

ANDREAS HOHN

Greifswald

**AUSTAUSCH, WANDEL UND ANPASSUNG  
DES DEUTSCHEN UND DES POLNISCHEN GESUNDHEITSSYSTEMS  
IM DEUTSCH-POLNISCHEN GRENZRAUM  
– THEMENSCHWERPUNKT: GKV UND ZAHNERSATZ**

**1. Ansatz und Zielsetzung**

Die Gründung der Europäischen Union und insbesondere die EU-Osterweiterung am 1. Mai 2004 haben eine weitgehende Öffnung der Grenzen und die Ausweitung des EU-Binnenhandels bewirkt. Angesichts dieser veränderten Situation, die auch für Deutschland und seine Nachbarländer neue Möglichkeiten und Erfordernisse mit sich bringt, sowie der räumlichen Nähe meines Studienortes, der Hanse- und Universitätsstadt Greifswald, zu der Republik Polen, traf ich die Entscheidung im Rahmen meiner Dissertationen den Grenzraum (*Borderland*), der Polen und Deutschland verbindet, zum Untersuchungsgegenstand zu machen. Der Begriff ‚Borderland‘ wird als Gegensatz zu der traditionellen Konzeption von Grenzen verstanden. Im Gegensatz zu dem Begriff ‚Grenze‘, der eine eindeutige, lineare Trennung suggeriert, scheint der Begriff ‚Grenzraum‘ (vgl. Baud/Schendel 1997), wie er sich vielerorts in der Literatur findet, geeignet und notwendig, um auf die Gemeinsamkeit der Gebiete beiderseits einer Grenze zu verweisen. Im Rahmen des vorliegenden Forschungsprojekts soll der Begriff ‚Grenzraum‘ eine zentrale Rolle einnehmen. Dieser entspricht dem in der englischsprachigen Literatur verwendeten Begriff *borderland* und lehnt sich an das konstruktivistische Konzept des Grenzraumes an, das Ratzel (1897) bereits über ein Jahrhundert zuvor formulierte. Der Ausdruck ‚Grenzraum‘ bezeichnet einen geographischen

Raum, gebildet durch grenznahe Regionen zweier Nationalstaaten, die durch eine faktische, territorialstaatliche Grenze voneinander getrennt sind. Er impliziert, dass eine Grenze nicht eine völlige Abschottung und Separation bedeutet. Vielmehr finden entlang einer Grenze Interaktionen zwischen Akteuren in einer räumlich zu fassenden Grenzgesellschaft statt, die den Raum beiderseits dieser faktischen territorialstaatlichen Grenze umfasst (vgl. Baud/Schendel 1997). Auch grenzüberschreitende Kooperationen zwischen Organisationen spielen dabei oft eine wichtige Rolle (Kada/Kiy 2004). Der Grenzraum wird dabei zunächst als territorialer, sozialer und linguistischer Begegnungsraum betrachtet, der Austausch, Veränderung und Anpassung, aber auch Konflikte und Widerstände zwischen Menschen und Institutionen beiderseits der Grenzlinie beheimatet und hervorbringt.

Innerhalb des deutsch-polnischen Grenzgebietes möchte ich mich der Untersuchung der Überlappungen und Einflüsse zwischen dem deutschen und dem polnischen Gesundheitssystem widmen. Dieser Interessenschwerpunkt ergibt sich aus der zentralen Rolle, welche die gesamte Gesundheitswirtschaft in Greifswald und im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern spätestens seit Beginn des neuen Jahrtausends spielt: Im Bereich der Gesundheitswirtschaft sind nach einer Studie der Vereins- und Westbank in Mecklenburg-Vorpommern ca. 99.300 Mitarbeiter tätig (Stand 2001). Das entspricht 17,6% der Beschäftigten des Bundeslandes. Die Branche trägt zunehmend zur volkswirtschaftlichen Wertschöpfung mit positiven Auswirkungen auf den Arbeitsmarkt bei. Die Gesundheitswirtschaft umfasst in Deutschland ein Marktvolumen von über 44,8 Mrd. € alleine im Bereich Wellness sowie von ca. 223,6 Mrd. € im klassischen Gesundheitswesen (Stand 2003). In mehr als 60 hochmodern ausgestatteten Klinik-Neubauten stehen etwa 10.500 Betten zur Verfügung (Stand 2009). Die Region verfügt über 54 staatliche anerkannte Kur- und Erholungsorte, deren Angebot auf dem spezifischen Reizklima sowie den verfügbaren Heilmitteln aufbaut. Die Region gehört mit beständig steigenden Auslastungszahlen zu den erfolgreichsten Tourismusregionen Deutschlands (Quellen: BioCon Valley, Statistisches Amt Mecklenburg-Vorpommern).

