personendaten die Grundleiden und Todesursache/n sowohl im ICD Schlüssel als auch im vollen Wortlaut enthalte. Weiterhin sollten der Leichenschauer und der letztbehandelnde Arzt erfasst werden. Solche zentralen Mortalitätsregister seien in den nordischen Ländern, Spanien, den Niederlanden, Großbritannien und den U.S.A bereits eingerichtet.

Im Bundesland Bremen sei ein zentrales Mortalitätsregister seit 1998 im §9 des Bremer Gesetz über das Leichenschauwesen verankert.

**Weitere Informationen unter:**

[www.krebsregister-bremen.de](http://www.krebsregister-bremen.de)

[www.bips.uni.bremen.de](http://www.bips.uni.bremen.de)

Frau *Prof. Bardehle* von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld sprach über einige vorbildliche Mortalitätsregister des Auslandes. Zusätzlich zu den bereits von Frau *Prof. Pigeot-Kübler* genannten Ländern, nannte sie Australien, welches ein zentrales Mortalitätsregister im *Australian Institute of Health and Welfare* führe, dessen Nutzungsmodalitäten unter hohem Einfluss unabhängiger Ethikkommissionen stünden.

Sie verwies auf den Bericht „*Task Force of the EU - Causes of Death Statistics Final Report 2001*“ und auf einen Bericht der WHO aus dem Jahr 2005, in dem festgestellt worden sei, dass in nur 64 von 115 untersuchten Ländern vollständige Mortalitätsdaten zentral vorgehalten werden.

Die EU verfüge über ein automatisiertes ICD-Schlüssel Kodierungsprogramm ACS-EU welches auch in Deutschland eingeführt werden solle, unter anderem auch um die Kodierung vom Eingebenden unabhängiger zu machen. Innerhalb dieser Software komme die „*European Short List for Coding*“ zum Einsatz die 65 Schlüssel aus ICD-8, -9 und -10 enthalte. Die ICD-11 sei von der WHO derzeit in Planung.

**Weitere Informationen unter:**

[www.statbank.dk](http://www.statbank.dk)

[www.dst.dk](http://www.dst.dk)

[www.cdc.gov](http://www.cdc.gov)

Frau *Dr. Beer*, Universität Bonn, sprach über Forschungsfreiheit und Informationelle Selbstbestimmung beim Zugang zu personenbezogenen Mortalitätsdaten. Hierbei sei das Recht auf Informationelle Selbstbestimmung als Unterfall von Artikel 2 Absatz 1 GG anzusehen, und gegen die Wissenschaftsfreiheit, Verankert in Artikel 5 Absatz 3 GG, als entgegengesetztem Interesse abzuwägen.

Sie sehe keine Verfassungsbedenken gegen ein nationales Mortalitätsregister. Aus Gründen der öffentlichen Akzeptanz seien allerdings Lösungsfristen und eine

streng zu definierende Zweckgebundenheit in der Verwendung der Daten festzuschreiben.

Oberregierungsrat *Halfpaap*, Rechtsabteilung des Statistischen Bundesamtes, sprach über das Recht der amtlichen Statistik und den Zugang zu personenbezogenen Mortalitätsdaten. Die Aufbereitung von Individualdaten dürfe nach §16 Bundesstatistikgesetz nur anonymisiert erfolgen. Zu wissenschaftlichen Studien dürften so genannte „*faktisch anonymisierte Daten*“ an die Hochschulen unter der Bedingung einer Schweigeverpflichtung herausgegeben werden. Diese „faktisch anonymisierte Daten“ wären nur unter größtvorstellbarem technischen und zeitlichen Einsatz und unverhältnismäßig hoher Kosten personenbezogen rekonstruierbar. Er sehe die von der Wissenschaft aktuell vorgetragene Wünsche an ein zentrales nationales Mortalitätsregister im Bereich der amtlichen Statistik nach heutiger Gesetzeslage als nicht erfüllbar an.

### **Diskussion**

Die bislang vorgetragene Referate wurden in den Themen der Qualität der Todesfallbescheinigungen und der ICD-Verschlüsselung als Datengrundlage kontrovers diskutiert. Weiterhin bestand keine einheitliche Meinung zur Summe der über den Tod hinaus nachwirkenden verfassungsmäßigen Persönlichkeitsrechte.

Abschließend berichtete *Prof. Schreiber*, Göttingen, über den Stand des Gesetzgebungsverfahrens zur Patientenverfügung. Hierbei verwies er auf die 91. Sitzung der 16. Wahlperiode des Deutschen Bundestages.

