

Alexandra Partale

Dem Fachbereich VI Geographie/ Geowissenschaften der Universität Trier
zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Philosophie (Dr. phil.)
eingereichte Dissertation

Entwicklung eines Instruments zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten



Betreuer/ 1. Berichterstatter:
Universitätsprofessor Dr. Andreas Kagermeier
2. Berichterstatterin: Universitätsprofessorin Dr. Ulrike Sailer

Hofheim, den 5. März 2009

In Gedenken an Dr. Rainer Kottkamp † und Prof. Dr. Christoph Becker †

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	I
Abbildungsverzeichnis	V
Tabellenverzeichnis	VII
Abkürzungsverzeichnis	IX
Zusammenfassung	X
1 Einleitung.....	1
1.1 Problemstellung	1
1.2 Zielsetzung	3
1.3 Aufbau der Arbeit	4
2 Theoretische Grundlagen.....	6
2.1 Heilbäder und Kurorte: historische Entwicklung und aktuelle Wettbewerbssituation	6
2.1.1 Heilbäder und Kurorte: Begriffsbestimmung.....	6
2.1.2 Historische Entwicklung der Heilbäder und Kurorte	7
2.1.3 Heilbäder und Kurorte im gesundheitstouristischen Wettbewerb.....	10
2.1.3.1 Ist-Situation der deutschen Heilbäder und Kurorte.....	11
2.1.3.2 Rahmenbedingungen: Megatrend Gesundheit	14
2.1.3.3 Nachfrageseitige Einflussgrößen: mündige, reiseerfahrene Touristen	15
2.1.3.4 Angebotsseitige Einflussgrößen: zunehmende Konkurrenz	17
2.1.4 Schlussfolgerungen für die Modellbildung	18
2.2 Methodische Ansätze zur Bewertung touristischer Destinationen	19
2.2.1 Entwicklung von Bewertungsverfahren im Zeitverlauf	19
2.2.2 Gestaltungsmöglichkeiten von Bewertungsverfahren.....	22
2.2.2.1 Quantitative vs. qualitative Bewertungsverfahren	22
2.2.2.2 Partial-Modelle vs. Quasi-Total-Modelle	23
2.2.2.3 Nachfrageabhängige vs. nachfrageunabhängige Modelle.....	23
2.2.2.4 Eindimensionale vs. mehrdimensionale Ergebnisdarstellung.....	24
2.2.3 Methodische Schritte von Bewertungsverfahren	25
2.2.4 Vorstellung ausgewählter Bewertungsverfahren.....	27
2.2.4.1 Die „Vergleichende Kurortanalyse“ des Europäischen Tourismus Instituts	28
2.2.4.1.1 Beschreibung des Ansatzes.....	28
2.2.4.1.2 Kritische Reflexion des Ansatzes	32

2.2.4.2	Der Ansatz von Hoffmann zur Bewertung von Luftkurorten.....	33
2.2.4.2.1	Beschreibung des Ansatzes	33
2.2.4.2.2	Kritische Reflexion des Ansatzes.....	36
2.2.4.3	Das Instrument „QUALITEST“ der Europäischen Kommission.....	38
2.2.4.3.1	Beschreibung des Ansatzes	39
2.2.4.3.2	Kritische Reflexion des Ansatzes.....	42
2.2.4.4	Der Ansatz von Scheffel zur nachfrageorientierten, disaggregierten (Mikro-) Strukturanalyse im Tourismus.....	43
2.2.4.4.1	Beschreibung des Ansatzes	44
2.2.4.4.2	Kritische Reflexion des Ansatzes.....	46
2.2.5	Probleme und Herausforderungen touristischer Bewertungsverfahren	47
2.2.5.1	Konkretisierung des Tourismusbegriffs	47
2.2.5.2	Individualität der Bewertung	48
2.2.5.3	Auswahl der Bewertungskriterien	49
2.2.5.4	Quantifizierbarkeit von Angebotsqualitäten.....	51
2.2.5.5	Auswahl geeigneter räumlicher Erhebungseinheiten	53
2.2.5.6	Skalierung der Messergebnisse.....	54
2.2.5.7	Gewichtung der Bewertungskriterien	55
2.2.5.8	Vergleichbarkeit unterschiedlicher räumlicher Einheiten	57
2.2.6	Schlussfolgerungen für die Modellbildung.....	58
2.3	Klärung des Bewertungsobjektes: „Gesundheitstouristische Kompetenz“	58
2.3.1	Gesundheitstourismus: Begriffsbestimmung und -abgrenzung.....	59
2.3.2	Theoretische Herleitung gesundheitstouristischer Marktsegmente	61
2.3.2.1	Privatkur	64
2.3.2.2	Gesundheitsurlaub	67
2.3.2.3	Wellnessurlaub	68
2.3.3	Zum Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“	69
2.3.3.1	Gesundheitstouristische Qualität	70
2.3.3.1.1	Begriffsbestimmung.....	70
2.3.3.1.2	Dimensionen touristischer Qualität.....	72
2.3.3.1.3	Strukturierung der „Gesundheitstouristischen Qualität“ für die Zwecke dieser Arbeit	77
2.3.3.2	Gesundheitstouristisches Potenzial.....	79
2.3.3.2.1	Begriffsbestimmung.....	79
2.3.3.2.2	Dimensionen des gesundheitstouristischen Potenzials.....	80
2.3.4	Schlussfolgerungen für die Modellbildung.....	81
3	Modell zur Bewertung der gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten	82
3.1	Anforderungen an das Bewertungsmodell	82
3.2	Grundzüge der Bewertungsmethodik.....	84
3.2.1	Bewertungsgegenstand	84

3.2.2	Zielsystem	85
3.2.3	Bewertungsmethode	85
3.2.4	Herleitung der Kriterien	87
3.2.5	Art der Kriterien	93
3.2.6	Bewertung von Infrastrukturen	94
3.2.7	Methoden der Datenerfassung	94
3.2.8	Räumliche Betrachtungseinheiten	95
3.2.9	Ermittlung von Zielerträgen (Messwerten)	95
3.2.10	Skalierung der Messergebnisse	97
3.2.11	Herleitung der Gewichtungsfaktoren	98
3.2.12	Grundlogik der Gewichtung	99
3.2.13	Ergebnisdarstellung	100
3.3	Methodik der empirischen Untersuchung zur zielgruppenspezifischen Gewichtung der Kriterien.....	101
3.3.1	Untersuchungsmethode	101
3.3.2	Untersuchungsgrößen und Themenschwerpunkte.....	105
3.4	Herleitung empirisch relevanter Zielgruppen	110
3.4.1	Empirische Überprüfung der theoretisch hergeleiteten Zielgruppen	111
3.4.2	Empirische Überprüfung alternativer Marktsegmente	113
	3.4.2.1 Das Verfahren der Diskriminanzanalyse	115
	3.4.2.2 Anwendung der Diskriminanzanalyse	119
3.4.3	Modifizierung des Zielsystems aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse	124
3.4.4	Kurzvorstellung empirisch relevanter Zielgruppen.....	125
3.5	Das Modell zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Qualität entlang der Qualitätskategorien	128
3.5.1	Die übergeordneten Qualitätskategorien und ihre Gewichte	129
3.5.2	Informationsqualität im Vorfeld der Reise.....	130
3.5.3	Qualität des Reiseservices	132
3.5.4	Überregionale Erreichbarkeit des Ortes	133
3.5.5	Informationsqualität vor Ort.....	134
3.5.6	Beherbergungsangebot	135
3.5.7	Mobilität vor Ort	136
3.5.8	Angebot an Gesundheitseinrichtungen und -infrastrukturen.....	138
3.5.9	Freizeitattraktionen und -programme	144

3.5.10	Aktivangebot.....	145
3.5.11	Kulturangebot	147
3.5.12	Ästhetische Qualität der Landschaft	149
3.5.13	Qualität des Klimas.....	152
3.5.14	Kurortmedizinische Potenziale	153
3.5.15	Atmosphäre im Ort	157
3.6	Das Modell zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Potenzialqualität	162
4	Das Modell in seiner praktischen Anwendung.....	167
4.1	Auswahl und Struktur der Untersuchungsräume	167
4.2	Anmerkungen zur Datenerfassung	170
4.3	Dokumentation der Richtwerte	172
4.4	Gruppierung der Orte zu Strategiegruppen	177
4.5	Nähere Analyse und Interpretation der Ergebnisse	180
4.5.1	(Gesundheits-) touristische Kompetenz der untersuchten Orte	180
4.5.2	Strategische Ableitungen aus den Untersuchungsergebnissen	190
4.5.3	Ableitung von Handlungsbedarf für den einzelnen Ort.....	197
4.5.3.1	Analyse der Stärken und Schwächen des einzelnen Ortes entlang der übergeordneten Qualitätskategorien	197
4.5.3.2	Analyse der Stärken und Schwächen des einzelnen Ortes entlang der wichtigsten Angebotsfaktoren	198
4.5.3.3	Zielgruppenwahl und Strategieoptionen.....	201
4.5.3.4	Ableitung von Handlungsbedarf.....	203
5	Zusammenfassung und Bewertung des Modells	208
5.1	Zusammenfassung und Reflexion der schrittweisen Modellbildung	208
5.2	Bewertung entlang ausgewählter Fragestellungen	217
5.3	Zusammenfassende Bewertung	225
	Literatur- und Quellenverzeichnis	228
	Anhang.....	Fehler! Textmarke nicht definiert.

