



Zahlungsbereitschaft für Auslandszahnersatz und Dentaltourismus

Ergebnisse aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung

David Klingenberg

Die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens in Richtung eines wettbewerbsorientierten und organisierten Gesundheitsmarktes macht auch vor dem zahnmedizinischen Versorgungsbereich nicht halt. Die Entgrenzung der nationalen Gesundheitsmärkte – insbesondere im Rahmen der Europäischen Union – ist politisch gewollt und wird durch entsprechende gesetzliche Regelungen zur Sicherstellung und Förderung der so genannten vier ‚Grundfreiheiten‘ (Warenverkehrsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, Niederlassungsfreiheit, Kapitalfreiheit) flankiert (Abb. 1). Die Liberalisierung des Waren- und Dienstleistungsverkehrs betrifft somit auch die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. § 13 SGB V sieht eine Kostenerstattung für Leistungen der Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union vor.

Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass zum einen in steigendem Umfang Zahnprothetik nach Deutschland importiert wird (freier Warenverkehr), zum anderen aber auch die Patienten vermehrt ins Ausland reisen, um sich dort bei ansässigen Zahnärzten mit Zahnersatz versorgen zu lassen (sog. Patientenmobilität).^{9,10}

Zusammenfassung

Empirische Untersuchungen zu Ausmaß und Motivstruktur der Nachfrage nach Auslandszahnersatz und Dentaltourismus lagen für Deutschland bislang nicht vor. Ziel der vorliegenden Evaluation war es, die individuellen Präferenzen der Nachfrager nach Auslandszahnersatz mithilfe eines fachspezifischen Fragebogens zu ermitteln. Hierfür wurden 1.368 Personen im Alter von 30 bis 75 Jahren im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage befragt. Die Ermittlung der individuellen Zahlungsbereitschaften baut auf vier Versorgungsszenarien auf, die im Rahmen von Bidding Games zu bewerten waren.

Indizes

Auslandszahnersatz, Dentaltourismus, Bevölkerungsbefragung, gesundheitsökonomische Zahlungsbereitschaftsanalyse, Bidding Game

Einleitung



Foto: © Thorben Wengert/PIXELLO

Abb. 1 Die Entgrenzung der nationalen Gesundheitsmärkte ist politisch gewollt.

Beide Phänomene waren in den vergangenen Jahren Gegenstand intensiver Medienberichterstattung, gleichwohl fehlten belastbare quantitative Daten zu Ausmaß und Motivation von Dentaltourismus und zum Import von Auslandszahnersatz.

Vor diesem Hintergrund zielte die vom Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln, in Kooperation mit dem Institut für empirische Gesundheitsökonomie, Burscheid, initiierte empirische Studie darauf ab, Ausmaß und Perspektiven von Auslandszahnersatz und Dentaltourismus näher zu beleuchten sowie fördernde bzw. hemmende Faktoren der Marktentwicklung herauszuarbeiten. In methodischer Hinsicht war das Projekt als gesundheitsökonomische Zahlungsbereitschaftsanalyse (engl. „Willingness-to-pay“) angelegt, d. h. im Zentrum der Analyse steht die gesundheitsökonomische Modellierung einer subjektiven Kosten-Nutzen-Abwägung, die der Patient im Rahmen der Entscheidung für oder gegen eine Versorgung mit Auslandszahnersatz vornimmt. Die Kenntnis der individuellen Zahlungsbereitschaft ist Voraussetzung, um Aussagen über das künftig zu erwartende Ausmaß des Dentaltourismus bzw. des Zahnersatzimports unter sich wandelnden Bedingungen treffen zu können.