Die Patientenverfügung werde stärkste Kraft in der Beantwortung der Frage haben wie lange ein Patient am Ende seines Lebens behandelt werden muss bzw. andererseits wie lange er behandelt werden darf. In der Diskussion stehen die zeitliche Reichweite der Patientenverfügung und die Vorsorgevollmacht einer zuvor zu bestimmenden Vertrauensperson.

### **Der zweite Tag:**

#### **Zur Verwendung ärztlicher Leitlinien bei der Begutachtung von Arzthaftungsfragen**

Der zweite Tag wurde von *Dr. Laum*, Düsseldorf, moderiert, wobei er zunächst in das Thema der Verwendung ärztlicher Leitlinien bei der Begutachtung von Arzthaftungsfragen einführte. Insgesamt seien Leitlinien aus Gründen des Gleichbehandlungsgrundsatz empfehlenswert. Er präsentierte einen Fall, zu dem sieben Gutachter (4:3) konträre Beurteilungen abgegeben hätten. Leitlinien könnten nach seiner Auffassung in individuellen Fällen nicht immer hilfreich sein. Es gebe Leitlinien verschiedener Fachgesellschaften, in denen unterschiedliche Auffassungen vertreten würden. Weiterhin seien alle zu einem Fall erstellten Gutachten als gleichgewichtig zu betrachten und die menschlich-emotionale Neigung ein letzterstelltes Gutachten höher einzustufen solle vermieden werden. Gutachten sollten im Dialog zwischen Richter und Gutachter systematisch besprochen werden.

*Prof. Selbman*, Institut für medizinische Informationsverarbeitung der Universität Tübingen sprach über die Entwicklung von Leitlinien der Fachgesellschaften als Entscheidungshilfen im ärztlichen Alltag. Der behandelnde Arzt trage allerdings auch bei Berücksichtigung aller Leitlinien, die für seine Tätigkeit ausschlaggebend sein könnten, das letzte Risiko für sein ärztliches Handeln. Er sehe Leitlinien als Empfehlungen und als eine Form des Wissenmanagement. 70 Fachgesellschaften produzierten in Deutschland eine Vielzahl von Leitlinien, was wenig koordiniert geschehe.

Es gebe ein Leitlinienprogramm der DEGAM, gesundheitspolitisch initiierte Leitlinien, nationale Versorgungsleitlinien, Leitlinien zur Versorgungskoordination, Harmonisierungsleitlinien, QM-Programme sowie ein Guideline International Network.

**Weitere Informationen unter:**

[www.awmf-leitlinien.de](http://www.awmf-leitlinien.de)

[www.akdae.de](http://www.akdae.de)

[www.aezq.de](http://www.aezq.de)

[www.dnqp.de](http://www.dnqp.de)

[www.delbi.de](http://www.delbi.de)

BQS - Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung.

Es gebe unterschiedliche Wertevorstellungen zur Qualität ärztlicher Behandlung, die sich in folgenden Ergebnisorientierungen widerspiegeln: im *Integrierten Outcome* Modell, in traditionellen Endpunkten und in hermeneutischen Endpunkten. Die federführenden Fachgesellschaften initiierten als Lenkungsgruppen über repräsentative Entwicklergruppen Leitlinien. Diese Leitlinien würden danach in einer interdisziplinären, multiprofessionellen Konsensfindungsgruppe zwischen Experten, zukünftigen Anwendern und Patienten weiterentwickelt.

Wissenschaftliche Studien seien makelbehaftet und in ihrer Anzahl kaum überschaubar. So gebe es über 4000 Studien zum Thema „Rückenschmerzen“. Die Qualität der zur Leitlinienerstellung herangezogenen Studien sei höchst unterschiedlich.

Deshalb würden Leitlinien nach ihrer Wertigkeit in verschiedene Stufen klassifiziert: S3, S2e, S2k, S1.

Eine Leitlinie könne im weiteren Verlauf zum medizinischen Standard und darüber hinaus auch zum rechtlichen Standard werden.

