

Greifswalder Beiträge
zur Regional-, Freizeit- und Tourismusforschung
Band 16

Beiträge zur Regionalentwicklung
in Mecklenburg-Vorpommern



Forum für
Regional-, Freizeit- und Tourismusforschung
an der Universität Greifswald

Greifswald 2005

Forum für
Regional-, Freizeit- und Tourismusforschung an der Universität Greifswald
c/o Lehrstuhl für Wirtschafts- und Sozialgeographie, Universität Greifswald

Greifswalder Beiträge zur Regional-, Freizeit- und Tourismusforschung
ISSN 0943-7371

Band 16 (2005):
W. STEINGRUBE (Ed.):
Beiträge zur Regionalentwicklung in Mecklenburg-Vorpommern;
Selbstverlag, 1. Auflage, Greifswald 2005

Wie bisher werden die *Greifswalder Beiträge* ... 16 (2005) über die Tauschstelle der Universitätsbibliothek an die Bibliotheken aller mit Lehre und Forschung in der Geographie bzw. zum Themenkomplex Tourismus befassten Hochschulen im deutschen Sprachraum kostenlos (im Tausch gegen gleichartige Literatur) vergeben; andere Interessenten ggf. direkt den Herausgeber anfragen (Schutzgebühr 15 € plus Versandkosten).
Vertrieb über den Buchhandel erfolgt wegen der kleinen Auflage nicht.

Der Herausgeber ist ausdrücklich an der nicht-kommerziellen Weiterverbreitung der Informationen aus den *Greifswalder Beiträgen* ... 16 (2005) interessiert, natürlich nur unter korrekter Angabe der Quelle.
Jede Form kommerzieller Nutzung unterliegt dem strengen Urheberrecht.

Herausgeber: Prof. Dr. Wilhelm STEINGRUBE
i.N. Forum für Regional-, Freizeit- und Tourismusforschung an der Universität
Greifswald, Makarenkostraße 22
17487 Greifswald
Tel.: 03834 – 86 45 40

Redaktion/Gestaltung: Dr. Wolfgang ALBRECHT (Redaktionsschluss 31.10. 2005)
Manuskript/Texte+Tabellen: Gudrun LAST, Marie-Luise FUNK;
Einbandkartogramm: Brigitta LINTZEN
Druck/Binden: Kiebu-Druck GmbH Greifswald

Für die in den einzelnen Beiträgen zum Ausdruck gebrachten Auffassungen und enthaltenen Informationen sind allein die jeweiligen Autor(inn)en verantwortlich.

Potentiale im Gesundheitstourismus: Eigenverantwortung als Reisemotiv

Monika RULLE

0. Vorbemerkungen

Der Gesundheitstourismus ist keine neue Erfindung im Zeitalter der Wellnesswelle. Schon Griechen und Römer kannten und schätzten die natürliche Heilkraft des Wassers. Auch in Deutschland haben Behandlungen in Kurorten eine jahrhundertelange Tradition und stützen sich als evidenzbasierte Medizin seit Jahrzehnten auf gesicherte medizinische Erkenntnisse. Nachdem vor allem Mitte der 1990er Jahre durch die Reformen des damaligen Bundesgesundheitsministers Horst SEEHOFER starke Rückgänge in den Kurorten zu verzeichnen waren, hat hier ein Prozess des Umdenkens hin zu mehr Flexibilität und Neuorientierung der Leistungen eingesetzt. Aus Patienten sind vielerorts Kunden geworden. Verschiedene gesellschaftliche Trends haben zu einer Verstärkung dieses Prozesses geführt und wirken auf die Gesundheitsdestinationen in Deutschland und Europa. Zudem treten neue Anbieter in den Markt des Gesundheitstourismus.

