
MONIKA RULLE

DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSTOURISMUS IM KONTEXT VERÄNDERTER RAHMENBEDINGUNGEN

Zusammenfassung: Der Gesundheitstourismus in Europa weist eine große Varianz auf, die sich nicht nur inhaltlich zwischen der klassischen Kur und dem gesundheitsorientierten Urlaub erstreckt, sondern die sich auch räumlich über fast alle Länder Europas ausdehnt. Dabei variiert das Verständnis der unterschiedlichen Ausprägungen des Gesundheitstourismus stark. Dies ist meist auf die verschiedenen europäischen Traditionen im Gesundheitstourismus zurückzuführen. Daher werden zuerst die unterschiedlichen Formen des Gesundheitstourismus von einander abgegrenzt. Anschließend werden die einzelnen Ausprägungen in den verschiedenen europäischen Staaten mit nennenswertem Gesundheitstourismus vorgestellt.

Abstract: Health tourism in Europe varies widely not only with respect to the range of offers like the traditional cure or the health-orientated holiday, but also geographically, extending throughout almost all of Europe. In addition, the understanding of what constitutes health tourism varies considerably. This can be traced back to different traditions in health tourism. In the following article, the diverse forms of health tourism will be presented and then the individual versions of health tourism in the various European countries with a significant presence in this market will be elaborated.

1. Definition Gesundheitstourismus

Der Begriff *Gesundheitstourismus* wird vielfältig verwandt. Auf internationaler Ebene wurde das Thema von der World Tourism Organization (WTO) erkannt und definiert als „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“ (GEE, FAYOS-SOLA 1997:381). Somit ist das Hauptreisemotiv, die Verbesserung des physischen Wohlbefindens des Reisenden durch verschiedene gesundheitsfördernde Angebote in der Destination, der Unterschied zu anderen Formen des Tourismus. Innerhalb des Gesundheitstourismus gibt es jedoch auch graduel-

le Unterschiede, die sich vor allem aus dem Maß der Anwendung schulmedizinischer Verfahren ergeben. *Gesundheitstourismus* wird im Folgenden als Oberbegriff für den *Kurtourismus* sowie für den weniger medizinisch verstandenen Begriff des *Wellness-Tourismus* und den *gesundheitsorientierten Urlaub* verwandt.

1.1 Kurtourismus

Als Kurtourismus wird nach KASPAR und FEHLIN (1984:25) Folgendes bezeichnet: die „Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus dem Aufenthalt von Personen zum Zwecke der Erholung des menschlichen Organismus auf Grund einer Kur und aus den damit im Zusammenhang stehenden Reisen vom und zurück zum Herkunftsort ergeben“. Auch andere Definitionen legen ähnliche Schwerpunkte und daher wird in Anlehnung an die WTO-Definition zum Gesundheitstourismus der Kurtourismus von anderen Formen des Tourismus durch das Hauptmotiv der Reise, der Teilnahme an einer Kur, unterschieden.

International steht der Begriff *Kur* in Konkurrenz zum ursprünglich englischen Wort *Spa*. Darunter werden jedoch in der Regel vor allem nicht-medizinische Angebote wie Gesundheitsfarmen oder Bade- und Kosmetikabteilungen in Hotels verstanden (BACON 1998:25). Im Gegensatz dazu geht es bei einer Kur um „(...) den besonderen therapeutischen Prozess einer Heilbehandlung mit besonderen Mitteln, Methoden und Aufgaben in Heilbädern und Kurorten mit charakteristischen Strukturmerkmalen“ (Dt. Heilbäderverband, Dt. Tourismusverband 1999:21). Auch wenn diese Definition maßgeblich vom Deutschen Heilbäderverband getragen ist, so kann man doch feststellen, dass die Kur in Europa in ähnlicher Form auch in Tschechien, Slowakei, Ungarn, Österreich, Slowenien, Italien, der Schweiz sowie in Frankreich angeboten wird und häufig zumindest partiell durch Leistungsträger der nationalen Gesundheitssysteme, wie Krankenkassen, finanziell unterstützt wird.

Zielgruppen der Kur sind zum einen die kranken Gäste, die eine Rehabilitation nach Unfällen oder Krankheiten erhalten und zum anderen diejenigen kranken Gäste, die eine Behandlung von chronischen Krankheiten während bestimmter Phasen in einem länger andauernden Krankheitsverlauf durchführen. Neben diesen beiden Gruppen der kranken Gäste sind Kurgäste aber auch diejenigen Gesunden, die einen Kuraufenthalt zur Prävention von Krankheiten nutzen. Auf Grund der sehr unterschiedlichen Motivation der Kurgäste sind auch ihre Ansprüche in der Destination sehr uneinheitlich. Je mehr ein Gast unter körperlichen Gebrechen leidet, desto mehr ist er auf eine behindertengerechte Infrastruktur angewiesen. Im Gegenzug dazu steht, auf Grund eingeschränkter körperlicher Mobilität, eine verringerte Nachfrage nach allgemeiner Infrastruktur wie Cafes, Einkaufsmöglichkeiten etc., die nicht in direktem

Zusammenhang mit der Wiederherstellung der Gesundheit stehen. Da zumindest die Kuren zur Rehabilitation und zur Behandlung chronischer Krankheiten unter dem Aspekt der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sehen sind, sind Kurgäste in der Regel zwischen 45 und 60 Jahre alt und bleiben zwischen zwei und vier Wochen in einem Kurort, da bei einer geringeren Aufenthaltsdauer kein dauerhafter Nutzen zu erwarten ist.

