

Dentaltourismus in Ungarn: Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Form des Gesundheitstourismus

Bünten, Katrin

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bünten, K. (2006). Dentaltourismus in Ungarn: Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Form des Gesundheitstourismus. *Europa Regional*, 14.2006(3), 132-142. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-48084-3>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Dentaltourismus in Ungarn – Bestandsaufnahme und Perspektiven einer neuen Form des Gesundheitstourismus

KATRIN BÜNTEN

Abstract

Dental Tourism in Hungary – Stocktaking and Perspectives of a New Form of Health Tourism

After initial problems with acceptance, dentist tourism to Hungary is developing into a burgeoning tourism segment that is also legally accepted by the latest court decisions of the Court of Justice of the European Communities on cross-border patient mobility. The primary motivation is the price differential between Hungary and the Western European states originating from lower staff and operating expenditures. This study had the purpose of researching and systematising its scope and intensity while drawing conclusions on the regional impact on dental tourism in Hungary. This study analysed three types of dental tourists in three Hungarian cities differing in terms of their dental tourism thrust. These heterogeneous features spell out differing impacts on regional real net value beyond dental treatment. The first city is Mosonmagyaróvár that caters to short-term dental tourists which means that there is little economic indirect impact due to the fact that dental tourists only stay for a short period of time. In contrast, Héviz targets spa tourists, which means that they have been able to generate greater effects due to the fact that tourists stay longer. However, getting dental treatment is only a side-effect of the time tourists have scheduled for the spa visit. The capital city of Budapest is a special case because it can achieve long-term beneficial economic impact since the dental treatment extends the time to take a tour of the city. This is the reason why a trend is emerging towards quality dental tourism.

dental tourism, medical tourism, health tourism, treatment, foreign countries, Hungary

Zusammenfassung

Der Zahnarzttourismus nach Ungarn entwickelt sich nach anfänglichen Akzeptanzproblemen zu einem wachsenden und juristisch abgesicherten Tourismussegment. Dafür bildet die jüngste Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität die Grundlage. Den zentralen Motivationsgrund bildet das Preisgefälle zwischen Ungarn und den westeuropäischen Staaten, das insbesondere durch niedrigere Personal- und Betriebsführungskosten entsteht. Ziel der Untersuchung war die Erforschung und Systematisierung von Umfang und Ausprägungen sowie die Ableitung der regionalen Effekte des Dentaltourismus in Ungarn. Dazu wurden in drei ungarischen Städten, die sich in ihrer dentaltouristischen Ausrichtung unterscheiden, drei Typen von Dentaltouristen analysiert. Durch ihre heterogenen Merkmale haben sie unterschiedliche Auswirkungen auf die regionale Wertschöpfung jenseits der Zahnbehandlung. Die Stadt Mosonmagyaróvár ist auf Kurzzeitdentaltouristen ausgerichtet. Hier entstehen aufgrund geringer Aufenthaltsdauer wenige indirekte ökonomische Effekte. Héviz zielt auf Kurtouristen ab. In dieser Gemeinde werden deutlich umfangreichere Effekte generiert, was v.a. auf die lange Verweildauer zurückzuführen ist. Die Zahnbehandlung der Touristen ist jedoch meist ein Nebeneffekt des ohnehin geplanten Kuraufenthalts. Einen Sonderfall bildet die Hauptstadt Budapest. Hier sind auch langfristig positive ökonomische Effekte zu erzielen, da die Zahnbehandlung die städtetouristischen Aufenthaltszeiten verlängert und sich bereits eine Entwicklung zum qualitätsorientierten Dentaltourismus abzeichnet.

Dentaltourismus, Medizintourismus, Gesundheitstourismus, Behandlung, Ausland, Ungarn

Einleitung

Der Gesundheitstourismus wird nach hohen Zuwachsraten in den vergangenen Jahren auch weiterhin ein Wachstumssegment sein. Im Jahr 2010 sollen nach einer Studie des Instituts für Freizeitwirtschaft München bereits 6,6 Mio. Deutsche einen gesundheitsorientierten Urlaub unternehmen, was voraussichtlich 3,7 Mrd. Euro Umsatz bringen wird. 2002 unternahmen nur 1,6 Mio. Deutsche eine solche Reise. Die Hauptzielgebiete für gesundheitsorientierte Reisen von Deutschen waren bis 2002 v.a. Italien, Österreich und Spanien. Seit 2005 nehmen Tschechien, Polen und Ungarn mit jeweils über sieben Prozent die oberen Plätze der Destinationen im Gesundheitstourismus ein. Für die Zielländer ist der Gesundheitstourismus ein

ökonomisch wichtiges Segment, da mit gesundheitsorientierten Reisen längere Aufenthaltszeiten und höhere Gesamtausgaben verbunden sind. Ein Gesundheitsurlaub der Deutschen ist beispielsweise mit durchschnittlich 15 Übernachtungen rund drei Tage länger als die Durchschnittsreise (vgl. FUR 2005, S. 16). Wellness, Fitness und Prävention haben dabei längst den Markt des klassischen Kur- und Heilbadtourismus ergänzt und befinden sich, mit geringeren Zuwächsen in den Jahren 2002 bis 2005 als 1999 bis 2001, bereits in einem Stadium, das weitere Innovationen erforderlich macht (vgl. FUR 2005, S. 10).

Durch stetige Leistungskürzungen der Krankenkassen und dem damit verstärkten Zwang zur Eigenverantwortung

haben sich bereits neue Angebotsformen im Gesundheitstourismus entwickelt, die weit über den traditionellen Kur- und Bäderverkehr hinausgehen. Für das zukünftige Marktwachstum liefert vorwiegend der privat finanzierte Patienten- oder Medizintourismus Potenziale, der sowohl klassische Kuren mit Anwendungen und krankheitsindizierten Behandlungen als auch präventive und kosmetische Eingriffe umfasst. In diesem Segment konnten sich in den letzten Jahren Ungarn im Dentalbereich sowie Tschechien und Polen in der Plastischen Chirurgie und der Ophthalmologie etablieren.

Seit dem Jahr 2000 verstärkt Ungarn sein Engagement auf diesem internationalen Wachstumssektor. Der Anteil des

Gesundheitstourismus am Gesamtumsatz in Hotels in Ungarn beträgt bereits sieben Prozent; in badetouristischen Regionen wie Sopron, Villány oder dem Balaton sogar fast 20 Prozent (vgl. KSH 2005, S. 173). Das Ungarische Statistische Zentralamt (KSH) gliedert in seinen Veröffentlichungen seit 2003 beim Anteil der internationalen Touristenankünfte nach Motivation die Kategorie „Spa-Tourismus und medizinische Behandlung“ aus. 2003 lag dieser bei fünf Prozent der Touristenankünfte, 2005 bereits bei sieben Prozent (KSH 2004, S. 14; KSH 2006, S. 16). Eine wesentliche Ursache für die Etablierung des Gesundheitstourismus in Ungarn ist die im Vergleich zu vielen westeuropäischen Staaten günstige Betriebs- und Lohnkostenstruktur. Hinzu kommen umfangreiche Privatisierungsbestrebungen im ungarischen Gesundheitswesen. Zahnarztpraxen wurden beispielsweise in den 1990er Jahren bereits zu 90 % privatisiert (vgl. GULÁCSI 2006, S. 103).

Parallel zum klassischen Gesundheitstourismus entwickelten sich somit umfangreiche grenzüberschreitende medizintouristische Bewegungen, die weitgehend auf der Erwartung finanzieller Ersparnisse beruhen. Eines dieser neuen Segmente ist der Dentaltourismus. Die rechtliche Grundlage bilden diverse Urteile des Europäischen Gerichtshofes (EuGH) seit Ende der 1990er Jahre zur Legalisierung und Vereinfachung von Behandlungen im europäischen Ausland. In einigen Gemeinden hat diese Tourismusform bereits erhebliche Ausmaße angenommen und ist ein wichtiger ökonomischer Faktor. In Abhängigkeit von der spezifischen Ausgangssituation der Nachfrager, ist eine Angebotsdifferenzierung im Dentaltourismus zwischen den ungarischen Städten festzustellen.

Vor dem Hintergrund der dynamischen Entwicklung dieses Tourismussegments war es das Ziel, zunächst Umfang und Ausprägungen des Dentaltourismus in Ungarn zu analysieren. Davon ausgehend sollten die gegenwärtige regionalwirtschaftliche Bedeutung eingeschätzt sowie die mittel- und langfristigen Perspektiven abgeleitet werden. Hierzu wurde eine explorative Studie in Ungarn durchgeführt. Da sich die Gemeinden mit Dentaltouristen in ihrer Angebotspalette unterscheiden, wurde der Dentaltourismus an drei Beispielen untersucht. Nach einem Überblick über

den Forschungsstand zum Medizintourismus, über Ursachen der grenzüberschreitenden Patientenmobilität sowie über die methodische Vorgehensweise folgt die Darstellung und Diskussion der Analyseergebnisse. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick zu den mittel- und langfristigen Perspektiven des Dentaltourismus in Ungarn.

