

David Klingenberg, Peter Kiencke, Juliane Köberlein, Ina Liedmann, Reinhard Rychlik

Dentaltourismus und Auslands- zahnersatz



INSTITUT
DER DEUTSCHEN
ZAHNÄRZTE



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1 Forschungspolitischer Hintergrund	9
2 Forschungsziele und Projektanlage	13
3 Methoden zur Messung individueller Zahlungsbereitschaften	15
4 Zahlungsbereitschaftsanalysen im Bereich der Zahnmedizin	17
5 Methoden	21
5.1 Projektdesign	21
5.2 Fragebogaufbau	21
5.3 Szenarien der Bidding-Games	23
5.4 Methodische Limitationen	24
6 Ergebnisse	27
6.1 Demographie	27
6.2 Psychosoziale Rahmenbedingungen	28
6.3 Zahlungsbereitschaften – Mittelwerte und Streuungsmaße	31
6.4 Bivariate Analyse ausgewählter Subgruppen	33
6.5 Multivariate Regressionsanalyse	45

7	Ergänzungsmodul: Die Verwendung von Auslandszahnersatz in Zahnarztpraxen – eine empirische Untersuchung zu Verhaltens- und Einstellungsmustern bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland	47
8	Diskussion und Ausblick	55
9	Zusammenfassung/Abstract	61
10	Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen	67
11	Literaturverzeichnis	71
12	Tabellenanhang „Ausgewählte Basistabellen aus der Bevölkerungsumfrage“	77
13	Dokumentation des Fragebogens	95

Vorwort

Die vorliegende IDZ-Materialie (Band 32) des Autorenteamts Klingenberg, Kiencke, Köberlein, Liedmann und Rychlik setzt sich mit der Problematik des sog. „Auslandszahnersatzes“ anhand der Situation in Deutschland auseinander. Im Rahmen der Realisierung des europäischen Binnenmarktes sind die sog. grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt.

Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass zum einen mehr und mehr Zahnersatz nach Deutschland importiert wird, zum anderen die Patienten selbst mobiler werden und sich im Ausland bei dort ansässigen Zahnärzten mit Zahnersatz versorgen lassen. Hintergrund dieser Entwicklung ist das Bestreben von Patienten und Zahnärzten, das Preisgefälle zwischen In- und Ausland auszunutzen und auf diese Weise Kosten zu sparen.

Umfassende bevölkerungsrepräsentative Studien zu Ausmaß und Motivation einer Versorgung mit Auslandszahnersatz existierten bislang nicht. Für das IDZ lag die doppelte Herausforderung darin, erstens belastbare empirische Daten in einem Versorgungsbereich zu generieren, der als „black box“ weitgehend dem Blick der Öffentlichkeit verborgen ist, und zweitens die Möglichkeiten des gesundheitsökonomischen Instrumentariums der sog. Zahlungsbereitschaftsanalyse (Willingness-to-pay- bzw. WTP-Analyse) in diesem Versorgungsbereich zu demonstrieren. Diese Methodik wird in der vorliegenden Untersuchung erstmals für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland angewendet. Damit wird auch insofern zu dem forschungspolitischen Standard aufgeschlossen, wie er etwa in den Vereinigten Staaten, Kanada, Großbritannien oder Skandinavien seit etwa zehn Jahren praktiziert wird.

Aus unserer Sicht ist vor allem das Forschungsergebnis bemerkenswert, wie stark die Entscheidung für oder gegen ausländischen Zahnersatz an verschiedene Beeinflussungsfaktoren gebunden ist, von denen der „Preis“ letztlich nur ein Kriterium darstellt; beispielsweise sind die „Zahnarztbindung“ oder „skeptische Qualitätsvermutungen“ eigenständige Aspekte der Patientenentscheidung. Insofern liegt der forschungspolitische Wert des vorliegenden Bandes 32 aus der IDZ-Materialienreihe in der gedanklichen Nachzeichnung und Dokumentation der Vielschichtigkeit von Entscheidungsprozeduren, die bei den Patienten wirksam sind.

Das IDZ wünscht sich für diese aktuelle Materialie eine neugierige und aufgeschlossene Aufnahme der Ergebnisse durch den Leserkreis und verbindet mit der Herausgabe die Hoffnung, dass die Öffentlichkeit für die Vielschichtigkeit der Entscheidungsprozeduren zwischen Patient und Zahnarzt sensibilisiert wird, die heute unter dem Begriff der partizipativen Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making) diskutiert werden.

Auch möchte das IDZ diese Gelegenheit nutzen, Prof. Dr. Dr. Reinhard Rychlik und seinen Mitarbeitern vom Institut für Empirische Gesundheitsökonomie (IfEG)/Burscheid einen ganz herzlichen Dank für ihre engagierte und kompetente Mitarbeit bei der methodischen Anlage, Durchführung und Auswertung dieser Studie auszusprechen. Gleichzeitig gilt es, einen Dank zu sagen an das Institut für Demoskopie/Allensbach und hier besonders an Werner Süßlin; ohne die hervorragende Zusammenarbeit bei der Generierung der Befragungsdaten im Feld wäre dieser empirische Fundus bei den WTP-Analysen nicht zustande gekommen.

Dr. Wolfgang Micheelis
Wissenschaftlicher Leiter des IDZ

im März 2009

1 Forschungspolitischer Hintergrund

Die vorliegende empirische Untersuchung setzt sich mit der Problematik des sog. „Auslandszahnersatzes“ anhand der Situation in Deutschland auseinander. Grundsätzlich kann die Versorgung mit ausländischem Zahnersatz auf zweierlei Weise erfolgen:

1. Der Zahnersatz wird im Ausland hergestellt, nach Deutschland importiert und dem Patienten in Deutschland von einem hiesigen Zahnarzt eingegliedert. Im Folgenden wird diese Form der zahnmedizinischen Versorgung als „*Auslandszahnersatz*“ (im engeren Sinne) bezeichnet.
2. Der Zahnersatz wird im Ausland hergestellt und dem Patienten im Ausland von einem dort ansässigen Zahnarzt eingegliedert. In diesem Falle muss der Patient also ins Ausland reisen. Diese Form der zahnmedizinischen Versorgung wird im Folgenden als „*Dentaltourismus*“ bezeichnet.

Das Phänomen des Auslandszahnersatzes ist im Grunde nicht neu, es hat allerdings aufgrund veränderter Rahmenbedingungen in den vergangenen fünf Jahren eine neue Dimension erhalten. Im Rahmen der Realisierung des Binnenmarktes sind die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union gefordert, Maßnahmen zur Sicherstellung und Förderung der sog. „vier Grundfreiheiten“ (Warenverkehrsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit, Niederlassungsfreiheit, Kapitalfreiheit) zu ergreifen. Die Liberalisierung des Waren- und Dienstleistungsverkehrs betrifft auch die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung. Während früher eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenkasse für zahnmedizinische Behandlungen außerhalb von Deutschland auf Notfälle beschränkt war, haben sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zum 1. Januar 2004 fundamental geändert. Die Neufassung des § 13 SGB V sieht nunmehr grundsätzlich eine Kostenerstattung für Leistungen der Gesundheitsversorgung innerhalb der Europäischen Union vor. Durch den Beitritt von zehn mittel- und osteuropäischen Ländern zur EU zum 1. Mai 2004 hat die Problematik des Dentaltourismus zusätzliche Bedeutung erlangt, da § 13 Abs. 4 SGB V nunmehr auch für Zahnbehandlungen in diesen Ländern anzuwenden ist.

Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass Zahnersatz in steigendem Umfang nach Deutschland importiert wird (freier Warenverkehr) bzw. die Patienten vermehrt ins Ausland reisen, um sich dort bei ansässigen

gen Zahnärzten mit Zahnersatz versorgen zu lassen (sog. Patientenmobilität) (vgl. Rosenmöller, McKee und Baeten, 2006; Turner, 2008). Der Trend zum „Gesundheitstourismus“ beschränkt sich nicht auf den Versorgungsbe- reich der Zahnmedizin, sondern betrifft auch andere medizinische Berei- che, so etwa Schönheitsoperationen oder das Augenlasern (vgl. Focus, 2007).

Grundsätzlich muss zwischen zwei Ausprägungen des Gesundheitstouris- mus unterschieden werden (vgl. Berg, 2008, S. 171):

1. *Qualitäts- und prestigeorientierter Gesundheitstourismus*: Patienten, die medizinische Leistungen in Ländern mit vergleichsweise hohem Versor- gungsstandard (vor allem Deutschland, Schweiz, Österreich, Skandina- vien und die USA) nachfragen. Diese Form des Gesundheitstourismus beschränkt sich auf Personengruppen mit überdurchschnittlichem Haus- haltseinkommen.
2. *Kostenorientierter Gesundheitstourismus*: Patienten, die aufgrund von steigenden medizinischen Kosten in ihren Heimatländern vergleichswei- se preisgünstigere medizinische Leistungen in Drittländern nachfragen. Das Preisgefälle auf dem internationalen Gesundheitsmarkt beruht pri- mär auf den niedrigeren Löhnen, günstigeren Raummieten und geringe- ren Laborkosten. Insbesondere in den osteuropäischen Staaten kann Zahnersatz somit zu deutlich geringeren Kosten als in Deutschland her- gestellt und eingegliedert werden (vgl. Kaufhold und Schneider, 2000). Der durchschnittliche Preisvorteil beim Dentaltourismus wird auf 44 % geschätzt, teilweise seien aber auch Ersparnisse von bis zu 80 % gegenüber den Inlandspreisen möglich (vgl. Focus, 2007). Beim Import von Zahnersatz (vor allem aus dem asiatischen Raum) erlauben die deutlich geringeren Herstellungskosten für die gesetzlich Versicherten zum Teil „zuzahlungsfreie“ Angebote.

Im Falle des Auslandszahnersatzes steht eindeutig der kostenorientierte Gesundheitstourismus im Vordergrund. Untersuchungen zur klinischen Qualität von feststehendem Zahnersatz, der im Ausland eingegliedert wurde, deuten dementsprechend auf einen vergleichsweise niedrigeren Behandlungsstandard in den betreffenden Ländern hin (vgl. Joss et al., 1999; Krummenauer et al., 2003; Baulig et al., 2004; Asai und Jones, 2007; Baulig, 2008).

Zum Ausmaß des Dentaltourismus in Deutschland gibt es bislang keine umfassende Untersuchung. Jüngste Befragungen deuten immerhin auf eine Größenordnung von 2–3 % der Bevölkerung hin, die bereits eine grö- ßere Zahnbehandlung im Ausland haben machen lassen (vgl. European Healthcare Panel, 2007; Barmenia Krankenversicherung und F.A.Z.-Institut, 2008).

Für die Schweiz kam die PULSUS-Studie im Januar 2006 zu dem Ergebnis, dass 11 % der Befragten schon einmal oder mehrmals zu einer Zahnbehandlung im Ausland waren, das entspricht hochgerechnet mehr als 0,5 Mio. Patienten. Trotz dieses beachtlich hohen Anteils kommt die Studie für die Schweiz zu dem Ergebnis: „Ein eigentlicher Tourismus in Länder, die bekannt sind für billige Zahnbehandlungen, existiert nicht“ (PULSUS, 2006, S. 26). Ungarn als eine typische Destination für Dentaltouristen (vgl. Joss et al., 1999) wurde lediglich in 6 % der Fälle genannt, während Deutschland (30 %) und Frankreich (22 %) als Anrainerstaaten offenbar attraktiver sind; gut 300.000 Personen hatten ihre Zähne in den letzten Jahren in einem dieser beiden Nachbarländer behandeln lassen.

In Österreich scheint Ungarn als bevorzugtes Ziel der Dentaltouristen eine größere Bedeutung zu haben. Aktuell wird die Zahl der österreichischen Dentaltouristen auf etwa 130.000 geschätzt (vgl. Brenner et al., 2007).

Das Interesse der Patienten ist – nicht zuletzt aufgrund der zahlreichen Medienberichte – insofern deutlich erkennbar. Mit einem weiteren Bedeutungszuwachs von Dentaltourismus und Auslandszahnersatz muss gerechnet werden.

2 Forschungsziele und Projektanlage

Mit der vorliegenden Studie werden zwei Zielsetzungen verfolgt. Unter dem inhaltlichen Aspekt sollen – vor dem Hintergrund einer zunehmenden Patientenmobilität und eines wachsenden Anteils von aus dem Ausland importierten Zahnersatzes – Ausmaß und Perspektiven dieses speziellen Bereiches der zahnmedizinischen Versorgung näher beleuchtet sowie fördernde bzw. hemmende Faktoren der Marktentwicklung herausgearbeitet werden. Umfassende bevölkerungsrepräsentative Studien zu Ausmaß und Motivation einer Versorgung mit Auslandszahnersatz am Beispiel Deutschlands lagen bislang nicht vor.

Eine wesentliche Voraussetzung, um Aussagen über das künftig zu erwartende Ausmaß des Dentaltourismus bzw. des Zahnersatzimportes unter sich wandelnden Bedingungen (Entwicklung der Haushaltseinkommen, des internationalen Preisgefälles, der Kaufkraftparitäten, der Reisekosten etc.) treffen zu können, ist die Kenntnis der individuellen Zahlungsbereitschaft der potenziellen Nachfrager nach Auslandszahnersatz.

Damit wird die zweite Zielsetzung der Studie angesprochen: In methodischer Hinsicht ist das Projekt als gesundheitsökonomische „Willingness-to-pay“-Studie angelegt. International wurde und wird der WTP-Ansatz seit rund 10 Jahren vor allem in den USA, Kanada, Großbritannien sowie Skandinavien auf dem Gebiet der Zahnmedizin eingesetzt. Diese Methodik wird in der vorliegenden Untersuchung erstmals für den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland angewendet und auch insofern wird an den forschungspolitischen Standard der oben genannten Länder angeschlossen.

Im Zentrum der Analyse steht die Modellierung einer subjektiven Kosten-Nutzen-Abwägung, die der Patient im Rahmen der Entscheidung für oder gegen eine Versorgung mit Auslandszahnersatz vornimmt. Die Analyse der Zahlungsbereitschaft erfolgt naturgemäß über Preise, d.h. der Befragte verdeutlicht durch die Angabe eines Betrages, inwieweit er bereit ist, einen bestimmten Geldbetrag für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer auszugeben und damit zugleich den Konsum anderer Güter und Dienstleistungen entsprechend einzuschränken. Treten größere Schwankungen in den ermittelten individuellen Zahlungsbereitschaften auf, sollte geklärt werden, ob es neben dem Preis noch weitere Bestimmungsfaktoren

gibt, die für die subjektive Kosten-Nutzen-Abwägung des Nachfragers von Belang sein könnten.

3 Methoden zur Messung individueller Zahlungsbereitschaften

Der Willingness-to-pay-Ansatz (WTP) ist ein Instrument zur Erfassung des Nutzens in monetären Einheiten, das ursprünglich in der Umweltökonomik entwickelt wurde, seit etwa zwanzig Jahren aber auch zunehmend im Rahmen von gesundheitsökonomischen Evaluationen (sog. cost-benefit-analyses) eingesetzt wird (vgl. Olsen und Smith, 2001; Breyer, Zweifel und Kifmann, 2005; Manner, 2006). Methodisch basiert der WTP-Ansatz auf der subjektiven Wertlehre der Ökonomie¹ und stellt eine gängige Methode dar, den Nutzen gesundheitsbezogener Leistungen für den Einzelnen oder für die Gesamtgesellschaft in Geldwerten zu messen (vgl. Rychlik, 1999). Mittels WTP-Analyse kann mithin einer Ware oder Dienstleistung ein Wert zugeordnet werden, der zugleich den Nutzen für den Betroffenen wiedergibt. Durch die Messung der Zahlungsbereitschaft eines potenziellen Kunden werden individuelle Präferenzen des Befragten deutlich, inwieweit er bereit ist, einen bestimmten Geldbetrag für die eigene Gesundheit oder die Gesundheit anderer auszugeben und damit zugleich den Konsum anderer Güter und Dienstleistungen entsprechend einzuschränken. Eine Abwandlung des WTP-Ansatzes ist die sog. „Willingness-to-accept“ (WTA) (vgl. van den Berg et al., 2005), in deren Rahmen keine Preise für eine Verbesserung der Gesundheit abgefragt, sondern vielmehr Kompensationsbeträge für den Verzicht auf eine Gesundheitsverbesserung ermittelt werden. Da der WTP-Ansatz bei den individuellen Präferenzen und dem Nutzen für die Betroffenen ansetzt, eignet sich dieses Instrument gut zur Politikberatung sowie für partizipative Verfahren der Bürgerbeteiligung (vgl. Hespelt und Krebs, 2005; Zweifel, 2007). Speziell in der Gesundheitspolitik liegt der Reiz des WTP-Ansatzes in der Verknüpfung mit Modellen der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (Shared Decision-Making) (vgl. Klingenberg und Micheelis, 2005; Klingenberg, Kern und Micheelis, 2006).

In der wissenschaftlichen Literatur sind eine ganze Reihe von Ansätzen zur Messung der Zahlungsbereitschaft (vgl. Völckner, 2006) entwickelt worden (vgl. Abbildung 1). Grundsätzlich kann man zunächst zwischen Beobachtungen und Befragungen unterscheiden. Sofern nicht anhand von real getätigten Kaufakten direkt auf die Zahlungsbereitschaft des Nachfragers

¹ Aus Sicht der subjektiven Wertlehre hat ein Gut für jedes Individuum einen bestimmten Nutzen; der Fokus wird hier auf die Nachfrageseite gelegt. Die objektive Wertlehre sieht demgegenüber in einem Gut den Wert, der in ihm steckt; betont also die angebotsseitige Perspektive des Produzenten.

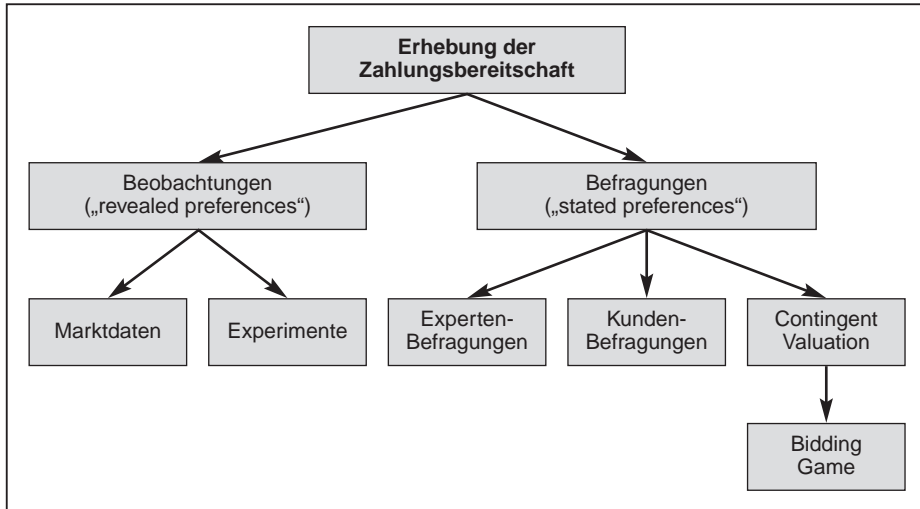


Abbildung 1: Methoden zur Erhebung der Zahlungsbereitschaft (in Anlehnung an Breidert, 2005, S. 40)

geschlossen werden kann (sog. „revealed preferences“), bleibt die Möglichkeit der Abfrage der Käuferpräferenzen (sog. „stated preferences“) per Interview oder Fragebogen.

Neben Experten- und Kundenbefragungen hat sich die sog. Kontingente Bewertungsmethode („Contingent Valuation Method“) fest etabliert (vgl. Diener, O’Brian und Gafni, 1998). Bei der Kontingenten Bewertungsmethode wird den Probanden ein hypothetischer Markt vorgestellt, auf dem sie als potenzielle Nachfrager vor verschiedene Entscheidungssituationen gestellt sind. Die meisten Zahlungsbereitschaftsanalysen im Gesundheitsbereich arbeiten mit hypothetischen Selbstbeteiligungsbeträgen (Out of Pocket-Modus) (vgl. Olsen und Smith, 1999). Charakteristisch für die Kontingente Bewertungsmethode ist die Szenariotechnik (vgl. Smith, 2008). Um möglichst reale Kaufentscheidungen zu stimulieren, sollte der hypothetische Markt realitätsnah gestaltet sein.

Die Preisabfrage kann methodisch in Form einer Lotterie (Standard Gamble) oder in Form eines Auktionsverfahrens (Bidding Game) erfolgen. Beim Bidding Game werden die Probanden gefragt, welchen Geldbetrag sie für das 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 (vgl. Daniel, Ernen und Rychlik, 2002). Auf diese Weise nähert man sich sukzessive der maximalen Zahlungsbereitschaft des jeweiligen Probanden. Der Befragte kann sich quasi im Rahmen eines selbstentdeckenden Lernprozesses an seine eigenen Präferenzen herantasten. Die näheren Details dieses Verfahrens werden in Kapitel 5 erläutert.

4 Zahlungsbereitschaftsanalysen im Bereich der Zahnmedizin

Im Bereich der Zahnmedizin wird seit etwa zehn Jahren verstärkt auf Ansätze zur Messung von Patientenpräferenzen zurückgegriffen (vgl. Matthews, Gafni und Birch, 1999; Birch und Ismail, 2002). Auch hier steht der Willingness-to-pay-Ansatz als Hauptinstrument im Vordergrund, wie empirische Studien aus den Vereinigten Staaten, Kanada, Großbritannien sowie Skandinavien zeigen (vgl. Tabelle 1). In Deutschland sind Zahlungsbereitschaftsanalysen hingegen generell noch unterrepräsentiert (vgl. Rychlik, 1999), dies gilt insbesondere für den zahnmedizinischen Versorgungsbereich.

Die Ermittlung individueller Zahlungsbereitschaften von Patienten im zahnmedizinischen Versorgungsumfeld erfolgt zumeist über die Angabe verschiedener hypothetischer Therapieoptionen, für die der Befragte seine maximale Zahlungsbereitschaft offenbart (sog. komparative WTP) (vgl. Cookson, 2003). Üblich ist in einem solchen Szenario der Vergleich von zwei bis maximal fünf Therapiealternativen, die sich im Hinblick auf klinische Outcome-Parameter und die damit einhergehende mundgesundheitsbezogene Lebensqualität unterscheiden. Präventive Ansätze und innovative zahnschutzschonende Behandlungsformen stehen im direkten Vergleich neben konservativen Therapien oder auch einem Verzicht auf eine Behandlung. Injektionsfreie Lokalanästhesien, besondere Behandlungsangebote für Patienten mit Dentalangst oder ein erleichterter Zugang zu Versorgungsangeboten über „mobile Kliniken“ wurden in der Vergangenheit ebenfalls mit diesem Instrument im Hinblick auf die Patientenakzeptanz untersucht.

Neben einer Variation der Therapieangebote ist auch eine Segmentation der untersuchten bzw. befragten Population instruktiv. Naheliegender ist zunächst eine Unterteilung der Befragten nach dem Haushaltseinkommen (bei Kindern wird nach dem Einkommen der Eltern gefragt), da die Zahlungsbereitschaft u. U. eng mit der Zahlungsfähigkeit der Befragten zusammenhängt (vgl. O'Brian und Viramontes, 1994). Als wichtiger Parameter hat sich zudem in vielen Fällen der „Grad der Betroffenheit“ erwiesen, da die individuelle Zahlungsbereitschaft möglicherweise vom Gesundheitszustand des Befragten abhängt (vgl. Johannesson, 1996). Auch lässt sich über die Frage des individuellen Betroffenheitsgrades eine breitere gesellschaftliche Perspektive von der individuellen Patientenperspektive abgrenzen (vgl. Smith und Cunningham, 2004; King et al., 2005). Deutlich wird die

Tabelle 1: Zahlungsbereitschaftsanalysen im zahnmedizinischen Versorgungsbereich					
Autoren	Jahr	Land	Analyse- methode ¹⁾	Diagnose	Therapieoptionen
Atchison et al.	2007	USA	SG/WTP	Kieferbruch, retinierte Weisheitszähne	chirurgische Behandlung, Verdrahtung
Balevi und Shepperd	2007	VK	SG/WTP	Parodontal- abszess	zahnschutzschonende Kronenversorgung nach PAR-Therapie, Versorgung- en mit Implantat, Brücke oder herausnehmbarem Zahnersatz nach Exzision
Birch et al.	2004	USA/ Kanada	WTP	Pulpitis	Wurzelkanalfüllung, Exzision, Dentinregeneration
Dixon und Shackley	1999	VK	WTA/WTP	(Karies)	Trinkwasserfluoridierung
Esfandiari et al.	2008	Kanada	WTA/WTP	Zahnlosigkeit	konventionelle Unterkiefer- prothese, Hybridprothese mit zwei interforaminalen Implantaten
Halvorsen und Willumsen	2002	Norwegen	WTP	Dentalangst	Verhaltenstherapie, Entspannungsübungen, Sedierung
Matthews, Birch, Gafni und Di Censo	1999	Kanada	WTP	Parodontitis	konservative Therapie (Scaling und Rootplaning), operative Therapie
Matthews, Rocchi und Gafni	2002	Kanada	WTP	Parodontitis	injektionsfreie Lokal- anästhesie per Dentalgel, Infiltrationsanästhesie
Oscarson, Lind- holm und Källestal	2007	Schweden	WTP	(Karies)	Kariesprophylaxe, Füllungstherapie
Smith und Cunningham	2004	VK	WTP	Eugnathie (Allge- meinh.)/Dysgna- thie (Betroffene)	kieferchirurgische Behandlung
Tamaki et al.	2004	Japan	WTP	(Karies)	regelmäßige Dental- Check-ups
Tianviwat, Chong- suvivatwong und Birch	2008	Thailand/ Kanada	WTP	(Karies)	Kariesprophylaxe in Dental- klinik vs. mobile Klinik
Tianviwat, Chong- suvivatwong und Birch	2008	Thailand/ Kanada	WTP	(Karies)	Fissurenversiegelung, Füllungstherapie
Van Steenberghe et al.	2004	Belgien/ Schweden	WTP	Parodontitis	injektionsfreie Lokalanäs- thesie per Dentalgel, Infil- trationsanästhesie

¹⁾ SG = Standard Gamble, WTA = Willingness-to-accept, WTP = Willingness-to-pay

Relevanz der gesellschaftlichen Perspektive insbesondere bei der Existenz externer Effekte, also da, wo die Therapieoption in Form eines öffentlichen Gutes dargeboten wird, wie z. B. im Falle der Trinkwasserfluoridierung (vgl. Dixon und Shackley, 1999).

