

Dr. WOLFGANG NAHRSTEDT, Univ. Prof.  
Fakultät für Pädagogik, Universität Bielefeld, Germany  
*Pedagoški fakultet, Univerzitet u Bielefeldu, Njemačka*

## DEUTSCHE HEILBÄDER UND KURORTE VOR NEUEN HERAUSFORDERUNGEN (BEISPIEL NORDRHEIN-WESTFALEN)

*UDK:338.48:681.3(914.3)  
Empfangen: 31.10. 1996  
vorläufige Mitteilung*

Der Gesundheitstourismus hat in den letzten 20 Jahren einen wichtigen Beitrag zur Bestandserhaltung, zur Qualitätssicherung und Qualitätsfortentwicklung der deutschen Heilbäder und Kurorte geleistet. Die Kurortekrise konnte nicht zuletzt mithilfe des Gesundheitstourismus gemeistert werden. Künftig muß verstärkt um ausländische Gesundheitstouristen geworben werden, um die erkennbaren weiteren Einbrüche im Bereich der deutschen Sozialkurgäste wie der deutschen Gesundheitsurlauber zu kompensieren. Die Voraussetzungen dafür sind gut. Jedoch müssen sie einerseits verstärkt auf die Erwartungen ausländischer Gesundheitstouristen abgestimmt werden. Andererseits sind die Möglichkeiten des deutschen Kur- und Heilbäderwesens stärker als bisher schrittweise einer internationalen Öffentlichkeit bekannt und vertraut zu machen. In Thesen zusammengefaßt bedeutet dies:

1. Heilbäder und Kurorte müssen sich zu regionalen und globalen Gesundheitszentren entwickeln.
2. Dieses Ziel ist nur durch einen stärkeren Anschluß an den regionalen wie internationalen Markt des Gesundheitstourismus zu erreichen.
3. Die Überwindung der Bäderkrise der letzten 20 Jahre gelang durch Aktivierung des bundesdeutschen Gesundheitstourismus.
4. Die künftige Bestandserhaltung, Qualitätssicherung und Qualitätsfortentwicklung muß verstärkt den internationalen Gesundheitstourismus (Westeuropa, USA, Japan) erreichen.
5. Das setzt eine genaue Analyse der Gesundheits- und Kurtraditionen der Zielländer voraus, ebenso aber eine Vermittlung der global einzig-artigen Möglichkeiten in den deutschen Heilbädern und Kurorten.
6. Ebenso wird eine genaue internationale Marktanalyse erforderlich, um sich auf die Angebotsentwicklung in anderen Ländern einstellen zu können.
7. Die deutschen Heilbäder und Kurorte verfügen zur Zeit international über eine starke Marktposition quantitativ wie qualitativ. Diese Position verdanken sie dem bisher guten Zusammenspiel von Staat und Markt im deutschen Gesundheits- und Kurwesen. Diese Position kann nur durch eine gemeinsame Gesamtstrategie gehalten und global weiterentwickelt werden.

Schlüsselwörter: Gesundheitstourismus, Heilbäder, Kurorte

## 1. KURORTE ALS GLOBALE GESUNDHEITZENTREN

Meine These ist, daß die Heilbäder und Kurorte in der BRD künftig stärker den Gesundheitstourismus als neue Herausforderung begreifen müssen. Nur so können sie ihre traditionell entwickelte professionelle Qualität sichern und weiterentwickeln.

Als Gesundheitstouristen bezeichne ich Gästegruppen in Heilbädern und Kurorten, die die Gesundheitsmöglichkeiten des Ortes (Bäder, Massagen, Anwendungen usw.) in Anspruch nehmen, jedoch aus eigener Entscheidung, mit eigenen Auswahlkriterien, mit mehr oder minder kurzer Aufenthaltsdauer zwischen einem Tag und drei Wochen bei insgesamt eigener Bezahlung. Dieser Begriff des Gesundheitstouristen entspricht damit weitgehend der Bezeichnung Privat(kur)gast, wie er in den Statistiken des Deutschen Bäderverbandes Verwendung findet.

Zu den Gesundheitstouristen gehören nach unserer Gästebefragung in sechs Heilbädern und Kurorten aus Ostwestfalen-Lippe (BRINKMANN u.a. (Hg.) 1996, Kap. 8, Tab. 1 ff, S. 82): ältere Menschen, insbesondere Frauen über 60, die bereits vorher des öfteren im Ort eine Kur absolvierten, nun auf eigene Rechnung jährlich hier einen Urlaub verbringen. Zu den Gesundheitstouristen gehören aber auch Familien mit Kindern, ebenso jüngere Angestellte und Beamte, selbständige Handwerksmeister, Managerinnen und Manager zwischen 40 und 60 Jahren, schließlich auch schon Jungunternehmerinnen und Jungunternehmer, die sich nur für eine Woche beruflich lösen können oder wollen, dann aber an Intensiv-Angeboten unter Begriffen wie Fitneß, Wellness, Health-Care, Beauty interessiert sind. Gesundheitstouristen dieser Art waren in den Heilbädern und Kurorten in Ostwestfalen-Lippe 1994 und 1995 jedoch nur erst vereinzelt zu finden. Gerade auf diese neuen Gesundheitsansprüche müssen sich die Heilbäder und Kurorte in Ostwestfalen-Lippe einstellen, wenn diese Gruppen gewonnen werden sollen - insbesondere, wenn auch ausländische Gesundheitstouristen angezielt werden.

