universität wien

MAGISTERARBEIT / MASTER'S THESIS

Titel der Magisterarbeit / Title of the Master's Thesis

„Medizintourismus: Geschäft mit der Gesundheit.
Entscheiden und Entscheidung: die Rolle des sozialen Kapitals bei der Entscheidung nach Österreich zur Behandlung zu kommen"

verfasst von / submitted by

Anastasiya Zlyhastseva, Bakk.phil.

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2019 / Vienna, 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt / degree programme code as it appears on the student record sheet:	UA 066 841
Studienrichtung lt. Studienblatt / degree programme as it appears on the student record sheet:	Magisterstudium Publizistik- u. Kommunikationswissenschaft
Betreut von / Supervisor:	Ass.-Prof. Mag. rer. soc.Oec. Dr. phil. Klaus Lojka

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Wien, September 2019_____

Anastasiya Zlyhastseva

Danksagung

Hiermit möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

An erster Stelle möchte ich mich bei meinen Eltern und meinem Bruder bedanken, die immer auf an meiner Seite standen. Ohne ihren Glauben an mich und ohne ihre Unterstützung hätte ich weder ganz alleine ins Ausland zu gehen und dort zu leben noch ein Studium in einer fremden Sprache bewältigt. Gott weiß, wie viele Male ich alles aufgeben wollte!

Mein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Ass.-Prof. Dr. Klaus Lojka für seine freundliche Unterstützung und Geduld!

Ich möchte mich recht herzlich bei meinen Freundinnen bedanken, vor allem Anna Knorr, Natalia Shvets und Yaroslava Bulanenkova, die mir stets mit Rat und Tat zur Seite standen. Ich bedanke mich auch bei den geduldigen Korrekturleserinnen und bei allen anderen, die, ohne gefragt zu werden, mehr oder weniger an meiner Arbeit beteiligt wurden: KundInnen, KollegInnen und andere Beteiligte.

Inhaltsverzeichnis

EINLEITUNG **10**

1. MEDIZINTOURISMUS ALS PHÄNOMEN **14**

1.1. WAS IST MEDIZINTOURISMUS? 14

1.2. LITERATURRECHERCHE UND FORSCHUNGSTAND 18

1.3. KOMMUNIKATIONSMODELLE 25

1.3.1. Elaboration-Likelihood-Modell (ELM) *26*

1.3.2. Uses-and-Gratifications Approach *28*

1.3.3. Agenda – Setting- Ansatz *28*

1.3.4. Gatkeeper Konzept *29*

2. MARKTÜBERBLICK MEDIZINTOURISMUS UND GLOBALE TRENDS **30**

2.1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG DES MEDIZINTOURISMUS 30

2.2. GRÜNDE FÜR EINE REISE, WARUM FAHREN DIE MENSCHEN INS AUSLAND? 33

2.3. MEDIZINTOURISTINNEN – WER IST DAS ÜBERHAUPT? 35

2.4. BEGÜNSTIGENDE UND HEMMENDE FAKTOREN FÜR DEN MEDIZINTOURISMUS 38

2.5. FÜHRENDE LÄNDER DES MEDIZINTOURISMUS: GUS-LÄNDER ALS „EXPORT LÄNDER“ 40

2.6. DIE AKTUELLE POSITION DES MEDIZINISCHEN TOURISMUS IN ÖSTERREICH 41

2.7. MEDIZINISCHE VERSORGUNG IN DEN GUS-STAATEN. 42

2.8. RISIKO IM MEDIZINISCHEN TOURISMUS 43

2.9. KOMPONENTEN DES MEDIZINTOURISMUS UND INFRASTRUKTUR 45

2.9.1. Infrastruktur *45*

2.9.2. Produkt *46*

2.9.3. Markenbildung *47*

2.9.4. Distributionskanäle *48*

2.9.4.1. Distributionskanäle in Österreich 50

3. EMPIRISCHE TEIL **55**

3.1. FORSCHUNGSFRAGE UND HYPOTHESEN 55

3.2. METHODE UND ERHEBUNGSINSTRUMENT 60

3.3. AUSWAHL DER PROBANDEN 61

3.4. PRETEST 63

3.5. DURCHFÜHRUNG 63

3.6. FRAGEBOGEN 63

3.7. OPERATIONALISIERUNG 65

4. AUSWERTUNGSMETHODOLOGIE UND DARSTELLUNG **68**

4.1. ERGEBNISSE. DESKRIPTIVE STATISTIKEN. 69

4.1.1. Demographie ... *69*
4.1.2. Kenntnisse über AT medizinische Tourismus ... *71*
4.1.3. Soziale Netzwerke ... *72*
4.1.4. Persönliche Netzwerke ... *75*
4.1.5. Kommunikationsformen ... *76*
4.1.6. Entscheidungen ... *79*
4.1.6.1. Wachsamkeit ... 79
4.1.6.2. Selbstzufriedenheit ... 80
4.1.6.3. Selbstvertrauen ... 81
5. CONCLUSIO ... 96
6. SCHLUSSFOLGERUNGEN UND AUSBLICK ... 106
QUELLENVERZEICHNIS ... 109
MONOGRAPHIEN/SAMMELBÄNDE ... 109
FACHZEITSCHRIFTEN ... 112
INTERNETQUELLEN ... 116
ABBILDUNGSVERZEICHNIS ... 118
TABELLENVERZEICHNIS ... 119
ANHANG A: FRAGEBOGEN (DEUTSCH) ... 120
ANHANG B: FRAGEBOGEN (RUSSISCH, SCREENSHOT) ... 126
ANHANG C: ADMQ ITEMS (ENGLISH) ... 138
ANHANG D: SELFREPORT „MEDICAL TOURISM & ME“ ... 140
ABSTRACT DEUTSCH ... 141
ABSTRACT ENGLISH ... 142

Über Entschlusskraft und Schöpfung gibt es eine grundlegende Wahrheit. Die Unkenntnis davon zerstört unzählige Ideen und großartige Pläne und das ist es, dass in dem Moment, da jemand sich endgültig verpflichtet, dann auch die göttliche Vorsehung Einzug hält. Alle möglichen Dinge ereignen sich, um diesem zu helfen, Dinge, die sich sonst nie ereignet hätten. Ein ganzer Strom von Ereignissen ergibt sich aus der Entscheidung.

Sie ruft für jenen, der die Entscheidung getroffen hat, alle möglichen Vorkommnisse und Zusammenkünfte und stoffliche Hilfe hervor, von der kein Mensch sich hätte träumen lassen, dass sie auf diese Weise eintreffen würden. Was immer Du tun kannst, oder wovon Du träumst, Du könntest es tun: beginne damit. Kühnheit trägt Genius, Macht und Zauber in sich. Beginne es jetzt.

(*Johann Wolfgang von Goethe*)

Einleitung

Das Phänomen des Medizintourismus geht auf das antike Griechenland zurück und im 14. bis 19. Jahrhundert war es für AristokratInnen Mode, „in die Gewässer zu gehen“, d. h. in die an den Thermal- oder Mineralquellen gelegenen Kurorte (vgl. Li/Cui 2014; vgl. Connel 2006). Im 20. Jahrhundert reisten PatientInnen aus Entwicklungsländern massiv in Industrieländer, um sich dort behandeln zu lassen, wo dies zu Hause nicht möglich war. Dieser Trend wandelte sich im 21. Jahrhundert allmählich in das Gegenteil: Reisen von BürgerInnen aus Industrieländern in Entwicklungsländer zur Behandlung oder Rehabilitation. Der jüngste Trend ist auf eine Reihe von Faktoren zurückzuführen: unterschiedliche Behandlungskosten bei vergleichbarer Qualität, unterschiedliche Wartezeiten, der Wunsch nach Vertraulichkeit, das Fehlen einer Versicherung für eine Reihe von Verfahren, der Wunsch, die Behandlung mit einer Erholung zu kombinieren und andere Faktoren spielen hier mit.

Der Medizintourismus kann in drei Gruppen unterteilt werden: Medizin-, Gesundheits- und Wellnesstourismus. Im Jahre 2017 betrug das Volumen des Medizintourismusmarktes allein in den USA mehr als 50 Billionen US-Dollar, daran nahmen 15 Millionen PatientInnen teil (vgl. Davison/Hayes/La Bove et al. 2018: 1075). Viele Länder haben bereits die Möglichkeit gesehen, in diesen Markt einzusteigen. So führten US-amerikanische Versicherungsunternehmen, die den Nutzen für sich und die PatientInnen erkannt haben, bereits den Medizintourismus (hauptsächlich nach Indien und Costa Rica) als zusätzliche Möglichkeit ein (vgl. Paul/Barker/Watts et al. 2017:326f).

In Ländern, in denen der Medizintourismus stattfindet, einschließlich Österreich, ist er eine wichtige Haushaltsquelle, weshalb Maßnahmen zur PatientInnengewinnung bereits in nationalen Programmen enthalten sind, die auf den natürlichen, historischen und sozialen Merkmalen des Landes beruhen. Bei der Entwicklung dieser Programme müssen natürlich nicht nur die Möglichkeiten des Landes berücksichtigt werden, sondern auch die Motivation der PatientInnen, zur Behandlung und Rehabilitation ins Ausland zu reisen.

Die russischsprachigen KundInnen sind nicht überall beliebt. Es mag ja sein, dass sie „barbarisch“ und laut sind, aber die RussInnen sind großzügig und kaufen fleißig ein. Die Winterresorts freuen sich auf russische KundInnen, denn

in der Saison machen die RussInnen gute Umsätze. Es geht natürlich nicht um alle RussInnen, nur um diejenigen, die sich Urlaub im Ausland leisten können. Die Wirtschaftskrise 2017 hatte negative Auswirkungen auf den österreichischen Tourismus: viele sogar reiche RussInnen konnten sich den Winterurlaub in den früher beliebten Regionen wie St. Anton, Ischgl, Kitzbühel und Sölden nicht mehr leisten. Auch Kliniken haben ihre PatientInnen verloren, waren zum Teil leer und stellten enorme Verluste fest. Die touristischen Agenturen in Österreich, die auf russische KundInnen ausgerichtet wurden, haben (oder waren) zum Teil geschlossen oder haben ihr Wirtschaftsinteresse gewechselt. Mit der Zeit hat sich die Situation wieder verbessert: in den Kliniken ist die russische Sprache wieder deutlich zu hören, Skiorte sind wieder voll und im Moment laufen die Geschäfte wieder.

Die ausführliche Literaturrecherche hat ergeben, dass der Medizintourismus als Phänomen bis jetzt im deutschsprachigen Raum nicht erforscht wurde und eine Forschungslücke aufweist. Der englischsprachige Raum hat in diesem Sinne etwas mehr Erfahrung und Studien, es gibt aber keine systematischen Studien und primäres Marketing des Medizintourismus ist kein aktuelles Thema. Die ForscherInnen und WissenschaftlerInnen beschäftigen sich eher mit den anderen Komponenten des Medizintourismus, wie soziale und wirtschaftliche Aspekte, Infrastruktur und Rechtstruktur. Es kann sein, dass die Gründe dafür an der Sensibilität und Besonderheit des Phänomens liegen: Gesundheit ist etwas ganz Besonderes. Es wird ungern offen darüber gesprochen und die Werbung soll deswegen dementsprechend gestaltet und angepasst werden (auch den Richtlinien des Werberates entsprechend). Die Privatsphäre der PatientInnen ist tabu. Nichtsdestotrotz, die Entscheidung ins Ausland zu fahren treffen die PatientInnen nicht spontan, sondern mit Hilfe von verschiedenen Faktoren: es kann sowohl Werbung verschiedener Art sein, viel öfter sind das jedoch die persönlichen Kontakte, anders gesagt- Mundpropaganda. Die Empfehlungen, die aus Bekanntschaft- und Freundschaftskreisen kommen sind besonders vertrauenswürdig. Jedoch muss jeder die endgültige Entscheidung eigenständig treffen. In der Psychologie wird das Entscheidungsverfahren als ein kognitiver Prozess angesehen, dessen Ergebnis die Wahl zwischen mehreren Meinungen oder Tätigkeiten ist, wenn noch mehrere alternative Möglichkeiten vorhanden sind. Wie PatientInnen zur Entscheidungsfindung kommen und wie dies durch

soziales Kapital bewirkt werden kann (wenn überhaupt) – ist das Thema dieser Arbeit.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Thema „*Medizintourismus: Geschäft mit der Gesundheit. Entscheiden und Entscheidung: die Rolle des sozialen Kapitals bei der Entscheidung nach Österreich zur Behandlung zu kommen“*. So vereinigt das Thema vier Aspekte: Medizintourismus, soziales Kapital und die Rolle von diesem im Entscheidungsverfahren das Ganze wird noch anhand russischsprachiger KundInnen (weiter auch *PatientInnen*) spezifiziert.

Mit dieser Arbeit soll ein Blick auf den Forschungstand geworfen und neue Ergebnisse hervorgebracht werden. Ziel dieser Arbeit ist es, das Phänomen Medizintourismus explizit in Österreich zu beschreiben. Dabei wird auf folgende Fragen eingegangen:

- Wie werden russischsprachige PatientInnen auf Österreich als Behandlungsland aufmerksam?
- Welche Werbekanäle waren bei der Entscheidung am meisten besonders effektiv?
- Welche Rolle spielt soziales Kapital bei der Wahl des Landes und im welchem Zusammenhang befinden diese Merkmale?

Das Erkenntnissinteresse liegt in der eigenen Berufserfahrung der Verfasserin dieser Arbeit. Tiefe grundliegende Kenntnisse des Marktes und der Beteiligten bringen viele Vorteile gegenüber Konkurrenten und großen Firmen, die PatientInnen nach Österreich vermitteln. Um die richtigen Werbekanäle zu verwenden, ist es wichtig zu wissen, welche Kanäle von Seite der RezipientInnen überhaupt wahrgenommen werden und welche eher nicht.

Die Arbeit setzt sich aus dem Erkenntnisinteresse und einer Forschungsfrage zusammen. Ausgehend vom Erkenntnisinteresse und den oben gestellten Fragen wurde am Anfang der Arbeit eine Forschungsfrage und die daraus abgeleitete Haupthypothese formuliert, die später dann spezifiziert und aufgeteilt wird:

FF1: *Inwiefern beeinflusst soziales Kapital die Wahl des Landes, in dem eine Behandlung stattfinden soll?*

H1: *Je größer das soziale Kapital einer Person ist, desto leichter fällt die Entscheidung für ein Land, in dem die medizinische Behandlung stattfinden wird.*

Um diese Frage zu beantworten, wurde die Arbeit in vier Schritten erstellt:
Das **erste** Kapitel setzt sich mit dem Begriff *Medizintourismus* auseinander. Hier wird auf Begriffsdefinitionen und Abgrenzungen eingegangen. Gründliche Recherche, aktuelle Forschungsstand und mögliche Forschungslücke sind hier zu finden. Unter anderem soll das Kapitel soll auch die wissenschaftlichen Theorien, die den Rahmen dieser Arbeit bilden, erläutern: es werden hauptsächlich vier wirksame Kommunikationsmodelle vorgestellt: Elaboration Likelihood Model (ELM), Uses -and- Gratifications Approach, Agenda- Setting-Ansatz und Gatkeepers Konzept.
Das **zweite** Kapitel setzt sich mit dem Medizintourismus als System auseinander: Medizintourismus existiert nicht alleine und ist ohne spezifische Komponenten nicht denkbar. Er ist ein System, das sich permanent in gegenseitiger Wechselwirkung befindet. Um den empirischen Teil nachvollziehen und verstehen zu können, müssen auch Distributionskanäle und ihre Funktionen, über welche die PatientInnen nach Österreich kommen, ausführlich beschrieben werden. Wie bereits erwähnt, ist Medizintourismus kein neues Phänomen. Als Beweis dafür wird in diesem Kapitel auch die historische Entwicklung des medizinischen Tourismus angesprochen. Wer sind die MedizintouristInnen und welche Typologie der PatientInnen existieren – alle diese Fragen sind im Vordergrund dieses Kapitels.
Das **dritte** Kapitel widmet sich der empirischen Studie. Ziel dieser Arbeit ist, Forschungsfragen zu beantworten. Um dieses Ziel zu erreichen und eine wissenschaftlich kompetente Stellungnahme zu bekommen, wurde auf die Online-Befragung als Methode zurückgegriffen.
Kapitel **Vier** widmet sich letztendlich der Auswertung des Fragebogens. Es wird hier sowohl ein Ausblick auf die Perspektive des Medizintourismus gegeben als auch auf die mögliche Entwicklung eingegangen. Die Ergebnisse der Befragung werden hier diskutiert.

1. Medizintourismus als Phänomen

Gegenstand dieses Kapitels sind die theoretischen Grundlagen des Medizintourismus und dessen Formen. Im Folgenden sollen neben einer Erläuterung der relevanten Fachbegriffe und Abgrenzung insbesondere die historische Entwicklung des Medizintourismus aufgezeigt werden.

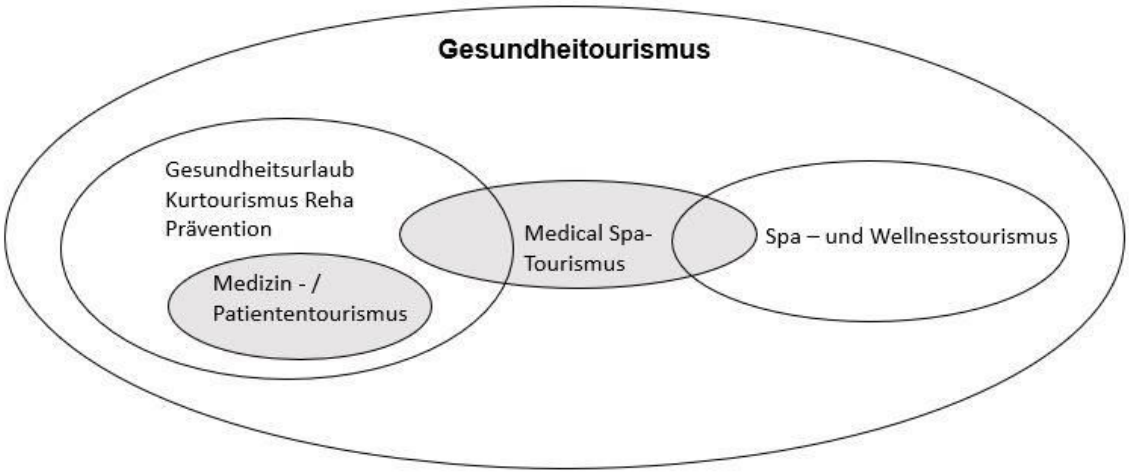
1.1. Was ist Medizintourismus?

Gesundheitstourismus, Wellness, Heilbäder, Erholungsurlaub, Kuren, Rehabilitation – sind das Synonyme oder sind das Begriffe, die verschiedene Marktsegmente aufklären? Diese Begriffe werden meistens fälschlicherweise gleichgesetzt. Mit der Entwicklung des medizinischen Tourismus in den letzten Jahren steigt auch die Ausdifferenzierung von einzelnen gesundheitstouristischen Segmenten und dadurch kommt es zur strengeren Differenzierung von Begriffen (vgl. Quast 2009:1).

Sowohl in der Literatur als auch im alltäglichen Sprachgebrauch wird aber oft der *Medizintourismus* mit dem Begriff *Gesundheitstourismus* gleichgesetzt.

Der Begriff *Medizintourismus* (eng. *medical Tourism*) setzt sich aus den beiden Wörtern „*Medizin*“ und „*Tourismus*“ zusammen. Dadurch wird ein Trend beschrieben, „der sowohl touristische Eigenschaften als auch medizinische Merkmale aufweist“ (vgl. Quast 2009:4).

Abbildung 1: Abgrenzung des Gesundheitstourismus



Quelle: Buchholz 2013.

Wie die Abbildung 1 zeigt, umfasst der Begriff Gesundheitstourismus auch andere Begriffe, in denen der Gesundheitstourismus als System mit mehreren Subsystemen dargestellt ist. Dabei steht Gesundheitstourismus als Oberbegriff für zwei Hauptsegmente: Gesundheits-/Kur- bzw. Medizintourismus (Medizin im Fokus) und Spa-/Wellness-Tourismus (Entspannung im Fokus) (vgl. Buchholz 2013).

Die Literaturrecherche hat ergeben, dass für den Begriff *Gesundheitstourismus* sowie *Medizintourismus* keine einheitlichen Definitionen existieren. Nachfolgend einige Definitionsansätze, um Verwirrungen zu vermeiden.

Beispielweise Gerzer (2012: 241) gibt folgende Definition:

> *„Als Medizintourismus bezeichnet man die gezielte Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen und Operationen im Ausland, wobei der Aufenthalt im Zielland i.d.R. die Dauer eines Urlaubs nicht übersteigt".*

Berg (2008:39) definiert Gesundheitstourismus wie folgt:

> *„Die Zielsetzung von Gesundheitstourismus ist im Wesentlichen die Erhaltung, Stabilisierung oder die Wiederherstellung der Gesundheit an einem fremden Ort, an welchem – um ihn von einem normalen Urlaubs- oder Ferienaufenthalt zu unterscheiden – die Gesundheitsleistungen einen Schwerpunkt finden".*

Lunt/Smith/Exworthy et al. (2011:7):

> *„…Medical tourism as when consumers elect to travel across international borders with the intention of receiving some form of medical treatment. This treatment may span the full range of medical services, but most commonly includes dental care, cosmetic surgery, elective surgery, and fertility treatment".*

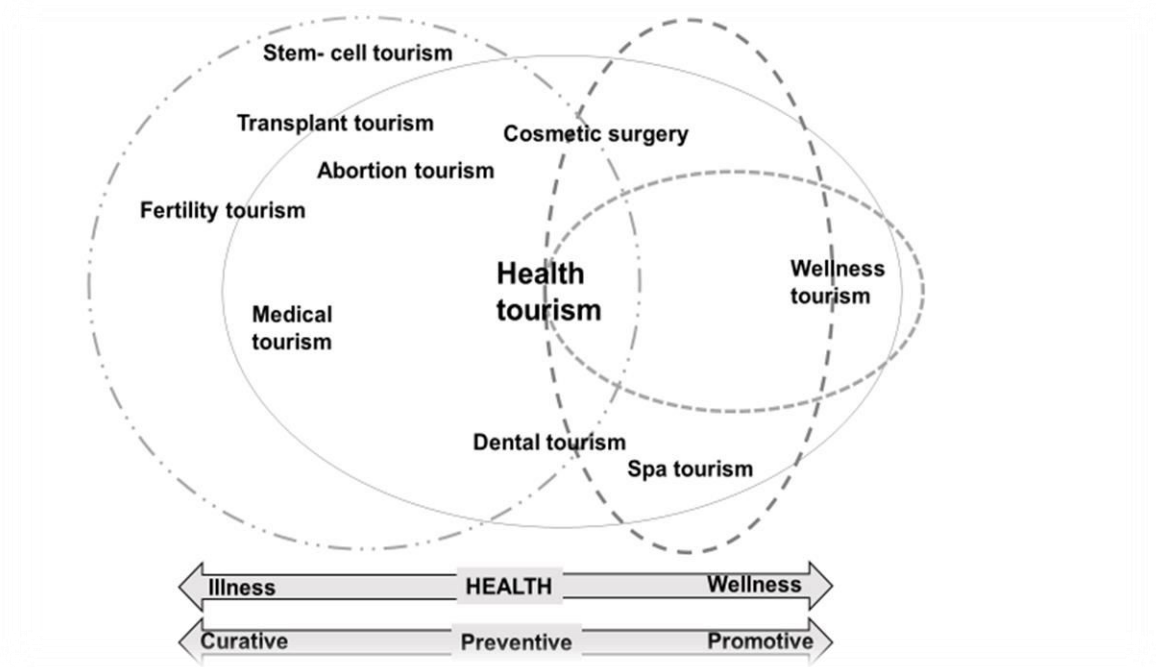
Carrera/Bridges (2006:449) unterscheiden Gesundheit- und Medizintourismus wie folgt:

> *„…health tourism as 'the organized travel outside one's local environment for the maintenance, enhancement or restoration of the individual's wellbeing in mind and body". Medical tourism in the meantime is 'the organized travel outside one's natural healthcare jurisdiction for the enhancement or restoration of the individual's health through medical intervention".*

Wie zu erkennen ist, haben alle Begriffe zumindest eines gemeinsam: Medizintourismus und Tourismus zeichnen sich durch eine freiwillige

Grenzüberschreitung aus. Mit einem wesentlichen Unterschied: medizinischer Tourismus hat als Ziel Behandlung, die meistens im Vorab organisiert wurde.
In dieser Arbeit wird Medizintourismus als eine Reise ins Ausland verstanden, die als primäres Ziel medizinische Behandlung hat.
In Abbildung 2 ist Medizintourismus, Spa- und Wellnesstourismus im Rahmen des Gesundheitstourismus dargestellt:

Abbildung 2: Segment der Medizintourismus



Quelle: Hall 2011:8.

Die Abbildung 2 zeigt, worauf sich diese Segmente fokussieren: auf Kontinua von Wellness zu Krankheit und die Förderung der Gesundheit durch präventive und kurative Gesundheitskonzepte. Der Medizintourismus hat in der Regel einen kurativen Fokus.
Der Fokus dieser Arbeit liegt ausschließlich auf dem Medizintourismus und der Mobilität der PatientInnen, die aus verschiedenen Gründen eine medizinische Behandlung im Ausland in Anspruch nehmen wollen.
Im Vorfeld ist es sinnvoll, den Medizintourismusmarkt als System zu beschreiben, um festzustellen, von welchen Seiten dieses Segment überhaupt betrachtet werden kann.
Nun stellt sich die Frage: Was ist Gesundheit? Was hat eigentlich *Gesundheit* mit *Tourismus* zu tun?

Alle oben genannten Begriffe haben ein gemeinsames wichtiges Ziel bzw. ein Motiv oder einen Grund: die Gesundheit zu fördern, zu erhalten oder zu verbessern. Dieser Trend – präventiv zu handeln – nimmt heutzutage einen sehr hohen Stellenwert ein. Eine interessante Erklärung hierzu liefert Berg (2008:5):

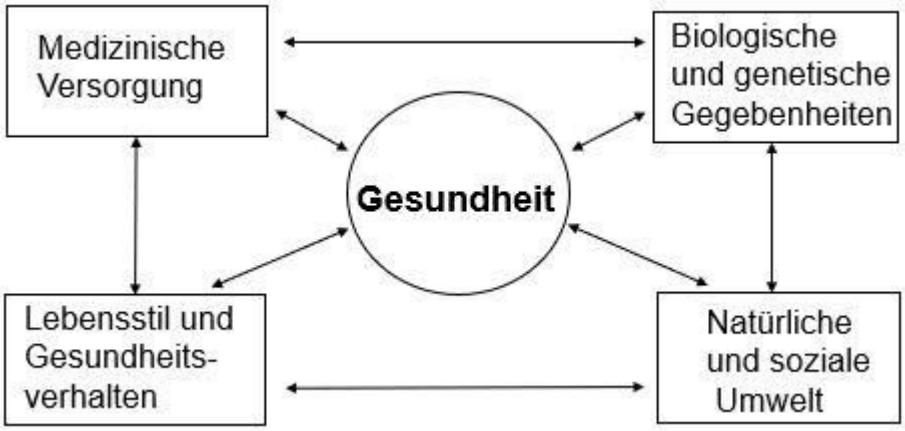
> *„… bis in das späte 19. Jahrhundert glaubten viele Menschen des christlichen Glaubens im Abendland, das nach dem irdischen Leben, das ewige Leben beginnen würde, was dazu führte, dass auf die irdische Gesundheit nicht sonderlich geachtet wurde. Durch die Säkularisierung und dem damit einhergehenden Bedeutungsverlust der Religion wurde das Leben nach dem Tod „abgeschafft", die Gesundheit gerät zum letzten Wert in einer Gesellschaft mit schwindenden Wertvorstellungen".*

Es ist modern, gesund zu sein. Ein erfolgreicher Mensch ist gesund, fit, aktiv und fühlt sich wohl. Lebensquantität und Lebensqualität werden immer wichtiger für den Alltag (vgl. Berg 2008:5). Die Gesundheit ist nicht nur ein großer Wunsch, sondern auch ein Grundwert. Gesundheit ist ein knappes ökonomisches Gut, dessen Bedarf jedoch nicht eingeschränkt ist. Die Menschen versuchen diese Knappheit zu bewältigen und handeln präventiv. Es ist einfacher, der Krankheit vorzubeugen, als diese dann zu behandeln (vgl. Berg 2008: 8).
Gesundheit ist in ihrer volkswirtschaftlichen Bedeutung ein besonderes, „höheres Gut" und unterscheidet sich von anderen Gütern grundsätzlich durch drei Besonderheiten:

- sie ist im wesentlichen Maße durch Zufall bestimmt,
- dem Individuum fehlen die Kenntnisse, welche Möglichkeiten es hat (haben könnte), um die Gesundheit (wieder-)herzustellen
- die Gesundheit des Einzelnen kann sich auch auf den Nutzen der übrigen Mitglieder der Gesellschaft auswirken (vgl. Zweifel 1993: 361).

Im Rahmen der klientenzentrierten Psychotherapie spricht Carl Rodgers von Kongruenz. Es ist nichts anderes, als Balance, Wohlbefinden und Übereinstimmung. Ein Individuum versucht stets in und mit seiner Umwelt ein Optimum an Wohlbefinden zu finden. Wenn diese Balance erreicht ist, fühlt der Mensch sich wohl und gesund. Dementsprechend werden von Gutzwiller/Jeanneret (1996:24) vier Faktoren definiert, die diesen Zustand beeinflussen können:

Abbildung 3: Einflussfaktoren auf die Gesundheit



Quelle: Gutzwiller/Jeanneret 1996:24.

Daraus folgt eine wichtige Schlussfolgerung. Der Gesundheitszustand und die Gesundheit an sich sind durch mehrere Gegebenheiten determiniert und von diesen beeinflusst: biologisch-genetische Determinanten und medizinisch-technische. Auch Lebensstil und Umweltfaktoren spielen eine große Rolle dabei. Die Gesundheit ist nicht mehr die Sache von einem Individuum, sondern soll eher ein politisches Programm des Landes sein, die Gesundheit seiner Bevölkerung von allen Richtungen zu fördern und unterstützen.

1.2. Literaturrecherche und Forschungstand

Informationen spielen eine herausragende Rolle bei der Heranziehung von MedizintouristInnen. Die Verwendung geeigneter medizinischer Informationssysteme ist eines der wichtigsten Instrumente, um MedizintouristInnen anzuziehen. Ohne Massenmedien ist diese Branche nicht denkbar. Das Wachstum der Medizintourismusbranche hat weltweit zu zahlreichen Bedenken hinsichtlich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes von PatientInnen geführt. Trotz dieser Probleme ist die empirische Forschung unter den Akteuren des medizinischen Tourismus nicht ausreichend.

Es gibt einzelne Studien, die sich mit der Werbung befassen, jedoch existiert kein nationales Programm oder Kampagne, die kontinuierlich und planmäßig die Effektivität der Werbung explizit im Medizintourismus zumindest auf dem regionalen Niveau durchführen würden oder andere Seiten der Werbung im medizinischen Tourismus analysieren. Die meisten AutorInnen beschäftigen sich

mit den ökonomischen und ethischen Problemen der Medizintourismus. Es gibt nur wenige Studien, die sich mit dem Marketing des Medizintourismus befassen und diese werden in diesem Kapitel kurz zusammengefasst. Die Studien lassen sich nicht in ein systemisches Bild zusammenzufassen.

Die kanadischen Autoren Penney/Snyder/Grooks et al. (2011) analysierten 17 kanadischen Webseiten von Vermittlern (engl. *Brokers*) anhand folgender Kriterien: Inhalt, Professionalität, die Tiefe der dargestellten Information. Die Webseiten der Vermittler entsprechen nicht den Anforderungen und Standards. und was besonders wichtig ist: 47 % aller Webseiten von Vermittlern verschweigen, mit oder ohne Absicht, Informationen über die Risiken, die mit dem Medizintourismus bzw. einer Reise ins Ausland zur Behandlung entstehen.

Eine weitere kanadische Studie von Turner (2012) beschäftigt sich mit der Analyse von Webseiten von Agenturen, die die Behandlungen im Ausland anbieten. Die Studie begann mit dem Ziel, alle medizinischen Tourismusunternehmen mit Sitz in Kanada zu finden. Für die Suche nach solchen Unternehmen wurden unterschiedliche Strategien angewendet. Die Suche ergab, dass viele kanadische Unternehmer, die für medizinische Reisen werben, keine Unternehmen für medizinischen Tourismus sind. Die Websites der Unternehmen wurden mit Hilfe der Inhaltsanalyse analysiert, um festzustellen: wo sich diese Unternehmen in Kanada befinden, Zielländer und die von ihnen verkauften medizinischen Einrichtungen, die medizinischen Leistungen, die sie anbieten, grundlegende Marketingstrategien, ob Unternehmen zusätzlich zu medizinischen Leistungen Flüge, Hotels und Touristenreisen anbieten. Die Ergebnisse: 35 kanadische Unternehmen wurden gefunden, die derzeit für verschiedene Arten von medizinischen Reisen werben und nur 18 Unternehmen, die unter jene Kategorie fallen, die die meisten Forscher als medizinische Reiseveranstalter bezeichnen würden. Sieben weitere Unternehmen verkaufen regionale, grenzüberschreitende medizinische Dienstleistungen, die in den USA angeboten werden und Reisen zu Kliniken in Kanada. Im Gegensatz zu medizinischen Reiseveranstaltern verkaufen sie keine Reisen zusätzlich zur medizinischen Versorgung. Zwei Unternehmen besetzen eine enge Marktlücke und fördern Tests auf CCSVI und Remissionstherapie bei Multipler Sklerose. Drei weitere Unternehmen bieten bariatrische und kosmetische Chirurgie an Standorten in Mexiko an. Vier Unternehmen bieten

Krankenversicherungsprodukte an, um die Kosten für die private medizinische Versorgung in den USA zu decken. Diese Unternehmen helfen ihren KundInnen auch dabei, Behandlungen außerhalb der kanadischen Grenzen zu arrangieren. Schließlich bietet ein in Kanada ansässiges medizinisches Reiseunternehmen medizinische Dienstleistungen hauptsächlich für US-BürgerInnen an.

Eine weitere Studie hat das Interesse für die vorliegende Arbeit geweckt und zu einer intensiven Auseinandersetzung mit dem Thema geführt.

Einer von mehreren Forschungslücken in Bezug auf Werbung im Medizintourismus widmen Johnston/Crooks/Snyder et al. (2012) deren Studie: fehlende Interaktion mit den MedizintouristInnen selbst, um zu wissen, wie MedizintouristInnen zu der Entscheidung kommen, sich im Ausland behandeln zu lassen und wie sie dann den Zugang zur medizinischen Behandlung im Ausland bekommen. Teilstrukturierte Telefoninterviews wurden mit KanadierInnen durchgeführt, die als MedizintouristInnen ins Ausland gingen. Die Interviews erörterten Motivation, Risikobewertung, Informations- und Erfahrungsrecherche im In- und Ausland und deckte drei Hauptthemen ab: Konsultation mit Informationsquellen, Motive, Überlegungen und Fristen und persönliche und professionelle Unterstützung. Die Studie hat ergeben, dass PatientInnenbewertungen und Mundpropaganda unter ehemaligen MedizintouristInnen existierten und sie stützten sich eher auf diese als auf den Rat von HausärztInnen. Neutrale Informationsquellen von Dritten waren begrenzt, sodass sich die TeilnehmerInnen auch auf medizinische Tourismusveranstalter und branchenspezifische Websites stützten.

Die Studie von Imison/Schweinsberg (2013) fokussiert sich auf die Analyse von Berichterstattung des australischen Fernsehens und der australischen Zeitungen sowie die Berichterstattung über aktuelle Ereignisse. Das Ziel der Studie ist herauszufinden, wie der Medizintourismus in diesen Medien für das Publikum präsentiert wird. Australische Medizintourismusmedien haben sich hauptsächlich auf Asien konzentriert und zeigen kosmetische chirurgische Eingriffe und Behandlungsmethoden, die im Inland nicht verfügbar sind. Die ExpertInnen waren oft auftretende Nachrichtenschauspieler, die von PatientInnen schon bekannt und vertraut wurden. Die Botschaften der Medien deklarierten den freien Zugang zu Medizinleistungen und niedrige Kosten. Zu den Vertrauensfaktoren gehörten persönliche Beweise, während Unsicherheit, Dilemma und potenzielle

Risiken nicht erwähnt wurden. Die Ergebnisse der Studie: Die Berichterstattung der australischen Medien über den Medizintourismus war durch ein enges Spektrum an medizinischen, geografischen und ethischen Themen gekennzeichnet, wobei der Schwerpunkt auf ausgewählten australischen PatientInnen und Inhalten lag, die in direktem Zusammenhang mit dem inländischen Publikum standen. Der Medizintourismus wurde als die Umsetzung einer wirtschaftlich rationalen Wahl des/der VerbraucherIn dargestellt, ohne jedoch dessen Folgen für die Vermarktung der Gesundheit oder allgemeine politische, medizinische und ethische Konsequenzen zu berücksichtigen.

Im Auftrag von National Health Service (NHS) England wurde von Lunt/Smith/Mannion et al. (2014) eine ausführliche Studie durchgeführt. Die AutorInnen untersuchten die Auswirkungen von internen und externen privaten Patientenströmen in unterschiedlichen Fachgebieten und Dienstleistungen. Es wurde sowohl eine politische als auch wirtschaftliche Analyse durchgeführt. Zu den Fallstudien gehörte eine Zusammenstellung von Datenquellen am Beispiel der bariatrischen, fruchtbaren, kosmetischen, zahnärztlichen Behandlungen. Die Studie wurde durch eine systematische Überprüfung sowie eine rechtliche und politische Überprüfung unterstützt. Detaillierte Interviews wurden mit VertreterInnen von Berufsverbänden mit klinischen Interessen und Vertretungsgremien, Unternehmen und ArbeitnehmerInnen im Bereich des medizinischen Tourismus, NHS und ausländischen Anbietern (*Provider, Broker, Vermittler*) geführt. Die Ergebnisse sind sehr interessant, für die vorliegende Arbeit relevant und dienten als Ausgangspunkt für diese: Die Medizintourismusbranche ist nahezu unreguliert, und dies birgt potenzielle Risiken für Reisende außerhalb Großbritanniens. Die vorhandenen Informationen zum medizinischen Tourismus sind unterschiedlich und es gibt keine einzige maßgebliche und vertrauenswürdige Informationsquelle. Diejenigen, die zur Behandlung reisen, sind eine heterogene Gruppe mit Menschen jeden Alters, die über eine Reihe von soziodemografischen Gruppen verteilt sind. Offensichtlich treffen MedizintouristInnen ihre Entscheidungen nicht aufgrund verlässlicher Informationen und berücksichtigen daher häufig nicht alle Risiken. Sie nutzen umfangreiche informelle Netzwerke wie behandlungsbasierte oder kulturelle Gruppen. Die Reisemotivation stimmt mit den Ergebnissen anderer Studien überein. Es ist bemerkenswert, dass die Kosten nie der einzige

Motivator und oft nicht die Hauptmotivation für eine Behandlung im Ausland sind. Wie auch andere Studien und AutorInnen, weisen Lunt et al. darauf hin, dass Informationen und Ratschläge für potenzielle MedizintouristInnen das Fehlen einer klaren Grundlage für die Wiedergutmachung in vielen Ländern im Falle von Komplikationen aufgrund einer Behandlung im Ausland hervorheben. Potenzielle Reisende sollten sich der aktuellen NHS-Zulassungs- und Spitalsregeln und Kosten bewusst sein, für die der/die PatientIn persönlich verantwortlich sein kann, um schlechte Ergebnisse von Behandlungen im Ausland zu korrigieren.