5 Methoden

5.1 Projektdesign

Im Rahmen des IDZ-Projektes „Dentaltourismus und Auslandszahnersatz“ wurden unter Verwendung der Contingent-Valuation-Methode individuelle Zahlungsbereitschaften von den Teilnehmern mit Hilfe eines fachspezifischen Fragebogens ermittelt. Den zu befragenden Personen wurden dabei unter anderem hypothetische Versorgungsszenarien vorgelegt und mittels eines sog. „Bidding Games“ die jeweils maximale Zahlungsbereitschaft bzw. das angestrebte Kosteneinsparpotenzial erfragt.

Der Fragebogen umfasste 22 Einzelfragen und wurde zunächst im Rahmen eines Pretests hinsichtlich seiner Praktikabilität, Verständlichkeit und Validität der konstruierten Bidding-Games bei 100 Befragten getestet. Nach erfolgreich durchgeführtem Pretest erfolgte der Feldeinsatz des Fragenprogramms. Die Teilnehmer wurden im Zeitraum April/Mai 2008 einmalig in Form eines Face-to-Face-Interviews durch das Institut für Demoskopie/Allensbach im Auftrag des IDZ befragt.

Der Feldeinsatz des Fragebogens stützte sich auf $n = 1.368$ Interviews mit Personen im Alter von 30–75 Jahren, die im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahre mit insgesamt 1.808 Teilnehmern befragt wurden (vgl. Abbildung 2). Die Auswahl der Teilnehmer wurde quotiert nach der regionalen Verteilung, der Wohnortgröße, dem Geschlecht sowie dem Alter vorgenommen. Bei der Quotierung wurden Daten der Amtlichen Statistik (Mikrozensus 2006) zugrunde gelegt. Die Auswahl erfolgte aus Gründen der statistischen Güte disproportional für die alten und die neuen Bundesländer, der Osten wurde mit etwa einem Drittel stärker berücksichtigt als es dem Bevölkerungsanteil von 20 % entspricht. Zur Aufhebung der Disproportionalität bezüglich der regionalen Verteilung wurden die Ergebnisse faktoriell gewichtet.

5.2 Fragebogaufbau

Die Entscheidung eines Patienten, als sog. „Dentaltourist“ ins Ausland zu reisen oder sich im Inland ausländischen Zahnersatz eingliedern zu lassen, hängt u. a. von seiner Zahlungsbereitschaft und dem angestrebten Einspa-

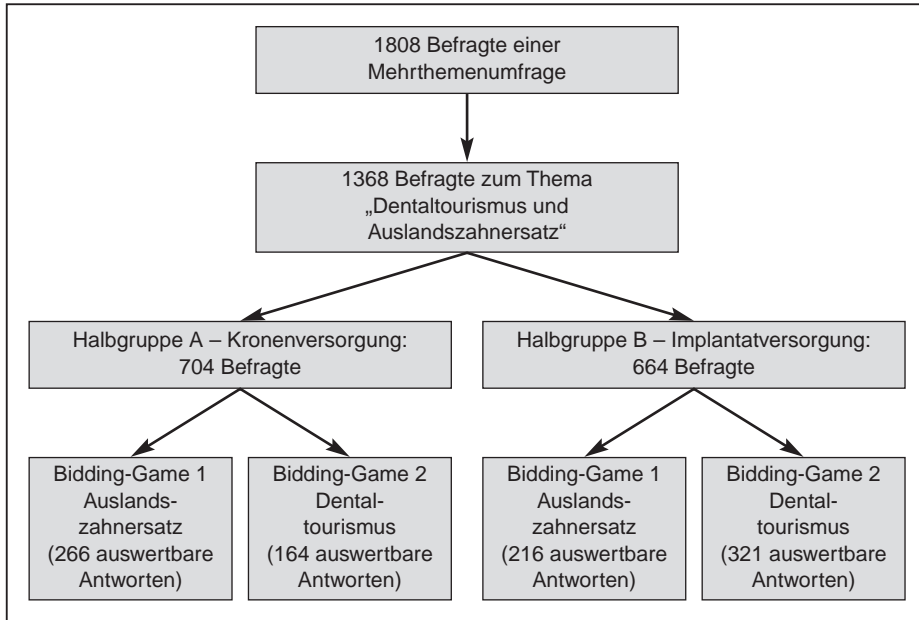


Abbildung 2: Projektmodell

rungspotenzial ab. Die Zahlungsbereitschaft wird einerseits durch die zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel des Patienten bestimmt, andererseits aber auch von der Wertigkeit der Indikation, der Einschätzung des individuellen Risikos und dem vom Patienten erwarteten Nutzen.

Die individuelle Zahlungsbereitschaft der Befragten wurde daher im Rahmen von Bidding-Games ermittelt, die durch feste Szenariobeschreibungen eingeleitet wurden. Die Bidding-Game-Fragen wurden bewusst zum Ende des Fragenkataloges platziert, um die Befragten schrittweise in die Problematik einzuführen und die Identifikation mit den Szenarien zu erleichtern.

Den Szenarien vorangestellt waren solche Fragen, mit denen generell die Motivstruktur der Befragten im Umgang mit dem Thema „Auslandszahnersatz und Dentaltourismus“ beleuchtet werden sollte. Hierzu zählten insbesondere die Fragen, inwieweit bereits konkrete Erfahrungen mit ausländischem Zahnersatz bzw. mit Zahnbehandlungen im Ausland gemacht wurden bzw. ob und auf Basis welcher Informationsquellen eine solche Option zumindest schon in Erwägung gezogen wurde. Ergänzend wurden Fragen zum Vorhandensein verschiedener Formen von Zahnersatz, zur psychosozialen Wertigkeit des Zahnersatzes sowie zur Stabilität der Arzt-Patienten-Beziehung gestellt.

Die Zahlungsbereitschaften und die entsprechenden Einsparungspotenziale wurden für ein Szenario zur Kronenversorgung und eines zur Implantat-

versorgung mit jeweils zwei Bidding-Games ermittelt. Hierfür wurde der befragte Personenkreis in zwei Halbgruppen unterteilt. Halbgruppe A wurde zu dem Szenario der Kronenversorgung befragt, Halbgruppe B zum Implantatszenario. Die Befragten der Halbgruppe A äußerten ihre Zahlungsbereitschaft für eine konkrete Kronenversorgung sowohl für den Fall eines Importes des Zahnersatzes aus dem Ausland (Bidding Game 1: „Auslandszahnersatz“) als auch für den Fall einer Eingliederung des Zahnersatzes im Ausland (Bidding Game 2: „Dentaltourismus“). Analog wurde in der Halbgruppe B am Beispiel einer Implantatversorgung verfahren (vgl. Abbildung 2).

Es wurde mit einem vorher festgelegten Betrag begonnen, der bei einer positiven Antwort des Befragten so lange erhöht wurde, bis dieser den Preis schließlich nicht mehr akzeptierte (sog. „Closed-Ended Technique“) (vgl. Frew, Whyne und Wolstenholme, 2003; Frew, Wolstenholme und Whyne, 2004). Zur Ermittlung der individuellen Zahlungsbereitschaft wurde iterativ vorgegangen, d. h. die Annäherung an die von den Befragten jeweils präferierte Einsparsumme erfolgte in mehreren (maximal fünf) Stufen.

Abgeschlossen wurde der Fragebogen mit einigen soziodemographischen Angaben zum Alter, Geschlecht, Schulbildung, Beruf, Haushaltseinkommen und Versicherungsstatus der Befragten.

5.3 Szenarien der Bidding-Games

Um im Fragebogen eine praxisnahe Versorgungssituation zu simulieren, wurden die hypothetischen Szenarien für die Kronen- und Implantatversorgung in Abstimmung mit der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV), Abteilung Statistik sowie Abteilung Presse- und Öffentlichkeitsarbeit festgelegt². Konkret handelt es sich um die beiden folgenden hypothetischen Szenarien:

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 Euro
- Festzuschuss der Krankenkasse: ca. 400 Euro (in Anlehnung an Befund-Nr. 1.1)
- Eigenanteil des Patienten bei inländischem Zahnersatz: ca. 400 Euro
- Startbetrag der Bidding Games: 160 Euro

² Wir danken an dieser Stelle Dr. Reiner Kern/KZBV für die Unterstützung bei der Festlegung der beschriebenen Szenarien.

Szenario 2 – Implantatversorgung:

- Versorgungssituation: Zahnersatz in Form eines Implantates im Frontzahnbereich
- Kosten des in Deutschland hergestellten Zahnersatzes: ca. 1.800 Euro
- Festzuschuss der Krankenkasse: ca. 500 Euro (in Anlehnung an Befund-Nr. 2.1 (Zahn 11) sowie Befund-Nr. 2.7 (Zähne 12–21))
- Eigenanteil des Patienten bei inländischem Zahnersatz: ca. 1.300 Euro
- Startbetrag der Bidding Games: 520 Euro

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.:

Hypothetischer Zuzahlungsbetrag minus Einsparbetrag = Zahlungsbereitschaft

Je höher also der präferierte Einsparbetrag ist, desto geringer ist somit die korrespondierende Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz und vice versa. 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.

5.4 Methodische Limitationen

Die Resultate von Bidding Games müssen unter Beachtung verschiedener Limitationen interpretiert werden (vgl. Bayoumi, 2004; Oscarson, Lindholm und Källestal, 2007). Eine der wesentlichen Limitationen einer Befragung ist der „Sampling Bias“ bzw. „Sample Selection Bias“. Tritt dieser auf, kommt es zu Ergebnisverzerrungen aufgrund einer fehlenden Repräsentativität der Bevölkerungstichprobe. Um diesem Bias vorzubeugen, wurden den Interviewern Quoten vorgegeben, die ihnen vorschreiben, wie viele Personen sie zu befragen haben und nach welchen Merkmalen diese auszuwählen sind (sog. Quotenstichprobe). Zur Aufhebung der Disproportionalität bezüglich Alter und neuer Länder und zur Angleichung an Strukturdaten der Amtlichen Statistik erfolgte eine faktorielle Gewichtung der Ergebnisse im Rahmen der Auswertung.

Ebenso entscheidend für die Zuverlässigkeit einer Umfrage ist die Anordnung der Fragen im Erhebungsinstrument. Aufgrund einer möglichen

Abhängigkeit der Antworten von der Reihenfolge der Fragen („Question-Order Bias/Sequencing“) muss bei der Gestaltung von Umfragen auf die Positionierung der einzelnen Fragen Rücksicht genommen werden. Der im Projekt verwendete Fragebogen wurde (nach vorherigem Pretest) im Rahmen einer Mehrthemenumfrage eingesetzt. Die Fragen wurden an verschiedenen Stellen der Mehrthemenumfrage platziert, um entsprechende Sequencing-Effekte zu minimieren.

Lassen die einzelnen Fragestellungen selbst zu viel Interpretationsspielraum für den Befragten, ist zudem das Auftreten eines „Editing Bias“ möglich. Damit wird die Tendenz des Befragten bezeichnet, aufgrund der im Verlauf des Interviews gegebenen Informationen einen dargestellten Sachverhalt neu zu bewerten, d. h. während des Interviewprozesses „umzudenken“. Eng mit dem Editing Bias verknüpft ist der „Hypothesis Bias“. Mit diesem Begriff wird das Phänomen umschrieben, dass Befragte eine vergleichsweise höhere Zahlungsbereitschaft bekunden, sofern sie das Szenario als zu wenig realitätsnah bzw. als zu hypothetisch ansehen und dementsprechend Schwierigkeiten haben, sich in die jeweilige Entscheidungssituation hineinzusetzen. Dem Editing Bias wurde in diesem Projekt durch genaue und eindeutige Szenarienbeschreibungen im Rahmen der Bidding Games, durch bebilderte Befragungshilfen sowie durch einen umfangreichen Pretest vorgebeugt. Um den Hypothesis Bias zu reduzieren, wurde die Altersklasse „29 Jahre und jünger“ aus der Befragung ausgeschlossen, da diese a) in der Regel erst wenige persönliche Erfahrungen mit zahnprothetischen Versorgungen gemacht hat (vgl. Oscarson, Lindholm und Källestal, 2007) und b) überdies oftmals noch nicht über nennenswerte eigene Finanzmittel verfügt (zur Problematik des „budget constraint“ vgl. Smith, 2005). Zur Erfassung eines etwaigen Hypothesis Bias wurde eine Subgruppenanalyse durchgeführt, in der Befragte, die in nächster Zeit Zahnersatz benötigen, mit Personen verglichen wurden, die zeitnah mit keinem neuen Zahnersatz rechnen. Die Ergebnisse erbrachten zwar unterschiedliche Zahlungsbereitschaften, jedoch waren diese Differenzen statistisch nicht signifikant (vgl. hierzu auch Abbildungen 13 und 14).

Das Auftreten eines „Starting Point Bias“ (vgl. Stalhammar, 1996; Smith, 2000), d. h. der möglichen Abhängigkeit der offenbarten Zahlungsbereitschaft vom Startbetrag des Bidding Game, konnte durch einen ausführlichen Pretest minimiert werden. In diesem wurden den Befragten verschiedene Varianten des Bidding Game mit unterschiedlichen Startbeträgen vorgelegt und die Antworten evaluiert. Gleiches gilt für den sog. „Range Bias“, also der Abhängigkeit der Zahlungsbereitschaft von der Spanne zwischen Start- und Endbetrag (vgl. Whynes, Wolstenholme und Frew, 2004).

Der „Protest Zero Bias“, d. h. die Tendenz von Befragten, eine Zahlungsbereitschaft mit dem Wert „Null“ anzugeben, weil sie das Szenario oder das Instrument des Bidding Game selbst ablehnen (vgl. Taylor und Armour, 2002), wurde durch die mehrstufige Abfrage (iteratives Bidding Game) ver-

ringert. Erforderlich war auf jeder Stufe lediglich ein Abwägen zwischen den Alternativen „In Deutschland“ und „Im Ausland“. Daneben bestand immer die Möglichkeit, als dritte Antwortkategorie „Weiß nicht, keine Angabe“ zu wählen. Der itembezogene „Non-Response Bias“ bezieht sich auf die Personen, welche die Bidding Games nicht beantwortet, sondern die dritte Antwortkategorie gewählt haben. Im Szenario der Kronenversorgung betrug die Dropout-Rate 20,0 % (Auslandszahnersatz) bzw. 18,8 % (Dentaltourismus), im Implantat-Szenario waren es 24,7 % (Auslandszahnersatz) bzw. 24,3 % (Dentaltourismus). Die erwartete itembezogene Dropout-Rate wurde bei der Bestimmung der Stichprobengröße beachtet, die mit $n = 704$ (Halbgruppe A) bzw. $n = 664$ (Halbgruppe B) deutlich über der ansonsten üblichen Stichprobengröße für Zahlungsbereitschaftsanalysen liegt (die in Tabelle 1 gelisteten Analysen weisen Stichprobengrößen zwischen $n = 36$ und $n = 611$ auf). Die Ausfälle zeigten praktisch keine Abweichungen nach Geschlecht und nur geringe nicht-signifikante Abweichungen nach Alter und Schulbildung.

6 Ergebnisse

6.1 Demographie

An der Befragung zum Thema „Dentaltourismus und Auslandszahnersatz“ nahmen insgesamt 675 Männer und 693 Frauen teil (vgl. Tabelle 2). Das mittlere Alter der Population lag bei 52,4 Jahren (vgl. Tabelle 3). Ein Vergleich der Populationsstrukturen der Halbgruppen A (Kronenversorgung) und B (Implantatversorgung) mit der gesamten Befragtengruppe sowie zwischen Halbgruppe A und B zeigte nur äußerst geringe Unterschiede in den demographischen Merkmalen Geschlecht, Alter und Regionalstruktur (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 2: Geschlechtsverteilung (Gesamtpopulation und Halbgruppen)						
Geschlecht	Gesamtanzahl		Halbgruppe A		Halbgruppe B	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Männer	675	49,3	339	49,3	336	49,4
Frauen	693	50,7	349	50,7	344	50,6
Gesamt	1.368	100,0	688	100,0	680	100,0

Tabelle 3: Altersverteilung (Gesamtpopulation und Halbgruppen)			
Kenngroße	Gesamt	Halbgruppe A	Halbgruppe B
Anzahl	1.367	687	680
Mittelwert	52,4	52,7	52,1
Standardabweichung	12,9	12,7	13,1
Minimum	30,0	30,0	30,0
25 %-Quartil	42,0	43,0	42,0
Median	51,0	52,0	49,0
75 %-Quartil	63,0	63,0	63,0
Maximum	75,0	75,0	75,0

Nielsen Gebiete ¹	Gesamtanzahl		Halbgruppe A		Halbgruppe B	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Nielsen I: Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein	226	16,5	112	16,3	114	16,8
Nielsen II: Nordrhein-Westfalen	296	21,7	147	21,4	149	21,9
Nielsen IIIa: Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland	181	13,2	92	13,4	89	13,1
Nielsen IIIb: Baden-Württemberg	157	11,5	80	11,6	77	11,3
Nielsen IV: Bayern	207	15,2	105	15,3	102	15,0
Nielsen V + VI: Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt	182	13,3	90	13,1	92	13,6
Nielsen VII: Sachsen, Thüringen	117	8,6	61	8,9	56	8,3
Gesamt	1.366	100,0	687	100,0	679	100,0

¹ Von der A. C. Nielsen Company ist die Bunderepublik in die genannten, in etwa gleichgewichtige Regionen unterteilt worden.

6.2 Psychosoziale Rahmenbedingungen

Zu den Rahmenbedingungen, die vermutlich die Zahlungsbereitschaft der Patienten für ausländischen Zahnersatz mit beeinflussen, werden u. a. das individuelle Inanspruchnahmestandardmuster zahnärztlicher Dienstleistungen, das jeweilige mehr oder weniger vertrauensvolle Verhältnis von Zahnarzt und Patient („soziale Zahnarztbindung“) sowie die psychosoziale Wertigkeit von Zahnersatz angenommen.

Tabelle 5 fasst das Verhalten der Befragten hinsichtlich der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen zusammen. 62,5 % der Befragten gaben an, regelmäßig zur zahnärztlichen Kontrolle zu gehen, während 14,4 % der Befragten nur im Falle von Schmerzen und anderen Beschwerden einen Zahnarzt aufsuchen.

Wann gehen Sie in der Regel zum Zahnarzt?	Anzahl	Anteil (%)
Regelmäßig zur Kontrolle	855	62,5
Ab und zu zur Kontrolle	287	21,0
Nur bei Schmerzen und anderen Beschwerden	197	14,4
Keine Angabe	28	2,1

Die Aspekte, die den Befragten bei einem Zahnarztbesuch besonders wichtig waren, sind in Tabelle 6 zusammengefasst. Wesentliche Kriterien für die Zahnarztwahl waren vor allem eine gründliche und sorgfältige Arbeit des Zahnarztes, kurze Wartezeiten sowie eine umfassende Beratung des Zahnarztes hinsichtlich kostengünstiger Behandlungen.

Tabelle 6: Subjektive Erwartungen an den Zahnarztbesuch		
Was ist Ihnen bei einem Zahnarztbesuch besonders wichtig? (Mehrfachnennungen möglich)	Anzahl Nennungen	Rang (1–12)
Gründliche und sorgfältige Arbeit	988	1
Keine langen Wartezeiten	619	2
Hinweis auf kostengünstige Behandlungen	541	3
Moderne technische Ausstattung	458	4
Hygiene	433	5
Gute Erreichbarkeit	406	6
Zahnarzt nimmt sich viel Zeit	369	7
Freundliches Personal	359	8
Zahnarzt gibt auf seine Leistungen Garantie	332	9
Zahnarzt ist einfühlsam	306	10
Praxis legt viel Wert auf Vorsorge	239	11
Zahnarzt hilft Ängste abzubauen	198	12

Zum Zeitpunkt der durchgeführten Befragung hatten 49 % der 1.368 Befragten nach subjektiver Selbstangabe mindestens eine Krone, 30,6 % besaßen eine Brücke, 20,4 % trugen eine Teil- oder Vollprothese und 6,6 % verfügten über ein Implantat. 73,8 % der Teilnehmer hatten mindestens eine der genannten zahnprothetischen Versorgungen. Von den Personen, die zahnprothetisch versorgt waren, zeigten sich 89 % mit ihrem Zahnersatz „sehr zufrieden“ bzw. „zufrieden“. Lediglich 1,9 % waren mit ihrem Zahnersatz „eher unzufrieden“ oder „sehr unzufrieden“.

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

Die weitaus am häufigsten genutzten Informationsquellen zu Auslandszahnersatz und Dentaltourismus waren die Massenmedien sowie der Familien- und Freundeskreis. Von den Befragten, denen ausländischer Zahnersatz eingegliedert wurde oder die eine entsprechende Versorgung im In- oder Ausland zumindest in Erwägung gezogen haben, waren 19 % von ihrem Zahnarzt auf die Option „Auslandszahnersatz“ hingewiesen worden, 12,5 % wurden von ihrem Zahnarzt auf die Möglichkeit des Dentaltourismus aufmerksam gemacht.

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 zu einem günstigeren Zahnarzt wechseln zu wollen. Von den Befragten, die zu einem 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.

Ebenso wie die Zahnarztbindung können subjektive Erwartungen der Befragten an ihren Zahnersatz die individuelle Zahlungsbereitschaft beeinflussen. Tabelle 7 verdeutlicht, dass die Qualität des Zahnersatzes bei den meisten Befragten im Vordergrund stand und ein „günstiger Preis“ bei der Auswahl des Zahnersatzes von eher nachrangiger Bedeutung ist.

Tabelle 7: Subjektive Erwartungen an eine Zahnersatzeingliederung		
Was ist Ihrer Meinung nach beim Zahnersatz besonders wichtig?	Anzahl Nennungen	Rang (1–6)
Gute Qualität, Langlebigkeit	1.264	1
Keine Beeinträchtigung beim Kauen und Beißen	1.091	2
Schönes, natürliches Aussehen	841	3
Einfache Pflege	460	4
Günstiger Preis	425	5
Schnelle Anfertigung und Reparierbarkeit	213	6

Die Frage nach der psychosozialen Wertigkeit von Zähnen bzw. Zahnersatz, die mit Hilfe des „Dental Impact Profile“ (vgl. Strauss und Hunt, 1993) ermittelt werden kann, ergab, dass Zähne bzw. Zahnersatz für die meisten Befragten eine positive Wirkung auf das äußere Erscheinen sowie das Verhältnis zu Mitmenschen haben (vgl. Tabelle 8). Insofern sich in der Zahlungsbereitschaft für ein Gut immer auch die individuelle Wertschätzung des Nachfragers für dieses Gut widerspiegelt, steht zu erwarten, dass die Zahlungsbereitschaft für Auslandszahnersatz in einem gewissen Maß mit der generellen psychosozialen Wertigkeit von Zähnen bzw. Zahnersatz korreliert ist.

