

# Grenzüberschreitende Patientenmigration im zahnmedizinischen Bereich

JOSE GABRIEL DELGADO JIMENEZ



Grenzüberschreitende Patientenmigration  
im zahnmedizinischen Bereich

# Forschungsergebnisse der WU Wirtschaftsuniversität Wien



Band 62

JOSE GABRIEL DELGADO JIMENEZ

# **Grenzüberschreitende Patientenmigration im zahnmedizinischen Bereich**

Eine ökonomische Analyse am Beispiel  
Österreich und Ungarn

## **Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek**

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Gefördert durch die WU Wirtschaftsuniversität Wien.

Umschlaggestaltung:  
Atelier Platen, nach einem Entwurf  
von Werner Weißhappel.

Universitätslogo der WU Wirtschaftsuniversität Wien:  
Abdruck mit freundlicher Genehmigung  
der WU Wirtschaftsuniversität Wien.

ISSN 1613-3056  
ISBN 978-3-631-61211-8 (Print)  
E-ISBN 978-3-653-03342-7 (E-Book)  
DOI 10.3726/ 978-3-653-03342-7

© Peter Lang GmbH  
Internationaler Verlag der Wissenschaften  
Frankfurt am Main 2013  
Alle Rechte vorbehalten.

PL Academic Research ist ein Imprint der Peter Lang GmbH.

Peter Lang – Frankfurt am Main · Bern · Bruxelles · New York ·  
Oxford · Warszawa · Wien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Dieses Buch erscheint in einer Herausgeberreihe bei PL Academic Research und wurde vor Erscheinen peer reviewed.

[www.peterlang.com](http://www.peterlang.com)

# Inhaltsverzeichnis

|  |     |
|--|-----|
| Abbildungsverzeichnis .....  | 7   |
| Tabellenverzeichnis .....  | 8   |
| 1. Einleitung .....  | 9   |
| 1.1 Allgemeine Problemstellung .....   | 10  |
| 1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage .....  | 11  |
| 1.3 Gliederung der Arbeit .....  | 13  |
| 2. Allgemeine Grundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität .....      | 15  |
| 2.2. Definitive Abgrenzungen .....   | 16  |
| 2.2.1 Allgemeine Definition der Mobilität von Patienten .....                    | 16  |
| 2.2.2 Typisierung der Patientenmigration .....                                   | 21  |
| 2.2.3 Zusammenfassung .....  | 27  |
| 2.3. Patientenmigration in der Fachliteratur .....                               | 28  |
| 2.3.1. Bekannte Zielgebiete zahnmedizinischer Patientenströme .....              | 29  |
| 2.3.2. Identifizierte Determinanten .....  | 30  |
| 2.4. Rechtliche Rahmenbedingungen im EWR .....                                   | 34  |
| 2.4.1. Allgemeine rechtliche Bestimmungen .....                                  | 35  |
| 2.4.2 Rechtssprechung des EuGH .....   | 39  |
| 2.5. Zusammenfassung .....   | 40  |
| 3. Ökonomische Betrachtung zahnmedizinischer Dienstleistungen .....              | 41  |
| 3.1. Einleitung .....  | 41  |
| 3.2. Die allgemeine Natur medizinischer Behandlungen .....                       | 42  |
| 3.2.1. Medizinische Leistungen – mehr als die Summe ihrer Charakteristika? ..... | 43  |
| 3.2.2. Definitive Abgrenzung medizinischer Behandlungen .....                    | 46  |
| 3.2.3. Typologische Klassifikationsmerkmale medizinischer Güter .....            | 48  |
| 3.2.4. Marktspezifische Konsequenzen medizinischer Güter .....                   | 51  |
| 3.2.5. Zusammenfassung .....   | 54  |
| 3.3. Die spezielle Rolle zahnmedizinischer Behandlungen .....                    | 55  |
| 3.3.1. Zahnmedizinische Klassifikationsmerkmale .....                            | 57  |
| 3.3.2. Zahnmedizinische Behandlungen als Dienstleistungen .....                  | 62  |
| 3.3.3. Zusammenfassung .....   | 67  |
| 3.4. Zusammenfassung .....   | 67  |
| 4. Entscheidungsverhalten zahnmedizinischer Patienten .....                      | 69  |
| 4.1. Einleitung .....  | 69  |
| 4.2. Das Entscheidungsumfeld des Patienten .....                                 | 71  |
| 4.2.1 Der Raum der Alternativen .....  | 72  |
| 4.2.2 Die Zustände des Entscheidungsumfelds .....                                | 78  |
| 4.2.3 Die Ergebnisse des Entscheidungsprozesses .....                            | 83  |
| 4.2.4 Informationsbedingte Subjektivität der Alternativenbetrachtung .....       | 85  |
| 4.2.5 Zusammenfassung .....  | 86  |
| 4.3. Der Patient als Entscheidungsträger .....                                   | 87  |
| 4.3.1. Vom Bedürfnis zum Alternativenraum .....                                  | 87  |
| 4.3.2. Die Präferenzordnung zwischen dentalen Alternativen .....                 | 90  |
| 4.3.3. Grenzüberschreitende Wanderung als diskrete Entscheidung .....            | 93  |
| 4.3.4. Der Einfluss von Reputation .....   | 95  |
| 4.3.5 Zusammenfassung .....  | 99  |
| 4.4. Die Position des Forschers .....  | 100 |
| 4.4.1. Allgemeine Aspekte .....  | 100 |
| 4.4.2. Random Utility Theory (Zufallsnutzentheorie) .....                        | 103 |
| 4.4.3. Hypothetische versus offen gelegte Präferenzen .....                      | 108 |