Forschungsstand zum Medizintourismus

Ausgelöst durch die gestiegene Nachfrage im Medizintourismus und der damit einhergehenden wirtschaftlichen Bedeutungszunahme wird seit den 1990er Jahren die grenzüberschreitende Patientenmobilität verstärkt in wissenschaftlichen Arbeiten unterschiedlicher Fachrichtungen thematisiert. Hierzu gehören Arbeiten über die gesundheitsökonomische Perspektive im Marketing, insbesondere die Anwerbung ausländischer Patienten in deutsche Krankenhäuser (vgl. BRAUN 2004; CRIVELLI 1998 oder auch ILLING 2000). Die Versicherungswirtschaft befasst sich mit Fragen zur Finanzierung der Nachfrage medizinischer Dienstleistungen im Ausland und deren Auswirkungen auf das System der öffentlichen Gesundheit (z.B. FRANCE 1997; HERMESSE, LEWALLE u. PALM 1997; SCHULTE 1999). V.a. europäische Institutionen setzen sich mit der rechtspolitischen Problematik auseinander. Insbesondere im Vorfeld der Urteile des Europäischen Gerichtshofes zur grenzüberschreitenden Patientenmobilität wurde das Thema in zahlreichen Beiträgen der juristischen Fachliteratur und auf verschiedenen Tagungen kontrovers diskutiert (ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITÉ 2005; COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES 2003; EUROPEAN HEALTH FORUM GASTEIN 2002).

Empirische Studien existieren zur Evaluation der Qualität ausländischen Zahnersatzes im dentalmedizinischen Bereich (vgl. KÖRNER 2003; JOSS et al. 1999; KAUFHOLD u. SCHNEIDER 2000; KRUMMENAUER et al. 2003). Zwei quantitative Untersuchungen der Techniker Krankenkasse (TK) und des Projektes EU-Med-East versuchten erstmals den tatsächlichen Umfang grenzüberschreitender Patientenmobilität aus dem Blickwinkel des Quelllandes abzuschätzen, um vorhandene Potenziale bei ihren Versicherten zu erforschen und um besser auf die Nachfrage reagieren und Vertragspartner im Ausland verpflichten zu

können (vgl. TK 2003; STADT DRESDEN 2006).

In der freizeit- und tourismuswissenschaftlichen Forschung konzentrieren sich Untersuchungen im grenzüberschreitenden gesundheitstouristischen Bereich entweder auf den klassischen Kur- und Bädertourismus (vgl. z.B. RULLE 2003; ALBANER et al. 2002) oder auf privat finanzierte Segmente im Bereich Wellness und Prävention (vgl. GARCÍA-ALTÉS 2005), mit welchen die seit Jahren rückläufige Nachfrage in Kurorten kompensiert werden soll. Auch der nationale ungarische Entwicklungsplan (Széchenyi-Plan) legt einen besonderen Fokus auf Heil- und Thermaltourismus bzw. Wellness- und Gesundheitstourismus (AUBERT 2003, S. 590; CSORDÁS 2000, S. 65). Der Medizintourismus umfasst jedoch beide Ausrichtungen. Neben den krankheitsinduzierten Behandlungen zählen zum Medizintourismus auch kosmetische Eingriffe oder operative Präventionsmaßnahmen. Er kann sowohl durch Kassenleistungen abgedeckt oder selbst finanziert sein. Eine Grundlagenstudie zu österreichischen Dentaltouristen wurde jüngst publiziert (vgl. ÖSTERLE u. DELGADO 2006). Diese betrachtet einzelne Aspekte wie Informationszugang, Zeit, Ort, Anreise, Preise und Qualitätsempfinden in deskriptiver Art und Weise. Wirtschaftsgeographische bzw. tourismusgeographische Arbeiten, die diesen Wachstumsmarkt hinsichtlich modellhafter Strukturen, Motivationen der Medizintouristen oder regionalökonomischer Faktoren und Auswirkungen für das Zielland untersuchen, fehlen mit Ausnahme der o.g. explorativen Studie zu österreichischen Dentaltouristen derzeit vollständig.

Ursachen des grenzüberschreitenden Medizintourismus

Ausschlaggebend für grenzüberschreitende Patientenmobilität sind drei Aspekte. Die häufigste und offensichtlichste Ursache ist das Verhältnis von Preis und Leistung und damit die Aussicht auf eine finanzielle Ersparnis (vgl. ADAMS u. KINNON 1998, S. 40; DIETRICH 2002, S. 40; FRANCE 1997, S. 20). Aus der Schweiz und aus Österreich kommen seit Jahren viele Dentaltouristen nach Ungarn, da zahnmedizinische Behandlungen in diesen Ländern kein Bestandteil der Kassenleistung sind und damit Preisunterschiede für den Einzelnen direkt erkennbar und handlungsleitend sind.

Ein weiterer Beweggrund ist die Versorgungsqualität im Quellland hinsichtlich Dichte und Qualifikation. In manchen Ländern entstehen Wartelisten durch staatliche Reglementierungen des Gesundheitssystems oder durch eine generell niedrige Zahl von Ärzten oder Spezialisten (vgl. ADAMS u. KINNON 1998, S. 40; DIETRICH 2002, S. 40; FRANCE 1997, S. 20). Großbritannien hat lange Wartezeiten im stationären Bereich. Für die Niederlande gilt dies wegen des Hausarztmodells im ambulanten Sektor. In Luxemburg sind durch die geringe Größe des Landes nicht in allen Medizinsparten entsprechende Spezialisten vorhanden.

Die dritte Ursache für Patientenmobilität können Unterschiede in gesetzlichen Restriktionen sein. Das gilt insbesondere im Bereich der Reproduktionsmedizin. So sind Präimplantationsdiagnostik und Eizellenspenden in Deutschland juristisch verboten, in vielen europäischen Ländern hingegen legal (vgl. BÜHRER u. GEINOZ 2002, S. 6).

Rechtliche Grundlagen für legale Behandlungen im Ausland sind die Urteile des Europäischen Gerichtshofs seit 1998 (Az: C-120/95, C-158/96 und C-385/99). Zunächst wurde die Kostenerstattung von im europäischen Ausland in Anspruch genommenen ambulanten medizinischen Leistungen und erworbenen Gütern festgelegt, dann folgten Vorgaben zur Kostenübernahme auch bei stationären Behandlungen. 2004 sind überdies die bürokratischen Vorschriften der deutschen Krankenkassen zur Erstattung einer Behandlung im Ausland für die Nachfrager außerordentlich vereinfacht worden. Nunmehr ist die Wahlmöglichkeit ausländischer Leistungserbringer für Versicherte im Gesetz verankert und Kostenerstattung bis zur Höhe der Kosten einer Behandlung im Inland garantiert. Durch eine Senkung der gesamten Kosten kann folglich der für den Patienten verbleibende Eigenanteil erheblich reduziert werden.

Ausschlaggebend für die Entstehung grenzüberschreitender Patientenmobilität ist zudem das im Quellland existierende Krankenversicherungssystem. Grundsätzlich unterscheidet man in Industrieländern drei verschiedene Modelle: das Marktmodell, das Beveridgemodell und das Bismarckmodell. Das Marktmodell ist durch die wettbewerbliche Organisation der Gesundheitsversorgung charakterisiert, wobei die Finanzierung durch

Ausgewählte Staaten Krankenversicherungsmodelle und Mobilitätsbereitschaft 2005

Kosten (z.B. Eigenanteil)

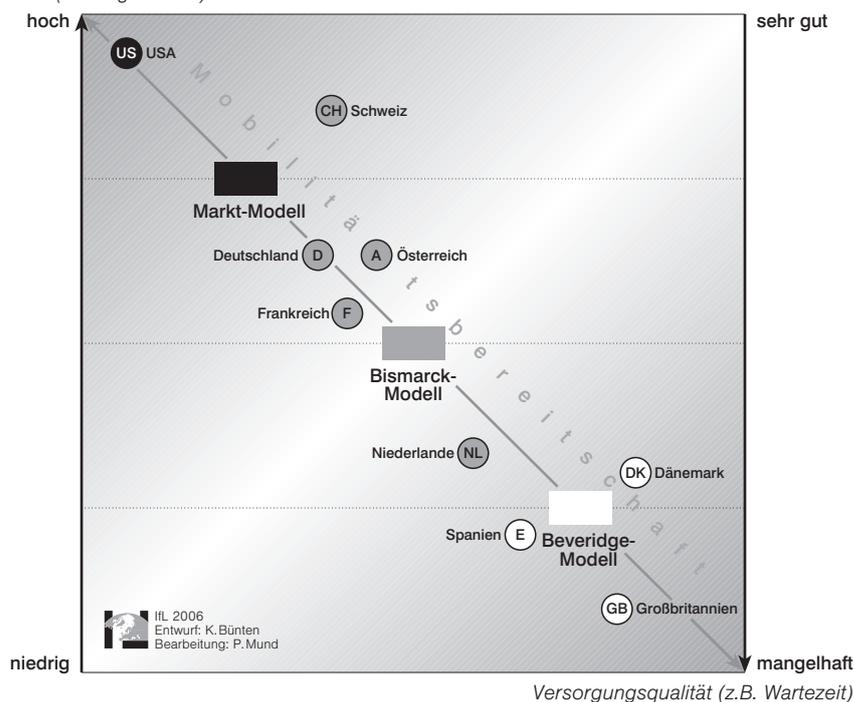


Abb. 1: Krankenversicherungsmodelle und Mobilitätsbereitschaft 2005
Quelle: eigene Darstellung

private Versicherungsunternehmen erfolgt. Die Versicherten haben enormen Entscheidungsspielraum hinsichtlich Risiko und Leistungen, die sie absichern oder selbst tragen. Nach diesem Modell funktioniert das Gesundheitssystem der USA, in Europa spielt es eine untergeordnete Rolle. Nur die Organisationsform des schweizerischen Systems ähnelt diesem (vgl. DIETRICH 2002, S. 6f.; SCHNEIDER, CERNIAUSKAS u. MURASKIENE 2000, S. 7ff.; OECD 2003, S. 54f.).