Die Untersuchung der Schnittstellen zwischen dem polnischen und dem deutschen Gesundheitssystem findet unter Verwendung neoinstitutionalistischer Theorien und Techniken statt. Sie widmet sich in erster Linie den Ursachen und Folgen der aus den neuen Bedingungen resultierenden Adaptationsprozesse der Organisationen des deutschen Gesundheitssystems. Der Neoinstitutionalismus (Meyer/Rowan 1977, Zucker 1977, DiMaggio/Powell 1983) bestimmt die theo-

retische Perspektive, da dieser gegenwärtig als einer der vielversprechendsten Ansätze der Organisationssoziologie für derartige Fragestellungen gilt. Konkret gilt es zu untersuchen, wie sich seitens der Mitglieder der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland die Nachfrage nach und Inanspruchnahme von Zahnersatzleistungen in polnischen Kliniken, Praxen sonstigen polnischen medizinischen Einrichtungen verändert haben. Von zentralem Interesse sind die vermuteten Anpassungsprozesse, die sich in diesem Zusammenhang sowohl in den polnischen Institutionen als auch in den Verwaltungs- und Abrechnungsvorgängen der deutschen Krankenkassen entwickelt haben. Aufgrund der antizipierten Hindernisse bei der Datenerhebung und des potentiellen Umfangs der Forschungsfragen werde ich mich weitgehend auf die Untersuchung der deutschen gesetzlichen Krankenkassen (GKV), am Beispiel der AOK und ihrer Mitglieder beschränken, die sich für die Inanspruchnahme einer Zahnersatzleistung im Zeitraum von 1990 bis zum heutigen Tage mindestens einmal nach Polen begeben haben. Der entgegengesetzte Fall, dass polnische Bürger nach Deutschland kommen, um Leistungen in Anspruch zu nehmen, wird voraussichtlich Gegenstand eines anderen Forschungsprojektes sein, ebenso wie die Untersuchung weiterer Leistungsbereiche jenseits des „Dentalsektors“. Da angenommen wird, dass Veränderungen auf der Mikroebene (z. B. veränderte Bedürfnisse und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Auslandszahnersatz) Adaptationen auf der Makroebene zur Folge haben, wird dieser bottom-up-Prozess im Zentrum des Interesses stehen. Selbstverständlich wird nicht außer Acht gelassen, dass auch der entgegengesetzte Fall ein Auslöser für Anpassungen sein kann, indem die Umwelt bzw. die Gesellschaft in Form von Gesetzen, Normen etc. ganz bestimmte Erwartungen an die Einrichtungen eines jeden organisationalen Feldes stellt. Diese Prozesse müssen differenziert dargestellt und einander gegenübergestellt werden. Die empirisch zu bestätigende Grundannahme ist, dass ein wesentlicher Teil des institutionellen Wandels und die gegenseitige Adaptation ihren Ursprung in der besonderen Situation des Zusammenlebens und Aufeinandertreffens im deutsch-polnischen Grenzraum haben. Darüber hinaus wird angenommen, dass erfolgreiche Anpassungsprozesse im Borderland letztendlich zu einer Übernahme des Neuen in grenzferne Bereiche führen. Die Annahme ist, dass die erfolgreiche Umsetzung des „Neuen“ im Borderland dabei quasi als Vorbild für die Umsetzbarkeit und Nützlichkeit der Veränderungen dient. Im Sinne von postulierten mimetischen Prozessen wird dieses Vorbild dann zunächst von nahe stehenden Organisationen bzw. Niederlassungen/Filialen imitiert, wobei direkter Kontakt und persönlicher Austausch eine