|   |     |
|---|-----|
| 4.5. Zusammenfassung .....  | 114 |
| 5. Empirische Betrachtung dentaler Patientenströme von Österreich nach Ungarn ..... | 115 |
| 5.1. Einleitung .....   | 115 |
| 5.2. Erfassungspunkte des grenzüberschreitenden Patientenstroms .....               | 116 |
| 5.3. Analyse zahnmedizinischer Systeme in Österreich und Ungarn .....               | 120 |
| 5.3.1. Zahnmedizinische Kennzahlen in Österreich.....                               | 120 |
| 5.3.2. Zahnmedizinische Kennzahlen in Ungarn .....                                  | 129 |
| 5.3.3. Zusammenfassende Kommentare .....  | 133 |
| 5.4. Explorative Phase .....  | 134 |
| 5.4.1. Befragung migrierender Patienten .....                                       | 134 |
| 5.4.2. Expertenbefragung .....  | 136 |
| 5.4.3. Kommentare .....   | 138 |
| 5.5. Befragung ungarischer Leistungserbringer .....                                 | 140 |
| 5.5.1. Konzeptionelle Aspekte .....   | 140 |
| 5.5.2. Unmittelbare Ergebnisse .....  | 141 |
| 5.5.3. Hochrechnung der bereinigten Daten.....                                      | 144 |
| 5.6. Zusammenfassung .....  | 146 |
| 6. Hypothetische Präferenzen potentiell migrierender Patienten .....                | 147 |
| 6.1. Einleitung .....   | 147 |
| 6.2. Ausgangsbasis des diskreten Entscheidungsexperiments .....                     | 147 |
| 6.3. Forschungsdesign und Datenerhebung.....  | 149 |
| 6.4. Modellierung .....   | 153 |
| 6.5. Ergebnisse .....   | 156 |
| 6.5.1. Effekt der Attribute .....   | 157 |
| 6.5.2. Fitness des Modells .....  | 158 |
| 6.5.3. Zahlungsbereitschaft für Attribute .....                                     | 158 |
| 6.6. Analyse .....  | 160 |
| 6.7. Zusammenfassung .....  | 162 |
| 7. Conclusio.....   | 163 |
| Anhang .....  | 165 |
| Literaturverzeichnis.....   | 169 |

## Abbildungsverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Abbildung 1: Gliederung der Arbeit .....  | 13  |
| Abbildung 2: Eindirektionale, transregionale Patientenmobilität .....                           | 18  |
| Abbildung 3: Definitivische Klassifizierung der Patientenmobilität .....                        | 21  |
| Abbildung 4: ICHA-HF Klassifikation der Finanzierungsquellen im Gesundheitswesen .....          | 24  |
| Abbildung 5: Kategorien medizinischer Leistungen und deren Finanzierung .....                   | 26  |
| Abbildung 6: Typen grenzüberschreitender Patientenmobilität .....                               | 27  |
| Abbildung 7: Identifizierte Herkunfts- und Zielgebiete .....                                    | 30  |
| Abbildung 8: Geplante und ungeplante Versorgung im EWR .....                                    | 37  |
| Abbildung 9: Systematik der med. Behandlungssituation des migrierenden Patienten .....          | 42  |
| Abbildung 10: Merkmalskategorien medizinischer Leistungen .....                                 | 45  |
| Abbildung 11: Typologien medizinischer Güter .....  | 48  |
| Abbildung 12: Minderschätzung zukünftiger Bedürfnisse .....                                     | 54  |
| Abbildung 13: Dringlichkeit dentaler Eingriffe .....  | 61  |
| Abbildung 14: Liste zahnmedizinischer Leistungen .....  | 63  |
| Abbildung 15: Die Phasen der Entstehung einer dentalen Dienstleistung .....                     | 67  |
| Abbildung 16: Teilgebiete der Erforschung individueller Patientenentscheidungen .....           | 70  |
| Abbildung 17: Die Betrachtung der Alternativencharakteristika ex ante/intermediär/ex post ..... | 78  |
| Abbildung 18: Erfass- und Beurteilbarkeit med. Alternativen und ihrer Charakteristika .....     | 85  |
| Abbildung 19: Vom Gesundheitszustand des Patienten zum Alternativenraum .....                   | 89  |
| Abbildung 20: Wahl zwischen dentalen Behandlungsoptionen (A, U und Opt-out) .....               | 94  |
| Abbildung 21: Subjektive Signalpräzision und erwarteter alternativenspezifischer Nutzen .....   | 98  |
| Abbildung 22: Überblick über die Erfassbarkeit patientenseitiger Entscheidungen .....           | 109 |
| Abbildung 23: Erfassungs(zeit)punkte des grenzüberschreitenden Patientenstroms .....            | 116 |
| Abbildung 24: Überblick über den empirischen Forschungsprozess .....                            | 119 |
| Abbildung 25: Anzahl registrierter Zahnärzte in Österreich (1960-2009) .....                    | 123 |
| Abbildung 26: Einwohner je Zahnarzt in Österreich (nach Bundesländer), 2006 .....               | 125 |
| Abbildung 27: Einwohner je Zahnarzt in Ungarn (nach Komitaten), 2006 .....                      | 131 |
| Abbildung 28: Befragungsindikatoren für migrierende zahnmed. Patienten in Österreich .....      | 135 |
| Abbildung 29: Genannte Migrationsziele in den westungarischen Komitaten .....                   | 139 |
| Abbildung 30: Attribute und Ausprägungen der unterst. Charakteristika (Beispiel: Krone) .....   | 149 |
| Abbildung 31: Bestimmung der optimalen Designgröße mittels SAS .....                            | 150 |
| Abbildung 32: Abbildung der Design-Effizienz mittels SAS .....                                  | 151 |
| Abbildung 33: Kanonische Korrelationen zwischen den Attributen .....                            | 151 |
| Abbildung 34: Screenshot der Online-Befragung. Choice Block:3, Choice Set: 7 .....              | 152 |