Als Gesundheitstourismus bezeichne ich damit also den Besuch der Heilbäder und Kurorte durch Gäste aus dem In- und Ausland, die die Angebote der Gesundheitsförderung aufgrund eigener Entscheidungen nutzen und in der Regel auch privat bezahlen.

Der Gesundheitstourismus zeigt dabei - räumlich gesehen - folgende drei Perspektiven für die Weiterentwicklung der deutschen Heilbäder und Kurorte:

- Die deutschen Heilbäder und Kurorte müssen zu regionalen Gesundheitszentren werden. Attraktive Angebote für eine freizeit- und erlebnisorientierte Gesundheitsförderung für die Bewohner im näheren und weiteren Einzugsgebiet sind dafür zu entwickeln (NAHRSTEDT 1995).
- Die deutschen Heilbäder und Kurorte müssen zu europäischen Gesundheitszentren werden. Ihre besonderen Möglichkeiten der Gesundheitsförderung für spezielle Indikationen müssen sie europaweit verdeutlichen. Dies setzt eine Auseinandersetzung mit den

Gesundheitsvorstellungen und Angeboten in den anderen europäischen Ländern voraus (NAHRSTEDT/PIWODDA (Hg.) 1996).

Die deutschen Heilbäder und Kurorte müssen zu globalen Gesundheitszentren werden. Dafür haben sie sich auf die global sehr unterschiedlichen Bade- und Gesundheitskulturen z.B. in den USA und in Japan einzustellen und angemessene Angebote der Gesundheitsförderung zu entwickeln, die einerseits an die dort üblichen Badekulturen anknüpfen, andererseits das Interesse an den besonderen deutschen Möglichkeiten wecken.

Diese Perspektiven sollen begründet werden aufgrund von vier Studien zur Gästebetreuung, die in Heilbädern und Kurorten des Landes Nordrhein-Westfalen von 1985 bis 1996 durchgeführt worden sind (Grümme u.a. 1985; Kahlen u.a. (Hg.) 1992; Brinkmann u.a. 1996; Nahrstedt/Piwodda (Hg.) 1996).

## 2. GEWINNUNG NEUER ZIELGRUPPEN

Die Heilbäder und Kurorte haben seit Jahrhunderten sich immer erneut auf neue Zielgruppen einstellen müssen. Den Veränderungen der europäischen Gesellschaften folgten Umbrüche in der Bevölkerungsstruktur mit Auswirkungen bis ins Gesundheits- und Kurssystem.

Innerhalb der letzten zwei Jahrzehnte, d.h. seit den siebziger Jahren, hat sich eine Neuorganisation der Zielgruppenstruktur in besonderer Weise vollzogen. Der intakte Kurort mit einer ausreichend großen Zahl ambulanter Kurgäste wurde zunächst durch das Kostendämpfungsgesetz, dann durch die Gesundheitsstrukturgesetze grundlegend verändert. Die Zahl ambulanter Gäste sank, die Zahl von Kliniken und stationären Gästen stieg: zugleich wurden aktive „alte“ und „junge“ Gesundheitsurlauber, aber auch die Einheimischen als neue Zielgruppe entdeckt. Das Gästespektrum wurde komplexer. Das Ziel, den Kurort als „kooperativen Erlebnisort“ weiterzuentwickeln, gelang sehr unterschiedlich (NAHRSTEDT/PIWODDA (Hg.) 1996, Abb.8, S.51).

Die Heilbäder und Kurorte haben jedoch - insgesamt gehen, wenn die Statistik die Realität tatsächlich widerspiegelt - die Einbrüche im System der Sozialgäste durch Gewinnung von neuen Privatgästen, und das bedeutet durch die Gewinnung von Gesundheitsurlaubern, bisher kompensieren können (BRINKMANN u.a. 1996, Abb.1b, S. 23; siehe auch Deutscher Bäderverband 1994, S. 50).

Dabei wurde deutlich, daß sich das Interesse und das Verhalten der Gäste veränderte. Die Aufenthaltsdauer hat sich erheblich verkürzt, von 1974 bis 1994 für alle Gäste von 17,6 auf 11,9 Tage, für die Privatgäste von 14,2 auf 9,2 Tage. Privatgäste bzw. Gesundheitstouristen blieben damit eine sehr viel kürzere Zeit, ein bis zwei Wochen, nicht drei bis sechs Wochen wie Sozialgäste. Dabei ist zu bedenken, daß die Kurstatistiken bisher die Gäste nicht verzeichnen, die weniger als vier Nächte bleiben. Sie verzeichnen auch nicht Ankünfte und Übernachtungen in Pensionen mit

weniger als neun Betten. So dürfte die Zahl gerade der Gesundheitstouristen mit kurzer Aufenthaltsdauer bereits heute weitaus höher liegen.

