



universität  
wien

# DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Gesundheit und Tourismus – Untersuchung der (neuen)  
Symbiose im 21. Jahrhundert am Beispiel des  
Gesundheitstourismus im Land Brandenburg“

Verfasserin

Claudia Tietze

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Februar 2010

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 453

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Theoret./ Angewandte Geographie

Betreuer:

Ao. Univ.-Prof. Dr. Herbert Baumhackl

## **Zusammenfassung**

Die vorliegende Diplomarbeit beschäftigt sich mit der – zukünftigen – Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland und im deutschen Bundesland Brandenburg. Zu Beginn wird ein theoretischer Überblick über die Thematik gegeben. Dabei wird im Speziellen auf die Formen Kurtourismus und Wellnesstourismus eingegangen. Im Anschluss stehen die – sozialen und politischen – Rahmenbedingungen im Mittelpunkt der Betrachtung. Ausgehend von diesen Informationen werden die Bundesrepublik Deutschland und das ostdeutsche Bundesland Brandenburg als gesundheitstouristische Destinationen vorgestellt. Im Anschluss folgt die Aufbereitung der empirischen Untersuchung dieser Arbeit. Abschließend ermöglicht die Kombination der gewonnenen Ergebnisse eine kritische Auseinandersetzung und somit eine Einschätzung über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg.

---

## Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung .....	4
1.1	Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit.....	5
1.2	Aufbau der Arbeit .....	7
2.	Tourismus und Gesundheitstourismus: Definition und Abgrenzung ..	8
2.1	Tourismus.....	8
2.2	Gesundheitstourismus .....	10
2.2.1	Exkurs: Die Salutogenese .....	13
2.2.2	Kurtourismus .....	14
2.2.2.1	Exkurs: Die Geschichte des Kurwesens .....	15
2.2.2.2	Die Kur .....	18
2.2.2.3	Heilbäder, Kurorte und Erholungsorte .....	24
2.2.2.4	Der Kurgast.....	26
2.2.2.5	Die Aufenthaltsdauer im Kurtourismus .....	27
2.2.3	Wellnesstourismus .....	28
2.2.3.1	Wellness .....	28
2.2.3.2	Exkurs: Medical Wellness .....	31
2.2.3.3	Wellnessdestinationen .....	33
2.2.3.4	Der Wellnessgast .....	36
2.2.3.5	Die Aufenthaltsdauer im Wellnesstourismus .....	37
2.3	Abgrenzung: Gesundheitstourismus – Kurtourismus – Wellnesstourismus.....	37
3.	Die Entwicklung im Gesundheitstourismus unter Berücksichtigung verschiedener Rahmenbedingungen .....	41
3.1	Der ökonomischen Fortschritts als Auslöser eines neuen Gesundheitsbewusstseins .....	42
3.2	Die Trendforschung und ihre Erklärungsansätze .....	45
3.2.1	Der Demographie-Faktor als Basis der Entwicklung.....	47
3.2.2	Der Trend der Individualisierung .....	52
3.2.3	Die neuen Konsumentinnen und ihr Einfluss auf zukünftige Entwicklungen .....	53

---

3.2.4	Die neue Mobilität und ihre Folgen.....	55
3.3	Im Handlungsfeld der Politik.....	56
3.3.1	Die Deutsche Demokratische Republik, ihre Tourismuspolitik, ihre Gesundheitspolitik und ihr Kur- und Bäderwesen .....	60
3.3.1.1	Die Deutsche Demokratische Republik .....	61
3.3.1.2	Der Tourismus und die Tourismuspolitik der DDR .....	63
3.3.1.3	Die Gesundheitspolitik der DDR.....	68
3.3.1.4	Das Kur- und Bäderwesen der DDR .....	69
3.3.2	Das vereinte Deutschland, die Transformation der Tourismuspolitik, die Gesundheitspolitik und die Entwicklung im Kur- und Bäderwesen.....	71
4.	Der Gesundheitstourismus in Deutschland.....	75
5.	Das Land Brandenburg als Gesundheitsdestination .....	83
5.1	Das Land Brandenburg .....	84
5.2	Tourismus im Land Brandenburg.....	86
5.3	Zur aktuellen Bedeutung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg .....	93
6.	Eine Trendanalyse mithilfe der Delphi-Methode.....	100
6.1	Die Delphi-Methode als Prognosemittel .....	102
6.2	Delphi-Befragung zum Gesundheitstourismus im Land Brandenburg .....	105
6.2.1	Die Erarbeitung des Fragebogens .....	107
6.2.2	Die Auswahl der Experten .....	108
6.2.3	Die erste Befragungsrunde .....	110
6.2.3.1	Die Zwischenergebnisse und das Feedback .....	111
6.2.4	Die zweite Befragungsrunde .....	112
6.2.5	Die Ergebnisse der Delphi-Befragung zum Gesundheitstourismus im Land Brandenburg.....	113
6.2.5.1	Die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland .....	113
6.2.5.2	Die Gästestruktur im Land Brandenburg.....	116
6.2.5.3	Gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg .....	118

---

7.	Schlussbetrachtung.....	123
7.1	Zusammenfassung.....	123
7.2	Der Gesundheitstourismus als unabhängige Form des Reisens .....	125
7.3	Spezialisierte Angebotsformen im Gesundheitstourismus.....	126
7.4	Der Gesundheitstourismus als Motor zur wirtschaftlichen Entwicklung .....	127
7.5	Ausblick.....	128
Anhang		
	Abbildungsverzeichnis.....	130
	Tabellenverzeichnis .....	131
	Abkürzungsverzeichnis .....	132
	Literaturverzeichnis .....	133
	Internetadressen .....	139
	Fragebogen der Delphi-Befragung .....	140
	Ergebnisse der Delphi-Befragung .....	144

---

## 1. Einleitung

Der Tourismus gehört seit einigen Jahrzehnten zu den am stärksten wachsenden Wirtschaftszweigen weltweit. Einzelne Formen des Tourismus sind an diesem Wachstum maßgeblich beteiligt. Dazu zählen z.B. der Kulturtourismus, der Städtetourismus und der Gesundheitstourismus. Allgemein kann man davon ausgehen, dass sich diese Tourismusarten in den kommenden Jahren zu den stärksten Segmenten entwickeln werden. Es ist aber vor allem der Gesundheitstourismus, der in Zukunft weiterhin eine besondere Rolle spielen wird. Anhand der enormen Fülle an Fachliteratur zum Thema Gesundheit und Tourismus wird deutlich, dass ein besonderes Interesse aus unterschiedlichen Fachrichtungen bereits besteht. Vor allem die Gesundheit steht im Kontext verschiedener Untersuchungen im Zentrum des wissenschaftlichen Diskurses. Warum die Gesundheit Experten\* in der Vergangenheit, aktuell besonders und zukünftig weiterhin beschäftigt, lässt sich mit einem Blick auf die Veränderungen und Entwicklungen des Menschen und seiner Umwelt erklären. Die erhöhte Lebenserwartung der Bevölkerung, die Veränderungen im Krankheitsbild der Gesellschaft und die zunehmende Selbstverantwortung der eigenen Gesundheit gegenüber sind dabei entscheidende Faktoren. Zudem verstärken die Sozialleistungsträger den Trend hin zur Eigeninitiative, da entsprechende Kosten für Gesundheitsdienstleistungen von diesen nicht mehr oder nur noch geringfügig übernommen werden. Somit nutzt die Bevölkerung Dienstleistungen zur Gesunderhaltung im zunehmenden Maße auf eigene Kosten. Dies führt wiederum dazu, dass Destinationen in diesem Bereich verstärkt auf gesundheitstouristische Angebote setzen. Ein Blick auf die Veränderungen und Entwicklungen der Menschen und ihrer Umwelt zeigt also, dass die Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert einnimmt und die Sozialleistungsträger demgegenüber die Verantwortung abgeben und in die Hände der Menschen legen. Anbieter im Gesundheitstourismus reagieren darauf mit einer Vielzahl an Angeboten und schaffen damit einen dynamischen Wachstumsmarkt.

---

\* Um eine bessere Lesbarkeit der Arbeit zu gewähren, werden hier lediglich männliche Bezeichnungen der beteiligten Gruppen verwandt. Diese schließen die weiblichen Personen ein.

---

## 1.1 Fragestellung und Zielsetzung der Arbeit

Die vorliegende Arbeit setzt sich mit der Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland auseinander. Dargestellt werden zum einen die Aspekte, denen ein direkter Einfluss auf den Gesundheitstourismus bescheinigt wird und zum anderen solche, die indirekt zu einer bestimmten Entwicklung beitragen. Veranschaulicht wird dies anhand der Entwicklungen im Land Brandenburg. Dabei soll hier die Entwicklung des Gesundheitstourismus generell und im Anschluss speziell im Land Brandenburg untersucht werden. In den letzten Jahren haben sich im Gesundheitstourismus viele Veränderungen ergeben. Diese sind auf veränderte Rahmenbedingungen zurückzuführen und spiegeln sich am deutlichsten in gesundheitstouristischen Destinationen und ihren Angebotsstrukturen wider. Ziel der Arbeit ist es, diese Veränderungen und Entwicklungen aufzuzeigen und zu analysieren, um im Anschluss eine Aussage über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg zu ermöglichen. Entscheidend wird dabei die Frage sein, von welchen Faktoren die Entwicklung des Gesundheitstourismus generell abhängig ist. Die sozialen, politischen und wirtschaftlichen Einflüsse gilt es zu untersuchen und in ihrem Wirkungsspektrum zu analysieren. Eine weitere Frage, der hier nachgegangen werden soll, ist die Bedeutung des Gesundheitstourismus für das Land Brandenburg. Da der Tourismus generell als ein wichtiger Wirtschaftszweig in vielen Regionen gefördert wird, stellt sich die Frage, inwieweit das Land Brandenburg davon profitieren kann.

Zur Untersuchung der Entwicklung des Gesundheitstourismus wurden folgende Hypothesen erarbeitet:

### 1. Hypothese:

*Der Gesundheitstourismus folgt – trotz seiner teilweise stark medizinisch geprägten Teilbereiche – mittlerweile den Mechanismen des allgemeinen Tourismus.*

Im Gesundheitstourismus sind es die medizinischen Behandlungen, die sich in ihrer Form in den letzten Jahrhunderten stark gewandelt haben. Fuhr man im 18. Jahrhundert hauptsächlich aus gesellschaftlichen Gründen zur Kur, trat die Rehabilitation im beginnenden 20. Jahrhundert als Motiv einer Gesundheitsreise

---

in den Vordergrund. Die Kur als präventive Maßnahme gewann schließlich nach dem Zweiten Weltkrieg an Bedeutung. Betrachtet man die aktuelle Entwicklung im Gesundheitstourismus, ist es die medizinische Relevanz der Behandlungen in gesundheitstouristischen Destinationen, die es kritisch zu betrachten gilt.

## 2. Hypothese:

*Aufgrund der gestiegenen Bedeutung innovativer und spezialisierter Angebotsformen, können sich Destinationen mit ungünstigen naturräumlichen Voraussetzungen dennoch als Gesundheitsdestinationen etablieren.*

Traditionelle gesundheitstouristische Destinationen zeichnen sich durch naturräumliche Vorzüge und vor allem durch ihre ortsgebundenen Heilmittel (z.B. Moor, Thermalquellen, Klima etc.) aus. Die modernen Formen des Gesundheitstourismus sind dagegen zunehmend räumlich unabhängig. Dabei sind es in erster Linie moderne Wellnessdestinationen, die sich durch eine neue Produktvielfalt auf dem gesundheitstouristischen Markt durchsetzen.

## 3. Hypothese:

*Investitionen in den Bereich Gesundheitstourismus schaffen in strukturschwachen Regionen – wie dem Land Brandenburg – enorme Entwicklungspotenziale und unterstützen eine unschätzbare regionale Wertschöpfungskette.*

Im Land Brandenburg ist der Bereich Gesundheitstourismus unterrepräsentiert. Naturräumliche Gunsträume und Ungunsträume sind durch Investitionen – in bestehende Strukturen oder in innovative Konzepte – in der Lage, am gesundheitstouristischen Markt zu partizipieren und schlussendlich die regionale Wirtschaft anzukurbeln.

---

## **1.2 Aufbau der Arbeit**

Zu Beginn dieser Arbeit wird der Gesundheitstourismus anhand von Definitionen und Begriffsbestimmungen in einen für die Thematik relevanten Rahmen eingeordnet. Der erste Abschnitt dient daher dazu, den Gesundheitstourismus von anderen Tourismusarten abzugrenzen und die verschiedenen Ausprägungen gesundheitstouristischer Angebote darzustellen. Die zwei bedeutendsten Formen – der Kur- und der Wellnesstourismus – werden hierbei eine wichtige Rolle einnehmen und stehen daher im Mittelpunkt der Betrachtung (Kapitel 2). Anschließend werden die Rahmenbedingungen, die für den Gesundheitstourismus prägend sind, thematisiert. Um die Entwicklungen der letzten und der kommenden Jahre genauer beschreiben zu können, werden hier entscheidende Determinanten des Gesundheitstourismus und ihre Auswirkungen beschrieben (Kapitel 3). In Kapitel 4 werden die aktuellen Strukturen des Gesundheitstourismus in Deutschland näher betrachtet. Dabei soll ein Überblick zu der Thematik auf bundesdeutscher Ebene in den darauf folgenden Abschnitt einleiten. Dieser wird das Land Brandenburg als gesundheitstouristische Destination vorstellen. Hierbei werden die räumlichen Gegebenheiten analysiert und die Bereiche Angebot und Nachfrage untersucht (Kapitel 5). Im Anschluss folgt der empirische Teil, in dem mit Hilfe der Delphi-Methode Experten zum Thema befragt werden, um abschließend einen Ausblick auf die zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg zu geben. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse der Untersuchung und die theoretisch erarbeiteten Aspekte für eine Gesamtdarstellung der Thematik und schließlich für eine Schlussbetrachtung verwandt.

---

## **2. Tourismus und Gesundheitstourismus: Definition und Abgrenzung**

Der Gesundheitstourismus ist eine Tourismusart, die sich in einigen grundlegenden Aspekten vom Tourismus allgemein und anderen Tourismusarten im Speziellen unterscheidet. Generell unterscheidet man im Tourismus zwischen der Dauer, der Entfernung und dem Motiv einer Reise. So ist etwa der Shoppingtrip in eine Stadt ebenso dem Tourismus zuzuordnen wie ein zweiwöchiger Urlaub in einer Ferienanlage auf einer Südseeinsel. Die unterschiedlichen Faktoren, die Dauer, Entfernung und Motiv einer Reise beeinflussen, werden in einem späteren Kapitel im Hinblick auf den Gesundheitstourismus genauer erläutert. Um den Gesundheitstourismus vom generellen Tourismus abzugrenzen ist es wichtig, diesen vorweg zu definieren. Daher werden zunächst Definitionen des Begriffes Tourismus dargestellt, um im Anschluss den Gesundheitstourismus in Bezug zu anderen Tourismusarten abzugrenzen.

### **2.1 Tourismus**

In der Literatur wird der Terminus Tourismus in der Regel mit den Begriffen Fremdenverkehr, Reiseverkehr und Touristik gleichgesetzt (vgl. Berg 2008). So soll auch in dieser Arbeit der Begriff Tourismus als Oberbegriff für alle in der Literatur synonym verwendeten Wortschöpfungen verstanden werden.

Der Begriff Tourismus wird national wie international häufig unterschiedlich definiert. Eine Abgrenzung des Begriffes findet sich daher in vielen Variationen und ist oftmals abhängig von dem entsprechenden wissenschaftlichen Kontext. Dennoch finden sich in den jeweiligen Begriffsbestimmungen definitorische Ähnlichkeiten. Im Folgenden werden Definitionen vorgestellt, die in der gängigen Literatur Anwendung finden und hier zur Abgrenzung der Begrifflichkeiten herangezogen werden. Viele Autoren beziehen sich auf die international anerkannte Definition der World Tourism Organization (UNWTO): „*Tourism comprises the activities of persons travelling and staying in places outside their usual environment for not more than one consecutive year for leisure, business and other purposes*“ (zitiert in Rulle 2008, 19). Hier werden die grundlegenden Aspekte des Tourismus aufgegriffen: der Aufenthalt von Personen außerhalb

---

ihrer gewohnten Umgebung, was den Wohnort, den Arbeitsort und den generellen Aktivitätsraum um diese Orte herum beinhaltet. Zudem die Dauer des Aufenthaltes – welche mit maximal einem Jahr beschrieben wird – und die Motive der Reise, die etwa privat oder geschäftlich begründet sein können.

Bei weiteren Recherchen finden sich unzählige Definitionen und Abgrenzungsversuche. In dieser Arbeit soll die Definition der WTO als Basis zur Begriffserklärung genutzt und mit Hilfe anderer Autoren in den einzelnen Punkten präzisiert werden. So findet etwa Steinecke (2006) aus den zahlreichen in der Literatur verwendeten Definitionen drei entscheidende Gemeinsamkeiten hinsichtlich der Touristen, die auch mit der Definition der UNWTO vergleichbar sind: Touristen sind Ortsfremde, sind temporäre Besucher und sind Konsumenten. Touristen sind also Ortsfremde, das heißt, die Reise ist mit einem Wechsel vom Wohnort des Reisenden zu einem Zielort (Destination) verbunden. Zudem halten sich Touristen nur für einen begrenzten Zeitraum am Zielort auf. Die Aufenthaltsdauer beträgt maximal ein Jahr und der Reisende kehrt im Anschluss in seinen Wohnort zurück. Der dritte Punkt - Touristen sind Konsumenten - bedeutet, sie gehen im Zielort keiner permanenten beruflichen Tätigkeit nach. *„Auch Geschäftsreisende, die sich zu Verkaufs-, Akquisitions- bzw. Kontaktgesprächen am Zielort aufhalten, treten dort vorrangig als Konsumenten auf“* (Steinecke 2006, 13).

Mundt (2006) hat sich eingehend mit der Etymologie des Begriffes Tourismus beschäftigt und setzt diesen als Oberbegriff aller Reisen, *„unabhängig von ihren Zielen und Zwecken, [...], die den zeitweisen Aufenthalt an einem anderen als den Wohnort einschließen und bei denen die Rückfahrt Bestandteil der Reise ist“* (Mundt 2006, 3). Der Autor geht in dieser Definition noch nicht genauer auf die Ziele und Zwecke einer Reise ein, was jedoch zur Unterscheidung unterschiedlicher Tourismusarten wichtig ist. Neben der Dauer und der Entfernung einer Reise ist das Motiv ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal. Sich der Relevanz dieser Aspekte bewusst, stellt Mundt (2006) eine generelle Unterteilung in beruflich bedingte Reisen, privat bedingte Reisen und Urlaubsreisen vor. Zu den beruflich bedingten Reisen zählen beispielsweise der Besuch von Messen und Ausstellungen, Konferenzen, Kongresse, Tagungen, der Aufbau und die Pflege von Geschäftsbeziehungen und Reisen zu

---

Forschungszwecken (vgl. Mundt 2006). Die Motive für privat bedingte Reisen sind ebenso vielfältig und können unter anderem begründet werden mit: *„Entspannung, Erholung, Abwechslung, Erlebnis, Bildung, Naturerlebnis und sportliche Betätigung“* (Mundt 2006, 115). Die Motive zu reisen sind sehr unterschiedlich, manchmal auch gegensätzlich und in einigen Fällen bedingen sie sich gegenseitig.

Die obigen Ausführungen dienen einem generellen Überblick über den Begriff Tourismus als solchen und die einzelnen Tourismusarten, die sich aus Dauer, Entfernung und Motiv der Reisen ergeben. So lässt sich auch der Gesundheitstourismus aus diesem Kontext heraus beschreiben. Im Folgenden soll nun auf den Gesundheitstourismus als Tourismustyp eingegangen werden.

## **2.2 Gesundheitstourismus**

*„Denn eine Gesundheit an sich gibt es nicht, und alle Versuche ein Ding derart zu definieren sind kläglich mißraten. Es kommt auf dein Ziel, deinen Horizont, deine Antriebe, deine Irrtümer und namentlich auf die Ideale und Phantasmen deiner Seele an, um zu bestimmen, was selbst für deinen Leib Gesundheit zu bedeuten habe. Somit gibt es unzählige Gesundheitigen deines Lebens...“*

*(Friedrich Nietzsche 1844 – 1900)*

Die Gesundheit steht bei dieser besonderen Form des Tourismus im Vordergrund. Doch die Bedeutung, die hinter diesem Wort steht, lässt sich als solche nicht einfach mit der Abwesenheit von Krankheit erklären. Wie schon Friedrich Nietzsche im obigen Zitat (aus seinem Werk *„Die fröhliche Wissenschaft“* 1882) treffend formuliert, kann die Gesundheit nur schwer allgemeingültig definiert werden. Dies ist unter heutigen Gesichtspunkten zudem weitaus differenzierter zu betrachten als im ausgehenden 19. Jahrhundert und ist darüber hinaus von unterschiedlichen wissenschaftlichen Zugängen und entsprechenden Schwerpunkten abhängig. Eine gängige Definition für den Begriff Gesundheit stammt aus dem Jahr 1948 von der World Health Organization (WHO): *„Gesundheit ist der Zustand eines vollkommenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“* (WHO 1948 zitiert in Lanz Kaufmann 1999, 31). Dabei ändert

---

sich das Verständnis von Gesundheit im Laufe der Jahre. So wurde der Gesundheit etwa in der Nachkriegszeit eine andere Bedeutung beigemessen als es gegenwärtig der Fall ist. Die rein physische Gesundheit steht heutzutage der mentalen Gesundheit gegenüber und lässt sich von dieser kaum mehr trennen. *„Heute geht das moderne sozialmedizinische Verständnis von einem dynamischen Prozess aus, in welchem das Individuum ständig versucht, mit seiner Umwelt ein Fließgewicht herzustellen und somit sein Wohlbefinden zu optimieren“* (Lanz Kaufmann 1999, 31). Die Dynamik hinter diesem Begriff greift auch das Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky (1987) auf. Dieser beschreibt ein Kontinuum zwischen den Zuständen krank und gesund, auf dem jeder Mensch eine Position einnimmt (vgl. Kapitel 2.2.1). Abhängig ist der jeweilige gesundheitliche Zustand eines Menschen von unterschiedlichen Faktoren, die den Menschen individuell beeinflussen. Lanz Kaufmann (1999) nennt dabei vier entscheidende Faktoren, die sich auf den Gesundheitszustand auswirken:

- biologische und genetische Gegebenheiten,
- die natürliche und soziale Umwelt,
- der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten und
- die medizinische Versorgung.

Aus diesen Faktoren ergeben sich individuelle gesundheitliche Zustände, denn jeder Mensch hat ein eigenes Verständnis von Gesundheit und abhängig von den beeinflussenden Faktoren ergibt sich eine gewisse individuelle und soziale Konstruktion der Wirklichkeit (vgl. Berg 2006, Lanz Kaufmann 1999).

Derzeit ist Gesundheit für die Menschen neben Familie, Freunde, Freizeit und Arbeit der wichtigste Bereich im Leben (vgl. Zellmann 2007). *„Gesundheit ist den Menschen das höchste Gut“* (Zellmann 2007, 243). Zukunftsforscher wie Peter Zellmann und Matthias Horx stellen fest, wie enorm wichtig die körperliche und auch geistige Gesundheit für die Menschen bereits ist und dass sich deren Stellenwert zukünftig noch steigern wird. Dabei ist *„gesund sein alleine [...] aus Sicht der Menschen zu wenig, die Qualität der Gesundheit ist das Entscheidende“* (Schwaiger 2007, 14).

All diese Aspekte wirken sich auf den Gesundheitstourismus in verschiedenen Formen aus. An dieser Stelle soll aber zunächst von der allgemeinen

---

Wortbedeutung gesprochen werden, um in einem späteren Kapitel auf entsprechende äußere Einflüsse einzugehen.

Im Gesundheitstourismus ist folglich der Erhalt oder die Wiederherstellung der eigenen Gesundheit das Hauptmotiv für den Reisenden. Auch die UNWTO hat sich mit dieser Form des Tourismus befasst und sie wie folgt definiert. *„Tourism associated with travel to health spas or resort destinations where the primary purpose is to improve the traveller’s physical well-being through a regimen of physical exercise and therapy, dietary control, and medical services relevant to health maintenance“* (zitiert in Rulle 2008, 20).

Nach Schwaiger (2007, 13) ist der Gesundheitstourismus *„die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen zur Förderung, Stabilisierung und gegebenenfalls Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens unter Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben, für die der Aufenthalt weder hauptsächlich und dauernder Wohn- noch Arbeitsort ist.“* Zudem unterteilt Schwaiger (2007) den Gesundheitstourismus in zwei Bereiche (vgl. Tabelle 1). Auf der einen Seite steht die Gesunderhaltung mittels Fitness- und Gesundheitsclubs und Wellness, auf der anderen Seite findet sich die Wiederherstellung der Gesundheit (die Heilung) durch klinische Angebote, Rehabilitation und Kur.

Tabelle 1: Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit (in Anlehnung an Schwaiger 2007, 16)

<b>Erhaltung</b> der Gesundheit mittels:	<b>Wiederherstellung</b> der Gesundheit mittels:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fitnessclubs</li><li>• Gesundheitsclubs</li><li>• Wellness</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Klinische Angebote</li><li>• Rehabilitation</li><li>• Kur</li></ul>

Der Gesundheitstourismus lässt sich von anderen Tourismusarten demzufolge dadurch abgrenzen, dass am Zielort des Reisenden Gesundheitsleistungen einen

---

Angebotsschwerpunkt darstellen. Zu diesen Leistungen gehören beispielsweise: *„medizinische Leistungen, balneologische Leistungen, therapeutische Beratung und Betreuung, sportliche Aktivitäten und Möglichkeiten, gesunde Ernährung“* (Berg 2008, 39).

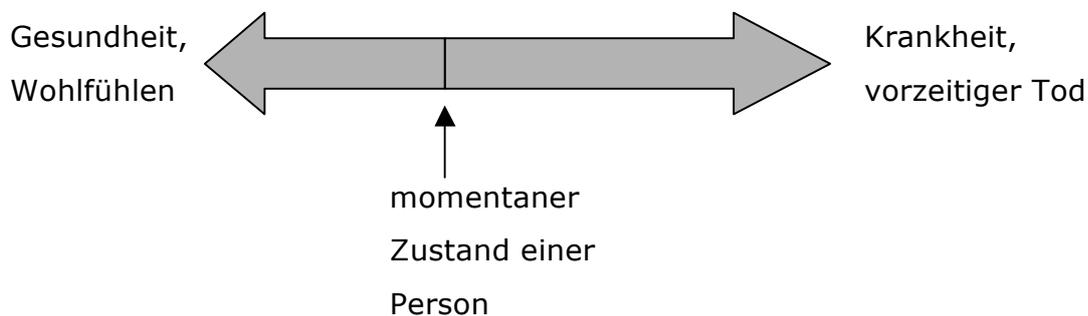
Im Gesundheitstourismus lassen sich zudem unterschiedliche Formen feststellen, wobei für Reise und Aufenthalt das gemeinsame Motiv der Erhaltung bzw. Wiedererlangung der persönlichen Gesundheit besteht. Zu diesen Formen zählen der Kurtourismus, der Wellnesstourismus und der gesundheitsorientierte Urlaub (vgl. Rulle 2008). Im Folgenden soll auf die einzelnen Formen im Speziellen eingegangen werden. Das Hauptaugenmerk liegt hier auf den Bereichen Kur- und Wellnesstourismus, da der gesundheitsorientierte Urlaub in seiner Form zu unspezifisch und der Aspekt Gesundheit nicht als stetiges Motiv feststellbar ist (vgl. Rulle 2008).

### **2.2.1 Exkurs: Die Salutogenese**

Die Salutogenese bezeichnet ein Konzept, das den modernen Gesundheitsbegriff nach speziellen Gesichtspunkten interpretiert. Dieses Konzept wurde von dem amerikanisch-israelischen Sozialmediziner Aaron Antonovsky entwickelt und beschäftigt sich mit der Gesundheitsförderung, Prävention und dem Verhindern von Krankheiten (vgl. Eberle 2004). Nach Antonovsky ist die Gesundheit kein Zustand, sondern vielmehr ein dynamischer Prozess, der durch bestimmte Situationen im Leben beeinflusst wird. Im Mittelpunkt dieses Modells steht die Frage, welche Faktoren die Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen. Dementsprechend geht es hier nicht darum Faktoren zu ermitteln, die einen Menschen krank machen, sondern um die Darstellung derer, die sich positiv auf die Gesundheit auswirken (vgl. Schwaiger 2008). Abbildung 1 zeigt die Darstellung eines Kontinuums mit den theoretisch erreichbaren Eckpunkten absoluter Gesundheit und absoluter Krankheit. Hierbei wird davon ausgegangen, dass jeder Mensch zwischen den Zuständen absolut gesund und absolut krank eine Position auf dem Kontinuum einnimmt.

---

Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (eigene Darstellung nach Eberle 2004, Berg 2008, Überlacker 2000)



Das Ziel des Modells der Salutogenese ist es, den gesundheitlichen Zustand des Menschen zu erhalten oder zu verbessern und nicht ausschließlich krankmachende Einflüsse zu bekämpfen. Indem körpereigene Widerstandskräfte aufgebaut werden, soll die Verschiebung auf dem Kontinuum in Richtung Gesundheit ermöglicht werden (vgl. Eberle 2004). Dabei wird der Mensch ganzheitlich betrachtet und soziale, emotionale, geistige und körperliche Faktoren – die seinen gesundheitlichen Zustand beeinflussen – berücksichtigt. Das Konzept der Salutogenese wurde als Gegenmodell der Pathogenese (Entstehung von Krankheiten) auch international in die gesundheitspolitische Diskussion integriert (vgl. Robert-Koch-Institut 2006).

### **2.2.2 Kurtourismus**

Der Kurtourismus lässt sich als eine besondere Form des Gesundheitstourismus beschreiben. Dabei versteht man unter dieser speziellen Tourismusform die *„Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus dem Aufenthalt von Personen zum Zwecke der Erholung des menschlichen Organismus aufgrund einer Kur und aus den damit im Zusammenhang stehenden Reisen vom und zurück zum Herkunftsort ergeben“* (Kaspar/Fehrlin 1984 zitiert in Rulle 2008, 21). Der Unterschied zu anderen Formen des Tourismus findet sich im Reisezweck, der Teilnahme an einer Kur. Um den Kurtourismus genauer beschreiben zu können, müssen daher der Begriff Kur und alle damit in Verbindung stehenden Faktoren (Kurort, Kurgast, Organisationsformen etc.) geklärt werden. Der Deutsche Heilbäderverband e.V. (DHV) und der Deutsche Tourismusverband e.V. (DTV) haben in Zusammenarbeit die

---

„Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen“ (2005) erstellt, die in Deutschland für den Bäderbereich als einheitliche Qualitätsrichtlinien und Klassifizierungsmerkmale anerkannt sind. So sind diese Begriffsbestimmungen Bestandteil der Kurortgesetze und -verordnungen der Bundesländer. Diese sind gesetzlich für die Gestaltung des Gesundheitswesens zuständig. Daher werden diese Begriffsbestimmungen hier als Grundlage für die Aufarbeitung der Thematik Kur und Kurtourismus verwendet.

### **2.2.2.1 Exkurs: Die Geschichte des Kurwesens**

Betrachtet man die geschichtliche Entwicklung des Kurwesens, beginnt diese bereits in der griechischen Antike. Zu dieser Zeit – beginnend etwa 2000 v. Chr. – war das Wasser als Heilmittel von großer Bedeutung. Dabei wird vor allem Hippokrates (460-370 v. Chr.) zugesprochen, mit seiner Arbeit die wissenschaftliche Grundlage für die Wirkung von Kuren gelegt zu haben (vgl. Rulle 2008; Hoefert 1993). Demnach gingen die hippokratischen Ärzte davon aus, dass Krankheiten *„durch ein Mißverhältnis der Grundelemente Feuer, Luft, Erde und Wasser auf der einen Seite und den Körpersäften des Menschen auf der anderen Seite“* (Hoefert 1993, 391) entstehen. Ziel ihrer daraus abgeleiteten Anwendungen (Diätetik, Gymnastik, Massagen, Schwitzkuren und verschieden temperierte Bäder) war die Harmonisierung der Lebensgewohnheiten (vgl. Hoefert 1993). Die Nutzung natürlich temperierter Bäder und mit Schwefel angereicherte Quellen kam später ebenfalls dazu. Weiters war es die sportliche Betätigung, die zu dieser Zeit einen hohen Stellenwert einnahm (vgl. Rulle 2008).

Im Römischen Reich war es dagegen der gesellschaftliche Aspekt, der beim Besuch der Bäder im Vordergrund stand. *„Dabei dienten diese Anlagen zunehmend mehr als städtisch-bürgerliche Kommunikationszentren (man war „ad aquas“), als Kapitalanlagen und nicht zuletzt auch als Orte, an denen reiche Bürger diverse Heilmittel-Anwendungen (Schlämme, Inhalationen u.a.) in Anspruch nehmen konnten“* (Hoefert 1993, 391). Nach einem technischen Aufschwung war es später möglich, Badeanlagen durch Heizungssysteme auch abseits thermischer Quellen zu errichten. So gab es bereits im ersten

---

Jahrhundert n. Chr. allein in Rom 170 Badeanlagen und die Zahl stieg bis ins dritte Jahrhundert auf 867 (vgl. Rulle 2008). Nach dem Zerfall des Römischen Reiches wurde die Tradition des Badens im arabischen Raum weitergeführt. Vor allem die Balneotherapie (Bäderbehandlung) wurde von arabischen Ärzten angewandt und weiter entwickelt.

Im europäischen Raum begann die neuzeitliche Entwicklung der Kur in Großbritannien etwa Mitte des 18. Jahrhunderts (vgl. Rulle 2008). Dabei waren es Mitglieder der Aristokratie, die Wochen oder sogar Monate in beliebten Badeorten wie Bath oder Cheltenham verbrachten. Anlass waren die vermehrten Wohlstandskrankheiten dieser Zeit, die durch falsche Ernährung und zu wenig Bewegung verursacht wurden. Schon damals wurden jene Krankheiten durch die Förderung eines gesunden Lebensstils und durch Therapien unter Leitung der Badeärzte behandelt. Neben den medizinischen Gründen waren es aber auch gesellschaftliche Motive, die Anlass für den Besuch der Badeorte gaben. Das kulturelle und gesellschaftliche Rahmenprogramm, das diese Orte boten, war bei den Aristokraten sehr beliebt. *„Der traditionelle Nachmittagstee, die Tänze und Spieleabende boten den Gästen der Oberschicht die Möglichkeit, sich zu treffen, zu diskutieren, Geschäfte zu tätigen und schließlich auch familiäre Angelegenheiten zu regeln“* (Rulle 2008, 48). In der Zeit entwickelten sich die Badeorte zu Orten des Wohlstandes, den sie auch nach Außen trugen. Es entstand eine Infrastruktur mit einer großzügigen und repräsentativen Gestaltung des öffentlichen Raumes – Parks, Wege, Cafés, Restaurants, Hotels, Gasthäuser und auch Theater oder kulturelle Einrichtungen – die noch heute ihresgleichen sucht.

Die Entwicklung im 19. Jahrhundert zeichnete sich durch eine zunehmende Konkurrenz innerhalb Europas (vor allem durch Deutschland, Frankreich und Österreich-Ungarn) aus (vgl. Rulle 2008). Zudem führten die gesellschaftlichen Veränderungen in dieser Zeit zu einem Wandel in der Gästestruktur. Es fand nun zunehmend die bürgerliche Mittelschicht den Weg in die Badeorte. Die Blütezeit in Großbritannien ging vorüber und nach dem Zweiten Weltkrieg reduzierte sich die Zahl der Heilbäder enorm. Die kontinentale Konkurrenz war aufgrund ihrer mehrheitlich staatlichen Führung finanziell flexibler, wogegen die privaten Kureinrichtungen Großbritanniens einen weitaus geringeren finanziellen

---

Spielraum aufwiesen und dadurch notwendige Modernisierungen ausblieben (vgl. Rulle 2008).

Ende des 19. Jahrhunderts konnten die Anwendungen und Therapien durch wissenschaftliche Arbeiten untermauert werden und es wurden Therapieformen entwickelt, die gezielt auf bestimmte Krankheiten abgestimmt wurden. So erlebte die Kur einen Aufschwung und blieb bis zum Ersten Weltkrieg in Europa in dieser Form sehr beliebt.

Anfang des 20. Jahrhunderts bestimmten der Erste und der Zweite Weltkrieg das Geschehen. Die Kurorte wurden teilweise als Lazarett umfunktioniert und dienten der Pflege verwundeter Soldaten. Durch diesen Ansturm kranker bzw. verletzter Gäste rückten die balneologischen Anwendungen in den Focus der modernen Medizin. Zunehmende Erfolge in der Behandlung der Patienten führten zu einer steigenden Akzeptanz dieser speziellen Behandlungsformen innerhalb der modernen Medizin. Im Zuge dessen wandelte sich die Gästestruktur und es kamen nun Gruppen aus allen gesellschaftlichen Schichten in die Orte (vgl. Rulle 2008). Nach dem Zweiten Weltkrieg führte die Einführung der Sozialversicherungssysteme dazu, dass nun auch Bürger unabhängig ihrer sozialen Herkunft Zugang zu den Kurbehandlungen hatten. Zudem änderte sich auch die Altersstruktur der Gäste. *„Waren im 19. Jh. alle Altersgruppen vertreten, so kamen nun zunehmend Ältere, chronisch Kranke oder Rehabilitationspatienten“* (Rulle 2008, 50). Da die meisten Bäder in staatlicher oder kommunaler Hand waren und die Finanzierung über die Sozialleistungsträger gesichert wurde, waren sie nur begrenzt dem Wettbewerb ausgesetzt. Die veränderte Sozialgesetzgebung der letzten Jahre führte jedoch zu einer Krise der Destinationen. Die vormals gesicherte Auslastung durch die Sozialkurgäste und die Unterstützung der Städte und Gemeinden ließ kontinuierlich nach und so *„[...] sind heute private Unternehmen auf einem freien Gesundheitsmarkt sogar noch eher als staatliche Einrichtungen in der Lage, zu bestehen“* (Rulle 2008, 58).

---

### 2.2.2.2 Die Kur

Unter dem Begriff Kur, lateinisch *Cura* – Sorge, Fürsorge, Pflege (vgl. Rulle 2008, 21), versteht man im Allgemeinen die Förderung oder Unterstützung der Gesundheit oder die Wiederherstellung dieser während und nach einer Krankheit oder einem Leiden unterschiedlicher Art. Die Eckpfeiler einer Kur sind:

- die Prävention,
- die Kurbehandlung und
- die Rehabilitation (vgl. Rulle 2008).

Der Begriff ‚Kur‘ wird vom DHV und DTV (2005, 22) wie folgt definiert: *„Zusammengefasst ist die Kur in Heilbädern und Kurorten eine komplexe, ärztlich geleitete Übungsbehandlung zur Vor- und Nachsorge (Prävention und Rehabilitation) und eine kurative Behandlung für chronische Krankheiten und Leiden während bestimmter Phasen in einem länger dauernden Krankheitsverlauf. Verbunden mit einem Orts- und Milieuwechsel, soll sie den Patienten auch zu einem krankheitsspezifischen individuellen, aktiven, lebenslangen Gesundheitsprogramm anleiten.“* Die Dauer einer Kur wird aufgrund medizinischer Bestimmungen auf drei bis vier Wochen (in Einzelfällen auch länger) empfohlen, da sich ab diesem Zeitraum medizinische Erfolge einer Kur feststellen lassen. Dementsprechend spielt die Gesundheit als Hauptmotiv für die Teilnahme an einer Kur die entscheidende Rolle und wird in der Kurortmedizin als *„ein erreichtes individuelles funktional-dynamisches Gleichgewicht zwischen den Fähigkeiten und Kräften des Organismus und der Person (der ökologischen Potenz) und den Anforderungen von Umwelt und Mitwelt in bestimmten Lebenssituationen und Altersphasen (der ökologischen Valenz)“* verstanden (DHV/DTV 2005, 15). Dieses *„dynamische Verständnis von Gesundheit fördert Aktivität und Selbstverantwortung“* über den Rahmen der Kur hinaus und kritisiert gleichermaßen Patienten, die sich behandeln lassen *„anstatt die Verantwortung für die Gesundheit durch eigenes Handeln zu übernehmen“* (DHV/DTV 2005, 16). Die Maßnahmen während einer Kur sind sehr unterschiedlich und in der Regel vom örtlichen Badearzt auf die spezifischen Anforderungen des jeweiligen Kurgastes abgestimmt. Dennoch lassen sich Behandlungen und Therapien, die während einer Kur eine entscheidende Rolle spielen, laut DHV/DTV (2005, 22) wie folgt benennen:

- gegebenenfalls eine notwendige medikamentöse Behandlung,
- die physikalische Therapie,

- 
- die Bewegungstherapie,
  - die Entspannungstherapie,
  - die Diätetik,
  - die kleine Psychotherapie in Gruppen und in Einzelbehandlungen (zur Verhaltensänderung),
  - die Gesundheitsbildung (Information, Motivation, Gesundheitstraining).

Hierbei nimmt die medizinische Behandlung durch den Badearzt einen sehr hohen Stellenwert ein. Neben den Behandlungen und Therapien im Kurort ist es jedoch ein Bündel an Faktoren – wie etwa die Abwesenheit von der gewohnten Wohn- und Arbeitswelt – die einen Kuraufenthalt positiv beeinflussen.

Die Kur, mit all ihren spezifischen Abläufen, Behandlungsmethoden und generellen Strukturen, ist eine Folge „*normativer, interaktiver und fortdauernder dynamischer Prozesse in Medizin und Gesellschaft*“ (DHV/DTV 2005, 22f), welche sich laut DHV/DTV (2005) zusammenfassend wie folgt darstellen:

- Fortschritt und Entwicklung in der Medizin und medizinischer Teildisziplinen,
- internationale Entwicklung in den Rehabilitations- und den Gesundheitswissenschaften, in der Sportmedizin, in den natürlichen Heilmethoden, sowie in Verbindung mit anderen Medizinkulturen, im Umweltschutz, in der Umweltmedizin und der Medizinmeteorologie,
- Entwicklung klassischer Arbeits- und Lebensbedingungen,
- Veränderungen der Sozialversicherungssysteme und dem Sozialschutz in Deutschland und in Europa,
- Reformen in den versicherungsrechtlichen Rahmenbedingungen im deutschen Gesundheitssystem durch den Gesetzgeber,
- Weiterentwicklung der traditionellen Gesundheitskultur im Heilbäderwesen Deutschlands in Anpassung an die Entwicklungen in der Medizin und der Gesellschaft,
- Konzeption und Änderung der Kurortgesetze der Länder unter Berücksichtigung der Fortschreibungen der Begriffsbestimmungen des Deutschen Heilbäderverbandes als gültiges Normenwerk zur Qualitätssicherung.

In Folge dieser Entwicklungen hat sich in Deutschland (in Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern und der Gesundheitspolitik) aus der ‚klassischen Kur‘ ein spezifisches Kursystem entwickelt (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Kursystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland (in Anlehnung an DHV/DTV 2005, 23f)

<b>Kuren in Heilbädern und Kurorten</b>	
<b>Die ambulante Kur</b>	<b>Die klinische, stationäre Kur</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die ambulante Kindervorsorgekur</li> <li>2. Die ambulante Präventionskur</li> <li>3. Die ambulante Rehabilitationskur</li> <li>4. Die ambulante Kompaktkur (als Vorsorge- oder Reha-Kur)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Die stationäre Kur in einer Vorsorgeeinrichtung</li> <li>2. Die Vorsorgekur für Mütter und die Müttergenesungskur</li> <li>3. Die stationäre Rehabilitationskur/ stationäres Heilverfahren</li> <li>4. Die Anschlussrehabilitation</li> </ol>

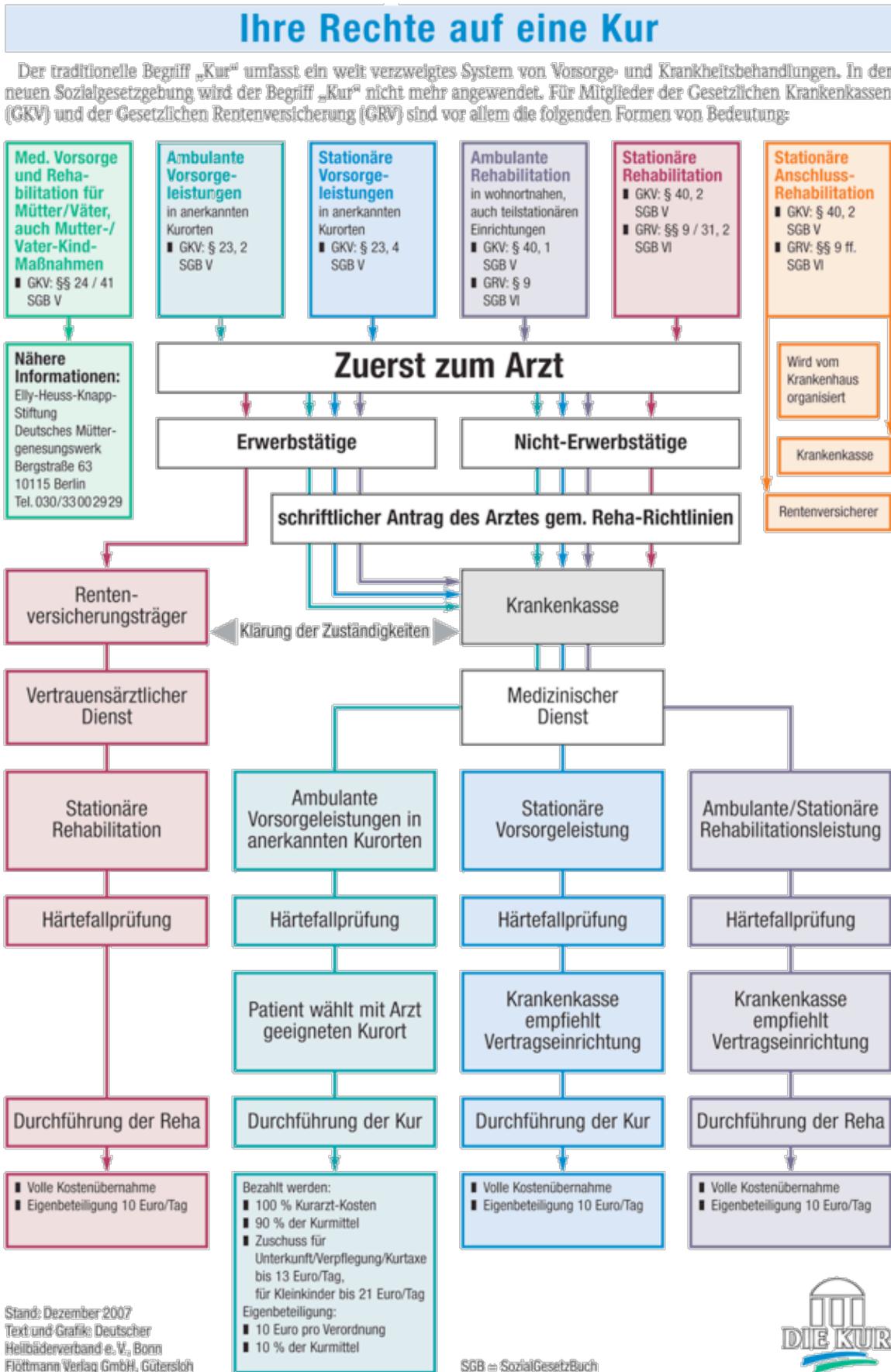
Die ambulante Kur zeichnet sich dadurch aus, dass Kurmaßnahmen vom Kurgast genutzt werden, dieser sich aber nicht in einer Klinik aufhält, sondern eine Unterkunft im Kurort nutzt. Zudem ist die Kostenübernahme durch die Leistungsträger bei einer ambulanten Kur anders gestaffelt. So werden kurärztliche Leistungen vollständig und Heilmittel teilweise übernommen. Die Unterkunfts- und Verpflegungskosten werden hier nur bezuschusst (vgl. Rulle 2008). Im Gegensatz zur ambulanten Kur hält sich der Kurgast bei einer stationären Kur in einer Klinik auf, in welcher im Regelfall auch die Kurmaßnahmen genutzt werden. Zudem werden im Normalfall anfallende Kosten für die Behandlungen, die Unterkunft und die Verpflegung von den entsprechenden Sozialleistungsträgern (Kranken-, Unfall- oder

---

Rentenversicherung) übernommen. Einschränkungen gibt es bei der stationären Kur in der Form, dass der Kurgast oftmals nur eingeschränkte Möglichkeiten hinsichtlich der Auswahl des Kurortes hat (vgl. Rulle 2008).

