

# Die Globalisierung lokaler Organisationen

## Krankenhäuser und Polarisierungen im Medizintourismus

Christopher Dorn

*Beitrag zur Veranstaltung »Organisationen in polarisierten Welten« der Sektion  
Organisationssoziologie*

### Krankenhäuser und Polarisierungen

Krankenhäuser sind Organisationen, an die eine Vielzahl unterschiedlicher Anforderungen gestellt wird, deren Erfüllung nicht zugleich optimiert werden kann. Sie sollen Patient/-innen hochwertige Diagnosen und Therapien anbieten, fürsorgliche Pflege leisten, klinische Forschung betreiben, medizinisches Personal ausbilden und das alles zu möglichst geringen Kosten. Auch wenn sich Zielkonflikte zwischen diesen Anforderungen ergeben können, so besteht doch der „Generalkonflikt“ (Rohde 1962, S. 323) des Krankenhauses in der wechselseitigen Limitierung der medizinischen und finanziellen Möglichkeiten der Organisation. W. Richard Scott (1982, S. 222) hat dies einmal als den Unterschied zwischen einer Mikro- und einer Makroperspektive auf die Behandlung thematisiert, der letztlich auf die Frage führt, ob alle möglichen Ressourcen für den/die einzelne/n Patient/-in aufgewendet werden, oder ob berücksichtigt wird, dass die Organisation über endliche Ressourcen verfügt und stets auch noch andere Patient/-innen zu behandeln sind, für die ebenso Ressourcen benötigt werden. Man kann dies auf die Formel bringen, dass nicht alles, was medizinisch möglich ist, auch bezahlbar ist, und nicht alles, was Profite erbringt, auch medizinisch sinnvoll ist. Wie Krankenhäuser mit diesem Zielkonflikt vor dem Hintergrund der je nationalen politischen, rechtlichen und professionellen Rahmenbedingungen umgehen, hat einen starken Einfluss auf den Zugang zur und die Qualität der Krankenhausbehandlung für die Bevölkerung und kann entsprechende Polarisierungen auslösen.

Dieser Einfluss lässt sich gut am Beispiel der USA beobachten, wo sowohl die Ergebnisse als auch der Zugang zu medizinischen Leistungen aufgrund der hohen Kosten sozial sehr ungleich verteilt sind. Hierbei führen die steigenden Gesundheitskosten, insbesondere für Krankenhausbehandlungen, zu einer großen finanziellen Belastung der Patient/-innen, die ihnen die Inanspruchnahme einer Behandlung erschweren oder gar unmöglich machen. So lag die Inflation im amerikanischen Gesundheitssektor, und dabei stehen Krankenhäuser an der Spitze der Entwicklung (Cooper et al. 2019), zwischen Oktober 2000 und Oktober 2022 bei 110,1 Prozent, während die Preise für andere Güter und Dienstleistungen lediglich um 71,3 Prozent stiegen (Wager et al. 2022). Insbesondere unversicherte und unterver-

sicherte<sup>1</sup> Patient/-innen sind davon hart betroffen. Dass die Kosten für medizinische Behandlungen existenzbedrohende Züge annehmen, zeigt sich auch darin, dass diese der häufigste Grund für Privatinsolvenzen in den USA sind (Himmelstein et al. 2019) und jährlich das Einkommen von Millionen Personen unter die Armutsgrenze drücken (Christopher et al. 2018). Dies führt insgesamt dazu, dass amerikanische Patient/-innen deutlich häufiger aus Kostengründen auf notwendige Behandlungen verzichten als in den anderen OECD-Ländern (Schoen et al. 2013).