Dieser Mangel in der Statistik verdeutlicht, daß Heilbäder und Kurorte sich in den letzten Jahrzehnten vor allem auf einen Kur- und Gesundheitsbegriff eingestellt haben, der an Aufenthaltszeiten von mehreren Wochen orientiert war. Sicher gibt es für Aufgaben der Rehabilitation und Anschlußheilbehandlung (AHB) Grenzen nach unten. Für Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsvorsorge gilt dies jedoch keineswegs in dieser Strenge. Der Besuch des Bewegungszentrums einmal in der Woche kann hier schon nützlich sein. Für Gesundheitstourismus gilt damit wie für den Tourismus insgesamt, daß die Aufenthaltszeiten kürzer werden.

Die einzelnen Heilbäder und Kurorte werden neu festzulegen haben, welche Form der Gesundheitsförderung sie anbieten wollen und können. Damit sind auch Fragen der Aufenthaltsdauer zu diskutieren, ebenso Formen des Angebots der Gästebetreuung, die sich für Tagesgäste und Kurzurlauber anders gestalten müssen als für Kurgäste, die drei bis sechs Wochen bleiben.

### 3. NEUE GÄSTEBETREUUNG

Die Gästebetreuung von 1994/1995 hat für die einzelnen Gästegruppen spezifische Problemfelder deutlich gemacht. Für die ambulanten Kurgäste müssen die Informations- und Kommunikationsangebote verbessert werden, für die Klinikgäste ist die Kooperation und Mobilität zwischen Ort und Klinik ein Problem. Gesundheitstouristen jedoch wünschen ein verstärktes Angebot in Kultur, Exkursionen, Bildung und Sport sowie eine Aktivierung des Hauses des Gastes (BRINKMANN, D. u.a. 1996, Abb. 38, S. 128).

Darauf weisen auch die Ergebnisse der Untersuchung über die Modelle der Gästebetreuung im Bäderland NRW von 1992, die durch die Ergebnisse der Gästebetreuung in ihrer Bedeutung noch deutlicher werden: Neben Gesundheit sind vor allem Kultur, Sport und Geselligkeit die Themen der Angebote (KAHLEN, u.a. (Hg.) 1992, Abb. 19, S. 73). Sie richteten sich nicht nur an die Kurenden, sondern auch Kurzurlauber, Familien, Tagesgäste, aber auch Clubs, Tagungsgäste und Einwohner wurden als neue Zielgruppen bereits angesprochen (ebd. Abb. 26, S. 81).

Die Untersuchung von 1996 präzisiert dabei an einigen Beispielen, in welche Weise die Interessenlage der einzelnen Gästegruppen und insbesondere der Gesundheitsurlauber durchaus unterschiedlich ist. Die Gästebetreuung muß sich von daher auf unterschiedliche Ziele und Inhalte ausrichten. Folgende unterschiedliche Schwerpunkte zeichnen sich ab (NAHRSTEDT/PIWODDA (Hg.) 1996, Abb. 12, S. 57):

- Bei den Klinikgästen stehen auch für die Gästebetreuung Gesundheit und Lebensorientierung im Vordergrund, insbesondere, wenn die Krankheit Berufswechsel oder gar Berufsaufgabe erfordert.

- Die ambulanten Kurgäste erwarten Kontakt und Geselligkeit, Unterhaltung und Freizeitgestaltung.
- Die Gesundheitstouristen suchen Kultur und Natur, Erlebnis und Exkursion.
- Die Einheimischen aus der engeren und weiteren Umgebung - die in gewisser Weise auch als regionale Gesundheitstouristen angesprochen werden können - schätzen besonders *special events* wie Ausstellungen und Stadtfeste, Aktivitäts- und (Weiter-) Bildungsangebote.

#### 4. GESUNDHEITSTOURISTEN

Das besondere im Verhalten und die unterschiedliche Interessenlage der Gesundheitstouristen wird durch folgende Ergebnisse unterstrichen (BRINKMANN u.a. 1996, S. 82 ff):

