

# Zahnmedizin: Außervertragliche Leistungen gehören auf den Prüfstand

von Dr. Wolfgang Kirchhoff, Marburg



**Abstract:** Das Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes vom März 2012 zur zahnmedizinischen Versorgung hat gesundheitspolitisch für Resonanz gesorgt. Durch sukzessiv zunehmende Eigenbeteiligungen nicht nur, aber besonders im Rahmen der zahnmedizinischen Versorgung ist für viele Haushalte mit Durchschnittseinkommen die Grenze der finanziellen Überforderung überschritten. Zuzahlungen, Festzuschüsse und außervertragliche Leistungen erfolgen teilweise für nicht hinreichend evidenzbasierte und nebenwirkungsfreie Maßnahmen. Ein Teil der verwendeten Medizinprodukte ist nicht langzeiterprobt. In dieser wissenschaftlichen Grauzone mangelhafter Transparenz werden zum Teil außervertraglich vereinbarte, invasive operative Eingriffe vorgenommen; führen sie zu Gesundheitsschäden, werden die entstandenen Folgekosten solidarisch getragen. Dieser Sachverhalt erfordert eine Neubewertung außervertraglicher Leistungen: Aufstellung eines verbindlichen Katalogs evidenzbasierter Verfahren und langzeitbewährter Medizinprodukte zur Qualitätssicherung, Einführung begrenzter Komplexhonorare für zahnärztliche und zahntechnische Leistungen, Ausweisung paramedizinischer Maßnahmen in den Heil- und Kostenplänen und Leistungsausschluss im Fall diesbezüglicher Anschlusstherapien, kompetente Versichertenberatung.

## 1 Einleitung

In der gesundheitspolitischen Diskussion spielt die Zahnmedizin nur eine untergeordnete Rolle. Dabei könnte sie hinsichtlich des sukzessiven Ausbaus der Teilprivatisierung von Gesundheitsleistungen im

Gesundheitswesen eine Vorreiterrolle einnehmen. Das gilt unter anderem für Selbstbeteiligungen und Festzuschüsse beim Zahnersatz, für Zuzahlungen bei der Füllungstherapie und Indikationseinschränkungen in der Kieferorthopädie. Im Koalitionsvertrag der schwarz-gelben Bundesregierung von 2009 werden die Erfahrungen mit festzuschussbasierten Mehrkostenregelungen beim Zahnersatz Zahnersatzausausdrücklich als „überwiegend positiv“ bewertet. Nach dem 2005 von der großen Koalition eingeführten System der „befundbezogenen Festzuschüsse“ erhält der Großteil der gesetzlich Versicherten lediglich einen Zuschuss in Höhe von 50 Prozent der Kosten der Regelversorgung – bei regelmäßiger Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen auch etwas mehr – und muss den Restbetrag selbst tragen. Wenn eine über die Regelversorgung hinausgehende Versorgung gewählt wird, können die Zahnärzte zudem nach der privatärztlichen Gebührenordnung (GOZ) abrechnen, wodurch der Eigenanteil der Patienten noch einmal deutlich steigt. Ein durchgehend sachleistungsorientierter zahnmedizinischer Gesundheitsschutz ist nicht mehr gewährleistet, obwohl Deutschland mehr volkswirtschaftliche Ressourcen aufwendet als jedes andere Land mit vergleichbarem Zahngesundheitsniveau (Abbildung 1).

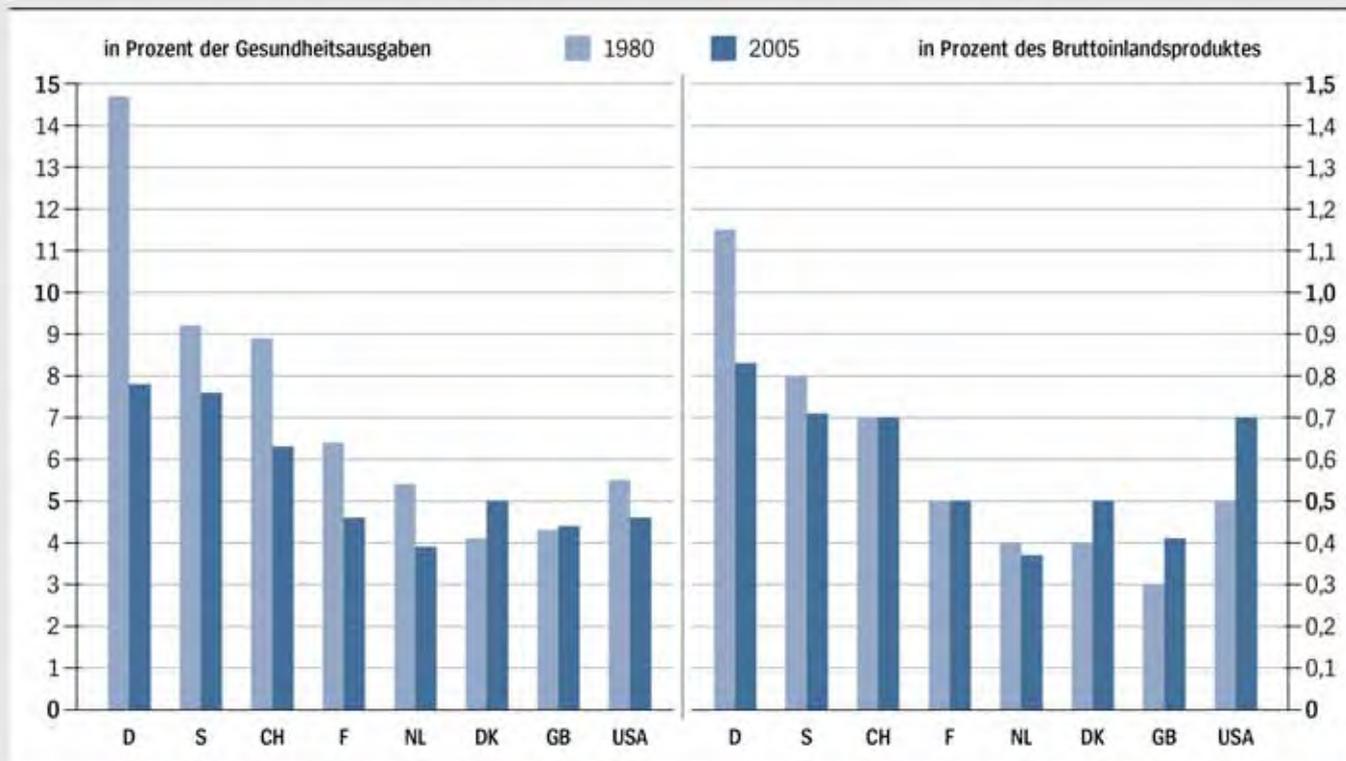
Die GKV-Aufwendungen für die zahnärztliche Behandlung unter Einschluss des Zahnersatzes beliefen sich im Jahr 2011 auf insgesamt 11,87 Milliarden Euro. Der Anteil der zahnärztlichen Versorgung an den GKV-Gesamtausgaben fiel vor allem als Folge der Teilprivatisierung von 11,04 Prozent im Jahr 1992 kontinuierlich auf sieben Prozent im Jahr 2011. Den Zahlen des Positionspapiers des GKV-Spitzenverbandes vom März 2012 zufolge wurden bereits 2005 mehr als 60 Prozent der Zahnersatzleistungen (unter anderem Kronen, Brücken, Prothesen, Implantate) außervertraglich nach der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ) abgerechnet; 2009 waren es nach einer Berechnung des Verbandes der Ersatzkassen bereits über 76 Prozent (*GKV-Spitzenverband 2012*). Die niedergelassenen Zahnärzte näherten sich damit ihrem Ziel einer weitgehenden Privatisierung zahnmedizinischer Leistungen.