Tabelle 8: Psychosoziale Wertigkeit von Zähnen bzw. Zahnersatz in Anlehnung an den „Dental Impact Profile“ (DIP)						
Dental Impact Profile	Positive Wirkung		Negative Wirkung		Keine Wirkung	
	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)	Anzahl	Anteil (%)
Aussehen	1.168	85,4	40	2,9	126	9,2
Lächeln, Lachen	1.145	83,8	47	3,4	135	9,8
Kauen, Beißen	1.183	86,5	61	4,5	96	7,0
Wohlbefinden allgemein	1.103	80,6	39	2,9	179	13,1
Selbstvertrauen	924	67,5	32	2,4	340	24,9
Gesundheitsempfinden	826	60,4	45	3,3	404	29,5
Wohlbefinden unter Menschen	869	63,5	52	3,8	363	26,6
Freizeitaktivitäten	342	25,0	37	2,7	876	64,1
Beziehung zum Partner	735	53,7	58	4,2	470	34,3
Aussprache	914	66,8	64	4,7	320	23,4
Atem	898	65,7	77	5,6	299	21,9

6.3 Zahlungsbereitschaften – Mittelwerte und Streuungsmaße

Die mittlere Zahlungsbereitschaft der 1.368 Befragte umfassenden Gesamtpopulation ist in Tabelle 9 aufgeführt. Die jeweiligen Variationskoeffizienten verdeutlichen die starke Streuung der ermittelten individuellen Zahlungsbereitschaften.

Im Szenario für die Kronenversorgung wurde ein Zuzahlungsbetrag von 400 Euro für den in Deutschland hergestellten Zahnersatz angenommen. 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 Euro den in Deutschland hergestellten Zahnersatz. Aus der inversen Umrechnung (zur Begründung vgl. Abschnitt 5.3) ergibt sich somit eine durchschnittliche Zahlungsbereitschaft von 157,48 Euro ($\pm 151,39$) für die Eingliederung von im Ausland hergestellten Kronen durch einen Zahnarzt im Inland.

Tabelle 9: Mittlere Zahlungsbereitschaften in den verschiedenen Szenarien				
Zahlungsbereitschaft	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland einbringen 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
Anteil der Befragten mit Zahlungsbereitschaft = 0	44,0 %	65,0 %	51,5 %	25,5 %

In der 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 Euro die inländische Variante. Die mittlere Zahlungsbereitschaft für den im Ausland eingesetzten Zahnersatz lag somit bei 77,13 Euro ($\pm 118,94$).

Im Szenario für die Implantatversorgung wurde ein Zuzahlungsbetrag von 1.300 Euro 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 Euro für das in Deutschland hergestellte Implantat. Somit errechnet sich hieraus eine mittlere Zahlungsbereitschaft von 684,53 Euro ($\pm 474,40$) für die Eingliederung eines im Ausland hergestellten Implantates.

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

Von den Befragten, die sich im mehrstufigen Bidding Game letztlich 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 Verteilung der Zahlungsbereitschaften verdeutlicht, dass für die Entscheidungsoption Dentaltourismus in beiden Szenarien (Kronen- und Implantatszenario) eine geringere durchschnittliche Zahlungsbereitschaft bekundet wird als für die Alternative, nämlich die Eingliederung von aus

dem Ausland importierten Zahnersatz durch einen in Deutschland ansässigen Zahnarzt. Die deutlichen Unterschiede dürften primär 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.

6.4 Bivariate Analyse ausgewählter Subgruppen

Im Rahmen des vorliegenden nationalen Survey wurden parallel zu der Ermittlung der dargestellten Zahlungsbereitschaften auch eine Reihe von soziodemographischen und psychosozialen Aspekten erfragt, so dass das Datenmaterial durch Bildung von entsprechenden Subgruppen strukturiert und sog. bivariaten Analysen zugänglich gemacht werden kann. In bivariaten Analysen wird untersucht, ob zwischen zwei Variablen ein statistischer Zusammenhang besteht (vgl. Benninghaus, 2005).

Die bivariate Analyse zeigt, dass sich wechselbereite Befragte für eine geringere Einsparsumme im Ausland gefertigte Kronen eingliedern lassen würden als Befragte, die generell nicht den Zahnarzt wechseln würden (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$). Die korrespondierende Zahlungsbereitschaft der Wechselwilligen ist folglich signifikant höher (vgl. Abbildung 3).

Wechselbereite Personen würden auch für einen vergleichsweise geringeren Einsparbetrag im Ausland gefertigte Implantate präferieren bzw. zur Implantatversorgung ins Ausland reisen, als Befragte, die im Prinzip nicht den Zahnarzt wechseln wollen. Auch hier lag also die Zahlungsbereitschaft der Nicht-Wechsler unter der Zahlungsbereitschaft der wechselbereiten Personen. Die Einflussgröße „Wechselbereitschaft zu günstigerem Zahnarzt“ variierte im Implantatszenario allerdings nicht signifikant mit den Zahlungsbereitschaften (Chi-Quadrat-Test $p = 0,248/p = 0,216$) (vgl. Abbildung 4).

Befragte mit weniger als 1.000 Euro HV(Haushaltsvorstand)-Netto-Monats-einkommen waren bereit, für im Ausland gefertigte Kronen im Durchschnitt den höchsten Betrag zu zahlen. Befragte mit mehr als 2.000 Euro Netto-Monatseinkommen offenbarten sowohl für die Herstellung als auch für das Einsetzen von ausländischem Zahnersatz die geringste Zahlungsbereitschaft (vgl. Abbildung 5). Der Faktor HV-Netto-Monatseinkommen ist für beide Varianten signifikant (Chi-Quadrat-Test $p = 0,009$ für Auslandszahnersatz, $p < 0,001$ für Dentaltourismus).

Die bivariate Analyse für das Szenario „Implantat im Ausland herstellen lassen“ (vgl. Abbildung 6) lässt noch deutlicher erkennen, dass Befragte mit einem höheren Haushaltsnettoeinkommen erst bei einer höheren Einsparsumme im Ausland gefertigte Implantate beziehen würden (Chi-Quadrat-Test $p < 0,010$). Die Zahlungsbereitschaft der Personen mit niedrigerem Haushaltseinkommen war folglich vergleichsweise entsprechend höher.

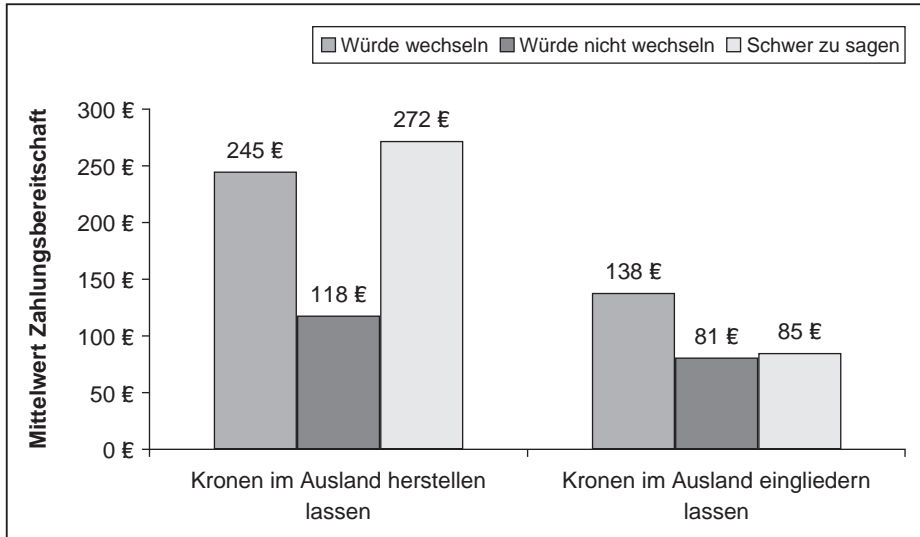


Abbildung 3: Kronenversorgung – Wechselbereitschaft vs. Zahlungsbereitschaft

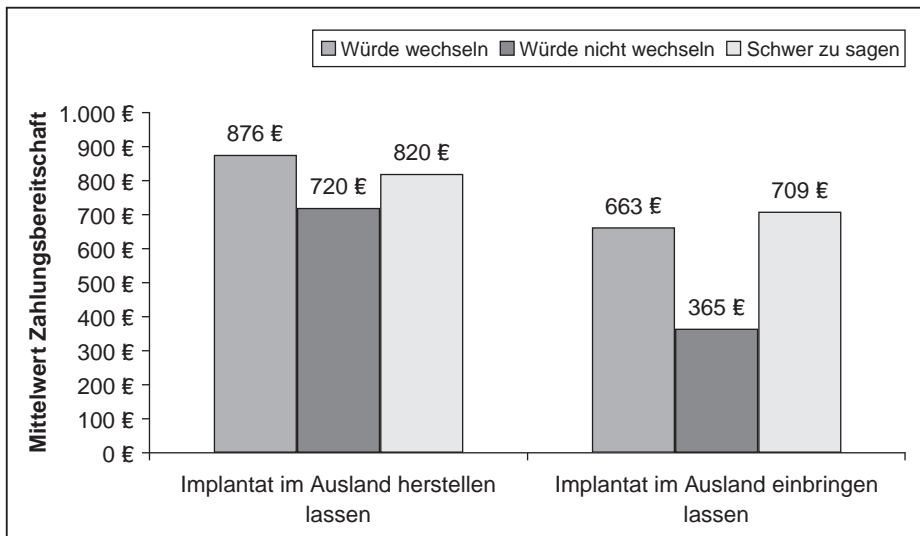


Abbildung 4: Implantatversorgung – Wechselbereitschaft vs. Zahlungsbereitschaft

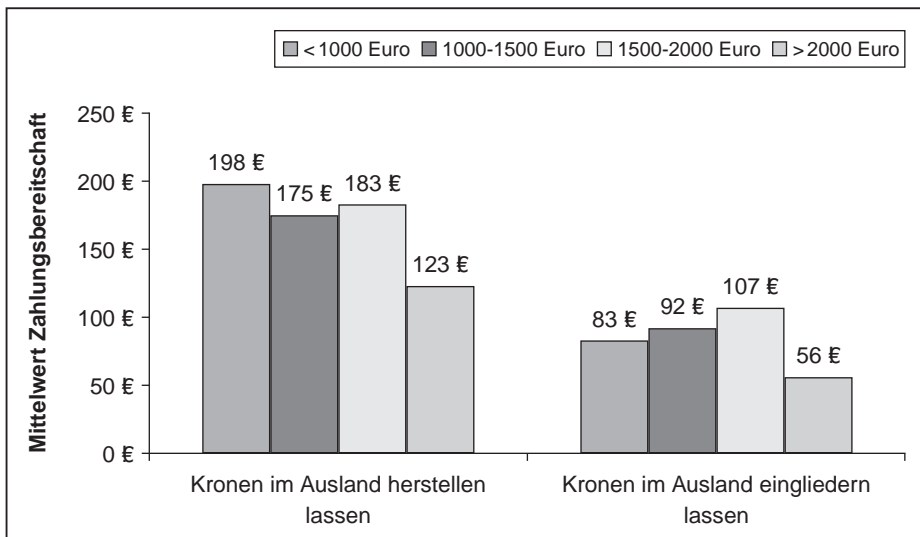


Abbildung 5: Kronenversorgung – HV-Netto-Monatseinkommen vs. Zahlungsbereitschaft

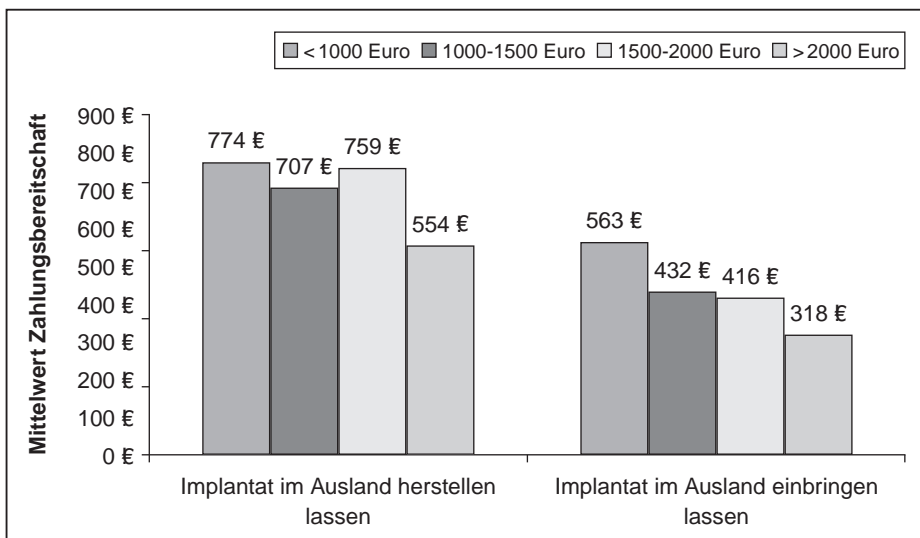


Abbildung 6: Implantatversorgung – HV-Netto-Monatseinkommen vs. Zahlungsbereitschaft

Befragte, die immer zum selben Zahnarzt gehen, gaben eine deutlich höhere subjektiv benötigte Einsparsumme für das Herstellen und Eingliedern von ausländischen Kronen an als Befragte, die häufiger den Zahnarzt wechseln (vgl. Abbildung 7). Die Zahlungsbereitschaft der Wechselwilligen war insofern merklich höher (Chi-Quadrat-Test $p = 0,092$ für Auslandszahnersatz, $p = 0,060$ für Dentaltourismus).

Im Implantatszenario gaben die Befragten, die immer zum selben Zahnarzt gehen, bei der Entscheidung für oder gegen die Eingliederung eines Implantats im Ausland eine höhere subjektiv erforderliche Einsparsumme an (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$) als die Befragten, die häufiger den Behandler wechseln (vgl. Abbildung 8). Die soziale Zahnarztbindung hat also bei der Entscheidung für oder gegen Dentaltourismus einen bezifferbaren „Wert“, so lag die mittlere Zahlungsbereitschaft der Befragten mit festem Zahnarzt im vorliegenden Kronenszenario 102 Euro und im Implantatszenario 154 Euro unter der Zahlungsbereitschaft der Befragten ohne festen Zahnarzt.

Die Einflussgröße Alter ist bei den Befragten der Gruppe „Kronen im Ausland eingliedern lassen“ signifikant (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$). Je älter die Befragten sind, desto höher ist die subjektiv erforderliche Einsparsumme für eine solche Entscheidung (vgl. Abbildung 9). Daraus folgt im Umkehrschluss, dass die Zahlungsbereitschaft für aus dem Ausland importierte Kronen sowie für im Ausland eingegliederte Kronen in der Altersgruppe der jüngsten Altersklasse (30–39 Jahre) am höchsten ausfällt.

Für ausländische Implantate würde die Gruppe der 40- bis 49-Jährigen am meisten bezahlen, für das Einbringen von Implantaten im Ausland gaben die 30- bis 39-Jährigen die höchste Zahlungsbereitschaft an. Die größte subjektiv erforderliche Einsparsumme gaben bei beiden Szenarien die 70- bis 75-Jährigen an (vgl. Abbildung 10). Der Faktor Alter ist für beide Szenarien signifikant (Chi-Quadrat-Test $p = 0,011$ für Auslandszahnersatz, $p = 0,021$ für Dentaltourismus).

Für die Eingliederung von im Ausland hergestellten Kronen würden die Befragten ohne Zahnzusatzversicherung deutlich mehr bezahlen als die Befragten mit einer entsprechenden Zusatzversicherung (vgl. Abbildung 11). Bei der Option, sich die Kronen als Dentaltourist im Ausland eingliedern zu lassen, waren die Unterschiede bezüglich der Zahlungsbereitschaft weniger ausgeprägt (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$).

Für das Einbringen von ausländischen Implantaten würden die Befragten ohne Zahnzusatzversicherung mehr bezahlen als die Befragten mit einer Zusatzversicherung (Chi-Quadrat-Test $p = 0,096$). Die subjektiv erforderliche Einsparsumme fällt bei Befragten mit Zahnzusatzversicherung deutlich höher aus (vgl. Abbildung 12). Ein umfassenderer Versicherungsschutz vermindert offensichtlich das subjektive Gefühl, aus pekuniären Gründen auf die ausländische Versorgungsalternative ausweichen zu müssen.

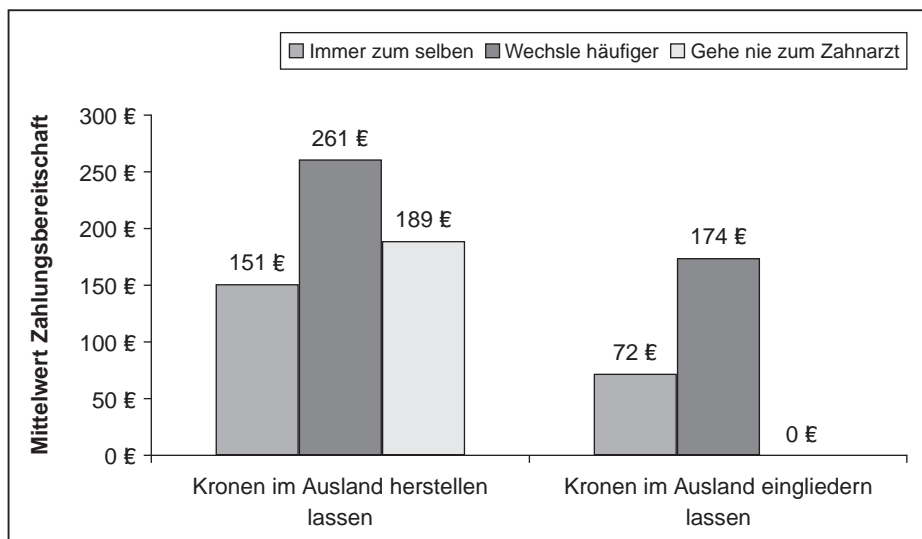


Abbildung 7: Kronenversorgung – Soziale Zahnarztbindung vs. Zahlungsbereitschaft

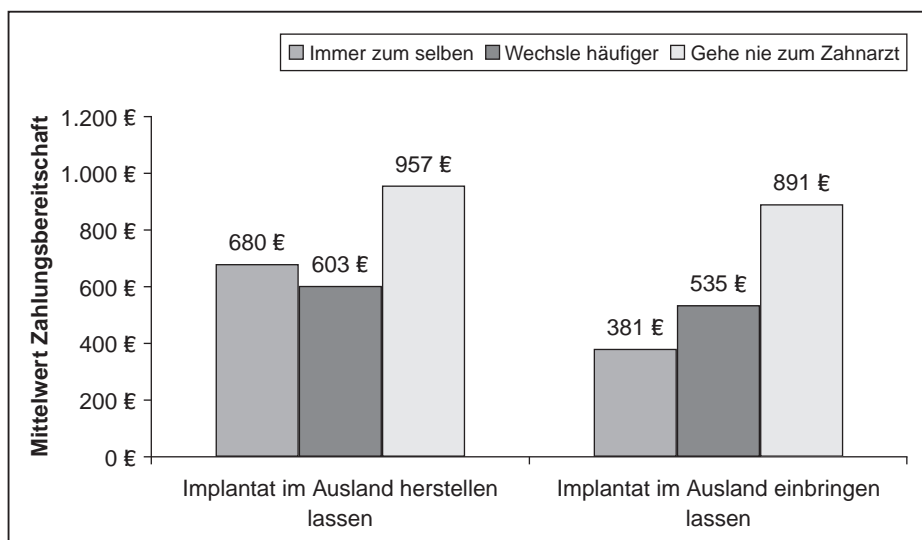


Abbildung 8: Implantatversorgung – Soziale Zahnarztbindung vs. Zahlungsbereitschaft

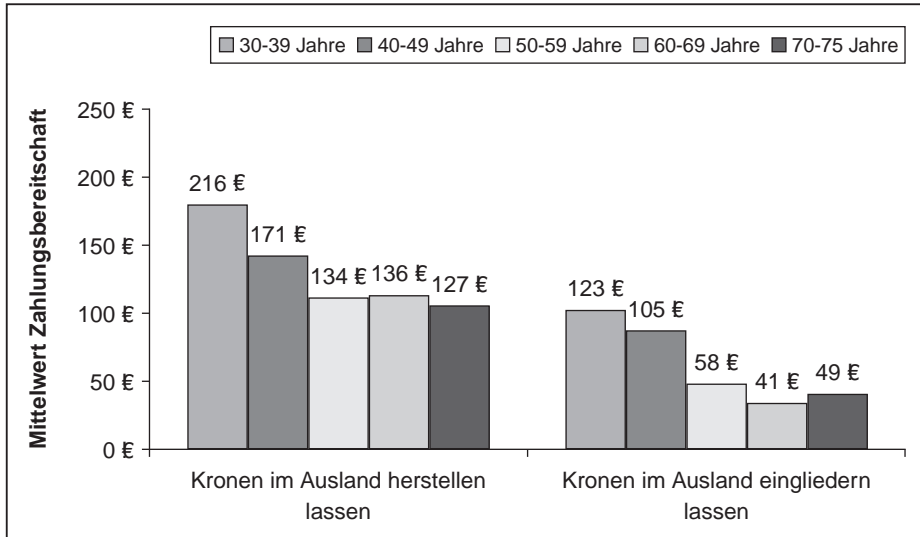


Abbildung 9: Kronenversorgung – Altersgruppen vs. Zahlungsbereitschaft

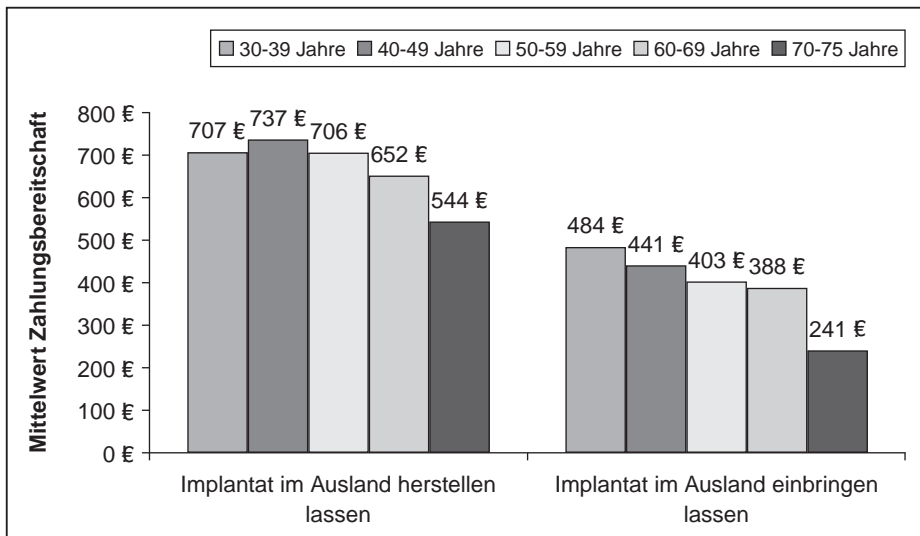


Abbildung 10: Implantatversorgung – Altersgruppen vs. Zahlungsbereitschaft

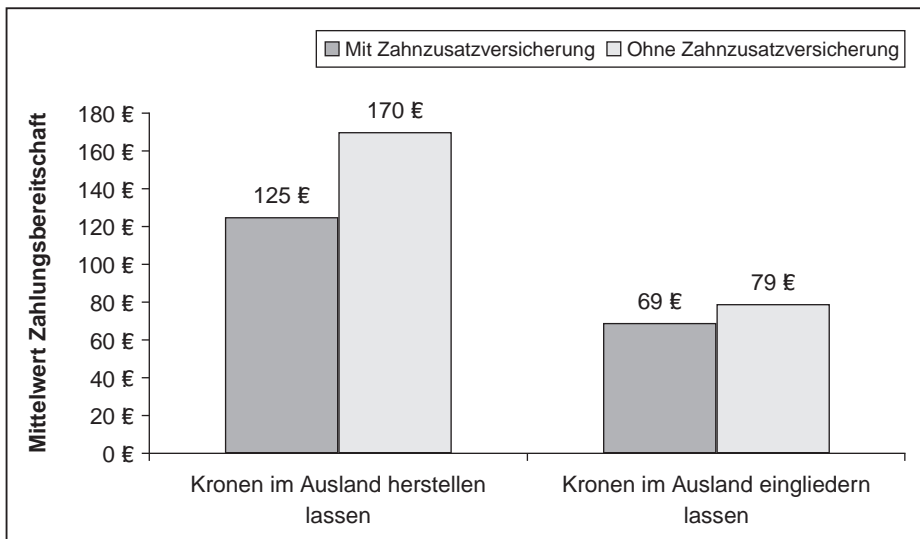


Abbildung 11: Kronenversorgung – Zahnzusatzversicherung vs. Zahlungsbereitschaft

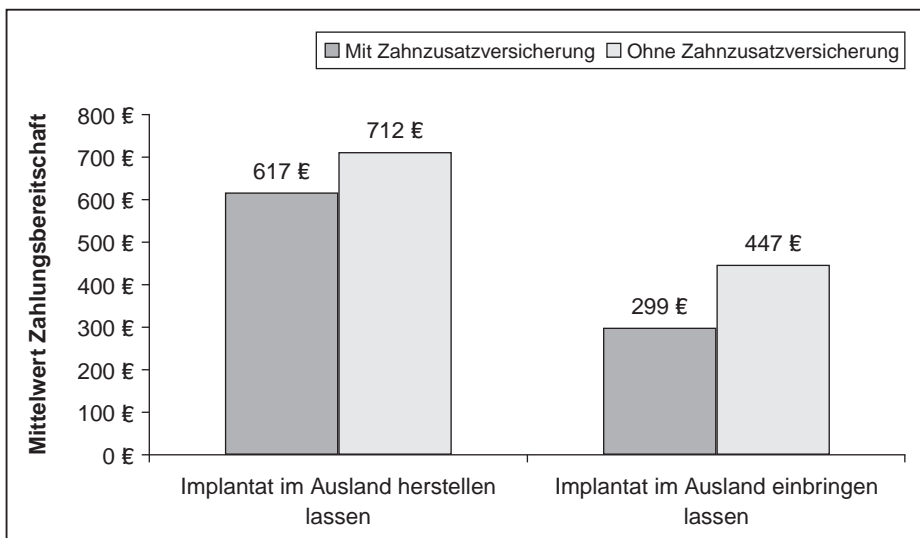


Abbildung 12: Implantatversorgung – Zahnzusatzversicherung vs. Zahlungsbereitschaft

Die Befragten, die in nächster Zeit Zahnersatz benötigen, gaben für die Herstellung und für das Eingliedern von ausländischen Kronen die höchste subjektiv gewünschte Einsparsumme bzw. korrespondierend die geringste Zahlungsbereitschaft an (vgl. Abbildung 13). Befragte, die nicht mit neuem Zahnersatz in nächster Zeit rechnen, offenbarten jeweils die höchste Zahlungsbereitschaft (die Unterschiede erreichen allerdings nicht die statistische Signifikanzgrenze).