Aufgrund sich ständig ändernder Rahmenbedingungen wie etwa die Gesundheitsreformen der letzten Jahre und andere beeinflussende Faktoren (Anmeldemodalitäten o. ä.) wird die Möglichkeit eine Kur in Anspruch zu nehmen erschwert. Als Hilfe und zum besseren allgemeinen Verständnis ermöglicht die Abbildung „*Ihre Rechte auf eine Kur*“ des DHV einen Überblick über die Möglichkeiten an einer Kur teilzunehmen. Hier lassen sich die einzelnen Stationen, von der gewünschten Maßnahme im Kurort über die zugrunde liegenden gesetzlichen Rahmenbedingungen bis hin zu der eigentlichen Durchführung, anschaulich nachvollziehen.

Abbildung 2: Ihre Rechte auf eine Kur (DHV 2007)



Ein weiterer wichtiger Punkt ist die Unterscheidung der Kur in die selbst finanzierte Kur (Privatkur) und in die von Leistungsträgern finanzierte Kur (Sozialkur). Zu den Leistungsträgern zählen etwa die gesetzliche Krankenversicherung, die gesetzliche Rentenversicherung oder Berufsgenossenschaften (Unfallversicherung), die auf Grundlage des Sozialgesetzbuches die Leistungen voll oder teilweise übernehmen. Diese Abgrenzung ist vor dem Hintergrund der wirtschaftlichen Effekte in Kurorten sehr wichtig. So unterscheiden sich diese Kurgäste generell in ihren Ansprüchen an die Kur und an die Kurorte, aber auch anhand der in Anspruch genommenen Leistungen vor Ort.

Tabelle 3: Abgrenzung der Privatkur zur Sozialkur (Dehmer 1996, 13)

<b>Abgrenzungskriterium</b>	<b>Privatkur</b>	<b>Sozialkur</b>
<b>Finanzierung</b>	selbst finanziert oder teilweise von den Sozialversicherungsträgern bezuschusst	von Sozialversicherungsträgern finanzierte Kur
<b>Wahl des Kurortes</b>	selbstbestimmt	in der Regel fremdbestimmt (vom verordnenden Arzt oder vom Sozialversicherungsträger)
<b>Hintergrund des Kuraufenthaltes</b>	Kur im Rahmen des Jahresurlaubs	Kur als Sonderzeit
<b>Anlass für den Kuraufenthalt</b>	Eigenmotivation	ärztliche Anleitung
<b>Kurplan</b>	frei gestaltbar	vom Arzt festgelegt
<b>Anforderungen an die Freizeitstruktur</b>	hohe Erwartungen an das Kurumfeld	niedrige Ansprüche in Hinblick auf Freizeiteinrichtungen, an den täglichen Kurplan gebunden

---

### **2.2.2.3 Heilbäder, Kurorte und Erholungsorte**

In Deutschland wurden Begriffsbestimmungen und Qualitätsstandards durch den DHV und den DTV erarbeitet, um im föderal gegliederten Kur- und Bäderwesen der Bundesrepublik Deutschland länderübergreifend eine einheitlich hohe Qualität der Heilbäder, Kurorte und Erholungsorte zu erreichen. So sind die Bezeichnungen für Kurorte, Erholungsorte und Heilbäder an Voraussetzungen geknüpft, wie etwa Heil- und Erholungsfaktoren, natürliche Heilmittel des Bodens, des Meeres und des Klimas oder Voraussetzungen für die Physiotherapie nach Kneipp. Diese Voraussetzungen beziehen sich auf Orte im Ganzen oder auf Ortsteile. Kuren nach Definition des DHV können nur in staatlich anerkannten Heilbädern und Kurorten durchgeführt werden. Die staatliche Anerkennung und Prädikatisierung wird von den Kurortgesetzen der Länder sowie weiteren landesrechtlichen Anordnungen maßgeblich gesteuert (vgl. DHV/DTV 2005). Der DHV unterteilt Kurorte, Heilbäder und Erholungsorte anhand natürlicher oder ortsspezifischer Grundlagen in:

- Mineral-, Thermal- und Moorheilbad: Nach wissenschaftlichen Erkenntnissen muss sich das natürliche Heilmittel des Bodens kurgemäß bewährt haben.
- Heilquellen-, Heilstollen-Kurbetrieb oder Peloid-Kurbetrieb: Das natürliche Heilmittel des Bodens bzw. des Klimas muss sich nach wissenschaftlichen Erfahrungen kurgemäß bewährt haben.
- Seeheilbad und Seebad: Die Lage an Meeresküsten oder in unmittelbarer Nähe (zwei Kilometer als maximale Entfernung) ist Voraussetzung für die Prädikatisierung.
- Kneippheilbad und Kneippkurort: Voraussetzung ist die artgemäße Durchführung der Physiotherapie nach Kneipp; der Nachweis durch ein medizinisch-balneologisches Gutachten ist verpflichtend.
- Heilklimatischer Kurort: Ein durch Erfahrung bewährtes und therapeutisch anwendbares Bioklima mit der Möglichkeit der Dosierung der Klimareize ist Voraussetzung für diese Artbezeichnung. Zudem sind wissenschaftliche Gutachten erforderlich, die die medizinische Heilwirkung kontrollieren.
- Luftkurort und Erholungsort: Voraussetzungen für die Prädikatisierung sind hier geringer angesetzt; eine klimatisch günstige und landschaftlich bevorzugte Lage gilt als Hauptkriterium.

---

Zusammenfassend zeichnen sich Heilbäder und Kurorte durch das Vorhandensein ortsspezifischer, natürlicher Heilmittel aus. Diese müssen wissenschaftlich untersucht und dürfen in ihrer natürlichen Zusammensetzung keiner Veränderung unterzogen worden sein (vgl. Schwaiger 2007). Somit bilden sie die Grundlage für die jeweilige Prädikatisierung. *„Die deutschen Heilbäder und Kurorte erfüllen mit ihren spezifischen Strukturen vor allem zwei Aufgaben in der Gesellschaft: Zum einen sind sie Orte der Krankenbehandlung mit bestimmten Mitteln und Methoden, zum anderen sind sie Gesundheits-, Erholungs- und Sportzentren in Bereichen von Freizeit und Urlaub, auch weitgehend außerhalb des Aufgabenspektrums der Krankenbehandlung und damit auch außerhalb der Leistungspflicht von Sozialleistungsträgern“* (DHV/DTV 2005, 20). So zeichnen sich vor allem Kurorte dadurch aus, dass sie neben den natürlichen Heilmittelvorkommen über einen entsprechenden Ortscharakter verfügen und dem Gast eine spezifisch ausgebaute Infrastruktur anbieten. Rulle (2008) zählt dazu vor allem die Verkehrsinfrastruktur, Parkanlagen im Kurgelbiet und eine entsprechende bauliche Entwicklung im Ort. Einen weiteren sehr wichtigen Bestandteil bilden vorhandene Unterkunfts- und Verpflegungseinrichtungen im Kurort. Diese Kur- und Heilbetriebe zeichnen sich vor allem durch ihre ärztliche und pflegerische Betreuung aus und unterscheiden sich somit von anderen Einrichtungen ihrer Art (vgl. Rulle 2008).

Eine weitere Abgrenzung betrifft die Erholungsorte, die nicht mit Kurorten gleichzusetzen sind. Sie verfügen zwar über eine klimatisch günstige und landschaftlich bevorzugte Lage, dies bezieht sich aber ausschließlich auf den Erholungswert eines Ortes, nicht auf seine kurative Wirkung (vgl. Rulle 2008). Erholungsorte zeichnen sich hauptsächlich dadurch aus, dass sie ihre Infrastruktur speziell auf die Bereiche Urlaub, Freizeit und Erholung ausgerichtet haben. *„Auch sie haben bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit im Rahmen der primären Prävention mit diesem Schwerpunkt eine große, gesundheitsrelevante Aufgabe in der Gesellschaft“* (DHV/DTV 2005, 21). Erholungsorte sind in Deutschland ebenso prädikatisiert und werden mittels Begriffsbestimmungen nach Qualitätsmerkmalen und Mindestvoraussetzungen beschrieben.

---

#### 2.2.2.4 Der Kurgast

Um das Thema Kur und Kurtourismus eingehend zu behandeln, sollte auch auf den Kurgast ein kritisches Auge geworfen werden. Bis vor einigen Jahren wurde der Kurgast noch als ‚Patient‘ bezeichnet (vgl. Rulle 2008). Diese Bezeichnung erklärt sich mit der Tatsache, dass der Aufenthalt des ‚Patienten‘, inklusive Übernachtung, Verpflegung und Behandlungen, zu einem bestimmten Teil oder auch vollständig von den entsprechenden Sozialleistungsträgern (z.B. Kranken-, Unfall- oder Rentenversicherung) bezahlt wurde. Zu den einzelnen Entwicklungen in Bezug auf die Leistungsträger und deren Kostenübernahme von Kuren und anderen Leistungen wird in einem späteren Kapitel genauer eingegangen. Es ist jedoch vorweg festzustellen, dass in Deutschland ein Trend zu beobachten ist, der mit einer geringeren Kostenübernahme der Leistungsträger einhergeht. Gesundheitsdestinationen sind heute mehr denn je auf selbst zahlende Privatgäste angewiesen (vgl. Rulle 2008).

Somit ist das erste Unterscheidungsmerkmal anhand der Art der Kostenübernahme festzumachen. In Deutschland wird hier zwischen den Privatkurgästen und den Sozialkurgästen unterschieden (vgl. Rulle 2008). Wie schon in der Tabelle 3 (Dehmer 1996) zu sehen war, wird die Sozialkur ganz oder teilweise durch die Sozialleistungsträger getragen. Für Kurorte spielen die Sozialkurgäste eine wichtige Rolle, da sie eine verlässliche Größe darstellen. *„Sie werden saisonal unabhängig und, zumindest bisher, verlässlich durch die Leistungsträger in die Destination geschickt“* (Rulle 2008, 38). Die zweite Gästegruppe betrifft die Privatkurgäste, die ihren Kuraufenthalt selbst finanzieren. Zu beachten ist hierbei jedoch, dass diese im Anschluss an ihren Aufenthalt Teile der Behandlungskosten von ihren Leistungsträgern oder bei privat Versicherten von ihrer Privatkasse erstatten lassen und somit zu Sozialkurgästen im weitesten Sinne zählen (vgl. Rulle 2008). Privatkurgäste haben die Möglichkeit sich frei für eine Destination zu entscheiden. Bei den Auswahlkriterien steht daher zusätzlich zu den Kurangeboten vor Ort, die generelle touristische Attraktivität des Ortes an oberster Stelle.

Die Kurgäste haben für ihre Reise ein gemeinsames Motiv, ihre Gesundheit. Somit grenzen sie sich durch diesen Aspekt von anderen Gästegruppen ab. Doch innerhalb ihres Reisemotivs lassen sich die Kurgäste weiter differenzieren. So

---

kann der Grund der Reise nach den Anlässen Prävention, Rehabilitation und Kurbehandlung bestehender chronischer Krankheiten unterteilt werden. Im Allgemeinen unterscheiden sie sich aber weniger vom allgemeinen Touristen als anzunehmen wäre. Sie nutzen ebenso Unterkünfte-, Verpflegungs- und Unterhaltungseinrichtungen vor Ort. Zudem haben sie entsprechende Erwartungen an ein ansprechendes Unterhaltungsangebot (Kulturveranstaltungen, Sportmöglichkeiten etc.), sowie an die örtliche Infrastruktur, was ein gepflegtes Ortsbild mit Parkanlagen oder Einkaufsmöglichkeiten einschließt (vgl. Rulle 2008). Dennoch haben Kurgäste unterschiedliche qualitative Ansprüche an den Kurort, was von ihrem Aufenthaltsgrund (Prävention, Rehabilitation, Kurbehandlung) und dementsprechend von ihrer physischen Gesundheit abhängig ist.

Das durchschnittliche Profil eines Kurgastes, der drei bis vier Wochen Kuraufenthalt aufweist, beschreibt Brittner (1999, 24) als in der Regel alleinreisend, mit einem durchschnittlichen Alter von 45 bis 60 Jahren und einem monatlichen Haushalts-Netto-Einkommen zwischen 920 und 2.050 Euro.

### **2.2.2.5 Die Aufenthaltsdauer im Kurtourismus**

Der DHV (2005) empfiehlt aufgrund medizinischer Erkenntnisse einen Kuraufenthalt von drei bis vier Wochen, oder im Einzelfall (abhängig vom Grad der Erkrankung) auch länger. Dieser Zeitraum wird angegeben, da ein Langzeiterfolg einer Kur erst ab einer gewissen Behandlungsdauer zu erreichen ist. Die Dauer wird auf den Gast individuell abgestimmt und *„zunächst durch den Ablauf reaktiver Rhythmen (rhythmischer Umstellungen) in den Regulationsvermögen des Organismus unter wiederholter Anwendung physikalisch-therapeutischer Maßnahmen bei Klima- und Milieuwechsel bestimmt“* (DHV/DTV 2005, 18).

Generell ist die Aufenthaltsdauer von mindestens vier Übernachtungen ein Kriterium um einen Kurgast zu beschreiben und statistisch zu erfassen (vgl. Brittner 1999). Der medizinische Nutzen einer Kur kann bei einem kürzeren Aufenthalt nicht erwartet werden (vgl. Rulle 2008).

---

### 2.2.3 Wellnesstourismus

Der Wellnesstourismus gehört ebenfalls zu den speziellen Formen des Gesundheitstourismus, der – ebenso wie der Kurtourismus – die Erhaltung oder Verbesserung der eigenen Gesundheit zum Ziel hat. Um diesen genauer beschreiben zu können, müssen vorweg die genauen Begrifflichkeiten geklärt werden. Daher wird im Folgenden die Bedeutung des Begriffes *Wellness* erläutert. Da die Bezeichnung *Medical Wellness* ebenfalls häufig verwendet wird, wird im Anschluss in einem kurzen Exkurs genauer darauf eingegangen.

#### 2.2.3.1 Wellness

Der Begriff Wellness ist zurzeit in aller Munde. Es vergeht kein Tag, an dem man nicht mit ihm – sei es über die Medien, im Restaurant um die Ecke oder im Gespräch mit Freunden – in Kontakt kommt. Dabei wird Wellness im gleichen Atemzug mit Begriffen genannt wie: Auftanken, Kraftschöpfen, Spaßhaben, Vitalität, Schönheit, Lebensfreude, Wohlfühlen, Natürlichkeit, Entspannen, Erholen, Erleben, Entfalten von Körper, Geist und Seele (die Liste könnte endlos weitergeführt werden). Es ist ein Trend dem sich keiner zu entziehen vermag. So ist er auch in der Fachliteratur ein elementarer Bestandteil geworden, mit dem sich vor allem Trendforscher und Touristiker auseinandersetzen. Hier z.B. eine Aussage von Berg (2008, 6): *„Auch wenn der Begriff Wellness in Zusammenhang mit allen möglichen Produkten und Dienstleistungen verwendet wird, so verbirgt er doch im Kern ein soziales und mentales Problem, das in den veränderten Lebensbedingungen im Übergang zu Wissensökonomie wurzelt.“* Zellmann (2007, 247) spricht von einer *„Gesundheitsreform auf privatwirtschaftlicher Basis und jenseits von Krankenhaus- und Kur-Image, Sozialversicherung und chronischen Leiden.“* Doch was verbirgt sich wirklich hinter diesem Begriff, wie ist er entstanden und wie ist dieser Trend zu erklären?

Zur Entstehung und Verbreitung des Begriffes Wellness gibt es unterschiedliche Erklärungen. Auf der einen Seite ist Wellness ein künstlicher Begriff, der sich aus den englischen Worten *Well-being* und *Fitness* zusammensetzt (vgl. Rulle 2008, Schwaiger 2007, Berg 2008, Eberle 2004), wobei auf der anderen Seite auch auf einen älteren Ursprung des Begriffes hingewiesen wird (vgl. Barth 2005, Rulle 2008). Inhaltlich beschreibt Wellness *„ein ganzheitliches Wohlbefinden von*

---

*Körper, Geist und Seele und umfasst auch Komponenten wie Lebensfreude, Genuss, soziale Kontakte, Anerkennung...*" (Eberle 2004, 19). Des Weiteren beschreibt Wellness den aktiven Prozess, um den Körper in Form zu halten (vgl. Chalupa 2001), wobei *„Selbstverantwortung, körperliche Fitness, gesunde Ernährung, Entspannung, geistige Aktivität sowie Umweltsensibilität“* (Lanz Kaufmann 2002 in Rulle 2008, 28) wesensbestimmende Elemente darstellen. Somit ist Wellness ein selbst bestimmter aktiver Prozess, in dem jeder Mensch seine Gesundheit im Einklang von Körper, Geist und Seele beeinflussen kann. Chalupa (2001) spricht von Wellness als Lebensphilosophie, die eine holistische Betrachtungsweise beinhaltet. Die ganzheitliche Betrachtung des Menschen ist ein elementarer Bestandteil des Wellnessgedankens und fußt in einer Bewusstseinsbildung, die der Mensch selbst beeinflussen kann. Der Mensch selbst ist verantwortlich für seine Gesundheit und *„kann entscheiden, ob er sein eigenes Wohlbefinden verbessern möchte oder lieber seine alten, oftmals negativen Lebensgewohnheiten beibehält“* (Chalupa 2001, 8). Wellness ist ein Trend, der sich im Wandel vom Wohlstand zum Wohlbefinden widerspiegelt (vgl. Zellmann 2007). Das Freizeitverhalten der Menschen ist geprägt von der Suche nach der besten Möglichkeit für eine lang anhaltende Gesundheit. Zellmann (2008, 246) spricht hier von einem neuen Gesundheitskonzept, in dem es *„mehr um narzisstische Körperlust als um medizinische Maßnahmen, mehr um Kür als um Kur, mehr um Spaß als um Pflicht, mehr um Genussfähigkeit als um Arbeitsfähigkeit“* geht.

Barth (2005) beschäftigt sich mit den Trends, die hinter dem Megatrend Wellness stehen. Dazu beruft er sich auf das Zukunftsinstitut (Matthias Horx), welches die Trends zur Individualisierung, zum Gesund bleiben, das neue Altern, die Frauen Power, die Spiritualität und die neue Mobilität als solche identifiziert hat. Zusammenfassend stellt er fest, dass die Hinwendung zu Wellness aus verschiedenen gesamtgesellschaftlichen Trends resultiert. Dazu zählt etwa, dass die Menschen in der heutigen Zeit die Möglichkeit haben, wichtige Lebensentscheidungen selbst zu treffen. Dies war in der Vergangenheit eher durch Arbeit, gesellschaftliche Pflichten, sozioökonomische Faktoren oder Partnerschaften bestimmt. Des Weiteren ist das Verantwortungsgefühl für die eigene Gesundheit gestiegen und es herrscht die Bereitschaft den eigenen Lebensstil dementsprechend zu ändern. Ein weiterer Punkt ist das Verhalten der

---

„neuen Alten“, die beweisen, dass Selbstverwirklichung auch im Alter möglich ist. Somit unterscheiden sich die Verhaltenweisen zwischen jungen und alten Menschen kaum noch. Es hat sich verbreitet, dass ein nachhaltiger Lebensstil eine besondere Lebensqualität im Alter mit sich bringt. Ein weiterer wichtiger Trend geht von den Frauen aus. Ihr Einfluss auf gesellschaftliche Entwicklungen hat zugenommen und sie sind es, die stärker an Wellness interessiert sind, weniger die Männer. Auch Glaubensgemeinschaften sehen sich einem Trend gegenüber: der neuen Spiritualität. Schlagworte wie Esoterik und fernöstliche Glaubenssysteme lassen sich in der Wellnessbewegung nicht mehr wegdenken. Schlussendlich ist es auch der Trend der neuen Mobilität, der durch Veränderungen in der Arbeitswelt bestimmt wird. Die Menschen sehen sich vermehrt in befristeten Arbeitsstellen, die projektbezogen andauern. Somit sind die zeitlichen Rhythmen der Be- und Entlastung sehr viel kürzer anzusetzen und Wellness wird genutzt, um im Berufsalltag mithalten zu können. Zusammenfassend lässt sich nach Matthias Horx (in Barth 2005, 25) Wellness in zwei Stufen einteilen: *„Zunächst die eher narzisstische, auf Entspannung und Verwöhnung abzielende ‚Konsum-Wellness‘. In einer weiteren Stufe aber die ‚aktive Selbstkompetenz‘. Oder auch die Fähigkeit, in komplexeren Systemen von Beruf, Familie und Freizeit Ausgleichsmechanismen für sich selbst zu finden und die eigene körperlich-seelische Integrität zu wahren.“*

Wellness ist mit dem Tourismus untrennbar verbunden (vgl. Schwaiger 2008) und beherrscht diesen in zunehmenden Maße. Dennoch ist der Wellnesstrend nicht als Konkurrenz für traditionelle Gesundheitsdestinationen zu verstehen, es bedeutet vielmehr eine Bereicherung des Angebotes (vgl. Rulle 2008). *„Wohlbefinden in Freizeit und Urlaub, dieses Lebensgefühl wird vor allem auch die Berufswelt ganz wesentlich beeinflussen und einen wichtigen, von vielen heute sicher noch unterschätzten Impuls für die Wirtschaft darstellen“* (Zellmann 2007, 248). Zusammengefasst stellt der Wellnesstourismus folglich eine Form des Gesundheitstourismus dar, in dem die Punkte Prävention und erlebnisorientiertes Aktivsein (vgl. Zellmann 2007) das Hauptmotiv darstellen. Lanz Kaufmann und Müller (2000, 95) sehen im Wellnesstourismus *„die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Reise und dem Aufenthalt von Personen mit dem Hauptmotiv der Erhaltung oder Förderung ihrer Gesundheit ergeben. Der Aufenthalt erfolgt in einem spezialisierten Hotel mit*

---

*entsprechender Fachkompetenz und individueller Betreuung, wobei ein umfassendes Leistungsbündel bestehend aus folgenden Elementen nachgefragt wird:*

- *körperliche Fitness*
- *gesunde Ernährung*
- *Entspannung*
- *geistige Aktivität."*

Somit sind die Ziele eines Wellnessurlaubes und eines Kuraufenthaltes im Grunde identisch, nämlich die Erhaltung oder Verbesserung der eigenen Gesundheit. Unterschiedlich sind nur die Mittel, die zum Erreichen der Ziele gewählt werden.

### **2.2.3.2 Exkurs: Medical Wellness**

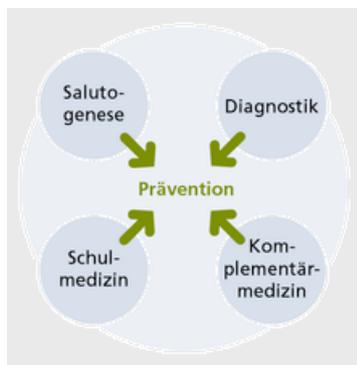
Der Begriff *Medical Wellness* findet sich in den letzten Jahren immer häufiger im gesundheitstouristischen Kontext wieder und scheint im ersten Moment ein Mix aus medizinischer Behandlung und den typischen Wellnessbehandlungen zu sein. Dem *Medical Wellness* wird hier ein separater Abschnitt gewidmet, da dieser in der derzeitigen Entwicklung im gesundheitstouristischen Kontext zunehmend an Bedeutung gewinnt. Laut dem Deutschen Medical Wellness Verband (DMWV) befindet sich der Begriff *Medical Wellness* gegenwärtig in einem dynamischen und vielschichtigen Prozess, der vor allem durch internationale Entwicklungen beeinflusst wird. Aus gegebenem Anlass hat der DMWV eine umfassende, wissenschaftlich fundierte Definition entwickelt, die unter Berücksichtigung des Zertifizierungsprozesses wie folgt lautet:

*„Medical Wellness bezeichnet einen mehrdimensionalen, dynamisch-systematischen Prozess in Richtung der aktiven Herstellung eines ganzheitlichen individuellen Wohlbefindens im Kontext wissenschaftlich gesicherter gesundheitsfördernder bzw. medizinischer Faktoren. Jene Faktoren basieren auf biopsychosozialen Bedürfnissen, den „Motivatoren“, welche die Individuen mit Hilfe von wirksamkeitsevidenten Behandlungen und Verhaltensweisen zu befriedigen suchen. Dabei steht die Realisierung eines gesundheitsfördernden Lebensstils unter Nutzung von individueller Ressource, Kompetenz und Eigenverantwortung im Sinne einer angewandten Prävention oder „integrierten Gesundheitsförderung“ im Vordergrund. Therapeutische Maßnahmen zum angestrebten Ausgleich einzelner Faktoren und Bedürfnisse sowie zur*

---

Verwirklichung von subjektiver Gesundheit, Salutogenese und Wohlfühl werden zumeist in professionellen Medical-Wellness-Zentren, Kliniken oder hotelartigen Einrichtungen in Zusammenarbeit mit entsprechenden medizinisch geleiteten und wissenschaftlich fundierten Therapieabteilungen angeboten" (www.dmwv.de, 15.06.2009). Der DMWV unterteilt die beschriebenen gesundheitsfördernden Maßnahmen in vier Kernbereiche, die in erster Linie der Prävention dienen.

Abbildung 3: Die vier Kernbereiche der Medical Wellness (www.dmwv.de, 15.06.2009)



Die Diagnostik, die Salutogenese und auch die aktive Einstellung des eigenen Lebens auf gesundheitsfördernde Verhaltensweisen stehen hier im Zentrum der Betrachtungen. Voraussetzung ist die Bereitschaft zum eigenverantwortlichen Handeln, das als lebenslanger Prozess mit dem Ziel der Gesundheitspflege durch einen gesundheitsorientierten Lebensstil zu bewältigen ist (vgl. www.dmwv.de, 15.06.2009).

Im Zuge des Medical Wellness Kongresses 2007 haben der Deutsche Tourismusverband, der Deutsche Medical Wellness Verband sowie der Deutsche Heilbäderverband und der Deutsche Turnerbund eine einheitliche – und für Interessierte auch verständlichere – Definition verfasst: *„Medical Wellness beinhaltet gesundheitswissenschaftlich begleitete Maßnahmen zur nachhaltigen Verbesserung der Lebensqualität und des subjektiven Gesundheitsempfindens durch eigenverantwortliche Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Motivation zum gesundheitsbewussten Lebensstil“* (DHV 2007, 17).

*Medical Wellness* kann man also als eine Art Bindeglied zwischen schulmedizinischen Therapieformen und Wellnessangeboten bezeichnen. Dabei geht es jedoch nicht nur um die spezifischen Maßnahmen, die eine gesunde Lebensweise herbeiführen sollen. *„Vielmehr sollen medizinisch relevante Ziele durch eine differentialdiagnostisch begründete Wahl von Verhaltens- und Einstellungsänderungen – kurz: Lebensstiländerungen – erreicht werden“*

---

(www.wellnessverband.de, 16.06.2009). Wichtig dabei ist, dass die Wahl der Behandlungen in Absprache mit einem Arzt getroffen wird. Anders als beim Wellness, wo jede Person selbst über die Inanspruchnahme von Angeboten entscheidet.

### **2.2.3.3 Wellnessdestinationen**

Im Gegensatz zu den Kurorten und Heilbädern, die durch Prädikatisierung auf nationaler Ebene eindeutige Strukturen aufweisen, ist es im Wellnessbereich noch nicht gelungen einheitliche Strukturen zu etablieren (vgl. Rulle 2008). Versuche einer qualitativen Abgrenzung gibt es durch den Deutschen Wellness Verband e.V. (www.wellnessverband.de). Anhand von Qualitätsrichtlinien überprüft der Verband Angebote im Wellnessbereich und vergibt zeitlich begrenzte Zertifikate. Ziel des Verbandes ist es, den Verbraucher vor unseriösen oder unqualifizierten Angeboten zu schützen. Die Zertifizierung soll zudem beiden Seiten, also den Nachfragern wie den Anbietern, helfen *„Wellness-Qualität zu schaffen und Wellness-Qualität zu finden“* (www.wellnessverband.de, 29.07.08). Doch dies sind Richtlinien des Verbandes, welche gesetzlich nicht verankert und daher auch rechtlich nicht bindend sind.

Einrichtungen im Wellnessbereich existieren in unterschiedlichen Formen (z.B. Wellnesshotels, Wellnessresorts). Der Unterschied zu den Einrichtungen im Kurtourismus (Kurorte und Heilbäder) liegt in der kleinräumigen Struktur (vgl. Rulle 2008). Während in den traditionellen Gesundheitsdestinationen ganze Orte oder Ortsteile mit einer spezifischen Infrastruktur ausgestattet sind, die Kulturlandschaft dementsprechend gestaltet ist und andere Faktoren gegeben sein müssen, gilt dies für Wellnessdestinationen nicht. Hier können einzelne Hotels oder Hotelanlagen mit entsprechenden Angeboten bereits die Voraussetzung für eine Wellnessdestination erfüllen. Die Strukturen, wie sie etwa im Kurort zu finden sind, werden nicht benötigt. *„Der besondere Reiz vieler Wellnesshotels hingegen liegt oft gerade in ihrer räumlich abgeschiedenen Lage, ohne Integration in einen Siedlungskörper und ohne entsprechende Infrastruktur. In diesen Häusern gilt bereits die solitäre Lage als Teil des Programms“* (Rulle 2008, 29).

---

Abgrenzen lassen sich die Wellnessdestinationen hauptsächlich aufgrund ihrer Angebotsstruktur. So sind es vier Schwerpunktbereiche, auf die sich die meisten Angebote beziehen (vgl. Lanz Kaufmann 2002 in Rulle 2008, 30f). Die körperliche Fitness ist einer dieser Schwerpunkte. Dazu zählen Angebote im Bereich der körperlichen Betätigung, die unter Anleitung „*das Training von physischen und motorischen Eigenschaften wie Schnelligkeit, Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit und Koordination*“ (Rulle 2008, 30) beinhalten. Den zweiten Schwerpunkt bildet die gesunde Ernährung. Dabei werden dem Gast Verhaltensweisen bezüglich der Ernährung näher gebracht, die auf eine Veränderung der Ernährungsweise im Alltag abzielen. Der Abbau von Stress und die Entspannung stellen einen weiteren Schwerpunkt dar, der im Wellnessbereich eine entscheidende Rolle spielt. Hierbei gilt es vor allem alltägliche Belastungen zu verarbeiten und mit Hilfe von bestimmten Techniken den Körper mental und physisch zur Vermeidung langfristiger Schäden zu. Den letzten Schwerpunkt bildet die geistige Aktivität. Dabei geht es zum einen darum, die geistige Aktivität durch ein breites Angebot im kulturellen Bereich (z.B. Konzertveranstaltungen) zu fördern und zum anderen geht es dabei um die nachhaltige Gesundheitsbewusstseinsbildung des Gastes.

Insgesamt zeichnen sich Wellnessdestinationen dadurch aus, dass sie dem Gast innerhalb ihres Angebotsschwerpunktes ein Leistungspaket anbieten, welches die Beherbergung, die Verpflegung sowie spezielle Behandlungsangebote beinhaltet.

Die Angebote in Wellnessdestinationen sind unzählig und haben ihren Ursprung zum Teil in traditionellen Therapien oder gehören zu innovativen Anwendungen, die sich in den letzten Jahren auf diesem Markt etabliert haben. „*Diese Anwendungen, so deren Ansatz und Anspruch, verbinden Heilung und Vorsorge/ Vorbeugung mit u. a. Wellness-, Fitness-, Beautyness [sic!] in hervorragender Weise miteinander*“ (Berg 2008, 176). Unter dem Oberbegriff Wellness lassen sich eine Reihe von Angeboten bzw. Anwendungen zusammenfassen. Berg (2008, 176ff) stellt eine Vielzahl an Anwendungen bzw. Angeboten vor, die sich bis heute auf dem Wellnessmarkt etabliert haben. Im Folgenden sollen diese dargestellt werden, wobei auf Erklärungen bzw. Beschreibungen verzichtet wird. Hier soll allein die Angebotsfülle im Bereich Wellness veranschaulicht werden:

- 
- Aerobic, Akupressur, Akupunktur, Alpenbehandlung, Alpen-Heu-Bad, Anti-Stress-Massage, Aqua Balancing, Aquarobic, Aromatherapie, Atemtherapie, Autogenes Training, Ayurveda,
  - Bachblütentherapie, Balneotherapie, Beauty-Bäder, Bio-Feedback, Bio-Lifting, Bio-Norm-Diät, Blütenbäder, Body-Wrapping, Brigitte-Diät
  - Caldarium, Callanetics, Cardio-Boxing, Chi-Yang, Cleopatra-Bad, Creme-Öl-Bad, Dampfbad
  - Eisgrotte, Eiweiß-Shake-Diät, Elektro-Lypolyse, Elektrotherapie, Epilation, Ernährungsberatung, Eutonie
  - Fango-Therapie, Farb- und Lichttherapie, Farb- und Stilberatung, F. X. Mayr-Kur, Feldenkrais, Fünf Tibeter, Fußreflexzonenmassage
  - Hamam-Therapie, Heilfasten, Heubad, Homöopathie, Hot-Stone-Massage, Hydro-Jet, Hydrotherapie, Inhalations-Therapie
  - Kartoffeldiät, Kinesiologie, Klangschalen-Massage, Kleopatra-Milchölbad, Kneipp-Therapie, Kohlensäurebad, Kosmetikanwendung/ -beratung, Kräuter-Kaiserbad
  - Lava-Stone-Therapie/ La-Stone-Therapie, Laconium-Therapie, Laser-Therapie, Liquid-Sound, Lomi-Lomi-Massage, Lymphdrainage, Maniküre, Massagen, Methode „Atkins“/ Atkins-Diät, Meditations-Therapien, Molke-Kur, Muskelentspannung nach Jacobson
  - Nordic-Walking, Null-Diät, Obstfasten
  - Pediküre, Peelinganwendung, Physiotherapie, Power-Walking, Progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Qi Gong
  - Rasulbad-Therapie, Reduktionsdiät, Reflexzonenmassage, Reiki, Römisch-irisches Dampfbad-Anwendung, Rohkost-Diät, Rolfing, Rückenschule
  - Sanarium, Sauerstoffbehandlung, Schrothkur, Shiatsu, Slim-Fast-Programm, Soft-Pack, Solebad-Anwendungen
  - Tai-Chi, Tecaldarium, Tepidarium, Thai-Massage, Thalasso-Therapie, Thermotheapie, Traditionelle Chinesische Medizin, Trennkost, Trinkkur, Tuina-Massage, Typberatung
  - Vapazon, Wassergymnastik, Watsu, Wirbelsäulengymnastik, Yoga, Zilgri.

Diese Aufzählung nach Berg (2008) lässt sich in nächster Zeit sicher noch erweitern, soll in diesem Zusammenhang aber grundsätzlich eine Überblicksfunktion erfüllen. Hinter diesen Anglizismen, fernöstlichen und oftmals

---

künstlichen Wortschöpfungen steckt eine Bandbreite an Anwendungen, wie sie in Wellnessdestinationen angeboten werden: von traditionellen Therapien wie der Physiotherapie über diverse Diätanwendungen und fernöstlichen Entspannungstherapien bis hin zu Typ-, Farb- und generellen Beautyberatungen. Einzelne Wellnessdestinationen sind im Allgemeinen auf verschiedene dieser Bereiche spezialisiert und versuchen mit geschultem Personal eine individuelle Betreuung des Gastes zu ermöglichen.

#### **2.2.3.4 Der Wellnessgast**

Der Wellnessgast hat ebenso wie der Kurgast das Ziel der Erhaltung oder Verbesserung seiner Gesundheit. Während der Kurgast zum Erreichen des Ziels eine Kur in Anspruch nimmt, nutzt der Wellnessgast das Angebot einer Wellnessdestination. Diese wählt er nach eigenen Kriterien aus, wobei hier oftmals ein Bündel an Leistungen, *„das zum ganzheitlichen Ansatz eines Wellnesaufenthaltes gehört“* (Rulle 2008, 39), in Anspruch genommen wird. Somit lässt sich ein Wellnessgast nicht einfach aufgrund seiner genutzten Angebote klassifizieren. Lanz Kaufmann (in Rulle 2008, 39f) unterscheidet aufgrund von eigenen Untersuchungen in der Schweiz zum einen den *„Wellnesstouristen im engeren Sinne“* und zum anderen den *„Wellnesstouristen im weiteren Sinne“*. Die Wellnesstouristen im engeren Sinne sind dadurch gekennzeichnet, *„dass sie die Gesundheitsförderung als Hauptmotiv angeben und das Leistungsbündel von Angeboten zur körperlichen und geistigen Aktivität, Entspannung und gesunden Ernährung auch tatsächlich nutzen“* (Rulle 2008, 39). Zu den Wellnesstouristen im weiteren Sinne zählen Gäste, die ebenso als Reisemotiv die Gesundheitsförderung angeben und ein entsprechendes Wellnessangebot erwarten. Doch nutzen diese Gäste das Angebot nicht in dem Maße wie man es erwartet, teilweise wird es überhaupt nicht in Anspruch genommen (vgl. Rulle 2008). Der Grund dafür ist nicht eindeutig festzustellen, dabei kann es sich zum Beispiel um eine generelle Skepsis gegenüber Wellnessbehandlungen handeln. *„Aber auch Gründe, die äußeren Einflüssen unterliegen, wie ungünstiges Wetter, der eigene Gesundheitszustand oder die Begleitung, sind denkbar“* (Rulle 2008, 40).

---

Ein allgemeines Profil des Wellnessgastes in der Schweiz, Österreich und Deutschland stellt Rulle (2008), hier unter Berücksichtigung der Untersuchungen anderer Autoren (Dehmer 1996, Ender 1998, Lanz Kaufmann 2002) wie folgt dar: der Wellnesstourist ist zu ca. 60-70% weiblich, hat einen höheren Bildungsabschluss (Allgemeine Hochschulreife und/oder Hochschulbildung) und ein durchschnittliches monatliches Haushalts-Netto-Einkommen von etwa 2.000€.

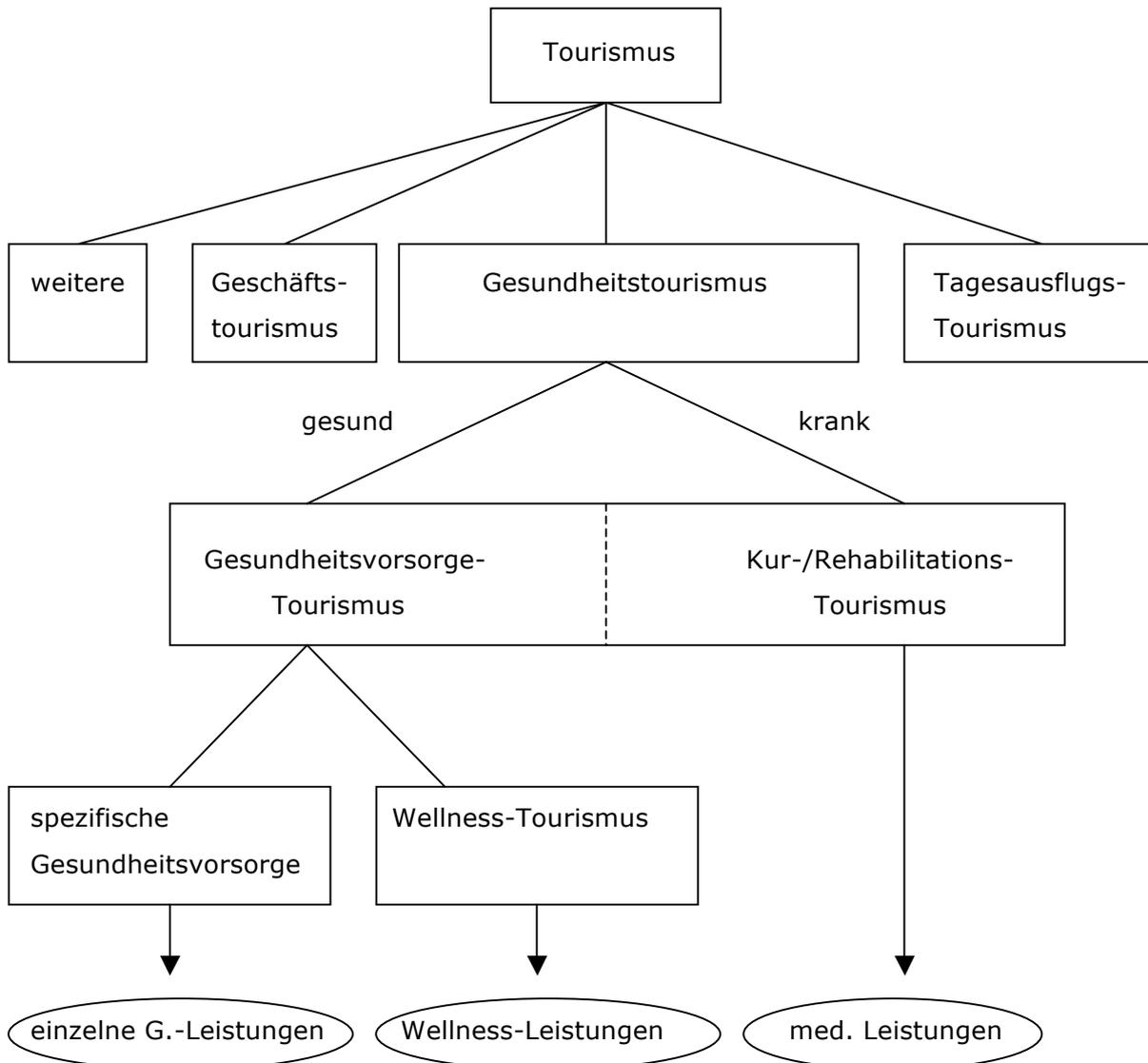
### **2.2.3.5 Die Aufenthaltsdauer im Wellnesstourismus**

Die Aufenthaltsdauer im Wellnesstourismus variiert stark und ist abhängig von den unterschiedlichen Angebotsformen in diesem Bereich. Weit verbreitet sind kurzweilige Angebote wie Tages- und Wochenendaufenthalte, die von den Gästen oftmals in Anspruch genommen werden. Daher lässt sich für den Wellnesstourismus keine Mindestaufenthaltsdauer bestimmen (vgl. Rulle 2008). Generell verbringt ein Wellnessgast durchschnittlich 5 Nächte in einer Destination (vgl. Schwaiger 2007), was im Vergleich zum traditionellen Erholungsurlaub eine deutlich kürzere Zeitspanne ist (vgl. Rulle 2008).

## **2.3 Abgrenzung: Gesundheitstourismus – Kurtourismus – Wellnesstourismus**

Wie bereits festgestellt wurde, sind der Kurtourismus und der Wellnesstourismus als Formen des Gesundheitstourismus zu betrachten. Obwohl im Kurtourismus der Trend zu heilvorkommenunabhängigen Angebotsbereichen erkennbar ist (vgl. Dettmer 2000), ist es vor allem aus gesundheitspolitischer Perspektive wichtig, Wellness und Kur voneinander abzugrenzen (vgl. Lanz Kaufmann/Müller 2000). Eine grundlegende Unterscheidung ist bezüglich Angebot und Nachfrage zu treffen. Abbildung 4 veranschaulicht die Abgrenzung von Gesundheits-, Kur- und Wellnesstourismus von Seiten der Nachfrager.

