

Spiel ohne Grenzen?

Deregulierung und Internationalisierung im Versorgungsmarkt für Zahnersatz

Der deutsche Gesundheitsmarkt ist stark reguliert. In der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die neunzig Prozent der Bevölkerung absichert, gibt es für die meisten Bereiche einen festen Katalog von Therapien, die als Sachleistung „auf Karte“ abgerufen werden. Anders in der Zahnmedizin: Längst sind die Patienten hier in die Rolle von Gesundheitskunden hineingewachsen, für die Zuzahlungen und die Entscheidung für Zusatzleistungen jenseits der gesetzlichen Basisversorgung eher die Regel als die Ausnahme sind. Ein Grund dafür, dass der Versorgungsmarkt auf Veränderungen sensibel und dynamisch reagiert. Nirgends wird dies deutlicher als im Bereich Zahnersatz.

Die Veränderung gesetzlicher Rahmenbedingungen

Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre haben die Rahmenbedingungen für die Versorgung mit Zahnersatz in der GKV an zwei entscheidenden Punkten verändert. Zum Ersten wurde Anfang 2005 ein neues Zuschusssystem eingeführt. Zuvor hatten die Versicherten einen prozentualen Zuschuss zu den jeweiligen Behandlungskosten bekommen. Dabei waren aber moderne Therapien wie Implantatversorgungen ausgeschlossen, und es kam zu Mitnahmeeffekten und sozialen Ungleichgewichten. Seit der Umstellung erhält der Patient einen Festbetrag als Zuschuss, der sich am zahnmedizinischen Befund orientiert und für jede wissenschaftlich anerkannte Zahnersatzversorgung eingesetzt werden kann.¹ Das neue System hat einen unübersehbaren Effekt: Da jeder bei der Therapie eingesparte Euro nun zur Gänze dem Patienten bzw. der Reduzierung seiner Eigenleistung zufließt, hat seine Kostensensitivität erheblich zugenommen.

Der zweite entscheidende Punkt war die Deregulierung des Vertragsgeschehens durch die Gesundheitsreform 2007. Zuvor waren zahnärztliche Honorare und Leistungen in der GKV über kollektivvertragliche Vereinbarungen zwischen den

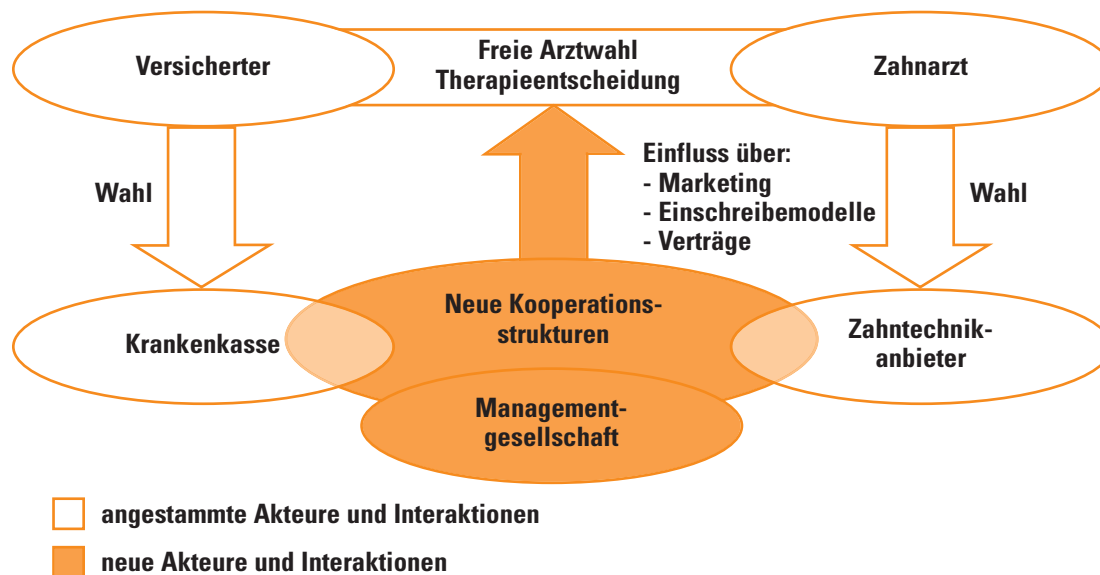
Spitzenverbänden der Krankenkassen und den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen weitgehend einheitlich gestaltet. Nun gibt es die Option, dass einzelne Krankenkassen mit einzelnen Ärzten oder Arztgruppen Selektivverträge über „besondere ambulante Versorgung“² abschließen können. In der Zahnmedizin konzentrieren sich solche Verträge überwiegend auf den prothetischen Bereich. Sie zielen aber weniger auf eine bessere Versorgungsqualität ab als darauf, die Finanzierungslücke zwischen Festzuschuss und Therapiekosten zu reduzieren, damit die Kostensensitivität der Versicherten anzusprechen und einer Kasse Wettbewerbsvorteile gegenüber anderen Versicherern zu verschaffen. Anfänglich kamen Selektivverträge vor allem zwischen kleineren Betriebskrankenkassen und Zahnarztgruppen zustande und waren damit eine Randerscheinung. Doch seit Sommer 2009 bietet erstmals eine der großen Ersatzkassen mit erheblicher Marktmacht einen solchen Vertrag an.³