Methodik Ziel der vorliegenden Evaluation war es, die individuellen Präferenzen der Nachfrager nach Auslandszahnersatz sowie das jeweils angestrebte Kosteneinsparungspotenzial mithilfe eines fachspezifischen Fragebogens zu ermitteln. Hierfür wurden 1.368 Personen im Alter von 30 bis 75 Jahren im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage vom Institut für Demoskopie Allensbach befragt. An der Befragung nahmen insgesamt 675 Männer und 693 Frauen teil. Das mittlere Alter der Population lag bei 52,4 Jahren. Ein Vergleich der Populationsstrukturen der Halbgruppen A und B mit der gesamten Befragtengruppe sowie zwischen Halbgruppe A und B zeigte nur äußerst geringe Unterschiede in den demografischen Merkmalen Geschlecht, Alter und Regionalstruktur.

Die Ermittlung der individuellen Zahlungsbereitschaften baute auf vier Versorgungsszenarien auf, die von den Befragten mittels so genannter ‚Bidding Games‘ bewertet wurden.

Beim Bidding Game werden die Probanden gefragt, welchen Geldbetrag sie für das jeweilige hypothetische Szenario maximal zahlen würden. Dabei wird üblicherweise iterativ vorgegangen, d. h. die Probanden werden in mehreren Schritten gefragt, ob ihre Zahlungsbereitschaft über oder unter einem vorgegebenen Betrag liegt.³

Zur Beurteilung standen jeweils ein „Kronenszenario“ sowie ein „Implantatszenario“. In beiden Szenarien wurde zudem zwischen den Versorgungsoptionen „Auslandszahnersatz“ und „Dentaltourismus“ unterschieden (Abb. 2).

Um im Fragebogen eine praxisnahe Versorgungssituation zu simulieren, wurden zwei hypothetische Szenarien für die Kronen- und Implantatversorgung festgelegt:

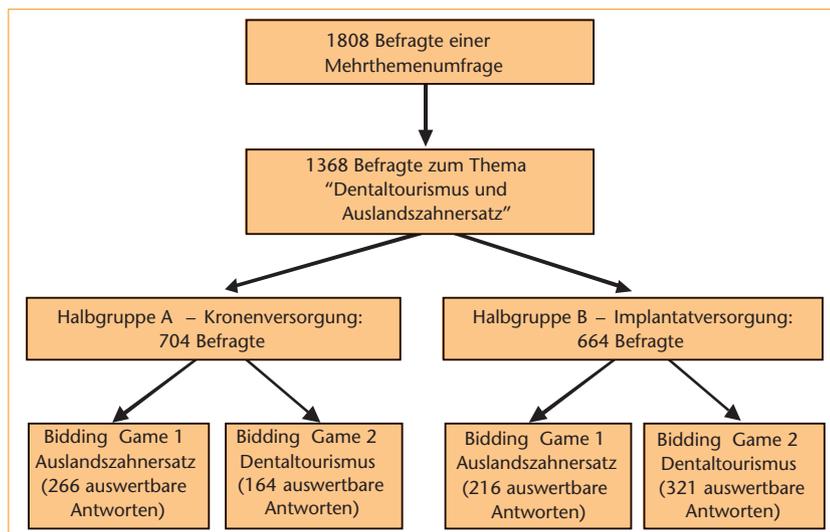


Abb. 2 Das Projektmodell.

**Szenario 1 – Kronenversorgung:**

- Versorgungssituation: Zahnersatz in Form von drei Einzelkronen im Seitenzahnbereich (Zähne 36, 37 und 45)
- Kosten des in Deutschland hergestellten Zahnersatzes: ca. 800 €
- Festzuschuss der Krankenkasse: ca. 400 €
- Eigenanteil des Patienten bei inländischem Zahnersatz: ca. 400 €
- Startbetrag der Bidding Games: 160 €

Szenario 2 – Implantatversorgung:

- Versorgungssituation: Zahnersatz in Form eines Implantats im Frontzahnbereich
- Kosten des in Deutschland hergestellten Zahnersatzes: ca. 1.800 €
- Festzuschuss der Krankenkasse: ca. 500 €
- Eigenanteil des Patienten bei inländischem Zahnersatz: ca. 1.300 €
- Startbetrag der Bidding Games: 520 €