## Tabellenverzeichnis

|   |     |
|---|-----|
| Tabelle 1: Erfasste Zahnärzte nach Bundesland, 2006. ....                                 | 124 |
| Tabelle 2: Ambulante Behandlung durch Zahnärzte nach Alter und Geschlecht, .....          | 126 |
| Tabelle 3: Ambulante Behandlung durch Zahnärzte nach Bundesland, 2006/2007. ....          | 126 |
| Tabelle 4: Zahnmedizinische Gesamtausgaben in Zahnarztpraxen (HP. 3.2) .....              | 127 |
| Tabelle 5: Preisniveau für zahnmed. Privatleistungen in Österreich (EURO).....            | 128 |
| Tabelle 6: Preisniveau für ausgewählte zahnmedizinische Privatleistungen in Ungarn, ..... | 132 |
| Tabelle 7: Bereinigter Rücklauf und Aussendung im Vergleich, nach Komitate. ....          | 141 |
| Tabelle 8: Herkunft der in den Referenzkomitaten behandelten ausländischen Patienten .... | 142 |
| Tabelle 9: Von ausländ. Patienten beanspruchte dentale Dienstleistungen, 2006. ....       | 143 |
| Tabelle 10: Primäre Migrationsauslöser aus der Sicht ungarischer Leistungserbringer. .... | 144 |
| Tabelle 11: Gewichtungsfaktoren zwischen bereinigtem Rücklauf und Aussendung .....        | 145 |
| Tabelle 12: Schätzwerte für ausgew. Patientenströme (nach Herkunftsgebiet, 2006). ....    | 145 |
| Tabelle 13: Ergebnisse der MNL-Modellierung mit STATA/IC 10.0.....                        | 157 |
| Tabelle 14: Zahlungsbereitschaft (ZB) für die im DCE-Test inkludierten Attribute.....     | 159 |

*„Ich werde jetzt anfangen, mit dem Anfang und mit dem Ende zugleich.  
Denn ich habe mit dem Ende angefangen, als ob es der Anfang wäre“.*

*Die unbedingte Universität*

**Jacques Derrida (1930-2004)**

## **1. Einleitung**

Die grenzüberschreitende Migration von Patienten ist zu Beginn des 21. Jahrhunderts sowohl für die europäische Gesundheitspolitik als auch für die einzelnen Mitgliedstaaten der europäischen Union zu einem bedeutenden, aber schwer erfassbaren Phänomen geworden. Eine Entwicklung, die als solche Ende der 90er Jahre in ihrer ganzen Tragweite nicht wirklich absehbar war: Der Vertrag von Amsterdam hatte klargestellt, dass betreffend der europäischen Gesundheitspolitik der strikte Grundsatz der Subsidiarität galt und die nationalen Gesundheitssysteme Sache der Mitgliedsstaaten seien. Eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wurde entweder im Rahmen des E111- bzw. E112-Systems geregelt oder war Gegenstand von bilateralen Verträgen. Generell konnte das Ausmaß zwischenstaatlicher Patientenströme als gering bezeichnet werden [Rosenmöller et al. (2006), 1-2].

Knapp 10 Jahre später hat sich die Situation merklich verändert. Hierfür gibt es zahlreiche Gründe: Die verstärkte Bereitschaft zur Mobilität seitens der europäischen Bevölkerung verlangte bald nach einem flexibleren Umgang mit der Bereitstellung von Gesundheitsdienstleistungen – auch über die Grenzen des eigenen Gesundheitssystems hinweg. Insbesondere die Rechtssprechung des Europäischen Gerichtshofes (EuGH)<sup>1</sup> sollte die rechtlichen Rahmenbedingungen für innereuropäische Patientenmobilität entscheidend mitgestalten. Zusätzlich entstand durch die Aufnahme von zentral- und osteuropäischen Gesundheitsmärkten in die europäische Union ein neuartiges und umfangreiches Angebot an alternativen medizinischen Dienstleistungen. Das Thema grenzüberschreitende Patientenmobilität gewinnt aber auch im Hinblick auf die zum Teil sehr heterogenen ökonomischen bzw. strukturellen Rahmenbedingungen der europäischen Gesundheitssysteme an Wichtigkeit. Der in diesem Zusammenhang

---

<sup>1</sup> Siehe insbesondere das Urteil im Fall Kohl/Decker, Rechtssache C-158/96 vom 28.4.1998; das Urteil im Fall Smits und Peerbooms, Rechtssache C-157-99 vom 12.7.2001; der Fall Vanbraekel, Rechtssache C-368/98 vom 12.7.2001.

vorhandene Bedarf an empirischen und/oder theoretischen Studien ist deutlich sichtbar: Wissenschaftliche Daten und Kenntnisse zum Phänomen *grenzüberschreitende Patientenmigration* sind auf europäischer Ebene noch immer in zu geringem Ausmaße vorhanden<sup>2</sup>. Dennoch ist ein wachsendes Bewusstsein um die gesundheitspolitische Dimension desselben erkennbar<sup>3</sup>.

