

Deutsche Gesellschaft für Zahn-, Mund-
und Kieferheilkunde

Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin

ARBEITSKREIS FÜR



FORENSISCHE

ODONTO-STOMATOLOGIE

NEWSLETTER

GERMAN ASSOCIATION OF FORENSIC ODONTO-STOMATOLOGY

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 German Association of Forensic Odonto-Stomatology
of the German Society of Dentistry and the German Society for Forensic Medicine

ISSN 0947-6660

AKFOS (1997)

Jahr 4: No.2

Lectori benevolentissimo salutem dicit

Editorial: Die zahnärztliche Fortbildung geleitet die Kollegen in die Zukunft und prägt damit auch den Erfolg ihrer Praxis. Im Januar diesen Jahres hat Professor Dr.Dr.Rolf Singer, Chefarzt der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Klinikum der Stadt Ludwigshafen (Akadem. Lehrereinrichtung der Johannes-Gutenberg-Univ.Mainz) über "Komplikationen bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen einschließlich forensischer Aspekte" im Zahnärzterhaus Ludwigshafen im Rahmen des Pfälzkollegs der BZK/KZV Pfalz referiert und im März sprach Prof.Singer über "Forensische Zahnheilkunde - der Zahnarzt vor Gericht; Vermeidbares und Unvermeidliches" (s.S.27). Die Vorträge von Prof.Konrad Bork, Hautklinik der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz, PD Dr.Dr.Ludger Figgenger, Münster, und PD Dr.Manfred Wichmann, Hannover, auf unserer Tagung 1996 in Mainz sind uns Anlaß, den Meldebogen über unerwünschte Arzneimittel/Werkstoffwirkungen an die Arzneimittel-kommission der Deutschen Zahnärzte BZK/KZBV, wiederholt in den Zahnärztlichen Mitteilungen (zm) erschienen, vorzustellen und darauf aufmerksam zu machen, da er die Gelegenheit bietet, unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Allergien/Unverträglichkeiten) zu melden, um sie durch ihr Bekanntwerden in Zukunft vermeiden zu helfen. Der Vorstand hat die Thematik der 19.Jahrestagung des Arbeitskreises erweitert: "Zur Beweisgültigkeit der Befunddokumentation mittels Elektronischer Datenverarbeitung". Klaus Rötzscher, Speyer

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 Rötzscher, 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 Rechtsmedizin, Universität Leipzig,
Johannisallee 28, 04103 Leipzig, Tel (0341)97 15 118, Fax (0341) 97 15 109

**Der Bericht über unerwünschte Arzneimittel-Werkstoffwirkungen ist nicht abgebildet
(S.2)**

In dieser Ausgabe finden Sie im Anhang die IOFOS NEWSLETTER; gekürzt (AKFOS Red.)
Vol 18, Nr 1, Dec 1996 und Vol 19, Nr 1 March 1997; Herausgeber Hakan Mörnstad

Der Vortrag von Prof.Singer am 11.Januar 1997 beinhaltet arzt haftungsrechtliche Aspekte:
Verletzungen der Sorgfalts-(1), der Aufklärungs-(2) und der Dokumentationspflicht (3).

ad 1: bei Verletzungen einer *lege artis*-Behandlung liegt die Beweislast beim Patienten.

ad 2: die bildliche Darstellung des zu behandelnden Objektes - *Show and Help*, z.B. durch die
Merkblätter zum Aufklärungsgespräch*, empfohlen vom Berufsverband Deutscher Ärzte für

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

(*perimed Compliance Verlag Dr.Straube, Erlangen),

Die Patienten sollen genügend Zeit zum Überlegen
haben (*1 Nacht überschlafen*), alternative Methoden

sollten erwähnt werden. Die Aufklärung kann durch den überweisenden Arzt/Zahnarzt
erfolgen, die Haftung liegt jedoch beim operierenden Arzt/Zahnarzt. Röntgendiagnostik ist
erforderlich für die Dokumentation und für die *lege artis*-Behandlung, die Unterlassung (z.B.
aus Gründen des Strahlenschutzes) ist fehlerhaft. Die Jahresstrahlendosis liegt bei etwa 2,5
Sv (1 Sv = radiolog. SI-Einheit der Äquivalenzdosis, SI = Système International d Unités =
Grundlage für gesetzl. Einheiten der Technik: 1 Sv = 1 J/kg u. löst Rem ab: 1 rem = 0,01 Sv,
die Red.).

1 OPG = 10^{-6} mSv, 1 Einzel-Rö = 10^{-5} mSv, 1 Fern-Rö = 10^{-7} mSv

Es sollte bei Frakturen von a) Instrumenten, b) Kanülenspitzen und c) Wurzelresten zur
genauen Lokalisation eine 2. Röntgenebene benutzt werden. Die Symptomlosigkeit ist kein
Kriterium! Der Patient ist darüber aufzuklären; dokumentiert ist es, wenn die
Helferin/Assistentin die Eintragung dazu in der Behandlungskarte unterschreibt.

Für die zweite Ebene ist der Einsatz eines Dental CT (*Computertomographie Dental*)
sinnvoll: ein Dental CT-Modul ist dafür zusätzlich erforderlich (*diagnostisches Basiswissen*).
Hiermit können Schnittiefen zur Lokalisation des Fremdkörpers bestimmt werden (*Fäden,
Tupfer sollten röntgensichtbar sein*). Forderung: Keine Zahnextraktion ohne vorheriges
Röntgen! zwecks Darstellung der Region (*nicht nur von Anteilen, z.B. bei verlagerten
Weisheitszähnen!*).

Literaturhinweis (die Red.):

GERHARDS,F.,W.WAGNER: Zum Blutungsrisiko nach zahnärztlich-chirurgischen
Eingriffen unter fortgeführter Marcumarisierung, in: Dtsch Zahnärztl Z 52 (1997) 1, 53-56
und

RAHN,R.,M.GHAHREMANI: Zahnärztlich-chirurgische Eingriffe bei Patienten unter
Antikoagulantien-Therapie, in: Dtsch Zahnärztl Z 52 (1997) 1, 70-71

Am 15.März sprach Prof.Singer über "Forensische Zahnheilkunde - der Zahnarzt vor Gericht;
Vermeidbares und Unvermeidliches": Die Reihenfolge einer ärztlichen Behandlung besteht
in:

1.Anamnese, 2.Klin.Befunderhebung, 3. Röntgen, 4.Diagnose, 5.Therapie, 6.Verlauf. Hierbei
spielen Aufklärung des Patienten und Dokumentation der Befunde im Krankenblatt eine
wesentliche Rolle bei evtl. sich ergebenden gerichtlichen Auseinandersetzungen.

