



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Medizintourismus aus arabischen Ländern –
eine qualitative Analyse vor dem Hintergrund
von Globalisierung“

Verfasserin

Katharina Ellinger

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2012

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 390

Studienrichtung lt. Zulassungsbescheid:

Internationale Entwicklung

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Franz Kolland

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	5
1.1	Zur Fragestellung.....	5
1.2	Forschungs- und Erkenntnisinteresse	6
1.3	Aufbau der Arbeit.....	7
1.4	Umgang mit Begriffen	8
2	Theoretischer Ansatz – Globalisierung	9
2.1	Definition.....	9
2.2	Geschichte der Globalisierung – kurzer Abriss.....	11
2.3	Was ist neu an der „heutigen“ Globalisierung?	18
2.4	Globalisierung im Gesundheitsbereich	20
2.4.1	Gesundheit als öffentliches Gut – Global Health Governance	20
2.4.2	Der Handel mit (Gesundheits-)dienstleistungen	22
2.4.3	Bedeutung für das Individuum.....	25
2.4.4	Bedeutung für nationale Gesundheitssysteme	26
2.4.5	Bedeutung für private Anbieter	27
3	Phänomen Medizintourismus	29
3.1	Definition.....	29
3.2	Historische Entwicklung – „Bäder- und Kurtourismus“ des 19. Jahrhunderts	32
3.3	Medizintourismus heute – Überblick.....	35
3.3.1	Variationen von Medizintourismus	36
3.3.2	Beschreibung des Marktes „Medizintourismus“	38
3.4	Medizintourismus aus arabischen Ländern	44
4	Methodische Vorgehensweise	53
4.1	Qualitativer Forschungsansatz	54
4.2	Datenerhebung mittels halbstrukturierter Leitfadeninterviews: Experteninterviews	55
4.3	Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse	55
4.4	Begründung der Methodenauswahl	57
5	Datenerhebung.....	59
5.1	Suche nach geeigneten InterviewpartnerInnen.....	59
5.2	Halbstrukturierte Leitfadeninterviews: Experteninterviews.....	59
5.3	Erstellung des Interviewleitfadens	60
5.4	Durchführung der Interviews	61
5.4.1	Interview 1 – Servicemanager	61
5.4.2	Interview 2 – Patientin	61
5.4.3	Interview 3 – Vermittler	62
5.4.4	Interview 4 – Arzt	62
5.5	Transkription	62
6	Datenauswertung	65
6.1	Theoretische Vorüberlegungen	65
6.2	Vorbereitung der Extraktion	65

6.3	Extraktion	67
6.4	Aufbereitung	71
6.5	Auswertung/Darstellung der Untersuchungsergebnisse	71
6.5.1	Kategorie A_Distributions- und Kommunikationskanäle	72
6.5.2	Kategorie B_Bestimmende Faktoren im Auswahlprozess	74
6.5.3	Kategorie C_Erwartungen der PatientInnen	77
6.5.4	Kategorie D_Beziehung zwischen Individuum und (Gesundheits-)system	79
6.5.5	Kategorie E_Entwicklung des Medizintourismus	82
6.6	Interpretation der Forschungsergebnisse/Beantwortung der Untersuchungsfragen	84
7	Schlussbetrachtung.....	91
7.1	Beantwortung der Forschungsfrage.....	91
7.2	Ausblick	93
8	Abbildungsverzeichnis	95
9	Literaturverzeichnis	97
10	ANNEX	103
10.1	Transkription der Interviews	103
10.2	Exemplarischer Interviewleitfaden	125
10.3	Abstract	126
10.4	Lebenslauf	128

1 Einleitung

Wie kommt man eigentlich auf das Thema „Medizintourismus“? In meinem Praktikum bei der Außenhandelsstelle der Wirtschaftskammer Österreich in Abu Dhabi 2010 habe ich zum ersten Mal – bewusst – von diesem Phänomen erfahren. Sicherlich, vom Zahnarzttourismus nach Ungarn hatte ich auch vorher schon gehört; von den Ausmaßen im Medizintourismus aus arabischen Ländern und dessen Eigenheiten war ich aber sehr beeindruckt. Für mich stand damit das Thema meiner Diplomarbeit fest.

1.1 Zur Fragestellung

Was es aber nun bedeutet, aus einem interessanten Thema auch eine wissenschaftliche Fragestellung zu entwickeln, steht auf einem anderen Blatt. Es stellte sich als sehr schwierig heraus, das Thema wissenschaftlich zu bearbeiten. Und zwar aus mehreren Gründen: Zum ersten musste abgeklärt werden, worin das eigentliche Interesse an diesem Thema liegt. Ich legte den Fokus auf die Herkunftsregion der MedizintouristInnen, d.h. die arabischen Länder. Zum zweiten stand ich vor dem Problem, dieses Thema in den Kontext meines Studiums „Internationale Entwicklung“ (IE) zu stellen und in diesem Rahmen unterzubringen. Da es in meinem Fall eher um eine wohlhabendere Schicht gehen sollte, gehörte dies nicht gerade zu den „Paradethemen“ der IE. Ich musste zunächst herausfinden, was nun das „(soziale) Problem“ an diesem Phänomen ist. Zum dritten kam während der Recherche erschwerend hinzu, dass es zwar Literatur über Medizintourismus gibt, diese sich aber vorwiegend mit dem Medizintourismus von Nord nach Süd beschäftigt, und eher weniger mit dem von Süd nach Nord. Es sollte sich als große Herausforderung erweisen, Anhaltspunkte, Beispiele oder ein brauchbares Analysemodell in der Literatur zu finden. Auch abseits der wissenschaftlichen Literatur fanden sich nur begrenzt Informationen zu diesem Thema. Anzunehmen ist, dass aufgrund des in den letzten Jahren interessant gewordenen Geschäftsfeldes höchst vertraulich mit Informationen und Daten umgegangen wird oder diese überhaupt nur in beschränktem Umfang gesammelt werden. Gesundheit ist eben ein heikles Thema; und gerade in diesen Fällen geht es oft um schwerwiegende Krankheiten. Viertens, musste für das Konzept eine entsprechende Theorie gefunden werden, welche zum Thema und zur Studienrichtung passt. Ich arbeitete verschiedenste Konzepte mit den unterschiedlichsten Theorien aus, wo-

bei Prof. Kolland und ich schließlich vereinbarten, das Thema vor dem Hintergrund von „Globalisierung“ zu bearbeiten.

Die konkrete Fragestellung lautet:

„Inwiefern lässt sich Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein globalisiertes Phänomen betrachten?“ Im Umkehrschluss heißt dies: *„In welchem Ausmaß wirken andere, eher „traditionale“ Elemente mit?“*, wie zum Beispiel persönliche Netzwerke, Mundpropaganda, Verankerung in der Familie etc.

1.2 Forschungs- und Erkenntnisinteresse

Das Forschungsinteresse gründet sich aus der Tatsache, dass es relativ wenig Literatur bzw. Studien zu dieser speziellen Form des Medizintourismus gibt. Wie bereits oben erwähnt, existieren einige Arbeiten zum Thema Medizintourismus von Nord nach Süd, beispielsweise nach Asien (Thailand etc.), aber zum Medizintourismus von Süd nach Nord gibt es kaum Literatur. Außerdem handelt es sich zum Großteil um eine Elitenforschung, die eine entsprechende Herausforderung darstellt. Gerade dadurch kann aber auf indirekte Weise gezeigt werden, inwiefern im Medizintourismus eine soziale Stratifikation zu beobachten ist und wo es möglicherweise Unzulänglichkeiten in den nationalen Gesundheitssystemen gibt. Diese sozialen Aspekte (z.B.: Ungleichheit) sind besonders vor dem Hintergrund des Studiums „Internationale Entwicklung“ interessant.

Worin besteht nun das Erkenntnisinteresse bzw. das Ziel der Arbeit? Ich möchte versuchen, dem Phänomen Medizintourismus aus arabischen Ländern ein wenig näher zu kommen und bestimmte Facetten vor dem Hintergrund von „Globalisierung“ näher zu beschreiben und zu erklären. Zudem sollen dabei die Unterschiede (und auch Gemeinsamkeiten) zu anderen Varianten des Medizintourismus und zum Bäder- und Kurtourismus im 19. Jahrhundert aufgezeigt werden.

Abschließend möchte ich anmerken, dass es mir, unabhängig von der konkreten Fragestellung, immer wichtig war, eine „sinnvolle“ Diplomarbeit zu schreiben, dessen Inhalt bzw. Resultat sich in meinen Augen als relevant erweist und zumindest versucht, einen kleinen Ausschnitt der sogenannten „Wirklichkeit“ näher zu beleuchten. Dass ich damit hohe Ansprüche

an mich selber stellte, war mir klar. Dass die Herausforderung letztendlich doch größer als erwartet war, kostete mich einige Anstrengungen.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit lässt sich in zwei Hauptblöcke teilen: den theoretischen und den empirischen Teil. Der theoretische Teil befasst sich zunächst mit dem Globalisierungsbegriff und dessen „Geschichte“. Was neu an der heutigen Globalisierung ist, wird in einem eigenen Punkt beleuchtet. Besondere Aufmerksamkeit gilt in dieser Arbeit der Globalisierung im Gesundheitsbereich und dessen mögliche Einwirkungen auf das Individuum, nationale Gesundheitssysteme und private Anbieter im Gesundheitsbereich. Des Weiteren erfolgt im ersten Teil eine ausführliche Darstellung des Phänomens Medizintourismus. In diesem Zusammenhang wird ein Exkurs in den Kur- und Bädertourismus des 19. Jahrhunderts gemacht. Nach einem Überblick über den Medizintourismus „in der heutigen Form“, wird der Medizintourismus aus arabischen Ländern besonders ausführlich behandelt.

Im empirischen Teil wird zunächst über die methodische Vorgehensweise berichtet und erklärt, warum diese für sinnvoll erachtet wird. Als nächstes wird im Punkt „Datenerhebung“ dargestellt, wie man mittels halbstrukturierter Leitfadeninterviews, genauer gesagt Experteninterviews, jene Daten erheben will, welche einem zur Beantwortung der Forschungsfrage dienen. Es erfolgt zudem ein kurzer Bericht über die Entstehungssituation und Durchführung der Interviews. Der Punkt „Datenauswertung“ folgt den Regeln der Auswertung nach Gläser und Laudel 2009. Dieses Verfahren basiert auf dem Konzept der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring. Dabei werden Kategorien entwickelt, welche für die Analyse bzw. für die Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden.

Im Gegensatz zu einem linearen Forschungsprozess, in dem die einzelnen Schritte (Theoretische Vorüberlegungen – Hypothesenbildung – Operationalisierung – Stichprobe – Erhebung – Auswertung – Überprüfung) nacheinander erfolgen, geht es im zirkulären Modell darum, die einzelnen Schritte zu verknüpfen, Datenerhebung und -auswertung eng miteinander zu verbinden (z.B.: nach einer ersten Auswertung weitere Interviews durchzuführen oder während der Datenerhebungsphase bereits eine Auswertung vorzunehmen), ständig zu vergleichen und im Angesicht der Forschungsfrage zu reflektieren. Es erfolgt eine ständige Anpassung des Forschungsprozesses an die jeweilige (Bedarfs-)situation (vgl. Flick 2010: 122-132). Aufgrund des qualitativen Ansatzes ist ein bestimmtes Maß an „Zirkularität“ des For-

schungsprozesses vorgegeben: Zunächst erfolgte eine ausgiebige Literaturrecherche. Parallel dazu begann die Ausarbeitung des Theorieteils. Dann machte ich mich auf die Suche nach möglichen InterviewpartnerInnen, wobei hierbei die Forschungsfrage stets im Auge behalten werden musste. Im Anschluss daran folgte die Datenerhebung mittels Interviews. Die nachfolgende Vorgehensweise war geprägt von abwechselnden Phasen der Datenauswertung, Literaturrecherche und Bearbeitung des Theorieteils.

Obwohl es immer wieder Diskussionen darüber gibt, ob in der qualitativen Forschung Ex-ante Hypothesen aufgestellt werden sollten oder nicht, habe ich mich der gängigen Lehrmeinung angeschlossen und am Beginn der Untersuchung keine Hypothesen gebildet. Damit will ich dem Prinzip der Offenheit Rechnung tragen, obwohl mir bewusst ist, dass ich über ein Vorwissen verfüge, welches den Forschungsprozess in gewisser Weise beeinflusst (vgl. Meinefeld 2005: 265-275).

1.4 Umgang mit Begriffen

Ich habe mich bemüht, die verwendeten Begriffe zu definieren und einen möglichst wertfreien Umgang damit zu pflegen. Begriffe wie „entwickelte/weniger entwickelte Länder“, „der Norden/der Süden“ oder „traditionale/moderne Gesellschaften/Elemente“ dienen dem leichteren (Lese-)Verständnis und sind keinesfalls im Sinne einer wie auch immer aufgefassten (Be-)wertung bzw. Höher- oder Geringschätzung zu verstehen. Außerdem ist mir bewusst, dass es „die arabischen Länder“ als homogene Einheit nicht gibt. Es wurde daher versucht, stets Bezug auf das jeweilige Land zu nehmen und Pauschalisierungen aller Art zu vermeiden.

ERSTER TEIL

2 Theoretischer Ansatz – Globalisierung

2.1 Definition

Globalisierung ist ein vielverwendeter Begriff, der im wissenschaftlichen als auch im nicht-wissenschaftlichen Diskurs Anwendung findet. Es gibt unterschiedliche Auffassungen, was mit Globalisierung gemeint ist. In der Globalisierungsdiskussion gibt es den Standpunkt, dass das Phänomen Globalisierung kein neues Phänomen ist und eine weltweite Integration der Weltwirtschaft auch schon früher zu beobachten war. Als konkreter Begriff kommt „Globalisierung“ aber eben in den 1990er Jahren erstmals vor. Der Begriff wird oft und in unterschiedlichster Weise verwendet; in positiver sowie negativer Hinsicht (vgl. Osterhammel/Petersson 2003). Deshalb ist es unumgänglich, „Globalisierung“ zunächst zu definieren.

Anthony Giddens definiert Globalisierung als „[eine] Intensivierung weltweiter sozialer Beziehungen, durch die entfernte Orte in solcher Weise miteinander verbunden werden, daß Ereignisse am einen Ort durch Vorgänge geprägt werden, die sich an einem viele Kilometer entfernten Ort abspielen, und umgekehrt.“ Roland Robertson nimmt in einigen Punkten Bezug auf Giddens und definiert Globalisierung als „[...] compression of the world and the intensification of consciousness of the world as whole.“ (Giddens 1995; Robertson 1992). Bei Giddens und Robertson geht es vor allem um eine Veränderung des Verständnisses von Zeit und Raum. Dodgson/Lee/Drager beschreiben Globalisierung „[...] as an historical process characterised by changes in the nature of human interaction across a range of social spheres including the economic, political, technological, cultural and environment.“ (Dodgson/Lee/Drager 2002: 7). Globalisierung komme also in allen möglichen Bereichen vor. Diese sehr abstrakten und weit gefassten Definitionen versuchen, die Vorgänge der letzten Jahrzehnte unter einem Namen zu subsumieren, damit letztenendes überhaupt „darüber“ gesprochen werden kann. Osterhammel und Petersson bringen es auf den Punkt, wenn sie sagen: „[...] Er [der Begriff] gibt der Epoche einen Namen.“ (Osterhammel/Petersson 2003: 7; Anm. d. Verf.).

Wagen wir uns nun näher an das Phänomen „Globalisierung“ heran. Welche Vorgänge oder Kennzeichen werden im Zusammenhang mit Globalisierung beschrieben oder zumindest damit in Verbindung gebracht? In Verwendung sind Begriffe wie „Rationalisierung, Industria-

lisierung, Urbanisierung, Bürokratisierung, Demokratisierung, Individualisierung [...]“. Es sind dies Einzelprozesse, die langfristig ablaufen und nun gedanklich zu einer Gesamtentwicklung zusammengefasst werden. Globalisierung könnte als so eine Gesamtentwicklung bezeichnet werden, die damit einen Namen erhält (vgl. Osterhammel/Petersson 2003: 9).

Viele Ausführungen beschäftigen sich mit der ökonomischen Dimension von Globalisierung. Es wird von einem erhöhten Austausch/Handel von Gütern und Dienstleistungen ausgegangen, dessen Ausmaß sich über die ganze Welt erstreckt. Man spricht von globalen Güter-/Wertschöpfungsketten bzw. von global integrierten Netzwerken, bei denen ein Produkt mehrere Herstellungsschritte bzw. Länder durchläuft, bis es endgültig fertiggestellt ist. Es geht dabei nicht nur um die Bewegung von Gütern oder Dienstleistungen; auch Geld, Ideen, Informationen und nicht zuletzt Menschen sind weltweit in zunehmendem Maße und in alle Richtungen unterwegs. Möglich gemacht haben dies moderne Transport- und Kommunikationsmittel (vgl. Fischer et al. 2010; Urry 2003).

Als Kennzeichen von Globalisierung wird häufig seine Multidimensionalität angeführt. Wie bereits erwähnt, tritt Globalisierung im wirtschaftlichen, politischen, sozialen und kulturellen Bereich auf (vgl. Spiegel/Labonte/Ostry 2004; Woodward et al. 2002; United Nations, Department of Economic and Social Affairs 2001). Globalisierung erweckt also den Anschein, als sei es etwas sehr komplexes, das in vielen Dimensionen und Richtungen wirkt, verschiedene Netzwerke bildet und unterschiedlichste Verdichtungen in Raum und Zeit annimmt. John Urry benennt diese Debatte als eine von fünf Globalisierungsdebatten „Global Complexity“, die er in seinem Buch „Global Complexity“ ausführlich darstellt. Die anderen vier bezeichnet er als „The structural notion of the global“, „The global as flows and mobilities“, „Globalization as ideology“, „Globalization as performance“. „Global Complexity“ soll verdeutlichen, dass es kein Gleichgewicht oder eine bestimmte Ordnung gibt. Verbindungen sind komplex, nicht linear; globale Systeme sind unvorhersehbar und nicht umkehrbar (vgl. Urry 2003: 1-8). Passend zu diesen komplexen Prozessen und widersprüchlichen Erscheinungen prägt John Urry den Begriff der „global fluids“, welche quasi „in Netzwerken fließen“, diese aber auch verlassen können. Diese Flüsse könne man auf alle möglichen Prozesse übertragen, auch auf Tourismus oder Kommunikation. Die „global fluids“ bewegen sich unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen und bilden transnationale Netzwerke (vgl. Urry 2003).

Bewegungen und Zusammenschlüsse abseits nationalstaatlicher Grenzen hat es auch schon vor der Entstehung von Nationalstaaten gegeben:

„Überstaatliche Netzwerke und durchlässige Grenzen waren der historische Normalfall, der stillschweigend als Ausgangspunkt der meisten Globalisierungsdiagnosen genommene europäische Nationalstaat des 19. und frühen 20. Jahrhunderts war hingegen eine spät entstandene Ausnahme“. (Osterhammel/Petersson 2003: 109)

In der Globalisierungsdiskussion wird vielfach diskutiert, wie sich Globalisierung auf das Wesen des Nationalstaates auswirkt (vgl. Osterhammel/Petersson 2003). Dodgson/Lee/Drager sprechen von Grenzen, die uns voneinander trennen und sich im Zuge der Globalisierung verändern. Diese Grenzen können als die Dimensionen von Globalisierung verstanden werden:

- **räumlich:** wie erleben/nehmen wir physischen Raum und geographisches Territorium wahr?
- **zeitlich:** wie erleben/nehmen wir Zeit wahr?
- **kognitiv:** wie denken wir über uns selber und die Welt um uns?

(Dodgson/Lee/Drager 2002: 7; eigene Übersetzung)

Wie wird der Begriff „Globalisierung“ in dieser Arbeit verwendet? Diese eigene Definition ist in Anlehnung an die in diesem Kapitel erwähnten AutorInnen entstanden.

Globalisierung beschreibt die Summe von Einzelprozessen, die in allen Bereichen (ökonomisch, politisch, sozial, kulturell) abseits (nationalstaatlicher) Grenzen zu beobachten sind. Wir erleben sie durch die Veränderung unserer Wahrnehmung von Zeit und Raum sowie den Beziehungen untereinander und zur Welt als Ganzes.

2.2 Geschichte der Globalisierung – kurzer Abriss

Wann lassen sich die ersten „Anzeichen von Globalisierung“ in der Geschichte erkennen? Interdependenzen/Kontakt zwischen Menschen und einen vermehrten Austausch an unterschiedlichen Orten hat es in irgendeiner Weise immer schon gegeben. Dennoch lassen sich einige Ereignisse bzw. Entwicklungen in Phasen zusammenfassen, die auf erste Anzeichen auf Globalisierung hindeuten. Selbstverständlich gibt es verschiedene Möglichkeiten diese

Phasen einzuteilen, deshalb wird in diesen Ausführungen Bezug auf Osterhammel und Petersson genommen.

Überblick über die „Geschichte der Globalisierung“ (Osterhammel und Petersson 2003):

Bis 1750:	Aufbau und Verfestigung weltweiter Verbindungen
1750-1880:	Imperialismus, Industrialisierung und Freihandel
1880-1945:	Weltkapitalismus und Weltkrisen
1945 bis Mitte der 1970er Jahre:	Die halbierte Globalisierung

Osterhammel und Petersson sprechen von drei Formen der Integration, welche die Welt zunächst bis zu einem gewissen Grade vernetzten: die Zusammenfassung zu Großreichen, die Zusammenführung zu religiösen Ökumenen und die Fernhandelsverbindungen (und eventuell auch die Völkerwanderungen). Erste Erkundungs- und Eroberungsfahrten ab 1450/1500 führten zu weiteren Verbindungen und auch der bis ins 19. Jahrhundert anhaltende transatlantische Sklavenhandel führte zu einer Vernetzung zwischen Afrika, Amerika und Europa. Zur Verbreitung des Wissens über andere Weltregionen trug maßgeblich die Erfindung des Buchdrucks bei. Es gab in dieser Periode (bis 1750) viele Zentren, unter anderem das Zentrum Europa (vgl. Osterhammel und Petersson 2003).

Durch die Industrielle Revolution, die ab 1760 von England bzw. Europa ausging, war es möglich, größere Mengen zu immer kleineren Preisen herzustellen. Diese Güter wurden vermehrt getauscht und durch das aufstrebende Verkehrs- und Telekommunikationswesens immer schneller und günstiger auch global zu verbreitet. Es kam zu einem rapiden Anstieg des Welthandels, welcher sich von 1800 bis 1913 um das 25fache erhöhte. Das Vereinigte Königreich und Frankreich waren dominierend, und es wurde zusehends notwendiger, einen wehrhaften Staat („Nationalstaat“) zu bilden. Spannungen zwischen Ländern wurden vermehrt auf der globalen Bühne ausgetragen (vgl. Osterhammel/Petersson 2003: 43-63).

Das Gebilde „Nationalstaat“ wurde immer wichtiger und es war entscheidend, einen starken Nationalstaat zu haben, um damit die ganze Welt kontrollieren zu können. Ab 1880 beginnt die Einvernahme noch nicht kolonialisierter Gebiete, zur Durchsetzung eigener Interessen und Sicherung der Macht. Auch das Bewusstsein einer gemeinsamen Welt schritt voran: 1884 wurde eine gemeinsame „Weltzeit“ eingeführt und es wurde ein Bewusstsein dafür entwickelt, dass die Ressourcen endlich sind (ebd.).

Nach dem 1. Weltkrieg, der laut Osterhammel und Petersson bereits im globalen Maßstab geführt wurde, wurden viele Staaten gegründet und der Nationalstaat wurde als Normalform betrachtet. Nationalstaaten haben sich zusammengeschlossen und 1919 den Völkerbund gegründet. In der Folge verlor Europa zunehmend an Bedeutung und es kam zum Aufstieg der Vereinigten Staaten von Amerika, welche die neue Weltordnung ab 1945 maßgeblich mitbestimmten (vgl. Osterhammel/Petersson 2003: 63-86). Dies führte zu Veränderungen in allen Bereichen, die sich aber allerdings als Entwicklungen mit geringer globaler Reichweite beschreiben lassen. Versucht man Parallelen mit der heutigen Globalisierung zu ziehen, so finden sich eher Parallelen zu der Globalisierung vor dem 1. Weltkrieg als nach 1945. Die Blockbildung nach dem 2. Weltkrieg führte nämlich dazu, dass das Globale als eher abschreckend galt und es vermehrt zu Entflechtungen globaler Beziehungen kam. Durch die Gründung der Bretton Woods Institutionen hielt die freie Marktwirtschaft Einzug. Waren- und Geldströme wurden endgültig globalisiert und die Gründung multinationaler Konzerne begünstigt. Ab 1960 lassen sich auch Globalisierungstendenzen im soziokulturellen Bereich beobachten und ab den 1970ern ist man sich über die gemeinsame Schicksalsgemeinschaft bewusst (z.B.: Weltklima) (vgl. Osterhammel/Petersson 2003: 86ff.).

Ab 1970 haben sich die globalen Verflechtungen um ein Vielfaches verdichtet. Sowohl der Austausch/Handel von Gütern und Dienstleistungen als auch die Mobilität der Menschen (vgl. Osterhammel/Petersson 2003).

Wie sich die Mobilität der Weltbevölkerung in den letzten 40 Jahren entwickelt hat, wird am Beispiel des internationalen Flugverkehrs verdeutlicht. Die Zahlen stammen von der International Air Transport Association (IATA). Obwohl die folgende Grafik lediglich einen Querschnitt durch alle Weltregionen zeigt, ist deutlich zu erkennen, dass die Anzahl der Flugpassagiere um ein Vielfaches angestiegen ist (World Scheduled RPKs = Passagierkilometer), d.h. in den letzten 40 Jahren hat sich die Beförderungsleistung ungefähr verzehnfacht. Damit ist der Flugverkehr einer der am stärksten gewachsenen Bereiche; in einer Linie mit dem Welt-handel. Beachtlich ist der Vergleich mit dem Global GDP. Von 1970 bis 2010 ist der Flugverkehr dreimal so stark gewachsen wie das Welt-Bruttoinlandsprodukt.

Abbildung 1: Anstieg des Luftverkehrs im Vergleich zum Anstieg des Welthandels und des GDP, 1970-2010

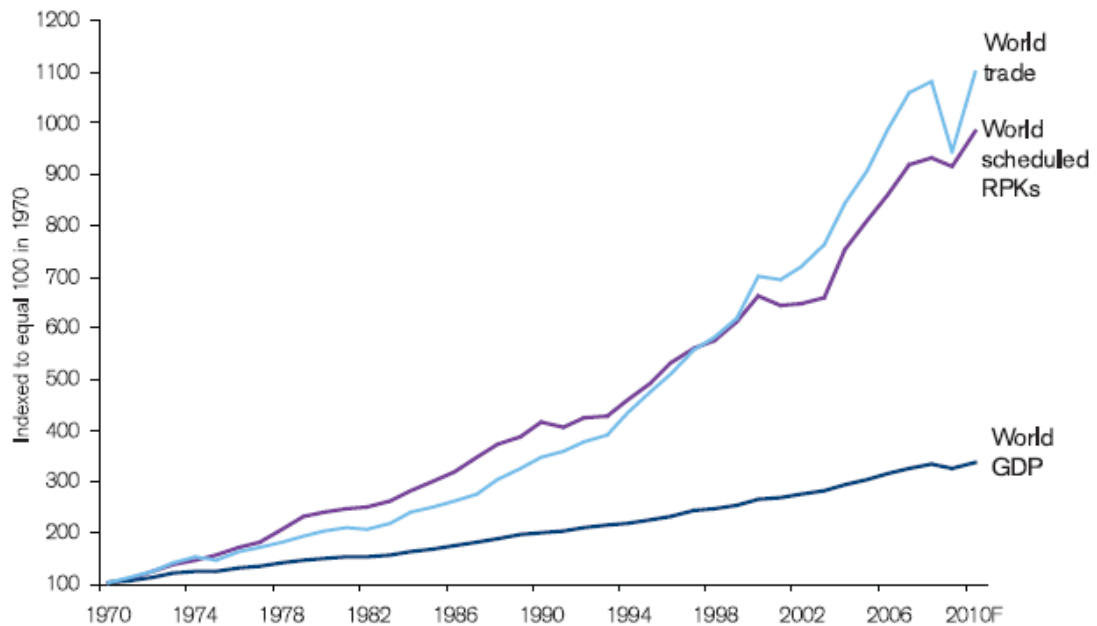


Chart 1: Air travel has expanded tenfold in the past 40 years

Source: ICAO, IATA, Haver

Quelle: IATA (2011): Vision 2050, Report: 4.

Zunehmende Mobilität ist damit nicht nur möglich geworden, sondern auch leistbar. Die Kosten für den Lufttransport sind in den letzten 40 Jahren um ca. 60% gesunken (auch die inflationsbereinigten Preise sind in diesem Ausmaß gesunken).

Abbildung 2: Entwicklung der Kosten in der Luftfracht, 1970-2010

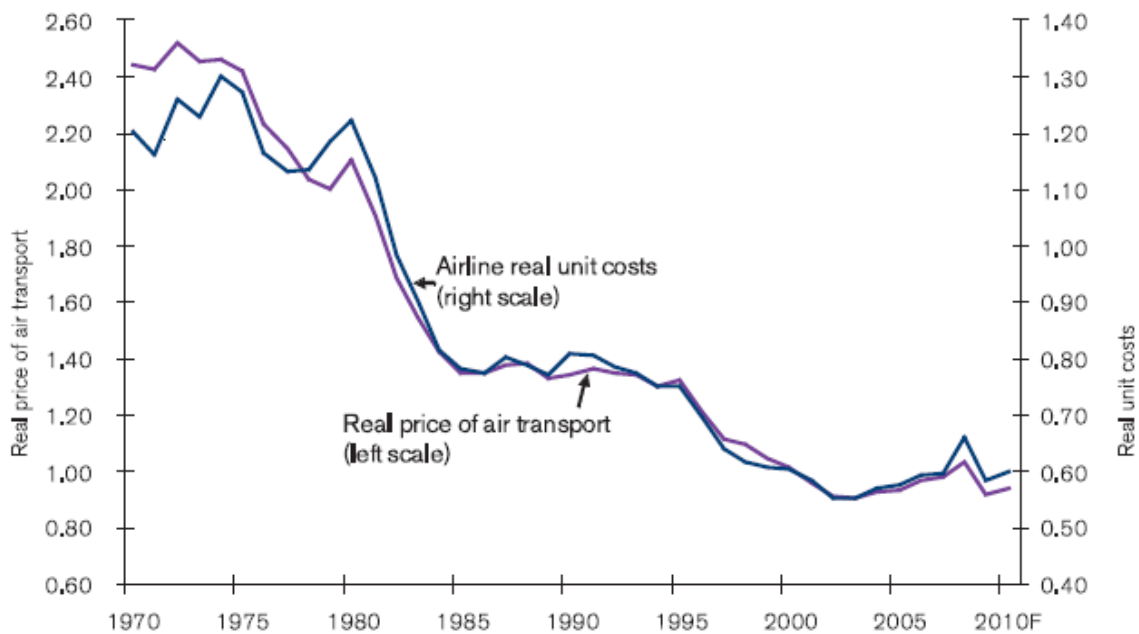


Chart 6: The real cost of air transport has more than halved

Source: ICAO, IATA

Quelle: IATA (2011): Vision 2050, Report: 7.

Ein stark gestiegenes Angebot an Flügen zu einem relativ günstigen Preis hat zu einer zunehmenden Verflechtung der Weltregionen, zur „Globalisierung“ geführt und diese dadurch auch begünstigt und verstärkt.

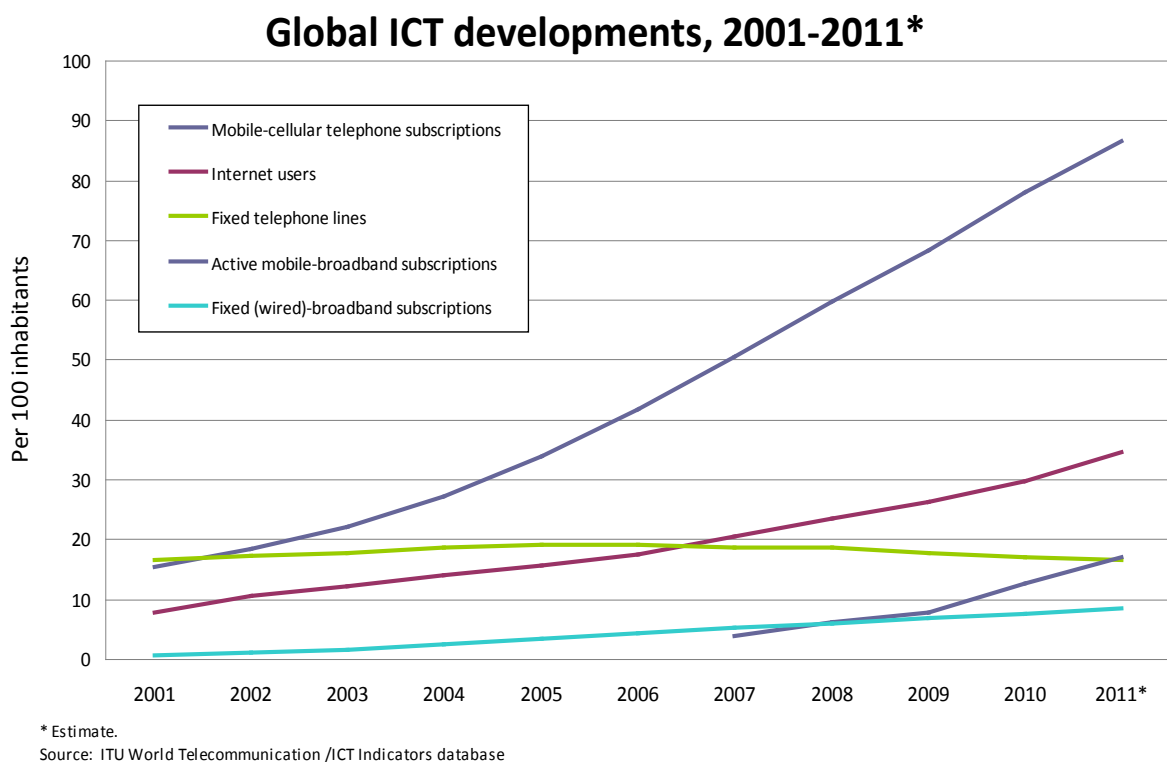
Mobilität sei laut Bauman bezeichnend für unsere Gesellschaft. Eine Gesellschaft, die er als „liquid modernity“ bezeichnet: Distanz und Grenzen werden unwichtig, das Verhältnis von Zeit und Raum verändert sich und Menschen entwickeln sich von Produzenten zu Konsumenten. Sie bewegen sich in unterschiedlichem Maße. Bauman unterscheidet zwischen wohlhabenden Personen, die unterwegs sein wollen („tourists“) und Personen, die unterwegs sein müssen („vagabonds“). Alle Gesellschaften seien in Schichten eingeteilt. Heutzutage bestimme der Grad an Mobilität, wie die Schichten eingeteilt sind (vgl. Bauman 2000; Abrahamson 2004).

Eine Erscheinung von Globalisierung ist nicht nur die zunehmende Mobilität, sondern auch die zunehmende Vernetzung mittels völlig neu entwickelter Kommunikationstechnologien wie z.B.: das Internet oder das Mobiltelefon. Damit ist es möglich geworden, in Sekunden-

schnelle mit Personen überall auf der Welt Kontakt aufzunehmen und sich mit anderen zu vernetzen, egal wo man gerade ist. Auch hier ist die Leistbarkeit dieser Technologien für viele Teile der Weltbevölkerung gegeben. Laut Volkszählung 2011 in Indien haben bereits mehr Personen ein Mobiltelefon (53,2%) als eine Toilette (46,9%) (vgl. Kurier.at, 14.03.2012).

Die Zahlen der International Telecommunication Union (ITU) zeigen, dass die Zahl der Mobiltelefone rapide gestiegen ist. Auch die Zahl der Internetnutzer steigt, im globalen Querschnitt allerdings eher moderat.

Abbildung 3: Globale Entwicklungen im Bereich Informations- und Kommunikationstechnologien, 2001-2011



Quelle: ITU [<http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/index.html> – Zugriff: 14.04.2012]

Eine Veränderung der Kommunikationsmittel verändert die sozialen Beziehungen in einer Gesellschaft. Umgekehrt, sind die vorherrschenden Kommunikationsmittel auch Abbild sozialer Beziehungen. Den Zusammenhang zwischen Massenmedien und Entwicklung hat bereits Daniel Lerner in seinem Werk „The Passing of Traditional Society“ (1958) erkannt. Ausgehend von einem modernisierungstheoretischen Ansatz, beschreibt Lerner den Entwicklungs- bzw. Modernisierungsprozess als linearen Prozess, welcher nach und nach durchlaufen wird.

Schrittweise soll der Übergang von der traditionellen zur modernen Gesellschaft erfolgen. Als Zwischenschritte beschreibt Lerner folgende Faktoren: Urbanisierung, Anstieg des Bildungsniveaus, Anstieg des Medienkonsums, Anstieg der Partizipation. Lerner setzt auf der Ebene des Individuums an: Das Individuum soll Empathie entwickeln, um damit neue Persönlichkeitsstrukturen übernehmen und sich an neue Situationen anpassen zu können. Die Massenmedien sollen helfen, den Horizont zu erweitern, andere Lebenswelten zu sehen und diese in weiterer Folge selbst übernehmen zu wollen. Medien und Kommunikation spielen in seinem Modell eine wichtige Rolle. Lerner bezeichnet den Übergang von der traditionellen zur modernen Gesellschaft als einen Übergang vom mündlichen (oralen) zum medialen Kommunikationssystem. Das Publikum sei in der traditionellen Gesellschaft eine homogene Primärgruppe, in der modernen Gesellschaft eine heterogene Masse; die Quelle im ersteren höherrangige Personen, im zweiten professionelle Kommunikatoren und der Inhalt sei in der traditionellen Gesellschaft präskriptiv, in der modernen deskriptiv (vgl. Kunczik/Zipfel 2005).

Diese Unterteilung in traditionale und moderne Gesellschaften erinnert an die Gegensatzpaare – „pattern variables“ – von Talcott Parsons. In seinem Werk „The Social System“ (1951) definiert er fünf Konzeptpaare:

- Affectivity vs. Affective Neutrality (Belohnung – Disziplin)
- Self-Orientation vs. Collectivity-Orientation (privat – Gemeinwohl)
- Universalism vs. Particularism (Wertorientierung)
- Achievement vs. Ascription (Modalität: Leistung – Zuschreibung)
- Specificity vs. Diffuseness (Interessensbereich)

(Parsons 1951)

Jedes Handeln eines Individuums lasse sich an einem bestimmten Platz zwischen den beiden Endpunkten (z.B.: Achievement – Ascription) einordnen. Selbstverständlich können zwei Elemente aus zwei verschiedenen Paaren kombiniert werden: Als „universalistic-achievement“ beschreibt Talcott Parsons die amerikanische Gesellschaft, in der prinzipiell alle gleich sind und gleichen Regeln unterliegen (universalism) und das Prinzip der Leistung vorherrschend ist (achievement). Im Gegensatz zu Deutschland, das er als „universalistic-ascription“ pattern beschreibt, und damit Rollen als eher zugeschriebene Rollenmodelle einschätzt (vgl. Parsons 1951).

Parsons geht ebenfalls von einem linearen Entwicklungsmodell aus. Dreh- und Angelpunkt ist wiederum das Verhalten des Individuums, im Besonderen sein Handeln. Es gibt nun die „Lesart“, die linke Spalte der oben genannten Konzeptpaare als Merkmale moderner Gesellschaften zu sehen, und die auf der rechten Seite als Merkmale von traditionellen Gesellschaften. So werde in modernen Gesellschaften sozialer Status durch Leistung (achievement) erreicht und nicht durch „Vererbung“/Stammbaum (ascription). Alle Menschen sind gleich, unterliegen den selben Regeln (universalism) gegenüber dem particularism in traditionellen Gesellschaften. Traditionale Gesellschaften seien geprägt von der Orientierung am Kollektiv, moderne von der Orientierung am Eigennutz. In modernen Gesellschaften herrsche eine klarere Rollenverteilung und Organisationsstruktur (specificity) gegenüber einer diffusenness in einer traditionellen Gesellschaft (vgl. Többe Gonçalves 2005, Schallberger o.J.).

Kritisch zu sehen ist in Anlehnung an Többe Gonçalves, dass implizit ein lineares Entwicklungsmodell als Grundlage genommen wird und dadurch quasi wie selbstverständlich davon ausgegangen wird, dass traditionale Gesellschaften (Entwicklungsländer) im Rückstand sind und aufholen müssen, um das Vorbild der modernen Gesellschaften (entwickelte Länder) einholen zu können. Dies führt dazu, dass traditional als rückständig gilt, das es abzuschütteln gilt und das Moderne als erstrebenswert dargestellt wird ((vgl. Többe Gonçalves 2005).

In diesem Kapitel wurde der Bogen gespannt, von den ersten Großreichen, über die Erkundungs- und Eroberungsfahrten (1450/1500), der Industriellen Revolution, der Entstehung von Nationalstaaten und Gründung von internationalen Organisationen, bis hin zur heutigen Zeitepoche, die geprägt ist von einem intensiven weltweiten Austausch von Gütern und Dienstleistungen, einer hohen Mobilität (begünstigt durch die große Auswahl an Transportmöglichkeiten) und einer dichten Vernetzung mittels moderner Kommunikationstechnologien. Das Internet bzw. Mobiltelefon sind „neue“ Technologien, die es vorher noch nie gegeben hat und das Handeln bzw. die sozialen Beziehungen nachhaltig verändern. Moderne Technologien schaffen damit Möglichkeiten, die in diesem Ausmaß in früheren Globalisierungen nicht zu finden sind.

2.3 Was ist neu an der „heutigen“ Globalisierung?

Wie bereits erwähnt, sind Globalisierungstendenzen seit Ende des 19. Jahrhunderts zu beobachten. (vgl. Osterhammel/Petersson 2003).