Die Ausweitung privater Leistungen führte zu finanzieller Überforderung und tendenziell zur Unterversorgung, aber auch zu Fehl- und Überversorgungen. Die Zahnersatzausgaben ohne Selbstbeteiligung lagen 2010 deutlich unterhalb des Niveaus von 1995 (Abbildung 2). Ein Teil der außervertraglich durchgeführten Leistungen – also Leistungen, die außerhalb des kassenärztlichen Sachleistungskatalogs außervertraglich auf privater Ebene zwischen Patienten und Leistungserbringern vereinbart werden – befindet sich in einer wissenschaftlichen Grauzone und nicht innerhalb des ordnenden Einflussbereiches des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA); teilweise hoch invasive operative Eingriffe und/oder eine Reihe angewandeter Medizinprodukte sind klinisch nicht ausreichend erprobt. Maximaltherapeutische Konzepte sind oftmals Ausdruck nicht indizierter Überversorgungen. Wissenschaftliche Daten aus der Versorgungsforschung liegen nicht vor; erst kürzlich musste eingeräumt werden, dass es in der zahnmedizinischen Versorgungsforschung Handlungsbedarf gibt, da selbst zahlreiche etablierte Therapiemaßnahmen noch immer auf überliefertem Wissen ohne wissenschaftliche Bestätigung beruhen (*Hoffmann et al. 2012*). GOZ und BEB (Bundeseinheitliche Benennungsliste) für außervertragliche zahntechnische Leistungen ohne Festlegung von Höchstpreisen und die Usancen ihrer Anwendung entziehen sich zumeist dem individuellen Erfahrungshorizont der Versicherten (*Bücken 2012*); Rechtsstreitigkeiten über Leistungsinhalte und ihre gebührenmäßige Umsetzung werden seit Inkrafttreten der GOZ im Jahr 1988 regelmäßig vor deutschen Gerichten ausgetragen.

## 2 Die Problembereiche

In einzelnen zahnmedizinischen Teilgebieten werden für GKV-Versicherte außervertraglich zu vereinbarenden Leistungen angeboten, deren wissenschaftliche Evidenz nicht nachgewiesen oder strittig ist. Davon sind vorrangig diagnostische und/oder therapeutische Leistungen zahn-erhaltender (konservierender), (implantat-)prothetischer, parodontologischer und kieferorthopädischer Art betroffen. Darüber hinaus wird eine große Anzahl

**Internationaler Vergleich der Ausgabenentwicklung für zahnmedizinische Leistungen in Prozent der Gesundheitsausgaben und des Bruttoinlandsproduktes 1980 und 2005\***



Quelle: BASYS 2004b, BASYS 2008, Statbu 2007, OECD 2007, Weltbank 2007, Grafik: G+G Wissenschaft 2012

\*Die Werte für 1980 stammen von BASYS, da diese Datenbank alle Länder erfasste und damals über weitergehende Informationen als die OECD verfügte. Die Werte für 2005 entstammen der OECD. Beide Erhebungskonzepte haben die gleiche inhaltliche Grundlage (SHA-Konzept) und differieren nur geringfügig bei einigen Ländern infolge unterschiedlicher Erfassung der Langzeitpflege. Da die Werte für Schweden, die Niederlande und Großbritannien seit längerem von der OECD nicht ausgewiesen werden, wurden hier die aktuellen Werte von BASYS zugrundegelegt.

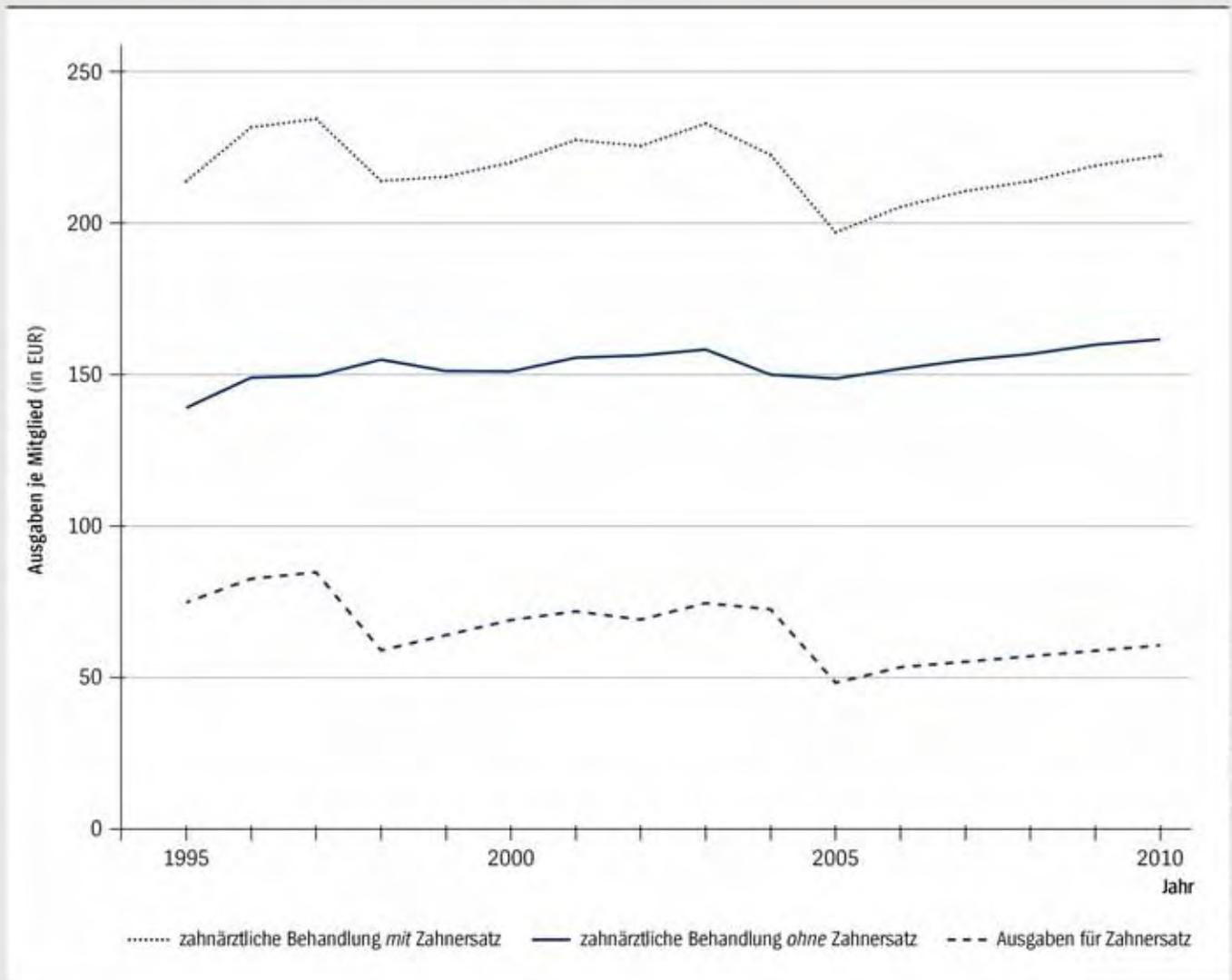
paramedizinischer Leistungen angeboten. Ein zusätzliches Problemfeld ergibt sich aus der Anwendung CE-zertifizierter Medizinprodukte wie Füllungs- und Knochenersatzmaterialien oder von Implantatmodifikationen, denen eine ausreichende klinische Erprobung fehlt. Die GKV steht grundsätzlich in der Leistungspflicht, wenn eine erforderliche, gegebenenfalls invasive und aufwendige Heilbehandlung vorliegt; dabei ist es unerheblich, ob die Behandlungsbedürftigkeit ursächlich auf außervertragliche Leistungen mit geringer beziehungsweise nicht nachweisbarer Evidenzbasierung zurückzuführen ist oder im Zusammenhang mit zweifelhaften Medizinprodukten steht. Im außervertraglichen Bereich des Leistungsgeschehens entscheiden im Konfliktfall Gerichte über die medizinische Notwendigkeit angewandeter Methoden und/oder die Zulässigkeit der Verwendung von CE-zertifizierten Medizinprodukten. In diesen Verfahren spielen in der Regel sowohl höchstrichterliche Entscheidungen als auch die Gutachten