Die Diversifizierung von Marktbeziehungen

Die Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen hatte erhebliche Auswirkungen auf den Versorgungsmarkt. Erstens befeuerte sie eine Erweiterung der Angebotspalette und einen zunehmenden Preiswettbewerb bei Zahnersatz. Eine wichtige Plattform für diesen Wettbewerb bot das Internet. Es entwickelten sich – teils durchaus fragwürdige – Portale, in denen Patienten Preise für Zahnersatz vergleichen, ihre Zahnersatzbehandlung unter Angabe zahnmedizinischer Befunddaten an Zahnärzte „versteigern“ und deren Leistung öffentlich bewerten können. Zudem gab es erste Versuche, Praxisketten zu etablieren, die sich auf günstigen Zahnersatz spezialisieren. Der Slogan vom „Zahnersatz zum Nulltarif“⁴ machte die Runde.

Zum zweiten ist ein Aufbrechen der klassischen Beziehungsmuster der Marktteilnehmer zu beobachten (➤ Abb.1). Das Versorgungsgeschehen ist

Abb. 1: Veränderte Beziehungsmuster der Marktteilnehmer



traditionell von einem durch äußere Einflüsse weitgehend ungestörten Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Zahnarzt bestimmt. Der Patient wählt unabhängig von der Krankenkasse seinen Zahnarzt frei aus und beschließt mit ihm die Therapie. Der Zahnarzt wiederum entscheidet als Verantwortlicher für die Behandlungsqualität autonom, welches Labor er für die Herstellung des Zahnersatzes unter Vertrag nimmt, und steuert die Abrechnung der Leistungen mit Krankenkasse bzw. Patient. Doch nun intervenieren zunehmend Dritte in das Patienten-Zahnarzt-Verhältnis. Größere Zahnlabore emanzipieren sich von ihrer Rolle als reine Zulieferer, steigen in das Direktmarketing ein und bieten ihre Leistungen unmittelbar dem Patienten als Endkunden feil, der auf die Laborwahl des Zahnarztes Einfluss nehmen soll.⁵ Krankenkassen ändern ihr Selbstverständnis vom Payer zum Player und gehen dazu über, Patienten über die Empfehlung von Auktionsportalen im Internet und Einschreibemodelle im Kontext von Selektivverträgen in Richtung bestimmter Versorgungsangebote bzw. Zahnarztpraxen zu navigieren. Und nicht zuletzt betreten Management-Gesellschaften die Bühne, die als Schaltstelle für die Anbahnung und Abwicklung von selektivvertraglichen Angeboten fungieren, bei denen Zahnärzte teilweise Mehrleistungen zusagen, Preisbindungen eingehen und Honorare unterhalb des kollektivvertraglich vereinbarten GKV-Niveaus im Gegenzug für den erhofften Zulauf von Patienten der kontrahierten Krankenkasse akzeptieren sollen.⁶