Für die Ermittlung der Zahlungsbereitschaften wurde nach dem Einsparbetrag gefragt, ab dem die Teilnehmer eine Versorgung mit ausländischem Zahnersatz in Erwägung ziehen würden. Die Zahlungsbereitschaft als solche kann durch Subtraktion dieses Einsparbetrags von dem für Deutschland geltenden Zuzahlungsbetrag ermittelt werden, d. h.:

$$\text{Hypothetischer Zuzahlungsbetrag minus Einsparbetrag} = \text{Zahlungsbereitschaft}$$

Je höher also der vom Patienten präferierte Einsparbetrag ist, desto geringer ist die korrespondierende Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz und umgekehrt. Diese Form der indirekten Erhebung der Zahlungsbereitschaft wurde gewählt, da davon auszugehen war, dass die Teilnehmer primär aufgrund eines Preisvorteils den im Ausland hergestellten Zahnersatz wählen oder für eine Eingliederung des Zahnersatzes ins Ausland reisen.

Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 49 % der Befragten nach subjektiver Selbstantgabe mindestens eine Krone, 30,6 % besaßen eine Brücke, 20,4 % trugen eine Teil- oder Vollprothese und 6,6 % verfügten über ein Implantat; insgesamt hatten mindestens 73,8 % der Befragten eine der genannten zahnprothetischen Versorgung. Von den Personen, die zahnprothetisch versorgt wurden, zeigten sich 89 % mit ihrem Zahnersatz „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“. Lediglich 1,9 % waren mit ihrem Zahnersatz „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“.

Die Frage nach der sozialen Zahnarztbindung ergab, dass 91,2 % der Befragten stets denselben Zahnarzt aufsuchen. 46,9 % gaben an, auch nach einem Preisvergleich nicht zum günstigeren Zahnarzt wechseln zu wollen. Von den Befragten, die zum günstigeren Zahnarzt wechseln würden, wären 70,8 % prinzipiell bereit, hierfür einen längeren Anfahrtsweg in Kauf zu nehmen, um bei einem anderen Zahnarzt die gleichen Leistungen für weniger Geld zu erhalten (Abb. 3).

Die Eingliederung von Auslandszahnersatz oder Dentaltourismus zogen jeweils 14 % der Befragten in Erwägung, 2,3 % der Befragten hatten bereits ausländischen Zahnersatz in Anspruch genommen, weitere 1,2 % waren bereits hierfür ins Ausland gereist.

Ergebnisse



Foto: © Claudia Hautumy/PIXELO

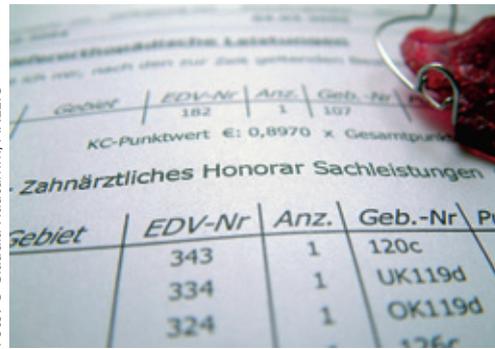


Abb. 3 Von den Befragten, die zum günstigeren Zahnarzt wechseln würden, würden 70,8 % prinzipiell einen längeren Anfahrtsweg in Kauf nehmen, um bei einem anderen Zahnarzt die gleichen Leistungen für weniger Geld zu erhalten.

Foto: © KOELNMESSIE



Abb. 4 Für die Kronenversorgung wurde ein Zuzahlungsbetrag von 400 € für den in Deutschland hergestellten Zahnersatz angenommen.

Tabelle 1 Mittlere Zahlungsbereitschaften und deren Verhältnis zum Inlandspreis.