Die Studie von Hohm/Snyder (2015) beschäftigt sich mit der Content-Analyse von Youtube. Es wurde eine thematische Inhaltsanalyse von PatientInnenempfehlungen durchgeführt, die auf den YouTube-Kanälen von vier Vermittlungsagenturen veröffentlicht wurden. Es wurden fünf Videos pro Unternehmen angesehen. Der Inhalt dieser Videos wurde analysiert und die Themen für jedes Video identifiziert und gezählt. Zehn Hauptthemen wurden identifiziert. Diese Themen wurden dann in drei Hauptkategorien eingeteilt: Merkmale des Vermittlers (z. B. Nennung des Vermittlers nach Namen, Bezugnahme auf den Preis der Behandlung oder auf Kosteneinsparungen); Serviceeigenschaften (z. B. die Qualität und Verfügbarkeit von ÄrztInnen, die Qualität und Freundlichkeit des Personals); Empfehlungen (Empfehlungen an andere potenzielle medizinische TouristInnen). Es wurde festgestellt, dass diese Testimonials entweder Risiken im Zusammenhang mit dem medizinischen Tourismus nicht erwähnen oder behaupten, dass diese Risiken durch den Einsatz des Vermittlungsunternehmens wirksam eingedämmt werden können. Wenn die Risiken des medizinischen Tourismus nicht vollständig angeführt werden, kann dies die fundierte Entscheidungsfindung potenzieller medizinischer TouristInnen untergraben, insbesondere angesichts des erheblichen Einflusses von PatientInnenempfehlungen bei der Entscheidungsfindung.

John/Larke/Kilgour (2016) widmen ihre Studie dem Social Media Marketing: Die Autoren gingen davon aus, dass es zu den effektiven Kommunikationskanälen zählt, und zwar für alle Beteiligten: sowohl für die PatientInnen, als auch für die Anbieter von medizinischen Leistungen (Provider, Broker). Die Ergebnisse: Mit Social Media werden die Provider zwar Erreichbarkeit und Bindung der KundInnen gut erreichen können (schon bestehende KundInnen), aber es wird nicht das ganze Potenzial von Social Media ausgeschöpft, Die Kunden

anzulocken und die Information als Feedback zu bekommen (z. B. Bewertungen) schaffen die Provider via Social Media nicht. Aufgrund der Ergebnisse diskutieren die Autoren, wie das Social Media Marketing zu verbessern ist, um diese Potenziale effektiv zu nutzen.

Die Studie von Jun (2016) untersucht, wie die koreanische Medizintourismusbranche ihre Vorteile und ihr Vertrauen mit Texten und Bildern von Online-Broschüren gestaltet. Die Ergebnisse der Inhaltsanalyse deuten darauf hin, dass die koreanische Medizintourismusbranche versucht, ihre medizinischen Dienstleistungen als „Exzellenz bei Krebsoperationen und -behandlungen“ und "fortschrittliche Technologien und Werkzeuge für das Gesundheitswesen“ zu formulieren. Die Anwendung von Sparmaßnahmen war jedoch begrenzt, was als Strategie angesehen werden kann, um zu vermeiden, dass VerbraucherInnen mit niedrigeren Kosten und schlechteren Dienstleistungen in Verbindung gebracht werden, und auf Sicherheit und Zuverlässigkeit Wert gelegt wird.

Die ethischen Probleme des Medizintourismus und Werbung ziehen sich als roter Faden durch andere Studien.

Wie Smith (2012) betont, impliziert „medizinischer Tourismus“ eine wachsende Branche, die die PatientInnen über die Möglichkeiten einer Behandlung im Ausland informiert, was wiederum zur Bildung neuer Massenströme von PatientInnen führt. Diese Ströme führen zur Entstehung von ethischen Problemen, die mit der Sicherheit und Effektivität der Behandlung verbunden sind. Die Pressemitteilungen über den Medizintourismus weisen auf Gefahren hin, die mit dieser Branche verbunden sind: chirurgische Komplikationen, das Risiko von Thrombosen während des Fluges, die Behandlung von niedriger Qualität oder die Durchführung von unnötigen Untersuchungen und generell alles, was mit der fehlenden Regulierung in dieser Branche zusammenhängt. Gleichzeitig machen ForscherInnen auf das aufkommende ethische Problem der Ungleichheit der Menschen im Gesundheitswesen sowohl im eigenen Land als auch zwischen den Ländern aufmerksam (vgl. Snyder/Crooks/Johnston et al. 2013).

Der Medizintourismus wirkt sich zweifellos auf die Gesundheit der Bevölkerung aus, sowohl in den Ländern, in die man reist als auch in den Ländern, aus denen die PatientInnen abreisen (vgl. Turner 2007), das gibt Grund zur Sorge um die

Gesundheit sowohl einzelner PatientInnen als auch der Bevölkerung insgesamt (vgl.Snyder/Crooks/Johnston 2012). Diese Bedenken beziehen sich auf Kommunikationsschwierigkeiten (Sprachbarriere), zeitliche Beschränkungen (Reisen können nicht ausgeweitet werden), finanzielle Interessen der Kliniken (unvollständiges Wissen der PatientInnen über die Risiken einer Behandlung).
In Ländern, in die Menschen zur Behandlung gehen, kann es zu einer Verlagerung von Ressourcen vom öffentlichen zum privaten Sektor kommen, einschließlich Humanressourcen und staatlicher Finanzierung (vgl. Hopkins/Labonte/Runnels et al. 2010). Darüber hinaus forciert die Verbreitung des Medizintourismus die Entwicklung spezialisierter High-Tech-Gesundheitsversorgung, was leider auf Kosten der Basisgesundheitsversorgung geschieht. PatientInnen gehen nicht wegen leichter Krankheiten ins Ausland (Erkältungen, Luxationen usw.), sondern aufgrund moderner Diagnostik mit neuen (und entsprechend teuren) Geräten (z. B. kombinierten PET- und MR-Tomographien) oder um auf höchstem Niveau operiert zu werden. All dies ist sehr attraktiv sowohl für ÄrztInnen als auch Kliniken und bringt ein großes Einkommen, insbesondere durch ausländische PatientInnen. Die massive Entwicklung des Medizintourismus führt dazu, dass ausländische PatientInnen Vorrang vor lokalen PatientInnen haben. Dies führt zwangsläufig zu einer Privatisierung der medizinischen Versorgung, wodurch der Zugang zu Behandlungen für PatientInnen, die nicht bezahlen können, eingeschränkt wird (vgl. Garud 2005). Länder, aus denen PatientInnen zur Behandlung abreisen, sollten Ressourcen für die Behandlung von Komplikationen bereitstellen, die in ausländischen Kliniken auftreten. Als Folge daraus kommt es dazu, dass PatientInnen, die keine Möglichkeit haben, sich im Ausland behandeln zu lassen, auf Schwierigkeiten im Heimatland stoßen. Alle ethischen Probleme des Medizintourismus betreffen die Gesundheit der gesamten Bevölkerung und insbesondere geht es in erster Linie um die Rechte der Menschen zur Erhaltung der Gesundheit (vgl. Johnston/Crooks/Snyder et al. 2010). Die beschriebenen Probleme umfassen nicht alle möglichen Schwierigkeiten des Gesundheitssystems im Zusammenhang mit der Entwicklung des medizinischen Tourismus. Leider werden diese Probleme auf Werbe- und Informationsseiten häufig nicht behandelt. Offensichtlich besteht die Notwendigkeit, potenzielle PatientInnen zu informieren, um einerseits die Attraktivität lokaler medizinischer

Möglichkeiten zu erhalten, aber andererseits die Risiken einer Behandlung nicht zu verschweigen.

Medizintourismus ist eine internationale Reise mit der Absicht, medizinische Versorgung zu erhalten. MedizintouristInnen reisen aus vielen Gründen, einschließlich Kosteneinsparungen, beschränktem Zugang zu bestimmten Behandlungen im Inland und Interesse am Zugang zu nicht nachgewiesenen Behandlungen. Der Medizintourismus bringt neue Gesundheits- und Sicherheitsrisiken für PatientInnen, einschließlich der mit Reisen nach Operationen verbundenen Gefahren, Schwierigkeiten bei der Beurteilung der Qualität der Versorgung im Ausland und Komplikationen bei der Kontinuität der Versorgung. Online-Ressourcen sind wichtig für die Entscheidungsfindung potenzieller MedizintouristInnen, und die Websites von Vermittlungsagenturen (Unternehmen, die möglicherweise mit einer Klinik im Ausland verbunden sind und PatientInnen bei der Reiseplanung helfen) sind eine wichtige Online-Informationsquelle für diese Einzelpersonen. Diese Websites gehen nicht auf die mit dem medizinischen Tourismus verbundenen Risiken ein, die die fundierte Entscheidungsfindung potenzieller medizinischer TouristInnen untergraben können. Über PatientInnenberichte auf diesen Websites ist weniger bekannt, was einen besonders starken Einfluss auf die Entscheidungsfindung haben kann (vgl. Hohm/Snyder 2015: 1). All diese Studien und Werke, die sich mit der Ethik des medizinischen Tourismus befassen, haben zur Folge, dass am 9. Mai 2011 die EU-Richtlinie veröffentlicht wurde, die die Behandlungen im Ausland regeln soll.[1]

1.3. Kommunikationsmodelle

Über die Wirkung durch die Medien gibt es viele Diskussionen. An dieser Stelle werden Kommunikationsmodelle besprochen, die nach Meinung der Verfasserin dieser Arbeit die Wirkung von Medizintourismuswerbung- und Kommunikation besonders gut beschreiben und auch den Rahmen dieser Arbeit bilden. Die unten beschrieben Kommunikationsmodelle beschreiben in Bezug auf die vorliegende Arbeit erfolgreiche Kommunikation zwischen dem Rezipient (Patient in diesem Fall) und Kliniken. Das Ziel dieser Kommunikation ist der „Kauf“: das Angebot

[1] https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex%3A32011L0024 (12.09.2019)

vom Spital wahrzunehmen. Welche Werbekanäle dabei effektiv sind – zum Teil wird auch in dieser Arbeit herausgefunden.

Die Werbung muss dazu fördern, dass die Zielpersonen gegenüber einer Marke, einem Produkt positive Einstellung entwickeln. Sieht der/die KonsumentIn die Vorteile gegenüber einer konkurrierenden Marke, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Produkt gekauft wird. Wenn es um die Kaufsituation primär geht, spielen hier noch andere Faktoren mit, die auf tatsächliches Kaufverhalten wirken und die endgültige Entscheidung beeinflussen können: Preis, Verfügbarkeit der Marke, Beratung von Personal und die Meinung von Begleitpersonen. Zu den populärsten und einfachsten Stufenmodellen in diesem Zusammenhang gehören S-R, S-O-R und AIDA. An diesen Modellen wurde viel wissenschaftliche Kritik geübt, vor allem wegen des hierarchischen Aufbaus. Erstens kann eine solche Kettenreaktion kann nicht unterstellt werden und zweitens kann die Reihenfolge der einzelnen Wirkphasen von anderen exogenen Faktoren beeinflusst werden (vgl. Schweiger/Schrattenecker 2017:216ff).

1.3.1. Elaboration-Likelihood-Modell (ELM)

Eine weitere Entwicklung der Stufenmodelle findet ihre Abbildung im Elaboration-Likelihood-Modell (ELM) wieder.

Das *Elaboration-Likelihood-Model* von Petty und Cacioppo (1986) wird am häufigsten verwendet, wenn die Rede von der Einstellungsänderung zu einem Produkt mittels werblicher Kommunikation ist (vgl. Kroeber-Riel/Weinberg/Gröppel-Klein 2009:256).

Das Modell beschreibt zentrale und periphere Beeinflussungsrouten der Werbung. Bei der zentralen Beeinflussungsroute wird eine neue Information mit vorhandenem Wissen abgeglichen, was zu einer Informationsverarbeitung und schließlich zur Einstellungsänderung führt. Kognitive Aktivitäten auf dieser Route werden als *Elaborationen* bezeichnet. Je höher das Involvement eines Konsumenten den Meinungsgegenstand betreffend ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese zentrale *Route* (zentrale Route der Persuasion) eingesetzt wird, die Informationsbearbeitung mit sich bringt und daher tiefe Einstellungsänderungen stattfinden. Die Verarbeitungstiefe, oder Elaboration, wird von zwei Faktoren beeinflusst: der *Fähigkeit zur Bearbeitung* (*ability to*

process) und der *Motivation zur Verarbeitung (motivation to process*). Die Motivation zur Verarbeitung hängt von weiteren Faktoren ab, von der *Relevanz* der Botschaft für den/die RezipientIn, genauso wie von dem *Involvement* gegenüber der Botschaft und dem *Meinungsgegenstand*. Die AutorInnen dieses Modells führen noch einen Faktor an, den sie als „*Need for Cognition"* bezeichnen. Dieses Bedürfnis, sich kognitiv mit einem Meinungsgegenstand zu befassen, ist ein zentraler Einflussfaktor (vgl. Kroeber-Riel et al. 2009:256).

Die zweite Einflussdimension erfasst die Fähigkeit zur Verarbeitung der Botschaft. Diese Fähigkeit wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst, durch die Häufigkeit der Informationswiederholung, das vorhandene Wissen, das die freien kognitiven Ressourcen beeinflusst, und den Ablenkungsgrad im Moment des Kontakts mit der Botschaft. Wenn das Involvement gering ist und die Ablenkung z. B. durch Hintergrundmusik zu groß ist, wird eher der *peripheren Route* (*peripheral route to persuasion*) gefolgt. Die Einstellung zu einem Produkt hängt mit der Einschätzung der emotionalen Stimuli der Werbebotschaft zusammen. (Gefallen der Hintergrundmusik, attraktiv/nicht attraktiv die dargebotene Person ist etc.) (vgl. Kroeber - Riel et al. 2009: 256).

Die periphere Route wird genutzt, wenn der/die RezipientIn nicht bereit oder nicht motiviert genug ist, die Botschaft tief zu verarbeiten. In diesem Fall sind nicht die Argumente der Botschaft von Bedeutung, sondern „beiläufige" Eigenschaften wie Attraktivität, Glaubwürdigkeit, Gestaltung der Botschaft etc. Von diesen Faktoren hängt es ab, ob die Einstellungsänderung stattfindet. Die Einstellungsänderungen bei dieser Route sind kurzfristig und durch Gegenargumente leicht beeinflussbar. Schon durch mehrfache Wiederholungen wird die Glaubwürdigkeit der Werbeaussagen erhöht (vgl. Kroeber-Riel et al. 2009: 256f).

Im Gegensatz dazu findet auf der zentralen Route eine kognitive High-Involvement-Verarbeitung der Argumente statt. Die Qualität der Argumente wird mit eigenen Einstellungen verglichen. Werden die Argumente der Botschaft als überzeugend wahrgenommen und gehen sie mit eigenen Einstellungsstrukturen konform, so führt dies zu einer positiven Einstellungsänderung. Wenn die Argumente subjektiv nicht stark wahrgenommen werden und sie beim Konsumenten auf schwache, bereits vorhandene Einstellungen treffen, kann dies zu einem *Bumerangeffekt* führen. Die Einstellung ändert sich in eine andere

Richtung als es der Kommunikator erwarten würde. Einstellungsänderungen sind langfristig und gegen Überzeugungsversuche resistent (vgl. Kroeber-Riel et al. 2009: 256).

Darüber hinaus spielen die beiden Routen eine große Rolle bei der Beeinflussungskommunikation. Für die zentrale Beeinflussungsroute sind Argumente wichtig und entscheidend. Die Entscheidung, ob man die zentrale Beeinflussungsroute oder die periphere Route einschlägt, hängt vom persönlichen Interesse und Involvement ab. Wichtig dabei ist eine genügend große kognitive Fähigkeit, die zur Informationsverarbeitung entscheidend ist (vgl. Kroeber-Riel et al. 2009: 256).

1.3.2. Uses-and-Gratifications Approach

Ein weiteres Modell, das im Rahmen dieser Arbeit relevant ist, ist *Uses-and-Gratifications Approach.* Die Grundidee dieser Theorie ist das Konzept des symbolischen Interaktionismus. Von diesem Konzept übernimmt Uses-and-Gratifications Approach die Auffassung, dass das Individuum nach seinen Bedürfnissen, Vorstellungen und Erfahrungen die Wirklichkeit interpretiert. Menschen wenden sich bewusst bestimmten Medienbotschaften zu, um Nutzen (Uses) und Belohnungen (Gratifications) zu bekommen und ihre Bedürfnisse zu befriedigen. Je mehr diese Bedürfnisse erfüllt werden, desto größer ist die Zufriedenheit. Die Uses-and-Gratifications-Theorie basiert auf zwei Hauptfragen: Warum fühlen sich Menschen von bestimmten Medien angesprochen und welche Zufriedenheit geben die Medien den Menschen? Diese Theorie konzentriert sich zunächst auf Publikumsmotive und analysiert dann die Botschaft und das soziale System. Anders gesagt: Von der Rezeption massenmedial vermittelter Inhalte erwartet der/die RezipientIn eine Art von Belohnung (Gratifikation). Diese werden inhaltsunabhängig erfahren werden und auch individuell erlebt. Der Ansatz konzentriert sich also darauf, wie Benutzer nach Medien suchen und inwieweit sie mit Stil, Inhalt und Verwendungsmethode zufrieden sind (vgl. Burkart 2019: 173ff).

1.3.3. Agenda – Setting- Ansatz

Agenda-Setting-Ansatz beruht auch auf der Annahme eines/einer aktiven RezipientIn. Dabei wird den Medien Thematisierungsfunktion zugeschrieben und

deswegen wird dieser Approach auch *Thematisierungsansatz* genannt. Dieser Ansatz basiert auf der theoretischen Grundlage von Cohen (1963) und wurde erstmals 1972 von Maxwell E. McCombs und Donald L. Shaw vorgeschlagen. Die Grundidee: Die Medien haben einen nicht unerheblichen Einfluss auf die öffentliche Meinung. Laut diesem Einsatz geben sie (Medien) nicht vor, was die RezipientInnen denken, sondern worüber sie denken. Dies geschieht, wenn die Medien bestimmte Themen auf der Tagesordnung (Agenda) des individuellen und öffentlichen Diskurses anbieten. Ausschlaggebend ist dann Vergleich der Rangfolge der Themen auf der Publikum- und Medienagenda. Wird hier Kongruenz erreicht, so bestimmt die *Medienagenda* – durch Aufmachung, Publikationshäufigkeit und Platzierung – die Themen der Publikumsagenda, ihre gesellschaftliche Relevanz und Rangfolge. Die von den Medien präsentierte Realität (Wirklichkeit) ist somit nur ein Teil der objektiven Realität. Dadurch werden das Weltbild, die Weltvorstellungen und das Wissen über die Wirklichkeit des Publikums beeinflusst (vgl. Gross 2008: 282f).

1.3.4. Gatkeeper Konzept

Das *Gatekeepers* (Schleusenwärter)-Konzept von David Manning White geht auf den amerikanischen Psychologen Kurt Lewin und die von ihm entwickelte Feldtheorie zurück. Laut White sind die Gatekeeper in den Medien diejenigen, die mit der Schlüsselposition innerhalb einer sozialen Gruppe als Entscheidungsträger auftreten, denen die Rolle zugeschrieben wird, die Nachrichtenauswahl zu bestimmen. Sie entscheiden, eine potenzielle Pressemitteilungen zu akzeptieren oder abzulehnen. Es wird davon ausgegangen, dass sich persönliche Vorlieben und Abneigungen, Interessen und Ansichten des/der JournalistIn – bewusst oder unbewusst – in der Wahl der Nachrichten widerspiegeln. Es wird zwischen sekundären und primären Gatekeepern unterschieden: wenn es um die journalistische Selektion der Information geht, dann ist es primäres Gatekeeping. Sekundäres Gatekeeping geschieht durch nicht professionelle Gatekeeper, wie z. B. Anrufe in der Redaktion, Leserbriefe, was Resonanzen auf die bereits verbreitete Information hervorrufen kann (vgl. Burkart 2009: 244ff).

Übertragend auf die Medizintourismuswerbung sind die Gatekeeper die Webseiten von Vermittlern, die nur diese Information anbieten, die zu ihren Gunsten spricht und das beworbene Produkt/die Dienstleistungen gut darstellen hilft. Die Gatekeeper sind auch private Netzwerke, die zu der mächtigen und glaubwürdigen Kommunikation – und Werbekanäle zählen.
Die oben genannten Modelle haben das Ziel, theoretische Grundlagen der Wirkung der Werbung aufzuklären. Ob beschriebene Modelle auch Mechanismen der Werbewirkung im medizinischen Tourismus beschreiben und genauso funktionieren, zeigt der empirische Teil. Offensichtlich ist die Gesundheit etwas ganz Besonderes, und wenn die Werbemaßnahmen das nicht berücksichtigen, kommt es zu den anderen Effekten und Folgen.

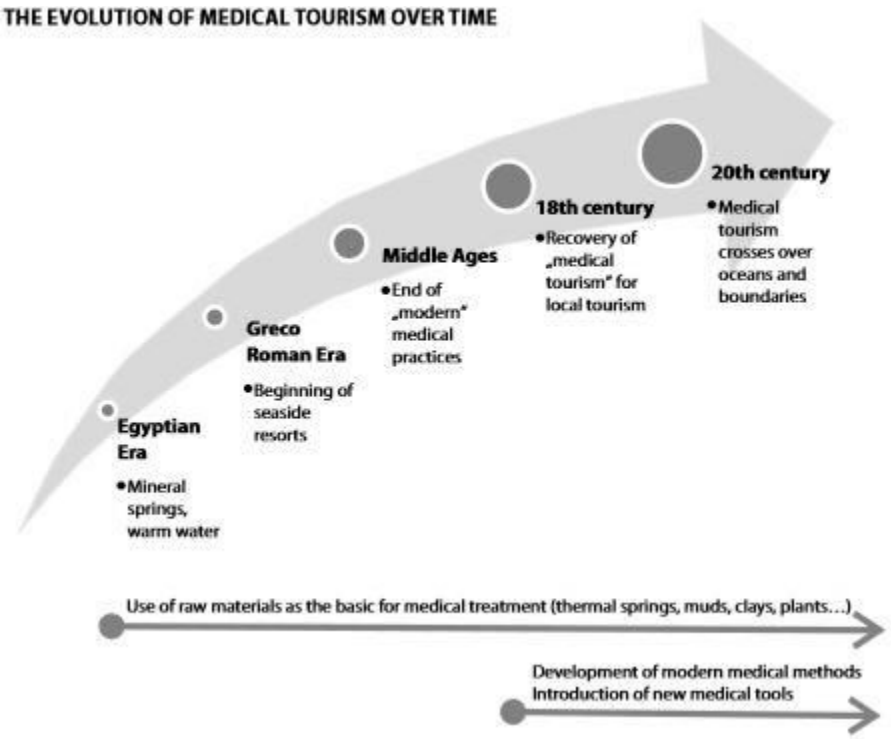
2. Marktüberblick Medizintourismus und globale Trends

Im Folgenden werden die historische Entwicklung des Medizintourismus, die Charakteristik des Medizintourismus und der MedizintouristInnen, die Gründe für eine Reise, Faktoren, Chancen und Risiken näher erläutert.

2.1. Historische Entwicklung des Medizintourismus

Im Vergleich zum üblichen Tourismus nimmt der Medizintourismus verhältnismäßig nur kleine Ausmaße an, er kann aber nicht mehr als temporär oder unbedeutend abgetan werden. Laut Bookman/Bookmann (2007:2) ist der Medizintourismus *„growing trend with enormous economic implications*“.
Demicco/Cetron (2006: 527) benennen ihn *als „…one of the hottest niche markets in the hospitality industry“.* Dieser Markt zieht zwar noch keine Massen von TouristInnen an, ist jedoch schon bedeutend genug, um Geschäfte zu erzeugen (vgl. Bookman/Bookman 2007:41).
Medizintourismus ist zwar ein neuer Begriff, jedoch kein neues Phänomen. Seit die Menschheit existiert, sind Männer und Frauen gereist, um ÄrztInnen und HeilerInnen zu finden:

Abbildung 4: Die Entwicklung des Medizintourismus



Quelle: Menvielle/Menvielle/Tournois 2011:49.

Für viele Menschen ist der medizinische Tourismus etwas Neues und Merkwürdiges. Nichtsdestotrotz, wie in Abbildung 4 zu sehen ist, ist der medizinische Tourismus die älteste Form des Tourismus. Schon den Ägyptern war die heilende Wirkung von Thermalwasser bekannt. Die alten Griechen und Römer reisten aus gesundheitlichen Gründen, um die Behandlung mit Thermalwasser in Anspruch zu nehmen. Behandlungen, wie Thermalbäder, Hydro- und Thalassotherapie, wurden bis zum Mittelalter angewandt. Später wurde die Hydrotherapie verboten und als Obskurantismus bezeichnet, denn damals ging man davon aus, dass eine Heilung durch den Glauben und das Gebet kommen sollte und nicht durch medizinische Bäder. Erst im 18. Jahrhundert wurde der Medizintourismus wieder neu entdeckt. In Großbritannien wurde die Stadt Bath das Zentrum des medizinischen Tourismus. Reiche EuropäerInnen reisten nach Bath, um die Heilbäder in Anspruch zu nehmen und um ihren sozialen Status zu akzentuieren. In Frankreich erweckte Napoleon III ein neues Interesse an Behandlungen mit Thermalwasser. Die französische Riviera zählte mit ihrem angenehmen und mediterranen Klima zu den schönsten Orten Frankreichs und wurde ein beliebtes Reiseziel unter wohlhabenden

Familien. So stiegen das Interesse sowie die Popularität von Thermalquellen und Bäderkuren erneut und hielten fortlaufend bis ins 19. Jahrhundert an (vgl. Menvielle et al. 2011: 47f).

Das 19. Jahrhundert ist nicht nur für die wesentlichen geschichtlichen Ereignisse und technischen Fortschritte bekannt. Auch das Bewusstsein der Menschen hat wesentliche Wandlung erlebt. Laut Berg (2008: 5) *„Gesundheit nimmt heute nahezu bei jedem Individuum einen sehr hohen Stellenwert ein*". Durch diese Veränderungen stieg die Zahl der Reisen aus gesundheitlichen Gründen, deren Ziel es war, den gesundheitlichen Zustand zu verbessern. Das 20. Jahrhundert war durch ein weiter ansteigendes Interesse an der Gesundheit gekennzeichnet:

> *„Die 90er Jahre wurden zu einer Gratwanderung des Lebens in einer modernen Welt gesehen. Es galt die Balance zwischen Körper, Geist und Seele in einer zunehmend technisierten und ökonomisierten Welt mit höheren Stresspotenzialen und zunehmender Verunsicherung zu halten" (Berg 2008: 5).*

Diese Faktoren, vor allem die Globalisierung und medizinische Erkenntnisse, haben zur weiteren Entwicklung des medizinischen Tourismus geführt:

> *„Several factors have led to this recent phenomenon: modern communication tools (Internet), high quality healthcare services in medical tourism destinations (highly-qualified physicians and modern facilities), low prices in order to attract tourist-patients (services must be substantially cheaper) and ease of travel (flights are ubiquitous, discounted and patients are taken in charge at their arrival)" (Menvielle et al. 2011: 47).*

Lunt et al. nennen wesentliche Merkmale zwischen dem medizinischen Tourismus „damals" und dem medizinischen Tourismus des 21. Jahrhunderts. Heutiger Medizintourismus zeichnet sich durch folgende Merkmale aus:

- The large numbers of people travelling for treatment;
- The shift towards patients from richer, more developed nations travelling to less developed countries to access health services, largely driven by the low-cost treatments and helped by cheap flights and internet sources of information;
- New‘enabling infrastructure – affordable, accessible travel and readily available information over the internet;

- Industry development: both the private business sector and national governments in both developed and developing nations have been instrumental in promoting medical tourism as a potentially lucrative source of foreign revenue (2011: 6).

Die TouristInnen von heute haben mehr Informationen und Möglichkeiten. Entwickelte Infrastruktur und Internet fördern die Entwicklung des Medizintourismus. Der Markt wächst und wird weiter wachsen.
Schließlich lässt sich sagen, dass das Ziel, im Ausland medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen, nicht neu ist. Medizintourismus existiert schon sehr lange, es haben sich nur seine Merkmale und das Ausmaß gewandelt:

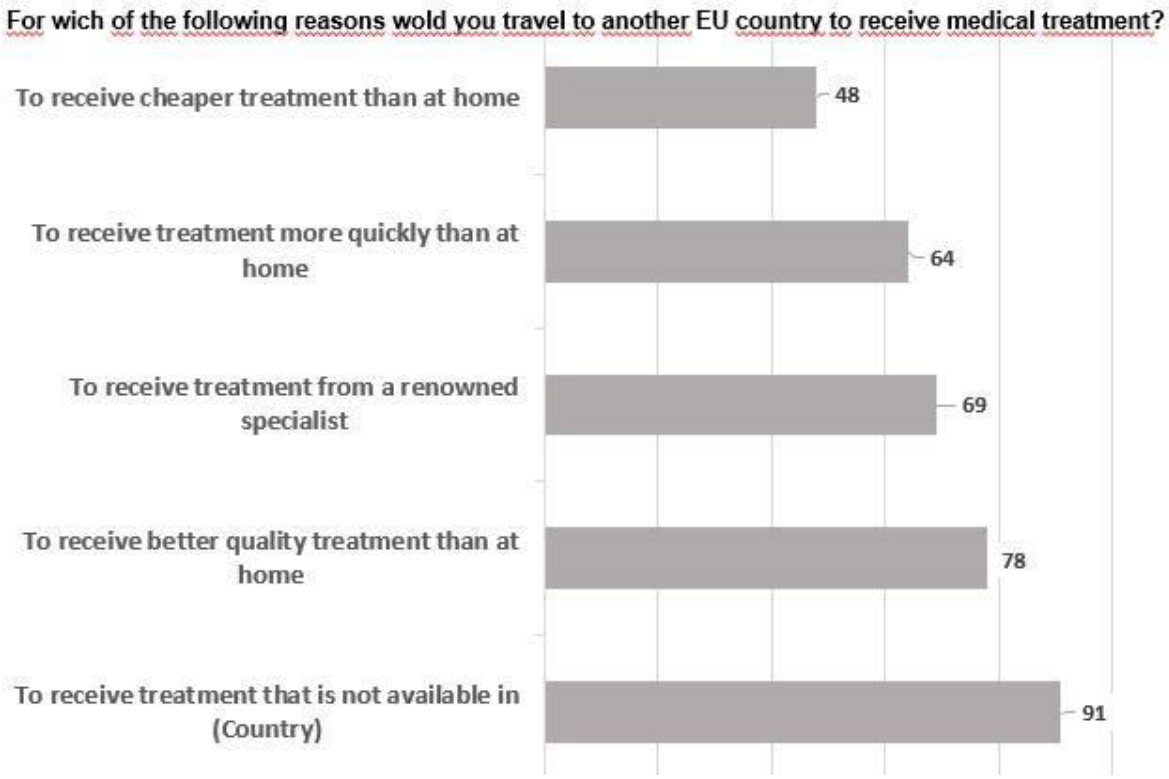
> *„Travel for health purposes is not new. However, the scale, extent of promotion, and organization of medical services for fee-paying patients, regardless of citizenship status, is new; so too is the ease of travel and the links with global corporate capital and networks“ (Whittacker/Manderson/Cartwright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

Die Entwicklung hat aber nicht nur Vorteile. Mit dem neuen Schub an Nachfrage sind auch unter anderem andere Probleme entstanden: z. B. das Risiko und Ethik. Aber dazu später.

2.2. Gründe für eine Reise, warum fahren die Menschen ins Ausland?

Die Gründe, warum Menschen ins Ausland zur Behandlung fahren, sind vielseitig. Im Rahmen der Gallup Studie aus dem Jahr 2007, die für den Eurobarometer durchgeführt wurde, wurden Personen aus den EU-Ländern befragt, warum sie Behandlungen im Ausland in Anspruch nehmen würden. Die Ergebnisse dieser Befragung bildet die Abbildung 5 ab. Zusammengefasst würde der Großteil von Befragten (91 %) ins Ausland zur Behandlung fahren, weil die Behandlung im eigenen Land nicht verfügbar ist. 78 % der Befragten geben als Grund „bessere Qualität im Ausland“ an, gefolgt „von einem anerkannten Spezialisten behandelt zu werden“ (69 %), „schnellere Behandlungsmöglichkeiten im Ausland“ (64 %) und als letzten Grund „billige Behandlungen im Ausland“.

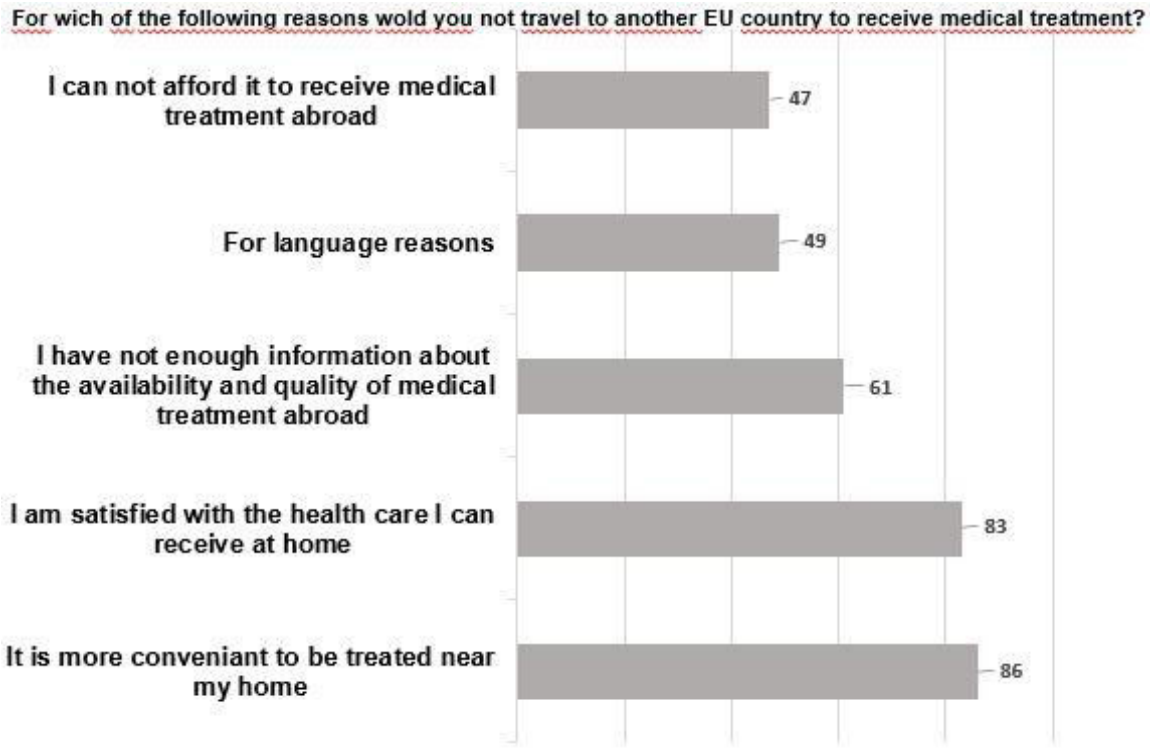
Abbildung 5: Gründe für eine Reise innerhalb der EU für eine Behandlung



Quelle: Eurobarometer 2007:11.

Warum würden die Befragten *nicht* ins Ausland fahren? Die Studie hat sich auch mit dieser Frage auseinandergesetzt und die Ergebnisse sind aus Abbildung 6 zu entnehmen:

Abbildung 6: Gründe nicht zu reisen innerhalb der EU für eine Behandlung



Quelle: Eurobarometer 2007:18.

Wie zu sehen ist, ist der mit 86 % wichtigste Grund „Es ist bequemer, sich in der Nähe des eigenen Zuhauses behandeln zu lassen“, und der zweitwichtigste Grund ist „Hohe Zufriedenheit mit den im eigenen Land angebotenen Behandlungen“ 83 %, gefolgt von „Mangelhafte Information über Behandlungen im Ausland“ (61 %) sowie „Problemen mit der Sprache“ (49 %) und als letzter Grund kommt „Finanzielle Probleme“ (47 %).

2.3. MedizintouristInnen – wer ist das überhaupt?

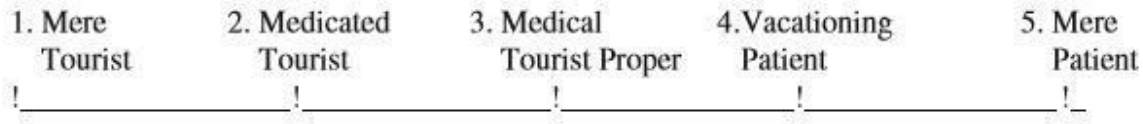
Wie schon erwähnt wurde, besteht das Wort „Medizintourismus“ aus zwei Wörtern: „Medizin“ und „Tourismus“. Tourismus an sich ist eine freiwillige Aktivität, die den Menschen Freude und Spaß bereitet. Neue Länder, neue Sitten und neue Bräuche, neue Sprache, einzigartige Erlebnisse, Fotos und damit verbundene Erinnerungen, die die Menschen zum Lachen bringen. Es wird bestimmt keiner dieser Eindrücke mit dem Wort „Spital“, „Krankheit“, „Schmerzen“ in Verbindung setzen können. Medizin ist in diesem Zusammenhang ein starker Kontrast zu Strand, Meer, Sonne Darum ist die grundlegende Frage hier: Wie kommen diese zwei Segmente zusammen und

wer sind die MedizintouristInnen? Grob gesagt, MedizintouristInnen sind Menschen, die ins Ausland fahren, um sich dort (auch oft innerhalb ihres Urlaubs) behandeln zu lassen (vgl. Cohen 2008: 26). Wie die RussInnen dazu sagen würden: „Das Angenehme mit dem Nützlichen verbinden“.
Hodges et al. (2012:8) gibt folgende Definition von Medizintouristen:

> *„… today's medical tourist is not necessarily a member of the economic elite boarding a jet to purchase the best care in the world. To the contrary, she could just as easily be an uninsured real estate agent enduring an economy class trip to India for hip surgery she needs so she can return to work“.*

Was ist aber mit jenen Menschen, die lediglich für eine Behandlung ohne angehängten Urlaub extra ins Ausland fahren? Bei einer detaillierteren Betrachtung lassen sich mindestens zwei Typen von medizinischen TouristInnen unterscheiden. Vielleicht gibt es mehr? In der Literatur sind mittlerweile verschiedene Typologien von medizinischen TouristInnen zu finden. In dieser Arbeit wird jene Typologie angeführt, die aus der Sicht der Autorin die wichtigsten Merkmale berücksichtigt: Was steht im Hintergrund/Vordergrund – Reise oder Medizin.