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Heilbäder und Kurorte im gesundheitstouristischen Wettbewerb.....	11
Abb. 2:	Investitionsvolumen der Heilbäder und Kurorte für Infrastrukturprojekte zwischen 1997 und 2000	12
Abb. 3:	Schwerpunkte der touristischen Angebotsentwicklung der Kurorte 1997-2000.....	13
Abb. 4:	Gründe für den Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Nachfrage.....	15
Abb. 5:	Entwicklung tourismusplanerischer Ziele im Zeitverlauf	20
Abb. 6:	Abgrenzung des Gesundheitstourismus	61
Abb. 7:	Systematisierung gesundheitstouristischer Erscheinungsformen.....	62
Abb. 8:	Wahrnehmung von touristischen Angebotsqualitäten einer Destination	72
Abb. 9:	Touristische Angebotsdimensionen: ursprüngliches und abgeleitetes Angebot	73
Abb. 10:	Touristische Angebotsdimensionen: Dienstleistungskette	75
Abb. 11:	Touristische Angebotsdimensionen: Hardware, Umwelt/ Kultur und Software.....	76
Abb. 12:	Grundstruktur zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten in vorliegender Arbeit	78
Abb. 13:	Das gesundheitstouristische Potenzial als Bestandteil der gesundheitstouristischen Qualität.....	81
Abb. 14:	Grundstruktur des Bewertungsinstruments	89
Abb. 15:	Beispiele für unterschiedliche Möglichkeiten zur Skalierung von Messwerten	98
Abb. 16:	Beispiel für die Gewichtung der Kriterien	99
Abb. 17:	Segmentierung der Stichprobe nach dem Reiseziel	106
Abb. 18:	Kriterien zur Segmentierung in Sozialkur- und Privatgäste.....	107
Abb. 19:	Segmentierung der Befragten in Sozialkur- und Privatgäste	108
Abb. 20:	Kriterien zur Segmentierung der Privatgäste von Heilbädern und Kurorten	109
Abb. 21:	Segmentierung der Privatgäste von Heilbädern und Kurorten.....	111
Abb. 22:	Private Zielgruppen von Kurorten - Modifizierte Marktsegmentierung	114
Abb. 23:	Diskriminanzachse im Koordinatensystem zweier Variablen (Beispiel).....	117
Abb. 24:	Vorgehensweise zur Definition von Gruppengrenzen auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse	177
Abb. 25:	Normstrategien des BCG-Portfolios.....	190
Abb. 26:	Portfoliomatrix auf Basis der Untersuchungsdaten.....	193
Abb. 27:	Ortsspezifische Stärken und Schwächen entlang der übergeordneten Qualitätskategorien (Beispielort).....	198
Abb. 28:	Stärken und Schwächen entlang der wichtigsten Angebotsfaktoren (Beispielort)	200

Abb. 29: Einordnung eines Beispielortes in das Strategieportfolio	201
Abb. 30: Normierung der Kennziffer (K)	205
Abb. 31: Normierung der Gewichtungsfaktoren [Transformation zum Handlungsdruckfaktor (b)].....	206
Abb. 32: Handlungsdruckfaktoren (Beispielort).....	207

Tabellenverzeichnis

Tab. 1:	Allgemeines Ablaufschema eines touristischen Bewertungsverfahrens	26
Tab. 2:	Handlungsmöglichkeiten des Touristen entlang der Phasen der Aktivitätskette	90
Tab. 3:	Beispielhafte Ableitung der Hauptkriterien aus den Handlungsalternativen der Phase „Informieren im Vorfeld“	91
Tab. 4:	Altersklassen nach Nielsen-Gebieten der befragten Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit.....	104
Tab. 5:	Geschlechtsklassen nach Nielsen-Gebieten der befragten Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit.....	105
Tab. 6:	Standardisierte kanonische Diskriminationskoeffizienten (b^*_j) ausgewählter Merkmale zur empirischen Überprüfung alternativer Marktsegmente	120
Tab. 7:	Klassifizierung der Elemente auf der Grundlage der durchgeführten Diskriminanzanalyse	122
Tab. 8:	Gütemaße zur Bewertung der Diskriminanzfunktionen.....	123
Tab. 9:	Kurzprofil der Zielgruppen (alternative Marktsegmentierung).....	126
Tab. 10:	Die übergeordneten Qualitätskategorien und ihre Gewichte.....	129
Tab. 11:	Informationsqualität im Vorfeld: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	131
Tab. 12:	Qualität des Reiseservices: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	133
Tab. 13:	Erreichbarkeit: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren.....	134
Tab. 14:	Informationsqualität vor Ort: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	135
Tab. 15:	Beherbergungsangebot: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	136
Tab. 16:	Mobilität vor Ort: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren.....	137
Tab. 17:	Gesundheitseinrichtungen: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	143
Tab. 18:	Freizeitattraktionen und -programme: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	144
Tab. 19:	Aktivangebote: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren.....	146
Tab. 20:	Kulturangebot: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren.....	148
Tab. 21:	Ästhetische Landschaftsqualität: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	151

Tab. 22:	Klima: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	152
Tab. 23:	Kurortmedizinische Potenziale: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren	154
Tab. 24:	Zukunftsfähige medizinisch orientierte Angebotsfelder für Kurorte.....	156
Tab. 25:	Atmosphäre im Ort: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren.....	158
Tab. 26:	Herleitung der Gewichtungsfaktoren zur Berechnung der Potenzialqualität (aktivitätsorientierte Qualitätskategorien)	164
Tab. 27:	Herleitung der Gewichtungsfaktoren zur Berechnung der Potenzialqualität (übergreifende Qualitäten)	166
Tab. 28:	Untersuchungsräume: Charakteristik der Stichprobe anhand von Häufigkeiten ...	168
Tab. 29:	Untersuchungsräume: Charakteristik der Stichprobe anhand von Mittelwerten ..	170
Tab. 30:	Übersicht über die empirisch ermittelten Richtwerte	173
Tab. 31:	Gruppierung der Orte auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse: Gruppengrenzen entlang der übergeordneten Qualitätskategorien.....	178
Tab. 32:	Gruppierung der Orte auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse: Gruppengrenzen der Gesamtergebnisse.....	179
Tab. 33:	Analyse der Bewertungsergebnisse mithilfe der Größe Q.....	182
Tab. 34:	Korrelation zwischen verschiedenen Merkmalen der Orte und den Bewertungsergebnissen.....	184
Tab. 35:	Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 1	194
Tab. 36:	Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 2.....	195
Tab. 37:	Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 3.....	196
Tab. 38:	Die wichtigsten Kriterien der Bewertung	199

Abkürzungsverzeichnis

Abb.	Abbildung	k.A.	keine Angaben
ADAC	Allgemeiner Deutscher Automobil Club e.V.	KGT	Kur- und Gesundheitstouristen
ADFC	Allgemeiner Deutscher Fahrradclub e.V.	KMO	Kurörtliche Tourismus-/ Marketingorganisation
BCG	Boston Consulting Group	KP	Korrelationskoeffizienten nach Pearson
Bd.	Band	MWASA	Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Sachsen-Anhalt
BMVBW	Bundesministerium für Verkehr, Bau- und Wohnungswesen	n	Stichprobengröße
CATI	Computer assisted telephone interviews	NECK	Neckermann
DHV	Deutscher Heilbäderverband e.V.	NN	Normalnull
DSF	Deutsches Seminar für Fremdenverkehr e.V.	Nonpubs	Nonpublished Phone Subscribers
DTV	Deutscher Tourismusverband e.V.	o.J.	ohne Jahresangabe
ET	Erholungstouristen	ÖPNV	Öffentlicher Personennahverkehr
ETI	Europäisches Tourismus Institut an der Universität Trier GmbH	PBK	Punktbiserialer Korrelationskoeffizient
f.	folgende Seite	PKW	Personenkraftwagen
F.U.R.	Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen	PQ	Potenzialqualität
ff.	folgende Seiten	PR	Public-Relations
FIT	Fit-Reisen	QMI	Quality Management Indicators
FTM	Forschungskreis Tourismus Management e.V.	QPCI	Quality Perception Condition Indicators
H.	Heft	QPI	Quality Performance Indicators
H&K	Heilbäder und Kurorte	SGB	Sozialgesetzbuch
Hrsg.	Herausgeber	Tab.	Tabelle
i.e.S.	im engen Sinne	TI	Touristinformation
i.w.S.	im weiten Sinne	vs.	versus
Jg.	Jahrgang	WT	Wellnesstouristen
		ZKGWB	Zentrale Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung

Zusammenfassung

Seit Jahren bemühen sich die deutschen Heilbäder und Kurorte darum, sich auf dem **touristischen – insbesondere auf dem hoffnungsvollen gesundheitstouristischen – Markt** zu positionieren, um Verluste aus dem Bereich der öffentlich finanzierten Kur zu kompensieren und/ oder sich ein zusätzliches Standbein für die Zukunft aufzubauen. Zahlreiche Orte kämpfen dabei mit verschiedenen Problemen. Zu nennen sind hier einerseits die viel diskutierten „**Strukturprobleme**“ von Heilbädern und Kurorten, deren Ursache meist in einer jahrelangen einseitigen Konzentration auf den öffentlichen Kursektor liegen. Andererseits muss auch festgestellt werden, dass nicht jedes Heilbad/ jeder Kurort das **Potenzial** besitzt, um auf dem touristischen Markt erfolgreich zu sein. Denn dieser ist durch eine **intensive Wettbewerbssituation** sowie eine **anspruchsvolle Nachfrage** gekennzeichnet.

Ziel dieser Arbeit war es vor diesem Hintergrund, ein **Instrument zur Bewertung der touristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten** zu entwickeln, mithilfe dessen wichtige Informationen zum **Status** und zum **Entwicklungspotenzial** der Orte als Entscheidungs- und Handlungsbasis für deren **grundsätzliche strategische Ausrichtung** sowie eine **marktorientierte Entwicklung** schnell, einfach und kostengünstig generiert werden können.

Der Kunstbegriff der „**touristischen Kompetenz**“ wurde hierfür in die beiden folgenden - voneinander zu unterscheidenden - Teilaspekte gegliedert:

- (1) die touristische Qualität von Heilbädern und Kurorten, also die Summe aller Angebotsfaktoren, Merkmale und Eigenschaften eines Heilbades bzw. Kurortes, die durch die touristischen Zielgruppen in Anspruch genommen und an deren Erwartungen gemessen werden, und
- (2) das touristische Potenzial von Heilbädern und Kurorten, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes, um touristische Zielgruppen zufrieden stellen zu können.

Zur Bewertung touristischer Räume kann man auf eine **Vielzahl bestehender Verfahren und Ansätze** zurückgreifen. Eine Fülle von Arbeiten zur Bewertung der (potenziellen) Eignung von Landschaften für Freizeit und Fremdenverkehr entstand in den 60er/ 70er Jahren („klassische Landschaftsbewertungsverfahren“). Die wesentliche Zielsetzung dieser Arbeiten war es, eine Grundlage zu schaffen zur Ausweisung von Erholungs- und Fördergebieten, zur Bestimmung von touristischen Schwerpunkten sowie zur Planung von Freizeitinfrastrukturen. Heute besitzen Verfahren zur Bewertung von touristischen Räumen einen veränderten Fokus. Aufgrund des bestehenden Angebotsüberhangs und der ausgeprägten internationalen Konkur-

renz geht es heute weniger um die Schaffung zusätzlicher Angebotskapazitäten, sondern vor allem um die **qualitätsorientierte Entwicklung des bestehenden Angebots**.