Szenario	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland eingliedern lassen
	Auslandszahnersatz	Dentaltourismus	Auslandszahnersatz	Dentaltourismus
Anzahl der Antworten	475	468	445	431
Mittelwert [€]	157,48	77,13	684,53	405,06
Standardabweichung	± 151,39	± 118,94	± 474,40	± 452,46
Median	160	0	910	260
Variationskoeffizient	0,96	1,54	0,69	1,12
Festzuschuss [€]	400	400	500	500
„Preis“ [€]	557,48	477,13	1.184,53	905,06
Kalkulierter Inlandspreis [€]	800,00	800,00	1.800,00	1.800,00
Verhältnis zum Inlandspreis	69,7 %	59,6 %	65,8 %	50,8 %

Die mittlere Zahlungsbereitschaft der Befragten ist in Tabelle 1 aufgeführt. Die jeweiligen Variationskoeffizienten (die das Verhältnis der Standardabweichung zum Mittelwert zum Ausdruck bringen) verdeutlichen die starke Streuung der ermittelten individuellen Zahlungsbereitschaften, die im Falle des Dentaltourismus besonders ausgeprägt ist.

Im Szenario für die Kronenversorgung wurde ein Zuzahlungsbetrag von 400 € für den in Deutschland hergestellten Zahnersatz angenommen (Abb. 4). Vor die Wahl gestellt, sich entweder für inländischen Zahnersatz oder aber für preisgünstigeren Auslandszahnersatz zu entscheiden, präferierten die Befragten im Bidding Game bis zu einem potenziellen Einsparbetrag von 242,52 € den in Deutschland hergestellten Zahnersatz. Aus der inversen Umrechnung ergibt sich somit eine durchschnittliche Zahlungsbereitschaft von 157,48 € (± 151,39) für die Eingliederung von im Ausland hergestellten Kronen durch einen Zahnarzt im Inland.

In der analogen Entscheidungssituation, sich entweder in Deutschland oder aber im Ausland mit Kronen versorgen zu lassen (Dentaltourismus), wählten die Befragten bis zu einem Einsparbetrag von 322,87 € die inländische Variante. Die mittlere Zahlungsbereitschaft für den im Ausland eingesetzten Zahnersatz lag somit bei 77,13 € (± 118,94).



Im Szenario für die Implantatversorgung wurde ein Zuzahlungsbetrag von 1.300 € für den in Deutschland hergestellten Zahnersatz angenommen. Vor die Wahl gestellt, sich entweder für inländische Implantate oder aber für preisgünstigere Implantate aus dem Ausland zu entscheiden, votierten die Befragten im Bidding Game bis zu einem durchschnittlichen Einsparbetrag von 615,47 € für das in Deutschland hergestellte Implantat. Somit errechnet sich hieraus eine mittlere Zahlungsbereitschaft von 684,53 € ($\pm 474,40$) für die Eingliederung eines im Ausland hergestellten Implantats.

In der analogen Entscheidungssituation, sich entweder in Deutschland oder aber im Ausland mit einem Implantat versorgen zu lassen (Dentaltourismus), wählten die Befragten bis zu einem durchschnittlichen Einsparbetrag von 894,94 € die deutsche Version. Die mittlere Zahlungsbereitschaft für das im Ausland eingesetzte Implantat lag somit bei 405,06 € ($\pm 452,46$).

Von den Befragten, die sich im mehrstufigen Bidding Game für die Variante „Dentaltourismus“ entschieden, würden 75,6 % die Eingliederung von Zahnersatz im Ausland generell mit einem Urlaub vor Ort verbinden wollen. 9,4 % gaben an, ausschließlich für die Zahnbehandlung ins Ausland reisen zu wollen.

