

Verena Struckmann¹, Uta Augustin¹, Dimitra Panteli¹, Reinhard Busse¹

Erfahrungen deutscher Zahnärzte mit grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung*

*The experiences of German dentists with cross-border dental care**



Verena Struckmann, MScPH (Foto: privat)

Warum Sie diesen Beitrag lesen sollten? / Why should you read this article?

Im Allgemeinen sind Daten zum Dentaltourismus in Deutschland nur begrenzt verfügbar und unvollständig trotz der wachsenden Bedeutung grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung. Unseres Wissens nach ist dies die erste qualitative Studie, die das Expertenwissen deutscher Zahnärzte untersucht, um erstmals einen ausführlichen und umfassenden Einblick zu gewinnen. *Generally, data for dental tourism in Germany are limited and incomplete, despite the growing importance of cross-border dental care. To our knowledge this is the first qualitative study that examines the expert's knowledge of German dentists to win for the first time a detailed and comprehensive insight.*

Einführung: Die grenzüberschreitende zahnärztliche Versorgung gewinnt mit dem Inkrafttreten der Richtlinie 2011/24/EU zunehmend an Bedeutung. Die Richtlinie legt neue Rahmenbedingungen für die Ausübung der Patientenrechte bei grenzüberschreitender Leistungsanspruchnahme fest. Während die Erfahrungen mit grenzüberschreitender medizinischer Versorgung von Patienten bereits in Studien untersucht wurden, gibt es diesbezüglich bisher kaum Informationen aus der Perspektive der Zahnärzte.

Methode: Mittels semi-strukturierter Interviews wurden praktizierende Zahnärzte aus dem gesamten Bundesgebiet bezüglich ihrer Erfahrungen mit der zahnärztlichen Versorgung von Patienten aus dem Ausland und Patienten, die zur Behandlung im Ausland gewesen sind, befragt. Die Stichprobenziehung erfolgte über Selbstselektion der Teilnehmer. Die Auswertung der Transkripte wurde mittels der qualitativen Inhaltsanalyse durchgeführt.

Ergebnisse: Die Zahnärzte gaben an, dass deutsche Patienten sich am häufigsten aus Kostengründen oder aufgrund einer wohnortnahen Versorgung in Grenzregionen zahnärztlich im Ausland behandeln lassen. Hingegen ließ sich die Mehrheit der Patienten aus dem Ausland aufgrund von Notfallsituationen zahnärztlich in Deutschland behandeln. Häufigster Kritikpunkt der Zahnärzte war die Qualität der erhaltenen Behandlung im Ausland. Überwiegend bewerteten die

Introduction: The importance of cross-border dental care is growing and, with the coming into force of Directive 2011/24/EU, new requirements and clarifications on patient rights in cross-border healthcare set the context for services obtained abroad. Little research has been carried out to understand movements for dental care, and this has focused primarily on the patients. In contrast, this qualitative study investigates the expertise of German dentists and their experiences with patients from other countries and their knowledge on their own patients traveling abroad for dental care.

Methods: A qualitative study was developed to explore the experiences of German dentists with cross-border dental care. Participants were selected by purposive self-selected sampling. Semi-structured interviews were carried out with 10 dentists practicing throughout Germany. The transcripts were analysed using content analysis.

Results: Dentists perceived the most common reasons for cross-border dental care sought by German patients to be financial, followed by spatial proximity within a border region. The provision of follow-up for patients treated abroad is inconsistent, as some dentists agree to provide it and others do not. The dentists often criticized the quality of treatment received abroad. Overall, German dentists assessed cross-border dental care as a marginal phenomenon.

¹ Fachgebiet Management im Gesundheitswesen, Technische Universität Berlin, Berlin, Deutschland

* This study is the result of research that was co-funded through the EU's FP7 Cooperation Work Programme: Health (contract number 242058; contract acronym EUCBCC). Responsibility for the facts described in the paper and the views expressed lies entirely with the authors.

Peer-reviewed article: eingereicht: 30.12.2015, revidierte Fassung akzeptiert: 30.05.2015

DOI.org/10.3238/dzz.2017.4819

befragten Zahnärzte die grenzüberschreitende zahnärztliche Versorgung in Deutschland als ein Randphänomen.

Schlussfolgerung: Die befragten Zahnärzte sehen einen Regulierungsbedarf in Bezug auf die Kontinuität der Behandlung sowie für rechtliche Aspekte grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung. Bezüglich des deutschen Kontextes stützen unsere Ergebnisse nicht die Annahme, dass eine steigende Anzahl von Patienten für die zahnärztliche Versorgung ins Ausland geht. (Dtsch Zahnärztl Z 2017; 72: 453–460)

Schlüsselwörter: zahnärztliche Versorgung; Erfahrungen der Zahnärzte; grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung in der EU; Gesundheitstourismus; Richtlinie 2011/24/EU; Deutschland

Einführung

Patientenmobilität innerhalb der Europäischen Union (EU) erhält aufgrund steigender Patientenzahlen, die medizinische Leistungen im Ausland erhalten, zunehmend mehr Aufmerksamkeit [15, 17, 21, 25, 29]. Mit Inkrafttreten der Richtlinie 2011/24/EU am 25. Oktober 2013 wurden die Patientenrechte innerhalb der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung bezüglich des Leistungsbezugs im Ausland klar geregelt und neue Anforderungen festgelegt.

Aufgrund hoher Preise für zahnärztliche Behandlungen in bestimmten Gesundheitssystemen und den Kosteneinsparpotenzialen bei zahnärztlicher Behandlung im oftmals günstigeren Ausland nimmt die Bedeutung grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung zu [2, 26, 30]. Wohnortnahe Behandlung, zeitnahe Zugang, Kosteneinsparpotenziale und verbesserte Behandlungsqualität werden als Beweggründe für Dentaltourismus genannt [2, 4, 15, 16, 29]. Potenzielle Risiken stellen in diesem Kontext Qualitätsmängel der Behandlung sowie Haftungsfragen dar [2, 25, 27, 29]. Frühere europäische Studien zum Thema grenzüberschreitende zahnärztliche Versorgung haben bereits Patientenbewegungen zwischen unterschiedlichen Staaten untersucht: Ungarn empfängt Patienten aus Österreich, Deutschland und England; Slowenien empfängt Patienten aus Österreich und Italien; und in Estland lassen sich Patienten aus Finnland behandeln [1, 2, 6, 13, 15, 24, 25].