sichten in Prozesse zu erweitern (Oliver 1991, Tolbert/Zucker 1996, Scott 2001), steht die Erklärung von Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung von Konzepten scheinbar erst am Anfang (Walgenbach 2002: 177). Diesen Umstand erkennen auch international führende Neoinstitutionalisten an. Während der Neoinstitutionalismus sich in seinen Anfängen so gut wie gar nicht mit dem Prozess der Institutionalisierung auseinandergesetzt hat, steht diese Fragestellung heute weitgehend im Zentrum des Forschungsinteresses. Verantwortlich dafür ist in erster Linie die fundamentale Kritik, die der neoinstitutionalistischen Organisationstheorie zuteil wurde. Der Theorie wurde u. a. vorgeworfen, den Aspekt der Stabilität und Kontinuität institutioneller Strukturen zu stark zu betonen und dadurch Entstehung und Veränderung sowie den Aspekt des Handelns beteiligter Personen auszublenden (DiMaggio 1988). Die Kritik wurde ernst genommen und brachte zahlreiche theoretische und empirische Arbeiten hervor, die der Untersuchung von Institutionalisierung und Deinstitutionalisierung organisationaler Praktiken gewidmet sind (Beckert 1999). Einen wichtigen Beitrag zur Konzeptualisierung von Institutionalisierungsprozessen leisteten Tolbert und Zucker (1996), indem sie in Anlehnung an die viel zitierte Arbeit von Berger und Luckmann (1967) drei sequenziell aufeinander folgende Stufen der Institutionalisierung unterschieden. Sie wählten die Bezeichnungen ‚Habitualisierung‘, ‚Objektivierung‘ und ‚Sedimentation‘, um den Gesamtprozess der Institutionalisierung von Konzepten hinsichtlich des erreichten Institutionalisierungsgrades zu unterteilen.

Stages of Institutionalization and Comparative Dimensions  
(Tolbert/Zucker 1996: 197)

Dimension	Pre-institutionalization stage	Semi-institutionalization stage	Full-institutionalization stage
Processes	Habitualization	Objectivation	Sedimentation
Characteristics of adopters	Homogenous	Heterogenous	Heterogenous
Impetus for diffusion	Imitation	Imitative/normative	Normative
Theorization activity	None	High	Low
Variance in implementation	High	Moderate	Low
Structure failure rate	High	Moderate	Low

Passend zu der Ausrichtung meiner eigenen Arbeit, die sich der Analyse der einzelnen Organisation als Referenzpunkt verschrieben hat, sieht Zucker (1988) einzelne Organisationen unabhängig voneinander als treibende Kräfte neuer Konzepte und Praktiken. Insbesondere in der Anfangsphase des Prozesses, der Phase der *Habitualisierung*, vermuten die Autorinnen eine weitgehend unabhängige Entwicklung neuer Strukturen bzw. Praktiken in Organisationen als direkte Reaktion auf ein wahrgenommenes Problem. Auch wenn Organisationen demselben organisationalen Feld angehören und vermutlich häufig zu einem ähnlichen Zeitpunkt mit ähnlichen Problemen (z. B. Verfügbarkeit neuer Technologien, Veränderungen am Markt) konfrontiert sind, ist es oft nicht möglich die Probleme durch bloße Imitation zu lösen. Verantwortlich dafür ist schlichtweg das Fehlen geeigneter Vorbilder, da auch für ähnliche Organisationen das Problem neu ist und diese ebenfalls noch keine überzeugende Musterlösung gefunden haben. Daher wird angenommen, dass Imitation nur eine untergeordnete Rolle spielt. Über die Implementation eines neuen Konzeptes wird in erster Linie anhand des ökonomischen und technischen Nutzens für die eigene Organisation entschieden, wobei die interne Ausrichtung einer Organisation auf Veränderung als ein begünstigender Faktor für Innovationen genannt wird. Tolbert und Zucker (1996) gehen trotz der unabhängigen Entwicklung innerhalb unterschiedlicher Organisationen von strukturell oftmals sehr ähnlichen Lösungen für die gleichen Probleme aus, jedoch findet sich diese Ähnlichkeit in erster Linie bei sehr ähnlichen oder verbundenen Organisationen. Eine Kenntnis und Übernahme der neuen Strukturen durch weitere Organisationen ist unwahrscheinlich und selten. Diese frühe Phase der Institutionalisierung überstehen viele Neuerungen nicht und verschwinden nach einer überschaubaren Zeitspanne wieder. In der zweiten Phase, der Phase der *Objektivierung*, erfahren die vielversprechenderen aus der Gesamtheit der Konzepte dann zunehmende Verbreitung über die Grenzen einer einzigen bzw. einiger weniger Organisationen hinaus. Die Triebfeder dafür ist ein fortgeschrittener Konsens über den Nutzen der Innovation zur Lösung eines bestimmten Problems bei gleichzeitig besserer Kalkulierbarkeit der möglichen Folgen ihrer Implementation im eigenen Unternehmen. Der Konsens unter den Entscheidungsträgern verschiedener Unternehmen entsteht u. a. durch Berichterstattung in den Massenmedien, direkte Beobachtung anderer Organisationen oder der Wahrnehmung steigender Aktienkurse der frühen Adoptoren (zum Begriff: Westphal/Gulati/Shortell 1997, Rao/Davis/Ward 2000). Damit können Entscheidungsträger auf den positiven Erfahrungen der frühen Adoptoren auf-