Abbildung 4: Abgrenzung der Tourismusarten aus Nachfragesicht (Lanz Kaufmann/ Müller 2000, 96)

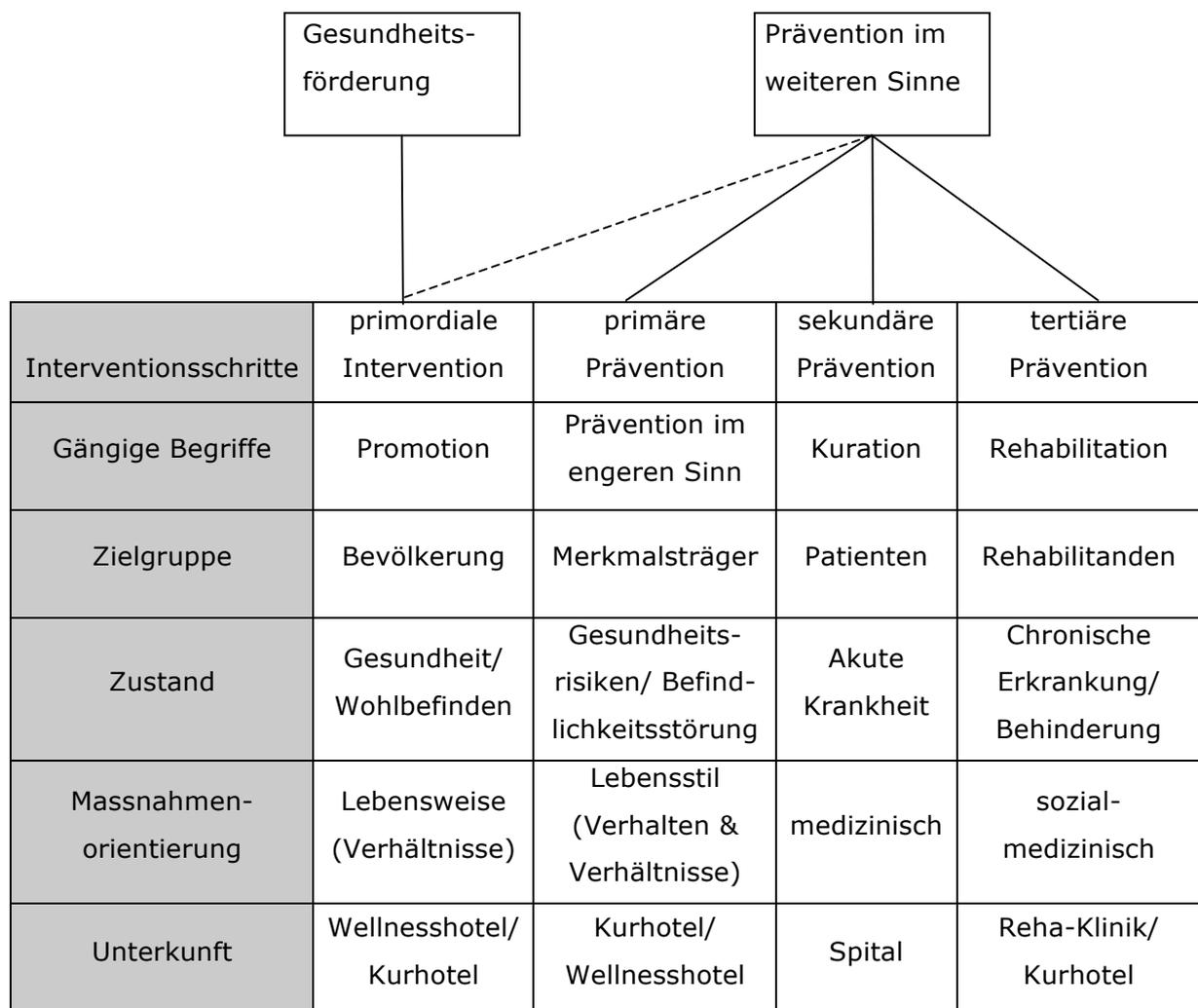


Hierbei gehen die Autoren davon aus, dass Wellness nur von Menschen betrieben wird, die medizinisch als „gesund“ einzustufen sind und daher ausschließlich der Prävention dient. Da Wellness grundlegend als Angebot in Form eines Leistungsbündels besteht, ist es von der spezifischen Gesundheitsvorsorge abzugrenzen. Zudem grenzt es sich durch das Motiv der Erhaltung oder Förderung der Gesundheit vom Erholungstourismus ab. Des Weiteren wird in dieser Abbildung verdeutlicht, dass Kurtouristen aufgrund ihres als medizinisch „krank“ einzustufenden Gesundheitszustandes eine Kur mit entsprechenden medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen.

---

Betrachtet man dagegen die Anbieterseite im Gesundheitstourismus, ist eine Abgrenzung der Formen Kur- und Wellness tourismus weitaus komplizierter. So können die unterschiedlichen Wünsche der Gesundheitstouristen etwa vom gleichen Anbieter erfüllt werden. *„Insbesondere Kurhäuser können sowohl Kur- wie Wellnessgäste beherbergen und mit ähnlichen Angeboten oder zumindest mit ähnlicher Infrastruktur und ihrem Know-how bedienen“* (Lanz Kaufmann/Müller 2000, 97). Da es aufgrund fehlender einheitlicher Qualitätsrichtlinien nicht einfach ist Wellnessdestinationen als solche zu klassifizieren, ist eine generelle Abgrenzung der Gesundheitsdestinationen auf der Anbieterseite schwierig. In der folgenden Abbildung von Lanz Kaufmann/Müller (2000) sind die unterschiedlichen Formen des Gesundheitstourismus in die Gesundheitspolitik eingebettet und lassen sich so anhand der Ziele „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ einteilen. So gehört der Wellnessurlaub mit dem Ziel der Gesundheitsförderung zu der primordialen Intervention; dieser Interventionsschritt wird auch vereinfacht „Promotion“ genannt (vgl. Lanz Kaufmann/Müller 2000). Diese ursprüngliche Prävention bezieht sich auf die gesunde, wohlbefindliche Bevölkerung und zielt auf deren Lebensweise und Lebensverhältnisse ab. Anbieter in diesem Bereich sind vorwiegend Wellness- und Kurhotels, die auf Gesundheitsförderung spezialisiert sind.

Abbildung 5: Einbettung des Kur- und Wellnesstourismus in die Gesundheitspolitik (Lanz Kaufmann/Müller 2000, 98)



Ein weiteres Feld der Gesundheitspolitik ist die Prävention, welche durch die WHO definiert und in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention gegliedert ist (vgl. Barth 2005, Robert-Koch-Institut 2006). Die primäre Prävention wird auf der Anbieterseite durch Kurhotels und Wellnesshotels abgedeckt. Sie richtet sich an Merkmalsträger von Gesundheitsrisiken und Befindlichkeitsstörungen und dient der Vorbeugung und Früherkennung von Risikofaktoren. Daher wird hier besonders auf den Lebensstil der Menschen und deren Verhaltensweisen eingegangen, die es zu ändern gilt (vgl. Lanz Kaufmann/Müller 2000). Die primäre Prävention kann individuell, etwa durch Sportangebote oder andere gesundheitsfördernde Maßnahmen (Massagen, Ernährungsberatung), erfolgen. Zum anderen kann die primäre Prävention auch strukturell organisiert sein, etwa durch Aufklärungskampagnen über die Gefahr von Drogenkonsum oder anderen

---

der Gesundheit schädlichen Verhaltensweisen (vgl. Barth 2005). Auf gesundheitsfördernde Maßnahmen im Bereich der primären Prävention haben sich Kurhotels und auch Wellnesshotels spezialisiert. Dabei bieten die Kurhotels aufgrund ihrer personellen Ausstattung und der vorhandenen Infrastruktur mehr Möglichkeiten in diesem Feld als es die Wellnesshotels können. Die sekundäre Prävention, auch Kuration genannt, zielt auf Patienten ab, die ein erhöhtes Gesundheitsrisiko aufzeigen oder bereits eine akute Krankheit aufweisen. Diese müssen medizinisch versorgt und daher im Krankenhaus behandelt werden. Die tertiäre Prävention bezeichnet die Rehabilitation und richtet sich dementsprechend an Menschen, die an chronischen Krankheiten oder Behinderungen leiden. Diese werden sozial-medizinisch in einer Reha-Klinik oder einem Kurhotel betreut, um eventuelle Funktionseinbußen und Folgeerkrankungen zu verhindern und die Lebensqualität wiederherzustellen oder zu verbessern (vgl. Robert-Koch-Institut 2006).

Der Gesundheitstourist zeichnet sich generell dadurch aus, dass er für seinen Urlaub eine Destination wählt, die seinen spezifischen Anforderungen entspricht. Er entscheidet, je nach seinem Gesundheitszustand, ob er das Angebot einer Wellnessdestination oder eines Kurortes in Anspruch nimmt. Dass die Grenzen zwischen den beiden Angebotsformen Kur und Wellness mehr und mehr verschwimmen, wurde bereits angedeutet. *„Die Entwicklungsrichtungen sowohl der Kur auf der einen Seite, als auch der übrigen, weniger medizinisch ausgerichteten Angebote auf der anderen Seite haben sich spätestens seit Mitte der 1990er Jahre wesentlich modifiziert und in die gleiche Richtung bewegt“* (Rulle 2008, 20).

### **3. Die Entwicklung im Gesundheitstourismus unter Berücksichtigung verschiedener Rahmenbedingungen**

Wie im Tourismus generell, gibt es auch im Gesundheitstourismus Faktoren, die diesen beeinflussen. So lassen sich auf dem gesundheitstouristischen Markt aktuelle Entwicklungen und Trends feststellen, die durch sich wandelnde Rahmenbedingungen - etwa gesellschaftlicher oder politischer Natur - geprägt werden. Um Rahmenbedingungen und deren Einfluss auf die touristische Entwicklung zu untersuchen, ist der Blickwinkel der Betrachtung von Bedeutung. So sind es die jeweiligen differenten – wissenschaftlichen – Zugänge, die eine

---

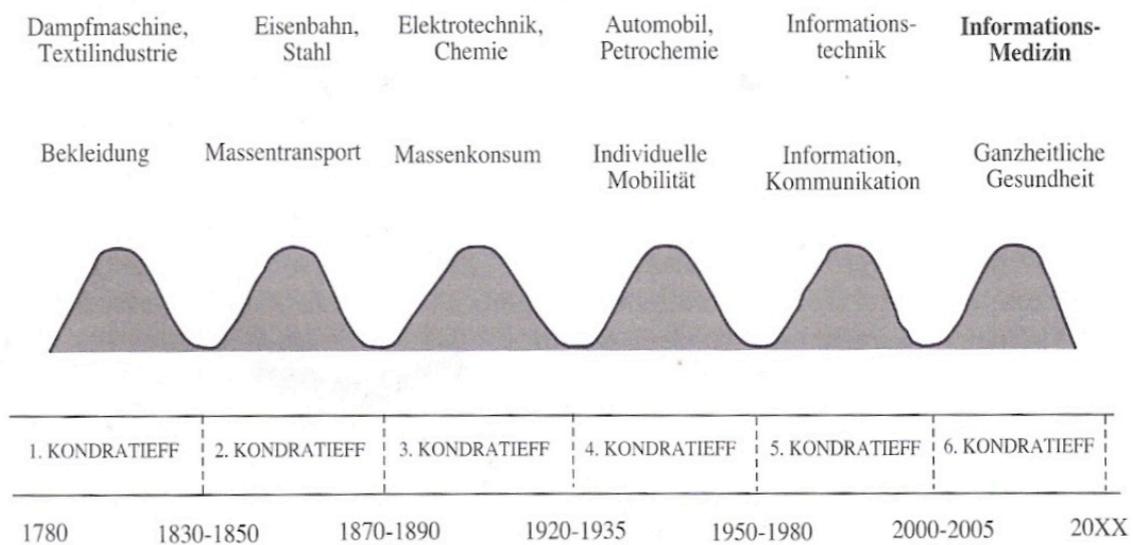
holistische Darstellung der untersuchten Gegebenheit erst möglich machen. Aus verschiedenen wissenschaftlichen Bereichen, wie den Sozial- und Wirtschaftswissenschaften, der Medizin, der Psychologie, der Soziologie und der Trendforschung ergeben sich dabei unterschiedliche Herangehensweisen an die Thematik. Der interdisziplinäre Zugang ist wichtig, *„denn die Gesellschaft ist etwas Ganzheitliches, viele ihrer Probleme bleiben unlösbar, wenn sie nur innerhalb der Grenzen von Spezialdisziplinen behandelt werden“* (Nefiodow 2006, 3).

In diesem Kapitel soll es darum gehen, den Gesundheitstourismus in einem Rahmen darzustellen, der für vergangene und zukünftige Entwicklungen entscheidend ist. Aktuelle Trends werden durch verschiedene Faktoren beeinflusst und gesteuert. Diese Faktoren können sowohl politischer, gesellschaftlicher aber auch marktstrategischer Natur auf Seiten der Destinationen sein. Entwicklungen in diesen Bereichen wirken sich auf unterschiedliche Weise auf den gesundheitstouristischen Markt aus und lassen sich aufgrund von Interdependenzen nicht immer eindeutig voneinander trennen (vgl. Rulle 2008). Im Folgenden wird die Thematik daher aus den Blickwinkeln der Wirtschaft, der Sozialwissenschaft (vertreten durch die Trendforscher) und schließlich der Politik betrachtet.

### **3.1 Der ökonomischen Fortschritts als Auslöser eines neuen Gesundheitsbewusstseins**

Zur grundlegenden wirtschaftlichen Erklärung des gegenwärtigen Gesundheitstrends lässt sich die *„Theorie der langen Konjunkturwellen“* des Zukunftsforscher Leo A. Nefiodow heranziehen, dessen Ausführungen sich auf den russischen Wissenschaftler Nikolai Kondratieff beziehen (vgl. Nefiodow 2006). In Abbildung 6 ist anhand von 6 langen Wellen und den entsprechenden prägenden Basisinnovationen die Entwicklung beziehungsweise Industrialisierung der westlichen Staaten seit 1780 dargestellt.

Abbildung 6: Lange Wellen, Basisinnovationen und ihre wichtigsten Anwendungsfelder (Nefiodow 2006, 155)



Die nach Kondratieff benannten Zyklen liegen in einer Zeitspanne von etwa 50 Jahren und sind von den jeweiligen Basisinnovationen dieser Zeit geprägt. Zu Beginn eines Zyklus sind es herausragende Erfindungen, die mit neuen Bedürfnissen zusammentreffen. „Daraus ergeben sich lange Perioden der Prosperität, die die gesamte Gesellschaft verändern“ (Eberle 2004, 25). Die ersten drei Kondratieff-Zyklen sind geprägt durch die Erfindung der Dampfmaschine und die Neugestaltung der Textilindustrie, der Stahlbearbeitung und der Erfindung der Eisenbahn sowie der Entwicklung der Elektrotechnik und der Chemie. Diese Entwicklungen haben „eine entscheidende Rationalisierung der Arbeit begründet und vorangetrieben“ (Nahrstedt 2008, 52). Die Kondratieff-Zyklen sind immer auf eine bestimmte Zeitspanne von etwa 50 Jahren begrenzt. Dabei folgt am Ende einer Welle eine neue Entwicklung, die auf die vorangegangenen Innovationen und Bedürfnisse aufbaut bzw. eine Weiterentwicklung dieser darstellt. So folgt auf die Entwicklung der Elektrotechnik, die vor allem die Massenproduktion ermöglichte, der Aufschwung des Automobils. „Im Zweiten Weltkrieg und danach war es das Auto, in dem Menschen und Waren überall hin transportiert werden konnten, ohne dass man sich nach einem Fahrplan hätte richten müssen. Und als die Informationsmenge explodierte, brauchten wir eben eine elektronische Kiste wie den Computer, um Wissen effizienter zu verwalten“ (Händler 2007, 37). Die Entwicklung im Bereich der Informationstechnik ist auch heute noch von grundsätzlicher Bedeutung für

---

alle den Menschen betreffenden Bereiche. *„Das Ergebnis sind eine neue riesige Wertschöpfungskette und eine neue Gesellschaftsstruktur, die noch heute unsere Wirtschaft prägt“* (Eberle 2004, 26).

Dieser Trend wird jedoch seit einigen Jahren nach und nach von einer weiteren Entwicklung abgelöst, die im 6. Kondratieff-Zyklus beschrieben ist: der Megatrend Gesundheit. Als Grundlage dieser Entwicklung lässt sich das steigende Gesundheitsbewusstsein, also das Bedürfnis nach Gesundheit und Wohlbefinden nennen. Auslöser dieses Bedürfnisses ist nach Händler (2007, 45) die Tatsache, dass sich *„das Arbeitsleben noch nicht an die Strukturen der Wissensgesellschaft angepasst“* hat und wir daher *„an einer unproduktiven Verdichtung und Beschleunigung“* leiden, *„die einen solchen Druck auf den Organismus ausübt, dass die Menschen mit 55 Jahren frühverrentet werden müssen, mit 70 zum Pflegefall werden, bevor sie mit 80 sterben.“* Eberle (2004, 26) bezieht sich in seinen Ausführungen auf das Buch *„Der 6. Kondratieff“* von Leo A. Nefiodow, der im Gesundheitsbereich die größten Produktivitätsreserven der Wirtschaft liegen sieht und feststellt, dass *„Investitionen in die Gesundheit die derzeit wichtigste Möglichkeit sind, Produktivitätsgewinne zu erzielen“*. Auch Händler (in Merz 2008, 44) stellt klar fest, dass es nicht die zunehmend ältere und kranke Bevölkerung ist, die die Gesundheit zum Wachstumsmotor werden lassen. *„Nein, Gesundheit wird zum Wachstumsmotor, weil sie im realen Leben das Produktionspotenzial erhöht.“* Dementsprechend eröffnet sich in diesem Bereich eine enorme Wertschöpfungskette, innerhalb dieser anhand von Basisinnovationen und weiteren Entwicklungen die komplexen Bedürfnisse nach Gesundheit und Wohlbefinden befriedigt werden können. Zu den Basisinnovationen und Entwicklungen im 6. Kondratieff-Zyklus gehören laut Eberle (2004, 27f):

- *„Die Umsetzung des modernen Gesundheitsbegriffs“*: Eine nun auf die Gesundheit (nicht auf Krankheit) ausgerichtete Sichtweise (vgl. Konzept der Salutogenese, Kapitel 2.2.1) der klassischen Schulmedizin führt zu einer auf den Menschen ausgerichteten Medizin. Diese Herangehensweise wirkt sich zudem auf andere Bereiche der Gesellschaft, wie etwa eine sich ändernde Arbeitswelt oder das Freizeit- und Ernährungsverhalten, aus.
- *„Basisinnovationen im Bereich des medizinischen Fortschritts“*: Dazu zählen etwa Entwicklungen in der Bio- und Gentechnologie. Krankheiten,

---

die auf Fehler der Gene zurückzuführen sind, können frühzeitig erkannt, vermieden und die Ursachen beseitigt werden. Eine spezifische Medikation, ohne Nebenwirkungen für den Patienten, wird ermöglicht.

- *„Die Entwicklung und zunehmende Bedeutung der Umwelttechnik“*: In diesem Bereich fällt der Umweltschutz mit dem Gesundheitsschutz zusammen, welcher in der heutigen Zeit bereits einen hohen Stellenwert in der Gesellschaft einnimmt.

Der Gesundheitssektor wird in den nächsten Jahrzehnten das wirtschaftliche Wachstum wesentlich beeinflussen. Es sind in erster Linie die neuen Innovationen, die sich dadurch auszeichnen, dass sie Ressourcen einsparen (vgl. Händeler in Merz 2008). Es sind nicht die zusätzlichen Ausgaben für die Forschung oder den Ausbau im Gesundheitsbereich, die die Wirtschaft ankurbeln, es sind vielmehr die Möglichkeiten, die diese Entwicklungen und Investitionen in der Zukunft für den Menschen und seine Gesundheit bedeuten. Wenn etwa Krankheiten schneller und effizienter behandelt werden können, wird aus ökonomischer Sicht der Produktionsfaktor Arbeit gefördert. Je länger ein Mensch gesund ist und arbeiten kann, desto mehr stärkt dies die Wirtschaft. Die gestiegene Lebenserwartung kann, wenn die Menschen länger gesund und arbeitsfähig sind, auch die Lebensarbeitszeit verlängern. *„Diese angenommenen 13 zusätzlichen Jahre Lebensarbeitszeit, sie machen Gesundheit zum Wachstumsmotor. In ihnen amortisiert sich das Bildungskapital besser und es werden Werte geschöpft, deren Gegenleistung in allen anderen Branchen ausgegeben werden“* (Händeler in Merz 2008, 45).

### **3.2 Die Trendforschung und ihre Erklärungsansätze**

Neben den Ökonomen sind es vor allem die Trendforscher, die sich mit den neuen Entwicklungen auseinandersetzen. In ihrer Betrachtungs- bzw. Arbeitsweise sind sie auf Beobachtungen, Befragungen und dem Auswerten von Datenmaterial spezialisiert (vgl. Eberle 2004) und gehen in ihren Arbeiten insbesondere auf die Angebots- und Nachfragestrukturen im Gesundheitsmarkt ein. Den Fokus ihrer Untersuchungen legen Trendforscher dabei auf *„die Medien, kulturelle Veranstaltungen, die Politik, das öffentliche Leben, aber auch neue Geschäfte, Produktideen und vieles mehr“* (Eberle 2004, 28). Ein bekannter Vertreter in diesem Bereich ist der deutsche Zukunftsforscher Matthias Horx mit

---

seiner Firma Zukunftsinstitut. Er beschäftigt sich mit den Trends dieser Zeit und bezeichnet diese als *„dynamische Prozesse in einer sich ständig verändernden Welt“* (Horx 2001, 9). Doch was macht einen Trend aus, wie entstehen sie und welche Formen können sie annehmen? Diese Fragen hat Horx in seiner Publikation *„100 Top Trends“* zu Beginn seiner Ausführungen wie folgt beantwortet: *„Trends können in verschiedenen Bereichen und „Sphären“ entstehen, und je nachdem haben sie einen unterschiedlichen Charakter. Es gibt langfristige Lebenswelt- und Wertewandel-Trends, die auf veränderten Werten und Normen der Menschen beruhen. Es gibt Consumer-Trends, die auf der kurzfristigen Expansion von Märkten und Nachfragen basieren. Es gibt soziale Trends, die man recht gut mit den Messinstrumenten der Statistik verorten und kartografieren kann (etwa die „Singleisierung“ der Gesellschaft). Es gibt technologische Trends, in denen Erfindungen und Innovationsdurchbrüche eine Rolle spielen. Es gibt kulturelle Trends, ja sogar „spirituelle“ Trends, die mit dem Wandel des Bewusstseins zu tun haben“* (Horx 2002, 9). Trends können unterschiedliche Ursachen haben, wobei oftmals Bedürfnisse der Gesellschaft mit Entwicklungen der Wirtschaft zusammentreffen (vgl. Kondratieff-Zyklen). Bei seinen Publikationen zum Megatrend Gesundheit bezieht sich Horx (2002) ebenso auf die Kondratieff-Zyklen, da die Gesundheit im 6. Kondratieff den Kern bildet. Wie bereits beschrieben, wirkt sich ein Trend auf viele umliegende Bereiche aus und schafft somit einen dynamischen Wachstumsmarkt. Horx (2002, 32) spricht hier daher auch vom erweiterten Gesundheitsbegriff, der *„von der Forschung über die Produktion bis zur Tourismus- und Nahrungsmittelbranche“* reicht und somit viele Wirtschaftsbereiche betrifft.

Gesundheit wird heute viel häufiger thematisiert - in den Medien, im privaten und beruflichen Bereich - und nimmt einen sehr hohen Stellenwert bei den Menschen ein. Dabei hat sich das Verständnis von Gesundheit und damit der Gesundheitsbegriff in den letzten Jahren bzw. Jahrzehnten sehr gewandelt (vgl. Kapitel 2.2). So wird die Gesundheit heute nicht mehr mit der reinen Abwesenheit von Krankheit beschrieben. Das heutige Verständnis von Gesundheit geht viel weiter und bezieht dabei neben dem Körper auch den Geist und die Seele mit ein, geht also weit über den physischen Bereich hinaus. *„Das fördert einerseits einen neuen Körperkult (und neue neurotische Krankheiten wie Anorexie und Bulimie), andererseits (im Zusammenhang mit der Krise des*

---

*Gesundheitswesens) einen intensiven Diskurs um Nahrung, Sport und Gesundheitsverhalten" (Horx 2002, 32). Das neue Verständnis von Gesundheit resultiert in einer gestiegenen Selbstverantwortung der eigenen Gesundheit gegenüber und „Gesundheit wird damit beides: der zentrale Begriff unserer Kultur und der Nachfragekern des nächsten wirtschaftlichen Booms" (Horx 2002, 32). Als Indizien für den Gesundheitstrend ziehen die Forscher Veränderungen im Angebotsbereich und im veränderten Konsumverhalten der Menschen heran (vgl. Eberle 2004). Horx selbst nennt in diesem Zusammenhang die Trends, die teilweise Hand in Hand mit dem Gesundheitstrend gehen und sich auch auf diesen auswirken. Im Folgenden sollen diese Trends, die auch als gesellschaftliche Rahmenbedingungen für den gesundheitstouristischen Markt aufzufassen sind, genauer betrachtet werden. Zu beachten ist dabei jedoch, dass die unterschiedlichen Entwicklungen oder Trends nicht immer getrennt voneinander betrachtet werden sollten, da viele Entwicklungen parallel verlaufen und oftmals interdependent sind.*

### **3.2.1 Der Demographie-Faktor als Basis der Entwicklung**

Die demographische Entwicklung unserer Gesellschaft ist ein wichtiger Faktor mit bedeutendem Einfluss auf den vorherrschenden Gesundheitstrend. Gerade im Bereich Gesundheit ändern sich das Verhalten und die Bedürfnisse der Menschen mit steigendem Alter. Im gleichen Maße steigt das Alter der Menschen aufgrund gesunder Lebensgewohnheiten und den anhaltenden medizinischen Fortschritten. Die Entwicklung der Alterspyramide in Deutschland weg von der Pyramidenform hin zu einer Tropfenform ist allgemein bekannt (vgl. Abb. 7). Begründen lässt sich diese Entwicklung mit der steigenden Lebenserwartung und der sinkenden Geburtenrate (vgl. Eberle 2004). In dieser Arbeit wird jedoch darauf verzichtet, die spezifischen Einflussfaktoren zur Bevölkerungsentwicklung im Detail zu erläutern. Es werden hier in erster Linie die grundlegenden Auswirkungen der vorherrschenden und für die Zukunft prognostizierten Veränderungen in der Bevölkerungsstruktur, bezogen auf den gesundheitstouristischen Markt, dargestellt.

Abbildung 7: Bevölkerungspyramide Deutschland 1950, 2009 und Prognose für 2050 (www.destatis.de, 05.02.2009)



Waren 1950 noch etwa ein Drittel der Bevölkerung unter 20 Jahre alt und etwa ein Sechstel über 59 Jahre alt, sind für 2050 die Prognosen genau umgekehrt. Demnach wird etwa ein Sechstel der Bevölkerung in Deutschland unter 20 Jahre alt und etwa 40% über 59 Jahre alt sein (vgl. Eberle 2004). Schlussendlich haben Veränderungen in diesen Ausmaßen grundlegende Auswirkungen auf die Menschen und ihr Umfeld: *„nicht nur für die Politik und die gesellschaftlichen Systeme, sondern auch für das Denken, das Verhalten und vor allem auch für die Konsumgewohnheiten der Menschen“* (Eberle 2004, 30). So wird die Gesamtbevölkerung zwar weiterhin abnehmen, die spezifischen Zielgruppensegmente werden jedoch weiter anwachsen. Die Tabelle 4 veranschaulicht diese spezifischen Zielgruppen und deren Ansprüche und Anforderungen an den Markt, mit besonderem Hinblick auf den Gesundheitsmarkt.

Tabelle 4: Segmentierung der wachsenden Zielgruppensegmente (Eberle 2004, 34)

<b>Alter</b>	<b>Fokus</b>	<b>Produkte Gesundheit/ Wellness</b>
40 – 50	jung bleiben	Orientierung an der Jugendkultur Mode, Kosmetik, Sport, Reise
50 – 60	fit bleiben	Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit: Fitness, Kosmetik, Wellness-Reisen
60 – 70	gesund bleiben	Zunehmende Gesundheitsorientierung: Heilmittel, Ernährung, Reisen
70 – X	dabei bleiben	Spezifische Infrastruktur und Produkte: Wohnen, Ernährung, versorgt werden

In der obigen Abbildung werden die Altersgruppen ab 40 Jahre im Hinblick auf ihre gesundheitsspezifischen Anforderungen dargestellt. Die Bedürfnisse der verschiedenen Gruppen wirken sich dementsprechend auf die von ihnen in Anspruch genommene Leistungen aus. Während die 40 bis 50 Jahre alten Personen generell „jung bleiben“ wollen und sich demnach auch ihr Verhalten bezüglich sportlicher Aktivitäten, Reisen und ästhetischen Gesichtspunkte orientiert, beginnen bereits die 50 bis 60-Jährigen in Richtung „fit bleiben“ zu arbeiten. Im Alter zwischen 60 und 70 Jahren steht dagegen schon das „gesund bleiben“ an erster Stelle. Hier werden spezielle gesundheitsorientierte Maßnahmen ergriffen, die jedoch vom individuellen Gesundheitszustand der Personen abhängen. Ab 70 Jahre und aufwärts ist es das „dabei bleiben“, das die Nachfrage nach einer speziellen Infrastruktur und gesundheitsfördernden Produkten auslöst.

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel ausführlich aus ökonomischer Sicht betrachtet, ist es in den kommenden Jahren vor allem der Produktionsfaktor Arbeit, der mit Hilfe gesundheitsorientierter Lebensweise aufrechterhalten werden soll. Die Altersstruktur der gesamten Bevölkerung verschiebt sich nach

---

oben. Dieselbe Entwicklung wird sich auch innerhalb von Betrieben einstellen. Die Arbeitskräfte werden bis ins hohe Alter arbeiten, sofern ihr Gesundheitszustand dies zulässt. Trotz allen technischen und medizinischen Fortschritten, nimmt die Leistungsfähigkeit im Alter ab. Daher ist es Aufgabe der Unternehmen, ihren (älteren und auch jüngeren) Mitarbeitern eine innerbetriebliche Infrastruktur zu bieten, die sowohl der Prävention bei den Jüngeren als auch der Gesunderhaltung der Älteren zugute kommt. *„Die Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen wird künftig maßgeblich davon abhängen, wie stark sie sich für die körperliche, seelische und soziale Gesundheit ihrer Mitarbeiter einsetzen“* (Eberle 2004, 27). In welcher Form Unternehmen sich auf diese Herausforderung einstellen, kann dabei variieren und ist abhängig von der Größe des Unternehmens, von der Arbeitsintensität (Büro oder Fabrik) und dem Stellenwert, den die Gesundheit innerhalb des Betriebes einnimmt. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die von der generellen Ausstattung im Büro, Erholungsräumen, Ernährungscoaches, bis hin zu Fitnessstudios oder dem Masseur im Betrieb reichen (vgl. Eberle 2004).

Die demographischen Entwicklungen wirken sich auch auf die Gruppe der Senioren aus, also Menschen, die bereits aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind (vgl. Rulle 2008). In der Literatur spricht man vom „Third Age“ (vgl. Rulle 2008) oder vom „Dritten Alter“ (vgl. Horx 2002). Weiters wird von den „agilen Senioren“, „der grauen Revolution“ oder den „Neuen Alten“ gesprochen (vgl. Rulle 2008, Horx 2002, Eberle 2004, Barth 2005), die das Gesellschaftsbild mit all seinen Werten und Normen beeinflussen. *„Auf (Um-)Wegen könnte die Graue Revolution auch ein neues Gesundheitsbewusstsein fördern: Während „Jugend“ in früheren Zeit [sic!] oft mit grenzenlosen Gesundheits-Ressourcen gleichgesetzt wurde [...] übt die Senior Society einen sanften Zwang zur Gesundheitsfürsorge aus. Denn eine Gesellschaft, in der Ältere dominieren, formuliert die Botschaft: Wenn du im Alter deine Lebensqualität bewahren willst, musst du vorsorgen“* (Horx 2001, 68f). Auch Barth (2005) geht davon aus, dass die ältere Generation einen Einfluss auf das Verhalten jüngerer Generationen hat. Schon allein durch die steigende Anzahl alter Menschen wird an die erhöhte Lebenserwartung erinnert. *„Die Bereitschaft, einen gesunden Lebensstil zu führen, steigt mit dem Wissen um die Möglichkeiten, die einem in späteren Lebensjahren offen stehen können“* (Barth 2005, 20).

---

Nahrstedt (2007, 250f) betrachtet in seinen Ausführungen bezüglich der Auswirkungen des soziodemographischen Wandels die globalen Rahmenbedingungen und bezieht sich dabei zum einen auf den Prozess der Globalisierung (in ökonomischer, politischer und kultureller Hinsicht) und zum anderen auf das enorme Wachstum der Weltbevölkerung, was der Abnahme der deutschen Bevölkerungszahl entgegensteht. Für ihn ergeben sich daraus neue Herausforderungen *„für den (Gesundheits-)Tourismus und damit auch die Heilbäder und Kurorte“*:

- *„dass sie sich zunächst noch auf die Altersgruppe der über 50-Jährigen als Hoffnungsträger konzentrieren können,*
- *zunehmend jedoch auf die Abnahme der unter 60-Jährigen in einer steigenden globalen ökonomischen Konkurrenz reagieren müssen,*
- *damit auch stärker um ausländische Gäste geworben werden muss,*
- *asiatische Gesundheitsangebote wie TCM, Ayurveda und Yoga qualifiziert mit aufzunehmen sind,*
- *ebenfalls bereits die jüngere Generation angesprochen werden muss im Hinblick auf Gesundheitsförderung im Rahmen einer sich globalisierenden Gesundheitsbildung, wie aber auch in Richtung auf die Einsicht, dass das, was Familien füreinander tun, für alle getan ist und damit auch für die Zukunft des (Gesundheits-)Tourismus.“*

Die Rückschlüsse, die der gesundheitstouristische Markt aus den demographischen Veränderungen zu ziehen hat, sind vielseitig und aus heutiger Sicht als Möglichkeiten für die Branche zu sehen, um in Zukunft am Markt aktiv beteiligt zu sein. Haehling von Lanzener/Belousow (2007, 12) sehen in dieser Entwicklung zwei Seiten: Zum einen *„Vorteile, weil die damit verbundene Dynamik voraussehbar ist und man sich auf Veränderungen längerfristig vorbereiten kann“* und zum anderen *„Nachteile, weil Bemühungen, auf die Dynamik durch geeignete Maßnahmen Einfluss zu nehmen, gewöhnlich nur nach entsprechend langen Zeiträumen wirksam werden.“* Empfehlungen, die darauf hinweisen, aktuelle Entwicklungen anzunehmen und Frühindikatoren rechtzeitig als Signal für strukturelle Veränderungen zu erkennen und zu nutzen, sind leicht gegeben. Prognosen sind immer nur ein Hilfsmittel um zukünftige Entwicklungen abschätzen zu können. Das Verhalten der Marktteilnehmer kann dem nur mit individuell ausgearbeiteten Strategien und Maßnahmen gerecht werden. Aber gerade der Tourismus ist als dynamischer Markt vielen Einflussfaktoren

---

unterlegen und die demographische Entwicklung stellt dabei noch einen relativ gut einschätzbaren Bereich dar.

### **3.2.2 Der Trend der Individualisierung**

Ein weiterer gesamtgesellschaftlicher Trend, der vom Zukunftsinstitut unter Matthias Horx identifiziert wurde und von ihm selbst ebenfalls als „Megatrend“ (Horx 2002, 51) bezeichnet wird, ist die Individualisierung. Dabei geht es um den soziokulturellen Trend zur selbst gestalteten Biographie (vgl. Horx 2002). Die Entwicklung hin zu einer qualitativ veränderten Gesellschaftsform ist nicht zuletzt auf die quantitativen Veränderungen in der Bevölkerung zurück zu führen. Eberle (2004) sieht diese Veränderungen – in der Demographie, wachsendem Wohlstand, technischem Fortschritt – als Grundlage für die qualitativen Veränderungen unserer Gesellschaft. *„Die Werte und Einstellungen verändern sich, abhängig von den jeweiligen Rahmenbedingungen“* (Eberle 2004, 35). Barth (2005, 17) nennt die wichtigsten Elemente, mit denen Horx und seine Mitarbeiter den Trend der Individualisierung beschreiben:

- *„Die Haushalte werden immer kleiner. Der Trend zu Single-Lebensformen und lockeren Partnerschaften hält ungebrochen an.“*
- *Soziale Bindungen werden zunehmend von den beteiligten Individuen selbst definiert. Dies erfordert hohe soziale Kompetenz, da Netze von Freundschaften und Allianzen selbst definiert, geschaffen und erhalten werden müssen.“*
- *Verbindliche Wertesysteme kommen abhanden. Was gut oder schlecht ist, wird zunehmend durch Einverständnis zwischen freien Individuen geregelt.“*
- *Vorgegebene Biographien werden immer seltener. Das erfordert lebenslange Entwicklung und lebenslanges Lernen.“*
- *Selbstwahrnehmung wird immer wichtiger. Nicht wie uns die anderen sehen, sondern wie wir uns selbst erleben, bestimmt unsere Wünsche nach Veränderung.“*

Diese Punkte beschreiben den Trend der Individualisierung und geben diesem einen Rahmen. Die Individualität der Menschen wirkt sich natürlich auf ihre Umwelt aus. Ihre Ansprüche, Anforderungen an sich und ihre Mitmenschen, ihre Einstellung der eigenen Gesundheit gegenüber sind dabei wichtige Punkte. Vor allem der Aspekt Gesundheit nimmt in der *„Gesellschaft der Einzelkämpfer“*

---

(Barth 2005, 16) einen besonderen Stellenwert ein. Da die Leistungsfähigkeit des Einzelnen ein entscheidender Faktor in der dynamischen Arbeitswelt ist, führt dieser dazu, dass Investitionen in die eigene Gesundheit eine Selbstverständlichkeit darstellen. *„In einer Gesellschaft, in der die Menschen sich am liebsten mit sich selbst beschäftigen und sich durch immer wieder widerrufende und neu gefällte Entscheidungen zu lebenslanger Attraktivität verpflichten, steigt auch das Interesse am eigenen Körper, der Ernährung, der Umwelt und einer gesunden Lebensweise“* (Eberle 2004, 36). Dementsprechend wirkt sich der Trend der neuen Individualität auf den Gesundheitstourismus aus. Die Nachfrage mit dem Motiv der Prävention steigt und die Destinationen sehen sich einer neuen Bewegung gegenüber, die auf narzisstische und in der Folge fordernde Weise auf ihre Gesundheit besteht.

### **3.2.3 Die neuen Konsumentinnen und ihr Einfluss auf zukünftige Entwicklungen**

Wie vielfach schon angedeutet sind es unterschiedliche Faktoren, die die Gesellschaft und den Einzelnen entscheidend beeinflussen. Mit der oben beschriebenen Individualisierung geht auch eine Individualisierung in der Angebotsstruktur einher (vgl. Eberle 2004). Die Vielfalt und Flexibilität des Marktes gibt den Konsumentinnen in der heutigen Zeit die Möglichkeit, sich und ihre Bedürfnisse in ganz spezieller Form und eben auch individuell zu befriedigen. Da die Konsumgewohnheiten der Menschen in den letzten Jahren auf eine Vielzahl an Gründen zurück zu führen ist und die Frauen in diesem Bereich eine führende Rolle einnehmen, wird in diesem Abschnitt nur von den Konsumentinnen gesprochen. Horx/Horx-Strathern (2001, 14) beschäftigen sich mit dem „Mega-Trend Frauen“, der signalisiert, dass Frauen aktuell und zukünftig einen stärker werdenden Einfluss auf private, gesellschaftliche und vor allem konsumbezogene Bereiche haben bzw. haben werden.

Bei den neuen Konsumentinnen handelt es sich also um die Frauen, die eine besondere und wichtige Rolle vor allem auch auf dem gesundheitstouristischen Markt spielen. In den letzten Jahrzehnten hat sich die Frau im gesellschaftlichen Kontext stark verändert. Die Hausfrau und Mutter von gestern ist zu einer selbstbewussten, eigenständigen – sowohl finanziell als auch emotional – und einflussreichen Frau geworden. Gerade im Bereich der Gesundheit und der

---

Eigenverantwortung dieser gegenüber, gilt die Frau als beispielgebend. *„Frauen besitzen eine höhere Affinität für gesundheitsbezogene Belange und wellnessrelevante Themen wie Balance, Ausgleich und Harmonie als Männer. Sie fühlen sich mehr betroffen vom Schönheitsideal unserer Jugendkultur und dem Bedürfnis, bis ins hohe Alter jugendlich und schön auszusehen“* (Eberle 2004, 39). Frauen gelten in Bereichen der Gesundheit und des Wohlfühlens als besonders konsumkompetent und besitzen damit die *„Opinion-Leader-Rolle für gemeinsame Kaufentscheidungen innerhalb der Familie“* (Eberle 2004, 39). Welche ökonomischen Faktoren hinter der zunehmend stärker werdenden Position der Frauen stehen, haben Horx/Horx-Strathern (2001, 14) wie folgt zusammengefasst:

- Die Zahl der Hausfrauen – im klassischen Sinn – ist in Europa auf ein Drittel gesunken.
- Heute verdienen in Deutschland ein Fünftel aller berufstätigen Ehefrauen mehr als Ihre Männer. Mehr als die Hälfte der Frauen verdienen in etwa gleich viel Geld wie ihre Ehemänner.
- Der Anteil der erwerbstätigen Frauen steigt in den Industriestaaten deutlich im Vergleich zum Anteil erwerbstätiger Männer.
- Der Frauenanteil in Führungspositionen nimmt in Europa stetig zu.
- *„Der Trend zur Neuen Selbstständigkeit ist ein weiblicher Trend!“*

Der entscheidende Faktor, der diese Entwicklungen vorantreibt, ist die Bildung (vgl. Horx/Horx-Strathern 2001). Horx/Horx-Strathern (2001, 15) sprechen hierbei sogar von einer weiblichen *„Bildungsrevolution“*, die sich in den letzten 30 Jahren vollzogen hat und sehen die Tendenz, dass die Gymnasien *„über kurz oder lang zu Mädchenschulen“* werden, *„während die Jungen eher in berufsbezogene Ausbildungsgänge ausweichen.“*

Wie bereits erwähnt, sind Frauen als Konsumentinnen gesundheitsbezogener Dienstleistungen und Produkte in einer führenden Position. Sie sind *„die Pionierinnen des Wellness-Trends, weil ihnen Themen wie Balance, Ausgleich, Harmonie soziokulturell und genetisch näher sind als Männern“* (Horx/Horx-Strathern 2001, 15). Der Wellness-Trend ist somit ein weiblicher Trend, dem sich auch Männer in Zukunft nicht entziehen können bzw. wollen. Wellness ist im ursprünglichen Sinn eben nicht ein geschlechterspezifischer – dementsprechend weiblicher – Trend, er ist androgyn und spricht in vielerlei Hinsicht vordergründig

---

die Männer an (vgl. Horx/Horx-Strathern 2001). Für diese stellt der Wellness-Gedanke – im Einklang von Körper, Geist und Seele – oftmals einen Lernprozess dar, der unter der Bezeichnung Wellness durchaus gesellschaftliche Akzeptanz besitzt. Dennoch sind es die Frauen, die im gesundheitstouristischen Angebotsspektrum die größte Nachfragergruppe darstellen. Sie sind es aber auch, die die Männer zum Wellness führen. *„Waren es früher oft Männer, die ihre Konsumbedürfnisse den Frauen ‚genehm‘ machen oder gar oktroyieren wollten (z.B. bei Autos), können via Wellness-Trend Frauen auf das Konsumverhalten (und damit z.B. auf das Gesundheitsverhalten) der Männer Einfluss nehmen“* (Horx/Horx-Strathern 2001, 16).

### **3.2.4 Die neue Mobilität und ihre Folgen**

Die neue Mobilität ist verbunden mit den Veränderungen in der Arbeitswelt und dementsprechend mit dem sich wandelnden Arbeitsalltag (vgl. Horx/Horx-Strathern 2001). Die Menschen sehen sich vermehrt in befristeten Arbeitsstellen, die projektbezogen andauern. Somit sind die zeitlichen Rhythmen der Be- und Entlastung sehr viel kürzer angesetzt und den Menschen wird mehr und mehr Spontaneität und Flexibilität abgefordert. Der eigene berufliche Lebensweg erfordert eine ständige Neuorientierung und Qualifikation, um sich neuen Herausforderungen zu stellen und den Ansprüchen gerecht zu werden. Diese Entwicklungen wirken sich mehr und mehr auf das private Leben der Menschen aus (vgl. Individualisierung). *„Stabilitäten von Ehen und Familiengemeinschaften werden durch die Dynamisierung der Arbeitswelten ständig in Frage gestellt, die Grenzen zwischen Arbeits- und Privatwelt werden zunehmend aufgehoben“* (Berg 2008, 20). Ein weiterer Punkt sind die Planungsunsicherheiten, die sich aus den dynamischen Entwicklungen im eigenen beruflichen Lebensweg ergeben. Es sind ökonomische Bedingungen, die zu (Massen-) Entlassungen und Einstellungen führen und eine individuelle berufliche Qualifizierung unabdingbar werden lassen (vgl. Barth 2005). Dabei ist es auch die *„Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit“* (Eberle 2004, 32), die als entscheidendes Kriterium die Möglichkeiten in der Arbeitswelt beeinflussen. Somit wirken sich die neuen Mobilitätsanforderungen an den berufstätigen Menschen auf seine individuelle Gesundheitsbiographie aus. Die Leistungsfähigkeit muss erhalten bzw. gestärkt werden und führt – in den meisten Fällen – zu einer erhöhten Bereitschaft, sich

---

aktiv mit der eigenen Gesundheit auseinanderzusetzen. Denn „[...] *Gesundheit und Entspannung ist nicht mehr nur eine medizinische Kategorie, sondern eine für die Leistungsfähigkeit in der Wissenswelt existentielle Ausgleichskategorie*“ (Berg 2008, 20). Die sogenannte Work-Life-Balance (vgl. Horx 2002), der Ausgleich zwischen Berufs- und Privatleben, wird zukünftig an Bedeutung gewinnen. Dabei liegt dieser Ausgleich nicht nur in den Händen des einzelnen Menschen, Horx (2002) gibt eine Vielzahl an Beispielen, wie Unternehmen ihre Mitarbeiter in diesem Bereich aktiv unterstützen. Dies bezieht sich nicht nur auf die Unterstützung bei der Kinderbetreuung oder etwa bei der Finanzberatung, die Firmen unterstützen ihre Angestellten aktiv und sehen sich als *„Entwickler und Begleiter ihrer Mitarbeiter“* (Horx 2002, 126). Selbstverständlich spielt die Gesundheit der Menschen dabei eine besondere Rolle. Vor allem im Bereich der Kurz- und Wochenendreisen werden Ausgleichsmomente gesucht und somit vorwiegend gesundheitstouristische Einrichtungen gewählt.

### **3.3 Im Handlungsfeld der Politik**

Das politische Handlungsfeld ist ein komplexer Bereich, der aufgrund vielseitiger und oftmals interdependenter Handlungsspielräume schwer abzustecken ist. Politische Grundaspekte und Entwicklungen in den spezifischen Bereichen beeinflussen in vielerlei Hinsicht den Tourismus und somit auch den Gesundheitstourismus. In diesem Kapitel liegt der Schwerpunkt thematisch in der bundesdeutschen Tourismus- und Gesundheitspolitik. Vorerst soll die Tourismuspolitik in einen allgemeinen Rahmen gesetzt werden, um im Anschluss die Entwicklungen des Tourismus bzw. der Tourismuspolitik in Ostdeutschland bis hin zur heutigen Situation darzustellen. In gleicher Form wird zudem die Gesundheitspolitik thematisiert. Im Folgenden werden daher strukturelle Faktoren verknüpft mit vergangenen Entwicklungen dargestellt.