Die Patientenrechterichtlinie 2011/24/EU basiert auf Präzedenzfällen des Europäischen Gerichtshofes [2, 4, 10, 20, 25]. Diese wurde entwickelt, um Patien-

ten größtmögliche Klarheit über den Bezug von Leistungen im Ausland, Kostenrückerstattung und individuelle Patientenrechte zu geben. Außerdem soll sie zur Verbesserung der Sicherheitsstandards in der Gesundheitsversorgung beitragen [10, 20]. Artikel 7.1 definiert ausdrücklich Leistungen, die im Ausland erhalten wurden (darunter fällt auch die zahnärztliche Versorgung), nur dann als erstattungsfähig, wenn der Patient auch im Herkunftsland dazu berechtigt gewesen wäre, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen und nur bis zu dem Erstattungsniveau, welches im Herkunftsland gezahlt worden wäre [15, 30].

Zahnärztliche Leistungen sind nur partiell erstattungsfähig durch die GKV, weshalb Patienten in Deutschland hohe Zuzahlungen für ihre zahnärztliche Versorgung in Kauf nehmen müssen. Die am häufigsten zusätzlich abgeschlossenen freiwilligen Versicherungen sind private Zahnzusatzversicherungen. Im Jahr 2014 hatten 14,4 Millionen Menschen solche Versicherungen zusätzlich zu ihrem gesetzlichen Krankenversicherungsschutz gewählt [34], d.h. rund 20 % aller GKV-Versicherten. 2014 waren von den insgesamt 91.330 Zahnärzten 70.740 berufstätig [5]. Daten zum Dentaltourismus sind in Deutschland auf nationaler Ebene nicht erhältlich; einige Krankenkassen erheben Routinedaten basierend auf den Kostenerstattungsanträgen, diese sind aber nicht öffentlich zugänglich. Im Allgemeinen sind Daten für Europa über die grenzüberschreitende Gesundheitsversorgung nur begrenzt verfügbar und unvollständig. Große Unterschiede gibt es vor allem bezüglich der Datenerhebung, Methode und verantwortlichen Institutionen [31]. Trotz wachsender Bedeutung

Conclusions: Dentists underlined the necessity for regulation that considers continuity of care and legal aspects of cross-border dental care. Our findings do not support the premise of rising numbers of patients crossing borders to obtain dental care for the German context. Although patients' dental mobility was not seen as an influential phenomenon in this study, further empirical analysis is required.

Keywords: dental care; dentists; dentists' experiences; EU cross-border health care; medical tourism; patient rights; Directive 2011/24/EU; Germany

grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung sind qualitative und quantitative Daten über die Behandlung von Patienten im Ausland, ihre Bedürfnisse, Erwartungen und Sichtweisen kaum verfügbar [8, 9]. Vor allem aus der Sicht der Anbieter können nur vereinzelt Informationen zum Thema gefunden werden.

Unseres Wissens nach ist dies die erste qualitative Studie, die das Expertenwissen deutscher Zahnärzte bezüglich ihrer Erfahrungen mit Patienten aus dem Ausland und zum anderen mit Patienten aus Deutschland, die für zahnärztliche Behandlung ins Ausland gehen, untersucht. Ein besonderer Fokus wurde hier auf die Versorgungsqualität, Beweggründe der Patienten, Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Inanspruchnahme der Leistungen, Herkunfts- oder Zielländer der Patienten, Finanzierung und Probleme, die aufgrund des Dentaltourismus für das deutsche Gesundheitssystem entstehen können, gelegt.

Methode

Teilnehmer und Datenerhebung

Für die Stichprobe wurden praktizierende Zahnärzte im gesamten Bundesgebiet mit entsprechender Erfahrung in grenzüberschreitender Versorgung ausgewählt [7]. Es wurden keine geografischen Einschränkungen (z.B. Grenzregionen) vorgenommen, da frühere Studien zu grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung gezeigt haben, dass Patienten vielfältige Reiseziele haben, einschließlich Hauptstädte und Ballungszentren, um zahnärztliche Versorgung zu erhalten [16]. Spezialisierte (z.B. Kieferortho-

Kategorien	Unterkategorien
Praxiseigenschaften	Anteile an gesetzlich/privat krankenversicherten Patienten
	Anteile an Patienten aus dem Ausland/deutsche Patienten, die ins Ausland reisen
	Praxisart (Einzel- vs. Gemeinschaftspraxis)
	Kooperation (Dentalhandelsunternehmen, Medizintourismus-Agenturen, Zahnärzte im Ausland)
	Mitgliedschaft in Berufsvereinigungen (ja, nein, freiwillig)
Patienten aus anderen Ländern	Behandlungsart
	Behandlungsplan (ja, nein)
	Evaluation der Behandlungsqualität aus dem Ausland (aus der Perspektive des Zahnarztes, aus der Perspektive des Patienten)
	Abrechnung (Krankenversicherung, out of pocket)
	Behandlungsgrund (geplant, ungeplant, Herkunft, Kosten, Qualität)
	Herkunftsland
	Kommunikationsprobleme (ja, nein, Lösungsansatz)
	Marketing
	Nachuntersuchung
Deutsche Patienten, die für die zahnärztliche Behandlung ins Ausland reisen	Behandlungsart
	Behandlungsplan
	Evaluation der Behandlungsqualität (Patient, Zahnarzt)
	Entwicklung des Dentaltourismus aus Sicht des Versorgers
	Wahrgenommene Auswirkungen des Dentaltourismus auf das deutsche Gesundheitssystem
	Entwicklung des Dentaltourismus in den letzten 10 Jahren
	Behandlungsgrund (geplant, ungeplant, Herkunft, Kosten, Qualität)
	Kommunikationsprobleme (ja, nein, Lösungsansatz)
	Kontakt zwischen den Zahnärzten
	Nachuntersuchung
	Preisunterschiede (Füllungen, Kronen, Brücken, Prothesen, Zahnersatz, Wurzelbehandlung, Vollkeramikronen)
	Zielländer
	Informationsquellen für die Behandlung im Ausland