Im Gegensatz zum ausgereiften Entwicklungsstand klassischer Landschaftsbewertungsverfahren stecken die Bemühungen um die Schaffung qualitätsorientierter Analyse- und Bewertungsinstrumente allerdings noch in den Kinderschuhen. Ausgesprochen hinderlich für einen wissenschaftlichen Austausch über die bestehenden Methoden ist vor allem, dass in den meisten Fällen die Bewertungsmethode völlig unzureichend dokumentiert wird. Es liegt die Vermutung nahe, dass zahlreiche Ansätze, die als Beratungsinstrumente privater Unternehmen entwickelt wurden, einer erträglichen wissenschaftlichen Fundierung entbehren. Nur wenige aktuelle Bewertungsansätze sind Gegenstand befriedigend dokumentierter und zugänglicher wissenschaftlicher Abhandlungen, wie etwa der Ansatz von HOFFMANN (1999) zur Bewertung von Luftkurorten sowie der Ansatz von SCHEFFEL (1989) zur nachfrageorientierten, disaggregierten (Mikro-) Strukturanalyse. Der Wert der vorliegenden Arbeit liegt insofern auch in der differenzierten Darstellung und Diskussion der Bewertungsmethode als Grundstein für einen vertiefenden wissenschaftlichen Austausch.

Das bedeutendste methodische Konzept quantitativer räumlicher Bewertungsverfahren ist die **Nutzwertanalyse**. Auch die klassischen Landschaftsbewertungsverfahren, die in den 60er/70er Jahren entwickelt wurden, um geeignete Standorte zur Schaffung touristischer Angebotskapazitäten zu identifizieren, basieren überwiegend auf dieser aus der Systemtechnik stammenden Methode. Die Grundlogik der Nutzwertanalyse besteht darin, eine beliebige Zahl vorgegebener Alternativen vor dem Hintergrund eines spezifischen Zielsystems und auf der Grundlage gewichteter Kriterien zu bewerten, wobei die gemessenen Werte entlang des Kriterienkatalogs mithilfe von Nutzwertfunktionen sowie Richtgrößen in dimensionslose Zielerfüllungswerte transformiert werden. Durch die Addition der Zielerfüllungswerte entstehen Teilnutzwerte, die in Summe den Gesamtnutzwert ergeben.

Auch für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wurde die Nutzwertanalyse als methodische Bewertungsgrundlage gewählt. Als Vorteil wird insbesondere erachtet, dass sich sehr genaue, intervallskalierte Ergebnisse ermitteln lassen, die einen guten Vergleich zwischen mehreren Orten und zwischen unterschiedlichen Messzeitpunkten ermöglichen.

Der **empirischen Fundierung der entwickelten Bewertungsmethode** dienen die Ergebnisse zweier großer empirischer Untersuchungen:

- (1) einer (repräsentativen) **telefonischen Befragung** von in Deutschland lebenden Personen ab 16 Jahren, die in den vergangenen 3 Jahren einen privat finanzierten Aufenthalt in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort mit mindestens einer Übernachtung verbracht haben (n = 416). Ziele der Befragung waren (a) die Definition touristischer Zielgruppen von Heilbädern und Kurorten und (b) die nachfrage- bzw. zielgruppenorientierte Herleitung und Gewichtung von Bewertungskriterien.
- (2) einer **Anwendung des Bewertungsmodells** in 139 höher prädikatisierten deutschen Heilbädern und Kurorten. Diese diente (a) der Erprobung des Modells sowie (b) als Grundlage zur Berechnung von empirischen Optimal- bzw. Minimalwerten, die für die Transformation zahlreicher metrisch skalierten Messwerte in dimensionslose Zielerfüllungswerte benötigt wurden.

Die für die zielgruppenspezifische Bewertungsperspektive erforderliche **Marktsegmentierung** wurde auf der Grundlage von theoretischen Überlegungen und empirischen Analysen vorgenommen. Hierbei wurde auf die Daten aus der unter (1) genannten Untersuchung zurückgegriffen. Im Ergebnis lassen sich folgende - nach dem primären Reisemotiv segmentierte - Zielgruppen unterscheiden:

- (1) Kur- und Gesundheitstouristen (primäres Reisemotiv: Rehabilitation, Therapie, spezifische Prävention von Krankheiten)
- (2) Wellnessurlauber (primäres Reisemotiv: unspezifische Primärprävention)
- (3) Erholungstouristen (primäres Reisemotiv: Erholung).

Das **Grundgerüst des hierarchischen Kriterienkatalogs** bilden vierzehn Qualitätskategorien, die sich mehrheitlich am Modell der „Dienstleistungskette“ orientieren. Sie werden auf mehreren Ebenen bis hin zu beobachtbaren Sachverhalten (Messkriterien) operationalisiert. Insgesamt umfasst das Bewertungsmodell annähernd 900 Kriterien. Während der Kriterienkatalog zur Bewertung der **touristischen Qualität** versucht, die marktrelevanten Angebotsfaktoren möglichst umfassend abzubilden, fokussiert die **touristische Potenzialqualität** (nur) die in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Kurortes. Die entsprechenden Kriterien wurden somit als Teil des Kriterienkatalogs zur Bewertung der touristischen Qualität systematisch ausgewählt. Leitend war hierbei die Annahme, dass die Potenzialqualität eines Kurortes umso höher ist, je besser die Qualität der kaum beeinflussbaren und zugleich (für die Zielgruppen) wichtigen Angebotsqualitäten einzuschätzen ist.

Ein zentraler Fortschritt gegenüber bisherigen touristischen Bewertungsverfahren ist die auf **repräsentative Marktdaten** (aus der telefonischen Befragung) **gestützte Kriterienherleitung und -gewichtung**. Durch die Anwendung des Bewertungsmodells in annähernd 40% aller Heilbäder und Kurorte wurden darüber hinaus zahlreiche **empirisch fundierte Richtgrößen als Grundlage für die Skalierung der metrischen Messwerte** berechnet. Dies stellt eine deutliche Weiterentwicklung gegenüber den häufig willkürlich festgelegten Richtgrößen bisheriger Bewertungsverfahren dar.

Mithilfe der entwickelten Bewertungsmethode lassen sich vielfältige Informationen gewinnen. Das Modell ist in der Lage, die (zielgruppenspezifische) touristische Kompetenz eines Kurortes durch eine globale Zahl zum Ausdruck zu bringen, ebenso wie differenzierte Hinweise auf den örtlichen Handlungsbedarf zu geben. Die **Aussagekraft** der erzielbaren Bewertungsergebnisse zeigt sich in hohen positiven Korrelationen zwischen den Bewertungsergebnissen (aus der Erprobung des Modells) und den Übernachtungszahlen der Orte (die als Indikator für deren touristische Kompetenz gelten können). Verschiedene **Visualisierungsinstrumente** (Strategieportfolios, Stärken-Schwächenprofile und Handlungsdruckdiagramme) verdichten die komplexen Informationen aus der Bewertung und liefern damit einen wertvollen, praxisnahen Beitrag für die kurörtlichen Entwicklung.

1 Einleitung

Kaum eine Branche stand in den letzten Jahren vor so großen Herausforderungen wie das Kur- und Bäderwesen. Die „Kurkrise“ - mit ihrem bisherigen Höhepunkt durch die dritte Stufe der Gesundheitsstrukturreform im Jahr 1997 - hat Heilbäder und Kurorte deutschlandweit in ein hart umkämpftes Wettbewerbsumfeld katapultiert. Denn spätestens nach den dramatischen Nachfrageeinbrüchen im Jahr 1997 waren sie herausgefordert, sich auf dem Markt der heiß umworbenen ‚Selbstzahler‘ - insbesondere auf dem touristischen Markt - zu positionieren.

Ein wichtiger Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die Tatsache, dass die deutschen Heilbäder und Kurorte in unterschiedlicher Weise für den intensiven touristischen bzw. gesundheitstouristischen Wettbewerb geeignet sind und dass sie, je nach Eignung (aktuell und potenziell), vor unterschiedlichen Herausforderungen stehen. Im Sinne einer gezielten Förderung und Entwicklung sollte diesen unterschiedlichen Herausforderungen künftig besser Rechnung getragen werden.

Es ist das Anliegen dieser Arbeit, ein **Analyse- und Bewertungsmodell** zu entwickeln, das **entscheidungs- und handlungsrelevante Informationen als Grundlage zur Bewältigung der individuellen Herausforderungen der deutschen Heilbäder und Kurorte** generieren kann.

1.1 Problemstellung

Zweifelsohne ist der Gesundheitsmarkt eine Wachstumsbranche. Hierüber sind sich die meisten Experten einig. Wesentliche Motoren dieser Entwicklung sind die problematische demographische Entwicklung in den westlichen Industrienationen, verbunden mit einer starken Überalterung der Bevölkerung, sowie die Zunahme so genannter Volkskrankheiten, wie z.B. Übergewicht, Bluthochdruck, chronisches Ermüdungssyndrom etc. (vgl. KERSCHER 2003, S. 277). Die Freude über diese Entwicklung hält sich verständlicherweise in Grenzen, zumal dem wachsenden Bedarf an Gesundheitsdiensten eine zunehmende Überlastung unserer Gesundheitssysteme gegenübersteht. Künftige Wachstumspotenziale konzentrieren sich daher vor allem auf das Segment privat finanzierter Produkte und Dienstleistungen. Verstärkt werden diese Wachstumstendenzen durch ein zunehmendes Gesundheitsbewusstsein der Bevölkerung und die damit verbundene Bereitschaft, mit privaten Mitteln für ihre Gesundheitsfürsorge aufzukommen (vgl. FISCHER 1999, S. 53ff.). Die Bedeutungszunahme der Prävention von Krankheiten gegenüber Maßnahmen der Krankheitsbekämpfung erwächst aber auch aus der Sorge der Menschen, dass Krankheitskosten künftig nicht mehr in vollem Umfang durch die Krankenversicherungen getragen werden können.

Durch die enge Verflechtung von Gesundheit, Urlaub und Freizeit wird auch die Freizeit- und Tourismusbranche vom Wachstumspotenzial des privat finanzierten Gesundheitsmarktes profitieren. Innerhalb der verschiedenen touristischen Märkte gelten gesundheitsorientierte Urlaubsformen als wichtige touristische Wachstumssegmente (vgl. F.U.R. 2005a, S. 9).