Befragte, die nach eigener Einschätzung in nächster Zeit Zahnersatz benötigen, gaben eine etwas höhere subjektiv erforderliche Einsparsumme bzw. eine geringere Zahlungsbereitschaft im Implantatszenario an als Befragte, die aktuell nicht mit neuem Zahnersatz rechnen (vgl. Abbildung 14). Die Unterschiede waren allerdings nicht signifikant (Chi-Quadrat-Test $p = 0,274$). Implantatbehandlungen dienen in der Regel nicht der Akutversorgung, sondern sind grundsätzlich zeitlich planbar. Der Aspekt der Dringlichkeit des subjektiven Bedarfes kommt insofern hier in geringerem Ausmaß zum Tragen. Der aktuelle Bedarf hatte dementsprechend kaum Einfluss auf die in den Bidding-Games offenbarten Zahlungsbereitschaften (vgl. hierzu auch die Ausführungen zum Hypothesis Bias in Abschnitt 5.4).

Das „Dental Impact Profile“ (DIP) ist ein Fragekonzept zur psychosozialen Wertigkeit von Zähnen oder Zahnersatz aus subjektiv-individueller Sicht (vgl. Strauss und Hunt, 1993). Die bivariate Analyse zeigt, dass die unterschiedlichen Aspekte der psychosozialen Wertigkeit von Zahnersatz mit deutlich unterschiedlichen Zahlungsbereitschaften einhergehen (vgl. Abbildung 15). Im Kronenszenario offenbarten die Befragten bei dem Faktor „Aussehen“ die höchste Zahlungsbereitschaft, gefolgt vom Faktor „Lächeln, Lachen“. Die Einflussgrößen sind für die Gruppe „Kronen im Ausland herstellen lassen“ signifikant (Chi-Quadrat-Test $p = 0,019$).

Im Implantatszenario (vgl. Abbildung 16) wurde bei dem Faktor „Lächeln, Lachen“ die höchste Zahlungsbereitschaft offenbart. Die einzelnen Faktoren sind für die beiden Varianten „Implantat im Ausland herstellen/einbringen lassen“ untereinander signifikant (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$).

Befragte, die ihre zahnprothetische Versorgung mit Urlaub verbinden würden, entschieden sich im Kronenszenario bereits bei einer geringeren Einsparsumme für die Dentaltourismus-Option als die Befragten, die ausschließlich eine Zahnbehandlung durchführen lassen würden (vgl. Abbildung 17). Die Zahlungsbereitschaft der Personen, welche die zahnprothetische Behandlung mit einem Urlaub vor Ort verbinden, war um 32 Euro höher. Dies erscheint plausibel, da die Verknüpfung von Zahnbehandlung und Urlaub den subjektiven Zeit- und Kostenaufwand der Patienten verringert bzw. verringern soll (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$).

Das gleiche Muster zeigt sich auch im Implantatszenario (vgl. Abbildung 18). Die Befragten, die ihre Zahnbehandlung mit Urlaub verbinden würden,

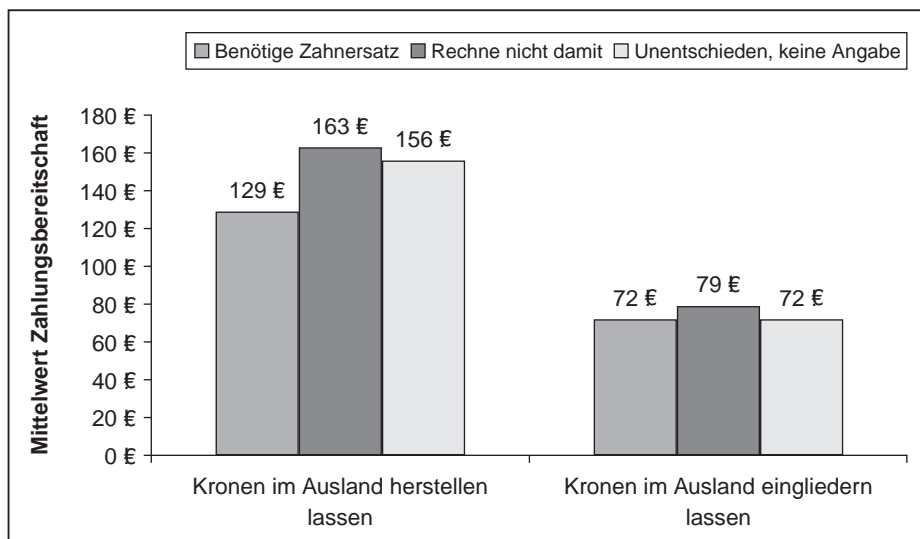


Abbildung 13: Kronenversorgung – aktueller Bedarf vs. Zahlungsbereitschaft

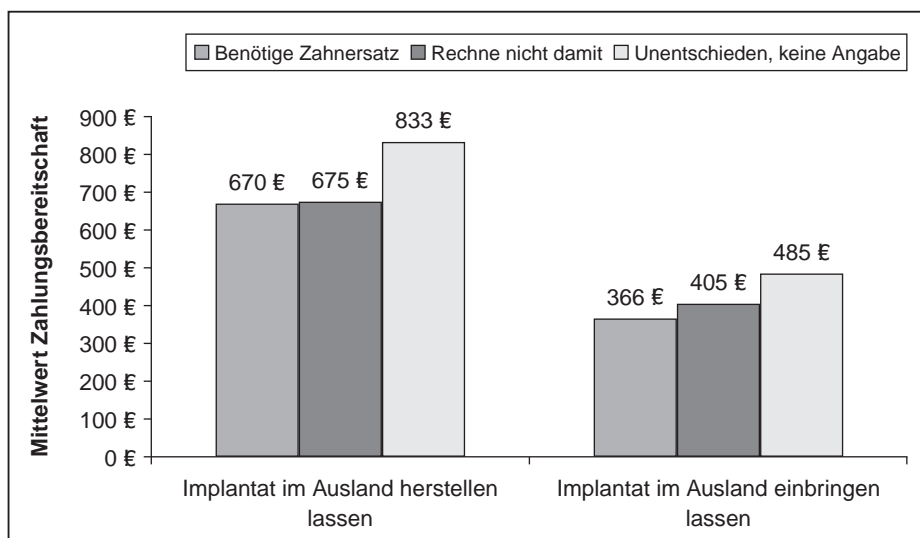


Abbildung 14: Implantatversorgung – aktueller Bedarf vs. Zahlungsbereitschaft

gaben eine höhere Zahlungsbereitschaft für das Einsetzen eines Implantats im Ausland an als die Befragten mit ausschließlicher Zahnbehandlung. Der Unterschied betrug 143 Euro. Die Einflussgrößen sind signifikant (Chi-Quadrat-Test $p < 0,001$).

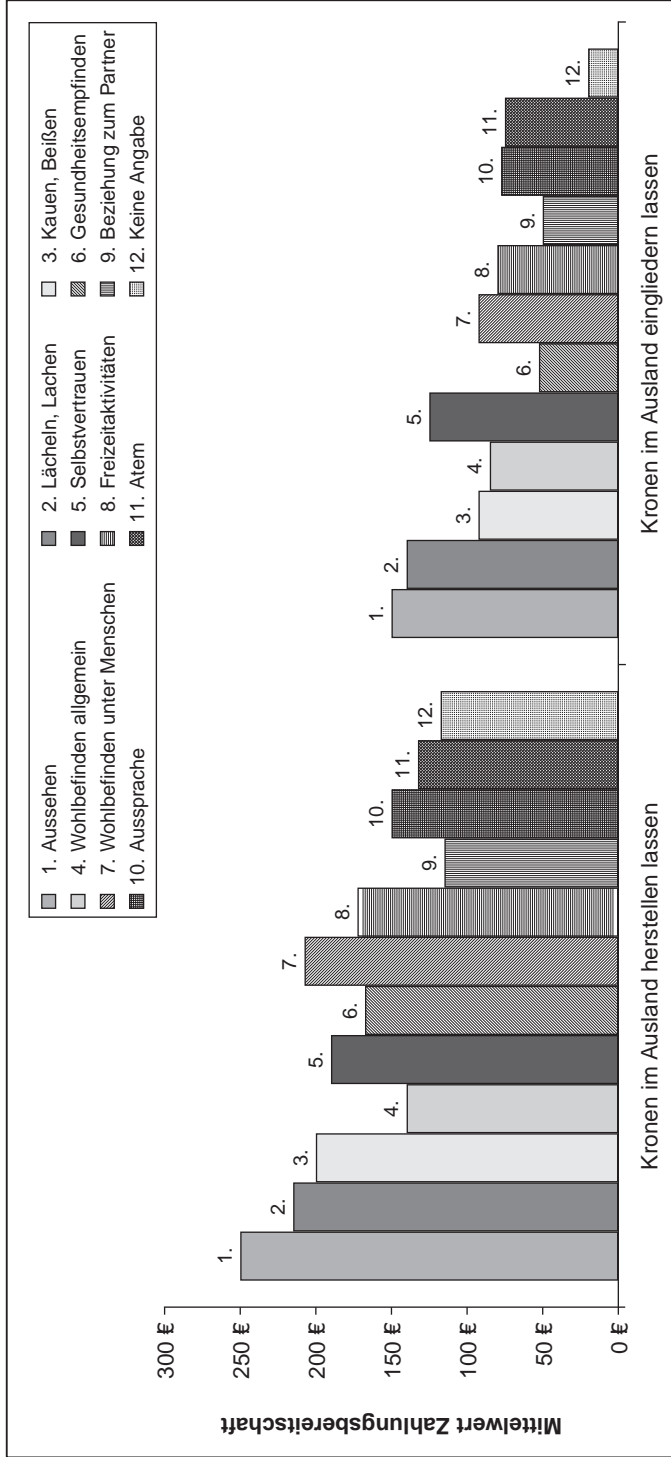


Abbildung 15: Kronenversorgung – Dental Impact Profile vs. Zahlungsbereitschaft

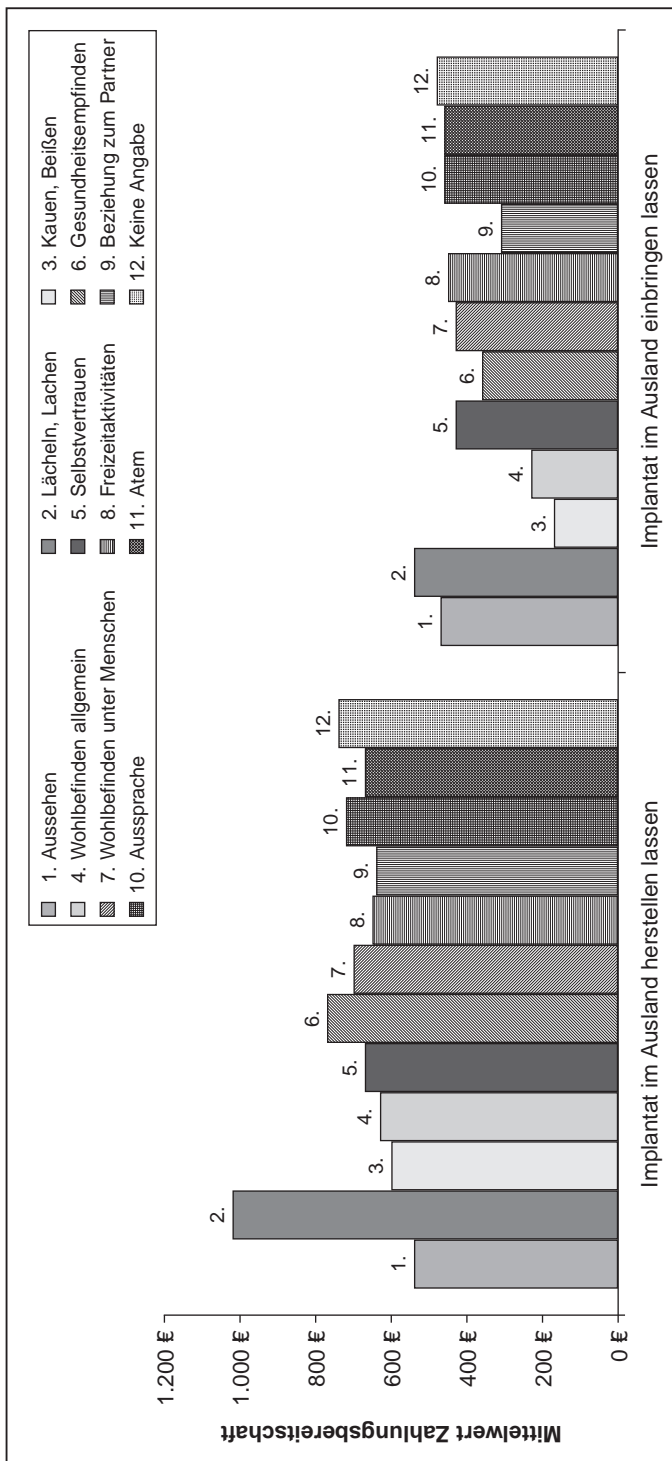


Abbildung 16: Implantatversorgung – Dental Impact Profile vs. Zahlungsbereitschaft

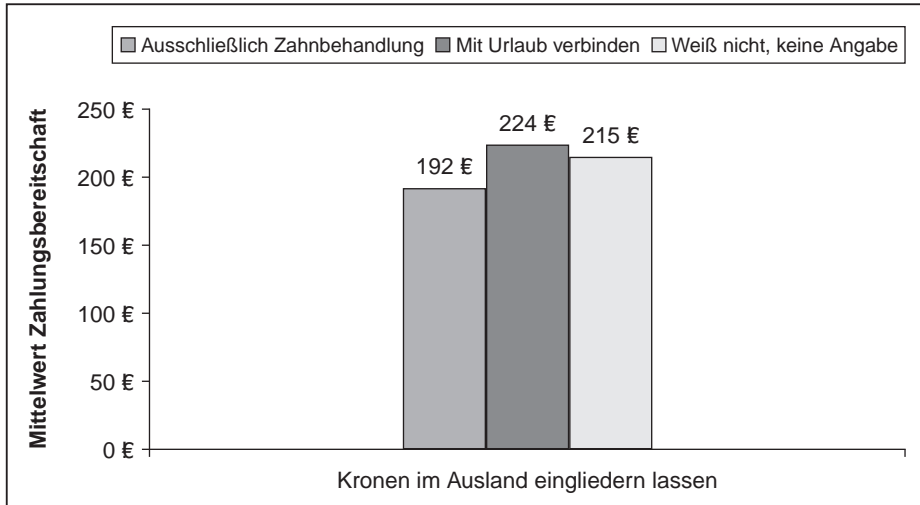


Abbildung 17: Kronenversorgung – Zahnbehandlung und Urlaub (Potenzial) vs. Zahlungsbereitschaft

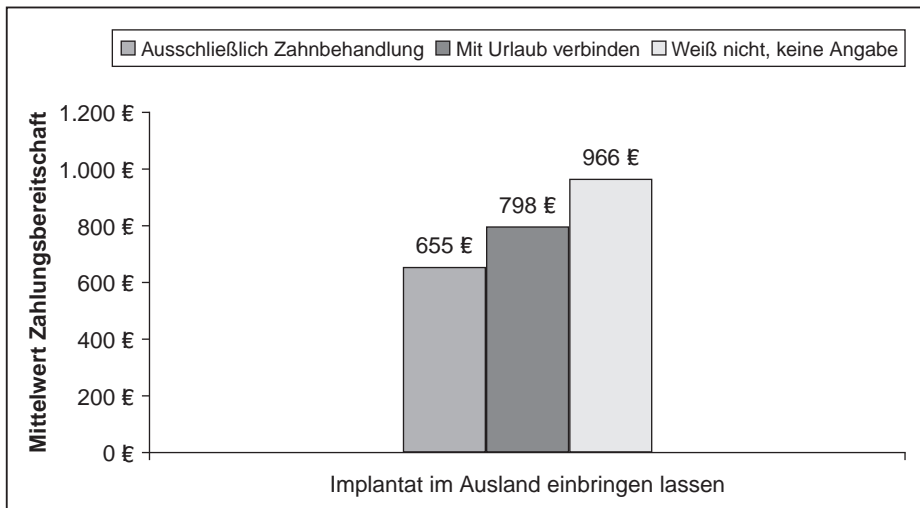


Abbildung 18: Implantatversorgung – Zahnbehandlung und Urlaub (Potenzial) vs. Zahlungsbereitschaft

6.5 Multivariate Regressionsanalyse

Sofern man in der bivariaten Analyse feststellt, dass zwischen zwei Variablen eine statistische Beziehung besteht, ist es sinnvoll, in einem nächsten Schritt zu klären, ob diese statistische Beziehung zwischen zwei Variablen auch als Kausalbeziehung interpretiert werden kann und nicht auf eine gemeinsame Ursache (d. h. eine dritte Variable) zurückzuführen ist (vgl. Benninghaus, 2005). Diese Kausalbeziehung kann vorausgesetzt werden, wenn die statistische Beziehung auch noch dann erhalten bleibt, wenn man den Einfluss dritter Variablen kontrolliert. Den statistischen Nachweis führt man, indem man im Rahmen einer multivariaten Analyse die sog. Störvariablen (Confounder) herausfiltert (vgl. Bortz und Döring, 1995).

Um mögliche Einflussfaktoren auf die dargestellten Zahlungsbereitschaften bzw. Einsparpotenziale zu identifizieren, wurde für jedes der vier Szenarien eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt. Einflussvariablen (unabhängige Variablen) waren Alter, Geschlecht, Region, Schulbildung, Beruf, Haushaltsnettoeinkommen, Krankenversicherungsstatus, bestehende Zahnzusatzversicherung, Häufigkeit des Zahnarztbesuchs, soziale Zahnarztbindung, Wechselbereitschaft zu günstigerem Zahnarzt, aktueller Bedarf von Zahnersatz, psychosoziale Wertigkeit von Zahnersatz (Dental Impact Profile) sowie die Verknüpfung von Zahnbehandlung und Urlaub.

Für die ermittelten Einsparsummen der im Ausland hergestellten Kronen und das Eingliedern der Kronen im Ausland konnte jeweils nur ein signifikanter Prädiktor identifiziert werden (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Signifikante Subgruppen in der multivariaten Zahlungsbereitschaftsanalyse				
Bidding Game (p-Werte)	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland einbringen lassen
	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus
Wechselbereitschaft zu günstigerem Zahnarzt	<0,001		0,008	0,001
Haushaltseinkommen			0,023	
Zahnarztbindung			0,005	
Alter		0,08		
Zusatzversicherung				0,002
Aktueller Versorgungsbedarf				0,012

Für das Herstellen der Kronen im Ausland konnte die Wechselbereitschaft zu einem hypothetisch günstigeren Zahnarzt und für das Eingliedern der Kronen im Ausland das Alter der Befragten als bestimmender Einfluss

ermittelt werden. Für die Zahlungsbereitschaft des im Ausland hergestellten Implantats und das Einbringen des Implantats im Ausland konnten jeweils drei signifikante Prädiktoren ermittelt werden. Diese sind beim Herstellen des Implantats die Wechselbereitschaft zu einem hypothetisch günstigeren Zahnarzt, das Haushaltsnettoeinkommen sowie die Zahnarztbindung. Für das Einbringen des Implantats im Ausland wurden die Wechselbereitschaft zu einem hypothetisch günstigeren Zahnarzt, die Zahnzusatzversicherung sowie der aktuelle Bedarf von Zahnersatz als Einflussfaktoren identifiziert.

7 Ergänzungsmodul: Die Verwendung von Auslandszahnersatz in Zahnarztpraxen – eine empirische Untersuchung zu Verhaltens- und Einstellungsmustern bei niedergelassenen Zahnärzten in Deutschland

Als Ergänzungsmodul zur zuvor dargestellten Bevölkerungsumfrage wurde in Kooperation mit dem Meinungsforschungsinstitut TNS Healthcare/München zusätzlich eine Online-Befragung zum Thema „Auslandszahnersatz“ unter n = 300 Allgemeinzahnärzten in eigener Praxis durchgeführt. Der Befragungszeitraum lag zwischen dem 27. August und dem 17. September 2008. Die Stichprobenziehung erfolgte quotiert nach Alter, Geschlecht und Region. Die Fragen wurden im Rahmen eines Exklusivinterviews gestellt.

Der Strukturvergleich zur Kontrolle der Repräsentativität der Stichprobe (vgl. Tabelle 11) zeigt lediglich geringe Abweichungen nach Geschlecht. Zahnärztinnen sind demnach leicht unterrepräsentiert. Die Verteilung der Stichprobe nach Alter und Region entspricht hingegen recht gut der Struktur der Grundgesamtheit (Praxisinhaber).

Tabelle 11: Zahnärztebefragung – Strukturvergleich zur Kontrolle der Repräsentativität		
Variablen	Online-Befragung	Grundgesamtheit per 29.06.2004
	(n = 300)	(n = 53.706)
	%	%
Altersgruppen		
unter 35 Jahre	9,3	8,2
35 bis unter 45 Jahre	33,7	36,1
45 bis unter 55 Jahre	39,7	34,0
55 bis unter 65 Jahre	16,0	20,1
65 Jahre und älter	1,3	1,6
Geschlechtsverteilung		
männlich	74,3	63,3
weiblich	25,7	36,7
Region		
Nord	34,0	36,3
Süd	39,3	39,8
Ost	26,7	23,9
Quelle: Bundeszahnarztregister, KZBV (2004); eigene Berechnungen		

Die ausgewählten Zahnärzte wurden befragt, ob und wenn ja, in welchem Umfang sie in ihrer Praxis auch Zahnersatz aus dem Ausland verwenden. Eine knappe Mehrheit von 51 % greift demnach grundsätzlich bei der Versorgung ihrer Prothetikpatienten auch auf im Ausland hergestellten Zahnersatz zurück. Der Anteil der Zahnärzte, die dies nach eigenem Bekunden häufig tun, liegt bei 12,3 % (vgl. Abbildung 19). Immerhin 49 % der Zahnärzte gaben zu Protokoll, keinen ausländischen Zahnersatz zu verwenden. Jüngere Zahnärzte sowie generell Zahnärztinnen stehen dem Thema Auslandszahnersatz offensichtlich reservierter gegenüber. Hier äußerten jeweils 58 % der Befragten, keinen ausländischen Zahnersatz zu verwenden.

Die befragten Zahnärzte wurden gebeten, den Anteil der Prothetikfälle, in denen sie ausländischen Zahnersatz verwenden, grob zu schätzen. Abbildung 20 zeigt eine ausgeprägte rechtsschiefe Verteilung der geschätzten Anteile. Rund 14 % der Zahnärzte nutzen in mehr als einem Fünftel ihrer Prothetikfälle ausländischen Zahnersatz, etwa 6 % der Zahnärzte verwenden überwiegend ausländischen Zahnersatz. Über alle Zahnärzte gerechnet beträgt der Anteil im Durchschnitt knapp 10 %, bei den Männern liegt der Anteil mit 10,4 % etwas höher, bei den Frauen mit 8,8 % niedriger. Bei einer Gewichtung der Anteile nach Geschlecht gemäß der Grundgesamtheit läge der durchschnittliche Anteil über alle Befragten nur marginal geringer, nämlich bei 9,8 %.