Die Analyse der empirisch ermittelten individuellen Zahlungsbereitschaften für ausländischen Zahnersatz machte deutlich, dass diese neuen Versorgungsalternativen (Auslandszahnersatz bzw. Dentaltourismus) in der Bevölkerung zurzeit durchaus kontrovers beurteilt werden. Ein Indikator dafür ist die breite Streuung der individuellen Zahlungsbereitschaften in allen vier Szenarien. Der Anteil der Befragten, die sich in den Bidding Games selbst bei völliger Zuzahlungsfreiheit für die inländische und somit gegen die ausländische Variante entschieden, lag in den einzelnen Szenarien zwischen 25 % und 65 %. Unübersehbar ist indes auch, dass die Mehrheit der Befragten das Thema „Auslandszahnersatz und Dentaltourismus“ im Sinne eines „kommt ganz darauf an“ sehr differenziert bewertet und im mehrstufigen Bidding Game früher oder später für die ausländische Versorgungsalternative votiert hat. Mithilfe des gesundheitsökonomischen Analyseinstruments „Bidding Game“ konnte das breite Spektrum zwischen weitgehender Zustimmung und völliger Ablehnung ausgeleuchtet werden.

Addiert man die bekundeten durchschnittlichen Zahlungsbereitschaften zum jeweiligen befundbezogenen Festzuschuss hinzu, den der Patient von seiner Krankenkasse erhält, so errechnet sich ein „Durchschnittspreis“, zu dem sich die Befragten „umentscheiden“, d. h. anstelle der inländischen Variante den ausländischen Zahnersatz wählen (Abb. 5). Dieser „Durchschnittspreis“ liegt bei der Variante „Auslandszahnersatz“ um 30 bis 35 %, bei der Variante „Dentaltourismus“ um 40 bis 50 % unter dem kalkulierten Inlandspreis (vgl. Tabelle 1). Bedenkt man, dass viele Marktangebote zu Auslandszahnersatz zumindest für die Regelversorgung eine völlige Zuzahlungsfreiheit für die Patienten in Aussicht stellen, so wird deutlich, dass die Mehrheit derjenigen Patienten, die sich gegenüber Formen des Auslandszahnersatzes offen zeigen, grundsätzlich auch mit derartigen Angeboten erreicht werden kann (Abb. 6).

Im direkten Vergleich wird allerdings die Option „Auslandszahnersatz“ gegenüber der Alternative „Dentaltourismus“ bevorzugt; dies zeigt sich zum einen in den ermittelten Prävalenzen, zum anderen in den durchschnittlichen Zahlungsbereitschaften. Im Kronenszenario lag die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft für die Dentaltourismus-

Diskussion und Ausblick

Foto: © Claudia Hautumm/PIXELO



Abb. 5 Der Durchschnittspreis, zu dem sich die Befragten „umentscheiden“, wurde berechnet, indem man die bekundeten durchschnittlichen Zahlungsbereitschaften zum jeweiligen befundbezogenen Festzuschuss hinzuaddierte, den der Patient von seiner Krankenkasse erhält.

Foto: © Dirk Kriening/PIXELO



Abb. 7 Etwa ein Dreiviertel der Befragten würde eine Dentaltourismusreise mit einem Urlaub vor Ort verbinden.

Abb. 8 U. a. skeptische Qualitätsvermutungen hemmen eine Entscheidung für eine preiswertere ausländische Versorgungsvariante.



Foto: © schemmi/PIXELO

Abb. 6 Die Mehrheit derjenigen Patienten, die sich gegenüber Formen des Auslandszahnersatzes offen zeigen, können grundsätzlich auch durch Angebote, die bei der Regelversorgung eine völlige Zuzahlungsfreiheit versprechen, erreicht werden.



Foto: © Rainer Gläser/PIXELO

Variante um 80 €, im Implantatszenario gar um etwa 280 € niedriger. Die deutlichen Unterschiede dürften zum einen auf die mit dem Dentaltourismus verbundenen Reisekosten und den vergleichsweise hohen Zeitaufwand zurückzuführen sein, auch wenn etwa Dreiviertel der Befragten die Reise mit einem Urlaub vor Ort verbinden würden (Abb. 7). Zum anderen muss der Patient für die Alternative „Dentaltourismus“ notwendigerweise seinen Zahnarzt wechseln, im Falle der Versorgungsoption „Auslandszahnersatz“ ist ein Wechsel des Zahnarztes nicht zwingend erforderlich.