Für Heilbäder und Kurorte haben diese Entwicklungen eine besondere Bedeutung. Zum einen sind sie bekanntlich stark durch die Kostenreduzierungen im Bereich der sozialfinanzierten Kur betroffen. Zum anderen bieten sich ihnen neue Chancen zur Positionierung auf den verschiedenen Märkten des Gesundheitstourismus.

Die bestehenden Chancen müssen allerdings unter einem großen Vorbehalt betrachtet werden. Denn trotz der hohen Erwartungen an die Entwicklung des gesundheitstouristischen Marktes ist nicht davon auszugehen, dass die Verluste aus dem Bereich der sozial finanzierten Kur vollständig kompensiert werden können (vgl. ETI 1997, S. 135). Hinzu kommt, dass sich die Heilbäder und Kurorte in einem intensiven Wettbewerb um den Gesundheitstouristen befinden. Auf europäischer Ebene konkurrieren etwa 1.200 Heilbäder und Kurorte um den beliebten selbst zahlenden Gast. Und auch außerhalb des Kurbereichs haben die vielversprechenden Marktprognosen eine starke Expansion des gesundheitstouristischen Angebotsmarktes bewirkt: „ein Boom ist bei den Anbietern, nicht bei der Nachfrage feststellbar“ (FISCHER 1997, S. 52). Der Wettbewerb ist also äußerst intensiv und erfordert sowohl ein solides touristisches Potenzial als auch eine professionelle Angebotsentwicklung und Marktbearbeitung von den Kurorten, um die bestehenden Chancen nutzen zu können.

Wie eingangs betont, sind die deutschen Heilbäder und Kurorte in unterschiedlicher Weise für diesen Wettbewerb geeignet bzw. gerüstet. Viele Orte haben es vor Jahren versäumt, rechtzeitig in die Modernisierung ihres Angebots zu investieren. Die zum Teil starke Klinifizierung der Orte zu Lasten des mittelständischen Hotel- und Gaststättensektors, damit einhergehende Imageprobleme, die geringe Bandbreite des Freizeitangebots sowie das Fehlen moderner gesundheitstouristischer Infrastrukturen sind die wesentlichen (und alt bekannten) Strukturprobleme, mit denen viele Heilbäder und Kurorte zu kämpfen haben. Sie haben es heute schwer, touristische Nachfrage zu generieren und befinden sich in einem Teufelskreis zwischen Nachfrageverlusten und Investitionsstau. Neben „hausgemachten“ Problemen darf aber auch nicht übersehen werden, dass zahlreichen Heilbädern und Kurorten schlichtweg das Potenzial, wie z.B. die landschaftliche Eignung oder die Atmosphäre im Ort fehlt, um auf dem touristischen Markt erfolgreich zu sein (vgl. VON DOBSCHÜTZ 2001, S. 70). Diese „Problemorte“ stehen vor ganz anderen Herausforderungen als jene Orte, die frühzeitig bzw. kontinuierlich und systematisch in die Marktfähigkeit ihrer Angebote investiert haben. Während es bei den schwachen Orten um grundsätzliche Fragen der künftigen Entwicklung geht, z.B. auch um die Frage, ob überhaupt in touristische bzw. gesundheitstouristische Angebote

investiert werden sollte, ist es für die starken Orte wichtig zu wissen, wie sie ihre Marktsstellung langfristig sichern und ausbauen können. Dazwischen liegen zahlreiche Nuancen touristischer Stärke und Entwicklungsfähigkeit und – damit einhergehend – verschiedenste Herausforderungen, mit denen die Heilbäder und Kurorte konfrontiert sind.

1.2 Zielsetzung

Vor dem Hintergrund der skizzierten Problemstellung ist es das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, ein Analyse- und Bewertungsinstrument zu schaffen, mit dessen Hilfe wissenschaftlich fundierte Informationen als unterstützende Grundlage zur Bewältigung der verschiedenen Herausforderungen, mit denen die deutschen Heilbäder und Kurorte im Hinblick auf ihre gesundheitstouristische Entwicklung konfrontiert sind, schnell, einfach und kostengünstig generiert werden können. Im Fokus der vorliegenden Arbeit steht das Bewertungsinstrument an sich, nicht die Ergebnisse der Bewertung.

Im Einzelnen soll die Anwendung des Bewertungsmodells Antworten auf die folgenden Fragen bieten:

- 1) Über welche gesundheitstouristische Kompetenz verfügen die Orte?
- 2) Welche grundsätzlichen strategischen Ableitungen ergeben sich hieraus?
- 3) Mit welchem konkreten Handlungsbedarf ist der einzelne Ort im Hinblick auf eine markt-orientierte gesundheitstouristische Entwicklung konfrontiert?

Unter dem Kunstbegriff „gesundheitstouristische Kompetenz“ wird dabei nicht nur die gesundheitstouristische Qualität eines Heilbades bzw. Kurortes verstanden, also die aktuelle Fähigkeit, sich auf dem gesundheitstouristischen Markt zu behaupten. Daneben soll auch das gesundheitstouristische Entwicklungspotenzial der Heilbäder und Kurorte, also ihre prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit, berücksichtigt werden.

Bisher existieren noch keine Bewertungsinstrumente, die die genannten Fragestellungen wissenschaftlich fundiert und in der nötigen Tiefe beantworten können. Mit vorliegender Arbeit soll diese Lücke geschlossen werden.

Die Beantwortung obiger Fragen ist einerseits für den einzelnen Ort und andererseits für übergeordnete Förderinstanzen von Bedeutung. Dabei geht es sowohl um die grundsätzliche Frage, ob gesundheitstouristische Investitionen der öffentlichen Hand in ein Heilbad bzw. einen Kurort sinnvoll sind, als auch darum, welcher Handlungsbedarf im konkreten Fall besteht. Es ist insofern ein besonderes Anliegen der vorliegenden Arbeit - über deren akademi-

schen Charakter hinaus – eine Basis für praxisbezogene, ortsspezifische Entscheidungshilfen zu liefern.

In diesem Sinne ist es ein weiterer Anspruch dieser Arbeit, ein marktorientiertes Bewertungsmodell zu entwickeln. Die Bedürfnisse, Wünsche und Anforderungen potenzieller Kunden müssen den Maßstab für die Bewertung der Heilbäder und Kurorte bilden, da die Fähigkeit eines Ortes zur Erfüllung von Kundenbedürfnissen über Erfolg und Misserfolg und somit über deren Wettbewerbsfähigkeit entscheidet. Zu berücksichtigen ist dabei, dass ein Kurort nicht für alle Zielgruppen gleich attraktiv sein kann (vgl. HARTMANN 1996, S. 78). Den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Zielgruppen an das gesundheitstouristische Angebot ist daher bei der Modellentwicklung Rechnung zu tragen.

Das zu entwickelnde Bewertungsmodell soll deutschlandweit und auf alle Mineral- und Moorheilbäder, Heilklimatischen Kurorte, Kneippheilbäder und Kneippkurorte sowie Seeheilbäder und Seebäder anwendbar sein. Eine gemeinsame Betrachtung dieser durchaus sehr unterschiedlichen Ortstypen wird als möglich und grundsätzlich auch sinnvoll erachtet. Die Betrachtungen im Rahmen dieser Arbeit konzentrieren sich auf Heilbäder und Kurorte in Deutschland. Wenngleich auch im europäischen Kontext durchaus Bedarf für eine vergleichende Bewertung gesundheitstouristischer Qualitäten und Potenziale in Heilbädern und Kurorten vorhanden ist, trifft die skizzierte Problemstellung in der Form nicht auf andere europäische Länder zu. Insbesondere verfügt kein anderes Land über so viele Heilbäder und Kurorte wie Deutschland und ist angesichts der bestehenden Strukturprobleme in ähnlicher Weise herausgefordert, einen bereits begonnenen Selektionsprozess durch eine intelligente Förderpolitik zu steuern bzw. die knappen öffentlichen Mittel gezielt und effektiv einzusetzen. Zudem schränken die unterschiedlichen gesetzlichen Regelungen zur Anerkennung von Heilbädern und Kurorten sowie die fehlende Vergleichbarkeit statistischer Daten die Gestaltung eines europaweit einsetzbaren Kriterienkatalogs stark ein. Weiterführende Betrachtungen im europäischen Kontext müssen daher Gegenstand künftiger Forschungsarbeiten sein.

1.3 Aufbau der Arbeit

Die Arbeit beginnt mit einem einführenden **Theorieteil**, in dem sämtliche für die Modellbildung erforderlichen theoretischen Grundlagen zusammengestellt werden (Kapitel 2). Kapitel 2.1 widmet sich zunächst den Heilbädern und Kurorten als denjenigen Anbietern von gesundheitstouristischen Leistungen, die vor besonderen Herausforderungen stehen und auf die daher das Interesse vorliegender Forschungsarbeit gerichtet ist. In Kapitel 2.2 werden die methodischen Möglichkeiten zur Bewertung von (gesundheitstouristischen) Destinationen beleuchtet. Eine besondere Auseinandersetzung erfolgt mit den Problemen und Herausforderungen beste-

hender Bewertungsverfahren. Ziel ist es, Folgerungen und Lösungsmöglichkeiten für die Gestaltung des Bewertungsmodells abzuleiten. Kapitel 2.3 dient der näheren Analyse des theoretischen Konstruktes, das es in dieser Arbeit zu bewerten gilt: der „Gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten“. Im Mittelpunkt der Betrachtungen stehen die begriffliche Einordnung und Abgrenzung des Gesundheitstourismus generell, die Definition gesundheitstouristischer Marktsegmente als Grundlage einer zielgruppenorientierten Bewertung sowie die detaillierte Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“.