## 1.1 Allgemeine Problemstellung

Bei erstmaliger Betrachtung des Phänomens *grenzüberschreitende Patientenmobilität* vermag sich die in der Thematik enthaltene Komplexität dem erfassenden Betrachter eventuell noch zu entziehen<sup>4</sup>. Doch bereits ein zweiter Blick genügt um zu erkennen, dass eine umfassendere wissenschaftliche Analyse die Berücksichtigung zahlreicher *Subphänomene* mit sich bringt.

Was zunächst die *geopolitische Konzentration* von grenzüberschreitenden Wanderungsbewegungen betrifft, so scheinen einige Regionen Europas – bedingt durch kulturelle, sprachliche und/oder geschichtliche Zusammengehörigkeit bzw. Nähe – prädestiniert für grenzüberschreitende Patientenwanderungen zu sein. In diesem Zusammenhang sind beispielsweise Belgien [Glinos et al. (2006)], das Grenzgebiet zwischen Österreich, Slowenien und Italien [Albrecht et al. (2006)] oder Irland [Jamilson et al. (2006)] zu nennen. Solcherart identifizierte Ziel- bzw. Herkunftsgebiete eignen sich gleichsam optimal für eine *wissenschaftliche Erfassung* grenzüberschreitender Patientenbewegungen.

Besonders interessant ist der zu beobachtende Patientenstrom zwischen den europäischen Mitgliedstaaten *Österreich und Ungarn*. Dies bezieht sich sowohl auf die spezielle Natur der nachgefragten medizinischen Leistungen als auch auf das vermutete Ausmaß des grenzüberschreitenden Patientenflusses. So nehmen speziell im Bereich des zahnmedizinischen Sektors österreichische Staatsbürger verstärkt die Dienste ungarischer Anbieter in Anspruch [Österle und Delgado (2006)]. Als diesbezügliche Hinweise für einen signifikanten Zustrom österreichischer Patienten nach Ungarn liefern vor allem (i) die Existenz deutschsprachiger, zahnmedizinischer Cluster in den ungarischen Grenzkomitaten Győr-Moson-Sopron, Vas und Zala<sup>5</sup>, (ii) die andauernde mediale Präsenz ungarischer Anbieter in Österreich sowie (iii) Berichte

---

2 Als wichtige Ausnahmen sollen z.B. die analytischen Arbeiten von Crivelli (1998) bzw. Crivelli und Zweifel (1998), wie auch das auf Länderstudien beruhende Konzept des Projektes *Europe for Patients* (2004) genannt sein.

3 Siehe hierzu auch den Bericht zu “*High Level Reflection Process on Patient Mobility*“ [HLRP (2003)] bzw. das dazugehörige Follow-Up der Europäischen Kommission [Europäische Kommission (2004)] .

4 Welche anderen Gründe als monetäre und/oder qualitative sollten – so eine mögliche erste Reaktion – auch zu transnationalen Wanderungsbewegungen führen?

5 Siehe hierfür auch Kapitel 5.

österreichischer Konsumentenschutz-Organisationen über zahnmedizinische Behandlungen im angrenzenden Nachbarstaat [Österle und Delgado (2006)]. Trotz des damit verbundenen gesellschaftspolitischen Echos liegt bis dato aber keine fundierte wissenschaftliche Analyse des zahnmedizinischen Migrationsphänomens zwischen beiden Nachbarländern vor. Speziell im Hinblick auf die Erfassung des aktuellen Volumens, der Entscheidungsumgebung der wandernden Bevölkerung und der Auslöser bzw. Determinanten des Patientenstroms besteht wissenschaftlicher Nachholbedarf.

Erschwert wird eine empirische Analyse des für die vorliegende Arbeit zentralen Untersuchungsfeldes „zahnmedizinische Patientenwanderungen nach Ungarn“ allerdings durch (i) die unterschiedlichen Typen der Patientenmobilität (z.B.: langfristig vs. kurzfristig) die in diesem Zusammenhang zu beobachten sind<sup>6</sup> und durch (ii) die Natur der gesuchten medizinischen Dienstleistungen. Zusätzlich stellt der Umstand, dass die erfragten zahnmedizinischen Leistungen in hohem Maße im privat bezahlten Sektor anzusiedeln sind (Out-of-Pocket-Payments) und daher u.a. nicht von öffentlich-rechtlichen Trägern erfasst werden können, eine bedeutende Herausforderung an die empirische Forschungsarbeit dar [Österle (2006) und Österle und Delgado (2006)]. Ähnliche Probleme bestehen allerdings auch für österreichische Kassenleistungen<sup>7</sup> da diese nicht nach dem Leistungsort, sondern lediglich nach der Leistung selbst (leistungsorientiert) aufgezeichnet werden. Zusammenfassend lässt sich anhand der soeben angeführten Argumente sagen, dass eine ökonomisch fundierte theoretische Analyse der Auslöser und Motive und eine tiefer gehende empirische Untersuchung der Natur und des Ausmaßes der zahnmedizinischen Patientenmigration von Österreich nach Ungarn bislang ausstehen.