Neben diese ökonomische Polarisierung im amerikanischen Gesundheits- und Krankenhauswesen tritt noch eine räumliche Polarisierung hinzu, die darauf beruht, dass Patient/-innen sich bei der Wahl eines Krankenhauses nicht allzu weit von ihrem Wohnort entfernen. Gesundheitsexpert/-innen in den USA betonen daher, dass die Krankenbehandlung stets eine lokale Angelegenheit sei. „When patients are admitted to hospitals, the admission generally takes place within a relatively short distance of where the patient lives“ (Wennberg und Cooper 1996, S. 289). Die entsprechenden Daten zu Krankenhäusern stützen diese Einschätzung. So zeigen die Einzugsgebiete („Hospital Service Areas“) der Krankenhäuser eine starke lokale Verankerung (Wennberg und Cooper 1996). Selbst für die hochspezialisierte tertiäre Versorgung (insbesondere größere kardiovaskuläre und neurochirurgische Eingriffe) zeigen sich ähnliche Ergebnisse und die entsprechenden Einzugsgebiete („Hospital Referral Regions“) sind ebenso lokal geprägt. Auch in Umfragen geben kaum mehr als zehn Prozent der Befragten an, für eine Krankenhausbehandlung schon einmal eine längere Anreise in Kauf genommen zu haben (Reisman 2010, S. 29). Für diesen lokalen Bias in der Krankenhausbehandlung gibt es mehrere Gründe. Zum einen machen die meisten Diagnose- und Therapieverfahren eine Kopräsenz von medizinischem Personal und Patient/-innen notwendig und eine lange Anreise bringt nicht nur finanzielle Nachteile mit sich, sondern gegebenenfalls auch solche hinsichtlich des Komforts der erkrankten Person und der Fortführung der Behandlung. Außerdem weisen sowohl die professionellen als auch die persönlichen Überweisungsnetzwerke eine lokale Konzentration auf, so dass entsprechende Empfehlungen und Überweisungen lokale Krankenhäuser bevorzugen. Schließlich begrenzen die Krankenversicherungen den Versicherungsschutz häufig auf bestimmte lokale Krankenhäuser. Sofern die Patient/-innen diese Bestimmungen ignorieren, entstehen nicht nur deutlich höhere Kosten, da sie nicht mehr die deutlichen reduzierten Tarife erhalten, die die Krankenversicherungen mit den Krankenhäusern aushandeln, sondern sie müssen diese auch noch mit einem höheren Eigenteil bzw. sogar vollständig selbst tragen. Zwar steht Patient/-innen also – je nach Versicherungstarif – eine lokal begrenzte Auswahl an Krankenhäusern offen, aber ein umfassendes „shopping around“ ist faktisch kaum möglich.

## Medizintourismus als Alternative zu einer lokalen Behandlung

Seit einigen Jahren probieren ausländische Krankenhäuser auf dem Markt für amerikanische Patient/-innen Fuß zu fassen. Sie versuchen dabei, die vorhandenen medizinisch-finanziellen Polarisierungen und die lokale Verankerung der Krankenhausbehandlung aufzuheben. Im Rahmen eines sogenannten Medizintourismus<sup>2</sup> bieten sie den amerikanischen Patient/-innen an, eine Reise zum jeweiligen Standort des Krankenhauses in einem anderen Land durchzuführen und dort ihre Krankenhausbehandlung zu

<sup>1</sup> Dies bezeichnet Personen, die aufgrund eines nicht ausreichenden Versicherungsschutzes oder hoher Selbstbeteiligungen großen finanziellen Belastungen durch die Behandlungskosten ausgesetzt sind.

<sup>2</sup> Dies ist ein Begriff aus dem Feld, der den Aspekt der temporären Ortsveränderung zum Zweck der medizinischen Behandlung hervorhebt. Bei umfangreicheren medizinischen Interventionen dürften typische Merkmale von touristischen Reisen wie Bildung oder Urlaub jedoch eine untergeordnete Rolle spielen. Aufgrund seiner breiten Verwendung im Feld und in der Forschung ziehe ich ihn aber alternativen Begriffen, wie „health tourism“ (Reisman 2010) oder „bio-medical travel“ (Roberts und Schepher-Hughes 2011), vor.

einem deutlich niedrigeren Preis als in den USA zu erhalten. Reisen zu medizinischen Zwecken sind wahrscheinlich so alt wie die Medizin selbst, aber in der Moderne erhielten Patient/-innen die Behandlung in einem ausländischen Krankenhaus typischerweise in zwei Fällen. Erstens wenn Geld für die Patient/-innen keine Rolle spielte und sie darum eine weltweite Auswahl aufgrund von Reputation und Qualität treffen konnten. Zweitens im Rahmen von wohltätigen Programmen, in denen Krankenhäuser Patient/-innen hochspezialisierte Behandlungen zukommen ließen, die in ihrem Heimatland nicht zugänglich waren. Diese Formen des Medizintourismus gibt es weiterhin. Außerdem gibt es spezialisierte Märkte für Schönheitsbehandlungen und Zahnmedizin. Darüber hinaus versuchen Patient/-innen, die in Ländern mit einheitlichen, meist staatlich finanzierten, medizinischen Pauschalleistungen leben, die dort entstehenden langen Wartezeiten durch eine Behandlung im Ausland zu verkürzen. Hier geht es aber um ein Feld des Medizintourismus, bei dem Patient/-innen notwendige Behandlungen, die zwar nicht unmittelbar durchgeführt werden müssen (z.B. Notfälle), aber auch nicht unbegrenzt verschoben werden können, in ausländischen Krankenhäusern durchführen lassen, weil sie sich diese in ihrer Heimat finanziell nicht leisten können.