- Gesundheitsurlauber finden sich in allen Altersgruppen. Sie sind aber bisher in Ostwestfalen-Lippe im Schnitt älter als Kurgäste und zeigen einen besonders hohen Anteil im Alter von 70 Jahren und älter (Abb. 27, S. 86).
- Gesundheitsurlauber wohnen in Tagungsstätten, Pensionen, Ferienwohnungen und Hotels, während die anderen Kurgäste vor allem in Kliniken und nur noch eingegrenzt in Pensionen untergebracht sind (Abb. 28, S. 88).
- Sie nutzen stärker als Kur- und Klinikgäste Angebote in den Bereichen Kultur, Reisen/Ausflüge und Geselligkeit. Angebote im Gesundheitsbereich werden zwar wahrgenommen, aber sehr viel sparsamer als durch Kur- und Klinikgäste. Dieses unterschiedliche Verhaltensprofil verweist bereits auf die Aufgabe einer Neuprofilierung der Angebote in Heilbädern und Kurorten für Gesundheitstouristen (Abb. 30, S. 96).
- Sie besuchen den Ortskern häufiger und machen deutlich öfter Ausflüge (Abb. 31, S. 99).
- Daher kennen und besuchen sie das Haus des Gastes häufiger als die anderen Gruppen (Abb. 32, S. 101).
- Sie wünschen auch stärker Angebote im Ortskern und tragen so zur erneuten Belebung des Ortes bei (Abb. 35, S. 108).
- Sie empfinden Angebotslücken vor allem am Tag und am Abend, weniger am Wochenende wie die anderen Gruppen (Abb.34, S. 107).
- Sie sind insgesamt kritischer und anspruchsvoller, vergeben weniger die Note sehr gut und häufiger die Noten gut und befriedigend (Abb. 33, S. 103).

Soweit das Gesundheitspotential der Heilbäder und Kurorte um die Angebotsbereiche erweitert werden kann, auf die besonders Gesundheitsurlauber Wert legen, sind diese Orte bereits auf dem Weg zu modernen Gesundheitszentren für den engeren und weiteren regionalen Einzugsbereich, mit dem sich auch ein intensiver Gesundheitstourismus verbinden bzw. erreichen läßt.

## 5. GLOBALISIERUNG ALS NEUE HERAUSFORDERUNG

Die Frage bleibt, ob die Verstärkung der Bemühungen um den deutschen Gesundheitsurlauber ausreichen werden. Die bisherigen Maßnahmen, ihn zu gewinnen, waren Antworten auf die Herausforderungen, die sich zwischen 1970 und 1989 herausgebildet haben (NAHRSTEDT/PIWODDA (Hg.) 1996, Abb. 6, S. 45).

In den neunziger Jahren entwickeln sich neue Herausforderungen. Zu ihnen gehören die Europäisierung und die Globalisierung auch des Gesundheits- und Kurwesens (ebd. Abb. 7, S. 48). Europäisierung und Globalisierung bedeutet zweierlei:

1. Einerseits eine Erhöhung der Konkurrenz um den deutschen Gast.
2. Andererseits aber öffnet sich auch ein neuer internationaler Markt für die deutschen Heilbäder und Kurorte. Der internationale Kurgast als Gesundheitstourist wird erreichbarer. Dies aber setzt neue Angebotsformen und neue Marktstrategien voraus.

### 5.1 Gewinnung ausländischer Gesundheitstouristen

Der Anteil von Ausländern an den Kurgästen liegt in den westlichen Bundesländern seit 1974 relativ konstant nur zwischen 2,5 und 3,0 %. Zwar ist ihre Zahl mit der Gesamtzahl der Kurgäste gewachsen, blieb aber in o.a. Relation. Ihre durchschnittliche Übernachtungszahl lag tiefer als die der deutschen Gäste. So wiesen 1994 die Ausländer an den Übernachtungszahlen mit 1,5 Mio. nur 1,3% auf, (Abb. 1):

Abb. 1: Ausländeranteil von Ankünften und Übernachtungen von Kurgästen in den westlichen Bundesländern 1974-1994

Jahr	Ankünfte <sup>1)</sup> (in Tsd.)			Übernachtungen (in Tsd.)		
	Gesamt- zahl	Aus- länder	%	Gesamt- zahl	Aus- länder	%
1974	5.348	125	2,3			
1991	9.397	328	3,5			
1993	9.364	241	2,6	113.607	1.534	1,4
1994	9.408	236	2,5	111.919	1.492	1,3

<sup>1)</sup> Nur Gäste, die mindestens 4 Nächste im Kurort wohnen.

Quelle: Deutscher Heilbäderverband 1995: Jahresbericht 1994. Tab. 1+4, S. 50+63.



Der Anteil von Ausländern an Ankünften (1994:2,5%) und Übernachtungen (1,3%) erscheint damit als außerordentlich gering. Hier müßten Steigerungsmöglichkeiten durch ein kooperatives gezieltes Marketing durchaus erreichbar sein.

## 5.2 Ausländische Gesundheitstouristen in NRW

Der Ausländeranteil an den Ankünften und Übernachtungen in NRW liegt zur Zeit bei rund 14% (Abb. 2):

Abb. 2: Ausländeranteil an Ankünften und Übernachtungen in NRW 1994 und 1995

Jahr	Ankünfte			Übernachtungen		
	Gesamtzahl	Ausländer	%	Gesamtzahl	Ausländer	%
1994 <sup>1)</sup>	11,6 Mio.			34,7 Mio.	4,6 Mio.	13,2
1995 <sup>1)</sup>				36,0 Mio.	5,2 Mio.	14,5
1996 <sup>2)</sup>	6,2 Mio	1,0	14,0	17,6 Mio.	2,5 Mio	14,2

Quellen: 1) LDS NRW 1995 und 1996: Tourismus in NRW. Ergebnisse der Beherbergungsstatistik, jeweils S. 42