Die Entscheidung für oder gegen ausländischen Zahnersatz ist also zunächst eine Frage des „Preises“. Selbstverständlich ist dieser Befund jedoch keineswegs. Für einen nicht geringen Teil der Bevölkerung scheint die Entscheidung von eher grundsätzlicher Natur zu sein, wobei insbesondere skeptische Qualitätsvermutungen (Abb. 8), Unsicherheiten bezüglich der Gewährleistung sowie die Vertrauensbeziehung zum eigenen Zahnarzt eine Entscheidung für die preiswertere ausländische Versorgungsvariante hemmen.

Man kann insofern sagen, dass die Nachfrage nach Auslandszahnersatz an eine Reihe von Voraussetzungen geknüpft ist (Abb. 9), die in der Person des Patienten selbst, in der

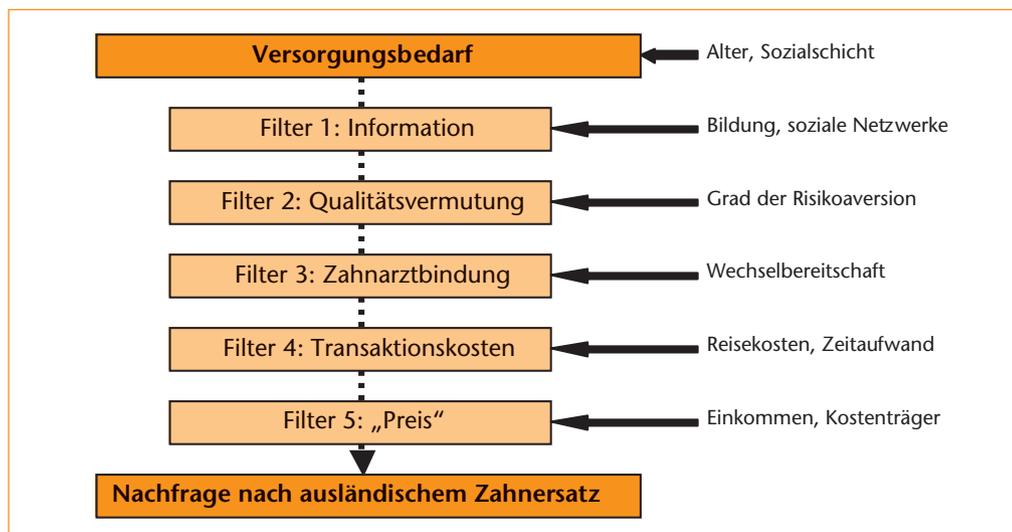


Abb. 9 Die Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz.

Person des Zahnarztes, den Eigenschaften des nachgefragten Gutes sowie den Rahmenbedingungen der Versorgung mit diesem Gut liegen.

Die Reihenfolge der in Abbildung 9 aufgeführten Filter ist dabei nicht im Sinne einer hierarchischen Ordnung von mehr oder weniger wirksamen Einflussfaktoren zu verstehen; sie soll vielmehr das sequenzielle Muster des Entscheidungsprozesses der Patienten verdeutlichen.

Einen ersten Filter im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten stellt die verfügbare Information dar. Die Erlangung von Informationen ist mit Aufwand verbunden; die Informationsverarbeitung erfordert zudem ein gewisses Maß an intellektuellen Fähigkeiten. Entsprechende Hinweise ihres Zahnarztes auf kostengünstige Angebote wünschten sich 39,6 % der Befragten. Wichtigstes Informationsmedium waren hier Massenmedien sowie soziale Netzwerke.