Vorwiegend befinden sich diese Krankenhäuser in Entwicklungs- und Schwellenländern, etwa in Indien, Singapur und Thailand. Die preislichen Unterschiede zu den amerikanischen Krankenhäusern sind dabei gravierend, insbesondere für die unversicherten Patient/-innen. Beispielsweise kostet eine Herz-Bypass-Operation in den USA für unversicherte Personen im Mittel \$210.842, während die Krankenversicherungen für ihre Versicherten immer noch eindrucksvolle \$94.277 verausgaben müssen. Dieselbe Behandlung konnte man dagegen in Indien bereits für etwa \$10.000, in Thailand für \$12.000 und in Singapur für \$20.000 inklusive der Reisekosten bekommen (Herrick 2007, S. 11). Für diese Preisunterschiede gibt es verschiedene Ursachen. Zentral ist hierbei zu einem die weltweite ökonomische Polarisierung hinsichtlich der Löhne. Krankenhausbehandlungen sind sehr arbeitsintensiv und in den Schwellenländern verdient das ärztliche Personal im Durchschnitt etwa 40 Prozent und das Pflegepersonal etwa 80–95 Prozent weniger (Herrick 2007, S. 10). Zum anderen sind die Verwaltungskosten sehr viel niedriger, da die Krankenhäuser direkt mit den Medizintourist/-innen abrechnen und keine Krankenversicherung dazwischengeschaltet ist. Dagegen machen die Verwaltungskosten aufgrund des komplizierten Krankenversicherungssystems in den USA schätzungsweise zwischen 15 und 30 Prozent der Gesamtkosten aus (Tollen et al. 2020).

## Organisationale Unsicherheiten im Medizintourismus

Die Krankenhäuser, die Medizintourismus betreiben, versuchen von den Polarisierungen des amerikanischen Krankenhauswesens aber auch von globalen Polarisierungen zu profitieren und den amerikanischen Patient/-innen ein attraktives Angebot zu machen. Zugleich entstehen mit dem Medizintourismus aber auch Unsicherheiten für die Patient/-innen, die die Krankenhäuser bearbeiten müssen, damit die erkrankten Personen auch tatsächlich kommen. Die erste Unsicherheit ergibt sich aus der Preisdifferenz zu den amerikanischen Krankenhäusern, die nur isoliert betrachtet einen Wettbewerbsvorteil bietet. Denn diese Preisdifferenz ist zwar ein finanzieller Anreiz für die Patient/-innen, aber zugleich erzeugt sie auch Zweifel an der Qualität der angebotenen Krankenhausbehandlung. Patient/-innen streben nach der bestmöglichen Behandlung und modernen Therapieverfahren, die sie nicht zu diesen unverhofft niedrigen Preisen zu erhalten erwarten. Bei der Gesundheit als „Wert ohne Maß“ (Luhmann 1983, S. 29) steht nicht Sparsamkeit, sondern Effektivität, Qualität und Sicherheit im Vordergrund. Amerikanische Patient/-innen verbinden mit fortschrittlichen und neueren Technologien eine bessere

Behandlungsqualität. Hinsichtlich medizinischer Behandlung gelte: „old and plain is equated with deprivation“ (Emanuel und Fuchs 2008, S. 2790).