der von den Gerichten bestellten medizinischen Sachverständigen eine entscheidende Rolle. Verfahren dieser Art werden aus Patientenschutzgründen allenfalls von einer Minderheit der privaten Versicherungsgesellschaften gegen gut untereinander vernetzte Hersteller geführt. Abschließende Urteile ergehen oftmals erst nach Jahren.

Bei der Bewertung der medizinischen Maßnahmen ist der Laie fachlich oft überfordert – der „mündige Patient“ ist bei der vorliegenden Versorgungskomplexität eine irreführende Fiktion der Leistungsanbieter und des Gesetzgebers. Der Entwurf des neuen Patientenrechtegesetzes sorgt weder für notwendige Transparenz und Vergleichbarkeit noch sieht er eine Prozesskostenhilfe für Betroffene vor. Nicht auszuschließende negative gesundheitliche Folgen, die auf der Grundlage außervertraglich vereinbarter Maßnahmen ohne belastbare wissenschaftliche Datenbasis eintreten, werden im Leistungsbereich der

GKV solidarisch geregelt. Die im außervertraglichen Bereich gültige GOZ trat am 1. Januar 2012 in Kraft. Die inhaltliche Beurteilung der Rechnungen nach GOZ auf Plausibilität stellt den GKV-Versicherten hinsichtlich von Leistungsbeschreibungen, Honorarsteigerungsmöglichkeiten, Analogberechnungen, Laborkosten und ihrer teilweise kreativ genutzten Anwendung vor kaum lösbare Probleme. Folgt man den Erfahrungen der GOZ-Implementierung aus dem Jahr 1988, dann werden die nächsten Jahre mit Gerichtsverfahren zwischen betroffenen Patienten und/ oder Krankenversicherern beziehungsweise Beihilfestellen ausgefüllt sein, bis zumindest für Fachleute relative Rechtssicherheit eintritt. Die Laborpreise für zahntechnische Arbeiten nach BEB unterliegen der freien Kalkulation der jeweiligen Labore; den GKV-Versicherten fehlt diesbezüglich die inhaltliche Orientierung. Zahlreiche zahntechnische Labore werden von den behandelnden Zahnärzten selbst oder deren Angehörigen betrieben.

Zahnmedizinische Ausgabenentwicklung in der GKV



Quelle: KZV-Jahrbuch 2011; Grafik: G+G Wissenschaft 2012

**3 Die wissenschaftliche Zahnmedizin und ihr Umfeld**

Der Wissenschaftsrat beurteilte die Zahnmedizin dahingehend, dass Grundlagenforschung nicht mehr stattfindet (*Wissenschaftsrat 2005*). Der vormalige Präsident des wissenschaftlichen Dachverbandes der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) Hoffmann sieht erst die zukünftige Kombination von klinischer Forschung mit einer Implementierung der Versorgungsforschung als geeignetes Mittel zur Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung an (*Hoffmann et al. 2012*). Die verbliebenen Wissenschaftsprojekte sind vielfach drittmittelfinanziert; inhaltlich befassen sie sich vorwiegend mit umsatzstarken, unmittelbar industriell verwertbaren Medizinprodukten aus den Bereichen der dentalen Implan-

tatprothetik, Kieferregulierungen, Knochenersatzmaterialien und digitalen 3D-Planungen zur Herstellung von Zahnersatz.

Weder die Fortbildungsveranstaltungen für Zahnärzte noch die wissenschaftlichen Publikationsorgane vermeiden den werbefinanzierten Eindruck. Selbst die Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift (DZZ) öffnete sich vor wenigen Jahren der Werbung. Die wissenschaftlichen Gesellschaften mit der DGZMK an ihrer Spitze bilden mit den niedergelassenen Zahnärzten in der Bundeszahnärztekammer und den öffentlich rechtlichen Körperschaften der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZV) eine vielfach standespolitische Interessen verfolgende Einheit. Als dementsprechend defizitär erweisen sich sowohl die Qualitätssicherung als auch die Anzahl der wissenschaftlichen Leitlinien, die von der DGZMK

und ihren Fachgesellschaften zur Verfügung gestellt werden. Es existieren gerade einmal zwei hochwertige S3-Leitlinien für zwei fachlich anspruchslose Maßnahmen der „Fluoridierung“ und der „Fissuren- und Grübchenversiegelung“. Die einzige S2-Leitlinie betrifft die bereits 1896 beschriebene Wurzelspitzenresektion. Darüber hinaus gibt es eine einzelne S1-Leitlinie zur Dentalen Volumentomografie. Die restlichen drei Leitlinien (S2k) befassen sich mit Zahnsanierungen bei Herzklappenersatz, der Diagnostik oraler Karzinome und der höchst selten notwendigen Indikation zur implantologischen 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie. Für die zuletzt erwähnte, im unmittelbaren Zusammenhang mit modernen Röntgengeräten und dentalen Implantaten in Zusammenhang stehende S2k-Leitlinie, wurde eine Erklärung über etwaige Interessen-

konflikte der an der Leitlinienerstellung beteiligten 19 Wissenschaftler publiziert. Während der federführende Hochschullehrer eine bezahlte Mitarbeit bei einem Innovationsführer der Medizintechnologie für intraoperative Navigation und diverse Implantathersteller angab, gingen acht weitere, teils wissenschaftlich hochrangige Mitglieder der Arbeitsgruppe zum Teil bei mehreren Unternehmen aus der Röntgengerätebranche einschließlich des Vertriebs, der Operationsnavigation und Schulung oder der Implantatherstellung gleichzeitig und branchenübergreifend einer bezahlten Nebentätigkeit nach. Alle Mitglieder dieser Leitlinienentwicklungsgruppe bewerteten ihre Nebentätigkeit hinsichtlich eventuell bestehender Interessenkonflikte als unbedeutend (*Deutsche Gesellschaft für Implantologie 2012*).