## 1.2 Zielsetzung und Forschungsfrage

Die folgende Arbeit<sup>8</sup> verfolgt zunächst das Ziel – unter expliziter Berücksichtigung der Besonderheiten medizinischer Leistung im Allgemeinen und zahnmedizinischer Dienstleistungen im Speziellen – das Entscheidungsproblem bzw. das Entscheidungsverhalten potentiell migrierender Patienten darzustellen und für eine ökonomische Besprechung der zahnmedizinischen Patientenströme zwischen Österreich und Ungarn vorzubereiten. Hierfür werden verschiedene Ansatzpunkte gewählt. So kommt es nach einer Bestimmung der wichtigsten ar-

---

<sup>6</sup> Für eine Definition der unterschiedlichen Formen der Patientenmigration siehe Abschnitt 2.2.

<sup>7</sup> Für eine Definition siehe auch Kapitel 2.

<sup>8</sup> Der Autor dankt an dieser Stelle Hr. Univ.-Prof. Dr. August Österle für die Möglichkeit der Teilnahme am Projekt „Grenzüberschreitende Mobilität im Gesundheitswesen“, welches mit Mitteln des Jubiläumsfonds der Oesterreichischen Nationalbank gefördert wurde. Die Projektstätigkeit diente als wesentliche Inspiration zur Vollendung der vorliegenden Arbeit.

beitsspezifischen Termini zu einer genaueren Darstellung der ökonomisch und entscheidungstheoretisch relevanten Charakteristika (zahn)medizinischer Dienstleistungen. In diesem Sinne befasst sich die Arbeit mit informationsspezifischen Phänomenen im medizinischen Sektor und des patientenseitigen Umgangs mit selbigen Strukturen. Der divergierende Informationsgrad behandlungsspezifischer Eigenschaften wird hierbei ebenso berücksichtigt, wie die stochastische Wirkung medizinischer Leistungen auf Patienten. Um in Folge die Entscheidungssituation des potentiell grenzüberschreitenden Patienten plausibel darstellen zu können, werden die im Zuge der Arbeit getroffenen Annahmen in ein mikroökonomisches entscheidungstheoretisches Rahmenkonstrukt eingebettet. Die dabei entstehende abstrakte Abbildung jener Entscheidungssituation, der sich ein (zahnmedizinischer) Patient generell gegenüber sieht, ermöglicht einen Blick über die relevanten funktionalen Zusammenhänge.

In einem zweiten Schritt gilt es – unter Miteinbeziehung des soeben angedeuteten abstrakten Modells – empirische Daten über den zahnmedizinischen Patientenfluss von Österreich nach Ungarn zu ermitteln. Dabei wird zunächst auf der Basis einer angebotsseitigen Befragung ein empirisches Abbild wichtiger Komponenten der Wanderungsbewegung gezeichnet. Diese Vorgangsweise ermöglicht nicht nur eine mögliche Bestätigung Ungarns als zahnmedizinisches Zielgebiet, sondern auch eine Erfassung der Größe des Patientenstroms und der Natur der von österreichischen Patienten nachgefragten Dienstleistungen. Letzteres ermöglicht es dem Forscher auch – stets im Rahmen des abstrakten entscheidungstheoretischen Modells – typische migrationsspezifische Behandlungsfälle zu unterstellen. Dies ist besonders dann relevant, wenn es gilt – mittels diskreter Entscheidungsexperimente – hypothetische zahnmedizinische Präferenzen österreichischer Staatsbürger herauszuarbeiten.

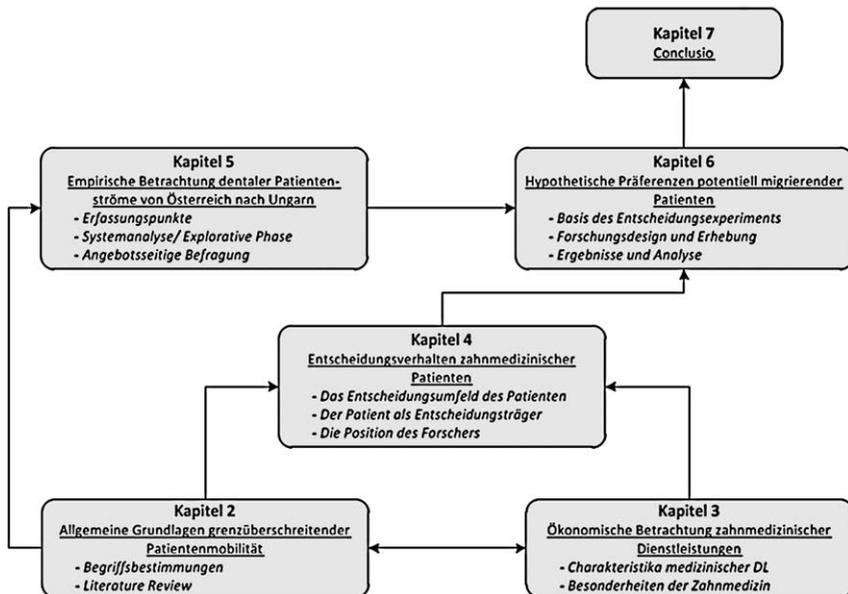
Basierend auf diesen Vorüberlegungen lässt sich die leitende *Forschungsfrage* nun in zweifacher Weise gliedern:

1. Wie lässt sich die *Entscheidungssituation* potentiell migrierender zahnmedizinischer Patienten abstrakt abbilden?
2. Welche *Motive und Parameter* veranlassen letztendlich einen österreichischen Patienten zwecks zahnmedizinischer Behandlung nach Ungarn zu migrieren?