Die Internationalisierung des Zahnersatzmarktes

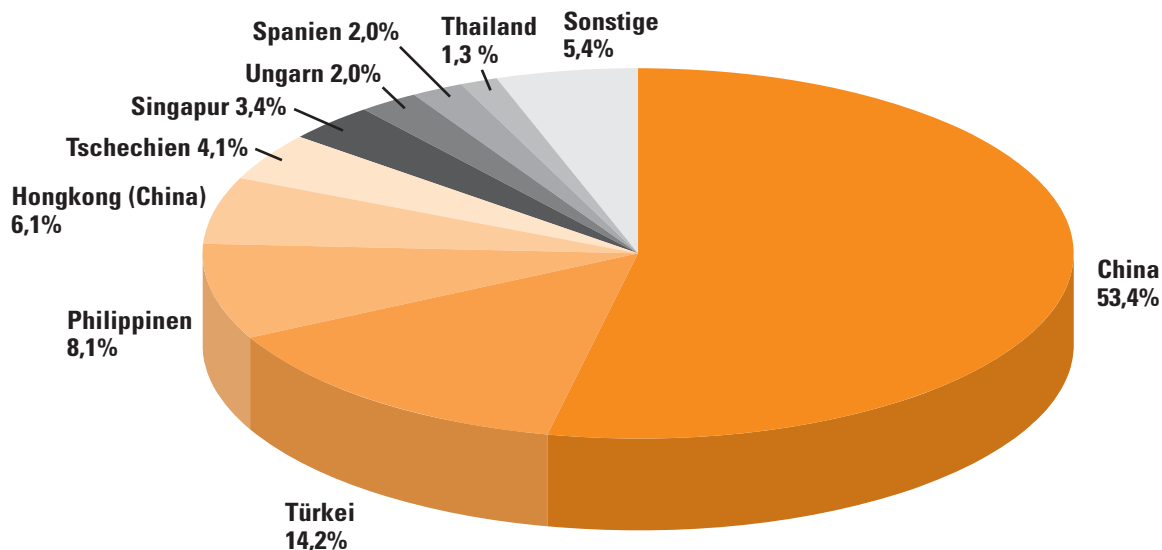
Der Wettbewerb auf dem Zahnersatzmarkt hat längst eine grenzüberschreitende Dimension erhalten. Im Schnitt resultieren 60 bis 70 Prozent der Kosten einer Zahnersatzversorgung aus den Material- und Laborkosten. Entsprechend groß ist der Anreiz, günstige ausländische Produzenten einzusetzen. Die Entgrenzung kommt in zweierlei Gestalt: Zum Einen in Form von Patientenmobilität, bei der „Dentaltouristen“ ihre prothetische Versorgung im Ausland vornehmen und sich anschließend ihren Zuschuss von der heimischen Kasse erstatten lassen.⁷ Zum Zweiten in Form von Produktmobilität, bei der Zahnersatz ganz oder teilweise im Ausland gefertigt und in Deutschland eingesetzt wird. Gerade Selektivvertragsmodelle stützen sich auf günstigen Importzahnersatz.

Dentaltourismus und Auslandszahnersatz waren in den letzten Jahren Gegenstand intensiver Medienberichterstattung. Belastbare Daten zur Verbreitung dieser Phänomene und ihrer Bewertung durch Patienten gab es indes nicht. Licht ins Dunkel brachte erst eine Studie des Instituts der Deutschen Zahnärzte (IDZ).⁸

IDZ-Studie

Ziel der IDZ-Studie zum Dentaltourismus und Auslandszahnersatz⁹ war zum Einen, Ausmaß und Perspektiven dieses speziellen Versorgungsmarktes

Abb. 2: Herkunftsländer von ausländischem Zahnersatz



genauer zu beleuchten sowie fördernde und hemmende Faktoren der Marktentwicklung herauszuarbeiten. Zum Zweiten sollte unter Zuhilfenahme gesundheitsökonomischer Analysemethoden die subjektive Kosten-Nutzen-Abwägung, die der Patient im Rahmen der Entscheidung für oder gegen eine Versorgung mit Auslandszahnersatz vornimmt, nachvollzogen werden.

Die individuellen Präferenzen der Nachfrager nach Auslandszahnersatz sowie deren Zahlungsbereitschaft wurden mit Hilfe eines fachspezifischen Fragebogens ermittelt. Der Feldeinsatz des Fragebogens (April/Mai 2008) stützte sich auf 1.368 mündliche Interviews mit repräsentativ ausgewählten Personen im Alter von 30 bis 75 Jahren.

Da das Thema Auslandszahnersatz in den Massenmedien sehr breit transportiert wurde und wird, war es ein zentrales Forschungsanliegen, zu eruieren, wie groß der Anteil der Bevölkerung sein würde, die schon konkrete Erfahrungen mit Auslandszahnersatz gemacht hatten. Das überraschende Ergebnis: Lediglich 2,3 Prozent der Befragten hatten bereits ausländischen Zahnersatz in Anspruch genommen. Der Marktanteil des Dentaltourismus ist noch geringer: Hier waren es lediglich 1,2 Prozent der Befragten, die bereits zur zahnprothetischen Versorgung ins Ausland gereist waren. Allerdings darf man die Marktdynamik beim Import von Auslandszahnersatz nicht unterschätzen. Eine begleitende Onlinebefragung von 300 Zahnärzten ergab, dass aktuell bereits jeder zehnte Prothetikfall in deutschen Zahnarztpraxen mit Auslandszahnersatz versorgt wird.