Tabelle 1 Verwendete deduktive und induktive Kategorien und Unterkategorien für die Auswertung

Table 1 Used deductive and inductive categories and subcategories for evaluation

päden) oder berentete Zahnärzte wurden aus der Stichprobe herausgenommen, da es das Ziel des Artikels ist, aktuelle Erfahrungen von Zahnärzten zu beschreiben, die darüber hinaus nicht durch fachliche Spezialisierungen nur für ausgewählte Behandlungen in Frage kommen. Zunächst wurden 600 in Deutschland praktizierende Zahnärzte nach dem Zufallsprinzip und durch online-verfügbare Informationen identifiziert. Eine Einladung zur Teilnahme an der Studie wurde an alle Zahnärzte via E-Mail verschickt. Die Zahnärzte wurden über den Zweck, das Ziel, den Ablauf und die Hauptthemen des Interviews umfassend informiert. Zusätzlich haben der Freie Verband deutscher Zahnärzte (FVDZ) und die Zeitschrift Zahnärztliche Mitteilungen (zm), die durch die Bundeszahnärztekammer (BZÄK) veröffentlicht wird, ein Teilnahmegesuch in ihrem elektronischen Newsletter im Januar 2013 herausgegeben. Es wurden so viele Zahnärzte, die die Auswahlkriterien erfüllten, so lange interviewt, bis alle relevanten Informationen erfasst worden waren, um eine ausführliche Beschreibung der unterschiedlichen Erfahrungen geben zu können.

Die 10 semi-strukturierten Telefoninterviews wurden im Januar und Februar 2013 durchgeführt und dauerten zwischen 20 und 50 min. Die Interviews wurden auf Deutsch von einem der Autoren (VS) geführt und digital aufgezeichnet. Eine vollständige Transkription der Interviews erfolgte von 2 unterschiedlichen Personen. Die Anonymität wurde gewährleistet, indem alle Namen durch Nummern im Transkript ersetzt wurden. Die Interviews stellten in keiner Weise ein Risiko für die Zahnärzte dar; sie konnten das Interview zu jedem Zeitpunkt abbrechen oder eine Frage nicht beantworten. Aufgrund dieser Tatsachen und gemäß den Bestimmungen der Ethik-Kommission der Technischen Universität Berlin war für diese Studie eine Zustimmung der Ethik-Kommission nicht notwendig.

Auswertung

Um Einblicke in die Erlebniswelt der Teilnehmer zu erhalten, wurde ein qualitatives Studiendesign und die Durchführung semi-strukturierter Interviews als Methode gewählt [19]. Zur Reduzierung der Beeinflussung der Wissenschaftler durch bereits vorhandene Mei-

nungen, wurde die Interviewerin (VS) darin geschult Suggestivfragen zu vermeiden und ein Interviewleitfaden mit offenen Fragen angewendet. Zur Auswertung der Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse verwendet. Eine Analyseeinheit wurde als Kategorie definiert (Tab. 1). Die Auswertung erfolgte deduktiv und induktiv, basierend auf dem aktuellen wissenschaftlichen Forschungsstand, den Themen der Interviews und den gewonnenen Informationen aus den Interviews [23]. Alle Interviews wurden von 2 voneinander unabhängigen Wissenschaftlern (VS, UA) mittels der Software Atlas.ti kodiert.

Im ersten Schritt wurden Abschnitte aus den Interviews, die zu einer Kategorie passen, durch 2 Wissenschaftler unabhängig voneinander ausgewählt, um dadurch die Qualität und Validität zu erhöhen. Anschließend wurde der Inhalt verglichen, um die Genauigkeit sicherzustellen. Bei Uneinigkeit wurde solange diskutiert bis ein Konsens gefunden werden konnte. Danach wurden die Abschnitte weiter zusammengefasst und reduziert, um die wesentlichen Aussagen zu erfassen [3]. Sobald das gesamte Material ausreichend reduziert war, wurde die Genauigkeit der Abschnitte für jede Kategorie und Unterkategorie daraufhin geprüft, ob diese zu der ursprünglichen Kodierung passt. Daraufhin fand ein Vergleich mit der ursprünglichen Kodierung statt und diese wurde dann schrittweise zu umfassenderen Kategorien zusammengeführt [23]. Zusätzliche relevante Informationen, die während der Interviews erfasst worden sind, wurden für die Auswertung zu zusätzlichen Unterkategorien verarbeitet (Tab. 1).

Der Interviewleitfaden deckte folgende Themen ab: Praxiseigenschaften, Beweggründe der Patienten für die Inanspruchnahme grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung, Ablauf und Grund für die Behandlung, Evaluation der Behandlungsqualität im Ausland, Abrechnungsmodalitäten, sowie die Entwicklung und der Einfluss des Dentaltourismus auf das deutsche Gesundheitssystem aus Sicht der Zahnärzte.

Ergebnisse

Die Ergebnisse sind nach den 3 Hauptkategorien geordnet: Praxiseigenschaf-

ten, ausländische Patienten und deutsche Patienten, die für die zahnärztliche Versorgung ins Ausland gehen. Die weitere Einteilung der Ergebnisse erfolgt nach den Unterkategorien, die in Tabelle 1 beschrieben sind.