Abbildung 7: Die Typologie der Medizintouristen nach Cohen



Quelle: Cohen 2008: 27

Cohen spricht von fünf Typen medizinischer TouristInnen:

1. *Mere Tourist*: derjenige/diejenige, der/die im Laufe seines Auslandaufenthaltes keine medizinischen Leistungen in Anspruch nimmt.
2. *Medicated Tourist*: wendet sich an Medizin im Notfall, wenn dieser im Ausland passiert ist.
3. *Medical Tourist Proper*: Der Aufenthalt im Ausland inkludiert sowohl ein medizinisches Programm als auch Urlaub. Die TouristInnen in dieser Kategorie haben sich für die Behandlungen schon vor der Reise entschieden oder während der Reise.

4. *Vacationing Patient*: Das Ziel sind medizinische Behandlungen, der Urlaub dient als Ergänzung
5. *Mere Patient*: Das Ziel der Reise ist Medizin und kein Urlaub nachher oder parallel dazu (2008:27).

Cohen weist aber dabei darauf hin, dass die vorgeschlagene Typologie nicht für alle Länder ausreichend sein kann und es muss immer sinngemäß ergänzt werden (vgl. Cohen, 2008: 27).

Beim Goeldner ist folgende Klassifikation zu finden:

1. Sun and fun activities (leisure tourism).
2. Engaging in healthy activities, but health is not the central motive (outdoor recreation, adventure tourism, sports tourism, and wellness tourism).
3. Principle motive for travel is health (e.g. a sea cruise or travel to a different climate) (health tourism and wellness tourism).
4. Travel for sauna, massage, and other health activities (spa tourism and wellness tourism).
5. Medical treatment (medical tourism and dental tourism) (1989:7, zitiert nach Hall 2011: 5f).[2]

Beim Hodges et al. (2012:8) ist noch eine andere Typologie zu finden, die hier zum Vergleich und besseren Überblick angeführt wurde:

[2] Da es sich um eine Sekundärzitat handelt, wird das Werk von Goeldner im Quellenverzeichnis nicht angeführt.

Abbildung 8: Die Typologie der Medizintouristen nach Hodges at al.

GATS supply modes

Mode	Example
Mode I: Cross- border supply.	Tele- health services – A physician in India provides postsurgical consultation to a patient in Canada via teleconference.
Mode 2: Consumption abroad, aka movement of consumers	Medical tourism- An Australian resident seeking inexpensive cosmetic surgery travels to Thailand for her procedure.
Mode 3: Commercial presence	Foreign- owned hospitals – A Singapore – based health care group establishes a health care facility in China.
Mode 4: Temporary movement of service providers.	Health worker migration – A nurse from the Philippines goes work in Saudi Arabia.

Note: Medical Tourism is consodered „Mode 2" trade under the General Agreeement on Trade in Services (GATS)

Quelle: Hodges et al. 2012:8.

2.4. Begünstigende und hemmende Faktoren für den Medizintourismus

Die Entscheidung, für eine Behandlung ins Ausland zu fahren, fällt nicht immer leicht. Hier spricht einiges dagegen: Sprache (meistens wird dann ein Dolmetsch oder Koordinator vor Ort gebraucht, was mit zusätzlichen Kosten verbunden ist), die Dauer der Reise, auch Visumsangelegenheiten (fördert viele organisatorische, bürokratische und zeitliche Ressourcen). Einige Faktoren sprechen für eine Reise, die anderen dagegen.

In der Literatur wird von begünstigten und hemmenden Faktoren in diesem Zusammenhang gesprochen.

Laut Albaner/Grozea-Helmenstein zählen zu den hemmenden Faktoren für den Medizintourismus:

- PatientInnen bevorzugen Behandlungsorte, die für Angehörige leicht erreichbar sind und wo Sprachbarrieren nicht entstehen (bevorzugt werden Länder mit der der eigenen Sprache)

- kulturelle Besonderheiten auch im Gesundheitssystem: die Art und der Ablauf des medizinischen Programms und die Implementierung der Behandlung an sich (Abgabe von Medikamenten).
- Es besteht Unsicherheit im Rahmen des Haftungsrechtes: Was passiert, wenn eine Operation schlecht verläuft? Was ist, wenn ein medizinischer Regressanspruch gegen ein Spital in einem Land, wo die Regressgesetze unterschiedlich sind, erhoben wird?
- Zu hohe Kosten, die mit einer Behandlung oder Operation im Ausland verbunden sind, z. B. Hotelkosten für Begleitpersonen, Flugkosten etc. (2002: 93).

Mäßige Preise für medizinische Leistungen und hohe Qualität der angebotenen Gesundheitsdienstleistungen können diesen hemmenden Faktoren entgegenwirken. Um Potenziale der österreichischen Medizin effektiv nutzen zu können (Österreich bietet den Patienten ein breites Spektrum an Behandlungen), ist es notwendig, das Angebot zu vermarkten und dieses weltweit zu kommunizieren (vgl. Markus 2009: 30).

Im Artikel von Albaner/Grozea-Helmenstein (2002) werden Gesundheitssysteme ausgewählter EU-Länder analysiert. Zusammengefasst lässt sich sagen, dass die Leistungsschwäche im Gesundheitssystem bestimmter EU-Länder (Großbritannien, Schweden, Finnland, Frankreich, Niederlande, Italien) und Osteuropa, den arabischen Ländern und Japan zu den begünstigenden Faktoren für den Medizintourismus in Österreich zählen. Lange Wartezeiten für Behandlungen, Untersuchungen und operative Eingriffe, der Mangel an FachärztInnen und hochtechnologischen, medizinischen Geräten (was wiederum die Wartezeiten für Untersuchungen erhöht), hohe Summen, die PatientInnen inoffiziell und auch offiziell selber tragen müssen, um die Behandlungen zu bekommen oder sogar zu beschleunigen, das alles spricht für die Behandlung in Österreich (vgl. Albaner/Grozea-Helmenstein 2002: 93f). Insbesondere die Situation in Russland hat sich in den letzten Zeiten rasant verschlimmert: Medizin wird nur sehr sparsam vom Staat finanziert. Dadurch leidet die Qualität der medizinischen Leistungen und die Korruption steigt. „Schmieren“, um eine bessere Qualität zu bekommen und um Termine zu beschleunigen. Und keine Sicherheit, keine Haftungsrecht. Nur Hoffnung, die bekanntlich zuletzt stirbt.

2.5. Führende Länder des Medizintourismus: GUS-Länder als „Export Länder“

Historisch gesehen ist der Medizintourismus kein neues Phänomen. Schon seit langer Zeit reiste man aus reichen Ländern in ärmere, um dort medizinische Leistungen billiger in Anspruch zu nehmen. Die Erklärung dafür ist einfach: In einem billigeren Land kann man sich mehr leisten. Es lohnt sich finanziell sogar dann, wenn die Zusatzkosten (Reise, Unterkunft, Dolmetscher) dazugerechnet werden.

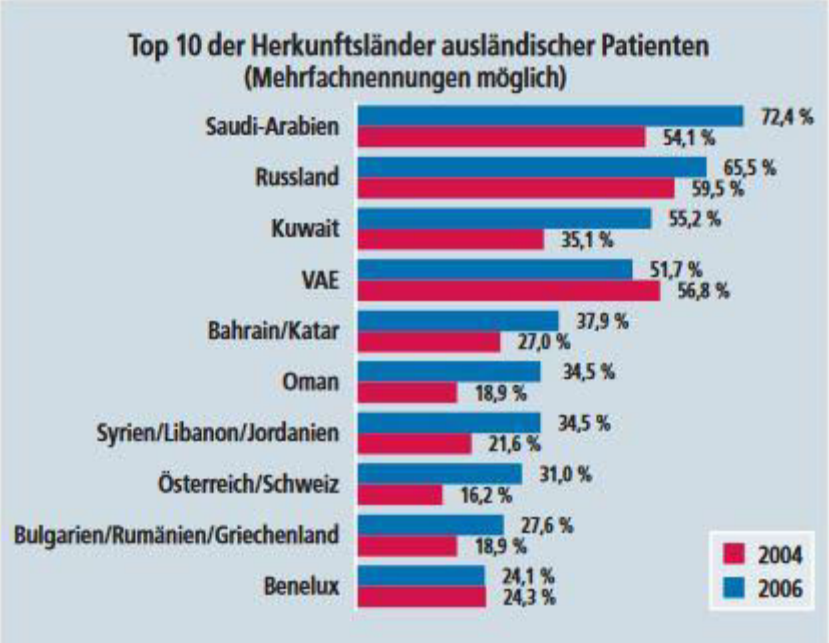
Die Länder, die medizinische Leistungen anbieten, werden als „Export-Land“ („*outcoming*“) bezeichnet. Unter „Import-Land“ („*incoming*“) wird ein Land definiert, das den/die PatientIn in ein anderes Land schickt. Manche Länder können gleichzeitig „Import-Land“ und „Export-Land“ sein: Länder mit hohen Einkommen orientieren ihre Leistungen an der Elite des Auslands, während die eigenen BürgerInnen nach medizinischen Leistungen in Ländern mit einem mittleren oder geringen Einkommen suchen (vgl. Lunt et al. 2011:30).

Export-Länder können von medizinischen Touristen sowohl profitieren als auch Nachteile haben. Durch starke Abwanderung verlässt das Geld das Land, was wiederum negative Auswirkungen auf die Entwicklung und Finanzierung der Wissenschaft und Medizin zur Folge hat. Dazu kommen noch rechtliche und ethische Fragen, keine Sicherheit, kein (oder nicht immer) Anspruch auf Garantie und Haftungsrecht. Anderseits führt die Abreise zur Verkürzung der Warteliste und senkt die staatlichen Ausgaben für die Behandlungen (vgl. Lunt et al. 2011:33).

Die wichtigsten Export-Länder sind auf allen Kontinenten vertreten, Osteuropa, Afrika, Asien und Lateinamerika. Diese Länder haben ganz bestimmte Behandlungen im Fokus: z. B. Thailand und Indien sind für Orthopädie und Kardiochirurgie bekannt. Osteuropäische Länder sind hingegen für Zahnmedizin bekannt (Ungarn wird als „*dental capital of the world“* bezeichnet).[3]

[3] https://www.sfgate.com/health/article/Dental-work-too-expensive-Go-overseas-2537921.php (12.07.2019)

Abbildung 9: Herkunftsländer ausländischer PatientInnen



Quelle: Juszczak/Nöthen 2006: A1360.

Die Patientenströme sind nicht immer gleich und hängen von verschiedenen Faktoren ab. Zum Beispiel gelten die arabischen Länder als attraktiver Markt in Deutschland. Nach den Terroranschlägen vom 11. September 2001 sind arabische PatientInnen auf der Suche nach neuen Behandlungsmöglichkeiten. Die Zahl der PatientInnen aus diesen Ländern wird höchstwahrscheinlich in Zukunft sinken, denn in Dubai entsteht bald eine „Health Care City", die ein breites Behandlungsspektrum zu bieten hat: von Kliniken bis zu Ausbildungskliniken und Wellness-Einrichtungen. Durch diese Veränderung erwartet man die russische Bevölkerung als nächsten großen Markt für Deutschland (vgl. Markus 2012: 36ff). Auch die ökonomische Krise im Jahre 2015 hatte eine Auswirkung auf die Anzahl der russischen PatientInnen.

2.6. Die aktuelle Position des medizinischen Tourismus in Österreich

Offiziell erfasste Statistiken zum Medizintourismus in Österreich gibt es zur jetzigen Zeit noch nicht. Laut den internen Recherchen und Einschätzungen von Dr. Gabriel, dem Geschäftsführer und Präsidenten der Plattform Austrian Health[4],

[4] https://austrianhealth.com/de/ (11.09.2019)

kommen jährlich zwischen sieben- und neuntausend PatientInnen zur Behandlung nach Österreich (vgl. Martin 2015: 10).

Im internationalen Vergleich hat Österreich nur eine kleine Zahl von MedizintouristInnen, jedoch noch ein hohes Potenzial. Zum Vergleich dazu statistische Daten aus Deutschland: 225.000 PatientInnen aus 177 verschiedenen Ländern haben im Jahr 2015 stationäre oder ambulante Behandlungen erhalten. Professor Pehamberger, ärztlicher Direktor der Wiener Privatklinik Rudolfinerhaus, sagt, dass 15 bis 20 Prozent aller PatientInnen aus dem Ausland kommen und bestätigt, dass für Europa, insbesondere für Österreich, russische, rumänische und arabische PatientInnen den Kern des Medizintourismus bilden (vgl. Juszczak/ Nöthen 2006: A1360). 2011 nahmen etwa 82.000 RussInnen eine medizinische Behandlung im Ausland in Anspruch, 2013 waren es bereits 120.000 PatientInnen (dies entspricht einer Steigerung von 47 %). Das weitere Wachstum wurde mit 25 % pro Jahr prognostiziert. Die Krise im Jahr 2015 hat zwar zu starken Einbrüchen geführt, wird sich nach Expertenschätzungen jedoch in 1 bis 3 Jahren wieder stabilisieren (vgl. Hoepke/Salomon 2016:6).

2.7. Medizinische Versorgung in den GUS-Staaten.

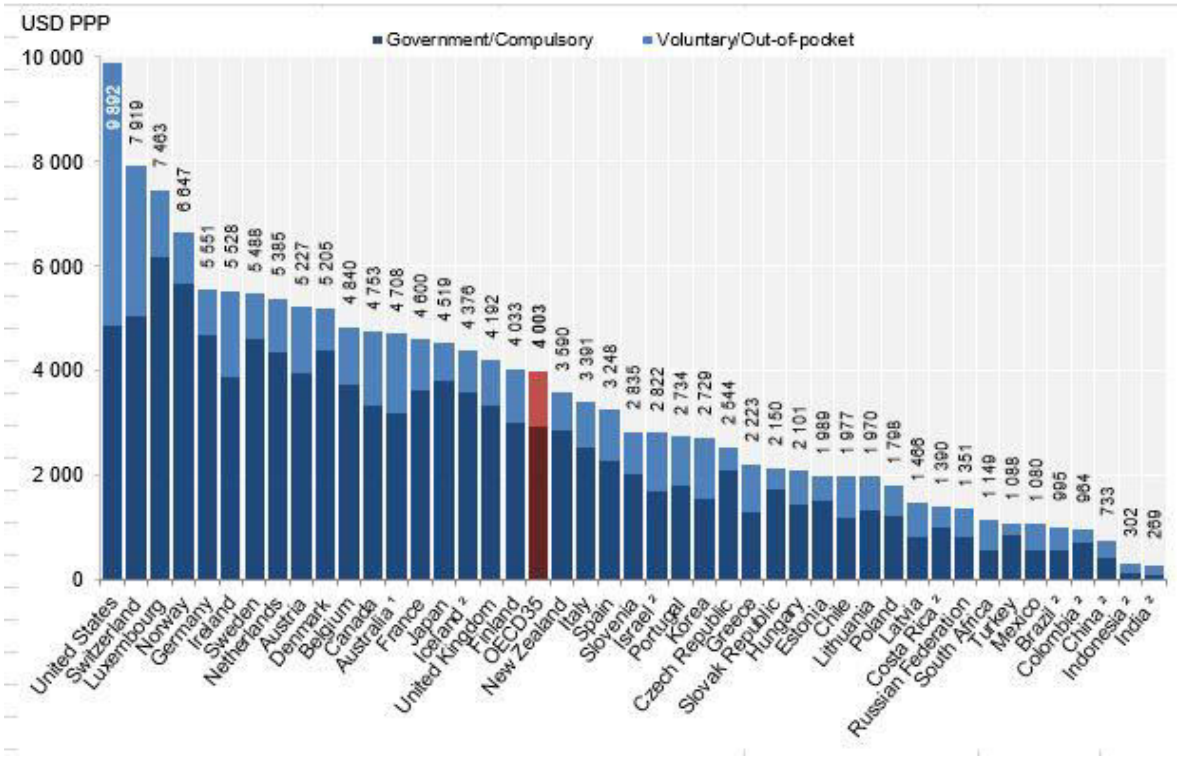
Im Jahre 2015 wurde in Russland eine Umfrage durchgeführt, um herauszufinden, ob die BürgerInnen mit den Gesundheitsleistungen zufrieden sind. 65 % von ihnen waren nicht zufrieden und bewerteten die medizinischen Leistungen als „niedrig“. Vor allem die Erstversorgung im Notfall bewerteten die GUS-BürgerInnen als „mangelhaft“ (vgl. Bateneva 2015).

Zusätzliche private Zahlungen sind keine Seltenheit. Sowohl medizinische Leistungen als auch Medikamente – für all dies wird extra schwarz gezahlt, um eine adäquate Versorgung zu erhalten. Ohne Gewährleistung. Ohne Garantie. Besonders schlimm ist die Situation außerhalb der großen Städte. In der Provinz herrschen eine mangelhafte Ausstattung, schlechte Qualifikation, fehlende ÄrztInnen und lange Wartezeiten (vgl. Markus 2012: S.15).

Der Anteil der Privatkliniken wächst (im Jahre 2006- waren es nur 6 %, im 2007 schon um 12 % gestiegen) (vgl. Advertology 2007). Die Kliniken entsprechen zwar westlichen Standards, aber für die durchschnittliche Bevölkerung sind die

Kosten zu hoch. Die Behandlungen in den Privatklinken in Sankt Petersburg und Moskau sind meist nicht leistbar (vgl. Makrus 2012:15). Die BürgerInnen zahlen für diese privaten Behandlungen selbst oder schließen Versicherungen ab. Abbildung 10 zeigt einen Vergleich in Bezug auf die Gesundheitsinvestitionen innerhalb des Landes:

Abbildung 10: Ausgaben für das Gesundheitssystem



Quelle: OECD Health Statistics 2017: 133.

Wie die Abbildung zeigt, wird in das russische Gesundheitssystem nur sehr wenig investiert, was Russland zu einem der größten Exportländer weltweit macht.

2.8. Risiko im medizinischen Tourismus.

Das Reisen aus medizinischen Gründen und die Suche nach den besten Optionen ist jedoch auch für die PatientInnen riskant. Eine der wichtigsten Fragen ist, wie die Risikowahrnehmung reduziert werden kann, um den Kauf bzw. Anfrage und Interesse an medizinischen Leistungen zu stimulieren. Diese Frage bezeichnen Menvielle et al. als „…*question, characterized by its intangibility, is imperative in the marketing of services*“ (2001: 54). Dieses Problem ist im

medizinischen Bereich umso wichtiger, weil unproportionale Risikowahrnehmung eine Form der Abstoßung erzeugen kann. Im medizinischen Tourismus soll die Risikowahrnehmung proportional zur Art der gewünschten Behandlung sein: die Risikowahrnehmung bei einem/einer PatientIn, der/die sich einer größeren Operation unterzieht, viel höher als bei einem/einer PatientIn, der/die eine Spa-Therapie erhält (vgl. Menvielle at al. 2011: 54).

Menvielle et al. schlagen sechs Variablen vor, mit denen die Risikowahrnehmung der PatientInnen, die im Internet nach medizinischen Leistungen suchen, definiert wird:

1. Funktionsrisiko: Der Unterschied zwischen den Erwartungen der PatientInnen und den erbrachten Leistungen und dem für diese Leistungen gezahlten Preis.
2. Finanzielles Risiko: zusätzliche Kosten für den/die PatientIn, wenn die erhaltene Leistung nicht ausreicht (neue Operationen, länger postoperativ, Reha).
3. Körperliches Risiko: Die Auswirkung der erhaltenen Leistungen auf die Gesundheit der PatientInnen (Reaktionen oder Allergien auf bestimmte Medikamente, Versagen nach der Transplantation).
4. Zeitverlustrisiko: Zeitaufwand für die Recherche, den Vergleich von Angeboten, Erstellung der Reisepläne etc.
5. Soziales Risiko: Die Dienstleistung oder das Produkt entspricht nicht den persönlichen Bedürfnissen der PatientInnen (unterschiedliche Wahrnehmungen der plastischen Chirurgie, abhängig vom kulturellen Kontext der PatientInnen).
6. Psychologisches Risiko: allgemeine Unzufriedenheit nach einer fehlgeschlagenen „Behandlung“ (2011: 54).

Eine kanadische Studie (Adams/Snyder/Crooks et at. 2017) hat einen Fragebogen entwickelt, den der/die PatientIn, bevor er/sie ins Ausland zur Behandlung kommt, unterschreiben soll (Anhang D). Es wird eindeutig, dass dem/der PatientIn von Anfang an klar sein soll, dass mit einer Reise wegen der Behandlung viele Risiken verbunden ist. Manche PatientInnen denken daran gar nicht und es wird verschwiegen (mit oder ohne Absicht). Es ist wichtig, die Informationen im Vorfeld zur Kenntnis zu nehmen und sich all der Risiken bewusst zu sein.

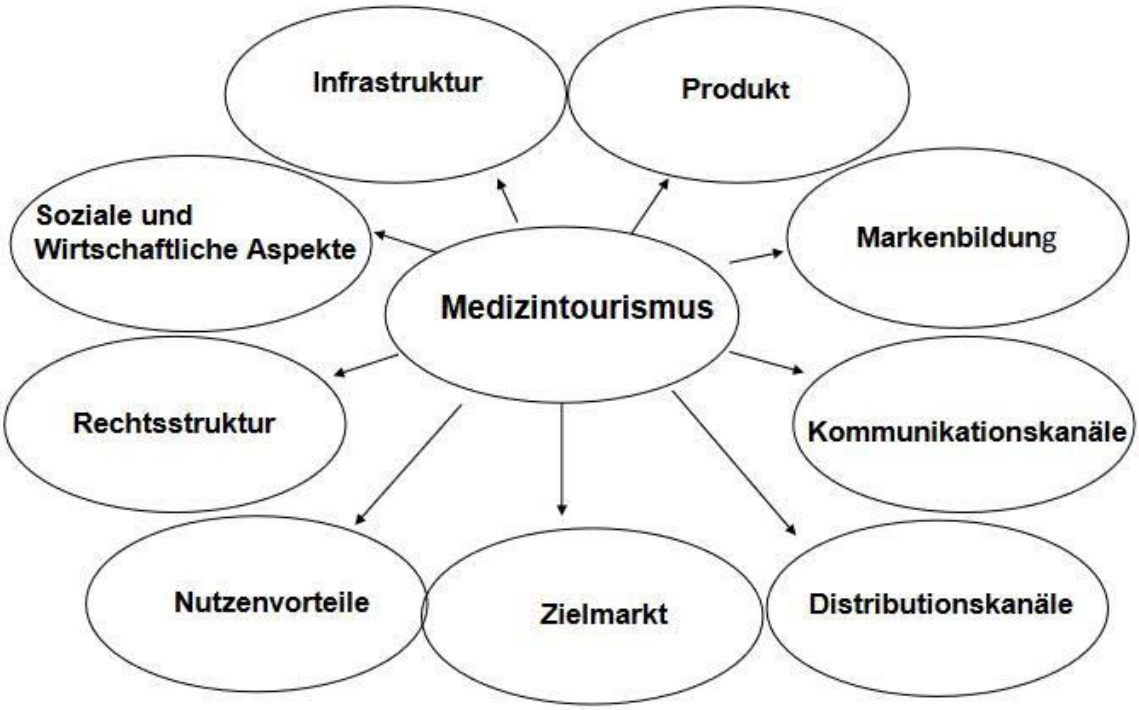
2.9. Komponenten des Medizintourismus und Infrastruktur

Medizintourismus existiert nicht alleine. Wie ein separates Segment ist er ohne andere Komponenten nicht denkbar. Zum besseren Verständnis des Begriffes und seiner Zusammenhänge benötigt es eine detaillierte Darstellung und Herangehensweise.

Im Folgenden werden angebotsrelevante Bestandteile des Medizintourismusmarktes dargestellt.

Die Abbildung 11 beschreibt Medizintourismus als System mit mehreren Komponenten, die in Wechselwirkung stehen und einander auch ergänzen.

Abbildung 11: Beschreibung des Medizintourismusmarktes



Quelle: Quast 2009: 27.

In dieser Arbeit wird nur auf relevante Komponenten für das Thema näher angegangen.

2.9.1. Infrastruktur

Mit dem wachsenden Markt wird auch der Bedarf nach einer besseren Infrastruktur aktuell. Hotels und Restaurants werden der Nachfrage entsprechend um die Klinken ausgebaut. Aber nicht nur das: Vereinfachte Visa-

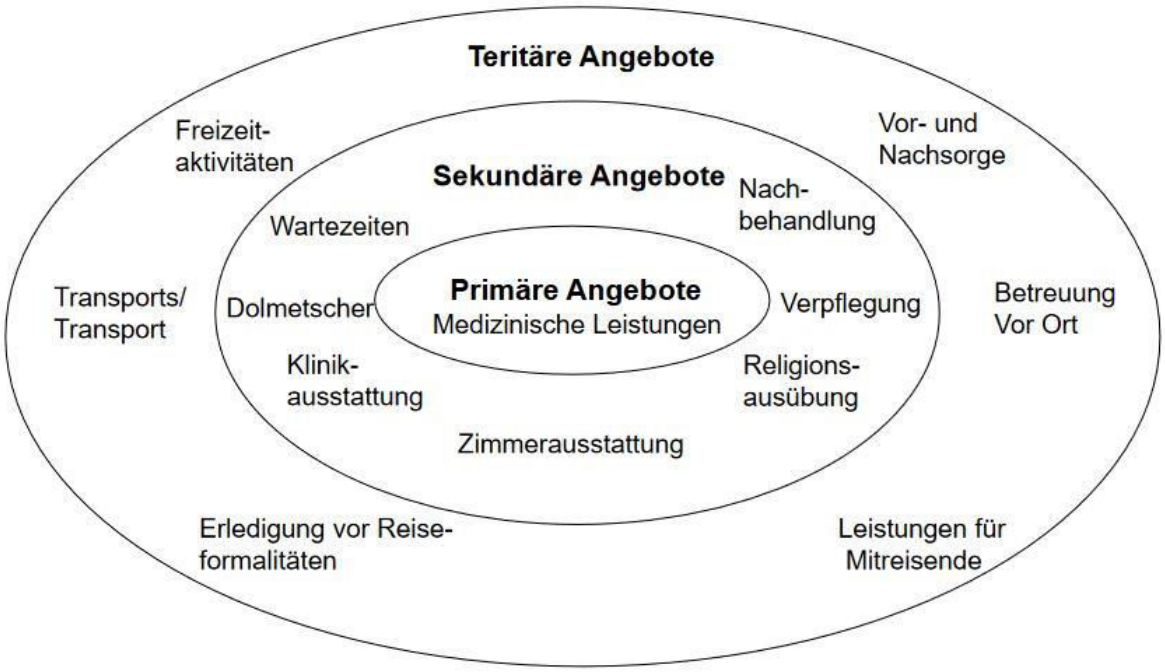
Bestimmungen, bequeme Anreise zum Spital, Shuttle-Service, Autovermittlungen, Dolmetscher, Reiseführer, das alles und noch vieles mehr gehört auch zum Alltag der medizinischen TouristInnen. Die Länder bemühen sich, das Leistungsspektrum immer breiter und attraktiver zu gestalten. Es muss alles auf einem guten Niveau und auch preislich attraktiv sein, denn die Konkurrenz ist hoch (vgl. Quast 2009: 27).

2.9.2. Produkt

Wenn es um die Angebote des Medizintourismus geht, dann handelt es sich um Dienstleistungen. Warum? Dafür sprechen mindestens zwei Gründe: erstens, das Produkt ist nicht lagerfähig. Wird das Zimmer im Spital eine Nacht lang nicht belegt, verliert das Spital Geld. Zweitens, die Produkte, die im medizinischen Tourismus angeboten werden, sind nicht transportfähig und der/die PatientIn muss selbst zum Ort der Leistungserbringung kommen. Und drittens, das „uno-actu-Prinzip“: Die Erstellung des Produktes erfolgt erst dann, wenn die Nachfrage von Seite des/der PatientIn besteht, wo Leistungserstellung und Absatz ein synchroner Akt sind (vgl. Quast 2009: 27f).

Wie schon festgehalten wurde, besteht der medizinische Tourismus aus den zwei Segmenten: „Medizin“ und „Tourismus“. Einerseits passen diese zwei Begriffe gut zueinander, da die Reise ins Ausland für eine medizinische Leistung schon alleine eine touristische Aktivität darstellt. Wird aber von der Seite des Tourismus gesprochen, so wird die Vermarktung der Medizin etwas schwieriger: Es fahren zwar viele Menschen aufgrund der gesundheitlichen Probleme ins Ausland, jedoch nicht alle TouristInnen, die ins Ausland fahren, nehmen die medizinische Leistungen in Anspruch. Nichtsdestotrotz gelingt es dem Tourismus, diese zwei Komponenten gut zu kombinieren. Heutzutage sind die medizinischen Angebote gut in das touristische Umfeld integriert (vgl. Quast 2009: 27f.), wie aus der Abbildung 12 zu entnehmen ist.

Abbildung 12: Das medizintouristische Angebot für Deutschland



Quelle: Quast 2009: 28.

Primäre Angebote sind unmittelbare Reisegründe. Darunter fallen alle Leistungen medizinischer Natur. Sekundäre Angebote sind notwendige Voraussetzungen für das Gelingen der Reise. Tertiäre Angebote dienen zur Ergänzung: Von diesen Angeboten kann das Gelingen der Therapie abgesehen werden und zudem werden sie als wichtiges Verkaufsargument in die Reise miteinbezogen. In diesem Segment haben die Anbieter perfekte Möglichkeiten, sich gegenüber Konkurrenten hervorzuheben (vgl. Quast 2009: 28ff).

2.9.3. Markenbildung

Stetige Zunahmen medizintouristischer Angebote führen dazu, dass medizinische Einrichtungen und Destinationen in einem kontinuierlichen wachsenden Prozess der Markenbildung stehen. Es gibt tausende Angebote und die PatientInnen verlieren den Überblick zwischen den Angeboten. Darum ist eine Markenbildung sehr wichtig: Eine etablierte erkennbare Marke hat es zum Ziel, die PatientInnen bei der Entscheidungsfindung zu unterstützen und Vertrauen aufzubauen. Um dieses Ziel zu erreichen, wird auf verschiedene Strategien zurückgegriffen (vgl. Quast 2009: 38).

Nach Kotler (1991: 444) ist eine Marke

> *„…a name, term, sign, symbol, or design, or combination of them which is in- tended to identify the goods and services of one seller or group of sellers and to differentiate them from those of competitor“.*

Auf die Medizin übertragen bedeutet dies, dass medizinische Einrichtungen versuchen, durch Kreation eines Symbols, eines Namens oder eines Slogans sich von den anderen Produkten und Angeboten abzugrenzen. Dies geschieht durch die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern, wie Hotels, Reisebüros, Restaurants, Transportunternehmern etc. Verschiedene Leistungsanbieter, die sich vernetzten, haben es zum Ziel, durch ein einheitliches Produkt eine gemeinsame Marke aufzubauen. Im Medizintourismus heißt dies, ein sowohl medizinisches als auch touristisch positives Images zu erschaffen. Damit den potenziellen KundInnen die Marke nicht ganz fremd und unbekannt ist, ist es sinnvoll hier eine schon existierende Marke, z. B. eine Destination, zu nutzen und anhand derer die medizinische Komponente zu erweitern (vgl. Quast 2009: 38f).

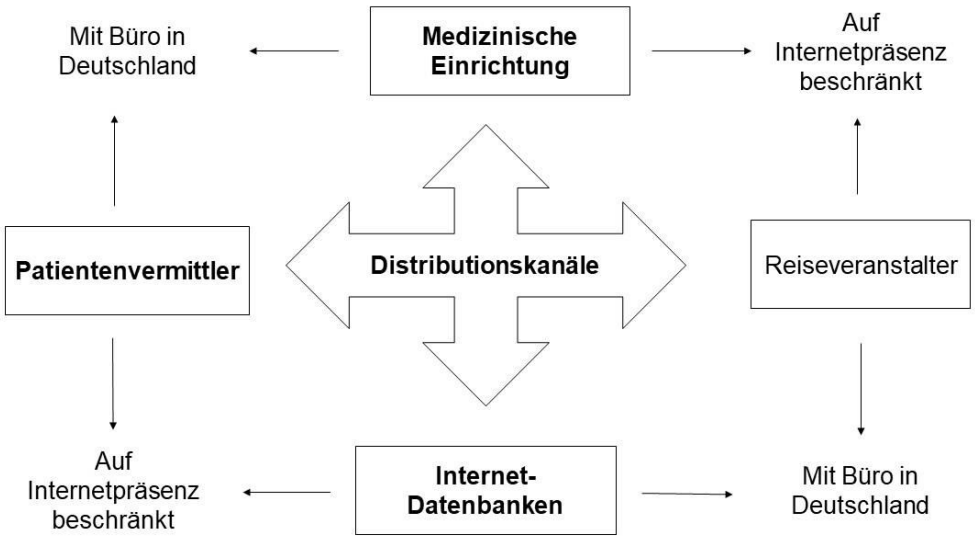
Es sei hier angemerkt, dass Österreich genau diesen Weg geht: Da das Land für Thermen- und Skiurlaube bekannt ist, wird dadurch die medizinische Komponente immer mehr erkennbar und bekannter. Sein Image hat Österreich schon aufgebaut, jedoch fehlen noch anhaltende Maßnahmen, um den Bekanntheitsgrad der Marke „Österreich ist ein Medizinland“ zu steigern. Deutsche Kliniken haben einen Verband gegründet, in dem sich alle Kliniken weltweit präsentieren und bewerben wollen. Hierbei wird nicht jede einzelne medizinische Einrichtung beworben, sondern der Verband und die Kliniken als Mitglieder. Der Verband bietet „all inclusive“ Leistungen von A bis Z: von Anfragebearbeitung bis zum Medikamenteneinkauf für die PatientInnen. Auch Dolmetscher, Transport, Reise, Hotels, Visumangelegenheiten, Stylist, Immobilienmakler und medizinische Begleitung beim Fliegen können in Anspruch genommen werden. Solch ein *Full Service* existiert in Österreich nicht. Jede Einrichtung bewirbt sich selbst, das Prinzip des Zusammenhalts, nach dem Motto „Gemeinsam sind wir stärker“ hat in Österreich noch nicht Fuß gefasst.

2.9.4. Distributionskanäle

In der Realität ist es oft so, dass es zwischen den medizinischen Einrichtungen und potenziellen KundInnen eine Schnittstelle gibt, die die Leistungen am Markt

darbietet. Quast (2009:42) unterteilt die am Markt bestehenden Unternehmen und spricht in diesem Zusammenhang von drei Distributionskanälen, mit deren Hilfe deutsche Medizin angeboten wird: der PatientInnenvermittler, die medizinische Einrichtung und die Internetdatenbanken (vgl. ebd.)

Abbildung 13: Distributionskanäle



Quelle: Quast 2009: 42.

Quast schreibt diesen Distributionskanälen eigene Funktionen zu:

- bieten lokal Service an, wenn zwischen den KundInnen und ursprünglichen Leistungsanbietern geographische Entfernung besteht,
- einzelne Leistungen werden zu einem Paket geschnürt oder auch einzeln verkauft,
- bilden Beziehungen zwischen KundInnen und ursprünglichem Leistungsanbieter,
- in gewissen Rahmen gemeinsam Leistungen schaffen („co-producing“) und diese auch verkaufen (2009: 42f).

Es sei hier auch angemerkt, dass diejenigen Leistungsanbieter, die eine kleine Reichweite für ihre Leistungen haben (Ärzte oder Reinigungen, z. B.) sich nicht an die Distributionskanäle wenden, sondern es bevorzugen, ihre KundInnen direkt anzusprechen und erreichen. So gesehen bleiben mit der Entwicklung des

Medizintourismus die ÄrztInnen immer noch als traditionelle Leistungsanbieter erhalten (vgl. Quast 2009: 42f).

2.9.4.1. Distributionskanäle in Österreich

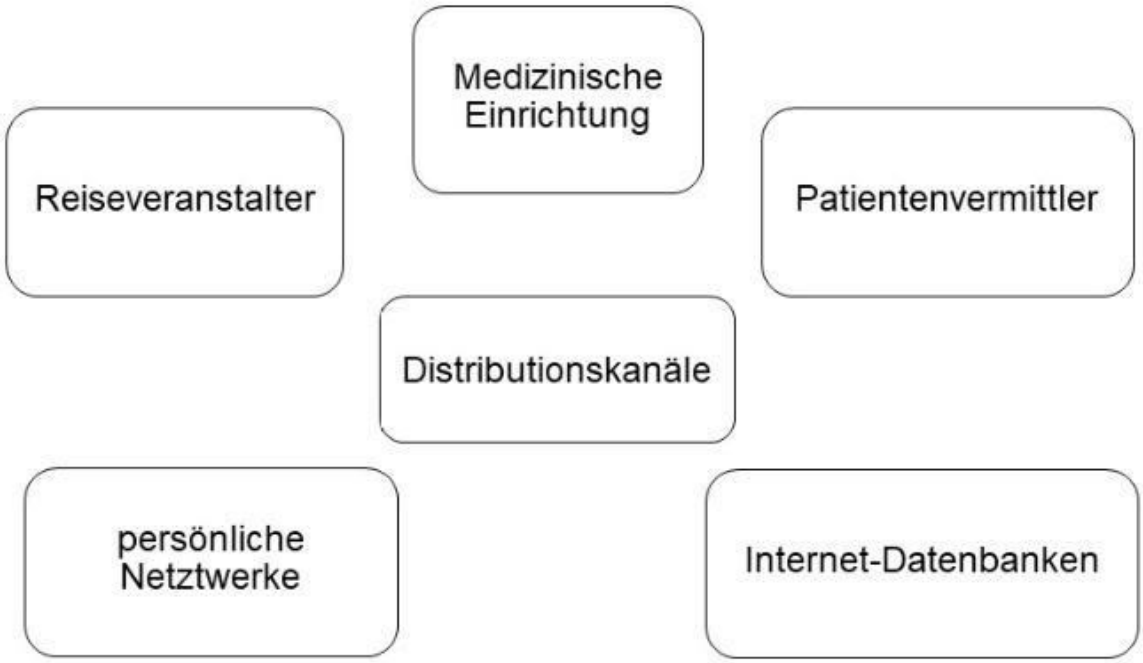
Dieses Kapitel widmet sich dem Thema der Distributionskanäle sowohl für jene, die allgemein für den medizinischen Tourismus typisch sind, als auch auf jene, die für den Markt in Österreich besonders oft anwendbar sind.