Spiegel/Labonte/Ostry 2004 sind der Ansicht, dass die wirtschaftliche Dimension der Globalisierung der dominierende Aspekt in der heutigen Globalisierung ist. Die Autoren greifen sechs Punkte der wirtschaftlichen Globalisierung heraus, welche die heutige Globalisierung charakterisieren und sich somit von früheren „Globalisierungen“ unterscheiden.

Als ersten Punkt führen Spiegel/Labonte/Ostry die Entstehung und den Aufstieg internationaler Organisationen an, welche supranationale Regeln aufstellen und diese auch geltend machen (z.B.: General Agreement on Tariffs and Trade – GATT). Zweitens sind die Autoren der Ansicht, dass im Gegensatz zur „Globalisierung“ im 19. Jahrhundert die gegenwärtige Globalisierung nicht mehr nur in Nordeuropa „geschieht“, sondern sich rund um die Triade Westeuropa, Ostasien und Nordamerika dreht. Diese Handelsbeziehungen würden von multinationalen Unternehmen mit regional abgestimmten Handelsstrukturen regiert. Die absolute Menge an Finanzflüssen, die zwischen den Nationen gehandelt wird und deren Geschwindigkeit sei um ein Vielfaches höher als bei früheren Globalisierungserscheinungen und stellen somit den dritten Punkt dar. Die Autoren merken an, dass diese Finanzflüsse meist spekulativer Art seien. Als vierten Punkt erwähnen Spiegel/Labonte/Ostry das Wachstum von ausländischen Direktinvestitionen (FDI) und den Handel von Dienstleistungen. Im nächsten Punkt erwähnen die Autoren die zunehmende strukturelle Abhängigkeit der sogenannten Entwicklungsländer von den Industrieländern aufgrund der Einführung von Struktur Anpassungsprogrammen. Als sechsten Punkt sehen Spiegel/Labonte/Ostry eine einseitige Migrationsbewegung. Die meisten Immigranten in Industrieländern kämen vorwiegend aus Entwicklungsländern (vgl. Spiegel/Labonte/Ostry 2004).

Dieser intensivierte Austausch wurde durch die Fortschritte in der Kommunikations- und Datenverarbeitungstechnologie gefördert. Wenn man bedenkt, dass das Internet erst seit Mitte der 1990er für den Privatgebrauch zugänglich ist, so hat in diesem Bereich eine beachtliche Veränderung stattgefunden. Dies habe laut Osterhammel und Petersson auch zu einer Globalisierung im kulturellen Bereich geführt. Kulturelle Muster werden global verbreitet und übernommen. Wie groß dieser Einfluss ist, lasse sich allerdings nur schwer abschätzen (vgl. Osterhammel/Petersson 2003).

Der Fokus bewege sich laut Spiegel/Labonte/Ostry nun vom Handel mit Gütern hin zum Handel mit Dienstleistungen. Das General Agreement on Trade in Services (GATS) biete die passenden Rahmenbedingungen, in denen nun auch Dienstleistungen/Services den „globa-

len Regeln“ unterliegen würden. Ebenfalls dazu gehören die Dienstleistungen im Gesundheitsbereich (vgl. Spiegel/Labonte/Ostry 2004).

2.4 Globalisierung im Gesundheitsbereich

2.4.1 Gesundheit als öffentliches Gut – Global Health Governance

Gesundheit zählt zu den öffentlichen Gütern. Öffentliche Güter kennzeichnen sich durch ihre Nichtrivalität im Konsum (d.h. obwohl man davon Gebrauch macht, werden sie nicht weniger und auch andere können sie benützen) und ihre Nichtausschließbarkeit (d.h. bestimmte Personen/Ländergruppen können nicht ausgeschlossen werden). Frieden ist ein typisches öffentliches Gut: Wenn es existiert, profitieren alle davon und es wird auch nicht weniger, wenn man es genießt (vgl. Kaul/Grunberg/Stern 1999: 2-19).

Die Bereitstellung dieser öffentlichen Güter ist allerdings schwierig. Ein Problem liegt darin, dass manche Menschen versuchen, als „free-rider“ das öffentliche Gut mit zu benützen, ohne aber selbst persönliche Ressourcen für das gemeinsame Wohl beizusteuern (=“Free-rider Problem“). Wohlwissend, dass sie von der Nutzung ohnehin nicht ausgeschlossen werden können (Nichtausschließbarkeit). Das bedeutet, dass es auf dem Markt prinzipiell zu einer Unterversorgung mit diesen Gütern kommt und die öffentliche Hand die Bereitstellung unterstützen muss. Wir sprechen hier also von nationalen öffentlichen Gütern, die vom (National-)Staat bereitgestellt werden. Auf dem globalen Level gibt es globale öffentliche Güter. Was sind globale öffentliche Güter? Kaul/Grunberg/Stern unterscheiden zwischen „final global public goods“ und „intermediate global public goods“. Finale Güter sind nicht als Güter im eigentlichen Sinne zu verstehen, sondern mehr als Ergebnis bzw. Resultat zu sehen (z.B.: Frieden, Umwelt). Zwischenprodukte (wie z.B.: internationale Organisationen/Verträge) sorgen für die Bereitstellung dieser Endprodukte (vgl. Kaul/Grunberg/Stern 1999: 2-19). Neben der Finanzierung aus öffentlicher Hand gibt es die Möglichkeit, die entstehenden externen Effekte (die unabhängig von Nationalstaaten wirken) in die Kalkulation miteinzubeziehen, zu internalisieren. Die Internalisierung geschieht z.B.: über die Einführung von Steuern, Entgelte und Gebühren, z.B.: im Umweltbereich (vgl. Martens/Hain 2002).

Sehen wir uns nun den Bereich „Gesundheit“ näher an. Gesundheit soll in der Erscheinung als globales öffentliches Gut einen möglichst großen Nutzen für alle Bevölkerungsteile bieten. So kann zum Beispiel das Zurückdrängen bzw. die Ausrottung von bestimmten Krankhei-

ten als ein Nutzen gesehen werden, der allen Bevölkerungsgruppen zugute kommt und niemand ausgeschlossen werden kann. Große Unterschiede zeigen sich allerdings im Zugang zu Gesundheit. Durch die Kommerzialisierung und Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen verstärkt sich diese Ungleichheit (vgl. Kaul/Grunberg/Stern 1999: 284-304).

Es wurde daher notwendig, sich eine Art gemeinsamen Steuerungsmechanismus, gemeinsam ausgehandelte Regeln und Prinzipien zu überlegen, die die Zusammenarbeit auf globalem Niveau strukturieren sollen – *Global Health Governance (GHG)*. Der globale Handlungsmaßstab wird benötigt, da Gesundheitsdienstleistungen global gehandelt werden und auch Personen über die eigenen nationalstaatlichen Grenzen unterwegs sind. Weiters müssen global auftretende Probleme (z.B.: Viruserkrankungen) gemeinschaftlich gelöst werden (vgl. Dodgson/Lee/Drager 2002; Balcius/Novotny 2011).

Zunächst eine mögliche Definition von „Health Governance“:

„Health governance concerns the actions and means adopted by a society to organize itself in the promotion and protection of the health of its population.“
(Dodgson/Lee/Drager 2002: 6; Hervorh. i. Original)

Für eine Übertragung aufs globale Level sind laut Dodgson/Lee/Drager drei Elemente notwendig: Zum ersten sei es wichtig, abseits vom Denken in Nationalstaaten das Globale in den Mittelpunkt zu rücken und auf jene Faktoren zu schauen, die Grenzen überwinden und abseits nationalstaatlicher Grenzen wirken. Zum zweiten sei es notwendig, die bestimmenden Gesundheitsfaktoren von allen Perspektiven (Disziplinen und Sektoren) her zu erläutern. Der dritte Punkt betrifft die Notwendigkeit, eine breitere Palette an Akteuren und Interessensgruppen, auf formelle und informelle Weise, miteinzubeziehen (vgl. Dodgson/Lee/Drager 2002). Die Akteure sind mittlerweile vielfältig und so zählen in neueren Ansätzen auch zivilgesellschaftliche Organisationen, private PhilanthropInnen, neue zwischenstaatliche Verbindungen und öffentlich-private Partnerschaften zur GHG dazu. Wichtig ist, dass zwischen den Akteuren Einigkeit über die Vereinbarung herrscht und diese auch befolgt wird. Global Health Governance ist inzwischen zu einem wichtigen Anliegen der Sicherheitspolitik geworden (vgl. Balcius/Novotny 2011).

Gesundheit war lange Zeit ein nationales öffentliches Gut, für dessen Bereitstellung der Nationalstaat Sorge zu tragen hatte. Durch den Austausch von Gesundheitsdienstleistungen und der Bewegung von medizinischem Personal unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen entwickelt sich Gesundheit zu einem globalen öffentlichen Gut. Dafür wird eine gewisse Steuerung, bestimmte Regeln benötigt - eine Global Health Governance.

2.4.2 Der Handel mit (Gesundheits-)dienstleistungen

„Health is not any commodity or service; it is a public good.“ (Cattaneo 2009: 2)

Cattaneo beschreibt in seinem Artikel, dass Gesundheit kein Konsumgut ist, wie jedes andere. Das Handeln mit Gesundheitsdienstleistungen habe Auswirkungen auf den Zugang zu diesen Gesundheitsdienstleistungen, auf die Qualität des Gesundheitssystems und auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung in beiden Ländern, im importierenden und im exportierenden. Deshalb sei es notwendig, die möglichen Chancen und Gefahren, die durch den Handel entstehen, zu verstehen und sich eine passende Strategie für das jeweilige Land zu überlegen (vgl. Cattaneo 2009; Whittacker/Manderson/Cartwright 2010).

Schreibt man über das Thema Globalisierung im Gesundheitsbereich, so stößt man auf das WTO General Agreement on Trade in Services (GATS). Das 1995 in Kraft getretene GATS ist ein umfassendes Regelwerk, welches den Handel mit Dienstleistungen regeln und erleichtern soll. (Den Handel mit Gütern regelt seit 1948 das General Agreement on Tariffs and Trade – GATT). Ziel des GATS ist, einen geordneten und transparenten Handel im Bereich Dienstleistungen/Services zu ermöglichen und Investitionen zu liberalisieren. Soweit der Anspruch der Befürworter. Gegner des GATS sehen in der Liberalisierung allerdings einige Gefahren wie zum Beispiel: Verlust der Autonomie von Nationalstaaten, Verschärfung von Ungleichheit, negative Auswirkungen bzgl. Zugang/Erreichbarkeit (vgl. Chanda 2003).

Was genau umfasst nun den Handel mit Dienstleistungen? (Chanda 2003)

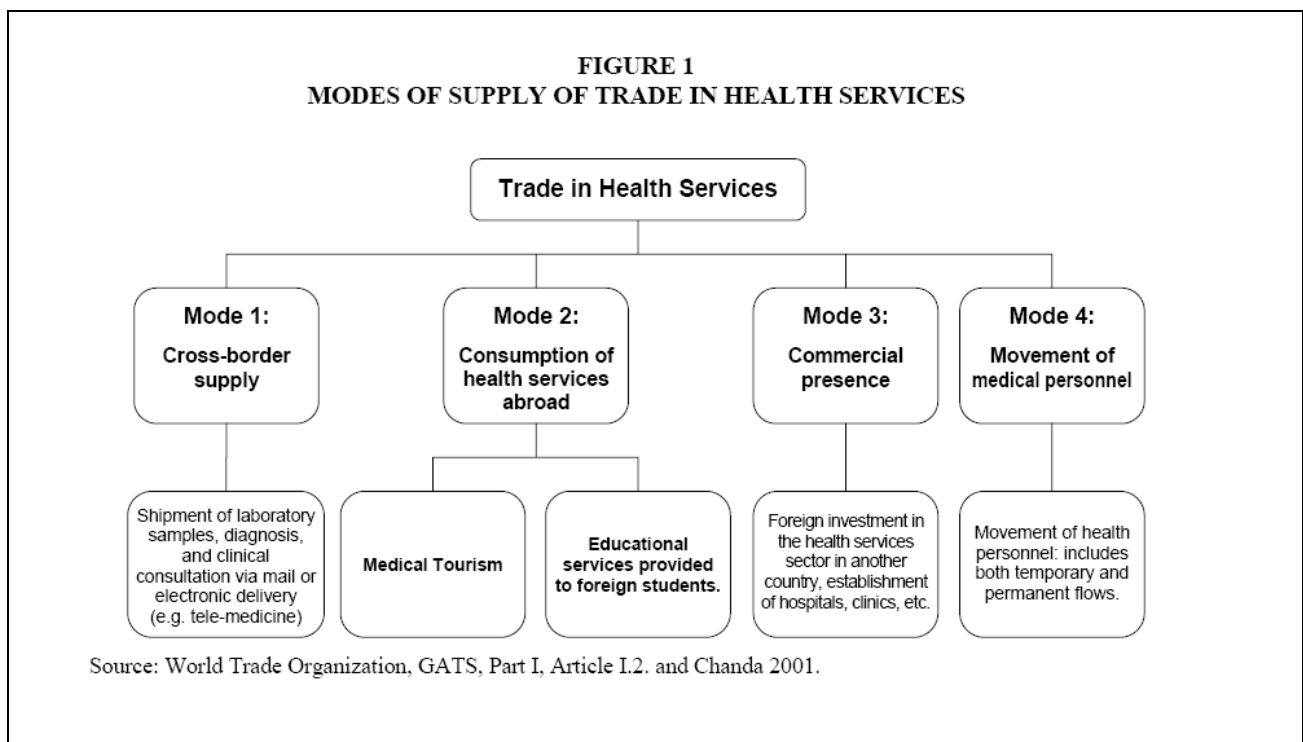
- *Mode 1 - crossborder supply*: Erbringung einer Dienstleistung von einem Land in ein anderes Land; entsprechend dem Handel von Gütern
- *Mode 2 - consumption abroad*: Erbringung einer Dienstleistung im Land des Anbieters an KonsumentInnen anderer Länder; entsprechend den Dienstleistungen im Tourismus

- *Mode 3 - commercial presence*: Erbringung einer Dienstleistung seitens eines Anbieters durch kommerzielle Präsenz in anderen Ländern; z.B.: Eröffnung von Zweigstellen
- *Mode 4 - movement of natural persons*: temporäre Grenzüberschreitungen von Anbietern, einzeln oder als Teil eines Unternehmens

(Chanda 2003: 1998f.; eigene Übersetzung)

Wie in der folgenden Abbildung dargestellt, fällt Medizintourismus unter Mode 2. Die Inanspruchnahme der Dienstleistung erfolgt im Ausland, d.h. die Dienstleistung wird im Land des Anbieters konsumiert; und zwar von KonsumentInnen aus anderen Ländern.

Abbildung 4: Modes of supply of trade in health services



Quelle: Paffhausen/Peguero/Roche-Villarreal 2010: 10

Welche Vorteile und Nachteile hat nun der Handel mit Gesundheitsdienstleistungen? Cattaneo 2009 beschreibt diese anhand der bereits vorgestellten „Modes“.

Zunächst die Vorteile: Handel unter Mode 1 und 2 entlastet das heimische Gesundheits- und Versicherungssystem und kann helfen, personelle oder technische Engpässe leichter zu bewältigen. Telemedizin (Mode 1) hat das Potential, auch abgelegene und unterversorgte Gebiete mit einem breiten Angebot zu erreichen und den Zugang zu einem hochwertigen medi-

zinischen Standard zu sichern. Von der Seite des Exports gesehen, verspricht ein verstärkter Handel höhere Gewinne und trägt dazu bei, hochqualifiziertes Personal im eigenen Land zu behalten. Medizintourismus (Mode 2) kann durch Spill-over Effekte (z.B.: Infrastruktur, Investitionen) zum Nutzen der einheimischen Bevölkerung beitragen. Ausländische Investitionen (Mode 3) schaffen zusätzliche Ressourcen (z.B.: Krankenhäuser) ins Land und können deshalb dazu beitragen, den öffentlichen Sektor zu entlasten. Es kommt dadurch auch zu einem höheren Wettbewerb mit steigender Qualität und sinkenden Preisen. Weiters wird der Technologie- und Wissensaustausch gefördert. Durch die (freie) Bewegung des medizinischen Personals ist es aus der Sicht des importierenden Landes möglich, die Kosten für die medizinische Ausbildung gering zu halten, flexibel zu rekrutieren und auch SpitzenmedizinerInnen ins Land zu holen (Mode 4). Die Vorteile des exportierenden Landes sind das zusätzliche Einkommen durch die „remittances“ und der ständig aktuelle Zugang zu neuen Technologien, Know-how und Trainingsmöglichkeiten (vgl. Cattaneo 2009).

Was die Nachteile betrifft, so ist es unter Mode 1 notwendig, ein Regelwerk aufzustellen, das für alle gilt (Telemedizin). Sonst kann es zu Fehlverhalten kommen, welches nicht geahndet wird. Die Qualität der Behandlung muss auch unter Mode 2 in irgendeiner Form sichergestellt werden. Der Umstand, dass einige Menschen zur Behandlung ins Ausland fahren (Mode 2), hat Auswirkungen auf den Zugang zu Dienstleistungen im Inland und deren Qualität, da das Geld im Ausland ausgegeben wird und nicht ins eigene Gesundheitssystem investiert wird. Pessimistisch gesehen, könne dies dazu führen, dass es sich nur noch die Reichen leisten könnten, ins Ausland zu fahren, und die Armen mit gestiegenen Preisen und schlechterer Qualität konfrontiert, im eigenen Land zurück gelassen werden. Zu einer größeren Ungleichheit könne es auch durch ausländische Investitionen (Mode 3), wie zum Beispiel den Bau eines Krankenhauses für vorwiegend ausländisches Klientel, kommen. Durch diese Investitionen werde auch gut ausgebildetes, vom heimischen System finanziertes, Personal angelockt, welches dann möglicherweise im nationalen Gesundheitsbereich fehle (Brain Drain). Die temporäre Einwanderung von ausländischen Arbeitskräften (Mode 4) kann durch die unterschiedlichen Lohnniveaus zur Ausbeutung dieser Arbeitskräfte führen und im Wettbewerb mit inländischen Arbeitnehmern als Konkurrenz gesehen werden (vgl. Cattaneo 2009).

Im Bereich Gesundheit ist für die vorliegende Arbeit besonders Mode 2 (GATS) – der Medizintourismus – interessant. Gesundheit wird durch den Handel zu einer Ware. Das Handeln mit Gesundheitsdienstleistungen hat Auswirkungen auf nationale Gesundheitssysteme, die Qualität, den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen etc.

2.4.3 Bedeutung für das Individuum

Robertson definiert Globalisierung als „[...] compression of the world and the intensification of consciousness of the world as whole.“ In seinem Modell des „globalen Feldes“ nennt er 4 Elemente: Nationalgesellschaft, Individuen, Weltsystem von Gesellschaften, Menschheit. Diese 4 Punkte relativieren/bewirken sich gegenseitig. Dies bedeutet zum Beispiel, dass Individuen die Nationalgesellschaft bilden/prägen und gleichzeitig die Nationalgesellschaft die Individuen prägt. Umgelegt auf das nationale Gesundheitssystem könnte man für diese Untersuchung davon ausgehen, dass das Individuum als Teil des Gesundheitssystems einerseits das Recht hat, diese Leistungen in Anspruch zu nehmen und andererseits aber auch die Pflicht hat, diesem beizutragen (vgl. Robertson 1992; Snyder/Dharamsi/Crooks 2011a).

Trotzdem scheint es so, als löse sich das Individuum immer mehr vom Nationalstaat. Es gebe immer mehr PatientInnen, die sich unabhängig vom Nationalstaat, in einem anderen Land behandeln lassen. Manche zahlen dies aus ihrer eigenen Tasche und sie sind in diesem Fall nicht mehr auf den Nationalstaat angewiesen. Diese PatientInnen sind sehr gut informiert und sie entscheiden sich bewusst und gut überlegt. Sie sind nicht dazu bereit, ewig auf eine Behandlung im Inland zu warten, deshalb entscheiden sie sich für eine Behandlung im Ausland, die schneller durchführbar ist. Zunächst suchen sie zwar eine Möglichkeit zur Behandlung in der Region; eine steigende Anzahl fährt aber in völlig andere Regionen der Welt. Theoretisch steht ihnen die ganze Welt offen. Sie fahren dorthin, wo sie die Behandlung bekommen, die sie wollen. Sigrist und Fenner bezeichnen sie „als neue Generation von mobilen und mündigen Patienten“ (Sigrist/Fenner 2009: 2). Die PatientInnen wollen selbst Verantwortung über ihre Gesundheit übernehmen und sich den Behandlungsort sowie den behandelnden Arzt selbst aussuchen, unterstützt von einer selbstständigen Recherche im Internet (vgl. Crone 2008; Sigrist/Fenner 2009).

In gewisser Weise hat ein solches Verhalten mit der Distanzierung von anderen zu tun. Frie und Janssen gehen von der Hypothese aus,

„that the more health is disconnected from biological influence, the more cultural and especially economic capital can be invested in health and therefore health could increasingly serve as a distinctive characteristic.“ (Frie/Janssen 2009: 220)

Die dargestellte Form des Patienten/der Patientin ist natürlich nur eine Kategorie unter vielen. „Den/die globale/n PatientIn“ gebe es nicht; MedizintouristInnen können gesunde wie kranke und reiche wie arme Menschen sein (vgl. Sigrist/Fenner 2009).

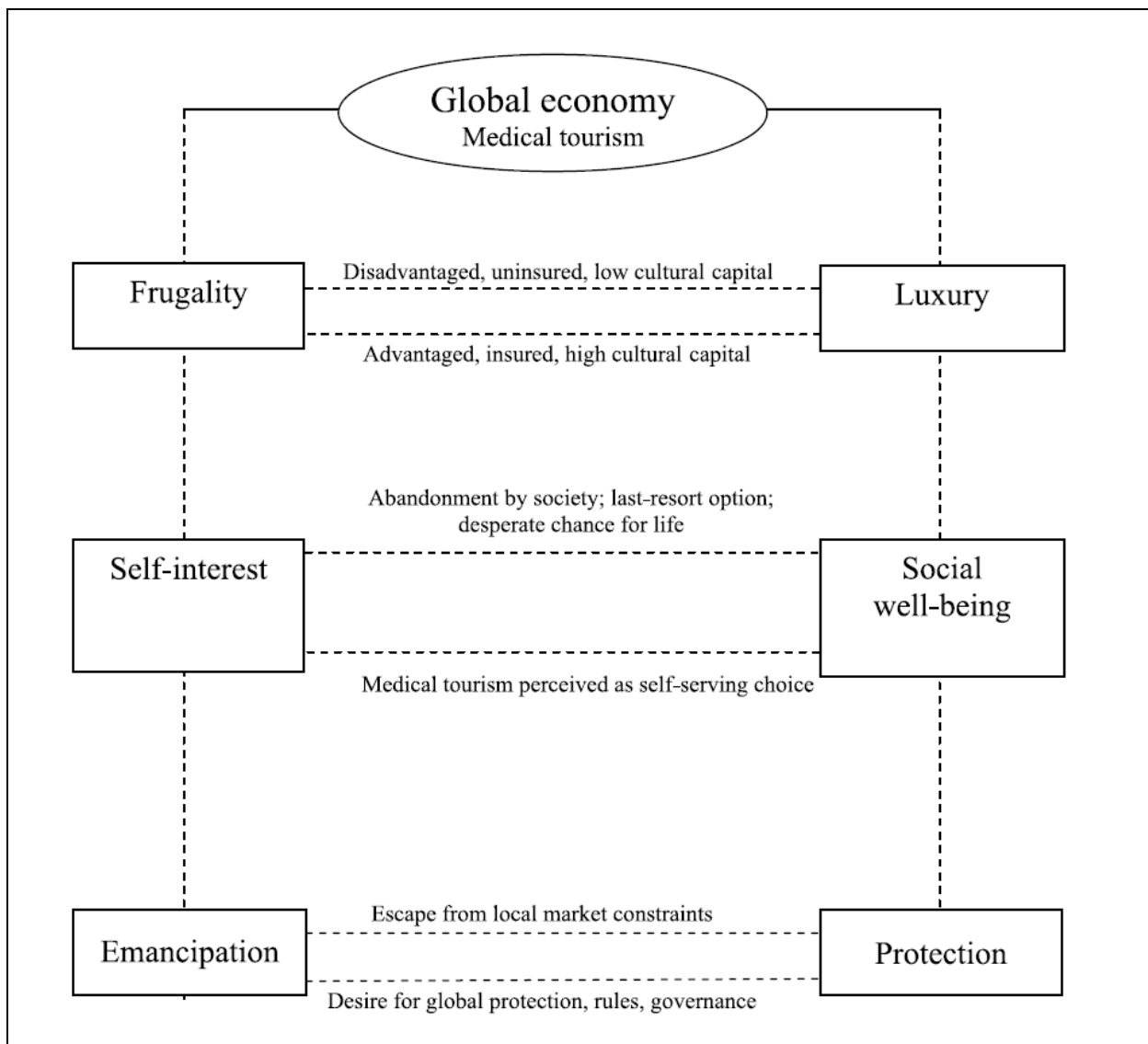
2.4.4 Bedeutung für nationale Gesundheitssysteme

Perfetto und Dholakia beschreiben die Widersprüche, die entstehen, wenn Menschen aus ihrem Nationalstaat und damit aus ihrem Gesundheitssystem ausbrechen und Leistungen in anderen Staaten mit anderen Gesundheitssystemen in Anspruch nehmen. Sie benennen es als Gegensatz zwischen „self-interest“ und „social well-being“. Es gehe dabei um die Entscheidung, als Individuum egoistisch zu handeln und ins Ausland zu fahren, oder im Inland zu bleiben und damit das eigene Gesundheitssystem zu unterstützen. Eigentlich sei die Beziehung zwischen Personen und dem Gesundheitssystem als ein reziprokes Verhältnis zu verstehen, in dem Individuen vom Gesundheitssystem profitieren und an dieses auch wieder etwas zurückgegeben werden sollte. Individuen sind Teil dieser Solidargemeinschaft. Sie sollten deren Leistungen nicht passiv konsumieren, sondern auch aktiv dazu beitragen. Denn die Personen wollen auch vom Staat geschützt werden, im Sinne eines funktionierenden Rechtsstaates. Wenn sie allerdings ins Ausland fahren, können sie den Versicherungsschutz nicht einfach mitnehmen (vgl. Perfetto/Dholakia 2010; Snyder/Dharamsi/Crooks 2011a).

Etwas abstrakter gesehen, taucht nun die Frage der Zuständigkeit und Verantwortlichkeit auf; schon im nationalen Kontext zwischen Individuum und Gesundheitssystem. Ist das Individuum für sich selbst verantwortlich? Es will doch emanzipatorisch agieren und selbstbestimmt leben? Oder liegt die Zuständigkeit beim Staat? Auf die globale Ebene übertragen, d.h. wenn das Individuum ins Ausland fährt, wird es komplizierter, da ein zweiter Staat hinzukommt (vgl. Snyder/Dharamsi/Crooks 2011a; Perfetto/Dholakia 2010). Es geht hier nicht

nur darum, wer dafür bezahlen soll, sondern auch darum, wer im Fall von „Behandlungsfehlern“ haftbar gemacht wird. Von der juristischen Perspektive aus, stellen sich laut Dan Jerker B. Svantesson folgende Fragen: 1. Wer wird geklagt? 2. In welchem Land kann man klagen? 3. Welches Land wird den Prozess leiten? (vgl. Svantesson 2008: 266).

Abbildung 5: Widersprüche im Medizintourismus



Quelle: Perfetto/Dholakia 2010: 410

2.4.5 Bedeutung für private Anbieter

Im Bereich der privaten Anbieter ist die Anzahl der privaten Krankenhäuser, besonders in den Entwicklungsländern, angestiegen. Diese Krankenhäuser sind weitgehend spezialisiert und bieten Dienstleistungen, vor allem für internationale PatientInnen, an. Oftmals sind die-

se Krankenhäuser Investitionen von internationalen Konzernen. Aufgrund der geringeren Personalkosten in Entwicklungsländern ist es ihnen möglich, sich zu einer ernsthaften Konkurrenz zu den Kliniken in Europa und Amerika zu entwickeln (vgl. Crone 2008).

Daneben gibt es die öffentlichen Krankenhäuser, welche sich vor allem der Versorgung der heimischen Bevölkerung widmen. Kritisch betrachtet, könne man nun sagen, dass sich die privaten Krankenhäuser die Lorbeeren, d.h. die wirtschaftlich rentablen Operationen/Behandlungen herauspicken, und die Standardversorgung den öffentlichen Krankenhäusern überlassen. Zusätzlich üben diese privaten Kliniken in gewisser Weise Druck auf den Staat aus, da sie behaupten, sie holen viele internationale Gäste und Devisen ins Land, sind erfolgreich und deshalb müsse man das auch fördern. Der Staat soll nun einerseits die öffentliche Versorgung gewährleisten und auf der anderen Seite die privaten Kliniken unterstützen (vgl. Crone 2008; Sengupta 2011).

Zwischen diesen privaten Kliniken herrscht ein großer Wettbewerb um PatientInnen und Personal. Immer mehr Kliniken bemühen sich um internationale Akkreditierung seitens der Joint Commission International (JCI). Erfolgt eine Anerkennung seitens der JCI, so kann davon ausgegangen werden, dass man mit einem angemessenen Qualitätsniveau rechnen kann. Es ist zudem ein Werkzeug, sich als PatientIn oder BewerberIn im vielfältigen Angebot an Kliniken zurecht finden zu können (vgl. Crone 2008: 118).

3 Phänomen Medizintourismus

3.1 Definition

Es kursieren die unterschiedlichsten Begriffe rund um das Phänomen „Medizintourismus“. Am häufigsten verwendet wird laut Literaturrecherche der Begriff „medical tourism“. Laut Heung/Kucukusta/Song beziehe sich „Medical tourism [...] to a vacation that involves traveling across international borders to obtain a broad range of medical services. It usually includes leisure, fun, and relaxation activities, as well as wellness and health-care service.“ (Heung/Kucukusta/Song 2010: 236). Der Begriff „medical tourism“ ist demzufolge recht positiv besetzt. Wesentlich negativer besetzt und auch weniger häufig sind Begriffe wie „medical migration“ oder „medical refugees“. Diese tauchen im Zusammenhang mit der mangelnden Versorgungsfähigkeit eines Staates auf: Bestimmte Operationen sind im eigenen Land nicht verfügbar/zu teuer oder bestimmte Personengruppen fallen nicht unter den staatlichen Versicherungsschutz, wie z.B.: in den USA (vgl. Milstein/Smith 2006; Kangas 2010; Bundred/Levitt 2000). Laut Bundred und Levitt bedeutet der Begriff „medical migration“ nicht nur eine Migration bzw. Wanderung von PatientInnen, sondern auch eine „Wanderung“ von ausgebildeten Fachkräften z.B.: ÄrztInnen (vgl. Bundred/Levitt 2000). Andere Autoren bezeichnen diese Abwanderung von Fachkräften als „brain drain“, welcher innerhalb eines Landes bzw. länderübergreifend stattfinden kann (vgl. Johnston et al. 2010; Chanda 2003; Connell 2006). Einen relativ neutralen Begriff verwendet Elisa J. Sobo mit dem Begriff „medical travel“. „Travel“ umschließe alle Varianten und rücke den touristischen Aspekt in den Hintergrund (vgl. Sobo 2009). Kangas schlägt in die selbe Kerbe, wenn er sagt, dass diese Reisen nicht einfach aus „Lust und Laune“ durchgeführt werden und es manchmal um Leben und Tod gehe. Deshalb schlägt er die Begriffe „international medical travel“ oder „transnational medical journeys“ vor (Kangas 2011: 328; vgl. Kangas 2007).

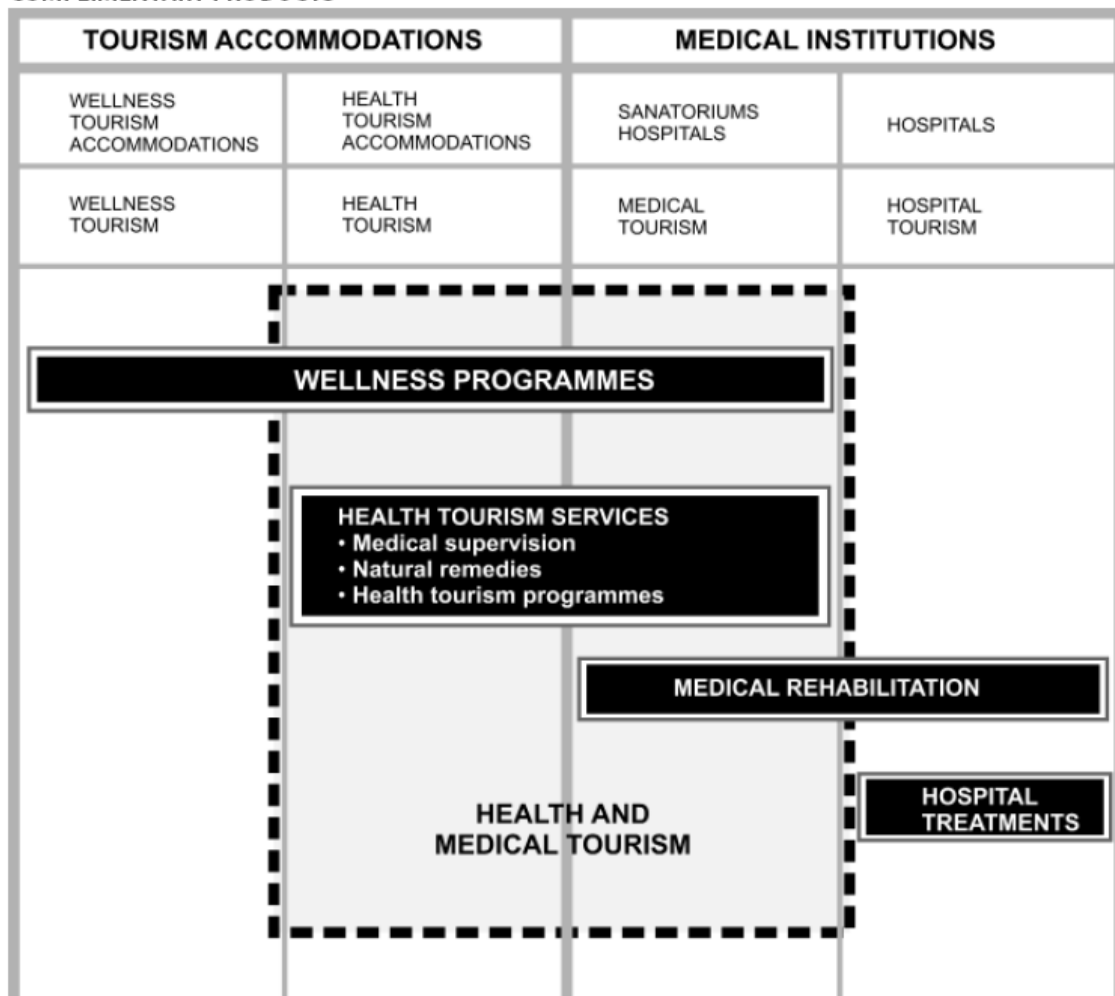
Hinzuzufügen ist, dass in der Literatur auch Begriffe wie „health tourism“ oder „health migration“ verwendet werden. Diese werden des Öfteren weitgehend synonym mit den oben angeführten verwendet. Jedoch kann davon ausgegangen werden, dass der Fokus bei Gebrauch dieser „Health-Begriffe“ auf sogenannten „präventiven“ Maßnahmen wie z.B.: Gesundheitschecks oder Wellnessangeboten liegt und es sich weniger um spezifische medizinische Eingriffe handelt. „Health tourism“ ist in diesem Verständnis als eine Erweiterung des Begriffs „medical tourism“ zu verstehen (vgl. Connell 2006; Cook 2010; Johnston et al. 2010;

García-Altés 2005). Folgt man der Einteilung von Sigrist und Fenner 2009, so lässt sich vereinfachend auch eine Trennung zwischen gesunden und kranken Individuen vornehmen. So lassen sich nach dieser Einteilung gesunde Individuen dem „health tourism“ zurechnen, kranke Individuen dem „medical tourism“ (vgl. Sigrist/Fenner 2009: 4).

In der folgenden Abbildung wird die Einordnung der Begriffe „health tourism“ und „medical tourism“ schematisch dargestellt.

Abbildung 6: Einordnung der Begriffe "health tourism" und "medical tourism"

OUTLINE OF THE HEALTH AND SPA TOURISM CHARACTERISTICS AND THEIR RELATIONSHIP WITH COMPLIMENTARY PRODUCTS

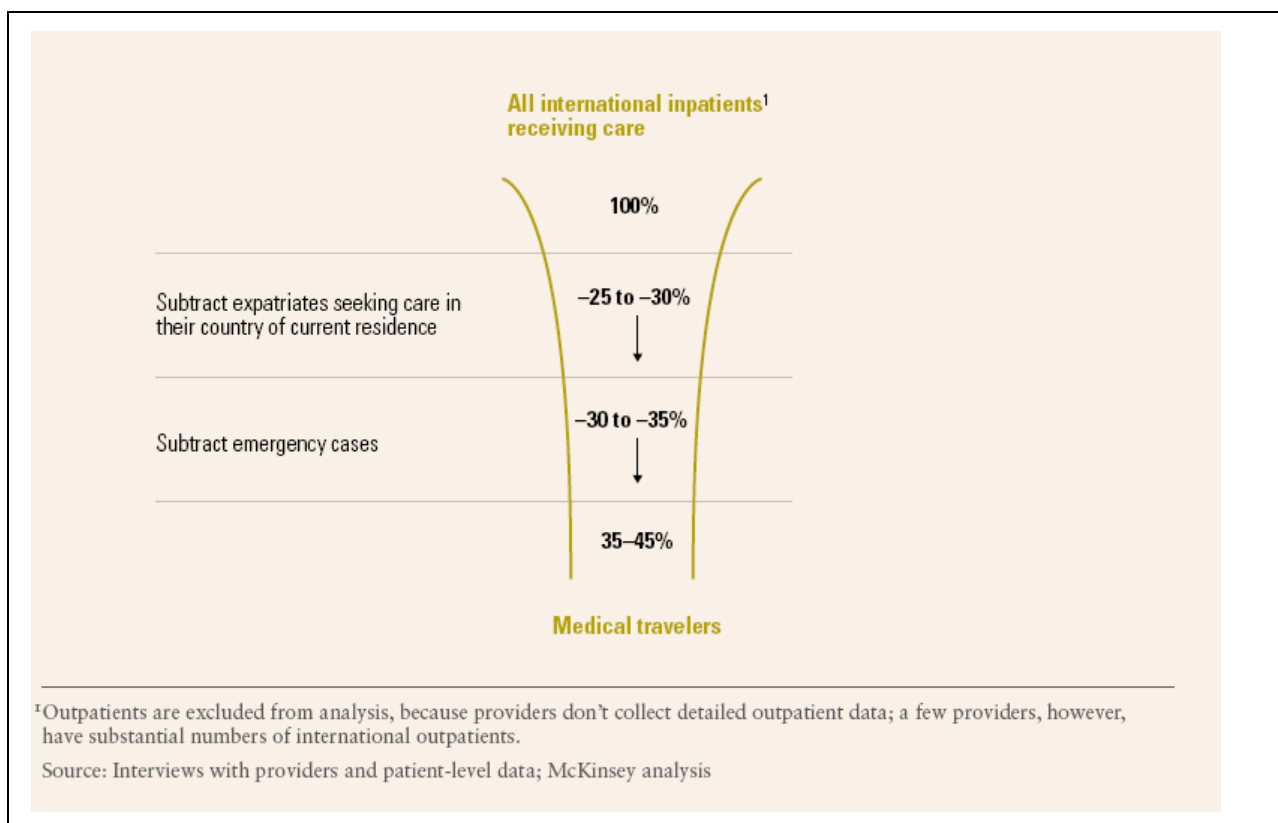


Quelle: Kušen 2011: 97

Wer fällt unter die Klassifikation MedizintouristIn?

Ehrbeck/Guevara/Mango verwenden in ihrer McKinsey Studie eine sehr enge Definition. Mit dieser Definition werden all jene Personen ausgeschlossen, die aufgrund eines Notfalls im Ausland behandelt werden, weiters all jene, die als „WellnesstouristInnen“ einzustufen sind und alle Auswanderer, die zur Behandlung in ihr Heimatland kommen sowie all jene, die in Grenzgebieten leben und die geographisch nächstgelegene Behandlungsortlichkeit vorziehen. Es bleiben nach dieser Einteilung also nur all jene übrig, „whose primary and explicit purpose in traveling is medical treatment in a foreign country.“ (Ehrbeck/Guevara/Mango 2008).

