



Nr. 4/84

vom 15.08.1984

## VORAUSSETZUNGEN, MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER QUALITÄTSSICHERUNG AUS ZAHNÄRZTLICHER SICHT

---

Die FZV-Information 4/84 veröffentlicht den Wortlaut (einschließlich einer Zusammenfassung und eines englischsprachigen Abstracts) des Referates von Herber/Müller anlässlich des Wissenschaftlichen Symposions

*"VORAUSSETZUNGEN, MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER  
QUALITÄTSSICHERUNG IN DEN FREIEN BERUFEN"*

veranstaltet vom Institut für Freie Berufe am 19./20. Juli 1984 in Nürnberg. Der Vortrag, der zusammen mit den übrigen Beiträgen der Tagung im Ende des Jahres erscheinenden Jahrbuch für Freie Berufe publiziert wird, beleuchtet die Thematik aus spezifisch zahnärztlicher Sicht.

Nach einer Begriffsdefinition und Zielbestimmung der Qualitätssicherung im zahnärztlichen Versorgungsbereich werden umfassend die Einflußfaktoren auf die Qualität beleuchtet. Hierbei werden insbesondere die Parameter der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisgrößen analysiert. Die Studie wird durch eine Diskussion des Stellenwertes von Qualitätssicherung im zahnmedizinischen Versorgungssektor abgerundet.

-----

Dr. Reinold Herber

Diplom-Volkswirt Paul J. Müller

Forschungsinstitut für die zahnärztliche Versorgung

VORAUSSETZUNGEN, MÖGLICHKEITEN UND GRENZEN DER QUALITÄTSSICHERUNG AUS ZAHNÄRZTLICHER SICHT

---

R. Herber/P.J. Müller

1. Begriff und Ziele der Qualitätssicherung
2. Einflußfaktoren auf die Qualität zahnärztlicher Versorgung
  - a) Strukturgrößen
  - b) Prozeßgrößen
  - c) Ergebnisgrößen
3. Stellenwert der Qualitätssicherung

---

ABSTRACT

PREREQUISITES, PROBLEMS, AND LIMITS OF QUALITY  
ASSURANCE IN DENTISTRY

*The quality of dental care is influenced by various interrelated factors. These are described in the report. Quality assurance in dentistry encompasses according to a widely accepted definition*

- 1. the assessment or measurement of the quality of care*
- 2. the implementation of any necessary changes either to maintain or improve the quality of care rendered.*

*These tasks are genuine functions of dentistry as a self-regulating, independent profession. The report describes the ways to provide organised dentistry with acceptable and practicable methods or criteria to measure quality of care as well as their limitations.*

## ZUSAMMENFASSUNG

Qualitätssicherung im zahnärztlichen Bereich wird durch eine Vielzahl interdependenter Maßnahmen realisiert. In den Grundsatzprogrammen aller zahnärztlicher Verbände wird dem Qualitätsproblem ein hoher Stellenwert eingeräumt.

Die Einflußgrößen auf die Qualität der zahnärztlichen Versorgung lassen sich theoretisch unterteilen in Struktur- (Input-), Prozeß- und Ergebnis- (Output)parameter.

Für den zahnärztlichen Bereich ist sicherzustellen, daß die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung nicht absinkt. Die Unsicherheit bezüglich der Gefahr einer Überproduktion von unzureichend ausgebildeten Zahnärzten ist als Dauerzustand nicht tragbar. Bei der Forschung im technischen Bereich, die zum Ziel hat, die Kosten-Nutzen-Relationen zu verbessern, dürfen an der Qualität zahnmedizinischer Versorgung keine Einbußen hingenommen werden.

Die Qualitätssicherung der zahnmedizinischen Versorgung wird wesentlich durch den direkten Steuerungsbeitrag des zahnärztlichen Vergütungssystems, das sich grundsätzlich an Einzelleistungen orientiert, beeinflußt. Im prothetischen und kieferorthopädischen Bereich wird durch die ex-ante-Begutachtung ein hohes Maß an Behandlungsplanung, Transparenz und Abwägen von Alternativen induziert, das auch dem Ziel der Qualitätssicherung förderlich ist.

Die Stärkung der Patientenmitarbeit ist ein wesentliches Steuerungselement zur Erhaltung der Qualität zahnärztlicher Leistungen. Direktbeteiligungssysteme, die den Patienten auch finanziell zur Mitarbeit motivieren, unterstützen dieses Ziel.