bauen und vermeiden durch die Übernahme des bereits getesteten, erfolgreichen Konzepts unkalkulierbare Risiken und Kosten. Je weiter die Verbreitung eines Konzeptes bereits fortgeschritten ist, desto schneller springen weitere auf den Zug auf, wodurch die Verbreitung weiter vorangetrieben wird. Ein zusätzlicher Faktor für die Diffusion von Innovationen ist das Auftreten so genannter Champions (DiMaggio 1988), d. h. Personen(gruppen) die hoch motiviert und nicht selten mit Einfluss und Ressourcen ausgestattet auf die Verbreitung hinarbeiten. Dabei ist zumeist ein erhebliches eigenes wirtschaftliches Interesse des sog. Champions im Spiel, welcher meistens durch einen großen Markt für eine Innovation zum Handeln motiviert wird. Um erfolgreich zu sein, muss dieser mittels *Theorization* (Strang/Meyer 1993) zunächst ein organisationales Problem charakterisieren und gegenüber einer möglichst großen Gruppe von (potentiell) betroffenen Organisationen kommunizieren, um ein Problembewusstsein und Veränderungsbedürfnis bei diesen zu wecken. Der nachfolgende Schritt besteht dann darin, das neue Konzept als Lösung für dieses Problem anzubieten und möglichst viele potentielle Adoptoren mit „an Bord“ zu holen. Während einer typischen erfolgreichen Objektivationsphase nimmt dann die Anzahl und Heterogenität der Adoptoren des Konzepts zu. Dabei bleibt die Variabilität des Konzepts gleich bzw. verringert sich sogar noch weiter. Das Ergebnis sind sehr einheitliche Strukturen in eindeutig heterogenen Organisationen. Die dritte Phase der Institutionalisierung nach Tolbert und Zucker ist die *Sedimentation*. Charakteristisch für diese letzte Phase sind die erfolgreiche Verbreitung eines Konzepts unter nahezu allen als geeignete Adoptoren angesehenen Organisationen sowie die Beständigkeit dieser Innovation über einen längeren Zeitraum in etlichen dieser Organisationen. Die Faktoren für eine erfolgreiche Sedimentation sind identisch mit denen, die den Prozess der Objektivation vorangetrieben haben. So ist die Sedimentation als Konsequenz der erfolgreichen Objektivation umso wahrscheinlicher, je größer und einflussreicher die Gruppe der Befürworter und Förderer der Veränderung und je konsequenter deren Einsatz für die Unterstützung eben dieser ist. Mit der erfolgreichen Sedimentation ist der Prozess der Institutionalisierung abgeschlossen, zumindest bis irgendwann ein ähnlicher Vorgang dieses Konzept wieder herausfordert und zu verdrängen versucht. Die angesprochenen Annahmen sind in der Tabelle zusammengefasst, die unverändert dem Originaltext von Tolbert und Zucker (1996) entnommen wurde.