Aufklärung bedeutet Güterabwägung, ob eine Fortsetzung der Behandlung (z.B. nach
Abbruch von Instrumenten - Hebeln, Rosenbohrern, Trennscheiben, Fräsen - oder von
Wurzelresten) evtl. einen größeren Schaden setzen kann als nach Beendigung unter Hinweis
darauf gegenüber dem Patienten.

Arzt haftungsrechtliche Gesichtspunkte:

1. Verstoß gegen die allgemeine Sorgfaltspflicht, 2. Verletzung der Aufklärungspflicht, 3. Verletzung der Dokumentationspflicht. Die Folge davon: Beweislastumkehr.

Aufklärungsrügen: 1. keine (schriftliche) Zustimmung des Pat. (*s.o. Merkblätter zum Aufklärungsgespräch), 2. nicht genügend Zeit zum Überlegen (sog. 24 Stunden-Frist), 3. kein Hinweis auf das Behandlungsrisiko, 4. kein Angebot einer alternativen Behandlungsmethode.

Der Begriff "Ärztlicher Kunstfehler" existiert weder im StGB noch im BGH-Urteil. Er bezeichnet das nach dem jetzigen Stand der Medizin unsachgemäße und schädigende Verhalten des Arztes. Er ist nach der derzeitigen Rechtsprechung ein Verstoß gegen die allgemeinen Grundsätze der ärztlichen Wissenschaft. Damit ist er nicht statisch, sondern veränderlich. Die Forderung nach *lege artis* Behandlung nur nach dem letzten Stand der Wissenschaft ist nur eingeschränkt zu erheben, da sonst eine Entwicklung der Wissenschaft gehemmt würde.

Zur ärztlichen Fortbildung: Der Arzt darf sich neuen Einsichten und Methoden aus Bequemlichkeit, Eigensinn oder Hochmut nicht verschließen. Die Freiheit des Arztes, sich gewissenhaft für eine Methode zu entscheiden endet dort, wo die Überlegenheit eines anderen Verfahrens allgemein anerkannt ist (BGH, NJW 1960, S. 2253). Zu alternativen Therapien siehe BGH 1978, NJW S. 587: Nach fester gerichtlicher Spruchpraxis soll der Arzt den Pat. über ernsthafte (auch alternative) Behandlungsmethoden aufklären.

BGH-Urteil zur med. Behandlung: a) notwendig, b) sinnvoll. Eine Alternativlösung (z.B. Teleskope versus Implantate) kann teurer sein und wird übernommen, aber eine mehrfache (über das 2-fache hinausgehende) Kostensteigerung gegenüber alternativer Behandlung nicht (OLG Karlsruhe 12 U 168/95).

Klaus Röttscher, Speyer

Seit Oktober 1996 ist der Hanser-Verlag, und damit auch die DZZ im Internet (<http://www.hanser.de>). Dies ermöglicht einen besseren und schnelleren Informationsaustausch, um an wichtige Informationen aus der DZZ zu kommen (*um z.B. bei wissenschaftlichen Arbeiten den Zugang zur gewünschten Literatur zu erhalten*). Vor 1992 war dies nur über die *Medline-Datenbank* möglich. Wissenschaftliche Fachliteratur wird heute fast nur noch elektronisch gesucht und weiterverarbeitet. Ab April 1997 verfügt die DZZ und damit auch AKFOS, über eine eigene Datenbank im Internet und später auch über CD-ROM verfügbare Informationen (GEURTSSEN, W., TH. KERSCHBAUM, in: Dtsch Zahnärztl Z 52 (1997) 1,3).

Seit rund zwei Jahren geistert durch die gesundheitspolitische Diskussion das amerikanische Zauberwort "*Managed Care*" als Kostendämpfungsinstrument. Siehe: *Recht und Politik im Gesundheitswesen* (Organ der Gesellschaft für Recht und Politik im Gesundheitswesen GRPG ISSN 0948-3209), Themen - Heft 1/95: ***Managed Care in Deutschland***.

Bereits 29 Prozent der amerikanischen Zahnärzte haben sich in *Managed-Care-Modelle* einbinden lassen, um einen von den Versicherungen garantierten festen Patientenstamm zu erhalten. Oft zu spät müssen diese Zahnärzte dann feststellen, daß durch ihre *Managed-Care-Verträge* der Praxisumfang reduziert wird und damit ihr Realeinkommen sinkt.

Auf dem 84. F.D.I.-Jahresweltkongress, der gemeinsam mit der Jahreskonferenz der *American Dental Association* (ADA) in Orlando, USA, im Oktober 1996, stattfand, berichtet der Vorsitzende der ADA, daß die amerikanischen Kollegen über diese Entwicklung bestürzt sind. Die amerikanische Zahnärzteorganisation ADA führt nun umfangreiche Aufklärungsmaßnahmen durch. Auf politischer Ebene bekämpft die ADA *Managed Care*, ihre Mitglieder und die Patienten warnt sie vor den Konsequenzen: Verlust der freien Arztwahl, geringere Qualität der Versorgung. *Managed Care* und freiberufliche Zahnheilkunde sind ein Widerspruch in sich.

(Dr. Fritz-Josef Willmes, Präsident der Bundeszahnärztekammer, in: *zm* 86, Nr. 21, 1. 11. 96, 10).

In einem Vortrag von Prof. Dr. Peter Oberender, Universität Bayreuth, auf der Klausurtagung der BZÄK im Juni 1996 in Bonn (*zm* 86, Nr. 15, 1. 8. 1996, 32) wird verdeutlicht, daß sich

Managed-Care-Systeme im zahnärztlichen Bereich anders darstellen als bei Ärzten. Die dort diskutierten Hausarzt-Modelle oder vernetzte Praxen seien im zahnärztlichen Bereich so nicht denkbar. Zu rechnen sei aber mit selektiven Verträgen, bei denen gesetzliche wie private Krankenversicherer versuchen werden, mit einzelnen Zahnärzten oder Zahnarztgruppen Verträge zu schließen.