Für die Patient/-innen stellt sich also die Frage, ob diese Krankenhäuser „first world health care at third world prices“ (Turner 2007) bereitstellen können. Dabei ist es zunächst unerheblich, ob solche Qualitätsunterschiede zwischen den amerikanischen und den ausländischen Krankenhäusern tatsächlich bestehen, es reicht, wenn potenzielle Patient/-innen entsprechende „Statusüberzeugungen“ (Berger et al. 1977) aufweisen. So hält Reisman (2010, S. 55) fest: „The fact remains that developed people do not normally regard treatment in Dubai or Chennai as a step up to a higher plane. [...] They tend to regard medical care in the West as the best-quality treatment they can buy“. Darüber hinaus sind die amerikanischen Patient/-innen es nicht gewohnt, dass Krankenhäuser auf der Basis von Preisen konkurrieren, sondern auf Basis von Qualität, Reputation und Technologie. Dies liegt zum einen daran, dass die Preise mit den Krankenversicherungen ausgehandelt werden und deshalb nur diesen bekannt sind. Zum anderen sind amerikanische Krankenhäuser bekannt für ihre Preisintransparenz, an der sich trotz neuer gesetzlicher Vorgaben wenig geändert hat (PatientRightsAdvocate.org 2022). Die medizintouristischen Krankenhäuser müssen also glaubhaft vermitteln, dass ihr lokaler Kontext zwar ökonomisch peripher ist, aber deshalb nicht auch ihre medizinische Leistungsfähigkeit.

Die zweite Unsicherheit, die die ausländischen Krankenhäuser handhaben müssen, ergibt sich aus der lokalen Verankerung der Krankenhausbehandlung. Denn mit der räumlichen Distanz der Kontexte ergeben sich auch Eindrücke kultureller Andersheit.<sup>3</sup> Dies ist nicht unmittelbar ein Problem. Die moderne Gesellschaft hat ein hohes Maß an Indifferenz gegenüber solchen Andersheiten institutionalisiert und die funktionale Spezifikation der medizinischen Behandlungsinteraktion reduziert das Maß der Andersheit bereits (Stichweh 1997). Zudem werden solche Differenzen von den Patient/-innen zum Teil auch erwartet und, etwa im Tourismusbereich, als „reconstructed ethnicity“ (MacCannell 1992, S. 168) systematisch zur Schau gestellt. Eine Unsicherheitsproblematik entsteht erst, wenn diese Unterschiede Fremdheit auslösen, also „als Irritation oder Störung empfunden“ (Stichweh 2010, S. 162) werden. Solche Irritationen können dabei sowohl im vorhergehenden Entscheidungsprozess für eine Behandlung im Ausland oder auch während der Behandlung auftreten, etwa aufgrund stereotypisierender Wahrnehmungen des Personals.<sup>4</sup> Neben die Ausnahmesituation der Erkrankung (Carel 2018) tritt also auch noch eine Situation sozialer Differenz. Hierzu zählen viele Aspekte, wie die Alltagskultur, die Sprache, das Rechtssystem (sollte die Behandlung schief gehen) und insbesondere die Medizinkultur, auf die ich mich hier beschränken will. Zu dieser gehören beispielsweise unterschiedliche Ansichten über die Aufgaben und die Verantwortung der verschiedenen Personalgruppen und Hierarchiestufen im Krankenhaus und deren Verhältnis zu den Patient/-innen. Zudem sind Interpretation und Kommunikation von Angst, Beschwerden und Schmerz kulturell geprägt (Riesman 1961). Ebenso unterscheiden sich die Arten und Weisen, in denen Patient/-innen sich ihre Erkrankungen selbst verständlich machen – die sogenannten „patient explanatory models“ (Kleinman et al. 1978) – von denen erwartet wird, dass sie in einer Behandlungssituation berücksichtigt werden. Außerdem gibt es trotz aller Standardisierungsbemühungen in der modernen Biomedizin (Timmermans und Berg 2003) immer noch lokale Unterschiede in der Praxis. In diesem Sinne stellen Good und Hannah (2016, S. 466) fest: „From the perspective of clinicians, universalism is the heart of the culture of medicine. Yet we see from cross-national variation the influence that particular cultural traditions have in shaping local practices of medicine“.

---

<sup>3</sup> Zu Kultur als Vergleichsbegriff vgl. Luhmann (1999).

<sup>4</sup> Bereits im Inland gibt es in den USA teilweise negative Einstellungen der Patient/-innen gegenüber medizinischem Personal anderer Ethnien oder Herkunft (Filut et al. 2020; Malat et al. 2009).