Abbildung 7: Klassifikation eines/r MedizintouristIn



Quelle: Ehrbeck/Guevara/Mango et al. 2008: 3

Aus dieser Fülle an Definitionen möchte ich für meine Diplomarbeit in Anlehnung an Peta S. Cook (2010) und der im Jahre 1995 aufgestellten Definition der World Tourism Organization folgende Definition ableiten:

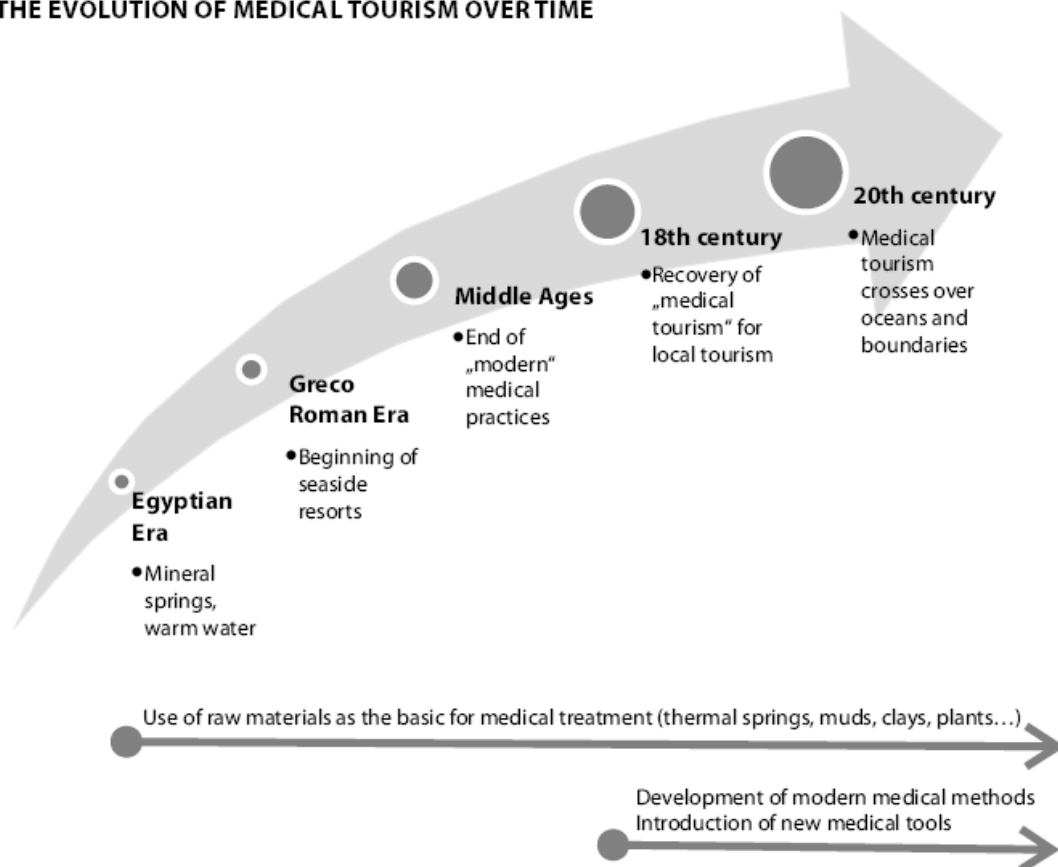
Medizintourismus umfasst die Bewegung zu einem abseits des unmittelbar vertrauten Umfelds gelegenen Ort (außerhalb des eigenen Landes) zum Zwecke der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die primäre Motivation ergründet sich aus der Suche nach medizinischer Behandlung von bereits bestehenden Erkrankungen; an zweiter Stelle steht die Suche nach einem „traditionalen“ touristischen Erlebnis. (eigene Definition in Anlehnung an Cook 2010: 140; World Tourism Organization 1995)

3.2 Historische Entwicklung – „Bäder- und Kurtourismus“ des 19. Jahrhunderts

Abbildung 8: Die Entwicklung des Medizintourismus

Figure 1

THE EVOLUTION OF MEDICAL TOURISM OVER TIME



Source: Menvielle & Menvielle (2010)

Quelle: Menvielle/Menvielle/Tournois 2011: 49

Betrachtet man die Bedeutung von Spas durch die Geschichte hindurch, so lässt sich beobachten, dass Spas bereits im alten Griechenland und im römischen Reich sehr beliebt wa-

ren. Das Baden in mineralhaltigen Quellen und Thermalquellen wurde ausgiebig gepflegt. Auch die Heilwirkung von (Meer-)wasser war bekannt und es wurden bereits Kuren durchgeführt. Im Mittelalter erlebte die Badekultur ihren Tiefpunkt und Baden war teilweise sogar verboten. Heilung sollte man durchs Gebet und nicht durch medizinische Bäderkuren erlangen. Ab dem 13. Jahrhundert wurden einige Bäder wiederbelebt und es kam zu einem neuerlichen Aufschwung bis ins 16. Jahrhundert, wo die Popularität des Badens wieder zurückging. In Kreisen des Adels entdeckte man den medizinischen Wert von Bäderkuren bald neu und solche Bäderkuren wurden vermehrt medizinisch verschrieben. Ausgehend von Italien entwickelte sich im Europa des 17. Jahrhunderts eine hochstehende Bäderkultur, vor allem für die Elite. Wirft man einen Blick auf die weltweite Verbreitung von Spas, so lässt sich erkennen, dass Spas im 18. Jahrhundert besonders in England, Frankreich und Deutschland boomten. Blickt man in die USA, so waren Spas hier weniger beliebt, da diese mit Scharlatanismus in Verbindung gebracht wurden (vgl. Tubergen/Linden 2002; Weisz 2011; Menvielle/Menvielle/Tournois 2011).

Anfang des 19. Jahrhunderts formte sich ein großes Interesse rund um die chemische Zusammensetzung der mineralischen Quellen, neuen Aufbereitungsmöglichkeiten und individuell genau abgestimmten Kuren. Es entwickelte sich zudem eine ansehnliche Infrastruktur mit Casinos, Grand Hotels, eigenen Theatern und Promenaden. Diese Plätze entwickelten sich zu Treffpunkten der Elite und Orten der Kreativität (vgl. Tubergen/Linden 2002). Spas waren zugleich „places of healing“, „tourist destinations“ und „social spaces“. Doch Weisz merkt an, dass in der Diskussion fälschlicherweise oft die sozialen Aspekte in den Vordergrund gestellt werden, und vergessen wird, dass diese Orte in erster Linie „places of healing“ waren (vgl. Weisz 2011: 138f.). Weiters merkt Weisz an, dass im allgemeinen Verständnis oft von Nobelspas ausgegangen wird, welche vorwiegend der Aristokratie vorbehalten gewesen sind. Die ursprünglichen Spas seien aber eher einfache Einrichtungen gewesen (vgl. Weisz 2011).

Nach den Wirren der beiden Weltkriege waren die Spas auch für die Masse der Bevölkerung zugänglich und leistbar. Heutzutage ist die medizinische Signifikanz dieser Quellen anerkannt und das Baden wird zusammen mit anderen Behandlungen angeboten; jede Destination hat ihre eigene Spezialisierung. Einige Spas legen ihren Fokus auf die medizinische Behandlung, andere auf Freizeit und Entspannung. Anfang des 20. Jahrhunderts war die Spa-Industrie

bereits ein anerkannter Teil der Tourismusindustrie. Nun verstärkte sich auch auf diesem Gebiet der Wettbewerb um die neuesten Anwendungen und natürlich die PatientInnen/KundInnen (vgl. Tubergen/Linden 2002; Weisz 2011).

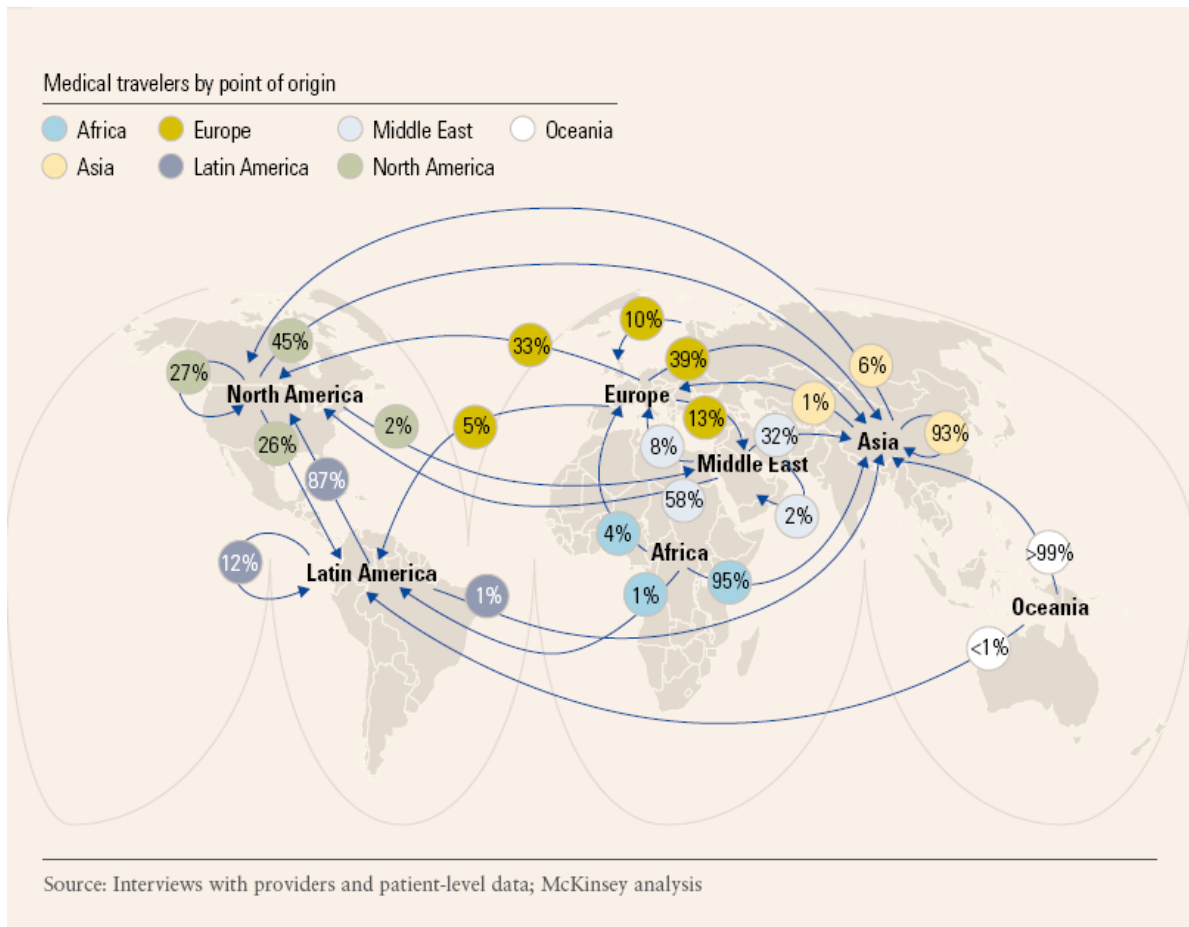
Medizintourismus ist in seinen Grundprinzipien also nicht wirklich etwas Neues; lediglich die Form und Ausmaße haben sich gewandelt:

„Travel for health purposes is not new. However, the scale, extent of promotion, and organization of medical services for fee-paying patients, regardless of citizenship status, is new; so too is the ease of travel and the links with global corporate capital and networks.“ (Whittacker/Manderson/Cartwright 2010: 337)

Zwei wiederkehrende Grundprinzipien lassen sich durch die Geschichte des „Medizintourismus“ hindurch erkennen. Das erste geht davon aus, dass Individuen, welche sich eine Behandlung abseits ihres Heimatortes leisten können, diese auch in Anspruch nehmen. Selbst wenn dies bedeutet, große Distanzen zu überwinden. Das zweite grundlegende Prinzip geht von einer speziellen „Kombination“ von Gesundheitsleistungen und Tourismus an bestimmten „Orten“ aus. Dabei gehen therapeutische Maßnahmen Hand in Hand mit touristischen Angeboten. Diese Orte werden als „heilwirksam“ dargestellt und der Patient/Kunde hat das Gefühl, dass die Leistung nur dort konsumiert werden kann. Der Kunde/Patient muss sich also an diesen bestimmten Ort begeben, um diese Leistung in Anspruch nehmen zu können (vgl. Weisz 2011).

3.3 Medizintourismus heute – Überblick

Abbildung 9: Internationale PatientInnenströme



Quelle: Ehrbeck/Guevara/Mango 2008: 5

Es gestaltet sich als relativ schwierig, das tatsächliche Volumen des Medizintourismus einzuschätzen. Zum einen gibt es keine einheitliche Definition, welche Behandlungen/Dienstleistungen unter dem Begriff Medizintourismus verstanden werden und zum anderen ist es unklar, ob z.B.: Geschäftsleute, die sich nebenbei behandeln lassen, oder Expatriates, die zur Behandlung nach Hause fahren, in die Kategorie MedizintouristIn fallen oder wie bereits oben erwähnt, eben nicht? (vgl. Paffhausen/Peguero/Roche-Villarreal 2010)

Aus diesem Grunde soll nachfolgend angeführt werden, welche Behandlungen/Operationen unter Medizintourismus verstanden werden? (nach Lunt/Carrera 2010a)

- Kosmetische Chirurgie (Brust, Gesicht, Fettabsaugung)
- Zahnheilkunde (kosmetisch, Erneuerung)
- Kardiologie/Herzchirurgie (Bypass, Klappenersatz)

- Orthopädische Chirurgie (Hüftoperation, Knieersatz, Gelenkoperationen)
- Bariatrische Chirurgie (Magenbypass, Magenplastik)
- IVF/Reproduktion (IVF, Geschlechtsumwandlung)
- Organ- und Gewebetransplantation (Stammzellen)
- Augenchirurgie
- Diagnose und Check-ups

(Lunt/Carrera 2010a: 29; eigene Übersetzung)

3.3.1 Variationen von Medizintourismus

Es gibt unterschiedliche Arten von Medizintourismus. Horowitz und Rosensweig 2008 unterscheiden zwei Modelle:

- „*medical tourism*“
- „*traditional international medical travel*“

Im Modell „traditional international medical travel“ bewegen sich PatientInnen in nur eine Richtung, nämlich von weniger entwickelten Ländern in Richtung entwickelte Länder. Diese Form sei sozusagen die „frühe“ Form von Medizintourismus, bei der sich internationale PatientInnen mit den entsprechenden finanziellen Mitteln jede medizinische Einrichtung in der ganzen Welt leisten können. Hinzugekommen sei laut den Autoren nun die entgegengesetzte Richtung, nämlich die Bewegung von PatientInnen aus den entwickelten Ländern in weniger entwickelte Länder. Gründe dafür sind die hohen Kosten oder langen Wartezeiten im eigenen Land.

Natürlich gibt es nicht nur diese zwei Richtungen; es gibt auch Mischformen, z.B.: den Medizintourismus zwischen entwickelten Ländern. Diese Art von Medizintourismus zählen die Autoren eher zum traditionellen Modell, obwohl es sich hierbei meistens um eine Umgehung der Wartelisten handle (vgl. Horowitz/Rosensweig 2008).

Obwohl sich laut Horowitz und Rosensweig die Varianten in Zukunft noch mehr vermischen werden, lassen sich Unterschiede bzw. Gemeinsamkeiten der zwei oben angeführten Modelle aufzeigen.

Horowitz und Rosensweig unterscheiden sie entlang von vier Aspekten:

- Beteiligte (PatientInnen, Anbieter, VermittlerInnen)
- Ort (Herkunft und Ziel)
- Gründe für das Verreisen

- Zugang der PatientInnen zu Ressourcen

Beteiligte

Was die PatientInnen betrifft, so reisen diese im Modell „medical tourism“ aus unterschiedlichen Gründen: entweder ist die Behandlung im eigenen Land nicht leistbar, nicht erlaubt oder es gibt zu lange Wartelisten. Im traditionellen Modell geht es darum, die bestmögliche Behandlung überhaupt zu bekommen. Die ÄrztInnen sind im Modell „medical tourism“ nicht mehr involviert; diese Rolle übernehmen VermittlerInnen („Agents“). Die ÄrztInnen fühlen sich auch für die Nachbehandlung nicht zuständig.

Ort

Die Richtung hat sich geändert. Im Modell „medical tourism“ kaufen/importieren entwickelte Länder nun Gesundheitsdienstleistungen von sich entwickelnden Ländern. Einige dieser Zielländer haben nun eine Doppelrolle inne: Zum einen die regionalen Krankenhäuser, die die lokale Bevölkerung bedienen und zum anderen „low-cost“ Spitäler für die MedizintouristInnen.

Gründe für das Verreisen

Wie bereits oben erwähnt, ist das Motiv im traditionellen Modell eindeutig: „to obtain the best possible care available“ (Horowitz/Rosensweig 2008). Die Motive im Modell „medical tourism“ sind komplexer: Hier geht es um günstigere Preise, Umgehung von Wartelisten, nicht erlaubte Operationen und um die Möglichkeit, zu exotischen Plätzen mit ein wenig Luxus zu reisen.

Zugang der PatientInnen zu Ressourcen

Die zur Verfügung stehenden Ressourcen sind laut Horowitz und Rosensweig das wichtigste Kriterium überhaupt. Das Vorhandensein von (finanziellen) Ressourcen ermöglicht eine Behandlung überall auf der Welt. Sie eröffnen Möglichkeiten, und entscheiden auch, was man für sein Geld bekommt. Für die selbe Summe an Geld kann man sich z.B.: in Asien mehr leisten. Eine gewisse Summe an Kapital muss aber vorhanden sein, ansonsten ist die Reise und Behandlung nicht möglich. Das Fehlen von Ressourcen (technische Ausstattung, Know-how) im Heimatland macht eine Behandlung im Ausland notwendig. Auch die Ressource Zeit spielt

eine Rolle in Bezug auf die Wartelisten. Wenn sie fehlt, wird ein Auslandsaufenthalt in Erwägung gezogen (vgl. Horowitz/Rosensweig 2008).

Dies ist *eine* Möglichkeit, die Varianten im Feld Medizintourismus grob zu umreißen. Die Unterschiede wurden bereits aufgelistet; laut Horowitz und Rosensweig finden sich auch drei Gemeinsamkeiten: 1. Die PatientInnen leiden an Krankheiten, Verletzungen oÄ, für die sie eine medizinische Evaluation oder Behandlung wollen oder brauchen. 2. Die PatientInnen sind gewillt und fähig, sich an einen anderen Platz zu begeben. 3. Die PatientInnen können oder wollen sich keiner medizinischen Behandlung in ihrem eigenen Land unterziehen (vgl. Horowitz/Rosensweig 2008).

3.3.2 Beschreibung des Marktes „Medizintourismus“

In Bezug auf folgende Punkte soll der Markt Medizintourismus genauer beschrieben werden:

- Gründe/Motive für eine Behandlung im Ausland
- Faktoren in der Entscheidungsfindung
- Vermittlung und Kommunikation
- Formen der Finanzierung

Warum entscheiden sich PatientInnen für eine Behandlung im Ausland?

- **Verfügbarkeit („Availability“):** Die Behandlung ist im Heimatland nicht möglich. Es scheitert entweder an der Quantität (d.h. schnellerer Zugang im Ausland), an der Art der gewünschten/notwendigen Behandlung oder an gesetzlichen Rahmenbedingungen.
- **Erschwinglichkeit („Affordability“):** Die Behandlung ist billiger als im eigenen Land. Gerade wenn Personen nicht versichert sind, suchen sie nach der günstigsten Behandlung.
- **Vertrautheit („Familiarity“):** Einem System vertrauen, sich wohlfühlen und die gleiche Sprache sprechen, ist besonders beim Thema Gesundheit entscheidend. Insbesondere in Grenzregionen ist eine erhöhte grenzüberschreitende Mobilität zu beobachten.
- **Wahrgenommene Qualität („Perceived Quality“):** PatientInnen nehmen an, dass die Qualität woanders besser ist. Es werden beispielsweise bessere Gerä-

te/Technologien oder Know-how erwartet. Der gute Ruf ist wichtig, und lässt die tatsächliche Qualität in den Hintergrund rücken.

(vgl. Glinos et al. 2010)

Im folgenden Absatz wird das Phänomen Medizintourismus in Bezug auf den Prozess der Entscheidungsfindung näher beschreiben. Welche Faktoren sind für die Wahl des Ziellandes entscheidend?

Horowitz und Rosensweig führen einige Faktoren an, mit denen die Zieleinrichtung bzw. das Zielland ausgestattet sein sollten. Zunächst sei der Zugang zu bestimmten medizinischen Einrichtungen und deren Qualität entscheidend; auch die Fähigkeit und Erfahrung der ÄrztInnen und des medizinischen Personals sei wichtig. Hier sei es von Vorteil, die PatientInnen in deren Muttersprache zu betreuen. Die nicht-medizinische Komponente, d.h. der „touristische“ Anteil sollte wirksam eingesetzt werden. Zusätzlich spielen die politischen, wirtschaftlichen und gesetzlichen Rahmenbedingungen eine wesentliche Rolle in der Auswahl. Die Qualität des Flughafens sowie die Transport- bzw. Telekommunikationssysteme und das Vorhandensein von adäquaten Unterkünften sollten zum Gesamtbild passen (Horowitz/Rosensweig 2008).

Im 2-Phasen-Modell von Smith und Forgione wird die Entscheidung in zwei Schritten vorgenommen. Zunächst wird das Zielland genauer unter die Lupe genommen und eine Auswahl für das Land getroffen. Im zweiten Schritt erfolgt dann die Auswahl der medizinischen Einrichtung; mögliche Kriterien: Kosten, Akkreditierung der Einrichtung, Qualität, Ausbildung der ÄrztInnen (vgl. Smith/Forgione 2007).

Qualität sei das wichtigste Kriterium überhaupt. Laut einer McKinsey Studie sind 40% der MedizintouristInnen auf der Suche nach der bestmöglichen Technologie überhaupt, und weitere 32% erwarten eine qualitativ höherwertigere Behandlung. Die Kosten der Behandlung bzw. die geographische Entfernung würden eine eher geringe Rolle spielen. Qualität werde aber im Zusammenhang mit den Kosten gesehen. So wird die erwartete Qualität den Behandlungskosten gegenüber stellt und es ergeben sich daraus unterschiedliche Erwartungen bzw. Vorstellungen seitens der PatientInnen. Zwei Fragen werden gestellt: 1. Welches Qualitätsniveau erwarte ich? 2. Wieviel bin ich bereit zu zahlen? Anhand dessen wählen die MedizintouristInnen ihr jeweils adäquates Zielland (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008).

Es lassen sich drei „Typen“ unterscheiden:

- „I want good clinical quality at the lowest cost“
(geringste akzeptable Qualität, niedrige Kosten)
- „Destination country matters to me. I simply won't go to certain countries“
(mittleres Qualitätsniveau, moderate Kosten)
- „I need to be sure I am getting the best quality possible“
(höchste Qualität, hohe Kosten)

(Ehrbeck/Guevara/Mango 2008: 10)

Im Prozess der Entscheidungsfindung darf die Rolle des Internet natürlich nicht ausgeblendet werden. Obwohl nicht ganz klar ist, welche Informationen von den Websites bezogen werden und wie sich diese auf die Entscheidungsfindung auswirken, nutzt eine Vielzahl der (potentiellen) MedizintouristInnen dieses digitale Angebot. Die Anbieter hinter den Websites sind darauf bedacht, ihr Produkt zu verkaufen und das Interesse von (potentiellen) Kundschaften zu wecken. Deshalb werden vor allem die Vorteile der jeweiligen Behandlung angepriesen, und die Risiken eher herunter gespielt. Mason und Wright haben in ihrer Studie herausgefunden, dass die untersuchten Websites relativ wenig dazu beitragen, die Glaubwürdigkeit ihres Angebotes zu fördern. Wenn überhaupt, wurden oberflächliche Informationen zur Expertise eines Arztes geboten, aber meistens wenige Informationen über seinen Lebenslauf und seine tatsächliche Erfahrung in einem speziellen Gebiet gegeben. Aus diesen Informationen lässt sich schwer eine kritische Meinung ableiten. Zusammenfassend kann man sagen, dass (potentielle) MedizintouristInnen das Internet für ihr Vorhaben nutzen, inwieweit sich diese Informationen auf die Entscheidungsfindung oder die tatsächliche Durchführung auswirken, konnte noch nicht eruiert werden (vgl. Lunt/Hardey/Mannion 2010b; Mason/Wright 2011).

Wie kommt der/die PatientIn nun zu seinem/ihrem Produkt?

Eine Möglichkeit sind vermittelnde Organisationen (Hotels, Reisebüros, spezialisierte Anbieter), die teilweise Gesamtpakete (inkl. Flug, Übernachtung, Visum etc.) anbieten. Eine andere Möglichkeit sind Einzelpersonen, die mit ihren Kontakten KonsumentInnen/PatientInnen und das Produkt zusammen bringen. Welche Rolle spielen dabei die ÄrztInnen und die Mundpropaganda? Die Aufgabenverteilung ist nicht auf den ersten Blick ersichtlich.

Hier ein Beispiel für ein Gesamtpaket:

Abbildung 10: "Travel" und "Health" Gesamtpaket

Case Study n°3: Travel and Health Industries Commingling – The Case of Thai Airways A number of travel and leisure companies have invested in the health sector and/or offer their clients packages that include some health care. For example, Thai Airways offers a number of health packages through its Royal Orchid Holidays program. These include: Package in Bangkok • Superior Physical-Check-Up at Bangkok Hospital (3 hours) • Medical Check-Up: Health Care Programme at Bangkok Hospital (3-4 hours) • Premier Health Examination at Bumrungrad International (3-4 hours) • Physical Check-Up at Ramkhamhaeng Hospital (3-4 hours) • The Dental Examination and Cleaning at Bumrungrad International (30 minutes) Package in Chiang Mai • Physical Check-Up at Chiang Mai Ram Hospital (3-4 hours) • Check-Up at Rajavej Chiang Mai Hospital (3-4 hours) Package in Phuket • Medical Check-Up at Bangkok Phuket Hospital (3-4 hours) Source: www.thaiair.com
--

Quelle: Cattaneo 2009: 12

Medizintourismusdestinationen stehen in großem Wettbewerb zueinander. Sie versuchen, ihr Land, ihre Einrichtungen bestmöglich zu vermarkten. Nicht nur die Agentur/Anbieter selber, auch Regierungen haben ein Interesse an der Vermarktung. Es ist wichtig, einen „brand-name“ zu haben, den man kennt und mit einem guten Leistungsangebot verbindet. (Potentielle) MedizintouristInnen sollen von der „authenticity“ der Destination überzeugt werden. Damit den Destinationen vermehrt Glauben geschenkt wird, gibt es Akkreditierungsstellen, die Zertifizierungen ausstellen und einen gewissen Standard hinsichtlich Qualität und Sicherheit bestätigen, z.B.: Joint Commission International (JCI). Dies schaffe Vertrauen und Akzeptanz (vgl. Cook 2010).

Vermittelnde Personen („Facilitatoren“) können als „Mittelsmänner“ PatientInnen und das Produkt zusammen bringen. Je nachdem, wie sehr sie auf der einen oder anderen Seite involviert sind oder sich involvieren lassen, verfügen sie über bestimmte Kompetenzen, die je nach Bedarf abgefragt werden. Prinzipiell geht man davon aus, dass VermittlerInnen die (potentiellen) PatientInnen mit allen möglichen Informationen versorgen, von der konkreten Behandlung bis zu den Gegebenheiten im Zielland, z.B.: spezifische Informationen über die Erfahrung eines Arztes oder die Kosten einer Taxifahrt im gewünschten Zielland. Sie arbeiten als „advocates“ für die PatientInnen. In vielen Fällen begleiten diese Personen die PatientIn-

nen von der Planung ihres Aufenthaltes bis zur Nachbetreuung. Meistens pflegen sie persönliche Beziehungen mit ÄrztInnen oder PatientenkoordinatorInnen. So geben viele VermittlerInnen auch Empfehlungen für ein Land oder für einen Arzt/eine Ärztin ab und raten von anderen ab. Durch diese enge Beziehung kommt es außerdem zu einer automatischen Qualitätskontrolle. Leider gebe es auch in diesem Bereich einige Personen, die das „Vermitteln“ ohne ausreichende Kenntnis einfach versuchen, und damit nicht nur PatientInnen in Gefahr bringen, sondern auch das Geschäftsfeld an sich schädigen. Es gebe daher den Wunsch nach einer Professionalisierung dieses Aufgabenfeldes und der Aufstellung einheitlicher Regelungen (vgl. Snyder et al. 2011b).

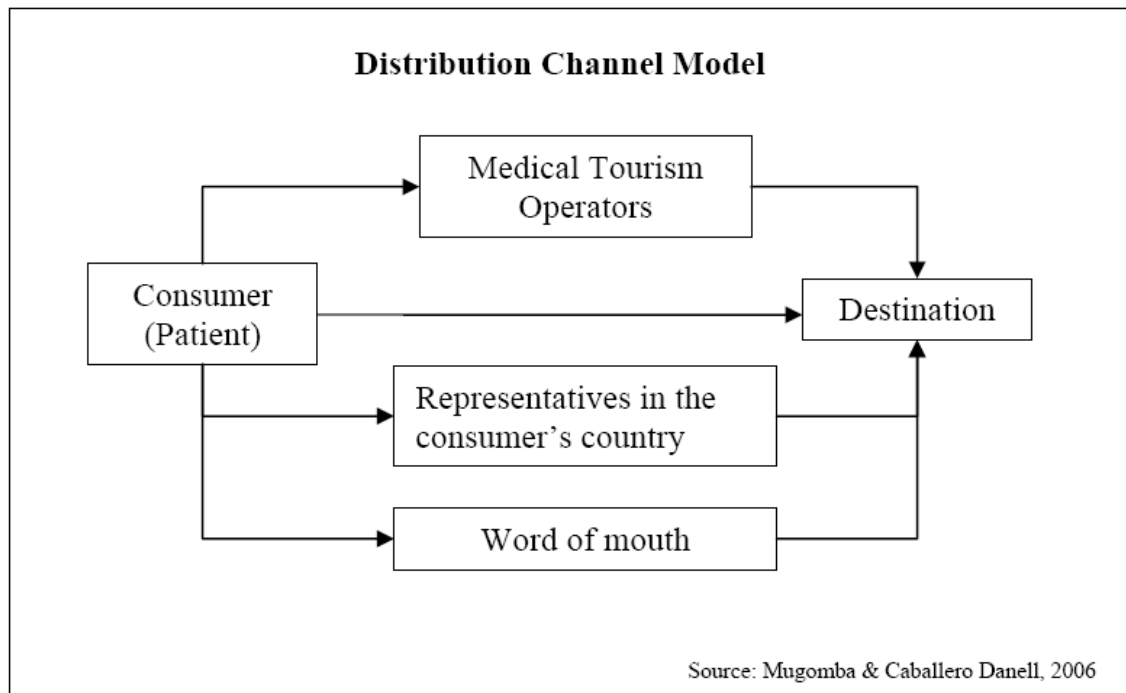
Informationen werden nicht nur über vermittelnde Personen weitergegeben, sondern auch von jenen, die jemanden kennen, der behandelt worden ist, von jemandem gehört haben, der behandelt worden ist oder selbst behandelt wurden. Die Form der Weitergabe erfolgt persönlich. Dass Mundpropaganda (World of Mouth – WOM) Einfluss auf das Verhalten der KonsumentInnen übt, ist bekannt. Besonders wenn es sich um Produkte/Dienstleistungen handelt, die nicht greifbar sind, spielt die Mundpropaganda eine entscheidende Rolle. Wie kann man Mundpropaganda definieren? Ein Beispiel von Litvin/Goldsmith/Pan:

„WOM is the communication between consumers about a product, service, or a company in which the sources are considered independent of commercial influence.“ (Litvin/Goldsmith/Pan 2008: 459)

Deshalb wird auch in der Tourismusbranche versucht, die Mundpropaganda bis zu einem gewissen Anteil zu beeinflussen, um möglichst viel positive Mundpropaganda zu fördern und die negative außen vor zu halten. Mittlerweile gebe es auch eine Mundpropaganda im virtuellen Raum („eWOM“), in Form von E-mails, Blogs, Chatrooms, Produktbewertungsseiten etc. Diese neue Entwicklung ermöglicht große Chancen u.a. für die Tourismusindustrie, aber birgt auch Gefahren, z.B.: in Bezug auf die Kontrollierbarkeit (vgl. Litvin/Goldsmith/Pan 2008).

Im Anschluss finden wir eine Zusammenstellung über die Distributions- und Kommunikationskanäle von Mugomba und Caballero-Danell:

Abbildung 11: Distributions- und Kommunikationskanäle



Quelle: Mugomba/Caballero-Danell 2006 zitiert in Caballero-Danell/Mugomba 2007: 36

Was die Finanzierung betrifft, so gibt es laut Glinos et al. zwei unterschiedliche Formen:

- PatientInnen ohne Schutz: Bezahlung aus der eigenen Tasche; für PatientInnen aus Ländern ohne gesetzliche Versicherungssysteme oder für versicherte Personen, deren Behandlung nicht gedeckt ist
- PatientInnen mit Schutz: die Kosten werden von Dritten getragen: Privatversicherung, Staat...

(vgl. Glinos et al. 2010)

Der Markt „Medizintourismus“ lässt sich sehr schwer beschreiben, da es keine zufriedenstellenden Daten gibt und auch wenig bekannt ist über das Profil bzw. die Erfahrungen der MedizintouristInnen selbst. Es sind lediglich Ausschnitte, die hier gezeigt werden konnten.

Die Varianten lassen sich in zwei grobe Modelle einteilen: „medical tourism“ und „traditional international medical travel“. In den meisten Fällen reisen PatientInnen ins Ausland, weil die Behandlung im eigenen Land nicht möglich ist, die Behandlung woanders billiger ist, oder sie annehmen, dass die Behandlung, woanders besser ist. Finanziert werden diese medizinischen Reisen entweder privat (mit Unterstützung des Familiennetzwerkes), durch eine Versi-

cherung oder von Dritten (z.B.: Regierung). In der Entscheidung für ein bestimmtes Land, eine Einrichtung spielt der Faktor Qualität in den meisten Fällen die entscheidende Rolle. Weitere Faktoren, wie z.B.: die Kosten der Behandlung, die geographische Entfernung sind auch wichtig, aber nicht entscheidend. Nicht zu vergessen ist die „touristische“ Komponente, die eine nicht zu vernachlässigende Nebenrolle einnimmt.

Wenig weiß man über die Rolle von vermittelnden Personen oder Organisationen. Auch hier gibt es unzählige Anbieter, die entweder den Medizintourismus als ihr Haupt- oder Nebengeschäftsfeld betrachten oder Privatpersonen, die für ihre Verwandten/Freunde vermitteln. Nicht zu unterschätzen sei die „Mundpropaganda“ (auch im Internet!), die das Verhalten der PatientInnen maßgeblich beeinflusst.

3.4 Medizintourismus aus arabischen Ländern

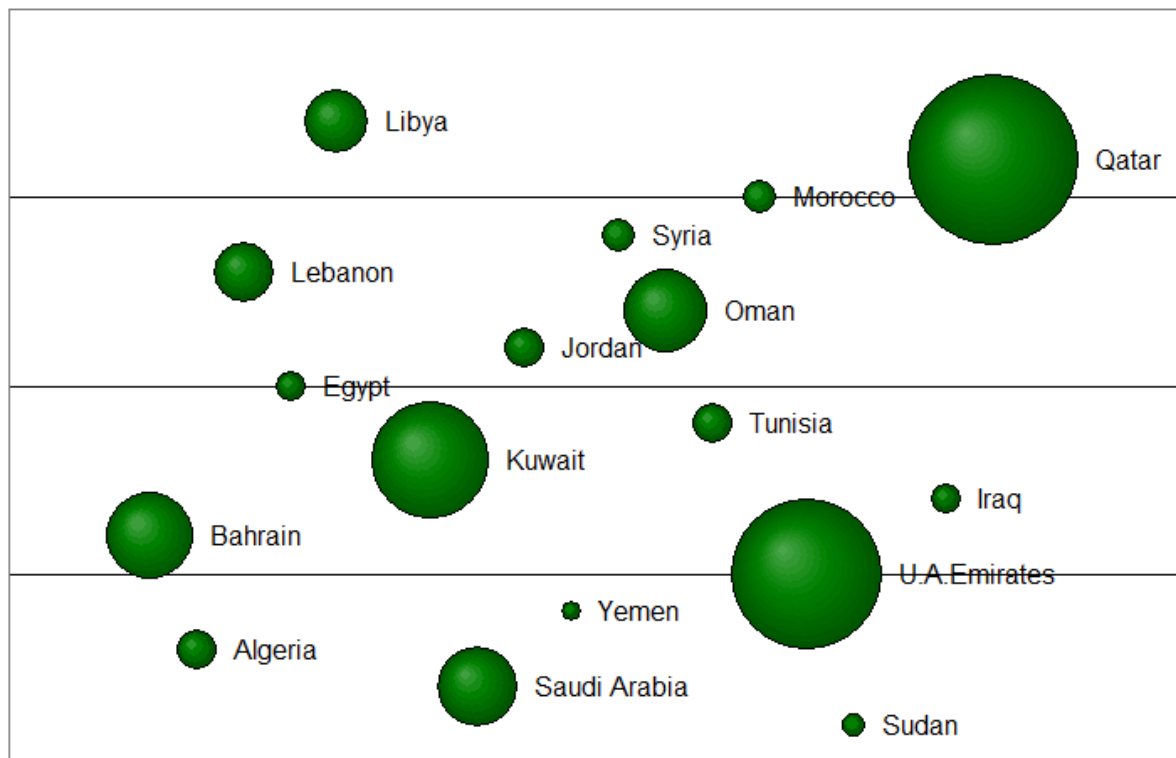
Welche Länder zählen zu „den arabischen Ländern“? In diesen Ausführungen wird auf die Kategorisierung von Jad Chaaban (2010) Bezug genommen. Er teilt die arabischen Länder in sechs Kategorien ein. Kriterien sind die Beschaffenheit des Arbeitsmarktes und die Ausstattung mit Ressourcen.

- Labour Abundant, Resource Rich (Algerien, Libyen)
- Labour Abundant, Resource Poor (Ägypten)
- Labour Importing, Resource Rich (Mitgliedsstaaten des Gulf Cooperation Council: Bahrain, Katar, Kuwait, Oman, Saudiarabien, Vereinigte Arabische Emirate)
- Labour Exporting (Jordanien, Libanon, Marokko, Syrien, Tunesien)
- Poor Countries (Komoren, Djibouti, Jemen, Mauretanien, Sudan)
- Conflict Countries (Irak, Somalia, West Bank und Gaza)

(Chaaban 2010: 10f.)

Wie man sieht, sind die Länder mit sehr unterschiedlichen Ressourcen und Möglichkeiten ausgestattet. Gut erkennbar sind die Unterschiede auch im BIP pro Kopf. Die Länder des Golf-Kooperationsrates (GCC) haben mit Abstand das höchste BIP pro Kopf (Katar: \$ 76.168/Kopf). Ägypten, Irak, Sudan und Jemen bilden das Schlusslicht (Jemen: \$ 1.282/Kopf). (ILO Department of Statistics 2011).

Abbildung 12: GDP per Capita US\$, 2010



Quelle: IMF, World Economic Outlook, zitiert in ILO Department of Statistics 2011: 2; eigene Darstellung

Aufgrund der unterschiedlichen Struktur der arabischen Länder gibt es auch Unterschiede im Gesundheitssystem und damit auch im Medizintourismus. Die schlechte Datenlage erschwert es, ein ausgeglichenes Bild zu zeichnen. Aus Gründen der Nachvollziehbarkeit soll stets angeführt werden, von welchem Land und welcher Personengruppe gerade gesprochen wird. Aufgrund der guten Verfügbarkeit von Zahlen aus den Vereinigten Arabischen Emiraten dienen diese des Öfteren als Beispiel.

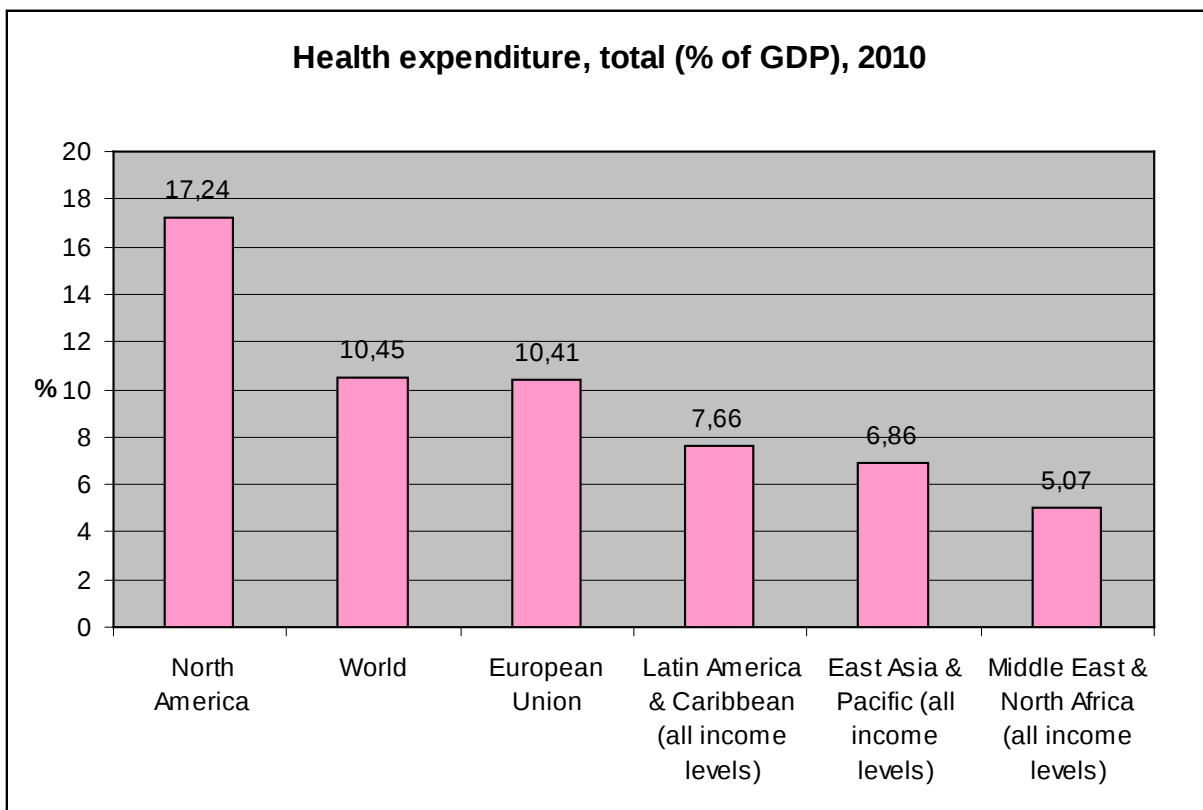
Zunächst wird ein Überblick über die Situation von Gesundheit in der arabischen Region gegeben: Gesundheitssystem, Ausgaben für Gesundheit, Herausforderungen etc.

In der arabischen Region geht man insgesamt von einem Anstieg der Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben und einem steigenden Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt aus. Im Jahre 2011 betrug der Anteil der Gesundheitsausgaben in den Vereinigten Arabischen Emiraten laut Economist 2,9% des Bruttoinlandsprodukts (vgl. Economist Intelligence Unit, Healthcare United Arab Emirates 2011b: 2). Vergleicht man diesen Prozentsatz mit anderen Ländern wie zum Beispiel Österreich (10,2% - 2011), so liegt dieser

verhältnismäßig niedrig; eine Steigerung ist aber zu beobachten (vgl. Economist Intelligence Unit, Healthcare Austria 2011a: 5).