Was ist Managed Care?

Managed Care - Forensische Aspekte Eine Einführung in die Problematik

Managed Care - Forensic Aspects - Introduction into the problem

Dr. Thomas Ratajczak, Sindelfingen

1. Einführung

Managed Care heißt das neue Zauberwort der gesundheitspolitischen Avantgarde. Das ist keineswegs ironisch gemeint. Dieser Beitrag will dem (auch) forensisch tätigen Zahnarzt anhand der aktuellen Diskussion um die Einführung von Managed Care-Techniken einige Hinweise geben und Problembewußtsein für Folgen dieser Entwicklung wecken, die sich in der Gutachtenpraxis mit Sicherheit einstellen und die Frage nach den anwendbaren Standards aufwerfen werden. Zunächst aber einige allgemeine Anmerkungen zum Stichwort managed care. Managed Care kommt aus den USA. Ausgangspunkt der Entwicklung war die Erkenntnis, daß die Kosten des Gesundheitswesens einen immer größeren Anteil am Bruttosozialprodukt beanspruchten, ohne daß meßbare Effizienzsteigerungen für breite Bevölkerungsschichten feststellbar waren. Man suchte nach Wegen, um in das Gesundheitswesen mit marktwirtschaftlichen Ansätzen einzugreifen. Diese Entwicklung hat auf Europa übergegriffen, wobei hier insbesondere die Schweiz zu erwähnen ist. Managed Care-Modelle erfassen in der Schweiz mittlerweile bereits rund 40 % der Bevölkerung. Binnen weniger Jahre wurde aus dem versuchsweisen Modell mit zunächst einmal nur 3.000 eingeschriebenen Patienten ein fester Bestandteil des Schweizer Versicherungssystems. .

Die Entwicklung wird 1996 auf die Bundesrepublik übergreifen.

Der **AOK-Bundesverband** hat zusammen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen, Thüringen, Pfalz und wohl auch Schleswig-Holstein das sogenannte „Hausarzt-Abo“ entwickelt. Dabei handelt es sich um ein Managed Care-Modell.

Der **BKK-Bundesverband** hat das Modell eines „**BKK-Netzwerks**“ entwickelt, daß ab 01.04.1996 in Berlin seine Tätigkeit aufnehmen wird. Zusätzlich zum Hausarzt-Abo entwickelt der AOK-Bundesverband zusammen der Kassenärztlichen Vereinigung Südbaden ein weiteres Managed Care-Modell, das inhaltlich ähnlich dem BKK-Netzwerk Berlin ausgestaltet werden soll.

Die Deutsche Zahnärzteschaft hat das Modell der Vertrags- und Wahlleistungen entwickelt. Auch dabei handelt es sich der Sache nach um ein Managed Care-Modell.

Die Entwicklung läuft in anderen europäischen Ländern parallel. Nachdem die Erfahrungen aus USA und der Schweiz belegen, daß über Managed Care erhebliche Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen erzielt werden können, handelt es sich meines Erachtens um eine Entwicklung, die nicht nur als ein möglicher Trend der Entwicklung des Gesundheitswesens in den nächsten 10 Jahren angesehen werden kann, sondern als der überwiegend wahrscheinliche Trend. Dies rechtfertigt es, sich frühzeitig schon mit forensisch relevanten Aspekten zu befassen.

Managed Care selbst ist allerdings kein Modell, um Kosten im Gesundheitswesen zu steuern, sondern ein Überbegriff für **Managementtechniken**, die dieses Ziel verfolgen.

Das amerikanische **Institute of Medicine** hat 1989 den Begriff der Managed Care wie folgt definiert:

„Managed Care umfaßt **Techniken**, die von Leistungseinkäufern oder für sie eingesetzt werden, um die Kosten im Gesundheitswesen **unter Kontrolle** zu halten. Die Entscheidung im Bezug auf die Behandlung des Patienten wird beeinflusst, indem die geeignete Behandlung von Fall zu Fall beurteilt wird, bevor eine Leistung erbracht wird“.

Die Definition macht deutlich, daß es sich bei Managed Care zu einem erheblichen Teil um Techniken (**struktursteuernde Prozesse¹**) handelt.

Coopers & Lybrand² haben in einer 1995 erschienenen Studie, die sich auf Erfahrungen mit Reformen im Gesundheitswesen in 17 europäischen Ländern stützt, folgende (europäische) Definition der Managed Care vorgeschlagen:

„**Managed Care** ist ein **Prozeß**, um den Nutzen der Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung im Rahmen der zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel zu **maximieren**. Die Dienstleistung wird in **ausreichendem** Maß und auf der geeigneten Stufe³ erbracht. Die erbrachten Dienstleistungen werden auf der Ebene des Falls⁴ **überwacht**, um sie stetig zu verbessern und die staatlichen Zielvorgaben für die öffentliche Gesundheit ebenso wie den individuellen Bedarf an Gesundheitsversorgung zu erreichen.“ Diese Definition unterscheidet sich von der auf amerikanischen Verhältnisse bezogenen Definition durch folgende Schwerpunkte:

- Der gesundheitliche Nutzen für die gesamte Bevölkerung bildet den Ausgangspunkt des Management von Leistungen der Gesundheitsversorgung.

- Integration der 3 Ebenen

(1) staatliche Gesundheitspolitik, (2) Management nach Regionen (3) Management der individuellen Patientenbehandlung - Management von Krankheiten (Disease Management) in allen Bereichen der Leistungserbringung im Gesundheitswesen.

2. Grundprinzipien von Managed Care

Managed Care vereinigt Leistungseinkäufer und Leistungserbringer auf vertraglicher Ebene. Alle Managed Care-Modelle erfordern vertragliche Absprachen, auch die vom AOK-Bundesverband und BKK-Bundesverband vorgeschlagenen und ab April 1996 erprobten Modelle! In diesem Punkt unterscheiden sich Managed Care-Modelle grundlegend von den unter dem Sachleistungsprinzip in der Bundesrepublik Deutschland entwickelten Strukturen, allerdings um den Preis, daß sie je nach Ausgestaltung den Charakter von Einkaufsmodellen annehmen oder Einkaufsmodelle sind (sein müssen).