Der Tourismus unterliegt in erster Linie den generellen nationalstaatlichen Regelungen und Gesetzen. Darunter fallen etwa nationale Visa- und Zollbestimmungen und unterschiedliche Währungen (vgl. Rulle 2008). Diese und ähnliche Bestimmungen haben auf den Tourismus großen Einfluss, da das Überwinden von Grenzen unter restriktiven Vorgaben ein enormes Hindernis darstellen kann. Da Deutschland der Europäischen Union angehört, fallen diese

---

Regelungen heutzutage kaum noch ins Gewicht, sie stellen lediglich Beschränkungen für Nationen dar, die nicht der EU angehören und stehen somit vor allem spontanen Reiseentscheidungen im Wege (vgl. Rulle 2008). Weitere Faktoren, die eine Reisescheidung beeinflussen, sind zum einen die Sicherheitslage des Landes und zum anderen (seit 9/11) die Sicherheit der An- und Abreise (vgl. Rulle 2008). Da die nationale Sicherheit in Deutschland als gegeben zu betrachten ist, kann dieser Aspekt vernachlässigt werden. Die Sicherheit der An- und Abreise ist dagegen ein globales Problem, das – teilweise begründet – vorwiegend in den Köpfen der Menschen eine große Rolle spielt. Dem kann entgegengewirkt werden, indem ein Land ein starkes nationales Sicherheitsbewusstsein ausstrahlt und diesem große Bedeutung zukommen lässt.

Betrachtet man den Tourismus (vgl. Kapitel 2) im gesamtgesellschaftlichen Kontext, muss man, um ihn als Ganzes fassen zu können, eine Vielzahl an Dimensionen betrachten. Dementsprechend verhält es sich mit der Tourismuspolitik. Der Tourismus als komplexe und mehrdimensionale Erscheinung lässt sich nicht ausschließlich mit ökonomischen Gesichtspunkten beschreiben. Ebenso wenig beruht die Tourismuspolitik bzw. Fremdenverkehrspolitik eines Staates ausschließlich auf der Wirtschaftspolitik. Selbstverständlich ist die Tourismuspolitik ein Teil der Wirtschaftspolitik, aber gleichermaßen auch Teil der Politikfelder Gesundheit, Familie, Soziales, Freizeit, Sport, Bildung, Außen-, Innen- und Sicherheitspolitik, Kultur, Naturschutz und Verkehr (vgl. Bähre 2003). Die Tourismuspolitik lässt sich definitorisch als bewusste Förderung und Gestaltung des Tourismus durch Einflussnahme auf die touristisch relevanten Gegebenheiten seitens von Gemeinschaften beschreiben (vgl. Kaspar 1996 in Bähre 2003). Freyer (2001, 269) definiert diese in ähnlicher Form als *„zielgerichtete Planung und Beeinflussung/Gestaltung der touristischen Realität und Zukunft durch verschiedene Träger (staatliche, private, übergeordnete).“* Die Tourismuspolitik stellt in einem Staat als Querschnittsdisziplin ein breites und vor allem für die wirtschaftliche Entwicklung enorm wichtiges Feld dar. Sie beeinflusst die Reisenden ebenso wie die Bereisten und hat die Pflicht, die verschiedenen Ebenen, quantitativ als auch qualitativ, - unter besonderer Berücksichtigung der Nachhaltigkeit - zu versorgen.

Im Sinne der Nachhaltigkeit sind es tourismuspolitische Konzepte, die als Grundvoraussetzung für die Umsetzung bzw. Gewährleistung der Nachhaltigkeit

unabdingbar sind. Inhaltlich bauen diese Konzepte auf die drei Elemente Zielsetzungen, Akteure und Instrumente auf (vgl. Bieger 2006) und sind entsprechend der jeweiligen Länder durchaus sehr unterschiedlich. „Die Formulierung und Umsetzung tourismuspolitischer Ziele eines Staates wird durch die Staatsform, die in der Verfassung deklarierten Grundrechte und Ziele sowie die rivalisierenden politischen Gruppen/Parteien, Interessengruppen/Verbände des Landes, die Einfluss auf die Ausgestaltung des Tourismus nehmen, determiniert“ (Bähre 2003, 121). Nach Bieger (2006, 289ff) lassen sich unter Berücksichtigung der „Problemlage“ und „politischer Zielsetzungen“ vier Grundtypen tourismuspolitischer Ziele identifizieren:

Abbildung 8: Grundtypen tourismuspolitischer Ziele (Bieger 2006, 292)

Ziele	Wirtschaftsziele	Begrenzung des Tourismuswachstums. Durchsetzung einer Nachhaltigen Entwicklung	Ausbau des Tourismus als strategischer Wirtschaftszweig
	Konsumziele	Förderung des Tourismus-Exports	Aufbau von Tourismuskapazitäten
		Schutz	Förderung
		Probleme	

Als Hauptziele definiert Bieger (2006) die Wirtschafts- und Konsumziele, die mit den Problemen Schutz und Förderung im Bereich Tourismus zusammentreffen. Vor diesem Hintergrund lassen sich verschiedene Grundproblematiken erläutern, die – abhängig von den jeweiligen Ausgangssituationen – einzelne touristische Räume betreffen. Allgemein betrachtet, geht es für viele Länder bzw. Regionen darum, der Entwicklung des Tourismus Grenzen zu setzen, um diesen nicht ausufern zu lassen und somit nachhaltigen Schäden entgegenzuwirken. In anderen Fällen geht es um die Förderung des Tourismus als wirtschaftlichen Entwicklungsmotor.

Ein weiteres wichtiges Element tourismuspolitischer Konzepte sind die Akteure, die sich mit dem Tourismus auseinandersetzen bzw. diesen gestalten. Diese Akteure lassen sich auf allen Ebenen finden, sei es auf nationaler, supranationaler, regionaler oder lokaler Ebene. Neben den staatlichen Stellen,

---

sind es zudem Akteure aus dem privatwirtschaftlichen Bereich, zu denen etwa Branchenorganisationen oder Interessenverbände (vgl. Bieger 2006) gehören. Als Beispiele sind hier Verbände wie der DTV und DHV zu nennen, die durch Klassifizierungssysteme und andere Branchenregulierungen Einfluss auf die touristische Entwicklung nehmen. Auf supranationaler Ebene sind es Organisationen wie die UNWTO, die als Sonderorganisation der Vereinten Nationen 161 Staaten und mehr als 390 Organisationen als Mitglieder zählt ([www.unwto.org](http://www.unwto.org), 11.12.2009). „Diese prägt über statistische Datenaufbereitung, Analysen und durch Verbreitung von Grundsatzpapieren und Empfehlungen die Tourismuspolitik einzelner Staaten“ (Bieger 2006, 292). Weitere Organisationen, die auf supranationaler Ebene agieren und dessen Einfluss nicht zu unterschätzen ist, sind sogenannte NGO's (Non-Governmental Organisations). Darunter zählen unterschiedliche Interessenverbände, die durch ihre Arbeit starken Einfluss auf den Tourismus ausüben. Prominentes Beispiel ist hier der WWF (World Wide Fund For Nature), der sich unter anderem für den Schutz bedrohter Landschaften vor dem Hintergrund touristischer Entwicklungen einsetzt.

Für die Umsetzung bzw. Durchführung tourismuspolitischer Konzepte haben die Träger unterschiedliche Mittel bzw. Instrumente zur Verfügung. Diese können anhand ihrer Inhalte bzw. Wirkungsweisen unterschieden werden. So gibt es etwa sozial-kommunikative Mittel, die einen Einfluss auf die öffentliche Meinung und oftmals eine moralische Wirkung aufweisen (vgl. Freyer 2001, Bieger 2006). Hierzu zählen beispielsweise Aufrufe von höheren politischen Stellen an die Bevölkerung zum bewussten Umgang mit natürlichen Ressourcen. Zu den strukturell durchaus einflussreicheren Instrumenten zählen rechtliche und wirtschaftliche Mittel wie etwa Steuern, Fördermittel und andere monetäre und nicht-monetäre Verbindlichkeiten, wie z.B. Zölle oder Umweltschutzgesetze. Weitere Instrumente beziehen sich auf technische (z.B. Sicherheitsbestimmungen), medizinische (z.B. anerkannte Heilverfahren) und polizeiliche (z.B. Kontrollfunktionen) Mittel, die bei der Durchsetzung bestimmter Vorhaben zu beachten sind (vgl. Freyer 2001).

Die Tourismuspolitik bzw. Fremdenverkehrspolitik und die daraus resultierenden Konzepte sind das Ergebnis eines Prozesses, der unter Beeinflussung unterschiedlicher Interessen und deren Vertreter abläuft. Diese können aus Einzelpersonen, privaten Interessengruppen und aus staatlichen

---

Entscheidungsträgern bestehen. Freyer (2001, 272) spricht von der Fremdenverkehrspolitik „als Teil einer umfassenden Gesellschaftspolitik“, was die Vielzahl und Komplexität der – mehr oder weniger – beteiligten Dimensionen noch einmal veranschaulicht. Der Tourismus und seine oftmals weitreichenden Folgen, begründet in seinem gesamtgesellschaftlichen Einflussbereich, legitimieren selbst in einem liberalen marktwirtschaftlichen System einen gewissen Einfluss des Staates (vgl. Bähre 2003, Freyer 2001, Bieger 2006).

Die Bundesrepublik Deutschland ist als Sozialstaat mit unterschiedlichen Institutionen und Leistungen in der Lage, breite Bevölkerungsschichten mit einer sozialen Grundabsicherung zu schützen (vgl. Buchner 2002). Der traditionelle Gesundheitstourismus in den Kur- und Heilbädern wird dabei maßgeblich von der vorherrschenden Sozialgesetzgebung beeinflusst. Gerade in diesem Bereich ist es wichtig, die Entwicklung des Sozialstaates genauer zu betrachten, da vor allem in Deutschland in der Vergangenheit entscheidende politische Umbrüche zu unterschiedlichen Entwicklungen geführt haben. Daher werden die folgenden Ausführungen vorerst den (tourismus- und gesundheits-)politischen Bereich in der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (DDR) und anschließend im vereinten Deutschland behandeln. Da das Land Brandenburg in dieser Arbeit im Mittelpunkt steht, ist gerade die Entwicklung während der 40 Jahre andauernden DDR-Regierung und nach der Wiedervereinigung wichtig, da die unterschiedlichen Systeme das ostdeutsche Bundesland stark geprägt haben.

### **3.3.1 Die Deutsche Demokratische Republik, ihre Tourismuspolitik, ihre Gesundheitspolitik und ihr Kur- und Bäderwesen**

Nach dem Zweiten Weltkrieg wurde Deutschland unter den vier Besatzungsmächten Frankreich, Großbritannien, Sowjetunion und USA aufgeteilt. Die Bundesländer im Osten des Landes fielen dabei unter die damalige Sowjetunion und wurden fortan als Sowjetische Besatzungszone (SBZ) geführt. Im Folgenden soll hier nur kurz auf die Hintergründe der politischen Entwicklungen seit 1945 eingegangen werden. Es ist hier von vordergründigem Interesse herauszuarbeiten, welche Auswirkungen die Zeit der Besatzung auf die ostdeutschen Bundesländer hatte. Vor allem im Bereich der Tourismuspolitik und des Gesundheitswesens, da diese die Entwicklung der ostdeutschen Kur- und Heilbäder grundlegend beeinflusst haben und somit aktuell bestehende, oftmals

---

strukturelle aber auch gesellschaftspolitische Probleme - zumindest im Ansatz - erklären lassen.

### **3.3.1.1 Die Deutsche Demokratische Republik**

Die Deutsche Demokratische Republik (DDR) wurde am 07. Oktober 1949 – fünf Monate nach Gründung der Bundesrepublik Deutschland – gegründet. Der schlussendliche Aufbau einer „realsozialistischen Demokratie“ erfolgte ab 1952 unter Walter Ulbricht als Generalsekretär bzw. Erster Sekretär des Zentralkomitees (ZK) der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED). Die SED war 1946 das Ergebnis des Zusammenschlusses der SPD (Sozialdemokratische Partei Deutschlands) und der KPD (Kommunistische Partei Deutschlands). Verfassungsrechtlich abgesichert, hatte die SED die Vormachtstellung im Land und übte diese unter Einfluss der Sowjetischen Besatzungsmacht im diktatorischen Sinne aus. *„Entsprechend dem ideologischen Selbstverständnis begriff die DDR ihr Herrschaftssystem zugleich als Diktatur des Proletariats und als sozialistische Demokratie, in der der marxistisch-leninistischen SED als dem bewussten und organisierten Vortrupp der Arbeiterklasse und des werktätigen Volkes die führende Rolle gebührte“* (Frerich/Frey 1996, 67). Übergeordnetes Ziel der Sowjetunion war es, die DDR an ihr zentralkommunistisches System anzugleichen. Die DDR entwickelte sich im Laufe der darauffolgenden Jahre zu einem zentralistisch ausgerichteten System und daraufzielende Maßnahmen wie die Verstaatlichung der Betriebe und die Kollektivierung der Landwirtschaft wurden weitestgehend umgesetzt. Weitere Strukturänderungen folgten, so wurden 1952 die Länder abgeschafft, *„(...) die Errichtung von 14 Bezirken an ihrer Stelle war nur die Konsequenz für den rigorosen Zentralismus, dem nun auch noch die äußeren Reste eines doch nur scheinbar vorhandenen Föderalismus geopfert wurden“* (Klöss in Valentin 1993, 746). Die weitere strukturelle Entwicklung der DDR – vor allem im Bereich der Staatsspitze – dauerte bis Anfang der 1970er Jahre an. 1971 übernahm Erich Honecker die Funktion des Ersten Staatssekretärs des Zentralkomitees, welche er die folgenden 18 Jahre – bis zum Ende der DDR – inne hatte. *„Doch all die vielen Veränderungen in Gesetz und Verwaltung, in Partei und Staat konnten das Grundübel in der DDR nicht beseitigen: die von Anfang an vorhandenen*

*Probleme in Wirtschaft und Industrie und der dadurch verursachte niedrige Lebensstandard der Bevölkerung" (Klöss in Valentin 1993, 747).*

Abbildung 9: Aufteilung in Besatzungszonen (Diercke Weltatlas 2003, 73)



Das Land Brandenburg gehört zu den neuen deutschen Bundesländern und ist in seinen Strukturen durch seine sozialistische Vergangenheit geprägt. Nach der Aufteilung Deutschlands in die verschiedenen Besatzungszonen fielen die ostdeutschen Bundesländer unter sowjetische Kontrolle (vgl. Abb. 9). So kam es unter der Besatzungsmacht zu einschneidenden strukturellen Veränderungen in Ostdeutschland. Speziell im Gesundheitswesen hatten die Sowjets das Ziel, ihr sozialistisches Gesundheitssystem in der DDR einzuführen. *„Auch wenn dies nicht in allen Details verwirklicht wurde, so wurden doch gewisse Grundprinzipien prägend für das Gesundheitssystem der DDR“* (Simon 2005, 34). Um die heute vorherrschenden Strukturen im Land Brandenburg erläutern zu können, ist es daher wichtig, sich mit der sozialistischen Vergangenheit des Landes zu beschäftigen. Obwohl Deutschland seit mittlerweile 20 Jahren als vereintes Land wirtschaftet, gibt es noch immer Unterschiede, die die heutige Entwicklung beeinflussen. Im Folgenden soll vor dem Hintergrund der in dieser Arbeit behandelten Fragestellung im Speziellen auf die Tourismuspolitik und das Gesundheitswesen der DDR eingegangen werden.

---

### 3.3.1.2 Der Tourismus und die Tourismuspolitik der DDR

Der Tourismus in der DDR war, mit ähnlichen Strukturen wie die gesamte Wirtschaft der DDR, eingebettet in die gesellschaftliche und sozialistische Entwicklung, die vor allem durch *„das gesellschaftliche Eigentum, die zentralwirtschaftliche Planung und Verwaltung sowie die staatliche Arbeitsplatzgarantie“* (Freyer 2001, 407) geprägt war. Nach Gründung der DDR wurden bestehende Fremdenverkehrsbetriebe sukzessive verstaatlicht und der Aufbau eines sozialistischen Erholungswesens begann (vgl. Bähre 2003, Freyer 2001). Private Betriebe wurden ebenfalls verstaatlicht und teilweise enteignet, erste Campingplätze und Bungalowsiedlungen entstanden, weiters wurden Kinderferienlager und betriebliche Erholungsheime errichtet (vgl. Frerich/Frey 1996, Freyer 2001). Bis Ende der 1970er Jahre erfolgte ein weiterer Aus- und Aufbau von staatlichen Ferienobjekten und das Urlaubsangebot in das sozialistische Ausland wurde erweitert. Da die finanziellen Mittel durch die DDR-Regierung jedoch vorrangig für Landwirtschaft und Volksbildung aufgebracht wurden, wurde im Erholungswesen mit sehr geringen Mitteln und daher mit geringer Qualität gearbeitet. Der eher als unkoordiniert geltende Ausbau im Erholungswesen wurde zudem nötig, da ab 1967 der Jahresurlaub von 16 auf 21 Tage erhöht wurde und die 5-Tage-Woche eingeführt wurde (vgl. Freyer 2001). In den 1980er Jahren hatte der Erholungstourismus an gesellschaftlichem Wert gewonnen, wies allerdings Defizite in Umfang und Qualität des Angebots auf und war zudem von den generellen Versorgungsproblemen – vor allem durch die mangelhafte Planung zu Urlaubsspitzenzeiten – geprägt. Die geringen finanziellen Mittel und die unkoordinierte Planung sorgten für eine hohe Abnutzung und mangelhafte Instandsetzung der vorhandenen touristischen Einrichtungen (vgl. Freyer 2001). Der Tourismus in der DDR wies erhebliche Defizite auf, was nicht nur an der Qualität der inländischen Reiseziele bzw. Naherholungsziele lag. *„Die problematische Regelung des nicht-freizügigen Reiseverkehrs ins Ausland (und vom Ausland) war eines der wichtigsten gesellschaftlichen Probleme, das in der Forderung nach „Reisefreiheit“ und der „gewaltlosen Revolution“ im Jahre 1989 seinen Ausdruck fand“* (Freyer 2001, 408).

Die Tourismuspolitik der DDR wurde offiziell als untergeordneter Bereich der Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik bezeichnet. *„Der auf dem Dogma des*

---

*Marxismus-Leninismus errichtete Staat gab in der DDR-Planwirtschaft alle tourismuspolitischen Leitlinien zentral über – durch das Politbüro im Zentralkomitee der SED vorbereitete, durch die Volkskammer zum Gesetz verabschiedete Gesetze und die über den Ministerrat und die Staatliche Plankommission als der obersten Planungsbehörde erlassene Anordnungen, Weisungen und Bestimmungen – von der zentralen Ebene der Ministerien über die Bezirke bis auf die lokale Ebene, von oben nach unten weiter" (Bähre 2003, 226).*

Dem Tourismus wurde die Rolle eines komplexen Reproduktionsfaktors zugewiesen, vorrangig hinsichtlich der Reproduktion des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens (vgl. Bähre 2003). Die Ziele der Tourismuspolitik waren weitestgehend anhand politischer und sozialer Faktoren ausgerichtet, der *„Tourismus wurde nicht als Wirtschaftsfaktor, sondern als staatliche Versorgungsleistung angesehen" (Freyer 2001, 409).* Die politischen Faktoren waren durchaus rein ideologisch und das Erholungswesen und die darin eingegliederten Gemeinschaftsveranstaltungen dienten der Staatsmacht als Instrument zur Festigung ihrer Macht und zur sozialistischen Bewusstseinsbildung der Bevölkerung. Die sozialen Aspekte beziehen sich auf die sozialistische Kultur, die den Reisenden in ihrem Urlaub begegnete. Die ökonomischen Funktionen bezogen sich wie bereits erwähnt auf die Reproduktion des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens, die *„Einrichtungen des Tourismus waren hoch subventioniert und arbeiteten nicht nach den Prinzipien der Wirtschaftlichkeit" (Freyer 2001, 409).*

Die sogenannten „Ferienträger“, die das touristische Angebot in der DDR zur Verfügung stellten, haben die Urlaubsreisen oftmals auch organisiert und durchgeführt. Eine Reise individuell durchzuführen und zu gestalten war in der DDR kaum möglich, in der Regel wurde dies durch drei Anbietergruppen geregelt (vgl. Freyer 2001, Frerich/Frey 1996):

- die Feriendienste des Freien Deutschen Gewerkschaftsbundes (FDGB) und der Volkseigenen Betriebe (VEB)
- das staatliche Campingwesen
- die Reisebüros der DDR und der Freien Deutschen Jugend (FDJ)

---

Betrachtet man das Erholungswesen der DDR, kann dieses anhand folgender funktionaler Bereiche unterteilt werden:

„1. Freizeit, Erholung, Urlaubsreisen

2. Besuch bei Freunden und Verwandten

3. Geschäftlich und beruflich veranlasster Tourismus

4. Gesundheitstourismus, Kur- und Bäderwesen

5. Religion/ Pilgerreisen

6. sonstige, beispielsweise aus den Wohlfahrtsaufgaben des Staates abgeleitete Bereiche wie Bildungsreisen für Kinder und Jugendliche, Seniorentourismus, Ökotourismus u.ä.“ (Bähre 2003, 214). Zudem lassen sich die Träger dieser funktional gegliederten Bereiche verschiedenen Ebenen – von der Zentralebene, bis zur lokalen Ebene – zuordnen, wobei die drei oben genannten Träger bzw. Anbietergruppen generell in allen Bereichen tätig waren. Die zentralstaatliche Organisation des Tourismus wurde zudem unter Kontrolle verschiedener Ministerien geführt. Bei Reisen ins sozialistische und nicht-sozialistische Ausland oder aus dem Ausland war es nicht zuletzt das Ministerium für Staatssicherheit, das sein wachsames Auge auf die Reisenden warf und als hohe Entscheidungsinstanz (mehr oder weniger sichtbar) auftrat. Wie bereits beschrieben, befanden sich die Träger auf unterschiedlichen Ebenen. Eine einheitlich, zentral gesteuerte Tourismuspolitik, etwa in Form eines Tourismusministeriums, gab es bis in die späten 1980er Jahre nicht.

Der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund war die größte gesellschaftliche Organisation der DDR, jedoch keineswegs unabhängig oder vergleichbar mit den heutigen Gewerkschaften, die – unabhängig von Staat und Partei – rein im Interesse der Arbeiter handeln. *„Schon frühzeitig hatte der FDGB auf eine autonome Interessenvertretung verzichtet und sich den politischen Entscheidungen und Weisungen der SED untergeordnet“* (Frerich/Frey 1996, 67). Offiziell war die Mitgliedschaft freiwillig, aber de facto eine Grundvoraussetzung für einen beruflichen und sozialen Aufstieg. Die Mitglieder zahlten monatlich Beiträge, wobei die Höhe abhängig vom Bruttolohn war. Alle Zahlungen und zusätzlichen Informationen wurden im jeweiligen Mitgliedsbuch erfasst (siehe Abbildung 10).

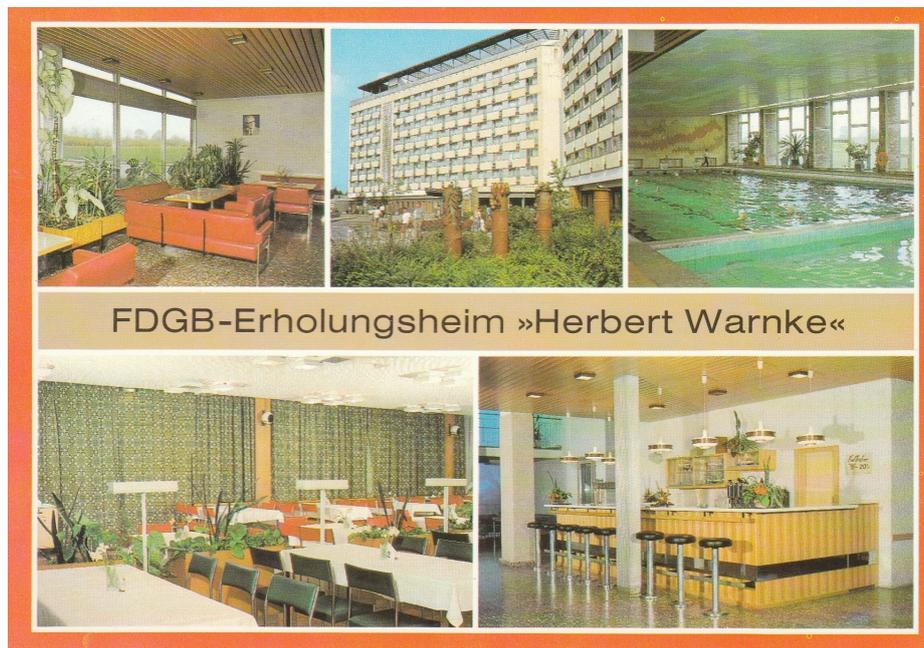
Abbildung 10: Mitgliedsbuch des FDGB (privat)



Die Zuständigkeiten und Aufgaben des FDGB hatten durchweg einen ideologischen Ursprung und reichten von der Verleihung von Auszeichnungen bis hin zur Organisation der Urlaubsreisen der Mitglieder. So etwa im Bereich „Freizeit, Erholung und Urlaubsreisen“. Hier hatte der Zentrale Feriendienst des FDGB - unabhängig von anderen Ministerien - die Aufgabe, die Voraussetzungen für die Reproduktion der Arbeitskraft bzw. die Reproduktion des gesellschaftlichen Arbeitsvermögens der werktätigen Bevölkerung zu schaffen (vgl. Freyer 2001). Dieser auch als betriebliches Erholungswesen bezeichnete Bereich wurde zum wichtigsten Erholungsträger im Sozialtourismus. „Träger dieses betrieblichen Erholungswesen waren die Betriebe und Institutionen, die ihren Betriebsangehörigen Erholungsunterkünfte, weitgehend im Inland, jedoch auch im Urlaubsaustausch mit Partnerbetrieben im sozialistischen Ausland, vermittelten“ (Bähre 2003, 218).

---

Abbildung 11: Ansichtskarte FDGB-Erholungsheim Herbert Warnke in Klink (Kreis Waren) (privat)



Die Urlaubsplätze wurden nach bestimmten Auswahlkriterien vergeben wie etwa die Dauer der Betriebszugehörigkeit, das Alter, die Familiengröße und das gesellschaftliche Engagement. Die Ferienplätze wurden vom Staat subventioniert, somit mussten die Beschäftigten nur etwa ein Drittel der Kosten selbst übernehmen (vgl. Bähre 2003, Freyer 2001).

Zusammenfassend war der Tourismus in der DDR von der zentralistischen Wirtschaftsstruktur geprägt, monopolistische bzw. oligopolistische Anbieter beherrschten den touristischen Markt. Die DDR-Bevölkerung konnte nicht frei auf das bestehende Angebot zugreifen, es herrschte das Zuteilungsprinzip. Auslandsreisen, besonders in das nicht-sozialistische Ausland, unterlagen politisch und ökonomisch begründeten Einschränkungen. Dementsprechend nahmen die Inlandsreisen den größten Anteil im gesamten Reiseverkehr ein. Zudem wurden die Inlandsreisen hoch subventioniert und waren daher sehr günstig. Die Freizeit- und Erholungseinrichtungen waren, besonders in den Urlaubsspitzenzeiten, schnell überlastet und abgenutzt. Die begrenzten finanziellen Mittel verhinderten eine kontinuierliche Instandhaltung und Investitionen in moderne Infrastrukturmaßnahmen (vgl. Freyer 2001).

---

### 3.3.1.3 Die Gesundheitspolitik der DDR

Die Gesundheitspolitik war kein abgestecktes Feld an sich, sondern ein grundlegender Bestandteil der ostdeutschen Sozialpolitik (vgl. Deppe et al. 1993). *„Dies führte dazu, daß auch Aufgaben, die über den engeren Bereich der Gesundheitspolitik hinausgingen – wie z.B. die Betreuung von Kindern in Krippen und Heimen – dem Gesundheitswesen zugeordnet wurden“* (Deppe et al. 1993, 12). Das Gesundheitssystem der DDR wurde zentralstaatlich geführt und oblag der zentralen Verwaltung des 1951 gegründeten Ministeriums für Arbeit und Gesundheit. Die staatliche Leistungserbringung erfolgte unter staatlicher Kontrolle in staatlichen Einrichtungen und wurde durch die Errichtung einer zentralen Einheitsversicherung umgesetzt (vgl. Deppe et al. 1993). *„Insbesondere ging es dabei darum, die Zersplitterung der Kassen, ihre Konkurrenz untereinander und unterschiedliche Leistungen der Versicherungsträger aufzuheben, den Verwaltungsapparat zu vereinfachen und zu verbilligen sowie eine umfassende Selbstverwaltung der Versicherten durchzusetzen“* (Deppe et al. 1993, 13). Die jeweils zuständigen Abteilungen der Bezirke hatten die Kontrollfunktion auch bezüglich des Gesundheitswesens inne. Im Gegensatz zur BRD, wo die zentrale Versorgung durch Einzelpraxen niedergelassener Ärzte gewährleistet war, wurde die Versorgung der ostdeutschen Bevölkerung in Krankenhäusern, Polikliniken und staatlichen Ambulatorien gesichert. *„Die Einheit von ambulanter und stationärer Versorgung zählte ebenfalls zu den grundlegenden Prinzipien, dementsprechend weit entwickelt war die institutionelle und personelle Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung“* (Simon 2005, 35). Zudem oblag die Verantwortung bezüglich der medizinischen Versorgung den volkseigenen Betrieben, somit waren die Bürger der DDR diesbezüglich weniger eigenverantwortlich als die Bürger der BRD. *„Die besondere Bedeutung des Betriebsgesundheitswesens stand in engem Zusammenhang zu der Überzeugung, dass das Gesundheitssystem vor allem zur Erhaltung der Arbeitskraft beitragen sollte, die als wichtigste Produktivkraft und Grundlage der wirtschaftlichen Entwicklung galt“* (Simon 2005, 35). In der DDR waren fast alle Einrichtungen im Gesundheitswesen staatlich und dementsprechend durch den Staat finanziert (inkl. Personal), was bezüglich der Mechanismen der Planwirtschaft zur erfolgreichen Umsetzung und in Abstimmung mit der Volkswirtschaft zweckmäßig war (vgl. Deppe et al. 1993). Ein wichtiger Punkt betrifft die Orientierung der

---

Gesundheitspolitik und den daraus finanzierten Leistungen. In der DDR orientierte sich diese an Prävention, Prophylaxe und Gesundheitserziehung der Bevölkerung. *„Dem lag die Auffassung zugrunde, dass Krankheiten weitgehend vermeidbar seien und Prophylaxe einen wesentlichen Beitrag zur Entfaltung der Volkswirtschaft leisten könne“* (Simon 2005, 35).

Grundsätzlich lässt sich bezüglich des Gesundheitssystems der DDR festhalten, dass die 40 Jahre andauernde sozialistische Prägung verhältnismäßig von kurzer Dauer war. Doch der radikale Umbruch des Systems bei der Übernahme durch die sozialistische Regierung war enorm. *„Das traditionell durch staatliche Regulierung und überwiegend private Leistungserbringung gekennzeichnete deutsche Gesundheitssystem wurde in ein staatliches System nach sowjetischem Vorbild umgewandelt“* (Simon 2005, 42). Der politisch-ideologische Hintergrund lässt an dem damaligen System besonders zweifeln. Dennoch gibt es Aspekte und Elemente, die sich aus heutiger Sicht – zumindest in deren Ansatz – positiv beurteilen lassen. Darunter fällt etwa die bessere Verzahnung und Integration von ambulanter und stationärer Versorgung, aber auch die generelle Orientierung der Gesundheitspolitik auf die Bereiche Prävention, Prophylaxe und Gesundheitserziehung der Bevölkerung. *„Allerdings wurde das „Experiment“ eines staatlichen sozialistischen Gesundheitswesens mit staatlicher Unterdrückung, wirtschaftlicher Benachteiligung nichtstaatlicher Einrichtungen und vor allem teilweise erheblichen Versorgungsmängeln bezahlt“* (Simon 2005, 42).

#### **3.3.1.4 Das Kur- und Bäderwesen der DDR**

Während des Zweiten Weltkrieges wurden die Kurstätten und Sanatorien größtenteils in Lazarette umfunktioniert, viele wurden zudem zerstört. Auch nach Ende des Krieges beherbergten sie noch lange Zeit Kranke und Verletzte. Ein Beispiel dafür ist die Lungenanstalt in Beelitz-Heilstätten (Land Brandenburg), diese wurde während des Krieges als Lazarett und Lungenheilstätte betrieben und blieb auch nach dem Krieg als Militärhospital in den Händen der sowjetischen Besatzer ([www.heilstaetten.beelitz-online.de](http://www.heilstaetten.beelitz-online.de), 14.12.2009). Vielerorts wurden die Erholungs- und Heileinrichtungen wieder ihrer ursprünglichen Funktion zugewiesen und sollten für die Bevölkerung der DDR zugänglich gemacht

---

werden. Der FDGB erhielt die Kontrolle über das Kurwesen und war somit für die Auswahl der Teilnehmer an Heil- und Genesungskuren zuständig (vgl. Frerich/Frey 1996). Die Finanzierung wurde über staatliche Subventionen und die Sozialversicherungsträger gewährleistet.

Die Kurortverordnung der DDR vom 03.08.1967 bildete die Grundlage des Kurwesens in der DDR (vgl. Freyer 2001). *„Das DDR-Kurortgesetz regelte einheitlich das Anerkennungsverfahren für staatlich anerkannte Kur- und Erholungsorte und die Erkundung, Erschließung und Nutzung natürlicher Heilmittel sowie für den Schutz der Heilmittel gebildeten Schutzgebiete“* (Bähre 2003, 224). Für die staatliche Anerkennung galten strenge Regeln, die über Hygienestandards, infrastrukturelle Voraussetzungen bis zur Gestaltung der Kurorte reichte. Diese theoretischen Vorgaben waren praktisch kaum wiederzufinden, vielmehr fand sich eine verfallende Bausubstanz und veraltete medizinische Einrichtungen (vgl. Freyer 2001, Bähre 2003). Ebenso wurden die infrastrukturellen Voraussetzungen und die Gestaltung des Kurortes vernachlässigt. Dies stellte für die Orte besonders nach der Wiedervereinigung ein großes Problem dar, nicht zuletzt aufgrund der gesetzlichen Vorgaben der BRD für eine Prädikatisierung als Kurort (vgl. Freyer 2001). Zudem befanden sich nicht alle Kureinrichtungen und Sanatorien in zertifizierten Kur- und Erholungsorten, lediglich der Orts-, Klima-, und Milieuwechsel wurde mit jeder Kurmaßnahme verbunden (vgl. Bähre 2003).

Generell verstand man in der DDR unter einer Kur *„die ärztlich verordneten Behandlungsmaßnahmen in Sanatorien, Genesungsheimen und Kurheimen, die mit Orts-, Klima- und Milieuwechsel verbunden waren. Es wurden unterschieden:*

- *Heilkuren für Erwachsene,*
- *Genesungskuren und*
- *prophylaktische Kuren“* (Bähre 2003, 264).

Hauptziel einer Kur war die (völlige) Wiederherstellung der Gesundheit und die damit verbundene Wiedereingliederung in die Arbeitswelt. Dementsprechend waren die Werktätigen die Hauptzielgruppe, daneben stellten Kinder eine weitere große Zielgruppe dar. *„Kinderkuren hatten im Jahr 1989 einen Anteil von 17% aller Kuren und damit einen für heutige Verhältnisse großen Anteil an den Kurmaßnahmen“* (Bähre 2003, 264). Die sogenannten Kinderkuren waren in der

---

DDR von besonderem Interesse. Sie waren größtenteils prophylaktische Kuren und sollten die Gesundheit der Kinder fördern und somit chronischen Krankheiten im Alter vorbeugen (vgl. Freyer 2001). Unterschiedliche Kurformen im Sinne der Selbstfinanzierung gab es nicht, ebenso war es für Einheimische nicht möglich örtliche Kureinrichtungen in Anspruch zu nehmen. Die Kur war als medizinische Behandlung eine Leistung, die von der Sozialversicherung finanziert wurde. *„Es gab lediglich die Sozialkur im stationären Heilverfahren oder die mit dieser Klinikbehandlung gekoppelte zentral veranlasste Buchung einer Privatunterkunft bzw. einer Pensionsunterkunft“* (Bähre 2003, 223). Staatlicher Träger dieses unter der Bezeichnung „rekreationsbedingter Tourismus“ geführten Bereiches war das Ministerium für Gesundheit. Andere gesundheitstouristische Leistungen, vergleichbar mit den heutigen Wellness-Angeboten, gab es in der DDR nicht.

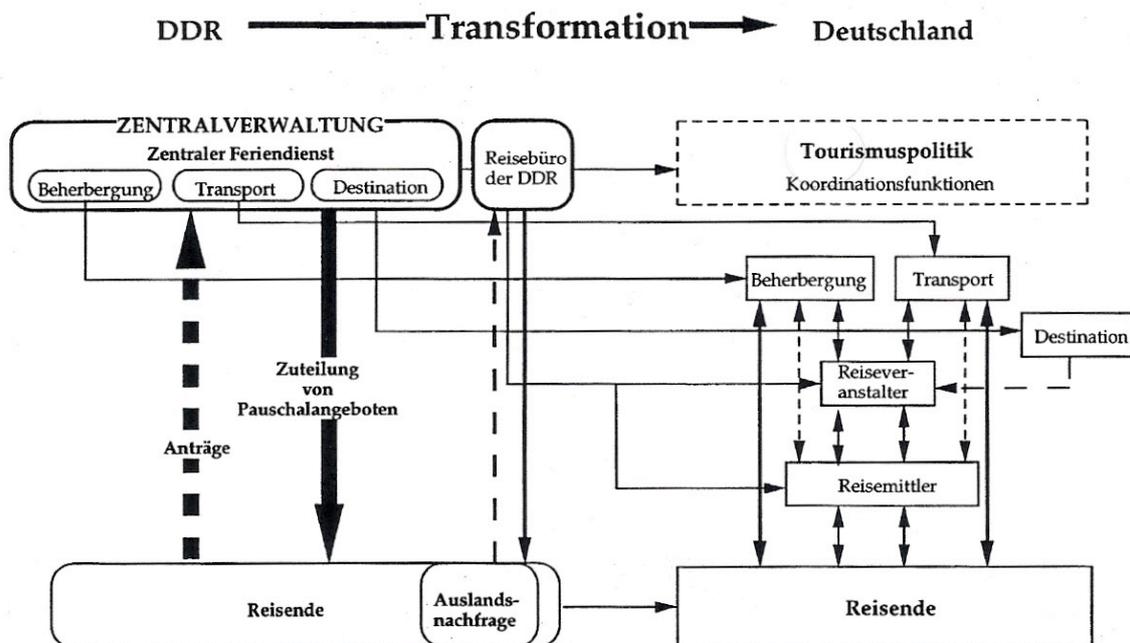
### **3.3.2 Das vereinte Deutschland, die Transformation der Tourismuspolitik, die Gesundheitspolitik und die Entwicklung im Kur- und Bäderwesen**

Die deutsche Einheit wurde am 3. Oktober 1990 wieder hergestellt. Die 14 Bezirke der ehemaligen DDR wurden aufgelöst und die Bundesländer Thüringen, Sachsen-Anhalt, Sachsen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern, fortan neue Bundesländer genannt, neukonstituiert. Da es sich hierbei um den Beitritt der DDR zur Bundesrepublik Deutschland handelte, folgten in den ersten Jahren enorme Veränderungen in vielen Bereichen der ehemaligen DDR. Die Tourismuspolitik und das Gesundheitswesen wurden dabei zu 100% überarbeitet bzw. an das System der Bundesrepublik angepasst. Nicht nur das Kur – und Bäderwesen der neuen Bundesländer stand nun vor völlig neuen Herausforderungen.

Mit der Wiedervereinigung erfolgte ein schlagartiger Wandel im Tourismus. Es herrschte eine marktorientierte Tourismuswirtschaft mit Gewerbefreiheit, Privatinitiative und Reisefreiheit, *„mit Wettbewerb der Anbieter, freier Wahlmöglichkeit der Nachfrager, marktorientierter Preisbildung und Überangebotssituationen auf vielen touristischen Teilmärkten“* (Freyer 2001, 421). Die neuen Bundesländer standen im nationalen und internationalen Vergleich aufgrund mangelhafter Infrastruktur und geringerer Qualität der touristischen Einrichtungen vor einer großen Herausforderung. Es kam zum

Aufbau einer föderalistischen Tourismusorganisation, entsprechend der neuen Bezirks- und Ländergrenzen, es gründeten sich Reiseveranstalter und Reisemittler, die vorhandenen touristischen Einrichtungen wurden privatisiert, sie mussten renoviert und modernisiert, die Infrastruktur ausgebaut werden (vgl. Freyer 2001). Die grundlegenden Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland und die schlechte Ausgangslage der ostdeutschen Bundesländer führten zu sogenannten Transformationsproblemen, die Freyer (2001, 423) in Abbildung 12 modellhaft darstellt.

Abbildung 12: Modell des „Touristischen Transformationsprozesses in Ostdeutschland“ (Freyer 2001, 423)



In den ersten Jahren nach der Transformation waren es im Gesundheitsbereich vor allem gesetzgeberische, später auch politische Eingriffe, die der Optimierung (aber vor allem der Kostendämpfung) des Gesundheitssystems dienen sollten (vgl. Simon 2005). „Die weitgehende soziale Homogenität, soziale Sicherheit und Eingebundenheit in den Betrieb, die die ehemalige DDR charakterisierten, lösten sich unter dem Druck des Marktes, der Konkurrenz und Privatisierung auf“ (Deppe et al. 1993, 25). Es folgte ein langer Prozess der Umstrukturierungen, Anpassungen und bundesdeutscher Reformen. Im Bereich des Kur- und Bäderwesens Ostdeutschlands übernahm das Bundesministerium für Gesundheit

---

die zentrale Rolle. Bevor die Einrichtungen privatisiert wurden, unterstellte man sie den Sozialministerien der Länder (vgl. Bähre 2003). Die Privatisierung erfolgte kurz darauf in Form öffentlicher Ausschreibungen, wobei größtenteils westdeutsche Klinikgruppen in den Osten expandierten und die ostdeutschen Kliniken übernahmen. Eine von der Bundesversicherungsanstalt (BfA) durchgeführte und von der Bundesregierung beauftragte Untersuchung der ostdeutschen Kurorte sollte festlegen, in welchen Kurorten stationäre und ambulante Kuren durchführbar sind (vgl. Bähre 2003). Die um 65% gesunkene Anzahl an Kuren in Ostdeutschland verdeutlicht das Ergebnis dieser Untersuchung, der viele ostdeutsche Kureinrichtungen aufgrund erheblicher Mängel nicht standhielten. *„Das Forschungsinstitut für Balneologie und Kurortwissenschaft hatte dem damaligen Bundesministerium für Gesundheit empfohlen, aus dem Bestand der Kur- und Erholungsorte der DDR 74 Orte als Heilbäder und Kurorte nach den Kriterien des Deutschen Bäderverbandes e.V. anerkennen zu lassen“* (Bähre 2003, 361). Die staatliche Anerkennung erhielten 1992 67 Orte, darunter 7 in Brandenburg, 10 in Mecklenburg-Vorpommern, 20 in Sachsen, 8 in Sachsen-Anhalt und 22 in Thüringen (vgl. Bähre 2003).

In den Folgejahren kam es zu großen Investitionen in die Ausstattung der Kurorte und in die kurspezifische Infrastruktur. Dies war nötig, da man nach der Wiedervereinigung deutlich erkannte, dass sich das Kurwesen in Ostdeutschland im Vergleich zu Westdeutschland auf einem infrastrukturell niedrigeren Niveau befand (vgl. Rulle 2008). Die gesetzlich verankerte „Verbesserung der Wirtschaftsstruktur“ (Gesetz über die Gemeinschaftsaufgabe zur Verbesserung der regionalen Wirtschaftsstruktur; zitiert in Rulle 2008) strukturschwacher Regionen führte in Ostdeutschland zu einer Förderung von rund 2800 touristischen Infrastrukturvorhaben, darunter fielen mehr als 200 Bade- und Schwimmanlagen, 70 Kureinrichtungen und über 90 Häuser des Gastes (vgl. Rulle 2008).

In Westdeutschland kam es schon seit den 1970er Jahren zu generellen Einsparungen im Gesundheitswesen, welche als Reformen zu drastischen Kürzungen in allen Bereichen geführt hat. Dies resultierte aus den gestiegenen Kosten der Gesundheitsversorgung und den finanziellen Engpässen der öffentlichen Kassen. So kam es vor allem bei den stationären und ambulanten

---

Kuren zu entscheidenden Veränderungen und zum Rückgang der Umsätze (vgl. DHV 2009). Die Entwicklungen der Gesundheitspolitik mit ihren restriktiven Maßnahmen wirkten sich daher in erster Linie auf die von den Sozialversicherungsträgern bezuschussten Sozialkuren aus. Es folgten rückläufige Übernachtungszahlen und veränderte Gästestrukturen in den Kurorten (vgl. DHV 2009). Dies führte zu einer veränderten Nachfrage und zum Wandel der Angebotsstruktur in den Destinationen. Je nach Art der Gästestruktur und Abhängigkeit von Sozialkurgästen wirkte sich diese Entwicklung unterschiedlich stark auf die Kurorte aus. In den Jahren 1996 bis 1998 führten die gesundheitspolitischen Reformen schließlich zu der sogenannten Kurkrise, die durch enorme Einbrüche in der Nachfrage charakterisiert war (vgl. Statistisches Bundesamt 2007, Rulle 2008). In Kapitel 4 wird die Entwicklung anhand konkreter Zahlen noch einmal verdeutlicht. Aktuelle Entwicklungen in den Kur- und Heilbädern zeigen einen leichten Aufwärtstrend, der durch neue erweiterte Angebote für Gesundheitsurlauber, Kurzaufenthalte und neue Konzepte für Privatzahler entstanden ist (vgl. DHV 2009). Zurückzuführen ist der Wandel in der Angebotsstruktur auf eine Reaktion der Kurorte und Heilbäder auf die Kurkrise. In dieser Zeit wurde den Orten bewusst, dass sie zu stark von der Sozialpolitik abhängig sind und sich nun zunehmend auch auf Nicht-Kurgäste einstellen müssen um überleben zu können (vgl. Rulle 2008).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass in Deutschland Leistungen, die in staatlich anerkannten Kur- und Heilbädern in Anspruch genommen werden, nicht oder nur anteilig durch die Sozialleistungsträger finanziert werden. Defizite in diesem Bereich werden durch spezialisierte Angebote kompensiert und können nur auf dem individuellen Weg beglichen werden. Im Wellness-tourismus werden die Kosten dagegen komplett von den Gästen getragen. Dabei gibt es aber auch hier Ausnahmen, etwa wenn Behandlungen durch medizinisch geschultes Personal als ärztlich verordnete Behandlungen in Wellnessdestinationen mit den Versicherungsträgern abgerechnet werden können (vgl. Rulle 2008).