Qualität, Preis und Vertrauen als Entscheidungsbasis

Für die Zurückhaltung der Patienten gibt es eine Reihe von Gründen: Bei der Entscheidung für oder gegen Auslandszahnersatz spielt die Qualität eine zentrale Rolle. So wurden Qualitätsaspekte von den Befragten wesentlich häufiger (92,4%) als bestimmendes Kriterium genannt als die Preisgünstigkeit des Zahnersatzes (31,1%). Im Kosten-Nutzen-Kalkül der Patienten erweist sich somit eine skeptische Qualitätsvermutung als erstes Hemmnis einer Nachfrage nach Auslandszahnersatz, der überwiegend aus Fernost stammt (► Abb.2). Die Skepsis bezüglich der Qualität von Auslandszahnersatz wird u.a. durch die mediale Verbreitung entsprechender klinischer Untersuchungen genährt und verstärkt.¹⁰

Die Zahlungsbereitschaftsanalyse der IDZ-Studie zielte darauf ab, die Vielfalt der in der Bevölkerung bestehenden Einstellungen zum Thema Auslandszahnersatz zwischen weitgehender Zustimmung und völliger Ablehnung auszuleuchten. Die Untersuchung baut auf vier hypothetischen Versorgungsszenarien auf, die von den Befragten im Rahmen eines sog. Auktionsverfahrens („Bidding Game“) bewertet werden mussten. Zur Bewertung gestellt wurden ein „Kronenszenario“ sowie ein „Implantatszenario“. In beiden Szenarien wurde zudem zwischen den Versorgungsoptionen „Auslandszahnersatz“ und „Dentaltourismus“ unterschieden. Die Zahlungsbereitschaft ergab sich jeweils durch Subtraktion des individuell ange-

Tab. 1: Verhältnis der offenbarten Zahlungsbereitschaften zum Inlandspreis

Bidding-Game (p-Werte)	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland eingliedern lassen
	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus
Festzuschuss	400 Euro	400 Euro	500 Euro	500 Euro
Zahlungsbereitschaft	157,48 Euro	77,13 Euro	684,53 Euro	405,06 Euro
"Preis"	557,48 Euro	477,13 Euro	1.184,53 Euro	905,06 Euro
Kalkulierter Inlandspreis	800 Euro	800 Euro	1.800 Euro	1.800 Euro
Verhältnis zum Inlandspreis	69,7 %	59,6 %	65,8 %	50,3 %

strebten Kosteneinsparbetrags von dem in Deutschland geltenden Zuzahlungsbetrag.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die ausländischen Versorgungsalternativen sehr unterschiedlich bewertet werden, erkennbar vor allem an der sehr breiten Streuung der individuellen Zahlungsbereitschaften in allen vier Szenarien. Der Anteil der Befragten, die sich in den verschiedenen Szenarien selbst bei völliger Zuzahlungsfreiheit für die inländische Variante entschieden, lag zwischen 25 und 65 Prozent, was unterstreicht, dass die Entscheidung für oder gegen Auslandszahnersatz für einen Großteil der Bevölkerung in der Tat von grundsätzlichen Erwägungen (wie etwa zur Qualität) abhängt.

Unübersehbar ist aber auch, dass viele Befragte früher oder später dann doch für die ausländische Versorgungsalternative votiert haben. Der „Durchschnittspreis“, ab dem sich die Befragten anstelle der inländischen Variante für den ausländischen Zahnersatz entschieden, lag bei der Versorgungsoption „Auslandszahnersatz“ rechnerisch um 30 bis 35 Prozent, beim „Dental-tourismus“ um 40 bis 50 Prozent unter dem kalkulierten Inlandspreis (► Tab. 1).

Im direkten Vergleich wurde die Option „Auslandszahnersatz“ gegenüber der Alternative „Dental-tourismus“ bevorzugt; dies zeigte sich sowohl in den ermittelten Prävalenzen als auch in den Zahlungsbereitschaften. Im „Kronenszenario“ lag die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft für die Dental-tourismus-Variante rechnerisch um 80 Euro,

im „Implantatszenario“ um etwa 280 Euro niedriger. Die Option des Dental-tourismus ist notwendigerweise mit einem Wechsel des Zahnarztes sowie höheren Transaktionskosten (Reisekosten, Zeitaufwand) verbunden, die der Befragte bei seiner Entscheidung bedenken muss.