*RA Dr. Hertwig*, Bremen, sprach über die Anwendung von Leitlinien aus der Sicht des Anwalts. Ein Behandlungsfehler könne bei Verletzung von Behandlungsstandards vorliegen, bei Nichtbeachtung des medizinischen Erkenntnisstandes und Verkenning bewährter ärztlicher Behandlungsregeln. Es gelte der Sorgfaltsmaßstab des §276 BGB. Leitlinien seien im Konsens zu erstellen und bedürften der regelmäßigen Aktualisierung. Sie seien nicht etwa vergleichbar mit DIN-Nomen und es könnten auch keine konstitutiven Begründungen aus ihnen abgeleitet werden. Ein Sachverständiger solle dem Gericht die Sachkenntnis vermitteln, die es zur eigenverantwortlichen Entscheidungsfindung braucht und hierbei den medizinischen Erkenntnisstand darlegen. Behandlungsstandards seien anhand von Leitlinien und Richtlinien darzustellen. Diesen Leitlinien sei die Behandlung im konkreten Einzelfall zur eigenen Sachverhaltsbeurteilung gegenüberzustellen.

### **Diskussion**

Die anschließende Diskussion befasste sich mit den als schwer definierbar erachteten Begriffen „*praxiserprobt*“ und „*good clinical practise*“.

Leitlinien könnten als „*Behandlungskorridor*“ gesehen werden. Am ehesten könne eine S3 Leitlinie, also die am höchsten qualifizierte, beantworten, was der aktuelle ärztliche Standard sei. Weiterhin wurde ein hoher Durchdringungsgrad des Wissens gefordert, sprich die Leitlinie müsse weitverbreitete Akzeptanz und Anwendung finden um Gewicht zu haben.

Die dynamische Änderung von Standards müsse fortwährend beachtet werden.

### **Zur Objektivität des medizinischen Gutachtens**

*Prof. Bock*, Düsseldorf, führte in das Thema der Objektivität des medizinischen Gutachtens ein und kritisierte die aus seiner Sicht sehr unterschiedliche, teilweise gar unbrauchbare Qualität von Gutachten.

Weiterhin sehe er die des öfteren geäußerte Forderung nach einem vollständigen Literaturverzeichnis in einem Gutachten als kaum erfüllbar an.

*Prof. Kern*, Leipzig, verwies darauf, dass ein Arzthaftungsprozess nur unter Zuhilfenahme ärztlicher Gutachten entschieden werden könne.

Die rechtlichen Grundlagen sind verankert in der ZPO, StPO, VGO und im SG Gesetz. Er stellte fest dass ein Arzt grundsätzlich zur Gutachtenerstellung verpflichtet sei und dass ein Gutachtauftrag nicht übertragbar sei. Das Gutachten sei in Aufbau und Inhalt nicht gesetzlich geregelt, solle aber schlüssig, verständlich und ausgewogen sein. Nach den gesetzlichen Prozessordnungen gebe es den Begriff des Obergutachters nicht.

Ein Gutachter solle Fachkunde und Erfahrung durch praktische Tätigkeit mitbringen. Er solle sich nicht zu Themen außerhalb seines Fachgebietes äußern und nicht zu Themen außerhalb der Fragestellung des Gutachtens. Gegebenenfalls könne auch die Tatsache mehrere interdisziplinäre Gutachter berufen zu haben prozessentscheidend sein. Der Gutachter dürfe in keiner Weise befangen sein. Er solle sachlich, objektiv und Kritik zugänglich sein. Vorgutachten sollten durch nachfolgende Gutachter sachlich behandelt werden. Ein Gutachter habe sich nicht zu Rechtsfragen zu äußern und solle auf jeden Verhandlungstermin sehr gut vorbereitet sein, die gesamte Aktenlage kennen und sich auf Einwände der Parteien, selbst polemischer Art, einstellen. Der Gutachter solle sich auch bewusst sein, dass durch ein Gerichtsverfahren neue Maßstäbe für zukünftige Verfahren gesetzt werden könnten.

*RA Makiol*, Neuss, sehe keinen Unterschied im Objektivitätsanspruch eines Privatgutachtens zu einem Gerichtsgutachten. Er betonte ausdrücklich, daß der Gutachter nicht der Richter sei. Er sei der Auffassung, dass Amtsgerichte und nicht spezialisierte Landgerichtskammern die vorgelegten Gutachten nicht immer durchdringen würden. Gerichte sollten ihrerseits Gutachter bei zweifelhafter Objektivität eher ablehnen dürfen. Derzeit seien die formalen Anforderungen hierzu sehr hoch.

*RA Weidinger*, DBV Winterthur, sprach über die Schadensstatistik des von ihm vertretenen Unternehmens.