Die Kritik an dem starren Leistungssystem der Sozialversicherungsträger, die ihre Entscheidungen für oder gegen eine individuelle Unterstützung anhand unzähliger Kriterien treffen, wird immer lauter. Im gleichen Maße steigt die Erwartungshaltung an die deutsche Gesundheitspolitik, die angehalten wird, sich

---

bewusst mit den neuen Entwicklungen in diesen Bereichen auseinander zu setzen und Konsequenzen in der Gesetzgebung daraus zu ziehen. „*Wirtschaft ist von menschlichem Verhalten geprägt, von Kreativität, Irrationalität, von getrübler Wahrnehmung, von den individuellen Lebenszielen, letztlich von der Freiheit des Menschen und seinem Verhalten. Hier muss Gesundheitspolitik ansetzen*“ (Händeler in Merz 2008, 42).

#### **4. Der Gesundheitstourismus in Deutschland**

Die politische Vergangenheit in Deutschland hat dazu geführt, dass sich Ost- und Westdeutschland unterschiedlich entwickelt haben. Diese Unterschiede sind noch heute in vielen Bereichen spürbar und werden es auch in den nächsten Jahren noch sein. Betrachtet man aktuelle Entwicklungen in der Bundesrepublik, ist es daher unabdingbar, dies vor dem Hintergrund der vergangenen Entwicklungen zu tun. Der Gesundheitstourismus in Deutschland, wie er sich momentan darstellt, ist somit nur in Bezug auf die unterschiedliche Entwicklung in Ost- und Westdeutschland zu betrachten. Die im vorangegangenen Kapitel ausführlich erläuterte politische Geschichte Ostdeutschlands bildet nun die Grundlage für die Erläuterungen zur aktuellen Situation in Deutschland.

Der Gesundheitstourismus in Ostdeutschland wurde vom Zweiten Weltkrieg bis zur Wiedervereinigung staatlich kontrolliert und organisiert. Der FDGB war als Träger des Erholungswesens dafür zuständig und ihm oblag somit auch die Kontrolle und Organisation im Kurwesen. Die Probleme und Konsequenzen nach 40 Jahren sozialistischer Führung, vor allem für die ostdeutschen Kurorte und Heilbäder, wurden bereits erläutert. Die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Westdeutschland verlief dagegen weitaus positiver. Eine Gesundheitsgesetzgebung, die 1957 in Kraft trat, bestimmte die Kostenübernahme der Leistungsträger für Rehabilitation und Prävention, um die Zahl krankheitsbedingter Frührentner zu verringern (vgl. Rulle 2008). Bis in die 1990er Jahre verzeichneten die Kurorte eine positive Entwicklung, was mit einer generellen positiven wirtschaftlichen Entwicklung in Westdeutschland einherging.

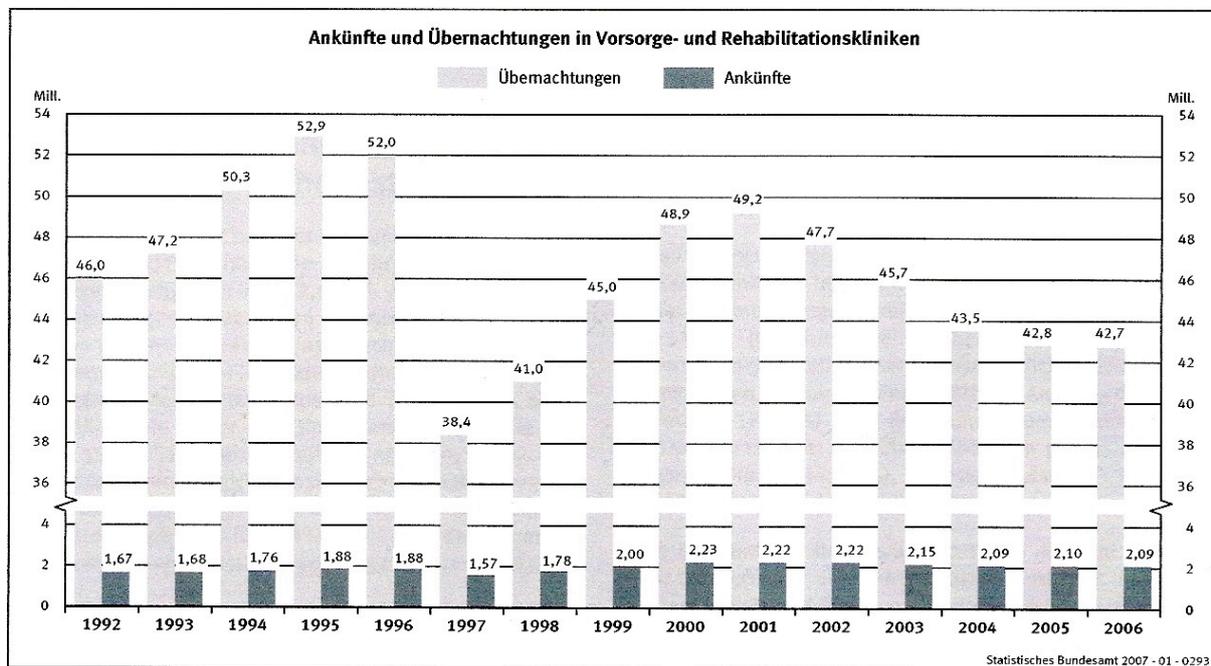
Nach der Wiedervereinigung wurde ein deutlicher Niveauunterschied zwischen dem west- und dem ostdeutschen Kurwesen deutlich. Dabei waren die

---

gesundheitstouristischen Einrichtungen Ostdeutschlands auf einem deutlich niedrigeren Niveau, vor allem die Infrastruktur des Kurwesens wies starke Defizite auf. Die in den Folgejahren in Ostdeutschland erhöhten Investitionen in das Kurwesen haben schlussendlich dazu geführt, dass sich die Situation bis zur heutigen Zeit deutlich geändert hat. *„Auf Grund der großen finanziellen Anstrengungen zur Anpassung ihrer Infrastruktur an westdeutsche Standards verfügen die ostdeutschen Destinationen heute häufig über eine überdurchschnittliche Ausstattung im Vergleich zu westdeutschen Kurorten“* (Rulle 2008, 61).

In den 1990er Jahren kam es in Deutschland aufgrund einer Reihe von Gesetzen, die in erster Linie der Kostendämpfung im Gesundheitswesen dienten, zu starken Einschränkungen im Kurwesen. Ein 1996 eingebrachtes Gesetz führte schlussendlich zu einer sogenannten Kurkrise, die enorme Einbrüche im Kurwesen verursachte. Dieses Gesetz beinhaltete zum einen die Kürzung der Aufenthaltsdauer einer Kur und zum anderen die Verlängerung des Intervalls zwischen zwei Kuraufenthalten. Zudem wurden die privaten Zuzahlungen erhöht und erstmals wurde der Urlaubsanspruch in Teilen auf den Kuraufenthalt angerechnet (vgl. Rulle 2008). Diese Faktoren und die zunehmende Unsicherheit in der Bevölkerung führten zu einem starken Einbruch der Anzahl der Kuren. Dies lässt sich vor allem für die alten Bundesländer feststellen, da aufgrund der langen Umbruchsituation in den neuen Bundesländern keine aussagekräftige Einschätzung getroffen werden kann (vgl. Rulle 2008). Die folgende Abbildung veranschaulicht diese Entwicklung anhand der Zahlen der Ankünfte und Übernachtungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen von 1992 bis 2006.

Abbildung 13: Ankünfte und Übernachtungen in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in Deutschland (Statistisches Bundesamt 2007, 495)



Die obige Abbildung zeigt einen deutlichen Einbruch der Übernachtungen in Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen im Jahr 1997. In den darauffolgenden Jahren kam es zu einem kontinuierlichen Anstieg der Übernachtungszahlen. In dieser Zeit stieg sowohl die Zahl der Privatkurgäste als auch die Zahl der Sozialkuren (vgl. Rulle 2008).

Die Kurkrise, die Mitte der 1990er Jahre starke Einbußen verursachte, macht die Abhängigkeit vieler Destinationen von der Sozialpolitik deutlich. Dies verursachte ein Umdenken bei vielen Destinationen, die in Folge begannen, ein modernes Profil zu entwickeln und somit nicht mehr nur die traditionellen Kurgäste ansprechen wollten. Das Angebot wurde zunehmend auch auf privat zahlende Gäste abgestimmt und für diese damit attraktiver. In den letzten Jahren ging die Zahl der Übernachtungen in den Vorsorge- und Rehabilitationskliniken wieder zurück, wobei die Zahl der Ankünfte sich nur geringfügig änderte. Dies zeigt, dass sich die Aufenthaltsdauer bei den Kuren in den letzten Jahren deutlich verkürzt hat. Im Vergleich zum übrigen Beherbergungsgewerbe fallen auf die Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in 2006 zudem nur 12,2% aller Übernachtungen, der Anteil an den Gästeankünften lag demgegenüber bei nur 1,7% (vgl. Statistisches Bundesamt 2007). Diese Differenz lässt sich mit der

überdurchschnittlich langen Aufenthaltsdauer in den jeweiligen Kliniken im Vergleich zu den übrigen Beherbergungseinrichtungen erklären. Betrachtet man die Zahl der Ankünfte und Übernachtungen in den prädikatisierten Destinationen, lässt sich für das Jahr 2006, in Bezug auf das Vorjahr, ebenfalls ein Rückgang feststellen (vgl. Abbildung 14).

Abbildung 14: Ankünfte und Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2006 nach Gemeindegruppen (Statistisches Bundesamt 2007, 495)

Gemeindegruppe	Ankünfte		Übernachtungen		Durchschnittliche Aufenthaltsdauer <sup>1)</sup>
	insgesamt	Veränderung gegenüber 2005	insgesamt	Veränderung gegenüber 2005	
	1 000	%	1 000	%	Anzahl
Mineral- und Moorbäder .....	6744	+3,0	38896	+0,5	5,8
Heilklimatische Kurorte .....	3601	-0,4	16 214	-2,4	4,5
Kneippkurorte .....	2173	+1,4	10 270	-0,9	4,7
Heilbäder zusammen ...	12 518	+1,7	65 380	-0,4	5,2
Seebäder .....	6908	+3,1	39 308	+0,9	5,7
Luftkurorte .....	6950	+0,6	25 749	-2,4	3,7
Erholungsorte .....	10 609	+1,0	35 259	+1,0	3,3
Sonstige Gemeinden .....	88 252	+4,9	185 528	+4,2	2,1
Insgesamt ...	125 237	+3,9	351 224	+2,1	2,8

1) Rechnerischer Wert Übernachtungen/Ankünfte pro Person.

Die Gemeindegruppen mit Prädikatisierung verloren im Jahr 2006 bei den Übernachtungen Marktanteile. Im Gegensatz zu Gemeinden ohne Prädikat, die einen Zuwachs von 4,2% verzeichnen konnten, mussten sie teilweise sogar Rückgänge bei den Übernachtungszahlen hinnehmen (vgl. Statistisches Bundesamt 2007).

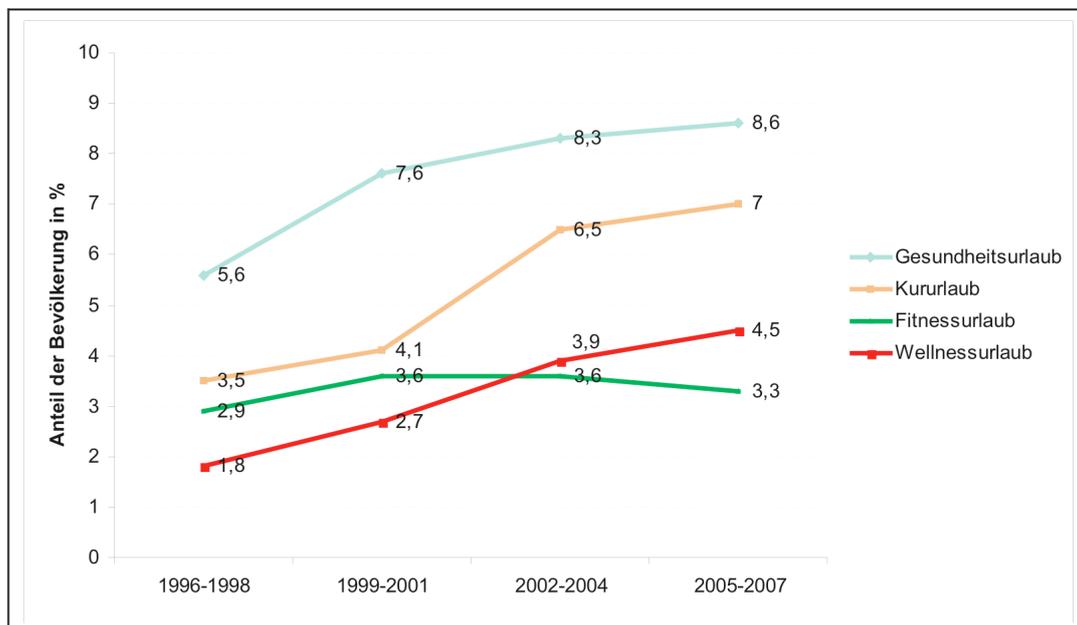
Die vorangegangenen Ausführungen veranschaulichen die Entwicklung des Kurtourismus in den vergangenen Jahren. Trotz der rückgängigen Zahlen sind sich die Experten einig, dass der Gesundheitsmarkt zu den Wachstumsmärkten zählt. In Deutschland sind es die Produkte und Dienstleistungen im Gesundheitswesen, die in der deutschen Volkswirtschaft zu den wichtigsten Sektoren gehören (vgl. DHV 2009). Der DHV (2009) gliedert dabei die Gesundheitswirtschaft in zwei Bereiche – den ersten und den zweiten Gesundheitsmarkt. Dabei definiert sich der erste Gesundheitsmarkt laut DHV „als die Gesundheitsversorgung, die durch die gesetzliche und private Krankenversicherung, Pflege-, Renten-, Unfallversicherung und öffentlichen Haushalte finanziert wird“ und der zweite Gesundheitsmarkt umfasst dementsprechend „alle privat finanzierten Leistungen im Gesundheitsbereich (z.B. alternative Heilmittel, private Zusatzversicherungen) sowie den privaten

---

*Konsum mit dem zugrunde liegenden Kaufmotiv Gesundheit und Prävention (Gesundheitstourismus, Lebensmittel aus biologischem Anbau, Naturkosmetik, Fitness, etc.)*" (DHV 2009, 1). Dabei ist der erste Gesundheitsmarkt ein stark regulierter Markt, der durch politische Restriktionen (etwa Gesundheitsreformen) bewusst in seinem Wachstum eingedämmt wird. Dennoch verzeichnet dieser Markt ein durchschnittliches Wachstum von 2,5% pro Jahr (vgl. DHV 2009). Der zweite Gesundheitsmarkt ist statistisch nicht so leicht zu erfassen und wird daher in Schätzgrößen ermittelt. Demnach sagt man diesem dereguliertem Markt ein jährliches Wachstum von bis zu 6% voraus (vgl. DHV 2009). Zusammen erwirtschaften beide Marktbereiche laut DHV (2009,1) im Jahr 2007 12,01% des Bruttoinlandproduktes.

Der Gesundheitstourismus spielt in der Gesundheitswirtschaft Deutschlands eine wesentliche Rolle. Betrachtet man die vorhandene gesundheitstouristische Infrastruktur in Deutschland, lassen sich jedoch aufgrund der bereits beschriebenen Abgrenzungsproblematik (vgl. Wellnessangebote) keine eindeutigen Angaben machen. So lassen sich zwar die Heilbäder und Kurorte mit 328 beziffern, jedoch zählen zu den gesundheitstouristischen Einrichtungen auch Rehabilitationskliniken, Wellness-Hotels und entsprechend ausgestattete Bäder und Thermen (vgl. MASFG 2006). Dabei schwanken die Angaben von aktuell 63 vom Deutschen Wellness Verband geprüften und zertifizierten Wellness-Hotels (vgl. [www.wellnessverband.de](http://www.wellnessverband.de), 31.05.2009) bis zu über 100 von Reiseanbietern als Wellness-Hotels deklarierte Destinationen (vgl. MASFG 2006). Dementsprechend ist auch die Erfassung der Nachfrage nicht immer eindeutig. In Abbildung 15 wurde die Nachfrage nach gesundheitsorientierten Urlaubsformen für den Zeitraum 1996-1998 (Zeit der Kurkrise) bis 2005-2007 zusammengestellt. In dieser Abbildung lässt sich eine positive Entwicklung erkennen, die sich im Gesundheitsurlaub i.w.S und im Kur- und Wellnessurlaub seit der Kurkrise vollzogen hat. Dennoch ist auch zu erkennen, dass das derzeitige (2005-2007) Wachstum im Vergleich zu den Vorjahren nicht mehr so stark ist.

Abbildung 15: Entwicklung der Nachfrage nach gesundheitstouristischen Urlaubsformen (Lohmann/Winkler 2005 in MASFG 2006, 110)



In den kommenden Jahren rechnet man dennoch mit moderaten Wachstumschancen in diesen Bereichen (vgl. MW Brandenburg 2006). Gleichmaßen erhöht sich jedoch auch der Wettbewerbsdruck unter den Anbietern und wird für viele Anbieter eine enorme Herausforderung darstellen. *„Die Erarbeitung klar abgegrenzter, qualitativ hochwertiger Produkte mit einem eindeutigen Produktnutzen, Investitionen in die notwendige Infrastruktur, die ebenso breite wie zielgruppenspezifische Kommunikation dieser Angebote und die nachhaltige Sicherung der Produktqualität bieten die größten Wachstumschancen, sind jedoch schwierig und werden viele potenzielle Anbieter überfordern“* (MW Brandenburg 2006, 109). Zudem ist der internationale Wettbewerbsdruck zunehmend stärker geworden, was vor allem die Länder Osteuropas (Tschechien, Polen, Ungarn) betrifft. Zumal die wachsenden Angebote in diesen Ländern teilweise schon von den deutschen Krankenkassen finanziert werden (vgl. Rulle 2008).

Die Rolle der Kurorte und Heilbäder im Gesundheitsmarkt ist aktuell noch groß, wie sich diese jedoch in der Zukunft entwickeln wird hängt stark von deren Anpassungsfähigkeit an einen sich wandelnden Markt ab. Die ‚Gesundheit‘ wird als Dienstleistungssektor in den nächsten Jahren weiter anwachsen. Die

---

finanziellen Einsparungen der gesetzlichen Krankenkassen wird den privat finanzierten zweiten Gesundheitsmarkt künftig an Bedeutung gewinnen lassen. Die Kostenübernahme von Seiten der Sozialleistungsträger ist begrenzt und Zuzahlungen von den Versicherten sind mittlerweile an der Tagesordnung. Diese Entwicklung verstärkt den Wettbewerbsdruck und zwingt die Kurorte und Heilbäder sich auf dem Markt mit speziellen und innovativen Angeboten zu bewähren. In Abbildung 16 sind die Gäste- und Übernachtungszahlen in den deutschen Heilbädern und Kurorten von 1999 bis 2008 aufgelistet. Anhand der Zahlen ist die positive Entwicklung der letzten Jahre deutlich erkennbar. So ist die Zahl der Ankünfte um fast 24% gestiegen, die Zahl der Übernachtungen ist aber nur um etwa 4% gestiegen. Dementsprechend hat die Aufenthaltsdauer um einen Tag abgenommen. Diese Entwicklungen verdeutlichen den Trend zu den Kurzreisen, der auch in den Kurorten und Heilbädern absehbar ist.

Abbildung 16: Gäste- und Übernachtungszahlen in den deutschen Heilbädern und Kurorten 1999 bis 2008 (www.deutscher-heilbaederverband.de, 03.05.2009)

<b>Ankünfte</b>					
	Mineral- und Moorheilbäder	Heilklimatische Kurorte	Seeheil- und Seebäder	Kneippheilbäder Kneippkurorte	GESAMT
1999	5700857,00	3312442,00	4788909,00	1837148,00	15639356,00
2000	6099605,00	3534588,00	5064124,00	1970475,00	16668792,00
2001	6234372,00	3336014,00	5265106,00	2048659,00	16884151,00
2002	6129399,00	3250651,00	5361952,00	1982853,00	16724855,00
2003	6109789,00	3263893,00	5787913,00	1968095,00	17129690,00
2004	6203661	3277010	5698489	2035355,00	17214515,00
2005	6240972,00	3453527,00	5848652,00	2080592,00	17623743,00
2006	6476794,00	3458627,00	6044625,00	2084582,00	18064628,00
2007	7074296,00	3427895,00	6347201,00	2104294,00	18953686,00
2008	7197065,00	3503279,00	6504031,00	2126503,00	19330878,00
<b>Veränderungen</b>					
2008/99 absolut	1496208,00	190837,00	1715122,00	289355,00	3691522,00
2008/99 in %	26,25	5,76	35,81	15,75	23,60
<b>Veränderungen</b>					
2008/2007 absolut	122769,00	75384,00	156830,00	22209,00	377192,00
2008/2007 in %	1,74	2,20	2,47	1,06	1,99
<b>Übernachtungen</b>					
1999	39238947,00	17534352,00	31342372,00	10347391,00	98463062,00
2000	41549361,00	18296507,00	33141168,00	10840043,00	103827079,00
2001	42428162,00	17735221,00	34303796,00	11174754,00	105641933,00
2002	41386590,00	16620781,00	34502403,00	10544937,00	103054711,00
2003	39776697,00	16273802,00	35737856,00	10282473,00	102070828,00
2004	38199403	15579112	34585938	10186191,00	98550644,00
2005	37558002,00	15885869,00	34164653,00	10081114,00	97689638,00
2006	37803750,00	15548249,00	34476478,00	9917500,00	97745977,00
2007	40033548,00	15215876,00	36193943,00	9882162,00	101325529,00
2008	40559449,00	15430868,00	36395097,00	10146448,00	102531862,00
<b>Veränderungen</b>					
2008/99 absolut	1320502,00	-2103484,00	5052725,00	-200943,00	4068800,00
2008/99 in %	3,37	-12,00	16,12	-1,94	4,13
<b>Veränderungen</b>					
2008/2007 absolut	525901,00	214992,00	201154,00	264286,00	1206333,00
2008/2007 in %	1,31	1,41	0,56	2,67	1,19
<b>Aufenthaltsdauer (Nächte)</b>					
1999	6,88	5,29	6,54	5,63	6,30
2000	6,81	5,18	6,54	5,50	6,23
2001	6,81	5,32	6,52	5,45	6,26
2002	6,75	5,11	6,43	5,32	6,16
2003	6,51	4,99	6,17	5,22	5,96
2004	6,16	4,75	6,07	5,00	5,72
2005	6,02	4,60	5,84	4,85	5,54
2006	5,84	4,50	5,70	4,76	5,41
2007	5,66	4,44	5,70	4,70	5,35
2008	5,64	4,40	5,60	4,77	5,30

---

Eine weitere Entwicklung, die in dieser Arbeit schon mehrfach angesprochen wurde, ist die gegenseitige Annäherung des privat finanzierten Gesundheitstourismus und des durch die Leistungsträger finanzierten Rehabilitationssektors. So werden seit einigen Jahren zunehmend gesundheitstouristische Angebote z.B. in Wellnesshotels von der Krankenkasse bezuschusst (vgl. MW Brandenburg 2006). Damit verschwimmt die Grenze zwischen diesen beiden Bereichen und macht eine eindeutige Differenzierung deutlich schwerer. Dennoch bietet die Annäherung auch viele Möglichkeiten Synergieeffekte zu erzielen. *„Als tragfähiges Geschäftsmodell wird die Angliederung von Wellnesshotels an Rehabilitationskliniken gesehen mit einer klaren Trennung der Anlagen von Hotel und Klinik, wobei das medizinische Potenzial der Klinik für die Gäste des Hotels, die ihre Rehabilitation privat finanzieren, genutzt werden kann“* (MW Brandenburg 2006, 111).

In Deutschland setzt der gesundheitstouristische Markt auf Qualität als Wettbewerbsvorteil. Die schon in vorangegangenen Kapiteln erwähnte Qualitätssicherung durch einheitliche Qualitätsstandards, mit der Grundlage der Begriffsbestimmungen des DHV, sind in Deutschland Bestandteil der Kurortgesetze und -verordnungen der Bundesländer. Somit werden die grundlegenden Aspekte des Qualitätsmanagement auch auf der rechtlichen Ebene gestärkt. Wichtig ist zudem die Kontrolle und Aktualisierung der Bestimmungen, um auch neue Leistungsangebote der Kurorte erfassen und dokumentieren zu können (vgl. DHV 2009). Von dem DHV entwickelte Gütesiegel – „Wellness im Kurort“ und „Prävention im Kurort“ – dienen dabei zusätzlich einer Orientierung für künftige Kurortgäste. Diese und weitere Entwicklung im Bereich Qualitätsmanagement sind für Deutschland notwendig, um auch weiterhin auf dem internationalen Markt bestehen zu können.

## **5. Das Land Brandenburg als Gesundheitsdestination**

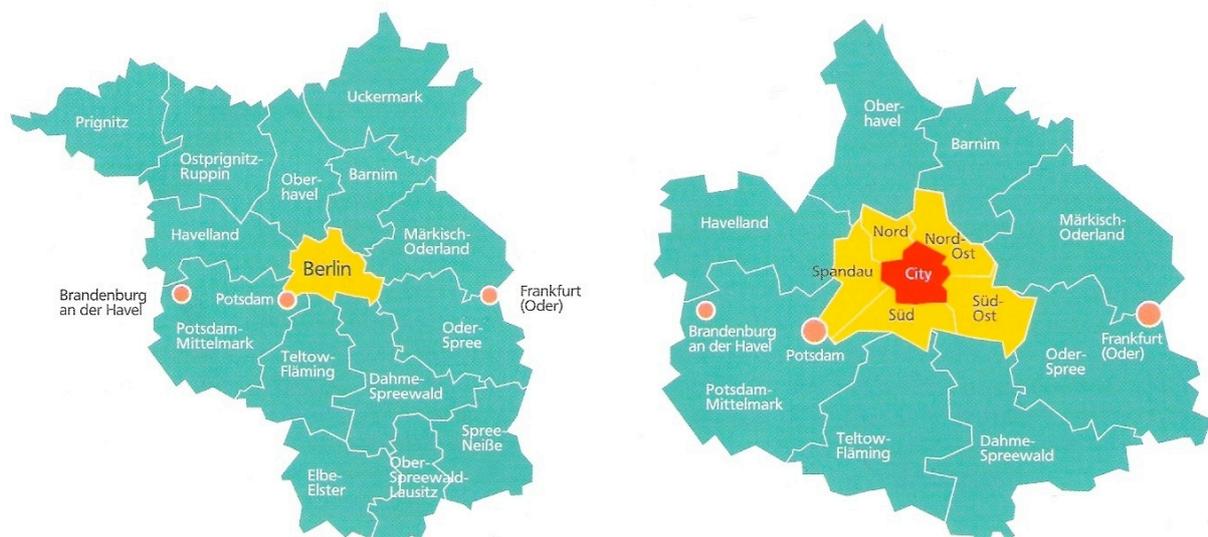
Das Land Brandenburg stellt den Untersuchungsraum dieser Arbeit dar. Daher wird das ostdeutsche Bundesland in diesem Kapitel vorgestellt. Der erste Abschnitt beschäftigt sich mit dem Bundesland allgemein. Im Anschluss wird der Tourismus im Land Brandenburg behandelt, um im darauf folgenden Abschnitt die Bedeutung des Gesundheitstourismus genauer darstellen zu können. Dieser

Abschnitt wird sich zudem mit den Kurorten und Heilbädern im Land beschäftigen. Diese spielten im Land Brandenburg schon in der Vergangenheit eine große Rolle und werden auch in Zukunft an Bedeutung gewinnen.

## 5.1 Das Land Brandenburg

Das im Nordosten Deutschlands gelegene Land Brandenburg hat 2 536 000 Millionen Einwohner und ist mit einer Fläche von 29 480 km<sup>2</sup> das größte Bundesland Ostdeutschlands (vgl. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2008). Eingegrenzt wird das Land im Norden von Mecklenburg-Vorpommern, im Osten von Polen, im Süden von Sachsen, im Westen von Sachsen-Anhalt und an einer schmalen Stelle im Nordwesten auch von Niedersachsen. Im Zentrum des Landes liegt der Stadtstaat und die gleichzeitige Bundeshauptstadt Berlin. Gemeinsam mit Berlin bildet die Region einen bedeutenden Metropolen- und Ballungsraum (vgl. [www.brandenburg.de](http://www.brandenburg.de), 10.02.09). Nach der Wiedervereinigung Deutschlands wurde das Land Brandenburg 1990 mit seiner Landeshauptstadt Potsdam neu gegründet.

Abbildung 17: Das Land Brandenburg und die Metropolregion Berlin-Brandenburg (Health Capital Berlin-Brandenburg 2007, 12)



Die obige Abbildung (links) zeigt das Land Brandenburg mit der Hauptstadt Potsdam und verdeutlicht die Lage der Metropolregion Berlin-Brandenburg (rechte Abbildung), die als Agglomeration von großer wirtschaftlicher Bedeutung ist.

Betrachtet man die demografische Entwicklung in Brandenburg, sollte man beachten, dass die Bevölkerung als Arbeitskräftepotenzial wichtig ist und zudem die Entwicklung der Infrastruktur von der Bevölkerung und der Bevölkerungsstruktur abhängt. Des Weiteren ist die regionale Entwicklung in Bezug auf das Nachfragepotenzial wichtig, „denn die Bewohner Brandenburgs und Berlins sorgen für rund 63% aller touristischen Umsätze im Land“ (MW Brandenburg 2006, 23). Im Jahr 2000 erreichte die Bevölkerungszahl Brandenburgs mit knapp 2,6 Mio. Einwohnern einen Höchstwert. Zurückzuführen ist die Entwicklung bis 2000 auf die Stadt-Umland-Wanderung aus Berlin. Die folgende Abbildung verdeutlicht die geschätzte Entwicklung der Bevölkerung Brandenburgs und Berlins bis 2020.

Abbildung 18: Bevölkerungsentwicklung im Land Brandenburg (MW Brandenburg 2006, 24)

Absolute Bevölkerungsentwicklung nach Teilräumen 2002–2010–2020					
Merkmal	2002	2010	2020	Entwicklung 2020 gegenüber 2002	
				1.000 Personen	in %
Land Brandenburg	2.582,4	2.510,6	2.411,5	-170,9	-6,6
davon:					
engerer Verflechtungsraum	967,3	1.003,8	1.020,5	+53,3	+5,5
äußerer Verflechtungsraum	1.615,1	1.506,8	1.391,0	-224,1	-13,9
Berlin	3.392,0	3.417,0	3.366,0	-26,0	-0,8
Quelle: LDS Brandenburg					

In der Abbildung wird erkennbar, dass sich die Bevölkerung des Landes Brandenburg von 2002 bis 2020 um 6,6% verringern wird. Diese Zahl setzt sich aus der wachsenden Bevölkerungszahl des Berliner Umlands (engerer Verflechtungsraum) und der sinkenden Bevölkerungszahl im äußeren Verflechtungsraum zusammen. Die Stadt Berlin verliert dagegen in diesem Zeitraum weitaus weniger Einwohner. Ein weiterer sich verändernder Faktor ist die Altersstruktur der Brandenburger Bevölkerung (siehe Abbildung 19). So steigt der Anteil der über 65-Jährigen von 2002 bis 2020 um 38,4%, was 25% der Gesamtbevölkerung Brandenburgs ausmacht (vgl. MW Brandenburg 2006, 23). Die Zahl der 15 bis 65-Jährigen – also der Personen im erwerbsfähigen Alter – nimmt dagegen ab und verringert sich bis 2020 um 16,2%.

Abbildung 19: Veränderung der Altersstruktur im Land Brandenburg (MW Brandenburg 2006, 24)

Veränderung der Altersgruppen der Bevölkerung im Land Brandenburg 2020 gegenüber 2002						
Merkmal	unter 15 Jahre		15 bis < 65 Jahre		65 Jahre und älter	
	1.000 Personen	in %	1.000 Personen	in %	1.000 Personen	in %
Land Brandenburg	-44,3	-14,2	-295,4	-16,2	+168,9	+38,4
davon:						
engerer Verflechtungsraum	-5,5	-4,4	-29,0	-4,2	+87,8	+58,9
äußerer Verflechtungsraum	-38,8	-20,8	-266,4	-23,4	+81,1	+27,8
Quelle: LDS Brandenburg						

Die Abnahme der Bevölkerungszahlen und der Anstieg des Durchschnittsalters sind zwei weniger ausschlaggebende Faktoren, die sich auf die Entwicklung der touristischen Nachfrage in Brandenburg auswirken. Es sind weiterführende Entwicklungen die es zu berücksichtigen gilt, denn *„[...] durch den Bevölkerungsrückgang vergrößert sich einerseits der Raum für den naturbezogenen Tourismus, andererseits kann der ländliche Raum durch verlassene und verfallende Dorfstrukturen an touristischer Attraktivität verlieren“* (MW Brandenburg 2006, 24). Des Weiteren sind es die älteren Menschen, die als zahlungskräftige Gäste das Potenzial zusätzlicher touristischer Angebote eröffnet. Ein weiterer Punkt ist, wie bereits angesprochen, der touristische Arbeitsmarkt, der in den nächsten Jahren Probleme bei der Rekrutierung neuer Arbeitskräfte haben wird (vgl. MW Brandenburg 2006, 23). Dabei ist jedoch immer zu beachten, dass sich die Entwicklungen regional unterschiedlich darstellen und somit einige Regionen weitaus größere Probleme diesbezüglich aufweisen werden als andere.

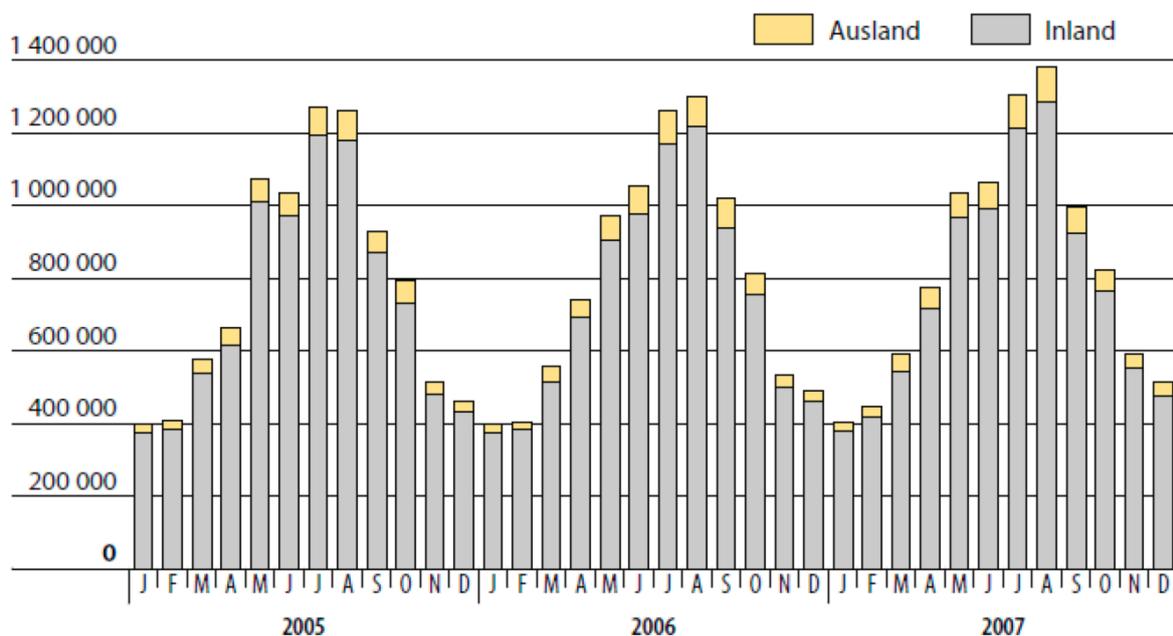
## 5.2 Tourismus im Land Brandenburg

Im folgenden Abschnitt werden tourismusrelevante Daten für das Land Brandenburg dargestellt, um im Anschluss spezifische Aussagen zur Bedeutung des Gesundheitstourismus für das Land machen zu können.

Das Land Brandenburg verfügte im Jahr 2007 über 1.585 gewerbliche Beherbergungsbetriebe (ab acht Betten) mit insgesamt 77.232 Betten (AfS

Brandenburg 2008, 406), wobei die Zahl seit einigen Jahren auf relativ konstantem Niveau bleibt (vgl. MW Brandenburg 2006). Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Gäste betrug im Jahr 2007 2,7 Tage, was in diesem Fall den Trend der Kurzreisen widerspiegelt. Insgesamt verzeichnete das Land Brandenburg 2007 3.627.295 Gäste. Davon entfallen 91,1% auf deutsche Gäste und 8,9% auf ausländische Gäste. Zur Verdeutlichung wird in folgender Grafik (Abbildung 20) die Entwicklung der Gästezahlen nach Herkunft der Gäste in den Jahren 2005 bis 2007 dargestellt.

Abbildung 20: Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2005 – 2007 nach Herkunft der Gäste (AfS Berlin-Brandenburg 2008, 403)

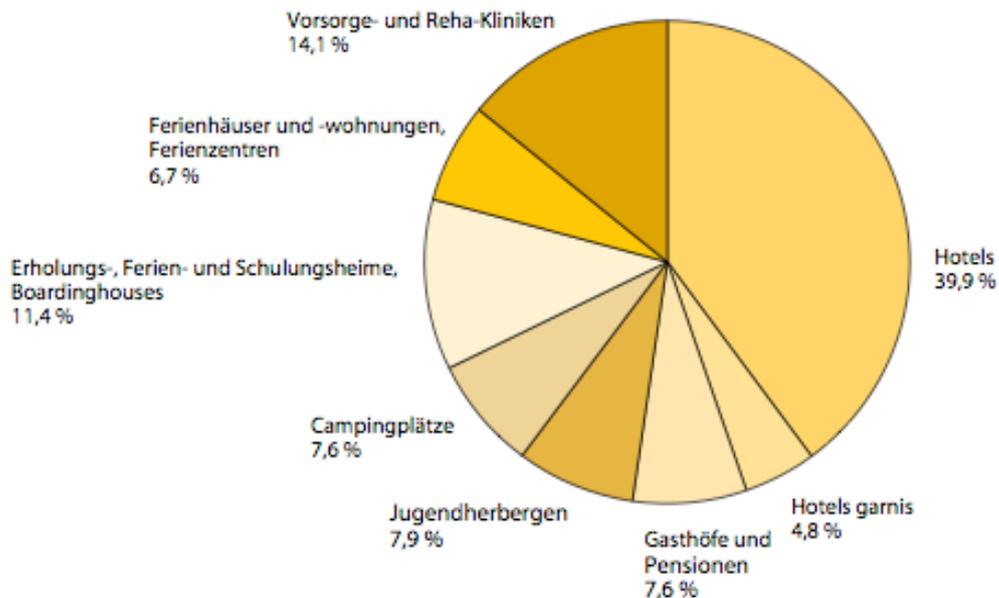


Die obige Abbildung zeigt einen leicht positiven Trend der Übernachtungszahlen ab dem Jahr 2005 bis zum Jahr 2007, wobei die Zahl der inländischen Touristen stärker gewachsen ist als die der ausländischen Gäste. Bei dieser Abbildung wird zudem die Saisonalität der Nachfrage deutlich. In den Sommermonaten Juli und August ist die Zahl der Gäste fast dreimal so hoch wie in den Wintermonaten Januar und Februar.

In der folgenden Abbildung 21 wird anhand einer Grafik dargestellt, welche Unterkünfte in welchem Umfang von den Gästen genutzt werden. Dabei entfällt der größte Teil im Jahr 2007 auf die Hotellerie (39,9%) und die Vorsorge- und

Reha-Kliniken (14,1%), gefolgt von Erholungs-, Ferien- und Schulungsheimen (11,4%), Jugendherbergen (7,9%), Gästehöfe und Pensionen (7,6%), Campingplätze (7,6%), Ferienhäuser und -wohnungen und Ferienzentren (6,7%) und Hotel garnis (4,8%).

Abbildung 21: Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2007 (AfS Berlin-Brandenburg 2008, 403)



Betrachtet man die Herkunft der Gäste, ist der Inlandsmarkt mit über 90% der wichtigste Markt in Brandenburg. In 2005 ist Berlin „mit einem Anteil von 19% der wichtigste Quellmarkt Brandenburgs, gefolgt von Nordrhein-Westfalen (12%) und Brandenburg selbst (11%). Auch Sachsen (9%), Niedersachsen (7%) und Sachsen-Anhalt (6%) sind bedeutende Herkunftsgebiete" (MW Brandenburg 2006, 6). In Abbildung 22 sind die ausländischen Herkunftsmärkte detailliert dargestellt. So sind es im Jahr 2007 die Niederlande (52.932 Übernachtungen), Polen (31.228 Übernachtungen), Schweden (22.000 Übernachtungen), das Vereinigte Königreich (17.669 Übernachtungen) und Dänemark (17.359 Übernachtungen), die die wichtigsten ausländischen Quellmärkte Brandenburgs darstellen. Die geringe durchschnittliche Aufenthaltsdauer der ausländischen Gäste lässt sich allgemein damit erklären, dass die meisten Touristen das Land (oder ggf. mehrere Länder) in Form einer Rundreise besuchen. Somit sind für die meisten Destinationen generell nur wenige Tage (oder sogar Stunden)

eingepplant. Bei den inländischen Touristen ist es, wie bereits bemerkt, der Trend zur Kurzreise, der die kurze Aufenthaltsdauer erklären lässt.

Abbildung 22: Gäste, Übernachtungen und Aufenthaltsdauer in Beherbergungsbetrieben 2007 nach dem Herkunftsland der Gäste (AfS Berlin-Brandenburg 2008, 409f)

Herkunftsland	Gäste		Übernachtungen		Anteil <sup>1</sup>	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Tage
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Deutschland	3 305 752	4,5	9 228 983	3,9	92,9	2,8
Ausland	321 543	5,8	705 929	6,1	7,1	2,2
Europa	266 866	6,4	579 189	6,9	82,0	2,2
Belgien	7 093	14,4	14 226	6,5	2,0	2,0
Dänemark	17 359	4,2	34 738	1,2	4,9	2,0
Estland	2 955	49,0	4 301	45,1	0,6	1,5
Finnland	2 795	3,8	5 598	13,5	0,8	2,0
Frankreich	10 878	-11,3	24 513	-11,4	3,5	2,3
Griechenland	1 018	-15,7	2 494	-10,5	0,4	2,4
Vereinigtes Königreich	17 669	-6,3	35 937	-5,6	5,1	2,0
Irland, Republik	1 895	23,9	4 017	34,2	0,6	2,1
Island	1 248	93,2	3 683	110,3	0,5	3,0
Italien	9 965	-7,8	23 525	-4,5	3,3	2,4
Lettland	3 507	26,6	4 825	-4,5	0,7	1,4
Litauen	5 427	43,0	7 980	27,5	1,1	1,5
Luxemburg	990	31,5	2 248	26,8	0,3	2,3
Malta	81	28,6	110	-14,1	0,0	1,4
Niederlande	52 932	10,1	142 399	14,0	20,2	2,7
Norwegen	13 634	39,8	18 549	38,8	2,6	1,4
Österreich	12 645	15,0	27 854	16,9	3,9	2,2
Polen	31 228	10,4	72 614	21,6	10,3	2,3
Portugal	1 849	71,0	4 489	81,4	0,6	2,4
Russland	9 420	-28,0	20 518	-23,8	2,9	2,2
Schweden	22 000	12,3	34 544	3,6	4,9	1,6
Schweiz	12 492	15,3	25 448	12,3	3,6	2,0
Slowakische Republik	1 315	-5,3	2 975	5,0	0,4	2,3
Slowenien	762	-12,4	1 686	-14,7	0,2	2,2
Spanien	6 275	-19,0	15 670	-6,1	2,2	2,5
Tschechische Republik	6 988	23,7	12 901	15,7	1,8	1,8
Türkei	600	-38,3	1 707	-38,0	0,2	2,8
Ukraine	3 676	19,5	8 518	-6,5	1,2	2,3
Ungarn	2 840	35,8	7 073	16,0	1,0	2,5
Zypern	122	x	269	x	0,0	2,2
sonstige europäische Länder	5 208	-25,2	13 780	-19,5	2,0	2,6
Afrika	791	-20,5	3 831	-3,0	0,5	4,8
Republik Südafrika	240	-33,7	611	-40,2	0,1	2,5
sonstige afrikanische Länder	551	-13,0	3 220	10,0	0,5	5,8

Herkunftsland	Gäste		Übernachtungen		Anteil <sup>1</sup>	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer Tage
	Anzahl	%	Anzahl	%		
Asien	15 577	7,4	36 073	16,3	5,1	2,3
Arabische Golfstaaten	272	-54,1	1 002	-35,8	0,1	3,7
China, Volksrepublik einschl. Hongkong	6 802	x	12 255	x	1,7	1,8
Indien	493	x	3 855	x	0,5	7,8
Israel	1 352	-23,1	4 079	-16,6	0,6	3,0
Japan	3 884	-49,6	7 004	-46,9	1,0	1,8
Südkorea	914	80,6	1 683	58,6	0,2	1,8
Taiwan	136	-18,6	256	-11,7	0,0	1,9
sonstige asiatische Länder	1 724	0,8	5 939	32,9	0,8	3,4
Amerika	12 303	-17,1	37 688	-12,1	5,3	3,1
Kanada	1 625	0,3	4 526	2,6	0,6	2,8
USA	8 793	-6,8	27 961	-3,5	4,0	3,2
Mittelamerika und Karibik	417	-54,8	1 196	-44,4	0,2	2,9
Brasilien	746	-56,5	1 739	-60,7	0,2	2,3
sonstige südamerika- nische Länder	722	-37,4	2 266	-22,1	0,3	3,1
Australien, Neuseeland und Ozeanien	1 445	-10,5	3 255	-21,5	0,5	2,3
Ohne Angabe des Wohnsitzes	24 561	16,1	45 893	9,1	6,5	1,9
<b>Insgesamt</b>	<b>3 627 295</b>	<b>4,6</b>	<b>9 934 912</b>	<b>4,0</b>	<b>100,0</b>	<b>2,7</b>

Die dominanten Verkehrsmittel im Jahr 2005 waren mit 76% PKW, Kleinbus/Van und Motorrad, gefolgt von der Bahn (11%), dem Reisebus (6%) und Boot oder Schiff (2%) (vgl. MW Brandenburg 2006,7). Die Dominanz der PKW ist in Brandenburg auf die überwiegende Anzahl an Inlandsgästen weitestgehend erklärbar.