1. Alternde Gesellschaft in Deutschland: Working forever ?

Über die Bevölkerungsentwicklung in Deutschland ist in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit viel diskutiert worden. Medienwirksame Präsentationen wie „Das Methusalem-Komplott“ des (Mit)Herausgebers der Frankfurter Allgemeinen Zeitung Frank SCHIRRMACHER (2004) geben hier einen gut verständlichen Eindruck von dem, was unsere alternde Gesellschaft innerhalb des nächsten halben Jahrhunderts erwartet. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes wird im Jahr 2050 die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre und ein Drittel älter als 60 Jahre sein. Gleichzeitig wird die Gesamtbevölkerung trotz angenommener wachsender Zuwanderungssalden aus dem Ausland langfristig abnehmen (bis 2050 auf rd. 75 Mio. von derzeit rd. 82 Mio.). Neben diesen Rahmendaten kommt dem Altenquotienten (Summe der Personen im Rentenalter [aktuell ab 60 Jahre] im Verhältnis zu 100 Personen im Erwerbsalter [aktuell 20 bis 59 Jahre]) eine besondere Bedeutung zu: 2001 lag der bei 44, bereits für 2020 wird sein Anstieg auf 55 prognostiziert, für 2030 auf 71. Bei einem veränderten Rentenzugangsalter von 65 Jahren läge der Altenquotient hingegen im Jahr 2030 bei ´nur´ 47 (Statistisches Bundesamt 2003). Dies bedeutet, dass in jedem Fall immer weniger Arbeitnehmer für immer mehr Rentner aufkommen müssen. Die Folgen für die Sozialsysteme sind bekannt und werden auch im Gesundheitsmarkt zu bisher ungeahnten Einschnitten führen.

Daher plädieren einige Demographen (wie der Amerikaner Warren SANDERSON und der am Wiener Institut für Demographie lehrende Sergei SCHERBOV) für eine Neukalkulation des Lebensalters, nicht, wie üblicherweise ausgehend von der Lebenserwartung zum Zeitpunkt der Geburt, sondern der zu einem bestimmten Zeitpunkt (Median der Lebenserwartung der Gesellschaft) noch zu erwartenden Lebensspanne (SANDERSON/SCHERBOV 2005). Der Grund für ihre Beobachtung liegt darin, dass das Altern einer Bevölkerung nicht allein von ihrem statistischen Alter abhängig ist – im Gegensatz zum Einzelnen, der jedes Jahr, das er überlebt, biologisch älter wird – sondern das allgemeine Alter der Gesellschaft ist von Faktoren wie Zugang zu und Kosten von medizinischer Versorgung, Eintrittsalter in die Rente, allgemeinem Konsum, Steigerung von Privatvermögen u.a.m. abhängig. Daraus folgt, dass das Renteneintrittsalter in Abhängigkeit zur noch verbleibenden Restlebensdauer stehen muss. Zudem weisen verschiedene Studien in den USA und Schweden darauf hin, dass die Agilität, das Verhalten und die Bedürfnisse von Senioren nicht statisch, sondern einem sich ständig verändernden Prozess unterworfen sind, was nachweislich in den letzten Jahrzehnten zu einer biologischen Verjüngung der älteren Generation trotz steigendem kalendarischen Alters geführt hat (RULLE 2004). Unberücksichtigt bleibt bei dieser Diskussion bisher allerdings die bedeutsame Frage nach den zunehmend fehlenden Arbeitsplätzen für diese Generation.

2. Alterungsprozesse als Chancen für Anbieter von Präventionsmaßnahmen ?

Aus den genannten Fakten folgt, dass bei steigender Lebenserwartung trotz späterem Rentenbeginn die Zeitspanne zwischen Renteneintrittsalter und verbleibender Lebenszeit steigt. Diese wollen Menschen möglichst selbst bestimmt erleben und gestalten, basierend auf dem zunehmend gesellschaftlich akzeptierten Trend des Hedonismus. Als ein Beispiel für das zunehmende Verantwortungsbewusstsein gegenüber der persönlichen Gesundheit zeigt sich der Trend zu alkoholfreien Getränken. So liegt Deutschland im europäischen Vergleich mit rd. 285 l auf Platz 1 des Pro-Kopf-Verbrauches von (Mineral)Wasser, Säften und Erfrischungsgetränken. Damit ist die Verbrauchsmenge in den letzten 10 Jahren um fast 26% gestiegen, bei den sog. 'Near Water Produkten' (stilles Wasser mit verschiedenen Geschmackszusätzen) lag der Zuwachs sogar bei 37% (DIERIG 2005).