Ein zweiter Filter, der die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz hemmt, ist die Qualitätsvermutung des Patienten. Qualitätsaspekte wurden von den Befragten wesentlich häufiger (92,4 %) als bestimmendes Kriterium genannt als die Preisgünstigkeit des Zahnersatzes (31,1 %) (Abb. 10). Generell scheinen jüngere Patienten eher ein Qualitätsrisiko in Kauf zu nehmen, jedenfalls sinkt die Zahlungsbereitschaft mit steigendem Alter. Die Unsicherheit bezüglich der Qualität ausländischen Zahnersatzes wird durch die mediale Verbreitung entsprechender klinischer Untersuchungen^{1,2,4,7} genährt und verstärkt.

Als ein dritter bedeutsamer Filter bei der Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz erweist sich die soziale Zahnarztbindung. Der Zusammenhang zwischen sozialer Zahnarztbindung und der Wechselbereitschaft zu einem günstigeren Zahnarzt war hochsignifikant und die Wechselbereitschaft erwies sich auch in der multivariaten Regressionsanalyse als wichtigste Determinante einer kausalen Erklärung der Varianz in der Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz. Genauso wie vermeintliche oder offenbare Qualitätsunterschiede zu einer „Produktheterogenisierung“ beitragen, geschieht dies im Rahmen einer vertrauensvollen und langjährigen Zahnarzt-Patienten-Beziehung (Abb. 11). Der Patient vergleicht dann nicht mehr „vergleichbare“ Angebote, sondern sieht aufgrund seiner starken persönlichen Präferenzen keine Notwendigkeit



Foto: © KOELNMESSER

Abb. 10 Qualitätsaspekte wurden von den Befragten wesentlich häufiger als bestimmendes Kriterium genannt als die Preisgünstigkeit des Zahnersatzes.



Foto: © KOELNMESE

Abb. 11 Eine vertrauensvolle und langjährige Zahnarzt-Patienten-Beziehung hat große bindende Wirkung.

bzw. keine Anhaltspunkte für einen Vergleich mit anderen Versorgungsangeboten. Umgekehrt gilt aber auch: Je mehr die Zahnarzt-Patienten-Beziehung zu einer unpersönlichen „Marktbeziehung“ wird, umso mehr wird dann folgerichtig der Preis als primäres Entscheidungskriterium in den Vordergrund rücken.

Als ein vierter Filter bei der Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz sind die so genannten Transaktionskosten zu nennen. Darunter versteht man alle Kosten, die dem Konsumenten im Rahmen der Übertragung eines Gutes bzw. der Erbringung einer Dienstleistung entstehen. Vor allem bei der Versorgungsalternative „Dentaltourismus“ hat der Patient ein Mehr an Reisekosten und Zeitaufwand einzukalkulieren. Viele Patienten versuchen allerdings, diese Transaktionskosten zu minimieren, indem sie die Eingliederung von Zahnersatz im Ausland mit einem längeren Urlaubsaufenthalt verbinden. Viele Anbieter haben aus diesem Grunde entsprechende Kombinationsangebote („Zahnurlaub“) entwickelt.