Charakteristika der Teilnehmer und Praxiseigenschaften

Nur 2 der angeschriebenen Zahnärzte antworteten auf die initial verschickte E-Mail. Die anderen Teilnehmer konnten durch den oben genannten Newsletter gewonnen werden. Insgesamt wurden 11 semi-strukturierte Telefoninterviews geführt, von denen 10 für die Auswertung genutzt werden konnten. Ein Interviewteilnehmer erfüllte die Einschlusskriterien nicht, da es sich hier um einen Kieferorthopäden handelte. Wir haben mit der Datenerhebung aufgehört, als keine neuen oder anderen Informationen und Aspekte von den Teilnehmern erwähnt wurden. Weitere Charakteristika der Teilnehmer und Praxiseigenschaften sind in Tabelle 2 aufgeführt.

In allen Zahnarztpraxen machten gesetzlich versicherte Patienten die Mehrheit aus, während der Anteil der Patienten mit einer privaten Zahnzusatzversicherung zwischen 10 und 40 % variierte.

Patienten aus dem Ausland

Herkunftsland der Patienten

Als Herkunftsländer der ausländischen Patienten haben die teilnehmenden Zahnärzte genannt: Italien, Großbritannien, die Niederlande, Ukraine, Tschechische Republik, Frankreich, USA, Belgien, Schweden, Spanien, Österreich, Slowenien, Türkei und Osteuropa allgemein.

Kommunikationsprobleme

Keiner der befragten Zahnärzte hat über Kommunikationsprobleme mit ausländischen Patienten berichtet. Die Mehrheit der Patienten war entweder der deutschen oder der englischen Sprache mächtig. Faktoren, die die Kommunikation ebenfalls erleichtert haben, waren Multilingualität der Praxisangestellten, Einsatz von Dolmetschern, falls not-

	n
Standort	
Nordrhein-Westfalen	4
Bayern	1
Berlin	1
Baden-Württemberg	1
Hessen	1
Sachsen-Anhalt	1
Niedersachsen	1
Praxiseigenschaften	
Einzelpraxis	5
Gemeinschaftspraxis	5
Geschlecht	
männlich	8
weiblich	2

Tabelle 2 Charakteristika der Teilnehmer und Praxiseigenschaften

Table 2 Characteristics of participants and practice characteristics

(Tab. 1 u. 2: V. Struckmann et al.)

wendig, und Unterstützung durch Verwandtschaft beim Übersetzen. Wenn keine der oben genannten Möglichkeiten passte, wurde mittels „[...] Gesten und Handzeichen“ (Z4) kommuniziert.

Gründe für die zahnärztliche Behandlung in Deutschland

Die Mehrheit der Patienten aus dem Ausland wurde aufgrund von Notfallsituationen zahnärztlich behandelt (ungeplante Behandlung). Typische Behandlungen waren Füllungen, Wurzelbehandlung, Zahnschmerzbehandlung und Zahnextraktion. Im Gegensatz dazu werden präventive Behandlungen, Kronen, Brücken, Zahnprothesen oder umfassende und systemische Behandlungen selten von ausländischen Patienten nachgefragt: „Also, dass wir hier so eine

systematische Behandlung für Patienten aus dem Ausland durchführen, ist eher selten der Fall. Bisher hat noch nie ein Patient aus dem Ausland nach einer Prothese hier bei uns gefragt. Das ist zu teuer in Deutschland und ich glaube, in dem meisten Fällen günstiger im jeweiligen Heimatland“ (Z3). Viele Zahnärzte erwähnten, dass ausländische Patienten häufig die höheren Qualitätsstandards in Deutschland im Vergleich zu ihren Heimatländern lobend anerkennen. Als Hauptgründe für eine geplante zahnärztliche Behandlung in Deutschland wurden die qualitativ hochwertige technische Ausstattung der Praxen und das Preis-Leistungs-Verhältnis von den ausländischen Patienten genannt.

Behandlungsplan und Nachuntersuchung

Da die überwiegende Mehrheit der Behandlungen ungeplant war, hatte keiner der ausländischen Patienten einen Behandlungsplan. Zudem wurde zu keinem Zeitpunkt Kontakt zum Austausch von Patienteninformationen zwischen dem Zahnarzt in Deutschland und dem Zahnarzt des Patienten im Herkunftsland hergestellt, da es sich in der Regel um Behandlungen im Notfall handelte. Eine Nachuntersuchung wurde von fast allen teilnehmenden Zahnärzten angeboten. Die Inanspruchnahme des Angebots hing stark von der Aufenthaltsdauer und der Notwendigkeit ab. Ein Zahnarzt äußerte sich zum Thema Nachuntersuchung wie folgt: „Es hängt immer davon ab, welche Art der Versicherung vorhanden ist, viele haben ja ein Limit von 80 Euro in Notfällen. Da kann man ja wirklich nichts anbieten, besonders keine Nachuntersuchung“ (Z8).

Behandlungsart und Finanzierung

Die meisten Zahnärzte erwähnten die europäische Krankenversicherungskarte¹, die Notfälle abdeckt, wenn ein Zahnarzt mit einer kassenzahnärztlichen Zulassung aufgesucht wird: „Die meisten Patienten sind versichert. In Notfällen aus europäischen Ländern [...] haben wir basierend auf dem Versicherungsstatus verrechnet“ (Z5). Jedoch gaben manche Zahnärzte zu