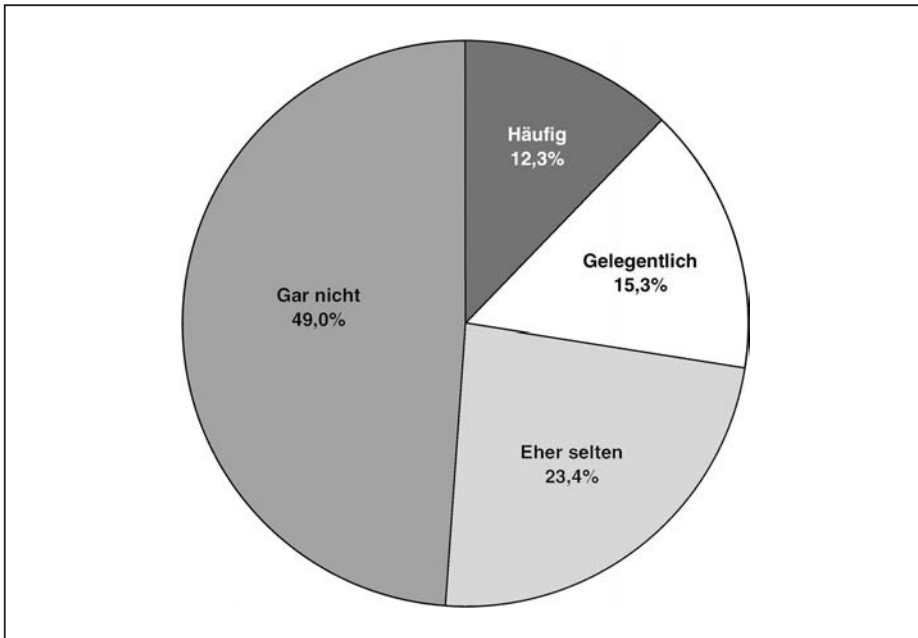


Abbildung 19: Verwendung von Auslandszahnersatz unter deutschen Zahnärzten

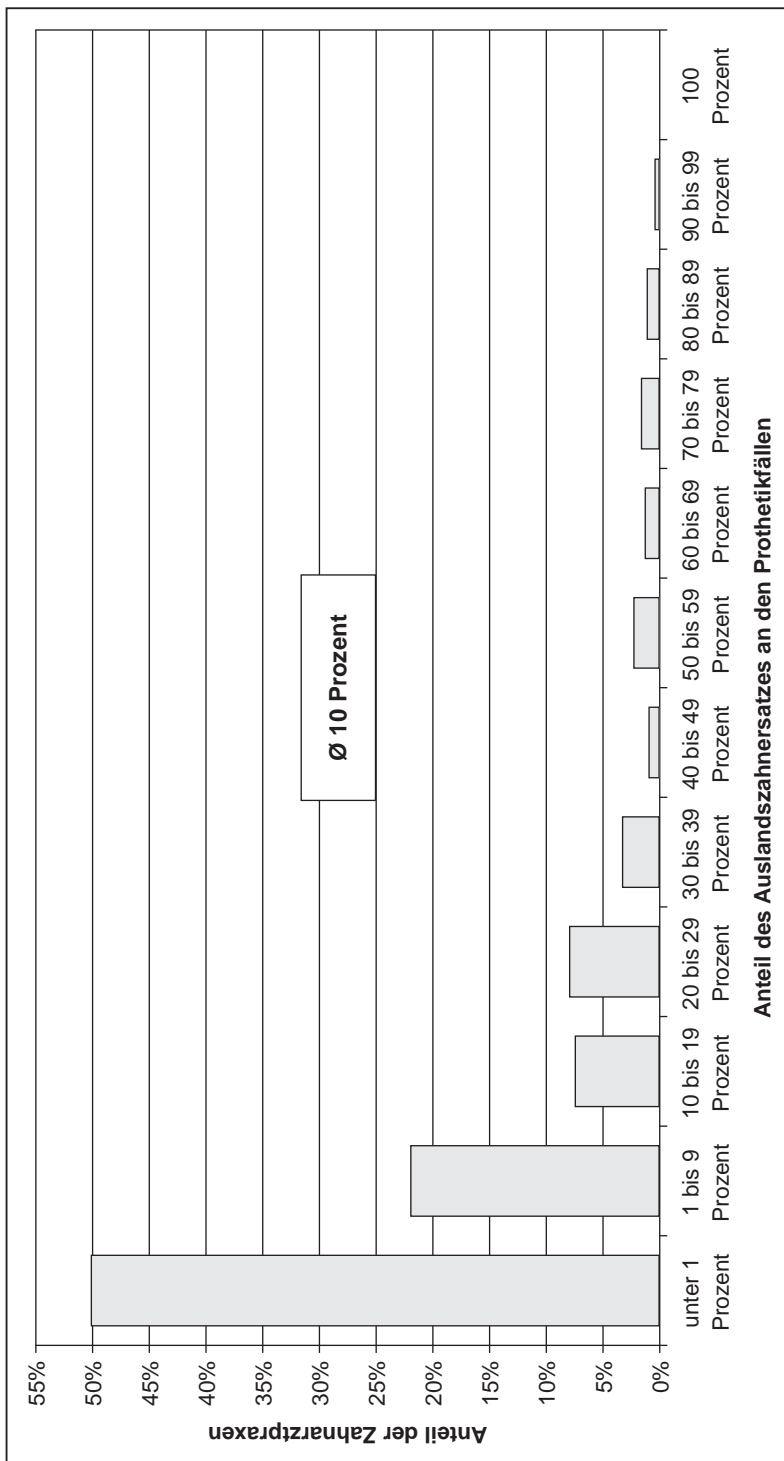


Abbildung 20: Anteil des Auslandszahnersatzes an den Prothetikfällen in deutschen Zahnarztpraxen

In den neuen Bundesländern (Region Ost) ist der Anteilswert mit 12,7 % etwas höher, im Norden des Bundesgebietes (Schleswig Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen, Nordrhein-Westfalen) mit 7,5 % hingegen niedriger.

Bei der Interpretation der genannten Anteilswerte ist zu berücksichtigen, dass die Prävalenzen im Rahmen einer Zahnärztebefragung mit 10 % aus methodischen Gründen deutlich höher ausfallen müssen als in einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage, die ja nur einen durchschnittlichen Anteilswert von 2,3 % für Auslandszahnersatz ausweist. Den berechneten Anteilswerten liegen nämlich höchst unterschiedliche Nennergrößen zugrunde.

Dies liegt erstens daran, dass nicht die gesamte Bevölkerung mit Zahnersatz versorgt ist. In der vorstehenden Bevölkerungsumfrage in der Altersgruppe der 30- bis 75-Jährigen war entsprechend nur ein Anteil von 73,8 % zahnprothetisch versorgt. Zweitens gilt es zu bedenken, dass der zahnmedizinische Versorgungsbedarf mit dem Alter tendenziell ansteigt und in der Altersklasse der 55- bis 65-Jährigen sein Maximum erreicht, während der Altersdurchschnitt in der vorliegenden Bevölkerungsumfrage darunter liegt, nämlich bei 52,4 Jahren. Der befragte Zahnarzt wird sich folglich in der Wahrnehmung seiner eigenen Prothetikfälle in der Praxis auf ein im Schnitt deutlich älteres Patienten Klientel beziehen. Schließlich ist drittens zu berücksichtigen, dass es sich bei der Versorgung mit Auslandszahnersatz um ein relativ neues Phänomen handelt, das erst langsam – im Zuge des auftretenden Prothetikbedarfs – „in die Bevölkerung hineinwandert“. Eine Nachauswertung von Daten aus der Dritten Deutschen Mundgesundheitsstudie (DMS III) von 1997 (vgl. Micheelis und Reich, 1999) zeigt, dass der vorhandene Zahnersatz bei der Gruppe der Senioren (65- bis 74-Jährige) in der Hälfte aller Fälle vor mehr als fünf Jahren eingegliedert wurde. Die genannten Gründe haben zur Folge, dass der aus der Bevölkerungsumfrage resultierende Nenner deutlich größer ist als der korrespondierende Nenner in der Zahnärzteumfrage.

Um abschätzen zu können, wie sich der Markt für ausländischen Zahnersatz in den vergangenen Jahren entwickelt hat, wurden die Zahnärzte gebeten, ihre heutige Situation im Jahre 2008 mit der Situation im Jahre 2004 zu vergleichen, d. h. konkret abzuschätzen, ob sie heute mehr, gleich viel oder aber weniger ausländischen Zahnersatz eingliedern als vier Jahre zuvor.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass sich der Markt für Auslandszahnersatz recht dynamisch entwickelt (hat). Im Schnitt gaben rund 28 % der Zahnärzte an, im Jahr 2008 vergleichsweise häufiger ausländischen Zahnersatz eingegliedert zu haben als vier Jahre zuvor; das sind etwa 57 % bezogen auf die Gruppe der Zahnärzte, die überhaupt ausländischen Zahnersatz verwenden. Aber es gibt auch Gegentendenzen: Immerhin 24,2 % der

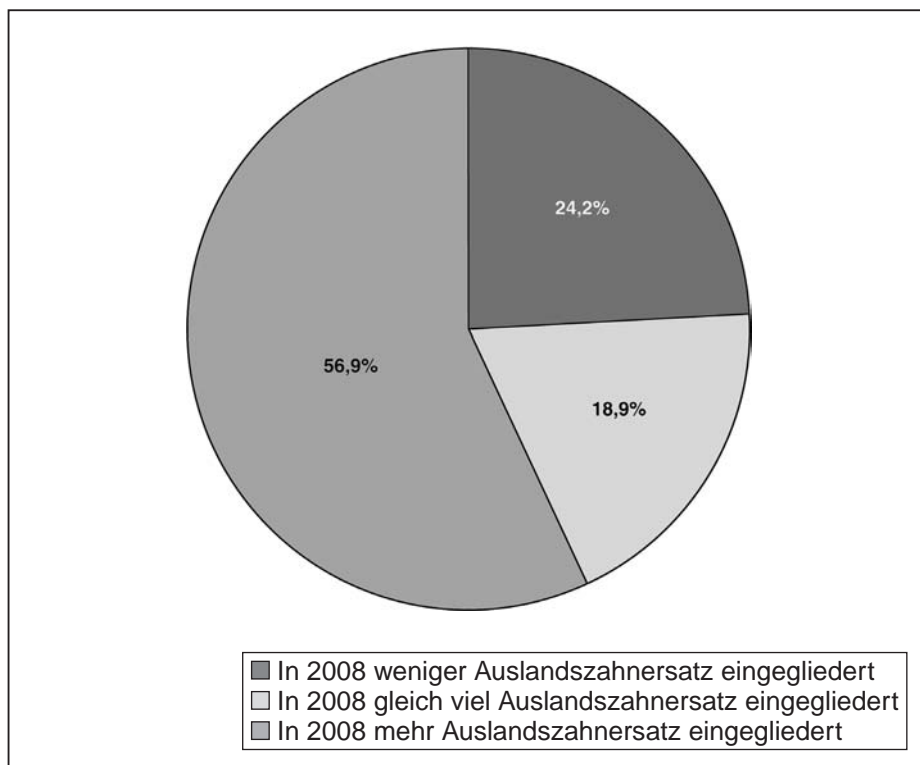


Abbildung 21: Eingliederung von Auslandszahnersatz – Marktentwicklung im Zeitraum 2004–2008 aus Sicht der Zahnärzte in Deutschland

Zahnärzte, die in 2008 auch ausländischen Zahnersatz eingegliedert haben, hatten nach eigener Einschätzung im Jahr 2004 noch häufiger ausländischen Zahnersatz verwendet als im Jahr 2008 (vgl. Abbildung 21).

Im Hinblick auf die Herkunftsländer von ausländischem Zahnersatz zeigt sich eine deutliche Konzentration auf China als Hauptexporteur von Zahnprothetik. Bezieht man Hongkong als chinesische Sonderverwaltungszone ein, so entfällt ein Anteil von 59,5 % allein auf den Export von in China gefertigtem Zahnersatz (vgl. Abbildung 22). Für die gesamte fernöstliche Region beläuft sich der Anteil auf 72,3 %. Außerhalb Ost- bzw. Südostasiens hat lediglich die Türkei mit 14,2 % einen nennenswerten Marktanteil. Von den EU-Mitgliedsstaaten sind lediglich Tschechien, Ungarn und Spanien mit insgesamt 8,1 % Marktanteil vertreten, also drei Länder, die zugleich als stark frequentierte Destinationen für deutsche Dentaltouristen gelten.

Um mehr darüber zu erfahren, aus welchen Gründen sich deutsche Zahnärzte für oder gegen die Verwendung ausländischen Zahnersatzes in der

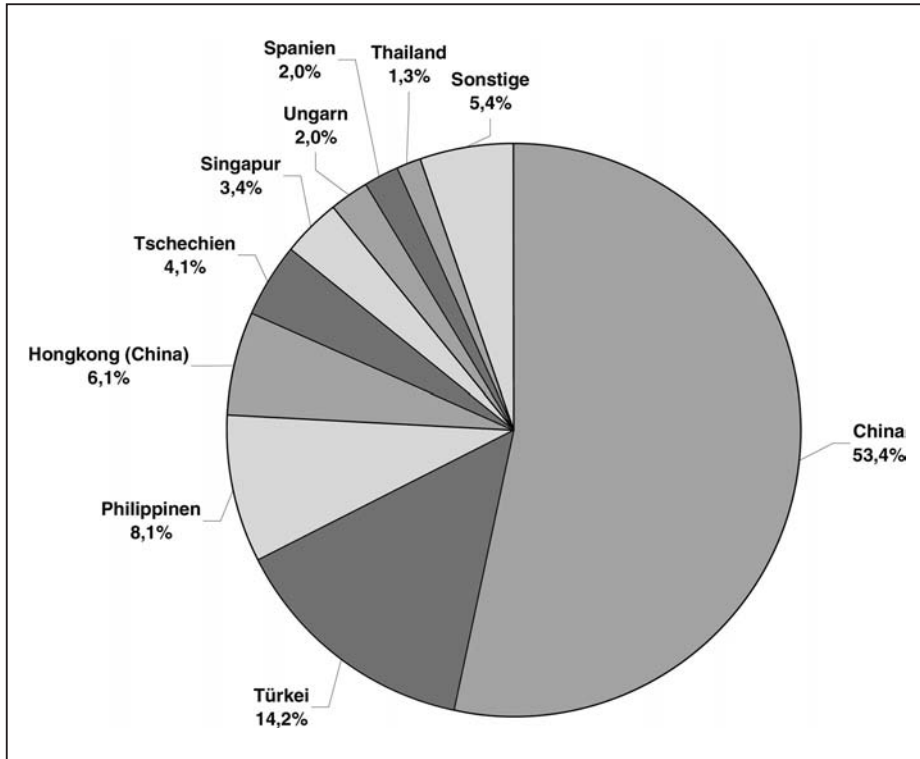


Abbildung 22: Herkunftsländer von ausländischem Zahnersatz

eigenen Praxis entscheiden, wurde abschließend nach den Vor- und Nachteilen einer Verwendung von Zahnersatz aus dem Ausland gefragt.

Bei den Vorteilen nannten 89 % der befragten Zahnärzte erwartungsgemäß die geringen Herstellungskosten bzw. das damit verbundene günstige Preis-Leistungs-Verhältnis, das dem Patienten somit auch mehr finanziellen Spielraum für höherwertige Anfertigungen gebe. Lediglich ein Zehntel der Befragten attestierte dem ausländischen Zahnersatz explizit eine gute Qualität. Service- und Garantieaspekte bei Reklamationen führten 5 % der Befragten als vorteilhaft an. 13 % der Zahnärzte sahen hingegen überhaupt keine Vorteile bei der Verwendung von ausländischem Zahnersatz.

Als ein gravierender Nachteil wurde in 29 % der Fälle die schlechte, fragwürdige bzw. unbekannte Qualität des Auslandszahnersatz genannt. Noch häufiger wurden indes die langen Kommunikations- und Transportwege kritisch gesehen (46 %), die einen abgestimmten und eingeübten Arbeitsablauf zwischen Zahnarzt und Zahntechniker immens erschweren würden (37 %). Die fehlende Nähe zum zahntechnischen Meisterlabor vor Ort beklagten 12 % der befragten Zahnärzte. Die mit der räumlichen Distanz ein-

hergehenden fehlenden Kontrollmöglichkeiten, die mangelnde Transparenz der Herstellungsprozesse sowie unzureichende Materialnachweise stellten für 18 % der Zahnärzte ein ernsthaftes Problem dar. Individuelle und umfangreichere zahntechnische Arbeiten, die u.U. mehrmals angepasst werden müssten, seien unter diesen Umständen nicht machbar (10 %). Letztlich könne bei einem solchermaßen gefertigten Zahnersatz eh nur „standardisierte Ästhetik“ mit einer nicht immer zufriedenstellenden Farbwahl geboten werden (9 %). 31 % der Befragten befürchteten zudem Gewährleistungsprobleme bei Reparaturen oder Nachbesserungen. Jeder neunte befragte Zahnarzt thematisierte darüber hinaus die schädlichen volkswirtschaftlichen „Nebenwirkungen“ einer Verwendung ausländischen Zahnersatzes, die mittelfristig zu einer Verlagerung von Arbeitsplätzen und Devisen ins Ausland führe und somit zum Verlust von Arbeitsplätzen und Wohlstand in Deutschland beitrage. Lediglich 2 % der befragten Zahnärzte urteilten, die Verwendung ausländischen Zahnersatzes sei mit keinerlei Nachteilen verbunden.

8 Diskussion und Ausblick

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 % (vgl. Tabelle 9). Unübersehbar ist indes auch, dass viele 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 haben. Mit Hilfe des gesundheitsökonomischen Analyseinstrumentes „Bidding Game“ konnte das breite Spektrum zwischen weitgehender Zustimmung und völliger Ablehnung ausgeleuchtet werden.

Tabelle 12: Verhältnis der offenbarten Zahlungsbereitschaften zum Inlandspreis

Szenario	Kronen im Ausland herstellen lassen	Kronen im Ausland eingliedern lassen	Implantat im Ausland herstellen lassen	Implantat im Ausland einbringen lassen
	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus	Auslandszahnersatz	Dental-tourismus
Festzuschuss	400 €	400 €	500 €	500 €
Zahlungsbereitschaft	157,48 €	77,13 €	684,53 €	405,06 €
„Preis“	557,48 €	477,13 €	1.184,53 €	905,06 €
Verhältnis zum Inlandspreis	69,7 %	59,6 %	65,8 %	50,3 %

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. 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 12).

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 können. 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-Variante um 80 Euro, im Implantatszenario gar um etwa 280 Euro niedriger.

Die Entscheidung für oder gegen ausländischen Zahnersatz ist also – so banal dies auf den ersten Blick scheinen mag – 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, Unsicherheiten bezüglich der Gewährleistung sowie die Vertrauensbeziehung zum eigenen Zahnarzt eine Entscheidung für die preiswertere ausländische Versorgungsvariante hemmen.

Ein wesentliches Merkmal von Gesundheitsdienstleistungen ist deren Heterogenität. Industriegüter sind in der Regel homogen, Dienstleistungen können es nicht sein, insofern bei ihrer Erstellung Produzent und Konsument zusammenwirken müssen (sog. uno-actu-Prinzip). Die Notwendigkeit des Zusammenwirkens hat zur Folge, dass der Konsument starke persönliche, räumliche und zeitliche Präferenzen herausbildet (vgl. Herder-Dornreich, 1980). Die vorliegende Analyse zeigt in aller Deutlichkeit, dass auch die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz von starken Präferenzen bestimmt wird. Die persönlichen Präferenzen der Patienten werden anhand der hohen sozialen Zahnarztbindung deutlich, zudem konnte der Einfluss der Wechselbereitschaft auf die Zahlungsbereitschaft für ausländischen Zahnersatz aufgezeigt werden. Die Unterschiede in der Zahlungsbereitschaft für die beiden Versorgungsalternativen „Auslandszahnersatz“ versus „Dentaltourismus“ lassen sich ebenfalls mit Blick auf die Präferenzordnung der Patienten plausibel erklären. Die Versorgungsalternative „Auslandszahnersatz“ – hier gliedert der (vertraute) inländische Zahnarzt den im Ausland hergestellten Zahnersatz ein – entspricht in der Regel eher den bestehenden persönlichen, räumlichen und zeitlichen Präferenzen des Patienten als die Versorgungsoption „Dentaltourismus“, die notwendigerweise mit einem Wechsel des Zahnarztes sowie höheren Transaktionskosten (Reisekosten, Zeitaufwand) verbunden ist.

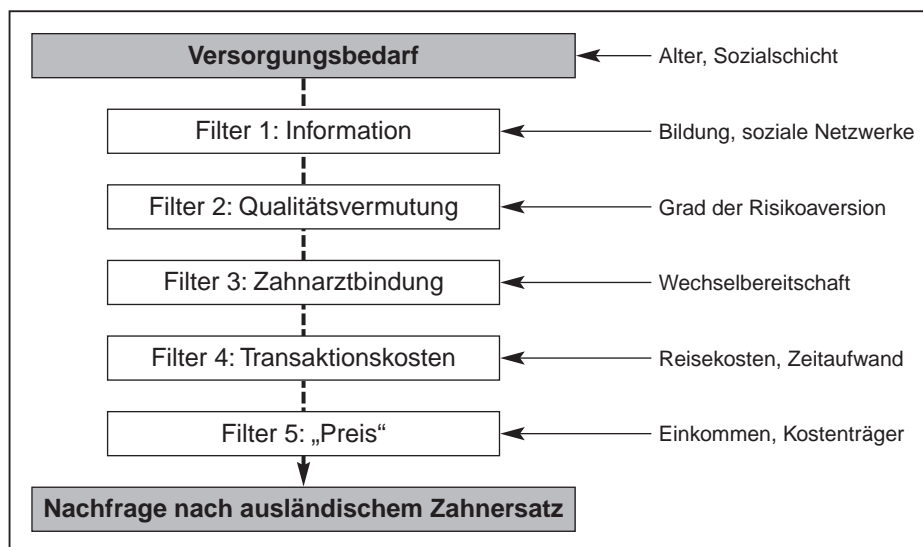


Abbildung 23: Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz

Anhand der Ergebnisse aus der Analyse der psychosozialen Rahmenbedingungen (vgl. Abschnitt 6.2) sowie der bivariaten Analyse der Subgruppen (vgl. Abschnitt 6.4) lässt sich eine Reihe von Faktoren identifizieren, die Einfluss auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz haben. Initial ist natürlich zunächst ein entsprechender Versorgungsbedarf mit Zahnersatz, der sich nicht gleichmäßig über die Bevölkerung verteilt, sondern mit zunehmendem Alter ansteigt. Erkennbar ist zudem ein merklicher Sozialgradient, d. h. untere Sozialschichten weisen einen vergleichsweise höheren Versorgungsbedarf auf (vgl. Micheelis und Schiffner, 2006).

Einen ersten Filter im Hinblick auf die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten stellt die verfügbare Information dar (vgl. Abbildung 23). Die Erlangung von Informationen ist mit Aufwand verbunden (zu den Transaktionskosten siehe auch Filter 4); die Informationsverarbeitung erfordert zudem ein gewisses Maß an intellektuellen Fähigkeiten. Hinweise ihres Zahnarztes auf kostengünstige Angebote wünschten sich 39,6 % der Befragten (vgl. Tabelle 6). 19 % der Befragten waren von ihrem Zahnarzt auf die Option „Auslandszahnersatz“ hingewiesen worden, 12,5 % wurden von ihrem Zahnarzt auf die Möglichkeit des Dentaltourismus aufmerksam gemacht. Größer scheint hier die Rolle der Massenmedien sowie die sozialer Netzwerke zu sein.

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 %) (vgl. Tabelle 7). 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 (vgl. Joss et al., 1999; Krummenauer et al., 2003; Baulig et al., 2004; Baulig, 2008) genährt und verstärkt. Auch in der vorliegenden Zahnärztebefragung nannten 29 % der Zahnärzte die schlechte, fragwürdige oder unbekannte Qualität des Auslandszahnersatz als Ablehnungsgrund für diese Versorgungsalternative. Lediglich 10 % der befragten Zahnärzte nahmen explizit eine gute Qualität des ausländischen Zahnersatzes an. Im Rahmen der Zahlungsbereitschaftsanalyse wurde bewusst keine Aussage zur Qualität der zur Auswahl stehenden Versorgungsalternativen getroffen, da die in der Bevölkerung bestehenden Unsicherheiten möglichst realitätsnah und unbeeinflusst erfasst werden sollten. Untersuchungen, die hier explizit eine gleichwertige Qualität unterstellen, kommen naturgemäß zu deutlich höheren Prävalenzen im Hinblick auf das Interesse an Auslandszahnersatz (vgl. etwa GfK, 2008).

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 ist hoch signifikant 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-Patient-Beziehung. 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 Versorgungsangeboten. Umgekehrt gilt aber auch: Je mehr die Zahnarzt-Patient-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 sog. Transaktionskosten zu nennen. Darunter versteht man alle Kosten, die dem Konsumenten im Rahmen der Übertragung eines Gutes bzw. der Erbringung einer Dienstleistung entstehen. Hierzu zählen zunächst die Such- und Informationskosten, die der Patient für die Erlangung eines Marktüberblickes aufbringt (vgl. hierzu auch Filter 1). Vor allem bei der Versorgungsalternative „Dentaltourismus“ hat der Patient zudem 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 „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 Preisdifferential bzw. die subjektiv gewünschte Einsparsumme, ab der 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 (vgl. Rau, 1992). Im zahnmedizinischen Versorgungsbereich kommt die Einkommenselastizität der Nachfrage ebenfalls zum Tragen (vgl. Klingenberg und Michellis, 2003).