Die Zahlen der Weltbank bestätigen diese Angaben. In der folgenden Grafik werden die Gesundheitsausgaben in Prozent des Bruttoinlandsprodukts dargestellt. In der Region Middle East & North Africa liegt der Prozentsatz bei 5,07%. Zum Vergleich: Der Anteil in der Europäischen Union beträgt 10,41%. Besonders auffallend sind die übermäßig hohen Gesundheitsausgaben in den USA (North America: 17,24%).

Abbildung 13: Ausgaben für Gesundheit, (% of GDP), 2010



Total health expenditure is the sum of public and private health expenditure. It covers the provision of health services (preventive and curative), family planning activities, nutrition activities, and emergency aid designated for health but does not include provision of water and sanitation.

Quelle: [<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>; eigene Zusammenstellung - Zugriff: 12.05.2012]

Nicht nur bei den Gesamtausgaben auch bei den Gesundheitsausgaben pro Kopf findet sich laut der oben angeführten Quelle der Weltbank ein ähnliches Verhältnis.

In den Ländern des Gulf Cooperation Councils (GCC) hat sich die Gesundheitsversorgung zwar massiv verbessert; der Zugang zu Gesundheitseinrichtungen sowie deren Qualität wird seitens der „Residents“ jedoch als unzureichend und nicht zufriedenstellend eingeschätzt. Mit ungeheurem Aufwand und zahlreichen finanziellen Anreizsystemen wurde in den letzten Jahren versucht, die besten Krankenhäuser und ÄrztInnen, das beste Know-how ins Land zu holen. Dies sei teilweise auch gelungen, dennoch waren die Erfolge eher mäßig. Zurückzuführen sei dies vor allem auf Managementfehler und mangelnde Trainings- und Entwicklungsmaßnahmen. Den großen Anteil an ausländischem Personal beziffert der Economist mit einem Anteil von 80% an ausländischen ÄrztInnen und 90% an ausländischen Krankenschwestern (vgl. Economist Intelligence Unit, Healthcare United Arab Emirates 2011b). Zum Verhältnis des privaten Sektors zum öffentlichen Sektor lässt sich feststellen, dass der private Sektor nur einen kleinen Teil der Gesundheitsausgaben ausmacht. Der öffentliche Sektor finanziert mit 75% den größten Anteil im Gesundheitsbereich (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2010).

Was sind die Herausforderungen im Gesundheitsbereich?

In den arabischen Ländern findet man relativ viele unterschiedliche Sozial- bzw. Versicherungssysteme. Insgesamt wird geschätzt, dass nur 10% der in den GCC Ländern lebenden Bevölkerung von einem Versicherungssystem abgedeckt werden. Dieser Prozentsatz liegt unter dem weltweiten Durchschnitt. Die Zahl lässt sich aber insofern relativieren, als dass PatientInnen, sofern sie der einheimischen Bevölkerung eines Landes angehören, relativ gut vom Staat unterstützt werden. Die Gesundheitsversorgung ist gratis für die einheimische Bevölkerung. Dies bedeutet, dass die öffentlichen Krankenhäuser sehr gut ausgelastet sind; die privaten allerdings auf einer schlechten Auslastungskapazität arbeiten. Des Weiteren existiert für die einheimische Bevölkerung eine relativ lange Praxis, sich auf Staatskosten ins Ausland schicken zu lassen. In diesem Fall werden sämtliche Kosten, d.h. die Kosten der Behandlung, Reisekosten für den PatientInnen und je nach Alter einem oder zwei Begleitpersonen getragen sowie sämtliche Aufenthalts- und Lebenskosten für diesen Zeitraum. Bevorzugte Destinationen sind Deutschland, Großbritannien, USA, Thailand und Singapur. Diese Praxis trägt dazu bei, dass es weiterhin an qualifiziertem Personal fehlt und kein Vertrauen in die heimische Gesundheitsversorgung aufgebaut wird. Umgekehrt, wird genau aus diesen Gründen eine Behandlung/Rehabilitation im Ausland dem Inland vorgezogen. Die Autorin der

Studie erwähnt eine Umfrage, derzufolge 70% der GCC Bevölkerung im Falle einer ernsthaften Krankheit eine Behandlung im Ausland präferieren würde (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2010).

Eine weitere Herausforderung stellt die Zunahme der sogenannten „Lifestyle“ Krankheiten (z.B.: Herz-Kreislauf-erkrankungen, Diabetes), die auch in den arabischen Ländern Einzug gehalten haben. Betrachtet man das demographische Profil, so ist künftig zudem von einer schrittweise alternden Bevölkerung auszugehen (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2010).

Was sind die präferierten Zielländer von MedizintouristInnen aus den arabischen Ländern? (Beispiel Abu Dhabi – VAE)

In der folgenden Abbildung ist eine deutliche Verschiebung in Richtung asiatische Destinationen (Thailand, Singapur) ersichtlich. Aber auch Großbritannien hat den eingehenden PatientInnenstrom erhöht. Vorreiter bleibt laut Health Authority Abu Dhabi (HAAD) nach wie vor Deutschland mit 621 PatientInnen im Jahr 2008. Österreich verzeichnet einen leichten Anstieg, hat mit 39 PatientInnen im Jahr 2008 aber einen eher geringen Anteil am PatientInnentourismus aus Abu Dhabi.

Abbildung 14: Zielländer von 2006 bis 2008

	Country	2008	2007	2006
1.	Germany	621	639	688
2.	UK	534	369	263
3.	USA	317	376	229
4.	Thailand	265	140	94
5.	Singapore	195	73	83
6.	Saudi Arabia	40	71	49
7.	Austria	39	40	28
8.	Spain	34	21	178
9.	France	32	21	0
10.	Switzerland	32	30	27
11.	Belgium	22		
12.	Philippines	20	46	41
13.	India	15		
14.	Egypt	7		
15.	Jordan	6		
16.	Czech	3	25	15
17.	Syria	2		
18.	Lebanon	2		
19.	Italy	1		
20.	China	1		
21.	Malaysia	1		
22.	Other		55	53

Source: HAAD, Health Authority Abu Dhabi

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich 2010: 20

In der nachfolgenden Tabelle findet man eine Auflistung, wieviele PatientInnen jeweils welche Art der Behandlung in welchem Destinationsland im Jahr 2008 erhalten haben.

Abbildung 15: Anzahl der Behandlungen in den jeweiligen Ländern, 2008

Diseases	Austria	Belgium	China	Czech	Egypt	France	Germany	India	Italy	Jordan	Lebanon	Malaysia	Philippines	Saudi Arabia	Singapore	Spain	Switzerland	Syria	Thailand	UK	USA	UAE	Grand Total
General Medicine	1	3	1		1	17	97	6							13	10	16		42	87	62	3	359
Oncology and Hematology					1	2	76	5			1				100				41	69	51	3	349
Congenital anomalies						1	25			3				1	9			1	2	64	36	149	291
Ophthalmology						1	17	1	1					3	8	22	1		1	55	19	111	240
Orthopedics							89								10		1		15	38	18	31	202
Neurology	29						63	1		2					16		1		25	22	27	4	190
Cardiology						4	49					1		3			1	1	11	48	30	1	149
Rehabilitation				3	1		15						1	21					75	3	1	17	137
Other	3	2					29							2	17		3		4	23	19	4	105
Injuries	1					1	27			1				7					4	14	3	3	61
EIIT							19								3		1		1	12	8	14	58
Tumor							19	1							2		1		8	8	6	1	46
Obstetrics & Gynecology		1					12								2				6	18	4	2	45
Urology							20								2				4	12	5		43
Pediatric surgery	1					1	9							1	1	2			10	6	1		32
Nephrology							5						19						1	4	3		32
Dermatology					1		9								1					1	3	16	31
Fertilization		16					2							1	4				2			4	29
VascularThoracicSurgery	1					2		1							1		2		10	7	2		26
Neurosurgery	3					1	10								2				3	1	2	1	23
Dental							8													9	2		19
Plastic surgery						1	4								1		1			7	4		18
General Surgery							5				1								3	1			10
Pediatric Medicine																			3	1	3		7
Cardiac surgery							2							1						3			6
Psychiatry					3		1												1				5
Endocrinology																			1	3			4
Maxillofacial							2													1			3
Pediatric Cardiology																				2			2
Infectious Diseases							1																1
Liver & Metabolic Disorders																				1			1
Grand Total	39	22	1	3	7	32	621	15	1	6	2	1	20	40	195	34	32	2	265	534	317	367	2556

Source: HAAD, Health Authority Abu Dhabi 2010

Quelle: Wirtschaftskammer Österreich 2010: 22f.

Diese Tabellen geben eine vage Vorstellung darüber, wieviele PatientInnen in einem Jahr ungefähr zur Behandlung ins Ausland geschickt werden. Um welche Summe geht es hier? Der Economist spricht im Fall der Vereinigten Arabischen Emirate von US\$ 2bn, dies entspricht einem Fünftel der gesamten Gesundheitsausgaben im Jahr 2011 (vgl. Economist Intelligence Unit, Healthcare United Arab Emirates 2011b: 3).

Können alle am Medizintourismus teilnehmen?

Vom Staat bezahlte Operationen/Behandlungen im Ausland sind nach wie vor Privileg der einheimischen Bevölkerung. Die sogenannten „Expatriates“ fallen nicht in diesen Genuss;

ihre Behandlungskosten sind entweder von einem internationalen Versicherungsunternehmen abgedeckt oder müssen privat bezahlt werden. Aber auch in dieser Gruppe gibt es die Präferenz, die Behandlung im eigentlichen Heimatland durchführen zu lassen. Zunehmend wird versucht, nun auch Expatriates in nationale Versicherungssysteme oder Versicherungssysteme großer Firmen einzubinden (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2010).

Liest man diese Zeilen, so hat man den Eindruck, beim Medizintourismus aus arabischen Ländern handle es sich gänzlich um ein Privileg, in dessen Genuss nur einige wenige kommen würden. Man könnte fast von einer „Praxis der Elite“ sprechen. Vergleicht man dieses Phänomen mit dem Kapitel „Historische Entwicklung des Medizintourismus“, so drängt sich der Vergleich mit dem elitären Bäder- und Kurtourismus des 19. Jahrhunderts auf. Auch hier war es vorwiegend eine Elite, die irgendwo anders hinreiste, um sich behandeln zu lassen und natürlich lässt sich auch eine gewisse Ähnlichkeit in Sachen Status und Distanzierung von anderen feststellen.

Dass es aber auch eine andere „Klasse“ von MedizintouristInnen aus arabischen Ländern gibt, erklärt Beth Kangas. Kangas ist einer der wenigen, die diese Gruppe an PatientInnen aufgreift und darauf hinweist, dass jene Gruppe oft vergessen werde. In der Literatur stünden oftmals die Destinationen im Vordergrund; die Erfahrungen der PatientInnen würden vernachlässigt. Kangas geht davon aus, dass Medizintourismus auch Auswirkungen auf die Wahrnehmung der lokalen Bevölkerung habe. Zum einen hält es das Vertrauen in die lokalen Gegebenheiten (Ausstattung, Fachwissen) nach wie vor nieder und dieses mangelnde Vertrauen könne in weiterer Folge zur Kritik der Bevölkerung an der Regierung beitragen. Zum anderen führt der weiterhin andauernde Medizintourismus zu einem verstärkten Gefühl innerhalb der Bevölkerung, dass es „irgendwo dort draußen“ Heilung gäbe (vgl. Kangas 2007).

Kangas berichtet von sogenannten „Erfolgsstorys“ (z.B.: irgendein entfernter Bekannter ist damals dort hingefahren und als er zurück kam, war er völlig gesund), die innerhalb der Bevölkerung erzählt werden. Dies stärke die Bereitschaft, es auch selbst zu versuchen. Aus diesem Grund würden es viele auch dann versuchen, selbst wenn der Arzt die Situation als aussichtslos einschätzt. Betrachtet man die spezielle Situation im Jemen, so würden diese Geschichten vor allem bei den sogenannten „Kat-Sitzungen“, die an den Nachmittagen stattfinden, verbreitet werden. Dort werde laut Kangas quasi eine Idealvorstellung der „PatientInnenbehandlung“ geschaffen, hier und dort etwas hinzugefügt, anderes weggelassen und in

veränderter Form weiter erzählt. Es entstehe ein starkes Gefühl nach Heilung „im Ausland“. Kangas berichtet von Familien, die ihr gesamtes Haushaltsvermögen investiert, Land verkauft oder viel Geld ausgeborgt hätten, um ihr krankes Familienmitglied ins Ausland schicken zu können. In diesen Fällen scheint eine Behandlung im Ausland die einzige Rettung zu sein, obwohl es in einigen Fällen laut Kangas in Wahrheit keine Rettung mehr gibt. Die Menschen seien aber aus gesellschaftlichen Gründen dazu gezwungen, alles zu investieren und zu versuchen; andernfalls würden sie von ihrer Umgebung in Zukunft geächtet werden. Aufgrund der Möglichkeiten, die es heutzutage gäbe, zum einen ziemlich einfach in ein anderes Land zu fliegen, und zum anderen das Vorhandensein von medizinischen Möglichkeiten, wird der Druck auf die Familien vergrößert. Prinzipiell aber, so fand Kangas in seinen Interviews heraus, würden es die PatientInnen bevorzugen, im Inland zu bleiben und vor Ort behandelt zu werden. Allerdings gehe es um das eigene Leben und klarerweise möchten die PatientInnen ihr Leben *jetzt* und nicht morgen retten. Dabei spielt es keine Rolle, *wo* man das Geld ausgibt (vgl. Kangas 2007).

ZWEITER TEIL

4 Methodische Vorgehensweise

Nach einer gründlichen Literaturrecherche und der Suche nach einem geeigneten theoretischen Referenzrahmen wurde zunächst eine erste Forschungsfrage aufgestellt und anhand dieser die Literatur sortiert und ein „Gerüst“ ausgearbeitet. In dieser Phase wurde die Forschungsfrage stets verändert und angepasst.

Nun wird anhand der Forschungsfrage und vor dem Hintergrund des „Literatur-Gerüsts“ der empirische Teil vorbereitet und konkrete Schritte ausgearbeitet, um die Forschungsfrage bearbeiten zu können. Dazu wurde die übergeordnete Forschungsfrage in vier Untersuchungsfragen unterteilt.

Forschungsfrage:

„Inwiefern lässt sich Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein globalisiertes Phänomen betrachten? In welchem Ausmaß wirken andere, eher „traditionale“ Elemente mit?“

Untersuchungsfrage 1:

Inwiefern existieren Netzwerke/Verflechtungen zwischen Personen/Organisationen im Medizintourismus aus arabischen Ländern und wie lassen sich diese beschreiben?

Untersuchungsfrage 2:

Wie erleben (potentielle) MedizintouristInnen ihre Beziehung zum eigenen (Gesundheits-)system bzw. zur Welt als Ganzes? Welche Rolle spielen nationalstaatliche/kulturelle/sprachliche Grenzen im Medizintourismus aus arabischen Ländern?

Untersuchungsfrage 3:

Inwiefern spielen moderne Kommunikations- und Transportmittel im Medizintourismus aus arabischen Ländern eine Rolle? Wie hoch ist die Bereitschaft zur Mobilität?

Untersuchungsfrage 4:

Was sind die Motive/Erwartungen der PatientInnen und welche Faktoren entscheiden, ob sie ins Ausland fahren und wenn ja, wohin?

Für diese Untersuchung wird als Basisdesign der Typ der „Momentaufnahme“ herangezogen, welcher Zustände/Prozesse zum Zeitpunkt der Forschung in Form des momentanen Expertenwissens untersucht (vgl. Flick 2005: 252-265). Dieses Expertenwissen wird mittels

halbstrukturierter Leitfadeninterviews, „Experteninterviews“, erhoben. Die Datenauswertung erfolgt nach den Prinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse.

4.1 Qualitativer Forschungsansatz

Für diese Untersuchung habe ich mich für einen qualitativen Forschungsansatz entschieden. Dies soll aber nicht heißen, dass ein quantitativer Ansatz völlig ungeeignet wäre und keine quantitativen Elemente integriert werden könnten. In Richtung qualitativ zu forschen, hat sich vielmehr aus dem Thema selbst, dem verfügbaren (Vor-)Wissen und meinen Möglichkeiten ergeben.

In der klassischen Lehrmeinung geht man davon aus, dass in der „quantitativen Forschung“ linear geforscht wird, d.h. die einzelnen Schritte unabhängig voneinander durchlaufen werden und vereinfacht gesagt, vorgefertigte Hypothesen überprüft werden. In einem zirkulären Prozess („qualitative Forschung“) hingegen spricht man von einer „wechselseitigen Abhängigkeit“ der Teilschritte und von einer Generierung von Hypothesen/Theorie.

Aus welchen Gründen wurde ein qualitativer Ansatz gewählt? 1. Aufgrund des spärlichen Vorwissens und der schlechten Datenlage ist der eher explorative Charakter der qualitativen Forschung besser geeignet. 2. Der qualitative Ansatz soll mir helfen, eine vertiefende Analyse des untersuchten Gegenstandes durchzuführen. 3. Der zirkuläre Prozess begünstigt eine ständige Reflexion und Adaption des Forschungsprozesses sowie eine gewisse Offenheit (vgl. Flick 2010: 72-81; 122-132; Mayring 2010: 20-25).

Das Prinzip der Offenheit soll auch für die Auswahl und Zahl der InterviewpartnerInnen gelten. Aus diesem Grund bietet sich hierfür das „Theoretische Sampling“ an, bei dem „der Forscher seine Daten parallel erhebt, kodiert und analysiert sowie darüber entscheidet, welche Daten als nächstes erhoben werden sollen und wo sie zu finden sind“ (Glaser/Strauss 2005: 53.). Theoretisches Sampling ist ein zirkulärer Prozess, bei dem anfangs eine Gruppe ausgewählt wird, eine Analyse stattfindet und man sich dann die Frage stellt, „welchen Gruppen oder Untergruppen [...] man sich zwecks Datenerhebung nächstens zu [wendet]?“ Die Auswahl der Gruppen muss nach theoretischen Kriterien erfolgen. (Glaser/Strauss 2005: 55; Hervorh. i. Original). Der Forscher weiß also anfangs noch nicht genau, in welche Richtung die Forschung gehen wird. In meinem Fall war zunächst klar, dass ich einen Vermittler, den ich bereits seit mehreren Jahren kannte, befragen wollte. Weiters war es naheliegend, auch eine/n Arzt/Ärztin sowie eine/n Patienten/Patientin zu interviewen. Es war aber unklar, ob

es ein/e Arzt/Ärztin im Herkunftsland oder im Zielland sein würde und ob mir der Zugang zum/r Patienten/Patientin gelingen wird. Der Kontakt wurde erst über den Vermittler hergestellt. Das Interview mit einem Servicemanager war am Anfang der Forschung nicht angedacht, da ich nicht wusste, dass es diese/n Beruf/Möglichkeit überhaupt gibt. Erst im Zuge der Recherchen habe ich davon erfahren.

Ziel des Theoretischen Samplings sei es, eine Sättigung zu erreichen. Dafür gibt es zwei Strategien: Minimiert man die Unterschiede zwischen den Vergleichsgruppen, so können mehr ähnliche Daten je gegebener Kategorie gesammelt werden. Maximiert man diese, so können mehr unterschiedliche Daten je Kategorie gesammelt werden. Finden sich keine neuen Daten für diese Kategorie, so spricht man von Sättigung (vgl. Glaser/Strauss 2005).

4.2 Datenerhebung mittels halbstrukturierter Leitfadeninterviews: Experteninterviews

Bei der Auswahl der Datenerhebungsmethode ist es wichtig, die (Interview-)methode von der Fragestellung bzw. dem untersuchten Gegenstand und den InterviewpartnerInnen abhängig zu machen. Aufgrund des schwierigen Zugangs und der Sensibilität dieses Themas habe ich mich in der vorliegenden Untersuchung für die Datenerhebung mittels halbstrukturierter Leitfadeninterviews entschieden. Dieser Leitfaden beinhaltet einige Hauptfragenblöcke, die auf einzelne Unterfragen herunter gebrochen werden. Der halbstrukturierte Leitfaden soll dazu dienen, eine bestimmte Struktur in den Gesprächsverlauf zu bringen und wichtige Punkte nicht zu vergessen, was aber nicht heißt, dass man sich strikt an die Abfolge halten muss und keine anderen Inhalte zulassen darf. Im Gegenteil, die „halbe Struktur“ soll Fixpunkte vorgeben, die variabel beantwortet werden können und neue Inhalte zulassen dürfen (vgl. Flick 2010; Gläser/Laudel 2009). Meuser und Nagel meinen, dass „es [...] gerade der Leitfaden [sei], der die Offenheit des Interviewverlaufs gewährleistet.“ (Meuser/Nagel 2005: 78; Anm. der Verf.).

Mittels eines relativ offen gehaltenen Leitfadens sollen in persönlichen Gesprächen/Interviews die Sichtweisen der jeweiligen InterviewpartnerInnen auf das „Phänomen Medizintourismus“ eruiert werden.

4.3 Datenauswertung mittels qualitativer Inhaltsanalyse

Für die Auswertung des Datenmaterials wurde die qualitative Inhaltsanalyse gewählt. Die Inhaltsanalyse wurde ursprünglich Anfang des 20. Jahrhunderts in den USA entwickelt, um

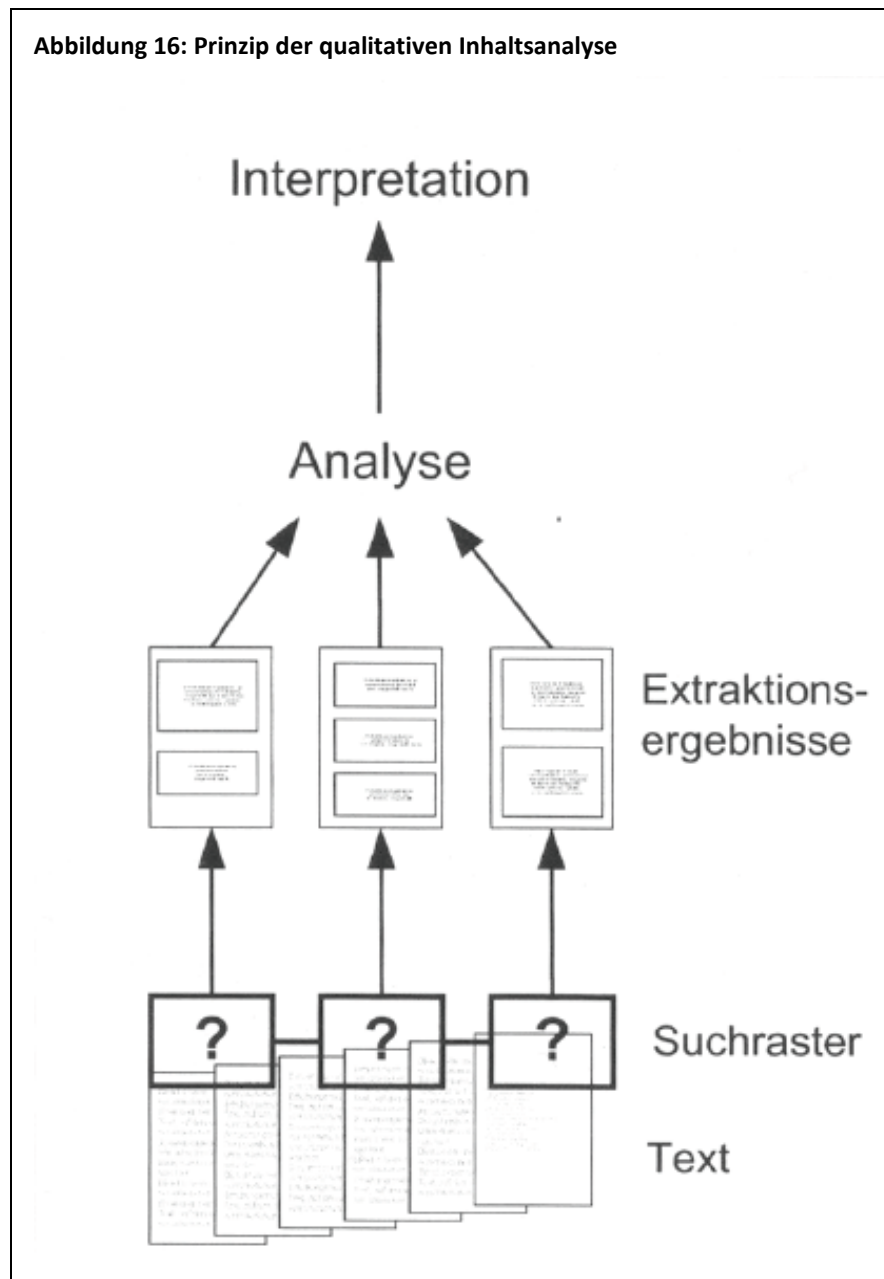
den Einfluss der Massenmedien auf die Gesellschaft zu analysieren. Anfangs vorwiegend quantitativ (es wurden vor allem Häufigkeiten gemessen), entstand daraus die qualitative Inhaltsanalyse (vgl. Mayring 2002: 114; Mayring 2010: 11-16).

In dieser Auswertung findet das Verfahren von Gläser und Laudel, welches auf der in den 1980ern entwickelten Qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring basiert, Anwendung. Gläser und Laudel haben die Mayringsche Methode in einigen Aspekten modifiziert (vgl. Gläser/ Laudel 2009).

„Wenn man eine qualitative Inhaltsanalyse durchführt, dann entnimmt man den Texten diese Daten, das heißt, man extrahiert Rohdaten, bereitet diese Daten auf und wertet sie aus [...]“ (Gläser/Laudel 2009: 199).

Extraktion bedeutet, Informationen mittels eines theoriegeleiteten Suchrasters aus dem Text zu extrahieren und diese Informationen dann auszuwerten. Diese Informationen werden der jeweiligen Kategorie im Kategoriensystem zugeordnet. Im Gegensatz zu anderen Arten der qualitativen Inhaltsanalyse sind die Kategorien offen, d.h. die Kategorien können im Verlauf der Analyse stets angepasst werden, gänzlich weg gelassen oder neue Kategorien hinzugefügt werden (vgl. Gläser/Laudel 2009).

Folgende schematische Darstellung zeigt das Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse:



Quelle: Gläser/Laudel 2009: 200

4.4 Begründung der Methodenauswahl

Ein qualitativer Forschungsansatz wurde gewählt, da relativ wenig Literatur über dieses Thema zur Auswahl stand und es mittels explorativen Charakters am ehesten gelingen könnte, das Phänomen Medizintourismus genauer zu erforschen. So ist es beispielsweise möglich,

mit weitgehend offenen Interviewfragen zusätzliche Informationen zu erhalten, die in der quantitativen Forschung eher nicht genannt werden würden.

Die qualitative Inhaltsanalyse bietet sich zum einen deshalb an, da sie systematisch und regelgeleitet die einzelnen Schritte durchläuft und zum anderen in der Variante von Gläser und Laudel ein offenes Kategoriensystem verwendet (vgl. Mayring 2002; Gläser/Laudel 2009: 204-206). In der Forschung ist es unumgänglich, die Erfüllung bestimmter Gütekriterien anzustreben. Wie bereits erwähnt, ist es notwendig, systematisch und regelgeleitet vorzugehen, d.h. wird nach einem bestimmten Zeitraum eine wiederholte Interpretation durch die selbe (=Intracoderreliabilität) oder auch andere Personen (=Intercoderreliabilität) vorgenommen, so sollte ein gleiches Ergebnis herauskommen. Reliabilität gibt also an, in welchem Maße Einigkeit zwischen den auswertenden Personen/Versuchen besteht. Wobei zu beachten ist, dass es unter Einfluss des menschlichen Urteilsvermögens wahrscheinlich nie zu einer 100%igen Übereinstimmung kommen wird und es beispielsweise unter Personen mit ähnlichem z.B.: wissenschaftlichen Hintergrund zu einer möglicherweise höheren Reliabilität kommen könnte. Dennoch ist die Reliabilität (Zuverlässigkeit) ein in der Literatur oft zu findendes Gütekriterium. Ein weiteres Gütekriterium ist die Validität (Gültigkeit). Sie gibt an, inwieweit das Resultat mit dem Text bzw. dem Kontext übereinstimmt. In anderen Worten: Wie genau wurde gemessen, was ursprünglich geplant war zu messen? (vgl. Bauer 2000; Mayring 2010).

5 Datenerhebung

5.1 Suche nach geeigneten InterviewpartnerInnen

Am Anfang steht die Suche nach geeigneten Interviewpartnern. Sie sollen, wie bereits oben erwähnt, vor dem Hintergrund der Forschungsfrage und dem theoretischen Rahmen ausgewählt werden und als sogenannte „Experten“ zur Beantwortung der Forschungsfrage beitragen. Zudem soll die Form der Interviews zur jeweiligen Person passen (vgl. Flick 2010).

Es gestaltete sich als ziemlich schwierig, den Zugang zu den entsprechenden Personen herzustellen. Zum einen handelt es sich um ein sehr sensibles Thema: Gesundheit bzw. fehlende Gesundheit sind Dinge, über die man nicht so gerne spricht. Zum anderen geht es in vielen Fällen um eine eher wohlhabendere Schicht, zu der man sich Zugang verschaffen muss.

Den Vermittler kannte ich schon länger. Über ihn ist dann zufällig das Interview mit der Patientin zustande gekommen. Nach zahlreichen gescheiterten Versuchen, einen Arzt für mein Interview zu gewinnen, konnte mir der Vermittler auch diesen Kontakt vermitteln. Das Interview mit dem Servicemanager ist nach einem zunächst erfolglosen E-mail ungefähr ein halbes Jahr später überraschenderweise zustande gekommen.

5.2 Halbstrukturierte Leitfadeninterviews: Experteninterviews

Im Gegensatz zu den standardisierten Interviews, die häufig in der quantitativen Sozialforschung Verwendung finden, fiel die Entscheidung auf nichtstandardisierte Interviews. Aus dieser Kategorie der nichtstandardisierten Interviews wurden die Leitfadeninterviews ausgewählt. Leitfadeninterviews geben bestimmte Inhalte/Themen vor; eine exakte Abfolge der Fragen bzw. der genaue Wortlaut sind aber nicht verbindlich. Es ist damit möglich, bestimmte Inhalte abzufragen und dennoch offen für mögliche neue Inhalte zu sein. Diese Art von Interviews stellte sich für das vorliegende Forschungsvorhaben als geeignet dar, da dieses Thema nur schwer zugänglich ist und sich zusätzliche Informationen/Antworten als sehr nützlich erweisen könnten (vgl. Gläser/Laudel 2009: 41f.).

Ziel der Interviews ist es, das Wissen der InterviewpartnerInnen, in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand, zu erfragen und in die Arbeit aufzunehmen. Aus diesem Grund wird in der Literatur in diesem Zusammenhang von Experteninterviews gesprochen, da sie [die Experten] – bezogen auf die jeweilige Untersuchung – über ein spezifisches Wissen verfügen. Deshalb könne laut Gläser und Laudel „jeder Mensch [...], dessen spezifisches Wissen für die

Untersuchung relevant ist“ als InterviewpartnerIn für Experteninterviews dienen (Gläser/Laudel 2009: 43; Anm. der Verf.). Das Besondere sei laut Meuser und Nagel, dass es bei Experteninterviews nicht um die Gesamtpersonen als solches gehe, sondern um deren Wissen über einen Kontext bzw. Zusammenhang, „der mit dem Lebenszusammenhang der darin agierenden Personen gerade nicht identisch ist und in dem sie nur einen ‚Faktor‘ darstellen“ (Meuser/Nagel 2005: 72f.).

Obwohl Experteninterviews vielfach eingesetzt werden, sei zu beachten, dass es nur wenig Literatur über Experteninterviews gebe und hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise Unklarheit herrsche, insbesondere was die Auswertungsstrategie betrifft (vgl. Meuser/Nagel 2005).

5.3 Erstellung des Interviewleitfadens

Um dem/der InterviewpartnerIn dieses Wissen entlocken zu können, ist es notwendig, sich vorab einige Fragen zu überlegen. Diese Fragen sollen als „Gerüst“ dienen und dem/der InterviewerIn eine gewisse Sicherheit geben. Man muss sich genau überlegen, was man herausfinden will und versuchen, die Forschungsfrage auf einfache und klare Interviewfragen herunterzubrechen. Dies ist ein entscheidender Schritt. Gläser und Laudel schlagen vor, sich möglichst an einem „natürlichen Gesprächsverlauf“ zu orientieren und inhaltlich gleiche Fragen nacheinander zu stellen. Die sogenannten „Hauptfragen“ dienen als Gerüst; durch Nachfragen können ergänzende Informationen erhalten werden. Grundsätzlich sollen die Fragen nicht in Form von „Ja/Nein-Antworten“ gestellt werden, sondern dem Erzählstimulus dienen. So soll bis zu einem bestimmten Grad eine gewisse Offenheit gewährleistet werden und die Antwort nicht implizit aufgedrängt werden. Entscheidend sind zudem die erste und letzte Frage; diese sollten für den/die InterviewpartnerIn leicht und angenehm zu beantworten sein (vgl. Gläser/Laudel 2009: 120-153).

Der Leitfaden dieser Untersuchung besteht aus 3 Hauptblöcken: Das Profil der PatientInnen und deren Erwartungen, die Frage nach dem Ort (warum wird der Ort gewechselt, Ausstattung der „Orte“ im Herkunfts- und Zielland) und die Frage nach dem Ablauf des Entscheidungsprozesses bzw. dessen bestimmende Faktoren.

Ein exemplarischer Leitfaden dieser Forschungsarbeit ist im Anhang zu finden.

5.4 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden als Einzelinterviews in Form persönlicher Gespräche durchgeführt (vgl. Gläser/Laudel 2009: 43). Die vollständig transkribierten Interviews sind im Anhang zu finden.

In den folgenden Interviewberichten finden sich wichtige Informationen zur konkreten Interviewsituation, die in die Auswertung miteinfließen sollen (vgl. Gläser/Laudel 2009: 193). Die Auflistung der durchgeführten Interviews erfolgt in chronologischer Reihenfolge.

5.4.1 Interview 1 – Servicemanager

Das Interview mit einem Servicemanager für arabische PatientInnen fand am 16. März 2012 auf der Terrasse einer Klinik in Bayern statt. Auf dem Weg dorthin passierte ich einige andere Kliniken und als ich die Klinik betrat, fühlte ich mich, als wäre ich in einem Hotel gelandet. Es war sehr ruhig, alles war sehr hell und geschmackvoll eingerichtet. Ich schaute mich um und erkundigte mich an der Rezeption nach meinem Interviewpartner. Dieser war sehr sportlich gekleidet und lud mich zunächst zu Kaffee und Kuchen ein.

Die Atmosphäre war angenehm und ich erhielt ausführliche Antworten auf meine Fragen. Er war sehr freundlich, begrüßte die vorbeigehenden Leute und wirkte sehr zufrieden.

5.4.2 Interview 2 – Patientin

Das Interview mit der Patientin fand am Abend des 21. März 2012 eher zufällig statt. Ich telefonierte am Vorabend mit dem Vermittler und wollte eigentlich nur fragen, was es Neues gibt. Er meinte, seine Tante und seine Cousine seien in Wien zur Behandlung und er habe nur wenig Zeit, da er sich um sie kümmern müsse. Ich habe sofort die Initiative ergriffen und ihn gefragt, ob es möglich sei, mit ihnen ein Interview zu machen. Wir vereinbarten unser Treffen für den nächsten Tag in einer Wiener Privatklinik.

Ich war um 18:30 dort, das Interview konnte dann erst um 19:45 beginnen, da sich deren Termin verzögerte. Sie sprachen mit einer Bekannten und wir setzten uns danach in eine Sitzecke, wo es recht dunkel war. Es war eine eigenartige Interviewsituation. Die Cousine war meine Interviewpartnerin, aber die Tante stellte zwischendurch immer wieder Fragen, die mir unangenehm waren. Sie fragte nach meinem Alter und meinte, dass sie mich schön finde. Sie blickte mir tief in die Augen und beobachtete mich ständig. Ich versuchte, mich nicht verunsichern zu lassen; ich denke aber schon, dass sie damit den Interviewverlauf in

gewisser Weise beeinflusste. Da sie kein Englisch konnte, musste meine Interviewpartnerin immer wieder übersetzen.

5.4.3 Interview 3 – Vermittler

Der Vermittler kommt aus dem Irak und ich habe ihn bereits vor einigen Jahren in Wien kennen gelernt. Das Interview fand am Abend des 28. März 2012 in seiner Wohnung statt.

Das Interview ging sehr schleppend los. Wie üblich, sollte ich mich als erstes hinsetzen und erzählen, wie es mir geht und was es Neues gibt. Er reichte mir etwas zu trinken und zu essen. Auch während des Interviews musste ich ihn immer wieder drängen, weiterzumachen, beim Thema zu bleiben und zu einem Ende zu kommen.

Ich musste mich auch bemühen, möglichst leicht verständliche Fragen zu stellen, da sein Deutsch nicht wirklich gut ist und er sonst die Frage womöglich nicht richtig verstehen konnte. Zwar hatte ich durch unsere früheren Gespräche eine gewisse Ahnung, was er meinen könnte, aber es war trotzdem recht mühsam.

5.4.4 Interview 4 – Arzt

Das Interview mit dem Arzt wurde mir über den Vermittler ermöglicht. Es fand am 18. Juni 2012 in der Praxis des Arztes statt. Der Vermittler führte einige Tage vorher ein Telefonat mit dem Arzt, erklärte kurz worum es ging, und über welches Thema ich ihn befragen wollte. Wir gingen am 18. Juni kurz vor 11 Uhr in die Praxis und ich stellte mich vor. Wir hatten schnell ein gemeinsames Thema, da er sofort an meiner Aussprache erkannte, dass ich Tirolerin bin und er seine Karriere in der Klinik Innsbruck begann. Ich empfand ihn als sehr sympathische Person und hatte ein gutes Gefühl für das Interview. Er erklärte mir, dass er nun Hausbesuche machen müsse und er würde sich dann später melden. Tatsächlich konnte ich bereits am gleichen Tag um 14:45 das Interview mit ihm beginnen. Auf meine Fragen antwortete er kurz, aber prägnant.

5.5 Transkription

Die Interviews wurden vollständig transkribiert und sind im Anhang zu finden. Da es vom Ziel der Untersuchung abhängt, wie genau die Transkription zu erfolgen habe, wurde auf eine besonders detailgetreue Transkription verzichtet und nichtverbale Äußerungen wie Lachen, Räuspern nur bei besonderer Bedeutung angeführt. Zudem wurden längere Pausen, unverständliche Passagen und Unterbrechungen dementsprechend gekennzeichnet. Teilweise

finden sich Kommentare der Transkribierenden in eckiger Klammer. Aufgrund der Tatsache, dass kein/e der InterviewpartnerInnen Deutsch als Muttersprache hat, wurde aus Gründen der Lesbarkeit der Satzbau in einigen Fällen verändert, grammatikalische Fehler ausgebessert (z.B.: „einem“ statt „einen“) und Sätze mit beispielsweise „wird“ oder „ist“ vervollständigt (vgl. Gläser/Laudel 2009: 193f.). Des Weiteren wurden die Interviews vollständig anonymisiert und mit den Codes IP01, IP02, IP03, IP04 (IP = InterviewpartnerIn) gekennzeichnet.

Transkriptionsregeln:

- ... Pause bzw. Abbruch
- (lacht) Nichtsprachliche Äußerung
- kljlk Unverständliche Passage; vermutete Aussage
-] Unterbrechung, ins Wort fallen
- [] Anmerkung der Transkribierenden

6 Datenauswertung

6.1 Theoretische Vorüberlegungen

In diesem Abschnitt werden die im ersten Teil behandelten theoretischen Ausführungen herangezogen und als Basis für die Extraktion verwendet. Diese Überlegungen sollen dazu dienen, den Auswertungsprozess zu leiten und eine erste Strukturierung des Materials vorzunehmen (vgl. Gläser/Laudel 2009: 199-203).

6.2 Vorbereitung der Extraktion

Zur Vorbereitung gehören die inhaltliche sowie die methodische Vorbereitung und bei Bedarf die technische Vorbereitung und Makrokonstruktion. Die inhaltliche Vorbereitung stützt sich auf die theoretischen Vorüberlegungen, ermittelt mittels Suchrasters jene Informationen, die für die Forschung wichtig sind und prüft, ob die Variablen geeignet sind und ob sich neue Dimensionen oder Kausalbeziehungen abzeichnen. So kann sich beispielsweise herausstellen, dass sich eine vorab als einheitlich betrachtete Variable in verschiedene Untereinheiten einteilen lässt (vgl. Gläser/Laudel 2009: 206-211).

In dieser Untersuchung stützt sich der Suchraster auf die Struktur bzw. Fragen des Interviewleitfadens. Ein exemplarischer Leitfaden befindet sich im Anhang dieser Arbeit.

Konkret wird nach Informationen/Textstellen zu folgenden Themenbereichen gesucht, die relevant für die Beantwortung der Forschungsfrage sind:

- a) Informationen über **PatientInnen** (Profil, Einstellungen etc.) und deren Erwartungen
Wer kommt wozu?
- b) **Ort**: Welche Rolle spielt Distanz? Die Relevanz von modernen Kommunikations- und Transportmitteln (Internet, Flugverkehr etc.)? Die Beziehung zwischen dem eigenen nationalen Gesundheitssystem und dem Individuum.
Wohin und warum?
- c) **Prozess der Entscheidungsfindung**: Wer/welche Faktoren entscheiden, ob ins Ausland gefahren wird oder nicht und wenn ja, wohin? Die Rolle des/der VermittlerIn?
Wie und wodurch?

Die gefundenen Textstellen wurden markiert und zur besseren Orientierung mit einem Schlagwort oder einer Phrase versehen, welche die Textstelle kennzeichnen. Diese Vorgehensweise geschieht in Anlehnung an den Vorgang des Paraphrasierens, welcher beispielsweise in der qualitativen Inhaltsanalyse von Philipp Mayring Anwendung findet. Beim Paraphrasieren werden „[alle] nicht (oder wenig) inhaltstragenden Textbestandteile wie ausschmückende, wiederholende, verdeutlichende Wendungen [...]“ gestrichen, auf eine „einheitliche Sprachebene“ gebracht und auf eine „grammatikalische Kurzform“ übertragen (Mayring 2010: 70).