## 1.3 Gliederung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit gliedert sich in 3 Hauptabschnitte (*Konzeptionelle Grundlagen*, *methodischer Forschungsprozess* und *Empirische Evidenz*) mit insgesamt 7 Kapiteln. Nach den einführenden Anmerkungen dieses ersten Abschnittes befasst sich **Kapitel 2** zunächst mit einer Beschreibung der relevanten Begriffe gesundheitspezifischer transnationaler Migrationsbewegungen. Diese geht nahtlos in eine Aufzählung der in der Literatur erfassten Faktoren bzw. Variablen der Migration im Gesundheitswesen über. In diesem Zusammenhang erfolgt auch eine Einteilung der bisher publizierten Beiträge zur Erforschung der Patientenmigration in konzeptionelle Analysen und länderspezifische Fallstudien (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Gliederung der Arbeit.



Quelle: Eigene Darstellung

**Kapitel 3** wendet sich dann den Besonderheiten des (zahn-)medizinischen Sektors und deren Güter zu und liefert ökonomische Grundlagen hinsichtlich der Annahmen über das Verhalten des Patienten und der betroffenen Ärzte. Dabei steht nicht nur die Analyse angebots- bzw. nachfrageseitiger Marktstrukturen im Vordergrund; auch die Konsequenzen von Marktversagen – vor allem im Hinblick auf die Annahme der Existenz von asymmetrischer Information – wird in diesem Abschnitt eingehend besprochen.

**Kapitel 4** stellt – darauf aufbauend – das theoretisch-konzeptionelle Instrumentarium der vorliegenden Arbeit zur Verfügung. Neben einer Verknüpfung der diskreten Entscheidungen von Patienten mit dem Begriff des Zufallsnutzens werden auch die wesentlichen Grundannahmen von (i) *Lancasters Theorie der Charakteristika* und (ii) der diskreten Entscheidungstheorie (vor allem hinsichtlich deterministischer und stochastischer Elemente) angeführt und analysiert. Auch die spezielle Rolle des Forschers wird hierbei explizit berücksichtigt. Ziel dieses Kapitels ist es, die relevanten theoretischen Bestandteile für ein mikroökonomisches Entscheidungsmodell der zahnmedizinischen Migration bereitzustellen.

Das **fünfte Kapitel** befasst sich mit der empirischen Betrachtung zahnmedizinischer Patientenströme aus Österreich nach Ungarn. Diese gestaltet sich in vier thematischen Blöcken. Abschnitt 5.2 skizziert zunächst abstrakt die wesentlichen empirischen Erfassungspunkte grenzüberschreitender Wanderungsbewegungen. Im Teilkapitel 5.3 werden die primären system-spezifischen Kennzahlen des zahnmedizinischen Marktes in Österreich und Ungarn erläutert. Abschnitt 5.4 widmet sich der Erläuterung der *explorativen Phase*, die ihrerseits als Vorstufe zur Erfassung patientenstromspezifischer Daten in Ungarn dient. Teilabschnitt 5.5 präsentiert schließlich die hochgerechneten Ergebnisse zum Volumen des zahnmedizinischen Patientenstroms aus Österreich nach Ungarn, wobei auch auf die Art der erfragten zahnmedizinischen Dienstleistungen explizit eingegangen wird.

Der letzte Hauptabschnitt dieser Studie befasst sich mit der Konzeption, der Modellierung und den Ergebnissen des durchgeführten diskreten Entscheidungsexperimentes (**Kapitel 6**). Die Effekte der in der Studie verwendeten Lancaster'schen Variablen werden hierbei ebenso besprochen, wie die marginale Zahlungsbereitschaft für Veränderungen in den Charakteristika der zahnmedizinischen Dienstleistungen. Der Behandlungsoption „zahnmedizinische Behandlung in Ungarn“ kann dabei unmittelbar ein monetärer Wert zugewiesen werden. Zusammenfassend enthält Kapitel 6 somit zentrale Aussagen über zahnmedizinische Präferenzstrukturen der österreichischen Bevölkerung.

**Kapitel 7** schließt mit einigen Anmerkungen zu den wichtigsten theoretischen und empirischen Erkenntnissen der vorgelegten Studie ab.

*In der ersten Hälfte unseres Lebens opfern wir unsere Gesundheit um Geld zu erwerben, in der zweiten opfern wir unser Geld, um die Gesundheit wiederzuerlangen.*

**Voltaire (1694-1778)**

*Panta rhei (πάντα ῥεῖ)*

**Heraklit (~540-475)**

## **2. Allgemeine Grundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität**

### **2.1. Einleitung**

Im Laufe ihres Lebens treffen Individuen zwangsläufig laufend Entscheidungen, die maßgeblich ihren weiteren Gesundheitszustand beeinflussen. Hierzu zählt auch die Wahl des *untersuchenden* und/oder *behandelnden* Arztes (bzw. der Praxis) im Krankheitsfall<sup>9</sup>. Doch gerade bei der Selektion von Untersuchungs- bzw. Behandlungsalternativen stehen Patienten zum Teil schwierigen Entscheidungen gegenüber: Welcher Arzt garantiert *die vom jeweiligen Individuum gesuchte* Qualität?<sup>10</sup> Welche medizinische Behandlung wird vom individuellen Standpunkt aus gesehen überhaupt benötigt? Und welche Kosten entstehen dem Einzelnen durch die *ausgewählte* Dienstleistung?