Die Bezeichnung als Kurort ist in ihrer Ausdehnung meist auf einen gesamten Ort, mindestens jedoch einen Ortsteil bezogen. Dabei ist es internationaler Standard, dass Kurorte u. a. ein ausgesprochenes Erholungsgebiet sein müssen, die Verkehrsanlagen sollten für Fußgänger störungsfrei sein, eine Infrastruktur vor allem im Bereich der Gesundheitsdienstleistungen (Rettungswesen, Krankentransport etc.) muss bestmöglich gewährleistet sein, mindestens ein Kurarzt muss während der Zeit der Durchführung des Kurbetriebes ortsansässig sein und schließlich müssen Unterkunft und Verpflegung kurgemäß sein (vgl. KASPAR 1996:74). Neben der stationären Kur, bei der der Kurgast vom Leistungsträger bestimmt in einer Klinik oder einem Sanatorium untergebracht wird, in der auch die therapeutischen Maßnahmen stattfinden, ist auch die ambulante Kur möglich, bei der der Gast die freie Wahl von Unterkunft und Kurort hat. In letzterem Fall werden die Behandlungen dann meist in einem zentralen Kurmittelhaus durchgeführt.

1.2 Wellness-Tourismus

Während beim Kurtourismus das Motiv der Reise in der Teilnahme an einer Kur liegt, so findet sich analog hierzu beim Wellness-Tourismus das primäre Reisemotiv in der Teilnahme an Wellness-Angeboten. Ziel dieser Angebote ist es, „einen Gesundheitszustand der Harmonie von Körper, Geist und Seele“ zu erreichen (LANZ-KAUFMANN 2002:37). Die unterschiedlichen Angebotsformen werden in anderen Beiträgen des Heftes diskutiert und sollen hier unberücksichtigt bleiben.

Die Zielgruppen von Wellness-Angeboten unterscheiden sich deutlich von den Kurtouristen. Wellness-Gäste sind in der Regel gesunde Touristen, die gesundheitliche Prävention betreiben wollen oder sich einfach „etwas Gutes tun wollen“. Auch sind sie in der Regel deutlich jünger als Kurgäste. Obwohl verschiedene Wellness-Studien zu verschiedenen Ergebnissen kommen, kann doch zusammenfassend gesagt werden, dass Wellness-Gäste bereits im Alter ab 25 Jahren einen Wellness-Aufenthalt unternehmen (vgl. das Zukunftsinstitut, GfK 2002).

Auf internationaler Ebene haben sich kaum Standards für Wellness manifestiert, die für den Gast im Ausland einen Wiedererkennungswert besitzen. Auf nationaler Ebene lassen sich, wie auch im Kurbereich, einzelne Entwicklungen zu Zertifizierungen nachweisen, doch sind diese anders als im Kurwesen, nach wie vor meist uneinheitlich. Am Beispiel Deutschland lässt sich dies gut nach-

DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSTOURISMUS IM KONTEXT VERÄNDERTER RAHMENBEDINGUNGEN

vollziehen: So gibt es hier im Bereich der Kurorte ein staatliches Zertifizierungsverfahren, das auf der Ebene der einzelnen Bundesländer durchgeführt wird. Im Wellness-Bereich hingegen gibt es eine Vielzahl von Zertifizierern von Wellness-Dienstleistungen und Wellness-Destinationen. So entwickelten die *Wellness-Hotels Deutschland* ein Qualitätszertifikat und vergeben seit 1997 den Wellness-Baum als Qualitätssiegel mit aktuell 43 ausgewählten Hotels mit mind. 4-Sterne Niveau (www.w-h-d.de 2004). Dieser Verband ist aus dem Deutschen Wellness Verband hervorgegangen. Letzterer vergibt nicht nur das Wellness-Siegel, ein Qualitätsnachweis, der auf rund 750 untersuchten Kriterien beruht, sondern hat in Mecklenburg-Vorpommern im Juli 2004 noch ein weiteres Qualitätssiegel eingeführt (www.wellnessverband.de 2004). Dieser Wellness-Basiszertifizierung liegen hingegen nur rund 180 Qualitätskriterien zu Grunde, und sie findet neben Wellness- und Gesundheitshotels auch für Rehabilitationskliniken und Freizeitbäder Anwendung. Gerade diese Beispiele zeigen, wie wenig überschaubar die Qualität von Wellness-Angeboten für Gäste ist, da die Wellness-Basiszertifizierung für den Laien auf den ersten Blick kaum vom großen Wellness-Siegeln zu unterscheiden ist.