Die vorliegenden Daten für 2005 beziffern das durchschnittliche Alter der Gäste mit 47 Jahren, was etwa ein bis zwei Jahre über dem bundesdeutschen Durchschnitt liegt (vgl. MW Brandenburg 2006). Begründet wird dies mit dem

relativ geringen Anteil der bis zu 35-Jährigen (23%) und demgegenüber hohen Anteil der 51 bis 65-Jährigen (31%) (vgl. MW Brandenburg 2006).

Im Land Brandenburg nimmt der Tagestourismus eine besondere Rolle ein. Laut dwif 2005 (in MW Brandenburg 2006) sind etwa 78% aller touristischen Ankünfte im Segment Tagestourismus einzuordnen und etwa 2/3 aller touristischen Einnahmen werden hier erwirtschaftet. In Abbildung 23 sind die verschiedenen Tourismusarten im Land Brandenburg anhand ihrer Aufenthaltstage und in Abbildung 24 anhand ihres Umsatzes dargestellt.

Abbildung 23: Nachfragevolumen im Brandenburg-Tourismus 2004 (MW Brandenburg 2006, 10)

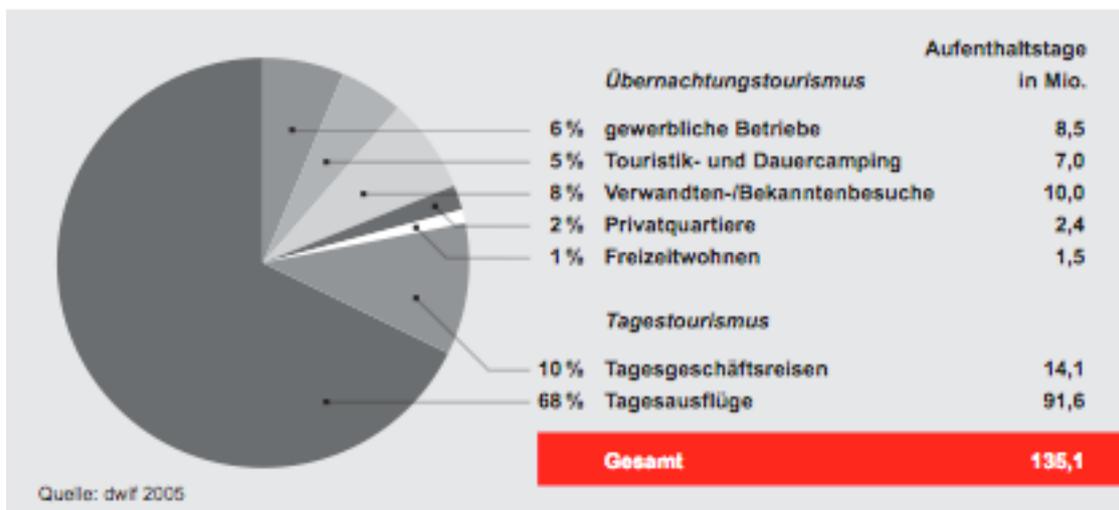
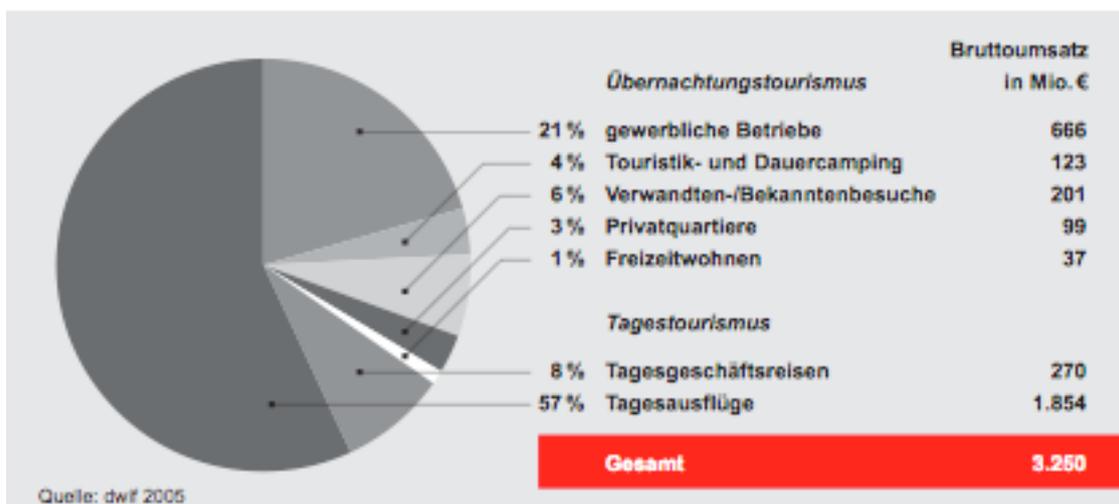


Abbildung 24: Umsätze im Brandenburg-Tourismus 2004 (MW Brandenburg 2006, 10)



Der Tourismus stellt im Land Brandenburg einen sehr wichtigen Wirtschaftsfaktor dar, vom dem eine enorme Wertschöpfungskette ausgeht. Es sind in erster Linie touristische Betriebe mit Unterkunfts- und Gastronomieangeboten, Kultur- und Freizeiteinrichtungen, der Einzelhandel und sonstige Dienstleistungen, die davon profitieren. In Abbildung 25 ist die Wertschöpfung anhand von zwei Umsatzstufen dargestellt, die sich aus den Einkommens- und Beschäftigungseffekten ableiten.

Abbildung 25: Wertschöpfung im Brandenburg-Tourismus (MW Brandenburg 2006, 11)

<b>Bruttoumsatz</b>	<b>3,25 Mrd. €</b>
<i>./. MwSt.</i>	0,35 Mrd. €
<b>Nettoumsatz</b>	<b>2,90 Mrd. €</b>
▼	
<i>Direkte Einkommen</i> = Wertschöpfung 1. Umsatzstufe	1,06 Mrd. €
<i>Indirekte Einkommen</i> = Wertschöpfung 2. Umsatzstufe	0,55 Mrd. €
<b>Einkommen insgesamt</b> = Touristische Gesamtwertschöpfung	<b>1,61 Mrd. €</b>
▼	
<b>Personen, die durch den Tourismus ihren Lebensunterhalt bestreiten können</b>	<b>115.000</b>

In der „*Tourismuskonzeption des Landes*“ (MW Brandenburg 2006, 28) wird die heutige Positionierung des Landes anhand von drei Säulen beschrieben, die auch in der Zukunft weiter ausgebaut werden soll:

Abbildung 26: Die drei Säulen des Brandenburg-Tourismus (MW Brandenburg 2006, 28)



### 1. Tagestourismus

Aus quantitativer und ökonomischer Sicht spielt dieser eine entscheidende Rolle. Dabei ist es vor allem die Beziehung zu Berlin, aber auch zu anderen Bundesländern und der Grenzraum zu Polen, die bereits existieren und weiter ausgebaut werden sollen. *„Angesprochen sind hier sowohl der Wohnortausflugsverkehr als auch die Ausflüge, die Urlauber während ihres Aufenthaltes im Land bzw. in den Grenzräumen der Nachbarländer unternehmen“* (MW Brandenburg 2006, 28).

### 2. Thementourismus

Beim Thementourismus geht es um spezielle infrastrukturelle, naturräumliche und kulturelle Potenziale, die sich für den weiteren Ausbau eignen. Hier steht das nationale Wettbewerbsumfeld im Blickpunkt und es gilt dauerhaft konkurrenzfähig zu sein und einzelne Segmente weiter auszubauen. *„Die maßgeblichen Marktsegmente sind vor allem der Aktivtourismus [...], der Erholungs-, Natur-, Land-, Camping-, Kultur-, Familien-/Kinder-Jugend-, Gesundheits-/Wellness-, Tagungstourismus, aber auch z.B. der Barrierefreie Tourismus“* (MW Brandenburg 2006, 28).

### 3. Internationaler Tourismus

Hier geht es in erster Linie darum, die Brandenburg-Themen marktgerecht für die internationalen Zielgruppen aufzubereiten. Zudem sollen Synergieeffekte in der Zusammenarbeit mit Berlin verstärkt genutzt werden. Es sind dabei vor allem die europäischen Nachbarmärkte, die als internationale Quellmärkte hohe Priorität haben. *„Dennoch sollten, wiederum v.a. in Verbindung mit Berlin, auch*

---

*Märkte wie USA, Japan, China, künftig auch Indien, in angemessenem Umfang und mittels Kooperationsmarketing, bearbeitet werden"* (MW Brandenburg 2006, 28).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Berlin eine entscheidende Rolle im Brandenburg-Tourismus spielt und zukünftig spielen wird. Die Kooperation mit der Hauptstadt ist ein wichtiges und vor allem grundlegendes Ziel, das die Stärkung Brandenburgs als Destination mit Hilfe von Synergieeffekten bewirken soll.

### **5.3 Zur aktuellen Bedeutung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg**

Das Land Brandenburg verfügt über eine Vielzahl an Angeboten im gesundheitstouristischen Segment. Die naturräumlichen Gegebenheiten haben Brandenburg schon in den vergangenen Jahrhunderten als attraktives Reiseziel ausgezeichnet und es wird bis heute aufgrund seiner abwechslungsreichen Landschaft hoch geschätzt. Die größte Anziehungskraft haben die brandenburgischen Kurorte und Heilbäder. Diese haben eine traditionsreiche Geschichte – die teilweise mehr als 300 Jahre zurück geht – und nehmen im Gesundheitstourismus im Land Brandenburg eine grundlegende und vor allem unverwechselbare Stellung ein. Das Land Brandenburg, das wie alle ostdeutschen Bundesländer nach der Wende mit starken strukturellen Defiziten zu kämpfen hatte, erhielt im Laufe der 1990er Jahre staatliche Förderungen. Nachdem im Februar 1994 das Gesetz über die Anerkennung als Kurort und Erholungsort im Land Brandenburg (Brandenburgisches Kurortegesetz – BbgKOG) in Kraft trat, war die gesetzliche Grundlage für die Prädikatisierung gegeben und die Entwicklung im Gesundheitstourismus ging stetig voran. Das brandenburgische Kurortegesetz bildet die Grundlage für die Prädikatisierung der Kur- und Erholungsorte. Im Land Brandenburg sind bis zu diesem Zeitpunkt acht Kurorte und zwölf Erholungsorte prädikatisiert worden. Im Folgenden werden die Kurorte und Heilbäder im Land Brandenburg kurz vorgestellt. Dabei geht es in erster Linie um einen Überblick der Angebote und Schwerpunktthemen der einzelnen Orte. Entnommen werden folgende Angaben der Broschüre „Rehabilitationskliniken und Kurorte im Land Brandenburg“ (2002), herausgegeben vom Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg

e.V. (VPK) und der Internetseite des brandenburgischen Kurorte- und Bäderverbands ([www.kurorte-land-brandenburg.de](http://www.kurorte-land-brandenburg.de)) sowie von den Internetseiten der jeweiligen Kurorte.

Abbildung 27: Kurorte im Land Brandenburg ([www.reiseland-brandenburg.de](http://www.reiseland-brandenburg.de), 08.02.09, eigene Bearbeitung)



1. Bad Freienwalde ([www.bad-freienwalde.de](http://www.bad-freienwalde.de))

Bad Freienwalde ist der älteste Badeort im Land Brandenburg und gehört zu den ersten Gesundbrunnen Deutschlands. Die kurörtliche Entwicklung lässt sich bis ins 17. Jahrhundert zurück verfolgen, wobei damals die Heilquellen den Anstoß zur Entwicklung gaben. Heute ist es das ortsgebundene Heilmittel Moor, das erfolgreich bei Therapien eingesetzt wird. Bad Freienwalde trägt das Prädikat

---

*Moorheilbad*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in Bad Freienwalde zählen eine Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie und ein Kurmittelhaus (zur ambulanten Behandlung).

#### 2. Bad Liebenwerda ([www.badliebenwerda.de](http://www.badliebenwerda.de))

Die kurörtliche Geschichte in Bad Liebenwerda begann 1905, als das Moorbad seinen Betrieb aufnahm. 1925 wurde dem Ort vom damaligen preußischen Staatsministerium der Titel „Bad“ verliehen. Bad Liebenwerda trägt das Prädikat *Ort mit Peloidkurbetrieb*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in Bad Liebenwerda zählen eine Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie, eine Psychotherapeutische Klinik für abhängigkeitskranke Menschen, die Lausitztherme Wonnemar und das Epikur-Zentrum für Gesundheit.

#### 3. Bad Saarow ([www.bad-saarow.de](http://www.bad-saarow.de))

Bad Saarow war bereits Anfang des 20. Jahrhunderts ein beliebtes Ausflugsziel der Berliner und galt als ein Ort der Erholung und Gesundheit. Mit der Eröffnung des Moorbades und der Erschließung der Chlor-Kalzium-Sole-Quelle konnte der Kurbetrieb professionell ausgeweitet werden. Bad Saarow trägt das Prädikat *Thermalsole- und Moorheilbad*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in Bad Saarow zählen die SaarowTherme und das Haus der Sonne (Kurheim für Schwangere).

#### 4. Bad Wilsnack ([www.bad-wilsnack.de](http://www.bad-wilsnack.de))

Im Jahr 1906 wurde die eisenoxidhaltige Moorerde in Bad Wilsnack entdeckt und die Stadt entwickelte sich zu einem beliebten Moorheilbad. Etwa 100 Jahre später wurde das Heilmittelanangebot um die Thermalsole erweitert. Bad Wilsnack trägt das Prädikat *Thermalsole- und Moorheilbad*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in Bad Wilsnack zählen eine Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie, ein Kurmittelhaus und ein Thermalbad.

#### 5. Belzig ([www.belzig.com](http://www.belzig.com))

Die Stadt Belzig hat eine über 100jährige Kurtradition, die als Luftkurort begann und sich zum Solekurort weiter entwickelte. Belzig trägt seit Dezember 2009 das Prädikat *Thermalsoleheilbad* und wird voraussichtlich ab März 2010 den offiziellen Namen Bad Belzig tragen. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in

---

Belzig zählen eine Fachklinik für orthopädische, rheumatische und psychosomatische Erkrankungen und die SteinThermeBelzig.

6. Buckow ([www.buckow-online.de](http://www.buckow-online.de))

Durch ein Gutachten von Deutschen Wetterdienst wurde Buckow eine hervorragende Luftqualität bestätigt. Die klimatische Situation und die einzigartige Verbindung des Ortes mit der umgebenden Landschaft ergeben die ideale Voraussetzung für die ganzheitliche Therapie nach Sebastian Kneipp. Buckow trägt das Prädikat *Kneipp-Kurort*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen in Buckow zählen eine Mutter-Kind-Kurklinik und eine Fachklinik für onkologische Erkrankungen.

7. Burg ([www.burg-spreewald-tourismus.de](http://www.burg-spreewald-tourismus.de))

Die Stadt Burg im Spreewald ist seit 2005 ein anerkannter Kurort und somit der jüngste Kurort im Land Brandenburg. Burg trägt das Prädikat *Ort mit Heilquellen-Kurbetrieb*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen zählen die Spreewald Therme und eine Fachklinik für Innere Medizin/Kardiologie und Orthopädie.

8. Templin ([www.templin.de](http://www.templin.de))

Durch die Eröffnung des Thermalbades erhielt die Stadt Templin im Jahr 2000 die offizielle Bezeichnung als Kurort. Damit zählt die Stadt zu den jüngsten Kurorten in Brandenburg. Templin trägt das Prädikat *Thermalsoleheilbad*. Zu den kurspezifischen Einrichtungen zählen die NaturThermeTemplin und eine Fachklinik für Herz-, Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen.

9. Rheinsberg ([www.rheinsberg.de](http://www.rheinsberg.de))

Rheinsberg ist einer von zwölf prädikatisierten Erholungsorten im Land Brandenburg. Aufgrund seiner spezifischen kur-orientierten Infrastruktur wird Rheinsberg zusammen mit den Kurorten aufgelistet und gilt hier stellvertretend für alle im Land Brandenburg existierenden Erholungsorte. Zu den kurspezifischen Einrichtungen zählen eine Rehabilitationsklinik für orthopädische Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen und Diabetes mellitus sowie eine Fachklinik für Lymphologie.

Die einzelnen Kurorte weisen zudem eine Vielzahl an Erholungs-, Kultur- und sonstige Unterhaltungsmöglichkeiten auf, die hier im Einzelnen nicht genannt werden. Generell findet sich in den Orten eine kurspezifische Infrastruktur, mit Kurpark, Kurmittelhaus, Hotels, Gastgewerbe etc.

Wie bereits erwähnt, spielt der Tourismus in Brandenburg als Wirtschaftsfaktor eine wesentliche Rolle. Doch die Zahl der Übernachtungen stagniert seit einigen Jahren (vgl. Kapitel 5.2). Daher ist auch das Land Brandenburg auf spezifische Segmente – wie dem Gesundheitstourismus – angewiesen, die in den kommenden Jahren ein Wachstum versprechen. Die gegenwärtige gesundheitstouristische Infrastruktur in Brandenburg kann als Potenzial betrachtet werden, das in den kommenden Jahren durch Investitionen einen Aufschwung erleben kann. Zur Zeit kann das Land 8 Kurorte, 12 Erholungsorte und 5 Thermen mit eindeutiger Wellness- und Gesundheitsausrichtung (vgl. MASFG 2006) aufweisen. Betrachtet man die Übernachtungszahlen in den Kurorten und Heilbädern kann man feststellen, dass diese rund 25% aller gewerblichen Übernachtungen im Land Brandenburg zu verzeichnen haben (vgl. Abbildung 28). Zudem liegt ihre Auslastung deutlich über dem Brandenburger Durchschnitt (vgl. MASFG 2006).

Abbildung 28: Übernachtungen im Reiseverkehr im Land Brandenburg 2004 bis 2006 nach Gemeindegruppen (www.statistik.brandenburg.de, 17.02.2009)

#### Übernachtungen im Reiseverkehr im Land Brandenburg 2004 bis 2006 nach Gemeindegruppen \*)

Merkmal	2004	2005	2006
	1 000		
Gemeindegruppen insgesamt	8 501,3	8 616,5	8 834,6
davon			
Mineral- und Moorbäder <sup>1)</sup>	838,0	751,1	1 080,1
Kneippkurorte	119,6	116,8	122,6
Erholungsorte	1 100,6	1 240,9	1 048,3
Sonstige Gemeinden	6 443,1	6 507,4	6 583,4

<sup>\*)</sup> In Beherbergungsstätten mit 9 und mehr Gästebetten

<sup>1)</sup> Einschließlich Orte mit Heilquellen- und Peloidkurbetrieb

Hinweis: Abweichungen zwischen der Gesamtsumme und den Unterpositionen sind auf Rundungsdifferenzen zurückzuführen

Andere Einrichtungen mit gesundheitstouristischer Ausrichtung lassen sich, wie bereits erwähnt, schwer abgrenzen. Laut MASFG (2006) konnte nach einer

---

Expertenbefragung eine Einschätzung von maximal 20 Hotels gegeben werden, die sich uneingeschränkt auf die Bedürfnisse von Gesundheitsurlaubern eingerichtet haben. Fasst man den Begriff Gesundheitstourismus weiter – inklusive Gesundheitsurlaub, Wellness- und Fitnessurlaub – konnte das Land Brandenburg im Jahr 2001/2002 mit 1,4 Mio. Übernachtungen einen Gästeanteil von 2,0% und einem Umsatz von 94 Mio. € (ca. 5,5% des Gesamtumsatzes) verzeichnen (vgl. MASFG 2006). Direkt im Gesundheitstourismus (i.w.S.) Beschäftigte werden – aufgrund fehlender Daten – vom MASFG (2006) auf etwa 3000 geschätzt.

Wie sich der Gesundheitstourismus in den nächsten Jahren im Land Brandenburg entwickeln kann, ist die grundlegende Frage dieser Arbeit. Das Potenzial für eine positive Entwicklung ist in jedem Fall vorhanden, es ist hierbei jedoch von entscheidender Bedeutung, wie dieses von den Destinationen genutzt bzw. ausgebaut wird. Da der Gesundheitstourismus auf bundesdeutscher Ebene ein moderates Wachstum zu verzeichnen hat, kann das Land Brandenburg daran partizipieren. Das MASFG (2006) hat sich gezielt mit diesem Wachstumspotenzial auseinandergesetzt und als Grundlage eine SWOT-Analyse durchgeführt (Abbildung 29).

Abbildung 29: Stärken/ Schwächen – Chancen/ Risiken (MASFG 2006, 114)

Stärken	Schwächen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Umfassend sanierte Bäderlandschaft</li> <li>• Gesundheitsrelevante Erholungsräume für den Gesundheitstourismus</li> <li>• Kurorte als Ansatzpunkte für regionale Clusterbildung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keine validen Daten zur Bedeutung des Gesundheitstourismus für Brandenburg</li> <li>• Weitere Marktentwicklung unklar</li> <li>• Geringe spezifische Kapazitäten für gesundheitstouristische Beherbergung und Gastronomie, bisher noch keine entwickelten Cluster</li> <li>• Kaum spezifisch Brandenburger Gesundheitstourismus-Angebote</li> <li>• Allgemeine Bedingungen (Ortsbild; innerörtliche Verkehrssituation)</li> <li>• Markeninflation im Gesundheitstourismus</li> <li>• Geringer Bekanntheitsgrad Brandenburgs als gesundheitstouristische Destination</li> <li>• Schwierige Marktsegmentierung</li> </ul>
Chancen	Risiken
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leichtes Marktwachstum erwartet</li> <li>• Nicht ausgeschöpfte Nachfrage aus Berlin</li> <li>• Zielgruppenspezifische Angebote</li> <li>• Der neue Einstieg renommierter Reiseveranstalter in den Gesundheitstourismus</li> <li>• Enge Kooperation mit Anbietern aus dem Kernbereich (Medical Wellness)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• schwache Basis zur Beurteilung der Entwicklungschancen des Gesundheitstourismus</li> <li>• Attraktivitätsverlust durch Verwässerung des Angebotsprofils</li> <li>• Hoher Wettbewerbsdruck (Qualität und Preis) im Gesundheitstourismus (national und international)</li> <li>• Wellness zuhause</li> </ul>

Die obige Abbildung zeigt eine Stärken/Schwächen – Chancen/Risiken-Analyse, die für das Land Brandenburg in Bezug auf den Gesundheitstourismus erarbeitet wurde. Da nach der Wiedervereinigung in das ostdeutsche Kurwesen staatliche Investitionen flossen, ist der Zustand der Kurorte im Vergleich zu vielen westdeutschen Kurorten deutlich besser. Diese bilden zudem die Grundlage für einen erfolgreichen Gesundheitstourismus im Land und können für zukünftige regionale Clusterbildung genutzt werden. Dennoch gibt es einige grundlegende Schwächen, die das Land Brandenburg aufweist. Ein großes Problem stellt das Defizit an Beherbergung und Gastronomie dar. Des Weiteren fehlen eindeutige Statistiken bzw. Erhebungen im gesundheitstouristischen Bereich, was zudem die Einschätzung der zukünftigen Marktchancen erschwert. Das fehlende spezifische Angebot und der geringe Bekanntheitsgrad der brandenburgischen Gesundheitsdestinationen sind ebenso Schwächen, die es zu beachten gilt. Zu den Chancen rechnet man das zu erwartende Marktwachstum, was sich von dem

---

deutschlandweiten erwarteten Marktwachstum ableitet. Zudem sind die Nachfragekapazitäten, besonders aus dem Berliner Raum, noch nicht ausgeschöpft. Ein zielgruppenspezifisches Angebotsspektrum, die Kooperation mit anderen Anbietern aus dem Kernbereich sowie die Zusammenarbeit mit großen Reiseveranstaltern bieten für den brandenburgischen Gesundheitsmarkt Chancen. Die Risiken, die herausgearbeitet wurden, lassen sich auf den gesamten gesundheitstouristischen Markt beziehen. Dabei geht es zum einen um die Verwässerung des Angebotsprofils und den daraus resultierenden Attraktivitätsverlust und zum anderen um den hohen Wettbewerbsdruck im Gesundheitstourismus.

Auf den ersten Blick sind es die Schwächen, die das Land Brandenburg im gesundheitstouristischen Bereich noch zu bewältigen hat. Dennoch sind die als Stärken bezeichneten Grundvoraussetzungen gegeben und diese bieten bei genauer Betrachtung ein enormes Potenzial, das in den Jahren durch gezielte Förderung durchaus ausgeschöpft werden kann.

## **6. Eine Trendanalyse mithilfe der Delphi-Methode**

Das in dieser Arbeit behandelte Thema ist der Gesundheitstourismus – Kur- und Wellness-tourismus – mit dem Fokus auf die gesundheitstouristische Entwicklung im Land Brandenburg. Das Untersuchungsziel besteht darin, die Veränderungen und Entwicklungen im Bereich Gesundheitstourismus aufzuzeigen und zu analysieren. Im Anschluss soll es möglich sein, eine Aussage über die zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg zu machen. Die vorangegangenen Kapitel haben die Thematik theoretisch eingegrenzt und dabei die Rahmenbedingungen und den Untersuchungsraum, das Bundesland Brandenburg, vorgestellt. Die bis zu diesem Punkt zusammengefassten Informationen beziehen sich auf die vergangene und aktuell vorherrschende Entwicklung in diesem Bereich. Um die in der Einleitung vorgestellte Fragestellung und dementsprechend die aufgestellten Hypothesen bearbeiten bzw. untersuchen zu können, bedarf es einer ergänzenden empirischen Methode.

Da es sich in diesem Fall um eine Prognose, Vorausschau bzw. Abschätzung eines Trends handelt, bietet sich die Delphi-Methode als probates Mittel an. Die Frage nach der zukünftigen Entwicklung im Bereich Gesundheitstourismus lässt

---

sich nicht einfach anhand gezielter Faktoren beantworten. Da einzelne Meinungen bzw. Ansichten von Experten in vielen Fällen nicht aussagekräftig genug sind, ist es wichtig, mithilfe einer gewissen Anzahl an Experten eine Meinungsvielfalt zu erhalten. Durch den anschließenden Erfahrungsaustausch ist es das Ziel, zu einer soliden Gruppenmeinung und somit zu einer Prognose zu gelangen.

Ein Vorteil dieser Methode besteht zudem darin, dass sie zeitlich und räumlich unabhängig ist. Sie wird schriftlich durchgeführt, die Experten haben einen gewissen zeitlichen Rahmen, in dem sie die Fragen beantworten müssen und können somit Zeit und Raum selbst wählen. Die räumliche Entfernung des Untersuchungsraumes stellte somit kein Hindernis dar und die Untersuchung konnte ohne relevante Mehrkosten durchgeführt werden.

Die vorab durchgeführte theoretische Auseinandersetzung und Aufarbeitung der Thematik stellte die Grundlage für die Befragung dar. Zusammen mit den Erkenntnissen aus der Delphi-Befragung ist es das Ziel, die Frage nach der zukünftigen Entwicklung und der Entwicklungspotenziale des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg entsprechend bearbeiten zu können. Die Vorbereitungsphase schließt die Erarbeitung des theoretischen Teils dieser Arbeit ein. Dieser bildet die Grundlage, um sich selbst das Fachwissen anzueignen und somit die Problemstellung gezielt herauszuarbeiten. In diesem Rahmen fiel zudem die Entscheidung, eine Delphi-Befragung als Methode durchzuführen. Der Gesundheitstourismus im Land Brandenburg kann zwar in einer Momentaufnahme erfasst werden, ist aber in seiner zukünftigen Entwicklung zu unbestimmt, um dies ohne Weiteres zu benennen. Daher bedarf es einer Methode, die in einem spezifischen Kontext die Rahmenbedingungen erfasst und mit Hilfe des Fachwissens der Teilnehmer und auf Grundlage theoretischer Fakten zu einem Ergebnis kommt. *„Durch die Synergie von Statistik und einer entsprechenden rückkoppelnden Bewertung durch die Experten wird ein umfassender Blick auf die zukünftige Entwicklung“* (Rulle 2008, 15) ermöglicht.

---

## 6.1 Die Delphi-Methode als Prognosemittel

Die Delphi-Methode ist ein Befragungsverfahren, das als mehrstufiges System zur Schätzung bzw. Prognose genutzt wird, um einen Sachverhalt zu bewerten, dessen zukünftige Entwicklung aktuell nicht oder nur bedingt feststellbar ist (vgl. Häder 2002, Rulle 2008). Erste Einsätze fand die Methode in den 1950er Jahren im US-amerikanischen Militär, wobei sie zur Ermittlung strategischer Ziele der Sowjets genutzt wurde (vgl. Rulle 2008). In wissenschaftlichen Arbeiten fand die Delphi-Methode jedoch erst einige Jahrzehnte später Anwendung (vgl. Häder 2002).

Die Bezeichnung der Methode bezieht sich auf das gleichnamige Orakel, „*das u.a. handlungsbezogene, subjektive und individuen-spezifische Ereignisse vorhersagte*“ (Rulle 2008, 177). Die direkte Beeinflussung der Zukunft mit Hilfe des Orakels hatte dabei in der griechischen Antike große Bedeutung. Dagegen wird das heute zusätzlich durch die Delphi-Methode gewonnene Wissen genutzt, um auf die zukünftige Entwicklung einwirken bzw. reagieren zu können, sie jedoch nicht direkt zu beeinflussen. Anwendung findet die Methode heute vor allem in Bereichen, in denen aufgrund von Informationsgewinnungsproblemen eine Vorhersage schwierig ist (vgl. Rulle 2008). Dies trifft vor allem auf die Vorhersage von Megatrends, aber auch in Bereichen wie Technologieentwicklung, Politik oder Tourismus zu (vgl. Häder 2002). „*Die spezielle Form dieses Forschungsdesigns dient dazu, auf der Basis von bekanntem Wissen zu einer prognostizierenden Aussage hinsichtlich ihrer zukünftigen Entwicklung zu gelangen (Extrapolation)*“ (Rulle 2008, 178). Das besondere an dieser Methode ist, dass die Befragung (mehrmals) wiederholt wird und die Befragten durch ein Feedback über die Ergebnisse informiert werden.

Wie in vielen Fällen gibt es bei dieser Methode auch kritische Punkte, die in der Literatur diskutiert werden. Oftmals werden die Ergebnisse – bzw. der Weg, der zur Erkenntnis führen soll – kritisiert. In Bezug zu der Leistungsfähigkeit von Delphi-Studien setzt sich Häder (2002, 35) mit der vorherrschenden Diskussion auseinander und stellt fest, „*dass eine Lösung des Dilemmas nur durch eine differenzierte Unterscheidung der Ziele möglich ist, die mit einer Delphi-Befragung verfolgt werden können.*“ Danach hat Häder (2002) eine Einteilung in vier Typen vorgenommen, die sich anhand ihrer Zielstellungen und somit in ihren

spezifischen Einzelschritten unterscheiden. In Tabelle 5 sind diese vier Typen im Vergleich dargestellt.

Tabelle 5: Vier Typen der Delphi-Methode im Vergleich (Häder 2002, 36)

<b>Ideenaggregation Typ 1</b>	<b>Bestimmung eines Sachverhalts Typ 2</b>	<b>Ermittlung von Expertenmeinungen Typ 3</b>	<b>Konsens Typ 4</b>
qualitativ angelegt	qualitatives und quantitatives Vorgehen	qualitativ und (vor allem) quantitatives Vorgehen	quantitativ angelegt
kaum Operationalisierung, teilweise nur Vorgabe des zu bearbeitenden Themenbereichs	der zu bearbeitende Sachverhalt ist möglichst exakt zu definieren		stark differenziertere Operationalisierung des zu bearbeitenden Themas
Nutzung offener Fragen	offene und vor allem geschlossene Fragen kommen zum Einsatz		ausschließlich standardisierte Bewertungen
Auswahl der Experten erfolgt aufgrund der Expertise	Hypothesen zur Auffindung der Experten nötig, keine formalisierbaren Regeln	Totalerhebung oder bewusste Auswahl der Experten	Auswahl der Teilnehmer kann aufgrund eines bestimmbar Rahmens erfolgen
ausschließlich qualitative Runden	qualitative Runde kann zur Operationalisierung genutzt werden		qualitative Runde kann entfallen, wird vom Monitoring-Team übernommen
Ziel: Sammlung von Ideen zur Lösung eines Problems	Ziel: Verbesserung der Bestimmung eines Sachverhalts (Vorhersagen)	Ziel: Ermittlung und Qualifikation der Ansichten von Experten	Ziel: Hohes Maß an Übereinstimmung bei den Teilnehmern
Herausgehobene Rolle der Teilnehmer	Teilnehmer und Monitoring-Team haben in etwa gleich große Bedeutung		Herausgehobene Rolle des Monitoring-Teams

---

Allgemein ist festzuhalten, dass die Methode auf der Grundlage der Expertise von Personen aufgebaut ist. Die Experten werden dabei mit Hilfe eines Fragebogens angehalten, ihr Wissen zu der Thematik preiszugeben. Die Ergebnisse werden im Anschluss in Form einer anonymen Zusammenfassung an die Experten zurück transferiert, mit dem Ziel einer bewussten Beeinflussung durch die Kenntnis der Antworten aller Teilnehmer. Im Anschluss wird der Fragebogen – gegebenenfalls leicht adaptiert – ein zweites Mal an die Experten zur Beantwortung gegeben. Dabei gibt es keine konkreten Vorgaben wie häufig dieser Ablauf wiederholt werden soll bzw. kann. Schlussendlich werden die Ergebnisse von der Delphi-Leitung zusammengefasst und zur Prognose der behandelten Thematik verwendet.

Wie bereits erwähnt, gibt es bei der Delphi-Befragung eine klassische Variante und eine Vielzahl an Modifikationen. Es lassen sich zu dieser Methode vier Ziele formulieren, anhand derer der Einsatz der jeweiligen Befragung ausgerichtet wird. Nimmt man diese Einteilung als Bezug für die hier vorliegende Untersuchung, lautet das entsprechende Ziel: *„Delphi-Befragung zur Ermittlung und Qualifikation der Ansichten einer Expertengruppe über einen diffusen Sachverhalt“* (Häder 2002, 32). Demnach ist hier die Meinung der Experten das entscheidende Kriterium. Diese Meinungen gilt es zu erheben und im gegebenen Kontext zu qualifizieren. Hervorzuheben ist in diesem Fall, dass die Experten sowohl quantitative als auch qualitative Bewertungen zu der Thematik abgeben müssen. Dies stellt einen wichtigen Unterschied dar, da anhand der quantitativen Fragen konkret dargestellt werden kann, inwieweit die Meinungen bzw. Einschätzungen der Experten mehrheitliche Zustimmung erfahren können.

Die Methode, wie sie zuvor beschrieben wurde, ist für die Fragestellung dieser Arbeit sehr gut geeignet. Die Ergebnisse der Befragung werden als Ergänzung zu den theoretischen Ausführungen mit dem Ziel erarbeitet, konkrete Aussagen bzw. Empfehlungen zu der Thematik Gesundheitstourismus im Land Brandenburg zu geben. *„Die Resultate solcher Studien dienen dann beispielsweise dazu, um gezielte Schlussfolgerungen für erforderliche Interventionen abzuleiten, um auf ein auf diese Weise ermitteltes Problem zu reagieren, oder um eine Sensibilisierung gegenüber befürchteten Fehlentwicklungen zu erreichen“* (Häder 2002, 32).

---

## **6.2 Delphi-Befragung zum Gesundheitstourismus im Land Brandenburg**

Die Delphi-Methode ist eine Form der Befragung, in der Experten aus einem bestimmten Fachgebiet schriftlich befragt werden. Ziel ist es, die zukünftige Entwicklung des Gesundheitstourismus unter Zuhilfenahme der Delphi-Methode spezifisch für das Land Brandenburg herauszuarbeiten. Die auf Trends bezogene Entwicklung innerhalb der nächsten zehn Jahre soll mit Hilfe von Experten, die aus bestimmten - die Gesundheit und den Gesundheitstourismus betreffenden - Bereichen kommen, bestimmt werden.

Bevor die Schritte im Einzelnen ausführlich erläutert werden, gibt Tabelle 6 einen Überblick über das Design der durchgeführten Methode. Dies ist eine erste Zusammenfassung und dient der Orientierung, um denen im Anschluss ausgearbeiteten Punkten einen Rahmen zu geben.

Tabelle 6: Design der Delphi-Methode (nach Rulle 2008, 179; Häder 2002; eigene Bearbeitung)

<b>Arbeitsschritte</b>	<b>Delphi-Leitung</b>	<b>Experten</b>
<b>Vorbereitungsarbeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entscheidung für Delphi-Methode</li> <li>- Erstellung des Fragebogens</li> <li>- Pre-Test</li> <li>- Auswahl der Expertengruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zusage zur Teilnahme</li> </ul>
<b>Erste Befragungsrunde</b>	<p>Erster Fragebogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- qualitative und quantitative Fragen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beantworten des ersten Fragebogens</li> </ul>
<b>Zwischenarbeiten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisauswertung Fragebogen 1</li> <li>- Zusammenfassung der Ergebnisse (Feedback an die Experten)</li> </ul>	
<b>Zweite Befragungsrunde</b>	<p>Zweiter Fragebogen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragen bleiben unverändert</li> <li>- Neue Fragen aufgrund von Hinweisen der Experten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Kenntnisnahme der Antworten der anderen Experten</li> <li>- Kommentieren der Ergebnisse aus der ersten Runde</li> <li>- Beantworten des zweiten Fragebogens</li> </ul>
<b>Finale Ergebnisauswertung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ergebnisauswertung Fragebogen 2</li> <li>- Mitteilung der Ergebnisse an Experten</li> <li>- Prognosen herausarbeiten, hier: „Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg“</li> </ul>	

---

### 6.2.1 Die Erarbeitung des Fragebogens

Bevor man in einer sozialwissenschaftlichen Studie zur konkreten Frage kommt, wird eine systematisch aufbereitete Fragestellung vorausgesetzt (vgl. Häder 2002). In diesem Fall lautet die zu bearbeitende Frage: „Wie wird sich der Gesundheitstourismus im Land Brandenburg in den kommenden zehn Jahren entwickeln?“. Selbst Experten könnten diese Frage auf Anhieb nicht zur Zufriedenheit des Fragenden beantworten. Daher ist es wichtig, die Frage bzw. Problemstellung in relevante Dimensionen zu zerlegen, um im Anschluss geeignete Indikatoren ableiten zu können (vgl. Häder 2002). Zur Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg können drei Aspekte herausgehoben werden, die zur Analyse herangezogen werden. Diese sind:

1. Die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland
2. Die Gästestruktur im Land Brandenburg
3. Gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg

Anhand dieser drei Aspekte wurden die Fragebögen beider Runden gegliedert. Bei der weiteren Ausarbeitung wurden mit Hilfe dieser drei Punkte spezifische Elemente abgeleitet, an denen sich schlussendlich die Fragen orientieren. Der Fragebogen beinhaltet zu etwa 80% quantitative Fragen. Die übrigen Fragen werden offen gestellt, um den Experten Raum für Anregungen bezüglich der Untersuchung zu geben und um anhand der Antworten eventuell vorher ungeachtete Aspekte einzubringen. Zudem besteht – im ersten Fragenkatalog – die Möglichkeit zu jeder quantitativen Frage Anmerkungen in einem dazu ausgewiesenen Feld anzuführen. Dies hat das Ziel, etwaigen Verständnisproblemen, zusätzlichen Fragen oder Zusatzinformationen von Seiten der Experten Platz zu geben. Des Weiteren ist es bei schriftlichen Befragungen wichtig, ein begleitendes Anschreiben zu verfassen. Dieses Anschreiben beinhaltet einführende Sätze zur Thematik, eine präzise Beschreibung der Methodik und Hinweise zur Beantwortung des Fragebogens. Ein vierter Teil des Fragenkatalogs wird personenbezogenen Fragen gewidmet. Diese Fragen dienen dabei ausschließlich der Einschätzung für die Auswertung, die Angaben werden nicht an Dritte weiter gegeben. Dies ist ein wesentlicher Aspekt bei Delphi-Befragungen (vgl. Häder 2002). Die Anonymität der Experten – vor allem untereinander – wirkt sich auf deren Antwortverhalten aus und trägt „*wesentlich zur Legitimation des Delphi-Ansatzes*“ (Häder 2002, 147) bei.

---

Nach Recherchen und eigenen Erfahrungen aus früheren Befragungen, wurde der Fragebogen so konzipiert, dass der Zeitaufwand zur Beantwortung 10-15 Minuten nicht überschreitet. Vor allem, da die Befragten sich ein zweites Mal Zeit für die Beantwortung nehmen müssen. Vor diesem Hintergrund wurde die Länge des Fragebogens auf drei Seiten festgelegt.

Bevor der Fragebogen an Experten geschickt wurde, musste dieser einem Pre-Test unterzogen werden. Hierzu wurden zwei Studenten der Geographie und eine Wissenschaftlerin gebeten, den Fragebogen zu testen und zu den einzelnen Fragen Stellung zu nehmen. Im Anschluss wurde der Fragenkatalog in einzelnen Passagen leicht abgeändert und fertig gestellt.

In dieser Untersuchung war es aufgrund der räumlichen Entfernung wichtig ein Format zu wählen, das den Befragten und der Delphi-Leitung die Zusammenarbeit erleichterte. So wurde der Fragenkatalog als digitales Dokument erstellt, das die Beantwortung der Fragen in digitaler Form ermöglichte. Zugewandt wurde der Fragenkatalog per Email, wobei die Experten ihre Kontaktadressen der Delphi-Leitung vorab persönlich mitgeteilt haben.

Der ausgearbeitete Fragebogen der ersten Fragerunde wird dieser Arbeit als Belegexemplar angehängt.

### **6.2.2 Die Auswahl der Experten**

Bei einer Delphi-Befragung werden Experten herangezogen, mit deren Hilfe Aussagen über die zukünftige Entwicklung eines bestimmten Sachverhalts erarbeitet werden. Die Auswahl der Grundgesamtheit ist dabei Aufgabe der Delphi-Leitung und abhängig von der gegebenen Fragestellung bzw. dem zu untersuchenden Sachverhalt. Prinzipiell gibt es bei der hier untersuchten Fragestellung zwei Varianten, eine Auswahl an Experten zu treffen. Dabei „[...] können die Teilnehmer sowohl aufgrund einer Totalerhebung als auch mithilfe einer bewussten Auswahl rekrutiert werden“ (Häder 2002, 103). Die Entscheidung ist abhängig von den zur Verfügung stehenden Mitteln und der zu untersuchenden Fragestellung. In der vorliegenden Untersuchung fiel die Entscheidung auf die bewusste Auswahl von Experten. Dabei war es besonders

---

wichtig, bei der Auswahl auf die Expertise der Teilnehmer zu achten. Somit wurden Personen angesprochen, die sich in ihrer hauptberuflichen Tätigkeit mit der Thematik Gesundheitstourismus beschäftigen und etwa in dem Bereich durch eigene Forschungen bzw. Publikationen bekannt sind. Weiters wurden Personen angesprochen, die in einer gesundheitstouristischen Destination eine leitende Position bekleiden, also zu den Entscheidungsträgern vor Ort zählen und somit aktiv in die Prozesse eingebunden sind. Zudem wurde darauf geachtet, die Experten aus unterschiedlichen Themenfeldern bzw. beruflichen Positionen auszuwählen, um verschiedene Blickwinkel und Meinungen auf den Gesundheitstourismus im Land Brandenburg zu integrieren. Aus diesem Grund wurden nicht nur Experten aus dem Land Brandenburg angesprochen, sondern auch Experten, die sich mit dieser Thematik auf nationaler Ebene beschäftigen.

Um zu gewährleisten, dass alle Experten bereit sind an der Befragung teil zu nehmen, wurde jeder persönlich angesprochen und informiert. Dies geschah teilweise durch ein persönliches Treffen und in weiteren Fällen durch ein persönliches Telefonat. Somit konnten grundlegende Informationen vorab weitergegeben und etwaige Fragen im Vorfeld geklärt werden. Zudem konnten Rückfragen oder zusätzliche Anmerkungen jederzeit per Email ausgetauscht werden. Dabei bezogen sich die häufigsten Fragen von Seiten der Experten auf die Verwendung der Daten und auf die Wahrung der Anonymität. Diese Form der Kommunikation erwies sich schlussendlich als problemlos und führte zu einer erfolgreichen Durchführung der Befragung.

Die Größe der Expertengruppe war in der Vorbereitungsphase eine schwierige Überlegung. In der Fachliteratur (vgl. Häder 2002; Rulle 2008) gibt es unterschiedliche Angaben zur quantitativen Auswahl der Experten. Nach intensiven Rechercharbeiten und nach Rücksprache mit Experten wurden schlussendlich zwölf Teilnehmer für die Befragung ausgewählt und kontaktiert. Von diesen zwölf Experten konnten insgesamt neun von der Teilnahme überzeugt werden. Die an der Befragung teilnehmenden Experten setzen sich schlussendlich zusammen aus: Vertretern von Gesundheitsdestinationen, Wissenschaftlern, Verbandsvertretern und Vertretern aus dem Ministerium des Landes Brandenburg.

---

### **6.2.3 Die erste Befragungsrunde**

Die erste Befragungsrunde begann Mitte Mai 2009. Der digital zu bearbeitende Fragebogen wurde per Email an die neun Experten versandt (Belegexemplar des Fragebogens siehe Anhang). Mit dem Fragebogen wurde den Experten zudem ein Begleitschreiben zugesandt. Dieses Schreiben enthält verschiedene wichtige Informationen, die zum Erfolg der Befragung beitragen sollen. Zum einen wird den Experten noch einmal verdeutlicht, wie wichtig ihre Teilnahme an der Befragung ist und dass ihre Expertise entscheidend zum Erfolg beiträgt. Somit verdeutlicht man dem jeweiligen Experten seine individuelle Bedeutung für die Umfrage. Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Möglichkeit der Mitgestaltung der Befragung z.B. durch die Anmerkungsfelder möglich ist. Diese Punkte dienen der Motivation der Befragten und sollen die intensive Auseinandersetzung mit den Fragen fördern. Zum anderen beinhaltet das Begleitschreiben eine kurze thematische Einleitung. Den Experten wird damit gezeigt, dass eine theoretische Auseinandersetzung mit der Thematik bereits stattgefunden hat und die Fragen auf ein vorhandenes Vorwissen des Fragenden beruhen. Weiters wurde in dem Schreiben noch einmal explizit auf die Anonymität der Befragten hingewiesen. Ihnen wurde lediglich mitgeteilt, aus welchen beruflichen bzw. fachlichen Bereichen die befragten Experten stammen. Weitere Informationen wurden nicht weitergegeben.