Die Zahl der vorhandenen, alternativen Versorgungsszenarien – und der damit verbundenen wählbaren Optionen – ist denkbar groß. Auf der Suche nach einer geeigneten Behandlungsalternative überschreiten manche Individuen sogar die Grenzen des eigenen Landes oder jenes medizinischen Gesundheitssystems, zu dem sie *a priori* zugehörig sind. Kurz: dem modernen Patienten liegt (zumindest vom theoretischen Standpunkt aus gesehen) eine nicht „begrenzte“ Menge an alternativen Versorgungsmöglichkeiten vor – vorausgesetzt das jeweilige Individu-

---

<sup>9</sup> Soweit aus der Sicht des Patienten überhaupt eine Wahlmöglichkeit und/oder Wahlfähigkeit besteht (z.B. bei Unfähigkeit zu rationaler Entscheidung). Wir gehen in weiterer Folge von beiden Annahmen aus. Kapitel 3 setzt sich in diesem Zusammenhang gesondert mit der diskreten Entscheidung des Patienten auseinander.

<sup>10</sup> Hierbei ist klar, dass die gestellten Fragen ausnahmslos aus der Sicht des jeweiligen Individuums zu betrachten sind. Gerade die subjektive Natur solcher Termini wie „bestmögliche Qualität“ oder „optimale Behandlung“ unterstreicht die Wichtigkeit einer heterogenen Betrachtung des Entscheidungsverhaltens von Patienten.

um wäre bereit und vor allem aber auch imstande, den verbundenen Aufwand auf sich zu nehmen und gegebenenfalls die heimische Region zu verlassen. Ob und warum ein Patient aber dann tatsächlich Grenzen überschreitet, wird in der vorliegenden Arbeit am Beispiel zahnmedizinischer Migrationsströme zwischen Österreich und Ungarn erörtert werden. Die nun folgenden theoretischen Kapitel 2, 3 und 4 befassen sich daher mit der abstrakten Abbildung des genannten Untersuchungsfeldes.

Bevor wir aber die Grundlagen des individuellen Entscheidungsverhaltens von Patienten näher betrachten – dies ist Gegenstand des vierten Kapitels – gilt es festzulegen, ab wann eigentlich von grenzüberschreitender Patientenmobilität zu sprechen ist. Dieses Kapitel zu den allgemeinen Grundlagen der grenzüberschreitenden Patientenmigration hat in diesem Sinne zwei Aufgaben: (i) die primären themenspezifischen Begrifflichkeiten im Zusammenhang mit der Migration von Patienten zu definieren (Abschnitt 2.2), (ii) eine Übersicht bisher bekannter Zielgebiete für zahnmedizinische Wanderungsströme zu liefern und (iii) die Literatur auf bis dato identifizierte Determinanten bzw. Variablen der Patientenmobilität zu durchforsten (Abschnitt 2.3). Teilkapitel 2.4. befasst sich gesondert mit den rechtlichen Rahmenbedingungen der Patientenmobilität innerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes (EWR).

## **2.2. Definitiorische Abgrenzungen**

Eine fundierte Auseinandersetzung mit der Thematik der *grenzüberschreitenden Patientenmobilität im zahnmedizinischen Bereich* setzt zunächst eine definitiorische Festlegung der wichtigsten in dieser Studie benutzten Termini voraus. Zentrale Bedeutung für die vorliegende Arbeit hat dabei in erster Linie die Klärung der Begriffe *grenzüberschreitend*, *Patientenmobilität* und *Patientenmigration* (Abschnitt 2.2.1). Hierbei wird nicht der Anspruch erhoben, eine „absolute“ Definition genannter Begrifflichkeiten zu finden. Ziel ist es dabei vielmehr, eine problemorientierte Arbeitsbasis zur empirischen Untersuchung der grenzüberschreitenden Mobilität von Patienten zu schaffen. Aufbauend auf diesen grundlegenden Überlegungen beschäftigt sich Abschnitt 2.2.2 mit der Erstellung einer allgemeinen Typologie der unterschiedlichen Migrationsformen.

### **2.2.1 Allgemeine Definition der Mobilität von Patienten**

Der Begriff *Patientenmobilität* wird generell als *physische (Fort-)Bewegung von Patienten im geographischen Raum zum Zwecke oder mit dem Endergebnis einer medizinischen Behand-*

lung definiert [siehe hierzu z.B. Rosenmöller et al. (2006); Glinos und Baeten (2006)]<sup>11</sup>. Diese Fortbewegung<sup>12</sup> des wandernden Patienten kann (i) innerhalb einer Region (*regionale Mobilität*), (ii) zwischen verschiedenen Regionen eines Landes (*transregionale Mobilität*) oder aber (iii) zwischen mehreren Staaten (*transnationale Mobilität*) stattfinden<sup>13</sup>. Bei Patientenströmen transnationaler Natur differenzieren wir noch ob die betroffenen Länder gemeinsame Landesgrenzen haben oder aber keine Nachbarstaaten sind. Glinos und Baeten (2006, 18) führen in diesem Zusammenhang auch den Fall der (inter)regionalen *grenzüberschreitenden Patientenmobilität* an, der sich auf den Patientenfluss zwischen angrenzenden Regionen unterschiedlicher staatlicher Zugehörigkeit bezieht.