¹ Das Vertrags- und Wahlleistungskonzept enthält eine ganze Anzahl von solchen struktursteuernden Elementen.

² Eine der international größten Unternnehmensberatungen, die z.B. in der Schweiz die Einführung von Managed Care -Modellen betreut.

³ Damit wird eine Tendenz zur Regionalisierung des Gesundheitswesens beschrieben, wie sie in verschiedenen Papieren zur nächsten Reform herumgeistert. Eine solche Regionalisierung stellen etwa die von der SPD geforderten regionalen Gesundheitskonferenzen dar.

⁴ Gemeint ist der Behandlungsfall.

In dem Vertrag werden bei Managed Care geregelt:

- **Art**

- **Menge**

- Preis
- Qualität der Leistung.

Das Mengenrisiko wird in der Regel vom Leistungserbringer getragen. Es gibt aber z.B. die Möglichkeit, das mit dem Mengenrisiko verbundene Honorareinbußen z.B. über Rückversicherungssysteme zu reduzieren.

3. Management von Krankheiten (Disease Management)

Disease Management wird als dritte Dimension von Managed Care bezeichnet. Das Konzept will die Behandlung einer bestimmten Krankheit ganzheitlich angehen, ist auf Verbesserung der Kostenwirksamkeit und effiziente Leistungserbringung ausgerichtet. Disease Management ist ein Prozeß, der auf Information beruht und die ständige Wertverbesserung aller Aspekte der medizinischen Maßnahmen (z.B. Prävention, Behandlung und Management) in der Gesundheitsversorgung beinhaltet⁵.

4. Hausarzt-Abo der AOK

Der AOK-Bundesverband hat zusammen mit dem AOK Landesverband Hessen und den Kassenärztlichen Vereinigungen Hessen, Thüringen und Pfalz ein Managed Care-Konzept entwickelt, das als „Hausarzt-Abo“ bezeichnet wird.

Als Defizite in der medizinischen Versorgung beklagt die AOK:

- die Medikalisierung der Bevölkerung (Stichwort: Medikamente statt Therapie), - die Hospitalisierung anstelle ambulanter Behandlung, - die fehlende Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung,
- die Überbewertung medizinisch-technischer Leistungen und von fachärztlichen Qualifikationen,
- unzureichende Transparenz über soziale, psychische und pflegerische Angebote und
- eine Vernachlässigung von Prävention und Rehabilitation.

Auf dem Hintergrund dieser Problemanalyse hat der AOK-Bundesverband folgende Ziele seines hausärztlichen Versorgungskonzepts entwickelt:

- qualitative Verbesserung medizinischer Versorgung durch integrierte Behandlung,
- ganzheitliches Medizinverständnis, - Aufwertung hausärztlichen Fall-Managements, - Verhinderung von Krankenhauseinweisungen und - ein Bonusheft für Versicherte, die sich im hausärztlichen Versorgungsmodell eingeschrieben haben.

Um diese Ziele zu erfüllen, soll der Hausarzt zum Case-Manager werden. Mit dem Begriff des **Case Management** hat die AOK einen aus USA kommenden Therapieansatz übernommen, der im Gegensatz zur reinen Behandlung des konkreten Krankheitsgeschehens (**Care Management**) sich des gesamten Behandlungsfalles (= des gesamten Patienten) annimmt.⁶

⁵ Coopers & Lybrand, Europäische Trends im Gesundheitswesen: In Richtung Managed Care, 34 1995, S.34

Als Case-Manager soll der Hausarzt nach den Vorstellungen des AOK Bundesverbandes Lotse durch den Dschungel sozialer, psychischer und pflegerischer Angebote sein.

Er erhält dafür einerseits finanzielle Anreize in Form von **verbesserter Vergütung**, trägt aber andererseits eine **Budgetverantwortung**.

5. BKK Netzwerk

Das BKK Netzwerk wird seitens des BKK-Bundesverbandes als Maßnahme im Wettbewerb zwischen den Krankenkassen verstanden. Es geht „**immer nur darum..., mit einem bestimmten Budget einen möglichst großen Erfolg zu erzielen oder einen bestimmten Erfolg mit einem möglichst geringen Budget zu erstreben**". Ziel des BKK Netzwerks soll es sein, Behandlungserfolge und Behandlungskosten über die gesamte Versorgungskette zu optimieren. Für die Versicherten die an dem BKK-Projekt teilnehmen, wird ein Globalbudget gebildet, das **sämtliche Kosten der medizinischen Versorgung** im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung umfaßt, von den Leistungen der Vertragsärzte über **Medikamente** bis hin zu den **Krankenhauskosten**. Die Ärzte verwalten unterstützt vom Projektmanagement [Leitstelle] - dieses Budget.

Wird das Budget nicht ausgeschöpft, wird der Restbetrag (Überschuß) gedrittelt:

1/3 geht an die Netzwerk-Ärzte als (nachträglichen) Aufschlag auf den Punktwert,
1/3 geht an die BKK als Kosteneinsparung,
1/3 wird zur Verbesserung (auch besseren Vergütung) und Ausweitung von
Netzwerkdienstleistungen verwendet, allerdings wohl nicht rückwirkend.⁷

Die Netzwerk-Ärzte erhalten eine **Vergütung**, die sich wie folgt errechnet:

Netzwerksonderleistungen (fester Punktwert)
+ Netzwerkleistungen (floatender Punktwert)
+ 1/3 Netzwerküberschuß (sofern er entsteht).

6. Forensische Relevanz

Die forensische Relevanz aller mit festen Budgets arbeitenden Modelle, also auch entsprechender Managed Care-Modelle⁸, ergibt sich aus den damit gesetzten Anreizstrukturen, mit dem vorhandenen Geld zum eigenen Vorteil des Leistungserbringers möglichst sparsam⁹ umzugehen. Die Modelle erfordern per se den Einsatz ausgefeilter EDV, so daß bei jeder Entscheidung über Diagnostik, Therapiewahl, Arzneimittelverordnung, Verordnung von Krankenhauspflege etc. der Praxiscomputer dem beteiligten Arzt mitteilen kann, wie sich die Entscheidung auf sein Budget auswirken wird. Wer erwartet, daß der Arzt sich bei der Entscheidung ausschließlich von medizinischen Kriterien leiten lassen wird, hat nicht verstanden oder will nicht verstehen, daß Medizin **kein** „Gewerbe“-Zweig ist, der sich außerhalb der Regeln des normalen Wirtschaftsleben stellt noch stellen kann (und vermutlich auch in der Vergangenheit nie gestellt hat). Dazu sollte man sich allerdings bekennen, auch als forensisch tätiger Zahnarzt, und die ökonomischen Realitäten als Entscheidungsgröße auch für die medizinische Behandlung akzeptieren.