Auf dieser Grundlage erfolgt die eigentliche **Modellbildung** (Kapitel 3). Kapitel 3 beginnt mit einer Zusammenfassung der zentralen Anforderungen an das zu entwickelnde Modell (Kapitel 3.1) und einer Vorstellung dessen methodischer Grundzüge (Kapitel 3.2). Zum Zwecke der Modellbildung wurde eine telefonische Befragung durchgeführt. Zielsetzungen dieser Untersuchung waren die empirische Überprüfung der theoretisch hergeleiteten Zielgruppen sowie, hierauf aufbauend, die Ableitung zielgruppenspezifischer Kriteriengewichte. Das Forschungsdesign dieser Befragung wird in Kapitel 3.3 vorgestellt. Auf dieser Basis sowie auf der Grundlage ergänzender Sekundäranalysen werden die zentralen Bestandteile des Modells hergeleitet und näher beschrieben: die Zielgruppen, aus deren Perspektive die Bewertung erfolgen soll (Kapitel 3.4) sowie die zentralen gesundheitstouristischen Qualitäten, die zu bewerten sind, inklusive deren empirisch ermittelter, zielgruppenspezifischer Gewichtungsfaktoren (Kapitel 3.5). Ergänzend und hierauf aufbauend wird in Kapitel 3.6 versucht, den Teilaspekt des gesundheitstouristischen Potenzials zu operationalisieren. Das Ergebnis der Modellbildung ist ein komplexer hierarchisch aufgebauter Katalog an Kriterien, Richtwerten, zielgruppenspezifischen Gewichtungsfaktoren sowie exakten Angaben zur Erhebung der erforderlichen Daten. Die Darstellung dieses Katalogs erfolgt zweckmäßigerweise tabellarisch und ist dem Anhang zu entnehmen (Anhang 2). Mithilfe zahlreicher Fußnoten werden hier die Kriterien auf der Grundlage von Sekundäranalysen sowie eigenen Überlegungen begründet und näher erläutert.

In Kapitel 4 wird das Bewertungsmodell schließlich in seiner **praktischen Anwendung** präsentiert. Die Basis hierfür bilden umfangreiche Untersuchungen in insgesamt 139 deutschen Heilbädern und Kurorten. Ziele der Untersuchungen waren die Komplettierung des Bewertungssystems einerseits sowie dessen Erprobung andererseits. In Kapitel 4.1 wird zunächst auf die Auswahl und Struktur der Untersuchungsräume eingegangen, wobei insbesondere die Frage der Repräsentativität und damit der Übertragbarkeit des Modells auf weitere deutsche Heilbäder und Kurorte diskutiert wird. In Kapitel 4.2 werden einige Anmerkungen zur Datenerfassung zusammengefasst. Verschiedene Richt- und Grenzwerte, die als Bewertungsmaßstab Eingang in die Bewertungsmethodik fanden, werden in Kapitel 4.3 und Kapitel 4.4 dokumentiert. In Kapitel 4.5 erfolgt schließlich eine nähere Analyse, Interpretation und

Diskussion der Bewertungsergebnisse. Besonderes Augenmerk gilt dabei den Fragen, ob bzw. inwieweit die Anwendung des Bewertungssystems valide Ergebnisse hervorzubringen vermag und in welcher Form praxisorientierte Schlussfolgerungen aus den Bewertungsergebnissen gezogen werden können.

Ein abschließendes Kapitel (Kapitel 5) widmet sich der **kritischen Auseinandersetzung mit der entwickelten Methode** und soll deren Möglichkeiten und Grenzen zusammenfassend aufzeigen.

2 Theoretische Grundlagen

In Kapitel 2 werden sehr gezielt die für das Verständnis dieser Arbeit sowie die für die Entwicklung des Bewertungsmodells notwendigen theoretischen Grundlagen zusammengestellt. Basis der folgenden Ausführungen sind umfassende Literaturrecherchen.

2.1 Heilbäder und Kurorte: historische Entwicklung und aktuelle Wettbewerbssituation

Ziel des vorliegenden Kapitels ist es, einen prägnanten Überblick über die aktuelle Situation und die bestehenden Herausforderungen der Heilbäder und Kurorte in Deutschland zu geben. Denn hieraus erwächst der Bedarf für die vorliegende Forschungsarbeit. Das Kapitel beginnt mit einer Abgrenzung des Begriffs „Kurort“ auf Basis der Begriffsbestimmungen des Deutschen Heilbäderverbandes (Kapitel 2.1.1). Für das Verständnis der aktuellen Situation der Heilbäder und Kurorte ist es weiterhin erforderlich, sich mit ihrer historischen Entwicklung auseinanderzusetzen (Kapitel 2.1.2). Auf dieser Basis wird die aktuelle gesundheitstouristische Wettbewerbssituation der Heilbäder und Kurorte reflektiert (Kapitel 2.1.3) und es werden die nötigen Schlussfolgerungen für die Modellbildung gezogen (Kapitel 2.1.4). Die Ausführungen werden bewusst knapp gehalten. Heilbäder und Kurorte waren in der Vergangenheit häufig Gegenstand von Forschungsarbeiten und Veröffentlichungen, so dass die in diesem Kapitel interessierenden Fragen bereits differenziert in der aktuellen Literatur beantwortet werden. Verwiesen sei ganz besonders auf die umfangreiche Arbeit von FERGEN (2006).

2.1.1 Heilbäder und Kurorte: Begriffsbestimmung

Kurorte sind „Gebiete (Orte oder Ortsteile), die besondere natürliche Gegebenheiten – natürliche Heilmittel des Bodes, des Meeres, des Klimas oder die Voraussetzungen für die Physio-

therapie nach Kneipp für Kuren zur Heilung, Linderung oder Vorbeugung menschlicher Erkrankungen ausweisen“ (DHV 2005, S. 29). Je nach Heilmittel-Schwerpunkt sind die Bädertypen „Mineral-, Thermal- und Moorheilbäder“, „Heilklimatische Kurorte“, „Kneippheilbäder und -kurorte“ sowie „Seebäder und Seeheilbäder“ zu unterscheiden. Diese Kurorte gelten (im Gegensatz zu Luftkurorten und Erholungsorten) als „hochprädikatisiert“. Sie zeichnen sich durch die Erfüllung allgemeiner und bädertypenspezifischer Standards aus, die in den „Begriffsbestimmungen“ des Deutschen Heilbäderverbandes (vgl. DHV 2005) definiert sind und durch die Länder gesetzlich geregelt werden. Die Anerkennungsvoraussetzungen betreffen zunächst einmal die Qualität der ortsgebundenen natürlichen Heilmittel bzw. des Therapiekonzeptes nach Kneipp, die strukturellen Voraussetzungen für die verschiedenen Kurmethoden sowie die Infrastruktur der Kureinrichtungen. Darüber hinaus ist es ein besonderes Merkmal der Prädikatisierung, dass der gesamte Ort bestimmten Anforderungen zu genügen hat. So wird ein angemessener „Kurortcharakter als einem gesundheitsdienlichem Milieu“ genauso gefordert wie eine adäquate „Umweltsituation der „ökologischen Nische“ Kurort“ sowie bestimmte klimatische Voraussetzungen (DHV 2005, S. 21).

2.1.2 Historische Entwicklung der Heilbäder und Kurorte

Das Heilbäderwesen, so wie wir es heute kennen, hat seine Wurzeln in der **Antike**. Den Ärzten um Hippokrates wird die Theorie zugeschrieben, dass Krankheiten auf einem inneren Ungleichgewicht beruhen, das sich zwischen den Grundelementen Wasser, Feuer, Luft und Erde zum einen und den menschlichen Körpersäften zum anderen entwickelt hat (vgl. HOEFERT 1993, S. 391). Um die hieraus resultierenden Leiden zu kurieren, rieten sie zu einer Harmonisierung der Lebensgewohnheiten durch Diätetik, Gymnastik, Massagen, Schwitzkuren und verschiedenen temperierten Bädern (vgl. WEBER 1996, S. 10). Damals wie heute wurden Heilquellen zur Heilung und Schmerzlinderung, zur Behandlung von Schwellungen, Gelenk- und Muskelversteifungen verwendet (vgl. FERGEN 2006, S. 29). Im Gegensatz zum antiken Griechenland stand im Römischen Reich der gesellschaftliche Aspekt der Bädernutzung im Mittelpunkt. In dieser Zeit entstanden zahlreiche aufwendige Badehäuser, deren Überreste heute noch vielerorts zu sehen sind. Die römischen Badehäuser waren nicht nur Orte der Hygiene und der medizinischen Anwendungen, sondern auch der Kommunikation und des Handels (vgl. WEBER 1996, S. 51). Am Ende des römischen Reichs wurde die Badetradition, die über den hygienischen Aspekt hinausging, im islamischen Raum fortgesetzt. Die Bäderkunde (Balneologie), also die Lehre von der therapeutischen Anwendung von Heilwasser, wurde in den folgenden Jahrhunderten vor allem von arabischen Ärzten weitergeführt. Der luxuriöse Badekult der Römer blieb nur in abgeschwächter Form erhalten (vgl. BRITTNER/ STEHLE 2000, S. 52).

Während die Nutzung von Heilquellen und Bädern in der Antike und in Mitteleuropa bis in das beginnende 16. Jahrhundert der allgemeinen sozialen Befriedigung breiter Bevölkerungsschichten diente, entstand im **Zeitalter des aufgeklärten Absolutismus** eine neue Epoche der Badekultur. Die Heilbäder wurden zu Zielen und Residenzen des Adels und des Großbürgertums. Der Kuraufenthalt war ein feudales Ereignis, das zwar weiterhin gesundheitlich, aber in starkem Maße auch kulturell motiviert bzw. vergnügungsorientiert war (vgl. RUDOLPH 1982, in KIRSCHNER/ HILDEBRANDT 1987, S. 83). In dieser Zeit entstanden imposante herrschaftliche Badekomplexe und Residenzen. Die „Bäderarchitektur“ wird als eigene Bau-gattung verstanden, die viele Heilbäder noch heute prägt.

Seinen exklusiven Charakter verlor das Badewesen **Ende des 19. Jahrhundert** im Zuge der Industrialisierung. Zunehmende Gesundheitsgefährdung, wachsende Kurbedürftigkeit und steigender Wohlstand waren die wesentlichen Einflussfaktoren, dass sich nun auch Angehörigen mittlerer Schichten die Möglichkeit eines Kuraufenthaltes bot (vgl. KIRSCHNER/ HILDEBRANDT 1987, S. 83). Weiter verstärkt wurden diese Entwicklungen durch das Verbot von Spielbanken im Jahre 1868, das viele betuchte Gäste dazu veranlasste, ins angrenzende Ausland zu fahren, um dem Glücksspiel nachzugehen (vgl. FERGEN 2006, S. 31). MURKEN (1991, S. 31) nennt weiterhin die zunehmende wissenschaftliche Beschäftigung mit der Balneologie und die Gründung der „Balneologischen Sektion“ der Gesellschaft für Heilkunde im Jahr 1878 als wichtige Auslöser für die Öffnung des Badewesens für breitere Bevölkerungsschichten, die dazu führte, dass dieses seinen exklusiv-luxuriösen gesellschaftlichen Charakter verlor. Vergnügungsorientierte Motive traten zugunsten gesundheitlicher Gründe für einen Badeaufenthalt (wieder) in den Hintergrund: „Die Badereise entwickelte sich damit zu einer ernsthaften, mehrwöchigen Angelegenheit, die Kurgäste wandelten sich zu Patienten“ (MURKEN 1991, S. 31). Im Jahre 1892 wurden im Rahmen des ersten Deutschen Bädertages erstmalig Begriffsbestimmungen für Heilquellen, den therapeutischen Wert des Klimas, Diätversorgung, Ruhe im Kurort, Ferienregelungen, Gymnastik und Sport thematisiert und dokumentiert, um angesichts der steigenden Zahl an Badeorten einheitliche und verlässliche Qualitätsstandards zu sichern. Sie waren die Vorläufer der heutigen Begriffsbestimmungen, die in ihrer ersten Auflage 1937 veröffentlicht und vom damaligen Reichsfremdenverkehrsverband angeordnet wurden (vgl. DHV 2005, S. 12).