Der Medizintourismus ist ein großer Markt, der durch große Wachstumsdynamik gekennzeichnet ist. In Österreich hat Medizintourismus keine große Bedeutung und wird eher als Nischenmarkt bezeichnet. Obwohl Österreich viel Potenzial in diesem Segment hätte, hängt es von mehreren Faktoren ab, ob sich die Situation in Österreich ändert: Service von Kliniken, die ihre Struktur für die Arbeit mit den ausländischen PatientInnen ausrichten bzw. anpassen müssen (die hauptsächlich SelbstzahlerInnen sind) und ein ganz wichtiger Faktor: professionelle Vermarktung von Angeboten in den Kliniken. Die russischsprachigen PatientInnen, die ins Ausland bzw. nach Österreich zur Behandlung kommen, erwarten Full Service, sie erwarten persönliche Betreuung rund um die Uhr bei allen Fragen: Einkauftipps, Lokaltipps, Stadtführungen, Transport, Dolmetscher. Die österreichische Medizin ist viel teurer als die Deutsche, darum können Österreich sich nur reiche RussInnen leisten. Dementsprechend erwarten sie, dass die Zimmer komfortabel ausgestattet sind. Ebenso wird erwartet, dass im Rahmen der medizinischen Behandlung der Alltag gleichbleibt: russische Medien, russische TV-Sendungen und -Kanäle, russisches Essen etc. Die Begleitpersonen benötigen ebenso Hilfe: vielseitiges Rahmenprogramm, Reiseorganisation, Erledigung von Formalitäten etc. (vgl. Böhm 2007: 5f).

Im Vergleich zu Deutschland, wo die Klinken und Agenturen in einem Bundesland kooperieren und letztendlich nicht für sich alleine werben, sondern für die Assoziation dieses Bundeslandes, gibt es so etwas in Österreich nicht. In Deutschland als naheliegendem Konkurrenzland gibt es einige Agenturen, die sich auf die Organisation der Behandlungen spezialisieren und Full Service

anbieten. Ein Beispiel dafür ist z. B. *Surgical Experts International*[5] oder die *Kliniken Allianz München*[6], die den russischsprachigen PatientInnen alle Leistungen von A bis Z anbieten: Hilfe bei der Auswahl der richtigen Klinik, Organisation und Koordination von An- und Abreise, Visumsangelegenheiten, Unterbringung von Angehörigen, Übersetzung, Terminvereinbarung und Kostenvoranschläge, Airambulance und als Zusatzangebot Organisation von Besichtigungstouren, Unterhaltungs- und Einkaufsausflügen etc. (vgl. Böhm 2007: 6f). Das ist Service, der in Österreich nicht vertreten ist. Es besteht eine Lücke, eine Schnittstelle könnte eine Medizinreiseagentur bzw. PatientInnenvermittler sein, die alle Leistungen aus einer Hand anbieten würde.
Grundsätzlich gibt es vier Distributionskanäle, die PatientInnen nach Österreich bringen:

Abbildung 14: Distributionskanäle in Österreich



Quelle: Eigene Darstellung

Weltweit gibt es bereits Internet-Datenbanken, welche PatientInnen und medizinischen Anbietern die Möglichkeit bieten, zusammenzukommen. In diesen Datenbanken können sich Kliniken und Fachspezialisten aus aller Welt

[5] https://surgical-experts.de/ (16.04.2019)
[6] https://kliniken-allianz.de/ (16.04.2019)

gegenüber einem breiten Publikum präsentieren (vgl. Böhm 2007: 7). Als Beispiel dafür gilt *Leading Medicine*.[7] Auf der Webseite haben die PatientInnen die Möglichkeit, nach Fachgebiet zu suchen und dann direkt entweder Spital oder Arzt/Ärztin zu kontaktieren.

Ein anderes Konzept hat *EURODOCTOR*[8] entwickelt: Wenn der/die PatientIn auf der Webseite durch die Suche auf Google oder *Yandex*[9] landet, kann er/sie sich gut über verschiedene Erkrankungen informieren und über die Behandlung in den verschiedenen Ländern informieren lassen. Wenn er/sie aber ausgewählte Spitäler kontaktieren will, wird er/sie hier auf Vermittler stoßen, die sich im ausgewählten Land befinden und dem/der PatientIn dann organisatorische Leistungen vor Ort anbieten. Direkter Kontakt mit den ÄrztInnen und Spitälern wird hier nicht angeboten.

Es sei hier angemerkt, dass so ein Trick auf das Vertrauen der russischsprachigen PatientInnen sehr gut wirkt: die meisten vertrauen Vermittlungsagenturen nicht und wissen, dass die Leistungen über diese teurer werden. So gesehen besteht hier die Kommunikationskette aus zwei Kanälen: Vermittlungsagentur und Datenbank.

„*Patientenvermittler*“, „*Patientenmakler*“ und „*Patientenvermittlungsorganisation*“ sind verwandte Synonyme. Die Arbeit von Vermittlungsagenturen kann mit Reiseagenturen verglichen werden: Der Reisevermittler verkauft an die KundInnen im Auftrag von Produzenten entweder einzelne Reisen oder Pauschalreisen. Der Patientenvermittler tut das Gleiche, indem er die medizinischen Leistungen der betreffenden Einrichtungen anbietet, wenn der/die PatientIn nachfragt. Ein Patientenvermittler kann ein Reisebüro sein (wie Mondial[10] in Österreich), oder über das Internet als Vermittler auftreten (Eurodoctor). Die Aufgaben eines Vermittlers können alles umfassen, von der Akquisition bis zum Full Service (vgl. Quast 2009:43).

Österreichs größter Reiseveranstalter, Mondial, hat eine eigene medizinische Richtung entwickelt und bietet den KundInnen sowohl Reisen als auch medizinische Leitungen an.

[7] https://www.leading-medicine-guide.ru/ (16.04.2019)
[8] https://eurodoctor.ru/ (17.04.2019)
[9] https://yandex.ru/ (17.04.2019)
[10] https://www.best-treatment.com/ (17.04.2019)

Die Vermittlungsagenturen haben eigene Netzwerke, bestehend aus ÄrztInnen und Kliniken und arbeiten mit ihnen auf Provisionsbasis zusammen. Die Kliniken haben zu dieser Zusammenarbeit keine eindeutigen Verhältnisse: Einerseits bringen die Vermittler PatientInnen und organisieren für ihre KundInnen Dolmetsch, erledigen selber alle administrativen Tätigkeiten (Visum, Terminkoordination etc.) und erleichtern somit den Kliniken die Arbeit. Anderseits entstehen durch die Vermittler verschiedene Provisionen, die in ihrer Höhe variieren, was in manchen Fällen die Preise im Vergleich zu anderen Kliniken in die Höhe treibt. Darum sind die Kliniken auch selbst aktiv auf der Suche nach SelbstzahlerInnen, indem sie auf den direkten Kontakt mit PatientInnen setzen. Im Gegenteil zu Österreich schließen sich in Deutschland die Kliniken in lokalen oder regionalen Netzwerken zusammen, um durch eine gemeinsame Vermarktung Synergieeffekte zu nutzen. Manche gründen eigene Zentren, die dann ausländische PatientInnen betreuen. Als Beispiel dafür kann das das Medical Network Hessen / Germany gesehen werden.[11]

Jedes Spital (privates Spital) hat internationale Abteilungen, die sich hauptsächlich mit ausländischen PatientInnen beschäftigen. Da die Patientenströme aus dem arabischen, russischen und rumänischen Raum kommen, reden die Mitarbeiter neben Deutsch und Englisch auch diese Sprachen auf Muttersprachenniveau. Außer „offiziellen“ Patientenquellen gibt es noch eine Gruppe, die nicht zu zuordnen ist: einzelne Personen, die gleichzeitig als Vermittler und auch als Dolmetscher auftreten. Sie positionieren sich als unabhängige Personen, die auch Netzwerke haben und vermitteln PatientInnen aus dem eigenen Land. Sie verfügen über die sprachlichen Kenntnisse, vielleicht auch über eine medizinische Ausbildung (was erfahrungsmäßig extrem selten ist). Gegenüber einer Vermittlungsagentur sind diese Personen günstiger und erbringen gleiche Leistungen im Rahmen ihrer Kapazitäten.

Manchmal treten die ÄrztInnen selbst als Vermittler auf: Sie haben ihre Diplome in Österreich nostrifizieren lassen, arbeiten in den Spitälern und betreuen PatientInnen, mit denen sie dieselbe Sprache sprechen. Diese Personen haben Kontakte zu medizinischen Einrichtungen in Russland/Ukraine/Kasachstan und bekommen dadurch PatientInnen.

[11] https://www.medical-network-frm.de/de/ (16.04.2019)

Wenn man die Tätigkeit von Vermittlungsagenturen und einzelnen Vermittlern vergleicht, stellt sich mitunter die Frage: Sind diese Menschen wirklich genügend qualifiziert und kennen sich wirklich gut aus? Haben sie genug Wissen über medizinische Leistungen und wissen sie tatsächlich, welche ÄrztInnen für diese oder jene Erkrankung die richtigen Ansprechpersonen sind? Diese ethischen Fragen wurden in Österreich noch nicht geregelt. Es gibt keine Zertifizierung, Gewerbe oder Gesetze. In Österreich darf es jeder machen. Zudem geht es um die Gesundheit und um das Leben der Menschen. Es muss etwas geben, das den Laien von einem/einer qualifizierten SpezialistIn unterscheidet. Dolmetschen bei den medizinischen Konzilen ist nichts anderes als Simultanübersetzungen. Das kann nicht jeder. Medizinische Lexika sind sehr spezifisch. Von dem, wie und was übersetzt wird, können wichtige Lebensentscheidungen abhängig sein.

3. Empirische Teil

Im folgenden Abschnitt wird auf die Methode, die in der vorliegenden Arbeit eingesetzt wird, eingegangen. Außerdem soll die Wahl des Erhebungsinstruments dargestellt und begründet werden, das zur Überprüfung der Hypothesen dient. Dieses Kapitel soll sowohl eine genaue Beschreibung der Vorgangsweise für diese Studie, als auch einen theoretischen Einblick bieten.

3.1. Forschungsfrage und Hypothesen

Die Forschungsbegleitende Forschungsfrage und Haupthypothesen:

FF1: *Inwiefern beeinflusst das soziale Kapital die Wahl des Landes, in dem eine Behandlung stattfinden soll?*

H1: *Je größer das soziale Kapital einer Person ist, desto leichter fällt die Entscheidung für ein Land, in dem die medizinische Behandlung stattfinden wird.*

Um mit der Studie die Haupthypothese und Forschungsfrage genauer zu beantworten und besser Zusammenhänge zu entdecken, wurden aus der Haupthypothese mehrere Hypothesen abgeleitet und in Blöcke gruppiert:

H Nummer	Hypothese
Persönliches Netzwerk und Wachsamkeit	
H1a1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1a2	Je größer der Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1a3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1a4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.

H1a5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
Persönliches Netzwerk und Selbstzufriedenheit	
H1b1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1b2	Je größer der Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1b3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1b4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1b5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
Persönliches Netzwerk und Selbstvertrauen	
H1c1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1c2	Je größer der Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1c3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1c4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H1c5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.

H Nummer	Hypothese
Soziales Netzwerk und Wachsamkeit	
H2a1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.

H2a3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a51	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a52	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a53	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a54	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a55	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a56	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a57	Je größer der Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2a58	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
Soziales Netzwerk und Selbstzufriedenheit	
H2b1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b51	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b52	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.

H2b53	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b54	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b55	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b56	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b57	Je größer der Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2b58	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
Soziales Netzwerk und Selbstvertrauen	
H2c1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c51	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c52	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c53	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c54	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c55	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c56	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.

H2c57	Je größer der Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.
H2c58	Je größer der Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.

3.2. Methode und Erhebungsinstrument

Um die Forschungsfrage beantworten zu können und die Hypothesen zu überprüfen, wurde ein quantitatives Vorgehen gewählt. Dabei wurde auf die Methode der standardisierten Online Befragung zurückgegriffen. Die gewählte Methode wird in der Literatur *als „…klassisches Instrument der Datenerhebung…“* bezeichnet (Reinecke 2014: 601). Diese Herangehensweise strebt nach Standardisierung: es werden sowohl die Reihenfolge im Fragebogen festgelegt, als auch der Grad der Festlegung des Fragetextes und dazu gehörenden Antwortkategorien (Reinecke 2014: 601).
Der quantitative Vorgang an sich dient dazu, um kausale Zusammenhänge zwischen Variablen festzustellen und erklären:

> *„Das Ziel des quantitativen Paradigmas ist das „Erklären“ der kulturell/sozial geschaffenen Wirklichkeit. Mit Hilfe quantifizierender Methoden werden Strukturen über überindividuelle Zusammenhänge und Regeln zwischen Begebenheiten aufgedeckt, indem soziale Gegebenheiten über einen Operationalisierungsvorgang messbar gemacht werden, um dann statistische Analysen anzuwenden“ (Raithel 2008:12).*

Ein Online Fragebogen hat explizit in dieser Untersuchung mehrere Schwächen und auch Stärken. Zu den Stärken gehören folgende:

- Sofortige Verfügbarkeit der Daten und auch die Möglichkeit je nach Bedarf diese Daten zu konvertieren, analysieren, auswerten und zu teilen.
- Zeit- und Kostenersparungen: die Befragten werden durch ein klar strukturiertes Programm geführt. Der Online Fragebogen ist leicht zugänglich und kann jederzeit ausgefühlt werden. Es benötigt von der Seite der ForscherInnen keine zusätzliche Ausrüstung: Drucker, Personal etc.
- Umfang: eine Online Befragung erlaubt es, größere Stichprobe in kürzerer Zeit zu erreichen. Daraus folgt der nächste Vorteil:
- Leichte Zugänglichkeit zum Fragebogen von allen Geräten, die über Internet Zugang verfügen.
- Einfache Auswertungsmöglichkeiten durch Digitalisierung.
- Anonymität- Online Fragebögen gewähren es den TeilnehmerInnen, anonym zu bleiben. Vor allem ist es wichtig, wenn die Befragten potentielle

PatientInnen der Spitäler sind, wo Anonymität und Privatsphäre besonders sensible Themen sind.

- Die Ergebnisse sind meist objektiv und vergleichbar und lassen auf die Grundgesamtheit schließen.

Zu den Schwächen dieser Methode zählen folgende:

- Unehrliche und nicht gewissenhafte Antworten. Trotz Anonymität kann es dazu kommen, dass die Befragten nach sozialer Erwünschtheit antworten, um die Privatsphäre zu schützen.
- Es kommen viele Artefakte dazu, was sich auf die Analyse und Interpretation auswirken können und diese können nicht berücksichtigt werden: wie lange wurde der Fragebogen beantwortet (vielleicht wurde die Befragung mehrmals abgebrochen, oder wurde sogar mit der Hilfe von anderen ausgefüllt).

Ein standardisierter Fragebogen kann nicht alle für die Studie wichtigen Variantenberücksichtigen, wie z.B. offene Fragen.

Im Idealfall wäre eine Kombination aus verschiedenen Methoden, qualitativ und quantitativ, für die Forschung am besten, um die Schwäche von Methoden zu eliminieren. Im Rahmen aber dieser Arbeit und angesichts anderer wichtiger Fakten: spezifisches Thema der Arbeit, Erreichbarkeit von Stichprobe, der begrenzte Rahmen der Magisterarbeit und vielen anderen Gründen, war es kaum möglich.

Denkt man hier zurück an die Forschungsfrage und Hypothese dieser Arbeit, die einen Zusammenhang zwischen der Größe des sozialen Kapitals und Decision Making befürworten, wird deutlich, dass ein quantitativer Forschungsablauf hier durchaus seine Berechtigung aufweist.

3.3. Auswahl der Probanden

Die Studie wurde dank Kooperation mit den Privaten Kliniken Wien: Wiener Privat Klinik, Privatklinik Döbling, Rudolfinerhaus und Confraternität ermöglicht. Die Auswahl der ProbandInnen erfolgte mittels einer zufälligen Stichprobenziehung. Als Grundgesamtheit gelten *russischsprachige* PatientInnen, die sich an oben genannten Kliniken und ihre Internationale Abteilungen wenden, um sich einen

Kostenvoranschlag/Information zur Behandlung/Vorsorge zu holen. Gemeinsam mit der Information über Arzt, Behandlungsmöglichkeiten und Kostenvoranschlag wurde jeder/m PatientIn ein Link zu dem Fragebogen geschickt mit der Bitte, an der Studie teil zu nehmen (die Fragebogen befindet sich im Anhang B).

Da bis jetzt keine statistischen Daten erfasst wurden, wie viele russisch sprachige PatientInnen tatsächlich nach Österreich kommen, als Grundgesamtheit wurden 9.000 Patienten genommen, die jährlich nach Österreich zur Behandlung/ Vorsorge kommen (vgl. Hoepke/Salomon 2017:10). Diese Zahl definiert leider nicht, wie viele aus diesen 9.000 Patienten russischsprachig sind. Daraus lasst sich die Stichprobengröße wie folgt berechnen: um von den Ergebnissen repräsentativ auf die Grundgesamtheit schließen zu können, sollen 369 Befragten an der Studie teilnehmen.

Die Auswahl der ProbandInnen erfolgte mittels einer zufälligen Stichprobenziehung: jede/r russischsprachige/r, der/die sich für die Behandlung/Vorsorge über Spital interessiert, kommt in die Stichprobe.

Wichtigste Kriterien zu den Befragten: russischsprachige Männer und Frauen, im Alter von 21 du 51+, die aus GUS Ländern kommen, dazu zählen:

Russland
Kasachstan
Belarus
Ukraine
Moldawien
Armenien
Aserbaidschan
Kirgistan
Tadschikistan
Turkmenistan
Usbekistan

die wiener Spitäler Zwecks Interesse an die Vorsorge/Behandlung kontaktieren.

3.4. Pretest

Pre- Testphase erfolgte von 12. Bis 16. August 2019. Das Ziel dieser Phase war es, die theoretische Fundierung und Verständlichkeit des Fragebogens zu überprüfen. Nach dem Pretest wurde der Fragebogen noch mal optimiert und korrigiert. Auch grammatikalische Tippfehler wurden korrigiert. Die Ergebnisse des Pre- Test haben ergeben, dass alle Fragen aus dem Fragebogen als „Pflichtfrage“ programmiert werden müssen. All diese Fehler wurden korrigiert und dann an die Spitäler geschickt.

3.5. Durchführung

Der Zeitraum der Studie erstreckte sich über 19.08 bis 02.09.2019.
An der Untersuchung haben 403 Befragten teilgenommen.

3.6. Fragebogen

Die Fragebögen wurde mit Hilfe von Google Forms erstellt. Mit diesem Tool war es möglich, den Fragebogen professionell, verständlich und übersichtlich explizit für die russischsprachige Stichprobe zu gestalten. Der Fragebogen gliedert sich in vier Abschnitte (Screenshots befinden sich im Anhang B).
Der erste Abschnitt dient zur Erhebung der Daten im Auftrag für Kliniken für Statistik.
Teil zwei besteht aus gezielten Fragen zur Bestimmung der Größe sowohl sozialer - als auch privater Netzwerke.
Dazu kamen folgende Fragen:

- ✓ wie viele Menschen zählen Sie zu Ihrem Freundschaftskreis?
- ✓ Wie viele Menschen gibt es darunter, von denen Sie sagen würden, das sind wahre Freunde?
- ✓ Wie groß ist ungefähr Ihr Verwandtschaftskreis?

Teil drei besteht aus gezielten Fragen zum Thema Decision Making:
Wachsamkeit

- ✓ Ich bin sehr vorsichtig, wenn ich meine Wahl treffen muss.
- ✓ Wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, ändere ich meine Meinung nicht.

- ✓ Ich denke gerne über eine Entscheidung nach, bevor ich diese treffe.
- ✓ Wenn ich eine Entscheidung treffe, habe ich das Gefühl, die bestmögliche gemacht zu haben
- ✓ Ich treffe gerne selbst Entscheidungen.
- ✓ Wenn ich mich entscheide, etwas zu tun, mache ich gleich weiter.

Selbstzufriedenheit

- ✓ Wenn ich vor einer Entscheidung stehe, stimme ich den Vorschlägen anderer zu.
- ✓ Immer wenn ich mich über eine Entscheidung aufrege, entscheide ich mich spontan.
- ✓ Ich habe zu wenig Mühe, um Entscheidungen zu treffen.
- ✓ Wenn ich gezwungen bin, eine Entscheidung zu treffen, ist es mir egal, was ich wähle.
- ✓ Ich wähle anhand einiger kleiner Details.
- ✓ Ich tendiere dazu, Entscheidungen zu treffen, ohne darüber nachzudenken.
- ✓ Wenn ich Entscheidungen treffe, tendiere ich dazu, die erste Alternative zu wählen, die mir einfällt.
- ✓ Ich mache lieber das, was andere wählen, weil ich nicht gerne anders bin.

Selbstvertrauen

- ✓ Ich bin zuversichtlich, dass ich Entscheidungen treffen kann.
- ✓ Ich bin nicht so gut wie die meisten Menschen, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen.
- ✓ Es fällt anderen leicht, mich davon zu überzeugen, dass ihre Entscheidung die richtige ist.
- ✓ Ich fühle mich so unsicher, dass ich mich nicht traue, Entscheidungen zu treffen.
- ✓ Ich treffe immer richtige Entscheidungen.
- ✓ Ich denke, dass ich der Mensch bin, dem gelingt es, die Entscheidungen gut zu treffen.

Als Antwortmöglichkeiten wurde die Skala angeboten: 1 = sehr selten oder nie, 2 = selten, 3 = ziemlich selten, 4 = ziemlich häufig, 5 = häufig, 6 = sehr häufig oder immer.
Der letzte Teil dient zur Erfassung demographischen Angaben: Geschlecht, Alter, Herkunftsland, Bildung.

3.7. Operationalisierung

Um die Hypothese zu überprüfen, müssen die Begriffe und Aussagen messbar gemacht werden. Dazu mussten Indikatoren gebildet werden.
Die Leichtigkeit der Entscheidung, die man treffen muss, wenn man ins Ausland zur Behandlung kommen will, wurde mit Hilfe des Begriffs *Decision Making (Entscheidungsverfahren)* definiert und mit der Hilfe von Decision Making Questionaire gemessen.
Eine gute Erklärung, was Decision Making ist, lässt sich beim Baiocco/Laghi/D`Alessio (2009:964) finden:

> *„Decision-making engages many cognitive processes such as information gathering and processing, problem solving, judgement, memory and learning. Decision-making style has been defined as an individual's typical model of interpreting and responding to decision-making tasks."*

Anders gesagt, Decision Making ist ein kognitiver Prozess, dessen Ergebnis die Wahl von Meinungen oder Vorgehensweisen, wenn mehreren alternative Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Dieser Prozess besteht aus mehreren anderen kognitiven Prozessen: Information- Sammlung und Bearbeitung, Problemlösung, Gedächtnis, Lernen, Denken (vgl. Mann/Harmoni/Power 1989: 266).
Mann et al. (1989) entwickelten Decision Making Questionnaire (ADMQ) zur Messung von Entscheidungsfindungsmustern den Jugendlichen. ADMQ basiert auf der Theorie von Janis und Mann (1977) über Entscheidungsstile und Selbstvertrauen. Diese Theorie spiegelt sich in den fünf ADMQ-Subskalen: Confidence (Selbstvertrauen), Wachsamkeit (Vigilance), Panik, Ausweichen (Evasiveness) und Selbstgefälligkeit (Complacency), und besteht aus 31 Items, die Aussagen über Self-Report treffen (Anhang C). Janis und Mann klassifizieren diese fünf Subskalen in zwei Kategorien: „adaptive" und „nicht adaptive"

Entscheidungsmodelle. Ein adaptives Muster ist ein sorgfältig durchdachtes Verhalten, z. B. wachsames und unabhängiges Treffen von Entscheidungen. Andererseits erfüllt eine nicht adaptive Vorlage nicht viele der Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Informationsverarbeitung. Panik, Ausweichen und Selbstgefälligkeit sind nicht adaptive Entscheidungsmodelle (vgl. zitiert nach Tuinstra/Sonderen/Grootoff et al. 2000: 273f)[12].

Für die vorliegende Arbeit wurden nur drei Subskalen genommen: *Selbstvertrauen, Selbstzufriedenheit, Wachsamkeit*. Der Grund dafür liegt daran, dass andere Skalen nicht zum gewählten Thema passen und zweitens, die Fragebögen wären zu lang, was auch das Risiko erhöht, dass die Fragebögen nicht ausgefüllt oder in der Mitte abgebrochen wird.

Die Skalen und Subskalen von Mann et al. (1989) wurden, wie es schon erwähnt wurde, zum Teil übernommen und eigenständig auf Russisch übersetzt (siehe dazu Anhang B).

Zweite Variable- *Soziales Kapital*.

Gesundheitswissenschaften greifen oft auf das Konzept *Soziales Kapital* zu, wenn soziale Realitäten gemessen, beschrieben und in ihrer Gesundheitswirkung eingeschätzt werden. Die drei „Väter“ des Sozialkapitalkonzepts sind Bourdieu (Ethnologe), Coleman (Ökonomie) und Putnam (Politikwissenschaft). Die Anwendung dieses Konzeptes findet sich in den verschiedensten sozial- und erfahrungswissenschaftlichen Disziplinen (vgl. Petermann 2014: 2).

Allgemein gilt: soziale Beziehungen sind die Quelle, aus der sich soziales Kapital speist. Hierbei wird auf verschiedene Aspekte geachtet: welche Tiefe und Beständigkeit Beziehungen haben. Eine weitere Dimension ist das Maß der Integration einzelner in die Gesellschaft, die sowohl von der Durchlässigkeit der Sozialstruktur, als auch von Konventionen bestimmt wird. Neben der Qualität ist die Quantität von Bedeutung, also die Anzahl an Kontakten und die Große sozialer Netzwerke. (vgl. Dragano 2012:5.e1). In dieser Arbeit unter Soziales Kapital werden Netzwerke verstanden: sowohl private Netzwerke, als auch soziale.

[12] Da es sich um eine Sekundärzitat handelt, wird das Werk von Mann et al. im Quellenverzeichnis nicht angeführt.

Die Größe des sozialen Kapitals wurde mit konkreten Fragen nach der Grösse/ Anzahl einzelnen Sozialen- und privaten Netzwerken erhoben.

4. Auswertungsmethodologie und Darstellung

Im ersten Schritt werden die individuelle Fragen und Statements des durchgeführten Fragebogens interpretiert, beginnend mit den demographischen Eigenschaften der Probanden, gefolgt mit ihren Kenntnissen über Österreich als Land der medizinischen Tourismus, Eigenschaften bezüglich ihren sozialen und persönlichen Netzwerke. Zum Abschluss werden die Kommunikationsformen der Teilnehmer diskutiert, gefolgt mit der Interpretation der Items gehörend zu den Merkmalen der persönlichen Entscheidungstreffen, nämlich Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen.

Nach den deskriptiven, univariaten Statistiken wird in der nächsten Sektion der Prozess der Konstrukt Generierung interpretiert, startend mit Normalitätsprüfungen. Die Thesis benutzt Kolmogorov-Smirnov Tests mit Lilliefors Korrektion (Lilliefors 1967) und Shapiro-Wilk Tests (vgl. Field 2018: 249–250). Die Ergebnisse dieser Tests sollen entscheiden, ob eine parametrische (i.e.,Pearson's Korrelation) oder eine nichtparametrische Korrelation (i.e., Spearman's rank-order Korrelation) benutzt sein wird. Nach der Normalitätsprüfungen werden die Items der respektiven Konstrukten paarweise analysiert bezüglich deren Korrelation miteinander, durch Spearman's rank-oder Korrelation (vgl. Field 2018: 351–352) als präliminäre Analyse der nachfolgenden Cronbach's Alpha Tests auf Reliabilität (Cronbach 1951). Die interne Konsistenz der Items wird mit Alpha interpretiert, wobei der Schwellenwert von 0.700 zu benutzen ist. (vgl. Field 2018: 822) Während dieser Analyse werden mögliche Items entfernt, dessen Ausnehmen in deutlich höhere Alpha Werte für die respektiven Konstrukten resultieren wird. Von den endgültigen Items werden die respektiven Merkmale der persönlichen Entscheidungstreffen mittelzentriert, mit der folgenden Gleichung im IBM SPSS Statistics kalkuliert:

$$\frac{item_1 + item_2 + [\dots] + item_n}{n}$$

Nach der Interpretation der deskriptiven Statistiken und Normalitätsprüfungen der generierten Items werden sie paarweise miteinander während Spearman's rank-order Korrelationen untersucht.

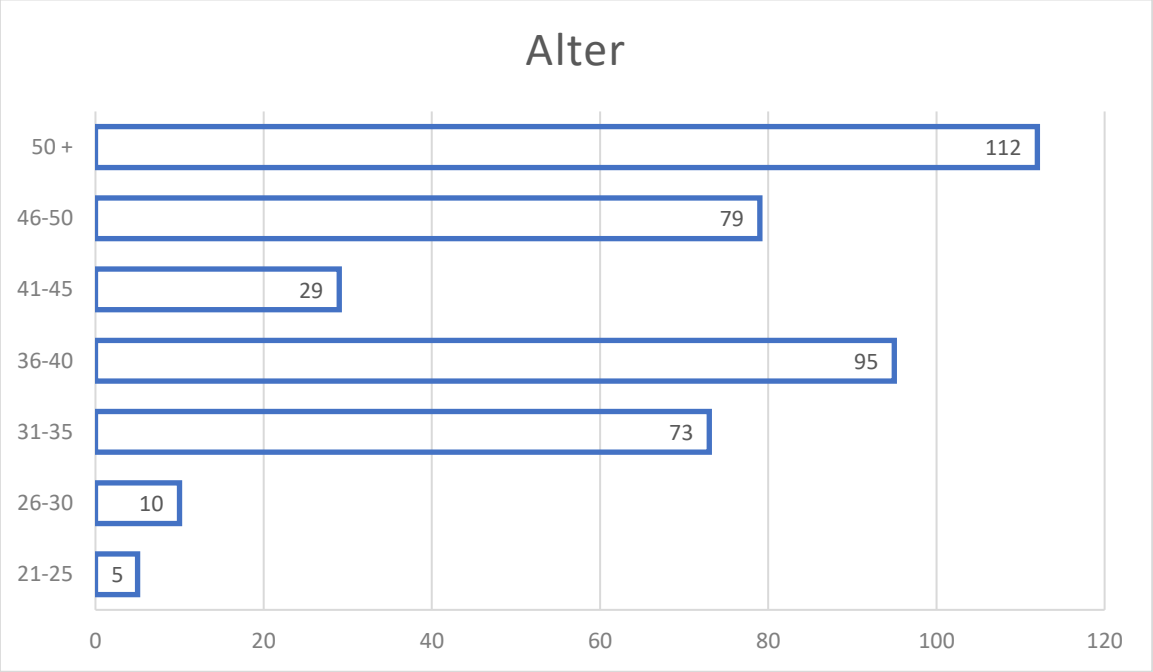
In der letzten Sektion der Interpretation der Ergebnisse werden die Hypothese Tests durchgeführt, wobei die vorher aufgestellten Hypothesen mithilfe von Spearman's rank-order Korrelationen analysiert werden.

4.1. Ergebnisse. Deskriptive Statistiken.

4.1.1. Demographie

Von den N = 403 befragten Probanden, N = 261 (64.76%) waren weiblich und N = 142 (35.24%) waren männlich. Bezüglich höchster abgeschlossener Ausbildung, N = 11 (2.73%) Teilnehmer markierten Berufsschule, weiter N = 45 (11.17%)) deklarierte Reifenzeugnis und eine merkbare Anzahl von N = 347 (86.1%) Probanden kreuzten Universität an. Die folgende Abbildung interpretiert die Anzahl der Teilnehmer in den verschiedenen operationalisierten Altersgruppen. N = 5 Probanden waren zwischen 21 und 25 Jahre alt (1.24%) und weitere N = 10 Probanden (2.48%) zwischen 26 und 30, bedeutend dass 96.28% der Stichprobe war über 30 Jahre alt. N = 73 Teilnehmer markierten, dass sie zwischen 31 und 35 Jahre alt sind (18.11%) und weitere N = 95 Probanden (23.57%) waren in der Altersgruppe 36-40. Zwischen 41 und 45 Jahre alt waren N = 29 Probanden (7.2%) und weitere N = 79 Teilnehmer kreuzten an, dass sie zwischen 46 und 50 Jahre alt sind (19.6%). Der größte Anteil der Probanden markierten, dass sie über 50 Jahre alt sind, die Häufigkeit der Probanden in dieser Altersgruppe war N = 112, wobei sie 27.79% der Stichprobe konstruierten. Die Häufigkeit der Teilnehmer ist auf der folgenden Abbildung interpretiert (Abbildung 15).

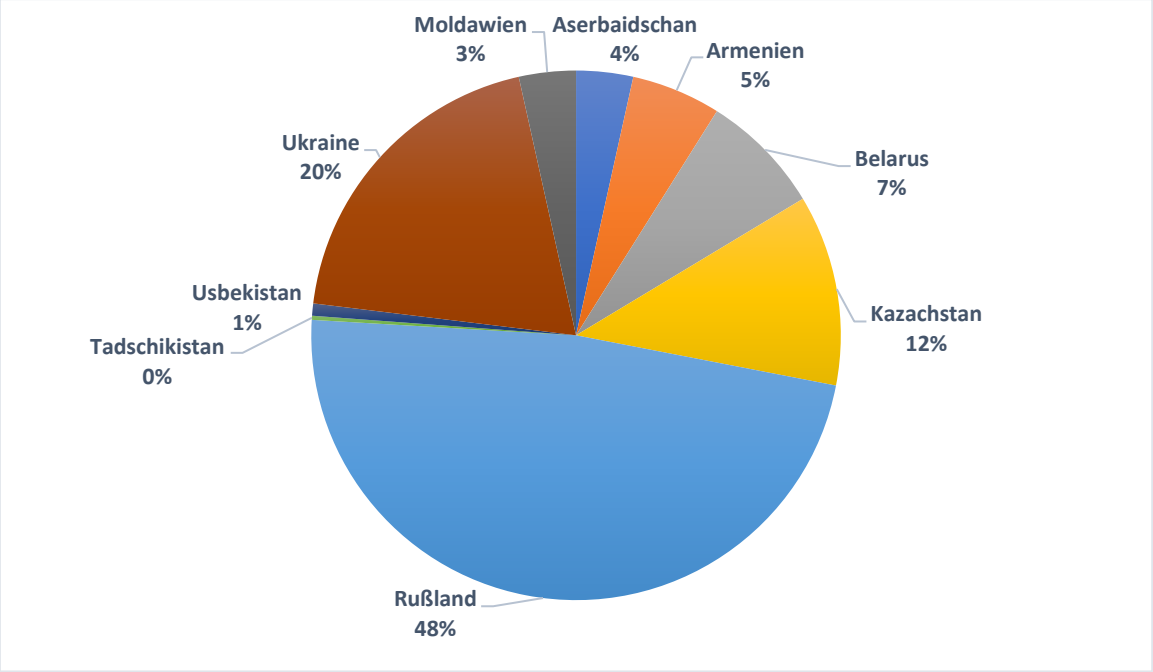
Abbildung 15: Distribution der Altersgruppen in der Stichprobe



Die Staatsangehörigkeit der Probanden war russisch im größten Anteil (N = 193, 47.9%), gefolgt bei Probanden aus der Ukraine (N = 79, 19.6%) und Kasachstan (N = 47, 11.7%). Teilnehmer von diesen drei Ländern gestalteten 79.2% der Stichprobe. Weitere N = 30 Probanden (7.4%) stammten aus Belarus, N = 22 Teilnehmer aus Armenien (5.5%), N = 14 Probanden aus Aserbaidschan (3.5%) und eine weitere N = 14 Teilnehmer aus Moldawien (3.5%). Die Stichprobe beinhaltete weitere 3 Teilnehmer aus Usbekistan (0.7%) und einen Teilnehmer aus Tadschikistan (0.2%). Die folgende Abbildung visualisiert die prozentische Distribution der Staatsangehörigkeit der Probanden. (Abbildung 16)

Abbildung 16:

Abbildung 16: Prozentische Abbildung der Staatsangehörigkeit der Probanden in der Stichprobe



4.1.2. Kenntnisse über AT medizinische Tourismus

Vier Fragen des durchgeführten Fragebogens beschäftigten sich mit möglichem vorherigem Besuch nach Österreich, dem Ziel des Besuches und Kenntnisse über die medizinische Tourismus Österreichs. Lediglich N = 80 Teilnehmer (19.9%) haben schon mal Österreich besucht, während N = 323 (80.1%) haben das Land noch nicht besichtigt. Von diejenigen Probanden, die es schon gemacht haben, waren N = 4 (5% der Antworten und 1% der Stichprobe) auf Urlaub, N = 70 Probanden auf Behandlung/Diagnostik (87.5% der Antworten und 17.4% der Stichprobe) und weitere N = 6 Teilnehmer haben beide Optionen angekreuzt (7.5% der Antworten und 1.5% der Stichprobe).

Obwohl N = 70 Probanden markierten, dass sie schon auf Behandlung/Diagnostik in Österreich gewesen sind, wussten lediglich N = 60, dass Österreich das Land des medizinischen Tourismus ist. Der größte Anteil des Samples (N = 343, 85.1%) haben diese Information nicht gewusst. Die N = 60 Teilnehmer, die ihr Wissen über Österreichs medizinische Tourismus zugestimmt haben, wurden weiters gefragt, woher sie diese Information bekommen haben. 80% dieser Probanden (N = 48, 11.9% der Stichprobe) haben es von Bekannten, Freunde oder Familie kennengelernt, während N = 6

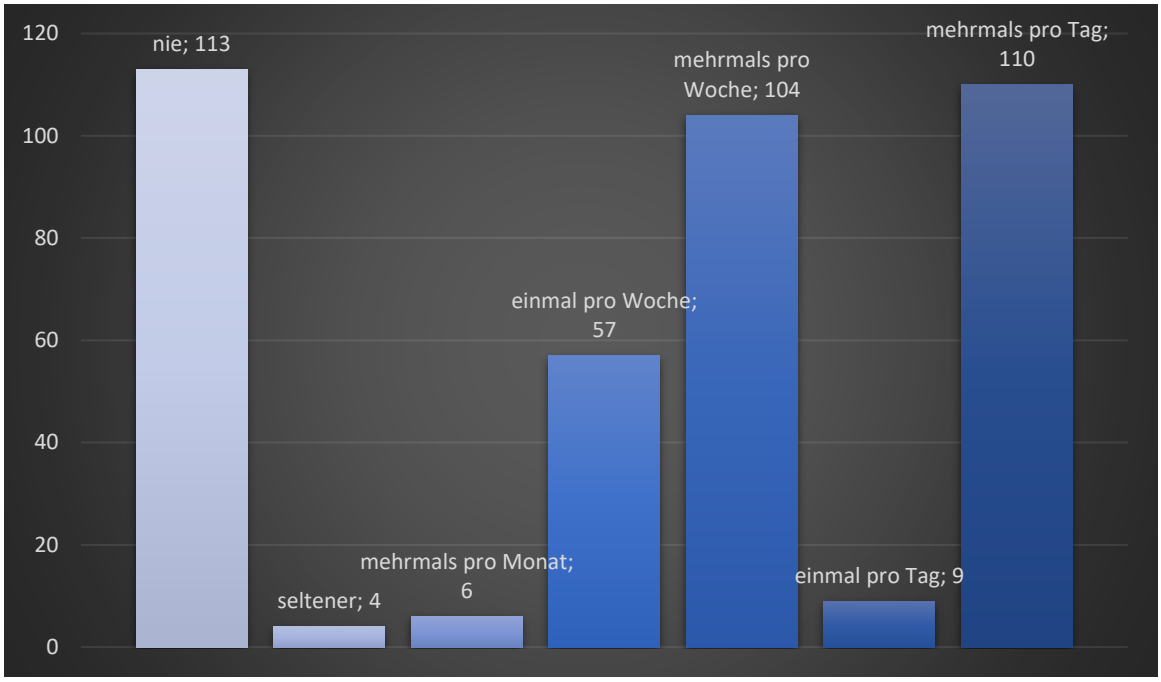
Teilnehmer (10% der Antworten und 1.5% der Stichprobe) haben sich von Internet Suche informiert, weitere N = 3 Probanden aus Werbung und N = 3 Teilnehmer von einem Vermittlungsagentur (5% der Antworten und 0.7% der Stichprobe).