Diese „Kennzeichnung“ hat in den weiteren Analyseschritten dazu beigetragen, sich schneller zurecht zu finden und einen gewissen Überblick zu bekommen, da sich sehr bald die Hauptpunkte herauskristallisierten. Basierend auf der Anleitung von Philipp Mayring wurden Paraphrasen/ähnliche Punkte zusammengefasst und auf ein angemessenes Abstraktionsniveau generalisiert (vgl. Mayring 2010: 70). Daraus wurde, vor dem Hintergrund der theoretischen Vorüberlegungen, in weiterer Folge ein Kategoriensystem mit Haupt- sowie Unterkategorien entwickelt (siehe unten).

Beispiel Suchraster (nach dem Suchergebnis gereiht):

Suchraster (Themenblock)	Textstelle	Schlagwort/ (Para-)phrase
b) Ort	„Viele haben mit ihrem Gesundheitssystem nichts zu tun, weil sie sehen nicht jeden Tag eine Klinik wie hier oder sie haben keinen Hausarzt.“ (IP01: 182f.)	Kein Bezug zum eigenen (Gesundheits-)system
a) PatientInnen	„For example, for this operation, you need artificial bones... The material is not the same as in Europe. And you get it very soon [...]“ (IP02: 53f.)	PatientInnen erwarten höheren (Material-)standard
c) Prozess der Entscheidungsfindung	„[...] Das bringt auch ein gutes Image für Österreich. Sie erzählen es zuhause weiter, dass es sehr schön war und Behandlung war auch gut.“ (IP04: 98-100)	Gute Erfahrungen

Quelle: eigene Darstellung

Methodisch geht es in der Vorbereitung der Extraktion um die Fixierung des Materials und die Festlegung der Analyseeinheit. Das Material sind die Transkripte der Interviews und die Analyseeinheit entspricht einem Text oder einem Ausschnitt, z.B.: Absatz, Satz-(teil) (vgl. Gläser/Laudel 2009: 206-211).

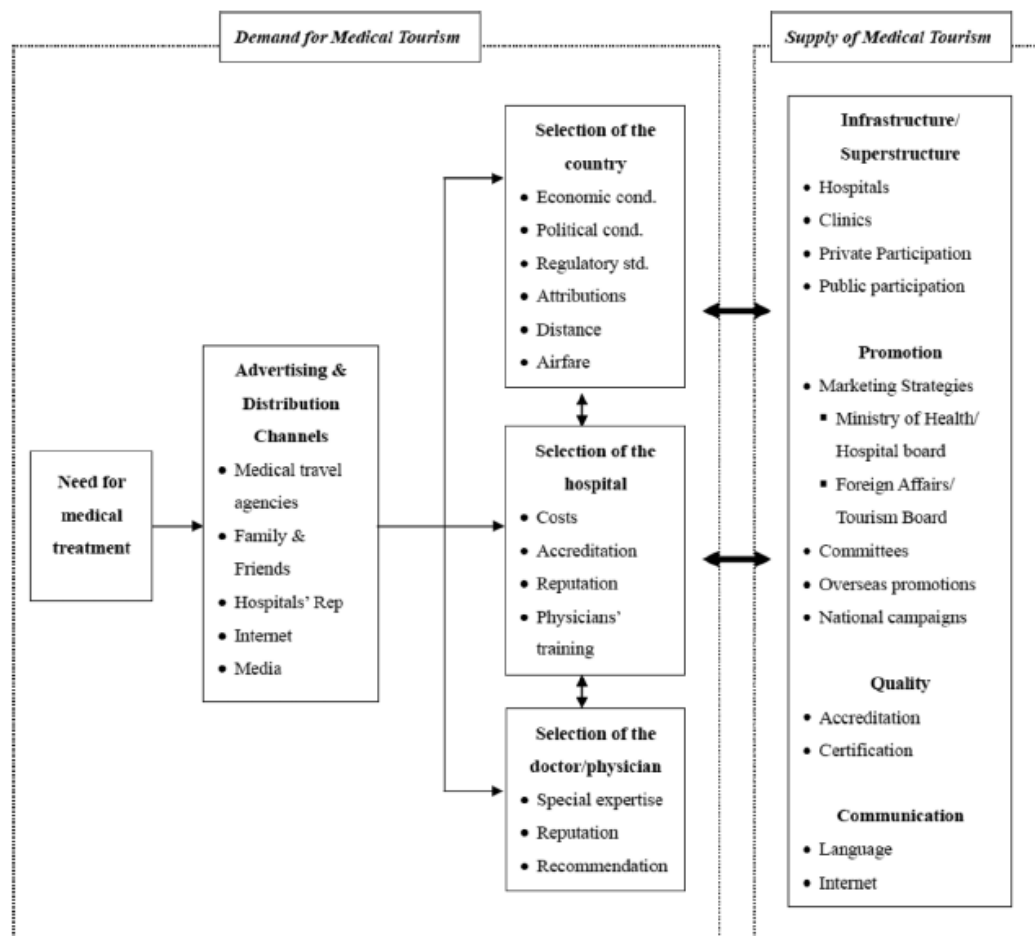
6.3 Extraktion

Bei der Extraktion werden Informationen (aus dem Text) bestimmten Auswertungskategorien zugeordnet. Nach Gläser und Laudel können diese Kategorien im Laufe der Extraktion verändert werden oder neue hinzugefügt werden. Außerdem sei es manchmal schwierig, gewisse Informationen eindeutig einer Kategorie zuordnen zu können. Besonders bei Kausalketten, mit Ursache und Wirkung, ist dies eine Herausforderung. Die Zuordnung der Informationen geschieht subjektiv und beinhaltet bereits ein gewisses Maß an Interpretation. Deshalb ist es wichtig, alle Schritte nachvollziehbar durchzuführen und Entscheidungen zu protokollieren. Es ist wichtig, möglichst einheitlich zu verfahren und nichts dazu zu erfinden. Ziel der Extraktion ist, Auskunft über die Variablen sowie deren kausale Beziehungen zu erhalten. Dieses Material löst sich vom Ursprungstext und ist nun Ausgangspunkt für die weitere Auswertung. Durch die Quellenangabe wird sichergestellt, dass jederzeit im Originaltext nachgeschaut werden kann und die weitere Analyse intersubjektiv nachvollziehbar bleibt (vgl. Gläser/Laudel 2009: 212-221).

Nach dem Herausfiltern der Informationen mittels Suchrasters wurden die unten dargestellten Kategorien entwickelt. Die Entwicklung der Kategorien erfolgte vor dem Hintergrund der theoretischen Vorüberlegungen. Als Anhaltspunkt diente mir dabei die folgende Zusammenstellung von Heung/Kucukusta/Song 2010. Diese Darstellung war besonders bei der „Benennung“ der Kategorien (mit welchem Namen wird die Kategorie versehen), sehr hilfreich.

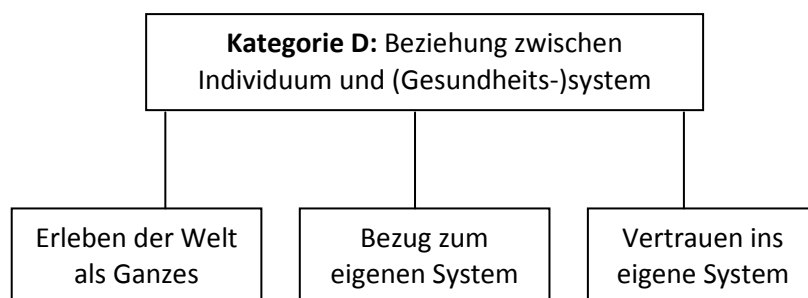
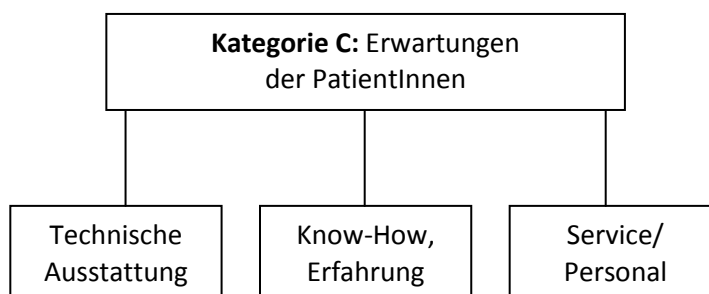
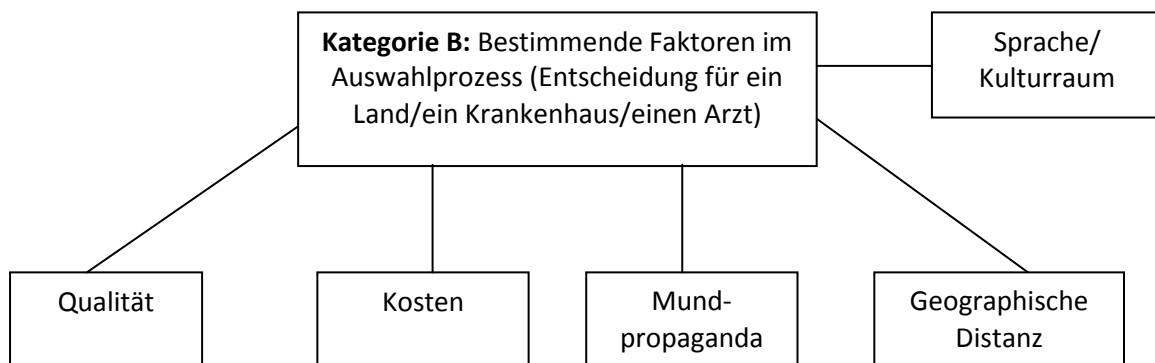
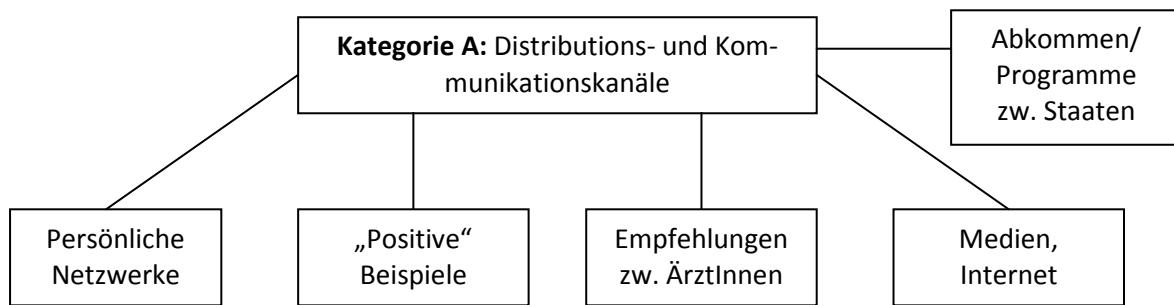
Abbildung 17: Angebot und Nachfrage im Medizintourismus - Modell

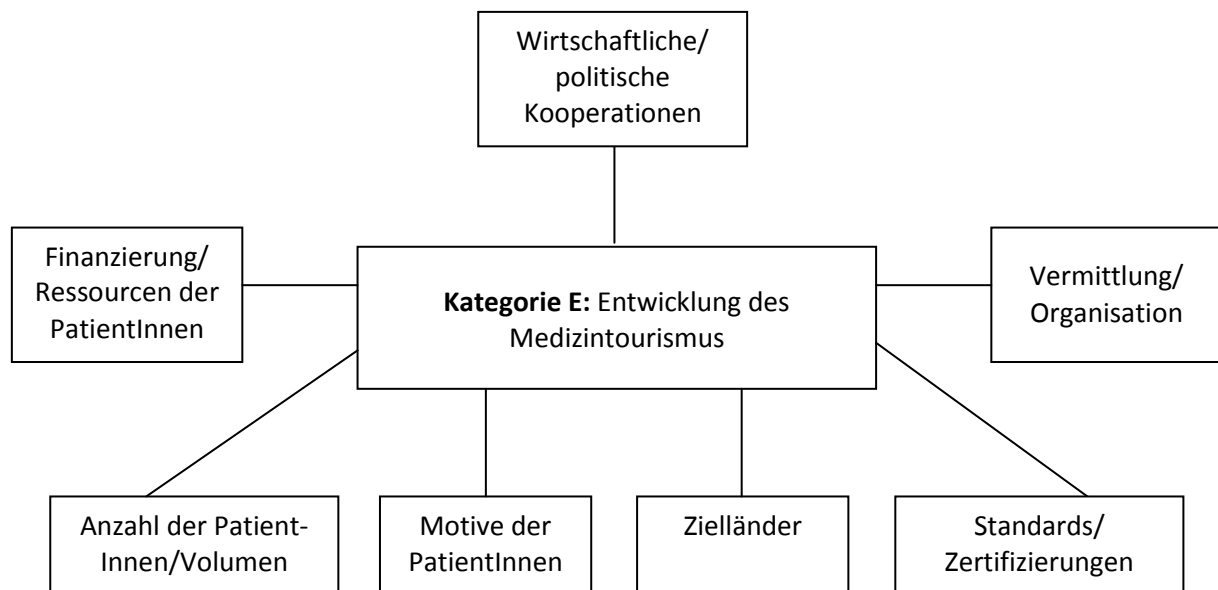
FIGURE 6. Proposed Supply and Demand Model of Medical Tourism.



Quelle: Heung/Kucukusta/Song 2010: 244

Folgende Kategorien wurden entwickelt (Schematische Darstellung):





Quelle: Schematische Darstellung des Kategoriensystems; eigene Darstellung

In der folgenden Zusammenstellung werden die Kategorien beschrieben und (Text-)beispiele aus allen Kategorien angeführt. Die Auswahl der angeführten Unterkategorien erfolgte nach dem Zufallsprinzip und folgt keinem Muster.

Beispiel Extraktion:

Kategorie Unterkategorie	Definition	Beispiel
Kategorie A. Netzwerke	Alle direkten/indirekten, formellen/informellen Distributions- und Kommunikationskanäle	„[...] fast jeder kennt jeden [...]. Zumindest kennt man sich indirekt, über einen Verwandten oder Freund.“ (IP04: 41-43)
Kategorie B. Qualität	Alle statischen/variablen Faktoren, die den Auswahlprozess beeinflussen	„Österreich ist bekannt für gute Operationen, gute Qualität. Das ist der wichtigste Grund, weil deshalb kommt man ja in dieses Land.“ (IP03: 87f.)
Kategorie C. Erfahrung	Erwartungen aller Art der PatientInnen im Zusammenhang mit der Behandlung im Zielland	„And [...], I trust the people here, they did this several times...“ (IP02: 54f.)

Kategorie D. Vertrauen	Tatsächliche/wahrgenommene Beziehungen zwischen Individuum und (Gesundheits-)system bzw. der Welt als Ganzes	„Deshalb haben die Menschen auch kein Vertrauen. Man glaubt nicht daran, dass es gut gehen kann...“ (IP03: 57f.)
Kategorie E. Volumen/Anzahl	Informationen zur Entwicklung des Medizintourismus in allen Facetten (Vergangenheit bis Zukunft)	„Es gab immer [Medizintourismus], aber selten. Wenn wir jetzt reden von 10% oder 4% vor 20 Jahren, wir reden jetzt von einer achtfachen Anzahl.“ (IP01: 272f.)

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an Mayring 2010

6.4 Aufbereitung

In diesem Schritt werden Informationen strukturiert, verstreute und bedeutungsgleiche Informationen zusammengefasst, offensichtliche Fehler korrigiert und damit für die Auswertung vorbereitet. Dies dient dazu, die Qualität des Materials zu steigern (vgl. Gläser/Laudel 2009: 229ff.).

6.5 Auswertung/Darstellung der Untersuchungsergebnisse

Nun geht es darum, das vorliegende Material im Hinblick auf die Forschungsfrage darzulegen. Dahingehend soll untersucht werden, ob bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen, Motive, Entscheidungen, Erwartungen, Netzwerke im Bereich des Medizintourismus aus arabischen Ländern als globalisiert betrachtet werden können oder nicht.

Um herauszufinden, ob Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein globalisiertes Phänomen anzusehen ist, ist es notwendig, das Thema auf einzelne „greifbare“ Aspekte herunter zu brechen. Konkret gilt es darzustellen, welche Distributions- und Kommunikationskanäle es gibt und in welcher Form diese existieren, welche Faktoren im Auswahlprozess (für ein bestimmtes Land/ein Krankenhaus/einen Arzt) mitwirken und welche entscheidend sind, welche Erwartungen die PatientInnen haben, wie die Beziehung zwischen dem Individuum und dem (Gesundheits-)system aussieht, d.h. wie PatientInnen ihre Rechte und Pflichten einschätzen und im letzten Punkt wird es um die Entwicklung des Medizintourismus in vielerlei Facetten gehen.

6.5.1 Kategorie A_Distributions- und Kommunikationskanäle

In diesem Punkt beschäftigen wir uns vorwiegend damit, wie Menschen, und hier vor allem potentielle MedizintouristInnen von Behandlungsmöglichkeiten erfahren und welche Distributions- und Kommunikationskanäle in diesem Zusammenhang dominierend sind. In allen Interviews wurde in irgendeiner Form erläutert, wie Kommunikation im Bereich des Medizintourismus stattfindet und wie Erfahrungen und Empfehlungen weiter gegeben werden. Dabei geht es nicht nur um die Kommunikation zwischen PatientInnen und potentiellen PatientInnen, sondern beispielsweise auch um die Kommunikation und den Erfahrungstausch zwischen ÄrztInnen und VermittlerInnen oder Familienmitgliedern und emigrierten Familienmitgliedern. In den Interviews wird ersichtlich, dass es sich dabei vor allem um persönliche Netzwerke, um persönliche Kontakte handelt. Mit persönlichem Kontakt ist in diesem Fall die Beziehung zwischen zwei oder mehreren Menschen gemeint; sie werden in dieser Forschungsarbeit als „nicht-institutionalisiert“ bezeichnet. Im Gegensatz zu Beziehungen/Kontakten zwischen bspw. Organisationen/Agenturen und Personen („institutionalisiert“).

„Ich versuche zu helfen. Es sind meistens Bekannte, Freunde von mir. Das mache ich aus humanitären Gründen und aus freundschaftlichen. [...] fast jeder kennt jeden [...]. Zumindest kennt man sich indirekt, über einen Verwandten oder Freund. Die sagen dann, kennst du nicht einen kurdischen Arzt in Wien. Ja natürlich, und dann kommen sie zu mir. Und wir schauen, was ich machen kann.“ (IP04: 40-44)

Das heißt, es ist nicht unbedingt notwendig, die Person persönlich zu kennen; oft würden „Dritte“, in diesem Fall entfernte Verwandte oder Bekannte, zum notwendigen Kontakt verhelfen. Solche Beziehungen könnte man als Beziehungen auf „Familienebene“ bezeichnen. Es kommt aber laut Interviewpartner 01 auch vor, dass man an eine „höherrangige Person“ (z.B.: Scheich) das Anliegen heranträgt und dieser den Kontakt zur betreffenden Person herstellt.

„Der [Scheich] macht einmal im Monat eine sogenannte „majlis“, das ist ein Meeting oder Treffen. Und dann sind ein paar hundert Leute da, sitzen und erzählen oder unterhalten sich und am Ende, wenn jemand etwas am Herzen hat, dann geht er zu dem Scheich und sagt: Eure Exzellenz/Hoheit, wir haben ein Problem in der Familie, ich habe gerade meine Mutter in die Klinik geliefert, mein Sohn hat gerade Unfall gemacht oder mein Vater ist gerade verletzt. Dann geht das so weiter. Dann sagt der Scheich zu seinem Mana-

ger, kümmere dich um ihn. Das heißt Grünes Licht. Was er will, wird gemacht.“ (IP01: 109-115)

Nicht nur die Wissenserlangung durch persönliche Involvierung im Netzwerk kommt häufig vor, sondern auch die Orientierung an “positiven Beispielen”. Mit positiven Beispielen sind Personen gemeint, die erfolgreich an einem bestimmten Ort behandelt worden sind und gesund zurück kehren. Dies können Verwandte/Bekannte sein oder auch “höherrangige Regierungsmitglieder”, die man nicht persönlich kennt.

“Austria is good, my father and uncle and some of my relatives were here for treatment, and they were successful.” (IP02: 90f.)

„[...] Auch die kurdischen Führer wurden in Österreich behandelt. Und wenn die hier behandelt worden sind, dann muss es stimmen. Sie sind gut behandelt worden, darauf vertraut man.“ (IP04: 121-123)

Was Empfehlungen zwischen ÄrztInnen betrifft, so kommen diese laut Interviews kaum vor. In keinem der Interviews fanden sich Hinweise auf Empfehlungen zwischen ÄrztInnen in arabischen Ländern und ÄrztInnen in europäischen Ländern. Wenn die Ärzte etwas empfehlen, dann ist es eine Empfehlung an ein bestimmtes Land oder Region.

“[...] Viele Ärzte im Golf empfehlen Deutschland als Ziel.” (IP01: 281)

„My doctors in Iraq they recommended Europe or America and India. India is also good.“ (IP02: 98f.)

Laut Interviewpartner 01 sind mittlerweile auch viele europäische/amerikanische Ärzte vor Ort tätig. Wie sich dies auf das Netzwerk bzw. die Empfehlungen zwischen den ÄrztInnen auswirkt, wurde nicht angesprochen.

Vor dem Hintergrund der Globalisierungsfolie ist davon auszugehen, dass moderne Kommunikationsmöglichkeiten wie z.B.: das Internet, eine wichtige Rolle spielen. Die Rolle des Internets wurde von keinem/r InterviewpartnerIn von sich aus angesprochen. Ich musste aktiv nachfragen und mich nach der Rolle des Internets erkundigen. Aus den Interviews ging hervor, dass das Medium Internet lediglich eine untergeordnete Rolle in der Verbreitung und Kommunikation spiele. Man nutze das Internet zwar für grundlegende Informationen wie zum Beispiel die Standortdaten der Klinik; wichtige Informationen würden aber nicht über das Internet kommuniziert werden (vgl. IP02; IP04).

“Das Internet ist nicht wichtig, es spielt eine kleine Rolle. Man vertraut dem Internet nicht, nicht wie einem Bekannten.” (IP03: 99f.)

Interviewpartner 01 betont allerdings die Wichtigkeit, den Internetauftritt möglichst ansprechend zu gestalten und beispielsweise die Website auf Arabisch übersetzen zu lassen (vgl. IP01).

Eine "institutionalisierte" Ausformung der Distributions- und Kommunikationskanäle findet sich in Form von Abkommen und Programmen zwischen Staaten. Interviewpartner 03 erzählt ausführlich über Abkommen zwischen Staaten und humanitären Programmen zur Behandlung einer bestimmten Anzahl von PatientInnen im Ausland.

"Jetzt kommen einige auch über humanitäre Programme. Es läuft über bestimmte Organisationen, zB.: NGOs [...]. Dieses Programm wird finanziert von der Regierung Kurdistans." (IP03: 14-18).

„[...] Und irakische Ärzte wissen oft nicht, wer wie gut ist, deshalb gibt es Kooperationen, über Einzelpersonen, Organisationen, Firmen, auch auf diplomatischem Niveau – zB.: Botschaft. Das hat viel mit Politik, mit Strategie zu tun. Es gibt ein bestimmtes Kontingent, d.h. so und so viele dürfen da hin fahren und so und so viele dort hin.“ (IP03: 88-91).

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Distributions- und Kommunikationskanäle verlaufen im Bereich Medizintourismus vor allem in weit verzweigten transnationalen Netzwerken ab, deren Netzwerkmitglieder sich entweder persönlich kennen, sich durch Dritte kennen, oder von einer zum Beispiel höherrangigen Person vertreten werden. Solche Netzwerke sind schwer zu skizzieren, da sie keinen formalisierten Abläufen folgen und sich ständig verändern. Das Medium Internet spielt dabei eine untergeordnete Rolle; vielmehr dominieren persönliche Kontakte und erfolgreich behandelte PatientInnen („positive Beispiele“) den Diskurs.

6.5.2 Kategorie B_Bestimmende Faktoren im Auswahlprozess

Diese Kategorie wurde entwickelt, um die bestimmenden Faktoren im Auswahlprozess zu erfassen. Wie/auf welcher Basis wird die Entscheidung für ein bestimmtes Land, für ein bestimmtes Krankenhaus oder für einen bestimmten Arzt getroffen? Als bestimmende Faktoren kristallisierten sich aufgrund der durchgeführten Interviews mehrere Aspekte heraus.

Als einer der wichtigsten Faktoren wurde die Qualität angeführt. Qualität sei ausschlaggebend dafür, in welches Land man reise.

„[...] Turkey or Jordania would be closer [...], and it would be cheaper, but you cannot have that quality you get in Europe.“ (IP02: 138-140)

Der Faktor Qualität sei überhaupt der Grund schlechthin, warum man überhaupt ins Ausland fährt.

„Österreich ist bekannt für gute Operationen, gute Qualität. Das ist der wichtigste Grund, weil deshalb kommt man ja in dieses Land.“ (IP03: 87f.)

Die Kosten der Behandlung bzw. der Aufwand rund um die Behandlung stellen einen weiteren Faktor dar. Die PatientInnen haben eine ganz bestimmte Rangordnung der Länder im Kopf. Diese Rangordnung wird einerseits von der Qualität bestimmt, und andererseits von den Kosten. Laut Interviewpartnerin 02 sei zwar Amerika das beste Land, aber einfach zu teuer (IP02: 98).

„[...] es gibt die Möglichkeit, dass die Leute nach Thailand, China, Indien auch fliegen. Vom Golf ist das einfacher und häufiger als nach Europa. Weil es viel viel günstiger ist, und sie haben dort auch sehr gute Qualität.“ (IP01: 215-217)

Die Kosten sind aber nicht der ausschlaggebende Grund, denn ein Patient fahre überall hin, damit er die notwendige Behandlung bekommt (vgl. IP02). Außerdem wird in manchen Fällen die Behandlung bzw. der Aufwand rund um die Behandlung von anderen getragen, z.B.: Staat, NGOs, Familie/Verwandschaft oder Einzelpersonen.

„Das Land zahlt für die Begleitung, die Reise, für die Maschine zB.: Air Ambulance, medizinisches Flugzeug. Sie zahlen für Aufenthalt hier, Übernachtung, sie zahlen Taschengeld für Patienten und Familie, sie bezahlen die Behandlung. Das ist eine große Summe, ja. Sie zahlen auch die Mitarbeiter, die hier vor Ort arbeiten, in einem Gesundheitsbüro oder medizinischen Abteilung oder Konsulat.“ (IP01: 70-74)

Beim Medizintourismus geht es um die (eigene) Gesundheit und in einigen Fällen auch um Leben und Tod. Deshalb ist man bereit – für eine Chance auf Heilung – alles zu tun und auch zu bezahlen. Wenn die eigenen Mittel nicht reichen, auch mithilfe der Finanzierung anderer.

„Die familiäre Bindung ist stark. Sie sagen, wir machen alles was möglich ist. Alle helfen zusammen, Bruder, Schwester, Onkel, Tanten... alle. Man will den wieder gesund sehen. Das ist wichtig.“ (IP04: 154-156)

Wie bereits oben beschrieben, spielen persönliche Netzwerke und „positive Beispiele“ insgesamt eine entscheidende Rolle. Sieht man sich den Prozess rund um die Entscheidungsfindung genauer an, so stößt man immer wieder auf Textstellen, die Prozesse wie „Mundpropaganda“ bzw. „Weitererzählung“ beschreiben oder direkt anführen.

„Nach 2003, dem Irakkrieg, wollten auch die Leute weiter nach Westeuropa. Seitdem spielt dann diese Weitererzählung eine große Rolle. Ja, ich war in Deutschland, in Bayern, ich habe hier sehr profitiert, mein Patient hat sich gut entwickelt, da sind nette Leute, da hilft jemand, da ist Herr/Frau Y. Mundpropaganda spielt eine große Rolle.“ (IP01: 277-281)

„[...]. Das bringt auch ein gutes Image für Österreich. Sie erzählen es zuhause weiter, dass es sehr schön war und Behandlung war auch gut.“ (IP04: 98-100)

Auf die Frage, welche Rolle die geographische Distanz bzw. eine andere Sprache oder ein anderer Kulturraum spielt, waren sich die InterviewpartnerInnen insofern einig, dass diese Faktoren eine untergeordnete Rolle im Prozess der Entscheidungsfindung inne haben. Den Menschen sei bewusst, dass man theoretisch überall hin fliegen könne.

„You can go everywhere by plane. If you need treatment, you go everywhere, it doesn't matter.“ (IP02: 137f.)

Trotzdem könne man sich aber auf die Gegebenheiten einstellen und es müsse nicht unbedingt „[...] jeden Tag ein Flugzeug gehen.“ (IP03: 141).

Bezugnehmend auf den Umgang mit einer fremden Sprache, meint Interviewpartner 04, dass eine fremde Sprache grundsätzlich ein Problem darstellt, die PatientInnen aber meist nicht alleine unterwegs sind und sich meistens zumindest die Begleitperson auf Englisch verständigen kann (vgl. IP04).

„We had [Name des Vermittlers], he translated, so it was not a problem. And also our friend, she translated and I also speak English. [...]. But otherwise, without anybody and if you are not able to speak English, yes, there would have been problems.“ (IP02: 143-146)

Interviewpartner 04 glaubt, Sprache und Mentalität seien eine Barriere für den Medizintourismus nach Asien.

„Die Sprache und die Mentalität ist eine Barriere. Sie sind zu fremd, mit der Religion. Man ist näher zu einem Jesus als zu Buddha. Prophet Mohammed, ich meine, das ist sozusagen der gleiche Ursprung. Diese Kultur ist leichter zu verstehen. Das andere ist zu fremd, glaube ich.“ (IP04: 139-142)

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Im Auswahlprozess (für ein Land, eine bestimmte Einrichtung etc.) steht für die MedizintouristInnen dieser Variante die Qualität an erster Stelle, d.h. man fährt dorthin, wo diese erhältlich ist. Die geographische Distanz und die Sprache bzw. der Kulturraum stellen in den

meisten Fällen kein Hindernis dar. Die Kosten der Behandlung bzw. der Rundumbetreuung sind selbstverständlich ein wichtiges Kriterium; sie sind aber nicht der ausschlaggebende Punkt. Sie werden vielmehr im Zusammenhang mit der Qualität abgewogen. Auch die Mundpropaganda und die sogenannte „Weitererzählung“ durch die „positiven Beispiele“ beeinflussen den Auswahlprozess und letztendlich die Entscheidung für oder gegen ein Land oder eine Einrichtung.

6.5.3 Kategorie C_Erwartungen der PatientInnen

Im folgenden Abschnitt werden die Erwartungen der PatientInnen in mehreren Dimensionen beleuchtet. Grundsätzlich sind sich alle InterviewpartnerInnen einig, dass die PatientInnen die Erwartung auf Heilung und Verbesserung ihres Gesundheitszustandes eint. Interviewpartner 01 gibt an, dass manche PatientInnen mit zu hohen Erwartungen kommen, die oft nicht erfüllt werden könnten.

„Ja, viele kommen mit der Hoffnung auf Wunder. [...]. Die Leute denken immer, dass hier riesengroße Unterschiede im medizinischen Standard sind. Das erschwert die Sache, wie kann man die Patienten belehren bzw. auch die Familie manchmal, dass es hier keine Wunder gibt und dass sie zur Realität zurück kommen sollen. Dass ein Schaden da ist, und dieser bleibt. Das ist sehr schwierig.“ (IP01: 134-138)

Die PatientInnen gehen von der Annahme aus, dass ein gewaltiger Unterschied zwischen dem medizinischen Standard in ihrem und dem präferierten Zielland bestehe. Aus der Sicht der Patientin gebe es hier alles, was man für eine Heilung brauche und Ärzte, Geräte bzw. Materialien seien sofort zur Stelle.

„[...] here in Europe you have better technical equipment, medicine, operation material, and the service is a lot better. In Europe it is better. You have everything you need. For example, for this operation, you need artificial bones... The material is not the same [...]. And you get it very soon, that's not the same in Iraq.“ (IP02: 51-54)

Ebenfalls große Erwartungen werden an das Know-how der ÄrztInnen sowie deren Erfahrung gestellt. Die PatientInnen wissen, dass genau dieser Arzt die notwendige Operation schon einige Male durchgeführt hat.

„[...] I trust the people here, they did this several times... [...]“ (IP02: 55)

Die PatientInnen haben hohe Ansprüche und stecken hohe Erwartungen in die Arbeit des Arztes. Auch im Irak existieren ähnliche Vorstellungen darüber, wie Ärzte wahrgenommen werden und was man von ihnen erwartet.

„Doktoren zahlen keine Steuern, sie haben viele Privilegien, sie werden wie „Götter in Weiß“, so sagt man, gesehen. Sie sind heilig für die Menschen. Sogar wenn jemand stirbt, sagen die Menschen, ja, es war nicht sein Fehler. Er hat alles gemacht. Auch wenn zum Beispiel ein Kunstfehler nachzuweisen ist.“ (IP04: 126-129)

Die PatientInnen haben großes Vertrauen in die Kompetenz des Arztes. Verstärkt wird dieses Gefühl des Vertrauens dadurch, indem sich die Ärzte Zeit nehmen, alle möglichen Szenarien erklären und auch genau beschreiben, wie die Operation vor sich gehen werde. So gewinne man den Eindruck, „[...] that he is really a specialist in his field.“ (IP02: 23). Außerdem kann man selbst entscheiden, zu welchem Arzt man gehen will. Es existiert ein viel größeres Angebot, aus dem man vergleichen und auswählen kann (IP2).

„[...] And in Iraq, there are let's say only 3 doctors who can do it, here in Europe I can choose between 30 doctors. I can compare their opinions, [...], the thing is you can choose. And if you can choose, you feel better, [...]“ (IP02: 59-61)

Dies bedeutet zwar, dass man selbst mitbestimmen kann; gleichzeitig aber auch auf einen selber angewiesen ist und selbst Verantwortung trägt.

Erwartungen gebe es auch gegenüber dem Service und dem Personal. Interviewpartner 01 erklärt ausführlich, dass es zum Teil große Unterschiede in der Auffassung des Servicegedankens gebe. Die PatientInnen erwarten, dass sich ständig jemand um den/die Patienten/Patientin kümmere und jederzeit abrufbereit ist (vgl. IP01). Soweit wie möglich, ist deshalb stets eine Person (z.B.: Kinder, PflegerIn) beim Patienten/bei der Patientin (vgl. IP01: 118-123).

Nicht zu vergessen ist die touristische Komponente, die in manchen Fällen die Ansprüche an die Unterkunft bzw. Rundumbetreuung von PatientInnen und deren Angehörigen entscheidend mitbestimmt.

„Wie ich davor schon kurz gesagt habe, der Hauptgrund ist sicher, dass die Operation/Behandlung nicht möglich ist im eigenen Land. Und natürlich, was dazu kommt, etwas reisen, Tourismus. Sie gehen gerne in ein schönes Land im Sommer.“ (IP04: 96-98)

„Ins Ausland zu fahren, hat auch ein besonderes Image, d.h. man hat einen guten Stand, man ist nicht unbedingt die Elite, aber man kann es sich leisten, es ist ein bisschen wie Urlaub.“ (IP03: 153-155)

Inwiefern der Aufenthalt als „Urlaub“ gesehen wird, hängt vermutlich von der Ernsthaftigkeit der Operation und den finanziellen Ressourcen des/r Patienten/Patientin bzw. Familie ab. So

hat jede/r eine eigene Vorstellung darüber, wie er/sie den Aufenthalt gestalten wird und dementsprechend gibt es ganz unterschiedliche Varianten des Aufenthalts (vgl. IP01).

„Wir haben überall hier Gasthäuser und Hotels und die Leute sind überall verteilt. Jeder nach seinem Geschmack und nach seiner Leistung, was sie ausgeben wollen. Wir haben 4 Stern Hotels, wir haben Pensionen, wir haben Gasthäuser. Manchmal gehen die Leute auch nach München und fahren jeden Tag eine Stunde hin und eine Stunde zurück...“
(IP01: 126-129)

Da es unterschiedliche Varianten im Medizintourismus gibt, kann man auch nicht von „dem typisch arabischen Medizintouristen“ sprechen.

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die PatientInnen kommen mit hohen Erwartungen und sehr hohen Ansprüchen („Hoffnung auf Wunder“), die im Zielland nicht immer erfüllt werden können. Die Erwartungen betreffen einen hohen Standard in der technischen Ausstattung bzw. Expertenwissen und Erfahrung seitens der Ärzte und des medizinischen (Service-)personals. PatientInnen schätzen die ausführliche und professionelle Beratung und die Möglichkeit, zwischen einer Vielzahl von ÄrztInnen und Behandlungsmöglichkeiten entscheiden zu können. Wieviel Wert auf die „touristische Komponente“ gelegt wird, hängt vermutlich vom/von der MedizintouristIn selbst ab und von der Ernsthaftigkeit der Krankheit.

6.5.4 Kategorie D_Beziehung zwischen Individuum und (Gesundheits-)system

Diese Kategorie soll die Beziehung zwischen Individuum und (Gesundheits-)system aufzeigen. Genauer gesagt, wird das Verhältnis zwischen (potentiellen) MedizintouristInnen und dem eigenen Nationalstaat näher beleuchtet. Inwieweit hat sich dieses Verhältnis im Laufe der Jahrzehnte gewandelt hat und wie zeigt es sich heute?

Wie bereits im theoretischen Teil dargestellt, existiert in der Diskussion rund um das Thema Globalisierung die Vorstellung, dass nationalstaatliche Grenzen unwichtiger werden und die Bedeutung des Nationalstaates abnimmt. Umgelegt auf das Thema Medizintourismus könnte man nun annehmen, dass Behandlungen immer unabhängiger vom jeweiligen nationalen Gesundheitssystem vorgenommen werden und man sich theoretisch überall behandeln lassen kann. Wie stark dies ausgeprägt ist, hat zunächst mit der Einstellung der PatientInnen zu

tun. Inwiefern erleben sie die Welt als Ganzes und inwieweit denken sie in nationalstaatlichen Grenzen?

„[...] Was bekannt ist, in Amerika oder in England, dort ist es viel besser als in meinem Land. Deswegen denkt man sofort ans Ausland und was ist das beste für meinen Vater, meine Mutter, meinen Sohn...“ (IP01: 184-186)

„Wenn man Geld hat, warum soll man nicht in anderes Land gehen. Es ist wie Urlaub, wo kann es noch schöner sein?“ (IP03: 58f.)

„[...] und zb.: hat man früher nicht gewusst, was alles möglich ist. Heute gibt es eine bessere Information durch Fernsehen, Internet, andere Leute; früher hat dies niemand gewusst.“ (IP03: 166-168)

„[...] And in Iraq, there are let's say only 3 doctors who can do it, here in Europe I can choose between 30 doctors. I can compare their opinions, can go to Germany inbetween, or to the Netherlands, [...]“ (IP02: 59-61)

Nicht nur die PatientInnen bewegen sich abseits nationalstaatlicher Grenzen, auch die ÄrztInnen.

„Die Welt ist so klein... Viele Ärzte aus Deutschland oder Amerika oder England sind jetzt auch vor Ort tätig, und gehen mit den Leuten jeden Tag um, vor Ort in einer Klinik, in Abu Dhabi oder Dubai. Man spricht mit einem amerikanischen oder deutschen oder englischen Arzt, oder Pfleger oder Therapeuten. Von daher, keine fremde Kultur mehr. Diese kleine Wand oder Vorhang zwischen den Kulturen, den Ländern ist weg.“ (IP01: 208-212)

„[...] Aber junge Ärzte aus dem Irak gehen lieber ins Ausland. Das ist auch eine Folge vom Krieg, [...]“ (IP04: 114f.)

Inwiefern die PatientInnen die Welt als „Ersatzteillager“ sehen, aus dem man nach Belieben wählen kann, hängt weiters vom Bezug zum eigenen (Gesundheits-)system ab. Wieviele und welche Rechte werden dem Individuum zugestanden und welche Pflichten hat es im Gegenzug? In diesem Zusammenhang sprach Interviewpartnerin 02 von dem Umstand, dass es in ihrem Heimatland kein Versicherungssystem gibt, die Behandlung in öffentlichen Krankenhäuser sowieso gratis wäre und es keinen Unterschied mache, ob sie dafür bezahlen würde oder nicht. Außerdem fühlt sie sich nicht als Teil des Systems. Die Finanzierung des Gesundheitssystems ist Angelegenheit des Staates (vgl. IP02). Des Weiteren hat man relativ wenig Kontakt mit dem Gesundheitssystem.

„Viele haben mit ihrem Gesundheitssystem nichts zu tun, weil sie sehen nicht jeden Tag eine Klinik wie hier oder sie haben keinen Hausarzt. Deswegen ist das Gesundheitssystem dort unbekannt für viele Leute.“ (IP01: 182-184)

„In Europa bezahlt man Versicherung. Die Leistung ist nicht so viel wert, weil der Staat bezahlt. Wenn man privat bezahlt, bekommt der Doktor gutes Image über dich. Gesundheit ist nicht wie normales Konsumgut. Wenn ich weniger bezahle, weniger gutes Image. [...] Das Versicherungssystem hat Vorteile für die Menschen. Man kann jederzeit zum Doktor gehen, d.h. man hat immer eine Chance für Behandlung. Doktoren verdienen gut, sie haben immer ein gutes Einkommen. Wenn es kein Versicherungssystem gibt, dann gehen nur sehr kranke Menschen zum Doktor. Gesundheit ist teuer, aber wenn es Patient direkt bezahlt, dann kann Doktor nicht immer so viel verlangen.“ (IP03: 65-73)

Wie groß der Bezug zum eigenen System ist, mitentscheidet darüber, wie hoch das Vertrauen ins eigene System ist.

„Manchmal gehen Operationen gut, aber das ist nicht der Standard. Das hat viel mit Erfahrung zu tun, bestimmte Operationen wurden noch nicht so oft durchgeführt. Deshalb haben die Menschen auch kein Vertrauen. Man glaubt nicht daran, dass es gut gehen kann...“ (IP03: 55-58)

„This operation will not be successful in our country. They made mistakes, I don't trust them.“ (IP02: 48)

„[...] Die Geräte gibt es schon, aber die Fachkraft nicht. Die Leute sagen, ich gehe ins Ausland, ich verlasse mich nicht auf dich. [...]“ (IP04: 70f.)