Die medizinischen Fachbereiche an den Universitäten Marburg und Gießen wurden 2006 privatisiert und von einem renditeorientierten Konzern übernommen. In andere zahnmedizinische Fachabteilungen (Universitäten Freiburg und Nürnberg-Erlangen) kauften sich Medizinproduktehersteller mit Millionenbeträgen ein, um die dentale Implantologie zu fördern. Die Fort- und Weiterbildung wird dominiert von Themen mit industriellen Verwertungsinteressen und expliziten Honorarerwartungen der zahnärztlichen Leistungsanbieter. Zahnärztliche Einzelpraxen erweisen sich tendenziell als Auslaufmodell zugunsten kommerzialisierter Zentren und Kliniken mit multidisziplinären Angeboten der Maximalversorgung („Teeth in one hour“). Der Anteil von Gemeinschaftspraxen stieg nach einer KZBV-Statistik (2008) von 3,5 Prozent Mitte der 1970er Jahre auf knapp fünf Prozent Mitte der 1980er Jahre. Inzwischen beträgt ihr Anteil etwa 20 Prozent mit steigender Tendenz (*Bauer et al. 2009*). Die Protagonisten der sich zunehmend am Leitbild des Kunden orientierenden Zahnmedizin widerstehen immer weniger einer kommerziellen Orientierung, sowohl die Lenkung der Patientenbedürfnisse als auch die Weckung von Wünschen voranzutreiben (*Maio 2007*). Maßnahmen mit wirtschaftlich bedeutsamem Background wie die dentale Implantologie, Knochenersatz und Röntgentechnik expandierten unverhältnismäßig; nach Angaben der Dentalindustrie wurden in den 1990er Jahren etwa 100.000 Implantate gesetzt, 2006 sollen es bereits 600.000 und 2007 700.000 Implantate gewesen sein. Inzwischen sei die Millionenmarke überschritten (*Bach 2012*). Nach der KZBV-Statistik (2008) über die Auswirkungen der

Festzuschüsse stützt sich jede 20. zahnprothetische Neuversorgung bei GKV-Versicherten auf mindestens einem dentalen Implantat ab. Im gleichen Maß wie die Grundlagen- und Versorgungsforschung stagniert die zahnärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Randgruppen und Personen aus dem Pflegebereich auf niedrigem Niveau. Die für Hochschullehrer karriereperspektivisch günstigen Leistungsbewertungen durch Impact-Faktoren und Bonifikationen nach Drittmittelwerbungen begünstigen eine volksgesundheitlich kontraproduktive selektive Evidenzerzeugung (*Staehe 2005; Groß und Schäfer 2009*).

Ein großer Teil der Zahnheilkunde befindet sich noch im vorwissenschaftlichen Stadium der Erfahrungswissenschaft (*Hoffmann et al. 2012*), einige zahnmedizinische Teilgebiete sind evidenz-, fast alle leitlinienfrei. Dieser Befund erzeugt ein medizinethisches Dilemma, denn die Anwendung einer evidenzbasierten Zahnmedizin ist in Paragraf 137e, f Sozialgesetzbuch V festgeschrieben. Nur durch die in anderen Ländern übliche Evidenzbasierung wird eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung hinsichtlich des Abbaus von Über-, Unter- und Fehlversorgungen ermöglicht. Die Absicherung der medizinischen Wirksamkeit schützt die Betroffenen vor unnötigen oder gefährlichen Interventionen und trägt dazu bei, dass die begrenzten Ressourcen der Solidargemeinschaft effizient eingesetzt werden können (*Schindler 2006*). In Ermangelung aktueller Erhebungen muss auf eine angloamerikanische Literaturstudie aus dem Jahr 1997 zurückgegriffen werden, um zu zeigen, dass nur 1,7 Prozent aller evaluierten Studien aus der zahnärztlichen Prothetik eine hohe Evidenzstufe aufwiesen, das heißt randomisierte klinische Studien waren (*Wolfart und Kern 2004*). Bereits im Jahr 2001 hatte der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen darauf hingewiesen, dass die Problematik der zahnmedizinischen Überversorgung durch eine auf akute, episodenhafte und eindimensionale Krankheitsformen ausgerichtete kurative Versorgung und überproportionales Praxismarketing zurückzuführen sei (*V.N. 2001*). Wenn man der Einschätzung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin (DNEbM) darin folgt, dass 30 bis 40 Prozent der Patienten nicht die Versorgung bekommen, die der wissenschaftlichen Datenlage entspricht, und 25 Prozent der Patienten eine Therapie erhalten, die nicht erforderlich oder sogar potenziell schädlich ist (*Deutsches Ärzteblatt 2007*), muss man sich ernsthaft die Frage stellen, ob es ethisch

und wirtschaftlich verantwortbar war, diese Form der Teilprivatisierung wesentlicher Sektoren der Zahnmedizin zuzulassen.

Von einer unzureichenden wissenschaftlichen Datenlage sind besonders die ökonomisch aufwendigen Sektoren betroffen. Um den Anteil der vorrangig aus ästhetischen Gründen durchgeführten Behandlungen zu reduzieren, schränkte der Ordnungsgeber im Jahr 2002 die Indikationsstellung in der Kieferorthopädie ein; anschließend erfolgte zunächst ein massiver Einbruch der Neufälle von fast 50 Prozent (*Bauer et al. 2009*). Erste kritische Übersichten zur Implantattherapie- und der Marketingstrategien fanden anfangs wenig Beachtung (*Kirchhoff 2007; Kirchhoff 2008; Kirchhoff 2012*). Inzwischen räumte die Bundesregierung ein, dass noch immer keine aktuellen und belastbaren Erkenntnisse über die Haltbarkeit von Implantatversorgungen, zum möglichen Knochenabbau und zu „Überlebensraten“ bei Implantaten vorliegen und dass im Hinblick auf wissenschaftliche Verlaufskontrollen von Implantatversorgungen Wissens- und Forschungsdefizite evident sind (*Widmann-Mauz 2012*).