Teilnehmer wurden auch befragt, mit wie vielen Menschen aus deren sozialen Kreis sie sich beraten lassen würden, wenn es um Gesundheitsprobleme geht. N = 240 Probanden (59.6%) haben die Option 1-5 gewählt, gefolgt von diejenigen N = 157 Teilnehmer (39%) die 6-10 Menschen von ihrem sozialen Kreis in diesem Thema für Ratschlag fragen würden. Lediglich N = 2 Probanden (0.5%) sagten eine Anzahl von 11-20 und weitere N = 4 Probanden markierten eine Anzahl von 21-50 Menschen.

4.1.3. Soziale Netzwerke

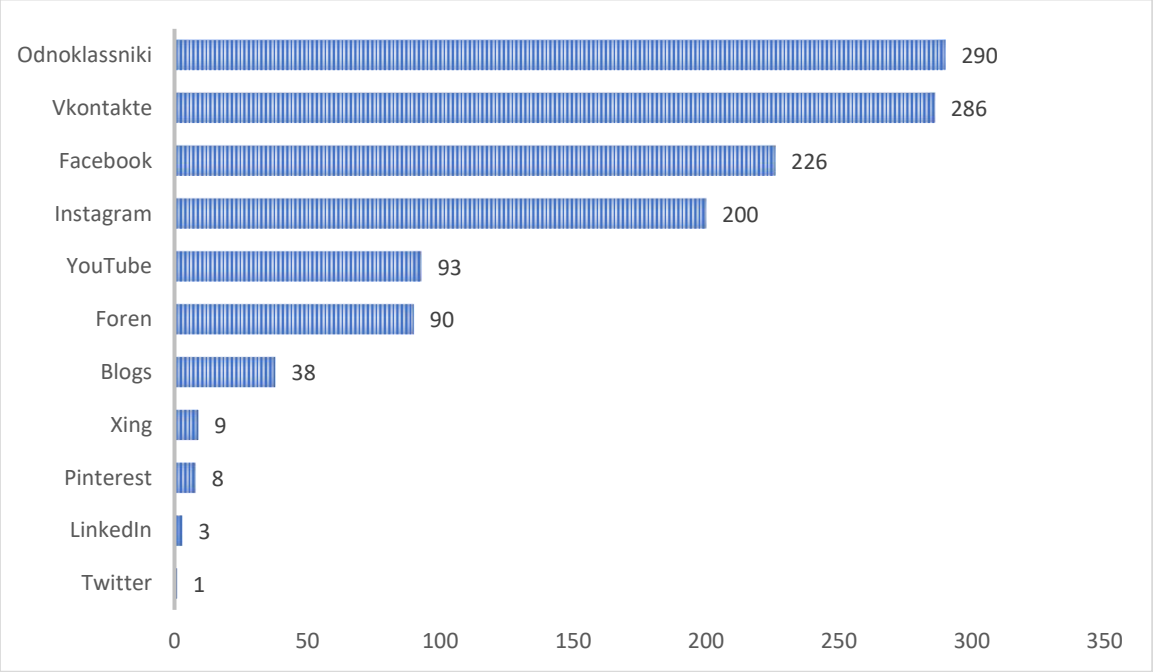
Wie die nächste Abbildung zeigt (Abbildung 17), N = 133 Probanden (28%) verwenden keine sozialen Netzwerke. Der Anteil der Teilnehmer, die soziale Netzwerke mehrmals pro Tag benutzen, ist relativ ähnlich zu solchen, die sie gar nicht verwenden (N = 110, 27.3%). Einmal pro Tag werden diese Netzwerke von N = 9 Probanden verwendet (2.2%) und weitere N = 104 Teilnehmer markierten, dass sie mehrmals pro Woche diese Netzwerke benutzen (25.8%). N = 57 Probanden waren Benutzern einmal pro Woche (14.1%), weitere N = 6 Teilnehmer verwenden diese Netzwerke mehrmals pro Monat (1.5%) und N = 4 Teilnehmer seltener (1%).

Abbildung 17: Häufigkeit der Verwendung von sozialen Netzwerken in der analysierten Stichprobe



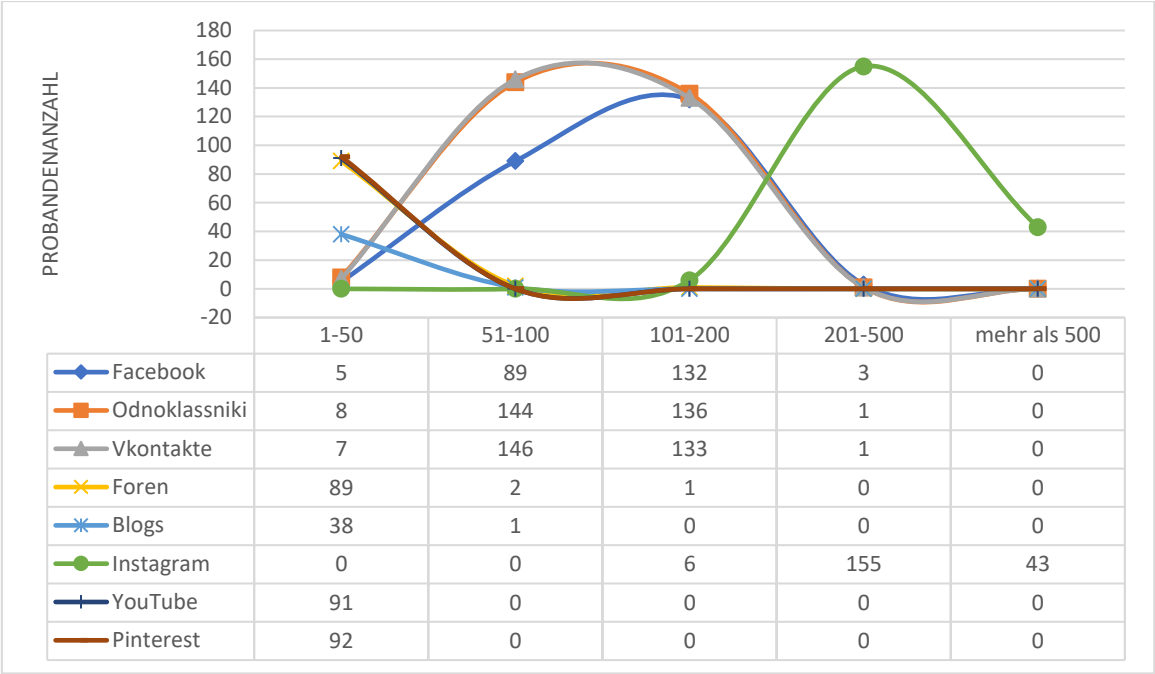
Die Probanden der Stichprobe wurden weiters befragt, was für soziale Netzwerke sie benutzen. Von den befragten N = 403 Teilnehmer, N = 112 (27.79%) waren auf keinen sozialen Plattformen präsent. Die nächste Abbildung zeigt (Abbildung 18) die Häufigkeit der markierten sozialen Netzwerke, wobei mehrfache Antworte möglich waren. N = 290 Probanden von den 291 Teilnehmer, die auf irgendwelchem sozialen Netzwerk registriert waren, waren auf Odnoklassniki präsent, gefolgt knapp bei Vkontakte (N = 286). Facebook wurde von N = 226 Teilnehmer benutzt, die 77.66% der Probanden waren, die präsent auf sozialen Netzwerken sind. Instagram wurde von N = 200 Probanden benutzt, 68.73% der auf diese Frage antworteten Probanden bedeutet. YouTube (N = 93), Foren (N = 90) und Blogs (N = 58) haben noch bei relativ mehren Teilnehmer gewählt. Auf Xing waren lediglich N = 9 Probanden registriert, gefolgt mit Pinterest (N = 8), LinkedIn (N = 3) und Twitter (N = 1).

Abbildung 18: Häufigkeit der benutzen sozialen Netzwerken in der Stichprobe



Die Häufigkeit der Kontakte auf verschiedenen Plattformen wurden von den analysierten Probanden auch markiert. Wie die nächste Abbildung zeigt (Abbildung 19), der größte Anteil der Probanden haben eine Anzahl von Kontakten zwischen 1 und 50 auf Foren, Blogs, YouTube und Pinterest. Auf Odnoklassniki und Vkontakte haben meisten Probanden eine Anzahl von Kontakten zwischen 51 und 100, jedoch gab es eine knapp niedrigere Anzahl von Teilnehmern die auf diesen Plattformen eine Anzahl von Kontakte zwischen 101 und 200 aufwiesen. Merkbar ist, dass eine definitive Anzahl der registrierten Teilnehmer auf Instagram Kontakte zwischen 201 und 500 haben, weiterhin N = 43 Probanden mehr als 500 Kontakte auf diesem Plattform markiert haben. Diejenige Teilnehmer, die Xing, LinkedIn und Twitter als registrierten Users angekreuzt haben, haben im Falle dieser Variable keine Kontakte auf diesen Plattformen deklariert.

Abbildung 19: Häufigkeiten der existierenden Kontakte auf verschiedenen sozialen Netzwerken bei den untersuchten Probanden



	1-50	51-100	101-200	201-500	mehr als 500
Facebook	5	89	132	3	0
Odnoklassniki	8	144	136	1	0
Vkontakte	7	146	133	1	0
Foren	89	2	1	0	0
Blogs	38	1	0	0	0
Instagram	0	0	6	155	43
YouTube	91	0	0	0	0
Pinterest	92	0	0	0	0

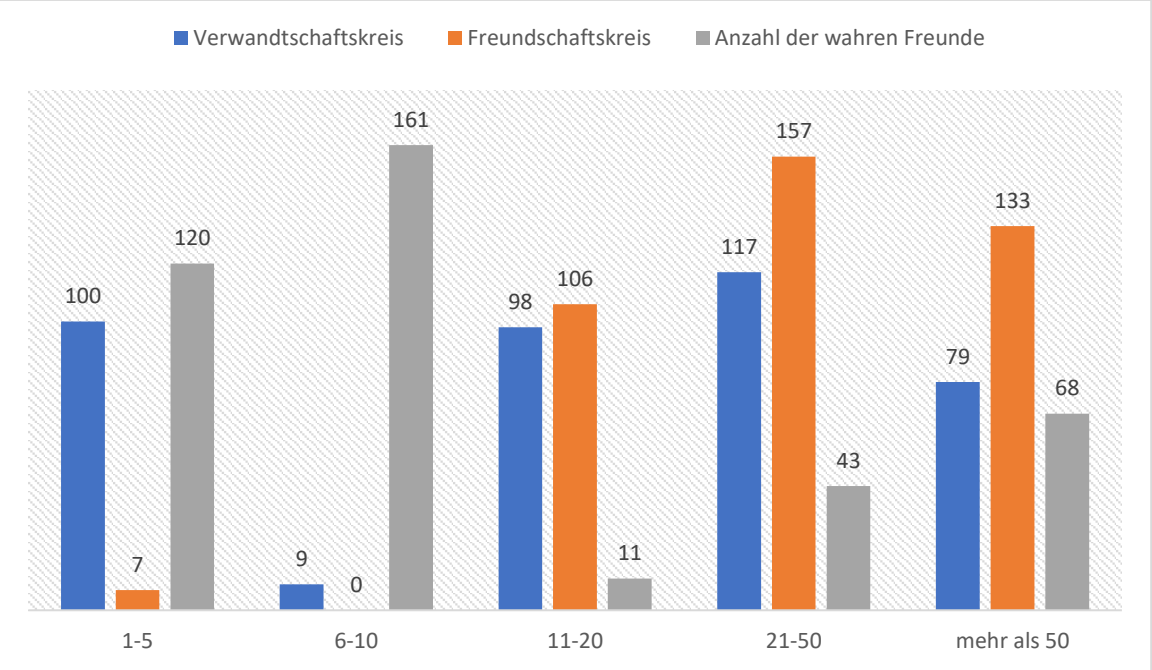
4.1.4. Persönliche Netzwerke

Die folgende Abbildung zeigt die Resultaten der Fragen bezüglich persönliche Netzwerke, wie die Häufigkeit der Menschen im Freundschaftskreis und Verwandtschaftskreis und die individuelle Behauptung über die Anzahl der wahren Freunde. Der größte Anteil der Probanden hatten eine Verwandtschaftskreis zwischen 21 und 50 Menschen (N = 117, 29%), gefolgt mit diejenigen, deren Verwandtschaftskreis aus 1-5 Menschen besteht (N = 100, 24.8%) und Teilnehmer mit Verwandten zwischen 11-20 Menschen (N = 98, 24.3%). N = 79 Probanden teilten mit, dass sie mehr als 50 Verwandten haben (19.6%). Lediglich N = 9 Probanden markierten die Option, dass sie einen Verwandtschaftskreis bestehend aus 6-10 Menschen aufweisen.

Die größte Anteil der Probanden (N = 157, 39%) teilten mit, dass sie einen Freundschaftskreis von 21-50 Menschen haben, gefolgt mit diejenigen Probanden (N = 133, 33%), die mehr als 50 Freunde markierten. N = 106 weitere Probanden kreuzten die Option an, dass sie 11-20 Freunde haben (26.3%). Lediglich N = 7 Teilnehmer markierten, dass ihren Freundschaftskreis aus 1-5 Personen bestehen (1.7%), während keine Probanden wählten die Option von Freundschaftskreis zwischen 6-10 Menschen.

Im Falle der persönlichen Behauptung von Anzahl der wahren Freunde, die größte Anteil der Probanden hat die Option 6-10 gewählt (N = 161, 40%), gefolgt mit N = 120 Probanden, die behaupteten, dass die Anzahl ihrer wahren Freunde zwischen 1-5 Personen besteht (29.8%) und diejenige, deren wahre Freunde eine Anzahl von mehr als 50 aufwiesen (N = 68, 16.9%). N = 45 weitere Teilnehmer markierten, dass die Anzahl ihrer wahren Freunde zwischen 21-50 besteht (10.7%), gefolgt mit diejenigen N = 11 Probanden, die eine Anzahl von 11-20 Personen bezüglich dieser Frage mitteilten (2.7%).

Abbildung 20: Häufigkeit der Menschen im Freundschaftskreis, Verwandtschaftskreis und die Anzahl der wahren Freunde



4.1.5. Kommunikationsformen

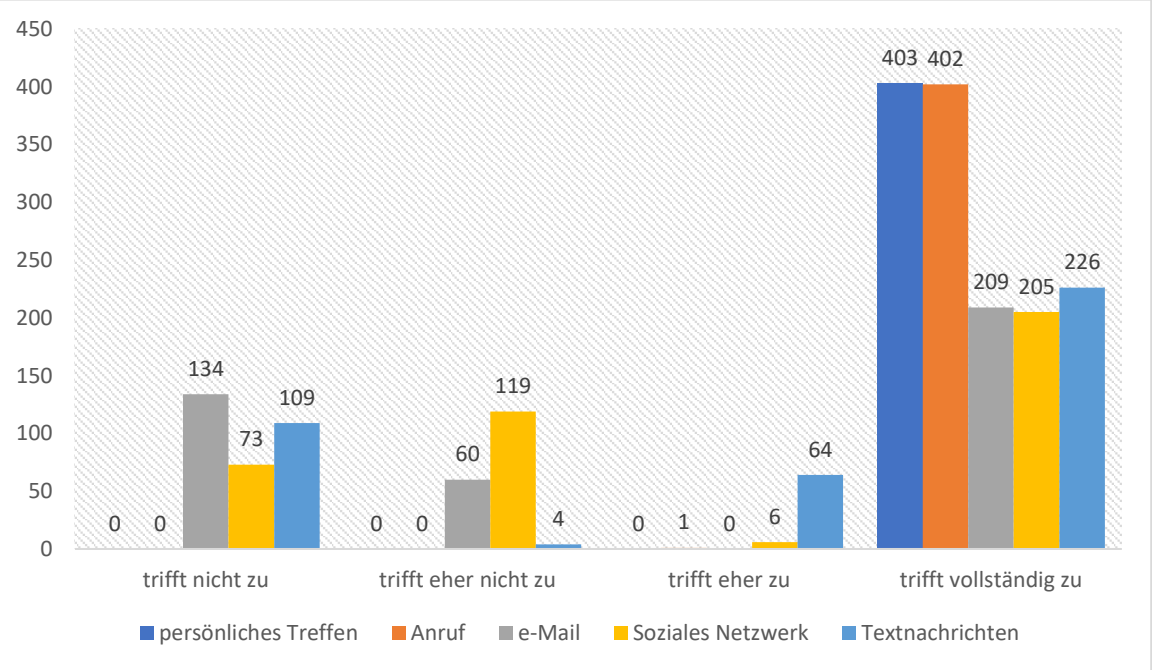
Items auf die Frage „Wie kommunizieren Sie selbst am liebsten?“ gestalteten eine 4-stufige Likert Skalierung und Attributen wie persönliches Treffen, Anruf, E-Mail, Soziales Netzwerk und Textnachrichten wurden spezifisch befragt. Alle Probanden haben vollständig zugestimmt, dass ihre bevorzugte Kommunikationsform das persönliche Treffen ist und N = 402 Teilnehmer haben dieselbe Attitüde bezüglich Anruf auch gezeigt; der gebliebene Teilnehmer hat jedoch auch eher zugestimmt, dass Anruf ein beliebiger Kommunikationsform ist. Textnachrichten haben N = 226 Probanden vollständig präferiert (27%) und weitere N = 64 Teilnehmer haben diesen Art von Kommunikationsform eher lieb

gehabt (15.9%), zu merken ist jedoch, dass N = 109 Probanden (27%) Anrufe gar nicht präferiert haben und weitere N = 4 Teilnehmer (1%) haben mitgeteilt, dass sie diesen Kommunikationsform eher nicht bevorzugen.

Kommunikation auf sozialen Netzwerken wurde von N = 205 Probanden völlig vorgezogen (N = 205, 50.9%) und weitere N = 6 Teilnehmer (1.5%) haben diese Art von Kommunikation eher bevorzugt. Jedoch markierten N = 119 Probanden (29.5%), dass sie soziale Netzwerke eher nicht präferieren und weitere N = 73 Teilnehmer (18.1%) haben markiert, dass sie sie gar nicht vorziehen.

Die größte Anzahl der Probanden in der Option der vollständigen nicht-Zustimmung ergab sich im Falle von E-Mails (N = 134, 33.3%) und weitere N = 60 Teilnehmer markierten, dass sie E-Mails eher nicht präferieren (N = 60, 14.9%). N = 209 Probanden teilten jedoch mit, dass E-Mails ihre vollständig bevorzugte Art von Kommunikationsform ist.

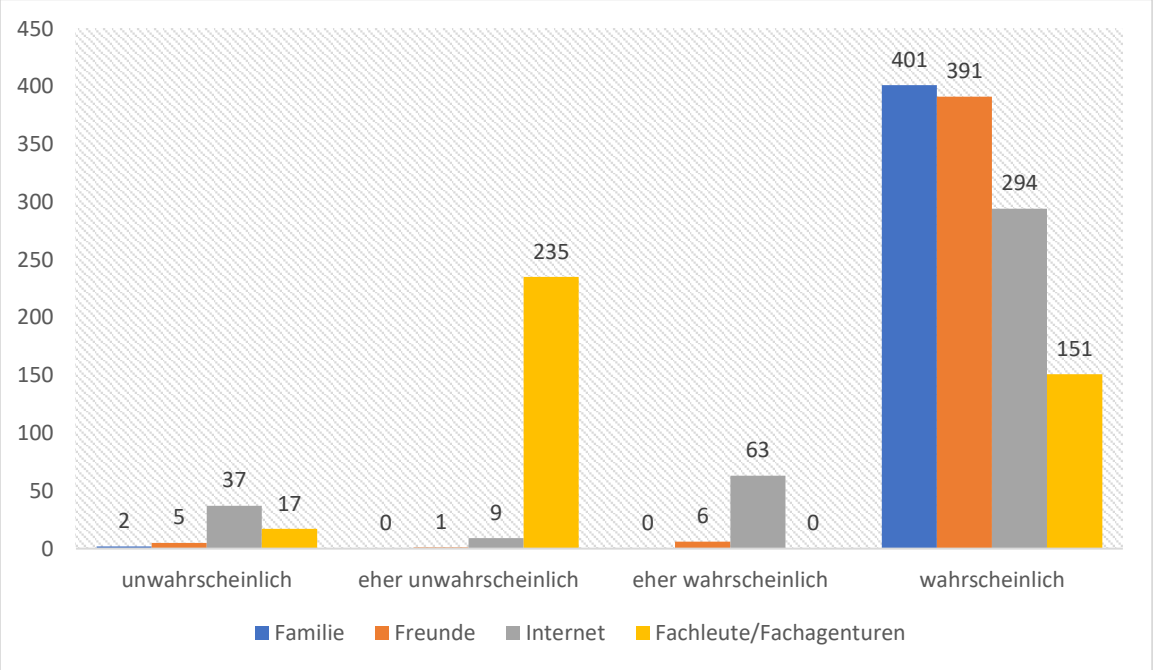
Abbildung 21: Häufigkeiten der Zustimmungsattitüde bezüglich bevorzugte Kommunikationsformen



Die Wahrscheinlichkeit von dem Nutzen der Familie, Freunde, des Internets und Fachleute/Fachagenturen als erste Option für Informationsquelle, gemessen auf 4-stufige Likert Skalierungen, ist auf der folgenden Abbildung interpretiert. Die Familie als erste Option für Informationsquelle zu wählen wurden als wahrscheinlich bei N = 401 Probanden markiert, während N = 2 Teilnehmer

kreuzten an, dass es unwahrscheinlich ist. Freunde wurde auch von einer merkbaren Anzahl der Probanden als erste Option gewählt (N = 391, 97%), während weitere N = 6 Probanden teilten mit, dass der Wahl der Freunde als erste Option eher wahrscheinlich ist, gefolgt mit N = 5 Teilnehmer, die die Option „unwahrscheinlich“ markiert haben. Das Internet als erste Option für Informationsquelle wurde von N = 294 Probanden als „wahrscheinlich“ gewählt (73%), gefolgt mit weitere N = 63 Teilnehmer die diese Option „eher wahrscheinlich“ fanden (15.6%) und diejenige N = 9 Probanden, die mitgeteilt haben, dass diese Option eher unwahrscheinlich ist (2.2%). Weitere N = 37 Probanden markierten, dass das der Wahl des Internets als erste Option für Informationsquelle unwahrscheinlich ist (9.2%). Der Wahl von Fachleuten/Fachagenturen wurde von dem geringsten Anteil der Probanden als wahrscheinliche erste Option für Informationsquelle gewählt (N = 151, 37.5%). Es gab aber N = 235 Teilnehmer, die diese Option eher unwahrscheinlich fanden (58.3%) und weitere N = 17 Teilnehmer markierten, dass der Wahl von Fachleuten/Fachagenturen unwahrscheinlich ist (4.2%).

Abbildung 22: Häufigkeiten der Wahrscheinlichkeit bezüglich Familie, Freunde, Internet und Fachleute/Fachagenturen als erste Option für Informationsquelle



4.1.6. Entscheidungen

4.1.6.1. Wachsamkeit

Items des Konstrukts „Wachsamkeit“ mit deren arithmetischen Mittel und Standard Abweichung sind auf der folgenden Tabelle interpretiert (Tabelle 1). Die Statements wurden auf 6 stufige Likert-Skalierungen gemessen, wobei Werte tendierend zu 1 eine nachlässige Attitüde hinweisen, während Scores die sich in die Richtung 6 neigen, indizieren im Gegenteil eine wachsame Einstellung. Die befragten N = 403 Probanden des Samples haben in allen Fällen Mittelwerte über 4 erreicht, heißend dass sie tendenziell eher als wachsam interpretiert sein können. Der größte Mittelwert wurde im Falle von Statement 3 („Ich denke gerne über eine Entscheidung nach, bevor ich diese treffe.“) erreicht ($\bar{x}$ = 5.93), während der niedrigste Mittelwert hat Statement 2 („Wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, ändere ich meine Meinung nicht.“) aufgezeigt ($\bar{x}$ = 4.18). Bezüglich Standard Abweichungen, die niedrigste Streuung wurde im Falle von Statement 1 („Ich bin sehr vorsichtig, wenn ich meine Wahl treffen muss.“) entdeckt (SD = .649), während die größte Standard Abweichung wurde beim Statement 6 („Wenn ich mich entscheide, etwas zu tun, mache ich gleich weiter.“) festgestellt (SD = 1.669).

Tabelle 1: Arithmetische Mitteln ($\bar{x}$) und Standard Abweichungen (SD) der Items des Konstrukts „Wachsamkeit“.

Item Statement und Nummer	Arithmetische Mittel ($\bar{x}$)	Standard Abweichung (SD)
Ich bin sehr vorsichtig, wenn ich meine Wahl treffen muss. (1)	5.75	.649
Wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, ändere ich meine Meinung nicht. (2)	4.18	1.494
Ich denke gerne über eine Entscheidung nach, bevor ich diese treffe. (3)	5.93	.498
Wenn ich eine Entscheidung treffe, habe ich das Gefühl, die bestmögliche gemacht zu haben. (4)	5.05	1.656
Ich treffe gerne selbst Entscheidungen. (5)	5.10	1.621
Wenn ich mich entscheide, etwas zu tun, mache ich gleich weiter. (6)	4.78	1.669

“.

4.1.6.2. Selbstzufriedenheit

Die Konstrukt Items von Selbstzufriedenheit wurden auf 6 stufige Likert Skalierungen gemessen, wobei Werte tendierend zu 1 eine selbstzufriedene Attitüde im Entscheidungstreffen bedeuten, während Scores näher zu 6 eine selbstzweifelnde Einstellung. Von den arithmetischen Mittelwerten der nächsten Tabelle (Tabelle 2) kann konkludiert werden, dass die befragten Teilnehmer eine eher selbstzufriedene Attitüde im Entscheidungstreffen aufweisen. Der größte arithmetische Mittelwert wurde im Falle von Statement 6 („Ich tendiere dazu, Entscheidungen zu treffen, ohne darüber nachzudenken.“) aufgezeigt ($\bar{x}$ = 2.58). Schlussfolgern kann aber beschlossen werden, dass sich dieser Mittelwert unter 3 befindet, heißend, dass das Entscheidungstreffen der Probanden auch bei diesem Statement in der Richtung Selbstzufriedenheit sich zu befinden ist. Der kleinste Mittelwert im Konstrukt wurde im Falle von Statement 5 („Ich wähle anhand einiger kleiner Details“) entdeckt ($\bar{x}$ = 1.47).

Bezüglich Standard Abweichungen, Statement 6 („Ich tendiere dazu, Entscheidungen zu treffen, ohne darüber nachzudenken.“) zeigte die größte Streuung (SD = 1.932), während Statement 8 („Ich mache lieber das, was andere wählen, weil ich nicht gerne anders bin.“) zeigte die kleinste (SD = .841) von den beobachteten Items.

Tabelle 2: Arithmetische Mitteln ($\bar{x}$) und Standard Abweichungen (SD) der Items des Konstrukts „Selbstzufriedenheit“.

Item Statement und Nummer	Arithmetische Mittel ($\bar{x}$)	Standard Abweichung (SD)
Wenn ich vor einer Entscheidung stehe, stimme ich den Vorschlägen anderer zu. (1)	2.49	1.168
Immer wenn ich mich über eine Entscheidung aufrege, entscheide ich mich spontan. (2)	2.19	1.269
Ich habe zu wenig Mut, um Entscheidungen zu treffen. (3)	1.97	1.273
Wenn ich gezwungen bin, eine Entscheidung zu treffen, ist es mir egal, was ich wähle. (4)	1.89	1.903
Ich wähle anhand einiger kleiner Details. (5)	1.47	1.423

Ich tendiere dazu, Entscheidungen zu treffen, ohne darüber nachzudenken. (6)	2.58	2.159
Wenn ich Entscheidungen treffe, tendiere ich dazu, die erste Alternative zu wählen, die mir einfällt. (7)	2.49	1.932
Ich mache lieber das, was andere wählen, weil ich nicht gerne anders bin. (8)	1.54	.841

4.1.6.3. Selbstvertrauen

Items des Konstrukts „Selbstvertrauen“ wurden gleicherweise auf 6 stufige Likert Skalierungen gemessen, wobei Items mit einem arithmetischen Mittelwert nährend zu 6 bedeuteten, dass die gesampelten Teilnehmer Selbstvertrauen bezüglich Entscheidungstreffen aufweisen kann, weil Mittelwerte nährend 1 das Gegenteil. Wie die folgende Tabelle (Tabelle 3) zeigt, 3 Item Kodierungen wurden umgedreht, folgend die Hinweise von Tuinstra und Kollegen (2000), da sie negativ formuliert wurden, um dieselbe Richtung zu haben, wie die andere Statements im Konstrukt. Der größte Mittelwert wurde von Statement 1 („Ich bin zuversichtlich, dass ich Entscheidungen treffen kann“) erreicht ($\bar{x}$ = 4.58), während der kleinste wurde im Falle von Statement 2 („Ich bin nicht so gut wie die meisten Menschen, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen“) entdeckt ($\bar{x}$ = 2.78). Dieses Statement wurde aber umgekehrt kodiert, heißend dass die Probanden eher zustimmend waren, bedeutend schlussfolgernd, dass sie in die Richtung Selbstvertrauenslosigkeit tendierten. Die Streuung von Statement 3 („Es fällt anderen leicht, mich davon zu überzeugen, dass ihre Entscheidung die richtige ist.“) war die größte von den Konstrukt Items (SD = 1.840), während die kleinste Standard Abweichung hat Statement 6 („Ich denke, dass ich der Mensch bin, dem gelingt es, die Entscheidungen gut zu treffen.“) aufgewiesen (SD = 1.341).

*Tabelle 3: Arithmetische Mitteln ($\bar{x}$) und Standard Abweichungen (SD) der Items des Konstrukts „Selbstvertrauen“. * = umgedrehte Kategorie Kodierung anhand der Vorschläge von Tuinstra und Kollegen (2000).*

Item Statement und Nummer	Arithmetische Mittel ($\bar{x}$)	Standard Abweichung (SD)
Ich bin zuversichtlich, dass ich Entscheidungen treffen kann. (1)	4.58	1.785
Ich bin nicht so gut wie die meisten Menschen, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen.* (2)	2.78	1.479

Es fällt anderen leicht, mich davon zu überzeugen, dass ihre Entscheidung die richtige ist.* (3)	2.79	1.840
Ich fühle mich so unsicher, dass ich mich nicht traue, Entscheidungen zu treffen.* (4)	4.53	1.684
Ich treffe immer richtige Entscheidungen. (5)	3.80	1.349
Ich denke, dass ich der Mensch bin, dem gelingt es, die Entscheidungen gut zu treffen. (6)	3.88	1.341

Konstrukt Generierung der persönlichen Entscheidung

In dieser Sektion werden die Schritte der Konstrukt Generierung abgebildet. Zuerst werden die Items der 3 Konstrukte (Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit, Selbstvertrauen) auf Normalität geprüft, um die Entscheidung zu treffen, ob eine parametrische Korrelation (Pearson's), oder eine nichtparametrische (Spearman's rank-order Korrelation) benutzt sein muss. Nach der Normalitätsprüfungen werden die Ergebnisse der verschiedenen Spearman's Korrelationen beschrieben, die unter den Items der respektiven Konstrukten durchgeführt sind. Der Ziel dieser Analysen ist, dass präliminäre Kenntnisse bezüglich einen möglichen Mangel von signifikanten Korrelationen zwischen den untersuchten Items zu entdecken. Schlussfolgernd wird die interne Reliabilität der Items der respektiven Konstrukten diskutiert, bzw. ihre Cronbach's Alpha Werte interpretiert und jeweilige Items, deren Entfernung die Konsistenz der konstruierenden Komponenten erhöhen würde, werden ausgeschlossen. Die Sektion beendet sich mit der deskriptiven Interpretation der gebauten Konstrukte anhand ihre arithmetische Mittelwerte und Standard Abweichungen.

Normalitätsprüfung

Um zu entscheiden, welche Art von Korrelationsprüfung ist passend für dieses Sample, Normalitätsprüfungen werden durchgeführt. Im Falle von vorhandener Normalität, Pearson's Korrelation wird benutzt werden und falls die Items der Konstrukte die hierbei durchgeführten Normalitätsprüfungen nicht bestehen, wird Spearman's rank-order Korrelation verwendet.

In den folgenden drei Tabellen (Tabelle 4-6) sind die Ergebnisse der Normalitätsprüfungen von den drei Konstrukte der persönlichen Entscheidung. Wie diese Tabellen zeigen, sowohl die durchgeführten Kolmogorov-Smirnov Tests, als auch die Shapiro-Wilk Tests eine Nichtnormalverteilung im Falle von allen Items zeigen ($p < .001$). Basierend auf diesen Resultaten, Spearman's rank-order Korrelationen werden durchgeführt, um die Inter-Item Korrelationen zu analysieren.

Tabelle 4: Normalitätsprüfungen der Items des Konstrukts „Wachsamkeit. df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert.

Wachsamkeit	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Item No.	Statistik	*df*	*p*	Statistik	*df*	*p*
1.	.455	403	< .001	.407	403	< .001
2.	.238	403	< .001	.850	403	< .001
3.	.532	403	< .001	.136	403	< .001
4.	.444	403	< .001	.603	403	< .001
5.	.430	403	< .001	.570	403	< .001
6.	.327	403	< .001	.709	403	< .001

Tabelle 5: Normalitätsprüfungen der Items des Konstrukts „Selbstzufriedenheit". df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert.

Selbstzufriedenheit	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Item No.	Statistik	*df*	*p*	Statistik	*df*	*p*
1.	.211	403	< .001	.880	403	< .001
2.	.304	403	< .001	.791	403	< .001
3.	.320	403	< .001	.744	403	< .001
4.	.497	403	< .001	.472	403	< .001
5.	.519	403	< .001	.343	403	< .001
6.	.375	403	< .001	.659	403	< .001
7.	.367	403	< .001	.716	403	< .001
8.	.363	403	< .001	.651	403	< .001

Tabelle 6: Normalitätsprüfungen der Items des Konstrukts „Selbstvertrauen". df = Freiheitsgrade; p = Signifikanzwert.

Selbstvertrauen	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
Item No.	Statistik	*df*	*p*	Statistik	*df*	*p*
1.	.261	403	< .001	.735	403	< .001

2.	.306	403	< .001	.852	403	< .001
3.	.276	403	< .001	.768	403	< .001
4.	.260	403	< .001	.772	403	< .001
5.	.275	403	< .001	.856	403	< .001
6.	.245	403	< .001	.888	403	< .001

Spearman's rank-order Korrelationen

Die folgenden Paragrafen beschäftigen sich mit den Resultaten der durchgeführten Spearman's rank-order Korrelationen im Falle von Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen als Merkmale der persönlichen Entscheidung.

Wachsamkeit

Wie die folgende Tabelle zeigt, Item 1 weist eine signifikante Korrelation mit allen anderen Items auf, obwohl zu merken ist, dass diese Korrelation negativ ist mit Item 4 ($r_s = -.131$). Item 4 konnte keinen signifikanten monotonischen Zusammenhang mit Item 2 ($r_s = .013$), Item 5 ($r_s = .094$) und Item 6 ($r_s = -.042$) belegen, wobei die interne Konsistenz dieses Items, bzw. das Cronbach's Alpha Wert im Falle dessen Entfernung wird in der folgenden Sektion tiefer beobachtet.

*Tabelle 7: Ergebnisse des Spearman's rank-order Korrelationstests im Falle von Items des Konstrukts „Wachsamkeit". ** = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).*

Wachsamkeit Item Nummer	1.	2.	3.	4.	5.	6.
1.	-					
2.	.450**	-				
3.	.348**	.128*	-			
4.	-.131**	.013	.254**	-		
5.	.771**	.685**	.084	.094	-	
6.	.637**	.403**	.006	-.042	.805**	-

Selbstzufriedenheit

Die N = 8 Items des Konstrukts „Selbstzufriedenheit“ und deren Korrelationen mit einander sind auf der folgenden Tabelle (Tabelle 8) interpretiert. Merkbar ist, dass Item 8 signifikante, negative Korrelationen mit 5 anderen Items aufwies (Item 1, $r_s = -.154$; Item 4, $r_s = -.285$; Item 5, $r_s = -.167$; Item 6, $r_s = -.102$; und Item 7, $r_s = -.121$). Im zunähst kommenden Cronbach’s Alpha Test des Konstrukts wird aufgrund dieser Ergebnisse auf diesem Item geachtet.

*Tabelle 8: Ergebnisse des Spearman’s rank-order Korrelationstests im Falle von Items des Konstrukts „Selbstzufriedenheit“. ** = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).*

Selbstzufriedenheit Item Nummer	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1.	-							
2.	.837**	-						
3.	.183**	.235**	-					
4.	.641**	.676**	-.336**	-				
5.	.148**	.042	.468**	-.038	-			
6.	.415**	.417**	.069	.685**	.457**	-		
7.	.369**	.341**	.130**	.580**	.533**	.937**	-	
8.	-.154**	.025	.604**	-.285**	-.167**	-.102*	-.121*	-

Selbstvertrauen

Wie im Falle von Selbstzufriedenheit Items, bezüglich Selbstvertrauen gibt es auch ein Statement, das signifikante, negative Korrelationen mit zwei anderen Items zeigte (Tabelle 9). Item 4 hat diese Art von Zusammenhang mit Item 5 ($r_s = -.370$) und Item 6 ($r_s = -.377$) aufgewiesen und hatte keine signifikante Korrelation mit Item 1 ($r_s = -.017$) und Item 2 ($r_s = -.054$). Diese Ergebnisse indizieren, dass auf Item 2 während des kommenden Cronbach’s Alpha Tests geachtet sein muss.

*Tabelle 9: Ergebnisse des Spearman’s rank-order Korrelationstests im Falle von Items des Konstrukts „Selbstvertrauen“. ** = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).*

Selbstvertrauen	1.	2.	3.	4.	5.	6.