Auch zur quantitativen Erfassung von Qualität haben sich insbesondere Mischverfahren in Form von epidemiologischen Untersuchungen durchsetzen können, die Qualitätsmessung sowohl durch ex-post-Experteneinschätzungen als auch durch Befragungsaktionen realisieren. Hierdurch kann im Ansatz der qualitative Versorgungsstand der Bevölkerung neutral und objektiv erfaßt werden.

Grundsätzlich sollte Qualitätssicherung eine berufsständische Selbstregulation bleiben. Hierdurch ist einerseits die Chance, qualitätssichernde Verfahren zu entwickeln, gegeben; andererseits wird eine maximale Autonomie der freiberuflich tätigen Zahnärzte gewährleistet.

## 1. Begriff und Ziele der Qualitätssicherung

Qualitätssicherung als ausdifferenziertes Verfahren, so wie es im ärztlichen Bereich für bestimmte, abgegrenzte technische Leistungen existiert, gibt es im zahnärztlichen Bereich nicht. Qualitätssicherung im zahnärztlichen Bereich wird vielmehr durch eine Vielzahl interdependenter Maßnahmen realisiert.

Dementsprechend definierte die American Dental Association Qualitätssicherung als "die Feststellung und Messung der Qualität der Versorgung und die Veranlassung erforderlicher und geeigneter Maßnahmen zur Erhaltung oder Verbesserung der Qualität der zahnärztlichen Versorgung" (ADA 1978).

Auch die deutschen zahnärztlichen Organisationen haben sich in ihren Grundsatzprogrammen sehr deutlich für die Sicherstellung der Rahmenbedingungen für eine qualitativ hochwertige zahnmedizinische Versorgung ausgesprochen. Mit diesen Rahmenbedingungen sind eine Reihe von Faktoren gemeint, die unmittelbar oder mittelbar die Qualität zahnärztlicher Versorgung wesentlich beeinflussen.

## 2. Einflußfaktoren auf die Qualität zahnärztlicher Versorgung

Diese Einflußfaktoren, über deren jeweiligen Beitrag zur Qualitätssicherung zahnärztlicher Versorgung bereits umfangreiches Erfahrungswissen vorliegt, sind im Schaubild 1 synoptisch dargestellt. Die Struktur der Synopse orientiert sich dabei am Schema von A. Donabedian (1966), das sich für die Ordnung von Einflußfaktoren auf die Qualität von medizinischen Versorgungsleistungen durchgesetzt hat. Cum grano salis läßt sich dieser Orientierungsraster auch für den Bereich der zahnärztlichen Leistungen adäquat einsetzen.

...

Es muß hierbei jedoch betont werden, daß dies ein analytisches, vielleicht auch nur ein rein darstellendes Schema ist, welches den Blick für die synthetisierende Gesamtschau nicht verstellen darf noch will. Die Maßnahmen zur zahnmedizinischen Qualitätssicherung lassen sich dabei unterteilen in die Hauptkategorien Struktur- (bzw. Input-), Prozeß- und Ergebnisparameter.

Dabei werden als Struktur- bzw. Inputgrößen diejenigen Voraussetzungen verstanden, die die mögliche zahnärztliche Versorgung bestimmen. Als Prozeßgrößen werden diejenigen Einflußfaktoren klassifiziert, die in der Interaktion Patient - Zahnarzt als sozialer Beziehung die Qualität zahnärztlicher Leistung steuern. An diesem Prozeß sind im zahnärztlichen Bereich oftmals noch Dritte (insbesondere die Zahntechniker) beteiligt, deren Mitwirkung jedoch vom Zahnarzt koordiniert und kontrolliert wird. Als Ergebnisgrößen werden schließlich alle diejenigen Meßgrößen verstanden, die objektiv (aus zahnärztlicher Sicht) oder subjektiv (aus Patientensicht) den Behandlungserfolg bzw. eine hochwertige qualitative Versorgung indizieren sollen.

Die konkret durchgeführten Zuordnungen von einzelnen Einflußgrößen zu diesen drei Rubriken mag und wird wahrscheinlich auch von analogen Einordnungen im ärztlichen Bereich differieren. Sie sind deshalb begründungs- und erklärungsbedürftig.

a) Strukturgrößen

Unstrittig dürfte die Einordnung der beruflichen Qualifikationen der behandelnd tätigen Zahnärzte in die Strukturrubrik des Schaubildes sein. Der Beitrag der Ausbildung zur Qualitätssicherung konnte zudem lange Zeit als schiere Selbstverständlichkeit angesehen werden. Die gegenwärtigen Klagen über eine ungenügende Ausbildung - insbesondere was die praxisbezogenen Kenntnisse und Fertigkeiten anbelangt - im ärztlichen Bereich verdeutlichen aber, daß diese Selbstverständlichkeiten immer erneut gesichert werden müssen.