Dort seien rund 128.000 Ärzte und 14.000 Zahnärzte versichert. Im Jahr 200x seien 4362 Schadensmeldungen eingegangen, wovon sich 46% im weiteren Verlauf als berechtigt erwiesen hätten. Hiervon wiederum seien 89% in einer außergerichtlichen Einigung befriedet worden. In 11% sei es zum Zivilrechtsstreit gekommen, der in 4% der Fälle vom beklagten Arzt verloren worden sei. Er sprach davon, dass er Ärztliche Schlichtungsstellen als wichtige Unterstützung in Arzthaftungsfragen sehe. Innerhalb seines Unternehmens würden interne konsiliarische Voten zu Arzthaftungsfragen erstellt, deren Ergebnisse sich erfahrungsgemäß im weiteren Verlauf eines Verfahrens zu über 90% in ihrer Auffassung bestätigten. Somit sehe er versicherungsinterne Gutachten als richtungsgebend an. Es solle nicht sinnlos in einen Prozess gesteuert, sondern der Vergleich angestrebt werden.

Frau *Dr. Rumler-Detzel*, Köln, sprach aus Sicht des Gerichtes über die Suche nach dem objektiven Sachverständigengutachten am Beispiel des zivilrechtlichen Arzthaftungsprozess. Das Gericht habe die Pflicht die Sachverhaltsaufklärung zu fördern, auch im Hinblick auf die medizinisch weniger bewanderte Partei. Die

Rechtsanwendung sei ausschließlich dem Gericht vorbehalten, wobei der Sachverständige zugezogen werden müsse, der durch sein Gutachten den Mangel des Gerichtes an ärztlicher Sachkunde auszugleichen habe. Das Gericht müsse danach zu einer eigenen Wertung kommen. Der Gutachter müsse fundierte Kenntnisse in seinem Fach besitzen, seine Grenzen kennen und in der Lage sein die wesentlichen medizinischen Tatsachen im Gutachten herauszuarbeiten. Die Befangenheitsfrage des Gutachters sei unbedingt und streng zu prüfen. Das Gericht müsse alle Behandlungsunterlagen beiziehen. Der beauftragte Sachverständige dürfe sich fehlende Unterlagen ausschließlich über den Weg des Gerichtes beschaffen, niemals über die Parteien. Die Annahme bzw. die Ablehnung von Kausalitäten müsse im Sachverständigengutachten klar zum Ausdruck kommen. Allein das Gericht ziehe dann hieraus die rechtlichen Schlüsse. Es werde in der Regel aus allen Behauptungen der Parteien ein gerichtlicher Beweisbeschluss formuliert. Ein objektiver Gutachter solle die Fähigkeit zur Selbstreflexion der eigenen emotionalen Befindlichkeit in der gutachterlichen Situation besitzen. Er solle in der Lage sein bei neu erworbenem Kenntnisstand ein Gutachten innerhalb eines Verfahrens selbstkritisch ändern zu können und solle vor Gericht rational diskutieren.

### **Diskussion**

Ein zusammenfassendes Literaturverzeichnis am Ende eines Gutachtens sei für Folgegutachter hilfreich. Diskussion des Begriffes der „Objektivität“ und der Feststellung, dass es derzeit für Sachverständige kein universitäres Curriculum gebe, sondern lediglich ein Curriculum bei der Bundesärztekammer. Es wurde der Wunsch der Gutachter diskutiert, die Gerichte sollten die Gutachter über den Ausgang der jeweiligen Verfahren in Kenntnis setzen, was aber bislang von den Gerichten teilweise abgelehnt worden sei.

**Anschrift des Verfassers:** Dr. med. dent. Hans-Peter Kirsch,  
Weissenburger Str. 60, 66113 Saarbrücken eMail: [dr.hanskirsch@mac.com](mailto:dr.hanskirsch@mac.com)

## **GOOGLE Suchmaschinenoptimierung**

Anmerkungen von Hans-Peter Kirsch, Saarbrücken v. 16. Mai 2007

Gibt ein Internetnutzer bei GOOGLE die Suche „Forensische Zahnmedizin“ ein, führt dies zu etwa 20.700 Treffern. Unser Newsletter erscheint hierbei bereits auf der ersten Seite auf Platz 10. Ich denke der Newsletter wird rege angeklickt und so hoffe ich auch gelesen.

Auf Platz 1 bei dieser Suche steht übrigens ein Artikel von Michel Perrier. Bei den Stichworten „Forensic Odontology“ erscheinen wir nicht unter den ersten 100 Treffern.