Erst die 2008 publizierten Datenerhebungen durch das unabhängige Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Geschäftsbereich des BMG ergaben wissenschaftlich belastbare Aussagen über das Kerngebiet der Kieferorthopädie: „Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsitzenden Apparaturen“ (*Frank et al. 2008*) sowie „Die Zahnmedizinische(n) Indikationen für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte“ (*Tinnemann et al. 2010*), einem Standardinstrumentarium. Beide Erhebungen delegitimierten die jahrzehntelang gepflegte Hypothese ihres zahnmedizinischen Nutzens endgültig. Das dabei im Vordergrund stehende Argument, durch Kieferorthopädie vorbeugend tätig zu sein, um Erkrankungen an Karies, Zahnfleischentzündungen (Parodontopathien) oder den Kiefergelenken zu reduzieren, waren nicht stichhaltig. Als ebenso wenig belastbar erwies sich der jahrzehntelang insinuierte Nutzen der instrumentellen Funktionsanalyse. Sie besteht für den medizinischen Laien aus dem, häufig mit nutzloser Elektronik angereicherten, Gesichtsbogen, mit dem die Kiefer mechanisch zueinander eingeordnet werden sollen; diese außervertragliche Leistung wird bevorzugt im Rahmen von Zahnersatzversorgungen häufig auch bei GKV-Patienten angewendet. Das Verfahren kommt in der Regel weder in den USA noch in Skandinavien zum Einsatz.

Spätestens seit 2003 war auch in Deutschland bekannt, dass die Anwendung häufig mit dem Risiko falsch-positiver Befunde und der Gefahr der Einleitung einer invasiven, nicht indizierten Therapie einhergeht. Mit diesem mechanistischen Diagnose-Instrumentarium aus dem 19. Jahrhundert entstanden allein den privaten Krankenversicherungen in den Jahren 1996, 1997 und 1998 151, 169 und 175 Millionen DM an Kosten (Türp 2003). Die Evaluation dieser Methode durch das DIMDI ergab keinen Nutzen.

#### 4 Medizinprodukte in der Zahnmedizin

In der Zahnmedizin kommen zahlreiche Medizinprodukte zur Anwendung. Den rechtlichen Rahmen bildet das Medizinproduktegesetz (MPG). Die Medizinprodukte erreichen den Dentalmarkt nach ihrer CE-Zertifizierung. Als Zertifizierungskriterien gelten hauptsächlich Literatursichtung und Funktionalitätsbewertung (Krummenauer 2004). Das CE-Zeichen ist kein grundsätzlicher Nachweis für Produktsicherheit in der klinischen Anwendung wie sich unter anderem bei den Brustimplantaten zeigte. Die Hersteller weisen die Funktionstüchtigkeit ihrer Produkte nach, nicht deren medizinischen Nutzen. Seit Inkrafttreten der 4. Novelle des Medizinproduktegesetzes im März 2010 können in Annäherung an das Arzneimittelgesetz (AMG) bei Neuzulassungen klinische Prüfungen vorgeschrieben werden. Umstritten ist, ob analog zu Arzneimitteln eine staatliche Vorabgenehmigung erfolgen soll. Dessen ungeachtet sind zahlreiche Medizinprodukte im Handel, deren klinische Langzeitverhalten und/oder Zusatznutzen prekär oder zweifelhaft sind. Von Sicherungsmaßnahmen wie den Meldungen von Risiken und Nebenwirkungen an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) durch die Zahnärzte selbst, wurde naturgemäß kein relevanter Gebrauch gemacht; kein Leistungsanbieter möchte sich selbst einer Fehlbehandlung anschuldigen. Insofern existiert eine auch vom Verband der europäischen Medizinproduktehersteller (Eucomed) anerkannte Grauzone von Medizinprodukten mit zweifelhaften bis kontraproduktiven Wirkungen, die sich erst in der Langzeitbeobachtung offenbaren. Zu diesen Produkten gehören unter anderen Knochenersatzmaterialien, deren Wirkungsweise nicht vorhersagbar ist und deren Herstellungsmodalitäten und Zusätze aus patentrechtlichen Gründen teilweise nicht offengelegt werden; ihr Nutzen im implantatprothetischen Bereich ist gelegentlich ebenso wenig nachgewiesen wie die systemi-

schen Nebenwirkungen. Dentale Implantatmaterialien, -formen oder -beschichtungen können sich als risiko- und nebenwirkungsreich erweisen. Metallverbindungen und Füllungsmaterialien setzen im Zeitverlauf und/oder unter funktioneller Belastung toxische Zwischenprodukte frei (Die Zahnarzt Woche 2009). Im Endergebnis fungieren Patienten, die unvollständig beraten auf außervertraglicher Basis versorgt werden, in bestimmten Fällen als Versuchsgruppe, die den klinischen Dauereinsatz bestimmter Medizinprodukte erprobt und finanziert. Ähnliches gilt für die damit in Verbindung stehenden zum Teil invasiven operativen und/oder komplementärmedizinisch orientierten Leistungen für Erkrankungen, deren Existenz wissenschaftlich nicht nachvollziehbar ist, mit zweifelhaften Testverfahren nachgewiesen oder aus primär kommerziellen Gründen weitgehend frei erfunden wurde. So werden beispielsweise noch immer auf der Grundlage einer Elektroakupunktur nach Voll (EAV) reihenweise Zähne entfernt oder Kieferstrecken ausgefräst (Felderspiel und Herbst 1991).

Diese Verfahrensweise gelegentlich indirekt problematisierend wirkt bei privat- oder zusatzversicherten Patienten die Einschränkung bestimmter Leistungen durch PKV und Beihilfestellen. Im Konfliktfall entscheiden dann Gerichte mit Hilfe von zahnmedizinischen Sachverständigen über die medizinische Notwendigkeit beziehungsweise die Vertretbarkeit von Methoden und die Anwendung von CE-zertifizierten Medizinprodukten. Diese Verfahrensweise liegt außerhalb eines praktikablen öffentlichen Zugangs und hilft dem GKV-Versicherten bei der aktuellen Auswertung des außervertraglichen Teils seines Kostenplans oder der Rechnungslegung nicht weiter.

#### 5 Rechtliche Klärung der medizinischen Notwendigkeit von Heilbehandlungen und Medizinprodukten

Außerhalb des kassenzahnärztlichen Versorgungsrahmens entscheidet theoretisch die medizinische Wissenschaft über die Anerkennung von Behandlungsmethoden und Medizinprodukten, nicht der Anwender oder der Versicherer. Die wissenschaftliche Anerkennung sollte sich als Folge von erfolgreich abgeschlossenen prospektiven, randomisierten und plazebokontrollierten doppelblinden Multicenter-Studien einstellen. Weder sind diese Voraussetzungen in der Zahnmedizin immer vollständig zu erfüllen, noch sind die entscheidenden drittmittelinwerbenden Wissenschaftler

unabhängig und ohne Interessenkonflikte. Die wissenschaftlichen Gesellschaften konnten oder wollten weder dem Druck des medizinisch-industriellen Komplexes noch dem der Leistungsanbieter widerstehen; sie zeigten sich in der Vergangenheit mit wenigen Ausnahmen unfähig, Leitlinien der Kategorie S3 für die wirtschaftlich relevanten zahnmedizinischen Behandlungen zu erstellen (siehe Kapitel 3). Wissenschaftliche Empfehlungen wurden in der Vergangenheit immer beliebiger gestaltet oder gänzlich aus dem Verkehr gezogen. In Konfliktfällen muss in dem Dreieck Leistungsanbieter – Versicherter – Versicherer über die wissenschaftliche Relevanz von Methoden und Materialien auf dem Rechtsweg entschieden werden. Es ist davon auszugehen, dass in den letzten Jahren Gerichtsurteile die außervertraglichen Behandlungsmaßnahmen entscheidender geprägt haben als gesundheitspolitische Eingriffe.