In Folge dieser gestiegenen Eigenverantwortlichkeit verändert sich auch die Bereitschaft, mehr private Mittel für die Gesundheitsprävention aufzuwenden. Dies wird in den folgenden Jahren auch noch möglich sein, da die aktuelle Generation von Rentnern, anders als die Nachkriegsrentnergeneration, nicht von Altersarmut betroffen ist. Armut ist ein mehrdimensionales Phänomen und beinhaltet nicht nur ein unterdurchschnittliches Einkommen, sondern häufig auch schlechten Zugang zu Bildung und Erwerbsarbeit. Deshalb führt Armut bei Betroffenen zu schlechterer Gesundheit als bei der durchschnittlichen Bevölkerung. Heutzutage ist sie in steigendem Maße ein Phänomen bei Kindern und Jugendlichen. Diese Entwicklung wird sich in den kommenden Jahrzehnten auch auf den Gesundheitsbereich auswirken, weil langfristig die Zahl der Selbstzahler für Gesundheitsangebote sinken wird (BMFSFJ 2005).

Diese Abkopplung bestimmter gesellschaftlicher Gruppen von geregelter Erwerbsarbeit und Bildung, damit von ökonomischen Ressourcen, ist besonders vor dem Hintergrund des gleichzeitigen strukturellen Wandels im Gesundheitsmarkt von Bedeutung. So prognostiziert die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Ernst & Young einen steigenden Kostendruck auf dem Gesundheitsmarkt, der nach ihren Voraussagen z.B. zu einem Rückgang der Verweildauer in Krankenhäusern von heute 11,9 auf 6,2 Tage bis 2020 führen wird. Allgemein deutlich steigende Kosten im Gesundheitswesen werden zu einer Reduktion der Finanzierung durch die Krankenversicherungen auch in der medizinischen Grundversorgung führen, weshalb der Anteil der privaten Haushalte an den Gesundheitskosten von derzeit 12% auf ca. 20% steigen dürfte (Süddeutsche Zeitung 24.02.2005).

3. Schlüsse für den Gesundheitstourismus

Die Steigerung der Lebenserwartung bei gleichzeitig rückläufiger Leistungsübernahme durch die Krankenversicherungen und allgemeingesellschaftliche hedonistische Trends werden bei breiten Bevölkerungsschichten zu weiter wachsendem Verantwortungsbewusstsein für die eigene Gesundheit führen, was sich auch auf den Gesundheitstourismus auswirken wird. Haben bis Mitte der 1990er Jahre vor allem Kurorte mit ihren Angeboten Prävention im Urlaub ermöglicht, sind in den letzten Jahren auch gesundheitsferne Dienstleister wie Hotels in diesen Markt eingetreten; sie zeichnen sich zwar durch hohe Flexibilität aus, weisen jedoch häufig Defizite im Bereich fundierter medizinischer Beratung und bei Gesundheitsangeboten auf. Andererseits haben sich die traditionellen Gesundheitsanbieter nur langsam an den Markt der selbst zahlenden eigenverantwortlichen Gäste angepasst, die vor allem kurzzeitige, effiziente Angebote für die Prävention fordern.

4. Probleme der Qualitätssicherung von Gesundheitsdienstleistungen im Tourismus

In zunehmendem Maße drängen in den letzten Jahren auch Hoteliers in den Bereich der präventiven Gesundheitsvorsorge. Dabei werden, ausgehend von der Kernkompetenz der Beherbergungsleistung, Gesundheitsdienstleistungen häufig durch externe Dienstleister temporär angeboten. Erst in jüngster Zeit lässt sich ein Trend in großen Resorts feststellen, diese spezifischen Dienstleistungen durch eigene Fachkräfte anzubieten. Hier stellt sich das große Problem der Qualitätssicherung. Kaum durchschaubar bleibt für den Kunden, welche medizinischen Qualifikationen im Haus vorhanden sind, d.h. welcher Erfolg von den Maßnahmen zu erwarten ist. Es werden deutschlandweit immer wieder große Anstrengungen