Eine neue Ära des Kur- und Bäderwesens in **Westdeutschland** begann **nach dem ersten Weltkrieg**, als die Kurbehandlung bei den Sozialleistungsträgern nach und nach in den Leistungskatalog aufgenommen wurde. Mit Vollzug der Neuregelung des Rentenrechts 1957 durften die Rentenversicherungsträger Kuren zusätzlich zu den bisher üblichen Rehamaßnahmen auch als Präventivleistungen gewähren. Die Kurorttherapie erlangte damit ihre vollständige sozialrechtliche Anerkennung (vgl. KIRSCHNER/ HILDEBRANDT 1987 S. 84). Für die Heilbäder und Kurorte begann eine „Blütezeit“, in der durch private, kommunale und

staatliche Investitionen umfangreiche Infrastrukturen für die Durchführung von Sozialkuren entstanden. Bis Mitte der 70er Jahre befanden sich die westdeutschen Heilbäder und Kurorte in einem ausgesprochenen Verkäufermarkt und lebten sehr gut vom „Gast auf Rezept“. Zum damaligen Zeitpunkt war den wenigsten klar, welche Auswirkungen diese Abhängigkeit von der Sozialgesetzgebung einmal auf die wirtschaftliche Situation der Heilbäder und Kurorte haben würde. Anfang der 70er Jahre verstärkte sich diese Abhängigkeit weiter durch den beginnenden Prozess der so genannten „Klinifizierung“ in vielen Kurorten. Ausgelöst durch das Bestreben der Sozialversicherungsträger, die Effizienz und Effektivität der Kur zu steigern, wurden in den Orten moderne Kurkliniken und Sanatorien errichtet. Es kam zu einer Verlagerung der Heilmaßnahmen von der „offenen“ zur „geschlossenen“ Badekur, die eine tiefgreifende Umstrukturierung des Beherbergungsgewerbes zu Lasten der mittelständischen privaten Hotellerie auslöste (vgl. BANK 1987, S. 90f.).

Das **Kur- und Heilbäderwesen in Ostdeutschland zu DDR-Zeiten** war fester Bestandteil des Gesundheitswesens. Das Kurorterecht basierte dabei materiell auf den im Jahre 1937 erlassenen Bestimmungen der Reichsverordnung, was die spätere sozialrechtliche Harmonisierung des Gesundheitswesens nach der Wiedervereinigung erleichterte. Neben der Vergabe von Kuren durch die Sozialversicherung waren Kuren aber auch eine wichtige Form des in der DDR dominanten Sozialtourismus. Das heißt, sie wurden durch den sozialistischen Staat finanziell unterstützt, so dass sie für jede soziale Einkommensgruppe realisierbar waren (vgl. GODAU 1989, S. 20). Insgesamt standen in der DDR ca. 22.000 Betten für Vorsorge- und Rehabilitationskuren zur Verfügung (vgl. HENLE 1991, S. 44). Das Kurwesen war stark klinifiziert, das Angebot beschränkte sich auf das Wesentliche, also auf die Kurleistung an sich bzw. auf eine kurmedizinisch kompetente Betreuung der Menschen: Es gab „ausschließlich ein stationäres, klinifiziertes Kursystem in einem sehr puristischen Kurregime in den Kurorten“ (KIRCHNER 2001, S. 74).

Nach der Wiedervereinigung befand sich die Mehrzahl der ostdeutschen Heilbäder und Kurorte in einem schlechten, stark renovierungsbedürftigen Zustand. Auch die touristische Ausstattung war gering und qualitativ unzureichend. Nach Einschätzung der Spitzenverbände der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger waren die ostdeutschen Kurorte nur bedingt zur Durchführung ambulanter Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen geeignet, so dass erhebliche Investitionen erforderlich wurden (vgl. WAGNER 1991, S. 122). Die ostdeutschen Heilbäder und Kurorten erhielten in dieser Situation die Chance, die umfangreichen Mittel, die nach der Wiedervereinigung in den Osten flossen, in den Aufbau moderner und den Bedürfnissen des heutigen Gastes entsprechenden Strukturen zu investieren.

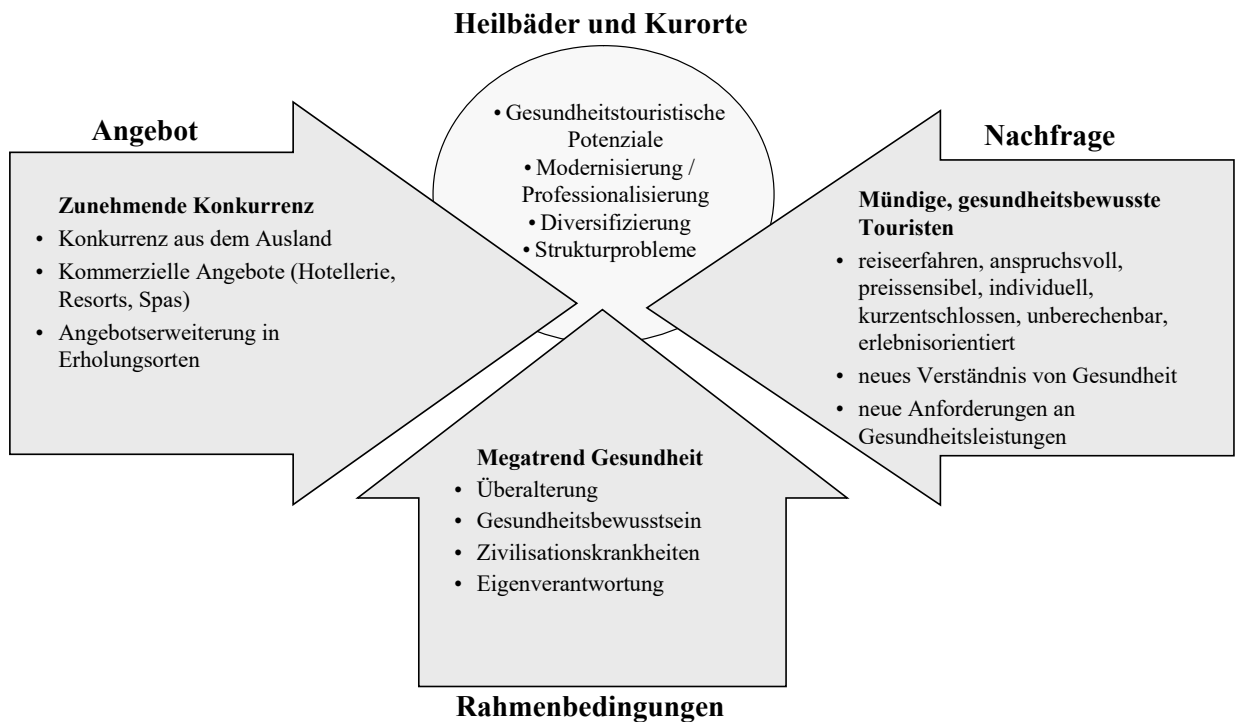
Seit Mitte der 70er Jahre waren die jeweiligen Regierungen - zunächst in Westdeutschland, nach der Wiedervereinigung in Gesamtdeutschland - mit der Herausforderung konfrontiert,

einem starken Kostenanstieg im Gesundheitswesen und einer zunehmenden Überlastung der sozialen Sicherungssysteme zu begegnen. Sparmaßnahmen erfolgten immer wieder zu Lasten des Kurwesens. Aufgrund der ausgeprägten Abhängigkeit der Heilbäder und Kurorte von Mitteln der sozialen Leistungsträger kam es seither wiederkehrend zu wirtschaftlichen Krisen, zum Teil starken Nachfragerückgängen im Sozialkurbereich und hieraus resultierend zu einem Selektionsprozess innerhalb der kurörtlichen Angebote. Ihren (bisherigen) Höhepunkt erreichte die „Kurkrise“ durch die dritte Stufe des Gesundheitsreformgesetzes im Jahr 1997. Es kam zu massiven Nachfragerückgängen im stationären Kurbereich, vor allem aber im Bereich der ambulanten Kur. Die deutschen Heilbäder und Kurorte mussten im Schnitt ein Nachfrageminus von 35% hinnehmen (vgl. DHV 1999, S. 345). Die Folge waren unter anderem umfangreiche Kapazitätsverringerungen bzw. Schließungen von Kliniken, Kurmittelhäusern, Hotels und Pensionen mit weitreichenden Folgen für die kommunale Finanzsituation sowie die regionale Wirtschaft.

2.1.3 Heilbäder und Kurorte im gesundheitstouristischen Wettbewerb

Die tiefgreifenden Auswirkungen der bisherigen Sparmaßnahmen im Gesundheitswesen sind der wohl gravierendste Einflussfaktor auf die Entwicklung der deutschen Heilbäder und Kurorte in den vergangenen Jahren. Sie haben die Orte dazu gezwungen, sich unabhängiger von öffentlichen Leistungen zu machen und sich (wieder) einem selbstzahlenden Klientel zu widmen, das sowohl gesundheits- als auch vergnügungsorientierte Motive verfolgt. Heute befinden sich die Orte in einem intensiven Wettbewerb um den heißbegehrten (touristischen) Selbstzahler, dem sie mit unterschiedlichen Strategien begegnen. Dieses Kapitel widmet sich der aktuellen Situation der Heilbäder und Kurorte sowie den Einflussgrößen und Rahmenbedingungen, die diese prägen (vgl. Abb. 1).