⁶Die Schwerpunktverlagerung vom Care-Management zum Case-Management ist ein sicherlich richtiger theoretischer Ansatz.

Bisher erfolgt die Steuerung medizinischer Leistungen über die Bewertungsmaßstäbe. Laborleistungen wurden z.B. bei den Ärzten bewußt abgewertet, um die Menge einzuschränken - ohne Rücksicht auf die forensisch relevante Fragestellung, daß der Vorwurf eines groben Behandlungsfehlers in der Rechtsprechung selten mit einer Fehldiagnose, häufig

aber mit unterlassener Diagnostik begründet wird.¹⁰ Jede Höherbewertung einzelner Leistungen führt zu einer entsprechenden Mengenausweitung, jede Absenkung zu einer entsprechenden Reduzierung, ohne daß ersichtlich wäre, daß die medizinische Behandlungsnotwendigkeit sich im selben Ausmaß geändert hätte. Bei den Zahnärzten hat der Gesetzgeber durch Honorarabsenkung im Zahnersatzbereich versucht, die Attraktivität von Zahnersatz zu schmälern, um die Leistungsmengen zu reduzieren.¹¹ Ende März 1996 wird der erweiterte Bewertungsausschuß seine Entscheidung über die Bewertung von Kunststofffüllungen treffen. Wenn die Kunststofffüllungen in eine realistische Bewertungsrelation zur Amalgamfüllung gesetzt wird, bedeutet dies zwangsläufig das Ende der Amalgamfüllung und löst im Zweifel einen auch zahnärztlich unterstützten Boom an Austauschfüllungen aus. Der Zusammenhang zwischen Vergütung und Leistung ist - was die wenigen Beispiele hoffentlich verdeutlicht haben - evident.

Mit der Einführung von nach oben definitiv begrenzten Budgets - zunächst durch den Gesetzgeber mit § 85 Abs. 3a und 3b SGB V, jetzt etwa mit dem BKK-Netzwerk wird das Risiko verstärkt, daß die Frage nach der medizinischen Notwendigkeit primär unter ökonomischen Gesichtspunkten entschieden wird. Daran knüpft sich die Frage, wer eigentlich das Risiko des Spagats zwischen medizinischer Notwendigkeit und Budget tragen muß, der Leistungserbringer oder der für das Budget Verantwortliche? Die Frage lautet dezidiert: Darf das Morbiditätsrisiko von der Gesellschaft auf die ärztlichen Berufe überwältigt werden, ohne einen Ausgleich in Form reduzierter Behandlungsstandards und-oder rationierter Leistungen zu akzeptieren?

M.E. ist es das Recht jeder Gesellschaft, den für medizinische Dienstleistungen zur Verfügung stehenden Teil des Bruttosozialproduktes zu beschränken. Keine Gesellschaft ist in der Lage, allen ihren Mitglieder die vollen Segnungen moderner Medizin zu ermöglichen.¹² Wir könnten das gesamte Bruttosozialprodukt für Medizin ausgeben und dennoch nicht verhindern, daß der Mensch sterblich ist. Es ist unrealistisch, mit Bezug auf den Patienten „ökonomische Unverfügbarkeiten“ zu¹³. denn gerade die Betonung des Grundrechts auf Leben führt dazu, daß postulieren, uns im Bereich der gesamten Hochleistungsmedizin und der Gerontomedizin die Kosten ins Unermeßliche davonzulaufen drohen und davonlaufen werden. Wenn man mit damit ernst machen wollte, dann müßte die Gesellschaft bereit sein, auch 20 - 30 0/0 des Bruttosozialprodukts und mehr in die medizinische Versorgung zu investieren. Das wäre das Ende einer jeden Volkswirtschaft. Also müssen hier die Maßstäbe korrigiert werden.

⁷ Dieser Betrag fließt damit indirekt auch den Netzwerk-Ärzten zu.

⁸ Ein Budget ist nicht notwendigerweise Bestandteil eines Modells zur Kostenreduzierung mittels Managed Care-Techniken.

⁹ Pointierter: geizig.

¹⁰ Vgl. z.B. OLG Oldenburg, VersR 1991, 1141

Aufgabe der Medizin (insbesondere auch der medizinischen Ethik¹⁴) ist es, die veränderten ökonomischen Vorgaben in veränderte (reduzierte) Anforderungen an die Behandlungsstandards umzuwandeln und dies auch klarzustellen. Wenn die finanzielle

Leistungskraft der Bundesrepublik ein Medizinsystem nicht mehr bezahlen kann, das sich bisher in seinen generellen Leistungsstandards an den keineswegs für alle offenstehenden Leistungen der US-amerikanischen Medizin gemessen hat, dann ist dies eine zwar beklagenswerte, aber zunehmende Tatsache. Diese Tatsache muß dann aber auch zur Konsequenz haben, daß die Behandlungsstandards sich nicht mehr an amerikanischen Vorbildern orientieren, sondern an der ökonomischen Realität hierzulande.

Die Umsetzung der veränderten ökonomischen Vorgaben in medizinische Standards kann nur sehr bedingt durch die Rechtsprechung geleistet werden. Sie muß geleistet werden durch die medizinische Wissenschaft und transponiert werden über die von Gerichten herangezogenen Gutachter.¹⁵

Die Entwicklung von Managed Care-Modellen auch in der Bundesrepublik ist die logische Konsequenz - und das Eingeständnis - beschränkter finanzieller Mittel. Die Oberforderung des Sozialstaates und die Oberforderung der medizinischen Leistungsfähigkeit gingen bisher Hand in Hand. Die Veränderung der ökonomischen Ausgangsdaten muß - Hand in Harnd - zu einer Rückführung (Umbau) der Anforderungen führen. Das ist nicht nur eine Aufgabe für den Medizinethiker, sondern auch für den Gutachter.