Der Terminus *grenzüberschreitend* spezifiziert im Sinne der soeben genannten Mobilitätsarten das Überqueren zumindest einer geopolitischen Trennlinie zum Erlangen medizinischer Dienstleistungen. Dabei kann diese Grenze (i) durch einen geopolitischen Raum verlaufen, der kulturell bzw. sprachlich relativ homogen gestaltet ist, oder aber (ii) zwei vollkommen unterschiedliche Kulturkreise separieren. In ersterem Fall überqueren Patienten eine *fließende Grenze* (fluid border), in letzterem Fall lässt sich von einer *trennscharfen Grenze* (rigid border) sprechen [Bassi et al. (2001), 30-31; Denert (2004), 5]<sup>14</sup>. Allgemein sind fließende Grenzen (i) *geographisch und physisch leicht zu überwinden*, (ii) *unterliegen keinen administrativen Barrieren* und werden (iii) von Patienten *nicht als trennendes Element wahrgenommen* [Glinos und Baeten (2006), 7]. Starre oder trennscharfe Grenzen hingegen begründen sich durch geographische, administrative und/oder kulturelle Hürden. Als Hybrid beider geographisch begründeter Grenzdefinitionen sei der Fall von Patientenwanderungen zwischen Staaten ohne gemeinsame Landesgrenzen genannt, die in einem (gesundheits-) politischen, wirtschaftlichen oder kulturellem Naheverhältnis stehen<sup>15</sup>.

Zu beschreiben seien in diesem Zusammenhang auch die Wegabschnitte, die ein Patient im Zuge der Fortbewegung durchschreitet: Grundsätzlich unterscheiden wir hier zwischen *Ausgangspunkten* (z.B. Herkunftsregionen oder *Herkunftsländer*) und *Endpunkten* grenzüberschreitender Patientenströme (z.B. Zielregionen oder *Zielländer*) bzw. der Verbindung zwischen beiden Punkten. Ein Ausgangspunkt liegt in jenem geographischen Raum (Ort, Region, Staat), in dem der Patient seinen Wohnsitz hat - ein Endpunkt hingegen in jenem geographi-

---

<sup>11</sup> Der Bedarf an medizinischer Behandlung kann für das Individuum auch erst nach dem physischen Ortwechsel entstehen. Die medizinische Dimension muss demnach a priori nicht gegeben sein. Siehe hierfür auch Abschnitt 2.2.2 unter „geplante und ungeplante Patientenmigration“.

<sup>12</sup> lat. *mobilitas*, Bewegung

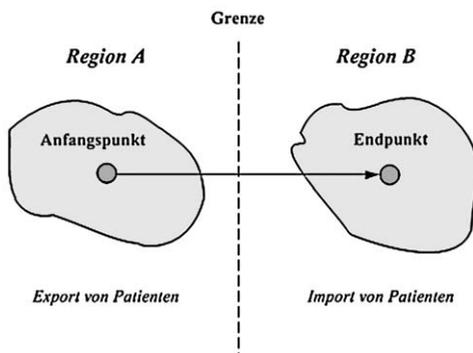
<sup>13</sup> Diese Definition klammert (bewusst) die rein lokale Patientenmobilität (z.B. innerhalb eines Ortes bzw. eines politischen Bezirks) aus.

<sup>14</sup> Es erscheint in diesem Zusammenhang logisch, dass die Art der Grenze einen Einfluss auf die Wahrscheinlichkeit einer Grenzüberquerung seitens des Patienten hat (siehe auch Abschnitt 5.2)

<sup>15</sup> z.B. zwischen Mitgliedsstaaten in Binnenmärkten (Europäische Union, NAFTA).

schen Territorium, in dem die medizinische Behandlung durchgeführt wird (siehe z.B. Abbildung 2).

Abbildung 2: Eindirektionale, transregionale Patientenmobilität.



Quelle: Eigene Darstellung

Eine *eindirektionale Patientenmobilität* ist definitorisch dann gegeben, wenn ein Land/ eine Region entweder nur als Ausgangs- (*Export von Patienten*) oder nur als Endpunkt (*Import von Patienten*) innerhalb eines bestimmten medizinischen Leistungssektors (z.B. für zahnmedizinische Behandlungen) fungiert. Dies wäre z.B. auch dann der Fall, wenn eine Region (nur) Zielgebiet für schönheitschirurgische Eingriffe ist, zugleich aber auch Patienten mit Bedarf an chemotherapeutischen Interventionen exportiert<sup>16</sup> - wenn also im Zuge der Patientenmobilität medizinische Eingriffe ausschließlich *unterschiedlicher* Leistungsart involviert sind. Konsequenterweise sprechen wir hingegen von einer *multidirektionalen Aktivität*, wenn für die gleiche medizinische Leistungskategorie zumindest ein Ausgangs- und ein Endpunkt<sup>17</sup> innerhalb desselben geographisch umrissenen Territoriums liegen.

Wichtig ist in diesem Sinne die Frage, ab wann tatsächlich von einem *Patientenstrom* zwischen beiden Extrempunkten<sup>18</sup> gesprochen werden kann. Elementar für eine dahingehende Begriffsfestsetzung erscheint die Berücksichtigung der *Intensität grenzüberschreitender Patientenbewegungen*<sup>19</sup>. Analog zum Gedankengang von Geigant et al. (2000, 923) für Stromgrößen, definieren wir den Umfang des Patientenstroms **I** als *periodenbezogene Anzahl der grenzüberschreitenden Patienten pro Zeitraum, die sich behandlungsbedingt vom Ausgangs-*

<sup>16</sup> Wir stellen folglich die Art der medizinischen Intervention in den Mittelpunkt unserer Definition.

<sup>17</sup> Für nicht unmittelbar miteinander verbundene Extrempunkte.

<sup>18</sup> Hiermit definieren wir Ausgangs- und Endpunkte als Extrempunkte grenzüberschreitender Mobilität.

<sup>19</sup> Logisch mutet zunächst nur an, dass der einmalige Grenzübertritt eines einzelnen Patienten per se keinen Patientenstrom ausmacht.