unternommen, diese Leistungen zu klassifizieren und zertifizieren, doch beziehen sich die meisten Gütesiegel, vor allem im Wellnessbereich, auf die Infrastruktur und nicht auf die ausführenden Kräfte. Fehlende medizinische Grundkenntnisse als Voraussetzung für Fortbildungsmaßnahmen machen auch ausgiebige Bildungsangebote zunichte.

Einen neuen Weg in Richtung Qualitätssicherung schlägt der größte europäische Reiseveranstalter TUI ein: Er wirbt in seinem Kur- und Wellnessspezialkatalog 'TUI-Vital' erstmals im Sommerprogramm 2006 mit Kooperationen mit den Krankenkassen DAK und KKH (Kaufmännische Krankenkasse, viertgrößte der bundesweit vertretenen). Diese übernimmt z.B. anteilig Kosten, die durch Gruppenkurse in den Handlungsfeldern Sport und Bewegung, Entspannung oder Ernährung am Urlaubsort entstehen. Dabei handelt es sich um qualitätsgeprüfte Präventions- und Kurangebote für Erwachsene und Kinder bis zu einer Summe von 150 € pro Handlungsfeld und Kalenderjahr. Auch ambulante Vorsorgeleistungen am Kurort im europäischen Ausland können bezuschusst werden (KKH 2005). Hier findet sich auf der einen Seite die Qualität der Beherbergung, die durch die TUI verantwortet wird, auf der anderen Seite hat die KKH die Gesundheitsangebote auf ihre Güte hin geprüft.

Bei den traditionellen Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen ergeben sich ebenfalls Probleme, aber weniger im medizinischen Bereich als mehr bei Infrastruktur und Ambiente der Einrichtungen. So klagte eine Wellness-Farm in Bad Malente erfolglos auf die Bezahlung einer Stornogebühr gegen 2 Frauen, die sofort abgereist waren, als sie Gehwagen im Foyer des Hotels sahen. Feriengäste dürfen nach diesem Urteil einen Urlaub kostenfrei stornieren, wenn sich wider Erwarten kranke Gäste im Haus aufhalten (Hamburger Abendblatt 17.05.2003). Zwar dürfte die Rechtslage in einer Rehabilitationsklinik etwas anders liegen, doch spiegelt dieses Urteil ein grundsätzliches Problem wider: Die Erwartungen der Gäste an einen Urlaub sind nur schwer mit dem Auftreten von kranken Gästen zu vereinbaren.

In MV ist jedoch die Notwendigkeit groß, in dieser Richtung weitere Schritte zu unternehmen. Über 60 Rehabilitationskliniken im Land müssen ausgelastet werden. Im Bundesvergleich liegt MV mit einer Bettenziffer (Betten/10.000 Ew) > 60 weit vor dem nächsten Bundesland Schleswig-Holstein (ca. 40). Eine ähnliche Bedeutung des Rehabilitationsmarktes lässt sich an der Fallziffer nachweisen; sie beschreibt die Anzahl der behandelten Fälle in Rehabilitationseinrichtungen je 10.000 Ew. Auch hier liegt MV mit 643 deutlich vor allen anderen Bundesländern (HILBERT/SCHALK 2005). Nach Angaben des Bäderverbandes MV sind rd. 30% der Gäste in diesen Einrichtungen Privatzahler (KESSELRING 2004). Daraus ergeben sich Entwicklungsmöglichkeiten, die neben einer bereits vorhandenen hochqualitativen medizinischen Dienstleistung auch im Beherbergungsbereich eine angemessene Infrastruktur sowie weitere touristische Angebote fordern. Realistisch betrachtet werden jedoch viele Häuser schon aus baulichen Gründen kaum an diesen Marktchancen partizipieren können.