Im Gegensatz dazu ist das Beveridgemodell steuerfinanziert. Der Wettbewerb ist staatlich minimiert und die Arztwahl eingeschränkt. Allerdings gibt es hier auch kaum Eigenbeteiligung. Großbritannien, Schweden oder auch die südeuropäischen Länder haben ihre Gesundheitssysteme so ausgerichtet (vgl. DIETRICH 2002, S. 6f.; SCHNEIDER, CERNIAUSKAS u. MURASKIENE 2000, S. 7ff.; OECD 2003, S. 54f.).

Im Bereich zwischen Markt- und Beveridgemodell bewegt sich das durch das Umlageverfahren einer sozialen Pflichtversicherung finanzierte Bismarckmodell. Hier sind lediglich die Rahmenbedingungen staatlich festgelegt, auf deren Ausprägung die Träger der Gesundheitsversorgung Einfluss nehmen können, so

dass sich Wettbewerb in gewissem Umfang entwickeln kann. Es existieren private und gesetzliche Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Leistungskatalogen und Beiträgen (vgl. DIETRICH 2002, S. 6f.; SCHNEIDER, CERNIAUSKAS u. MURASKIENE 2000, S. 7ff.; OECD 2003, S. 54f.).

Von den für die Patientenmobilität zentralen Ursachen sind zwei für den Dentaltourismus besonders relevant: das Verhältnis von Preis und Leistung sowie der Grad der Versorgungsqualität im Zusammenhang mit der spezifischen Ausprägung des Krankenversicherungssystems (vgl. Abb. 1). In Abbildung 1 sind auf der Ordinate die für jeden Patienten direkt erkennbaren Kosten aufgeführt, z.B. der nach der Kassenleistung verbleibende Eigenanteil. Die Abszisse zeigt den Grad der Versorgungsqualität mit medizinischen Dienstleistungen. Die Intensität der potenziellen Mobilitätsbereitschaft wird durch die Schattierung dargestellt.

Je höher der zu tragende Eigenanteil der Behandlung ist, desto größer ist die potenzielle Nachfrage nach kostengünstigen medizinischen Dienstleistungen im Ausland. Die Mobilität aus Kostengründen ist besonders häufig in Gesund-

heitssystemen, in denen die Versicherten selbst hohe Ausgaben für ihre Behandlung haben. Die eigenen Ausgaben für Versicherte in Beveridge-Modellen sind zwar gering, zumindest bei der Grundversorgung. Die Mobilitätsbereitschaft steigt jedoch bei schlechter Versorgungsqualität und langen Wartezeiten. Das Bismarck-Modell, das sich durch eingeschränkten Wettbewerb und moderate Eigenbeteiligung auszeichnet, bietet den geringsten Anlass zur medizintouristischen Mobilität.

Deutschland bewegt sich derzeit vom Bismarck-Modell sukzessive zum Marktmodell: Kassenleistungen werden gekürzt, Beiträge und Eigenbeteiligungen steigen. Bisher war in Deutschland noch eine breite Grundversorgung abgesichert. Doch insbesondere in einigen Bereichen wie der prothetischen und implantologischen Zahnversorgung ist die Eigenbeteiligung schon seit Jahren hoch, um die verbesserte und kostenintensivere Behandlungstechnik finanzieren zu können und die Versicherten zu mehr Prophylaxe anzuhalten. Bis 2005 galt im (nicht-kosmetischen) Dentalbereich die maximale Bezuschussung von 50 Prozent je nach Behandlungsform. Für Implantate, die über die Regelversorgung hinausgehen, wurde keine Kassenleistung gewährt. Erst seit 2006 werden über die so genannten Festzuschuss-Richtlinien Kassenleistungen in gleicher Höhe auch für Implantate zugestanden. Dennoch liegt die Eigenbeteiligung für ein Implantat in Deutschland bei durchschnittlich 1.250 Euro (KZBV 2005, o. S.). Vor dem Hintergrund der aktuellen Gesundheitsreform in Deutschland ist von steigenden Eigenbeteiligungen bei zahnärztlichen Behandlungen auszugehen, mit der Folge des weiter zunehmenden Dentaltourismus.

Ziele und Vorgehensweise

Vor dem Hintergrund dieses Ansatzes und dem derzeitigen Fehlen touristischer Forschungsarbeiten zum Thema ist es das Ziel des Beitrags, Ungarns aktuelle Situation zu analysieren und Perspektiven im Dentaltourismus abzuleiten. Hierzu soll in einem ersten Schritt die Angebotsseite in Bezug auf ihre Zielgruppenausrichtung betrachtet werden. Anschließend werden die Dentaltouristen hinsichtlich Alter, Einkommen, Herkunft, Behandlungskosten und weiterer, die regionale Wirtschaft betreffender Variablen analysiert.

Ungarn – ausgewählte Urlaubsregionen (Spa-) Hotelübernachtungen von Ausländern 2004

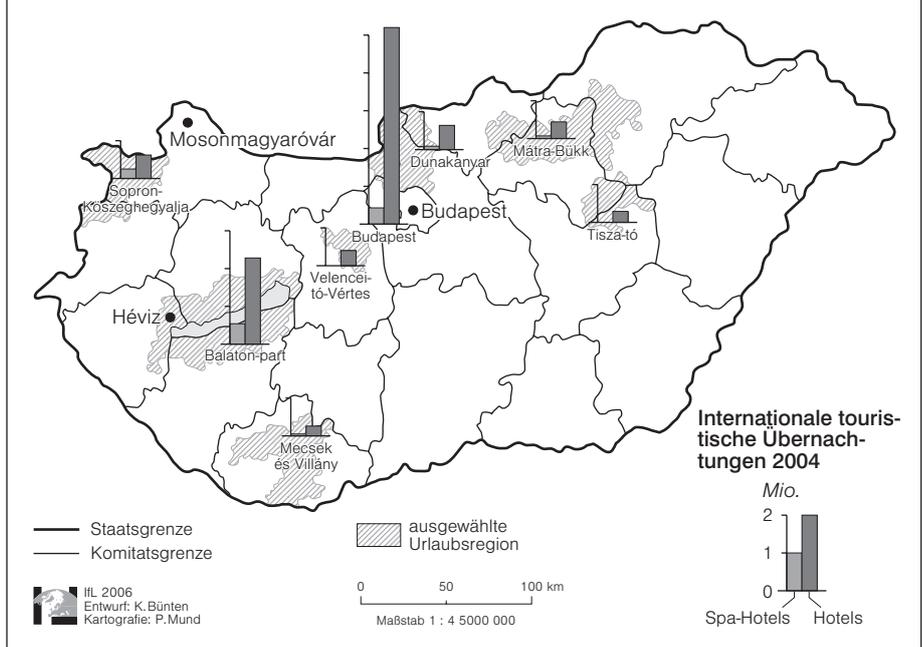


Abb. 2: (Spa-) Hotelübernachtungen von Ausländern 2004 in ausgewählten Urlaubsregionen Ungarns

Quelle: Datengrundlage: KSH 2005, S. 90ff., S. 176ff.

Die Datengrundlage bildet eine standardisierte schriftliche Befragung von Dentaltouristen in Ungarn zwischen Mai und September 2004. Ausgehend von der touristischen Ausrichtung können in Ungarn drei Typen von Gemeinden mit Dentaltouristen unterschieden werden: Gemeinden in der Nähe der Grenze zu Österreich, Kurorte sowie die Hauptstadt Budapest. Als Beispiel für die Grenzgemeinden zu Österreich wurde Mosonmagyaróvár ausgewählt. Die Stadt hat, wie beispielsweise auch Sopron, in den letzten Jahren eine dynamische Entwicklung im Bereich des Dentaltourismus vollzogen. Grundlage dafür ist die gute und schnelle Erreichbarkeit von Wien über die Autobahn Richtung Budapest (40 min.). Neben dem Dentaltourismus besitzt diese Stadt einkaufs- und ausflugstouristische Attraktivität.

Beispielhaft für die zahlreichen Kurorte Ungarns, die durch Dentaltouristen aufgesucht werden, wurde Hévíz am Balaton ausgewählt. Hévíz ist ein Zielort hauptsächlich deutscher Touristen und hat wie die gesamte Balatonregion ein hohes Touristenaufkommen. Seit Jahren haben sich hier zunehmend Angebote im Dentalbereich entwickelt.

Eine Sonderstellung nimmt die Hauptstadt Budapest ein. Die Stadt hat internationale Anziehungskraft und ist verkehrstechnisch hervorragend ange-

bunden. Zudem ist sie mit ihren zahlreichen Thermalbädern traditionell das Ziel von Gesundheitstouristen.

Die Lage der Untersuchungsstädte ist in Abbildung 2 dargestellt. Ebenfalls verdeutlicht wird die gesundheitstouristische Orientierung der Untersuchungsorte durch den Anteil der internationalen touristischen Übernachtungen in Spa-Hotels an den internationalen touristischen Übernachtungen in den gesamten Hotels der Tourismusregion. Spa-Hotels unterscheiden sich von anderen Hotels durch ein Angebot therapeutischer Dienstleistungen und medizinischer Betreuung (vgl. Abb. 2).