WESENTLICHE EINFLUßFAKTOREN AUF DIE QUALITÄT DER ZAHNÄRZTLICHEN VERSORGUNG

Struktur  
(Input)

Prozeß

Ergebnis  
(Output)

\* Qualifikation  
der Zahnärzte  
  
Ausbildung, Fort-  
bildung, Weiter-  
bildung

\* Vergütungssysteme  
  
Einzelleistung  
  
Bewertungsrelationen

\* Behandlungserfolg  
  
Probleme der Messung  
und der Umsetzung

\* Technische Ressourcen  
  
Apparative Ausrüstung,  
Werkstoffe, Umsetzung  
von Innovationen in  
die Praxis

\* Steuerungsbeitrag von Be-  
gutachtungs- und Prüfver-  
fahren für die Qualitäts-  
sicherung

\* Stellenwert der  
Qualitätssicherung

\* Stärkung der Bedeutung  
der Patientenmitarbeit

\* Koordination arbeits-  
teiler Prozesse

Für den zahnärztlichen Bereich bedeutet dies, daß erst gar nicht zugelassen werden darf, daß die Qualität der zahnärztlichen Ausbildung absinkt. Die Prüfungs- bzw. zukünftigen Approbationsordnung der Zahnärzte wird hier eine wesentliche Rolle spielen. In ihr werden die Wissens- elemente, Fertigkeiten und Erfahrungen kodifiziert, die als Approbationsvoraussetzungen vorhanden sein müssen. Inwie- weit sie noch z.Zt. bzw. zukünftig erworben werden können, ist unklar.

Mit der Zunahme der Warnungen vor einer Überproduktion von unzureichend ausgebildeten Zahnärzten wird die bisherige Selbstverständlichkeit jedoch zur offenen Frage. Und gerade diese Unsicherheit ist als Dauerzustand nicht tragbar.

Die technischen Ressourcen als Bedingungen für die Qualität zahnärztlicher Leistungen sind per se wiederum unbestreit- bare Voraussetzungen. Gerade hier haben wesentliche Innova- tionen in den letzten zehn Jahren stattgefunden, die insge- samt eine kombinierte Erhöhung der Qualität und der Wirt- schaftlichkeit ermöglicht haben. Dieser Prozeß dauert an.

Auf dem Gebiet der zahnmedizinischen Prävention verläuft die Forschung zur Zeit recht lebhaft. Effiziente Fluorid- anwendungen, Versiegelungstechniken, aber auch Unter- suchungen zum Ernährungsverhalten sind hier nur als die wichtigsten zu nennen. Gerade aber auch im prothe- tischen Bereich, hier insbesondere auf dem Sektor der Werk- stoffe, werden z.Zt. Großprojekte durchgeführt, die sich vor allem mit der Substitution von Gold durch gleichwertige gold- reduzierte oder NEM-Materialien befassen. Bei diesen Forschun- gen im technischen Bereich, die zum Ziel haben, die Kosten- Nutzen-Relationen zu verbessern, dürfen jedoch an der Qualität zahnmedizinischer Versorgung keine Einbußen hingenommen werden.

...

b) Prozeßgrößen

Das zahnärztliche Vergütungssystem in der Bundesrepublik Deutschland hat einen unmittelbaren Einfluß auf die Qualität der Versorgung, weil es einzelleistungsorientiert ist. Die Erbringung einzelner Leistungen wird vergütet; die Qualitätssicherung der einzelnen Leistungen hierdurch wesentlich gefördert.