## Die Bearbeitung der Unsicherheiten durch die Krankenhäuser

Die Krankenhäuser gehen mit diesen Unsicherheiten um, indem sie teilweise eigenständige Maßnahmen ergreifen, zugleich sind sie dabei aber auf die Unterstützung verschiedener intermediärer Organisationen angewiesen. Bei diesen Maßnahmen handelt es sich um solche, die der Imitation von Qualitäts- und Kultursignalen dienen, die mit amerikanischen Krankenhäusern assoziiert werden. Dabei kommt es aber nicht zu einer vollständigen Anpassung an diese organisationalen Vorbilder, vielmehr zielen die medizintouristischen Krankenhäuser auf etwas, das Durand und Kremp (2016) als „conventionality“ bezeichnen. Statt einer vollständigen Übereinstimmung konzentriert sich die Imitation somit auf einige hoch saliente Schlüsselmerkmale, die das gewünschte Bild kommunizieren sollen.

Zu den Maßnahmen, die die Krankenhäuser selbst ergreifen, gehört erstens das Personal, das sie beschäftigen. So stellen diese Krankenhäuser bevorzugt Personen ein, die zumindest teilweise in den USA ausgebildet wurden, die die Sprache beherrschen<sup>5</sup> und die amerikanische Kultur und Medizinkultur kennen. Weiterhin ist dieses Personal häufig Mitglied in amerikanischen Berufsverbänden und hat neben den lokalen auch die amerikanischen Lizenzierungsverfahren durchlaufen. Eine besondere Form der kulturellen Adaption hat dabei das *Bumrungrad International Hospital* in Thailand ergriffen und in seinem Gebäudekomplex Filialen von *McDonald's* und *Starbucks* eröffnet.

Zweitens werden die Krankenhäuser von „medical facilitators“ (Reisman 2010, S. 70) unterstützt. Dies ist eine recht diverse Gruppe von Organisationen, deren Aufgabe darin besteht, Kontakte zwischen den Patient/-innen und den Krankenhäusern herzustellen und so die Suchkosten zu reduzieren. Einige dieser Organisationen kommen direkt aus der Tourismusbranche und konzentrieren ihre Tätigkeit vor allem auf diese Aspekte des Medizintourismus, andere bieten auch medizinische Beratung an. Typischerweise haben diese Organisationen feste Verbindungen zu bestimmten Krankenhäusern oder sind auf bestimmte Länder spezialisiert. Diese Vorauswahl impliziert selbst schon einen gewissen Qualitätsstandard, da diese Intermediäre ein Eigeninteresse an einer zufriedenstellenden Beziehung zwischen Patient/-in und Krankenhaus haben, weil ihr eigenes Geschäft davon abhängt (Reisman 2010, S. 72). Inwiefern daraus auch eine Verantwortung für die Behandlungsergebnisse erwächst, ist aber umstritten. Einige dieser Intermediäre bieten auch Informationen über die Krankenhäuser in Form von Handbüchern oder Onlineratgebern.

Drittens werden die Krankenhäuser von relevanten Intermediären bewertet. Dazu gehören beispielsweise Krankenhausakkreditierungsorganisationen. Für die medizintouristischen Krankenhäuser ist die *Joint Commission International* von hoher Relevanz, die als globaler Ableger der wichtigsten amerikanischen Akkreditierungsorganisation – der *Joint Commission* – gegründet wurde, um die Einhaltung von medizinischen Standards durch Krankenhäuser international zu bestätigen. Darüber hinaus gibt es weitere in diesem Bereich tätige Organisationen, etwa *Global Healthcare Accreditation (GHA)*. Auch andere Organisationen, etwa aus dem Medienbereich, tragen zum Status der Krankenhäuser bei. So veröffentlicht das amerikanische Nachrichtenmagazin *Newsweek* ein weltweites Krankenhausranking, in dem sich einige medizintouristische Krankenhäuser in Gesellschaft amerikanischer Krankenhäuser finden.