Im Vordergrund stehen Urteile, die gemäß Paragraph 1 Absatz 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) im Rahmen der PKV ergehen. Dabei erfolgt die Rechtsprechung formal auf der Grundlage objektiver medizinischer Befunde und Erkenntnisse zum Zeitpunkt der Vornahme der Behandlung. Danach liegt eine medizinisch notwendige Heilbehandlung dann vor, wenn es nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Vornahme der (zahn-)ärztlichen Behandlung vertretbar war, sie als notwendig anzusehen, das heißt, wenn sie das zugrunde liegende Leiden in begründeter, nachvollziehbarer und fundierter Vorgehensweise hinreichend erfasst und eine adäquate, geeignete Therapie anwendet (BGH 1996; BGH 2005). Deutsche Gerichte gelten arbeitsmäßig als überlastet. Medizinische Fragen bedürfen der sachverständigen Erläuterung. Unabhängige Sachverständige, die den jeweiligen Sachverhalt adäquat differenzierend abwägen, können eine zeitraubende Verfahrensausweitung implizieren. Insofern werden der Einfachheit halber und bei sich bietender Gelegenheit Sachverständige verpflichtet, die stringent und keine Unwägbarkeiten erzeugend, die Vertretbarkeit der angewendeten Therapieverfahren inklusive der Medizinprodukte bestätigen. Da es sich hier vor allem um die Beurteilung von Neulandtherapien und modifizierten oder innovativen Medizinprodukten handelt, liegt deren frühzeitige Anerkennung nicht nur im Herstellerinteresse, sondern auch im Interessensbereich drittmittelabhängiger Wissenschaftler.

Handelt es sich um die von den Zahnärztekammern selektierten und geschulten Sachverständigen, dann zielt deren Herangehensweise nicht selten auf den Erhalt beziehungsweise die Ausweitung des potenziellen Honorarvolumens. Eine individuelle Heilbehandlung im nicht lebensretenden Behandlungsfall durch medizinisch unzulänglich erprobte Behandlungsmethoden, gegebenenfalls mit Medizinprodukten ohne ausreichenden Nachweis ihrer klinischen Unbedenklichkeit, als gerade noch vertretbar notwendig einzustufen, gehört zur geübten deutschen Gerichtspraxis – Ausnahmen bestätigen die Regel; aussagefähige Statistiken werden darüber nicht geführt. Diese Verfahrensweise schließt Außenseitermethoden durch wenige Anwender der wissenschaftlich rational nicht zugänglichen „komplementären“ Medizin ein, wenn sie in kleinem Kreis von Zahnärzten angewendet wurden und den oberflächlichen Anschein erwecken können, der Verschlimmerung einer Krankheit gelegentlich entgegenzuwirken. Insofern gleicht der außervertraglich gestaltete Teil unseres Versorgungssystems in manchen Bereichen der Erprobung eines nicht näher definierten, objektiv imaginierten medizinischen Fortschritts auf experimenteller Basis, der von den Betroffenen selbst finanziert wird. Früher justiziable Kriterien wie Sozialverträglichkeit, Verhältnismäßigkeit, differenzialdiagnostisch und –therapeutisch abwägende Beachtung möglicher Risiken, Nebenwirkungen und Misserfolge wurden weitgehend eliminiert.

## 6 Nimmt der „mündige“ Patient seine legitimen Rechte wahr?

Die zahnärztliche Approbationsordnung aus der Mitte des vorigen Jahrhunderts sieht die Notwendigkeit selbstständigen wissenschaftlichen Arbeitens mit sozial- und methodenkritischen Ansätzen nicht vor. Das fast völlige Fehlen der zahnmedizinisch orientierten Grundlagen- und Versorgungsforschung verhindert die qualifizierte Vermittlung realistischer Untersuchungsergebnisse; Qualitätssicherung und medizinischer Fortschritt im Versorgungssystem sind nur im Kontext von Versorgungsforschung und epidemiologisch relevanten klinischen Untersuchungsergebnissen zu erreichen (*Hoffmann et al. 2012*). Die Finanzierung der Fort- und Weiterbildung liegt erstrangig in den Händen sogenannter „Premiumpartner“ aus Industrie und dentalem Dienstleistungsbereich. Die Industrieförderung der zahnmedizinischen Wissenschaft sorgt für eine Selektion der Forschungsprojekte; die Auftraggeber er-

warten eine unmittelbare Freigabe ihrer Medizinprodukte und bekommen sie geliefert. Die wissenschaftliche Presse ist weitgehend werbungsfinanziert. Unabhängige und zahnmedizinisch weiterführende Evaluationen wurden in der jüngeren Vergangenheit in Ausnahmefällen vom Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) sowie dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegeben. Dem gegenüber befinden sich die wissenschaftlichen Gesellschaften der Zahnmedizin im engen Interessenverbund mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) und der Bundeszahnärztekammer (BZÄK) als den gewählten Vertretern der überwiegend privatwirtschaftlich tätigen Zahnärzteschaft. Unter Berücksichtigung dieser Interessenkonstellation ist eine objektive, wissenschaftlich belastbare Patientenaufklärung im außervertraglichen Bereich und im Zusammenhang mit der Honorargestaltung als eher selten anzunehmen.

Diesen mächtigen Interessen und den teilweise verkaufpsychologisch geschulten Leistungsanbietern steht der GKV-Versicherte in der unverhältnismäßigen Situation des erkrankten, versorgungsbedürftigen Individuums gegenüber. So ist er häufig weder über die komplexen medizinischen Zusammenhänge von operativen Techniken und Medizinprodukten adäquat informiert noch geübt im Umgang mit den Usancen der Honorargestaltung nach GOZ und ihren Steigerungssätzen, dem Zielleistungsprinzip, den Analoggebühren und so weiter. Eine der Methoden-, Produkt- und Rechnungsprüfung der PKV und/oder Beihilfestellen vergleichbare Beratungsinstanz steht den GKV-Versicherten nicht zur Verfügung. Es ist davon auszugehen, dass sich die umfangreichen Heil- und Kostenpläne auf GOZ-Basis nicht ohne medizinisch und gebührenrechtlich versierte Fachleute überprüfen lassen. Eine vergleichbare Instanz zur einvernehmlichen Konfliktlösung, wie sie der zur Objektivität verpflichtete Ombudsmann im PKV-Bereich ausfüllt, steht dem gesetzlich Versicherten nicht zur Verfügung; ein etwaiges Prozessrisiko lässt sich daher kaum realitätsgerecht einschätzen, und eine institutionalisierte Rechtsberatung oder Kostenhilfe ist auch im aktuellen Gesetzentwurf für die Verbesserung der Patientenrechte nicht vorgesehen. Die sich sukzessiv erweiternde Lücke dieser verbraucherfeindlichen Intransparenz im Leistungsgeschehen gilt es zu beseitigen.