Item Nummer						
1.	-					
2.	.526**	-				
3.	.149**	.242**	-			
4.	-.017	-.054	.054	-		
5.	.489**	.081	.455**	-.370**	-	
6.	.346**	.064	.559**	-.377**	.906**	-

Cronbach Alpha Ergebnisse der analysierten Konstrukte

Die Reliabilität der Items der jeweiligen analysierten Konstrukte, bzw. Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen werden in dieser Sektion interpretiert. Cronbach's Alpha Wert ist für die Beschreibung der internen Konsistenz benutzt.
Die folgende Tabelle (Tabelle 10) repräsentiert die Ergebnisse des Tests bezüglich Wachsamkeit. Das Konstrukt erreichte ein Alpha von .697, was unter dem Schwellenwert von .700 ist. Weiterhin zeigen aber die Ergebnisse der möglichen Entfernung, dass das Ausnehmen des Items 4, worüber in der letzten Sektion schon im Thema von mangelnden Korrelationen diskutiert wurde, die interne Konsistenz deutlich erhöhen würde (α = .788). Aufgrund dieser Resultate wird Item 4 („Wenn ich eine Entscheidung treffe, habe ich das Gefühl, die bestmögliche gemacht zu haben.") von dem Finalkonstrukt entfernt.

Tabelle 10: Item-Total Statistiken des Konstrukts „Wachsamkeit"

Wachsamkeit Item Nummer	Alpha wenn das Item entfernt ist
1.	.648
2.	.615
3.	.701
4.	.788
5.	.556
6.	.548

Die Cronbach's Alpha Testergebnisse des Konstrukts „Selbstzufriedenheit" wiesen ein Alpha von .805 auf, der deutlich über den Schwellenwert (.700) ist. Jedoch zeigt die folgende Tabelle (Tabelle 11), dass die Entfernung von Item 8 die interne Konsistenz auffällig erhöhen würde. Wie in der Spearman's rank-order Korrelation schon interpretiert wurde, dieses Item wies signifikante, negative Korrelationen mit fünf anderen Statements. Aufgrund dieser Ergebnisse ist Item

8 („Ich mache lieber das, was andere wählen, weil ich nicht gerne anders bin.“) von der weiteren Analyse entfernt und hat dieses Konstrukt ein finales Alpha von .836.

Tabelle 11: Item-Total Statistiken des Konstrukts „Selbstzufriedenheit”

Selbstzufriedenheit Item Nummer	Alpha wenn das Item entfernt ist
1.	.776
2.	.775
3.	.812
4.	.781
5.	.796
6.	.717
7.	.727
8.	.836

Selbstvertrauen, als die dritte Konstrukt des Entscheidungstreffens hat ein Alpha von .607 während des Cronbach’s Alpha Tests erreicht, was merkbar niedriger ist, als der Schwellenwert von .700. Die Entfernung von Item 4, das während der Korrelationsanalyse keine signifikante, oder signifikant negative Korrelationen mit den anderen Statements des Konstrukts aufgewiesen hat, führt auf ein Alpha von .745. (siehe Tabelle 12) Dieses Item („Ich fühle mich so unsicher, dass ich mich nicht traue, Entscheidungen zu treffen.“) ist deswegen von der weiteren Analyse entfernt.

Tabelle 12: Item-Total Statistiken des Konstrukts „Selbstvertrauen”

Selbstvertrauen Item Nummer	Alpha wenn das Item entfernt ist
1.	.464
2.	.573
3.	.453
4.	.745
5.	.533
6.	.508

Die finalen Konstrukts sind mittelzentrisch gebaut. Wachsamkeit ist von 5 Items konstruiert, da Statement 4 während der Cronbach's Alpha Analyse entfernt wurde. Die Kalkulation im SPSS wurde mit der folgenden Gleichung erreicht:

$$Wachsamkeit = \frac{Item_1 + Item_2 + Item_3 + Item_5 + Item_6}{5}$$

Selbstzufriedenheit beinhaltet 7 Statements, da Item 8 während des Cronbach's Alpha Tests entfernt wurde. Die Gleichung der Kalkulation des Konstrukts wurde folgenderweise im SPSS behandelt:

$$Selbstzufriedenheit = \frac{Item_1 + Item_2 + Item_3 + Item_4 + Item_5 + Item_6 + Item_7}{7}$$

Das dritte untersuchte Konstrukt „Selbstvertrauen", bestehend aus 5 Items aufgrund der vorherigen Entfernung von Item 4, wurde mit der folgenden Gleichung gestaltet:

$$Selbstvertrauen = \frac{Item_1 + Item_2 + Item_3 + Item_5 + Item_6}{5}$$

Die Distributionen der generierten Konstrukte sind auf der folgenden Tabelle (Tabelle 13) interpretiert. Die arithmetischen Mittelwerte zeigen, dass die Befragten in allen Fällen in die Richtung der respektiven Konstrukte tendieren, besonders im Falle von Wachsamkeit ($\bar{x}$ = 5.1469, SD = .0473) und Selbstzufriedenheit ($\bar{x}$ = 2.1531, SD = .0577). Obwohl die Attitüden bezüglich Selbstvertrauen zeigen, dass die Teilnehmer eher sicher an sich selbst sind, da der arithmetische Mittelwert dieses Konstrukts über 3 ist, ist es von den drei analysierten Konstrukten der nähest zu dem Mittelpunkt.

Die durchgeführten Normalitätsprüfungen zeigten, dass sowohl die Ergebnisse des Kolmogorov-Smirnov Tests, als auch die Resultate des Shapiro-Wilk Tests in allen Fällen einen *p* Wert unter dem Schwellenwert von 0.05 aufwiesen, heißend dass die drei generierten Entscheidungskonstrukts nichtnormalverteilt sind. Basierend auf diesen Ergebnissen werden Spearman's rank-order

Korrelationen für die weiteren Analysen bezüglich dieser Komponenten verwendet.

Tabelle 13: Distributionelle Eigenschaften (arithmetische Mittel und Standard Abweichung) der generierten Konstrukte und Normalitätsprüfungen

Konstrukt	Arithmetische Mittel ($\bar{x}$)	SD	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
			Statistik	*df*	*p*	Statistik	*df*	*p*
Wachsamkeit	5.1469	.0473	.302	403	< .001	.779	403	< .001
Selbstzufriedenheit	2.1531	.0577	.320	403	< .001	.793	403	< .001
Selbstvertrauen	3.5638	.0552	.250	403	< .001	.841	403	< .001

Spearman's rank-order Korrelationen zwischen den konstruierten Merkmalen der persönlichen Entscheidung (Tabelle 14) zeigten, dass signifikante Korrelationen zwischen all den Paaren existieren. Je größer die individuelle Wachsamkeit, desto größer die individuelle Selbstzufriedenheit ($r_s = -.833$). (Der negative Rho-Wert in diesem Fall stammt aus den Eigenschaften der originellen Fragebogen bei Tuinstra und Kollegen (2000), wo kleinere Werte bedeuteten eine selbstzufriedenere Attitüde.) Wachsamkeit wies eine starke, signifikante, positive Korrelation auch mit Selbstvertrauen auf ($r_s = .707$), bedeutend dass je größer die individuelle Wachsamkeit, desto größer das individuelle Selbstvertrauen. Schließlich kann konkludiert werden, dass diese Beziehung zwischen Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen auch existiert ($r_s = -.658$), wobei je größer die individuelle Selbstzufriedenheit, desto größer das individuelle Selbstvertrauen.

Tabelle 14: Ergebnisse des Spearman's rank-order Korrelationstests im Falle von den gebildeten Konstrukten des Entscheidungstreffens. ** = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).

Konstrukte des persönlichen Entscheidungstreffens	Wachsamkeit	Selbstzufriedenheit	Selbstvertrauen
Wachsamkeit	-		

Selbstzufriedenheit	-.833**	-	
Selbstvertrauen	.707**	-.658**	-

Analyse der Zusammenhänge zwischen den persönlichen und sozialen Netzwerken und den generierten Konstrukten des Entscheidungstreffens

Das Ziel der Thesis ist die Beobachtung der Zusammenhänge zwischen persönliches und soziales Netzwerk und die Leichtigkeit des Entscheidungstreffens. In diesem Sinne wird in dieser Sektion diskutiert, ob signifikante Korrelationen zwischen Messungsvariablen des persönlichen und sozialen Netzwerks und der generierten Entscheidungskonstrukts vorhanden sind. Die Hypothesen der Thesis haben festgestellt, dass die Leichtigkeit des Entscheidungstreffens, messend mit dem Mangel der Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen in einer negativen Korrelation mit Messungsvariablen des persönlichen und sozialen Netzwerks bestehen. In diesem Sinne und die Richtung der Komponente vor dem Auge haltend, werden signifikante, negative Korrelationen im Falle von Wachsamkeit und Selbstvertrauen gesucht. Bei „Selbstzufriedenheit“, im Gegenteil, werden signifikante, positive Korrelationen akzeptiert, da dieses Konstrukt, wie vorher diskutiert wurde, war umgekehrt kodiert.

Persönliches Netzwerk und Entscheidungen

Die folgende Tabelle (Tabelle 15) repräsentiert die Ergebnisse der Spearman’s rank-order Korrelationen zwischen den gebildeten Konstrukten des Entscheidungstreffens (Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen) und den operationalisierten Variablen des persönlichen Netzwerks.

Die Feststellung der Hypothesen war, dass je größer das persönliche Netzwerk, desto leichter das Entscheidungstreffen. Im Falle von Wachsamkeit ist diese Feststellung in zwei Fällen bestanden. Je mehrere wahre Freunde ein Individuum für sich behauptet, desto niedriger seine/ihre Wachsamkeit ist ($r_s = -.849$); diese Feststellung manifestiert sich in einer starken, signifikanten, negativen Korrelation. Eine relativ geringere, aber signifikante, negative Korrelation besteht auch zwischen der Größe des Verwandtschaftskreis und Wachsamkeit ($r_s = -.366$); je größer der Verwandtschaftskreis der Probanden, desto niedriger ihre

Wachsamkeit. Negative, aber nicht signifikante Korrelationen wurden zwischen zwei andere persönliches Netzwerk-Attributen und Wachsamkeit gefunden, im Falle von der Größe des Freundschaftskreises ($r_s = -.083$) und Freunde als Informationsquelle ($r_s = -.019$).

Im Falle von Selbstzufriedenheit, aufgrund der umgedrehten Kodierung sind auf positiven Rho-Koeffizienten konzentriert. Die Ergebnisse zeigen, dass je mehrere wahren Freunde ein Individuum für sich behauptet, desto niedriger seine/ihre Selbstzufriedenheit ist ($r_s = .842$); diese Beziehung ist relativ stark, nährend zu 1, und signifikant. Weiters ist bestanden, dass je mehr die Freunde eines Individuums als Informationsquelle benutzt wird, desto niedriger seine/ihre Selbstzufriedenheit ($r_s = .114$). Diese Beziehung ist auch signifikant, obwohl ihre Stärke deutlich geringer ist, als im ersten Fall. Korrelationen in der festgestellten Richtung wurden noch in zwei Fällen gefunden, jedoch sind sie nicht signifikant: die Größe des Verwandtschaftskreises ($r_s = .088$) und die Verwendung der Familie als Informationsquelle ($r_s = .022$).

Selbstvertrauen als Merkmal der persönlichen Entscheidungstreffen hat eine signifikante Korrelation mit den meisten Messungsvariablen des persönlichen Netzwerks aufgewiesen. Die größte Stärke ist im Falle von dem Anteil der wahren Freunde festgestellt, wobei je mehrere wahre Freunde die Probanden der Stichprobe für sich behaupteten, desto niedriger war ihr Selbstvertrauen ($r_s = -.706$). Genauso signifikant, aber mit deutlich geringerer Stärke hat Selbstvertrauen eine Beziehung mit der Größe des Verwandtschaftskreis aufgewiesen ($r_s = -.281$), wobei je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger das Selbstvertrauen. Gleicherweise niedrig, aber jedoch signifikant war die Beziehung zwischen Selbstvertrauen und der Größe des Freundschaftskreises ($r_s = -.195$).

Tabelle 15: Ergebnisse des Spearman's rank-order Korrelationstests im Falle von den gebildeten Konstrukten des Entscheidungstreffens und Variablen des persönlichen Netzwerks. ** = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem p Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).

Persönliches Netzwerk Item	Wachsamkeit	Selbstzufriedenheit	Selbstvertrauen

Wie viele Menschen zählen Sie zu Ihrem Freundschaftskreis?	-.083	-.087	-.195**
Wie viele Menschen gibt es darunter, von denen Sie sagen würden, das sind wahre Freunde?	-.849**	.842**	-.706**
Wie groß ist ungefähr Ihr Verwandtschaftskreis?	-.366**	.088	-.281**
Wenn Sie Information brauchen, wo holen Sie zuerst? (Familie)	.035	.022	.031
Wenn Sie Information brauchen, wo holen Sie zuerst? (Freunde)	-.019	.114*	-.062

Nach der Korrelationsanalyse zwischen den Messungsvariablen des persönlichen Netzwerks und den generierten Konstrukten des persönlichen Entscheidungstreffens wird folglich die Untersuchung der Spearman's rank-order Korrelationen zwischen den Messungsvariablen des sozialen Netzwerks und den Merkmalen des Entscheidungstreffens interpretiert (Tabelle 16).

Soziales Netzwerk und Entscheidungen

Die analysierten Variablen des sozialen Netzwerks beinhalteten die Zuneigung der Kommunikation und deren Häufigkeit auf sozialen Netzwerken, die Internet als Informationsquelle und die Anzahl der Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsprobleme, weiters konzentrierend auf die Anzahl der Kontakte auf spezifischen Netzwerken, wie Facebook, Odnoklassniki, Vkontakte, Foren, Blogs, Instagram, YouTube, Pinterest.

Die Zuneigung der Kommunikation, ihre Häufigkeit, die Anzahl der Menschen im individuellen sozialen Kreis verwendbar für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen und Internet als Informationsquelle korrelieren signifikant

mit allen untersuchten Merkmalen des persönlichen Entscheidungstreffens, obwohl merkbare Unterschiede zwischen den Stärken der Rho-Koeffizienten bestehen. Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger die individuelle Selbstzufriedenheit ($r_s = .674$), Wachsamkeit ($r_s = -.454$) und Selbstvertrauen ($r_s = -.379$). Weiters, je öfter die Verwendung des sozialen Netzwerks, desto niedriger die individuelle Selbstzufriedenheit ($r_s = .565$), Wachsamkeit ($r_s = -.320$) und Selbstvertrauen ($r_s = -.110$). Im Falle der Anzahl der Menschen im individuellen sozialen Kreis, von denen eine Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen gekriegt werden kann, konnte eine signifikante Beziehung mit allen untersuchten Entscheidungsmerkmalen entdeckt werden: mit Wachsamkeit ($r_s = -.230$), Selbstzufriedenheit ($r_s = .232$) und auch Selbstvertrauen ($r_s = -.365$). Internet als Informationsquelle wies eine signifikante Beziehung mit Wachsamkeit ($r_s = -.175$), Selbstzufriedenheit ($r_s = .369$) und Selbstvertrauen ($r_s = -.293$) auf, wobei je mehr die Internet als Informationsquelle benutzt wird, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen.

Folglich wurden spezifische soziale Netzwerke und deren Beziehung mit den analysierten Merkmalen des persönlichen Entscheidungstreffen analysiert. Im Falle von Facebook und Instagram wurde eine signifikante Korrelation mit allen Merkmalen des Entscheidungstreffen gefunden. Je mehr die Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit ($r_s = -.231$), Selbstzufriedenheit ($r_s = .445$) und Selbstvertrauen ($r_s = -.305$). Gleicherweise, je mehr die Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit ($r_s = -.643$), Selbstzufriedenheit ($r_s = .749$) und Selbstvertrauen ($r_s = -.580$). Mit zwei Entscheidungskomponenten hat die Anzahl der Kontakte auf Blogs signifikant korreliert, bzw. je größer diese Anzahl, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit ($r_s = -.273$) und Selbstzufriedenheit ($r_s = .425$). Lediglich mit individueller Selbstzufriedenheit wies signifikante Korrelationen die Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, Vkontakte, YouTube und Pinterest auf. Im Falle von Odnoklassniki ($r_s = .271$) und Vkontakte ($r_s = .277$), je mehr die Anzahl der Kontakte auf diesen Platforms, desto niedriger die individuelle Selbstzufriedenheit. Jedoch, die Richtung der Korrelationen bezüglich YouTubes und Pinterests waren umgekehrt: je größer die Anzahl der Kontakte auf YouTube

($r_s = -.129$) und auf Pinterest ($r_s = -.130$), desto größer die individuelle Selbstzufriedenheit.

Weiters hat die Anzahl der Kontakte auf Foren mit individueller Wachsamkeit signifikant korreliert, wobei je mehrere Kontakte auf Foren, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit ($r_s = .138$).

Tabelle 16: Ergebnisse des Spearman's rank-order Korrelationstests im Falle von den gebildeten Konstrukten des Entscheidungstreffens und Variablen des sozialen Netzwerks. ** = Korrelation ist signifikant mit einem *p* Wert unter 0.01 (zweiseitig). * = Korrelation ist signifikant mit einem *p* Wert unter 0.05 und über 0.01 (zweiseitig).

Soziales Netzwerk Item	Wachsamkeit	Selbstzufriedenheit	Selbstvertrauen
Wie kommunizieren Sie selbst am liebsten? (Soziales Netzwerk)	-.454**	.674**	-.379**
Wie oft verwenden Sie soziale Netzwerke?	-.320**	.565**	-.110*
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Facebook	-.231**	.445**	-.305**
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Odnoklassniki	-.011	.271**	-.094
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Vkontakte	-.020	.277**	-.114
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Foren	.138*	-.079	.047
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Blog	-.273**	.425**	-.106
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Instagram	-.643**	.749**	-.580**

Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: YouTube	.084	-.129*	.082
Wie viele Kontakte haben Sie ungefähr auf: Pinterest	.100	-.130*	.101
Wenn Sie Information brauchen, wo holen Sie zuerst? (Internet)	-.175**	.369**	-.293**
Mit wie vielen Menschen aus Ihrem sozialen Kreis würden Sie sich beraten lassen, wenn es um die Gesundheitsproblemen geht?	-.230**	.232**	-.365**

5. Conclusio

Dieses Kapitel widmet sich die Präsentation den Ergebnissen der Datenanalyse, basierend auf der eigenen Studie und deren anschließenden Interpretation vor dem Hintergrund der Forschungsfragen und Hypothesen. Zusammengefasste Ergebnisse werden tabellarisch dargestellt oder mittels Diagrammen abgebildet. Zusammenfassung der Ergebnisse.

Wie die folgende Zusammenfassungstabelle der Hypothesen im Block 1, deren Ergebnisse und Entscheidung zeigt (Tabelle 17), die Zusammenhänge von N = 5 Messungsvariablen des persönlichen Netzwerks wurden mit drei Merkmale des persönlichen Entscheidungstreffen analysiert.

Im Falle von Wachsamkeit, zwei Hypothesen der Thesis sind bestanden. Wie festgestellt, je größer die Anzahl der wahren Freunde ($r_s = -.849$) und der Verwandtschaftskreis ($r_s = -.366$), desto niedriger die individuelle Wachsamkeit. In anderen Worten, die Menge von wahren Freunden und die Größe des Verwandtschaftskreises macht die persönliche Entscheidung leichter, da je größer diese persönlichen Netzwerke sind, desto unwachsamer das Individuum ist. Obwohl Zusammenhänge in derselben Richtung bezüglich Freundschaftskreis und die Verwendung der Freunde als Informationsquelle gefunden sind, sind diese nicht signifikant, folglich wurden die Hypothesen H1a1 und H1a5 abgelehnt. Der Zusammenhang wurde sowohl nicht signifikant als auch nicht in der hypothetisierten Richtung im Falle von der Verwendung der Familie als Informationsquelle, folglich wurde H1a4 auch abgelehnt.

Signifikante Zusammenhänge in der hypothetisierten Richtung wurden zwischen Selbstzufriedenheit und sowohl der Anzahl der wahren Freunde ($r_s = .842$) als auch die Verwendung von Freunde als Informationsquelle ($r_s = .114$) gefunden, resultierend in der Akzeptanz von H1b2 und H1b5. Die Größe des Verwandtschaftskreises und die Verwendung der Familie als Informationsquelle haben einen Zusammenhang mit Selbstzufriedenheit in der hypothetisierten Richtung aufgewiesen, jedoch waren diese Zusammenhänge nicht signifikant, deswegen sind H1b3 und H1b4 abgelehnt. Die Größe des Freundschaftskreises wies keinen signifikanten Zusammenhang mit individueller Selbstzufriedenheit

auf und zeigte einen Korrelationskoeffizient, der nicht in der hypothetisierten Richtung steht, resultierend in der Ablehnung von H1b1.

Selbstvertrauen wies die größte Anzahl von Messungsvariablen des persönlichen Netzwerks auf, womit dieses Merkmal in einem signifikanten Zusammenhang steht und die hypothetisierte Richtung zeigt. Je größer der Freundschaftskreis ($r_s = -.195$), die Anzahl der wahren Freunde ($r_s = -.706$) und der Verwandtschaftskreis ($r_s = -.281$), desto niedriger die individuelle Selbstvertrauen, somit sind die Hypothesen H1c1, H1c2 und H1c3 bestanden. Obwohl die Verwendung der Freunde als Informationsquelle auch die hypothetisierte Richtung aufgezeigt hat, war diese Korrelation nicht signifikant und ist H1c5 somit abgelehnt. Die Verwendung der Familie als Informationsquelle hat sowohl die hypothetisierten Richtung, als auch Signifikanz nicht aufgewiesen, somit ist H1c4 auch abgelehnt.

Die Anzahl der wahren Freunde stand in einem signifikanten Zusammenhang mit allen drei Merkmale des Entscheidungstreffens. Je mehrere wahre Freunde ein Individuum für sich behauptet, desto niedriger seine/ihre Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen. Im Gegenteil, die Verwendung der Familie als Informationsquelle stand in keinen Zusammenhängen mit Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit oder Selbstvertrauen.

Tabelle 17: Ergebnisse der aufgestellten Hypothesen im Block 1, gezielt auf die Analyse der Zusammenhänge zwischen den persönlichen Netzwerken und der Leichtigkeit des Entscheidungstreffens.

Persönliches Netzwerk und Wachsamkeit			
H Nummer	Hypothese	Ergebnis	Entscheidung
H1a1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.083	abgelehnt
H1a2	Je größer die Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.849**	bestanden
H1a3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.366**	bestanden

H1a4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.035	abgelehnt
H1a5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.019	abgelehnt
Persönliches Netzwerk und Selbstzufriedenheit			
H1b1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.087	abgelehnt
H1b2	Je größer die Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.842**	bestanden
H1b3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.088	abgelehnt
H1b4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.022	abgelehnt
H1b5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.114*	bestanden
Persönliches Netzwerk und Selbstvertrauen			
H1c1	Je größer der Freundschaftskreis, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.195**	bestanden
H1c2	Je größer die Anzahl der wahren Freunde, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.706**	bestanden
H1c3	Je größer der Verwandtschaftskreis, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.281**	bestanden

H1c4	Je häufiger die Verwendung der Familie als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	.031	abgelehnt
H1c5	Je häufiger die Verwendung der Freunde als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.062	abgelehnt

Die folgende Tabelle (Tabelle 18) diskutiert die Ergebnisse der Hypothesen im Block 2, repräsentierend die Beobachtung von Zusammenhängen zwischen dem persönlichen sozialen Netzwerk und die untersuchten Merkmale des persönlichen Entscheidungstreffens.

Die Zuneigung für soziale Netzwerke als Kommunikationsform ($r_s = -.454$), die Häufigkeit der Verwendung von diesen Plattformen ($r_s = -.320$), Internet als Informationsquelle ($r_s = -.175$) und die Häufigkeit der Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen ($r_s = -.230$) wiesen einen signifikanten Korrelation mit individueller Wachsamkeit in der hypothetisierten Richtung auf. Somit wurden die Hypothesen H2a1, H2a2, H2a3 und H2a4 bestanden. Bezüglich der Anzahl der Kontakte auf spezifischen sozialen Netzwerken, Facebook ($r_s = -.231$), Blogs ($r_s = -.273$) und Instagram ($r_s = -.643$) haben die Anforderungen der Hypothesen erfüllt, somit sind die Hypothesen H2a51, H2a55 und H2a56 bestanden. Eine signifikante Korrelation, jedoch nicht in der hypothetisierten Richtung haben Foren aufgewiesen ($r_s = ,138$), bedeutend dass je mehr die Anzahl der Kontakte auf diesen sozialen Netzwerken, desto größer die individuelle Wachsamkeit. Somit ist H2a54 abgelehnt. Netzwerke, die die hypothetisierte Richtung, aber keine Signifikanz aufweisen konnten, waren Odnoklassniki und Vkontakte, wobei die Hypothesen H2a54 und H2a55 abgelehnt wurde. Weder die Richtung noch der Signifikanz wurde im Falle von YouTube und Pinterest erfüllt, somit sind H2a57 und H2a58 abgelehnt.

Wie vorher im Falle von Wachsamkeit interpretiert wurde, sind Messungsvariablen des sozialen Netzwerks wie die Zuneigung dafür als Kommunikationsplattform ($r_s = .674$), die Häufigkeit der Verwendung dieser

Plattformen ($r_s = .565$), Internet als Informationsquelle ($r_s = .369$) und die Häufigkeit der Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen ($r_s = .232$) einen signifikanten Zusammenhang in der hypothetisierten Richtung mit Selbstzufriedenheit auch aufgewiesen. Somit sind die Hypothesen H2b1, H2b3, H2b3 und H2b4 bestanden. Die Analyse der Anzahl der Kontakte auf spezifischen sozialen Netzwerken resultierte mit der Konklusion, dass Facebook ($r_s = .445$), Odnoklassniki ($r_s = .271$), Vkontakte ($r_s = .277$), Blogs ($r_s = .425$) und Instagram ($r_s = .749$) einen signifikanten Zusammenhang mit individuellen Selbstzufriedenheit in der hypothetisierten Richtung zeigten. Somit sind die Hypothesen H2b51, H2b52, H2b53, H2b55 und H2b56 bestanden. Eine signifikante Korrelation, jedoch nicht in der hypothetisierten Richtung wurde im Falle von YouTube ($r_s = -.129$) und Pinterest ($r_s = -.130$) beobachtet, heißend dass je größer die Anzahl der Kontakte auf diesen Plattformen, desto größer die individuelle Selbstzufriedenheit. Somit sind die Hypothesen H2b57 und H2b58 abgelehnt. Schlussfolgernd, Foren wiesen weder keinen signifikanten Zusammenhang noch die hypothetisierte Richtung der Korrelation mit individueller Selbstzufriedenheit auf, wobei die Hypothese H2b55 abgelehnt wurde.

Wie im Falle von Wachsamkeit und Selbstzufriedenheit interpretiert wurde, haben die Zuneigung für soziale Netzwerke als Kommunikationsform ($r_s = -.379$), die Häufigkeit der Verwendung von diesen Plattformen ($r_s = -.110$), Internet als Informationsquelle ($r_s = -.293$) und die Häufigkeit der Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen ($r_s = -.365$) einen signifikanten Zusammenhang mit Selbstvertrauen in der hypothetisierten Richtung aufgewiesen. Somit sind die Hypothesen H2c1, H2c2, H2c3 und H2c4 bestanden. Lediglich zwei spezifische Plattformen haben eine signifikante Korrelation in der festgestellten Richtung mit Selbstvertrauen aufgewiesen, nämlich Facebook ($r_s = -.305$) und Instagram ($r_s = -.580$). Somit sind die Hypothesen H2c51 und H2c56 bestanden. Die hypothetisierte Richtung der Korrelation, jedoch ohne Signifikanz wurde im Falle von Odnoklassniki, Vkontakte und Blogs gezeigt, wobei die Hypothesen H2c52, H2c53 und H2c55 abgelehnt wurden. Weder die festgestellte Richtung noch der Signifikanz wurde im Falle von Foren, YouTube und Pinterest im Zusammenhang mit individuellen

Selbstvertrauen beobachtet, resultierend in der Ablehnung der Hypothesen H2c54, H2c57 und H2c58.

Die Ergebnisse zeigten, dass die Zuneigung für soziale Netzwerke als Kommunikationsform, die Häufigkeit der Verwendung von diesen Plattformen, Internet als Informationsquelle und die Häufigkeit der Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen in einem signifikanten Zusammenhang mit allen drei analysierten Merkmale der persönlichen Entscheidungstreffen standen und die in den Hypothesen festgestellten Richtung aufwiesen. Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikation, je häufiger die Verwendung von sozialen Plattformen und das Internet als Informationsquelle, und je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger die persönliche Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen. Dieselbe Ergebnisse zeigten die Plattformen Facebook und Instagram, je mehr die Anzahl der Kontakte auf diesen sozialen Netzwerken, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen.

Tabelle 18: Ergebnisse der aufgestellten Hypothesen im Block 2, gezielt auf die Analyse der Zusammenhänge zwischen den sozialen Netzwerken und der Leichtigkeit des Entscheidungstreffens

Soziales Netzwerk und Wachsamkeit			
H Nummer	Hypothese	Ergebnis	Entscheidung
H2a1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.454**	bestanden
H2a2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.320**	bestanden
H2a3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.175**	bestanden

H2a4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.230**	bestanden
H2a51	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.231**	bestanden
H2a52	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.011	abgelehnt
H2a53	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.020	abgelehnt
H2a54	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.138*	abgelehnt
H2a55	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.273**	bestanden
H2a56	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.643**	bestanden
H2a57	Je größer die Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.084	abgelehnt
H2a58	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.100	abgelehnt
Soziales Netzwerk und Selbstzufriedenheit			
H2b1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.674**	bestanden

H2b2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.565**	bestanden
H2b3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger die Selbstzufriedenheit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.369**	bestanden
H2b4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.232**	bestanden
H2b51	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.445**	bestanden
H2b52	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.271**	bestanden
H2b53	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.277**	bestanden
H2b54	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.079	abgelehnt
H2b55	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.425**	bestanden
H2b56	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	.749**	bestanden
H2b57	Je größer die Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.129*	abgelehnt

H2b58	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.130*	abgelehnt
Soziales Netzwerk und Selbstvertrauen			
H2c1	Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikationsform, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.379**	bestanden
H2c2	Je häufiger die Verwendung von sozialen Netzwerken, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.110*	bestanden
H2c3	Je häufiger die Verwendung des Internets als Informationsquelle, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.293**	bestanden
H2c4	Je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsproblemen, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.365**	bestanden
H2c51	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Facebook, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.305**	bestanden
H2c52	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Odnoklassniki, desto niedriger die Wachsamkeit als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.094	abgelehnt
H2c53	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Vkontakte, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.114	abgelehnt

H2c54	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Foren, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	.047	abgelehnt
H2c55	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Blogs, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.106	abgelehnt
H2c56	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Instagram, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	-.580**	bestanden
H2c57	Je größer die Anzahl der Kontakte auf YouTube, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	.082	abgelehnt
H2c58	Je größer die Anzahl der Kontakte auf Pinterest, desto niedriger das Selbstvertrauen als Teil des Entscheidungsprozesses.	.101	abgelehnt

6. Schlussfolgerungen und Ausblick

Eine intensive Literaturrecherche, die Durchsicht zahlreicher theoretischer Überlegungen, die sich darauf beziehenden Studien und persönliche Interesse und Erfahrung liegen dieser wissenschaftlichen Arbeit zu Grunde. Medizintourismus ist ein weltweites Phänomen mit vielen Komponenten und ein neuer Nischenmarkt. Viele Länder haben sich in diesem Markt bereits stark etabliert und investieren tausende Euro, um MedizintouristInnen zu bekommen. Es gibt viele Anbieter in jedem Land mit unterschiedlichen Leistungsspektren und Angeboten. Österreich ist allerdings als Zielland für Medizintourismus weniger bekannt, trotzt seiner sehr guten medizinischen Leistungen. Österreich muss mit Deutschland, Schweiz und Israel konkurrieren, die schon weltweit als Medizintourismusländer bekannt und brauchen im Prinzip keine Werbung mehr.
Die Ergebnisse zeigten, dass die Zuneigung für soziale Netzwerke als Kommunikationsform, die Häufigkeit der Verwendung von diesen Plattformen, Internet als Informationsquelle und die Häufigkeit der Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsprobleme in einem signifikanten Zusammenhang mit allen drei analysierten Merkmalen der persönlichen Entscheidungstreffen stehen und die in den Hypothesen festgestellten Richtung aufwiesen. Je beliebiger das soziale Netzwerk als Kommunikation, je häufiger die Verwendung von sozialen Plattformen und das Internet als Informationsquelle, und je häufiger die Befragung von Menschen im sozialen Kreis für Beratung bezüglich Gesundheitsprobleme, desto niedriger die persönliche Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen. Dieselben Ergebnisse zeigten die Plattformen Facebook und Instagram, je mehr die Anzahl der Kontakte auf diesen sozialen Netzwerken, desto niedriger die individuelle Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen.
Die eingeschränkte zeitliche Kapazität und Rahmen dieser Arbeit haben einige Limitationen aufgezeigt. Als erstes wäre hier die Stichprobe zu erwähnen: es wäre interessant zu wissen, wie schauen die Daten im internationalen Vergleich aus. Die Limitation- russischsprachige ProbandInnen- wurde aus persönlichem Interesse bewusst eingesetzt, weitere Studien könnten ProbandInnen, die nach Österreich kommen, analysieren. Als zweite Limitation, die sich ergeben hat, ist die Unterrepräsentativität von russischen ProbandInnen und anderer GUS

Staaten. **Die** Erklärung dafür könnte daran liegen, dass die GUS Staaten unterschiedliche finanzielle Entwicklungen haben. Die Behandlung in Österreich ist relativ teuer, und nicht jeder kann es sich leisten. Eine andere Erklärung dafür könnte an der Lage des jeweiliges Staates liegen: die PatientInnen aus Kasachstan fliegen z.B. oft nach Thailand, Korea und Japan, weil es bessere Verbindungen gibt und die Flüge dauern nicht so lange, wie nach Österreich.

Die Ergebnisse dieser Arbeit dienen lediglich als Anhaltspunkt für weitere Forschung. Weitere Forschungsvorschläge könnten folgende sein:

- Suchmaschinenanalyse: welche werden am meisten verwendet und welche Schlüsselwörter werden als Suchkriterien eingegeben?
- Effektivität der angesetzten Werbung in einer Studie: welche Werbemaßnahmen verwenden Klinken/Vermittlungsagenturen und welche von diesen wirken sich auf die PatientInnen besonders effektiv aus.
- Nach welchen Erkrankungen wird meistens im Internet (Suchmaschinen, soziale Netzwerke etc.) gesucht und ob diese Suche auf ein konkretes Land spezifiziert wird (Israel – Onkologie, Österreich – Orthopädie u s.w.)?
- Welche Informationen/Texte auf den Webseiten von Kliniken und Vermittlungsagenturen werden als vertrauenswürdig empfunden und welche sind eher abschreckend?
- Inwiefern unterscheidet sich die Aufnahme und Verarbeitung der Information von Webseiten den Kliniken im internationalen Vergleich?
- die Rolle der Dolmetscher im Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient.

Denkt man an die Ergebnisse der Studie, so wird es schnell klar, dass die sozialen Netzwerke sehr beliebet sind und der Informationsaustausch dort sehr aktiv durchgeführt wird. Diese Information könnte auch für die Agenturen/Kliniken und anderen Leistungsanbieter interessant sein zwecks Werbung sein. Generell lässt sich sagen, dass Werbung im medizinischen Tourismus vielfältig und kreativ sein muss, und auch nationale Besonderheit berücksichtigen.

Es besteht Bedarf nach offiziell erfassten Daten zu Medizintourismus in Österreich. Es fehlt eine zentrale Struktur/Verein, die alle Kliniken, Vermittler, Dolmetscher, Serviceagenturen unter einem Dach vereint und auch auf der

Weltarena präsentiert. Bis jetzt bewirbt jeder nur für sich. Denkt man an die Summen, die der medizinische Tourismus der Wirtschaft eines Landes bringen könnte, wird schnell klar, dass so eine Struktur sich gelohnt hätte. Die meisten konkurrierenden Länder – Deutschland, Israel, Schweiz – haben diese Struktur und bei diesen ist Medizintourismus quasi eine offiziell anerkannte Wirtschaftssparte. Österreich hat zwar Potential PatientInnen zu gewinnen, aber braucht mehr Zeit, um sich in diesem Segment weiter zu entwickeln.

Quellenverzeichnis

Monographien/Sammelbände

Baur, Nina/ Blasius, Jörg (Hg.) (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Berg, Waldemar (2008): *Gesundheitstourismus und Wellnesstrourismus*. Oldenburg: Wissenschaftsverlag.

Böhm, Kerstin (2012): *Servicequalität im Gesundheitstourismus. Erfolgsfaktor für die deutschen Heilbäder und Kurorte*. Saarbrücken: Akademikerverlag.

Burkart, Roland (2019): *Kommunikationswissenschaft: Grundlagen und Problemfelder einer interdisziplinären Sozialwissenschaft*. Wien/Köln/Weimar: Böhlau Verlag.

Enderle, Georges/Homann, Karl/Honecker, Martin/Kerber, Walter/Steinmann, Horst (Hg.) (1993): *Lexikon der Wirtschaftsethik*. Freiburg/Basel/Wien: Herder Verlag.

Field, Andy (2018): *Discovering Statistics using IBM SPSS Statistics.* London, UK: SAGE Publications Ltd

Fritz, Wolfgang/Oelsnitz, Dietrich (2001): *Marketing: Elemente marktorientierter Unternehmensführung*. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

Gerzer, Rupert: Medizintourismus. In: Jelinek, Tomas (Hg.) (2012): *Kursbuch Reisemedizin. Beratung, Prophylaxe, Reisen mit Erkrankungen*. Stuttgart (u.a.): Georg Thieme Verlag. S. 241-247.

Groß, Matilde Sophie (2017): *Gesundheitstourismus*. Konstanz: UVK.

Gutzwiller, Felix/Jeanneret, Olivier (1996): *Konzepte und Definitionen*. In: Gutzwiller, Felix/Jeanneret, Olivier (Hg.): Sozial- und Präventivmedizin Public Health. Bern (u.a.): Verlag Hans Huber. S. 23-29

Gutzwiller, Felix /Jeanneret, Olivier (Hg.) (1996): *Sozial- und Präventivmedizin Public Health*. Bern (u.a.): Verlag Hans Huber.

Hodges, Jill Ray/ Turner, Leigh/ Kimball, Ann Marie (Hg.) (2012): *Risk and Challenges in Medical Tourism. Understanding the Global Market for Health Services*. Santa Barbara (u.a.): Praeger

Markus, Jutta (2009): *Betriebswirtschaftliche Potenziale vom „Medizintourismus". Patienten aus den GUS-Staaten in deutschen Kliniken*. Hamburg: Igel Verlag.

Meffert, Heribert/ Burmann, Christoph/ Kirchgeorg, Manfred (2008): *Marketing. Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung. Konzepte-Instrumente-Praxisbeispiele*. Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Gabler Verlag.

Kotler, Philip (1994): *Marketing Management. Analysis, Planning, Implementation, and Control*. New Jersey: Prentice- Hall.

Kreyher, Volker: Gesundheits- und Medizinmarketing- Herausforderung für das Gesundheitswesen. In: Kreyher, Volker (2001): *Handbuch. Gesundheits- und Medizinmarketing*. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren. Heidelberg: Decker`s Verlag. S.1-53.

Kreyher, Volker (2001): *Handbuch. Gesundheits- und Medizinmarketing. Chancen, Strategien und Erfolgsfaktoren*. Heidelberg: Decker`s Verlag.