Die im Rahmen des vorliegenden Gesamtprojekts als Ergänzungsmodul zur Bevölkerungsumfrage durchgeführte Zahnärztebefragung fügt sich gut in das Gesamtbild ein. Sie verdeutlicht darüber hinaus die Entwicklungsdynamik eines kleinen, aber wachsenden Marktes für Auslandszahnersatz. Die in der Bevölkerungsumfrage ermittelte noch recht geringe Prävalenz von aus dem Ausland importierten Zahnersatz (2,3 %) ist als sog. Bestandsgröße ins Verhältnis zum Anteil des von hiesigen Zahnärzten aktuell eingegliederten Zahnersatzes zu setzen. Der in der Zahnärztebefragung berichtete Anteil von aktuell 10 % verdeutlicht, dass der Anteil der Personen, die mit ausländischem Zahnersatz versorgt sind, in den nächsten Jahren vermutlich noch merklich steigen wird. Insofern wird die dynamische Marktentwicklung, die bereits im Zeitraum zwischen 2004 und 2008 erkennbar ist, voraussichtlich weiter fortgeführt. Diese Prognose gilt natürlich nur unter der Maßgabe, dass die beschriebenen Filter (vgl. Abbildung 23) auch künftig im bisherigen Umfang wirksam bleiben. Abzuwarten bleibt zudem, inwieweit neue Produktionsverfahren (etwa CAD/CAM-gesteuerte Prozesse) im Inland zu sinkenden Herstellungskosten führen und somit das bestehende Produktionskostengefälle zwischen deutschen und ausländischen Dentallaboren zukünftig deutlich geringer ausfallen könnte. Es sei aber abschließend nochmals betont, dass das von den Patienten subjektiv empfundene und individuell bewertete Preisdifferential in vielen Fällen grundsätzlich ein nachrangiges Entscheidungskriterium bleiben wird, weil die erwartete Kosteneinsparung die ebenfalls individuell bewerteten Nachteile nicht aufzuwiegen vermag.

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 ist zudem eine persönliche und vertrauensbasierte Dienstleistung im Zusammenspiel zwischen Zahnarzt und Patient. 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.

9 Zusammenfassung/Abstract

1. Im Rahmen der Realisierung des europäischen Binnenmarktes sind die grenzüberschreitenden Gesundheitsdienstleistungen in den letzten Jahren verstärkt in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Die aktuelle Situation ist dadurch gekennzeichnet, dass zum einen mehr und mehr Zahnersatz aus dem Ausland nach Deutschland importiert wird, zum anderen die Patienten selbst zunehmend mobiler werden und sich im Ausland bei dort ansässigen Zahnärzten mit Zahnersatz versorgen lassen.
2. Das bestehende Preisgefälle zwischen In- und Ausland hat zur Herausbildung eines Marktes für Auslandszahnersatz und zur Entstehung des Phänomens ‚Dentaltourismus‘ beigetragen. Hintergrund dieser Entwicklung ist das Bestreben von Patienten und Zahnärzten, das Preisgefälle zwischen In- und Ausland auszunutzen und auf diese Weise Kosten zu sparen. Im Falle des Dentaltourismus spricht man daher auch von einem „kostenorientierten Gesundheitstourismus“.
3. Die individuellen Präferenzen der Nachfrager nach Auslandszahnersatz sowie das jeweils angestrebte Kosteneinsparpotenzial wurden mit Hilfe eines fachspezifischen Fragebogens ermittelt. Der Fragebogen umfasste 22 Einzelfragen. Der Feldeinsatz des Fragebogens (April/Mai 2008) stützte sich auf netto n = 1.368 Interviews mit Personen im Alter von 30–75 Jahren, die im Rahmen einer repräsentativen Mehrthemenumfrage befragt wurden. Die Auswahl der Teilnehmer wurde vorquotiert nach der regionalen Verteilung, der Wohnortgröße, dem Geschlecht sowie dem Alter vorgenommen. Bei der Quotierung wurden Daten der Amtlichen Statistik zugrunde gelegt.
4. In methodischer Hinsicht ist das vorliegende Projekt als gesundheitsökonomische „Willingness-to-pay“-Studie angelegt. Durch die Messung der Zahlungsbereitschaft eines potenziellen Kunden werden individuelle Präferenzen des Befragten deutlich, inwieweit er bereit ist, einen bestimmten Geldbetrag für die eigene Gesundheit auszugeben und damit zugleich den Konsum anderer Güter und Dienstleistungen entsprechend einzuschränken. Im Zentrum steht die gesundheitsökonomische Modellierung einer subjektiven Kosten-Nutzen-Abwägung,

die der Patient im Rahmen der Entscheidung für oder gegen eine Versorgung mit Auslandszahnersatz vornimmt.

5. Die Analyse basiert auf der sog. „Kontingenten Bewertungsmethode“. Die Befragten werden mit einem hypothetischen Markt konfrontiert, auf dem sie als potenzielle Nachfrager vor verschiedene Entscheidungssituationen gestellt werden, die jeweils mit unterschiedlichen hypothetischen Selbstbeteiligungsbeträgen verbunden sind. Charakteristisch für die Kontingente Bewertungsmethode ist die Szenariotechnik.
6. Die Studie baut auf vier Versorgungsszenarien auf, die von den Befragten im Rahmen eines sog. „Bidding Game“ bewertet wurden. Zur Bewertung gestellt wurden ein „Kronenszenario“ (drei Einzelkronen im Seitenzahnbereich mit einem hypothetischen Eigenanteil des Patienten in Höhe von 400 Euro) sowie ein „Implantatszenario“ (ein Implantat im Frontzahnbereich mit einem hypothetischen Eigenanteil des Patienten in Höhe von 1.300 Euro). In beiden Szenarien wurde zudem zwischen den Versorgungsoptionen „Auslandszahnersatz“ (Eingliederung von aus dem Ausland importierten Zahnersatzes) und „Dentaltourismus“ (Eingliederung des Zahnersatzes im Ausland) unterschieden.
7. Die Analyse der empirisch ermittelten individuellen Zahlungsbereitschaften für ausländischen Zahnersatz verdeutlicht, dass die Versorgungsalternativen Auslandszahnersatz bzw. Dentaltourismus in der Bevölkerung sehr unterschiedlich bewertet werden. Ein guter Indikator dafür ist die sehr breite Streuung der individuellen Zahlungsbereitschaften in allen vier Szenarien.
8. Der Anteil der Befragten, die sich in den „Bidding Games“ für die inländische und somit gegen die ausländische Variante – selbst bei völliger Zuzahlungsfreiheit – entschieden, lag in den einzelnen Szenarien rechnerisch zwischen 25 % und 65 %. Für einen großen Teil der Bevölkerung scheint die Entscheidung für oder gegen Auslandszahnersatz folglich von grundsätzlicher Natur zu sein, wobei insbesondere skeptische Qualitätsvermutungen, Unsicherheiten bezüglich der Gewährleistung sowie die Vertrauensbeziehung zum eigenen Zahnarzt eine Entscheidung für die preiswertere ausländische Versorgungsvariante hemmen.
9. Unübersehbar ist aber auch, dass viele Befragte zum Thema „Auslandszahnersatz und Dentaltourismus“ in den Szenarien früher oder später 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 %, beim „Dentaltourismus“ rechnerisch um 40 % bis 50 % unter dem kalkulierten Inlandspreis.

10. Im direkten Vergleich wurde die Option „Auslandszahnersatz“ gegenüber der Alternative „Dentaltourismus“ bevorzugt; dies zeigte sich sowohl in den ermittelten Prävalenzen als auch in den durchschnittlichen Zahlungsbereitschaften. Im Kronenszenario lag die durchschnittliche Zahlungsbereitschaft für die Dentaltourismus-Variante rechnerisch um 80 Euro, im Implantatszenario rechnerisch gar um etwa 280 Euro niedriger. Die Option des „Dentaltourismus“ ist notwendigerweise mit einem Wechsel des Zahnarztes sowie höheren Transaktionskosten (Reisekosten, Zeitaufwand) verbunden, die der Befragte bei seiner Entscheidung berücksichtigen muss.
11. 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. Im Rahmen einer vertrauensvollen und langjährigen Zahnarzt-Patient-Beziehung wird die Entscheidung des Patienten für oder gegen Auslandszahnersatz durch seine persönlichen Präferenzen überformt.
12. 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 %).
13. Die Bedeutung der klinischen Qualität wird auch von den deutschen Zahnärzten sehr betont. In der begleitenden Onlinebefragung von $n = 300$ Zahnärzten bezeichneten 29 % der Zahnärzte die schlechte, fragwürdige oder unbekannte Qualität des Auslandszahnersatz als primären Ablehnungsgrund für diese Versorgungsalternative. Lediglich 10 % der befragten Zahnärzte nahmen explizit eine gute Qualität des ausländischen Zahnersatzes an.
14. Dazu passt, dass lediglich 12,3 % der befragten Zahnärzte in der Onlinebefragung zu Protokoll gaben, dass sie häufig Zahnersatz aus dem Ausland verwenden. Immerhin 49 % der Zahnärzte nutzen z. Z. generell keinen ausländischen Zahnersatz.
15. 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 darstellt; beispielsweise sind die „Zahnarztbindung“ oder „skeptische Qualitätsvermutungen“ eigenständige Aspekte der Patientenentscheidung.
16. Im Fazit lassen die Ergebnisse erkennen, dass es sich bei dem Markt für Auslandszahnersatz um ein kleines, aber dynamisch wachsendes Marktsegment handelt. Der Anteil der Personen, die mit ausländischem Zahnersatz versorgt sind, wird in den nächsten Jahren mutmaßlich anwachsen.

Abstract

1. With the progressive implementation of the Single European Market, public interest has in the last few years been increasingly directed towards cross-border healthcare services. The present situation has two particular characteristics. First, more and more dentures are being imported into Germany, and, second, patients themselves are becoming ever more mobile, travelling to other countries to receive prosthetic treatment from local dentists.
2. The price differential between Germany and other countries has contributed to the establishment of a market for foreign dentures and the creation of the phenomenon of “dental tourism”. Underlying this trend is patients’ and dentists’ desire to take advantage of the price differential between Germany and other countries and thereby to save money. For this reason, dental tourism is sometimes described as an example of “cost-based health tourism”.
3. Patients’ individual preferences for foreign dentures and the potential savings thereby envisaged were determined by means of a dedicated questionnaire comprising 22 specific questions. The field work (conducted in April and May 2008) took the form of a representative omnibus survey involving a net total of $n = 1368$ interviews with subjects in the age range 30–75 years. The sample composition was weighted by regional distribution, size of place of residence, sex and age, using data derived from official statistics.
4. The project methodology was that of a willingness-to-pay study in the field of health economics. Measurement of a potential client’s willingness to pay reveals the respondent’s individual preferences in terms of how far he or she is prepared to spend a given sum on his or her health while correspondingly restricting expenditure on other goods and services. The aim is first and foremost to construct a health-economics-based model of a patient’s subjective cost-benefit assessment in deciding for or against dentures of foreign origin.
5. The results are analysed by the “contingent valuation method”. For this purpose the respondents are confronted with a hypothetical market on which they are presented, as potential consumers, with various decisi-

- on situations each involving a different supplementary payment which they must contribute. The contingent valuation method is characterized by the scenario technique.
6. The study provides for four treatment scenarios, to be assessed by the respondents in a “bidding game”. The options were a “crown scenario” (three separate crowns on posterior teeth with a hypothetical contribution of 400 euro by the patient) and an “implant scenario” (one anterior-tooth implant with a hypothetical patient contribution of 1300 euro), the patient in each case also being asked to choose between “foreign dentures” (fitting of imported dentures) and “dental tourism” (prosthesis fitted abroad).
 7. Analysis of individual willingness to pay for foreign dentures, as determined empirically, shows that the relative valuation of the foreign denture and dental tourism treatment options varies markedly among the population. A good indicator of this situation is the extremely wide dispersion of the results for individual willingness to pay in all four scenarios.
 8. The proportion of respondents opting in the bidding games for the German variant and hence rejecting the foreign variant, even with total freedom to pay a supplementary charge, was calculated as falling within the range 25% to 65% for the individual scenarios. Hence the decision for or against foreign dentures seems to be of a fundamental nature for a high proportion of the population, the main factors militating against the cheaper foreign option being scepticism about quality, uncertainty as to guarantee provision and the relationship of trust with the patient’s own dentist.
 9. However, the fact cannot be overlooked that many respondents, when considering the scenarios of “foreign dentures and dental tourism”, opted sooner or later for the foreign alternative. The “average price” threshold at which respondents opted for foreign rather than German dentures was determined mathematically to be 30–35% below the calculated German price in the case of “foreign dentures” and 40–50% below that price in the case of “dental tourism”.
 10. Direct comparison revealed a preference for the “foreign denture” option over “dental tourism”; this was observed both in the prevalences found and in the average results for willingness to pay. Average willingness to pay for the dental tourism option in the crown scenario was calculated as 80 euro less and in the implant scenario as a good 280 euro less. The dental tourism option necessarily entails a change of dentist and higher transaction costs (travelling expenses and time), which respondents must allow for in making their decision.

11. The correlation between the social patient-dentist relationship and willingness to switch to a less expensive dentist was highly significant and proved, in the multivariate regression analysis too, to be the principal determinant in a causal explanation of the variance of willingness to pay for foreign dentures. Where a relationship of trust extending over many years has obtained between patient and dentist, the patient's decision for or against foreign dentures is modified by his or her personal preferences.
12. Quality is a vital factor in the decision for or against foreign dentures. For instance, respondents stated quality aspects to be the decisive criterion appreciably more frequently (92.4%) than the favourable cost of the dentures (31.1 %).
13. The importance of clinical quality is strongly emphasized by the German dental profession too. In the accompanying online survey of n = 300 dentists, 29% of respondents specified poor, questionable or unknown quality of foreign dentures as the main reason for rejection of this treatment option. Only 10% of the dentists surveyed explicitly assumed that foreign dentures would be of good quality.
14. It fits well that only 12.3 % of the respondents in the online survey stated that they often work with foreign dentures. 49 % of the dentists, however, actually do not work with foreign dentures at all.
15. All in all, the analysis clearly shows that the decision for or against foreign dentures depends on a range of criteria, of which "price" is ultimately only one; the "patient-dentist relationship" and "scepticism about quality", for example, are independent aspects of the patient's decision.
16. The results overall indicate that foreign dentures constitute a small but dynamically growing segment of the market. The proportion of the population treated with foreign dentures is likely to increase over the next few years.

10 Verzeichnis der Abbildungen und Tabellen

Abbildungen

- Abbildung 1: Methoden zur Erhebung der Zahlungsbereitschaft (in Anlehnung an Breidert, 2005, S. 40)
- Abbildung 2: Projektmodell
- Abbildung 3: Kronenversorgung – Wechselbereitschaft vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 4: Implantatversorgung – Wechselbereitschaft vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 5: Kronenversorgung – HV-Netto-Monatseinkommen vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 6: Implantatversorgung – HV-Netto-Monatseinkommen vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 7: Kronenversorgung – Soziale Zahnarztbindung vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 8: Implantatversorgung – Soziale Zahnarztbindung vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 9: Kronenversorgung – Altersgruppen vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 10: Implantatversorgung – Altersgruppen vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 11: Kronenversorgung – Zahnzusatzversicherung vs. Zahlungsbereitschaft
- Abbildung 12: Implantatversorgung – Zahnzusatzversicherung vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 13: Kronenversorgung – aktueller Bedarf vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 14: Implantatversorgung – aktueller Bedarf vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 15: Kronenversorgung – Dental Impact Profile vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 16: Implantatversorgung – Dental Impact Profile vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 17: Kronenversorgung – Zahnbehandlung und Urlaub (Potenzial) vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 18: Implantatversorgung – Zahnbehandlung und Urlaub (Potenzial) vs. Zahlungsbereitschaft

Abbildung 19: Verwendung von Auslandszahnersatz unter deutschen Zahnärzten

Abbildung 20: Anteil des Auslandszahnersatzes an den Prothetikfällen in deutschen Zahnarztpraxen

Abbildung 21: Eingliederung von Auslandszahnersatz – Marktentwicklung im Zeitraum 2004–2008 aus Sicht der Zahnärzte in Deutschland

Abbildung 22: Herkunftsländer von ausländischem Zahnersatz

Abbildung 23: Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz

Tabellen

Tabelle 1: Zahlungsbereitschaftsanalysen im zahnmedizinischen Versorgungsbereich

Tabelle 2: Geschlechtsverteilung (Gesamtpopulation und Halbgruppen)

Tabelle 3: Altersverteilung (Gesamtpopulation und Halbgruppen)

Tabelle 4: Regionale Verteilung (Gesamtpopulation und Halbgruppen)

-
- Tabelle 5: Motivmuster der Inanspruchnahme zahnärztlicher Dienstleistungen
- Tabelle 6: Subjektive Erwartungen an den Zahnarztbesuch
- Tabelle 7: Subjektive Erwartungen an eine Zahnersatzeingliederung
- Tabelle 8: Psychosoziale Wertigkeit von Zähnen bzw. Zahnersatz in Anlehnung an den „Dental Impact Profile“ (DIP)
- Tabelle 9: Mittlere Zahlungsbereitschaften in den verschiedenen Szenarien
- Tabelle 10: Signifikante Subgruppen in der multivariaten Zahlungsbereitschaftsanalyse
- Tabelle 11: Zahnärztebefragung – Strukturvergleich zur Kontrolle der Repräsentativität
- Tabelle 12: Verhältnis der offenbarten Zahlungsbereitschaften zum Inlandspreis

11 Literaturverzeichnis

Asai, R.G., Jones, K.D.: Ethical Moment: Am I obligated to treat a patient whose need for emergency care stems from dental tourism? *JADA*, 138 (7), 2007, S. 1018–1019

Atchison, K.A., Gironda, M.W., Schweitzer, S., Felsenfeld, A., Belin, T.R.: Baseline characteristics and treatment preferences of oral surgery patients, *J Oral Maxillofac Surg*, 65 (12), 2007, S. 2430–2437

Balevi, B., Shepperd, S.: The management of an endodontically abscessed tooth: patient health state utility, decision-tree and economic analysis, *BMC Oral Health*, 7 (1), 2007, S. 17

Barmenia Krankenversicherung, F.A.Z.-Institut: Kundenkompass Zahngesundheit, Juli 2008

Baulig, C., Weibler-Villalobos, U., Körner, I., Krummenauer, F.: Evaluation von Ergebnisqualität und Kosteneffektivität zahnärztlich-prothetischer Versorgung im (Nicht-EU-)Ausland, *Dtsch Zahnärztl Z*, 59 (4), H. 4, 2004, S. 230–235

Baulig, C.: Zahnersatz aus dem Ausland – Qualität und Kosten, *Dtsch Zahnärztl Z*, 63 (4), 2008, S. 453–456

Bayoumi, A.M.: The measurement of contingent valuation for health economics, *Pharmacoeconomics*, 22 (11), 2004, S. 691–700

Benninghaus, H.: Deskriptive Statistik, Eine Einführung für Sozialwissenschaftler, 10. Aufl., Wiesbaden 2005

Berg, W.: Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus, München 2008

Birch, S., Ismail, A.I.: Patient preferences and the measurement of utilities in the evaluation of dental technologies, *J Dent Res*, 81 (7), 2002, S. 446–450

Birch, S., Sohn, W., Ismail, A.I., Lepkowski, J.M., Belli, R.F.: Willingness to pay for dentin regeneration in a sample of dentate adults, *Community Dent Oral Epidemiol*, 32 (3), 2004, S. 210–216

Bortz, J., Döring, N.: *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*, Berlin u. a. 1995

Breidert, C.: *Estimation of willingness-to-pay: theory, measurement, and application*, Diss. Wirtschaftsuniv. Wien 2005

Brenner, E., Brosche, C., Herzog, R., Kowatsch, S., Ruhm, F.: Teure Zähne, Gewinn, Nr. 6/2007, S. 49–63

Breyer, F., Zweifel, P., Kifmann, M.: *Gesundheitsökonomik*, 5. Auflage, Berlin u. a. 2005

Cookson, R.: Willingness to pay methods in health care: a sceptical view, *Health Econ*, 12 (11), 2003, S. 891–894

Daniel, D., Ernen, C., Rychlik, R.: Zahlungsbereitschaft (Willingness-to-pay) für Gesundheitsleistungen der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland, *Pharm. Ind.*, 64 (8), 2002, S. 717–723

Diener, A., O'Brien, B., Gafni, A.: Health care contingent valuation studies: a review and classification of the literature, *Health Econ*, 7 (4), 1998, S. 313–326

Dixon, S., Shackley, P.: Estimating the benefits of community water fluoridation using the willingness-to-pay technique: results of a pilot study, *Community Dent Oral Epidemiol*, 27 (2), 1999, S. 124–129

Esfandiari, S., Lund, J.P., Penrod, J.R., Savard, A., Thomason, J.M., Feine, J.S.: Implant overdentures for edentulous elders: study of patient preference, *Gerodontology*, 26 (1), 2008, S. 1–8

European Healthcare Panel (EHP): unveröffentlichte Daten, Sommer 2007

Focus: Medizintourismus – Operation unter Palmen, *Focus*, Nr. 28, 2007, S. 59–71

Frew, E.J., Whynes, D.K., Wolstenholme, J.L.: Eliciting willingness to pay: comparing closed-ended with open-ended and payment scale formats, *Med Decis Making*, 23 (2), 2003, S. 150–159

Frew, E.J., Wolstenholme, J.L., Whynes, D.K.: Comparing willingness-to-pay: bidding game format versus open-ended and payment scale formats, *Health Policy*, 68 (3), 2004, S. 289–298

GfK: Zahnersatz aus China – Eine Untersuchung der GfK Marktforschung, Juni 2008

Halvorsen, B., Willumsen, T.: Willingness to Pay for Dental Fear Treatment, Is Supplying Fear Treatment Socially Beneficial? Discussion Papers No. 334, Statistics Norway, Research Department, Oslo 2002

Herder-Dorneich, P.: Gesundheitsökonomik – Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen, Stuttgart 1980

Hespelt, S.K., Krebs, M.: Perspektiven von Zahlungsbereitschaftsanalysen in partizipativen Verfahren und als Medium der Politikberatung, In: Marggraf, R., Bräuer, I., Fischer, A., Menzel, S., Stratmann, U., Suhr, A. (Hrsg.): Ökonomische Bewertung bei umweltrelevanten Entscheidungen – Einsatzmöglichkeiten von Zahlungsbereitschaftsanalysen in Politik und Verwaltung, Ökologie und Wirtschaftsforschung, Band 55, Marburg 2005, S. 185–208

Johannesson, M.: A note on the relationship between ex ante and expected willingness to pay for health care, Soc Sci Med, 42 (3), 1996, S. 305–311

Joss, A., Christensen, M.M., Jakob, S., Oberholzer, G., Lang, N.P.: Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgung im Vergleich (Schweiz/Ausland, speziell Ungarn), Acta Med Dent Helv, 4 (5), 1999, S. 77–85

Kaufhold, R., Schneider, M.: Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext (EURO-Z), IDZ Information, Nr. 1/2000, Köln 2000

King Jr., J.T., Tsevat, J., Lave, J.R., Roberts, M.S.: Willingness to pay for a qualityadjusted life year: implications for societal health care resource allocation, Med Decis Making, 25 (6), 2005, S. 667–677

Klingenberger, D., Kern, A.O., Micheelis, W.: Zahnärztliche Kommunikationsmuster bei der Versorgung mit Zahnersatz – Ergebnisse einer bundesweiten Evaluationsstudie zum Festzuschuss-System in der Gesetzlichen Krankenversicherung, IDZ-Information, Nr. 2/2006, Köln 2006

Klingenberger, D., Micheelis, W.: Nachfrage zahnprothetischer Leistungen unter Berücksichtigung sozioökonomischer Einflussgrößen, ZWR, 112 (3), 2003, S. 81–90 (Teil 1); ZWR, 112 (4), S. 134–140 (Teil 2)

Klingenberger, D., Micheelis, W.: Befundbezogene Festzuschüsse als innovatives Steuerungsinstrument in der Zahnmedizin – Systemtheoretische Einordnung und empirische Befunde, IDZ-Forschungsbericht, Köln, Oktober 2005

Krummenauer, F., Körner, I., Baulig, C., Weibler-Villalobos, U.: Klinische und ökonomische Evaluation der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Ausland, *Gesundheitswesen*, 65 (8/9), 2003, S. 495–501

Manner, K.: Methodenentwicklung und klinische Anwendung von Willingness-to-pay und Conjoint-Analyse als Parameter der Präferenzbildung bei Psoriasis vulgaris, Diss., Universität Freiburg 2006

Matthews, D., Gafni, A., Birch, S.: Preference based measurements in dentistry: a review of the literature and recommendations for research, *Community Dent Health*, 16 (1), 1999, S. 5–11