Wir sollten die Wortkombination „Forensic Odontology“ in unseren zukünftigen Newslettern an irgendeiner Stelle erscheinen lassen, damit wir auch unter dieser Suchbezeichnung unter die ersten 10 Ergebnisse kommen also auf Seite 1 des Suchergebnisses.



## TAGUNGSKALENDER 2007

22.-23.06. Weimar	16. Frühjahrstagung der Region Süd der DGRM	Info: Prof. Mall, Inst. Rechtsmedizin Jena, <a href="http://www.remed.uniklinikum-jena">http://www.remed.uniklinikum-jena</a>
04.-05.10. Gent	Jahrestagung A.F.I.O.	Info: <a href="mailto:jmhutt@hotmail.com">jmhutt@hotmail.com</a>
13.10. Mainz	31. Jahrestagung AKFOS	Info: Dr. Dr. Klaus Röttscher, Speyer email: <a href="mailto:ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE">ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE</a>
21.-23.11. Cape Town, South Africa	The African IOFOS Symposium on Forensic Odontology	Info: Prof. Herman Bernitz, Pretoria email: <a href="mailto:BERNITZ@AFRICA.COM">BERNITZ@AFRICA.COM</a>
22.-24.11. Düsseldorf	Jahrestagung der DGZMK	Info: <a href="http://WWW.DGZMK.DE">WWW.DGZMK.DE</a>
05.-07.12. München	9. Int. Symposium "Zahnärztliche Identifikation"	Sanitätsakademie Info: <a href="mailto:SanABwBGZBW@Bundeswehr.org">SanABwBGZBW@Bundeswehr.org</a>

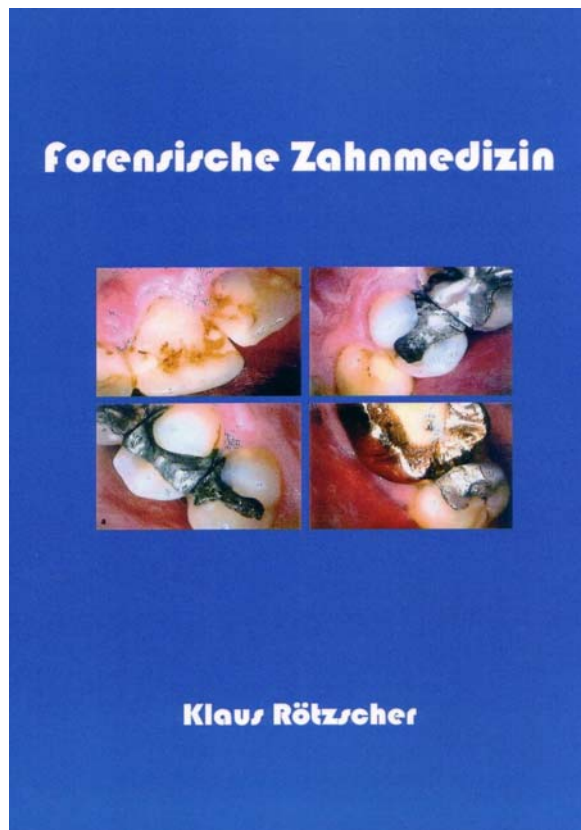
## TAGUNGSKALENDER 2008

14.-8.07 Dundee, Scotland.	13. Biennial Meeting International Ass. of Craniofacial Identification (IACI),	Info: Caroline Needham <a href="http://www.iaci2008.org/">http://www.iaci2008.org/</a>
11.10 Mainz	32. Jahrestagung AKFOS	Info: Dr. Dr. Klaus Röttscher EMAIL: <a href="mailto:ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE">ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE</a>

## TAGUNGSKALENDER 2009

10.10 Mainz	33. Jahrestagung AKFOS	Info: Dr. Dr. Klaus Röttscher EMAIL: <a href="mailto:ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE">ROETZSCHER.KLAUS.DR@T-ONLINE.DE</a>
----------------	---------------------------	--

## Büchermarkt



Das Buch „**Forensische Zahnmedizin**“ von Klaus Rötzscher, unter Mitarbeit von Rolf Singer, Ludwigshafen, Günter Seifert, Berchtesgaden, Dieter Leopold, Leipzig, Wolfgang Pilz, Arnstadt und Tore Solheim, Oslo, erstmalig 2000 erschienen im Springer-Verlag Berlin Heidelberg, war nach kurzer Zeit vergriffen. Es wurde als eigenes Kapitel in das **Handbuch gerichtliche Medizin, Band 2** übernommen. (Hrsg.) B. Madea u. B. Brinkmann, Springer Berlin Heidelberg, erschienen 2003 (**ISBN 3-540-66447-5**)

Nunmehr ist das Buch

„**Forensische Zahnmedizin**“

von Klaus Rötzscher wieder erhältlich. Herstellung und Verlag:

Books on Demand GmbH, Norderstedt.