Auch die relative Wertigkeit einzelner zahnärztlicher Leistungen zueinander im Gebührenordnungssystem sind zum Gegenstand der Forschung geworden. Ziel dabei ist es, die relative Wertigkeit einzelner zahnärztlicher Leistungen nicht allein nach der hierfür benötigten Arbeitszeit zu bestimmen, sondern u.a. auch nach den Schwierigkeiten, die eine individualbezogene qualitätsgerechte Ausübung bereitet. Inzwischen gilt dabei aus arbeitswissenschaftlichen Forschungen als gesichertes Wissen, daß neben unterschiedlichen "Arbeitszeiten" unterschiedliche Belastungsniveaus auf physiologischer und psychologischer Ebene bei verschiedenen zahnärztlichen Maßnahmen die Regel sind. Es soll uns in diesem Zusammenhang nicht weiter interessieren, ob für Neufassungen solcher Gebührenordnungssysteme diese beiden Faktoren ausreichende Grundlagen sein können. Hier sind ja noch weitere Steuerungsziele jenseits der Qualitätssicherung zu beachten, die mit Vergütungssystemen grundsätzlich angestrebt werden. Entscheidend im Zusammenhang Qualitätssicherung ist vielmehr der direkte Steuerungsbeitrag der Vergütungssysteme auf die Qualitätssicherung in der zahnärztlichen Versorgung.

Ähnliches gilt auch für die Verfahren der Prüfung und Begutachtung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Charakteristisch für den zahnärztlichen Bereich ist die Dominanz von Verfahren, die der zahnärztlichen Behandlung vorhergehen. Dies gilt insbesondere für die Versorgungsbereiche Prothetik, Behandlung von

Parodontalerkrankungen sowie für kieferorthopädische Maßnahmen. Hierdurch wird ein Maß von Behandlungsplanung, Transparenz und Abwägen von Alternativen induziert, das auch dem Ziel der Qualitätssicherung förderlich ist.

Andererseits machen gerade die genannten Versorgungsbereiche deutlich, wie sehr auch bei aller Vorab-Kalkulation und Planung die zahnärztliche Leistung der Unterstützung durch die aktive Patientenmitarbeit bedarf. Lange Zeit zu einseitig als dominiert durch den Zahnarzt gesehen, hat sich inzwischen das Verständnis der Patienten-Zahnarzt-Beziehung gewandelt. Ein lange Zeit vornehmlich technisch verstandenes Problem - z.B. die Eingliederung einer Prothese, die Behandlung von Zahnbetterkrankungen - wird heute als ganz wesentlich auch von der Mitarbeit des Patienten abhängig gesehen.

Dadurch wird Qualitätssicherung in diesem Bereich zu mehr als einer Frage der mechanischen bzw. technischen Qualitätssicherung. Sie ist es unbestreitbar auch weiterhin, aber eben nicht mehr allein. Aus der Kieferorthopädie, bei der Behandlungen sich ja oft über Jahre hinweg erstrecken, ist wohl allgemein bekannt, wie geradezu entscheidend die Patientenmitarbeit für den Behandlungserfolg ist.

Auch wenn dies heutzutage gemeinsame Selbstverständlichkeiten sind, Differenzen und verschiedene Sichtweisen existieren dann, wenn es darum geht, die Patientenmitarbeit als Beitrag zu Qualitätssicherung zu stärken. Die zahnärztlichen Organisationen haben sich durchweg dafür ausgesprochen, durch finanzielle Anreize die Kooperationsbereitschaft zu erhöhen. Direktbeteiligung des Patienten an den Kosten für aufwendigere zahnärztliche Versorgungsleistungen sollen ihn auch finanziell zur Mitarbeit motivieren.

Die Forderung nach mehr Direktbeteiligung - begründet auch mit anderen Steuerungswirkungen jenseits der Qualitätssicherung - scheint desto mehr berechtigt, je mehr "Kostenbewußtsein" zum eigenständigen Steuerungsinstrument in der Gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden soll.

Als letzten wesentlichen Einflußfaktor auf die Qualität der zahnärztlichen Versorgung sind im Schaubild 1 die "Koordination arbeitsteiliger Prozesse" eingeführt.

Lange Zeit unbezweifelt wurde Fortschritt mit dem Prozeß wachsender Spezialisierung gleichgesetzt; ein Prozeß der in den Wissenschaften seinen sinnfälligen Ausdruck fand. Tatsächlich verstellte diese Perspektive lange Zeit die Einsicht, daß Spezialisierungsprozesse auch Maßnahmen ihres Einfangens bedürfen. Spezielles Wissen und spezielle Fertigkeiten bedürfen aber auch der Ergänzung durch die Gesamtschau, müssen in der ambulanten, praktischen Behandlung wieder integriert werden. Dies macht u.a. die besondere Tätigkeit des Zahnarztes aus, der im Rahmen der prothetischen Versorgung einerseits die Prothesen nach seinen Spezifikationen beim Zahntechniker in Auftrag gibt, andererseits für die Eingliederung des Werkstückes voll verantwortlich bleibt. Die leichte Zunahme an Praxislabors, die in der Bundesrepublik Deutschland feststellbar ist, muß deshalb auch als Ausdruck eines Sinneswandels zugunsten der Erbringung zahnärztlicher Leistungen "aus und in einer Hand" gedeutet werden.