Im Kosten-Nutzen-Kalkül des Patienten müssen also neben der Qualität noch weitere Faktoren berücksichtigt werden. Insbesondere die Vertrauensbeziehung zum eigenen Zahnarzt hat oftmals zur Folge, dass sich der Patient letztlich doch gegen Auslandszahnersatz entscheidet. Eine langjährige Zahnarzt-Patienten-Beziehung führt zu einer sog. „Produktheterogenisierung“, d.h. der Patient vergleicht dann nicht mehr „vergleichbare“ Angebote, sondern sieht aufgrund seiner starken persönlichen Präferenzen keine Notwendigkeit bzw. keine Anhaltspunkte für einen Vergleich mit anderen, für ihn dann uninteressanten Versorgungsangeboten. In der multivariaten Analyse erwies sich die Zahnarztbindung (91,2 Prozent der Befragten suchen stets denselben Zahnarzt auf) denn auch als wichtigste Determinante einer kausalen Erklärung der Varianz in der Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz. Mit anderen Worten: Die zahnärztliche Behandlung stellt im ökonomischen Sinne ein „Vertrauensgut“ dar, entsprechend komplex und multifaktoriell ist das Kosten-Nutzen-Kalkül des Patienten, für den der Preis letztlich nur ein Kriterium unter vielen darstellt.

Fazit

Änderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen haben seit 2005 den Wettbewerb auf dem Versorgungsmarkt für Zahnersatz angeheizt, die klassischen Beziehungsmuster der Marktteilnehmer aufgebrochen und neue Vertriebswege hervorgebracht. Der Versorgungsmarkt internationalisiert sich und bildet unterschiedliche Preis- und Qualitätssegmente aus. Der Zahntourismus ist und bleibt dabei aber entgegen der landläufigen Wahrnehmung voraussichtlich ein Nischengeschäft. Für die Verwendung von Auslandszahnersatz in Deutschland gibt es hingegen einen begrenzten, aber dynamisch wachsenden Markt. Begrenzt wird er vor allem durch skeptische Qualitätszuschreibungen und eine traditionell enge soziale Zahnarztbindung der Patienten.

Fußnoten:

- 1 Vgl. §§55ff. Sozialgesetzbuch V.
- 2 §73c Sozialgesetzbuch V. Versicherte müssen sich, um in den Genuss der Leistungen zu kommen, für mindestens ein Jahr an das Leistungsmodell und den kontrahierten Ärztekreis binden.
- 3 Es handelt sich um die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) mit ca. 6 Mio. Versicherten.
- 4 Vor allem das Unternehmen McZahn erzeugte mit seinem offensiven Marketing für eine zuzahlungsfreie Standardversorgung mit Auslandszahnersatz vorübergehend große Aufmerksamkeit.
- 5 Z.B. bieten Zahntechnik-Unternehmen interessierten Patienten Preiskalkulationen oder Empfehlungsschreiben für ihren Zahnarzt an.
- 6 Auch das zahnärztliche Selektivvertragsmodell der DAK wird durch eine Management-Gesellschaft gesteuert, die einerseits Vertragspartner der Kasse ist und andererseits Zahnärzte zur Umsetzung des Leistungsversprechens kontrahiert.
- 7 Die Erstattungsfähigkeit von Auslandsbehandlungen wurde durch verschiedene Urteile des Europäischen Gerichtshofes geklärt.

- 8 Das Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ) ist eine gemeinsame Forschungseinrichtung von Bundeszahnärztekammer (BZÄK) und Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV).
- 9 Vgl. Klingenberg, D. et al., Dentaltourismus und Auslandszahnersatz – Empirische Zahlungsbereitschaftsanalysen auf der Grundlage repräsentativer Stichproben im Jahre 2008, IDZ Materialienreihe Bd. 32, Köln, 2009.
- 10 Vgl. etwa Baulig, C., Zahnersatz aus dem Ausland – Qualität und Kosten, Dtsch Zahnärztl Z, 63 (4), 2008, S. 453 – 456.



Dr. Reiner Kern

ist promovierter Politikwissenschaftler. Nach mehrjähriger Tätigkeit als Büroleiter im

Deutschen Bundestag war er als Senior-Berater für den Bereich Public Affairs in einer großen PR-Agentur zuständig. Seit 2003 leitet er die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung in Berlin, die die Interessen von 55.000 Vertragszahnärzten in Deutschland vertritt.

✉ r.kern@kzbv.de



Dr. David Klingenberg

Jahrgang 1963, ist wissenschaftlicher Referent für Gesundheitsökonomie und

Projektleiter am Institut der Deutschen Zahnärzte, Köln. Er forscht zu wirtschaftswissenschaftlichen Themen auf dem Gebiet der zahnärztlichen Versorgung. Schwerpunkte sind u.a. Marktforschung, Begleitevaluation gesundheitspolitischer Reformen, Gründungsforschung, Ressourcenbetrachtungen des Gesundheitsmarktes sowie internationale Systemvergleiche.

✉ d.klingenberg@idz-koeln.de