Im Vergleich zu Kurorten ist die Ausdehnung von Wellness-Destinationen sehr viel geringer. So ist ein Kurort mindestens ein zertifizierter Ortsteil, häufig jedoch ein ganzer Ort, während es sich bei Wellness-Destinationen, besonders in weniger besiedelten Regionen, häufig um eine solitäre Lage handelt, die oftmals räumlich abgeschieden, ohne Integration in einen Siedlungskörper und entsprechende Infrastruktur gelegen sind. Neben diesen solitären Destinationen gibt es aber auch solche, die sich in Tourismusdestinationen befinden, wie z. B. in großen Stadt- oder Kurhotels.

1.3 Gesundheitsorientierter Urlaub

Der gesundheitsorientierte Urlaub trägt unterschiedliche Namen und ist in allen Staaten Europas zu finden. So ist das gleiche Angebot auch unter dem Titel *Gesundheitstouristischer Urlaub*, *Fitnessurlaub*, *Freizeitorientierter Gesundheitstourismus* oder *Aktiver Urlaub* verbreitet und kann in seiner Definition in erster Linie als ein Produkt der Marketingabteilungen bezeichnet werden. Das Motiv der Reisenden liegt hier nicht wie beim Kur- und Wellness-Tourismus primär darin, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, vielmehr handelt es sich hierbei um einen Erholungssuchenden, der einzelne gesundheitsorientierte Angebote in der Destination wahrnimmt. Daher sollte diese Form nur im weiteren Sinne als Gesundheitstourismus verstanden werden.

1.4 Patiententourismus

Der Patiententourismus erfährt in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung und wird fälschlicherweise oft ebenfalls unter dem Begriff Gesund-

heitstourismus verstanden. Dabei handelt es sich um den grenzüberschreitenden Verkehr von Patienten, die aus unterschiedlichen Gründen eine medizinische Dienstleistung im Ausland in Anspruch nehmen. Man unterscheidet zum einen den freiwilligen Patiententourismus, bei dem das hauptsächliche Reisemotiv der geringere Preis einer medizinischen Dienstleistung im Ausland ist. Typische Beispiele hierfür sind Zahnbehandlungen oder Schönheitsoperationen, die vom Patienten größtenteils oder ausschließlich selbst bezahlt werden müssen. Auf Grund der Preissensibilität unternehmen Patienten für diese Behandlungen eine Reise vor allem ins osteuropäische Ausland. Zum anderen gibt es den staatlichen Operationstourismus, der seine Begründung in nationalen Versorgungsengpässen hat. Typisches Beispiel hierfür sind Norweger, die von ihren Krankenkassen in norddeutsche Kliniken überwiesen werden, um dort orthopädische Operationen durchführen zu lassen.

2. Historische und regionale Entwicklungen im Gesundheitstourismus

Der Gesundheitstourismus hat sich im letzten Jahrzehnt sehr dynamisch entwickelt. Zum besseren Verständnis wird zuerst die historische Entwicklung innerhalb Europas vorgestellt, bevor die einzelnen Staatengruppen mit ihren spezifischen Strukturmerkmalen kategorisiert werden.

2.1 Anfänge des Gesundheitstourismus in Europa

Auch wenn nachfolgend eine in den letzten Jahrzehnten stark divergierende Entwicklung des Gesundheitstourismus innerhalb der einzelnen Staaten Europas vorgestellt wird, so können doch alle Staaten auf gemeinsame Wurzeln zurückblicken. Die Geschichte der Heilbehandlung mit Wasser reicht einige tausend Jahre zurück. Bereits 2000 v. Chr. bedeutete das babylonische Wort für Arzt „one who knows water“ (VAN DE WEERDT 1991:22). In Europa geht die Heilung mit Wasser vor allem auf griechische Ursprünge zurück. Bei den Römern stand später die Nutzung des Bades als gesellschaftlicher Treffpunkt im Vordergrund. Steinerner Zeugen dieser Zeit finden sich im gesamten ehemals römischen Einflussgebiet wie z. B. in Bath (Großbritannien), Vichy (Frankreich) oder Baden-Baden (Deutschland). Die erste Blüte des traditionellen Gesundheitstourismus in seiner Form, wie er ähnlich auch heute noch stattfindet, begann in Großbritannien. Seit Mitte des 18. Jh. begannen Geschäftsleute, so genannte *Pump Rooms* (Trinkhallen), Unterkünfte und Möglichkeiten der Zerstreuung in der Nähe natürlicher Quellen zu bauen (GRANVILLE 1841:X). Die Bäder wurden in der Hauptsache von Mitgliedern der Aristokratie besucht, die sich über Wochen, z. T. sogar über Monate in