Die Auswahl der Zahnarztpraxen in den jeweiligen Orten erfolgte anhand einer Liste des Ungarischen Tourismusamtes sowie einer im Internet veröffentlichten Linkliste ungarischer Zahnarztpraxen. Eine Unterscheidung in Zahnarztpraxen, die Ausländer behandeln und solche, deren Patienten ausschließlich Ungarn sind, ist anhand der Ungarischen Statistik nicht möglich (MATAVNET 2004, o. S.). Trotz der Heterogenität der Anbieterstruktur in den Untersuchungsge-
 meinden sind die Zahnarztpraxen hinsichtlich Angebot, Nachfragerakquise und Standort typische Beispiele, wengleich keine repräsentativen Aussagen getroffen werden können. Insgesamt haben vier Zahnarztpraxen die Erhebung

unterstützt. Hier wurde zwischen Mai und September 2004 eine standardisierte schriftliche Befragung durchgeführt. Es wurden 400 Fragebögen verteilt, die Rücklaufquote betrug knapp ein Drittel, so dass 133 Fragebögen ausgewertet werden konnten. 75 Fragebögen entfielen auf Mosonmagyaróvár, 37 auf Héviz und 21 auf Budapest. Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse sind statistisch nicht repräsentativ, zeigen aber deutliche Trends, die durch sekundärstatistisches Material und zehn Expertengespräche vor Ort bestätigt wurden.

Angebotsstruktur

Die Angebotsstruktur des Dentaltourismus in Ungarn ist je nach touristischer Ausprägung der Städte heterogen und lässt sich in drei Typen unterteilen. In Grenzstädten wie Mosonmagyaróvár oder Sopron dominieren zumeist Discount-Anbieter. Das Preis-Leistungs-Verhältnis ist die zentrale Motivation für den Dentaltourismus. Also nutzen diese Anbieter das Preisgefälle, um sich am Markt zu positionieren. Mehrheitlich wurden diese Zahnarztpraxen eigens für ausländische Nachfrager gegründet und sind in Bezug auf Preisgestaltung und Service ausschließlich auf diese ausgerichtet. Mehr als 100 Zahnärzte in Mosonmagyaróvár (Foto 1) werben mit verlockenden Namen wie DiamantDent, WeissDental oder SwissDentum um Patienten aus dem Ausland, z.B. aus dem nur knapp 80 km entfernten Wien. Die Praxen stehen folglich untereinander stark im Wettbewerb. Zum Teil weisen die dentaltouristisch geprägten Grenzstädte auch eine gewisse touristische Attraktivität auf, mit der sich die Zahnbehandlung verbinden lässt oder die durch die Begleitpersonen nachgefragt wird. Sopron ist beispielsweise ein klassischer Ausflugsort mit kulturhistorisch interessanten Sehenswürdigkeiten. Nach Angaben der Gesprächspartner vor Ort werden in den befragten Zahnarztpraxen in Mosonmagyaróvár je nach Größe täglich 10 (Praxis mit 4 Festangestellten) bzw. 20 Patienten (bei 16 Festangestellten) an sechs Tagen in der Woche zwischen 8 und 22 Uhr behandelt. 99 % der jährlich 3.000 bzw. 6.000 Kunden kommen aus dem Ausland. Alle Zahnärzte und das gesamte Personal sprechen fließend Deutsch und Englisch. Viele Zahnarztpraxen werben in Zeitschriften im Ausland, haben kostenlose Hotlines geschaltet oder Agenten und Vermittlungsagen-



Foto 1: Promenade an der Leitha in Mosonmagyaróvár: Zahnkliniken, Wechselstuben, Casinos, Restaurants, Beautysalons
Foto: BÜNTEN 2004

turen in den Quellmärkten engagiert. Da die ungarische Gesetzgebung dies erlaubt, sind die Eigentümer der Praxen häufig keine ausgebildeten Zahnärzte, sondern Unternehmer, z.B. aus Deutschland oder der Schweiz. Anreise, Aufenthalt und Rahmenprogramm für Patient und Begleitperson plant und organisiert die Praxis, sie übernimmt ggf. auch Abrechnungsformalitäten mit Krankenkassen. Zur Wahl stehen verschiedene Unterkünfte, Ausflüge, Folkloreabende oder Komplettarrangements in Form einer „Zahnwoche“. Auch das kostenlose Zahntaxi vom Flughafen Bratislava oder Wien ist ein fester Bestandteil der Serviceleistung der Zahnarztpraxen.

Die Angebotsstruktur in Héviz ist, ähnlich wie in den Kurorten Harkány oder Hajdúszoboszló, nicht in erster Linie auf Zahntouristen ausgerichtet. Das Angebot für die 4.500 Einwohner Héviz' und 3.000 Touristen während der Saison bilden acht private und mehrere hoteleigene Zahnarztpraxen sowie eine Zahnklinik. In Héviz sind die Praxen schrittweise entsprechend der sich langsam entwickelnden Nachfrage entstanden, was sich bis heute in der Kundenstruktur, der Service-Orientierung und der Preisgestaltung niederschlägt. Je nach Größe behandeln die Praxen durchschnittlich 500 bis 600 Patienten im Jahr, mit dem Schwerpunkt in der Sommersaison. Die meisten Patienten reisen nicht explizit für den Zahnarztbesuch nach Héviz. Eigentlicher Anlass ist in der Regel der Kur- oder Gesundheitsaufenthalt. Des-

halb erfolgt das Marketing nur vor Ort in Hotels oder durch Schilder. Die ansässigen Praxen sind zwar auf Nachfrage bei der Unterkunftssuche behilflich. Diese über die Behandlung hinausgehenden Serviceleistungen oder Arrangements werden aber nicht als ausbaufähig betrachtet.

Budapest stellt eine Zwischenform dar. Hier existieren sowohl auf internationales, zumeist angelsächsisches Publikum ausgerichtete Anbieter, die preisorientiert werben und drei- bis siebentägige Vollarrangements („Implantatwoche“) anbieten. Daneben bestehen auch qualitativ hochwertige und verhältnismäßig kostspielige Spezialangebote (z.B. zeit- und zahntechnisch aufwändige gnatologische Behandlungen), die sowohl auf ungarische als auch auf ausländische Nachfrager abzielen. Durch die gute Reputation der Budapester Semmelweis-Universität im Dentalbereich haben sich schon seit dem Aufkommen des internationalen Tourismus in den 1980er Jahren hoteleigene Zahnarztpraxen in Kurkliniken und hochwertigen Hotels etabliert. Hier ist der Zahntourismus also kaum als Nebeneffekt, sondern als Hauptgrund der hochwertigen Wellness- und Gesundheitsaufenthalte zu betrachten.

Typologie der Dentaltouristen

Die differenzierte Angebotsstruktur lässt vermuten, dass unterschiedliche Zielgruppen angesprochen werden. Es konnte durch die empirische Erhebung bestätigt werden, dass systematische Un-

terschiede zwischen den Dentaltouristen der verschiedenen Orte bestehen. Es lassen sich drei verschiedene Typen unterscheiden. Die wesentlichen Merkmale sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Typ I sind kuraffine Zahntouristen, die nicht ausschließlich für die Zahnbehandlung nach Ungarn reisen, sondern diese vielmehr mit dem Kuraufenthalt verbinden. Am Beginn dieser Entwicklung stand vor Jahren die Nachfrage von Kurgästen nach kurgergänzenden, kosmetisch-ästhetischen Behandlungen, Wellness oder spirituellen Angeboten. Inzwischen werden zunehmend Zahnbehandlungen nachgefragt. Die kuraffinen Dentaltouristen sind im Durchschnitt 55 Jahre alt. Dies ist mit Héviz' Positionierung im Bereich Kur- und Bäderwesen zu begründen. Sie kommen zu etwa gleichen Teilen aus dem Nachbarland Österreich und, historisch bedingt, aus Deutschland. Der Balaton und insbesondere Héviz waren bereits vor der politischen Wende Ziel (ost-) deutscher Urlauber und Kurtouristen, die hier Urlaub machten oder ihre westdeutschen Verwandten treffen konnten.

Auch die relativ lange Aufenthaltsdauer ist typisch für Kurtouristen. Fast drei Viertel verbringen acht oder mehr Nächte im Ort (vgl. Abb. 3). Rund 85 % der Dentaltouristen in Héviz reisen in Begleitung von Partnern, Familienmitgliedern oder Bekannten. Das durchschnittliche Haushaltsnettoeinkommen von 1.250 bis 2.500 Euro der Befragten in Héviz ist relativ niedrig, bedingt durch den hohen Rentneranteil (vgl. Abb. 4).

Typ II sind die Kurzzeit-Zahntouristen, wie in Mosonmagyaróvár. Ihre Zielorte liegen nah an der Grenze und ihr originäres Reisemotiv ist die Zahnbehandlung. Ein hoher Anteil an Befragten besucht Ungarn zum ersten Mal. Das Durchschnittsalter der befragten Zahntouristen ist mit 47 Jahren deutlich niedriger als im Kurort Héviz. Aufgrund der Grenznähe kommen die meisten der Befragten aus Österreich, und knapp ein Viertel kommt aus Deutschland. Ein Drittel der befragten Zahntouristen in Mosonmagyaróvár übernachtet nicht im Ort, ein weiteres Drittel verweilt nur maximal drei Nächte (vgl. Abb. 3).