Matthews, D., Birch, S., Gafni, A., DiCenso, A.: Willingness to Pay for Periodontal Therapy: Development and Testing of an Instrument, *J Public Health Dent*, 59 (1), 1999, S. 44–51

Matthews, D., Rocchi, A., Gafni, A.: Putting your money where your mouth is: willingness to pay for dental gel, *Pharmacoeconomics*, 20 (4), 2002, S. 245–255

Micheelis, W., Reich, E.: Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III), Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997, Köln 1999

Micheelis, W., Schiffner, U.: Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV), Neue Ergebnisse, zu oralen Krankheitsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005, Köln 2006

O'Brien, B., Viramontes, J.L.: Willingness to pay: a valid and reliable measure of health state preference? *Med Decis Making*, 14 (3), 1994, S. 289–297

Olsen, J.A., Smith, R.: Who Have Been Asked to Value What? A Review of 54 „Willingness-to-Pay“ Surveys in Health Care, Working Paper 83, Centre for Health Program Evaluation, West Heidelberg, April 1999

Olsen, J.A., Smith, R.: Theory versus practice: a review of “willingness-to-pay” in health and health care, *Health Econ*, 10 (1), 2001, S. 39–52

Oscarson, N., Lindholm, L., Källestal, C.: The value of caries preventive care among 19-year olds using the contingent valuation method within a cost-benefit approach, *Community Dent Oral Epidemiol*, 35 (2), 2007, S. 109–117

Pulsus: Schweizerische Patientenbefragung, Januar 2006, Luzern. URL: http://www.pulsus.info/02_aktuell/4_umfragen/umfragen.php?navid=30, Stand: 02.02.2009

Rau, F.: Selbstbeteiligungsregelungen im Gesundheitswesen, Empirische Wirksamkeitsanalysen im internationalen Vergleich, Konstanz 1992

Rosenmöller, M., McKee, M., Baeten, R.: Patientenmobilität in der Europäischen Union, Aus den Erfahrungen lernen, WHO, Kopenhagen 2006

Rychlik, R.: Gesundheitsökonomie, Grundlagen und Praxis, Stuttgart 1999

Smith, A.S.A., Cunningham, S.J.: Which factors influence willingness-to-pay for orthognathic treatment? *Eur J Orthod*, 26 (5), 2004, S. 499–506

Smith, R.D.: The discrete-choice willingness-to-pay question format in health economics: should we adopt environmental guidelines? *Med Decis Making*, 20 (2), 2000, S. 194–206

Smith, R.D.: Sensitivity to scale in contingent valuation: the importance of the budget constraint, *J Health Econ*, 24 (3), 2005, S. 515–529

Smith, R.D.: Contingent valuation in health care: does it matter how the 'good' is described? *Health Econ*, 17 (5), 2008, S. 607–617

Stalhammar, N.O.: An empirical note on willingness to pay and starting-point bias, *Med Decis Making*, 16 (3), 1996, S. 242–247

Strauss, R.P., Hunt, R.J.: Understanding the value of teeth to older adults: Influences on the quality of life, *J Am Dent Assoc*, 124 (1), 1993, S. 105–110

Tamaki, Y., Nomura, Y., Teraoka, K., Nishikahara, F., Motegi, M., Tsurumoto, A., Hanada, N.: Characteristics and willingness of patients to pay the regular check-ups in Japan, *J Oral Sci*, 46 (2), 2004, S. 127–133

Taylor, S.J., Armour, C.L.: Acceptability of willingness to pay techniques to consumers, *Health Expect*, 5 (4), 2002, S. 341–356

Tianviwat, S., Chongsivivatwong, V., Birch, S.: Different dental care setting: does income matter? *Health Econ*, 17 (1), 2008a, S. 109–118

Tianviwat, S., Chongsivivatwong, V., Birch, S.: Prevention versus cure: measuring parental preferences for sealants and fillings as treatments for childhood caries in Southern Thailand, *Health Policy*, 86 (1), 2008b, S. 64–71

Turner, L.: Cross-border dental care: „dental tourism“ and patient mobility, *Br Dent J*, 204 (10), 2008, S. 553–554

van den Berg, B., Brouwer, W., van Exel, J., Koopmanschap, M.: Economic valuation of informal care: the contingent valuation method applied to informal caregiving, *Health Econ*, 14 (2), 2005, S. 169–183

van Steenberghe, D., Bercy, P., De Boever, J., Adriaens, P., Geers, L., Hendrickx, E., Adriaenssen, C., Rompen, E., Malmenäs, M., Ramsberg, J.: Patient evaluation of a novel non-injectable anesthetic gel: a multicenter crossover study comparing the gel to infiltration anesthesia during scaling and root planing, *J Periodontol*, 75 (11), 2004, S. 1471–1478

Völckner, F.: Methoden zur Messung individueller Zahlungsbereitschaften: Ein Überblick zum State of the Art, *Journal für Betriebswirtschaft (JfB)*, 56 (1), 2006, S. 33–60

Whynes, D.K., Wolstenholme, J.L., Frew, E.: Evidence of range bias in contingent valuation payment scales, *Health Econ*, 13 (2), 2004, S. 183–190

Zweifel, P.: Wie viel Geld sind wir bereit, für Gesundheit auszugeben? *Z. ärztl. Fortbild. Qual. Gesundh.wes (ZaeFQ)*, 101 (6), 2007, S. 369–374

12 Tabellenanhang „Ausgewählte Basistabellen aus der Bevölkerungsumfrage“

STATISTIK				
der in der Umfrage 10.020 befragten Personengruppe (deutsche Wohnbevölkerung ab 16 Jahre) im Vergleich zu den Zahlen der Amtlichen Statistik.				
	Repräsentative Umfrage			Amtliche Statistik (*)
	Mai 2008			
	Insgesamt	Halbgruppe		
		A	B	
%	%	%		
REGIONALE VERTEILUNG				
Westl. Länder einschl. West-Berlin	80	80	80	80
Östl. Länder einschl. Ost-Berlin	20	20	20	20
	100	100	100	100
Norddeutschland (Schleswig-Holstein, Hamburg, Niedersachsen, Bremen)				
Nordrhein-Westfalen	16	16	16	16
Südwestdeutschland (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland)	21	21	21	21
Baden-Württemberg	14	14	14	14
Bayern	12	12	12	12
Berlin	15	15	15	15
Nordostdeutschland (Brandenburg, Mecklenb.-Vorp., Sachsen-Anhalt)	4	4	4	4
Sachsen und Thüringen	9	9	9	9
	9	9	9	9
	100	100	100	100
WOHNORTGRÖSSE				
unter 5.000 Einwohner	17	17	17	17
5.000 bis unter 20.000 Einwohner	26	26	26	26
20.000 bis unter 100.000 Einwohner	27	27	27	27
100.000 und mehr Einwohner	30	30	30	30
	100	100	100	100
GESCHLECHT				
Männer	48	48	48	48
Frauen	52	52	52	52
	100	100	100	100
ALTER				
16–29 Jahre	19	19	19	19
30–44 Jahre	26	26	26	26
45–59 Jahre	24	24	24	24
60 Jahre und älter	31	31	31	31
	100	100	100	100
(*) Original- und Schätzwerte (für die deutsche Wohnbevölkerung ab 16 Jahre) nach Daten der Amtlichen Statistik. Quelle: Mikrozensus 2006.				

STATISTIK				
der in der Umfrage 10.020 befragten Personengruppe (deutsche Wohnbevölkerung ab 16 Jahre) im Vergleich zu den Zahlen der Amtlichen Statistik.				
	Repräsentative Umfrage			Amtliche Statistik (*)
	Mai 2008			
	Insgesamt	Halbgruppe		
		A	B	
%	%	%		
BERUFSTÄTIGKEIT				
Erwerbspersonen (Berufstätige und Arbeitslose)	59	58	61	59
Nichterwerbspersonen	41	42	39	41
	100	100	100	100
BERUFSKREISE (**)				
Arbeiter	17	18	17	17
Angestellte	32	30	34	32
Beamte	3	3	3	3
Selbständige und freiberuflich Tätige	7	7	7	7
Nichterwerbspersonen	41	42	39	41
	100	100	100	100
FAMILIENSTAND				
Verheiratet	55	55	55	55
– Männer	28	28	27	28
– Frauen	27	27	28	27
Ledig	29	30	29	29
Verwitwet, geschieden	16	15	16	16
	100	100	100	100
HAUSHALTSGRÖSSE				
Von der deutschen Wohnbevölkerung ab 16 Jahre leben in Haushalten mit				
– 1 Person	22	22	22	22
– 2 Personen	38	38	38	38
– 3 Personen	19	19	18	19
– 4 Personen	15	14	17	15
– 5 Personen und mehr	6	7	5	6
	100	100	100	100
(*) Original- und Schätzwerte (für die deutsche Wohnbevölkerung ab 16 Jahre) nach Daten der Amtlichen Statistik. Quelle: Mikrozensus 2006.				
(**) für Berufstätige und Arbeitslose (Einstufung Arbeitslose nach letzter Berufsstellung)				

13 Dokumentation des Fragebogens

INSTITUT FÜR DEMOSKOPIE ALLENSBACH

Für Formulierung und Anordnung
alle Rechte beim IfD !

Auszug aus der
Hauptbefragung 10020
Mai 2008

INTERVIEWER: Fragen wörtlich vorlesen. Bitte die Buchstaben oder Zahlen neben zutreffenden Antworten einkreisen. Wenn keine Antworten vorgegeben sind, auf den punktierten Linien Antworten im Wortlaut eintragen. Alle Ergebnisse dieser Umfrage dienen dazu, die Meinung der Bevölkerung zu erforschen und besser bekanntzumachen.

Nach einigen Einleitungsfragen zu neutralen Themen:

1. "Einige Fragen zum Thema Zahnarzt:
Wann gehen Sie in der Regel zum Zahnarzt:
Gehen Sie regelmäßig zur Kontrolle, oder ab
und zu, oder gehen Sie nur zum Zahnarzt, wenn
Sie Schmerzen oder Beschwerden haben?"
- | | |
|--|-------------------------------------|
| | REGELMÄSSIG ZUR KONTROLLE 1 |
| | AB UND ZU ZUR KONTROLLE 2 |
| | NUR BEI SCHMERZEN, BESCHWERDEN... 3 |
| | KEINE ANGABE 4 |

2. INTERVIEWER überreicht **rosa** Liste 1 !

"Was ist Ihnen bei einem Zahnarztbesuch besonders wichtig? Hier auf der Liste ist einiges aufgeschrieben. Bitte nennen Sie mir die drei Punkte, die Ihnen am wichtigsten sind."
(Nicht mehr als drei Angaben! - Genanntes einkreisen!)

/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 /
/ 11 / 12 /

NICHTS DAVON 0
KEINE ANGABE 9

3. t "Wie ist das bei Ihnen, gehen Sie in der Regel immer zum selben Zahnarzt, oder wechseln Sie häufiger mal den Zahnarzt?"
- | | |
|--|--------------------------------------|
| | IMMER ZUM SELBEN ZAHNARZT 1 |
| | WECHSLE HÄUFIGER DEN ZAHNARZT 2 |
| | GEHE NIE ZUM ZAHNARZT 3** |
| | KEINE ANGABE 4** |

** Gleich übergehen zu Frage 5 !

4. a) "Würden Sie Ihren Zahnarzt wechseln, wenn Sie bei einem anderen Zahnarzt die gleichen Leistungen für weniger Geld erhalten könnten, oder würden Sie das nicht tun?"
- | | |
|--|--|
| | WÜRD E WECHSELN 1 |
| | WÜRD E DAS NICHT TUN 2** |
| | SCHWER ZU SAGEN, KOMMT DARAUF AN . 3** |

** Gleich übergehen zu Frage 5 !

- b) "Und würden Sie auch einen längeren Anfahrtsweg in Kauf nehmen, um bei einem anderen Zahnarzt die gleichen Leistungen für weniger Geld zu erhalten, oder würden Sie das nicht tun?"
- | | |
|--|--------------------------------------|
| | WÜRD E ICH IN KAUF NEHMEN 1 |
| | WÜRD E DAS NICHT TUN 2** |
| | SCHWER ZU SAGEN, KOMMT DARAUF AN . 3 |

** Gleich übergehen zu Frage 5 !

- c) "Wie viel Zeit dürfte es höchstens in Anspruch nehmen, zu diesem neuen Zahnarzt zu kommen? Wie viel Zeit würden Sie dafür höchstens einplanen wollen?"
- | | |
|--|---------------------------------|
| | HÖCHSTENS MINUTEN |
| | SCHWER ZU SAGEN, KEINE ANGABE 9 |

5. INTERVIEWER überreicht **weiße** Liste 2 !

"Hier sind einmal verschiedene Arten von Zahnersatz aufgeschrieben. Wie ist das bei Ihnen: Haben Sie selbst irgendeinen Zahnersatz von der Liste hier? Plomben oder Füllungen sind hier nicht gemeint." (Alles Genannte einkreisen!)

JA, und zwar: / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 /

NEIN, KEINEN 0**
WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 7 !

10020/2

- | | | |
|-----------------------------------|--|---|
| 6. | "Einmal ganz allgemein gefragt:
Wie zufrieden sind Sie alles in allem mit
Ihrem Zahnersatz? Würden Sie sagen ..." | "sehr zufrieden" 1
"zufrieden" 2
"teils, teils" 3
"eher unzufrieden" 4
"sehr unzufrieden" 5
UNENTSCHEIDEN, KEINE ANGABE 6 |
| <hr/> | | |
| 7. | "Um Kosten zu sparen, kann man sich von einem Zahnarzt in Deutschland ja auch Zahnersatz einsetzen lassen, der im Ausland angefertigt wurde, vor allem in asiatischen Ländern wie China, Singapur oder Thailand. Wie ist das bei Ihnen:
Haben Sie schon mal Zahnersatz erhalten, der im Ausland angefertigt wurde, oder haben Sie schon mal über diese Möglichkeit nachgedacht, oder trifft nichts davon auf Sie zu?" | SCHON ERHALTEN 1
DARÜBER NACHGEDACHT 2
NICHTS DAVON TRIFFT ZU 3**
WEISS NICHT, KEINE ANGABE 4** |
| ** Gleich übergehen zu Frage 11 ! | | |
| <hr/> | | |
| 8. | INTERVIEWER überreicht blaue Liste 3 !

"Wie sind Sie auf die Möglichkeit aufmerksam geworden, sich im Ausland hergestellten Zahnersatz einsetzen zu lassen? Was von dieser Liste würden Sie da nennen?"
(Alles Genannte einkreisen!) | |
| / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / | | |
| | | ANDERES, und zwar: 8
KEINE ANGABE 9 |
| <hr/> | | |
| 9. a) | INTERVIEWER-EINSTUFUNG nach Frage 7:

Hat der/die Befragte schon Zahnersatz aus dem Ausland erhalten? | JA, SCHON ERHALTEN 1
NEIN 2** |
| ** Gleich übergehen zu Frage 11 ! | | |
| b) | "Bevor Sie sich für den im Ausland hergestellten Zahnersatz entschieden haben:
haben Sie da verschiedene Preise für Zahnersatz miteinander verglichen, oder haben Sie keine Preise verglichen?" | PREISE VERGLICHEN 3
KEINE PREISE VERGLICHEN 4 |
| <hr/> | | |
| 10. | "Das ist vielleicht nicht ganz einfach zu sagen, aber was schätzen Sie: Wie viel Geld haben Sie dadurch gespart, dass Ihr Zahnersatz im Ausland und nicht in Deutschland hergestellt wurde? Wie viel Euro in etwa?" | IN ETWA: EURO
UNMÖGLICH ZU SAGEN 9 |

10020/3

In der repräsentativen Halbgruppe A:**11. INTERVIEWER überreicht Bildblatt 4 !**

"Einmal angenommen, Sie benötigen Zahnersatz, und zwar drei Kronen, so wie Sie es hier abgebildet sehen. Ihr Zahnarzt fragt Sie, ob Sie diesen Zahnersatz in Deutschland oder, für weniger Geld, im Ausland herstellen lassen wollen. Ein in Deutschland hergestellter Zahnersatz würde Sie ungefähr 400 Euro kosten. Wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 160 Euro sparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1*
 IM AUSLAND HERGESTELLT 2***
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

* ←

- a) "Und wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 200 Euro sparen könnten: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
 IM AUSLAND HERGESTELLT 2**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- b) "Wie wäre es, wenn Sie 240 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 4
 IM AUSLAND HERGESTELLT 5**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- c) "Und wenn Sie 280 Euro einsparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 7
 IM AUSLAND HERGESTELLT 8**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- d) "Und wie wäre es schließlich, wenn Sie 320 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
 IM AUSLAND HERGESTELLT 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

*** →

- A) "Und wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 120 Euro sparen könnten: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1**
 IM AUSLAND HERGESTELLT 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- B) "Wie wäre es, wenn Sie 80 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 4**
 IM AUSLAND HERGESTELLT 5
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- C) "Und wenn Sie 40 Euro einsparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 7**
 IM AUSLAND HERGESTELLT 8
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

- D) "Und schließlich, wenn der Zahnersatz in Deutschland und im Ausland gleich viel kosten würde: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
 IM AUSLAND HERGESTELLT 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

K 2

10020/4

In der repräsentativen Halbgruppe B:

11. INTERVIEWER überreicht Bildblatt 4 !

"Einmal angenommen, Sie benötigen Zahnersatz, und zwar ein Implantat, so wie Sie es hier abgebildet sehen. Ihr Zahnarzt fragt Sie, ob Sie diesen Zahnersatz in Deutschland oder, für weniger Geld, im Ausland herstellen lassen wollen. Ein in Deutschland hergestellter Zahnersatz würde Sie ungefähr 1300 Euro kosten. Wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 520 Euro sparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1*
- IM AUSLAND HERGESTELLT 2***
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

* ←

a) "Und wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 650 Euro sparen könnten: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
- IM AUSLAND HERGESTELLT 2**
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

*** →

A) "Und wenn Sie bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz 390 Euro sparen könnten: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1** 5
- IM AUSLAND HERGESTELLT 2
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

b) "Wie wäre es, wenn Sie 780 Euro einsparen könnten?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 4
- IM AUSLAND HERGESTELLT 5**
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

B) "Wie wäre es, wenn Sie 260 Euro einsparen könnten?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 4**
- IM AUSLAND HERGESTELLT 5
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

c) "Und wenn Sie 910 Euro einsparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 7
- IM AUSLAND HERGESTELLT 8**
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

C) "Und wenn Sie 130 Euro einsparen könnten: für welchen Zahnersatz würden Sie sich dann entscheiden? Für den in Deutschland oder für den im Ausland hergestellten Zahnersatz?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 7**
- IM AUSLAND HERGESTELLT 8
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 12 !

d) "Und wie wäre es schließlich, wenn Sie 1.040 Euro einsparen könnten?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
- IM AUSLAND HERGESTELLT 2
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

D) "Und schließlich, wenn der Zahnersatz in Deutschland und im Ausland gleich viel kosten würde: für welchen würden Sie sich dann entscheiden?"

- IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT 1
- IM AUSLAND HERGESTELLT 2
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

12. "Wir haben jetzt ausschließlich über eine mögliche Kostenersparnis bei einem im Ausland hergestellten Zahnersatz gesprochen. Nun einmal ganz allgemein gefragt: Was wäre für Sie bei einer solchen Entscheidung am wichtigsten: die Kostenersparnis, die Qualität des Zahnersatzes oder die Empfehlung Ihres Zahnarztes?" (Mehreres kann angegeben werden!)

- KOSTENERSPARNIS 1
- QUALITÄT DES ZAHNERSATZES 2
- EMPFEHLUNG DES ZAHNARZTES 3

ANDERES: 8

KÄME GAR NICHT IN FRAGE 0

KEINE ANGABE 9

10020/5

An späterer Stelle im Interview:

13. "Noch einmal zum Thema Zahnersatz:
Wenn man beim Zahnersatz Geld einsparen möchte, gibt es ja auch die Möglichkeit, ins Ausland, z.B. nach Ungarn, zu fahren und sich dort von einem Zahnarzt den Zahnersatz einsetzen zu lassen. Wie ist das bei Ihnen:
Sind Sie schon mal ins Ausland gefahren, um sich Zahnersatz einsetzen zu lassen, oder haben Sie schon mal über diese Möglichkeit nachgedacht, oder trifft nichts davon auf Sie zu?"
- | | |
|--|----------------------------------|
| | INS AUSLAND GEFAHREN 1 |
| | DARÜBER NACHGEDACHT 2 |
| | NICHTS DAVON TRIFFT ZU 3** |
| | KEINE ANGABE 4** |
- ** Gleich übergehen zu Frage 17!
-
14. INTERVIEWER überreicht nochmals **blaue** Liste 3 !
"Wie sind Sie auf die Möglichkeit aufmerksam geworden, sich Zahnersatz im Ausland einsetzen zu lassen? Was von dieser Liste würden Sie da nennen?"
(Alles Genannte einkreisen!)
- / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 /
- | | |
|-------------------------|----------------------|
| ANDERES, und zwar:..... | 8 |
| | KEINE ANGABE 9 |
-
15. a) INTERVIEWER-EINSTUFUNG nach Frage 13:
Ist der/die Befragte schon ins Ausland gefahren, um sich dort Zahnersatz einsetzen zu lassen?
- | | |
|--|----------------------------------|
| | JA, INS AUSLAND GEFAHREN 1 |
| | NEIN 2** |
- ** Gleich übergehen zu Frage 17 !
-
- b) "Bevor Sie ins Ausland gefahren sind, um sich dort Zahnersatz einsetzen zu lassen: haben Sie da verschiedene Preise miteinander verglichen, also was diese Behandlung anderswo kosten würde, oder haben Sie keine Preise verglichen?"
- | | |
|--|---------------------------------|
| | PREISE VERGLICHEN 1 |
| | KEINE PREISE VERGLICHEN 2 |
-
16. "Das ist vielleicht nicht ganz einfach zu sagen, aber was schätzen Sie: Wie viel Geld haben Sie dadurch gespart, dass Sie sich den Zahnersatz im Ausland und nicht in Deutschland haben einsetzen lassen? Wie viel Euro in etwa?"
- | | |
|--|----------------------------|
| | IN ETWA: EURO |
| | UNMÖGLICH ZU SAGEN X |

10020/6

In der repräsentativen Halbgruppe A:

17. INTERVIEWER überreicht nochmals Bildblatt 4 !

"Noch einmal angenommen, Sie benötigen als Zahnersatz drei Kronen, so wie Sie es hier nochmals abgebildet sehen. Sie haben die Wahl, sich diese Kronen in Deutschland oder, für weniger Geld, im Ausland einsetzen zu lassen. In Deutschland würde Sie das Einsetzen von drei Kronen ungefähr 400 Euro kosten.

Wenn Sie bei einem Zahnarzt im Ausland 160 Euro sparen könnten, wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"

- IN DEUTSCHLAND 1*
- IM AUSLAND 2**
- WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

<p style="text-align: center;">* ←</p> <p>a) "Und wenn Sie im Ausland 200 Euro sparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 1 IM AUSLAND 2** WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>	<p style="text-align: center;">→ ***</p> <p>A) "Und wenn Sie im Ausland 120 Euro sparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 1** IM AUSLAND 2 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>
<p>b) "Wie wäre es, wenn Sie 240 Euro einsparen könnten?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 4 IM AUSLAND 5** WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>	<p>B) "Wie wäre es, wenn Sie 80 Euro einsparen könnten?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 4** IM AUSLAND 5 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>
<p>c) "Und wenn Sie 280 Euro einsparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 7 IM AUSLAND 8** WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>	<p>C) "Und wenn Sie 40 Euro einsparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 7** IM AUSLAND 8 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9** <p>**Gleich übergehen zu Frage 18 !</p>
<p>d) "Und wie wäre es schließlich, wenn Sie 320 Euro einsparen könnten?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 1** IM AUSLAND 2 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3** <p>**Gleich übergehen zu Frage 19 !</p>	<p>D) "Und schließlich, wenn das Einsetzen von drei Kronen in Deutschland und im Ausland gleich viel kosten würde: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"</p> <ul style="list-style-type: none"> IN DEUTSCHLAND 1 IM AUSLAND 2 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

10020/7

In der repräsentativen Halbgruppe B:**17. INTERVIEWER überreicht nochmals Bildblatt 4 !**

"Noch einmal angenommen, Sie benötigen ein Implantat, so wie Sie es hier nochmals abgebildet sehen. Sie haben die Wahl, sich dieses Implantat in Deutschland oder, für weniger Geld, im Ausland einsetzen zu lassen. In Deutschland würde Sie das Einsetzen eines Implantats ungefähr 1300 Euro kosten.

Wenn Sie bei einem Zahnarzt im Ausland 520 Euro sparen könnten, wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"

IN DEUTSCHLAND 1*
 IM AUSLAND 2***
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !



a) "Und wenn Sie im Ausland 650 Euro sparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"

IN DEUTSCHLAND 1
 IM AUSLAND 2**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

b) "Wie wäre es, wenn Sie 780 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND 4
 IM AUSLAND 5**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

c) "Und wenn Sie 910 Euro einsparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"

IN DEUTSCHLAND 7
 IM AUSLAND 8**
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

d) "Und wie wäre es schließlich, wenn Sie 1.040 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND 1**
 IM AUSLAND 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 19 !