Kroeber-Riel, Werner/Weinberg, Peter/Gröppel-Klein, Andrea (2009): *Konsumentenverhalten*. München: Verlag Vahlen.

Petermann, Sören (2014): *Persönliches soziales Kapital in Stadtgesellschaften.* Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Raithel, Jürgen (2008): *Quantitative Forschung. Ein Praxiskurs*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Reinecke, Jost: Grundlagen der standardisierten Befragung. In: Baur, Nina/ Blasius, Jörg (Hg.) (2014): *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. S.601-608

Sander, Uwe/ von Gross, Friederike/ Hugger, Kai- Uwe (Hg.) (2008): *Handbuch Medianpädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Schweiger, Günter/ Schrattenecker, Gertraud (2017): *Werbung. Eine Einführung*. Konstanz/München: UVK Verlagsgesellschaft.

Tomczak, Torsten/ Reinecke, Sven /Reinecke, Sabine/Hinterhuber, Hans/ Matzler, Kurt (Hg.) (2007): *Der aufgabenorientierte Ansatz- Ein Beitrag der Marketingtheorie zu einer Weiterentwicklung des ressourcenorientierten Ansatzes*. St. Gallen.

Quast, Ellen Marie- Luise (2009): *Das Geschäft mit der Gesundheit: Analyse des medizintouristischen Angebotes für den Quellmarkt Deutschland*. Hamburg: Diplomica Verlag.

von Gross, Friederike: Agenda- Setting. In: Sander, Uwe/ von Gross, Friederike/ Hugger, Kai- Uwe (Hg.) (2008): *Handbuch Medianpädagogik*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 282-285.

Zweifel, Peter (1993): Gesundheitsökonomie. In: Enderle, Georges/ Homann, Karl/ Honecker, Martin (u.a.) (Hg.) (1993): *Lexikon der Wirtschaftsethik*. Freiburg (u.a.): Herder Verlag. S. 360-366.

Fachzeitschriften

Adams, Krystina/ Snyder, Jeremy/ Crooks, Valorie/ Johnston, Rory: Developing an informational tool for ethical engagement in medical tourism. In: *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 12(4),2017. S.1-13. DOI: 10.1186/s13010-017-0045-9 (15.07.2019).

Baiocco, Roberto/Laghi, Fiorenzo/D´Alessio, Maria: Decision – making style among adolescents: Relationship with sensation seeking and locus of control. In: *Journal of Adolescence*, 32, 2009. S. 963-976. https://www.researchgate.net/publication/23313390_Decision-making_style_among_adolescents_Relationship_with_sensation_seeking_and_locus_of_control (05.09.2019).

Bookman, Milica/ Bookman, Karla: Medical Tourism in Developing Countries. *In: Pasos. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, 7(1), 2007. S.133-134. http://www.pasosonline.org/Publicados/7109/PS0109_11.pdf (07.09.2019)

Carrera, Percivil M./ Bridges, John FP. (2006): Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. In: *Pharmacoeconomics Outcomes Research*, 6(4), 2006. S.447-454. https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447 (07.07.2019)

Cohen, Erik (2008): Medical Tourism in Thailand. S. 24-37. In: *AU-GSB e-Journal*, 1(1), 2008. S. 24-37. http://www.assumptionjournal.au.edu/index.php/AU-SB/article/view/381/335 (07.07.2019)

Connell, John: Medical tourism: Sea, sun, sand and…surgery. In: *Tourism Management*, 27, 2006. S.1093-1100. https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005 (07.07.2019)

Cronbach, Lee: Coefficient alpha and the internal structure of tests. In: *Psychometrika*, 16(3), 1951. S. 297-334. https://doi.org/10.1007/BF02310555 (12.09.2019)

Davison, Steven/Hayes, Kylie D./La Bove, Gabrielle/Shaffer, Peter: The Price of Medical Tourism: The Legal Implications of Surgery Abroad. In: *Plastic and Reconstructive Surgery*,142(4), 2018. S.1075-1080. DOI: 10.1097/PRS.0000000000004816 (15.07.2019)

Demicco, Frederick/ Cetron, Marvin: Club Medic. In: *Asia Pacific Biotech News*, 10 (10), 2006. S. 527-531. https://www.asiabiotech.com/10/1010/0527_0531.pdf(07.07.2019)

Dragano, Nico: Soziales Kapital und Gesundheit im städtischen Raum. In: *Public Health*, 20(75), 2012. S. 5.e1-5.e3. DOI, ISSN or ISBN: 10.1016/j.phf.2012.03.005 (07.09.2019).

Garud, Atul: Medical Tourism and its impact on our healthcare. In: *The National Medical Journal of India*,18(6), 2005. S. 318-319. http://archive.nmji.in/archives/Volume_18-6_November_December2005/issue.htm (14.07.2019).

Hall, Michael: Health and medical tourism: Kill or cure for global public health? In: *Tourismus Review*, 66 (1/2), 2011. S.4–15. http://dx.doi.org/10.1108/16605371111127198 (07.07.2019)

Hohm, Carly/Snyder, Jeremy: „It Was the Best Decision of My Life“: a thematic content analysis of former medical tourists` patient testimonials. In: *BMC Medical Ethics*, 16(8). 2015. S.1-7. https://doi.org/10.1186/1472-6939-16-8 (15.07.2019).

Hopkins, Laura/ Labonte, Ronald/ Runnels, Vivien/Packer Corinne: Medical tourism today: What is the state of existing knowledge? In: *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 2010. S. 185–198. https://www.jstor.org/stable/40802310?seq=1#page_scan_tab_contents (14.07.2019)

Imison, Michelle/Schwinsberg, Stephen: Australian news media framing of medical tourism in low- and middle- income countries: a content review. In: *Public Health*, 13 (109), 2013. S.1-12. https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-109 (15.07.2019).

John, Surej/ Larke, Roy/ Kilgour, Mark: Applications of social media for medical tourism marketing: an empirical analysis. In: *Anatolia*, 2018. S. 553-565. doi.org/10.1080/13032917.2018.1473261 (12.07.2019)

Johnston, Rory/Crooks, Valorie/Snyder, Jeremy/Kingsbury, Paul: What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. In: *International Journal for Equity in Health*, 2010. S.9-24. https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-24 (15.07.2019)

Johnston, Rory/Crooks, Valorie /Snyder, Jeremy: “I didn`t even know what I was looking for”: A qualitative study of the decision- making processes of Canadian medical tourists. In: *Globalization and Health*, 8(23), 2012. S.1-12.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3475067/pdf/1744-8603-8-23.pdf (15.07.2019)

Jun, Jungmi: Framing Service, Benefit, and Credibility Through Images and Texts: A Content Analysis of Online Promotional Messages of Korean Medical Tourism Industry. In: *Health Communication*, 31(7), 2016. S.845-852.
DOI: 10.1080/10410236.2015.1007553 (12.07.2019)

Li, Hao/Cui, Wendy: Patients without borders. The historical changes of medical tourism. In: *UWOMJ,* 83(2), 2014. S.19-22.
https://www.uwomj.com/wp-content/uploads/2014/12/v83no2_08.pdf
(07.07.2019)

Lilliefors, Hubert: On the Kolmogorov-Smirnov Test for Normality with Mean and Variance Unknown. In: *Journal of the American Statistical Association*, *62*(318), S. 399–402. https://doi.org/10.2307/2283970

Lunt, Neil/ Smith, Richard/ Mannion, Russel/ Green, Stephen/ Exworty, Mark/ Hanedeld, Johanna/ Horsfall, Daniel/ Machin, Laura/ King, Hannah: Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed- methods approaches. In: *Health Services and Delivery Research*, 2(2), 2014. S.1-233.
http://DOI: 10.3310/hsdr02020 (12.07.2019).

Menvielle Loick/ Menvielle, William/ Tournois, Nadine: Medical tourism: A decision model in a service context. In*: Preliminary Communication*, 59 (1), 2011. S.47-61.
https://www.researchgate.net/publication/280947163 (07.07.2019)

Paul, David/ Barker, Tyler/ Watts, Angela/ Messinger, Ashley/Coustasse, Alberto: Insurance Companies Adapting to Trends by Adopting Medical Tourism. In: *The Health Care Manager*, 36(4), 2017. S: 326-333.
doi: 10.1097/HCM.0000000000000179 (15.07.2019)

Penney, Kali/ Snyder, Jeremy/ Grooks, Valorie A./ Johnston, Rory: Risk communication and informed consent in the medical tourism industry: A thematic content analysis of Canadian broker websites. In: *Medical Ethics*, 12(17), 2011. S.1-9.

doi: 10.1186/1472-6939-12-17 (12.07.2019).

Smith, Kristen: The problematization of medical Tourism: a critique of neoliberalism. In: *Developing World Bioethics*, 12 (1), 2012. S. 1–8. doi: 10.1111/j.1471-8847.2012.00318.x (14.07.2019).

Snyder, Jeremy/Crooks, Valorie/ Johnston, Rory: Perceptions of the Ethics of Medical Tourism: Comparing Patient and Academic Perspectives. In: *Public Health Ethics*, 5(1), 2012. S.38-46. doi:10.1093/phe/phr034 (14.07.2019)

Snyder, Jeremy/Crooks, Valorie/ Johnston, Rory/Kingsbury, Paul: Beyond, Sun, Sund, and Stitches: Assigning Responsibility for the Harms of medical Tourism. In: *Bioetics*, 27(5), 2013. S. 233-242. https://onlinelibrary-wiley-com.uaccess.univie.ac.at/doi/epdf/10.1111/j.1467-8519.2011.01942.x (14.07.2019).

Tuinstra, Jan/ van Sonderen, F.L.P./ Groothoff, Johan/van den Heuvel, Jan/Post, David: Reliability, validity and structure of the Adolescent Decision Making Questionnaire among adolescents in The Netherlands. In: *Personality and individual Differences*, 28/2000. S. 273-285. DOI, ISSN or ISBN: 10.1016/S0191-8869(99)00096-3 (07.09.2019)

Turner, Leigh: `First World Health Care at Third World Prices': Globalization, Bioethics and Medical Tourism. In: *BioSocieties*, 2/2007. S.303–325. doi: 10.1017/S1745855207005765 (14.07.2019).

Turner, Leigh: Beyond "Medical Tourism": Canadian companies marketing medical Travel. In: *Globalization and Health*, 8(16), 2012. S.1-11. doi: 10.1186/1744-8603-8-16 (13.07.2019).

Whittaker, Andrea/ Manderson, Lenore/ Cartwright, Elizabeth: Patients without Borders: Understanding Medical Travel, Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness. In: *Medical Anthropology*, 29(4), 2010. S. 336-343. http://dx.doi.org/10.1080/01459740.2010.501318 (07.07.2019)

Internetquellen

Advertology http://www.advertology.ru/article54258.htm (28.02.2019).

Albaner, Jakob/Grozea- Helmenstein, Daniela (2002): Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus. Erstes Modul. S. 5-243. https://www.researchgate.net/publication/271765729_Bestandsaufnahme_der_Entwickungspotenziale_im_Gesundheitstourismus (07.07.2019)

Austrian Health Platform https://www.austrianhealth.at (09.09.2019)

Access to European Union law https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/ALL/?uri=celex%3A32011L0024 (12.09.2019)

Bateneva, Tatjana: Zdorovje ne kupish. In: *Rossijskaja bisnes gazeta,* 35(1014), 2015.https://rg.ru/2015/09/08/medicine.html (09.09.2019)

Buchholz, Matthias: Gesundheits- und Medizintourismus: Marktabgrenzung, Forschung, Treiber & gesetzliche Rahmenbedingungen, 14.03.2013. In: https://conplore.com/health-tourism-medical-tourism-definition/ (07.07.2019)

Eurodoctor https://eurodoctor.ru/ (17.04.2019).

Eurobarometr https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_210_en.pdf (23.09.2019)

Hoepke, Simone/ Salomon, Martina: Das global boomende Geschäft mit Patienten. In*: Kurier*. Nr. 6. 14.08.2016. S. 6. (12.09.2019)

Juszczak, Jens/ Nöthen, Mirjam: Studie zeigt: Top-Service gefragt. In: Deutsches *Ärzteblatt.* 103(20). 19.05.2006.

https://www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=51482(09.09.2019). (12.09.2019)

Leading Medicine https://www.leading-medicine-guide.ru/ (16.04.2019).

Lunt, Neil/ Smith, Richard/ Exworthy, Mark/ Green, Stephen T./ Horsfall, Daniel/ Mannion, Russel: Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, 2011. S.2-55.
In: https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf (07.07.2019)

Mondial Best Treatment https://www.best-treatment.com/ (17.04.2019)

Medical Network https://www.medical-network-frm.de/de/ (16.04.2019).

Patients Beyond Border
https://patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts (09.09.2019)

San Francisco Chronicle
https://www.sfgate.com/health/article/Dental-work-too-expensive-Go-overseas-2537921.php (09.09.2019).

Yandex https://yandex.ru/

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ABGRENZUNG DES GESUNDHEITSTOURISMUS 14
ABBILDUNG 2: SEGMENT DER MEDIZINTOURISMUS 16
ABBILDUNG 3: EINFLUSSFAKTOREN AUF DIE GESUNDHEIT 18
ABBILDUNG 4: DIE ENTWICKLUNG DES MEDIZINTOURISMUS 31
ABBILDUNG 5: GRÜNDE FÜR EINE REISE INNERHALB DER EU FÜR EINE BEHANDLUNG 34
ABBILDUNG 6: GRÜNDE NICHT ZU REISEN INNERHALB DER EU FÜR EINE BEHANDLUNG 35
ABBILDUNG 7: DIE TYPOLOGIE DER MEDIZINTOURISTEN NACH COHEN 36
ABBILDUNG 8: DIE TYPOLOGIE DER MEDIZINTOURISTEN NACH HODGES AT AL. 38
ABBILDUNG 9: HERKUNFTSLÄNDER AUSLÄNDISCHER PATIENTINNEN 41
ABBILDUNG 10: AUSGABEN FÜR DAS GESUNDHEITSSYSTEM 43
ABBILDUNG 11: BESCHREIBUNG DES MEDIZINTOURISMUSMARKTES 45
ABBILDUNG 12: DAS MEDIZINTOURISTISCHE ANGEBOT FÜR DEUTSCHLAND 47
ABBILDUNG 13: DISTRIBUTIONSKANÄLE 49
ABBILDUNG 14: DISTRIBUTIONSKANÄLE IN ÖSTERREICH 51
ABBILDUNG 15: DISTRIBUTION DER ALTERSGRUPPEN IN DER STICHPROBE 70
ABBILDUNG 16: PROZENTISCHE ABBILDUNG DER STAATSANGEHÖRIGKEIT DER PROBANDEN IN DER STICHPROBE 71
ABBILDUNG 17: HÄUFIGKEIT DER VERWENDUNG VON SOZIALEN NETZWERKEN IN DER ANALYSIERTEN STICHPROBE 73
ABBILDUNG 18: HÄUFIGKEIT DER BENUTZEN SOZIALEN NETZWERKEN IN DER STICHPROBE 74
ABBILDUNG 19: HÄUFIGKEITEN DER EXISTIERENDEN KONTAKTE AUF VERSCHIEDENEN SOZIALEN NETZWERKEN BEI DEN UNTERSUCHTEN PROBANDEN 75
ABBILDUNG 20: HÄUFIGKEIT DER MENSCHEN IM FREUNDSCHAFTSKREIS, VERWANDTSCHAFTSKREIS UND DIE ANZAHL DER WAHREN FREUNDE 76
ABBILDUNG 21: HÄUFIGKEITEN DER ZUSTIMMUNGSATTITÜDE BEZÜGLICH BEVORZUGTE KOMMUNIKATIONSFORMEN 77
ABBILDUNG 22: HÄUFIGKEITEN DER WAHRSCHEINLICHKEIT BEZÜGLICH FAMILIE, FREUNDE, INTERNET UND FACHLEUTE/FACHAGENTUREN ALS ERSTE OPTION FÜR INFORMATIONSQUELLE 78

Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: ARITHMETISCHE MITTELN ($\bar{X}$) UND STANDARD ABWEICHUNGEN (SD) DER ITEMS DES KONSTRUKTS „WACHSAMKEIT“. 79
TABELLE 2: ARITHMETISCHE MITTELN ($\bar{X}$) UND STANDARD ABWEICHUNGEN (SD) DER ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTZUFRIEDENHEIT“. 80
TABELLE 3: ARITHMETISCHE MITTELN ($\bar{X}$) UND STANDARD ABWEICHUNGEN (SD) DER ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTVERTRAUEN“.. 81
TABELLE 4: NORMALITÄTSPRÜFUNGEN DER ITEMS DES KONSTRUKTS „WACHSAMKEIT. 83
TABELLE 5: NORMALITÄTSPRÜFUNGEN DER ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTZUFRIEDENHEIT” 83
TABELLE 6: NORMALITÄTSPRÜFUNGEN DER ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTVERTRAUEN” 83
TABELLE 7: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON ITEMS DES KONSTRUKTS „WACHSAMKEIT“. 84
TABELLE 8: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTZUFRIEDENHEIT“. 85
TABELLE 9: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON ITEMS DES KONSTRUKTS „SELBSTVERTRAUEN“. 85
TABELLE 10: ITEM-TOTAL STATISTIKEN DES KONSTRUKTS „WACHSAMKEIT" 86
TABELLE 11: ITEM-TOTAL STATISTIKEN DES KONSTRUKTS „SELBSTZUFRIEDENHEIT” 87
TABELLE 12: ITEM-TOTAL STATISTIKEN DES KONSTRUKTS „SELBSTVERTRAUEN” 87
TABELLE 13: DISTRIBUTIONELLE EIGENSCHAFTEN (ARITHMETISCHE MITTEL UND STANDARD ABWEICHUNG) DER GENERIERTEN KONSTRUKTE UND NORMALITÄTSPRÜFUNGEN 89
TABELLE 14: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON DEN GEBILDETEN KONSTRUKTEN DES ENTSCHEIDUNGSTREFFENS. 89
TABELLE 15: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON DEN GEBILDETEN KONSTRUKTEN DES ENTSCHEIDUNGSTREFFENS UND VARIABLEN DES PERSÖNLICHEN NETZWERKS. 91
TABELLE 16: ERGEBNISSE DES SPEARMAN’S RANK-ORDER KORRELATIONSTESTS IM FALLE VON DEN GEBILDETEN KONSTRUKTEN DES ENTSCHEIDUNGSTREFFENS UND VARIABLEN DES SOZIALEN NETZWERKS.. 94
TABELLE 17: ERGEBNISSE DER AUFGESTELLTEN HYPOTHESEN IM BLOCK 1 97
TABELLE 18: ERGEBNISSE DER AUFGESTELLTEN HYPOTHESEN IM BLOCK 2 101

Anhang A: Fragebogen (Deutsch)

1. Waren Sie schon mal in Österreich?
   a) Ja
   b) Nein

2. Mit welchem Ziel?
   a) Urlaub
   b) Behandlung/ Diagnostik
   c) Beides

3. Haben Sie vorher gewusst, dass Österreich – das Land der medizinischen Tourismus ist?
   a) Ja
   b) Nein

4. Woher haben Sie die Information bekommen, dass Österreich durch Medizin bekannt ist?
   a) Bekannte/Freunde/Familie
   b) Internet Suche
   c) Werbung
   d) Vermittlungsagentur
   e) Anderes

7. Wie viele Menschen zählen Sie zu Ihren Freundschaftskreis?
   Skala: 0; 1-5; 6-10; 11-20 ; 21-50; mehr als 50.

8. Wie viele Menschen gibt es darunter, von denen Sie sagen würden, das sind wahre Freunde?
   Skala: 0; 1-5 ; 6-10; 11-20 ; 21-50; mehr als 50.

9. Wie groß ist ungefähr Ihr Verwandtschaftskreis?
   Skala: 0; 1-5 ; 6-10; 11-20 ; 21-50; mehr als 50.

10. Wie kommunizieren Sie selbst am liebsten?

a) persönliches Treffen
b) Anruf
c) Email
d) Soziales Netzwerk
e) Textnachrichten

4-stufige Antwortskala: trifft nicht zu–: trifft eher nicht zu-: trifft eher zu–: trifft vollständig zu)

11. Wie oft verwenden Sie soziale Netzwerke:

a) Mehrmals pro Tag
b) Einmal pro Tag
c) Mehrmals pro Woche
d) Einmal pro Woche
e) Mehrmals pro Monat
f) Seltener
g) Nie

12. Welchen Netzwerken sind Sie angemeldet (mehrfache Beantwortung möglich)

a) Facebook
b) Odnoklassniki
c) Foren
d) Blogs
e) Xing
f) LinkedIn
g) Twitter
h) Instagram
i) YouTube
j) Pinterest
k) Vkontakte
l) andere

13. Wie viele Kontakten haben Sie ungefähr auf:

a) Facebook
b) Odnoklassniki
c) Foren
d) Blogs
e) Xing
f) LinkedIn
g) Twitter
h) Instagram
i) YouTube
j) Pinterest
k) Vkontakte
l) andere

Skala: bis 50 ; 51-100; 101-200 ; 201-500; Mehr als 500.

14. Wenn Sie Information brauchen, wo holen Sie zuerst?

a) Familie
b) Freunde
c) Internet
d) Fachleute, Fachagenturen

4-stufige Antwortskala: unwahrscheinlich–eher unwahrscheinlich–eher wahrscheinlich–sehr wahrscheinlich)

15. Mit wie vielen Menschen aus Ihrem sozialen Kreis würden Sie sich beraten lassen, wenn es um die Gesundheitsproblemen geht?

Skala: 0; 1-5 ; 6-10; 11-20 ; 21-50; mehr als 50.

Wachsamkeit (Vigilanz)

1. Ich bin sehr vorsichtig, wenn ich meine Wahl treffen muss.
2. Wenn ich eine Entscheidung getroffen habe, ändere ich meine Meinung nicht.
3. Ich denke gerne über eine Entscheidung nach, bevor ich diese treffe.

4. Wenn ich eine Entscheidung treffe, habe ich das Gefühl, die bestmögliche gemacht zu haben
5. Ich treffe gerne selbst Entscheidungen.
6. Wenn ich mich entscheide, etwas zu tun, mache ich gleich weiter

Skala: 1 = sehr selten oder nie, 2 = selten, 3 = ziemlich selten, 4 = ziemlich häufig, 5 = häufig, 6 = sehr häufig oder immer.

Selbstzufriedenheit (Complacency)

1. Wenn ich vor einer Entscheidung stehe, stimme ich den Vorschlägen anderer zu.
2. Immer wenn ich mich über eine Entscheidung aufrege, entscheide ich mich spontan.
3. Ich habe zu wenig Mühe, um Entscheidungen zu treffen.
4. Wenn ich gezwungen bin, eine Entscheidung zu treffen, ist es mir egal, was ich wähle.
5. Ich wähle anhand einiger kleiner Details.
6. Ich tendiere dazu, Entscheidungen zu treffen, ohne darüber nachzudenken.
7. Wenn ich Entscheidungen treffe, tendiere ich dazu, die erste Alternative zu wählen, die mir einfällt.
8. Ich mache lieber das, was andere wählen, weil ich nicht gerne anders bin.

Skala: 1 = sehr selten oder nie, 2 = selten, 3 = ziemlich selten, 4 = ziemlich häufig, 5 = häufig, 6 = sehr häufig oder immer.

Selbstvertrauen (Self- Confidence)

Ich bin zuversichtlich, dass ich Entscheidungen treffen kann.

Ich bin nicht so gut wie die meisten Menschen, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen.

Es fällt anderen leicht, mich davon zu überzeugen, dass ihre Entscheidung die richtige ist.

Ich fühle mich so unsicher, dass ich mich nicht traue, Entscheidungen zu treffen.

Ich treffe immer richtige Entscheidungen.

Ich denke, dass ich der Mensch bin, dem gelingt es, die Entscheidungen gut zu treffen.

Skala: 1 = sehr selten oder nie, 2 = selten, 3 = ziemlich selten, 4 = ziemlich häufig, 5 = häufig, 6 = sehr häufig oder immer.

Wie alt sind Sie:

a) 21-25
b) 26-30
c) 31-35
d) 36-40
e) 41-45
f) 46-50
g) 51+

Geschlecht:

a) männlich
b) weiblich

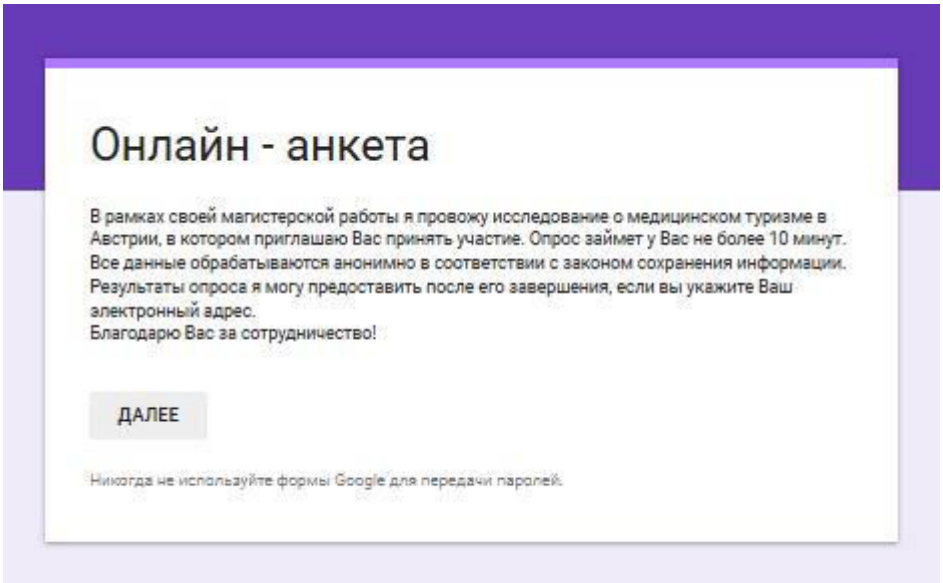
Land:

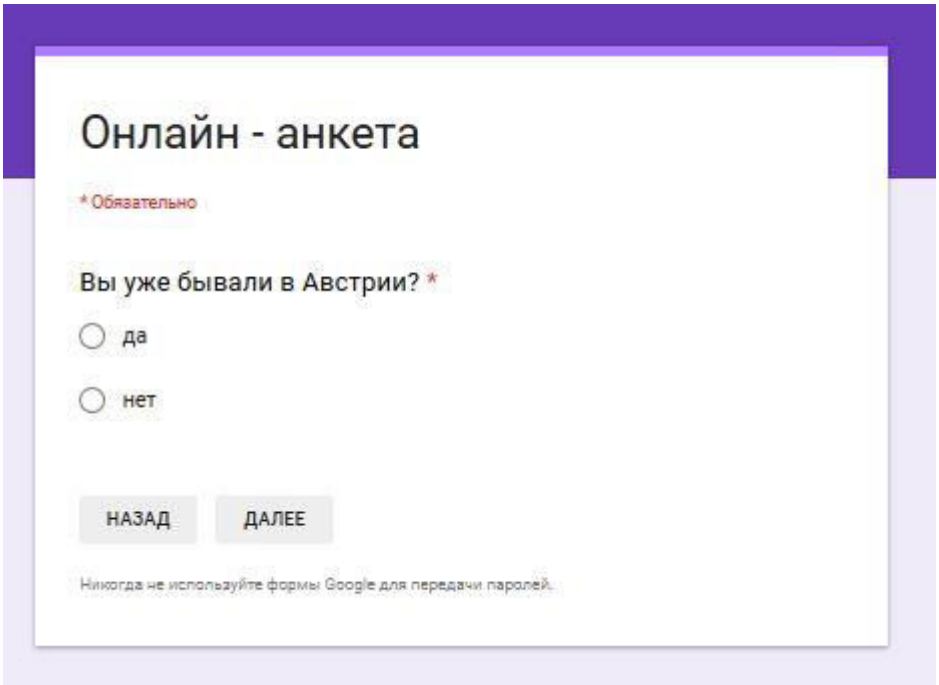
a) Russland
b) Kasachstan
c) Belarus
d) Ukraine
e) Moldawien
f) Armenien
g) Aserbaidschan
h) Kirgistan
i) Tadschikistan
j) Turkmenistan
k) Usbekistan

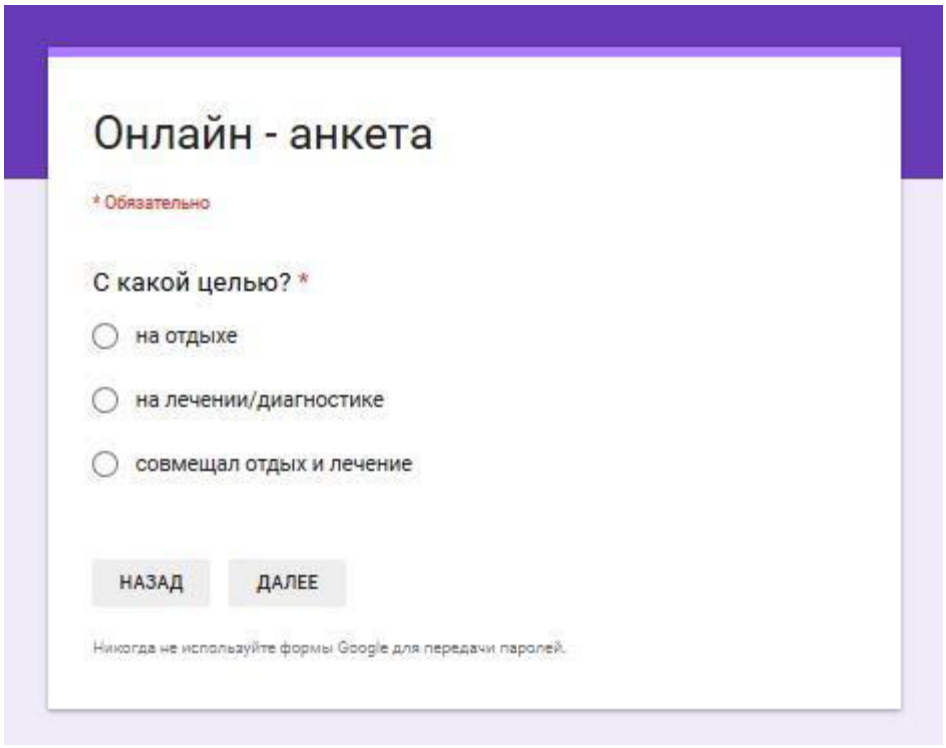
Ausbildung:

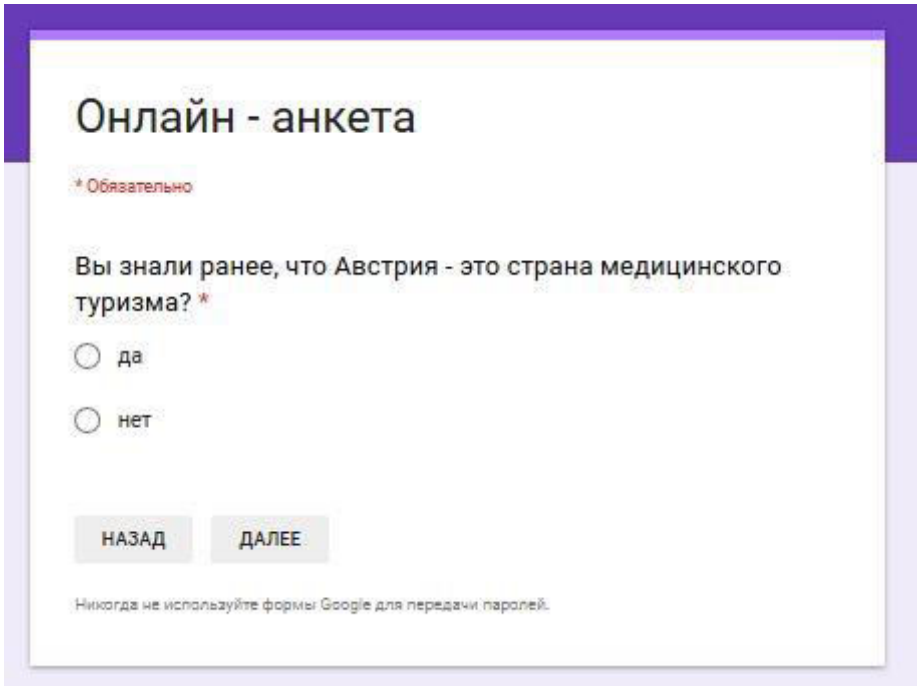
a) Universität (Akademie, Hochschule etc.)
b) Berufsschule
c) Reifenzeugnis
d) Sonstiges

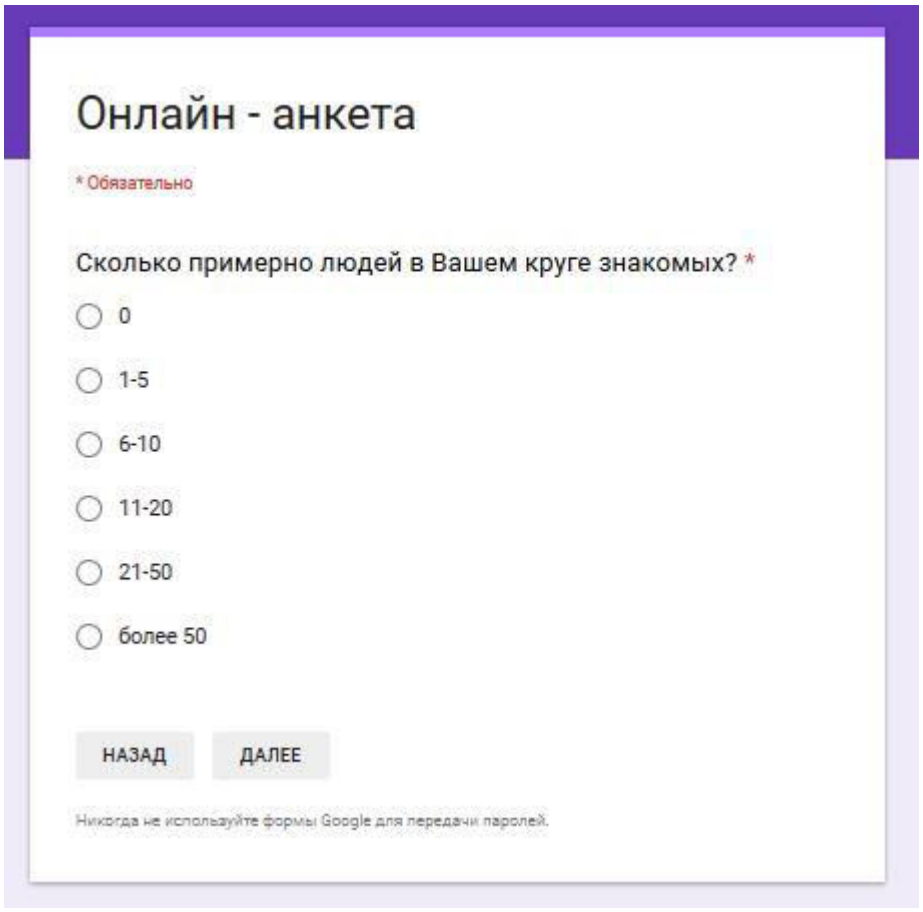
Anhang B: Fragebogen (Russisch, Screenshot)

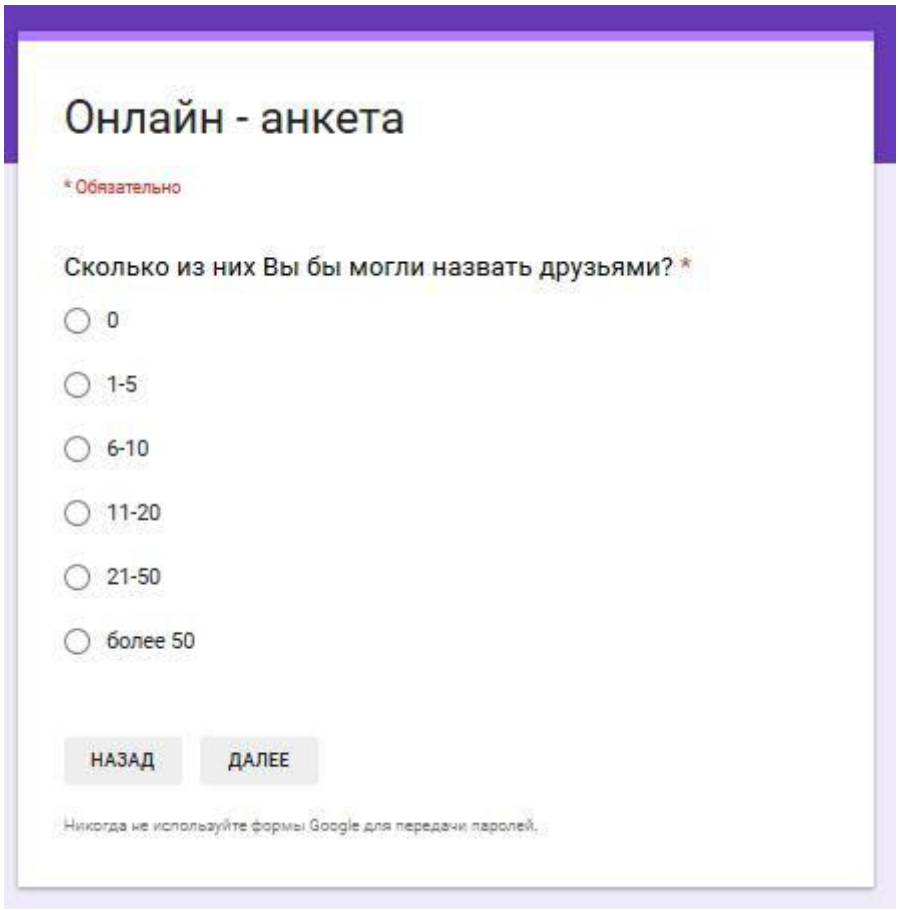


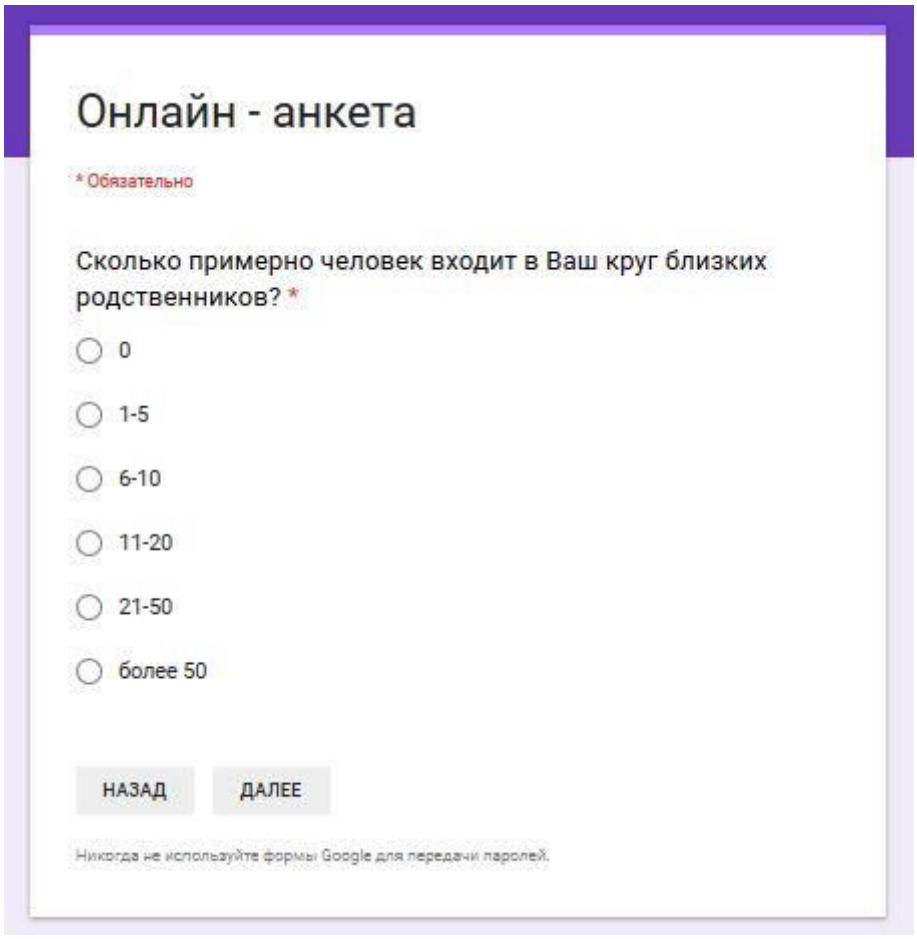


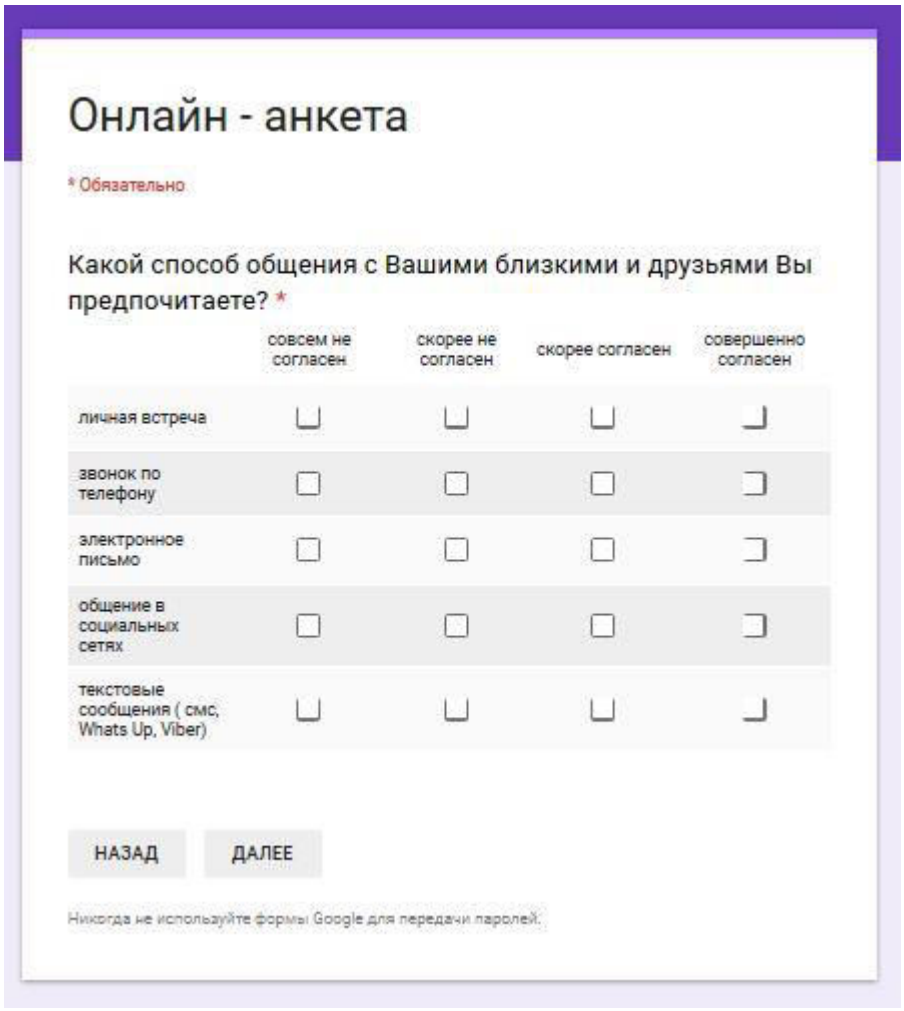

Онлайн - анкета
* Обязательно
С какой целью? *
на отдыхе
на лечении/диагностике
совмещал отдых и лечение
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Вы знали ранее, что Австрия - это страна медицинского туризма? *
да
нет
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Сколько примерно людей в Вашем круге знакомых? *
0
1-5
6-10
11-20
21-50
более 50
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Сколько из них Вы бы могли назвать друзьями? *
0
1-5
6-10
11-20
21-50
более 50
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Сколько примерно человек входит в Ваш круг близких родственников? *
0
1-5
6-10
11-20
21-50
более 50
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.