2) LDS NRW 1996: 1. Halbjahr: Tourismus in NRW. Ergebnisse der Beherbergungsstatistik. Tabellen

Der Anteil ausländischer Gäste in den Heilbädern und Kurorten liegt an Ankünften (11,5%) und Übernachtungen (5,0%) weit unter dem Gesamtanteil (Abb. 3):

Abb. 3: Ankünfte und Übernachtungen von Ausländern in Heilbädern und Kurorten, Luftkurorten und Erholungsorten in NRW 1996, 1. Halbjahr

	Ankünfte				Übernachtungen			
	Gesamtzahl	Ausländer	%	zu Vorjahr %	Gesamtzahl	Ausländer	%	zu Vorjahr %
HB+KO	738.905	84.659	11,5	-2,1	4.895.087	242.912	5,0	-18,4
LKO+EO	472.232	36.039	7,6	+10,6	1.614.882	116.842	7,2	+8,4
Insgesamt	1.211.137	120.698	19,1	+8,2	6.509.969	339.754	12,2	-10,0

Quelle: LDS NRW 1996: 1. Halbjahr: Tourismus in NRW. Ergebnisse der Beherbergungsstatistik. Tabellen.

Nach Ankünften (11,5%) und Übernachtungen (5,0% in Heilbädern und Kurorten gegenüber rund 14% insgesamt) sind ausländische Gäste auch in den Heilbädern und Kurorten in NRW um weniger als die Hälfte vertreten als insgesamt. Ihr Anteil ist sogar gegenüber dem Vorjahr gesunken.

Die Heilbäder und Kurorte in NRW weisen 30% aller Übernachtungen des Landes auf, zusammen mit den Erholungs- und Luftkurorten sogar knapp 40%. Der Ausländeranteil (5,0%/12,2%) sticht dagegen noch mehr ab. Spielraum nach oben scheint also durchaus gegeben.

Führend sind bei den Ausländern in NRW insgesamt die Gäste aus den Niederlanden (17,6/19,3%), aus Großbritannien (12,2/10,9%) und aus den USA (6,6/7,1%). Die Anteile der Gäste aus den übrigen Ländern liegen zum Teil weit darunter. Insbesondere potentielle Gesundheitstouristen aus den Niederlanden, aus Großbritannien und aus den USA, aber auch aus anderen europäischen und außereuropäischen Ländern wären also anzusprechen.

### 5.3 Stellung auf dem europäischen Gesundheitsmarkt

In Europa werden rund 1.200 Heilbäder und Kurorte gezählt (ohne Rußland), allerdings von jeweils sehr unterschiedlicher Größe, Bettenkapazität und Gesundheitsqualität.



Die BRD verfügt mit 320 Heilbädern und Kurorten über rund ein Viertel aller Heilbäder und Kurorte in Europa mit einer Spitzenstellung in Hinblick an Gästezahl und Übernachtungen. Eine Übersicht der European Spas Association (ESPA), die von Reppel+Partner erstellt wurde, verzeichnet folgende Zahlen für 1994 (Abb. 4):

Abb. 4: Gäste und Übernachtungen in Heilbädern Europas 1994

Country	Number of spas and health resorts	Overnight stays	Visitors	prescribed health cure duration
Germany (West + East)	300	116 Mio.	10 Mio.	21
16 countries	1.223	ca. 32 Mio.	ca. 3,5 Mio.	0-30
Russia (Institutions)	3.055	-	3,7 Mio.	24

Quelle: ESPA/Reppel+Partner (1992)

Im Vergleich mit 16 anderen Ländern Europas (ohne Rußland) verzeichnen die bundesdeutschen Heilbäder und Kurorte etwa die dreifache Zahl an Gästen und fast viermal so viele Übernachtungen.

Die BRD verfügt mit rund 80 Mio. Einwohnern über ein knappes Viertel aller rund 350 Mio. Einwohner Europas. Rund 10 Mio. Bundesbürger, d.h. ca. 15%, besuchen jährlich die Heilbäder und Kurorte. Von den übrigen Europäern wären das bei 3,5 Mio. Besuchern nur etwa 1%, mit der Besucherzahl von Rußland etwa 2%.

Aus diesem Vergleich läßt sich hypothetisch nächst schließen:

- Der Besuch von Heilbädern und Kurorten ist in der BRD bisher weitaus stärker als in allen übrigen Ländern Europas (offenbar etwa um das Zehnfache stärker).
- Kurtourismus ist ein großer entwickelter Markt in Deutschland, der zunehmend auch von den Heilbädern und Kurorten anderer Ländern umworben wird.
- Kurtourismus ist jedoch offensichtlich auch ein sehr großer potentieller Markt in Europa, den es für deutsche Heilbäder und Kurorte erst zu erschließen gilt.