A) "Und wenn Sie im Ausland 390 Euro sparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"

IN DEUTSCHLAND 1**
 IM AUSLAND 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

B) "Wie wäre es, wenn Sie 260 Euro einsparen könnten?"

IN DEUTSCHLAND 4**
 IM AUSLAND 5
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 6**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

C) "Und wenn Sie 130 Euro einsparen könnten: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen: in Deutschland oder im Ausland?"

IN DEUTSCHLAND 7**
 IM AUSLAND 8
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 9**

** Gleich übergehen zu Frage 18 !

D) "Und schließlich, wenn das Einsetzen von drei Kronen in Deutschland und im Ausland gleich viel kosten würde: wo würden Sie sich den Zahnersatz dann einsetzen lassen?"

IN DEUTSCHLAND 1
 IM AUSLAND 2
 WEISS NICHT, KEINE ANGABE 3

10020/8

18. "Bei einer Behandlung im Ausland muss man ja auch berücksichtigen, dass Kosten für die Reise und möglicherweise für die Unterbringung entstehen. Wenn Sie sich für eine Behandlung im Ausland entscheiden würden: würden Sie dann vermutlich ausschließlich für die Zahnbehandlung ins Ausland fahren, oder würden Sie die Behandlung mit einem Urlaub verbinden?"

	AUSSCHLIESSLICH	1
	ZAHNBEHANDLUNG	2
	MIT URLAUB VERBINDEN.....	3
	WEISS NICHT, KEINE ANGABE	3

19. "Wie schätzen Sie das ein: Benötigen Sie in nächster Zeit (neuen) Zahnersatz, oder rechnen Sie nicht damit?"

	BENÖTIGE (NEUEN) ZAHNERSATZ	1
	RECHNE NICHT DAMIT.....	2
	UNENTSCHEIDEN, KEINE ANGABE	3

20. INTERVIEWER überreicht **grüne** Liste 5 !

"Einmal unabhängig davon, ob Sie selbst Zahnersatz haben oder nicht: Was ist Ihrer Meinung nach beim Zahnersatz besonders wichtig? Was von der Liste würden Sie nennen?" (Möglichst nicht mehr als drei Angaben! - Genanntes einkreisen!)

/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 /

	NICHTS DAVON	0
	KEINE ANGABE	9

21. INTERVIEWER überreicht **hellgelbes** Kartenspiel und **weißes** Bildblatt 6 !

"Der Zustand der eigenen Zähne bzw. des Zahnersatzes hat ja einen Einfluss darauf, wie man sich selbst fühlt und wie man auf andere wirkt. Hier auf den Karten ist einmal Verschiedenes aufgeschrieben, worauf der Zustand der eigenen Zähne Einfluss haben könnte. Bitte verteilen Sie die Karten auf das Blatt hier, je nachdem, ob Sie glauben, dass der Zustand Ihrer Zähne darauf alles in allem eine positive, eine negative oder gar keine Wirkung hat. Karten, bei denen Sie sich nicht entscheiden können, legen Sie einfach beiseite." (Jeweils Zutreffendes einkreisen!)

POSITIVE WIRKUNG: / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 /

/ 11 /

NEGATIVE WIRKUNG: / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 /

/ 11 /

KEINE WIRKUNG: / 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 /

/ 11 /

22. INTERVIEWER überreicht **gelbe** Liste 7 !

^t "Wie sind Sie krankenversichert? Nennen Sie mir bitte einfach die entsprechende Zahl auf dieser Liste hier." (Genanntes einkreisen!)

/ 1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 /

23. "Haben Sie eine Zusatzversicherung für Zahnbehandlung oder Zahnersatz abgeschlossen?"

	JA	1
	NEIN	2

Zu Frage 2

10020

LISTE 1

Was ist Ihnen bei einem Zahnarztbesuch besonders wichtig?

- (1) Gute Erreichbarkeit, dass die Praxis günstig liegt
- (2) Keine langen Wartezeiten
- (3) Freundliches Praxispersonal
- (4) Moderne technische Ausstattung
- (5) Dass in der Zahnarztpraxis viel Wert auf Hygiene gelegt wird
- (6) Dass der Zahnarzt gründlich, sorgfältig arbeitet
- (7) Dass der Zahnarzt sich viel Zeit nimmt und mir alles genau erklärt
- (8) Dass der Zahnarzt mir hilft, meine Ängste vor der Behandlung abzubauen
- (9) Dass in der Praxis viel Wert auf Vorsorge gelegt wird
- (10) Dass der Zahnarzt einfühlsam ist, gut mit Menschen umgehen kann
- (11) Dass mir der Zahnarzt auf seine Leistungen eine Garantie gibt
- (12) Dass mich der Zahnarzt auf kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten aufmerksam macht

Zu Frage 5

10020

LISTE 2

- (1) Krone
- (2) Brücke
- (3) Herausnehmbare Teilprothese
- (4) Herausnehmbare Vollprothese
- (5) Implantat

Zu Fragen 8 und 14

10020

LISTE 3

**Wie sind Sie auf diese Möglichkeit des
Zahnersatzes aufmerksam geworden?**

- (1) Durch meinen Zahnarzt
- (2) Durch Informationen meiner Krankenkasse
- (3) Durch Informationen einer
Verbraucherberatungsstelle
- (4) Durch Berichte in Zeitungen, Zeitschriften, im
Fernsehen oder im Radio
- (5) Über das Internet
- (6) Durch Gespräche mit Freunden, Verwandten
oder Bekannten

Anderes bitte angeben!

Zu Fragen 11 und 17

10020/A

BILDBLATT 4

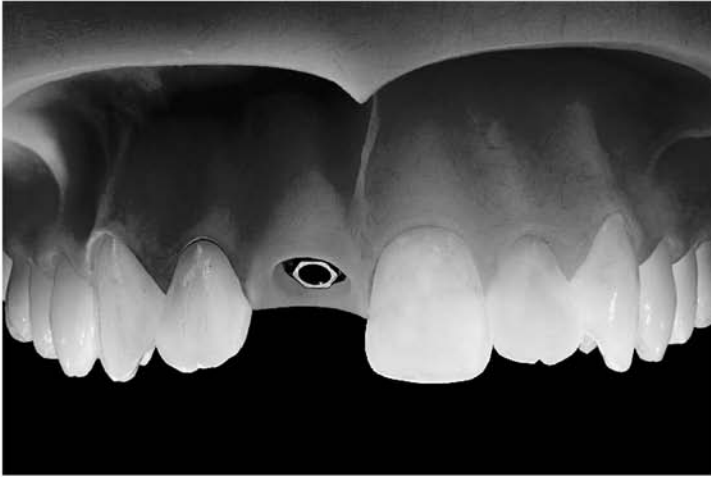
Versorgung mit drei Einzelkronen



Zu Fragen 11 und 17

10020/B

BILDBLATT 4
Versorgung mit einem Implantat



Zu Frage 20

10020

LISTE 5

**Einmal unabhängig davon, ob Sie selbst
Zahnersatz haben oder nicht: Was ist Ihrer
Meinung nach beim Zahnersatz besonders
wichtig?**

(Möglichst nicht mehr als drei Angaben!)

- (1) Gute Qualität, Langlebigkeit
- (2) Schönes, natürliches Aussehen
- (3) Einfache Pflege und Hygiene
- (4) Keine Beeinträchtigung beim Kauen
und Beißen
- (5) Günstiger Preis
- (6) Schnelle Anfertigung, Reparierbarkeit

Zu Frage 21

10020

BILDBLATT 6

Darauf hat der Zustand meiner Zähne...

EINE POSITIVE WIRKUNG:

EINE NEGATIVE WIRKUNG:

GAR KEINE WIRKUNG:

Zu Frage 22

10020

LISTE 7

- (1) Bei einer Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK)
- (2) Bei einer Ersatzkasse wie Barmer, DAK, Techniker usw.
- (3) Bei einer Betriebskrankenkasse
- (4) Bei einer anderen gesetzlichen Krankenkasse wie Innungs-, Landwirtschaftliche Krankenkasse, Knappschaft usw.
- (5) Ausschließlich bei einer privaten Krankenversicherung (z.B. DKV, Barmenia, Allianz usw.)
- (6) Bin nicht krankenversichert

Die folgenden Bogen wurden in einzelne Karten geschnitten, auf denen jeweils nur eine der Angaben zu lesen war. Die Interviewer hatten den Befragten die Karten willkürlich geordnet in die Hand zu geben.

1		2
	Mein Aussehen	Mein Lächeln, mein Lachen
	1	2
3		4
	Wie ich kaue, beiße	Mein Wohlbefinden
	3	4
5		6
	Mein Selbstvertrauen	Wie gesund ich mich fühle
	5	6
7		8
	Wie wohl ich mich unter Menschen fühle	Meine Freizeitaktivitäten
	7	8

6

Die Beziehung zu meinem Partner, meiner Partnerin

10

Meine Aussprache, wie ich spreche

9.

10

11

Mein Atem

11

Veröffentlichungen des Instituts der Deutschen Zahnärzte

Stand: März 2009

Materialienreihe

Amalgam – Pro und Contra. Gutachten – Referate – Statements – Diskussion. Wissenschaftliche Bearbeitung und Kommentierung von G. Knolle, IDZ-Materialienreihe Bd. 1, 3. erweiterte Aufl., ISBN 3-7691-7830-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Parodontalgesundheit der Hamburger Bevölkerung. Epidemiologische Ergebnisse einer CPITN-Untersuchung. G. Ahrens/J. Bauch/K.-A. Bublitz/I. Neuhaus, IDZ-Materialienreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7812-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zahnarzt und Praxiscomputer. Ergebnisse einer empirischen Erhebung. S. Becker/F. W. Wilker, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7813-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Der Zahnarzt im Blickfeld der Ergonomie. Eine Analyse zahnärztlicher Arbeitshaltungen. W. Rohmert/J. Mainzer/P. Zipp, IDZ-Materialienreihe Bd. 4, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7814-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung der Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme. M. Schneider, IDZ-Materialienreihe Bd. 5, ISBN 3-7691-7815-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Mundgesundheitsberatung in der Zahnarztpraxis. T. Schneller/D. Mittermeier/D. Schulte am Hülse/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 6, ISBN 3-7691-7817-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Aspekte zahnärztlicher Leistungsbewertung aus arbeitswissenschaftlicher Sicht. M. Essmat/W. Micheelis/G. Rennenberg, IDZ-Materialienreihe Bd. 7, ISBN 3-7691-7819-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Wirtschaftszweig Zahnärztliche Versorgung. E. Helmstädter, IDZ-Materialienreihe Bd. 8, ISBN 3-7691-7821-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Bedarf an Zahnärzten bis zum Jahre 2010. E. Becker/F.-M. Niemann/J. G. Brecht/F. Beske, IDZ-Materialienreihe Bd. 9, ISBN 3-7691-7823-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Der Praxiscomputer als Arbeitsmittel. Prüfsteine und Erfahrungen. M. Hildmann, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 10, ISBN 3-7691-7824-6, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

Mundgesundheitszustand und -verhalten in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse des nationalen IDZ-Survey 1989. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch, mit Beiträgen von J. Bauch/P. Dünninger/R. Eder-Debye/J. Einwag/J. Hoeltz/K. Keß/R. Koch/W. Micheelis/R. Naujoks/K. Pieper/E. Reich/E. Witt, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.1, ISBN 3-7691-7825-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1991

Oral Health in Germany: Diagnostic Criteria and Data Recording Manual. Instructions for examination and documentation of oral health status. – With an appendix of the sociological survey instruments for the assessment of oral health attitudes and behavior. J. Einwag/K. Keß/E. Reich, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.2, ISBN 3-7691-7826-2, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Mundgesundheitszustand und -verhalten in Ostdeutschland. Ergebnisse des IDZ-Ergänzungssurvey 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, J. Bauch, mit Beiträgen von J. Bauch/A. Borutta/J. Einwag/J. Hoeltz/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/H. Stechemesser, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.3, ISBN 3-7691-7834-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Risikogruppenprofile bei Karies und Parodontitis. Statistische Vertiefungsanalysen der Mundgesundheitsstudien des IDZ von 1989 und 1992. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, E. Schroeder, mit Beiträgen von J. Einwag/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/E. Schroeder, IDZ-Materialienreihe Bd. 11.4, ISBN 3-7691-7839-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996

Psychologische Aspekte bei der zahnprothetischen Versorgung. Eine Untersuchung zum Compliance-Verhalten von Prothesenträgern. T. Schneller/R. Bauer/W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 12, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7829-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Gruppen- und Individualprophylaxe in der Zahnmedizin. Ein Handbuch für die prophylaktische Arbeit in Kindergarten, Schule und Zahnarztpraxis. Gesamtbearbeitung: N. Bartsch, J. Bauch, mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Bauch/K. Dittrich/G. Eberle/J. Einwag/H. Feser/K.-D. Hellwege/E. H. Horschelmann/K. G. König/C. Leitzmann/F. Magri/J. Margraf-Stiksrud/W. Mi-

cheelis/H. Pantke/E. Reihlen/R. Roehl/F. Römer/H. P. Rosemeier/T. Schneller, IDZ-Materialienreihe Bd. 13, ISBN 3-7691-7829-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Betriebswirtschaftliche Entscheidungshilfen durch den Praxiscomputer. E. Knappe/V. Laine/P. Klein/S. Schmitz, IDZ-Materialienreihe Bd. 14, ISBN 3-7691-7831-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1992

Qualitätssicherung in der zahnmedizinischen Versorgung. Weißbuch. J. Bauch/J. Becker/E.-A. Behne/B. Bergmann-Krauss/P. Boehme/C. Boldt/K. Bößmann/K. Budde/D. Buhtz/H.-J. Gronemeyer/K. Kimmel/H.-P. Küchenmeister/W. Micheelis/P. J. Müller/T. Muschallik/C. J. Plöger/M. Schneider/H. Spranger/M. Steudle/B. Tiemann/J. Viohl/K. Walther/W. Walther/J. Weitkamp/P. Witzel, IDZ-Materialienreihe Bd. 15, 2. Aufl., ISBN 3-7691-7837-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1995

Prophylaxe ein Leben lang. Ein lebensbegleitendes oralprophylaktisches Betreuungskonzept. Gesamtbearbeitung: J. Bauch, mit Beiträgen von N. Bartsch/J. Einwag/H.-J. Gülzow/G. Johnke/W. Kollmann/L. Laurisch/J. Margraf-Stiksrud/T. Schneller/K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Bd. 16, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7844-0, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

Streß bei Zahnärzten. Ch. von Quast, IDZ-Materialienreihe Bd. 17, ISBN 3-7691-7840-8, Deutscher Ärzte-Verlag, 1996

Zahnärztliche Qualitätszirkel. Grundlagen und Ergebnisse eines Modellversuches. W. Micheelis/W. Walther/J. Szecsenyi, IDZ-Materialienreihe Bd. 18, 2. unveränderte Aufl., ISBN 3-7691-7846-7, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

Hygiene in der Zahnarztpraxis. Ergebnisse einer Pilotstudie zu den betriebswirtschaftlichen Kosten. V. P. Meyer/D. Buhtz, IDZ-Materialienreihe Bd. 19, ISBN 3-7691-7842-4, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

Amalgam im Spiegel kritischer Auseinandersetzungen. Interdisziplinäre Stellungnahmen zum „Kieler Amalgam-Gutachten“. S. Halbach, R. Hickel, H. Meiners, K. Ott, F. X. Reicht, R. Schiele, G. Schmalz, H. J. Staehle, IDZ-Materialienreihe Bd. 20, ISBN 3-7691-7847-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1999

Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS III). Ergebnisse, Trends und Problemanalysen auf der Grundlage bevölkerungsrepräsentativer Stichproben in Deutschland 1997. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, E. Reich, mit Beiträgen von R. Heinrich/M. John/E. Lenz/W. Micheelis/P. Pott-hoff/E. Reich/P. A. Reichart/U. Schiffner/E. Schroeder/I. von Törne/K.-P. Wefers, IDZ-Materialienreihe Bd. 21, ISBN 3-7691-7848-3, Deutscher Ärzte-Verlag, 1999

Ökonomische Effekte der Individualprophylaxe. Dokumentation eines computergestützten Simulationsmodells. Ralph Kaufhold, Peter Biene-Dietrich, Uwe Hofmann, Wolfgang Micheelis, Lothar Scheibe, Markus Schneider, IDZ-Materialienreihe Bd. 22, ISBN 3-934280-14-5, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, 1999

Evidence-Based Dentistry. Evidenz-basierte Medizin in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde. Gesamtbearbeitung: Winfried Walther, Wolfgang Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 23, 2. unveränderte Auflage, ISBN 3-934280-18-8, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2003

Arbeitsbelastungen bei Zahnärzten in niedergelassener Praxis. Eine arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme zu Wirbelsäulenbelastungen, Berufsdermatosen und Stressfaktoren. V. P. Meyer, R. Brehler, W. H. M. Castro, C. G. Nentwig, unter Mitarbeit von W. Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 24, ISBN 3-934280-24-2, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, 2001

Die zahnärztliche Versorgung im Umbruch. Ausgangsbedingungen und Gestaltungsperspektiven. Festschrift zum 20-jährigen Bestehen des Instituts der Deutschen Zahnärzte 1980-2000. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, D. Fink, mit Beiträgen von E. Reich/K. H. Schirbort/P. J. Tettinger/B. Tiemann/E. Wille/F.-J. Willmes, IDZ-Materialienreihe Bd. 25, ISBN 3-934280-25-0, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV-Hanser, 2001

Kostenexplosion durch Prävention? Orale Gesundheitsgewinne im Alter und versorgungspolitische Konsequenzen. Gesamtbearbeitung: S. Ziller, W. Micheelis, mit Beiträgen von R. Biffar, P. Boehme, W. Kirch, A. Künkel, W. Micheelis, D. Oesterreich, E. Reich, M. Schneider, F. W. Schwartz, J. Weitkamp, S. Ziller, IDZ-Materialienreihe Bd. 26, ISBN 3-934280-37-4, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2002

Arbeitswissenschaftliche Beanspruchungsmuster zahnärztlicher Dienstleistungen (BAZ-II). Materialien zur Beanspruchungsdauer und Beanspruchungshöhe ausgewählter Behandlungsanlässe. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, V. P. Meyer, mit Beiträgen von P. Dünninger, M. Essmat, N. Gülden, U. Hofmann, H.-J. Krankenhagen, G. Meißner, V. P. Meyer, W. Micheelis, B. H. Müller, IDZ-Materialienreihe Bd. 27, ISBN 3-934280-51-X, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2002

System der zahnärztlichen Versorgung in Deutschland. The System of Dental Care in Germany. B. Tiemann, D. Klingenberg, M. Weber, IDZ-Materialienreihe Bd. 28, ISBN 3-934280-63-3, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2003

Prognose der Zahnärztezahl und des Bedarfs an zahnärztlichen Leistungen bis zum Jahr 2020. J. G. Brecht, V. P. Meyer, A. Aurbach, W.

Micheelis, IDZ-Materialienreihe Bd. 29, ISBN 3-934280-64-1, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2004

Die Gesundheits- und Sozialpolitik der Europäischen Union. B. Tiemann, IDZ-Materialienreihe Bd. 30, ISBN 3-934280-86-2, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2005

Vierte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS IV). Neue Ergebnisse zu oralen Erkrankungsprävalenzen, Risikogruppen und zum zahnärztlichen Versorgungsgrad in Deutschland 2005. Gesamtbearbeitung: W. Micheelis, U. Schiffner, mit Beiträgen von T. Hoffmann/M. John/T. Kerschbaum/W. Micheelis/P. Potthoff/E. Reich/U. Reis/F. Reiter/U. Schiffner/E. Schroeder, IDZ-Materialienreihe Bd. 31, ISBN 978-3-934280-94-3, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2006

Broschürenreihe

Zur medizinischen Bedeutung der zahnärztlichen Therapie mit feststehendem Zahnersatz (Kronen und Brücken) im Rahmen der Versorgung. T. Kerschbaum, IDZ-Broschürenreihe Bd. 1, ISBN 3-7691-7816-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1988

Zum Stand der EDV-Anwendung in der Zahnarztpraxis. Ergebnisse eines Symposions. IDZ-Broschürenreihe Bd. 2, ISBN 3-7691-7818-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1989

Mundgesundheit in der Bundesrepublik Deutschland. Ausgewählte Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung des Mundgesundheitszustandes und -verhaltens in der Bundesrepublik Deutschland. IDZ-Broschürenreihe Bd. 3, ISBN 3-7691-7822-X, Deutscher Ärzte-Verlag, 1990

Interprofessionelle Zusammenarbeit in der zahnärztlichen Versorgung. Interprofessional Cooperation in Dental Care. Dokumentation – Documentation FDI-Symposium Berlin, September 1992. IDZ-Broschürenreihe Bd. 4, ISBN 3-7691-7833-5, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Sonderpublikationen

Das Dental Vademekum. Hrsg.: Bundeszahnärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Zahnärztekammern, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Redaktion: IDZ, 10. Ausgabe, ISBN 978-3-7691-3402-5, Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV, 2009

Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. W. Micheelis, P. J. Müller, ISBN 3-924474-00-1, Selbstverlag, 1990

Dringliche Mundgesundheitsprobleme der Bevölkerung im vereinten Deutschland. Zahlen – Fakten – Perspektiven. A. Borutta/W. Künzel/W. Micheelis/P. J. Müller, ISBN 3-924474-01-X, Selbstverlag, 1991

Curriculum Individualprophylaxe in der vertragszahnärztlichen Versorgung. Handreichung für Referenten zur Fortbildung von Zahnärzten und zahnärztlichen Assistenzberufen. Projektleitung und Redaktion: W. Micheelis/D. Fink, Bearbeitung: J. Einwag/K.-D. Hellwege/J. Margraf-Stiksrud/H. Pantke/H. P. Rosemeier/T. Schneller, Fachdidaktische Beratung von N. Bartsch, 2. aktualisierte Aufl., ISBN 3-7691-7835-1, Deutscher Ärzte-Verlag, 1993

Geschichte, Struktur und Kennziffern zur zahnärztlichen Versorgung in der ehemaligen DDR. Eine kommentierte Zusammenstellung verfügbarer Daten von 1949-1989. D. Bardehle, ISBN 3-924474-02-8, Selbstverlag, 1994

Verträglichkeit von Dentallegierungen unter besonderer Berücksichtigung „alternativer“ Verfahren zur Diagnostik. Abschlußbericht zum Forschungsvorhaben. Gesamtbearbeitung: H. Schwickerath, unter Mitarbeit von H. F. Kappert/J. Mau/P. Pfeiffer/G. Richter/S. Schneider/H. Schwickerath/G. K. Siebert, ISBN 3-7691-7845-9, Deutscher Ärzte-Verlag, 1998

Entgegnung der Autoren des Materialienbandes „Amalgam im Spiegel kritischer Auseinandersetzungen“. Zur Replik der Autoren des „Kieler Amalgam-Gutachtens“ (Wassermann et al., 1997). S. Halbach/R. Hickel/H. Meiners/K. Ott/F. X. Reichl/R. Schiele/G. Schmalz/H. J. Staehle. IDZ-Sonderband, ISBN 3-924474-03-6, Selbstverlag 2001

Die Publikationen des Instituts sind im Fachbuchhandel erhältlich oder – sofern vergriffen – direkt über das IDZ zu beziehen.

Mit dem vorliegenden IDZ-Materialienband „Dentaltourismus und Auslandszahnersatz“ werden die Ergebnisse einer bundesweiten repräsentativen Bevölkerungsbefragung über die Einstellungsmuster und Nachfragemotive im Hinblick auf eine Versorgung mit Auslandszahnersatz dokumentiert. Methodisch basiert die empirische Studie auf dem sog. Willingness-to-pay-Ansatz, einem aktuellen gesundheitsökonomischen Analyseinstrument, das hier erstmals auf den Bereich der zahnmedizinischen Versorgung in Deutschland angewendet wird.

Die Analyse der individuellen Zahlungsbereitschaften für Auslandszahnersatz zeichnet das weitgespannte Spektrum der subjektiven Präferenzen in der Bevölkerung nach und verdeutlicht, dass die Nachfrage nach ausländischem Zahnersatz multifaktoriell zu sehen ist und nicht auf eine gleichsam mechanische Reaktion auf Preissignale reduziert werden kann. Insbesondere skeptische Qualitätsvermutungen, Unsicherheiten bezüglich der Gewährleistung sowie die Vertrauensbeziehung zum eigenen Zahnarzt hemmen eine Entscheidung für die preiswertere ausländische Versorgungsvariante.

Die Untersuchung wird mit einer kurzen Dokumentation der Ergebnisse aus einer Zahnärztebefragung zum gleichen Thema abgerundet und spiegelt damit die Gesamtproblematik zusätzlich aus Zahnärztesicht.

ISBN 978-3-7691-3426-1



9 783769 134261