Orten wie Bath oder Cheltenham aufhielten. Ab Mitte des 19. Jh. änderte sich die Situation für die inzwischen rund 200 britischen Bäder. Diejenigen Standorte, die nicht an der Küste lagen, verloren als Erste die Gunst der Aristokratie zum Vorteil ihrer kontinentalen Mitbewerber. Diese Bäder lagen vor allem in Deutschland, Österreich-Ungarn, Frankreich und der Schweiz. An dieser Situation lassen sich bereits Mechanismen nachweisen, die auch in der heutigen Zeit eine Rolle spielen: Durch die Fortentwicklung des Transportwesens wurde Reisen vereinfacht. Im Verlauf des 19. Jh. änderten sich zudem die gesellschaftlichen Strukturen: Zunehmend kamen nun neben der Aristokratie auch das ihr nahe stehende Großbürgertum und später sogar die bürgerliche Mittelschicht Westeuropas und Russlands in die vornehmen Bäder Kontinentaleuropas. Doch auch zu dieser Zeit gab es bereits *Kurkerisen*. So führte ein Verbot des Glücksspiels im Deutschen Reich zu Beginn des Jahres 1873 im Vergleich zur Anzahl der Kurgäste des Vorjahres zu Rückgängen von bis zu 56 % (z. B. in Homburg).

2.2 Europäischer Gesundheitstourismus nach dem Zweiten Weltkrieg

Die Entwicklung des Gesundheitstourismus hat nach dem Zweiten Weltkrieg sehr unterschiedliche Verläufe genommen. Daher wurde die aktuelle Situation unter zwei Aspekten analysiert:

1. Die *Tradition der Bäder* beeinflusst entscheidend deren infrastrukturelle Entwicklung. Zusätzlich bestimmt die Tradition die Akzeptanz der Balneologie in der Wissenschaft, bei den Leistungsträgern sowie schließlich in der Bevölkerung und entscheidet damit auch über die Anzahl der Gäste.
2. Die Analyse der *Entwicklung* in den einzelnen Ländern *während der letzten zehn Jahre* bezieht sich vor allem auf die Veränderungen von staatlicher Seite und umfasst sowohl die Anpassungen der Sozialleistungsträger als auch die politischen Strukturen.

Diese entscheidenden Kriterien führten zur Entwicklung der fünf folgenden Länderkategorien, die durch ihre ähnlichen Strukturmerkmale übereinstimmen. Diese Kategorisierung ist eine Leitlinie für die einzelnen Staaten. Innerhalb dieser Staaten gibt es jedoch Orte, die sich anders als entsprechend dieser Gruppierung entwickeln. So entstehen z. B. viele moderne Wellness-Destinationen in Ländern mit einer ausgeprägten, kontinuierlichen Badetradition, ohne dass sie durch gesundheitspolitische Einschränkungen beeinflusst werden.

2.2.1 Gesundheitsdestinationen ohne Signifikanz

Diese europäischen Staaten verfügen nicht über eine ausgedehnte Kur- und Badetradition. Zudem halten sie heute nur vereinzelte, im Vergleich zu ihrer sonstigen touristischen Infrastruktur, moderne gesundheitstouristische Angebote bereit. Beispiele hierfür sind Portugal und Spanien.

In Spanien beispielsweise ist der Gesundheitstourismus in Relation zum Strandtourismus fast gänzlich unbedeutend. Obwohl es vor allem im Bereich der Thermalbäder viele Angebote gibt, sind nur sehr wenige Unterkünfte vorhanden, die eine gleichzeitige Nutzung der Bäder vorsehen. Erst in den letzten Jahren gewinnt der Aspekt „sich etwas Gutes tun“ auch in Spanien zunehmend Anhänger. In Folge dessen wurden in den letzten Jahren auch der Kur- und der Wellness-Tourismus verstärkt gefördert. Besonders in den Touristenzentren werden Wellness-Angebote geschaffen, wie z. B. das Mardavall Hotel&Spa der ArabellaSheraton Gruppe auf Mallorca, das inzwischen mit seinem neuen 4.700 qm großen Altiraspa zu den führenden Wellness-Oasen in Europa zählt.

2.2.2 Relaunch von Erfolgsmodellen

Bei dieser Kategorie handelt es sich um eine Gruppe von Staaten, die über eine große historische Badetradition verfügen. Diese ist jedoch in den letzten Jahren in den Hintergrund getreten und wird erst allmählich als Möglichkeit zur Attraktivitätssteigerung der Destinationen wiederentdeckt. Zu dieser Gruppe von Staaten gehören die Niederlande, Belgien, Luxemburg und Großbritannien. Vor allem in letztgenanntem Land ist der Niedergang des Gesundheitstourismus eindeutig zu terminieren, nachdem der *National Health Service* 1948 mit seiner Einführung eine völlige Aufgabe balneologischer Maßnahmen durchsetzte.