Schließlich gehen diese Krankenhäuser auch Kooperationen mit renommierten amerikanischen Krankenhäusern und medizinischen Hochschulen ein. Ein Beispiel hierfür ist *Partners Harvard Medical International*, eine Non-Profit-Organisation, die aus einer Zusammenarbeit der *Harvard Medical School* und der hochangesehenen *Brigham and Women's Hospital* und *Massachusetts General Hospital* hervorgegangen ist, und internationalen Krankenhäusern fachliche Beratung anbietet. Neben solchen eher lose

---

<sup>5</sup> Zum Einfluss der Sprache auf die Kompetenzzuschreibung durch die Patient/-innen vgl. Baquiran und Nicoladis (2020).

gehaltenen Kooperationen, bei denen die amerikanischen Organisationen nicht für ihre internationalen Pendanten bürgen, gibt es auch intensivere Beziehungen, die etwa eine gemeinsame Behandlung von Patient/-innen einschließen, beispielsweise die zwischen dem weltweit anerkannten *Memorial Sloan-Kettering Cancer Center* in New York und dem *St. Luke's Medical Center* auf den Philippinen.

## Nebenwirkungen des Medizintourismus

Soweit es den medizintouristischen Krankenhäusern gelingt diese Unsicherheiten zu bearbeiten, kann man dem zunächst eine positive Wirkung zuschreiben. Denn das Aufbrechen und Neujustieren der üblichen Konfiguration von Medizin und Ökonomie sowie Lokalität der Krankenhausbehandlung ermöglicht einigen amerikanischen Patient/-innen notwendige Behandlungen. Wenngleich dies nur für solche Personen gilt, die zumindest über ein gewisses disponibles Kapital verfügen. Zugleich birgt diese Rekonfiguration aber auch das Potential von Nachteilen für die jeweilige lokale Bevölkerung (Chen und Flood 2013; Reisman 2010). Beispielsweise stehen die jeweiligen Landesregierungen dem Medizintourismus sehr positiv gegenüber und investieren viel Steuergeld in dessen Auf- und Ausbau sowie in die Herstellung einer internationalen Konkurrenzfähigkeit, z.B. in Form von Subventionen, Landzuweisungen, Zollbefreiungen oder Stipendien zur Ausbildung des entsprechenden Personals. Nicht nur könnten diese finanziellen Mittel, wie in jedem Fall, für andere Zwecke eingesetzt werden, sondern speziell könnten sie zum Aufbau medizinischer Programme genutzt werden, die stärker am Bedarf der einheimischen Bevölkerung anstatt an Medizintourist/-innen orientiert sind. Zwar erhofft man sich ein „Überschwappen“ der qualitativ hochwertigeren Behandlungsverfahren auf die lokale Bevölkerung, aber es ist nicht nur fraglich, ob man damit den Bedarf trifft, sondern auch, ob dies tatsächlich stattfindet. So wurde etwa die für ihre medizintouristische Ausrichtung bekannte Krankenhauskette *Apollo* von der indischen Regierung verklagt, weil ihre Krankenhäuser entgegen einer Vereinbarung nicht 40 Prozent ihrer ambulanten Behandlungskapazitäten kostenlos der armen Bevölkerung zur Verfügung stellten, sondern nur 0,0015 Prozent (Chen und Flood 2013, S. 294–295).

Weiterhin steigen durch den erhöhten Bedarf an gut ausgebildetem Personal nicht nur die Personalkosten für die überwiegend privaten medizintouristischen Krankenhäuser, etwa um eine Abwanderung ins Ausland zu verhindern, sondern auch für die öffentlichen Krankenhäuser, die mit dem privaten Sektor konkurrieren. Die hochwertigen Behandlungskapazitäten konzentrieren sich dabei vorwiegend auf die Großstädte und verschärfen so existierende Unterschiede zwischen Stadt und Land. Darüber hinaus entstehen die zusätzlichen Betten- und Personalkapazitäten vorwiegend im teuren Bereich, der für die lokale Bevölkerung meistens nicht erschwinglich ist. So gibt es Schätzungen für Thailand, wonach der Ressourcenbedarf zur Behandlung eines/r Medizintourist/-in dem von vier bis fünf einheimischen Patient/-innen entspricht (Chen und Flood 2013, S. 288). Bestehende soziale Ungleichheiten des Zugangs zu und der Qualität von Behandlungen können sich so zugunsten der lokalen Eliten verschärfen, weil nur sie die Mittel haben, um von den Verbesserungen durch den Medizintourismus zu profitieren. Die negativen Effekte betreffen dann vor allem die lokale Bevölkerung mit niedrigen Einkommen. Ihre Behandlung fällt dann wiederum auf die öffentlichen Systeme der Gesundheitsversorgung zurück.