- Die bundesdeutschen Heilbäder und Kurorte stellen zwar nur ein Viertel aller Heilbäder und Kurorte in 16 Ländern Europas (ohne Rußland) dar, übertreffen diese Orte insgesamt jedoch nach Gästezahl, Übernachtungen und Übernachtungskapazität offensichtlich um das Zwei- bis Vierfache. Das weist darauf hin, daß die deutschen Heilbäder und Kurorte auf dem europäischen Gesundheitsmarkt zur Zeit noch über eine außergewöhnlich starke Stellung verfügen. Sie gilt es als Angebotspotential europaweit sehr viel stärker als bisher ins Spiel zu bringen.

Die Mittelkürzungen im Gesundheitswesen durch die Gesundheitsreformgesetze werden dazu zwingen, wenn Quantität und Qualität gehalten werden sollen.

#### 5.4 Gesundheitsverhalten in anderen Ländern

Eine europäische oder sogar globale Marktstrategie für die Heilbäder und Kurorte aber setzt sowohl eine genauere Marktanalyse in anderen Ländern als aber auch eine Analyse der Verhaltensgewohnheiten der Kurgäste dieser Länder voraus.

In Großbritannien hat sich Gesundheitstourismus offensichtlich (in sehr eingegrenztem Maße) in gut 200 Hotels und *health farms* verlagert (ESPA 1995). In den USA scheint ein ähnlicher Stil üblich (Joseph Levy 1996). In dem um *hot springs* außerordentlich reichen Japan sind offensichtlich nur Kurzbesuche von ein bis zwei Tagen üblich. Als ich nach einer Vortragsreise 1994 durch japanische Kurorte deutsche Kurdirektoren auf Japan als mögliches Quellgebiet von Gesundheitstouristen auch für deutsche Kurorte hinwies, wurde ich zunächst belächelt. Insbesondere wurde auf die kurze Aufenthaltsdauer von Japanern in Kurorten hingewiesen, die den deutschen Maßstäben nicht entsprechen würde. Ich habe darauf geantwortet, daß ein Bus mit 50 Gästen aus Japan selbst für eine Nacht insgesamt 50 Übernachtungen erbringt. Außerdem muß für den globalen Markt langfristig gedacht werden. Ein Bus mit 50 Gästen aus Japan wird Multiplikationswirkung in mehrfacher Richtung haben (können). Mundpropaganda zählt im Tourismus zu dem stärksten Werbemedium. Außerdem passen sich Verhaltensgewohnheiten auch wechselweise an bzw. müssen sich anpassen.

Deutsche Heilbäder und Kurorte müssen aus dem Gesundheitsverhalten anderer Länder lernen, wollen sie diesen Markt erreichen. Aber auch Japaner lernen deutsches Gesundheitsverhalten. Schon wird auch dort wie anderswo über längere Aufenthalte in Heilbädern und Kurorten nachgedacht. So könnten sich die Systeme anpassen und werden dies im Zuge der Globalisierung auch tun. Süddeutsche Heilbäder und Kurorte haben diese Tendenz bereits erkannt (z.B. Limesthermen Aalen). Aber auch im Nordrhein-Westfälischen Heilbäderverband haben sich bereits Stimmen erhoben, den ausländischen Markt einschließlich dem japanischen für den Gesundheitstourismus künftig nicht mehr zu mißachten, sondern ihn genauer zu studieren und eventuell schrittweise zu erschließen.