bedenken, dass ausländische Patienten, unabhängig vom Herkunftsland, in Vorleistung gehen müssen. Sie erhalten dann eine Rechnung, die sie im Heimatland ihrer eigenen Krankenversicherung vorlegen müssen, zum Zweck der Kostenrückerstattung. Nur ein Zahnarzt sagte: „Die Patienten aus dem Ausland müssen bei mir immer bar bezahlen“ (Z2). Alle Zahnärzte bewerteten die Behandlungsqualität, verwendete Materialien und Behandlungsstandards im Ausland niedriger als in Deutschland. Einige Zahnärzte haben darauf verwiesen, dass ausländische Patienten häufiger Zahnextraktionen und Wurzelbehandlung benötigen. Die meisten Teilnehmer stimmten überein, dass die Behandlungsmethoden im Vergleich zu den Behandlungsmethoden in Deutschland teilweise veraltet sind: „[...] die ganze Diagnostik und die Behandlungsmethoden sind anders als bei uns [...]. Es gibt extreme Unterschiede zwischen den Behandlungsmethoden, die wir in Deutschland verwenden und denen, die ich leider teilweise bei Patienten aus der Türkei, Frankreich und sogar aus Italien sehe“ (Z8). Jedoch haben einige Zahnärzte auch erwähnt, dass die wahrgenommenen Unterschiede nicht immer auf die Behandlungsqualität der zahnärztlichen Versorgung oder mangelnde Standards im Ausland zurückzuführen seien, sondern vielmehr in der Verantwortung des Patienten liegen, der der eigenen Zahnhygiene zu wenig Aufmerksamkeit schenkt und einem Behandlungsplan zustimmen muss. Einige Zahnärzte betonten, dass in diesem Zusammenhang außerdem berücksichtigt werden muss, aus welchem Heimatland der zugereiste Patient kommt, welche Standards dort herrschen und welche Prioritäten dieser bei einem Zahnarztbesuch setzt.

Deutsche Patienten, die für die zahnärztliche Behandlung ins Ausland gehen

Zielländer und grenzüberschreitende Zusammenarbeit

In Bezug auf die Zielländer ergibt sich ein klares Muster: Alle Teilnehmer gaben an, dass deutsche Patienten osteuro-

päische Länder klar bevorzugen, insbesondere die Ukraine, Ungarn und Polen. Eine Zahnprothetik war die häufigste elektive Behandlung, die im Ausland nachgefragt wurde, da „Patienten eine Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen, die in Deutschland teurer ist, wie z.B. sehr häufig die Zahnprothese“ (Z3). Ungeplante Maßnahmen bestanden meist aus konservativen Behandlungen wie Füllungen in Notfällen.

Die Befragten gaben an, dass nur gelegentlich Informationen über Behandlungen im Ausland nachgefragt werden. Patienten gaben an, keine Kommunikationsprobleme mit ausländischen Zahnärzten gehabt zu haben, entweder weil die Kommunikation auf Deutsch oder Englisch möglich war oder weil sie in ihr Herkunftsland gereist seien. Die teilnehmenden Zahnärzte hatten keinen Kontakt zu den ausländischen Zahnärzten, die ihre Patienten im Ausland behandelt haben.

Gründe für die Behandlung im Ausland

Die häufigsten Gründe für deutsche Patienten, eine zahnärztliche Behandlung im Ausland in Anspruch zu nehmen, waren monetärer Art, gefolgt von wohnortnaher Versorgung innerhalb einer Grenzregion. Ausnahmen stellen Patienten mit Migrationshintergrund dar, insbesondere türkischstämmige Patienten. Viele Zahnärzte gaben an, dass diese Patientengruppe eher bereit ist für eine zahnärztliche Behandlung in die Türkei zu reisen. Die Beweggründe sind meist monetärer und persönlicher Art (d.h. Einsparpotenziale im Vergleich zur Behandlung in Deutschland, Vertrautheit mit den Abläufen und die Kombination mit einem Familienbesuch). Manche Zahnärzte konnten dieses Phänomen auch für bulgarisch- und rumänischstämmige Patienten beobachten. Deutsche Zahnärzte sahen diese Entwicklung dann als problematisch an, wenn der Behandlungsplan in Deutschland erstellt wurde, der Patient sich aber für die Behandlung in der Türkei entschied: „Die kommen in eine deutsche Praxis, z.B. in meine, erhalten eine Untersuchung und nach der Diagnose einen dazugehörigen

¹ Die europäische Krankenversicherungskarte ist kostenlos und gesetzlich Krankenversicherte können europaweit medizinische Leistungen erhalten. Die Karte gilt in allen Ländern der EU sowie einigen weiteren europäischen Staaten (12).

Behandlungsplan, manchmal noch Röntgenbilder. Sobald das dann alles fertig ist, reisen sie für die Behandlung dann in die Türkei, aus finanziellen Gründen natürlich“ (Z7). Während sich alle Zahnärzte darüber einig waren, dass Zahnprothesen im Ausland wesentlich günstiger sind und für deutsche Patienten einen finanziellen Anreiz darstellen, gingen die Meinungen über Kosten für Füllungen und konservative Behandlungen auseinander.

Bei Patienten, die eine Behandlung im Ausland erhalten haben, sind Zahnärzte in Deutschland dazu verpflichtet Nachuntersuchungen im Notfall anzubieten. Auf die Frage bezüglich der Nachuntersuchungen reagierten die Zahnärzte allerdings sehr unterschiedlich, da entweder die Nachuntersuchung verweigert wurde – „[...] letztendlich sage ich immer, dass sie wieder zurück zu dem Zahnarzt gehen sollen, der sie auch ursprünglich behandelt hat“ (Z6) – oder dieser zugestimmt wurde: „[...] aber es passiert schon sehr oft, dass sie ihre Nachsorgebehandlung in Deutschland erhalten, da sie nicht noch einmal zurückreisen wollen, wegen der weiten Entfernung“ (Z3).