5. Angenehmes mit Nützlichem verbinden: Über Wellness zu mehr Eigenverantwortung

Neben den bereits erwähnten medizinischen Einrichtungen verlegen sich immer mehr Wellnessanbieter auf den Markt der präventiven Gesundheitsangebote. Während noch vor wenigen Jahren die Qualität von Wellnessangeboten mit der Fläche (m²) der Spa-Abteilung des jeweiligen Hotels umschrieben wurde, ist die europäische Hotellerie inzwischen auf dem Weg, Wellness nicht mehr als Alleinstellungsmerkmal verwenden zu wollen. Es gibt inzwischen national und international zu viele Anbieter, die über 2.000-3.000 m² Wellnessfläche verfügen, als dass sie noch herausragend wären und die geringe Klientel dieses Segments ausreichend anziehen könnten. Allein in MV liegen 119 Häuser im 4- und 5-Sterne Bereich, also rd. 50% aller hier nach der Deutschen Hotelklassifizierung zertifizierten. Neben der Qualität der Infrastruktur ist auch hier vor allem die Qualität der Dienstleister von entscheidender Bedeutung. Jedoch muss davor gewarnt werden, hochwertige Qualität ausschließlich mit einem hohen Preis gleichzusetzen.

Wie die gesamtgesellschaftliche Struktur ein Wegbrechen der Mittelschicht zu verzeichnen hat, so ist auch in der Hotellerie ein Wachstum im oberen 5-Sterne-Segment, vor allem aber im 1- und 2-Sterne-Segment zu verzeichnen. So steht die Accor-Gruppe mit entsprechenden Hotels wie Formule 1, Etap und Ibis inzwischen auf Platz 4 der weltweiten Hotelgesellschaften. Ein sinnvolles Angebot für gesundheitliche Prävention kann aber auf Grund der notwen-

digen Infrastruktur höchstens ab dem 3-Sterne-Bereich stattfinden; große Reiseveranstalter berichten zudem, dass sie gerade hier sehr gut gebucht sind.

Wo also beginnt das Niveau der für die Gesundheitsvorsorge sinnvollen Angebote? Es stellt sich dem Betrachter die Frage, ob effektive Präventionsangebote auch im kostengünstigen Segment möglich sind. Aktuell wird im Gesundheitstourismus ´teuer´ und ´qualitativ hochwertig´ gleichgesetzt. Jedoch können auch günstige Angebote sinnvolle Gesundheitsmaßnahmen beinhalten. Die im Wellnessbereich häufig angewandte Faustformel, dass eine Minute Wellnessangebot einen Euro kosten müsse, bezieht sich auf die ´ein Kunde pro Fachkraft´-Relation. Gesundheitsorientierte Angebote wie Nordic Walking, Aquafitness, aber auch Ernährungsberatung können, wie die traditionelle Kur seit Jahrzehnten beweist, auch als Gruppenangebot sinnvoll sein. Es wird ebenfalls entscheidend sein, diese Anbieter zu zertifizieren und eine Qualitätssicherung vorzunehmen (Tourismusverband MV 2005).

6. Verringerung der Beratungsintensität

Die Chancen und Risiken des Gesundheitstourismus liegen – wie überall – im Internetgeschäft. Sagte vor 5 Jahren noch ein Fachmann voraus, dass der Reisevertrieb auch künftig größtenteils stationär abgewickelt werde, da sich die Menschen bei einem Kaufabschluss ohne emotionale Bestätigung nicht wohl fühlen würden, muss man diese These rückblickend als unrichtig bezeichnen (REULECKE 2000). Der Anteil des E-Commerce am Gesamtumsatz des KarstadtQuelle-Konzerns (quelle.de, neckermann.de, karstadt.de) lag in den ersten 7 Monaten 2005 bereits bei 18,4%. Beim konzerneigenen Reiseveranstalter Thomas Cook lag der Umsatz im III. Quartal des Geschäftsjahres 2004/05 zwar erst bei rund 8%, doch entspricht dies einem Wachstum von ca. 26% innerhalb eines Jahres (GÖRGEN 2005). Ähnliche Zahlen weist der Konkurrent TUI auf (fvw 13.03.2005).