Als ein letzter Filter ist der „Preis“ wirksam. Für den Patienten als Nachfrager ist hier letztlich der ihm verbleibende Selbstbehalt an den Gesamtkosten entscheidend. Je höher der dem Patienten verbleibende Kostenanteil ist, desto interessanter sind preisgünstige Versorgungsalternativen. Personen ohne eine Zahnzusatzversicherung bekundeten eine höhere Zahlungsbereitschaft für Auslandszahnersatz. Umgekehrt kann man argumentieren, dass entsprechende Zahnzusatzversicherungen, die einen Teil der verbleibenden Kosten übernehmen, ja auch den vom Patienten zu entrichtenden „Preis“ der inländischen Zahnersatzangebote für den Patienten reduzieren. Deutlich wurde auch der Zusammenhang mit dem Haushaltseinkommen. Je geringer das monatliche Haushaltseinkommen ausfiel, desto höher war die Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz. Bei Haushalten mit geringerem Einkommen ist folglich das Preisdifferenzial bzw. die subjektiv gewünschte Einsparsumme, ab dem sich der Patient „umentscheidet“, geringer. Einkommensschwache reagieren also eher auf Preisunterschiede als einkommensstärkere Haushalte. Hier zeigt sich deutlich die Abhängigkeit der Preiselastizität der Nachfrage vom Einkommen, die bereits im breit angelegten US-amerikanischen RAND Health Insurance Experiment zwischen 1974 und 1982 empirisch nachgewiesen werden konnte.⁸ Im zahnmedizinischen Versorgungsbereich kommt die Einkommenselastizität der Nachfrage ebenfalls zum Tragen.^{5,6}

Fazit Alles in allem verdeutlicht die Analyse, dass die Entscheidung für oder gegen ausländischen Zahnersatz an verschiedene Beeinflussungsfaktoren gebunden ist, von denen der „Preis“ letztlich nur ein Kriterium unter mehreren darstellt; beispielsweise sind die „Zahnarztbindung“ oder „skeptische Qualitätsvermutungen“ eigenständige Aspekte der Patientenentscheidung. Zahnersatz ist nun mal kein homogenes bzw. standardisierbares Gut, die Eingliederung von Zahnersatz zudem eine persönliche und vertrauensbasierte Dienstleistung im Zusammenspiel zwischen Zahnarzt und Patient (Abb. 12). Dies hat zwangsläufig Auswirkungen auf die Spannweite der Patientenpräferenzen. Die Nachfrage der Patienten nach ausländischem Zahnersatz ist multifaktoriell zu sehen; sie lässt sich eben nicht auf eine gleichsam mechanische Reaktion auf Preissignale reduzieren. Insofern liegt der forschungspolitische Wert der vorliegenden Studie in der gedanklichen Nachzeichnung und Dokumentation der Vielschichtigkeit von Entscheidungsprozeduren, die bei den Patienten wirksam sind.

Literatur

1. Baulig C, Weibler-Villalobos U, Körner I, Krummenauer F. Evaluation von Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlich-prothetischer Versorgungen im (Nicht-EU-)Ausland. DZZ 2004;59: 230–235.
2. Baulig C. Zahnersatz aus dem Ausland – Qualität und Kosten. DZZ 2008; 63:453–456.
3. Daniel D, Ernen C, Rychlik R. Zahlungsbereitschaft (Willingness-to-pay) für Gesundheitsleistungen der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland. Pharm Ind 2002;64:717–723.
4. Joss A, Christensen MM, Jakob S, Oberholzer G, Lang NP. Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn). Acta Med Dent Helv 1999;4:77–85.
5. Klingenberger D, Micheelis W. Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen. Teil 1. ZWR 2003;112:81–90.
6. Klingenberger D, Micheelis W. Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen. Teil 2. ZWR 2003;112:134–140.
7. Krummenauer F, Körner I, Baulig C, Weibler-Villalobos U. Klinische und ökonomische Evaluation der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Ausland. Gesundheitswesen 2003;65:495–501.
8. Rau F. Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen. Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich. Konstanz: Hartung-Gorre, 1992.
9. Rosenmöller M, McKee M, Baeten R. Patientenmobilität in der Europäischen Union. Aus den Erfahrungen lernen. Kopenhagen: WHO, 2006.
10. Turner L. Cross-border dental care: "dental tourism" and patient mobility. Brit Dent J 2008;204: 553–554.

Adresse des Verfassers

Dr. rer. pol. David Klingenberger, Dipl.-Volkswirt, Institut der Deutschen Zahnärzte
 Universitätsstraße 73, 50931 Köln
 E-Mail: d.klingenberger@idz-koeln.de