Wenn das Vertrauen ins eigene System fehlt, dann denke man sofort ans Ausland und glaube, „dass es dort besser ist“. (IP01: 102)

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Viele der (potentiellen) MedizintouristInnen aus arabischen Ländern haben die Möglichkeit, sich unabhängig vom eigenen Nationalstaat im Ausland behandeln zu lassen. Sie können theoretisch überall hinfahren. Bei Auftreten einer Krankheit denken sie oft sofort an Möglichkeiten im Ausland und versuchen, die für sie beste Behandlungsmöglichkeit ausfindig zu machen. Da es in einigen Ländern kein funktionierendes Versicherungssystem gibt, haben die Menschen wenig Bezug zum eigenen (Gesundheits-)system. Deshalb fehlt auch das Vertrauen in die Kompetenz des eigenen Systems.

6.5.5 Kategorie E_Entwicklung des Medizintourismus

Diese Kategorie umfasst die Entwicklung des Medizintourismus in einigen Facetten. Der zeitliche Fokus ist auf die Entwicklung der letzten 40 Jahre und die zukünftige Entwicklung gerichtet.

Sieht man sich die Anzahl der MedizintouristInnen bzw. das Volumen dieses Marktes an, so gibt Interviewpartner 01 an, dass sich die Zahl der MedizintouristInnen (im heutigen Verständnis) seit 1992 verachtfacht hat und er glaubt, dass es in näherer Zukunft auch nicht weniger werden wird (vgl. IP01). Interviewpartner 03 spricht von zwei möglichen Entwicklungen in der Zukunft. Zum einen wäre es möglich, dass sich die wirtschaftliche Situation in den Entwicklungsländern verbessert. Somit hätten die Menschen mehr Geld zur Verfügung und es komme zu einem Anstieg des Lebensstandards. Dies habe zur Folge, dass auch das Bewusstsein für Gesundheit steigt und mehr Menschen deshalb ins Ausland fahren wollen. Zum anderen wäre es denkbar, dass die Zahl der MedizintouristInnen sinken wird, weil sich das Gesundheitssystem in den Herkunftsländern verbessert. Eine Operation sei nun in den meisten Fällen auch dort möglich und es werde nur noch für besonders schwierige Operationen – „Qualitätsbehandlungen“ – ins Ausland gefahren (vgl. IP03).

Womit wir auch schon bei den Motiven der PatientInnen wären. Das Motiv ist in den meisten Fällen klar: Das Hauptmotiv für eine Behandlung im Ausland begründet sich aus der Tatsache, dass eine Behandlung/Operation im Herkunftsland in der Form einfach nicht möglich ist (vgl. IP04). Hinzu kommt eben in vielen Fällen, wie bereits oben erwähnt, die touristische Komponente. Der Aufenthalt wird in gewisser Weise „als Urlaub“ empfunden oder es werden zumindest einzelne Urlaubselemente in den Aufenthalt integriert (vgl. IP03, IP04).

Eine interessante Facette ist die Wahl des Ziellandes. Laut Interviewpartner 01 kann man heutzutage nach Thailand, China, Indien fliegen. Dies ist einfacher und günstiger und die Qualität ist mittlerweile auch sehr gut. Amerika ist immer noch sehr beliebt, „trotz des Problems“ [in Folge der Anschläge von 9/11; Anmerk. d. Verf.] (IP01). Auch Interviewpartner 04 bestätigt den guten Ruf Amerikas. Bezüglich der asiatischen Länder weiß er zwar, dass viele medizinische Geräte aus Südkorea geliefert werden, was den PatientInnenstrom angeht, so glaubt er allerdings, dass es nicht viele sind. Sprache und Mentalität seien eine Barriere (vgl. IP04).

Was die Vermittlung bzw. Organisation im Medizintourismus angeht, so lässt sich feststellen, dass die meisten Kontakte, wie bereits oben erwähnt, über Verwandte, Bekannte, Minister

etc., also über persönliche Netzwerke, geknüpft werden. In manchen Fällen erfolgt die Organisation auch über humanitäre Programme bzw. Abkommen zwischen Staaten für die Behandlung eines bestimmten „Kontingents“ an PatientInnen (vgl. IP01, IP02, IP03, IP04).

Angesprochen auf die zukünftige Organisationsstruktur im Medizintourismus meint Interviewpartner 04:

„Ich glaube, dass es eine Agentur gibt, die vermittelt und das irgendwie regelt. Und vielleicht gibt es auch einen österreichischen Konsul dort, der bekannt macht, was möglich ist, in Österreich, wozu das System fähig ist. Einer, der das unter die Menschen bringt...“

(IP04: 178-180)

Interviewpartner 03 betont den Zusammenhang zwischen dem Volumen des Medizintourismus und dem Ausmaß der wirtschaftlichen bzw. politischen Zusammenarbeit zwischen zwei Ländern.

“[...] Solche Kooperationen, auch im Gesundheitsbereich, sind immer beeinflusst von der wirtschaftlichen Zusammenarbeit. Und auch politischen Zusammenarbeit, weil es viel mit Politik/Regierung zu tun hat, wieviele ins Ausland geschickt werden, wer wohin gesendet wird, welches Kontingent es gibt.“ (IP03: 181-183)

Unter besonderen wirtschaftlichen sowie politischen Umständen könne der Medizintourismus fast gänzlich zum Erliegen kommen:

„[...] Es gab das Embargo, wirtschaftlich und politisch [...]. Die Ausreise war fast unmöglich und die medizinische Versorgung war schlecht, wegen schwacher Wirtschaft/Politik.“

(IP03: 124-130)

Um eine gute Beziehung im Bereich des Medizintourismus aufzubauen und diese auch langfristig zu sichern, ist es notwendig, auch die wirtschaftlichen bzw. politischen Beziehungen zu pflegen.

„Um die Beziehung zu stärken, mit den Ländern, sollte man weiterhin Brücken bauen, wirtschaftliche Beziehungen, Public Relations. [...] Deutschland sollte sich auch immer verstärken, durch gute Beziehung zu Leuten, geschäftlich, wirtschaftlich. Weil wenn auch die Leute dort in Golfregion eine Beziehung hier haben, bestimmte Ansprechpartner oder Minister, der auch viele Sachen hier vereinbart, Visum, Service vor Ort, dann werden die Leute auch gerne immer wieder hierher kommen. Viele kommen nach München nur zu Besuch, nicht um sich behandeln zu lassen.“ (IP01: 223-231)

Wie bereits oben beschrieben, werden die Behandlungskosten bzw. die Kosten rund um den Aufenthalt in einigen Fällen aus der eigenen Tasche bezahlt. Es kommt hierbei auf die finanzielle Ausstattung der PatientInnen an.

„Die bezahlen alles selber. Wenn notwendig, hilft die ganze Verwandtschaft mit, um das zu ermöglichen.“ (IP04: 88f.)

„[...] Yes, we pay everything privately. Yes, it's a lot of money, but if you need the treatment, you do it...“ (IP02: 112)

„[...] sie bezahlen in Österreich manchmal das Doppelte wie normaler Österreicher. [...] Und es gehört auch zur orientalischen Mentalität: Wenn ich eine Person mag, dann zahl ich mehr, statt 1000 Euro auch 10000 Euro. Der Doktor soll das haben, er ist mir sympathisch.“ (IP03: 79-82)

Zusammenfassung der Ergebnisse:

Die Anzahl der MedizintouristInnen ist stark gestiegen und so auch das Marktvolumen. Es sind neue Länder, vor allem in Asien, als Zielland (z.B.: Thailand) dazu gekommen, aber auch die alten Märkte (Europa, USA) sind nach wie vor erfolgreich. Wie gut das Geschäft läuft, hängt sehr stark mit den wirtschaftlichen und politischen Beziehungen der Länder zusammen. Was die zukünftige Entwicklung anbelangt, so sind zwei Szenarien denkbar: 1. Durch die verbesserten Gesundheitssysteme in weniger entwickelten Ländern steigt der Lebensstandard sowie das Gesundheitsbewusstsein und deshalb fahren mehr Personen ins Ausland, weil sie es sich leisten können und weil sie selber über ihre Gesundheit bestimmen wollen. 2. Bessere Gesundheitssysteme haben zur Folge, dass eine höhere Standardversorgung gegeben ist und nur noch für schwierige Operationen ins Ausland gefahren wird. Nicht zuletzt kommt es auf die finanziell verfügbaren Ressourcen der PatientInnen an; reiche PatientInnen sind immer schon ins Ausland gefahren und werden dies auch in Zukunft tun. Zum organisatorischen Aufbau ist zu sagen, dass sich in Zukunft „institutionalisierte“ Formen der Vermittlung häufen könnten. Wie sich der Medizintourismus entwickeln wird, hängt nicht zuletzt von den wirtschaftlichen/politischen Beziehungen und Rahmenbedingungen ab.

6.6 Interpretation der Forschungsergebnisse/Beantwortung der Untersuchungsfragen

Dieser Abschnitt stellt einen der wichtigsten in dieser Arbeit dar. Die Forschungsergebnisse sollen nun vor dem Hintergrund der zugrunde liegenden theoretischen Schablone bearbeitet, d.h. interpretiert werden. Um einen strukturierten Ablauf gewährleisten zu können, werden die vier Untersuchungsfragen noch einmal angeführt, und diese mithilfe des Interviewmaterials und der Literatur bearbeitet.

Untersuchungsfrage 1:

Inwiefern existieren Netzwerke/Verflechtungen zwischen Personen/Organisationen im Medizintourismus aus arabischen Ländern und wie lassen sich diese beschreiben?

Im Bereich des Medizintourismus aus arabischen Ländern lassen sich gewisse Netzwerkstrukturen erkennen. Diese Netzwerke sind nicht-institutionalisierte Verbindungen, die sich informell bilden und je nach Bedarf und „Richtung“ des Medizintourismus („traditional international medical travel“ oder „medical tourism“) geformt werden (vgl. Horowitz/Rosensweig 2008). TeilnehmerInnen des Netzwerkes sind meistens Einzelpersonen aus den jeweiligen Heimat- sowie Zielländern. Beispiele für TeilnehmerInnen im Heimatland sind: PatientInnen, mögliche (MedizintouristInnen), deren Familienmitglieder, Verwandte und Bekannte, „höherrangige“ Personen, bereits erfolgreich behandelte Personen, die man persönlich kennt, durch Dritte kennt, oder von denen man gehört hat. TeilnehmerInnen im Zielland können emigrierte Familienmitglieder, ÄrztInnen (oft aus dem selben Kulturraum), PatientInnenkoordinatorInnen, vermittelnde Personen, die aus dem eigenen Bekanntenkreis stammen oder die man über Dritte kennt. Je nach benötigter Operation/Behandlung wird das Netzwerk individuell zusammengestellt. Diese Netzwerke lassen sich mit den Konzepten von John Urry, „global complexity“ und „global fluids“ vergleichen. Die Netzwerke verändern sich ständig, die Verbindungen sind komplex, nicht-linear und bewegen sich unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen. Es wird von einer hohen Mobilität von Personen und Gütern ausgegangen (vgl. Urry 2003). Im Falle des Medizintourismus aus arabischen Ländern lässt sich sagen, dass es individuell veränderbare transnationale Netzwerke gibt, deren TeilnehmerInnen in den meisten Fällen sehr mobil sind.

Diese Netzwerke entstehen größtenteils durch persönliche Kontakte und ihre Existenz beruht auch auf diesen persönlichen Beziehungen. Vermittelnde Personen („Facilitatoren“) bilden eine Brücke zwischen den PatientInnen und dem Produkt (vgl. Snyder et al. 2011b). Viele Informationen werden mündlich weitergegeben und über das Netzwerk distribuiert. Auf diesem Wege erfahren (mögliche) MedizintouristInnen überhaupt von dem Produkt und über dessen Chancen und Gefahren. Davon werden sie in ihrem Denken und in weiterer Folge in ihrer Entscheidung beeinflusst. Man spricht hier von „Weitererzählung“ oder Mundpropaganda (IP01). Diese Mundpropaganda spielt eine entscheidende Rolle, denn Medizintourismus ist ein Produkt bzw. eine Dienstleistung, die sich nicht so einfach angreifen lässt

und man vorher nicht weiß, wie es ist (welche Qualität? etc.), sondern erst bei/nach Konsum. Dies trifft auch auf andere Tourismusdienstleistungen zu (vgl. Litvin/Goldsmith/Pan 2008). Man verlässt sich aus diesem Grunde eher auf die Meinung anderer und versucht, möglichst viele Informationen aus dem Netzwerk zu erschließen, um sich schließlich eine eigene Meinung bilden zu können.

Neben den persönlichen „nicht-institutionalisierten“ Netzwerken gibt es Verflechtungen, die man als „institutionalisiert“ bezeichnen kann. Hier geht es zum einen um professionelle Reiseveranstalter/Agenturen, die Komplettpakete in einem relativ einsichtigen Netzwerk anbieten (z.B.: Klinik, Fluggesellschaft, Hotel etc.). Zum anderen gibt es humanitäre Programme, die ein bestimmtes Kontingent für Behandlungen im Ausland beinhalten. Hier sind die TeilnehmerInnen im Netzwerk vor allem Organisationen wie z.B.: NGOs, oder vom Staat finanzierte Regierungsprogramme (vgl. IP03).

Untersuchungsfrage 2:

Wie erleben (potentielle) MedizintouristInnen ihre Beziehung zum eigenen (Gesundheits-)system bzw. zur Welt als Ganzes? Welche Rolle spielen nationalstaatliche/kulturelle/sprachliche Grenzen im Medizintourismus aus arabischen Ländern?

Die Beziehung der (potentiellen) MedizintouristInnen zum eigenen Gesundheitssystem ist relativ gering ausgeprägt. Es gibt kein Hausarztmodell (im europäischen Sinne) und in vielen Ländern kein flächendeckendes und funktionierendes Versicherungssystem. Viele Leistungen werden beispielsweise aus Öleinnahmen finanziert, und nicht aus Beiträgen der Bevölkerung. Deshalb gibt es auch wenig Kontakt mit dem (Gesundheits-)system; die Menschen haben keinen Bezug. Da der Bezug fehlt, fehlt auch das Vertrauen ins heimische (Gesundheits-)system. Sie glauben nicht daran, dass eine Operation erfolgreich durchgeführt werden kann (vgl. IP02). Auch wenn sich das Gesundheitssystem verbessert und die notwendige Operation im eigenen Land durchgeführt werden könnte, so würden sie trotzdem zur Behandlung ins Ausland fahren. In diesem Fall ist wenig Loyalität gegenüber dem eigenen Land zu beobachten. Hat man einen Krankheitsfall in der Familie, so denke man als erstes an eine Behandlung im Ausland (vgl. IP01). MedizintouristInnen haben ein Bewusstsein für die Welt als Ganzes entwickelt; sie verfügen über die notwendigen Informationen, welche Behandlungen in welchem Land möglich sind. Ihre Vorstellungen/Erwartungen sind geprägt von einer be-

stimmten „Rangordnung“ (der Länder), die sich aus den Faktoren Qualität und Kosten zusammen setzt, d.h. MedizintouristInnen verfügen über ein ganzheitliches Bild der Welt (vgl. IP02).

Grundsätzlich agieren MedizintouristInnen unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen, da sie in vielen Fällen die Behandlung aus der eigenen Tasche bezahlen. Wird der Auslandsaufenthalt von der Regierung bezahlt, so ergeben sich natürlich gewisse Einschränkungen. Bei der Ein- und Ausreise (Visaangelegenheiten) allerdings, stellen nationalstaatliche Grenzen nach wie vor eine tatsächliche Grenze dar.

Die Frage nach der Zuständigkeit bzw. der Verantwortlichkeit lässt sich insofern beantworten, als dass Individuen selbst für ihr Handeln verantwortlich sind, da sie oftmals privat bezahlen. Wer im Falle eines Behandlungsfehlers zuständig ist und in welchem Land man klagen kann, konnte im Rahmen dieser Forschung nicht geklärt werden (vgl. Svantesson 2008).

Sprachliche/kulturelle Grenzen spielen im Medizintourismus eine Rolle. Laut Glinos et al. soll ein gewisses Maß an „Vertrautheit“ (familiarity) vorhanden sein, und die Kultur nicht allzu fremd sein (vgl. IP04). Der Faktor Kultur ist aber meist nebensächlich, denn es geht vorrangig darum, die bestmögliche Qualität zu erhalten. Eine fremde Sprache stellt grundsätzlich eine Barriere dar; mit DolmetscherInnen und geeigneten Begleitpersonen wird aber auch dieses Problem nebensächlich (vgl. IP01, IP04).

Untersuchungsfrage 3:

Inwiefern spielen moderne Kommunikations- und Transportmittel im Medizintourismus aus arabischen Ländern eine Rolle? Wie hoch ist die Bereitschaft zur Mobilität?

In den theoretischen Ausführungen wurde gezeigt, dass moderne Kommunikations- und Transportmittel Globalisierung beschleunigen und dass umgekehrt, diese Technologien/Vernetzung Ausdruck einer globalisierten Welt sind. Bereits in Folge der Industriellen Revolution konnte der Welthandel im 18./19. Jahrhundert aufgrund des aufstrebenden Verkehrs- und Telekommunikationswesens um das 25fache erhöht werden (vgl. Osterhammel und Petersson 2003). Das Reisen rund um den Globus wurde nicht nur möglich, sondern in den letzten Jahrzehnten auch zunehmend für viele Bevölkerungsschichten leistbar. Daraus hat sich eine gewisse Mobilität entwickelt, die laut Bauman bezeichnend für unsere Gesellschaft ist (vgl. Bauman 2000; Abrahamson 2004).

An diesem Punkt kommen wir zu den MedizintouristInnen aus arabischen Ländern. Bauman unterteilt die Menschen anhand deren Grads an Mobilität in „tourists“ und „vagabonds“. MedizintouristInnen gehören in den meisten Fällen in die Gruppe der „tourists“, da sie zu den wohlhabenden Menschen zählen, die gerne unterwegs sein wollen und können. Natürlich, in manchen Fällen müssen sie unterwegs sein, da eine Behandlung im eigenen Land in der Form nicht möglich ist. Aber selbst wenn diese möglich wäre, so würden die meisten trotzdem ins Ausland fahren. Welche Gründe gibt es dafür? Zum einen fehle der Bezug und das Vertrauen in das eigene Gesundheitssystem. Der Durchführung im eigenen Land wird wenig Vertrauen geschenkt. Zum anderen ist das Reisen ins Ausland ein gewisses Statussymbol, anhand dessen eine Distanzierung von anderen möglich ist. Dies hat wiederum mit den vorhandenen (finanziellen) Ressourcen der PatientInnen zu tun.

Grundsätzlich gibt es also eine hohe Bereitschaft, ins Ausland zu fahren. Die PatientInnen wissen, dass sie theoretisch überall hinfliegen können und dass ausreichend Transportmöglichkeiten vorhanden sind. Geographische Distanz spielt deshalb keine bedeutende Rolle. Vielfach verbringen MedizintouristInnen mehrere Wochen zu Konsultationszwecken in verschiedenen Ländern (vgl. IP02). Die Transportmöglichkeiten sind vorhanden und werden auch genutzt.

Im Bereich der Kommunikationstechnologien wurde in den letzten Jahren eine enorme Zunahme und Vernetzung verzeichnet. Es ist deshalb anzunehmen, dass diese Technologien auch im Bereich des Medizintourismus eine bedeutende Rolle spielen. In den Interviews allerdings wurde das Internet erst auf Nachfrage erwähnt und in weiterer Folge dessen untergeordnete Rolle betont. Es werde zwar verwendet, um allgemeine Informationen herauszufinden; wirklich wichtige Dinge werden aber persönlich besprochen (vgl. IP02; IP03; IP04). Mason und Wright bestätigen die relativ oberflächlichen Informationen auf Medical Tourism Websites. Dennoch trägt das Internet dazu bei, überhaupt Zugang zu Informationen zu erhalten. Dies war früher nicht ohne weiteres möglich (vgl. IP03). Über die Rolle des Mobiltelefons wurden keine Angaben gemacht.

Untersuchungsfrage 4:

Was sind die Motive/Erwartungen der PatientInnen und welche Faktoren entscheiden, ob sie ins Ausland fahren und wenn ja, wohin?

MedizintouristInnen sind in erster Linie auf der Suche nach (besserer) Qualität. Sie bewegen sich dorthin, wo diese erhältlich ist. Glinos et al. sprechen hier von einer nicht vorhandenen Verfügbarkeit (availability) im Heimatland. Qualität wird als Hauptmotiv im Modell des „traditional international medical travel“ angeführt (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008; Horowitz & Rosensweig 2008). In Wirklichkeit geht es um die vorherige Einschätzung der Qualität, und nicht um die tatsächlich erlebte Qualität. Entscheidend ist, wie das Produkt verkauft wird und welchen Ruf eine bestimmte Einrichtung, ein bestimmter Arzt hat (perceived quality) (vgl. Glinos et al. 2010). Mittels bestimmter Zertifizierungen/Standards durch anerkannte Organisationen (z.B.: JCI) wird versucht, den guten Ruf zu bestätigen bzw. zu verbessern.

Die hohen Qualitätsansprüche richten sich vor allem an die medizinische Ausstattung (Geräte, Technik etc.) und an das Know-how und Erfahrung des medizinischen Personals. In einigen Fällen kommen die Menschen mit der Hoffnung auf Wunder, die oftmals nicht erfüllt werden können (vgl. IP01). Der Faktor Kosten ist besonders im Modell „medical tourism“ wichtig, im traditionellen Modell aber eher zweitrangig, denn wenn man die Behandlung braucht, wird es auch gemacht (vgl. IP02). Eindeutig hervorgegangen ist, dass MedizintouristInnen eine klare „Rangordnung“ im Kopf haben und genau wissen, welche Qualität sie für welche Kosten in einem bestimmten Land bekommen (vgl. Ehrbeck/Guevara/Mango 2008; IP02). Über die Rolle von Unterschieden in der Kultur bzw. Sprache herrscht Uneinigkeit. IP04 geht davon aus, dass es Barrieren gibt und bestimmte Kulturräume aufgrund ihrer Fremdheit eher nicht in Frage kommen. Bezüglich Sprache meint er, dass die Sprache grundsätzlich eine Barriere ist; in den meisten Fällen aber englischsprachige Begleitpersonen dabei sind (IP04). IP01 ortet wenige Komplikationen aufgrund der Sprache oder Kultur. Die PatientInnen in ihrer Muttersprache zu betreuen und die Website auf Arabisch übersetzen zu lassen, gehören aber eindeutig zu den Pluspunkten einer Einrichtung (vgl. IP01; vgl. Horowitz und Rosensweig 2008). Ein bestimmtes Maß an Vertrautheit (familiarity) beeinflusst die Entscheidung, für oder gegen eine Behandlung im Ausland (vgl. Glinos et al. 2010).

Wie bereits oben erwähnt, spielen Mundpropaganda, die Empfehlungen des/r VermittlerIn und „positive Beispiele“ im Prozess der Entscheidungsfindung eine entscheidende Rolle. Ein besonders anschauliches Beispiel für eine lebendige Kultur der Weitererzählung sind die von Beth Kangas erwähnten Kat-Sitzungen im Jemen.

Nicht außer Acht zu lassen, ist im Prozess der Entscheidungsfindung die „touristische“ Komponente, die je nach Operation/Behandlung eine größere oder kleinere Rolle spielt. Rund um

die Behandlung wird ein dementsprechendes nicht-medizinisches Angebot (Ausflüge, Einkaufsmöglichkeiten, adäquate Unterkunftsmöglichkeiten, Veranstaltungen etc.) erwartet. Diese Komponente übte bereits im Bäder- und Kurtourismus des 19. Jahrhunderts maßgeblichen Einfluss auf den Prozess der Entscheidungsfindung (vgl. Tubergen/Linden 2002).

7 Schlussbetrachtung

7.1 Beantwortung der Forschungsfrage

In diesem Kapitel wird der Versuch unternommen, die Forschungsfrage zu beantworten:

Forschungsfrage:

„Inwiefern lässt sich Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein globalisiertes Phänomen betrachten? In welchem Ausmaß wirken andere, eher „traditionale“ Elemente mit?“

Medizintourismus aus arabischen Ländern lässt sich in einigen Punkten als globalisiertes Phänomen betrachten. Als erstes wird der Einfluss moderner Kommunikations- und Transportmöglichkeiten als Ausdruck von Globalisierung angeführt. Obwohl diese modernen Systeme im Prozess der Entscheidungsfindung eine eher untergeordnete Rolle spielen, sind sie entscheidend dafür, ein Bewusstsein für die Welt als Ganzes zu entwickeln und Informationen und Wissen auf einfache Weise zu erlangen, was früher in dieser Form nicht möglich war. Weiters ist unter MedizintouristInnen ein hoher Grad an Mobilität zu beobachten, was ebenfalls ein Hinweis für Globalisierung bedeutet. Diesen Menschen steht sozusagen die ganze Welt offen; Asien gehört mittlerweile ebenfalls zu den Zielländern wie die vor allem in früheren Zeiten präferierten Gebiete Amerika oder Europa. MedizintouristInnen agieren unabhängig von nationalstaatlichen Grenzen. Die Abkoppelung vom eigenen (Gesundheits-)system gehört mit zu den beschriebenen Globalisierungsprozessen. Wobei hier zu beachten ist, dass in den arabischen Ländern der Bezug wahrscheinlich nie so groß war, wie beispielsweise in den europäischen Ländern. In diesem Zusammenhang spricht man in der Globalisierungsdiskussion von einer zunehmenden Individualisierung, d.h. PatientInnen sind mündig und handeln eigenverantwortlich. In den meisten Fällen ist diese Erscheinung aber wohl eher auf die dementsprechenden finanziellen Ressourcen dieser PatientInnen zurückzuführen. Die notwendige finanzielle Ausstattung trägt dazu dabei, dass in diesen Beispielen die Kosten eine zweitrangige Rolle spielen. Anders im Modell „medical tourism“, bei dem es vor allem um niedrige Kosten geht und damit um eine rationale, globalisierte, Entscheidung. Nicht zuletzt sind MedizintouristInnen Teil eines Marktes, bei dem es um den Handel von medizinischen Dienstleistungen (GATS – Mode 2) geht, der sich grenzübergreifend in transnationalen Netzwerken abspielt. Diese transnationalen Netzwerke verändern sich ständig und passen sich der jeweiligen Situation/dem Bedarf an; sie sind keine starren Gebilde.

Die Netzwerke allerdings bestehen aus persönlichen Kontakten, die großteils auf persönlichen, langjährigen Beziehungen beruhen. Vertrauen und Empfehlungen spielen in diesen Beziehungen eine große Rolle. Kommunikation und Distribution erfolgt vor allem in Form von mündlichen Kommunikationssystemen, z.B.: Mundpropaganda. Solche oralen Kommunikationssysteme sind laut Daniel Lerner in traditionellen Gesellschaften zu finden und deshalb deuten sie auf ein traditionales Element im Medizintourismus hin. Nicht nur die Mundpropaganda, auch die Orientierung an positiven Beispielen, besonders jener höherrangiger Personen, sei entscheidend für die Kommunikation und Distribution sowie Entscheidungsfindung. Sie sind Anzeichen für eine strenge Hierarchiegläubigkeit und damit im Sinne Talcott Parsons als „ascription“ und nicht als „achievement“ zu sehen. In einer historisch-soziologischen Lesart wird die Zuschreibung von Status/Rollen als Kennzeichen einer traditionellen Gesellschaft gesehen. Der Platz/Status in der Gesellschaft, die familiären Bindungen und finanziellen Ressourcen bestimmen, wen man kennt und welche Möglichkeiten man hat. Die Möglichkeit, ins Ausland zu fahren, steht nicht jeder Person von vorne herein offen; es gelten unterschiedliche Regeln/Normen für bestimmte Personengruppen. Um erneut auf Parsons zurück zu greifen, könnte man diese soziale Stratifikation als „particularism“, d.h. im Sinne eines traditionellen Elementes, im Vergleich zum „universalism“ betrachten.

Betrachtet man das Phänomen Medizintourismus in seiner Gesamtheit, so ist neben der medizinischen Komponente, auch die nicht-medizinische „touristische“ Komponente in den meisten Fällen fester Bestandteil der Reise. Diese kann als touristisches Erlebnis, im herkömmlichen Sinne, verstanden werden.

Kurz zusammengefasst, kann man den Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein Phänomen beschreiben, das in seinen Rahmenbedingungen zwar von Globalisierungsprozessen beeinflusst wird, in seinen konkreten Ausformungen/Beziehungen aber von traditionellen Elementen geprägt ist.

Diese Forschung war aufgrund der unzureichenden Datenlage, des schwierigen Zugangs und des heiklen Themas eine ernsthafte Herausforderung. Rückblickend bin ich aber dankbar für die wertvollen Erfahrungen und Erlebnisse im Zuge meiner Forschung.

7.2 Ausblick

Im Rahmen dieser Forschung konnte lediglich ein kleiner Ausschnitt des Medizintourismus gezeigt werden. Für weitere Forschungsarbeiten in diesem Bereich wäre es interessant, die individuellen Umstände der MedizintouristInnen im Herkunftsland zu untersuchen, besonders die familiären Bindungen und deren Einflüsse. Falls man die Möglichkeit bekommt und über das finanzielle bzw. zeitliche Budget verfügt, ist es zu empfehlen, eine oder mehrere Beispielpersonen, in ihrer Gesamtheit, d.h. von der Kontaktaufnahme im Herkunftsland über die Behandlung im Ausland bis hin zur Nachbetreuung zu beobachten. Ein interessantes Thema ist auch die Zuständigkeit im Falle von Behandlungsfehlern. Welches Recht wird herangezogen und wo kann geklagt werden?

8 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anstieg des Luftverkehrs im Vergleich zum Anstieg des Welthandels und des GDP, 1970-2010 ...	14
Abbildung 2: Entwicklung der Kosten in der Luftfracht, 1970-2010	15
Abbildung 3: Globale Entwicklungen im Bereich Informations- und Kommunikationstechnologien, 2001-2011	16
Abbildung 4: Modes of supply of trade in health services.....	23
Abbildung 5: Widersprüche im Medizintourismus	27
Abbildung 6: Einordnung der Begriffe "health tourism" und "medical tourism"	30
Abbildung 7: Klassifikation eines/r MedizintouristIn	31
Abbildung 8: Die Entwicklung des Medizintourismus.....	32
Abbildung 9: Internationale PatientInnenströme	35
Abbildung 10: "Travel" und "Health" Gesamtpaket.....	41
Abbildung 11: Distributions- und Kommunikationskanäle	43
Abbildung 12: GDP per Capita US\$, 2010	45
Abbildung 13: Ausgaben für Gesundheit, (% of GDP), 2010	46
Abbildung 14: Zielländer von 2006 bis 2008	49
Abbildung 15: Anzahl der Behandlungen in den jeweiligen Ländern, 2008.....	50
Abbildung 16: Prinzip der qualitativen Inhaltsanalyse	57
Abbildung 17: Angebot und Nachfrage im Medizintourismus - Modell	68

9 Literaturverzeichnis

- Abrahamson, Peter** (2004): Review Essay Liquid Modernity. Bauman on Contemporary Welfare Society. In: *Acta Sociologica*, Vol. 47 (2); pp. 171-179.
- Balcus, James; Novotny, Thomas E.** (2011): New approaches to global health governance: The evolution to public-private partnerships. In: *Journal of Commercial Biotechnology*, Vol. 17 (3); pp. 233-240.
- Bauer, Martin** (2000): Classical Content Analysis: a Review. In: Bauer, Martin; Gaskell, George: *Qualitative Researching with Text, Image and Sound. A Practical Handbook*; pp. 131-152.
- Bauman, Zygmunt** (2000): *Liquid Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Bundred, Peter E.; Levitt, Cheryl** (2000): Medical Migration: who are the real losers? In: *The Lancet*, Vol. 356, July 15, Viewpoint; pp. 245-246.
- Caballero-Danell, Sara; Mugomba, Chipo** (2007): Medical Tourism and its Entrepreneurial Opportunities – A conceptual framework for entry into the industry. School of Business, Economics and Law. Göteborg University. Graduate Business School. Tourism and Hospitality Management. Master Thesis No. 2006:91, Supervisor: Eva Gustavsson. [http://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/4671/1/2006_91.pdf – Zugriff: 19.01.2012]
- Cattaneo, Olivier** (2009): Trade in Health Services. What's in it for Developing Countries? Policy Research Working Paper 5115. The World Bank. Poverty Reduction and Economic Management Network. International Trade Department, November 2009.
- Chaaban, Jad** (2010): Job Creation in the Arab Economies: Navigating Through Difficult Waters. United Nations Development Programme. Regional Bureau for Arab States. Arab Human Development Report. Research Paper Series.
- Chanda, Rupa** (2003): Social Services and The GATS: Key Issues and Concerns. In: *World Development*, Vol. 31 (12); pp. 1997-2011.
- Connell, John** (2006): Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. In: *Tourism Management*, Vol. 27; pp. 1093-1100.
- Cook, Peta S.** (2010): Constructions and Experiences of Authenticity in Medical Tourism: The Performances of Places, Spaces, Practices, Objects and Bodies. In: *Tourist Studies* 10 (2); pp. 135-153.
- Crone, Robert K.** (2008): Flat Medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care. In: *Academic Medicine*, Vol. 83 (2); pp. 117-121.
- Dodgson, Richard; Lee, Kelley; Drager, Nick** (2002): Global Health Governance. A Conceptual Review. Discussion Paper No. 1. Centre on Global Change & Health. London School of Hygiene & Tropical Medicine. Department of Health & Development. World Health Organization. [<http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050853/dodgson.pdf> – Zugriff: 04.10.2012]

- Economist Intelligence Unit** (2011a): Industry Report. Healthcare Austria. January 2011. London [u.a.]: The Economist Intelligence Unit Limited.
- Economist Intelligence Unit** (2011b): Industry Report. Healthcare United Arab Emirates. December 2011. London [u.a.]: The Economist Intelligence Unit Limited.
- Ehrbeck, Tilman; Guevara, Ceani; Mango, Paul D.** (2008): Mapping the market for medical travel. In: The McKinsey Quarterly. McKinsey&Company.
- Fischer, Karin; Reiner, Christian; Staritz, Cornelia** (Hg.) (2010): Globale Güterketten: weltweite Arbeitsteilung und ungleiche Entwicklung. Wien: Promedia.
- Flick, Uwe** (2010): Qualitative Sozialforschung: eine Einführung. Vollständig überarbeitete u. erweiterte Neuauflage, 3. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt.
- Flick, Uwe** (2005): Design und Prozess qualitativer Forschung. In: Flick, Uwe; Kardorff, Ernst von; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 4. Aufl. [2000]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; pp. 252-265.
- Frie, Kirstin Grosse; Janssen, Christian** (2009): Social inequality, lifestyles and health – a non-linear canonical correlation analysis based on the approach of Pierre Bourdieu. In: International Journal of Public Health, Vol. 54; pp. 213-221.
- García-Altés, Anna** (2005): The Development of Health Tourism Services. In: Annals of Tourism Research, Vol. 32 (1); pp. 262-266.
- Giddens, Anthony** (1995): Konsequenzen der Moderne. Übersetzt von Joachim Schulte. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp. Originalausgabe: Giddens, Anthony (1990): The Consequences of Modernity. Cambridge [u.a.]: Polity Press.
- Glaser, Barney G.; Strauss, Anselm L.** (2005): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Aus dem Amerikanischen von Axel T. Paul und Stefan Kaufmann. 2., korrigierte Aufl. [1998]. Originalausgabe: The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research (1967): New York: Aldine de Gruyter.
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit** (2009): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse: als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen. 3., überarbeitete Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glinos, Irene A.; Baeten, Rita; Helble, Matthias; Maarse, Hans** (2010): A Typology of Cross-Border Patient Mobility. In: Health & Place, Vol. 16; pp. 1145-1155.
- Heung, Vincent C. S.; Kucukusta, Deniz; Song, Haiyan** (2010): A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. In: Journal of Travel and Tourism Marketing, Vol. 27; pp. 236-251.
- Horowitz, M. D.; Rosensweig, J. A.** (2008): Medical tourism vs. traditional international medical travel: A tale of two models. In: International Medical Travel Journal. [<http://www.imtj.com/articles/2008/medical-tourism-vs-traditional-international-medical-travel-a-tale-of-two-models> – Zugriff: 15.05.2011]

- ILO Department of Statistics** (2011): Statistical Update on Arab States and Territories and North African Countries. May, 2011. [http://laborsta.ilo.org/sti/DATA_FILES/20110525_Arab_States.pdf – Zugriff: 13.03.2012]
- International Air Transport Association** (2011): Vision 2050, Report. Singapore, 12 February 2011. Montreal, Geneva.
- International Telecommunication Union** (2012): Global ICT Trends. Global ICT Developments, 2001-2011. [<http://www.itu.int/ITU-D/ict/statistics/index.html> – Zugriff: 14.04.2012]
- Johnston, Rory; Crooks, Valorie A.; Snyder, Jeremy; Kingsbury, Paul** (2010): What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. In: International Journal of Equity in Health, Vol. 9; 24.
- Kangas, Beth** (2011): Complicating Common Ideas About Medical about Medical Tourism: Gender, Class, and Globality in Yemenis' International Medical Travel. In: Signs. Journal of Women in Culture and Society, Vol. 36 (2); pp. 327-332.
- Kangas, Beth** (2010): The burden of pursuing treatment abroad: Three stories of medical travelers from Yemen. In: Global Social Policy, Vol. 10 (3); pp. 306-314.
- Kangas, Beth** (2007): Hope from Abroad in the International Medical Travel of Yemeni Patients. In: Anthropology & Medicine, Vol. 14 (3); pp. 293-305.
- Kaul, Inge; Grunberg, Isabelle; Stern, Marc A.** (1999): Global Public Goods. International Cooperation in the 21st Century. Published for The United Nations Development Programme (UNDP). New York [u.a.]: Oxford University Press.
- Kunczik, Michael; Zipfel, Astrid** (2005): Publizistik: ein Studienhandbuch. 2. Auflage [2001]. Köln [u.a.]: Böhlau.
- Kušen, Eduard** (2011): Positioning medical tourism in the broader framework of health tourism. In: Tourism. An International Interdisciplinary Journal, Research Note, Vol. 59 (1); pp. 95-99.
- Litvin, Stephen W.; Goldsmith, Ronald E.; Pan, Bing** (2008): Electronic word-of-mouth in hospitality and tourism management. In: Tourism Management, Vol. 29 (3); pp. 458-468.
- Lunt, Neil; Carrera, Percivil** (2010a): Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. In: Maturitas, Vol. 66; pp. 27-32.
- Lunt, Neil; Hardey, Mariann; Mannion, Russell** (2010b): Nip, Tuck and Click: Medical Tourism and the Emergence of Web-Based Health Information. In: The Open Medical Informatics Journal, Vol. 4; pp. 1-11.
- Martens, Jens; Hain, Roland** (2002): Globale öffentliche Güter. Zukunftskonzept für die internationale Zusammenarbeit? Heinrich-Böll-Stiftung. Weltwirtschaft, Ökologie & Entwicklung e.V. (WEED). Bonn. [<http://www2.weed-online.org/uploads/gpg2002.pdf> – Zugriff 05.04.2011]
- Mason, Alicia; Wright, Kevin B.** (2011): Framing Medical Tourism: An Examination of Appeal, Risk, Conva-

- cence, Accreditation, and Interactivity in Medical Tourism Web Sites. In: Journal of Health Communication, Vol. 16; pp. 163-177.
- Mayring, Philipp** (2010): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 11., aktualisierte und überarbeitete Aufl. [1982]. Weinheim und Basel: Beltz.
- Mayring, Philipp** (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 5. Aufl. [1990]. Weinheim und Basel: Beltz.
- Meinefeld, Werner** (2005): Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In: Flick, Uwe; von Kardorff, Ernst; Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 4. Aufl. [2000]. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag; pp. 265-275.
- Menvielle, Loïck; Menvielle, William; Tournois, Nadine** (2011): Medical Tourism: A decision model in a service context. In: Tourism: An International Interdisciplinary Journal, Preliminary Communication, Vol. 59 (1); pp. 47-61.
- Meuser, Michael; Nagel, Ulrike** (2005): ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. In: Bogner, Alexander; Littig, Beate; Menz, Wolfgang (Hg.): Das Experteninterview. Theorie, Methode, Anwendung. 2. Aufl. Wiesbaden: VS; pp. 71-95.
- Milstein, Arnold; Smith, Mark** (2006): America's New Refugees: Seeking Affordable Surgery Offshore. In: The New England Journal of Medicine, Vol. 355 (16); pp. 1637-1640.
- Osterhammel, Jürgen; Petersson, Niels P.** (2003): Geschichte der Globalisierung. Dimensionen, Prozesse, Epochen. München: Beck. (C.H. Beck Wissen)
- Paffhausen, Anna Luisa; Peguero, Carolina; Roche-Villarreal, Laura** (2010): Medical tourism: a survey. United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean, ECLAC WASHINGTON Office. LC/WAS/L.111. Washington D.C.: A United Nations Publication. [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/7/39397/Medical_Tourism_A_Survey_L111_final.pdf – Zugriff 22.01.2012]
- Parsons, Talcott** (1951): The social system. Glencoe: Free Press.
- Perfetto, Ralph; Dholakia, Nikhilesh** (2010): Exploring the Cultural Contradictions of Medical Tourism. In: Consumption Markets & Culture, Vol. 13 (4); pp. 399-417.
- Robertson, Roland** (1992): Globalization. Social Theory and Global Culture. London [u.a.]: SAGE. (Theory, Culture & Society Series)
- Sengupta, Amit** (2011): Reverse Subsidy for the Elite. In: Signs: Journal of Women in Culture and Society, Vol. 36 (2); pp. 312-319.
- Sigrist, Stephan; Fenner, Sophie** (2009): Gesundheit global? Perspektiven und Thesen zum

- grenzüberschreitenden Wettbewerb um PatientInnen und die Zukunft des Medizinal- und Wellness-Tourismus. Careum Working Paper 4. W.I.R.E. [Web for Interdisciplinary Research & Expertise] Think Tank der Bank Sarasin und des Collegium Helveticum von ETH und Universität Zürich. Zürich und London: Careum Verlag. [http://www.careum-explorer.ch/careum/pub/Careum_Working_Paper_04_de_2244_1.pdf – Zugriff: 09.11.2011]
- Smith, Pamela C.; Forgione, Dana A.** (2007): Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model. In: Journal of Information Technology Case and Application Research, Vol. 9 (3); pp. 19-30.
- Snyder, Jeremy; Dharamsi, Shafik; Crooks, Valorie A.** (2011a): Fly-By medical care: Conceptualizing the global and local social responsibilities of medical tourists and physician voluntourists. In: Globalization and Health, Vol. 7; 6.
- Snyder, Jeremy; Crooks, Valorie A.; Adams, Krystyna; Kingsbury, Paul; Johnston, Rory** (2011b): The ‘patient’s physician one-step removed’: the evolving roles of medical tourism facilitators. In: Journal of Medical Ethics, Vol. 37 (9); pp. 530-534.
- Sobo, Elisa J.** (2009): Medical Travel: What It Means, Why It Matters. In: Medical Anthropology, Vol. 28 (4); pp. 326-335.
- Spiegel, Jerry M.; Labonte, Ronald; Ostry, Aleck S.** (2004): Understanding “Globalization” as a Determinant of Health Determinants: A Critical Perspective. In: International Journal of Occupational and Environment Health, Vol. 10 (4); pp. 360-367.
- Svantesson, Dan Jerker B.** (2008): From the Airport to the Surgery to the Courtroom – Private International Law and Medical Tourism. In: Commonwealth Law Bulletin, Vol. 34 (2); pp. 265-276.
- Töbke Gonçalves, Bianca** (2005): Entwicklungstheorie: Von der Modernisierung zum Antimodernismus. Münster: Lit-Verlag. (Politikwissenschaft)
- Tubergen, A. van; Linden, S. van der** (2002): A Brief History of Spa Therapy. Occasional Piece. In: Annals of the Rheumatic Diseases, Vol. 61 (3); pp. 273-275.
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs** (2001): World Public Sector Report. Globalization and the State. Publication No.: ST/ESA/PAD/SER.26. New York: A United Nations Publication. [<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/un/unpan012761.pdf> – Zugriff: 06.02.2012]
- Urry, John** (2003): Global Complexity. Cambridge: Polity Press.
- Weisz, George** (2011): Historical reflections on medical travel. In: Anthropology & Medicine, Vol. 18 (1); pp. 137-144.
- Whittaker, Andrea; Manderson, Lenore; Cartwright, Elizabeth** (2010): Patients without Borders: Understanding Medical Travel. In: Medical Anthropology, 29 (4); pp. 336-343.