Tab. 1: Merkmale von Dentaltouristen im Vergleich
Quelle: eigene Darstellung

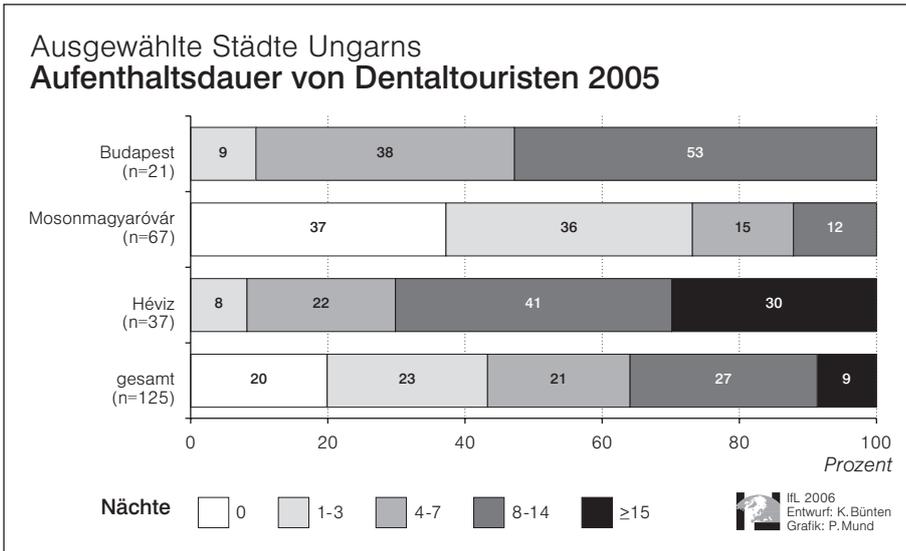


Abb. 3: Aufenthaltsdauer von Dentaltouristen nach Untersuchungsstadt
Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

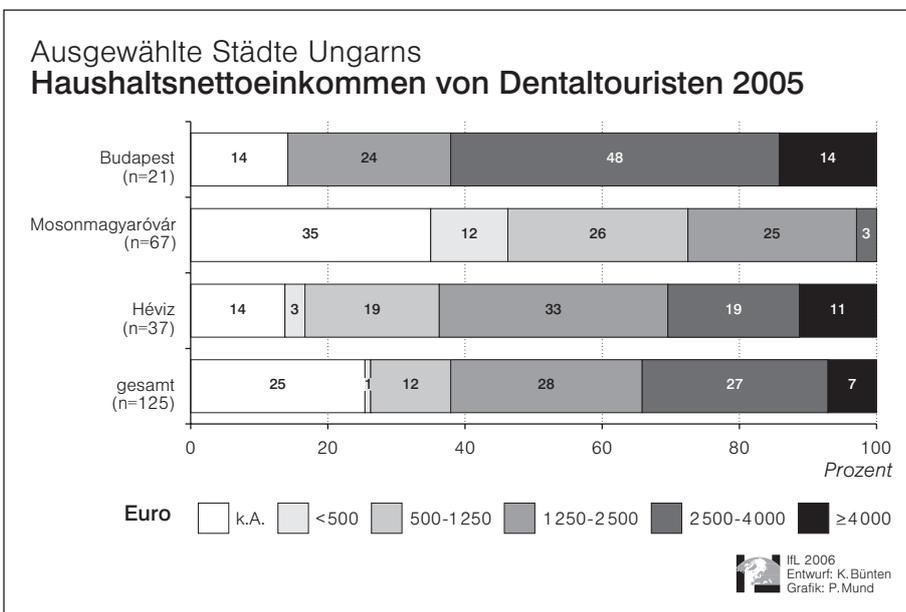


Abb. 4: Haushaltsnettoeinkommen von Dentaltouristen nach Untersuchungsstadt
Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

Ungarn Merkmale von Dentaltouristen 2005				
	Typ I Kuraffine Dentaltouristen (Kurort Héviz)	Typ II Kurzzeit- Dentaltouristen (Grenzort Moson- magyaróvár)	Typ III Internationale Dentaltouristen (Hauptstadt Budapest)	
Hauptmotiv	Kuraufenthalt	Zahnbehandlung, Preis-Leistung	Zahnbehandlung, Renommee	
Durchschnittsalter	55	47	52	
Herkunft	Deutschland, Österreich	Österreich, Deutschland	Britische Inseln, Deutschland, Schweiz	
Begleitpersonen	86% in Begleitung	80% in Begleitung	70% in Begleitung	
Durchschnittliches Haushaltsnetto- einkommen	1.250 bis 2.500€	1.250 bis 2.500€	2.500 bis 4.000€	

Lediglich 20 % reisen allein an, die übrigen befinden sich in Begleitung des Partners oder anderer Familienmitglieder. Das durchschnittliche Nettohaushaltseinkommen ist mit dem in Héviz vergleichbar, obwohl relativ wenige Rentner unter diesen vertreten sind (vgl. Abb. 4). Offensichtlich ist das auf die ökonomische Drucksituation von österreichischen Haushalten mit niedrigem Einkommen und die geringen Transaktionskosten zurückzuführen.

Im Vergleich zu den anderen beiden Typen ist der Typ III, die internationalen Zahntouristen, sehr heterogen zusammengesetzt. Sie sind in der Hauptstadt Budapest vertreten. Das Verhältnis von Preis und Leistung für die internationalen Dentaltouristen ist nicht alleiniger Motivationsgrund der Reise. Wie die Befragung gezeigt hat, ist die internationale Reputation, die u.a. durch die Semmelweis-Universität generiert wird, ebenfalls ausschlaggebend. Das durchschnittliche Alter der Befragten liegt mit 53 Jahren zwischen den Werten der Untersuchungspersonen in Héviz und Mosonmagyaróvár. Neben städtetouristischer Attraktivität und Bekanntheitsgrad der ungarischen Hauptstadt kann die Herkunft der Befragten auf die gute und schnelle Erreichbarkeit über den internationalen Flughafen zurückgeführt werden. Ein Großteil kommt von den Britischen Inseln, der Rest aus Deutschland und der Schweiz. Hierbei muss allerdings beachtet werden, dass die Befragung in einer Praxis stattfand, die mit ihrem Marketing stark in England und im Internet vertreten ist. Die Befragten übernachteten mindestens viermal in Budapest, der größte Anteil sogar mindestens acht Nächte (vgl. Abb. 3). Rund ein Viertel sind Alleinreisende. Die Befragten in Budapest weisen die höchsten Haushaltsnettoeinkommen auf – mehr als die Hälfte über 2.500 Euro im Monat, 14 % über 4.000 Euro (vgl. Abb. 4).

Zahnmedizinische Behandlung – direkte Effekte für Anbieter und Nachfrager

Direkte ökonomische Einkünfte für die Anbieter und Region können v.a. anhand der Behandlungskosten gemessen werden. Sie geben Auskunft darüber, welchen Betrag der Dentaltourist bei seinem Zahnarzt zahlt. So unterschiedlich die drei Typen von Dentaltouristen hinsichtlich der sozioökonomischen Struktur sind, so verschieden sind auch ihre

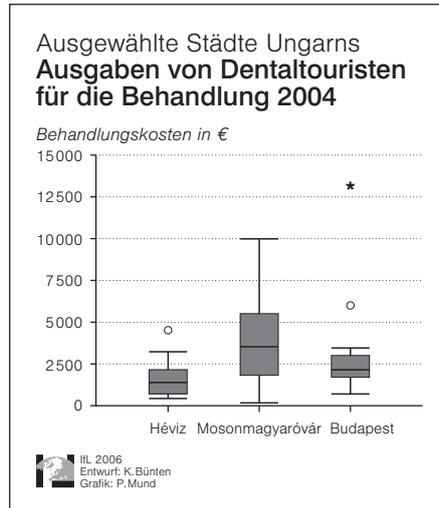


Abb. 5: Ausgaben von Dentaltouristen für die Behandlung nach Untersuchungsstadt
Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

Ausgaben für die Behandlung vor Ort (vgl. Abb. 5).

Abbildung 5 zeigt die Spannweite der genannten Ergebnisse, die sich in einem Bereich um den Median häufen. Das obere und untere Ende stellt jeweils das Maximum und Minimum dar. Kreise und Sterne außerhalb der Box sind Ausreißer, die deutlich außerhalb der häufigsten Nennungen liegen. Die Ausgaben für die Zahnbehandlung sind in Mosonmagyaróvár mit einem Median von rund 3.500 Euro am höchsten. Die Befragten sind primär zur Zahnbehandlung gekommen, sie lassen weitgehend umfangreiche prothetische oder implantologische Eingriffe vornehmen.

Nach eigenen Schätzungen auf Basis der durchgeführten Expertengespräche bedeutet dies für die Zahnarztpraxis im Verlauf eines Jahres Einnahmen in Höhe

von rund 5 Mio. Euro. Wie der Median von 1.400 Euro verdeutlicht, sind die Behandlungsausgaben im Kurort Héviz gering. Die Behandlungen sind weniger umfangreich und lediglich ein Zusatznutzen neben dem Kuraufenthalt. Mit 500 Patienten im Jahr erwirtschaftet die Praxis in Héviz geschätzte Einnahmen von etwa 700.000 Euro. In Budapest liegen die durchschnittlichen Ausgaben für die Behandlung um 2.200 Euro. Nur ein Befragter hat Behandlungskosten in Höhe von 13.000 Euro bezahlt. Bei 720 Patienten im Jahr nimmt die Praxis damit schätzungsweise etwa 1,6 Millionen Euro ein. Wie diese Schätzungen verdeutlichen, sind die direkten Effekte durch Dentaltouristen für die Zahnarztpraxen sehr hoch.