¹¹ Die Begründung des Gesetzentwurfs zu § 85 Abs. 2b SGB V, man wolle neben einem Beitrag der Zahnärzte zur Beitragssatzstabilität auch eine gleichgewichtigere Bewertungsrelation zwischen Zahnersatz und konservierend-chirurgischen Leistungen erreichen, kann man guten Gewissens als vorgeschoben bezeichnen, weil beide Gründe bei näherem Hinsehen nicht stichhaltig (weil falsch) sind.

¹² Vgl. Krämer, Medizin muß rationiert werden, MedR 1996, 1 (4).

¹³ So aber Hart, Rechtliche Grenzen der nÖkonomisierungU, MedR 1996, 60 (61)

¹⁴ Darauf hebt Krämer, aaO., MedR 1996, 1 (5) richtigerweise ab.

¹⁵ Darin stimme ich Steffen, Einfluß verminderter Ressourcen und von Finanzierungsgrenzen aus dem Gesundheitsstrukturgesetz auf die Arzthaftung, MedR 1995, 190 (zu 7.). zu.

Anschrift des Verfassers: Dr. Thomas Ratajczak, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Sozialrecht, Wegenerstr.5, 71063 Sindelfingen

Neues vom Buchmarkt

ACTA MEDICINAE LEGALIS

Vol. XLIV, 1994, Proceedings of the XVth Congress of the International Academy of Legal Medicine, 1995.XX, 533 pages, ISBN 3-540-58847-7, Springer Verlag

Kriminalistik Lexikon, 3.Aufl.

Burghard,W., Hamacher,HW., Herold,H., Howorka, H., Kube,E., Schreiber,M., Stümper,A. Kriminalistik Verlag, Heidelberg,363 S., ISBN 3-7832-0995-1 (2.Aufl.1986).

Der inhaltliche Schwerpunkt liegt auf dem Gebiet der naturwissenschaftlichen Kriminalistik, auch angrenzende Disziplinen werden berücksichtigt. Unter den über 100 Autoren sind als Rechtsmediziner Alfred DuChesne, Münster, aus Leipzig Friedrich Herber und Horst Hunger vertreten. Das Lexikon ist eine wichtige und solide Informationsquelle für alle, die sich schnell über die kriminalistische Terminologie orientieren wollen.

Referiert aus: Zahnärztliche Informationen (zi), 4/96,31-32. Dentalprodukte in Europa
(Bericht über die DIN-Tagung Zahnheilkunde, 23.Oktober 1996, Heidelberg)

Dr.Roland van Thiel, Ludwigshafen

Medizinprodukte mit Ausnahme von *Sonderanfertigungen* und Produkten, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind, dürfen im Geltungsbereich des **Medizinproduktegesetzes** (MPG) (*siehe §8 MPG*) nur in Verkehr gebracht und in Betrieb genommen werden, wenn sie mit der CE-Kennzeichnung (*Communauté Européenne*) versehen sind. Der Zahnarzt als Anwender darf ausschließlich mit CE-Kennzeichen versehene Medizinprodukte verwenden mit Ausnahme der Sonderanfertigungen (*Zahnersatz*), und die wiederum nur, wenn ihnen die vorgeschriebene Erklärung des Herstellers (*Labor*) zu Produkten für besondere Zwecke beigefügt ist. Das CE-Kennzeichen ist ein Ausdruck der Konformität mit den einschlägigen Bestimmungen der obengenannten EU-Richtlinie. Keine Behörde eines EU-Mitgliedstaates kann an ein CE-gekennzeichnetes Produkt eine zusätzliche grundlegende Anforderung stellen und den Vertrieb behindern.

Zahnersatz als Sonderanfertigung nach dem MPG:

Zahnärztliche Produkte wie Inlays, Kronen und Prothesen sind Sonderanfertigungen, wenn sie dem Zahnarzt aus dem gewerblichen Labor geliefert werden. Sie dürfen vom Zahnarzt nur eingesetzt werden, wenn diesen die vorgeschriebenen Konformitätserklärungen des Herstellers beigefügt sind. Das Labor als Hersteller des Produktes muß deshalb die vom MPG geforderte Erklärung zu Produkten für besondere Zwecke ausstellen, die folgende Daten enthalten soll:

die Produktdaten (*z.B. Edelmetall, Kunststoff, Zähne*); die Versicherung, daß das Produkt ausschließlich für einen bestimmten Patienten hergestellt worden ist; den Namen des Zahnarztes, der den Auftrag gegeben hat; besondere Produkthanforderungen gemäß der Auftragserteilung des Zahnarztes; die Versicherung, daß das Produkt den grundlegenden Anforderungen entspricht; den Namen des Patienten (*strittig wegen der ärztlichen Schweigepflicht - keine Weitergabe des Patientennamen an Dritte ohne seine Einwilligung*).

Für im Praxislabor gefertigten Zahnersatz ist die Erklärung für Sonderanfertigungen nicht erforderlich, da der Zahnarzt grundsätzlich nicht als Hersteller eines Produktes anzusehen ist, sondern das Produkt nur anwendet. Damit entfällt der gesamte an einen Hersteller gerichtete Pflichtenkatalog des MPG. Dies bedeutet allerdings nicht, daß für die Zahnarztpraxis keine Anforderungen an die Qualitätssicherung und den Patientenschutz bestehen. Der Zahnarzt unterliegt einer umfassenden Dokumentationspflicht: aus den Patientenunterlagen müssen alle verwendeten Materialien ersichtlich sein. Die berufsrechtliche Dokumentationspflicht ist in wesentlichen Teilen mit dem Konformitätsverfahren nach dem MPG zu vergleichen.

Die administrativen Pflichten des Zahnarztes werden dadurch mit Sicherheit nicht geringer.

Referiert aus:

ZAHNARZT Magazin, 4/96,3. Sinn und Zweck von Normen im Dentalbereich.