Das Begleitschreiben beinhaltete des Weiteren eine ausführliche Information über die Handhabung des Fragebogens, da dieser in digitaler Form zu bearbeiten war und nicht davon ausgegangen werden darf, dass jeder Befragte mit dieser Form der Befragung bereits Erfahrungen gemacht hat.

Besondere Aufmerksamkeit wurde zudem auf die Gestaltung des Fragebogens und des Begleitschriebens gelegt. Die Experten sollen sich sicher sein, dass die Befragung auf professioneller Arbeit beruht und sie ihre Zeit guten Gewissens investieren können.

Um die Befragung zeitlich eingrenzen zu können, wurden die Experten gebeten, den ausgefüllten Fragebogen innerhalb von zwei Wochen per Email zurück zu schicken.

---

### **6.2.3.1 Die Zwischenergebnisse und das Feedback**

Eine Delphi-Befragung zeichnet sich dadurch aus, dass eine Zusammenfassung der Ergebnisse im Anschluss an die erste Befragungsrunde an die Teilnehmer weitergegeben wird. Dabei handelt es sich um eine bewusste Beeinflussung der Experten, da sie sich in der zweiten Runde noch einmal mit diesen Fragen auseinander setzen sollen. Ihnen wird also die sogenannte unabhängige Gruppenantwort bekannt gegeben. Die Antworten der darauf folgenden Runde sind dann als abhängige Urteile zu bezeichnen, da sie aus einer Informationsrückkopplung der vorangegangenen Ergebnisse entstehen (vgl. Rulle 2008).

Die Ergebnisse der ersten Befragungsrunde sollen hier erst einmal nicht im Detail besprochen werden. Die schlussendliche Diskussion der Ergebnisse wird erst nach der zweiten Befragungsrunde relevant, da dies dem Ablauf der Delphi-Befragung entspricht. Allgemein lässt sich bei den Ergebnissen der ersten Runde feststellen, dass die Meinungen der Experten bereits grundlegende Übereinstimmungen aufweisen. Es fällt auf, dass die Experten eine generell als gut zu bezeichnende Entwicklung für den Gesundheitstourismus im Land Brandenburg sehen. Dies lässt sich anhand des Mittelwerts der entsprechenden quantitativen Fragen bereits nach der ersten Befragungsrunde feststellen.

Die Auswertung der offen gestellten Fragen im Feedback-Bogen wurde bewusst ausgelassen. Sie dienten der einmaligen Informationsgewinnung und wurden in der zweiten Befragungsrunde nicht noch einmal gestellt. Die Delphi-Methode lässt individuelle Vorgehensweise in dieser Form zu und es ist für den Erfolg der Methode nicht ausschlaggebend, ob die qualitativen Fragen nur Einmalig gestellt werden. Zudem ließen die Antworten der offenen Fragen nach der ersten Runde bereits einen Konsens unter den Experten erkennen, in einer weiteren Runde hätte das Wiederholen der Fragen nach Meinung der Delphi-Leitung keine relevanten Mehrinformationen geliefert.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgte wie bereits erwähnt in einem Feedback-Bogen, in dem die erhaltenen Daten in einer übersichtlichen Form dargestellt werden. Neben den dargestellten Antworten, wird zudem der Mittelwert errechnet und zusätzlich angegeben. In der hier besprochenen Befragung,

---

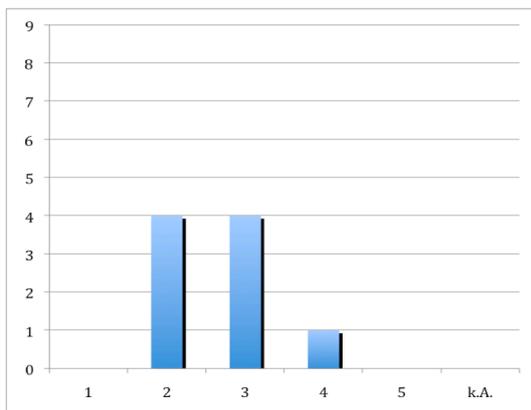
wurden die Daten in Form von Grafiken anschaulich zusammengefasst und an die Experten weitergeleitet (vgl. Abbildung 30).

Abbildung 30: Grafische Darstellung der Ergebnisse zur Frage 3.1 der ersten Befragungsrunde (eigene Darstellung)

Bewertung: wächst sehr stark (1) (2) (3) (4) (5) nimmt sehr stark ab

**3.1** Wie schätzen Sie die vorhandene spezifische gesundheitstouristische Infrastruktur im Land Brandenburg ein?

*Mittelwert=2,66*



#### **6.2.4 Die zweite Befragungsrunde**

Die zweite Befragungsrunde wurde Mitte Juni 2009 durchgeführt, nachdem die Experten die Zusammenfassung der ersten Runde erhalten haben. Es konnten wieder dieselben Experten angeschrieben werden. Der Fragebogen der zweiten Befragungsrunde wurde vorab gekürzt und enthielt ausschließlich geschlossene Schätzfragen. Wie bereits erwähnt, wurden die offen gestellten Fragen in der zweiten Runde nicht noch einmal gestellt, da keine relevanten Mehrinformationen zu erwarten waren. Den Experten wurde eine zeitliche Frist von drei Wochen gegeben, in der sie den ausgefüllten Fragebogen zurück senden sollten. Insgesamt kamen in der Frist acht der neun Fragebögen zurück. Nach mehrfach versuchter Kontaktaufnahme zu der noch fehlenden Antwort, wurde die Teilnahme des Experten krankheitsbedingt abgesagt.

---

## **6.2.5 Die Ergebnisse der Delphi-Befragung zum Gesundheitstourismus im Land Brandenburg**

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Delphi-Befragung zum Gesundheitstourismus im Land Brandenburg vorgestellt und diskutiert. Eine grafische Darstellung der Ergebnisse der quantitativen Fragen findet sich im Anhang dieser Arbeit. Ziel ist es, mithilfe der Ergebnisse der Befragung einen möglichen Trend der zukünftigen Entwicklungen im Gesundheitstourismus zu prognostizieren.

Die Auswertung der Daten erfolgt vorerst anhand der drei in der Befragung untergliederten Schwerpunkte:

1. Die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland
2. Die Gästestruktur im Land Brandenburg
3. Gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg.

Auf eine statistisch berechnete Auswertung der Daten (beispielsweise mithilfe von SPSS) wird hier verzichtet. Berücksichtigt wird vor allem der Mittelwert der abgegebenen Antworten und das direkte Antwortverhalten wird bewertet. Grund für diese Vorgehensweise ist die durch die relativ kleine Grundgesamtheit erhaltene Überschaubarkeit der Antworten, die eine direkte Bewertung ermöglicht.

Betrachtet man das Antwortverhalten der Experten allgemein anhand der erstellten Grafiken (siehe Anhang) ist deutlich zu sehen, dass sich die Antworten in der zweiten Befragungsrunde durchaus geändert haben. Dies lässt Rückschlüsse darauf zu, dass die Experten nach Erhalt des Feedback-Bogens ihre Einschätzungen teilweise überdacht und angepasst haben. Im Folgenden werden nun die einzelnen Ergebnisse der drei Frageblöcke vorgestellt und diskutiert.

### **6.2.5.1 Die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland**

Der erste Abschnitt der Befragung galt der Entwicklung im Gesundheitstourismus bezogen auf die gesamte Bundesrepublik. Ziel war es, die Befragung auf einer allgemeinen Ebene zu beginnen, um den Experten eine gedankliche Ausgangssituation vorzugeben. Als Einführung bzw. Einstieg in die Thematik sollten die Experten bei der ersten Frage eine Einschätzung über die generelle

---

Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland geben (Frage 1.1). Das Ergebnis zeigt, dass die Befragten dem Gesundheitstourismus auf nationaler Ebene in Zukunft gute bis sehr gute Entwicklungschancen zusprechen. Die Meinung der Experten entspricht der in Kapitel 4 bereits besprochenen Entwicklung im deutschen Gesundheitstourismus. Dabei ist es vor allem ein individuelles Angebotspektrum, vorwiegend in Richtung Wellness, das auf Seiten der Destinationen ausgebaut wird und in Zukunft weiterhin eine nicht zu unterschätzende Rolle spielen wird. Im gleichen Maße sehen die Experten die Bedeutung der Gesundheit als Hauptmotiv für eine Urlaubsentscheidung bzw. ein Urlaubsziel in den nächsten Jahren wachsen (Frage 1.2). Ebenso werden medizinische bzw. krankheitsbedingte Gründe häufiger Auslöser für die Inanspruchnahme gesundheitstouristischer Dienstleistungen (Frage 1.3.2). Die diesbezüglichen Einschätzungen der Experten gehen konform mit den beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen dieser Zeit (vgl. Kapitel 3). Die Menschen gehen bewusster mit ihrem Körper und ihrer Gesundheit um und beschäftigen sich mit dieser nicht mehr nur aus rein medizinischen Gründen, die Prävention nimmt dabei einen wichtigen Stellenwert ein. Ein weiterer wichtiger Aspekt ist, dass die Angebote in den gesundheitstouristischen Destinationen sich um den Bereich Medical Wellness erweitert haben, der einen anerkannten medizinischen Background aufweist und somit auch für Gäste attraktiv ist, die einen medizinischen bzw. krankheitsbedingten Grund für ihre Reise aufweisen. Das sich erhöhte Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung wird auch durch die Experten bestätigt, die in der Frage 1.3.1 der Prävention die größte Bedeutung im Gesundheitstourismus zuschreiben. Wie bereits festgestellt, verringert sich im Gesundheitstourismus die Aufenthaltsdauer, was sich mit dem Trend der Kurzreisen und speziell im Wellnesstourismus mit den Wochenend- oder prinzipiellen Kurzaufenthalten begründen lässt. Dies bestätigen auch die Experten (Frage 1.3), indem sie die zukünftige Aufwendung an Urlaubstagen für gesundheitstouristische Urlaube größtenteils als stagnierend bis abnehmend einstufen.

Um einen Übergang zu den generellen Problemen ostdeutscher Destinationen im Gesundheitstourismus herzustellen, wurde im allgemeinen Frageteil nach der Bedeutung des Ortscharakters für oder gegen eine Reiseentscheidung gefragt (Frage 1.4). Die Experten bestätigen mit ihren Antworten, dass dieser Faktor auf

---

keinen Fall vernachlässigt werden sollte. Der Charakter eines Ortes spielt bei der Entscheidung für oder gegen eine Destination auch in Zukunft eine wichtige Rolle, was vor allem in den ostdeutschen Destinationen noch immer ein Problem darstellen kann.

Darauf aufbauend wurde in Frage 1.4.1 nach weiteren konkreten Faktoren gefragt, die eine Entscheidung für oder gegen (Pro und Kontra) eine gesundheitstouristische Destination beeinflussen. Als „Pro“, also Faktoren, die eine Entscheidung für eine Destination beeinflussen, haben die Experten in Stichwörtern folgende Aspekte aufgeführt: *„fachliche Kompetenz, Kundenorientierung, bedürfnisorientierte Adaption von Erfolg versprechenden Konzepten, ergänzende Möglichkeiten und Angebote, Kontakt und sozialer Austausch mit Gleichgesinnten bzw. Menschen mit ähnlichen Interessen und Lebenskonzepten“, „Kulturangebote, Saisonunabhängigkeit“, „Qualität, Bekanntheit, Image, Tradition, Auswahl (Pauschal)Angebote, weitere Möglichkeiten (Kultur, Natur, Kulinarika, Aktivitäten, Freizeit etc.)“, „Erreichbarkeit, Innovation, durchgängige Qualität“, „Ortsveränderung, Entschleunigung, wohnortnah, Preis-/Leistungsverhältnis, Qualität“, „Entsprechende Zielgruppe muss vorhanden sein, die naturräumliche Ausstattung muss stimmen (Wohlfühlfaktor), ausreichende Übernachtungskapazitäten (mindestens 3 Sterne, besser 4 oder 5 Sterne)“*. Zusammenfassend sind es in erster Linie grundlegende Qualitätsstandards, die eine Destination aufweisen muss um für Gäste attraktiv zu sein. Zudem muss ein auf die jeweiligen Zielgruppen ausgerichtetes Angebotsspektrum vorhanden sein, nicht zuletzt, um sich von anderen Destinationen zu unterscheiden bzw. abzusetzen. Faktoren, die sich negativ auf eine Entscheidung auswirken, sind in erster Linie auch hier eine fehlende Qualität bei den angebotenen Dienstleistungen und im Beherbergungssektor, ein unangemessenes Preis-Leistungs-Verhältnis, eine mangelnde fachliche Kompetenz, ein einseitiges Angebotsspektrum und die durch falsche oder schlechte Vermarktung entstehenden Probleme wie etwa inkompatible Gästegruppen.

Die Faktoren, die eine Entscheidung für oder gegen eine Destination beeinflussen, sind nicht nur im Gesundheitstourismus von grundlegender Bedeutung. Die Destinationen müssen, um im Wettbewerb bestehen zu können

---

und für die Gäste attraktiv zu bleiben, in erster Linie ein gutes Qualitätsmanagement betreiben und somit auf dem dynamischen Tourismusmarkt konkurrenzfähig bleiben.

### **6.2.5.2 Die Gästestruktur im Land Brandenburg**

Der zweite Teil des Fragenkatalogs bezieht sich auf die Veränderungen in der Gästestruktur im Land Brandenburg. Im Gesundheitstourismus spielt die Gästestruktur eine sehr wichtige Rolle. Angebote müssen zielgruppenspezifisch ausgearbeitet werden und bedeuten für eine Region eine Herausforderung, vor allem bezogen auf ein spezifisch ausgebautes Angebotsspektrum (inklusive Beherbergung und Verpflegung). So haben Familien und Rentner einen durchaus differenzierteren Zugang zu gesundheitstouristischen Einrichtungen als es etwa alleinreisende weibliche oder männliche Gäste haben. Die Ansprüche an die Unterkunft, Verpflegung und das Angebot sind sehr unterschiedlich. Von daher ist es für Destinationen von entscheidendem Vorteil, zu wissen, welche Zielgruppen aktuell und in Zukunft angesprochen werden müssen. Zum anderen haben es Destinationen zum größten Teil selbst in der Hand zu beeinflussen, welche Zielgruppen sie aufsuchen. Durch eine zielgerichtete Werbung und Vermarktung können etwa im Hinblick auf Gewinnmaximierung einkommensstärkere Personengruppen angesprochen werden. Mittlerweile ist der Schwerpunkt im Gesundheitstourismus auf Privatzahler ausgelegt. Nicht zuletzt durch die Änderungen im Finanzierungssystem der Sozialversicherer wird sich das in den nächsten Jahren noch weiter verdeutlichen. Dies stellt insbesondere traditionelle Kurorte vor die Herausforderung, der zukünftig fast vollständig durch privat zahlende Gäste geprägten Nachfrage, die entsprechenden Angebote zu präsentieren.

Der zweite Teil des Fragenkatalogs begann für die Experten mit der Beurteilung neun verschiedener Zielgruppen. Sie wurden gebeten, das Potenzial der verschiedenen Gästegruppen einzuschätzen. Bezogen auf das Alter der Gäste (Fragen 2.1.1 und 2.1.2), wurde nach Gästen bis ca. 50 Jahre und ab ca. 50 Jahre unterschieden. Diese Unterteilung wurde gewählt, da sie in der in dieser Arbeit verwendeten Literatur häufig gewählt wurde (vgl. Barth 2005, Rulle 2008). Die Ergebnisse zeigen, dass die Entwicklung der Altersstruktur der Gäste

---

in den Destinationen in Richtung der Gäste über 50 Jahre geht. Wie bereits diskutiert (Kapitel 3.2.1), spielt die demographische Entwicklung im Gesundheitstourismus eine entscheidende Rolle. So sehen auch die Experten die Zielgruppe 50+ als die bedeutendere Zielgruppe. Der Gruppe der bis 50-Jährigen wird dennoch ein leichtes Wachstum zugesprochen, wobei sich diese Entwicklung durchaus mit der Entwicklung des Wellness-Trends (Körper, Geist und Seele) einhergeht und somit vorwiegend der Prävention zuzuschreiben ist.

Bezogen auf das Geschlecht der Gäste (Fragen 2.1.3, 2.1.4), sehen die Experten ein wachsendes Potenzial bei den männlichen Gästen. Die weiblichen Gäste werden weiterhin eine sehr wichtige Rolle im gesundheitstouristischen Bereich spielen. Betrachtet man jedoch die Entwicklung in den letzten Jahren und berücksichtigt den Einfluss der Frauen auf ihre Familie (vgl. Kapitel 3.2.3), sind es vor allem die Männer, die zukünftig eine wachsende Rolle spielen werden.

Weitere Gästegruppen, die von den Experten eingeschätzt wurden, waren die alleinreisenden Gäste, die Paare und die Familien (Fragen 2.1.5, 2.1.6, 2.1.7). Die Experten haben dabei das Potenzial der Familien als eher stagnierend eingeschätzt. Alleinreisende Gäste und Paare werden dagegen auch zukünftig eine wachsende Rolle im Gesundheitstourismus spielen. Hierbei kann davon ausgegangen werden, dass Familien auch in Zukunft nicht zu den Hauptzielgruppen von gesundheitstouristischen Destinationen zählen.

Die Fragen 2.1.8 und 2.1.9 beziehen sich auf die Nachfrage inländischer und ausländischer Gäste. Dem Urteil der Experten nach, sind es zukünftig weiterhin die inländischen Gäste, die im Land Brandenburg die größte Rolle spielen werden. Aktuell und in Zukunft wird den ausländischen Gästen wenig Potenzial zugesprochen. Die internationale und auch nationale Konkurrenz ist derzeit sehr stark und ausländische Gäste ziehen Destinationen mit einem gewissen Bekanntheitsgrad und Image vor.

Mit der darauffolgenden offenen Frage wurden die Experten gebeten, sich mit der derzeitigen Situation im Land Brandenburg auseinanderzusetzen. Vor dem Hintergrund der vorab beurteilten Gästestruktur, wurde nun nach den Charakteristika des Landes gefragt, die es aktuell für den Gast als

---

gesundheitstouristische Destination attraktiv macht. In den wichtigsten Punkten waren die Antworten der Experten vergleichbar. Diese lassen sich mit folgenden Stichpunkten zusammenfassen: Nähe zu Berlin (gute Erreichbarkeit), vorhandene gesundheitstouristische Infrastruktur und attraktive Standorte (Kurorte), hohe fachliche und medizinische Kompetenz und eine landschaftlich reizvolle Natur. Ein weiterer Punkt, der von den Experten angesprochen wurde, bezieht sich auf den Vergleich gesundheitstouristischer Standorte in Westdeutschland und Ostdeutschland. Nach der Wiedervereinigung wurde ein enormes Defizit bei den touristischen Einrichtungen Ostdeutschlands festgestellt. Die darauf folgenden enormen finanziellen Investitionen in den ostdeutschen Tourismus hatten zur Folge, dass diese Standorte im Vergleich zu den westdeutschen Standorten mittlerweile eine weitaus neuere und modernere Infrastruktur aufweisen. Daraus ergibt sich für das Land Brandenburg ein Vorteil, der durchaus genutzt werden sollte.

### **6.2.5.3 Gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg**

Der dritte Abschnitt des Fragebogens bezog sich speziell auf die gesundheitstouristischen Destinationen im Land Brandenburg. Diese bilden die wichtigste Grundlage im Gesundheitstourismus. Um einschätzen zu können, wie sich der Gesundheitstourismus in Zukunft entwickeln kann, ist es daher unabdingbar, sich mit der aktuellen Situation in den Orten auseinanderzusetzen.

In der ersten Frage dieses Abschnittes (Frage 3.1) wurden die Experten gebeten, die vorhandene spezifische gesundheitstouristische Infrastruktur im Land Brandenburg einzuschätzen. Diese einleitende Frage sollte die Experten in dieser Form in die Thematik einführen und erst einmal grundsätzlich die Meinung der Experten aufzeigen. Die Bewertungsmöglichkeiten reichten von sehr gut (1) bis sehr schlecht (5). Das schlussendliche Ergebnis dieser Frage zeigt, dass die Experten die vorhandene Infrastruktur mit befriedigend (3) bis gut (2) einschätzen. Betrachtet man hier den Mittelwert (=2,75), fällt das Ergebnis in den Bereich befriedigend. Demnach ist die vorhandene gesundheitstouristische Infrastruktur grundsätzlich nicht schlecht, aber in vielerlei Hinsicht ist es nötig, diese auszubauen bzw. zu verbessern.

---

Im folgenden Frageblock (3.2) waren die Experten angehalten, verschiedene Aspekte in Bezug auf die zukünftige Bedeutung für gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg zu beurteilen. Diese Einschätzungen sind für die Destinationen von besonderer Bedeutung, da sie anhand dieser Punkte ihre Infrastruktur bzw. ihr Angebotsspektrum und vor allem ihre Vermarktung orientieren können.

Der erste Punkt (3.2.1) betraf die gute Erreichbarkeit der Destinationen (öffentliche Verkehrsmittel und Individualverkehr), wobei diese nach Meinung der Experten weiterhin an Bedeutung gewinnt. Abhängig ist dieser Aspekt jedoch auch von den jeweiligen Gästegruppen. So sind Senioren deutlich mehr von einer guten Erreichbarkeit abhängig als es etwa Paare und Familien sind, die oftmals individuell anreisen. Zudem bringt es der bereits angesprochene Trend der Kurz- bzw. Wochenendreisen mit sich, dass vor allem Destinationen gewählt werden, die gut und schnell erreicht werden können. Vorteile können in dieser Hinsicht für Destinationen entstehen, die in der unmittelbaren Nähe zu Ballungsräumen liegen. Dies bedeutet für die Orte im Land Brandenburg, dass sie durch die Metropole Berlin einen nicht zu unterschätzenden Standortvorteil aufweisen.

Im nächsten Punkt (3.2.2) ging es um die Beurteilung von Gesundheitsangeboten, die direkt in der Unterkunft in Anspruch genommen werden können. Nach Meinung der Experten wird dies in Zukunft eher weniger an Bedeutung haben. Dies hängt jedoch davon ab, ob die Gäste ihre Unterkunft unabhängig von den gesundheitstouristischen Einrichtungen buchen. Für Wellnesshotels trifft dies sicherlich nicht zu, da die Gäste in diesem Fall erwarten, die Angebote im Haus in Anspruch nehmen zu können.

Die naturräumlich bevorzugte Lage wurde im Punkt 3.2.3 thematisiert. Die Experten sehen in dem Bereich auch zukünftig eine wachsende Bedeutung. Dies ist auch aktuell schon zu erkennen, da ein Gesundheitsurlaub grundsätzlich mit Entspannung, Erholung und Ruhe in Verbindung gebracht wird und die Umgebung bzw. die Natur dabei eine sehr wichtige Rolle spielt. Dem gegenüber steht die Bedeutung witterungsunabhängiger Angebote (Frage 3.2.4). Diese wächst nach Meinung der Experten ebenso, was bezogen auf die klimatischen Bedingungen im Nordosten Deutschlands durchaus sinnvoll ist. Angebote in

---

gesundheitstouristischen Destinationen haben einen enormen Vorteil, wenn sie unabhängig von der Saison in Anspruch genommen werden können. Besonders kurze und vor allem spontane Reisen sind dadurch möglich.

Im nächsten Punkt (3.2.5) wurde nach der Bedeutung der gesundheitstouristischen Tradition gefragt. Diese wird laut den Experten zukünftig wenig Bedeutung haben. Viele Einrichtungen, vor allem in Ostdeutschland, weisen eine eher geringe Tradition auf und haben sich erst relativ spät entwickelt. Die neuen Methoden und Trends im Gesundheitstourismus sind zudem nicht auf Traditionen angewiesen und entwickeln sich oftmals erst mit dem neuen Zeitgeist.

Weitaus mehr Bedeutung werden in Zukunft kulturelle Angebote und Events haben (Frage 3.2.6). Die Gäste suchen nach einem Rundum-Paket, das ebenso Unterhaltung unabhängig vom gesundheitstouristischen Angebot erwarten lässt. Zudem wird im Wellness-tourismus dem kulturellen Aspekt (geistige Entspannung) eine wichtige Rolle zugesprochen.

Bei der Beurteilung der Bedeutung von Sprachkenntnissen (Frage 3.2.7) lässt sich bei den Expertenantworten feststellen, dass dies zukünftig kaum an Bedeutung zunehmen wird. Obwohl die Destinationen im Land Brandenburg auch ausländische Gäste ansprechen, wird diese Zielgruppe in Zukunft kaum an Bedeutung gewinnen (siehe Frage 2.1.9). Dementsprechend sind Sprachkenntnisse kein entscheidender Fakt. Trotzdem sollte hier angemerkt werden, dass mindestens dem Englischen eine gewisse Wichtigkeit zugestanden werden muss. Im Wettbewerb mit anderen Destinationen zählt jeder Faktor und trotz der aktuellen Situation sollte eine internationale Vermarktung nicht vernachlässigt bzw. im Vorhinein ausgeschlossen werden.

Bei der Frage nach dem Angebotsspektrum (Fragen 3.2.8, 3.2.9) schätzen die Experten, dass Pauschalangebote in Zukunft zwar weiter an Bedeutung gewinnen, individuelle Angebote werden jedoch weitaus stärker nachgefragt werden.

---

Im Anschluss an die Einschätzungen bezüglich der Destinationen wurde in einer offenen Frage nach einem konkreten Trend und dessen Auswirkung auf die Destinationen im Land Brandenburg gefragt (Frage 3.3). Ziel war es, dass sich die Experten mit dem aktuellen Wellness-Trend auseinandersetzen und dessen Einfluss auf die Kurorte und Heilbäder einschätzen. Dabei sehen die Experten fast einstimmig das Zusammenwachsen der Bereiche Kur und Wellness und verweisen auf die starke Zunahme der Selbstzahler: *„Die Wellnessangebote werden ein fester Bestandteil der Angebotspalette in den Heilbädern und Kurorten sein. Dies untermauert die Wandlung der Kurorte von der Nachfrage der Sozialversicherten (auf Kosten der Renten- und der Krankenversicherung), hin zu den Selbstzahlern.“* Der Wellness-Trend beeinflusst zudem die Gästestruktur in den Kurorten in der Form, dass das Hauptmotiv vieler Gäste die Prävention darstellt. Es wird darauf hingewiesen, dass in den nächsten Jahren vor allem klare Produktangebote und gute Qualität ausschlaggebend werden sein und Kurorte und Heilbäder aufgrund ihrer höheren fachlichen Kompetenz, ihrer besonderen Qualität und ihrer hochwertigen Angebote eine größere Erfolgchance haben werden. Ebenso werden Risiken bedacht, etwa die Gefahr der Verwässerung der Angebote und/oder eine mangelnde fachliche Kompetenz in den speziellen Wellnessangeboten (etwa fernöstliche Heiltechniken).

Zu den Problemen bzw. Defiziten befragt, die das Land Brandenburg bezüglich des Gesundheitstourismus aufweist (Frage 3.4), zieht sich eine Aussage durch alle Expertenantworten. Die Experten sind sich einig, dass eine Vernetzung zwischen den relevanten Akteuren komplett fehlt. Die Zusammenarbeit untereinander stellt ein sehr problematisches Defizit dar. Dabei geht es zum einen um die fehlende Vernetzung der Destinationen untereinander und zum anderen zwischen Touristikern und Medizinern, also vor allem um eine fehlende wissenschaftliche Zusammenarbeit und eine generell mangelnde Kooperation aller Kräfte. Ohne diese grundlegende Zusammenarbeit der Akteure ist eine gewinnbringende Vermarktung der gesamten Region unmöglich. Teilweise wird auch die Vernetzung innerhalb eines Gesundheitsstandorts als zu gering beurteilt: *„Es gibt bislang keinen professionellen, strategisch fundierten Plan (und keine Ressourcen) zur Qualifizierung bzw. zum Coaching der Akteure, um den Markt systematisch, zielorientiert und wirtschaftlich erfolgreich zu*

---

*entwickeln.*" Aus diesen Defiziten resultiert eine mangelhafte Qualität der Angebote und eine lückenhafte Infrastruktur.

Die vorherrschenden Probleme und Defizite, die angesprochen wurden, sind durchaus lösbar und für das Land Brandenburg besteht weiterhin die Chance, sich auf dem gesundheitstouristischen Markt besser positionieren zu können. Um dies zu erreichen, legen die Experten verschiedene Ansatzpunkte dar, die diesen Prozess in den nächsten Jahren vorantreiben sollen (Frage 3.5). Der erste Interventionsschritt sollte laut der Experten aus einer Netzwerkbildung bestehen, die als Grundlage für eine weitere positive Entwicklung unabdingbar ist. Aus diesem Netzwerk heraus folgt eine koordinierte Konzeptionalisierung der Angebote und eine Unterstützung bei der zielgruppenorientierten Vermarktung. Ebenso soll in diesem Netzwerk die Qualifizierung bzw. das Coaching der Akteure gefördert und das strategische Marketing auf dieser Ebene ausgearbeitet werden. Weitere Schritte, die aus dieser Vernetzung heraus entwickelt bzw. gefördert werden sollen, betreffen die Qualität der vorhandenen Infrastruktur, keineswegs sollten neue Bäder oder ähnliche Einrichtungen gebaut werden. Ziel soll es sein, den aktuellen Bestand auf ein Qualitätsniveau zu bringen, das mindestens auf dem nationalen Markt bestehen kann.

Nach Betrachtung der Defizite bzw. Probleme der gesundheitstouristischen Destinationen, wurden die Experten nach ihrer Einschätzung gefragt, welche Rolle das Land Brandenburg in zehn Jahren in dem Bereich Gesundheitstourismus spielen wird (Frage 3.6). Dabei gibt es zwei Szenarien zu beachten. Sollte sich die Situation nicht ändern, also die genannten Defizite nicht behoben werden, sehen die Experten die Zukunft des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg gefährdet. Die Konkurrenz, zum Beispiel durch die anderen Bundesländer, ist nicht zu unterschätzen und Brandenburg hat im Vergleich nicht die beste Ausgangssituation. Den Gesundheitsmarkt unter diesen Voraussetzungen als Wirtschaftsfaktor zu entwickeln, ist nach Meinung der Experten so gut wie unmöglich. In diesem Fall besteht bestenfalls die Möglichkeit, neben den Bereichen aktiver Naturtourismus und Kulturtourismus als unverzichtbarer Bestandteil des Angebots konkurrenzfähig zu sein. Eine andere Möglichkeit besteht darin, dass das Land Brandenburg und die Anbieter des Gesundheitstourismus aufgrund des demographischen Wandels eine aktive

---

Rolle bei der wohnortnahen (Metropole Berlin) Prävention und Rehabilitation einnehmen. Sollten die Defizite, wie sie von den Experten dargelegt wurden, jedoch in den nächsten Jahren ausgeglichen werden, besteht für das Land Brandenburg durchaus die Chance eine wichtige Rolle im Bereich Gesundheitstourismus, vor allem auf dem nationalen Markt, einzunehmen.

## **7. Schlussbetrachtung**

In der folgenden Schlussbetrachtung wird die behandelte Thematik noch einmal kurz zusammengefasst und im Anschluss anhand der einleitend vorgestellten Hypothesen betrachtet. Die Schlussbetrachtung endet mit einem zusammenfassenden Ausblick auf die Entwicklung des Gesundheitstourismus im Land Brandenburg in den nächsten zehn Jahren.

### **7.1 Zusammenfassung**

Der Gesundheitstourismus ist eine spezielle Tourismusart, der sich in erster Linie aufgrund des Reisemotivs Gesundheit grundlegend von anderen Tourismusarten unterscheidet. Der Erhalt oder die Wiederherstellung der Gesundheit gilt hierbei als Hauptmotiv und veranlasst den Reisenden eine Destination aufzusuchen, die seinen Ansprüchen entspricht. Die Destinationen zeichnen sich durch das Angebot gesundheitsbezogener Dienstleistungen aus und bieten neben den üblichen Beherbergungsformen (Hotels, Pensionen etc.) Einrichtungen mit medizinischer Infrastruktur. Dazu zählen spezielle Kurkliniken, Rehabilitations- und Vorsorgekliniken, Sanatorien und Einrichtungen mit präventiv-medizinischen Angeboten (z.B. Sporteinrichtungen, Ernährungsberatung etc.). Hinzu kommt die Anwesenheit bzw. Betreuung durch Fachpersonal, das in den jeweiligen spezifischen Bereichen ausgebildet ist.

Die Entwicklung des Gesundheitstourismus ist in Deutschland aufgrund vergangener politischer Umbrüche sehr unterschiedlich verlaufen. Seit der politischen Wende und der Wiedervereinigung 1990 ist es nicht nur aufgrund des Zusammenschlusses zweier ehemals getrennt wirtschaftender Staaten zu enormen Veränderungen gekommen. Zusätzlich zu dem Zusammenwachsen des Staates hat sich in den letzten zehn Jahren der Wellnesstourismus als weitere

---

Sonderform des Gesundheitstourismus auf dem Markt entwickelt. Dies stellt zum einen die Destinationen Ostdeutschlands, die sich teilweise erst spät auf dem gesamtdeutschen Markt etabliert haben und auch die bereits etablierten traditionellen Destinationen Westdeutschlands vor neue Herausforderungen.

Die Dynamik des Marktes hat in den letzten Jahren einen Wandel im Gesundheitstourismus mit sich gebracht. Waren es in der Vergangenheit traditionell die Kurorte und Heilbäder, die dem Gesundheitstourismus die Grundlage gaben, sind es in der heutigen Zeit eine Vielzahl an zusätzlichen Mitbewerbern, die sich auf dem gesundheitstouristischen Markt bewegen. Zusätzlich zu den Wellnessdestinationen, die sich in den letzten Jahren etabliert haben, bieten heute auch Hotelketten oder Freizeiteinrichtungen Wellness und gesundheitsorientierten Urlaub an. Dies macht eine Trennung der Bereiche deutlich schwerer, da nicht mehr nur allgemein zwischen medizinischen und nicht-medizinischen Angeboten unterschieden werden kann. Ein Kriterium, das die Abgrenzung etwas genauer ermöglicht, ist die Aufenthaltsdauer der Gäste. Während diese bei einer Kur im klassischen Sinne bis zu drei Wochen betragen kann, liegt sie im Bereich Wellnessurlaub im Durchschnitt bei nur wenigen Tagen.

Ein grundlegender Unterschied zwischen dem traditionellen Kurtourismus und dem modernen Wellnessurlaub findet sich in der Lage der Destinationen. Da die Kur auf ortsgebundene Heilmittel (des Bodens, des Meeres oder des Klimas) ausgerichtet ist, finden sich diese Orte hauptsächlich im ländlichen Raum. Ausnahmen bilden Städte, die durch ihre Kurtradition bekannt und daher im Laufe der Zeit gewachsen sind. Wellnessdestinationen sind dagegen weitestgehend unabhängig in ihrer Standortwahl. Zudem sind sie aufgrund der durchschnittlich geringeren Aufenthaltsdauer ihrer Gäste oftmals in der unmittelbaren Nähe von Ballungsgebieten angesiedelt, da ihnen diese räumliche Nähe einen Vorteil verschafft.

---

## 7.2 Der Gesundheitstourismus als unabhängige Form des Reisens

### 1. Hypothese:

*Der Gesundheitstourismus folgt – trotz seiner teilweise stark medizinisch geprägten Teilbereiche – mittlerweile den Mechanismen des allgemeinen Tourismus.*

Der gesundheitstouristische Markt hat sich in den letzten Jahren enorm gewandelt. Die Gesundheitsversorgung der deutschen Bevölkerung war in den letzten Jahrzehnten durch staatliche Eingriffe (etwa durch Gesundheitsreformen) entscheidenden Veränderungen unterworfen. Diese waren vornehmlich darin gekennzeichnet, dass sie der Kostenreduzierung im Gesundheitssystem dienten. Dementsprechend haben die Sozialleistungsträger ihre Leistungen gekürzt und Kurbehandlungen werden heute wenn überhaupt nur noch sehr selten finanziert. Diese Entwicklung bedeutet für gesundheitstouristische Destinationen einen enormen Rückgang an Sozialkurgästen. Daher sind es die privat zahlenden Gäste, die für die Destinationen bedeutend sind. Dementsprechend müssen sie ihr Angebot gestalten und ihre Vermarktung ausrichten. Für die ostdeutschen Destinationen war es zudem die Transformation, die sie stark beeinflusste. Die gesellschaftspolitischen Veränderungen – in erster Linie zählen hier die Privatisierungen in allen Bereichen des Tourismussektors – die sich nach der Wiedervereinigung vollzogen, haben den Gesundheitstourismus stark beeinflusst. Konsequenz des sich gewandelten Marktes ist die Notwendigkeit der Anpassung an den neuen Markt.

Neben den Veränderungen, die sich auf Seiten der Anbieter auf staatlicher Ebene vollzogen haben, kommen die durch sich ändernde Rahmenbedingungen veränderten Strukturen der Nachfragerseite hinzu. Im Besonderen sind hier die Entwicklungen im individuellen Lebensstil der Bevölkerung zu nennen, der folglich Auswirkungen auf ihre Verhaltensmuster hat. So haben sich zum einen etwa die Ansprüche der Gäste hinsichtlich ihrer eigenen Gesundheit gewandelt. Die Prävention steht heute deutlich im Vordergrund und hat einen hohen Stellenwert in der Bevölkerung. Die Rahmenbedingungen bewirken eine gestiegene Nachfrage nach Tages- oder Wochenendangeboten mit präventivem Hintergrund. Es wird Flexibilität und Individualität verlangt und es bleibt wenig Raum für länger dauernde Angebote. Zum anderen steht das Wohlbefinden im

---

Vordergrund und verdrängt den auf Nachhaltigkeit und Verhaltensänderung ausgerichteten traditionellen Gedanken des Gesundheitsurlaubs wie er im klassischen Sinn einer Kur gelehrt wird.

Der Wettbewerb um den privat zahlenden Gast, der um sein Wohlbefinden zu steigern präventive Maßnahmen ergreift, steigt deutlich. Dabei sind es vor allem die Wellnessdestinationen, die sich individuell und flexibel auf diesen Gast einstellen können. Traditionelle Kurorte sind dagegen aufgrund ihrer breiteren und längerfristig gedachten Ausrichtung begrenzt flexibel. Sie müssen sich dem Markt anpassen und können sich nicht auf die Kostenübernahme durch die Leistungsträger verlassen.

### **7.3 Spezialisierte Angebotsformen im Gesundheitstourismus**

2. Hypothese:

*Aufgrund der gestiegenen Bedeutung innovativer und spezialisierter Angebotsformen, können sich Destinationen mit ungünstigen naturräumlichen Voraussetzungen dennoch als Gesundheitsdestination etablieren.*

Destinationen, die in naturräumlichen Ungunsträumen liegen, bieten selten die Voraussetzung für einen erfolgreichen Kurtourismus, da die naturräumlichen Gegebenheiten in diesem Bereich eine wichtige Rolle spielen. In der Delphi-Befragung hat sich herausgestellt, dass die naturräumliche Lage auch in Zukunft eine große Bedeutung für die Gäste haben wird, sie hat zudem aber auch gezeigt, dass andere Faktoren ebenso an Bedeutung zunehmen. So etwa die gute Erreichbarkeit der Destination, was vor allem für Kurzaufenthalte von besonderer Bedeutung ist, da die Gäste nicht gewillt sind lange Fahrtzeiten in Kauf zu nehmen. Des Weiteren sind es die witterungsunabhängigen Angebote, die eine saisonunabhängige Reiseentscheidung ermöglichen und zudem nicht durch naturräumliche Gegebenheiten beeinflusst werden. Diese Angebote beziehen sich auf solche, die zum einen direkt im Haus in Anspruch genommen werden können und zum anderen auf Angebote, die die Bereiche Körper (Saunabereiche), Geist (Theateraufführungen) und Seele (Klangtherapien) ansprechen. Ebenso nehmen zukünftig kulturelle Angebote an Bedeutung zu, was vornehmlich dem Anstieg der Privatzahler zuzuschreiben ist. Diese haben

---

generell eine differenziertere Erwartung an die Destinationen, was zudem durch die geringere Aufenthaltsdauer verstärkt wird. Die Erwartungshaltung der Gäste an die Angebote und die Qualität ist in der Folge der hier genannten Aspekte weitaus höher als es bei den Gästen in traditionellen Gesundheitsdestinationen der Fall ist. Dies lässt sich damit begründen, dass die Aufenthalte in diesen oftmals durch die Sozialleistungsträger finanziert werden und die Erwartungen dementsprechend geringer sind.

Naturräumliche Ungunsträume sind, bezogen auf den Gesundheitstourismus, durchaus in der Lage als gesundheitstouristische Destinationen zu bestehen. Dies bezieht sich in erster Linie auf die modernen Formen des Gesundheitstourismus, dem Wellness- und dem gesundheitsorientierten Urlaub. Diese sind zunehmend räumlich unabhängig und durch gezielte innovative und flexible Angebotsformen und einer neuen Produktvielfalt für privat zahlende Gäste attraktiv.

## **7.4 Der Gesundheitstourismus als Motor zur wirtschaftlichen Entwicklung**

3. Hypothese:

*Investitionen in den Bereich Gesundheitstourismus schaffen in strukturschwachen Regionen – wie dem Land Brandenburg – enorme Entwicklungspotenziale und unterstützen eine unschätzbare regionale Wertschöpfungskette.*

Der Gesundheitstourismus zählt zu den Wachstumsmärkten in Deutschland. Das dies in Zukunft weiterhin der Fall sein wird, wird auch anhand der Ergebnisse der Delphi-Befragung deutlich. An diesem Wachstumsmarkt können die Destinationen deutschlandweit partizipieren, sofern spezifische Grundvoraussetzungen (gesundheitstouristische Einrichtungen) gegeben sind. Im Land Brandenburg sind aufgrund der gegebenen gesundheitstouristischen Destinationen und ihrer speziellen Angebote (in den Kurorten) diese Grundvoraussetzungen erfüllt. Strukturschwache Regionen – wie das Land Brandenburg – zeichnen sich durch unterschiedliche Faktoren aus, die vor allem durch strukturelle Defizite, wie etwa die Abwanderung der Bevölkerung und der Industrie, gekennzeichnet sind.

---

Die Delphi-Befragung hat gezeigt, dass das Land Brandenburg verschiedene Defizite im Bereich Gesundheitstourismus aufweist. Die Experten sehen dennoch ein enormes Entwicklungspotenzial, das sich durch Investitionen in diesen Bereich ausschöpfen ließe und in Folge das Wirtschaftswachstum des Landes ankurbeln kann. Diese Investitionen sind nicht durchweg auf finanzieller Basis anzusetzen. Aspekte wie Netzwerkbildung und Bewusstseinsbildung der Bevölkerung sind gleichermaßen wichtig und eine Grundvoraussetzung für die positive Entwicklung im Land.

## **7.5 Ausblick**

Die Prognosen für die Entwicklung des Gesundheitstourismus in Deutschland sind sehr positiv. Die steigende Lebenserwartung der Bevölkerung und die gleichzeitig sinkenden Zahlungen der Sozialleistungsträger unterstützen die Entwicklung hin zur eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge. Ein weiterer gesellschaftlicher Trend, der die Entwicklung des Gesundheitstourismus vorantreibt, ist das neue Körperbewusstsein und dem daraus resultierenden Bewusstsein der eigenen Gesundheit gegenüber. Die Destinationen sehen sich vermehrt den privat zahlenden Gesundheitsurlaubern gegenüber, sie können diese Entwicklung nutzen und ihr Angebot dementsprechend auf die spezifischen Zielgruppen ausrichten.

Die moderne Form des Gesundheitstourismus – der Wellnesstourismus – wird sich ebenso weiter entwickeln. Aufgrund der bereits bestehenden Angebotsfülle in diesem Bereich und der bis jetzt fehlenden Qualitätsrichtlinien besteht jedoch die Gefahr, dass das Angebot verwässert und die Gäste aufgrund dessen eher zurückhaltend reagieren.

Für das Land Brandenburg sind die Prognosen ebenso positiv, inwieweit sich diese in den nächsten zehn Jahren erfüllen und ob das Land an der Entwicklung auf nationaler Ebene heranreicht, hängt von den Initiativen in den nächsten Jahren ab. Die von den Experten geforderte Netzwerkbildung ist in den ersten Schritten bereits eingeleitet, muss jedoch noch weiter ausgebaut werden. Dieses Netzwerk kann die Grundlage für eine enorme regionale Wertschöpfungskette

---

bilden und das Land Brandenburg im Gesundheitstourismus konkurrenzfähig machen.

Das Reiseverhalten der Deutschen, die für den brandenburgischen Gesundheitsmarkt die größte Nachfragergruppe bildet, wird weiterhin durch Kurzreisen im Bundesgebiet geprägt sein. Dabei ist es für das Land Brandenburg in erster Linie die Bundeshauptstadt Berlin, die ein enormes Potenzial an Nachfragern bietet. Vor diesem Hintergrund ist es wichtig, das Angebotsspektrum zielgruppenspezifisch auszubauen und das Land gezielt zu vermarkten. Dabei haben die brandenburgische Kurorte und Heilbäder sehr gute Voraussetzungen um zukünftig auf dem gesundheitstouristischen Markt zu bestehen.