Abb. 1: Heilbäder und Kurorte im gesundheitstouristischen Wettbewerb



Quelle: eigene Darstellung

2.1.3.1 Ist-Situation der deutschen Heilbäder und Kurorte

Die heutige Situation in den deutschen Heilbädern und Kurorten ist natürlich nicht einheitlich. Je nach individueller Historie stellt sich die Ausgangslage der Orte unterschiedlich dar. Die folgenden Eigenschaften, Potenziale und auch Problemstellungen können somit sicher nicht auf alle deutschen Heilbäder und Kurorte übertragen werden, kennzeichnen jedoch - aufgrund zum Teil gemeinsamer Einflussfaktoren bzw. Rahmenbedingungen - einen großen Teil der Orte.

Heilbäder und Kurorte verfügen über einige **spezifische Potenziale** für den Gesundheitstourismus, die sie von üblichen Erholungsorten differenzieren (vgl. PILZ-KUSCH 2001, S. 214):

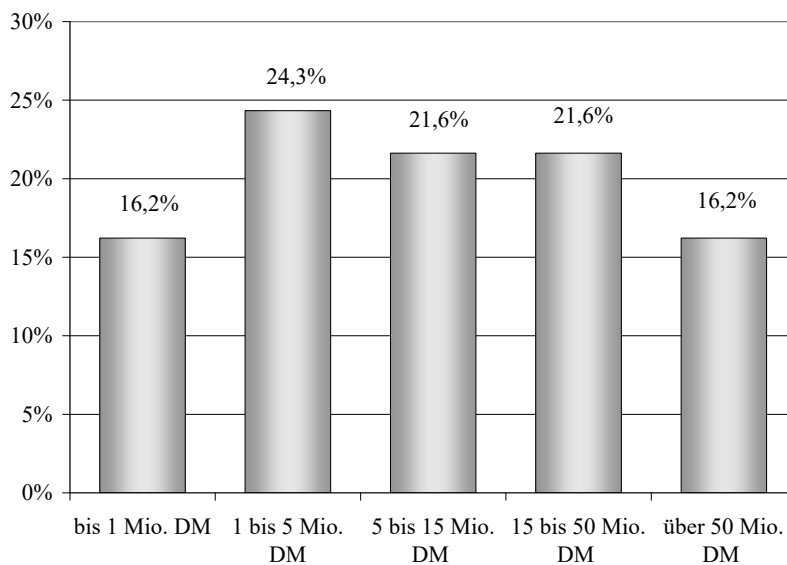
- besondere bioklimatische Voraussetzungen sowie eine hohe Luftqualität,
- medizinisch anerkannte natürliche Heilmittel des Bodens, des Meeres und des Klimas sowie die Voraussetzungen zur Durchführung von Kneippkuren,
- qualitativ gut ausgebildete interdisziplinäre Gesundheitsteams,
- ein breites Spektrum an erprobten (Kur-) Behandlungsmethoden,

- ein hohes Qualifizierungsniveau als Grundlage für hochwertige moderne Behandlungsformen, z.B. im Bereich „Medical Wellness“,
- besondere und häufig umfangreiche Infrastruktur mit Kliniken, Kurmittelhäusern, Kurpark, Kulturangeboten etc..

Gegenüber ausländischen Kurorten zeichnen sich die deutschen Heilbäder und Kurorte insbesondere durch ihre auf den Begriffsbestimmungen basierenden gesicherten Qualitätsstandards aus.

Aufbauend auf diesen Potenzialen haben Heilbäder und Kurorte deutschlandweit in den letzten Jahren verschiedenste Anstrengungen unternommen, um ihr Angebot für den touristischen Gast zu **modernisieren**. Rege wurde in den Umbau bestehender und in die Schaffung neuer Infrastrukturen investiert. Laut einer Befragung von 52 Kurorten durch das Europäische Tourismus Institut (ETI) und den Forschungskreis Tourismus Management (FTM) im Jahre 2000 haben die Orte im Zeitraum 1997 bis 2000 im Schnitt mehrstellige Millionenbeträge investiert (vgl. Abb. 2).

Abb. 2: Investitionsvolumen der Heilbäder und Kurorte für Infrastrukturprojekte zwischen 1997 und 2000



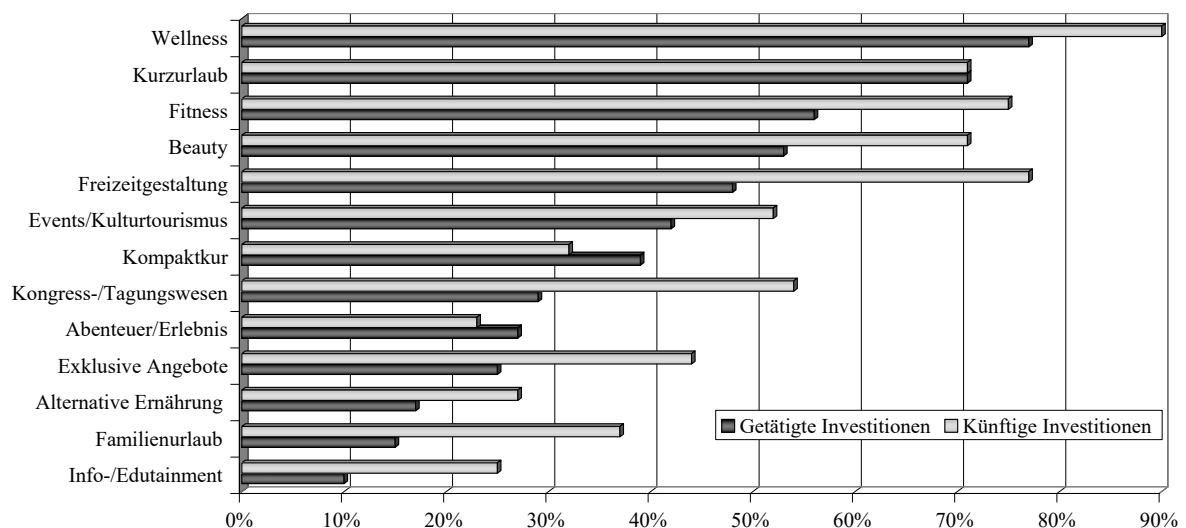
Quelle: ETI/ FTM-Trendstudie 2001 (n=52)

Ob bzw. in welchen Fällen die umfangreichen Investitionen zu einer echten Modernisierung des Angebots beigetragen haben, lässt sich zwar auf dieser Basis nicht beurteilen. Vermutlich gibt es aber mittlerweile eine Reihe von Kurorten, die sich auf einem recht guten Weg hin zur „Modernen Gesundheitsdestination“ befinden. In vielen Orten dürften die Investition hinge-

gen nur ein Tropfen auf den heißen Stein gewesen sein. Dies bestätigt auch FERGEN (2006, S. 69) auf Basis ihrer Befragung von insgesamt 50 Kurdirektoren: „Seit Jahren finden bereits rege Bautätigkeiten statt, doch die Haushaltslage der Kommunen lässt, mit Ausnahme zumeist kleiner Ausbesserungen und Umbauten, vielerorts keine umfassenden Maßnahmen zu.“

Gemeinsam ist den meisten Kurorten die Anstrengung zur **Diversifizierung ihres Angebots**, um neue Zielgruppen zu erschließen. Das Bemühen der Kurorte hat neue Angebote in beträchtlichem Umfang und in verschiedenen Segmenten - insbesondere im Wellnessbereich, in der allgemeinen Freizeitgestaltung sowie im Fitness- und Kurzurlaub - entstehen lassen (vgl. Abb. 3).

Abb. 3: Schwerpunkte der touristischen Angebotsentwicklung der Kurorte 1997-2000



Quelle: ETI/FTM-Trendstudie 2001 (n=52)

Insgesamt ist eine **Professionalisierung der touristischen Angebotsentwicklung** in Heilbädern und Kurorten erkennbar, die zunehmend auf schlüssigen Konzepten basiert, innerhalb modernisierter Organisationsstrukturen stattfindet und verstärkt die Themen Qualität und Qualitätssicherung berücksichtigt.

Zahlreiche Orte kämpfen allerdings nach wie vor mit den typischen kurörtlichen **Strukturproblemen**. Insbesondere in den westlichen Bundesländern herrscht nach wie vor großer Investitions- und Renovierungsbedarf, um die bestehenden Einrichtungen an die heutigen Marktbedürfnisse anzupassen. Dieser „Investitionsstau“ trifft überwiegend auf defizitäre kommunale Haushalte, die wiederum mit den hohen Fixkosten der Kureinrichtungen, der geringeren Nachfrage durch die Kürzungen im Gesundheitswesen sowie den äußerst niedrigen Deckungsbeiträgen aus den Kassenleistungen zusammenhängen. Zu nennen sind außer-

dem die zum Teil schwerfälligen und oft zersplitterten Organisationsstrukturen von Kur und Tourismus. Ein wesentliches Hemmnis einer erfolgreichen Positionierung auf dem touristischen Markt ist außerdem das Image der Heilbäder und Kurorte. Hartnäckig halten sich negative Assoziationen im Zusammenhang mit Kurorten (Krankheit, alte Menschen, altbackene Strukturen etc.), die zum Teil sicher berechtigt sind, unter denen aber auch gute, moderne bzw. modernisierte Orte leiden. Begünstigt werden die Imageprobleme durch eine vielfach anzutreffende geringe Marketingerfahrung der einzelnen Orte und Anbieter. Nach langen Jahren blühender Geschäfte mit dem Sozialkurgast „sehen sich die Verantwortlichen heute zumeist zum ersten Mal in der Geschichte der Heilbäder und Kurorte mit der Notwendigkeit eines zielgerichteten Marketings konfrontiert“ (FERGEN 2006, S. 21). Es darf aber auch nicht übersehen werden, dass das kooperative Marketing, das teilweise im regionalen Kontext, überwiegend jedoch auf Länderebene stattfindet, vor allem aufgrund viel zu geringer Budgets nicht geeignet ist, um zu einer Imageveränderung beizutragen. Hierfür bedürfte es einer deutschlandweiten Kampagne, die auf einem hervorragenden Konzept basiert und mit den notwendigen finanziellen Mitteln ausgestattet wird.