### 3. Vorgehen und Methode

Der umfangreichste Arbeitsschritt meiner Tätigkeit wird die Akquisition von Sekundärdaten der gesetzlichen Krankenkasse AOK, sowie deren Auswertung mit Hilfe von quantitativen und teils qualitativen Methoden sein. Die Auswertung der Daten soll neben etablierten regressionsanalytischen Verfahren sowohl mit der Ereigniszeitanalyse (Castilla 2007, Elandt-Johnson/Johnson 1999) als auch mit der Multilevelanalyse (Ditton 1998) vorgenommen werden. Bei ersterem handelt es sich um ein relativ neues Verfahren, das bisher nur in sehr wenigen Untersuchungen Anwendung gefunden hat, sich jedoch ausgezeichnet für die retrospektive Auswertung von Längsschnittdaten eignet. Die Multilevelanalyse hingegen bietet die Möglichkeit, auf der Mikroebene erhobene Personaldaten und auf der Makroebene erhobene Prozessdaten miteinander zu verbinden. Beide setzen eine große Menge an Daten voraus, um zu einem sinnvollen Ergebnis zu führen. Ergänzend zu der umfassenden Verwendung von Sekundärdaten werden für den Themenschwerpunkt Zahnersatz Experten- und Mitarbeiterbefragungen innerhalb der Krankenkassen mittels teilstandardisierter Interviews und Fragebogen durchzuführen sein, um die Veränderungen der Prozesse und Verfahren vollständig nachzeichnen und die Mikroebene dieser organisationalen Anpassungsprozesse mit einbeziehen zu können.

Neben den oben genannten personenbezogenen Daten auf der Mikroebene gilt es, das Bild um die organisationalen Daten auf der Makroebene zu ergänzen. Hierzu plane ich, in einem ersten Schritt öffentlich zugängliche Statistiken auszuwerten. Das Hauptaugenmerk wird hierbei jedoch auf der qualitativen Empirie liegen müssen. Es ist geplant, jegliche Formen von relevanten Dokumenten, Organigrammen, Dienstanweisungen und Internetauftritten zu berücksichtigen, sowie interne Sitzungsprotokolle und Akten auszuwerten, soweit diese mir zugänglich gemacht werden können, um ein Gesamtbild der Organisationsprozesse und ihrer Entwicklung zu erhalten. Die aus den schriftlichen Dokumenten erhaltenen Angaben sollen um mündliche Interviews mit den Sachbearbeitern ergänzt werden. Hierin gilt es zu erfragen, ob aufgrund der zunehmenden Nachfrage bestimmte Maßnahmen eingeleitet wurden, um diesem Trend zu begegnen, und ob sie persönlich der eingeleiteten Veränderung eher positiv oder negativ gegenüberstehen bzw. vormals gegenüberstanden.

Leider ist es noch nicht möglich, erste Ergebnisse zu präsentieren, da sich die Bereitstellung der Sekundärdaten durch die AOK aufgrund datenschutzrech-



tlicher und organisatorischer Aspekte verzögert, so bleibt die Darstellung meines Dissertationsprojektes an dieser Stelle leider nur ein theoretischer Ausblick auf die bevorstehende empirische Forschung.

### ZITIERTE LITERATUR

- BAUD, M. / SCHENDEL, W. (1997): *Toward a Comparative History of Borderlands*, „Journal of World History“, 2, S. 211–243.
- BECKERT, J. (1999): *Agency, Entrepreneurs, and Institutional Change: The Role of Strategic Choice and Institutionalized Practices in Organizations*, „Organization Studies“, 20 (5), S. 777–799.
- BERGER, P. L. / LUCKMANN, T. (1967): *The Social Construction of Reality*, New York: Doubleday Anchor.
- CASTILLA, E. J. (2007): *Dynamic Analysis in the Social Sciences*, Emerald Group Publishing Ltd.
- DIMAGGIO, P. J. (1988): *Interest and Agency in Institutional Theory*, in: L. G. Zucker (Hg.): *Institutional Patterns and Organizations: Culture and Environment*, Cambridge: Ballinger, S. 3–21.
- DIMAGGIO, P. J. / POWELL, W. W. (1983): *The Iron Cage Revisited. Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields*, „American Sociological Review“, 48 (2), S. 147–160.
- DITTON, H. (1998): *Mehrebenenanalyse. Grundlagen und Anwendungen des Hierarchisch Linearen Modells*, Weinheim, München: Juventa.
- ELANDT-JOHNSON, R. / JOHNSON, N. (1999): *Survival Models and Data Analysis*, New York: John Wiley & Sons.
- FERNÁNDEZ-ALLES, M. de la LUZ / LLAMAS-SÁNCHEZ, R. (2008): *The Neoinstitutional Analysis of Change in Public Services*, „Journal of Change Management“, 8 (1), S. 3–20.
- KADA, N. / KIY, R. (2004): *Blurred Borders: Trans-boundary Impacts & Solutions in the Sindiago-Tijuana Border Region. Report of the International Community Foundation*.
- MEYER, J. W. / ROWAN, B. (1977): *Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony*, „American Journal of Sociology“, 83 (2), S. 340–363.
- OLIVER, C. (1991): *Strategic Responses to Institutional Processes*, „Academy of Management Review“, 16 (1), S. 145–179.
- RAO, H. / DAVIS, G. F. / WARD, A. (2000): *Embeddedness, Social Identity and Mobility: Why Firms Leave the NASDAQ and Join the New York Stock Exchange*, „Administrative Science Quarterly“, 45, S. 268–292.