## Fazit

Insgesamt zeigt sich am Fall dieser Art des Medizintourismus, wie Organisationen in der Lage sind, etablierte Konfigurationen zwischen unterschiedlichen gesellschaftlichen Erwartungen und Logiken, etwa

bezüglich Medizin und Ökonomie oder dem Globalen und dem Lokalen, zu verändern. Die Krankenhäuser profitieren dabei auch von ihrer produktiven Bearbeitung bestehender gesellschaftlicher Polarisierungen und deren Einfluss auf die Qualität und den Zugang zu Krankenhausbehandlungen. Sie tragen damit auch zu einer stärkeren globalen Integration der Kranken(haus)behandlung bei, deren Organisationen typischerweise stark lokal ausgerichtet und geprägt sind. Zugleich zeigt sich aber auch, dass das Publikum bestimmte Erwartungen hinsichtlich dieser Konfigurationen hegt („gute Krankenhausbehandlung ist teuer und findet lokal statt“), deren Veränderung Unsicherheiten produziert, mit denen die Organisationen umgehen müssen. Dabei werden diese Unsicherheiten nicht nur durch neue intraorganisationale Prozesse bearbeitet, sondern Intermediäre spielen eine zentrale Rolle bei der erfolgreichen Etablierung des Medizintourismus.

Diese globale Orientierung der medizintouristischen Krankenhäuser entfaltet dabei aber eine Eigen-dynamik, deren Effekte wiederum in ihrem lokalen Kontext spürbar werden. Hieran zeigen sich nicht nur regionale Unterschiede in der Weltgesellschaft, sondern es zeigt sich auch, dass Organisationen die Funktionssysteme zwar irritieren, aber doch nicht steuern können. Sie können keine Zielgerichtetheit der gesellschaftlichen Entwicklung auslösen (Luhmann 1998, S. 846). Die Krankenhäuser ähneln damit den von Sassen (2013) beschriebenen „global cities“, insofern sie eine globale Orientierung und Bedeutung aufweisen, aber für sich genommen zugleich nur bedingt Einfluss auf die weltweite Konfiguration der jeweiligen gesellschaftlichen Teilsysteme haben. Entsprechend kann der Medizintourismus vielleicht lokale Polarisierungen in den USA abmildern, zugleich aber die jeweiligen Empfängerländer betreffende Polarisierungen, globaler wie lokaler Art, nicht beheben bzw. sogar verstärken.

## Literatur

- Baquiran, Chin L. C., und Elena Nicoladis. 2020. A doctor's foreign accent affects perceptions of competence. *Health Communication* 35:726–730.
- Berger, Joseph, M. H. Fişek, Robert Z. Norman und Morris Zelditch Jr. 1977. *Status characteristics and social interaction. An expectation-states approach*. New York: Elsevier.
- Carel, Havi. 2018. *Phenomenology of illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Chen, Y. Y. B., und Colleen M. Flood. 2013. Medical tourism's impact on health care equity and access in low- and middle-income countries: making the case for regulation. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 41:286–300.
- Christopher, Andrea S., David U. Himmelstein, Steffie Woolhandler und Danny McCormick. 2018. The effects of household medical expenditures on income inequality in the United States. *American Journal of Public Health* 108:351–354.
- Cooper, Zack, Stuart Craig, Martin Gaynor, Nir J. Harish, Harlan M. Krumholz und John van Reenen. 2019. Hospital prices grew substantially faster than physician prices for hospital-based care in 2007–14. *Health Affairs* 38:184–189.
- Durand, Rodolphe, und Pierre-Antoine Kremp. 2016. Classical deviation: Organizational and individual status as antecedents of conformity. *Academy of Management Journal* 59:65–89.
- Emanuel, Ezekiel J., und Victor R. Fuchs. 2008. The perfect storm of overutilization. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 299:2789–2791.
- Filut, Amarette, Madelyn Alvarez und Molly Carnes. 2020. Discrimination toward physicians of color: A systematic review. *Journal of the National Medical Association* 112:117–140.
- Good, Mary-Jo DelVecchio, und Seth Hannah. 2016. Medical cultures. In *The SAGE Handbook of Cultural Sociology*, Hrsg. David Inglis und Anna-Mari Almila, 458-469. London, Thousand Oaks: SAGE.
- Herrick, Devon M. 2007. *Medical tourism: Global competition in health care*. NCPA Policy Report No. 304.