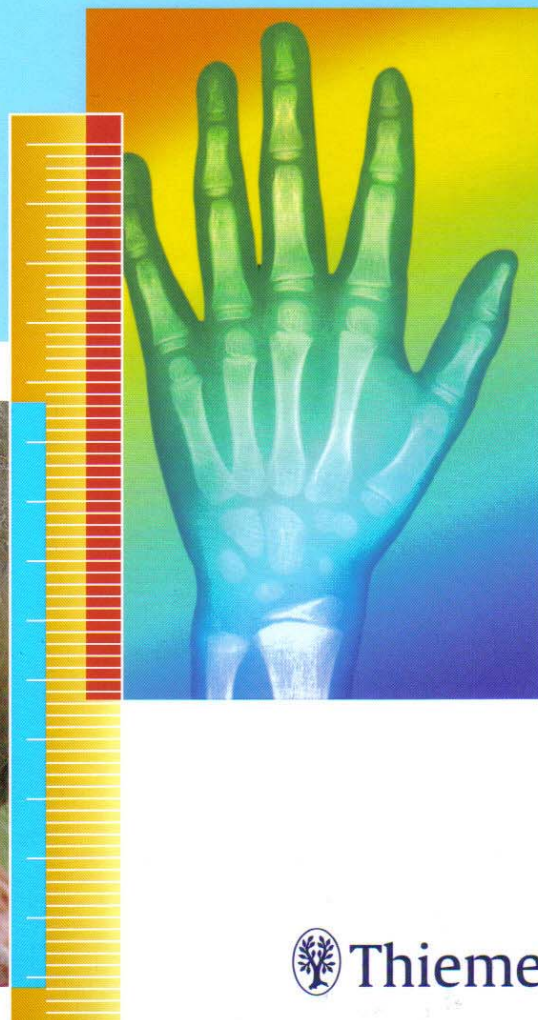
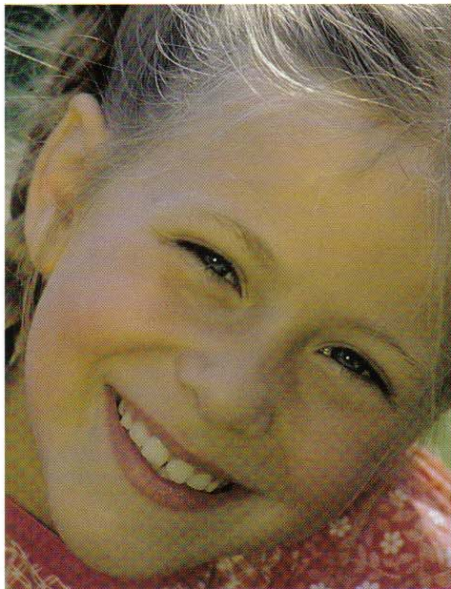
(**ISBN 3-8334-0372-1**). 110 Abbildungen und 45 Tabellen, 239 Seiten, 45 €

# Röntgenatlas der normalen Hand im Kindesalter

Herausgegeben von  
**Hans-Heinrich Thiemann**  
**Inna Nitz**  
**Andreas Schmeling**

Unter Mitarbeit von  
Walter Reisinger  
Manfred Kleiber

3., überarbeitete und  
erweiterte Auflage



 **Thieme**



## Röntgenatlas der normalen Hand im Kindesalter

- ▶ **Umfangreiche Vergleichssammlung** von Röntgenbildern normaler Kinderhände zur biologischen Altersbestimmung.
- ▶ Durch die röntgenologische Bestimmung des Knochenalters lassen sich **Fragen zur Akzeleration und Retardierung** beantworten, die **zu erwartende Endgröße berechnen** sowie **Wachstumsstörungen** rechtzeitig erkennen.
- ▶ Neu: **Forensische Altersdiagnostik.**
- ▶ Für Radiologen, (Kiefer-) Orthopäden, Pädiater, Genetiker und Rechtsmediziner.

ISBN 3-13-766603-1  
ISBN 978-3-13-766603-5



9 783137 666035

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)