Manfred Stümke, Chairman CEN/TC55, Wieland Edelmetalle

Der Grundsatz, *freier Zugang zu allen verfügbaren Medizinprodukten*, welche die grundlegenden Anforderungen erfüllen, wurde durch die Europäische Richtlinie 93/42 EWG zum 1.1.1995 europaweit verpflichtend und in Deutschland durch das Medizinproduktegesetz festgeschrieben. Glücklicherweise sind wir heute weit entfernt von den Verhältnissen um 1930, als manche Kataloge der Scheideanstalten bis zu 140 verschiedene Dentalgolde aufwiesen. Aber vielfach wird auch heute das Angebot von über *tausend* Legierungen und über *200* Loten auf dem deutschen Dentalmarkt als zu groß und unübersichtlich angesehen. Im Dentalbereich wurden auf europäischer Ebene vier Normen aufgestellt, je eine für die Produktkategorien *Instrumente* (EN 1639), *Ausrüstung* (EN 1640), *Werkstoffe* (EN 1641) und *Implantate* (EN 1642). Es

bleibt zu hoffen, daß die Auswirkungen des Gesetzes und die mitgeltenden Normen auch in der Zahnärzteschaft zunehmend zur Kenntnis genommen werden.

Aktivitäten:

Prof.H.G.Heydenreich, Bielefeld, Mitglied des Arbeitskreises, hält seit 1992, ab 1993 als Gast-Professor zweimal jährlich Vorlesungen und Seminare vor estnischen Studenten der Abteilung Stomatologie der Universität Dorpat (*Tartu Ülikool*) u.a. auch über *Forensische Odonto-Stomatologie*. Die wissenschaftlichen Beziehungen und der Austausch praktischer Erfahrungen zwischen Vertretern der Zahnmedizin Deutschlands und den Stomatologen der Universität Dorpat sind sowohl im vergangenen Jahrhundert als auch gegenwärtig erfolgreich gewesen und haben die Entwicklung der Stomatologie an der Universität Dorpat sehr begünstigt.

Prof.Maie Lövi-Kalnin, Dorpat, referiert aus: zm 86,Nr.18,16.9.1996,84-86

Anmerkungen der Redaktion: Die wechselvolle Geschichte der Universität Dorpat begann 1632 mit der Einrichtung einer juristischen Fakultät der *Academia Gustavia*, als juristisches Zentrum einer schwedischen Provinz; 1690-1699 als *Academia Gustavo-Carolina*. 1802 begannen ihre Aktivitäten nach längerer Pause als *Kayserliche Universität zu Dorpat* unter Alexander I. 1889 wurde russisch die offizielle Sprache; sie löste die deutsche Sprache ab und nun nannte sich die Universität *Imperatorski Jurjevski Universitet*. 1918 wurde sie zur *Landesuniversität zu Dorpat*. Als Estland nach dem ersten Weltkrieg ein selbständiger Staat wurde, war die juristische Fakultät der Universität Dorpat als *Tartu Ülikool* wiedereröffnet. Graduierte der St.Peterburger Universität und ehemalige Universitätsmitglieder legten den Grundstein für die nationale Universität in Tartu. 1940 verlor Estland und damit auch Tartu seinen Status der Unabhängigkeit. Dies blieb von 1944 bis 1989, mit Unterbrechung 1940/41. In dieser Zeit trug sie den Namen *Tartu Riiklik Ülikool* (Staatsuniversität Tartu). Das erste aktive Jahr war für die Juristen Estlands 1988. 1989 wurde der Name *Tartu Ülikool* wiederhergestellt (*aus: University of Tartu, Faculty of Law, Biographical Directory, Tartu 1992, Editor: Heiki Pisuke, Cover design: Juliana Korovai, Published and printed by Publishing and Printing Dept.of Tartu University, University of Tartu, Laboratory of Legal Aspects of International Relations,1992*).

NON-ACCEPTANCE OF PROSTHETIC APPLIANCES AT THE FOCUS OF FORENSIC CONSEQUENCES (*Die Inakzeptanz prothetischen Zahnersatzes im Fokus forensischer Konsequenzen*), **in: J Forensic Odontostomatol 1996 14:2, 28-29** Author: PD Dr.Dr.Ludger Figgenger, Dept.of Prosthetic Dentistry, University of Muenster, Germany

Leserbrief: Dr.Dr.Claus Grundmann, Arzt und Zahnarzt, 47445 Moers (7.1.97):

Auf Grund Ihrer Anregung im Newsletter 1996:3,S.83f habe ich die Substanz "ENZYRIM-OSA fluid" und das Waschmittelkonzentrat THH in Zürich bestellt und zwischenzeitlich 3 Leichenkiefer mit gutem Erfolg mazeriert, mit Aceton entfettet und mit Wasserstoffsuperoxid gebleicht.

Fotodokumentation anbei mit excellenten Ergebnissen. *Gratulation (die Red.)*.

Der I.O.F.O.S.-NEWSLETTER

International Organization for Forensic Odonto-Stomatology:

In dieser Ausgabe erscheint erstmalig der I.O.F.O.S. NEWSLETTER, Vol.18, Nr.1, December 1996, der im Triennium 1996-1999 von dem anlässlich des 14.Meeting, August 1996 in Tokio während der Generalversammlung gewählten Präsidenten der I.O.F.O.S., Dr.Hakan Mörnstadt, Solna, Schweden, der ebenfalls Editor ist, gestaltet wird. Dieser Newsletter erscheint viermal jährlich und wird in Zukunft im Anhang unserer Newsletter den Mitgliedern des Arbeitskreises und den Bibliotheken der Zahnkliniken und der Institute für Rechtsmedizin zugeschiedt. Beiträge sind die International Communication von I.O.F.O.S. und Worldwide Forensic Odontology Contacts via Internet.Wir werden uns an der Gestaltung mit Beiträgen beteiligen.