- Kleinman, Arthur, Leon Eisenberg und Byron Good. 1978. Culture, illness, and care. Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medicine* 88:251–258.
- Luhmann, Niklas. 1983. Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In *Die Anspruchsspirale. Schicksal oder Systemdefekt?*, Hrsg. Philipp Herder-Dorneich und Alexander Schuller, 28–49. Stuttgart: Kohlhammer.
- Luhmann, Niklas. 1998. *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luhmann, Niklas. 1999. Kultur als historischer Begriff. In *Gesellschaftsstruktur und Semantik. Studien zur Wissenssoziologie der modernen Gesellschaft. Band 4*, 31–54. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- MacCannell, Dean. 1992. *Empty meeting grounds. The tourist papers*. London: Routledge.
- Malat, Jennifer, Michelle van Ryn und David Purcell. 2009. Blacks' and whites' attitudes toward race and nativity concordance with doctors. *Journal of the National Medical Association* 101:800–807.
- PatientRightsAdvocate.org. 2022. Third semi-annual hospital price transparency report. <https://www.patientrightsadvocate.org/august-semi-annual-compliance-report-2022> (Zugegriffen: 12. Januar 2023).
- Reisman, David A. 2010. *Health tourism. Social welfare through international trade*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Roberts, Elizabeth F., und Nancy Scheper-Hughes. 2011. Introduction: Medical Migrations. *Body & Society* 17:1–30.
- Rohde, Johann Jürgen. 1962. *Soziologie des Krankenhauses. Zur Einführung in die Soziologie der Medizin*. Stuttgart: Enke.
- Sassen, Saskia. 2013. *The global city. New York, London, Tokyo*. Princeton: Princeton University Press.
- Schoen, Cathy, Robin Osborn, David Squires und Michelle M. Doty. 2013. Access, affordability, and insurance complexity are often worse in the United States compared to ten other countries. *Health Affairs* 32:2205–2215.
- Scott, W. R. 1982. Managing professional work: three models of control for health organizations. *Health Services Research* 17:213–240.
- Stichweh, Rudolf. 1997. Der Fremde – Zur Soziologie der Indifferenz. In *Furcht und Faszination. Facetten der Fremdheit*, Hrsg. Herfried Münkler, 45–64. Berlin: Akademie-Verlag.
- Stichweh, Rudolf. 2010. *Der Fremde. Studien zu Soziologie und Sozialgeschichte*. Berlin: Suhrkamp.
- Timmermans, Stefan, und Marc Berg. 2003. *The gold standard. The challenge of evidence-based medicine and standardization in health care*. Philadelphia: Temple University Press.
- Tollen, Laura, Elizabeth Keating und Alan Weil. 2020. How administrative spending contributes to excess US health spending. <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/forefront.20200218.375060/full/> (Zugegriffen: 12. Januar 2023).
- Turner, Leigh. 2007. 'First world health care at third world prices': Globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties* 2:303–325.
- Wager, Emma, Shameek Rakshit, Paul Hughes-Cromwick, Krutika Amin und Cynthia Cox. 2022. How does medical inflation compare to inflation in the rest of the economy? [https://www.healthsystemtracker.org/brief/how-does-medical-inflation-compare-to-inflation-in-the-rest-of-the-economy/#Cumulative%20percent%20change%20in%20Consumer%20Price%20Index%20for%20All%20Urban%20Consumers%20\(CPI-U\)%20for%20medical%20care%20and%20for%20all%20goods%20and%20services,%20October%202000-%20-%20October%202022](https://www.healthsystemtracker.org/brief/how-does-medical-inflation-compare-to-inflation-in-the-rest-of-the-economy/#Cumulative%20percent%20change%20in%20Consumer%20Price%20Index%20for%20All%20Urban%20Consumers%20(CPI-U)%20for%20medical%20care%20and%20for%20all%20goods%20and%20services,%20October%202000-%20-%20October%202022) (Zugegriffen: 12. Januar 2023).
- Wennberg, John E., und Megan M. Cooper. 1996. *The Dartmouth Atlas of Health Care*. Chicago: American Hospital Publishing.