Das Preis-Leistungs-Verhältnis als zentrale Ursache wird durch die Frage nach der erwarteten Ersparnis für die Zahnbehandlung gegenüber dem Herkunftsland deutlich. Alle Befragten versprechen sich deutliche Einsparungen. Ein Viertel der Befragten geht von bis zu 50 % niedrigeren Behandlungskosten in Ungarn aus. Für mehr als zwei Drittel bewegen sich die erwarteten Einsparungen zwischen 50 und 75 %.

Einen Sonderfall bilden die deutschen Patienten (vgl. Abb. 6). Die Abbildung zeigt, dass 86 % der Befragten nicht durch die Krankenkasse unterstützt werden. 14 % der Befragten erwarten eine Beteiligung der Krankenkasse, vor allem Deutsche.

Zum Zeitpunkt der Befragung wurden zumindest für gleichartigen Zahnersatz prozentuale Zuschüsse gezahlt, was in den anderen europäischen Län-

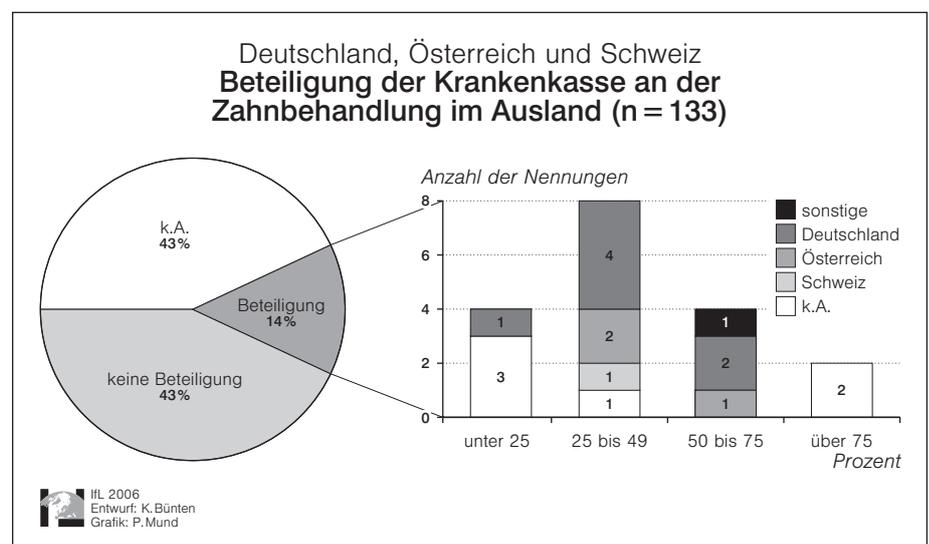


Abb. 6: Beteiligung der Krankenkasse an der Zahnbehandlung im Ausland
Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

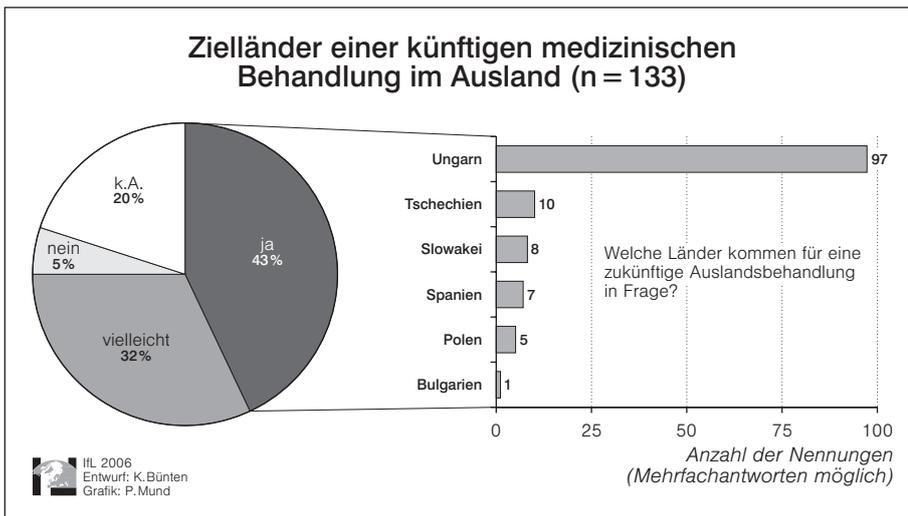


Abb. 7: Zielländer einer künftigen medizinischen Behandlung im Ausland
Quelle: eigene Erhebung und Darstellung

den nicht der Fall ist bzw. lediglich über eine private Zusatzversicherung erreicht werden kann. Allerdings zeigt die Befragung auch, dass noch weitgehend Unsicherheit über die Patientenrechte hinsichtlich der grenzüberschreitenden Wahlfreiheit herrschte. Von den 45 befragten Deutschen erwartete nur ein Sechstel eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse.

Knapp die Hälfte der Befragten (43 %) plant sicher einen erneuten medizinischen Auslandsaufenthalt, was auf eine hohe Zufriedenheit schließen lässt. Ein weiteres Drittel hat noch keine konkreten Pläne, schließt dies aber nicht aus. Dabei überrascht nicht, dass Ungarn auch zukünftig das bevorzugte Ziel der Befragten ist. Aber auch andere mittel- und osteuropäische Länder werden von einer Minderheit als mögliche zahnärztliche Ziele genannt, was die aktuelle Dynamik des Marktes verdeutlicht (vgl. Abb. 7).

Für Ungarn bedeutet dies ein sich künftig verstärkender Wettbewerb, insbesondere in neuen Marktsegmenten, die neben den notwendigen Modernisierungen in traditionellen Bereichen erschlossen werden müssen. Insgesamt kann aber aus den Ergebnissen der Befragung geschlossen werden, dass das Image und die vorhandene Infrastruktur im Gesundheitstourismus in Ungarn im Vergleich zu den Mitbewerbern sehr gut sind.

Indirekte ökonomische Effekte

Einnahmen in dentaltouristischen Randbereichen lassen sich v.a. durch Ausgaben der Patienten und ihrer Begleitpersonen für Übernachtungen und Aktivitäten neben der Behandlung quantifizieren.

Medizintouristen reisen, außer im Falle Mosonmagyaróvárs, mehrheitlich nicht ausschließlich für die medizinische Behandlung nach Ungarn. Besonders hervorzuheben ist, dass Zahnärztliche Behandlung in 80 % der Fälle nicht allein reisen. Folglich erzeugen nicht nur die Patienten, sondern auch die Begleitpersonen ökonomische Effekte und müssen in die Analyse einbezogen werden. Ähnliche Ergebnisse wurden auch für ausländische Patienten in Deutschland, insbesondere in Großstädten nachgewiesen (vgl. ILLING 2001, S. 26). Hinsichtlich Häufigkeit und Art ihrer Aktivitäten bzw. Intensität der Ausgaben neben der Behandlung unterscheiden sich die drei Dentaltouristentypen stark (vgl. Tab. 2).

Ungarn Indirekte ökonomische Effekte von Dentaltouristen			
	Typ I Kuraffine Dentaltouristen (Kurort Héviz)	Typ II Kurzzeit- Dentaltouristen (Grenzort Moson- magyaróvár)	Typ III Internationale Dentaltouristen (Hauptstadt Budapest)
Durchschnittliche Übernachtungs- ausgaben	305 €	361 €	635 €
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer	8 bis 14 Über- nachtungen	1 bis 3 Über- nachtungen	4 bis 7 Über- nachtungen
Hauptsächliche Übernachtungs- kategorie	Eigenheim, privat	- keine -	* bis *** -Sterne Hotels
Touristische Aktivitäten	14% keine 1. Stadtrundgang Restaurantbesuch, 2. Ausflüge 3. Thermalbadbesuch	30% keine 1. Stadtrundgang 2. Restaurantbesuch 3. Thermalbadbesuch	14% keine 1. Stadtrundgang 2. Restaurantbesuch 3. Ausflug, Museums-/ Galeriebesuch

Tab. 2: Indirekte ökonomische Effekte von Dentaltouristen im Vergleich
Quelle: eigene Darstellung

Die Aufenthaltsdauer der kuraffinen Dentaltouristen in Héviz ist aufgrund der Orientierung auf Kuraufenthalte verhältnismäßig hoch. Ein knappes Drittel übernachtet sogar mehr als vierzehnmal. Dennoch geben die Befragten in Héviz am wenigsten für ihre Übernachtung aus, im Durchschnitt rund 300 Euro für die durchschnittlich acht bis 14 Tage Aufenthalt (vgl. Tab. 2). Dieser niedrige Betrag kommt auch durch mehrere Befragte zustande, die bei Bekannten oder ihrem Zweitwohnsitz wohnen und somit keine direkten Ausgaben für die Übernachtung haben. Allerdings ist das Preisniveau für Übernachtungen in Héviz viel niedriger als in Budapest (vgl. KSH 2005, S. 160ff.). Zur Positionierung gegenüber konkurrierenden Heilbädern stellen die Zahnärzte keinen besonderen Kundenbindungsnutzen dar, da die Gäste in der Regel seit Jahren die Region besuchen. Die meisten Ausflüge werden von Dentaltouristen in Héviz unternommen, entsprechend ihrer langen Aufenthaltsdauer, daneben werden hier v.a. Thermalbadbesuche und Wellnessbehandlungen stark nachgefragt.