## 6. AUSLÄNDISCHE ENTWICKLUNGEN IM GESUNDHEITSWESEN

### 6.1 Japan

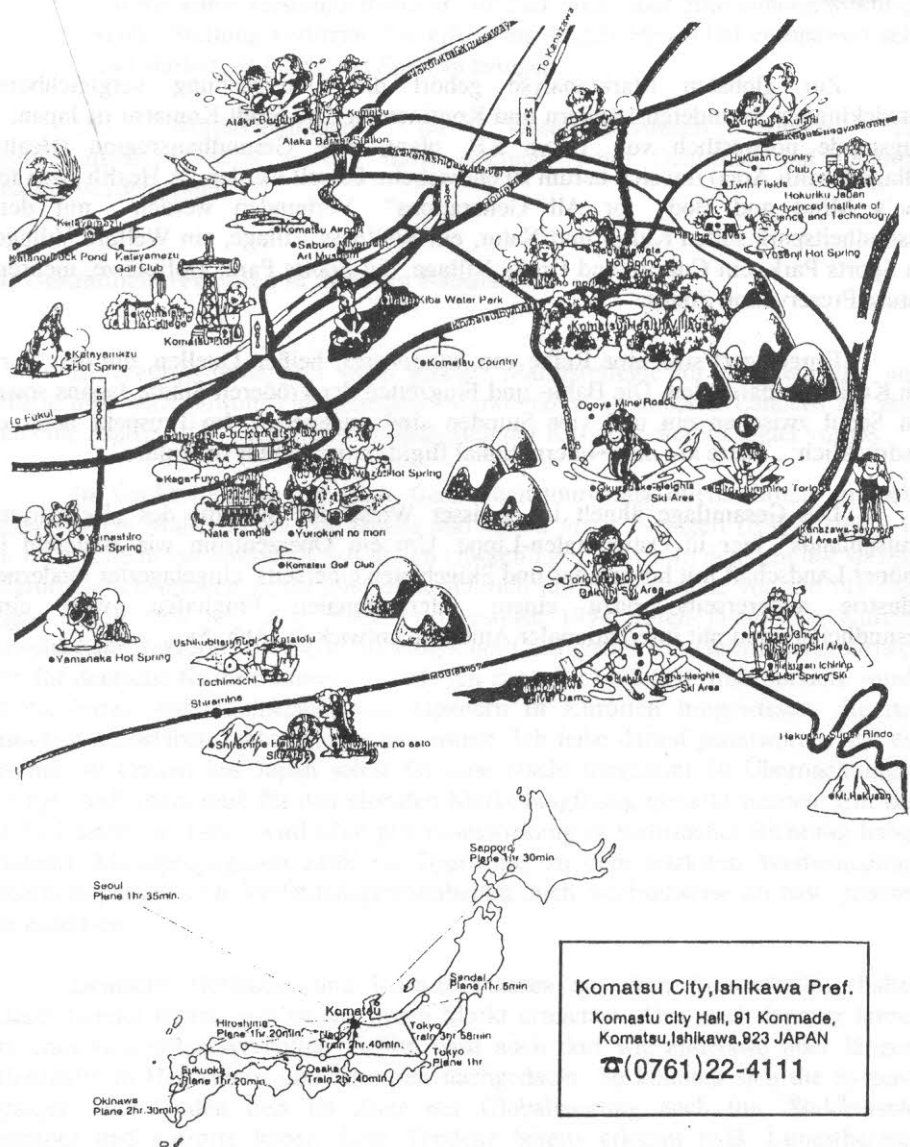
Zur globalen Marktanalyse gehört die Untersuchung vergleichbarer Entwicklungen in anderen Ländern und Kontinenten. Die Stadt Komatsu in Japan, 1 Flugstunde nordwestlich von Tokyo z.B. plant, eine Gesundheitsregion (Health Village/Health Area) um sich herum zu entwickeln. Es soll werden „A Health Area for One's Mind and Body for All Generations“. Verbunden werden mit dem Gesundheitspark sollen Kultur und Natur, ein Wellness Village, ein Welfare Village, ein Sports Park, ein Culture and Crafts Village, ein Sports Park, Golfplätze, mehrere Nature Preservation Zones.

Eingelagert sind eine Reihe von *hot springs*, heißen Quellen, die den Kern von Kurhotels darstellen. Die Bahn- und Flugzeiten der größeren Städte Japans sowie von Seoul zwischen ein und vier Stunden sind angegeben. Im Prospekt heißt es ausdrücklich: „There are more international flights expected for the future“.

Die Gesamtlage ähnelt in gewisser Weise der Struktur des „Heilgartens Deutschlands“ hier in Ostwestfalen-Lippe. Um ein Oberzentrum wie Bielefeld in schöner Landschaft mit *hot springs* und Skigebieten einerseits, eingelagerter moderner Industrie andererseits, dazu einem internationalen Flughafen, wird eine Gesundheitsregion mit internationaler Ambition entwickelt (Abb. 5):

Abb. 5: The Komatsu Health Area

**A Health Conscious City Surrounded by Nature**



Quelle: Komatsu City, Japan: Faltblatt (1992).

## 6.2 Großbritannien

Die Geschichte der Heilbäder und Kurorte in Großbritannien scheint ein Lehrstück für die Perspektiven, die sich auch für das deutsche Bäderwesen abzeichnen, wenn es nicht gelingt, einen starken Anschluß an den europäischen Markt des Gesundheits- und Kurtourismus zu bekommen.

Vor 20 Jahren gab es auch in Großbritannien etwa 200 Heilbäder und Kurorte (spas), zum Teil seit der Römerzeit, z.B. Bath, Cheltenham Spa usw. Durch eine einseitige Kommerzialisierung sind sie alle verschwunden (Bacon 1996), während sich die deutschen Bäder halten konnten, nicht zuletzt aufgrund staatlicher Förderung und eines staatlich gestützten Gesundheitssystems.

BILL BACON vom Cheltenham College of Higher Education, Department of Leisure Management erläutert in seinem Beitrag zum 4th World Congress der World Leisure and Recreation Association (WLRA) (15. bis 18. Juli 1996) in Cardiff, UK, zum Them: „The Development of the Inland Spa Resort Within Continental and Anglo Saxon Cultures of Capitalism: A Comparative Analysis“: „England pioneered the modern Spas as tourist destination which was:

- built for pleasure.
- designed to facilitate emulative conspicuous consumption.
- designed to promote the pursuit of health.
- developed by entrepreneurial, imaginative, risk taking businessmen, for a new market segment: the wealthy bourgeois aristocracy...”

„Rise and Fall.

Thus the story of the decline of this pioneering English product is a slow but systematic one.

In England in the 19th Century there were some 200 Spas.

In England in 1919 there were still some 60 Spas.