Inzwischen ist es zu einer Wiederentdeckung des Gesundheitstourismus gekommen. Zum einen handelt es sich um eine Rückbesinnung auf die Qualitäten der Seebäder, die sich nach Jahrzehnten des Niedergangs heute häufig in trostlosem Zustand befinden und durch staatliche Fördermaßnahmen wieder revitalisiert werden sollen. Zum anderen hat sich eine Gruppe von traditionellen Bädern zusammengeschlossen und die bereits seit 1916 existierende *British Spas Federation* wieder aufleben lassen. Damit soll an die jahrhundertalte Tradition der britischen Bäder angeknüpft werden.

Ein herausragendes Beispiel für einen Relaunch eines Erfolgsmodells ist die Wiederbelebung des Bath Spa¹. Hierbei handelt es sich um ein Bad in Bath, das nur rund 100m von den historischen römischen Bädern entfernt liegt und, obwohl größtenteils neu erbaut, Bäderreste aus verschiedenen Epochen mit einbezieht. So ist ein Bestandteil das *Cross Bath*, ein Schwimmbad, das im 18. Jh. errichtet wurde und dessen Zisterne bereits in römischer Zeit als Speicher für das Thermalwasser diente. Bedauerlicherweise verzögert sich die Eröffnung des Bades, obwohl bereits zur Gänze fertig gestellt, auf Grund baulicher Mängel seit zwei Jahren. Mit der Errichtung des Bades werden zwei Ziele verfolgt: zum einen soll Bath mehr als bisher Übernachtungsgäste anziehen. Zwar ist die Stadt mit dem Status eines Weltkulturerbes mit 5,4 Mio. Tagesgästen im Jahr 2002 eine sehr gut besuchte Tourismusdestination, doch liegt der Schwerpunkt auf Grund der Nähe zu London stark im Tagestouris-

mus, was sich in der vergleichsweise geringen Zahl von 750.000 Übernachtungsgästen widerspiegelt (mündl. Information BLAGROWE). Aus dieser Misere soll das Bad heraus helfen und zu einer längeren Aufenthaltsdauer führen. Zum anderen dient das Bad als Portal zu einer in Großbritannien nicht mehr bekannten Form des Gesundheitstourismus, wie sie auf dem Kontinent verbreitet ist. Dies zeigt sich auch im großen Engagement der British Spas Federation, des Europäischen Heilbäderverbandes sowie des englischen Tourismusverbandes.

2.2.3 Big Player der modernen Kur- und Wellnessindustrie

Die Big Player der modernen Kur- und Wellness-Industrie verfügen über eine ausgeprägte, kontinuierliche Badetradition. Die große volkswirtschaftliche Bedeutung für diese Länder erlangte die Kur- und Wellness-Wirtschaft durch die Anerkennung ihrer Leistungen von Seiten der Sozialversicherungsträger. Seit dem Zweiten Weltkrieg waren viele der Bäder in Deutschland, Österreich, der Schweiz oder Frankreich in staatlicher oder kommunaler Hand. Die durch Krankenkassen und andere Leistungsträger gewährte Finanzierung von Kuraufenthalten führte bis Mitte der 1990er Jahre dazu, dass die Gesundheitsdestinationen nur in begrenztem Umfang dem Wettbewerb ausgesetzt waren. Zudem hatte die Kurortentwicklung in ihrer Gesamtheit in vielerlei Hinsicht einen hohen Stellenwert und wurde entsprechend von den Ländern, Städten und Gemeinden unterstützt. Ein großer Druck entstand in den vergangenen Jahren erst durch die Verringerung der Leistungsanerkennung. Im Gegensatz zur britischen Situation des 19. Jh., in der private Geschäftsleute durch mangelnde finanzielle Ressourcen kaum Investitionen tätigen konnten, sind heute private Unternehmen auf einem freieren Gesundheitsmarkt sogar noch eher als staatliche Einrichtungen in der Lage zu bestehen.

Als Beispiel für einen Big Player der modernen Kur- und Wellness-Industrie kann Deutschland gelten. Hier gibt es einen traditionell stark ausgeprägten Kursektor, in dem heute rund 350 hochprädikatisierte Kurorte agieren, zudem kommen weitere rund 1.400 Luftkurorte. Insgesamt sind ungefähr 450.000 Arbeitsplätze direkt oder indirekt vom Kurbetrieb abhängig (BMWI 2000:17). Die Kurorte in West- und Ostdeutschland haben sich nach dem Zweiten Weltkrieg auf Grund der staatspolitischen Wesensmerkmale sehr unterschiedlich entwickelt. Während in Ostdeutschland das gesamte Kurssystem vom Staat kontrolliert wurde, basierte das westdeutsche System auf der kassenfinanzierten Sozialkur sowie der Privatkur. Anfang der 1990er Jahre war die Ausgangslage für eine gemeinsame Entwicklung daher unterschiedlich. Während die Infrastrukturentwicklung in Ostdeutschland nach dem Zusammenbruch des gesteuerten Kursystems im Vordergrund stand und es bald zu steigenden Gästezahlen kam, mussten westdeutsche Kurorte vor allem seit der Mitte der 1990er Jahre starke Einbußen durch Kostendämpfungsgesetze hinnehmen. Beide Entwicklungen führten jedoch auch in den Kurorten zu einem