Behandlungsqualität der zahnärztlichen Versorgung im Ausland

Die zahnärztliche Behandlungsqualität im Ausland wurde von den meisten Zahnärzten im Vergleich zu Deutschland als schlechter eingeschätzt. Manche berichteten, dass Patienten Prothesen erhalten hätten, die in Deutschland nicht zugelassen seien: „Also ich hatte den Eindruck, dass diese Konstruktionen schon ein wenig ungewöhnlich waren. Die haben unseren Leitlinien auf jeden Fall komplett widersprochen. So etwas habe ich bisher noch nie bei einem anderen Kollegen aus Deutschland gesehen. Bis hin zu Behandlungen, die hier bei uns in Deutschland als Behandlungsfehler gelten würden“ (Z6). Es wurden auch Fälle beschrieben, in denen die gesamte Arbeit erneut gemacht werden musste – aufgrund von Schmerzen, mangelhafter Qualität oder schlecht angepasster Prothesen. Alle Befragten gaben an, dass die beobachtete minderwertige Qualität unter dem Aspekt der niedrigen Kosten gesehen werden muss. Jedoch hatten einige der teilnehmenden Zahnärzte das Gefühl, dass

der Standard in den letzten Jahren gestiegen ist: „Bezüglich des Qualitätsaspekts waren Patienten oft unzufrieden. [...] die medizinische Qualität der Behandlung war einfach schlecht. Obwohl, insgesamt nimmt die Qualität aber zu. Früher war es noch sehr viel schlechter“ (Z3).

Andererseits zeigten sich die Patienten sehr zufrieden mit der Behandlung im Ausland. Allerdings betonten die Zahnärzte auch, dass Patienten nicht immer in der Lage seien die Qualität der Behandlung richtig einzuschätzen, z.B. bei Zahnprothesen. Dementsprechend hoch sei die Anzahl der Patienten, die zunächst sehr zufrieden waren, nicht zuletzt aufgrund finanzieller Aspekte, aber mit der Zeit die schlechte Behandlungsqualität bemerkten – aufgrund funktioneller Einschränkungen oder Komplikationen: „Später bemerken Patienten oftmals, dass sie Probleme haben, etwas schmerzt, etwas geht kaputt, etwas entzündet sich oder sie haben Zahnfleischbluten. Sie merken also [...], dass es billig war, aber trotzdem insgesamt vielleicht nicht so gut“ (Z1).

Ausmaß und Einfluss grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung auf das deutsche Gesundheitssystem

Die Erfahrung aller teilnehmenden Zahnärzte war, dass sich der Dentaltourismus nach und aus Deutschland in den letzten 5 bis 10 Jahren nicht wesentlich gesteigert hat. Die einhellige Meinung war, dass die Anzahl der Patienten, die gelegentlich für eine zahnärztliche Behandlung nach Deutschland reisen oder dafür ins Ausland gehen, sehr klein ist: „Meiner Meinung nach ist es nur ein Randphänomen“ (Z2). Obwohl den Zahnärzten bewusst ist, dass bestimmte Behandlungen für Patienten im Ausland günstiger zu bekommen sind, hat keiner der teilnehmenden Zahnärzte eine erhöhte Abwanderung der Patienten erlebt. Die folgende Aussage beschreibt die gängigste Meinung: „Also, ich habe nicht den Eindruck, dass der Trend sich dahingehend verändert hat, dass mehr Menschen die Option einer Auslandsbehandlung in Anspruch nehmen, beispielsweise in Ungarn oder Polen, um da Implantate zu erhalten. Die Zahl der deutschen Patienten, die

zur Zahnbehandlung ins Ausland reisen, nimmt nicht zu“ (Z10).

Somit wurde der Einfluss grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung auf das deutsche Gesundheitssystem sowie auf die deutschen Zahnärzte als marginal eingeschätzt. Ausgenommen sind Grenzregionen, in denen dies häufiger der Fall ist. Alle Zahnärzte argumentierten, dass der Einfluss auf Deutschland als gering zu bewerten ist, sowohl als Ziel- als auch Herkunftsland, da die Zahl der Patienten die aus- und anreist sehr gering ist. Jedoch wurde auch in Erwägung gezogen, dass sich diese Situation ändern könnte, „wenn die Qualität sich verbessert und die Preise die gleichen bleiben [...]“ (Z2). Nur wenige Zahnärzte gaben an, dass Dentaltourismus auch negative Konsequenzen für die zahnärztliche Profession in Deutschland haben könnte, da günstigere zahnärztliche Behandlung im Ausland finanzielle Schwierigkeiten für kleinere oder neu eröffnete Praxen bedeuten könnten: „Trotzdem, es kann einen finanziellen Einfluss haben. Im Schnitt sind die Kosten für eine Zahnbehandlung in europäischen Ländern geringer. Dann hängt es davon ab, wie stark eine Praxis und der Zahnarzt ist und wie es finanziell um die Praxis steht“ (Z5). Die Mehrheit der befragten Zahnärzte war der Meinung, dass „[...] wenn man eine qualitative hochwertige Arbeit liefert, wird man seine Patienten immer halten können“ (Z7).

Diskussion

Die befragten Zahnärzte beschrieben die Zahl der Patienten, die grenzüberschreitende zahnärztliche Versorgung in Anspruch nimmt, als gering. Das wird auch durch vorherige Forschungsergebnisse gestützt, was die Tatsache belegt, dass viele andere Faktoren die Patientenabwanderung beschränken [18]. Obwohl Behandlungskosten tatsächlich als Push-Faktor für deutsche Patienten, die eine geplante zahnärztliche Behandlung im Ausland in Anspruch nahmen, identifiziert werden konnten, gingen vergleichsweise wenige Patienten ins Ausland. Dies trifft auch auf Behandlungen zu, die in Deutschland relativ teuer sind, wie Prothesen oder Kronen. Das könnte zum Teil der Tatsache geschuldet sein, dass Deutschland, verglichen mit anderen Ländern, immer noch Be-

schränkungen bei der Höhe der Zuzahlungen hat [28]. Die hochwertige Dienstleistungsqualität wurde auch in früheren Untersuchungen als sog. Pull-Faktor grenzüberschreitender Versorgung genannt [16, 25]. Obwohl ausländische Patienten die Dienstleistungsqualität häufig als hochwertiger einschätzen als in ihren Herkunftsländern, berichteten die Zahnärzte nur von einer geringen Anzahl ausländischer Patienten, die sich geplant in Deutschland zahnärztlich behandeln lassen. Der häufigste Grund für Patienten aus dem Ausland einen deutschen Zahnarzt aufzusuchen waren Notfälle.