Die Vorstellung der Zahnärzteschaft, dass die GKV-Versicherten nach dem Erhalt ei-

nes Überblicks über die individuellen Behandlungsmöglichkeiten durch die kleinunternehmerisch tätigen Leistungsanbieter bei umfänglicher Kostentransparenz zu einer qualifizierten Entscheidungsfindung gelangen können, ist ebenso illusorisch wie das Leitbild der Bundesminister Leutheusser-Schnarrenberger und Bahr vom „mündigen Patient(en), der seine Rechte kennt und wahrnimmt“ (*Bohsem und Frank 2012*). Das von der Bundesregierung für die patientengerechte Aufklärung als geeignet erachtete IQWiG müsste erst einmal personell und inhaltlich dafür ausgestattet sein; auch die eklatant unterfinanzierten Verbraucherzentralen wären damit ebenso überfordert wie die Unabhängige Patientenberatung oder andere Arbeitsgemeinschaften (*Widmann-Mauz 2012*); ob die weiterhin empfohlenen Organisationen wie die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen, Zahnärztekammern oder wissenschaftlichen Fachgesellschaften über eine ausreichende wissenschaftliche Unabhängigkeit und die notwendige Distanz zu den Leistungsanbietern verfügen, ist fraglich. Die Vehemenz, mit der beispielsweise die KZV Niedersachsen gegen ein langjährig etabliertes Begutachtungswesen des MDK Niedersachsens und Bremens für die Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen vorgeht, lässt nicht auf Unabhängigkeit, Distanz und Kooperationsfähigkeit mit der GKV schließen (*KZV Niedersachsen 2012*).

## 7 Lösungsansätze

Die sozialpolitische Forderung nach einer zeitgemäßen Approbationsordnung für Zahnärzte, nach unabhängigen wissenschaftlichen Einrichtungen zur breit aufgestellten Evidenzforschung und einem von den zahnärztlichen Selbstverwaltungen losgelösten Begutachtungswesen sollte sich die GKV zu eigen machen. Die monopolartige Stellung der niedergelassenen Zahnärzte als Kleinunternehmer ohne marktwirtschaftlich belebende Konkurrenz durch andersartige Versorgungsstrukturen benötigt innovative und verändernde Anreize. Mittelfristig ist dabei an alternative Versorgungseinrichtungen auf GKV-Basis, auf kommunaler Ebene oder auf der Basis gemeinnütziger Träger-schaften zu denken. In diesem Rahmen kann eine unabhängige Qualitätssicherung sozial ausgewogen und wirtschaftlich effektiv realisiert und gleichzeitig eine transparente sowie gesicherte Datenbasis für eine Optimierung zahnmedizinischer Behandlungsstrategien durch Leitlinien und Versorgungsstandards ermöglicht werden. Die freie Arztwahl ist zu gewährleisten. Tarifliche Besonderheiten im Fall der Konsultation alternativer

Versorgungseinrichtungen erhöhen die Attraktivität und entlasten die Beitragszahler. Nebenbei könnten größere alternative Versorgungseinrichtungen den gesamtgesellschaftlichen Forderungen nach geregelten Tätigkeiten im Angestelltenverhältnis und Teilzeitarbeit Rechnung tragen.

Kurzfristig sollten Übergangslösungen angestrebt werden, um insbesondere im außervertraglichen Bereich größere Transparenz einzuführen und die Qualität zu sichern. Mit dem gegenwärtigen Instrumentarium lassen sich die GKV-Versicherten weder vor finanzieller Überforderung schützen noch können Indikationen und Qualität zahnärztlicher und zahntechnischer Leistungen für alle Beteiligten relevant nachvollzogen werden. Um diese Ziele zukünftig zu erreichen, bedarf es der Einführung eines verbindlichen Katalogs einzuhalten-der evidenzbasierter Operationsmethoden und des Einsatzes klinisch ausnahmslos langzeitbewährter Medizinprodukte. Die GKV steht nicht nur in den bislang unzureichend kontrollierten Bereichen der Festzuschüsse in der Leistungspflicht, sondern hat auch die Folgen behandlungsfehlerhafter Eingriffe und materialbedingter Nebenwirkungen einer erforderlichen Heilbehandlung zuzuführen. Die inhaltliche Umsetzung der anzustrebenden Übergangslösungen sollte dem Gemeinsamen Bundesausschuss übertragen werden.

Unlängst beschloss der GBA ein in diese Richtung weisendes Instrument zur Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (*GBA 2012*), das dem BMG zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt wurde. Das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung hatte bislang keine Möglichkeit, auf mangelhafte Studienlagen direkten Einfluss zu nehmen. Der Beschluss sieht vor, erfolgversprechende Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, deren potenzieller Nutzen nur unzureichend belegt ist, zukünftig auf der Grundlage zielführender Richtlinien inklusive einer Kostenbeteiligung zu erproben. Damit wurde ein Gesetzesauftrag aus dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt, um Handlungsoptionen in einem kontrollierten Umfeld für auf evidenzbasierte Studien gestützte Innovationen zur Aufnahme in den GKV-Leistungskatalog zu eröffnen. Dieser eingeschlagene Weg zeigt bei entsprechender Modifikation Möglichkeiten auf, außervertragliche zahntechnische Leistungen für GKV-Versicherte qualitätsorientiert und wirtschaftlich abzusichern und gegebenenfalls in den Leistungskatalog zu übernehmen.

Die außervertraglichen Maßnahmen für GKV-Versicherte sollten zukünftig nicht nach GOZ oder analog berechnet, sondern über – in ihrer Höhe arbeitswissenschaftlich neutral gesicherte – exakt eingegrenzte Komplexhonorare erfasst und einheitlich bewertet werden. Der zahntechnische Leistungskatalog ist auf das zahntechnisch erforderliche Maß zu reduzieren und durch Komplexhonorare auf arbeitswissenschaftlich neutral gesicherte Höchstpreise zu begrenzen. Von Zahnärzten betriebene zahntechnische Laboratorien bedürfen eines Preisabschlags. Invasive komplementärmedizinische Maßnahmen müssen als Bestandteil des Heil- und Kostenplans ausgewiesen werden; auf diesen Maßnahmen nachfolgend basierende Heilbehandlungen jedweder Art sind von der Leistungspflicht auszuschließen. Eine in allen Belangen fachlich kompetente Versichererberatung ist zu implementieren.