starken Ausbau der nicht kur-basierten gesundheitstouristischen Angebote wie Wellness-Offerten, um eine Attraktivitätssteigerung für privat zahlende Gäste zu erreichen. Diese Offerten werden jedoch auch in Zukunft nur als zusätzliche Angebotsformen dienen, die durch die neuerlich eingeführte Zertifizierung des Deutschen Heilbäderverbandes unter dem Titel „Wellness im Kurort“ zusätzlich qualitativ gesichert sind. Hiermit wird endlich eine Zertifizierung eingeführt, die den hochprädikatisierten Kurorten eine Möglichkeit der Darstellung ihrer Qualitätsbemühungen auf diesem Gebiet gibt. Dieses Siegel wird ihnen auch in Zukunft die Möglichkeit geben, sich von anderen, weniger medizinisch ausgerichteten Wellness-Destinationen zu differenzieren. Die Kur in ihren Ausprägungen Sozialkur und Privatkur wird jedoch wohl noch auf längere Sicht die tragende Säule der Kurorte sein.

2.2.4 Traditionelle Badedestinationen für mehrheitlich privat zahlende Gesundheitstouristen

Bei diesen Staaten handelt es sich um diejenigen, welche über eine ausgeprägte, kontinuierliche Badetradition verfügen, die sich überwiegend auf privat zahlende Gäste stützt und die infolgedessen im letzten Jahrzehnt geringere Veränderungen in ihren Strukturen durchlaufen haben, als dies bei anderen Gruppen der Fall ist. So kann am Beispiel von Island nachgewiesen werden, dass es, wie auch in Finnland, Staaten gibt, die eine ausgeprägte Badetradition auf Basis der privaten Gesundheitsfürsorge haben, die sich in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich erweitert hat. So wirbt Island heute vor allem für seine Bäder und Heilquellen, die auf Grund der naturräumlichen Lage der Insel auf dem Mittelatlantischen Rücken im Überfluss aus dem Boden aufsteigen. Rund 96 % der Häuser und Wohnungen Islands werden durch dieses Thermalwasser beheizt.

Das Baden in heißen Thermalquellen hat in Island eine jahrhundertealte Tradition. Besonders in den 1990er Jahren entwickelten sich die Thermalbäder jedoch auch zu einer touristischen Attraktion. Dabei sind vor allem die „Blaue Lagune“ von Keflavik (in der Nähe des internationalen Flughafens von Island gelegen) und die Bäder in der Stadt Reykjavik zu nennen. Allgemein stieg die Zahl der Gästeübernachtungen im Land zwischen 1990 und 1998 von ca. 645.000 auf 1,1 Mio. im Jahr (EINARSDOTTIR 1999:19) und führte auch zu einer deutlichen Zunahme ausländischer Badegäste. Nach Fischfang ist der Tourismus heute die zweitgrößte Devisenquelle Islands.

Das größte Problem des isländischen Tourismus liegt in seiner extremen Saisonalität. Auf Grund der nördlichen Lage ist das Land von langen Sommern mit guten touristischen Möglichkeiten und ebenso langen Wintern mit nur sehr kurzen Tagen und einer infolgedessen geringeren touristischen Attraktivität geprägt. Neben der langen Dunkelheit sind auch die vorherrschenden niedrigen Temperaturen ein Problem und verhindern, dass das Land zu einer Ganzjahresdestination werden kann. Um jedoch für eine bessere Auslastung

der Infrastruktur zu sorgen, wird besonders der Gesundheitstourismus mit seiner hohen Qualität, einem Überfluss an heißem Wasser und einer guten Infrastruktur mit modernen Wellness-Einrichtungen beworben.

2.2.5 Aufstrebende Transformationsstaaten mit Badetradition

Bei der Gruppe der aufstrebenden Transformationsstaaten steht neben der ausgeprägten, kontinuierlichen Badetradition vor allem die politische Entwicklung der letzten zehn Jahre im Vordergrund, die stark durch die Transformationsprozesse in Ost- und Mitteleuropa beeinflusst wurde. Unter den Transformationsstaaten werden diejenigen Länder in Europa verstanden, die sich seit 1989 vom politischen System des Sozialismus gelöst haben und damit u. a. einen Wandel des nationalen wirtschaftlichen Systems von einer planwirtschaftlichen Organisation hin zu einer marktwirtschaftlichen Ausrichtung vollzogen haben.