Deutsche Patienten mit einem türkischen Migrationshintergrund sind eine interessante Ausnahme, da sie, verglichen mit anderen Patienten aus Deutschland, häufiger grenzüberschreitende zahnärztliche Versorgungen in der Türkei in Anspruch nehmen. Das weist darauf hin, dass die Kombination von Finanzierbarkeit, Vertrautheit mit den Abläufen und ein Familienbesuch einen Push-Faktor darstellen können. Zu diesem Ergebnis kam ebenfalls eine britische, qualitative Studie [22]. Da diese Patienten häufig den in Deutschland erstellten Behandlungsplan als Leitfaden für ihre Behandlung in der Türkei nutzen, finden sich deutsche Zahnärzte dann in der Situation wieder, ihre Arbeitszeit investiert zu haben ohne entsprechend dafür entlohnt worden zu sein. Dies könnte besonders problematisch werden, wenn sich das Phänomen ausweiten würde.

Der Standard und die Qualität im Ausland wurden von den Zahnärzten insgesamt als vergleichsweise gering und häufig unzureichend bewertet, trotz der festgestellten Verbesserungen des Standards in manchen Ländern (z.B. Ungarn) innerhalb der letzten Zeit. Obwohl dieses Phänomen auch im größten Umfang beobachtet wurde, wie beispielsweise zwischen Österreich und Ungarn [33], muss berücksichtigt werden, dass Zahnärzte Patienten, die im Ausland behandelt wurden, häufig aufgrund einer erforderlichen Nachuntersuchung sehen. Dies kann auch durch eine minderwertige Behandlungsquali-


tät verursacht worden sein und dadurch erhalten die Zahnärzte oft nur ein einseitiges Bild der Behandlungsqualität im Ausland [16].

Patienten aus Deutschland, die sich einer geplanten zahnärztlichen Behandlung unterzogen haben und ihre Erfahrungen mit ihrem Zahnarzt in Deutschland geteilt haben, waren in der Regel zufrieden mit ihrer Behandlung. Dies Ergebnis ist vergleichbar mit ähnlichen Untersuchungen zur grenzüberschreitenden Mobilität in der Zahnmedizin [12, 16, 18, 26, 32, 33]. Jedoch ist es schwierig für Patienten unmittelbar die Qualität der Behandlung einzuschätzen. Diese Tatsache kann zu einer Verzögerung oder Unterlassung der Nachuntersuchung führen [16]. Der Bedarf für eine Nachuntersuchung wird meist erst dann festgestellt, nachdem die Patienten bereits in ihr Heimatland zurückgekehrt sind. In diesem Fall suchen die Patienten einen Zahnarzt in Deutschland auf, um eine erneute Reise zu vermeiden, obwohl eine EU-weite 2-jährige Garantie auf Zahnprothesen besteht. Dies resultiert häufig in einer Konfliktsituation bezüglich der Haftung, da Zahnärzte in Deutschland diese Patienten nur in Notfällen behandeln müssen. Nach den Erfahrungen der Teilnehmer dieser Studie tritt dieses Problem besonders häufig bei Patienten auf, die für eine zahnärztliche Behandlung in die Türkei gingen.

Limitationen

Die Ergebnisse dieser Studie basieren auf den Erfahrungen deutschlandweit tätiger Zahnärzte; daher könnten unsere Erkenntnisse nicht direkt übertragbar sein auf Zahnärzte, die in Grenzregionen tätig sind. Vorherige Untersuchungen zur grenzüberschreitenden zahnärztlichen Versorgung konnten bereits zeigen, dass Grenzregionen sich unterscheiden können [30]. Zudem beschreibt diese Studie die subjektiven Erfahrungen deutscher Zahnärzte, weshalb die Objektivität gegenüber Qualität und Standard zahnärztlicher Versorgung im Ausland eingeschränkt sein könnte.

Schlussfolgerung

Zahnärzte in Deutschland haben nicht über einen Anstieg ausländischer Patienten berichtet. Für deutsche Patienten, die sich im Ausland behandeln ließen, waren vor allem die Aspekte Qualitätsprobleme, Nachuntersuchungen und Haftungsfragen von Interesse. Die befragten Zahnärzte waren der Auffassung, dass Regelungen in Bezug auf Kontinuität und rechtliche Aspekte der grenzüberschreitenden Versorgung erforderlich sind. Unsere Ergebnisse stützten Erkenntnisse bestehender Untersuchungen zum Thema grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung und betonen damit die Bedeutung der weiteren Erforschung der Aspekte der Patientensicherheit und Qualitätssicherung. Auf EU-Ebene wurden mit der umgesetzten Richtlinie 2011/24/EU die Grundlagen dafür gelegt. Obwohl einige qualitative Studien bezüglich dieser Fragestellung zur Verfügung stehen, sind weitere Untersuchungen notwendig, um insbesondere weitere Einblicke aus der Versorgerperspektive zu erhalten. Die Richtlinie hat das Potenzial den Berufsalltag der Zahnärzte zu beeinflussen, wenn als Konsequenz daraus die grenzüberschreitende, zahnmedizinische Versorgung zunimmt. Zudem sind weitere Untersuchungen notwendig, um die Patientensicht und ihre Beweggründe zu verstehen, da dies ausschlaggebend ist für das weitere Verständnis grenzüberschreitender zahnärztlicher Versorgung. 

Interessenkonflikte: Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt im Sinne der Richtlinien des International Committee of Medical Journal Editors besteht.