Wirtschaftskammer Österreich, AHSt Abu Dhabi (2010): Healthcare and Medical Tourism: In the Member States of the Gulf Cooperation Council (GCC) (except SAUDI-ARABIA). AWO-Branchenreport.

Woodward, David; Drager, Nick; Beaglehole, Robert; Lipson, Debra (2002): Globalization, global public goods, and health. World Health Organization, Department of Health in Sustainable Development. Geneva, Switzerland. [<http://www.who.int/trade/en/THpart1chap1.pdf> – Zugriff: 08.11.2011]

World Tourism Organization (1995): Technical Manual N°2. Collection of Tourism Expenditure Statistics. [<http://pub.unwto.org/WebRoot/Store/Shops/Infoshop/Products/1034/1034-1.pdf> – Zugriff: 02.02.2012]

Weblinks:

Kurier.at (2011): Indien: Mehr Handys als Toiletten. Letztes Update am 14.03.2012, 13:24. [<http://kurier.at/techno/4488525-indien-mehr-handys-als-toiletten.php> – Zugriff: 14.04.2012].

Schallberger, Peter (o.J.): Talcott Parsons: Darstellung einer modernisierungstheoretischen Lesart der Pattern Variables. FH St. Gallen
[http://www.peterschallberger.ch/downloads/downloads/klassiker_files/ParsonsPatternVariables1.pdf – Zugriff: 16.10.2012]

The Cooperation Council For The Arab States of The Gulf. Secretariat General. [<http://www.gcc-sg.org/eng/index.html> – Zugriff: 11.10.2012]

The World Bank (2010): Health expenditure, total (% of GDP). [<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>; eigene Zusammenstellung - Zugriff: 12.05.2012]

10 ANNEX

10.1 Transkription der Interviews

Interview 1 – Servicemanager

Zeit und Ort: Freitag, 16.03.2012, von 11:15 bis 12:05; auf der Terrasse einer Klinik in Bayern

1 I: Also wenn Sie an Ihren ersten Arbeitstag in der Klinik zurück denken, wie war das für Sie?

2 E: Ja, ich war im Hotelbereich tätig, im Hotel Mandarin Oriental und da habe ich auch mit ausländi-
3 schen Gästen zu tun gehabt, einige von ihnen waren im Hotel und gleichzeitig zur Behandlung in
4 München oder hier. Reiner Zufall, habe ich einige auch dort betreut, die ich auch hier betreut habe.
5 Sie waren dann Angehörige von Patienten. Hochrangiert natürlich, weil das Hotel zu teuer ist natür-
6 lich, 1.000 Euro pro Nacht zu bezahlen, das kann sich nicht jeder leisten. Und es waren nur Prominen-
7 te. Und dann, ich hatte den Job als Dolmetscher nebenbei, als freiberufliche Tätigkeit. Dann musste
8 ich mich irgendwie entscheiden für eines von den zwei, weil die Belastung war so hoch. München,
9 Rosenheim, Bad Aibling, jeden Tag zwei Jobs. Dann habe ich mich für die Klinik entschieden, weil ich
10 die Fahrzeit sparen wollte. Der kaufmännische Leiter von damals hat mich angestellt, erstmal als
11 Dolmetscher. Sofort nach ein paar Monate hatte sich alles verändert. Meine Beziehungen zu be-
12 stimmten Leuten, meine Bekanntschaften, meine Public Relations haben mich im Kontakt mit Marke-
13 tingabteilung gebracht. Ich habe die Messen in Dubai Arab Health mitgemacht und war immer Ver-
14 mittler für Bekanntschaften mit Botschaften. Jetzt 2002, 2003 auf freiberuflicher Basis und seit 2004
15 fest angestellt...

16 Erster Arbeitstag war ganz normal, habe Visite gemacht, mit dem Professor. Und die Visite dauert
17 meistens eine bis zwei Stunden auf Station. Wir visitieren Patienten, ich musste natürlich vermitteln,
18 was die Ärzte mitteilen wollten. Ich musste die Beschwerden vermitteln, den Behandlungsplan, die
19 Ideen, Fragen von Ärzte an Patienten und Familien und die Maßnahmen, die man an einer Reha ma-
20 chen sollte, die Leute aufklären über das System hier. Was bedeutet Reha und warum sind sie da und
21 was ist die Erwartung von den Leuten von den Patienten sowie auch der Familie; jeder hat andere
22 Erwartung. Ob die Leute Analphabeten sind oder Aufgeklärte, hat auch eine große Rolle gespielt für
23 den Aufwand. Der Aufwand für die Analphabeten ist größer als bei aufgeklärte Leute, die zB.: von
24 einer Familie von einem Arzt schon einmal gelesen haben oder schon einmal den Fall in der Familie
25 hatten. Aber die Leute, die gar keine Ahnung haben, und auf einmal jemanden in der Familie haben,
26 das war ein großes Thema für mich. Wie man den Leuten vermittelt, dass es nicht mehr wie früher
27 war. Dann kam die zusätzliche Aufgabe als Sozialmitarbeiter, der Beschwerden und Probleme behebt
28 und Aufklärung, Leute zu motivieren. Das ist dann nicht mehr nur die Aufgabe als Dolmetscher, son-
29 dern es ist jetzt [unverständliche Passage]

30
31 I: Haben Sie auch einen 2. Mitarbeiter, der Ihnen hilft?

32 E: Nein, ich habe leider nur eine Vertretung, in meiner Abwesenheit. Da vertritt mich ein Bekannter
33 von mir oder Mitarbeiter. Meine Aufgaben werden verteilt an Patientenservice, Entwicklungspla-
34 nung, Rezeption, Station, Schreibdienst. Jeder macht was. Mittlerweile habe ich ein System entwi-
35 ckelt, dass die Klinik auch zurecht kommt ohne Dolmetscher. Die Kommunikation zwischen Kosten-
36 träger, Konsulate... Wir haben von einem bestimmten Kostenträger einen Dolmetscher, den Sie jetzt
37 gesehen haben, der betreut zum Beispiel 6 oder 7 Patienten und seine Kostenträger vor Ort und hilft
38 ein bisschen. Aber trotzdem, die große Aufgabe habe ich vor der Aufnahme, mit den Chefärzten eine
39 Vermittlung zu schaffen und medizinische Meinung zu holen, Kostenvoranschlag, Termin vereinbaren
40 und alles weiterzuleiten, Einladung der Familie an die Deutsche Botschaft, nach Arabien zu schicken
41 und E-mails an Botschafter und so...

42
43 I: Welche Patienten kommen zu ihnen?

44 E: Im Prinzip haben wir Patienten aus Europa, aus Amerika, wir haben auch eine bestimmte Anzahl
45 von arabischen Patienten. Aus der ganzen Region, 22 Länder. Wir bekommen manchmal auch Patien-
46 ten aus Malaysia, Afrika und das ist eine internationale Klinik und sehr renommiert und bekannt. Ich
47 betreue vor allem arabische Patienten aus der Golfregion, aus Ägypten, Emirate, Saudi Arabien, Ka-
48 tar, Kuwait, Oman. Jetzt haben wir auch aus Libyen..., das sind Kriegsopfer...

49
50 I: Wird das von der Regierung her so ausgemacht [betreffend die Libyen Aktion]?

51 E: Die Regierung überweist die Beträge meistens an einen Vermittler. Der Vermittler sollte die Be-
52 treuung der Patienten vor Ort machen und die Rechnungen an den Kostenträger weiterleiten. Der
53 Kostenträger sollte Staat sein oder die Botschaft. Wie sie das genau handhaben, weiß ich nicht ge-

nau. Das läuft ein bisschen anders. Weil das ganz frisch, eine neue Erfahrung, dass 200/300 Patienten einfach nach Deutschland geschickt werden, das ging alles so schnell...
Mich interessiert nur, dass hier die Patienten betreut werden. Das mit der Finanzsache, damit habe ich nichts zu tun.

I: Mit welchen Diagnosen kommen die Patienten?

E: Wir haben Schlaganfallpatienten, Schädelhirntrauma, Hirnschlag, Patienten, die Rückenmarkschäden haben, Querschnittspatienten oder gelähmte Patienten. Also rein neurologische Rehabilitation, und die Neuro bezieht sich auf Gehirn und Rückenmark.

I: Und in welchem Alter?

E: Alle Klassen, wir haben junge Patienten unter 20 da. Wir akzeptieren Patienten ab 16, das ist keine Neuroreha für Kinder, keine Neuropediatric. Die Neuropediatric das machen andere Kliniken...

I: Sie haben gesagt, die meisten kommen aus der Golfregion...

E: Ja, die meisten kommen aus der Golfregion, weil sie es sich finanziell leisten können. Die Behandlung in Deutschland oder in Europa ist nicht einfach, ist nicht günstig. Das Land zahlt für die Begleitung, die Reise, für die Maschine zB.: Air Ambulance, medizinisches Flugzeug. Sie zahlen für Aufenthalt hier, Übernachtung, sie zahlen Taschengeld für Patienten und Familie, sie bezahlen die Behandlung. Das ist eine große Summe, ja. Sie zahlen auch die Mitarbeiter, die hier vor Ort arbeiten, in einem Gesundheitsbüro oder medizinischen Abteilung oder Konsulat.

I: Kann sich dort jeder bewerben?

E: Die Patienten in dem Heimatland haben verschiedene Systeme. Es gibt die Möglichkeit im Golf oder in Saudiarabien oder Kuwait durch Beziehung oder direkten Kontakt mit dem zuständigen Minister, Prinz, Scheich aufzunehmen, und dann wird die Sache erledigt. Die machen das sofort für die Patienten, als reine soziale Unterstützung. Der Scheich, der Prinz oder der Minister sollte ein angesehener oder ein sehr reicher Mann sein...

Die haben nicht so viele Millionen wie hier in Deutschland. Sondern in Kuwait oder in den Emiraten oder Katar, Bahrain, die sind ein paar Hunderttausend. Das Geld im Land reicht, um ein paar hundert Leute ins Ausland zu schicken. Vor allem, wenn sie die Infrastruktur nicht haben für solche Schäden... Parallel arbeiten sie, das Gesundheitssystem zu entwickeln, zu verbessern. Sie haben Verträge geschlossen, mit Amerika, mit England, Deutschland, dass bestimmte Firmen in Arabien Kliniken betreiben und managen, zB.: John Hopkins, Cleveland oder sie haben es versucht, auch bei den [Name der Klinik], aber die [Name der Klinik] wollten nicht ins Ausland. Sie haben es versucht, damit sie den Brand Name haben und dort die Leute einarbeiten und die Erfahrung einfach weitergeben. Aber das ist nicht einfach, weil das Problem dort ist, dass die Mitarbeiter vor Ort immer wechseln müssen aufgrund des Interesses an Green Card in Amerika oder in Europa. Dann sammeln Philippini oder ähnliche Pflegekräfte oder Ärzte erste Erfahrung und gehen dann ins Ausland. Zuerst als Zuwanderer und dann bekommen sie Green Card. Dann bleibt immer wieder ein Loch. Dann muss man wieder neue Leute einarbeiten. Wenn Stabilität fehlt, dann... sie sind alle auf Zeit. Manche haben auch Verträge für 10 Jahren, aber ob das reicht, das weiß ich nicht.

I: Wenn sich das Gesundheitssystem in den Heimatländern verbessert, glauben Sie, dass das Geschäft für so eine Klinik dann ausbleiben könnte?

E: Es bleibt immer noch eine bestimmte Zahl an Medizintouristen oder Überweisungen, aufgrund der Infrastruktur, die schon lange gemacht wurde zB.: Gesundheitsbüro, Konsulate, Verträge, Austauschverträge mit Kliniken oder Ärzten. Manche Leute haben es einfach nötig, ins Ausland zu gehen. Weil sie einfach glauben, dass es dort besser ist. Auch durch die bessere Entwicklung dort, wollen die Leute trotzdem ins Ausland. Mit der Hoffnung, dass es dort vielleicht etwas mehr profitabel wird.

I: Wie ist es zB.: mit dem Jemen, kommen von dort auch Patienten?

E: Selten, aber wenn dann auf eigene Kosten. Und wenn dann auch die Reichen. Es kann aber auch sein, dass einige Patienten arm sind. Sie kommen trotzdem, aufgrund des sogenannten Sozialsystems. Wenn man denkt, dass die Leute das aus religiösen Gründen machen. Es gibt keine Stiftung wie in Europa oder Amerika, sondern der Scheich ist die Stiftungsinstitution sozusagen. Der macht einmal im Monat eine sogenannte „majlis“, das ist ein Meeting oder Treffen. Und dann sind ein paar hundert Leute da, sitzen und erzählen oder unterhalten sich und am Ende, wenn jemand etwas am Herzen hat, dann geht er zu dem Scheich und sagt: Eure Exzellenz/Hoheit, wir haben ein Problem in der Familie, ich habe gerade meine Mutter in die Klinik geliefert, mein Sohn hat gerade Unfall gemacht oder mein Vater ist gerade verletzt. Dann geht das so weiter. Dann sagt der Scheich zu seinem Manager, kümmere dich um ihn. Das heißt Grünes Licht. Was er will, wird gemacht.

I: Wie sieht der Aufenthalt von einem arabischen Medizintouristen aus?

E: Wir haben Patienten, die ein paar Monate bleiben. Sie verbringen viel Zeit in der Klinik, sie sind treu zueinander. Wir haben ein System, d.h. ein Patient mit Begleiter im Zimmer, 24 Stunden. Das heißt, die Begleiter kümmern sich um den Patienten, oder zumindest wenn sie keine Kinder haben, die Zeit haben. Dann kommt jemand von der Familie mit einem Pfleger aus Indien oder Philippinen, der sich um den Patienten kümmert, der ihn pflegt oder schon gepflegt hat in der Heimat und pflegt ihn weiter oder als Einarbeitung für die weitere Pflege im Heimatland.

I: Und die Angehörigen?

E: Wir haben überall hier Gasthäuser und Hotels und die Leute sind überall verteilt. Jeder nach seinem Geschmack und nach seiner Leistung, was sie ausgeben wollen. Wir haben 4 Stern Hotels, wir haben Pensionen, wir haben Gasthäuser. Manchmal gehen die Leute auch nach München und fahren jeden Tag eine Stunde hin und eine Stunde zurück...

Es ist sehr profitabel für das ganze Land, wir sind auch in Hannover, Hamburg, Frankfurt, Wiesbaden, Köln, Bonn und Berlin.

I: Haben Sie eine besondere Einstellung zB.: bzgl. Gesundheitsbewusstsein beobachtet?

E: Ja, viele kommen mit der Hoffnung auf Wunder. Aber die Einstellung, dass hier eine andere Welt ist als in Heimatland, bleibt immer. Die Leute denken immer, dass hier riesengroße Unterschiede im medizinischen Standard sind. Das erschwert die Sache, wie kann man die Patienten belehren bzw. auch die Familie manchmal, dass es hier keine Wunder gibt und dass sie zur Realität zurück kommen sollen. Dass ein Schaden da ist, und dieser bleibt. Das ist sehr schwierig.

I: Warum glauben Sie, dass die Patienten ausgerechnet nach Deutschland kommen?

E: Es gibt eine sehr gute Zusammenarbeit zwischen Deutschland und der Golfregion in allen Bereichen, auch im medizinischen Bereich. Die Infrastruktur in Deutschland ist sehr stark. Viele Kliniken haben sich vorbereitet auf ausländische Patienten, wie ein arabischer Betreuer, Gebetsraum, arabisches Essen, oder Ärzte, die Arabisch sprechen, die aber in Österreich oder Deutschland lange leben oder hier studiert haben und Mitarbeiter einschulen, einarbeiten, informieren, oder darauf hinweisen wie sie mit fremden Kulturen umgehen sollen. Wir haben auch hier ab und zu Vorträge über die arabische Kultur, was man machen soll, wie machen soll, was mache ich wenn, Dos & Dents und warum machen die anderen das so, wieso verhalten sie sich so.

I: Gibt es manchmal Probleme mit anderen Patienten?

E: Üblich, die Umgangsformen sind manchmal unterschiedlich. Die Leute sind daran gewöhnt, dass die Mitarbeiter dort in den Kliniken bzw. die Pfleger auch machen Service. Und hier fehlt halt dieser „sense von Service“, das ist klar. Ich gehe nach Rosenheim zu einem Geschäft von Telekom und er verweist mich an die Hotline, obwohl ich ein Gerät bei ihm gekauft habe. Also, ich muss eine halbe Stunde an der Hotline warten... In Arabien sage ich das Gerät ist kaputt, er kümmert sich darum, er fragt was ich will, ich bin zufrieden, ich bleibe bei ihm oder er schickt mir das Gerät nach Hause. Das ist ein anderes Verständnis...

Wenn ich rechne, ich rufe diese Hotline an, zahle ich 1 Euro pro Minute, das ist auch Geld. Dann könnte man das Geld auch genauso investieren, in einen Mitarbeiter, der Service macht. Manche bieten das ja auch an...

Und hier wenn jemand von den Angehörigen kommt und sagt, ich möchte gerne das, ich bin zB.: krank. Wenn jemand sagt, du musst nach Rosenheim und dort musst du das und das machen, an-melden bei der Notfallaufnahme oder so. Manche sagen, ruf dein Konsulat an, aber Konsulat kann nicht immer, also man hat sich daran gewöhnt, Leute einfach zu verweisen an jemand anderen.

Viele haben Sorge um die Sprachkenntnisse. Wir haben auch viele, die Englisch sprechen... man denkt nicht an Alternativen. Normalerweise auch wenn ich einen Analphabetenpatienten haben, dann suche ich jemanden von hier, vielleicht von seinen Landsleuten, der hilft. Die einfache Antwort ist immer, ruf dein Konsulat, deinen Dolmetscher.

I: Gibt es auch Vorbehalte von der einheimischen Bevölkerung hier?

E: Nein, das fällt Gott sei Dank komplett weg. Wir haben hier Patienten mit Angehörigen seit mindestens 10 Jahren, die nach Bayern, Bad Aibling kommen oder nach München. Ich betreue ab und zu Leute in München, weil die wandern auch von Kliniken zu anderen aufgrund einer Operation oder einer Weiterbehandlung und der Kontakt bleibt. Mittlerweile haben sich auch andere Kliniken bereit erklärt, solche Patienten aufzunehmen, zu behandeln und Service anzubieten zB.: islamische Kost, Halal oder zumindest vegetarisch oder dass sie einfach einen Mitarbeiter eingestellt haben, der für die Leute übersetzt.

Das Problem besteht nicht, dass sich die Leute beschweren. Es kommt selten vor, dass jemand sagt, ich habe jemanden getroffen, der Rassist ist.

I: Die Patienten verlassen ihr eigenes Heimatland und auch ihr eigenes Gesundheitssystem..

E: Viele haben mit ihrem Gesundheitssystem nichts zu tun, weil sie sehen nicht jeden Tag eine Klinik wie hier oder sie haben keinen Hausarzt. Deswegen ist das Gesundheitssystem dort unbekannt für viele Leute. Was bekannt ist, in Amerika oder in England, dort ist es viel besser als in meinem Land. Deswegen denkt man sofort ans Ausland und was ist das beste für meinen Vater, meine Mutter, meinen Sohn...

Sie versuchen auf jeden Falle, ihre Leute aufzuhalten durch Verträge mit Konzernen. Aber der Wille der Bevölkerung neigt dazu, immer ins Ausland zu gehen und das kann man nicht verhindern. Es besteht fast keine Gefahr, dass jetzt auf einmal das eine oder andere Land sagt, wir schicken keine Patienten mehr ins Ausland. Das kann man nicht machen. Wenn die Regierung das nicht übernehmen will, dann machen die Familien das auf eigene Kosten.

... Ja Vertrauen braucht Zeit. Man hat dort jetzt angefangen, ein System zu entwickeln und zu verbessern und das dauert. Man kann nicht von heute auf morgen sagen, ok jetzt haben wir genauso ähnliche Infrastruktur, Erfahrung und Behandlungsmethoden wie in Deutschland.

Die Leute haben hier schon Jahre angefangen, wir haben hier ein logisches Netzwerk. Wir haben auch andere Kliniken, die den Patienten sofort betreuen könne, wenn was ist. Wenn man in eine Klinik in Arabien geht, 200km weg findet man zweite Klinik, oder 2. Möglichkeit. Aber hier ist der Patient gut aufgehoben, wenn es ein orthopädisches Problem gibt, ein internistisches Problem, Herzproblem, wir haben alles da. Wenn man Reha macht, sollte man auch in der Nähe die Möglichkeit haben, den Patienten zu behandeln. Ich kann den Patienten nicht 100km schicken, um eine Notfallentzündung zu behandeln. Ich rede von meiner Klinik, wir haben in Rosenheim sehr gute niedergelassene Ärzte, sie sind alle da, kommen auch immer zu den Kliniken, behandeln die Patienten hier vor Ort. Das ist eine reine Neuroreha mit der Möglichkeit, alle Krankheiten, die mit der neurologischen Reha zu tun haben, sofort zu behandeln.

I: Gibt es dabei Schwierigkeiten/Barrieren in Bezug auf Sprache oder Kultur?

E: Viele haben wir hier, die früher schon lange in Amerika oder England gelebt haben oder studiert haben. Viele aus der arabischen Region waren Botschafter oder Konsul. Die Welt ist so klein... Viele Ärzte aus Deutschland oder Amerika oder England sind jetzt auch vor Ort tätig, und gehen mit den Leuten jeden Tag um, vor Ort in einer Klinik, in Abu Dhabi oder Dubai. Man spricht mit einem ameri-

kanischen oder deutschen oder englischen Arzt, oder Pfleger oder Therapeuten. Von daher, keine fremde Kultur mehr. Diese kleine Wand oder Vorhang zwischen den Kulturen, den Ländern ist weg.

I: In Bezug auf andere Länder, man hört viel von einem Boom der asiatischen Länder...

E: Nein... es gibt die Möglichkeit, dass die Leute nach Thailand, China, Indien auch fliegen. Vom Golf ist das einfacher und häufiger als nach Europa. Weil es viel viel günstiger ist, und sie haben dort auch sehr gute Qualität. Viele Fachärzte haben dort mittlerweile gute Erfahrung...

Das Thema Tourismus, die Leute wandern nicht nur nach Deutschland oder England. Trotz des Problems mit Amerika, Visa usw., aber jetzt hat sich die Sache wieder gelockert und fliegen immer wieder nach Amerika. Auf jeden Fall nach Thailand, Indien, China und auch Iran.

I: Was unternimmt Deutschland, damit weiterhin Patienten hierher kommen?

E: Man bemüht sich hier auf mehreren Ebenen. Um die Beziehung zu stärken, mit den Ländern, sollte man weiterhin Brücken bauen, wirtschaftliche Beziehungen, Public Relations. Wenn man sich anschaut, wieviele Konzerne nur aus Bayern in International Arab Health gehen, vielleicht haben wir 100 Konzerne. Deutschland ist größter Aussteller in Arab Health. Deutschland hat so viele Konkurrenten... Die werden sich immer vermehren und verstärken. Deutschland sollte sich auch immer verstärken, durch gute Beziehung zu Leuten, geschäftlich, wirtschaftlich. Weil wenn auch die Leute dort in Golfregion eine Beziehung hier haben, bestimmte Ansprechpartner oder Minister, der auch viele Sachen hier vereinbart, Visum, Service vor Ort, dann werden die Leute auch gerne immer wieder hierher kommen. Viele kommen nach München nur zu Besuch, nicht um sich behandeln zu lassen. Man sieht es jedes Jahr deutlich in München in Marienplatz oder im Zentrum, Maximilianstraße, die Statistik spricht ja für sich. Und in Deutschland insgesamt, wird die Anzahl der Besucher mehr, das bedeutet auch, dass in die Wirtschaft viele Milliarden werden gepumpt und die Behandlung für solche Leute ist nicht günstig...

Das ist nicht nur medizinischer Bereich, sondern die Leute kaufen auch ein und schicken es in die Heimat. Kaufen Kleider, Schmuck, Lebensmittel, viele kaufen hier sogar Möbel ein und richten das Haus in Arabien ein.

I: Aber die Patienten sind ja oft ans Bett gebunden....

E: Viele sind nicht mobil, sie sind gelähmt, können nicht außerhalb gehen. Sie machen Ausflüge mit dem Rollstuhl, unterschiedlich...

Vor allem wenn das Wetter schön ist, gehen die Leute gerne in die Berge, am See oder reisen nach Österreich oder in die Schweiz. Das sieht man auch im Juni/Juli/August, sie stürmen hierher, Familien mit Kindern, dann findet man hier vielleicht für 18 oder 20 Patienten 300-400 Angehörige.

I: Wer oder wie wird entschieden wo man hinfährt oder ob man überhaupt fährt?

E: Das habe ich vorher schon versucht zu erklären. Es gibt dort verschiedene Quellen. Die, die das Wort haben, wer darf gehen, der kann gehen, weil vor Ort die Möglichkeit nicht besteht. Dann haben wir Nummer 1, die hochrangierten Leute. Der Scheich, Minister, Prinz, oder König. Dann gibt es wie gesagt das Sozialsystem. Durch Vermittlung und Beziehungen von, zum Beispiel ich kenne Herrn Y, dann gehe ich zum Scheich/Prinz und lege ein gutes Wort ein, dass sein Sohn oder Vater ins Ausland gehen sollte, weil er in Lebensgefahr ist oder in einer schwierigen Situation. Das Sozialsystem an sich bleibt bestehen, weil das hat mit Religion zu tun. Das hat immer mit der Religion zu tun, dass man Leuten helfen sollte, Leute zu unterstützen und das Geld, das man investiert, wird nicht weniger, das wird vermehrt. Also wenn ein Scheich/Prinz Patienten schickt, diese Milliarde fehlt ihm nicht, er wird das irgendwie ersetzen. Das ist diese Gabe, man soll die Armen unterstützen. Wenn er die Armen nicht unterstützt, dann ist das ist Gefahr für sein Vermögen und dann verliert er sein Ansehen auch, dass er geizig ist und den Leuten nicht hilft. Die Leute haben immer im Kopf, ja, guter Lebenslauf, er hat jemanden was Gutes getan, er hat vielleicht 1.000 Familien monatlich unterstützt, mit Rente oder es gibt ein bestimmtes Konto auf der Bank für Patienten.

I: Wieviele Jahre gibt es den Medizintourismus in der Form schon?

264 E: Ich denke, seit 12 Jahren [2000], es hat sich etabliert, es wird immer größer, mit medizinischem
 265 Bedarf an Fachkenntnis und mit medizinischer Qualität. In Bayern ist dies bekannt, viel Infrastruktur
 266 wurde vor langem gemacht. Viele medizinische Firmen haben geöffnet, die auch die Leute unterstüt-
 267 zen mit medizinischen Meinungen, bei der Formalität ins Ausland zu gehen. Da sind sehr viele Ver-
 268 mittler, die jetzt auch in Bayern beschäftigt sind, die versuchen, durch Bekanntschaft und Public Rela-
 269 tions, Leute zu werben.

270

271 I: Aus Wien ist mir bekannt aus den 70ern, dass einige arabische Persönlichkeiten behandelt wurden?
 272 E: Es gab immer, aber selten. Wenn wir jetzt reden von 10% oder 4% vor 20 Jahren, wir reden jetzt
 273 von einer achtfachen Anzahl.

274

275 I: Wie wird sich das entwickeln?
 276 E: Es hat sich in 2001 die Anzahl verdoppelt, nach dem Problem in Amerika. Auch viele Büros in Eng-
 277 land geschlossen; London und Amerika irgendwie zusammen. Nach 2003, dem Irakkrieg, wollten
 278 auch die Leute weiter nach Westeuropa. Seitdem spielt dann diese Weitererzählung eine große Rolle.
 279 Ja, ich war in Deutschland, in Bayern, ich habe hier sehr profitiert, mein Patient hat sich gut entwi-
 280 ckelt, da sind nette Leute, da hilft jemand, da ist Herr/Frau Y. Mundpropaganda spielt eine große
 281 Rolle. Viele Ärzte im Golf empfehlen Deutschland als Ziel.

282

283 I: Spielt dabei das Internet eine Rolle?
 284 E: Ja, viele Kliniken/Konzerne haben die Internetseite in Arabisch übersetzt. Das hat auch etwas ge-
 285 bracht. Das hilft nur, um Mundpropaganda zu machen und einfach zu rekrutieren. Die Entscheidung
 286 liegt immer ganz oben, beim Minister, beim Scheich...
 287 Man kann immer Brücken bauen, Kontakt pflegen. Ich habe 2000 Nummern auf meinem Handy ge-
 288 speichert.

289 Ab und zu haben wir Kontakt per E-Mail und Anfragen über E-Mail kommen auch. Der Grund, dass
 290 Leute Ärzte empfehlen, das ist das Ziel.

291

292 I: Wie Sie schon sagten, die Welt ist klein, man kann überall hinfliegen...
 293 E: Man sieht auch in München. Wir haben am Tag drei Maschinen nur aus den Emiraten, 2 aus Dubai
 294 und eine aus Abu Dhabi. Aus Kuwait, aus Saudiarabien, Oman, Katar, Egyptair, Royal Jordanien etc.
 295 viele Gesellschaften, die nach München jeden Tag fliegen.

296 Gibt es Konkurrenz, wechseln die Leute, dieses Jahr sind die Leute in Deutschland, nächstes Jahr ge-
 297 hen sie nach Amerika, vielleicht nach Kanada, vielleicht nach Thailand. Aber Deutschland soll als Kon-
 298 kurrent bleiben. Das ist wichtig.

299

300 I: Eine Frage zur Visa Antragstellung: Wie lange dauert es, ein Visum zu bekommen?
 301 E: Es gibt jetzt das Emergency Visum, das dauert 48 Stunden. Normalerweise dauert es 14 Tage in der
 302 Deutschen Botschaft in den arabischen Ländern. Emergency Visa bekommt man, wenn Fall schwierig
 303 ist oder wenn Patient schon einen Flug gebucht hat bzw. Air Ambulance, das beschleunigt das ganze.

304

305 I: Wie ist das eigentlich mit der Bezahlung. In den Medien hört man, dass einige von den reichen Pa-
 306 tienten nicht bezahlen?
 307 E: Wie gesagt, mit dem Finanziellen habe ich nichts zu tun. Das übernehmen meistens die Gesund-
 308 heitsbüros, die sind Ansprechpartner hier. Hier in Bayern arbeiten wir mit Konsulat oder Botschaft.
 309 Das kann gut vorkommen, ab und zu wird zu spät bezahlt, aber dass nicht bezahlt wird, ist nicht. Aber
 310 sobald Kostengarantie vorliegt, dann ist es kein Problem.

311

312 I: Ich verstehe. Vielen Dank für das Interview.

313 E: Gerne, und gute Heimfahrt nach Tirol. Ich muss mich verabschieden, die Leute warten schon.

Interview 2 – Patientin

Zeit und Ort: Mittwoch, 21.03.2012, von 19:45 bis 20:20; im Rudolfinerhaus, Wien

1 I: Ahlan. Ana Katharina, nice to meet you.

2 C: Ahlan, [unverständliche Passage]

3 I: Oh now I have to switch to English. My Arabic is not that good.

4 C: Oh no, it's good. How did you learn?

5 I: I did some courses in university... But it's very difficult.

6 I: Ok, let's start now. It is pleasure to meet you and I say thanks to you for doing this interview with me. My questions are quite open, and I think, not too private. If you should have the feeling, that you don't want to respond to a certain question, please tell me.

9 C: Yes.

11 I: Are you here in Austria for the first time?

12 C: Yes, this is our first time.

13 I: How do you like it?

14 C: It's good, the people are very friendly. We already met a lot of nice people. And also the doctors were very nice. Today, we visited a doctor, here in [a private clinic]. He is a specialist in the field of orthopedics. And we already visited two other doctors in Vienna. Really, they are very friendly here.

18 I: Since when are you here in Vienna?

19 C: Since 10 days... we are here in Vienna. Before, we were in Germany and did some examinations, in three different private clinics. But here, the doctor made a good impression. He was very friendly and he explained everything very well. What is the situation before the operation, what could be the situation after the operation. Which scenarios are possible? He explained every detail. We had the impression that he is really a specialist in this field.

25 I: What illness exactly you would like to be treated?

26 C: My legs... They are deformed, because there was a chemical attack before I was born and because of this my legs, they didn't grow regularly. After I was born they did four operations, three were not good, they made mistakes... very bad, but one was good. After this, I was able to go and walk around a bit, but it was not possible to increase my health... There were no doctors who could do something for me. Those days, war times... it was difficult to go abroad, and going abroad for treatment was not possible at all. So, for me it was not possible to improve my health condition so far.

33 I: If I may ask you, how old are you now?

34 C: Now, I am 22 years old.

36 I: What do you expect from the treatment here? Which expectations do you have?

37 C: I expect a good operation, that it is successful. Good treatment, good work from the doctors and nurses. In my case, they said, it is a risk, when they do the operation, because it may not be successful to 100%. They cannot say for sure, that it will be successful, because the attack happened many years ago.]

41 A (unterbricht, auf Arabisch, Tochter übersetzt): May I ask you a question?

42 I: Of course. After my next question. Let's continue...

43 C: ...I suffer from this for more than 20 years. My body, the legs they suffer from the beginning and they grew according to these circumstances. It's not easy, after so many years, to bring it to a normal position. It didn't grow normally.

47 I: And why did you choose to go abroad for this treatment?

48 C: This operation will not be successful in our country. They made mistakes, I don't trust them. And they told me, that they cannot do anything for me any more. I should go to Europe or America, or India would also be an option. Currently there are some doctors from Europe coming to Iraq, and doing some operations like this. But the problem is, here in Europe you have better technical equipment, medicine, operation material, and the service is a lot better. In Europe it is better. You have everything you need. For example, for this operation, you need artificial bones... The material is

54 not the same as in Europe. And you get it very soon, that's not the same in Iraq. And, a very
55 important thing, I trust the people here, they did this several times... You are feeling better, and
56 because of this the result will be better... Because if you believe it will be better, it will be better. And
57 the healing will be quicker.

58 ... Those european doctors, they only stay for 2 weeks, but here I can stay for 3 months or more if
59 necessary. And in Iraq, there are let's say only 3 doctors who can do it, here in Europe I can choose
60 between 30 doctors. I can compare their opinions, can go to Germany inbetween, or to the
61 Netherlands, the thing is you can choose. And if you can choose, you feel better, and again it will be
62 more successful.

63

64 I (zur Mutter, Übersetzung der Tochter): So please, what is your question?

65 A: [auf Arabisch] How old are you?

66 I: I am 25.

67 A (auf Arabisch, Übersetzung der Tochter): Oh, you look so young....

68 I (zur Mutter): Yes, I know, I think it's good...

69

70 I: May I ask you my next question?

71 C: Yes.

72 I: You live in Iraq and you come here for treatment. So you are leaving your system?

73 C: Yes, I'm leaving Iraq, but what do you mean?]

74

75 A (auf Arabisch, Übersetzung der Tochter): Oh, you are beautiful.

76 I (zur Mutter): Thank you.

77 I: ...I wanted to say, that you are leaving your country and your health system, that means you are
78 carrying your money abroad and you are not investing in the system of your country?

79 C: Ok, I understand. But we don't have an insurance system in Iraq. Public hospitals are for free. So I
80 wouldn't pay money for it anyway. And I feel not really being part of the system. And, it wouldn't
81 make a difference if I would pay something for it. Because this is the duty of the state to pay for the
82 health system. And also a lot of big investors... They are developing and they are building hospitals...
83 But it's not enough. This image that we have a rich state, everything comes from the oil is still
84 existing: We don't need a tax system, we have enough money. Why should I pay for it? You know,
85 first, something in the political area has to change- Then, we can develop the medical sector, and
86 everything to a very high level, then we can afford a health system on a high level. But until now, it is
87 not possible. The politicians have no engagement.

88

89 I: Why did you choose to go to Austria?

90 C: Because he [Name des Vermittlers] is here, he gives us advice. Austria is good, my father and uncle
91 and some of my relatives were here for treatment, and they were successful.

92 I: And why did you choose this hospital?

93 C: Because they told me it is a good private hospital and also the service is very good. A friend of my
94 family, she is also studying medicine here in Vienna, she did an internship there and she knows the
95 people. She recommended it to us.

96

97 I: Are there other places that would come into consideration?

98 C: Yes... America would be the best thing, but it is too expensive. My doctors in Iraq they
99 recommended Europe or America and India. India is also good.

100

101 I: What about England or Asia or Jordan?

102 C: England is no option, Asia no. Jordan I would not go there, I don't like.

103

104 I: And how, on which basis, did you choose to travel abroad?

105 C: On which basis? I don't know. Maybe... because I'm studying medicine, I got an idea of it. And so I
106 got to know, what's possible... And my father and some relatives did it as well. Of course, it was only

107 possible, because my father helped me with the money, he coordinated everything, did a lot of
 108 phone calls, prepared the papers, and my mother she accompanies me, which gives me a good
 109 feeling, that is very important to me.]
 110
 111 I: Please let me interrupt you. That means, you are paying everything out of your pocket?
 112 C: Yes, we pay everything privately. Yes, it's a lot of money, but if you need the treatment, you do it...
 113 I don't understand, that here in Austria, they offer no discounts for students in this regard. In Iraq,
 114 they would pay attention to this, I would get the operation much more cheaper. But what should I
 115 do?
 116
 117 I: Let's get back to the previous question. So your father and your mother influenced you in your
 118 decision, who or what else?
 119 C: Also he [Name des Vermittlers] helped me, he did the translation, coordination of appointments,
 120 he accompanied us to the appointments with the doctors and he gives us advice and of course he
 121 helps us to find doctors and to give us advice for the next step. Also, we sleep in his apartment, it
 122 gives us a feeling of security, we know that he is with us.
 123
 124 I: How did your doctor in Iraq influence you in your decision?
 125 C: He said, he cannot do anything for me, I should go elsewhere. No, it was not very important.
 126
 127 I: And what about the Internet. Did it help you, how significant is its impact?
 128 C: Well, yes we looked at the Internet and it helped me to find the addresses, the contact details, for
 129 example the E-mail address. It helped us to get an overall overview of the hospital, equipment etc.
 130 But it was difficult to find out things, the really important things you don't find on the Internet. The
 131 Internet was useful only to a certain degree.
 132
 133 I: I understand, let's say basic information. What about internet forums?
 134 C: No, I didn't use them.
 135
 136 I: Which role does geographical distance play?
 137 C: It's not so important any more. You can go everywhere by plane. If you need treatment, you go
 138 everywhere, it doesn't matter. That's the thing... But it's true, Turkey or Jordania would be closer and
 139 it would be a similar culture, language, and it would be cheaper, but you cannot have that quality you
 140 get in Europe.
 141
 142 I: Did you have any problems with the language?
 143 C: No, not really. We had [Name des Vermittlers], he translated, so it was not a problem. And also
 144 our friend, she translated and I also speak English. I studied two years in Aserbaidshan at an English
 145 University. But otherwise, without anybody and if you are not able to speak English, yes, there would
 146 have been problems.
 147
 148 I: Okay, I see. How long will you stay here in Austria?
 149 C: We don't know yet, a few days. We want to go to Germany once more. We got to know two
 150 hospitals which are specialized in these cases. Our visa is valid for 3 months. So, we don't know yet
 151 when we fly back.
 152
 153 I: Regarding the visa issue. How long did you wait to get your visa?
 154 C: We waited four months. But in cases of emergency, you can get it faster. There are possibilites. It
 155 depends...
 156
 157 I: What will you do tomorrow?
 158 C (lacht): [unverständliche Passage] to McDonald's.
 159 I: Ah, to McDonald's. Why? You don't have a McDonald's in Iraq?