Онлайн - анкета

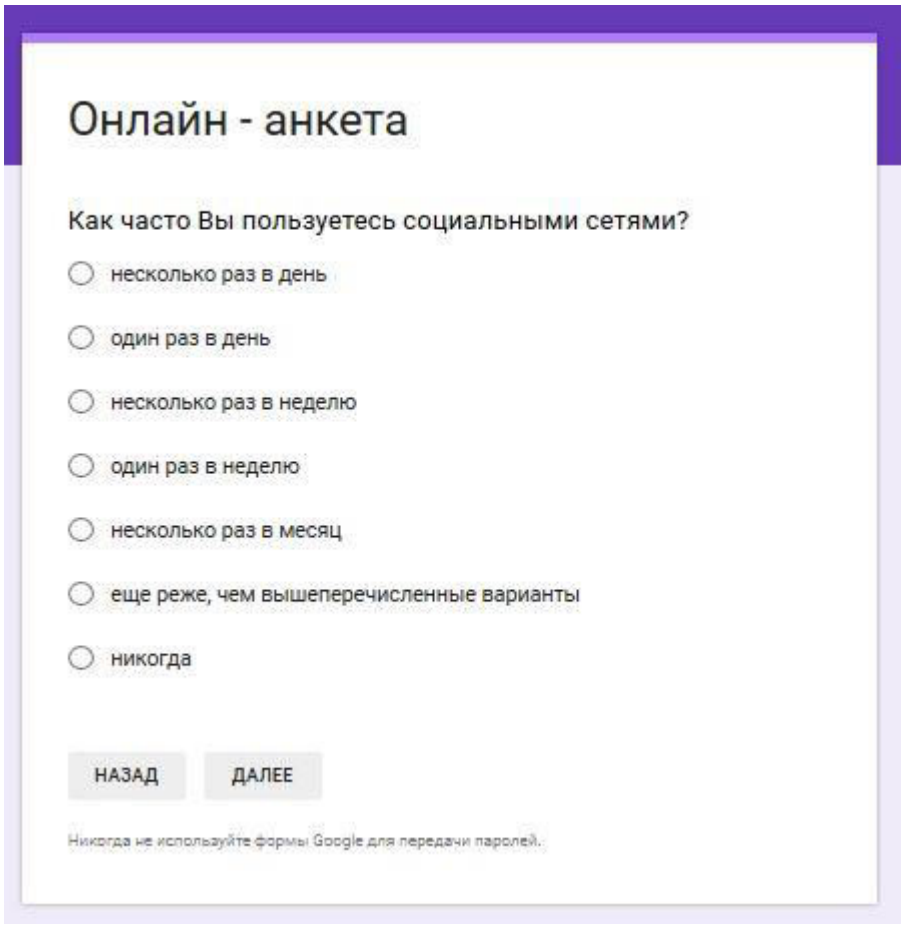
* Обязательно

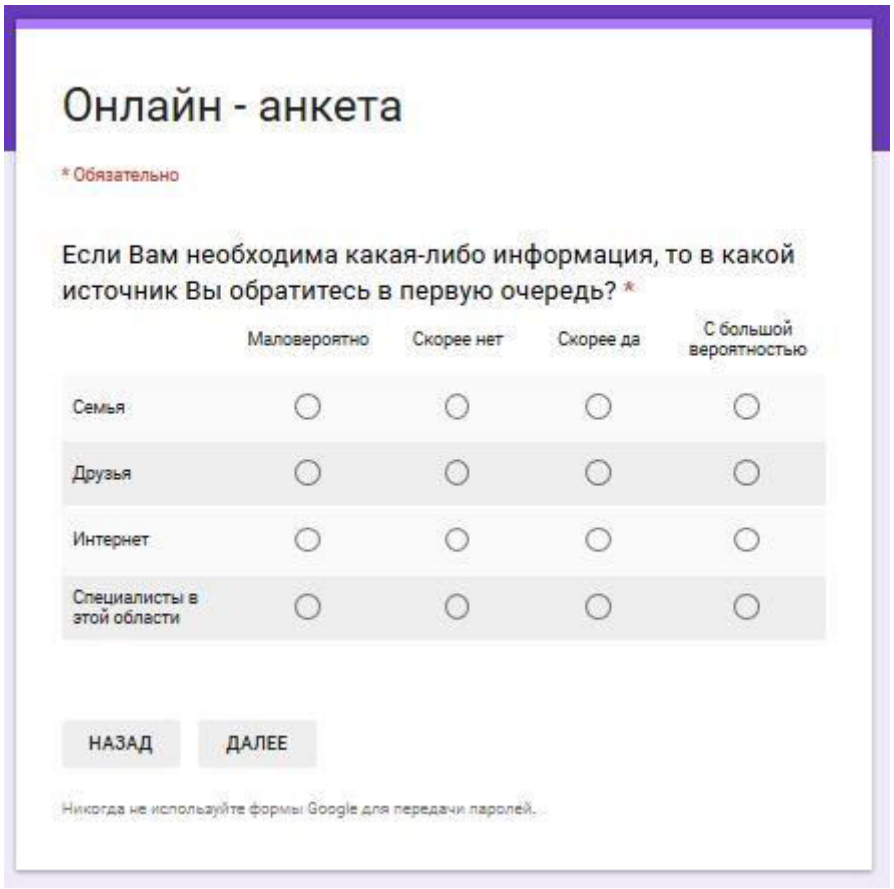
Какой способ общения с Вашими близкими и друзьями Вы предпочитаете? *

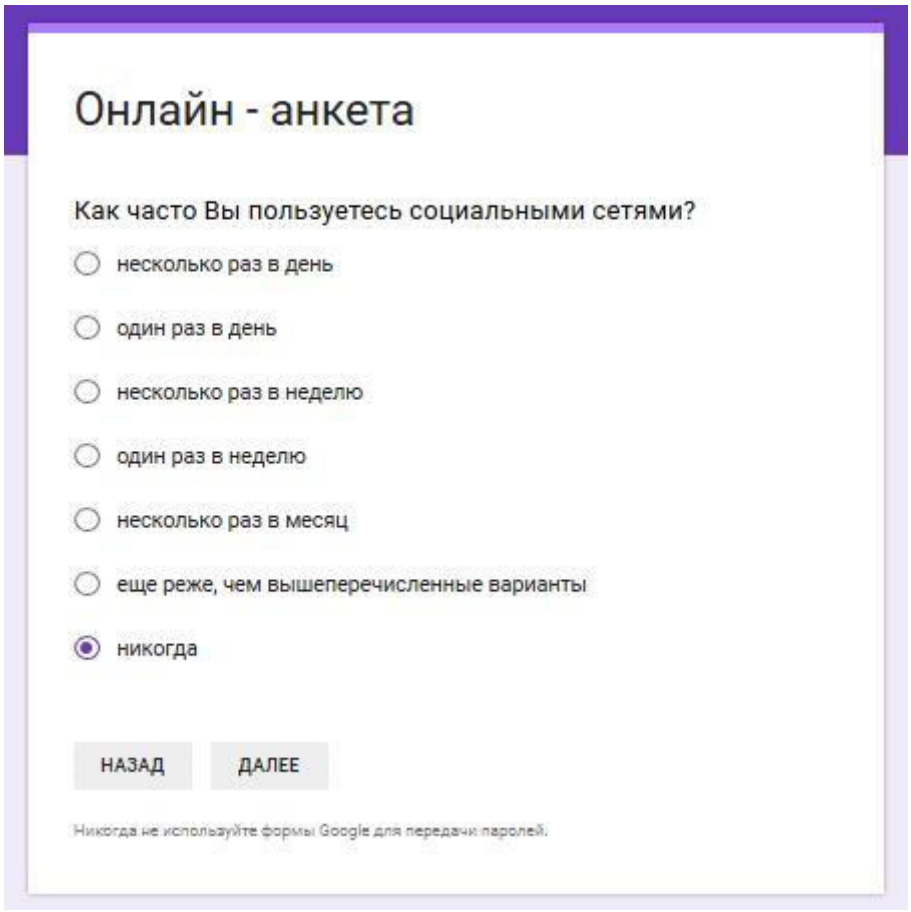
	совсем не согласен	скорее не согласен	скорее согласен	совершенно согласен
личная встреча	☐	☐	☐	☐
звонок по телефону	☐	☐	☐	☐
электронное письмо	☐	☐	☐	☐
общение в социальных сетях	☐	☐	☐	☐
текстовые сообщения (смс, Whats Up, Viber)	☐	☐	☐	☐

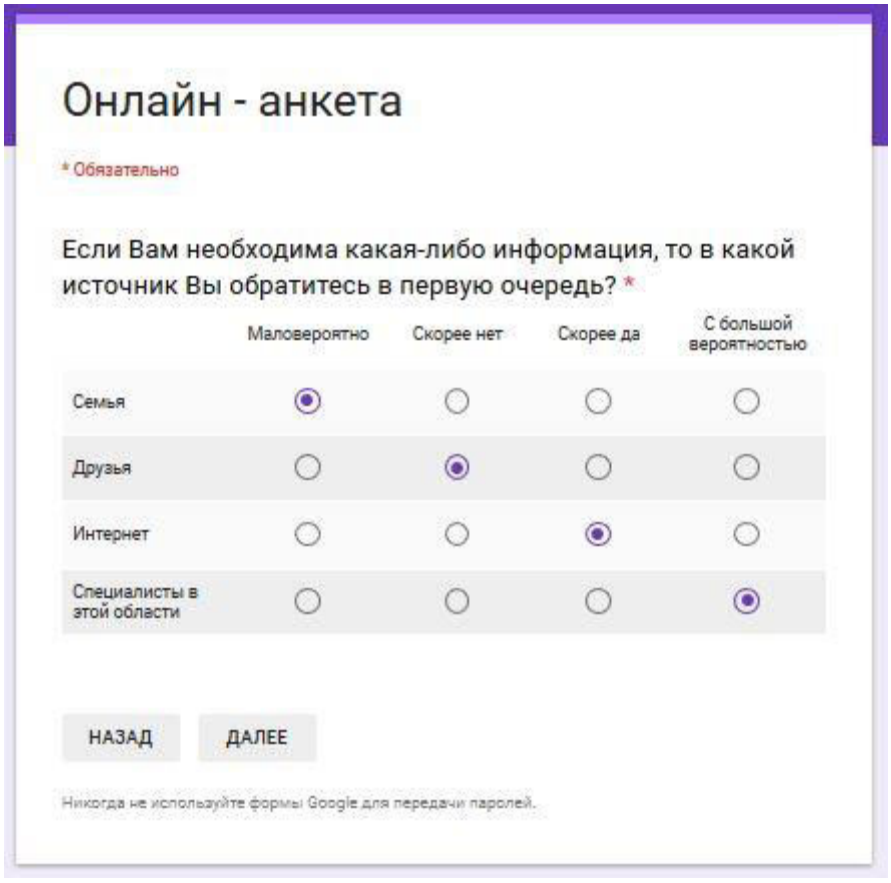
НАЗАД ДАЛЕЕ

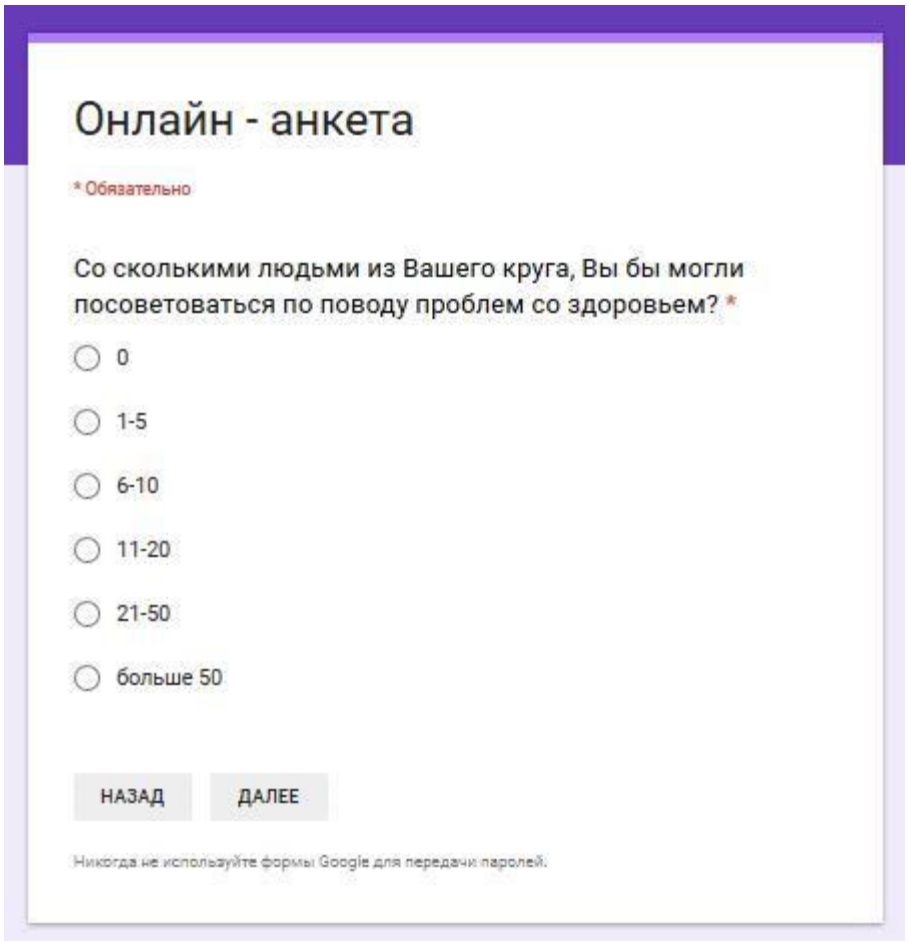
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
Как часто Вы пользуетесь социальными сетями?
несколько раз в день
один раз в день
несколько раз в неделю
один раз в неделю
несколько раз в месяц
еще реже, чем вышеперечисленные варианты
никогда
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Если Вам необходима какая-либо информация, то в какой источник Вы обратитесь в первую очередь? *
Маловероятно
Скорее нет
Скорее да
С большой вероятностью
Семья
Друзья
Интернет
Специалисты в этой области
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
Как часто Вы пользуетесь социальными сетями?
несколько раз в день
один раз в день
несколько раз в неделю
один раз в неделю
несколько раз в месяц
еще реже, чем вышеперечисленные варианты
никогда
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Если Вам необходима какая-либо информация, то в какой источник Вы обратитесь в первую очередь? *
Маловероятно
Скорее нет
Скорее да
С большой вероятностью
Семья
Друзья
Интернет
Специалисты в этой области
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Со сколькими людьми из Вашего круга, Вы бы могли посоветоваться по поводу проблем со здоровьем? *
0
1-5
6-10
11-20
21-50
больше 50
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.

Онлайн - анкета

* Обязательно

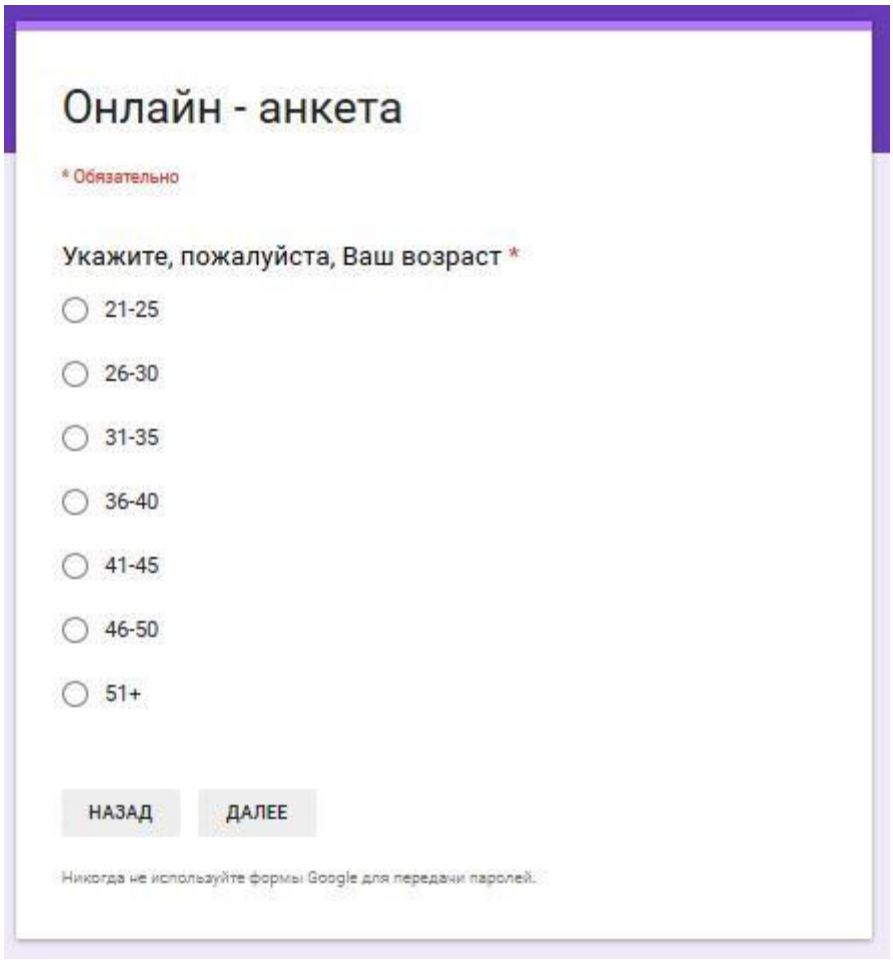
Оцените приведенные ниже высказывания от 1 до 6, где 1 – очень редко или никогда, 2- редко, 3- относительно редко, 4- относительно часто, 5- часто, 6- очень часто или всегда *

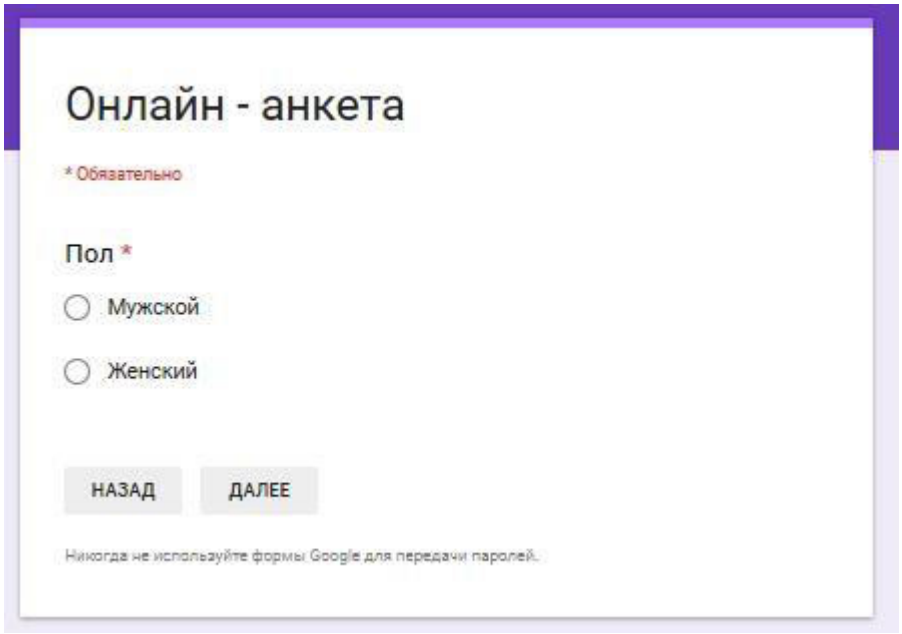
	1	2	3	4	5	6
Если я стою перед выбором, то очень осторожен в принятии решений.	○	○	○	○	○	○
Если я уже принял решение, то не меняю своего мнения.	○	○	○	○	○	○
Прежде, чем я принимаю решение, я часто размышляю о нем.	○	○	○	○	○	○
Когда я принял решение, у меня возникакает чувство, что я сделал самое лучше, что мог.	○	○	○	○	○	○
Все решения я люблю принимать самостоятельно.	○	○	○	○	○	○
Если я решил что-то сделать, то просто делаю это.	○	○	○	○	○	○

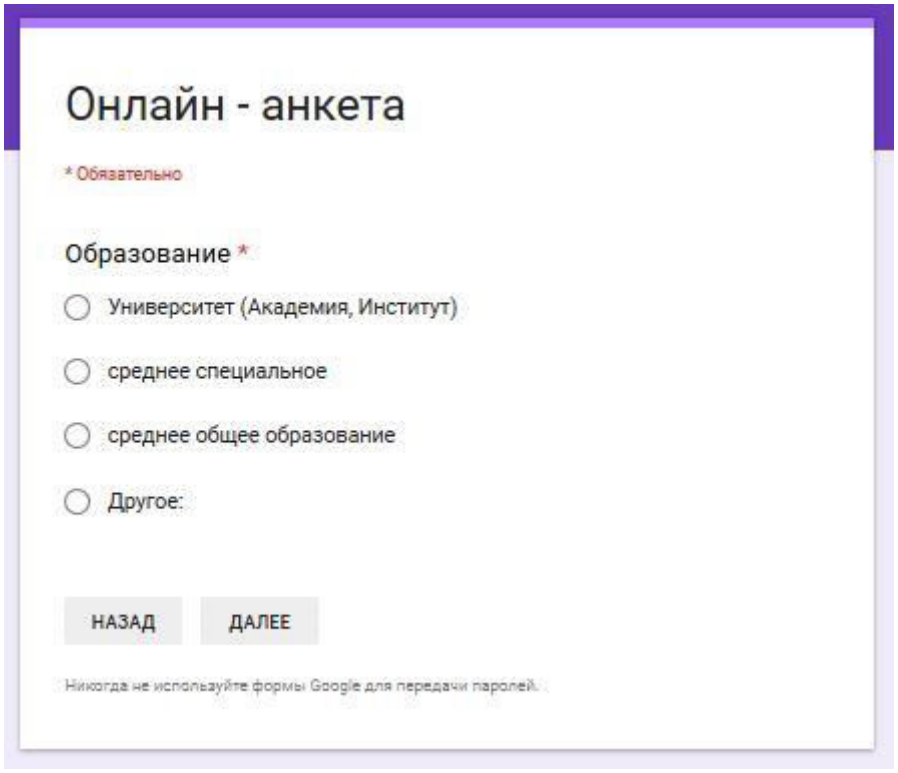
Я уверен в своей способности принимать решения.	○	○	○	○	○	○
В принятии решений я не так хорош, как большинство людей.	○	○	○	○	○	○
Другие люди могут легко убедить меня, что их решение правильное .	○	○	○	○	○	○
Я чувствую себя настолько неуверенным, что стараюсь не принимать решения.	○	○	○	○	○	○
Решения, которые я принимаю, окызываются правильными.	○	○	○	○	○	○
Я считаю, что я человек, умеющий принимать решения.	○	○	○	○	○	○

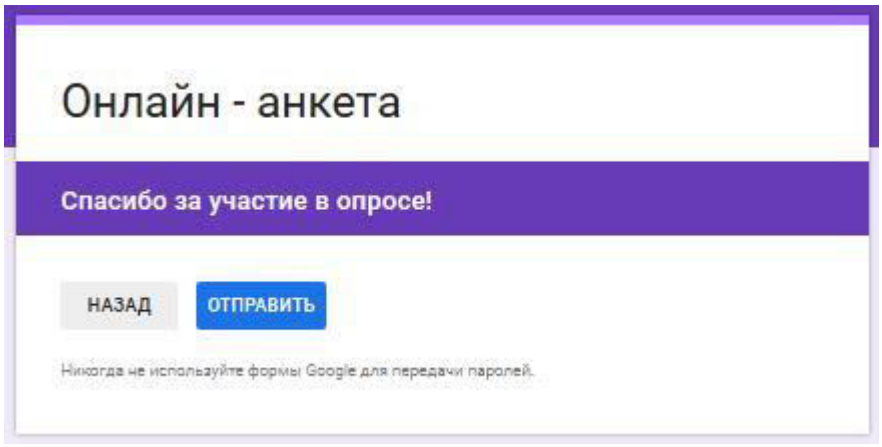
НАЗАД ДАЛЕЕ

Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Укажите, пожалуйста, Ваш возраст *
21-25
26-30
31-35
36-40
41-45
46-50
51+
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Пол *
Мужской
Женский
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
* Обязательно
Образование *
Университет (Академия, Институт)
среднее специальное
среднее общее образование
Другое:
НАЗАД
ДАЛЕЕ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.


Онлайн - анкета
Спасибо за участие в опросе!
НАЗАД
ОТПРАВИТЬ
Никогда не используйте формы Google для передачи паролей.

Anhang C: ADMQ Items (English)

Self-confidence

SELFC 1 I feel confident about my ability to make decisions.

SELFC 2 I am not as good as most people in making decisions.

SELFC 3 It is easy for other people to convince me that their decision is the correct one.

SELFC 4 I feel so discouraged that I give up trying to make decisions.

SELFC 5 The decisions I make turn out well.

SELFC 6 I think that I am a good decision maker

Vigilance

VIGIL 1 I take a lot of care before make my choice.

VIGIL 2 Once I have made a decision then I don't change my mind.

VIGIL 3 I like to think about a decision before I make it.

VIGIL 4 When I make a decision, I feel that I made the best one possible

VIGIL 5 I like to make decisions myself.

VIGIL 6 When I decide to do something, I get right on with it.

Panic

PANIC 1 I panic if I have to make decisions quickly.

PANIC 2 I feel as if I'm under tremendous time pressure when making decisions.

PANIC 3 I can't think straight if I have to make a decision in a hurry.

PANIC 4 The possibility that some small thing might go wrong causes me to immediately change my mind about what I'm going to do

Evasiveness

EVASIV 1 I avoid making decisions.

EVASIV 2 I put off making decisions.

EVASIV 3 I´d rather let someone else make a decision for me so that it won't be my problem.

EVASIV 4 I prefer to leave decisions to others.

EVASIV 5 When I have to make a decision, I wait a long time before starting to think about it.

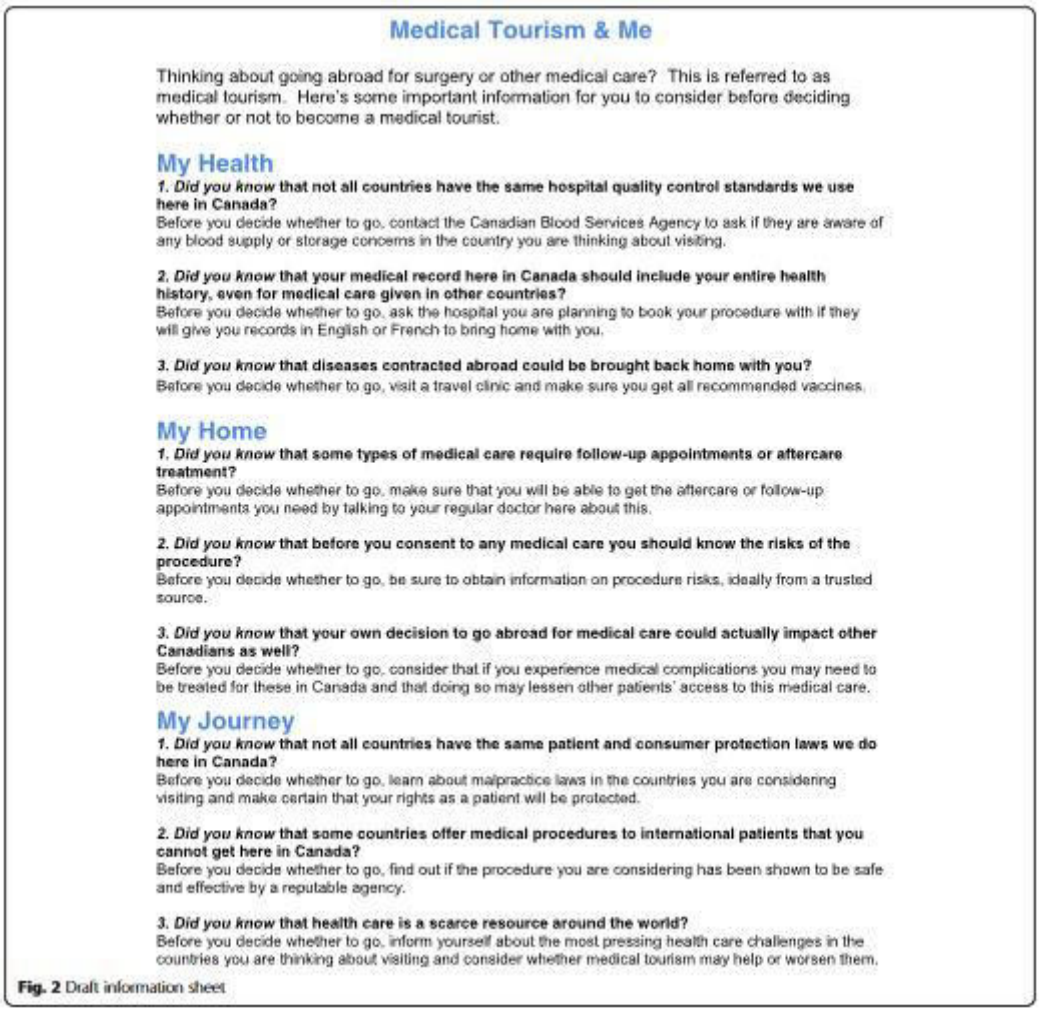
EVASIV 6 I don't like to take responsibility for making decisions.

Complacency

COMPLA 1 When faced with a decision, I go along with what others suggest.
COMPLA 2 Whenever I get upset by having to make a decision, I choose on the spur of the moment.
COMPLA 3 I put a little effort into making decisions.
COMPLA 4 When I'm forced to make a decision, I couldn't care which way I choose.
COMPLA 5 I choose on the basis of some small detail.
COMPLA 6 I tend to drift into decisions without thinking about them.
COMPLA 7 When making decisions I tend to choose the first alternative that comes to mind.
COMPLA 8 I prefer to do what others choose because I don't like to be different.

1=very infrequently or never, 2=infrequently, 3=quite infrequently, 4=quite frequently, 5=frequently, 6=very frequently or always.

Anhang D: Selfreport „Medical Tourism & Me“



Medical Tourism & Me

Thinking about going abroad for surgery or other medical care? This is referred to as medical tourism. Here's some important information for you to consider before deciding whether or not to become a medical tourist.

My Health

1. *Did you know* that not all countries have the same hospital quality control standards we use here in Canada?
Before you decide whether to go, contact the Canadian Blood Services Agency to ask if they are aware of any blood supply or storage concerns in the country you are thinking about visiting.

2. *Did you know* that your medical record here in Canada should include your entire health history, even for medical care given in other countries?
Before you decide whether to go, ask the hospital you are planning to book your procedure with if they will give you records in English or French to bring home with you.

3. *Did you know* that diseases contracted abroad could be brought back home with you?
Before you decide whether to go, visit a travel clinic and make sure you get all recommended vaccines.

My Home

1. *Did you know* that some types of medical care require follow-up appointments or aftercare treatment?
Before you decide whether to go, make sure that you will be able to get the aftercare or follow-up appointments you need by talking to your regular doctor here about this.

2. *Did you know* that before you consent to any medical care you should know the risks of the procedure?
Before you decide whether to go, be sure to obtain information on procedure risks, ideally from a trusted source.

3. *Did you know* that your own decision to go abroad for medical care could actually impact other Canadians as well?
Before you decide whether to go, consider that if you experience medical complications you may need to be treated for these in Canada and that doing so may lessen other patients' access to this medical care.

My Journey

1. *Did you know* that not all countries have the same patient and consumer protection laws we do here in Canada?
Before you decide whether to go, learn about malpractice laws in the countries you are considering visiting and make certain that your rights as a patient will be protected.

2. *Did you know* that some countries offer medical procedures to international patients that you cannot get here in Canada?
Before you decide whether to go, find out if the procedure you are considering has been shown to be safe and effective by a reputable agency.

3. *Did you know* that health care is a scarce resource around the world?
Before you decide whether to go, inform yourself about the most pressing health care challenges in the countries you are thinking about visiting and consider whether medical tourism may help or worsen them.

Fig. 2 Draft information sheet

Abstract Deutsch

Was bewegt den Menschen, ins Ausland zur Behandlung zu fahren? Die gegenwärtige Arbeit beschäftigt sich mit der Frage wie die Patienten zur Entscheidung kommen, sich in Wien behandeln zu lassen und welche Rolle dabei soziales Kapital spielt.

Nach Darlegung der aktuellen Studienergebnisse, sowie der Festlegung des theoretischen Rahmens aufgrund hauptsächlich drei wirksame Kommunikationsmodelle -Elaboration Likelihood Model (ELM), Uses and Gratification Approach (UGA) und Gatekeeper werden schließlich –anhand der vorgestellten Literatur –die Forschungsfrage mit den dazugehörigen Hypothesen erläutert.

Das Ziel der Studie ist die Beobachtung der Zusammenhänge zwischen persönliches und soziales Netzwerk (soziales Kapital) und die Leichtigkeit des Entscheidungstreffens. In diesem Sinne wird in dieser Sektion diskutiert, ob signifikante Korrelationen zwischen Messungsvariablen des persönlichen und sozialen Netzwerks und der generierten Entscheidungskonstrukts vorhanden sind. Die Hypothesen der Arbeit haben festgestellt, dass die Leichtigkeit des Entscheidungstreffens, messend mit dem Mangel der Wachsamkeit, Selbstzufriedenheit und Selbstvertrauen in einer negativen Korrelation mit Messungsvariablen des persönlichen und sozialen Netzwerks bestehen.

Abstract English

What motivates people to go abroad for treatment? Current work addresses the question of how patients decide to seek treatment in Vienna and what role social capital plays in it.

Following the presentation of the current study results as well as the definition of the theoretical framework based on mainly three effective communication models -Elaboration Likelihood Model (ELM), Uses and Gratification Approach (UGA) and Gatekeeper Theory, the research question and the associated hypotheses will be explained using the presented literature.

The aim of the study is to observe the relationships between the personal and social network and the ease of decision-making. In this sense, this section discusses whether there are significant correlations between measurement variables of the personal and social network and the generated decision construct. The hypotheses of the work have stated that the ease of decision-making, measured with the lack of alertness, complacency and self-confidence, exist in a negative correlation with measurement variables of the personal and social network.