Korrespondenzadresse

Verena Struckmann, MScPH
Fachgebiet Management
im Gesundheitswesen
Technische Universität Berlin
Strasse des 17. Juni 135
10623 Berlin
verena.struckmann@tu-berlin.de

Literatur

1. Albrecht T, Pribakovic R, Brinovec R, Stalc J: Cross-border care in the south: Slovenia, Austria and Italy. In: Rosenmüller M, McKee M, Baeten R, editors.: Patient mobility in the European Union – learning from experience. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2006, S. 9–21
2. Baulig C: Zahnersatz aus dem Ausland – Qualität und Kosten. *Dtsch Zahnärztl Z* 2008; 63: 453–456
3. Berg BL: Qualitative research methods for the social sciences. 4th ed. Allyn and Bacon, Boston 2001
4. Bünten K: Dentaltourismus in Ungarn. In: Europa Regional 2006; 14: 1
5. Bundeszahnärztekammer und Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. Daten und Fakten 2015. Zahnärztliche Versorgung. 2015. Verfügbar unter: www.bzaek.de/fileadmin/PDFs/df/df_web.pdf (letzter Zugriff am 30.05.2016)
6. Council of European Dentists. Responses to European Commission Consultation regarding community action on health services. CED Position Paper, 2007
7. Coyne IT: Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *J Adv Nurs* 1997; 26: 623–630
8. Crooks VC, Turner L, Cohen IG et al.: Ethical and legal implications of the risks of medical tourism for patients: a qualitative study of Canadian health and safety representatives' perspectives. *BMJ Open* 2013; 3: e002302
9. Eisler LA, Casken J: Seeking health care through international medical tourism. *J Nurs Scholarship* 2013; 45: 177–184
10. European Commission. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. Brussels, European Commission; 2011. Verfügbar unter: eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0024&from=EN (letzter Zugriff am 30.05.2016)
11. European Commission. European Health Insurance Card. Verfügbar unter: ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=509&langId=de (letzter Zugriff am 30.05.2016)
12. Hanefeld J, Lunt N, Smith R, Horsfall D: Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Soc Sci Med* 2015; 124: 356–363
13. Jesse M, Kruuda R: Patient mobility in the European Union. Final report on case study 5: Estonia/Finland. 2005
14. Klar A: Gesundheitstourismus in Europa – eine empirische Transaktionskosten-Analyse. Andrassy Studien zur Europaforschung. Band 6. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden 2013
15. Klingenberg D, Kiencke P, Köberlein J, Liedmann I, Rychlik R (Institut der Deutschen Zahnärzte): Dentaltourismus und Auslandszahnersatz. Empirische Zahlungsbereitschaftsanalysen auf der Grundlage repräsentativer Stichproben im Jahre 2008. Deutscher Zahnärzte Verlag, Köln 2009
16. Kovacs E, Szoska G: "Vacation for your teeth" – dental tourists in Hungary from the perspective of Hungarian dentists. *Br Dent J* 2013; 215: 415–418
17. Köberlein J, Klingenberg D: Auslandszahnersatz und Dentaltourismus-Zahlungsbereitschaft und Einflussfaktoren auf die Nachfrage nach dem ausländischen Zahnersatz in Deutschland. *Gesundheitswesen* 2011; 73: e111–e118
18. Krummenauer F, Körner I, Baulig C, Weibler-Villalobos U: Klinische und ökonomische Evaluation der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Ausland. *Gesundheitswesen* 2003; 65: 495–501
19. Kvale S: *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. 1st ed. Sage Publications, Thousand Oaks/London/New Delhi 1996
20. Legido-Quigley H, Passarani I, Knai C et al.: Cross-border healthcare in Europe: clarifying patients' rights. *BMJ* 2011; 342: 364–367
21. Legido-Quigley H, Nolte E, Green J, Parra la D, McKee M: The health care experiences of British pensioners migrating to Spain: A qualitative study. *Health Policy* 2012; 105: 46–54
22. Lunt NT, Mannion R, Exworthy M: A framework for exploring the policy implications of UK medical tourism and international patient. *Soc Policy Admin* 2013; 47: 1–25
23. Mayring P: *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 1st ed. Beltz, Weinheim 2008
24. Ni Riordain R, McCreary C: Dental patients' use of internet. *Br Dent J* 2009; 207: 583–586
25. Österle A, Balázs P, Delgado J: Traveling for teeth: characteristics and perspectives of dental care tourism in Hungary. *Br Dent J* 2009; 206: 425–428
26. Panteli D, Augustin U, Röttger J et al.: Informed consumer or unlucky visitor? A profile of German patients who received dental services abroad. *Community Dent Oral Epidemiol* 2015; 43: 415–423
27. Priehn-Küpper S: Zahnersatz aus dem Ausland. Das Gipsmodell im Höhenflug. *Zahnärztl Mitt* 2006;96: 32–36
28. Schoen C, Osborn R., Squires D, Doty M M: Access, affordability and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Affairs* 2013; 32: 2205–2215
29. Turner L: Cross-border dental care: 'dental tourism' and patient mobility. *Br Dent J* 2008; 204: 553–554
30. Van den Bossche A, Ploscar P: Rights of dental patients in the EU – a legal assessment. *J Forensic Odontol – Stomatology* 2012; 30 (Suppl 1): S4–11
31. Van Ginneken E, Busse R: Cross-border health care data. In: Wismar M, Palm W, Figueras J, Ernst K, van Ginneken E (Hrsg.): *Cross-border health care in the European Union. Mapping and analysing practices and policies*. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2011, S. 289–341
32. Wagner C, Moser F, Hohn A, Dobrick K, Verheyen F: Eurobefragung 2012. Geplante grenzüberschreitende Versorgung in der EU. Ärzte und Zahnärzte aus der Sicht der TK-Versicherten. *WINEG Wissen* 03, 2013
33. Winkelmann J, Hofmarcher MM, Kovacs E, Szoska G: Cross-border dental care between Austria and Hungary. *Eurohealth* 2013; 19: 6–7
34. Zahlenbericht der Privaten Krankenkassenversicherung 2014. Verband der Privaten Krankenkassenversicherung e.V. 2015 Verfügbar unter: www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2014.pdb.pdf (letzter Zugriff am 30.05.2016)