Der Brand des Wohltätigkeitsbasars in Paris (1897-1997):

Am 4. Mai 1997 jährt sich das Ereignis des Brandes des 13. Wohltätigkeitsbasars - *13^{ème} Bazar de la Charité* - in Paris, Rue Jean-Gaujon, neben der Universität und dem Place de la Concorde, in einem theaterähnlich aufgebauten mittelalterlichen Paris, gestaltet von dem Architekten, der auch die Pariser Oper entworfen hat, zum 100sten Male. Am Nachmittag des 4. Mai gegen 16 Uhr 10 hielten sich etwa 1.600 Leute dort auf, als eine nichtfunktionierende Projektorlampe eines Apparates von bewegten Bildern durch eine Stichflamme den darüber in geringer Höhe befindlichen mit Gas gefüllten Ballon in Brand setzte, der explosionsartig sofort den ganzen Basar in Flammen setzte und innerhalb von 30 min zerstörte. Prominente der Pariser Gesellschaft und insgesamt 126 Personen verloren an diesem Tag ihr Leben, über 200 wurden verletzt. Oscar Amoedo (1863-1945), Professor an der École Odontotechnique in Paris, beschreibt seine Beobachtungen dazu in seinem 1897 bei Masson & Cie, Paris, erschienenen, bereits 1900 von Gottlieb Prt, Privatdozent für Zahnheilkunde der Universität München, übersetzten und bei Arthur Felix, Leipzig, verlegten Buch "L'art dentaire en médecine légale".

Dies ist der Beginn der modernen Forensischen Odontologie und des DVI-Managements. Die Jahrhundertfeier wird von den französischen Kollegen im Gedenken an die Opfer und die Schwierigkeiten bei deren Identifikation

intensiv vorbereitet und mit allen interessierten Kollegen würdig begangen (Dr. Michel Evenot, Paris, Scientific Meeting Friday 2nd May 1997, Conference Center Chailiot-Galliera 28, avenue George V, F-75008 PARIS). Für AKFOS war Dr. Klaus Rötrzscher, Speyer, bei den Veranstaltungen mit dem Beitrag "Disaster Management in the Federal Republic of Germany" dabei.

EDITORIAL: Die zahnärztliche Fortbildung (<i>Education in dentistry</i>)	25
AKTIVITÄTEN (<i>activities</i>)	36
BEITRÄGE (<i>contributions</i>) Managed Care - Forensische Aspekte	29
BERICHTE (<i>reports</i>)	
Komplikationen bei zahnärztlich-chirurgischen Eingriffen einschließlich forensischer Aspekte (<i>Complications in dento-maxillary surgery including forensic aspects</i>)	27
Forensische Zahnheilkunde - der Zahnarzt vor Gericht; Vermeidbares und Unvermeidliches - (<i>Forensic dentistry - the dentist in court - avoidable and unavoidable</i>)	
Der Brand des Wohltätigkeitsbasars in Paris (1897-1997) The centennial of the Bazar fire	37
MELDEBOGEN ARZNEIMITTEL/WERKSTOFFWIRKUNGEN	26
<i>Report about unwelcome effects caused by remedies and/or dental materials</i>	
NEUES VOM BUCHMARKT (<i>books, journals</i>)	34

**Programm der 19. Jahrestagung des Arbeitskreises für
Forensische Odonto-Stomatologie in Mainz, Samstag, 25. Oktober 1997
Johannes-Gutenberg-Universität, Klinik für ZMK,
Augustusplatz 2, 55131 Mainz**

- | | | | |
|------------|--------------------|---|---|
| | 09.00-09.10 | Eröffnung | Prof.Dr.Dr.Werner Hahn, Kiel, Vorsitzender |
| 1. | 09.10-09.40 | Planungs- und Behandlungsfehler in der Kieferorthopädie | Dr.Günter Seifert, Klinik für ZMK, Ludwig-Maximilians-Universität München, Poliklinik für Kieferorthopädie |
| 2. | 09.40-10.20 | Forensische Aspekte der Chirurgie des Kiefer - Gesichtsbereichs | Prof.Dr.Dr.Rolf Singer, Klinikum der Stadt Ludwigshafen |
| | 10.20-10.40 | Diskussion Kaffeepause | |
| 3. | 10.40-10.50 | Mögliche Zwischenfälle während einer kieferorthopädischen Behandlung - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung | Dr.Dr.Günter Alfter, Zentrum ZMK, Poliklinik für Kieferorthopädie, Osianderstraße 2-8, 72076 Tübingen |
| 4. | 10.50 11.10 | Juristische Aspekte bei der Fehlbehandlung in der Kieferorthopädie | RA Ernst-R.Rohde, Frankfurt |
| 5. | 11.10-11.25 | Beweisgültigkeit der EDV-Dokumentation bei der zahnärztlichen Behandlung | Prof.Dr.Heners, Akademie für Zahnärztliche Fortbildung, Karlsruhe |
| 6. | 11.25 11.50 | Beweiskraft der EDV-Dokumentation im Prozessverlauf | Prof.Dr.Dr.Erwin Deutsch, Göttingen |
| | 11.50-12.00 | Diskussion Gemeinsames Mittagessen | |
| 7. | 13.15-13.35 | Gutachtermanagement | Dr.Dr.Ottmar Jakob, Gesundheitsamt Basel-Stadt, St.-Alban-Vorstadt 12, CH-4006 BASEL |
| 8. | 13.35-13.45 | Katastrophenschutz in der Bundesrepublik Deutschland | Dr.Dr.Klaus Rötzscher, Speyer |
| 9. | 13.45-14.10 | Erfahrungsbericht über Katastrophenschutzübung in Hamburg | ZA Olof Graff, Koordinator des Arbeitskreises für Forensische Zahnmedizin und Katastrophenschutz Hamburg (AFZK-HH), Blankeneser Landstr.19, 22587 Hamburg |
| | 14.10-14.30 | Diskussion | |
| 10. | 14.30-15.10 | Zahnärztliche Identifizierungen - 10 Jahre Forensische Zahnheilkunde in Zürich | Dr.Bernhard Knell, Konsiliarus für Forensische Odonto-Stomatologie am Institut für Rechtsmedizin der Universität Zürich-Irchel, Winterthurerstraße 190, CH-8057 Zürich, Schweiz |
| | 15.10-15.30 | Diskussion | |
| | | Mazeration mit ENZYRIM - eine Fotodokumentation | Dr.Dr.Claus Grundmann, Moers |
| | 15.30-16.00 | Mitgliederversammlung | |
| | 16.00 | Tagungsende Verabschiedung | |

INFO: Dr.Dr.Klaus Rötzscher, Maximilianstr.22, 67346 Speyer,
Tel.: 06232/7 44 66, Fax: 06232/7 19 38