---

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesundheits-Krankheits-Kontinuum.....	14
Abbildung 2: Ihre Rechte auf eine Kur.....	22
Abbildung 3: Die vier Kernbereiche der Medical Wellness.....	32
Abbildung 4: Abgrenzung der Tourismusarten aus Nachfragesicht.....	38
Abbildung 5: Einbettung des Kur- und Wellnesstourismus in die Gesundheitspolitik.....	40
Abbildung 6: Lange Wellen, Basisinnovationen und ihre wichtigsten Anwendungsfelder.....	43
Abbildung 7: Bevölkerungspyramide Deutschland 1950, 2009 und Prognose für 2050.....	48
Abbildung 8: Grundtypen tourismuspolitischer Ziele.....	58
Abbildung 9: Aufteilung in Besatzungszonen.....	62
Abbildung 10: Mitgliedsbuch des FDGB.....	66
Abbildung 11: Ansichtskarte FDGB-Erholungsheim Herbert Warnke.....	67
Abbildung 12: Modell des „Touristischen Transformationsprozesses in Ostdeutschland.....	71
Abbildung 13: Ankünfte und Übernachtungen in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken in Deutschland.....	77
Abbildung 14: Ankünfte und Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2006 nach Gemeindegruppen.....	78
Abbildung 15: Entwicklung der Nachfrage nach gesundheitstouristischen Urlaubsformen.....	80
Abbildung 16: Gäste- und Übernachtungszahlen in den deutschen Heilbädern und Kurorten 1999 bis 2008.....	82
Abbildung 17: Das Land Brandenburg und die Metropolregion Berlin-Brandenburg.....	84
Abbildung 18: Bevölkerungsentwicklung im Land Brandenburg.....	85
Abbildung 19: Veränderung der Altersstruktur im Land Brandenburg.....	86
Abbildung 20: Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2005-2007 nach Herkunft der Gäste.....	87
Abbildung 21: Übernachtungen in Beherbergungsbetrieben 2007.....	88
Abbildung 22: Gäste, Übernachtungen und Aufenthaltsdauer in Beherbergungsbetrieben 2007 nach dem Herkunftsland der Gäste.....	89

---

Abbildung 23: Nachfragevolumen im Brandenburg-Tourismus 2004.....	90
Abbildung 24: Umsätze im Brandenburg-Tourismus 2004.....	90
Abbildung 25: Wertschöpfung im Brandenburg-Tourismus.....	91
Abbildung 26: Die drei Säulen des Brandenburg-Tourismus.....	92
Abbildung 27: Kurorte im Land Brandenburg.....	94
Abbildung 28: Übernachtungen im Reiseverkehr im Land Brandenburg 2004 bis 2006 nach Gemeindegruppen.....	97
Abbildung 29: Stärken/Schwächen – Chancen/Risiken.....	99
Abbildung 30: Grafische Darstellung der Ergebnisse zur Frage 3.1 der ersten Befragungsrunde.....	112

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit.....	12
Tabelle 2: Kursystem der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.....	20
Tabelle 3: Abgrenzung der Privatkur zur Sozialkur.....	23
Tabelle 4: Segmentierung der wachsenden Zielgruppensegmente.....	49
Tabelle 5: Vier Typen der Delphi-Methode im Vergleich.....	103
Tabelle 6: Design der Delphi-Methode.....	106

---

## **Abkürzungsverzeichnis**

AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg
DHV	Deutscher Heilbäderverband e.V.
DMWV	Deutscher Medical Wellness Verband e.V.
DTV	Deutscher Tourismusverband e.V.
dwif	Deutsches Wirtschaftswissenschaftliches Institut für Fremdenverkehr e.V.
LDS	Landesvertrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg (bildet seit Januar 2007 gemeinsam mit dem Statistischen Landesamt des Landes Berlin das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg – AfS)
MASFG	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg
MW	Ministerium für Wirtschaft des Landes Brandenburg
UNWTO	Welttourismusorganisation der Vereinten Nationen
VPK	Verband der Privatkrankenanstalten Berlin-Brandenburg e.V.
WHO	Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen

---

## Literaturverzeichnis

- AMT FÜR STATISTIK BERLIN-BRANDENBURG [Hrsg.] (2008): Statistisches Jahrbuch 2008. Potsdam.
- BÄHRE, HEIKE (2003): Nationale Tourismuspolitik in der Systemtransformation – eine Untersuchung zum ostdeutschen Tourismus 1989 – 1999. Dresden.
- BARTH, RENO (2005): Der Wellnes-Faktor. Modernes Qualitätsmanagement im Gesundheitstourismus. Wien.
- BECK, ULRICH (2007): Weltrisikogesellschaft. Frankfurt am Main.
- BENGEL, JÜRGEN/ STRITTMATTER, REGINE/ WILLMANN, HILDEGARD (2001): Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Erweiterte Neuauflage. Band 6. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung. Köln.
- BENSON, HERBERT/ STUART, EILEEN M. (1995): Das große Wellness Buch. Wien.
- BERG, WALDEMAR (2008): Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus. München.
- BERNART, YVONNE (2005): Das narrative Interview. Landau.
- BIEGER, THOMAS (2006): Tourismuslehre – Ein Grundriss. Stuttgart. Wien.
- BRITTLNER, ANJA (1999): Kurorte der Zukunft. Trier.
- BUCHNER, WALTER (2002): Gesundheitsreform und Kurwesen – eine ökonomische Analyse am Beispiel niederbayerischer Heilbäder. München.
- BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT (2001): Zukunftsmarkt Gesundheit. Band 145. Bonn.
- CHALUPA, MARTINA (2001): Warum ist Wellness wichtig?: Motivation und Konsumentenverhalten. Wien.
- DAS GESUNDHEITSWESEN IM VEREINTE DEUTSCHLAND (1991) - Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Baden-Baden.
- DEHMER, SABINE (1996): Die Kur als Markenprodukt. Angebotsprofilierung und Markenbildung im Kurwesen. Dresden.
- DEPPE, HANS-ULRICH/ FRIEDRICH, HANNES/ MÜLLER, RAINER (1993): Gesundheitssystem im Umbruch: Von der DDR zur BRD. Frankfurt/Main.
- DETTMER, HARALD (2000): Tourismustypen. München – Wien.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. / DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (1998): Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen. 11. Auflage. Bonn.

- 
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. / DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (2005): Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen. 12. Auflage. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. / DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (2006): Jahresbericht 10/2005 bis 10/2006. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. / DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (2007): Jahresbericht 10/2006 bis 10/2007. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. [Hrsg.] (2007): Ihre Rechte auf eine Kur. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V./ DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (2008): Gäste- und Übernachtungszahlen in den deutschen Heilbädern und Kurorten 1999 bis 2007. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. / DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND E.V. [Hrsg.] (2008): Qualitätsnormen für die komplexe Anwendung von Kur- und Heilmitteln in den anerkannten Heilbädern und Kurorten. Bonn.
- DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. (2009): Die neue Kur als Wachstumsmotor in Deutschland. Berlin.
- DEUTSCHER WELLNESS VERBAND E.V. [Hrsg.] (2007): Wellness-Marktdaten. Düsseldorf.
- EBERLE, BERND (2004). Wellness und Gesundheit als Marketingimpuls. Wie Sie den Megatrend für ihre Produkte nutzen. Frankfurt.
- ENDER, WALTER [Hrsg.] (1993): Kurtourismus/Schulmedizin versus Gesundheitstourismus/Ganzheitsmedizin. Band 2. Wien.
- ENDER, WALTER [Hrsg.] (1997): Krankheitsverwaltung oder Gesundheitserhaltung. Band 5. Wien.
- ENDER, WALTER [Hrsg.] (1998): Modernisierungsschub für den Kur- und Gesundheitstourismus durch Qualitäts- und Kommunikationsverbesserung. Wien.
- EUROPÄISCHER HEILBÄDERVERBAND E.V. [Hrsg.] (2004): Credo des Europäischen Heilbäderverbands e.V. Brüssel.
- FELDMANN, OLAF [Hrsg.] (1997): Tourismus – Chance für den Standort Deutschland. Baden-Baden.
- FLICK, UWE [Hrsg.] (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Reinbek bei Hamburg: Rowolt.
- FRERICH, JOHANNES/ FREY, MARTIN (1996): Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Band 2: Sozialpolitik in der Deutschen Demokratischen Republik. München, Wien.

- 
- FREYER, WALTER [Hrsg.] (2001): Tourismus. Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie. München.
- GRAND, RENATE (2006): Wellness im Kontext von Erholungsmassnahmen. Wien.
- HÄDER, MICHAEL (2002): Delphi-Befragungen. Wiesbaden.
- HAEHLING VON LANZENAUER, CHRISTOPH/ KLEMM, KRISTIANE [Hrsg.] (2007): Demographischer Wandel und Tourismus. Zukünftige Grundlagen und Chancen für touristische Märkte. Berlin.
- HAEHLING VON LANZENAUER, CHRISTOPH/ BELOUSOW, ALEXANDER (2007): Entwicklungstendenzen und Szenarien der touristischen Nachfrage bis 2030. In: Haehling von Lanzenauer, Christoph/ Klemm, Kristiane [Hrsg.] (2007): Demographischer Wandel und Tourismus. Zukünftige Grundlagen und Chancen für touristische Märkte. Berlin.
- HAHN, HEINZ/ KAGELMANN, HANS JÜRGEN [Hrsg.] (1993): Tourismuspsychologie und Tourismussoziologie: ein Handbuch zur Tourismuswissenschaft. München.
- HÄNDELER, ERIK (2007): Die Geschichte der Zukunft.Moers.
- HEALTH CAPITAL BERLIN-BRANDENBURG [Hrsg.] (2007): Masterplan „Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg“. Berlin.
- HEALTH CAPITAL BERLIN-BRANDENBURG [Hrsg.] (2007): Wachstums- und Beschäftigungspotenziale der Gesundheitswirtschaft in Berlin-Brandenburg. Berlin.
- HOCKERTS, GÜNTER [Hrsg.] (1998): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. München.
- HOEFERT, HANS-WOLFGANG (1993): Kurwesen, In: Hahn, Heinz/ Kagelmann, Hans Jürgen [Hrsg.]: Tourismuspsychologie und Tourismussoziologie: ein Handbuch zur Tourismuswissenschaft. München.
- HORX, MATTHIAS (1997): Das Zukunfts-Manifest: wie wir uns auf das 21. Jahrhundert vorbereiten können. Düsseldorf.
- HORX, MATTHIAS (2001): Konsument 2010. Eine Konsumentenstudie des Zukunftsinstituts. Bonn.
- HORX, MATTHIAS (2002): 100 Top Trends. Die wichtigsten „Driving Forces“ des kommenden Wandels. Kelkheim.
- HORX, MATTHIAS/ HORX-STRATHERN, OONA (2001): Was ist Wellness? Anatomie und Zukunftsperspektiven des Wohlfühl-Trends. Publikation des Zukunftsinstituts in Zusammenarbeit mit der GfK Marktforschung. Kelkheim.
- HUBATKA, KLAUS (2000): Lebt die Kur? Die Kur lebt! In: Zins, Andreas [Hrsg.]: Kur – Gesundheit – Tourismus. Wien.

- 
- INSTITUT FÜR FREIZEITFORSCHUNG GMBH [Hrsg.]: Branchenreport Wellness. Pressemitteilung 03/2007. München.
- KASPAR, CLAUDE (1996): Die Tourismuslehre im Grundriss. St. Galler Beiträge zum Tourismus und zur Verkehrswirtschaft. Bern, Stuttgart, Wien.
- KEUL, ALEXANDER/ BACHLEITNER, REINHARD/ KAGELMANN, H. JÜRGEN [Hrsg.] (2001): Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft. München – Wien.
- KOSSINA, MELANIE (2006): Wellness für Körper und Seele. Das Angebot einer Gesundheitsbewegung in Österreich. Wien.
- LANZ KAUFMANN, EVELIN (1999): Wellness-Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie - Schnittstellen zur Gesundheitsförderung. Bern.
- LANZ KAUFMANN, EVELIN/ MÜLLER, HANSRUEDI (2000): Wellness als Chance für den Gesundheitstourismus. In: Zins, Andreas [Hrsg.]: Kur – Gesundheit – Tourismus. Wien.
- LEITNER, SUSANNE (2005): Der Gesundheitstourismus in den niederösterreichischen Grenzregionen am Beispiel von Laa an der Thaya. Wien.
- LINORTNER, BRITTA (1992): Gesundheitsverhalten im Kontext gesellschaftlicher Veränderungen. Wien.
- MANOW, PHILIP (1994): Gesundheitspolitik im Einigungsprozess. Frankfurt/Main.
- MERZ, FRIEDRICH (2008): Wachstumsmotor Gesundheit. München.
- MINISTERIUM FÜR ARBEIT, SOZIALES, GESUNDHEIT UND FRAUEN DES LANDES BRANDENBURG [Hrsg.] (2006): Gesundheitswirtschaft Brandenburg. Stand und Entwicklung. Potsdam.
- MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT DES LANDES BRANDENBURG [Hrsg.] (o.J.): Grundsätze zur weiteren Ausgestaltung des Tourismus im Land Brandenburg. Potsdam.
- MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT DES LANDES BRANDENBURG [Hrsg.] (2006): Tourismuskonzeption des Landes Brandenburg. Zeitraum 2060 – 2010. Potsdam.
- MÜHLHAUSEN, CORINNA (2001): Future Health. Der Mega-Trend Gesundheit und die Wellness-Gesellschaft. Bonn.
- MUNDT, JÖRN (2006): Tourismus. 3. Auflage. München.

- 
- NAHRSTEDT, WOLFGANG (2007): Soziodemographischer Wandel und Gesundheitstourismus: Neue Herausforderungen für Heilbäder und Kurorte. WellnessAkademie als „Innovationsmotor“. In: Haehling von Lanzenauer, Christoph/ Klemm, Kristiane [Hrsg.] (2007): Demographischer Wandel und Tourismus. Zukünftige Grundlagen und Chancen für touristische Märkte. Berlin.
- NAHRSTEDT, WOLFGANG (2008): Wellnessbildung. Gesundheitssteigerung in der Wohlfühlgesellschaft. Berlin.
- NEFIODOW, LEO A. (2006): Der sechste Kondratieff. Wege zur Produktivität und Vollbeschäftigung im Zeitalter der Information. 6. Auflage. Sankt Augustin.
- NIETZSCHE, FRIEDRICH (1882): Die fröhliche Wissenschaft. Chemnitz.
- NOWESKI, MICHAEL (2007): Der Gesundheitsmarkt. Liberalisierung und Reregulierung als Resultat politischer Koalitionen. Berlin.
- OBERENDER, PETER/ HEBBORN, ANSGAR/ ZERTH, JÜRGEN (2006): Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart.
- POSSEK, VERENA (2000): Veränderungen im Kur- und Gesundheitstourismus und die dadurch erforderlichen Maßnahmen in den Kurorten – dargestellt am Beispiel des Leitbildes Baden 2002. Wien.
- RITTHAMMER, NINA (2003): Wellness im Freizeit- und Tourismusbereich. Wien.
- ROBERT-KOCH-INSTITUT [Hrsg.]/ STATISTISCHES BUNDESAMT (2006): Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gesundheit in Deutschland. Berlin.
- RULLE, MONIKA (2008): Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. München. Wien.
- SCHEBESTA, BABARA (2001): Wellness im Sport-, Freizeit- und Gesundheitsbereich. Wien.
- SCHULZE, GERHARD (2005): Die Erlebnisgesellschaft. Frankfurt/Main.
- SCHWAIGER, JÜRGEN (2007): Megatrend Gesundheitstourismus. Abgrenzung und Entwicklung. Saarbrücken.
- SCHWAIGHOFER, CYRIAK (2004): Wellness – Wahn und Maß. Goldegg.
- SIMON, MICHAEL (2005): Das Gesundheitssystem in Deutschland. Bern.
- STADTFELD, FRIEDER (1993): Europäische Kurorte. Fakten und Perspektiven. Limburgerhof.
- STEINBACH, JOSEF (2001): Das Marktpotenzial für den Gesundheits- und Wellnesstourismus. In: Keul, Alexander/ Bachleitner, Reinhard/ Kagelmann, H. Jürgen [Hrsg.]: Gesund durch Erleben? Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft. München – Wien.

- 
- STEINBACH, JOSEF (2003): Tourismus. Einführung in das räumlich-zeitliche System. Wien.
- STEINECKE, ALBRECHT (1993): Die Delphi-Umfrage, In: Hahn, H./ Kagelmann, H.J. [Hrsg.]: Tourismuspsychologie und Tourismussoziologie: ein Handbuch zur Tourismuswissenschaft. München.
- STEINECKE, ALBRECHT (2006): Tourismus. Eine geographische Einführung. Braunschweig.
- ÜBELLACKER, CLAUDIA (2000): Produktdiversifikation im Kur- und Gesundheitstourismus zur Schaffung neuer Gästegruppen. Wien.
- VALENTIN, VEIT (1993): Geschichte der Deutschen. Von den Anfängen bis 1945. Gütersloh.
- VERBAND DER PRIVATKRANKENANSTALTEN BERLIN-BRANDENBURG E.V. [Hrsg.] (2000): Rehabilitationskliniken und Kurorte im Land Brandenburg. 2. Auflage. Berlin.
- WEIß, OTMAR [Hrsg.] (1997): Sport, Gesundheit, Gesundheitskultur. Böhlau. Wien, Köln, Weimar.
- WOELK, WOLFGANG [Hrsg.] (2002): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland: von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Berlin.
- ZELLMANN, PETER (2007): Die Zukunftsfallen. Wien.
- ZINS, ANDREAS (2000): Kur – Gesundheit – Tourismus. Wien.

---

## **Internetadressen**

[www.bad-freienwalde.de](http://www.bad-freienwalde.de) (14.01.2010)  
[www.badliebenwerda.de](http://www.badliebenwerda.de) (14.01.2010)  
[www.bad-saarow.de](http://www.bad-saarow.de) (14.01.2010)  
[www.bad-wilsnack.de](http://www.bad-wilsnack.de) (14.01.2010)  
[www.baeder-fuehrer.de](http://www.baeder-fuehrer.de) (12.01.2010)  
[www.baederkalender.de](http://www.baederkalender.de) (12.01.2010)  
[www.belzig.com](http://www.belzig.com) (14.01.2010)  
[www.bmggesundheit.de](http://www.bmggesundheit.de) (23.05.2009)  
[www.bmwi.de](http://www.bmwi.de) (11.11.2009)  
[www.brandenburg.de](http://www.brandenburg.de) (10.02.2010)  
[www.buckow-online.de](http://www.buckow-online.de) (14.01.2010)  
[www.burg-spreewald-tourismus.de](http://www.burg-spreewald-tourismus.de) (14.01.2010)  
[www.destatis.de](http://www.destatis.de) (05.02.2010)  
[www.deutscher-heilbaederverband.de](http://www.deutscher-heilbaederverband.de) (13.01.2010)  
[www.dmwv.de](http://www.dmwv.de) (15.06.2009)  
[www.ff-freizeitwirtschaft.de](http://www.ff-freizeitwirtschaft.de) (03.05.2010)  
[www.fvw.de](http://www.fvw.de) (02.05.2009)  
[www.healthcapital.de](http://www.healthcapital.de) (25.10.2009)  
[www.heilstaetten.beelitz-online.de](http://www.heilstaetten.beelitz-online.de) (14.12.2009)  
[www.horx.com](http://www.horx.com) (02.05.2009)  
[www.kurorte-land-brandenburg.de](http://www.kurorte-land-brandenburg.de) (10.02.2010)  
[www.reiseland-brandenburg.de](http://www.reiseland-brandenburg.de) (10.02.2010)  
[www.rheinsberg.de](http://www.rheinsberg.de) (14.01.2010)  
[www.statistik.brandenburg.de](http://www.statistik.brandenburg.de) (10.02.2010)  
[www.templin.de](http://www.templin.de) (14.01.2010)  
[www.unwto.org](http://www.unwto.org) (11.12.2009)  
[www.wellnessverband.de](http://www.wellnessverband.de) (16.06.2009)  
[www.who.int](http://www.who.int) (16.06.2009)  
[www.zukunftsinstitut.de](http://www.zukunftsinstitut.de) (02.05.2009)

---

## Fragebogen der Delphi-Befragung

---

### 1. Gesundheitstourismus in Deutschland

**1.1 Bitte schätzen Sie den Anteil des Gesundheitstourismus am Gesamttourismus Deutschlands innerhalb der nächsten zehn Jahre ein.**

wächst sehr stark 1  2  3  4  5  nimmt sehr stark ab

keine Angabe

Anmerkungen

**1.2 Wie schätzen Sie die zukünftige Bedeutung der Gesundheit als Hauptmotiv für eine Urlaubsentscheidung oder ein Urlaubsziel ein?**

wächst sehr stark 1  2  3  4  5  nimmt sehr stark ab

keine Angabe

Anmerkungen

**1.3 Inwieweit verändert sich die Anzahl der Urlaubstage, die für Prävention, Kurbehandlung und Rehabilitation in Anspruch genommen werden?**

wächst sehr stark 1  2  3  4  5  nimmt sehr stark ab

keine Angabe

Anmerkungen

**1.3.1 Welche der drei genannten Formen des Gesundheitstourismus nehmen Ihrer Einschätzung nach in den kommenden Jahren den wichtigsten Stellenwert ein? (Mehrfachnennungen möglich)**

Prävention

Kurbehandlung

Rehabilitation

Anmerkungen

**1.3.2 Bitte schätzen Sie im Folgenden ein, welche Rolle medizinische bzw. krankheitsbedingte Gründe als Motiv spielen werden, gesundheitstouristische Dienstleistungen in Anspruch zu nehmen.**

wächst sehr stark 1  2  3  4  5  nimmt sehr stark ab

keine Angabe

Anmerkungen

---

**1.4 Im Folgenden beurteilen Sie bitte, welche Rolle der Charakter des Ortes bzw. der Umgebung bei der Entscheidung für eine Destination spielen.**

wächst sehr stark 1  2  3  4  5  nimmt sehr stark ab

keine Angabe

Anmerkungen

**1.4.1 Bitte nennen Sie weitere Faktoren, die Ihrer Einschätzung nach, eine Entscheidung für oder gegen eine gesundheitstouristische Destination beeinflussen (bitte in Stichworten antworten).**

Pro

Kontra

Anmerkungen

**2. Zur Gästestruktur im Land Brandenburg**

**2.1 Wie schätzen Sie das Potenzial folgender Gästegruppen zukünftig ein?**

(wächst sehr stark 1 2 3 4 5 nimmt sehr stark ab)

2.1.1 Gäste bis ca. 50 Jahre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.2 Gäste ab ca. 50 Jahre	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.3 weibliche Gäste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.4 männliche Gäste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.5 alleinreisende Gäste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.6 Paare	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.7 Familien	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.8 inländische Gäste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
2.1.9 ausländische Gäste	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe

Anmerkungen

**2.2 Bitte nennen Sie im Folgenden charakteristische Punkte, die das Land Brandenburg aktuell für den Gast als gesundheitstouristische Destination attraktiv machen.**

---

### **3. Gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg**

#### **3.1 Wie schätzen Sie die vorhandene spezifische gesundheitstouristische Infrastruktur im Land Brandenburg ein?**

sehr gut    1     2     3     4     5     sehr schlecht

keine Angabe

Anmerkungen

#### **3.2 Beurteilen Sie folgende Aspekte in Bezug auf die zukünftige Bedeutung für gesundheitstouristische Destinationen im Land Brandenburg:**

(wächst sehr stark 1    2    3    4    5    nimmt sehr stark ab)

3.2.1 gute Erreichbarkeit	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.2 Gesundheitsangebote direkt in der Unterkunft	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.3 naturräumlich bevorzugte Lage	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.4 witterungsunabhängige Angebote	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.5 gesundheitstouristische Tradition	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.6 kulturelle Angebote, Events, etc.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.7 Sprachkenntnisse (mind. Englisch)	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.8 Pauschalangebote	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe
3.2.9 individuelles Angebotsspektrum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	keine Angabe

Anmerkungen

#### **3.3 Wie beurteilen Sie die Entwicklung der Wellnesstrends und deren Einfluss auf die traditionellen Kurorte und Heilbäder?**

#### **3.4 Nennen Sie Probleme bzw. Defizite, die das Land Brandenburg bezüglich des Gesundheitstourismus Ihrer Ansicht nach aufweist.**

#### **3.5 Welche Investitionen in welchen Bereichen würden Sie in den nächsten Jahren für sinnvoll erachten?**

---

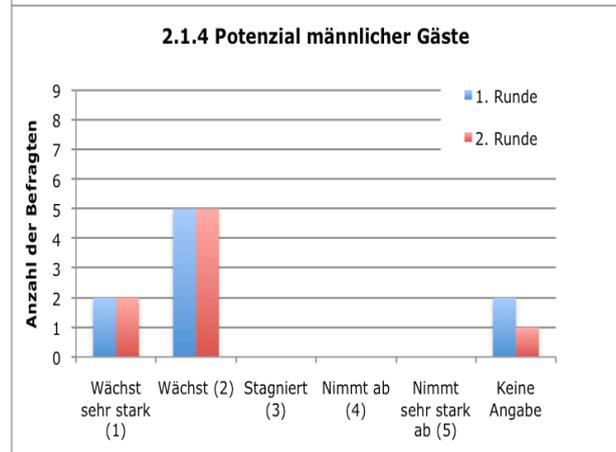
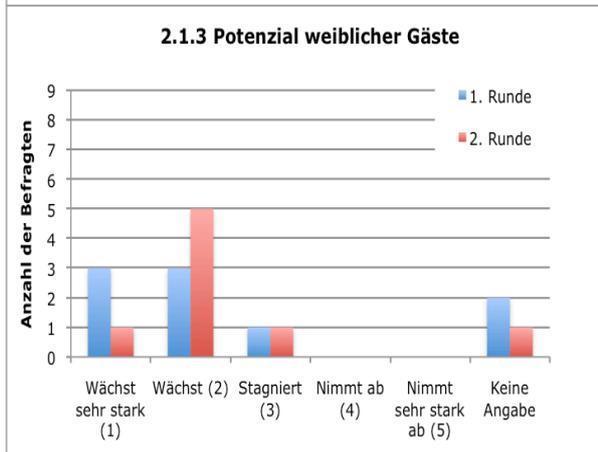
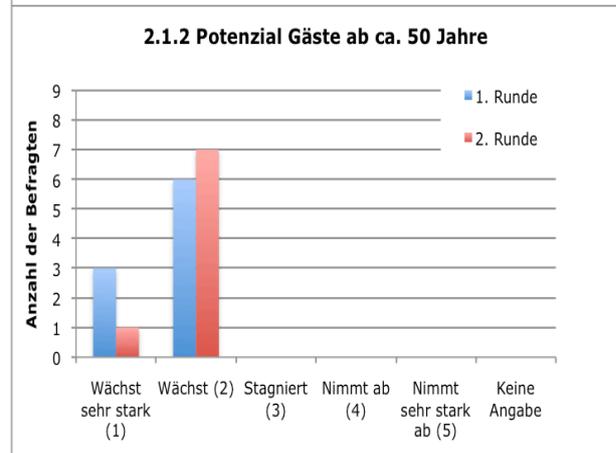
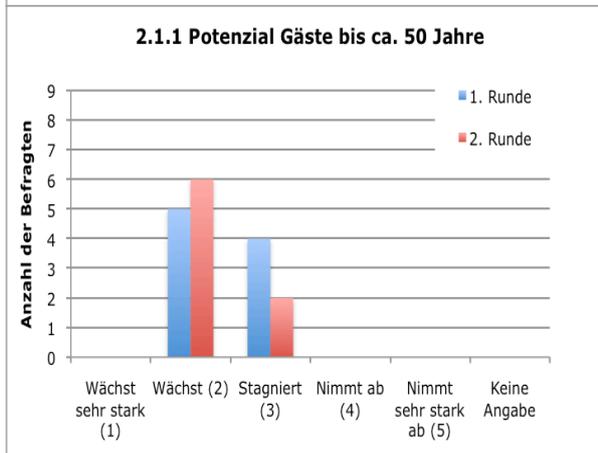
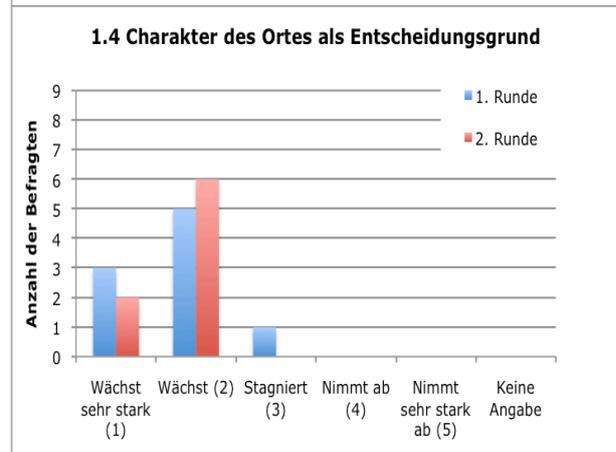
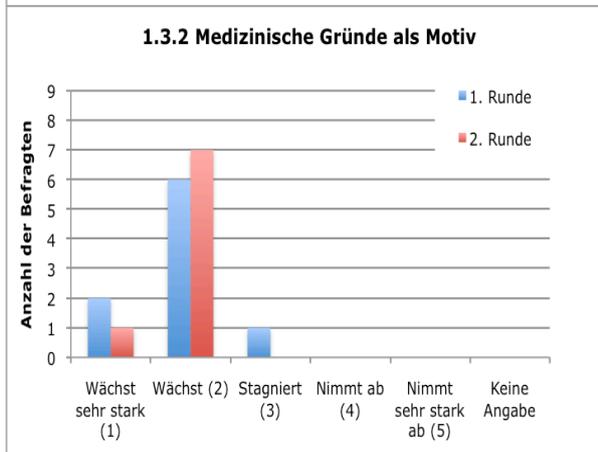
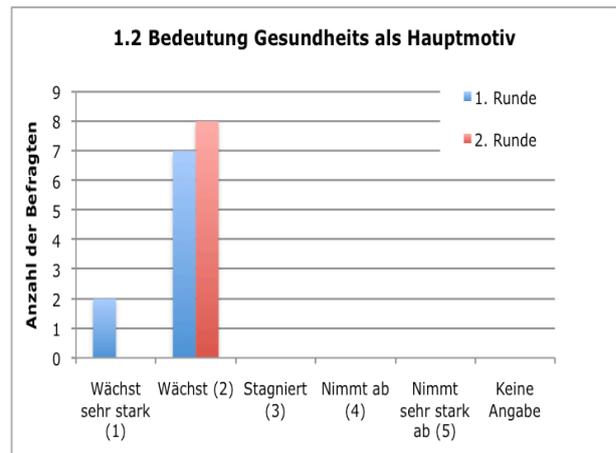
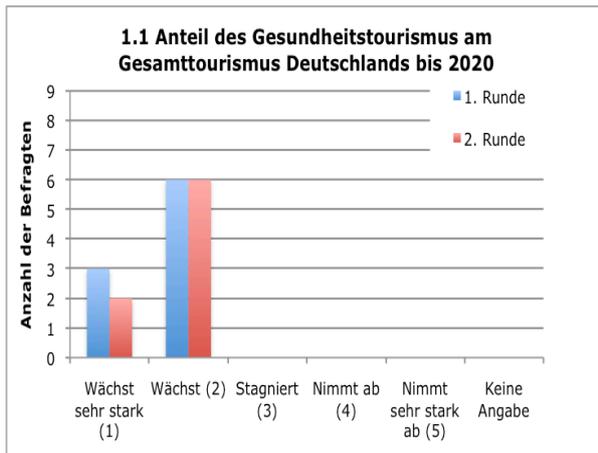
**3.6 Welche Rolle wird Ihrer Einschätzung nach das Land Brandenburg in zehn Jahren in dem Bereich Gesundheitstourismus spielen?**

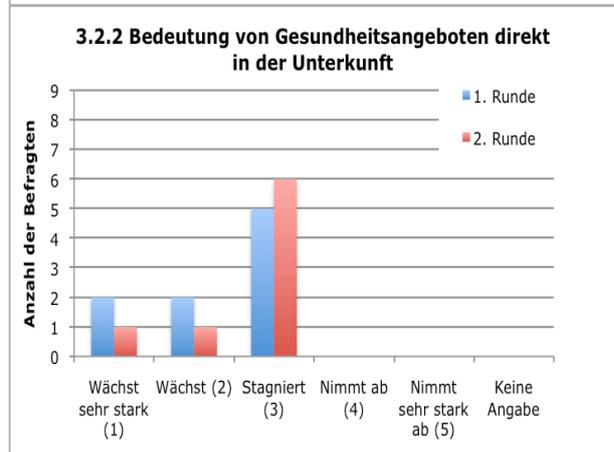
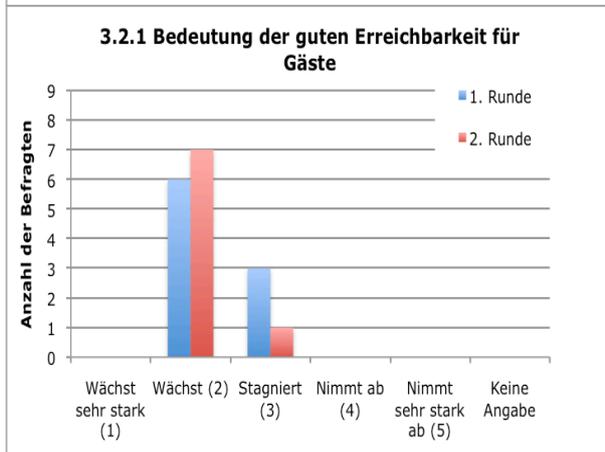
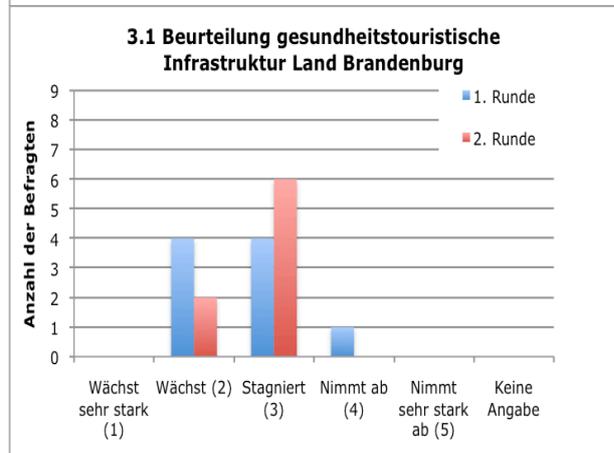
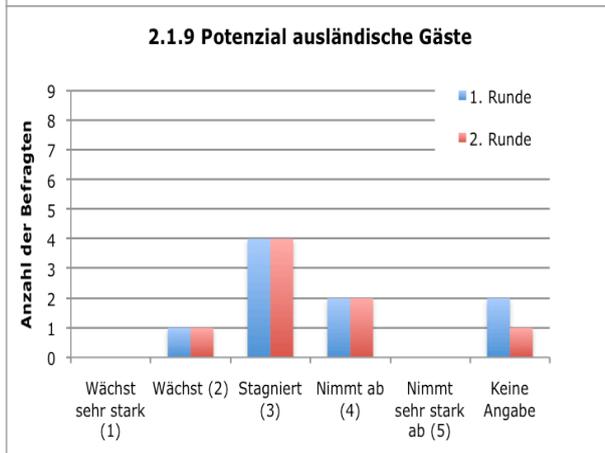
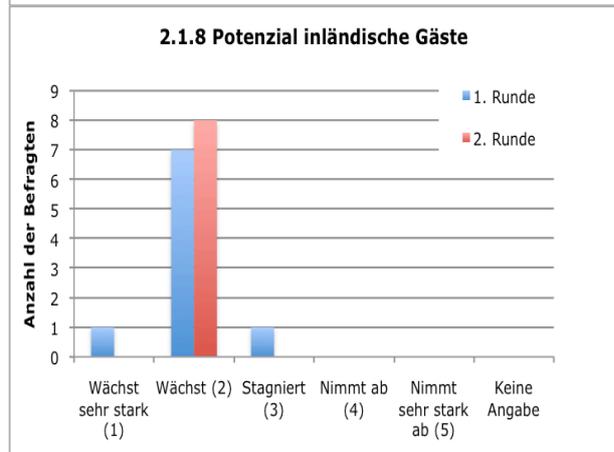
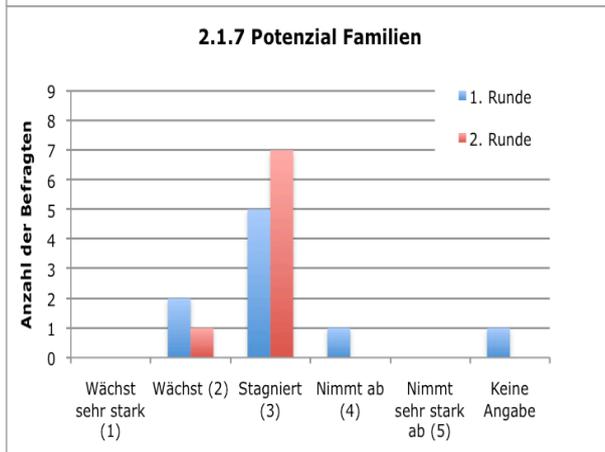
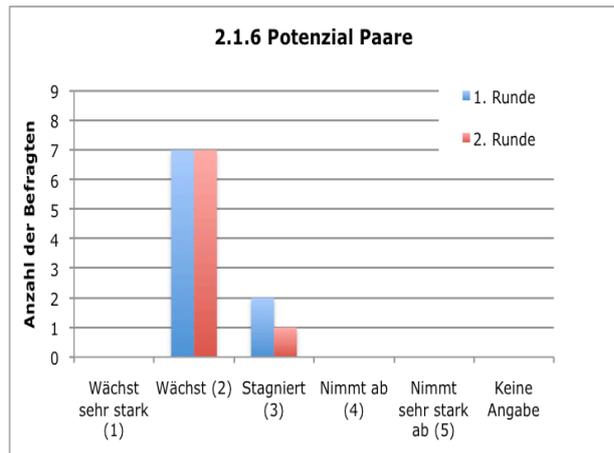
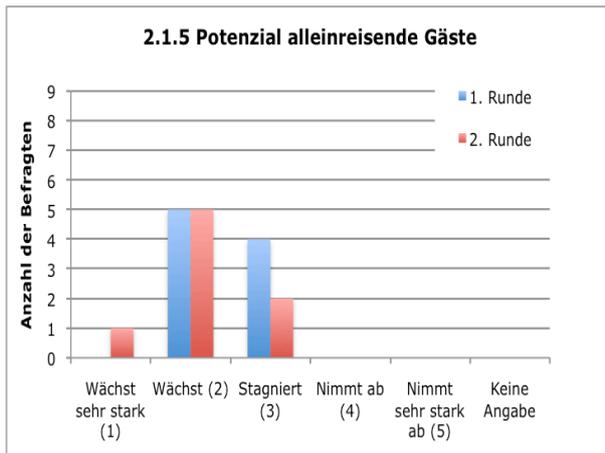
#### **4. Allgemeine Fragen zur Person**

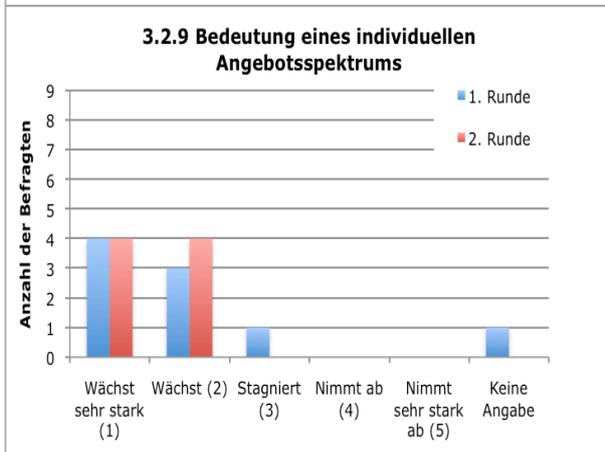
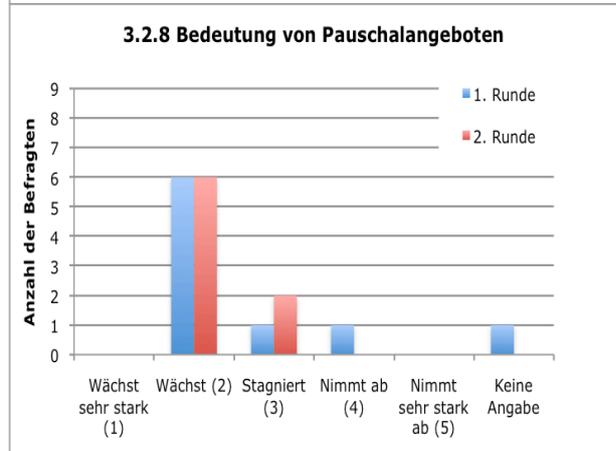
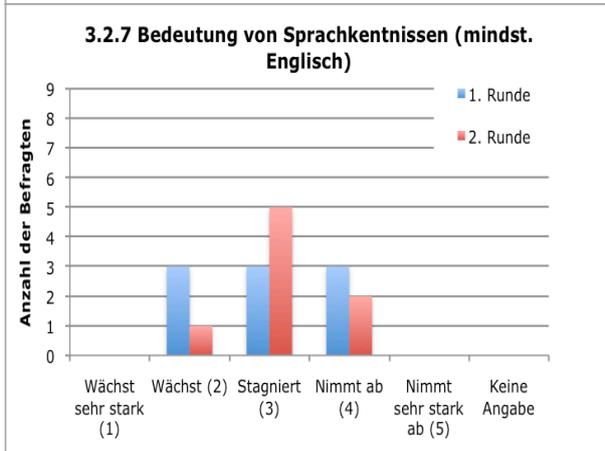
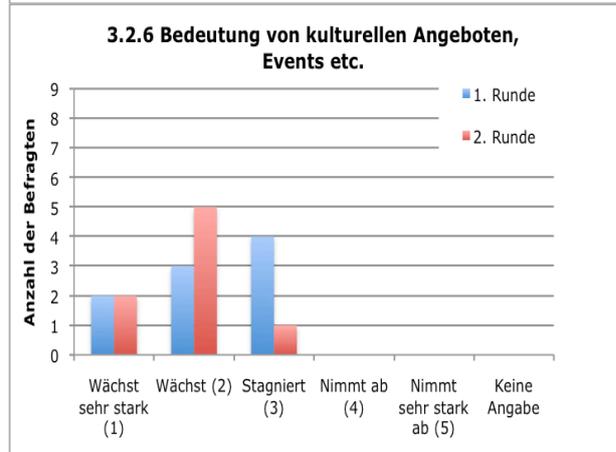
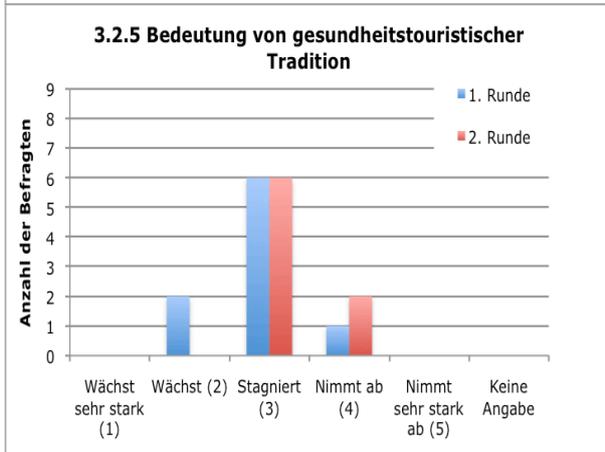
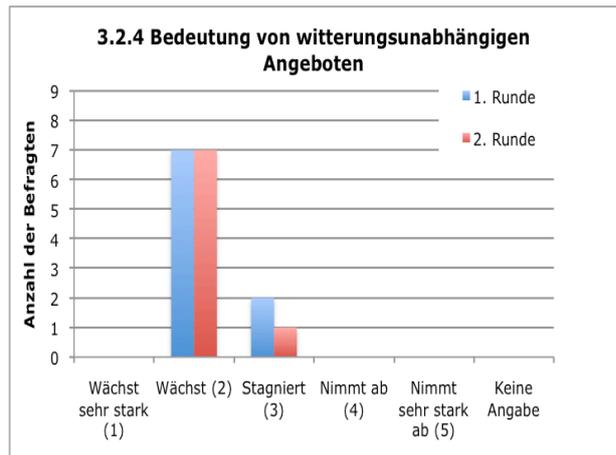
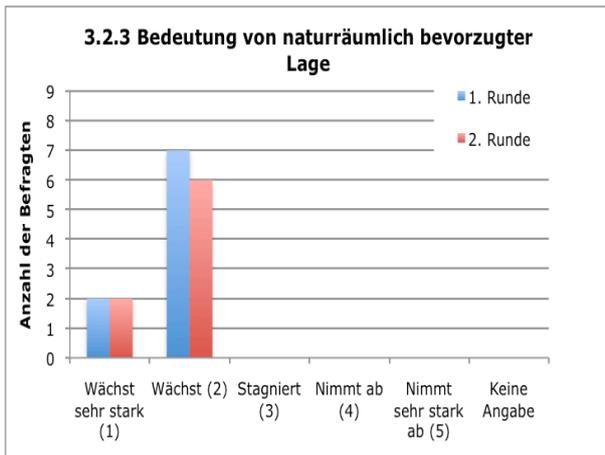
**4.1 Über welche beruflichen Erfahrungen und Qualifikationen verfügen Sie bezogen auf den Bereich Tourismus bzw. Gesundheitstourismus? Gerne können Sie auch Ihre akademischen Ausbildungen, Zusatzqualifikationen oder vorherigen beruflichen Tätigkeiten angeben.**

**4.2 Beschreiben Sie bitte kurz Ihr derzeitiges Tätigkeitsfeld in Bezug auf den Tourismus bzw. Gesundheitstourismus.**

# Ergebnisse der Delphi-Befragung







---

## Lebenslauf

Name: Claudia Tietze  
Adresse: Lazarettgasse 3/9  
1090 Wien  
Email: tietze.claudia@gmail.com  
Geburtsdatum: 14. Februar 1984  
Geburtsort: Belzig, Deutschland  
Staatsbürgerschaft: Deutsch

### Schulbildung

1996 – 2003  
Gesamtschule mit gymnasialer Oberstufe Belzig  
Abiturfächer: Deutsch, Mathematik, Englisch,  
Geographie

### Berufserfahrung

2008 – 2009  
Projektmanagerin (Veranstaltungskonzeption und  
-organisation) in der Agentur für  
Wissenschaftskommunikation science2public e.U., Wien

### Praktikum

Juni bis Juli 2006  
Praktikantin bei der Buddy Bär Berlin GmbH  
(Arbeitsort: Berlin)

September bis  
Oktober 2006  
Praktikantin bei der Buddy Bär Berlin GmbH  
(Arbeitsort: Wien)

### Studium

2003 – 2006  
Diplomstudium Geographie an der Freien Universität  
Berlin, Abschluss: Vordiplom  
seit 2006  
Diplomstudium Geographie an der Universität Wien,  
Schwerpunkt räumliche Freizeit- und  
Tourismusforschung,  
voraussichtlicher Studienabschluss im März 2010

### Fremdsprachen

Englisch  
Französisch  
sehr gut in Wort und Schrift  
Grundlagen, sechs Jahre Schulkenntnisse

### Sonstige Qualifikationen

Fortgeschrittene Kenntnisse in den MS-Office Programmen Powerpoint, Word,  
Excel und Outlook sowie in der Internetrecherche

---

**Eidesstattliche Erklärung:**

Hiermit erkläre ich ehrenwörtlich, dass die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Zuhilfenahme der angegebenen Literatur und der zitierten Quellen verfasst wurde. Diese Diplomarbeit wurde noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegt.

Wien, im Februar 2010

Claudia Tietze