Die gesamte Tourismusbranche wird sich wie der Handel in den nächsten Jahren auf ein stark verändertes Buchungsverhalten einstellen müssen, und dies wird auch für die gesundheitstouristischen Angebote gelten. Medizinische Onlineportale wie www.netdoktor.de finden regen Zulauf und führen neben anderen Websites zu einem medizinisch besser informierten Gast. Längst haben auch ältere Kunden das Internet als Informationsquelle entdeckt. Hinzu kommt auf der touristischen Ebene der Aspekt der wachsenden Reiseerfahrung, der eine Online-Buchung auch für gesundheitstouristische Angebote, die in der Regel beratungsintensiver als übliche touristische Angebote sind, zunehmend interessant werden lässt.

7. Aussichten

Die Chancen sowohl der traditionellen Gesundheitsdestinationen (wie Kurorte und Rehabilitationskliniken) als auch der Hotels, die neu in den Markt der modernen gesundheitstouristischen Präventionsangebote für den eigenverantwortlichen Gast einsteigen, sind vielfältig. Entscheidend wird die Qualität der Angebote sein. Galten bisher nur die hochpreisigen Angebote als qualitativ akzeptabel, so müssen jetzt verstärkt Anstrengungen unternommen werden, auch solche für breite Gästesichten zu entwickeln, die sich dem Trend der Verantwortung für die Gesundheit mit Eigeninitiative anschließen. Hierbei sind vor allem Gruppenangebote von entscheidender Bedeutung. Starke Konzentration der Zertifizierungsbemühungen auf die Infrastruktur erscheint im Bereich des Gesundheitstourismus wenig zielführend.

Literatur

- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend [BMFSFJ]** (2.3.2005). Gezielte Unterstützung von Familien ist Bestandteil einer nachhaltigen Familienpolitik. <http://www.bmfsfj.de/Politikbereiche/familie,did=24332.html>
- DIERIG, C.** (28.9.2005): Durst auf Wasser hilft deutschen Maschinenbauern. www.welt.de
- FVW** (13.3.2005): TUI schafft Dachmarkenportal unter TUI.com. www.fvw.de
- GÖRGEN, R.** (21.11.2005): Tourismus-Konzern Thomas Cook sucht Internet-Expansion. <http://www.heise.de> heise online
- Hamburger Abendblatt** (17.5.2003): Urteil: Behinderte im Hotel sind Abreisegrund.
- HILBERT, J.; SCHALK, Ch.** (2005): Heilung für Heilbäder. Institut Arbeit und Technik. Gelsenkirchen. <http://iat-info.iatge.de/iat-report/2005/report2005-08.html>
- Die Kaufmännische [KKH]:** <http://www.kkh.de/filesserver/kkh/BROCHURES/Broschuere200.pdf>
- KESSELRING, D.** (2.12.2004): M-V will Markt für Gesundheit erobern. www.ostseezeitung.de
- REULECKE, W.** (25.9.2000): Kein Durchbruch für E-Commerce. www.fvw.de
- RULLE, M.** (2004). Der Gesundheitstourismus in Europa - Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien. München, Wien, [Eichstätter Tourismuswissenschaftliche Beiträge, 4].
- SANDERSON, W.; SCHERBOV, S.** (2005): Average remaining lifetimes can increase as human populations age. In: Nature 435 (9), S. 811-813.
- SCHIRRMACHER, F.** (2004): Das Methusalem-Komplott. München.
- Statistisches Bundesamt** (2003): Im Jahr 2050 wird jeder Dritte in Deutschland 60 Jahre oder älter sein. Wiesbaden. <http://www.destatis.de/presse/deutsch/pm2003/p2300022.htm>
- Süddeutsche Zeitung** (24.2.2005): Studie: Jede vierte Klinik gefährdet.
- Tourismusverband MV e.V.** (2005): Zertifizierungen Wellness. www.qualitätskontor.de