c) Ergebnisgrößen

Die Überlegungen, die zur Messung der Qualität zahnärztlicher Leistungen im In- und Ausland angestellt wurden, machen deutlich, wie ganz anders Qualität von (zahn-)ärztlichen Dienstleistungen zu begreifen ist als in dem Bereich, in dem Qualitätssicherung historisch entstanden ist: nämlich im Bereich der industriellen Serienfertigung.

Es wurde bisher schon aufgezeigt, welche vielfältigen Einflußfaktoren die Qualität der zahnärztlichen Leistungen beeinflussen. Noch schwerwiegender sind die Probleme der Anwendung von standardisierten Meßverfahren, bei denen es doch nur um die Bestimmung von Qualität in jedem Einzelfall gehen kann; es sei denn, man glaubte wirklich daran, durch Vorgabe von Therapiestandards und der Kontrolle ihrer Einhaltung Qualität sichern zu können. Das Gegenteil würde bewirkt.

Dies soll nicht bedeuten, daß sich die Qualität zahnärztlicher Leistungen völlig einer systematischen Betrachtung bzw. Messung entziehen würde. Es gibt sehr wohl allseits akzeptierte Vorstellungen über das, was einen Behandlungserfolg aus zahnärztlicher Sicht ausmacht. Nur sind diese konsensualen Vorstellungen nur schwer in objektive Messungen umsetzbar. Darüber hinaus sind verschiedene Behandlungsstile, wie sie in den verschiedenen Universitäten gelehrt werden, zu berücksichtigen.

Aus dem Ausland ist bekannt, in welcher verschiedenartiger Weise Messungen versucht werden:

Zum einen werden dort zahnärztliche Behandlungsverläufe retrospektiv untersucht. Mit dieser Methode sind insbesondere seltene, daher vom Durchschnitt abweichende Behandlungsverläufe bis hin zu "Mißerfolgen" identifizierbar. Solche retrospektiven Analysen können jedoch nur grobe Anhaltspunkte für die Qualität der zahnärztlichen Behandlung liefern, weil bei der Bestimmung der "Mißerfolge" die aktive Mitarbeit und das passive Unterlassen der Patienten nicht mit einbezogen werden kann.

Geradezu spiegelbildlich sind die Probleme gewesen, die bei dem Versuch der Messung von Qualität allein durch Befragen der Patienten aufgetreten sind. Patientenzufriedenheit kann auch bei

suboptimaler Versorgung vorfindbar sein; zudem sind Patienten in vielerlei Hinsicht nicht kompetent genug, um über Regelverletzungen der zahnärztlichen Kunst urteilen zu können.

Deshalb haben sich insbesondere Mischverfahren in Form von epidemiologischen Untersuchungen durchsetzen können, die Qualitätsmessung einerseits durch ex post-Experteneinschätzungen und andererseits durch Befragungstechniken realisierten. Bei solchen Untersuchungen steht dann aber zumeist nicht mehr der einzelne Zahnarzt oder einzelne Zahnärzte im Mittelpunkt des Interesses. Vielmehr wird der auch qualitative Versorgungsstand der Bevölkerung bzw. der Patientenkollektive neutral erfaßt.

Aufgrund solcher neutralen wissenschaftlichen Erhebungen können Schwachstellen identifiziert und in allgemeine Handlungsempfehlungen für die zukünftige Versorgung umgesetzt werden. Sie stellen jedoch keine Handreichungen im Sinne von individuellen Entscheidungshilfen dar.

Modellversuche, wie dies zu bewerkstelligen sei, sind wiederum aus dem Ausland bekanntgeworden. Sie alle laufen darauf hinaus, für den einzelnen Zahnarzt die Handlungsmöglichkeiten und -spielräume zu vergrößern: sei es z.B. dadurch, daß mit Hilfe der Praxiscomputer dem Zahnarzt es stärker als bisher ermöglicht wird, sich selbst über die Behandlungsverläufe in der Vergangenheit besser zu informieren, oder sei es dadurch, daß individuelle Beratungsgespräche in den zahnärztlichen Praxen mit besonders geschulten Spezialisten durchgeführt werden - die Fortbildung sozusagen individualisiert wird.