Die Befragten in Mosonmagyaróvár weisen mit ein bis drei Übernachtungen die geringste durchschnittliche Aufenthaltsdauer auf (vgl. Tab. 2). Rund 350 Euro geben diese Dentaltouristen durch ihre Übernachtung aus. Fast 40 % übernachten wegen der Grenz Nähe nicht in der Stadt. Das bedeutet, dass durch Übernachtung und Aufenthalt weniger

Einnahmen in die Stadt gelangen als in den beiden anderen Untersuchungsor-ten. Problematisch ist zudem, dass die vor Ort von Touristen aufgesuchten Einzelhandels- und Hotelleriebetriebe nur wenigen Eigentümern gehören, die in manchen Fällen auch nicht der Region entstammen. Übernachtungsmöglichkeiten werden beispielsweise direkt von den Zahnarztpraxen angeboten und von diesen betrieben. Vergleichbares gilt für andere Dienstleistungen, wie Mietwagen, Friseur- und Beautysalons oder auch Restaurants und Casinos, die ebenfalls in der Hand weniger Eigentümer sind. Die Einnahmen aus den wenigen Übernachtungen der Dentaltouristen in Mosonmagyaróvár kommen offenbar vorwiegend wenigen gut organisierten Geschäftsleuten zugute und nicht in der Breite der lokalen Bevölkerung. Auch die geringe durchschnittliche Aufenthaltsdauer und die wenigen sonstigen Aktivitäten neben der Behandlung lassen vermuten, dass die indirekten ökonomischen Auswirkungen der Zahntouristen für die Bevölkerung vor Ort relativ gering sind.

Von den Befragten in Budapest wurden rund 640 Euro für durchschnittlich vier bis sechs Übernachtungen ausgegeben. Etwa die Hälfte der Befragten übernachtet zwischen acht- und vierzehnmal. Damit sind in Budapest die Ausgaben aufgrund der überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauer beträchtlich (Durchschnitt der gesamten Touristen in Budapest = 2,6 Tage nach KSH 2005, S. 92). Das Ziel der Befragten ist primär die Durchführung der Zahnbehandlung. Wegen den längeren Anreisedistanzen verweilen die Patienten samt Begleitpersonen auch länger in der Stadt und generieren dadurch zusätzliche Einkünfte. Sie übernachten, gehen einkaufen, essen und fragen kulturelle Angebote in Form von Museums- und Galeriebesuchen, Folkloreveranstaltungen sowie Theater- und Kinovorstellungen nach. Folglich sind die indirekten Effekte in Budapest viel höher als in den beiden anderen Untersuchungsgemeinden.

Zusammenfassung und Perspektiven

Das Ziel der Untersuchung war es, Umfang, Ausprägungen und ökonomische Effekte des Dentaltourismus in Ungarn zu analysieren sowie davon ausgehend Perspektiven abzuleiten. Vor dem Hintergrund des zielgruppenspezifischen

dentaltouristischen Angebots lassen sich im ungarischen Dentaltourismus drei Typen von Dentaltouristen unterscheiden:

1. Kurzzeit-Dentaltouristen in Grenzstädten wie Mosonmagyaróvár oder Sopron, die sich durch eine äußerst geringe Aufenthaltsdauer und sehr hohe Behandlungskosten auszeichnen. Günstige Preise gehören zu den drei wichtigsten Gründen für grenzüberschreitende Patientenmobilität. Deshalb wird diese Gruppe durch Werbung mit dem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis und der Serviceorientierung besonders angesprochen.
2. Kuraffine Dentaltouristen mit vielen Übernachtungen und geringen Ausgaben für die Zahnbehandlung nutzen den Zahnarztbesuch vielmehr als Nebeneffekt. Werbung findet nur vor Ort statt, die Eingriffe sind in der Regel nur durchschnittlich aufwändig. Neben der Untersuchungsgemeinde Héviz sind derartige Entwicklungen auch in Harkány oder Hajdúszoboszló zu beobachten.
3. Internationale Dentaltouristen mit mittlerer Aufenthaltsdauer und mittleren bis hohen Behandlungskosten findet man in Budapest. Die Vermarktung geschieht vor allem durch Agenturen und das Internet, die Patienten kommen aus ganz Europa und nutzen den Aufenthalt auch für kulturelle Aktivitäten.

Die Einschätzung der Effekte für Anbieter und Region muss differenziert ausfallen. Die Zahnarztpraxen haben teilweise hohe Einnahmen durch die Behandlung ausländischer Patienten. Insbesondere in der Grenzstadt existieren vielfach zusätzlich Kooperationen mit Dienstleistern im Gesundheits-, Übernachtungs- oder Gastronomiege-ber, oftmals sind auch die Praxis-eigentümer Unternehmer in verschiedenen Branchen. Aufgrund der kurzen Übernachtungsdauern entstehen regional betrachtet nur wenige wirtschaftliche Effekte, die über die Zahnbehandlung hinausgehen. Auch in Kurorten werden kaum zusätzliche Einnahmen aufgrund der Dentaltouristen generiert. Die Zahnbehandlung ist vielmehr nur eine Aktivität während des Kur- oder Gesundheitsaufenthalts. In Budapest hingegen sind die Dentaltouristen neben ihrer partiell kostspieligen Behandlung auch kulturell aktiv. Durch sie entstehen umfangreiche Einnahmen im Über-

nachtungsgewerbe, in der Gastronomie sowie im Kulturbereich.

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse ist die jeweilige kurz-, mittel- und langfristige Perspektive zu diskutieren. Die Befragung hat gezeigt, dass die zentrale Ursache für Dentaltourismus nach Ungarn das günstige Preis-Leistungs-Verhältnis ist. Mit einer Angleichung des Pro-Kopf-BIP in Ungarn an den EU-15-Durchschnitt ist vor 2020 nicht zu rechnen (EK 2004, S. 16). Daher ist kurz- und mittelfristig nicht vom Rückgang des Dentaltourismus auszugehen. Mittelfristig wird sich das Phänomen eventuell sogar noch verstärken, wenn durch Gesundheitsreformen im westlichen Europa die Zuzahlungen im ambulanten Sektor weiter steigen. In naher Zukunft sind noch für alle drei Untersuchungs-orte gute Chancen zum Ausbau des Segments Dentaltourismus vorhanden.

Gute Chancen, auch nach relativer Angleichung der Kostenstruktur im gesundheitstouristischen Wettbewerb in Europa zu bestehen, hat Budapest. Ursachen dafür sind das hochspezialisierte Angebot, die vergleichbaren Qualitätsstandards wie in Westeuropa sowie die kultur- und städtetouristische Attraktivität. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass bereits jetzt in Budapest das höchste Lohnniveau vorliegt und sich damit auch die Aufenthaltskosten deutlich von den anderen beiden Untersuchungsgemeinden unterscheiden. Schon jetzt werden aufgrund der hohen Reputation der Semmelweis-Universität Budapest verstärkt Dental-dienstleistungen im hoch entwickelten Segment nachgefragt. Neben dem beschriebenen „Low-Budget-Dentaltourismus“ zeichnet sich damit hier eine Entwicklung zum Qualitätsdentaltourismus ab. Sogar Patienten aus Übersee, z.B. aus den USA, kommen aufgrund der qualitativ hochwertigen Ausbildung und der sehr guten High-Tech-Ausstattung nach Budapest, um die Behandlung von den als handwerklich hervorragend ausgebildet geltenden Zahnärzten durchführen zu lassen. Dieser Bereich könnte den preisorientierten Zahntourismus noch vor den Kostenangleichungen ersetzen. Wegen der Konkurrenzsituation zu Polen und Tschechien müssen dazu allerdings Marketing- und Service-Orientierung insbesondere seitens der nationalen Politik- und Tourismusbehörden gesteigert werden, auch wenn Ungarn mittelfristig noch erhebliche Wettbewerbsvorteile

aufgrund der bereits vorhandenen Infrastruktur besitzt.

Héviz wird voraussichtlich wenige Probleme haben, sich im Bereich Dentaltourismus den veränderten Nachfragebedingungen im Falle der Preisangleichungen anzupassen, da hier weder Infrastrukturen noch Unternehmen eigens für den Dentaltourismus entstanden sind. Trotzdem bedeuten die Preisangleichungen auch im klassischen kur- und gesundheitstouristischen Bereich den Rückgang von Héviz' Kernzielgruppe. Der Ort muss die Trends im Gesundheitsbereich erkennen und neues Kernpublikum akquirieren. Der Dentaltourismus könnte beispielsweise ein Teilbereich des Wachstumsmarktes „Medical Wellness“ sein, der neben herkömmlichen Wellnessanwendungen medizinisch-therapeutische oder präventive Behandlungen umfasst.

Ein Rückgang oder Ausbleiben der Dentaltouristen würde dagegen Mosonmagyaróvár vor ein großes Problem stellen. Die einzig sinnvolle Lösung kann auch hier lediglich die Diversifizierung des Angebots sein. Wenn auch nicht in großem Umfang, hat Mosonmagyaróvár Kurgäste und damit bereits die Gästegruppe vor Ort, die künftig eine zentralere Rolle im Angebot einnehmen kann. „Medical Wellness“ ist auch hier denkbar. Andere Formen des Medizintourismus wie eine Augenklinik sind bereits in der Planungsphase. Mit professionellem Marketing lassen sich in den nächsten 10 bis 15 Jahren noch neue Quellmärkte erschließen. Regionale Politik und Verwaltung müssten die Diversifizierung frühzeitig in die Wege leiten und unterstützen sowie die Fixierung auf den Ausflugsverkehr eindämmen. Insbesondere potenzielle Begleitpersonen können vom Marketing stärker angesprochen werden, um die regionale Wertschöpfung zu steigern.