Auf Grund dieser Systemtransformation folgte auch für die gesundheitstouristischen Destinationen eine grundlegende Neuausrichtung sowohl in ihrer Organisationsstruktur als auch in ihrer Ausrichtung auf verschiedene Gästegruppen. Die einzelnen Staaten hatten insofern ein gemeinsames System, als die Bäder in der Regel entweder durch den Staat, die Gewerkschaften oder durch Parteien betrieben wurden. Gemein war ihnen zudem, dass privat finanzierte Kuren der Inländer gänzlich unüblich waren. Die anfallenden Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung wurden von verschiedenen Trägern, die auch oft die Infrastruktur besaßen, übernommen. Neben Kuren im eigenen Land waren für die Bürger der heutigen Transformationsstaaten in begrenztem Ausmaß auch Kuren in anderen Ländern Ost- und Mitteleuropas möglich.

Die Gesundheitsdestinationen der Transformationsstaaten bestanden ausschließlich aus traditionellen Kur- und Heilbädern. Der Grund hierfür liegt u. a. in der Tatsache, dass die moderne Form des Gesundheitstourismus erst in den 1990er Jahren in Europa Verbreitung fand und sich daher auch in den anderen Staaten keine entsprechenden Entwicklungen zeigten. Erst allmählich stellen sich die Gesundheitsdestinationen der Transformationsstaaten diesen veränderten Anforderungen an ihre Dienstleistungen. Ihr Hauptproblem liegt in ihrem traditionellen oder gar nicht vorhandenen Image. Hinzu kommt häufig eine Infrastruktur, die nicht westeuropäischen Erwartungen entspricht. Genereller Vorteil gegenüber den westlichen Konkurrenten ist hingegen das allgemein geringere Preisniveau für gleiche Leistungen, was vor allem auf die geringeren Personalkosten zurückzuführen ist.

Die Tschechische Republik ist ein herausragendes Beispiel für einen erfolgreichen Gesundheitstourismus in einem Transformationsstaat. Trotzdem muss festgestellt werden, dass die Strukturen innerhalb Tschechiens sehr unterschiedlich sind. So profitiert der Westen des Landes, wie auch schon zu Zeiten der Tschechoslowakei, von seiner Nähe zu Deutschland. Auf Grund

der geringen Entfernung sind die westböhmischen Bäder stark von deutschen Gästen frequentiert. International hat vor allem Karlsbad eine große Reputation, die sich auf eine über hundertjährige Tradition als Badeort begründet. Die kleineren und/oder im Osten des Landes gelegenen Orte sind jedoch in der Regel nur wenig international bekannt. In diese Gesundheitsdestinationen reisen vor allem Gäste aus Ostdeutschland, die dies auch schon vor 1989 taten und Österreicher, für die eine Anreise auf Grund der räumlichen Nähe und z. T. durch Shuttle Services aus Wien besonders einfach ist.

Insgesamt gibt es in Tschechien rund 35 Heilbäder und Kurorte, die ihre größten Bettenkapazitäten in Westböhmen haben. Sie wurden nach den Privatisierungen Anfang der 1990er Jahre modernisiert und mussten sich nach dem Wegfall der staatlichen Organisation im letzten Jahrzehnt neu positionieren. Die Entwicklung der Gäste in tschechischen Bädern zeigt den Trend, dass die ausländischen Gästezahlen kontinuierlich steigen, während die inländische Zahl der Gäste stagniert. Da es sich bei Ersteren um die zahlungskräftigere Gästegruppe handelt, ist dieser Trend aus wirtschaftlicher Sicht durchaus positiv zu bewerten. In der Folge resultieren daraus jedoch steigende Preise, was die inländischen Gästezahlen zusätzlich verringern dürfte (DÖRR 2001:67). Die Angebotspalette in Tschechien ist auch heute noch fast ausschließlich auf den Kurtouristen ausgerichtet. Dies wird darin deutlich, dass es vor allem Angebote im Bereich der klassischen Kuranwendungen gibt, die zudem in der Regel mindestens eine Woche dauern.

3. Zusammenfassung

Der Gesundheitstourismus in Europa stellt sich in einer sehr heterogenen Struktur dar. So kam es seit Beginn der 1990er Jahre zu einer starken Veränderung in allen Staaten, die in unterschiedlicher Ausprägung eine Folge weltpolitischer Veränderungen, sozialpolitischer Strukturpassungen in den jeweiligen Staaten sowie dem allgemeinen großen Trend der Weiterentwicklung des präventiven Gesundheitstourismus mit modernen Angeboten aus dem Wellness-Bereich sind.

Es herrschen innerhalb Europas deutliche Unterschiede hinsichtlich der Gesundheits- und der Tourismuspolitik, der Attraktivität der einzelnen Länder bezüglich bestimmter gesundheitstouristischer Angebote, dem Preis-Leistungsverhältnis gesundheitstouristischer Dienstleistungen, der Gästegruppen etc. Entsprechend variiert das gesundheitstouristische Angebot stark.