In England in 1946 there were only 10.

In England in 1978 only one remains: Leamington Spa. When I was at school there it was still pretty active.

Today: there are none. This puzzles lots of Germans and Japanese when they visit Cheltenham or Bath. They ask: But Where is The Spa?”

„Sociological Explanations: Anglo Saxon cultures are characterised by a deregulated market system of capitalism, while the continent has developed a different state regulated and supported form.

The English Spas developed within a de regulated market economy.

The English (local) state, where it existed had no powers to regulated key aspects of spa development (...).”

Das Beispiel Großbritannien wäre genauer zu analysieren, um für das deutsche Bäderwesen daraus richtige Lehren zu ziehen. Jedoch scheint deutlich, daß die Chancen zur Qualitätssicherung und Qualitätsfortentwicklung für die deutschen Heilbäder und Kurorte eine kombinierte Strategie von staatlicher Förderung und europäischer Marktstrategie erfordern.

## LITERATURVERZEICHNIS

1. BRINKMANN, D. u.a. 1996: Gästebetreuung im Bäderland NRW. Analyse des Leistungsprofils aus der Sicht des Gastes. Ergebnisse einer Gästebefragung. Bielefeld (IFKA-Schriftenreihe 18).
2. GRÜMME, W. u.a. 1985: Gästebetreuung in Kur- und Erholungsorten. Theoretische Grundlagen und Praxismodelle. Bielefeld (IFKA-Schriftenreihe 7).
3. KAHLLEN, B. u.a. (Hg.). 1992: Gästebetreuung in Kur- und Erholungsorten. Theoretische Grundlagen und Praxismodelle. Bielefeld (IFKA-Schriftenreihe 7).
4. NAHRSTEDT, W. 1995: Reisen in die Erlebnisgesellschaft. Zur freizeitorientierten Modernisierung der Heilbäder und Kurorte. In: Heilbad und Kurort 6/1995, S. 128-135
5. NAHRSTEDT, W. / PIWODDA, M. (Hg.) 1996: Gästebetreuung: Profession oder Intuition? Dokumentation des "Tages der Gästebetreuung" in Bad Meinberg am 24. Mai 1995. Bielefeld (IFKA-Dokumentation 18).

## Sažetak

**TOPLICE I LJEČILIŠTA U NJEMAČKOJ  
PRED NOVIM IZAZOVIMA  
(PRIMJER NÖRDRHEIN - WESTFALEN)**

Posljednjih 20 godina zdravstveni turizam dao je važan doprinos ustrojstvu, kvaliteti i razvoju kvalitete usluga u toplicama i lječilištima u Saveznoj Republici Njemačkoj. Krizu koja je nastala u radu lječilišta, zdravstveni turizam nije u većoj mjeri mogao spriječiti. Ovaj vid turizma se u budućnosti mora značajnije promicati kako bi strani turisti koji koriste usluge lječilišta i toplica, mogli u što većem broju koristiti takve turističke usluge, te na taj način kompenzirati situaciju koja je nastala u redovima njemačkih turista koji u manjem broju koriste usluge koje im omogućuje zdravstveni turizam. Uvjeti za takvu promidžbu su vrlo dobri. Stoga, s jedne strane mora se pristupiti zadovoljavanju očekivanja i potreba stranih turista koji se koriste uslugama lječilišnog turizma, a s druge strane su mogućnosti koje pružaju njemačka lječilišta i toplice u pogledu bolje i suvremenije usluge puno veće te su takva lječilišta i toplice spremne za promidžbu na međunarodnoj razini.

Sagledano pojedinim pretpostavkama možemo navesti slijedeće:

1. Toplice i lječilišta moraju se razviti u regionalne i globalne zdravstvene centre.
2. To se postiže samo većom povezanošću regionalnog i međunarodnog tržišta zdravstvenog turizma.
3. Kriza koja se u posljednjih 20 godina pojavila u lječilištima i toplicama uspijeva se reducirati aktiviranjem zdravstvenog turizma.
4. Buduće ustrojstvo, kvaliteta i razvoj kvalitete ojačan međunarodnim zdravstvenim turizmom (Zapadna Europa, SAD, Japan), mora dosegnuti potrebnu razinu kvalitete.
5. Potrebna je detaljna analiza zdravstvenog i lječilišnog turizma u pojedinim interesnim zemljama, isto tako informiranje i primjena globalno specifičnih mogućnosti u njemačkim lječilištima i toplicama.
6. Također je potrebna analiza tržišta na međunarodnoj razini u cilju ustrojavanja razvoja ponude u drugim zemljama.
7. Toplice i lječilišta u Saveznoj Republici Njemačkoj trenutno imaju dobru kvantitativnu i kvalitativnu poziciju na međunarodnom tržištu. Ovakvo dobru poziciju zdravstvenog turizma. Takva pozicija može se održati u području lječilišnog i zdravstvenog turizma. Takva pozicija može se održati i razvijati samo uspostavljanjem globalne strategije.

Ključne riječi: zdravstveni turizam, toplice, lječilišta.