160 C: No, we don't have. It's really good!
161 I: Good? I don't like the food there. But anyway... And what else are you doing tomorrow?
162 C: We will go to see another doctor, here in Vienna. We want to know his opinion. And the doctor
163 today recommended us to go to a shop for orthopedics in Ottakring, they will make shoes that fit me.
164 With this shoes, my situation can be improved, without operation, but I would like to have the
165 operation. That's the aim.
166
167 I: For this, I wish you all the best!
168 C: Thank you.

Interviewbericht 3 - Vermittler

Zeit und Ort: Mittwoch, 28.03.2012, von 18:10 bis 18:50; in der Wohnung des Vermittlers

1 I: [Name des Vermittlers], Du machst das mit dem Vermitteln schon länger, wenn Du dich an den
2 Anfang zurück erinnerst, wie war das damals?

3 S: Schwer, aber eigentlich nicht so schwer, weil einige Freunde haben mir geholfen, die sind
4 Doktoren in Österreich. Sie haben mir gesagt, welche Unterlagen man braucht. Kurdische Doktoren
5 und auch Krankenhäuser haben mir geholfen. Ich muss das und das bringen. Sie waren sehr
6 sympathisch, aber es ist nicht so einfach, weil es ist nicht wie „holiday“.

8 I: Wann hast Du angefangen damit?

9 S: Im September 2004. Da bin ich nach Österreich gekommen.

11 I: Welche Patienten vermittelst Du?

12 S: Damals Patienten aus der Familienumgebung, weil man sich untereinander vertraut. Wenn ich
13 sage, dieser Doktor ist gut, vertrauen sie mir. Sie vertrauen mir, dass sie keine Probleme hier
14 bekommen. Jetzt kommen einige auch über humanitäre Programme. Es läuft über bestimmte
15 Organisationen, zB.: NGOs (Kurdistan Save the Children Fund). Ich habe das mitentwickelt, seit 2007.
16 In dieser Woche sind 16 Kinder gekommen, meistens mit Herzkrankheiten, Loch im Herz, schwache
17 Herzbewegungen, Erkrankungen von Geburt an. Dieses Programm wird finanziert von der Regierung
18 Kurdistans.

20 I: Und wieviel zahlt Österreich?

21 S: Österreichische Doktoren arbeiten freiwillig, es ist eine Kooperation. Sie können das Material
22 benutzen, es ist sowieso vorhanden, und es wird nichts verlangt. Eine Operation kostet
23 durchschnittlich 10.000-15.000 Euro.

25 I: Wie alt sind die Patienten?

26 Das sind Kinder von 1 Jahr bis 18 Jahren. Sie sind direkt von Schäden im Organismus betroffen. Im
27 ersten Fall sind es Erkrankungen aufgrund des Alters und des Krieges. Sie haben Stress, d.h. indirekte
28 Auswirkungen vom Krieg; sie brauchen oft Bypass-Operationen.

30 I: Wo werden diese Kinder behandelt?

31 Gerade werden sie nach Linz gebracht, weil die vermittelnde Person zurzeit in Linz ist. Nach Wien
32 kamen sie bis 2008.

34 I: Wenn Sie an den typisch arabischen Patienten denken, wie würden Sie ihn mir beschreiben?

35 S: Das hängt von der Kooperation und Art der Operation ab. Aber man kann sagen... Sie bleiben
36 mindestens 20-25 Tage hier. Sie schlafen im Hotel, Pension, oder bei Bekannten. Meistens ist die
37 Mutter, die Frau, der Sohn oder der Bruder dabei. Letzte Woche waren 10 Personen in Österreich,
38 das wird alles von der Regierung oder von der politischen Partei bezahlt. Sie mieten ein Hotel... es
39 sind reiche Leute. Sie kommen für Blutuntersuchung, eigentlich kommen sie für Urlaub.

41 I: Welche Erwartungen haben die Patienten, die nach Österreich kommen?

42 S: Österreich hat einen guten Ruf, es ist eine gute Sache hier. Österreich ist nicht bestes Land, aber
43 eines der guten Länder. Amerika, England, Schweiz, Deutschland sind besser; es ist ein großer
44 Unterschied zwischen Amerika und Europa.

46 I: Was erhoffen sich die Patienten?

47 Sie haben die Hoffnung auf Verbesserung, Heilung, positive Erwartungen... guten Service.

49 I: Warum fahren Patienten ins Ausland und verlassen ihr Herkunftsland?

50 S: Sie erwarten bessere Behandlung, das Gesundheitssystem dort ist nicht genug. Gesundheit hängt
51 von Netzwerk ab. Man braucht unterschiedliche Doktoren für unterschiedliche Bereiche, dort gibt es
52 nicht alles auf einmal. Die Doktoren sind zum Beispiel gut, aber die Krankenschwestern sind nicht so
53 gut. Das Management in Europa ist besser. In Europa ist alles ein Konzept... ZB.: bei Weiterbildung:

Assistenten können nicht einfach ins Ausland fahren, Europäer kommen 2x, Iraker nur 1x oder zum Beispiel Techniker fehlt – d.h. Team ist nicht vollständig. Manchmal gehen Operationen gut, aber das ist nicht der Standard. Das hat viel mit Erfahrung zu tun, bestimmte Operationen wurden noch nicht so oft durchgeführt. Deshalb haben die Menschen auch kein Vertrauen. Man glaubt nicht daran, dass es gut gehen kann... Wenn man Geld hat, warum soll man nicht in anderes Land gehen. Es ist wie Urlaub, wo kann es noch schöner sein? Es ist eine Zeitfrage und eine Frage der Bekannten. Wenn man keine Bekannten hat, fühlt man sich wie ein Fremder. Kein Vertrauen...

I: Ein Individuum ist Teil eines Nationalstaates. Und es hat bestimmte Rechte, aber auch Pflichten. Wenn ein Individuum dann ein fremdes Gesundheitssystem benutzt, dann zahlt es für das fremde und nicht das eigene.

S: In Europa bezahlt man Versicherung. Die Leistung ist nicht so viel wert, weil der Staat bezahlt. Wenn man privat bezahlt, bekommt der Doktor gutes Image über dich. Gesundheit ist nicht wie normales Konsumgut. Wenn ich weniger bezahle, weniger gutes Image. Doktoren haben Standardqualität in Europa, nicht so wie in Amerika. Um 1990 war im Irak auch sehr guter Standard, dann bis 2003 niedrig, weil es weniger Einkommen gab. Das Versicherungssystem hat Vorteile für die Menschen. Man kann jederzeit zum Doktor gehen, d.h. man hat immer eine Chance für Behandlung. Doktoren verdienen gut, sie haben immer ein gutes Einkommen. Wenn es kein Versicherungssystem gibt, dann gehen nur sehr kranke Menschen zum Doktor. Gesundheit ist teuer, aber wenn es Patient direkt bezahlt, dann kann Doktor nicht immer so viel verlangen. Der Irak hat kein Steuersystem, es gibt sehr wenige Steuern. Der Staat zahlt alles selber von Öleinkommen. In staatlichen Krankenhäusern gibt es eine Gratisbehandlung und es gibt auch viele private Krankenhäuser. Aber die Versorgung in staatlichen Krankenhäusern ist auch gut.

I: In den Medien hört man manchmal, dass Medizintouristen in einigen Fällen nicht zahlen...

S: Nein, sie bezahlen in Österreich manchmal das Doppelte wie normaler Österreicher. Manchmal kennen sie die Sprache nicht so gut. Und es gehört auch zur orientalischen Mentalität: Wenn ich eine Person mag, dann zahl ich mehr, statt 1000 Euro auch 10000 Euro. Der Doktor soll das haben, er ist mir sympathisch.

I: Warum kommen die Patienten gerade hier her?

Weil, das Land ist bekannt aufgrund der Geschichte/Vergangenheit; zB.: gibt es dort einen guten Facharzt, der bekannt ist für spezielle Operationen. Oder ein Krankenhaus ist bekannt für eine spezifische Behandlung. Österreich ist bekannt für gute Operationen, gute Qualität. Das ist der wichtigste Grund, weil deshalb kommt man ja in dieses Land. Und irakische Ärzte wissen oft nicht, wer wie gut ist, deshalb gibt es Kooperationen, über Einzelpersonen, Organisationen, Firmen, auch auf diplomatischem Niveau – zB.: Botschaft. Das hat viel mit Politik, mit Strategie zu tun. Es gibt ein bestimmtes Kontingent, d.h. so und so viele dürfen da hin fahren und so und so viele dort hin. Das ist von der Regierung vorgegeben, das hat mit politischen Beziehungen zu tun.

I: Wie wird die Entscheidung getroffen?

S: Meistens läuft es über Bekannte, Botschaft, Partei, NGOs, Doktor, Netzwerk, Freunde. Die Entscheidung hängt von Person und Operation ab; manche fragen viel, andere weniger.

I: Welche Rolle spielen dabei Faktoren wie das Internet oder der Kulturraum?

S: Das Internet ist nicht wichtig, es spielt eine kleine Rolle. Man vertraut dem Internet nicht, nicht wie einem Bekannten. Der Kulturraum bzw. Distanz spielen auch wenig Rolle.

I: Was ist nun deine Aufgabe, wie läuft die Vermittlung konkret ab?

S: Man muss zuerst schauen, ob es möglich ist, in Österreich zu operieren. Dann muss man VISA beantragen, dauert ein paar Tage bis paar Monate. Man muss eine Wohnung organisieren und schauen, ob die Patienten Geld für Reise haben. Manchmal habe ich auch das Ticket organisiert, 2004 habe ich es direkt hier in Österreich gekauft, jetzt kann man es auch dort kaufen. Oder man hat

das Ticket in der Türkei oder Syrien gekauft, wenn es im Irak nicht möglich war. Die Unterlagen (Patientenbefunde) bringe ich zum Doktor, die Unterlagen aus dem Irak, dann kommt Patient und ich gehe mit ihm zum Doktor im Krankenhaus zum Termin.

I: Und abseits der konkreten Behandlung?

Es gibt auch außerhalb eine Betreuung. Ich zeige ihm die Stadt, Prater, Kahlenberg, das hängt vom Patienten ab, und auch von den finanziellen Mitteln. Wenn er arm ist, kommt er durch Organisation, da mache ich nur die wichtige Organisation. Sonst, wenn Bekannte kommen, mache ich alles.

I: Hat sich in den letzten Jahren etwas geändert? zB.: zu 1970/1980

S: Ja, damals, sie sind gekommen, aber selten. Damals war ein anderer Lebensstandard, der Irak war auch gut, die medizinische Versorgung war sehr gut, vergleichbar fast mit Europa. Weil, der Krieg hat viele Verletzte gefordert und die Ärzte mussten viel praktische Arbeit leisten und viele Operationen durchführen. Der Staat unterstützte den medizinischen Bereich sehr stark. Ja, es gab einzelne Kooperation zwischen Irak und europäische Länder, d.h. Austausch. Aber sonst sind nur wenige gereist, deshalb sind auch nach Österreich wenige gekommen. Es gibt aber verschiedene Perioden im Irak, das war 1980-1990.

Zwischen 1990-2000, da hat sich die politische Situation geändert. Es gab das Embargo, wirtschaftlich und politisch und auch der finanzielle Bereich hat sich zu 100% geändert, zB.: 1 irakischer Dinar im Vergleich mit Dollar 1 : 3,5 USD (vorher), aber jetzt 1000 Dinar : 1 USD. D.h. das Volk kann nur mehr wenig für Gesundheit ausgeben, kann sich weniger leisten; auch Staat hat weniger Geld für diesen Bereich. Die staatlichen Krankenhäuser hatten keine guten Medikamente, die Gebäude waren alt. Die Ausreise war fast unmöglich und die medizinische Versorgung war schlecht, wegen schwacher Wirtschaft/Politik. Von bestimmten ausländischen Organisationen wurde medizinische Hilfe gewährt zB.: Save The Children Fund, KRA, KRO, KLM (es kamen Ärzte aus dem Ausland).

Ab 1996 gab es Entscheidung von UN Sicherheitsrat 988, „Oil for Food“ Programm. Bestimmte Firmen bekommen irakisches Öl, von diesem Öl bekommt Irak Geld für Nahrungsmittel und Gesundheit, Schulen werden renoviert. Es werden wichtige Projekte umgesetzt, es wird nicht so viel neu gebaut, sondern mehr renoviert; das heißt das System verbessert. Auch die medizinische Versorgung verbessert sich bis 2002.

I: Interessant, diese Zusammenhänge. Heute gibt es ja wesentlich mehr Flugverbindungen und die Tickets sind relativ günstig?

S: Ja, aber das spielt eher keine Rolle. Die Patienten warten ohne weiteres ein paar Tage. Sie warten bis nächste Woche, kein Problem. Es muss nicht jeden Tag ein Flugzeug gehen.

I: Wie siehst Du die Zukunft des Medizintourismus?

S: Es gibt 2 Varianten: Erstens, es kommen mehr Personen, weil sich die Wirtschaft in den Entwicklungsländern verbessert. Die Menschen haben mehr Geld und konzentrieren sich auf Gesundheit; sie haben ein höheres Gesundheitsbewusstsein. Der Standard wird höher, zB.: in Österreich gab es vorher weniger fremde Speisen, aber heute gibt es viele, und viele Österreicher essen auch gerne fremde Speisen, und haben damit auch eigene Speisen verbessert, sie geben Geld aus für China Restaurant.... D.h. Menschen überall, wollen - mit Entwicklung des Lebensstandards - viele Bereiche probieren und das Verhalten der Menschen will Veränderung und darum hat sich der Lebensstandard so entwickelt. Man will für sein Leben mehr Geld ausgeben, so hat sich überall in der Welt dieser Medizintourismus entwickelt. Gesundheit ist überall wichtiger geworden, die Menschen haben ein Bewusstsein entwickelt. Ins Ausland zu fahren, hat auch ein besonderes Image, d.h. man hat einen guten Stand, man ist nicht unbedingt die Elite, aber man kann es sich leisten, es ist ein bisschen wie Urlaub.

Zweitens, es kommen weniger Menschen nach Europa, weil sich das Gesundheitssystem verbessert. Die Qualität des Medizintourismus ändert sich zu einem höheren Niveau, d.h. nicht jeder kommt nach Europa, sondern die, die nach einer sehr guten Behandlung suchen oder/und die diese Qualitätsbehandlung brauchen. Das bedeutet, es kann immer einen Unterschied zwischen

Entwicklungsländern und Industrieländern geben, weil wenn man eine Operation entwickelt, kann man nicht alle Bereiche so wie diesen Bereich entwickeln zB.: in Amerika sind sie im Nervensystem besser als in Europa, und Europa ist auch besser in vielen anderen Bereichen als Entwicklungsländer. Sie können nicht die gleichen Operationen für heikle Krankheiten machen, zB.: im Irak sind sie früher wie heute für viele Bereiche nach Europa gekommen, auch Herzuntersuchungen, aber heute gibt es einige dieser Untersuchungen schon im Irak, aber trotzdem kommen mehr als früher, weil die Patienten haben einen besseren Lebensstandard, können sich das leisten, und zb.: hat man früher nicht gewusst, was alles möglich ist. Heute gibt es eine bessere Information durch Fernsehen, Internet, andere Leute; früher hat dies niemand gewusst. Auch die Krankheiten werden mehr und auch die Menschen. Weil, die Ernährungsgewohnheiten ändern sich, es gibt mehr Süßigkeiten, mehr Fett... Und auch haben die Menschen weniger tägliche Bewegung. Sie fahren viel mit dem Auto, die Infrastruktur hat sich entwickelt, auch die Technologie, d.h. man braucht weniger physiologische Kraft, zB.: Hat man früher pro Haus 1 Auto gehabt, heute pro Haus 3 Autos... Weiters spielt auch die wirtschaftliche Kooperation eine Rolle. Es gibt zwischen den Ländern Wirtschaftskooperationen, und d.h. diese bauen eine Beziehung zwischen den Ländern und die Reise wird einfach. Wenn die Länder keine gute Beziehung haben, ist die Reise zwischen den Ländern schwer. Aber wenn die Länder Wirtschaftskooperation haben, dann findet man auch eine gute Kooperation in vielen Bereichen, auch in Gesundheit. ZB.: konnten im Irak vorher 1990 bis 2000 die Leute wegen des Embargos nicht gut verreisen, aber heute wegen Entwicklung ist es einfach. Darum spielt Wirtschaft wichtige Rolle und mit der globalen Entwicklungspolitik entwickelt sich diese Wirtschaftskooperation besser und besser und das bedeutet, jeder ist abhängig von einem anderen. Solche Kooperationen, auch im Gesundheitsbereich, sind immer beeinflusst von der wirtschaftlichen Zusammenarbeit. Und auch politischen Zusammenarbeit, weil es viel mit Politik/Regierung zu tun hat, wieviele ins Ausland geschickt werden, wer wohin gesendet wird, welches Kontingent es gibt. Zurzeit zB.: ist die Opposition ziemlich stark und deshalb ist es nicht so einfach.

I: Hat es in Deiner Tätigkeit als Vermittler Probleme gegeben?

S: Bei Visa gab es manchmal Probleme. Im Irak, es gibt keine österreichische Botschaft dort, man muss ins Nachbarland fahren, um Antrag zu stellen. Manchmal hat dies länger gedauert.

I: Gibt es Probleme mit der Sprache?

S: Nein, das ist eigentlich kein Problem. Sie sprechen manchmal kein Englisch, aber ich übersetze. Das geht gut.

I: Ich verstehe. So, ich glaube, ich habe keine weiteren Fragen mehr. Vielen Dank für das Interview.

S: Bitteschön.

Interview 4 – Arzt

Zeit und Ort: Montag, 18. Juni 2012, von 14:45 bis 15:35; in der Praxis des Arztes

1 I: Vielen Dank, dass Sie sich zwischen Ihren Ordinationszeiten Zeit für mich, für das Interview,
2 genommen haben.

3 R: Bitte [beginnen Sie...]

5 I: Wenn Sie an den Anfang Ihrer Tätigkeit hier in Österreich zurück denken, wie war das für Sie? Die
6 Begegnung mit Ihren ersten Patienten?

7 R: Wie gesagt, ich habe in Innsbruck angefangen, als junger Arzt. Es war eine neue Lebensphase für
8 mich. Ich war Medizinstudent und kannte nur Theorie, aber nicht die Praxis. Die Praxis an die
9 Menschen anzuwenden, das war große Aufgabe für mich. 100% übertragen auf alle Menschen geht
10 sowie nicht, Individuen sind verschieden, da muss man immer anders handeln...

11 Ja, ich war erstmals an Neurologischen Abteilung, es waren viele auf Komastation. Es gibt dort nur
12 Infusionen und Medikamente, aber man kann nicht reden mit Menschen. Dann habe ich gewechselt,
13 die Patienten waren nicht mehr bettlägrig. Man konnte reden mit ihnen, klinische Untersuchungen
14 machen. Einfach, sie erzählten ihre Krankengeschichte, das erleichtert die Behandlung. Auch habe ich
15 diese Kultur. Ich bin mit vielen anderen aufgewachsen, ich habe gelernt, wie man sozial miteinander
16 umgeht, ich habe im Umgang mit Menschen nie Probleme gehabt, bis heute. Das kommt von
17 Kindheit.

19 I: Ihre erste Station war also Innsbruck. Wo haben Sie Ihr Studium abgeschlossen?

20 R: Mein Studium abgeschlossen habe ich in Wien. 1. Station war Innsbruck, 2. Station Berlin. Das war
21 auch eine Umstellung, es war anders. Auch als ich von Wien nach Innsbruck habe ich mir gedacht,
22 das ist eine andere Welt, anderer Akzent, „Pfiati daweil“, das war ungewohnt. Aber da war noch ein
23 Arzt aus Oberösterreich, der hatte einen ähnlichen Dialekt...

25 I: Gibt es ein bestimmtes Ereignis von damals, das Ihnen besonders in Erinnerung geblieben ist?

26 R: Ereignis? Es gab nicht wirklich Ereignisse, Medizin ist nicht so spannend (lacht kurz).

27 I: Ich meinte nur, vielleicht denken Sie heute noch manchmal an irgendetwas gern zurück.

28 R: Nur, ein Professor er hat sich bei mir vorgestellt, ich möchte das hier nicht sagen, aber er hatte
29 einen sehr lustigen Namen. Ich kann mich heute noch an den Namen erinnern.

31 I: Welche Patienten kommen zu Ihnen?

32 R: Allerlei... Österreicher, aus der Türkei, Jugoslawien, Deutschland, Frankreich, Holland, Kurden,
33 Perser, Araber und auch einzelne aus Afrika. Also von überall.

35 I: Interessant, und die leben alle in Österreich?

36 R: Ja, die meisten schon. Nur manche, die kommen hierher für Operation. Ich mache für die
37 Beratung. Aber nicht dass Sie glauben, damit verdiene ich nichts.

39 I: Sie machen also neben der Untersuchung auch eine Art Vermittlung?

40 R: Ja, das kann man so sagen. Ich versuche zu helfen. Es sind meistens Bekannte, Freunde von mir.
41 Das mache ich aus humanitären Gründen und aus freundschaftlichen. Die 5 Milliarden Kurden, fast
42 jeder kennt jeden, durch Revolution, so ähnlich wie Andreas Hofer. Zumindest kennt man sich
43 indirekt, über einen Verwandten oder Freund. Die sagen dann, kennst du nicht einen kurdischen Arzt
44 in Wien. Ja natürlich, und dann kommen sie zu mir. Und wir schauen, was ich machen kann.

46 I: Und wohin vermitteln Sie diese Patienten?

47 R: An Privatkliniken, Confraternität im 8. Bezirk, Goldenes Kreuz und auch Gemeindespitäler, oder an
48 Fachärzte, das ist je nach Erkrankung. Es sind alles private Operationen.

50 I: Mit welchen Diagnosen kommen diese Menschen hierher?

51 R: Krebs, Herz... Österreich ist nicht so weit, und es gibt hier die passenden Medikamente. Und auch
52 Hauterkrankungen, die dort nicht behandelt werden können. Ja, innere Erkrankungen vor allem...

54 I: Müssten Sie den typisch orientalischen Medizintouristen beschreiben, wie würden Sie ihn
55 skizzieren?

56 R: Reich, ja sonst kann er sich das nicht leisten, Flug, Hotel, essen, Behandlung und Operation. Eine
57 Nacht in Privatspital kostet ca. € 1.000, nur übernachten, ohne Behandlung, Medikamente... Das
58 muss man sich vorstellen...

59 Bei reichen Leuten, da geht das auch leichter mit dem Visum, bei Armen ist es schwierig.

60

61 I: Wieso genau?

62 R: Die bezahlen das, sie erleichtern den Prozess. Und mit dem Visum ist es generell nicht einfach,
63 weil es gibt keinen Konsul im Kurdengebiet. Sie müssen warten, aber besonders heimtückische
64 Erkrankungen brauchen Kontrollen.

65

66 I: Wie lange bleiben diese Patienten in Österreich?

67 R: Ich kenne einen Fall, sie ist 4, 5 Monate hier geblieben. Und danach immer zur Kontrolle her
68 gekommen.

69 I: Sie müssen also zur Nachbehandlung auch hierher kommen.

70 R: Ja, dies ist dort nicht möglich. Die Geräte gibt es schon, aber die Fachkraft nicht. Die Leute sagen,
71 ich gehe ins Ausland, ich verlasse mich nicht auf dich. Ja, ich glaube das ist alles eine Geldmacherei.

72

73 I: Welche Erwartungen haben die Patienten?

74 R: Erwartungen...dass Beschwerden gelindert werden. Sie haben einen Schock, sie kriegen Schreck
75 mit ihrer Diagnose. Und hier, hier wird sie verifiziert. Hier wird eine richtige Diagnose gestellt, eine
76 Behandlung. Die Befunde, die ich manchmal bekomme, sind schrecklich. Sehr schlecht, ungenau. Hier
77 muss noch einmal untersucht werden.

78

79 I: Gibt es spezielle Erwartungen an das betreuende Personal, den Service?

80 R: Zuerst, die Sprache ist ein Problem. Viele können die Sprache nicht. Sie sind angewiesen auf
81 Dolmetscher. Sie können höchstens Englisch. Meistens haben sie jemandem mit. Wenn Begleitung
82 Mediziner ist, dann ist es gut, dann ist zweimal geholfen. Weil der Fachmann und der Mediziner, das
83 gibt einen Knüpfungspunkt, die können sich gegenseitig austauschen und das geht alles leichter und
84 auch schneller...

85 Im Grunde sind sie aber an die Menschen hier angewiesen.

86

87 I: Manchmal hört man in den Medien, dass arabische Medizintouristen nicht bezahlt hätten?

88 R: Nein, das ist mir nicht bekannt. Die bezahlen alles selber. Wenn notwendig, hilft die ganze
89 Verwandtschaft mit, um das zu ermöglichen. Eventuell gibt es auch von Regierung Unterstützung,
90 das weiß ich nicht genau.

91

92 I: Es ist also auch für Österreich ein gutes Geschäft.

93 R: Ja, richtig. Seit 1999 bis jetzt, da sind Millionen nach Österreich geflossen. Hotels, Taxi, alles.

94

95 I: Warum (aus welchen Gründen) fahren Patienten ins Ausland?

96 R: Wie ich davor schon kurz gesagt habe, der Hauptgrund ist sicher, dass die Operation/Behandlung
97 nicht möglich ist im eigenen Land. Und natürlich, was dazu kommt, etwas reisen, Tourismus. Sie
98 gehen gerne in ein schönes Land im Sommer. Und Österreich ist ein schönes Land. Das bringt auch
99 ein gutes Image für Österreich. Sie erzählen es zuhause weiter, dass es sehr schön war und
100 Behandlung war auch gut.

101

102 I: In Europa bzw. in Österreich gibt es ja ein Versicherungssystem. Individuen zahlen Steuern und
103 Beiträge und dafür können sie dann bestimmte Leistungen in Anspruch nehmen. Eine gewisse
104 Gegenseitigkeit. Im Irak bspw. gibt es kein derartiges Versicherungssystem, die
105 Gesundheitsversorgung ist gratis. Wäre es nicht vernünftig, die Gesundheitsversorgung im

106 Heimatland auszubauen und dort zu investieren? Mit der Ausbildung von Fachkräften... Gibt es
107 Bestrebungen in diesem Bereich?

108 R: Ja, es gibt Bestrebungen, nämlich im Bereich der Privatspitäler. Man will Privatfachkräfte holen,
109 pensionierte Professoren aus Europa zum Beispiel sollen dort hingehen. Vielleicht gibt es auch einen
110 Austausch von jungen Mediziner in Zukunft? Es gibt bereits Austausch mit Frankreich, Deutschland,
111 England. Natürlich kommen da nur die ganz guten, mit einem Stipendium.

112 I: Ich verstehe. Und was ist mit den eigenen Leuten...

113 R: Ja, um die eigenen Leute auszubilden, muss man Fachkräfte dorthin bringen, die dann ausbilden.
114 Aber junge Ärzte aus dem Irak gehen lieber ins Ausland. Das ist auch eine Folge vom Krieg, ein
115 allgemein irakisches Problem.

116 I: Und wie sieht es mit den Krankenschwestern aus?

117 R: Krankenschwestern, ich glaube, da sind auch zu wenig. So was ich von den Patienten
118 mitbekomme, die hierher kommen. Ja, ich glaube sicher, dass dort ein Mangel ist.

119

120 I: Warum kommen die Patienten ausgerechnet hier her nach Österreich?

121 R: Österreich hat einen guten Ruf. Auch die kurdischen Führer wurden in Österreich behandelt. Und
122 wenn die hier behandelt worden sind, dann muss es stimmen. Sie sind gut behandelt worden, darauf
123 vertraut man. Sie kehren zurück und machen gute Reklame für Österreich.

124 Die Gesundheitsversorgung dort ist nicht gut. Es gibt Privatspitäler, aber die sind nicht gut. Also ich
125 werde nicht dorthin gehen, wenn ich krank bin. Allgemein, gibt es keine gute Versorgung. Viele
126 Christen sind hier, die wurden vertrieben aus Bagdad. Doktoren zahlen keine Steuern, sie haben viele
127 Privilegien, sie werden wie „Götter in Weiß“, so sagt man, gesehen. Sie sind heilig für die Menschen.
128 Sogar wenn jemand stirbt, sagen die Menschen, ja, es war nicht sein Fehler. Er hat alles gemacht.
129 Auch wenn zum Beispiel ein Kunstfehler nachzuweisen ist. Das ist alles mit Öl finanziert...

130

131 I: Und welchen Stellenwert hat die USA?

132 R: Die USA ist zuerst weit weg. Die Kurden mögen die USA, politisch nicht dagegen. Die USA hat einen
133 guten Ruf. Studenten, Professoren, alle lieben USA.

134 I: Auch asiatische Länder beteiligen sich immer mehr am Markt für Medizintouristen...

135 R: Ja, das kann sein. Südkorea helfen den Kurden viel, mit medizinischen Geräten, Spitäler, vieles
136 „Made in Korea“. Und auch medizinische Delegationen gehen nach Südkorea.

137

138 I: Und die Patienten?

139 R: Nein, das weiß ich nicht. Ich glaube, das sind nicht viele. Die Sprache und die Mentalität ist eine
140 Barriere. Sie sind zu fremd, mit der Religion. Man ist näher zu einem Jesus als zu Buddha. Prophet
141 Mohammed, ich meine, das ist sozusagen der gleiche Ursprung. Diese Kultur ist leichter zu verste-
142 hen. Das andere ist zu fremd, glaube ich. Aber ganz klar, die Handelsbeziehungen sind gut, und auch
143 viele Filme gibt es aus Asien. Sehr beliebt, wie heißt diese neue Seifenoper?

144

145 I: Wir kommen jetzt zum letzten Fragenblock...

146 R: Dann hoffe ich, ich habe die Prüfung bestanden?

147 I: Es geht nun um den Prozess der Entscheidungsfindung. Wer oder wie wird entschieden, ob ins Aus-
148 land gefahren wird?

149 R: Wer entscheidet... Zuerst der Arzt, er stellt Diagnose und sagt, hier im Irak ist keine Behandlung
150 mehr möglich. Kümmern Sie sich selber um sich. Es gibt so bestimmte Programme von der Regierung.
151 Und jetzt auch eine Kommission, die kümmert sich um Kriegsgeschädigte durch Halabja. Sie werden
152 ins Ausland geschickt zur Behandlung. Meistens gehen sie nach Italien. Ein Abkommen...

153 I: Und die Familie?

154 R: Ja natürlich, die Familie spielt eine große Rolle. Die familiäre Bindung ist sehr stark. Sie sagen, wir
155 machen alles was möglich ist. Alle helfen zusammen, Bruder, Schwester, Onkel, Tanten... alle. Man
156 will den wieder gesund sehen. Das ist wichtig. Es ist ein sehr konservatives Familienbild.

157

158 I: Welche Rolle spielt das Internet?

159 R: Ja sicher, bei den jungen Menschen immer.

160 I: Ich meine, informieren sich diese Patienten im Internet über mögliche Kliniken, Ärzte...

161 R: Nein, das spielt eigentlich keine Rolle. Sie schauen schon, aber das geht alles über persönliche

162 Kontakte.

163

164 I: Wer übernimmt sozusagen die Vermittlerrolle in diesem Prozess der Entscheidungsfindung?

165 R: Meistens Bekannte. Sie sagen zu ihm, das ist mein Problem. Kennst Du einen Arzt, wo soll ich

166 hingehen? Und meistens kennt der jemanden. Und dann wird er weiter verwiesen. Aber das Problem

167 ist, wie gesagt, oft ist es schwierig, für den Arzt, weil die Befunde nicht gut sind.

168

169 I: Ihrer Meinung nach, hat sich in den letzten, sagen wir 40 Jahren, in diesem Bereich etwas

170 geändert?

171 R: Ja, es ist sicher mehr geworden. Es wurde ein Vertrauen gebildet zwischen den Systemen. Und es

172 wurde viel Reklame gemacht, wenn man gesund ist, gesund zurück kommt, fahren andere auch

173 dorthin. Sie fahren lieber nach Europa. Da gibt es das Vertrauen. Manche gehen auch in die Türkei,

174 aber lieber nach Europa.

175

176 I: Nun zu meiner letzten Frage: Wie sehen Sie die Zukunft des Medizintourismus aus orientalischen

177 Ländern?

178 R: Ich glaube, dass es eine Agentur gibt, die vermittelt und das irgendwie regelt. Und vielleicht gibt es

179 auch einen österreichischen Konsul dort, der bekannt macht, was möglich ist, in Österreich, wozu das

180 System fähig ist. Einer, der das unter die Menschen bringt...

181 Es gibt eine kurdische Vertretung, ein Büro bereits in Österreich. Das ist besonders für Wohlhabende,

182 wird von Parteien unterstützt. Der macht das nebenbei... Und vielleicht arbeiten mehr Mediziner

183 dort. Doktoren können viel verdienen. Wenn man ein wenig Humanismus hat, dann kann man dort

184 gut arbeiten, und gut Geld verdienen.

185

186 I: Dadurch könnte sich das Gesundheitssystem dort verbessern. Glauben Sie, dass dann weniger

187 Patienten ins Ausland fahren?

188 R: Nein, die Wohlhabenden haben diesen Medizintourismus. Für die Armen wäre es leichter, wenn es

189 dort Versorgung gäbe. Dann hätten sie eine gute Operation. Sie brauchen nur die Operation

190 bezahlen, sie brauchen keinen Flug, kein Hotel, und können das ganze Geld dort investieren.

191

192 I: Gut soweit. Eine allerletzte Frage noch: Hat es Ihrem Wissen nach irgendwo Probleme gegeben?

193 R: Bei der Visabeantragung. Man muss nämlich vorweisen, dass Krankheit in Österreich behandelt

194 werden kann. Da muss man zuerst eine Bestätigung haben. Das ist manchmal schwierig, das zu

195 bekommen.

196

197 I: Ich verstehe. Herr [Name des Arztes], vielen Dank, dass Sie sich so spontan Zeit genommen haben

198 für das Interview.

199 R: Gerne, Prüfung bestanden (scherzhaft)?

200 I: Ja, mit einem Einser, einem römischen Einser (lacht).

201 R: Jetzt hätte ich da auch noch eine Bitte. Wir suchen eine Ordinationshilfe, kennen Sie jemanden aus

202 Ihrem Studium oder sonst.

203 I: Ja, da muss ich nachfragen. Wie oft wäre das?

204 R: 3x die Woche, je nachdem.

205 I: Ja, ich werde mich umhören. Ist halt etwas schwierig, weil jetzt sind dann Ferien...

206 R: Ich verstehe. Hier, meine Telefonnummer und die von der Praxis hier.

207 I: Dankeschön, ich rufe Sie an.

208 I: Danke.

10.2 Exemplarischer Interviewleitfaden

(Beispiel Interview 1; bei restlichen Interviews teilweise leicht verändert z.B.: Einstiegsfrage)

Einführung

- Wenn Sie an Ihren ersten Arbeitstag hier in der Klinik zurück denken, wie würden Sie ihn beschreiben?
- Was sind Ihre Aufgaben hier als Service Manager für arabische PatientInnen?

Kernfragen

PatientInnen: Welche PatientInnen kommen zu Ihnen? (aus welchen Ländern, mit welchen Diagnosen, welche Schicht, welches Alter etc.)

Wenn Sie den typisch arabischen MedizintouristInnen skizzieren müssten, wie würden Sie ihn mir beschreiben? (Alter, Eigenschaften, Verweildauer, Häufigkeit der Besuche, Begleitpersonen?, Einstellung gegenüber Ernährungsgewohnheiten, Bewegung/Sport, Vorsorge, Gesundheitsbewusstsein etc.)

Welche Erwartungen haben die PatientInnen (in Bezug auf die konkrete Behandlung, die betreuenden Personen, Betreuung im Allgemeinen)?

Ort: Warum (aus welchen Gründen) fahren PatientInnen ins Ausland und verlassen ihr Herkunftsland? (eigenes Gesundheitssystem nicht zufriedenstellend, Wartelisten...)

Sie verlassen damit auch ihr eigenes nationales Gesundheitssystem und nehmen teil an einem „fremden“ Gesundheitssystem (Rechte und Pflichten des Individuums gegenüber dem Nationalstaat). Ihrer Einschätzung nach, ist dies den MedizintouristInnen bewusst? Wie stehen Sie selbst dazu?

Warum kommen die PatientInnen ausgerechnet hier her (in dieses Land, in diese Klinik)?

(Qualität, Preis, Serviceleistungen, Sicherheit, Reputation etc.)

Entscheidung: Wie läuft der Prozess rund um die Entscheidungsfindung (ob zur Behandlung ins Ausland gefahren wird und wenn ja, wohin) ab? (kontinuierliche Abwägung aller Vor- und Nachteile oder rasche Entscheidung aufgrund eines bestimmten Faktors)?

Welche Faktoren sind entscheidend? (finanzielle Mittel, Kontakte – transnationale Netzwerke, Meinung des heimischen Arztes, Erfahrung von anderen Verwandten/Bekannten, Internet – wie viel Zeit wird aufgewendet?, geographische Entfernung, sprachliche/kulturelle Unterschiede etc.).

Wer übernimmt die VermittlerInnenrolle?

Hat sich in den letzten 40 Jahren etwas geändert?

Verabschiedung

- Wie sehen Sie die Zukunft des Medizintourismus aus arabischen Ländern? (präferierte Zielländer, PatientInnengruppen, Wandel von Angebot und Nachfrage, Einfluss der Transport- und Kommunikationstechnologien, Verbesserung der Gesundheitssysteme in den arabischen Ländern)

10.3 Abstract

In deutscher Sprache:

Sich zu Zwecken einer Behandlung/Operation ins Ausland zu begeben, ist nicht wirklich etwas Neues. Tatsächlich neu sind aber die Ausmaße und die Geschwindigkeit, der man im Medizintourismus begegnet. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit einer speziellen Variante: dem Medizintourismus aus arabischen Ländern. Im akademischen Umfeld wurde bisher relativ wenig über diese konkrete Richtung (Medizintourismus von „Süd“ nach „Nord“) veröffentlicht.

Dieses Forschungsvorhaben untersucht, inwiefern sich Medizintourismus aus arabischen Ländern als ein globalisiertes Phänomen betrachten lässt. Im Umkehrschluss soll analysiert werden, in welchem Ausmaß andere, eher „traditionale“ Elemente mitwirken. Um Antwort auf diese Fragen zu bekommen, werden neben der theoretischen Auseinandersetzung vier qualitative Leitfadeninterviews (Servicemanager, Patientin, Vermittler, Arzt) durchgeführt. Vor dem Hintergrund der Globalisierungsfolie wird untersucht, welche Distributions- und Kommunikationskanäle es gibt und in welcher Form diese existieren, welche Faktoren im Entscheidungs-/Auswahlprozess (für ein bestimmtes Land/ein Krankenhaus/einen Arzt) mitwirken und welche entscheidend sind, welche Erwartungen/Motive die PatientInnen prägen, wie die Beziehung zwischen dem Individuum und dem (Gesundheits-)system aussieht, d.h. wie PatientInnen ihre Rechte und Pflichten einschätzen und wie die interviewten Personen die Entwicklung des Medizintourismus einschätzen. Besonderes Augenmerk gilt der Rolle des Nationalstaates und dem Einfluss und der Veränderung von Kommunikations- und Transportmitteln im Lichte der Globalisierung. Die Auswertung der Interviews erfolgt anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring), in der Variante von Gläser und Laudel.

Die Arbeit präsentiert lediglich einen kleinen Ausschnitt des Medizintourismus und ist damit Anstoß für weitere Untersuchungen.

In englischer Sprache:

Travelling abroad for medical purposes is not a new phenomenon. The extent of medical tourism and its speed is something that never happened before. This study deals with a special type of medical tourism: medical tourism from arab countries. In the scientific community, little is written about this specific topic (medical tourism from the „south“ to the „north“).

This research analyzes to what extent medical tourism from arab countries can be seen as a globalized phenomenon? Conversely, one may ask, if and which traditional elements can be noticed in this field? In order to get an answer to these questions, it is necessary to carry out an intensive literature research and an empirical survey. Four qualitative interviews (service manager, patient, facilitator and doctor) have been conducted. Against the background of „globalization“, several aspects are analyzed: What are the distribution and communication channels and how can they be described? What are the critical elements in the decision-making process? Which expectations/motives do the patients have? How can the relationship between individuals and the national health system be described? What are the forecasts for the development of medical tourism in the future?

This study only shows a small fragment of medical tourism. It should serve as a stimulus for further investigations.

10.4 Lebenslauf

Zur Person

Katharina Ellinger

A-6250 Kundl/Tirol

Geburtsdatum: 20.02.1986

Staatsbürgerschaft: Österreich

Berufspraxis

Jänner - April 2012

United Nations Industrial Organization (UNIDO), Wien
Programme Development and Technical Cooperation
Bureau for Regional Programmes
Arab Programme

Praktikum für 3 Monate (Bericht und Präsentation zum Thema „Youth Unemployment and Green Growth in the Arab Region“; Erstellung eines gemeinsamen Projektdokuments für alle Round Tables der fünf regionalen Programme; Besuch des Arabisch-Sprachkurses)

März - April 2010

Wirtschaftskammer Österreich
Außenhandelsstelle Abu Dhabi, VAE

Praktikantin (Erstellen von Länder- und Wirtschaftsreports sowie Statistiken, Kontaktaufnahme mit lokalen Unternehmen/Behörden, Verfassen von Schlagzeilen)

Juli - September 2007

Forschungsinstitut IMTG, Innsbruck
Institut für Medizin - Gesundheit - Therapie

wissenschaftliche Assistentin (Recherche und Erstellung von Arbeitsunterlagen, Kontakt zu Partnerinstituten, Dokumentation/Evaluation von laufenden Programmen)

Schulbildung

seit 2006

Internationale Entwicklung – Universität Wien

Wahlfach: Modul Arabistik und Wahlfachbündel aus wirtschaftswissenschaftlichen Lehrveranstaltungen

2000-2005

Höhere Bundeslehranstalt für wirtschaftliche Berufe
HBLA Kufstein