### 3. Stellenwert der Qualitätssicherung

Durch solche Vorgehensweisen soll grundsätzlich der Idee der berufsständischen Selbstregulation gerade im Qualitätssicherungsbereich gefolgt werden, aber andererseits gleichzeitig eine maximale Autonomie der freiberuflich tätigen Zahnärzte gewährleistet bleiben. In der Bundesrepublik Deutschland stehen die Vorzeichen für Systeme einer so verstandenen Qualitätssicherung deutlich schlechter. Hier muß jedenfalls zur Zeit befürchtet werden, daß jeglicher Ansatz der berufsständigen Selbstregulation von den Krankenkassen durch breit angelegte Speicherungen von patienten- und arztbezogenen Leistungsdaten zunichte gemacht wird. Nicht die Tatsache solcher Speicherungen - diese wird es hoffentlich ohnehin in Zukunft kaum noch geben -, sondern allein der Versuch, über die Abrechnungsdaten eine genuin zahnärztliche Aufgabe zu okkupieren, behindert schon die innerzahnärztlichen Bemühungen um eine Qualitätssicherung. Jedweder Versuch, Qualitätssicherung für andere Zwecke als der der Qualitätssicherung einzusetzen, schadet jedoch der Qualität.

Institut für Freie Berufe  
an der Friedrich-Alexander-Universität  
Erlangen-Nürnberg

Direktor: Prof. Dr. Günter Büschges

## Einladung

zu einem wissenschaftlichen Symposium

Voraussetzungen, Möglichkeiten  
und Grenzen der Qualitätssicherung  
in den Freien Berufen

---

Tagungsadresse: Atrium-Hotel, 8500 Nürnberg 50  
Münchener Straße 25, Telefon 09 11/490 11, Telex 06 26 167

---

Organisation: Dr. Rainer Wasilewski  
Institut für Freie Berufe  
an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg  
Marienstr. 2, 8500 Nürnberg 1, Tel. (09 11) 20 37 12/22 43 33

---

19./20. Juli 1984

Nürnberg, Atrium-Hotel

# Programm

---

Donnerstag, 19. Juli 1984

Beginn 14.00 Uhr

---

Prof. Dr. Günter Büschges

Begrüßung und Eröffnung

## Grußworte

Prof. J. F. Volrad Deneke  
*Präsident des Bundesverbandes  
der Freien Berufe, Bonn*

Voraussetzungen, Möglichkeiten  
und Grenzen der Qualitätssicherung  
in den Freien Berufen —  
Einführung

Dr. med. Günter Osterwald  
*Präsident der Ärztekammer  
Niedersachsen, Hannover*

... aus der Sicht der Ärzte

Dr. Reinhold Herber  
*Wissenschaftlicher Leiter des  
Forschungsinstituts für die  
zahnärztliche Versorgung, Köln*

... aus der Sicht der Zahnärzte

Dipl. Ing. Hans-Jürgen Dohrmann  
*Mitglied des Bundesvorstandes  
des Verbandes Beratender  
Ingenieure, Essen*

... aus der Sicht der Beratenden  
Ingenieure, Architekten und Sach-  
verständigen

Aussprache zu den Referaten

Gemeinsames Abendessen

Prof. Dr. Walter Masing  
*Ehrevorsitzender der Deutschen  
Gesellschaft für Qualität e.V.,  
Frankfurt*

Qualitätssicherung in der Industrie

---

Freitag, 20. Juli 1984

Beginn 9.00 Uhr

---

Prof. Dr. Hinrich Rüping  
*Lehrstuhl für Strafrecht und  
Strafprozeßrecht der Universität  
Augsburg*

... aus der Sicht der Anwälte

Dr. Peter Küffner  
*WP/StB/RB  
Mitglied des Vorstandes der  
Steuerberaterkammer München*

... aus der Sicht der steuerbe-  
ratenden und wirtschaftsprüfenden  
Berufe

Dr. Karla Fohrbeck  
*Direktorin des Zentrums für  
Kulturforschung, Bonn*

Qualität und Qualitätssicherung  
in Kunst und Kultur

Prof. Dr. Günter Büschges

Zusammenfassung der Ergebnisse  
und Schlußwort

Gemeinsames Mittagessen

---

U. A. w. g. auf beiliegender Karte bis 9. Juli 1984

---