**Dr. Wolfgang Kirchoff, Marburg**

## Literatur

- Bach G (2012):** Entwicklungen der oralen Implantologie. Jahrbuch Implantologie 2012. Leipzig: Oemus Media AG, 11
- Bauer J, Neumann T, Saekel R (2009):** Zahnmedizinische Versorgung in Deutschland. Mundgesundheit und Versorgungsqualität – eine kritische Bestandsaufnahme. Bern: Huber, 104, 118–127
- BGH (1996):** BGH Urteil vom 10.07.1996 – IV ZR 133/95, VersR 96, 1224
- BGH (2005):** Urteil vom 21.09.2005 – IV ZR 113/04, VersR 05, 1673
- Bohsem G, Frank C (2012):** „Unser Leitbild ist der mündige Patient“. In: Süddeutsche Zeitung 14./15.01.2012, 6
- Bücken R (2012):** Rechnungslegung zahntechnischer Laborleistungen nach der BEB und Kürzungspraxis der Privatversicherer. Forum für Zahnheilkunde, Jg. 31, Heft 110, 17–20
- DGZMK (2012):** Leitlinie S2-k – Indikationen zur implantologischen 3D-Diagnostik und navigationsgestützten Implantologie. Düsseldorf
- DGZMK(2012):** Erklärung über Interessenkonflikte – Indikation zur implantologischen 3D-Diagnostik und navigationsgestützten Implantologie. Düsseldorf
- Deutsche Gesellschaft für Implantologie (DGI) (2012):** Indikation zur implantologischen und 3D-Röntgendiagnostik und navigationsgestützten Implantologie. S2-k-Leitlinie, AWMF-Registernummer: 083-011. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 67, Heft 6, 388–395
- Deutsches Ärzteblatt (2007):** Evidenzbasierte Medizin: Patienten stärker an Entscheidungen beteiligen; www.aerzteblatt.de/nachrichten/28477 (letzter Zugriff: 06.09.2012)
- Die Zahnarzt Woche (2009):** „Allergien gegen Füllungsmaterialien nehmen zu.“ Interview mit Prof. Dr. Reich. Ausgabe 37 vom 09.09.2009, Seite 4
- Federspiel K, Herbst V (Hrsg.) (1991):** Die andere Medizin. Berlin: Stiftung Warentest
- Frank W, Pfaller K, Konta B (2008):** Mundgesundheit nach kieferorthopädischer Behandlung mit festsetzenden Apparaturen. Schriftenreihe Health Technology Assessment, Band 66, Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), 1–55
- GKV-Spitzenverband (2012):** Positionspapier des GKV-Spitzenverbandes zur zahntechnischen Versorgung vom 22. März 2012; Pressemitteilung des

- GKV-Spitzenverbandes „Zahnmedizinische Versorgung: Versicherte vor finanzieller Überforderung schützen“ – Berlin 10.04.2012
- Groß D, Schäfer G (2009):** Geschichte der DGZMK. 1859–2009. Berlin: Quintessenz-Verlag, 235
- Hoffmann T, Walter MH, Radel M, Schütte U (2012):** Die letzte Meile des Gesundheitssystems. Zahnärztliche Mitteilungen, Jg. 102, Heft 16, S. 42ff.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2008):** Jahrbuch 2007, Statistische Basisdaten zur vertragszahnärztlichen Versorgung, Köln
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2008a):** Bericht über die Auswirkungen des Festzuschussystems bei Zahnersatz in der GKV 2005–2007, Köln
- Kirchoff W (2007):** Knochenprotektion, Strukturerehalt und medizinischer Vorteil von unversehrter Zahnhartsubstanz bei Implantat-Therapien? – Über Marketing und medizinische Realitäten. ZMK, Jg. 23, Heft 9, 573–579
- Kirchoff W (2008):** Regelmäßiger Knochenabbau im Rahmen der dentalen Implantologie. Implantologie Journal, Jg. 12, Heft 4, 8–16
- Kirchoff W (2012):** Jahrbuch implantologie. Leipzig: Oemus Media AG, 52–56
- Krummenauer F (2004):** Was der Zahnarzt im Rahmen einer klinischen Prüfung von Medizinprodukten dringend beachten sollte. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 59, Heft 2, 10
- KZBV (2012):** Zoff um Kostentransparenz. zahnärztliche mitteilungen, Jg. 102, Heft 9, 26–30
- KZV Niedersachsen (25.05.2012):** „Patienteninformation/Vertragswesen. Gutachterverfahren bei der Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen.“ (Flyer für Zahnarztpraxen)
- Maio G (2007):** Die moderne Dienstleistungsmedizin auf ethischem Prüfstand. Schweizerische Ärztezeitung, Jg. 88, Heft 4, 2084–2089; www.saez.ch -> Archiv -> 2007 -> 49 (letzter Zugriff am 06.09.2012)
- N. N. (2001):** Unter- und Überversorgung. Der Hessische Zahnarzt, Heft 9, 410
- Schindler HJ (2006):** Evidenz-basierte Zahnmedizin: Chimäre oder hilfreiches Konzept für den Praktiker? Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 61, Heft 2, 59f.
- Staehe HJ (2005):** Die Ökonomisierung der Wissenschaft. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 60, Heft 5, 239–241
- Tinnemann P, Stöber Y, Roll S et al. (2010):** Zahnmedizinische Indikation für standardisierte Verfahren der instrumentellen Funktionsanalyse unter Berücksichtigung gesundheitsökonomischer Gesichtspunkte. GMS Health Technol Assess 2010, Band 6; www.egms.de/en/journals/hta/2010-6/hta000084.shtml (letzter Zugriff am 06.09.2012)
- Türp J (2003):** Ist die instrumentelle Funktionsanalyse eine empfehlenswerte Maßnahme zur Diagnostik kranio-mandibulärer Funktionsstörungen? Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 58, Heft 8, 477ff.
- Widmann-Mauz (2012):** Ist die instrumentelle Funktionsanalyse der Präsidenten des Deutschen Bundestags zur Beantwortung der Kleinen Anfrage der Abgeordneten Dr. Harald Terpe, Birgitt Bender, Maria Klein-Schmeink et al. und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN betreffend „Qualität und Strukturen der zahntechnischen Versorgung in Deutschland“ Bundestags-Drucksache 17/9717 vom 18.05.2012, Berlin
- Wissenschaftsrat (2005):** Empfehlungen zur Weiterentwicklung der Zahnmedizin an den Universitäten in Deutschland. Drucksache 6436-05, Berlin
- Wolfart S, Kern M (2004):** Prothetische Konzepte bei reduziertem Lückengebiss an deutschen und schweizer Hochschulen. Deutsche Zahnärztliche Zeitschrift, Jg. 59, Heft 6, 322–327

Der Beitrag wurde mit frdl. Genehmigung des Verlanges übernommen aus „GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft“, herausgeg. vom Wissenschaftlichen Institut der AOK, Ausgabe Okt. 2012, S 25-34.