Die auf der Angebotsseite bestehenden Unterschiede sind auch auf der Nachfragerseite nachweisbar. Nur wenige ost- und mitteleuropäische Touristen, in der Regel die wirtschaftlichen Gewinner der Transformation, sind finanziell in der Lage, sich einen Aufenthalt in westlichen Ländern zu leisten. Meist beschränken sich die Reiseströme dieser Touristen auf osteuropäische

DER EUROPÄISCHE GESUNDHEITSTOURISMUS IM KONTEXT VERÄNDERTER RAHMENBEDINGUNGEN

Staaten. Zur globalen wirtschaftlichen Elite, die gerne die mondänen, traditionellen Kurorte in Europa aufsucht, gehören neben wenigen Osteuropäern auch Nordamerikaner und Reisende aus ölfördernden Staaten, sowie in den letzten Jahren zunehmend auch Japaner, für die der Habitus des Badens ein praktizierter Teil ihrer Kultur ist.

Die allgemein wachsende Reiseerfahrung versetzt vor allem die ältere Generation zunehmend in die Lage, Gesundheitsdestinationen außerhalb ihres Landes zu besuchen. Die Anbieter kommen diesem wachsenden Trend entgegen und versuchen durch entsprechende Angebote an diese Zielgruppe, die gesundheitstouristischen Reiseströme auch über nationale Grenzen hinweg zu lenken. Hier werden sich weiterhin Potenziale entwickeln.

Anmerkung

1 www.bathspa.co.uk.

Literatur

- BACON, WILLIAM (1998): Economic systems and their impact on tourist resort development: the case of the Spa in Europe. In: *Tourism Economics. The Business and Finance of Tourism and Recreation*. 4.Jg., Nr.1, S. 21-31.
- BMWI (BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND TECHNOLOGIE) (Hrsg.) (2000): *Tourismuspolitischer Bericht der Bundesregierung*. Nr. 474. Bonn: Selbstverlag.
- DAS ZUKUNFTSINSTITUT, GfK (2002). *Was ist Wellness? Anatomie und Zukunftsperspektiven des Wohlfühl-Trends*. München: Selbstverlag.
- DÖRR, GERD (2001): Boom in Böhmens Bädern. *FVW (Fremdenverkehrswirtschaft International)*. Nr.21. 7.9.2001.
- DT. HEILBÄDERVERBAND/DT. TOURISMUSVERBAND (1999): *Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen –11.Auflage– 13.Oktober 1998*. Bonn: Dt. Heilbäderverband, Dt. Tourismusverband.
- EINARSDOTTIR, HELGA (Hrsg.) (1999): *Iceland in figures 1999-2000*. Reykjavik: Statistics Iceland.
- GEE, CHUCK/FAYOS-SOLA, EDUARDO (Hrsg.) (1997): *International tourism: A global perspective*. Madrid: World Tourism Organization.
- GILBERT, C./VAN DE WEERDT, MARLIES (1991): *The Health Care Tourism Product in Western Europe*. In: *Revue de Tourism – The Tourism Review – Zeitschrift für den Fremdenverkehr*. Nr.2, S.5-10. Bern: International Association of Scientific Experts in Tourism.

MONIKA RULLE

- GRANVILLE, A. B. (1841): Spas of England and Principal Sea-Bathing Places. Reprinted 1971. Bath: Adams & Dart.
- KASPAR, CLAUDE (1996): Die Tourismuslehre im Grundriss. 5., überarb. und erg. Aufl. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt.
- KASPAR, CLAUDE/FEHRLIN, PETER (1984): Marketing-Konzeption für Heilbäderkurorte: ein Handbuch. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt. (= St. Galler Beiträge zum Fremdenverkehr und zur Verkehrswirtschaft. Reihe Fremdenverkehr, 16).
- LANZ KAUFMANN, EVELINE (2002). Wellness-Tourismus. Entscheidungsgrundlagen für Investitionen und Qualitätsverbesserungen. Bern: Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus der Universität Bern. (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, 38).
- RULLE, MONIKA (2004): Der Gesundheitstourismus in Europa – Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. Univ. Hamburg Diss. (= Eichstätter Tourismuswissenschaftliche Beiträge; 4). München, Wien: Profil-Verlag.
- RULLE, MONIKA (2003): Gesundheitstourismus in Europa im Wandel. In: Becker, C./Hopfinger, H./Steinecke, A. (Hrsg.). Geographie der Freizeit und des Tourismus. Bilanz und Ausblick. München, Wien: Oldenbourg, S.225-236.

Internetquellen

- www.bathspa.co.uk (2004): Bath Spa Project. A brand new Spa, with a 2000 year past. Eingesehen am: 3.8.2004.
- www.wellnessverband.de (2004): Deutscher Wellness Verband. Ihr unabhängiger Ratgeber für Wellness-Verbraucher und Wellness-Anbieter. Eingesehen am: 30.7.2004.
- www.w-h-d.de (2004): Wellness-Hotels-Deutschland® . Eingesehen am: 30.7.2004.

Mündliche Information

- KATE BLAGROWE. Bath Tourism Bureau. 3.8.2004.