- RATZEL, F. (1897): *Politische Geographie*, München, Leipzig: Oldenbourg.
- SCOTT, W. R. (1994): *Conceptualizing Organizational Fields*, in: H. U. Derlien, U. Gerhardt, F. W. Scharpf (Hg.): *Systemrationalität und Partialinteresse*, Baden-Baden: Nomos, S. 203–221.
- SCOTT, W. R. (1995): *Institutions and Organizations*, Thousand Oaks: Sage.
- SCOTT, W. R. (2001): *Institutions and Organizations*, 2. Aufl., Thousand Oaks: Sage.
- STRANG, D. / MEYER, J. (1993): *Institutional Conditions for Diffusion*, „Theory and Society“, 22, S. 487–511.
- TOLBERT, P. S. / ZUCKER, L. G. (1983): *Institutional Sources of Change in the Formal Structure of Organizations: The Diffusion of Civil Service Reform, 1880–1935*, „Administrative Science Quarterly“, 28 (1), S. 22–39.
- TOLBERT, P. S. / ZUCKER, L. G. (1996): *The Institutionalization of the Institutional Theory*, in: S. R. Clegg, C. Hardy, W. R. Nord (Hg.): *Handbook of Organization Studies*, London: Sage, S. 175–190.
- WALGENBACH, P. (2002): *Neoinstitutionalistische Organisationstheorie – State of the Art und Entwicklungsrichtlinien*, in: G. Schreyögg, P. Conrad (Hg.): *Theorien des Managements*, Wiesbaden: Gabler („Managementforschung“, 12), S. 155–202.
- WESTPHAL, J. D. / GULATI, R. / SHORTELL, S. M. (1997): *Customization or Conformity? An Institutional and Network Perspective on the Content and Consequences of TQM Adoption*, „Administrative Science Quarterly“, 42, S. 366–394.
- ZUCKER, L. G. (1977): *The Role of Institutionalization in Cultural Persistence*, „American Sociological Review“, 42 (5), S. 726–743.
- ZUCKER, L. G. (1988): *Where do Institutional Patterns come from?*, in: idem (Hg.): *Institutional Patterns and Organizations*, Cambridge: Ballinger, S. 32–52.

**WYMIANA, PRZEOBRĄŻENIA I WZAJEMNE DOSTOSOWANIE SIĘ  
NIEMIECKIEGO I POLSKIEGO SYSTEMU OPIEKI ZDROWOTNEJ  
NA TERENACH PRZYGRANICZNYCH.  
KLUCZOWE ZAGADNIENIA: USTAWOWE UBEZPIECZENIE CHOROBY  
I USŁUGI PROTETYCZNE**

**Streszczenie**

Niniejszy projekt dysertacji poświęcony jest znaczeniu i konsekwencjom korzystania z polskich usług w zakresie protetyki przez ustawowo ubezpieczonych niemieckich pacjentów. Przy zastosowaniu nowoinstytucjonalnej perspektywy badawczej analizie

poddane mają być wybrane organizacje systemów opieki zdrowotnej Polski i Niemiec w odniesieniu do szans i wyzwań, które się przed nimi otwierają na młodym rynku wykraczającym poza granice tych krajów. Zgodnie z zagadnieniami wymienionymi w tytule, badanie empiryczne służy zarówno ocenie przebiegu wykorzystywania takich usług w polskim i niemieckim obszarze przygranicznym w ciągu ostatnich 20 lat, jak i rekonstrukcji procesów dostosowawczych niemieckich ustawowych kas chorych w zakresie tych kwestii. Realizacja wybranego ilościowego projektu naukowego będzie możliwa m.in. dzięki dostępowi do danych jednej z największych ustawowych kas chorych w Niemczech.