Übergeordnet ausschlaggebend für den Dentaltourismus sind die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen. Der liberaler werdende Gesundheitsmarkt des vereinten Europas lässt eine Änderung der Rahmenbedingungen, die medizintouristische Bewegungen einschränken könnten, zunächst nicht erwarten. Vielmehr kann mit einer Nachfrageverschiebung und -steigerung z. B. durch die sukzessive Erhöhung der Selbstbeteiligung von Patienten gerechnet werden. Der Patiententourismus in seinen vielfältigen Ausprägungen könnte

Ungarn bei der Entwicklung international konkurrenzfähiger Tourismusprodukte unterstützen. Mit dem Dentaltourismus existiert bereits ein wettbewerbsfähiger Teilbereich. Zudem hat Ungarn seinen Konkurrenten im medizintouristischen Wettbewerb Jahre voraus. Erfahrung und Infrastrukturausstattung sowie internationales Renommee auf dem Kur- und Bädersektor erleichtern eine vorteilhafte touristische Positionierung im Medizintourismus. Ein weiterer Vorteil Ungarns ist, dass keine Neuausrichtung der Marketingstrategie notwendig ist. Der Medizintourismus kann insbesondere dem Geschäfts-, Wellness- und natürlich dem traditionellen Gesundheitstourismus einen wertvollen Zusatznutzen bieten. Neben dem Dentalbereich zeichnet sich dies bereits in der Plastischen Chirurgie und der Ophthalmologie ab. Deshalb sollte er nicht losgelöst vermarktet, sondern vielmehr als Bereicherung für verschiedene Tourismussegmente erkannt werden.

Literatur

- ADAMS, O. u. C. KINNON (1998): A public health perspective. In: ZARRILLI, S. u. C. KINNON (Hrsg.): *International trade in health services. A development perspective*. UN Conference on trade and development. Genf, S. 35-54.
- ALBANER, J. u. D. GROZEA-HELMENSTEIN (2002): Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus – erstes Modul 2002. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Wirtschaft. Projektbericht. Wien.
- ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA MUTUALITÉ (AIM) (2003): *Gesundheitsversorgung und Mobilität in einem erweiterten Europa*. Internationale Konferenz am 7.11.2003 in Ljulljana.
- AUBERT, A. (2003): *Tourismus in Ungarn: Struktur – Dynamik – Perspektiven*. In: BECKER, C., H. HOPFINGER u. A. STEINECKE (Hrsg.): *Geographie der Freizeit und des Tourismus. Bilanz und Ausblick*. München, S. 582-591.
- BRAUN, T. (2004): *Das Universitätsklinikum Bonn – Maximalversorger mit einer langen Tradition in der Behandlung ausländischer Patienten*. In: BRAUN, G. E. (Hrsg.): *Ausländische Patienten für deutsche Krankenhäuser gewinnen*. Neuwied, S. 317-330.
- BÜHRER-DINKEL, G. u. F. GEINOZ (2002): *Internationale Studie zum Schwangerschaftsabbruch – in ausgewählten Ländern*. [Online: <http://www.abor-tions.ch/Studie.pdf> am 01.08.2006].
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (Hrsg.) (2003): *High level process of reflection on patient mobility and healthcare developments in the European Union*. o. O. [Online: http://www.dh.gov.uk/asset-root/0_4/07/35/04/04073504.pdf am 01.08.2006].
- CRIVELLI, L. (1998): *Grenzüberschreitende Patientenwanderungen: eine mikroökonomische Analyse für die Schweiz*. Bern u.a.
- CSORDÁS, L. (2000): *Tourismus und Tourismuspotential in Ungarn*. In: GRIMM, F. D. (Hrsg.): *Tourismus und touristisches Potential in Südosteuropa*. (Südosteuropa-Studie 66) München, S. 61-65.
- DIETRICH, V. (2003): *Auswirkungen einer europaweiten Wahlfreiheit bei Gesundheitsleistungen: Implikationen für das deutsche Gesundheitswesen vor dem Hintergrund einer Ost-Erweiterung der EU*. (Berichte aus der Volkswirtschaft). Aachen.
- EUROPÄISCHE KOMMISSION (EK) (Hrsg.) (2004): *Eine neue Partnerschaft für die Kohäsion. Dritter Bericht über den wirtschaftlichen und sozialen Zusammenhalt*. Luxemburg.
- EUROPEAN HEALTH FORUM GASTEIN, 5th (2002): *Zur Zukunft der Gesundheit in Europa*. Internationale Tagung vom 25. bis 28.09.2002 in Gastein.
- FRANCE, G. (1997): *Cross-border flows of Italian patients within the European Union*. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 7, No. 3 (Supplement), pp. 18-25.
- FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT URLAUB UND REISEN (FUR) (Hrsg.) (2005): *Gesundheitsreisen. Wellness Fitness Kur*. Kiel.
- GARCÍA-ALTÉS, A. (2005): *The development of health tourism services*. In: *Annals of Tourism Research*, Vol. 32, No. 1, pp. 262-266.
- GULÁCSI, L. (2006): *Current trends in health policy - Hungary: The impact of the EU enlargement on the Hungarian Health Care System*. In: BURGER, R. u. M. WIELAND (Hrsg.): *Healthregio report: Economic and sociopolitical perspectives for health services in central Europe*. Wien, S. 103-114.
- HERMESSE, J., H. LEWALLE u. W. PALM (1997): *Patient mobility within the European Union*. In: *European Journal of Public Health*, Vol. 7, No. 3 (Supplement), pp. 4-10.

- ILLING, K. T. (2001): Patient import and health tourism. Berlin.
- ILLING, K. T. (Hrsg.) (2000): Patientenimport und Gesundheitstourismus. Internationales Marketing für Kliniken, Kurorte und Gesundheitsregionen. Berlin.
- JOSS, A., M. M. CHRISTENSEN, S. JAKOB, G. OBERHOLZER u. N. P. LANG (1999): Qualität von zahnärztlich-prothetischen Versorgungen im Vergleich (Schweiz/ Ausland, speziell Ungarn). In: Acta Medicinæ Dentium Helvetica Vol. 4, No. 5, pp. 77-85.
- KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG (KZBV) (Hrsg.) (2005): So funktionieren sie: Festzuschüsse ab Januar 2005. [Online: http://www.kzbv.de/praxis/FZ_Beispieler.pdf am 01.08.2006]
- KAUFHOLD, R. u. M. SCHNEIDER (2000): Preisvergleich zahnärztlicher Leistungen im europäischen Kontext. (IDZ Information 1/2000). Köln.
- KÖRNER, I. (2003): Klinische und ökonomische Relevanz der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Ausland: Evaluation von klinischem Outcome und damit assoziierten Kosten auf der Basis der Daten des MDK Rheinland-Pfalz. Unveröffentlichte Inauguraldissertation. Mainz.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (KSH) (Hrsg.) (2004): Turizmus, 2003. Január-december. Budapest. [Online: <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/hun/xftp/gyor/tur/tur20312.pdf> am 08.08.2006]
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (KSH) (Hrsg.) (2005): Statistical Yearbook of Tourism. Budapest.
- KÖZPONTI STATISZTIKAI HIVATAL (KSH) (Hrsg.) (2006): Tourism January - December 2005. (First Release 23). Budapest. [Online: <http://portal.ksh.hu/pls/ksh/docs/eng/xftp/gyor/tur/etur20512.pdf> am 08.08.2006]
- KRUMMENAUER, F., I. KÖRNER, C. BAULIG u. U. WEIBLER-VILLALOBOS (2003): Klinische und ökonomische Evaluation der Inanspruchnahme zahnärztlicher Leistungen im Ausland. In: Gesundheitswesen, Jg. 65, H. 08/09, S. 495-501.
- MATAVNET (Hrsg.) (2004): Praxis ABC. o. O. [Online: <http://web.matavnet.hu/azdental/Fogorvos/Praxis/PraxisABCm.htm> am 13.04.2004]
- ORGANISATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT (OECD) (Hrsg.) (2003): Health-Care-Systems: Lessons from the reform experience. (OECD Working Papers 9). Paris.
- ÖSTERLE, A. u. J. DELGADO (2006): Dental care migration in central Europe. In: BURGER, R. u. M. WIELAND (Hrsg.): Healthregio report: Economic and sociopolitical perspectives for health services in central Europe. Wien, S. 130-135.
- RULLE, M. (2003): Gesundheitstourismus in Europa im Wandel. In: BECKER, C. (Hrsg.): Geographie der Freizeit und des Tourismus: Bilanz und Ausblick. München, S. 225-236.
- SCHNEIDER, M., G. CERNIAUSKAS u. L. MURASKIENE (2000): Gesundheitssysteme Mittel- und Osteuropas. Augsburg.
- SCHULTE, B. (1999): Zur Kur nach Abano Terme, zum Zahnarzt nach Antwerpen? In: Zeitschrift für Sozialhilfe und Sozialgesetzbuch, Jg. 38, H. 6, S. 347-362.
- STADT DRESDEN (Hrsg.) (2006): EU Med East. Ergebnisse der Marktuntersuchung. o. O. [Online: http://eu-med-east.dresden.de/eu-med-east/de/a1/b22/PDF/Marktuntersuchung_AOK_LF_D.pdf am 25.03.2006]
- TECHNIKER KRANKENKASSE (TK) (Hrsg.) (2003): Medizin und Europa – Ergebnisse der TK-Mitglieder-Befragung 2003. Hamburg.

Dipl. Geogr. KATRIN BÜNTEN
 Universität Trier
 FB VI Geographie/Geowissenschaften
 Fach Kultur und Regionalgeographie
 F 142
 54286 Trier
 buenten@uni-trier.de