2.1.3.2 Rahmenbedingungen: Megatrend Gesundheit

Vielfältige gesellschaftliche, wirtschaftliche, ökologische, technische Rahmenbedingungen werden den Tourismus von morgen beeinflussen. Im Fokus des vorliegenden Kapitels steht der gesellschaftliche „Megatrend Gesundheit“, der sich in besonderem Maße auf die künftige Entwicklung der deutschen Heilbäder und Kurorte auswirken wird. Die folgenden gesellschaftlichen Entwicklungen, gelten gemeinhin als „**Push-Faktoren**“ **der Gesundheitsindustrie respektive des Gesundheitstourismus** (vgl. KERSCHER 2003, S. 277ff.):

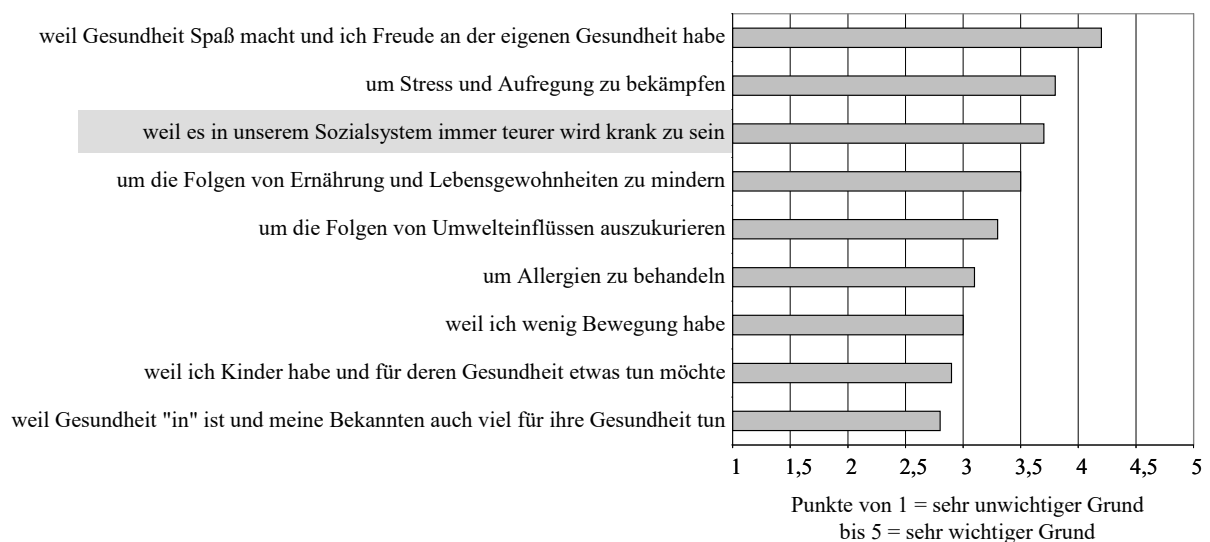
- die „doppelte Alterung“ der Bevölkerung durch sinkende Geburtenzahlen bei zunehmender Lebenserwartung und damit einhergehend eine Zunahme altersbedingter Erkrankungen sowie spezifischer Bedürfnisse der älteren Generation,
- das steigende Gesundheitsbewusstsein der Menschen als Resultat des allgemeinen gesellschaftlichen Wertewandels, das sich zu einem bedeutenden Element der heutigen Lebenseinstellungen herausgebildet hat (Gesundheit, Fitness und Leistungsfähigkeit als Maßstäbe für soziale Anerkennung, Gesundheit als eigene Lebensphilosophie),
- Zunahme von Zivilisationskrankheiten durch ungesunden Lebensstil, ein Übermaß an Stress und psychischen Belastungen (vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Erkrankungen des Bewegungsapparates, psychosomatische Erkrankungen).

Der „Megatrend Gesundheit“ schlägt sich in fast allen Branchen nieder und stellt ein Milliarden-geschäft dar. Demgegenüber steht ein stark überlastetes öffentliches Gesundheitswesen. HUESEMANN/ KIRIG/ WENZEL (2006, S. 18) sprechen von einem „Ende der Versorgungsmedizin“. Das bereits vorhandene ausgeprägte Gesundheitsbewusstsein der Verbraucher wird vor diesem Hintergrund weiter forciert, um den Wandel von der früheren „passiven Versorgungsmentalität“ hin zur **umfassenden Eigenverantwortung** für die eigene Gesundheit zu unterstützen. Diese Botschaft ist bei den Verbrauchern angekommen. Bereits heute sind viele Menschen in Deutschland der Auffassung, dass Gesundheit wichtiger wird, weil man es sich künftig nicht mehr leisten kann, krank zu sein (vgl. Abb. 4).

Abb. 4: Gründe für den Bedeutungszuwachs von Gesundheitsförderung aus der Perspektive der Nachfrage

Frage: Aus welchen Gründen könnten Sie sich künftig stärker mit dem Thema Gesundheit auseinandersetzen?

Grundlage: Bundesweite Repräsentativbefragung der deutschen Bevölkerung ab 14 Jahre (n = 1500), durchgeführt im Jahr 2002



Quelle: ETI 2003, S. 15

Es gilt als unumstritten, dass künftig weitere Einsparungen im Gesundheitswesen nötig sein werden. Es steht zu befürchten, dass hiervon auch die Heilbäder und Kurorte (stark) betroffen sein werden. Sie tun daher gut daran, sich künftig unabhängiger vom öffentlichen Gesundheitssystem zu machen und sich noch mehr dem Endkunden, dem Privatzahler, zu widmen (vgl. STEINBACH/ SCHOLZ 2003, S. 289).

2.1.3.3 Nachfrageseitige Einflussgrößen: mündige, reiseerfahrene Touristen

Die Heilbäder und Kurorte treffen in der weiter oben beschriebenen, schwierigen Situation auf einen anspruchsvollen Nachfragemarkt. Der mündige, reiseerfahrene Tourist stellt hohe

Anforderungen und ist nur schwer einzuschätzen. Als wichtige **zielgruppenübergreifende Merkmale des heutigen Touristen** gelten (vgl. hierzu BRITTNER 2002, S. 20ff.)

- sein hohes Anspruchsniveau bei gleichzeitiger Preissensibilität,
- seine Individualität und Unberechenbarkeit - basierend auf einer ausgeprägten Pluralität heutiger Lebensstile und Wertvorstellungen - die sich durch ein sehr differenziertes Kaufverhalten zeigen, das nur schwer Regelmäßigkeiten erkennen lässt,
- sein Wunsch nach Flexibilität, jederzeit aus einem breiten Angebotspektrum das individuell passende auswählen und konsumieren zu können,
- seine Erlebnisorientierung und – damit einhergehend – seine hohen Anforderungen an den emotionalen Gehalt einer Reise,
- seine Zeitknappheit, hervorgerufen durch erhöhte Arbeits- und Obligationszeit, bei gleichzeitiger Zeitflexibilität durch die Auflösung starrer gesellschaftlicher Zeitordnungen, wie z.B. Arbeitszeiten,
- seine hohe Kompetenz und Mündigkeit aufgrund seiner großen Reiseerfahrung sowie in Bezug auf die Suche von und den Umgang mit Informationen.

Neben diesen allgemeinen Merkmalen der touristischen Nachfrage sind verschiedene **gesundheitsspezifische Entwicklungen** zu berücksichtigen. Im Zuge des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins und der Stärkung der Eigenverantwortung ist „Gesundheit“ zu einem zentralen Gut, einer Schlüsselressource und zu einer gut verkäuflichen Ware geworden. Im Lebensstil und Konsumverhalten der Menschen schlägt sich dieses neue, eigenverantwortliche Verständnis von Gesundheit in vielfältiger Weise nieder, z.B. (vgl. HUESEMANN/KIRIG/ WENZEL 2006):

- im Wandel vom einstigen Patienten zum Konsumenten, der rationell und auf Basis breiter Informationsmöglichkeiten vergleicht und entscheidet und der von einer kommerziellen Dienstleistung ein angemessenes Qualitätsniveau und einen hohen Service erwartet,
- im Wunsch gesund zu bleiben und der Bereitschaft, dafür sowohl Geld als auch Zeit zu investieren,
- in einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit, das nicht nur die Abwesenheit von somatischen Krankheitssymptomen beinhaltet, sondern auch die Einheit von körperlichem, seelischem und geistigem Wohlbefinden,

- in einem entsprechenden Bedarf an ganzheitlichen medizinischen Lösungen, die nicht nur die Physis, sondern gleichermaßen auch die Psyche und die Sozialität des Menschen betrachten,
- in einer Offenheit für alternative Konzepte zur klassischen Schulmedizin,
- in einem genussorientierten Verständnis von Gesundheit.

Diese sicher unvollständige Auflistung zeigt, dass mit dem neuen Gesundheitsbewusstsein der Menschen zwar Chancen für Anbieter von Gesundheitsleistungen verbunden sind, dass jedoch auch die resultierenden Anforderungen an die Angebotsentwicklung nicht unterschätzt werden dürfen.

2.1.3.4 Angebotsseitige Einflussgrößen: zunehmende Konkurrenz

Die Wachstumsprognosen für den Gesundheitstourismus haben auch außerhalb der deutschen Kurorte zu umfangreichen Angebotserweiterungen und damit zu einem intensiven Wettbewerb beigetragen. Von besonderer Bedeutung ist dabei die **Konkurrenz ausländischer Kurorte**, vor allem in Osteuropa. Mit ihren großen, vielfach modernen Badeeinrichtungen und ihrem vergleichsweise hohen medizinisch-therapeutischen Niveau bei deutlich niedrigeren Preisen stellen insbesondere die Bäder in Ungarn, Tschechien und der Slowakei eine ernst zu nehmende Konkurrenz dar. Begünstigt durch die möglichen Zuzahlungen der Krankenkassen zu gesundheitsfördernden Maßnahmen im Ausland nach §13 oder §20 SGB V haben sie vermutlich bereits beachtliche Marktanteile zu Lasten der deutschen Kurorte gewinnen können.

Als weitere wichtige Konkurrenten der deutschen Heilbäder und Kurorte sind **kommerzielle Anbieter von wellness- und gesundheitstouristischen Leistungen** außerhalb der Kurorte zu nennen. Dies können

- Hotels sein, die in den vergangenen Jahren massiv in den Ausbau von Wellness-Strukturen investiert haben und in jüngerer Vergangenheit vereinzelt auch medizinisch-therapeutische Angebote offerieren (Stichwort „Medical Wellness“),
- komplexe Ferienanlagen mit gesundheitsorientierten Angebotsbausteinen oder auch
- reine Gesundheits- und Wellnessseinrichtungen (Spas), in denen ein- oder mehrtägige Angebote zu therapeutischen, gesundheitlichen oder erholsamen Zwecken geboten werden.

Kommerzielle Anbieter offerieren meist ein komplexes Angebot unter einem Dach, wodurch dem zunehmenden Bedürfnis des Kunden nach Erlebnisvielfalt auf engem Raum, die in kur-

zer Zeit konsumierbar ist, begegnet wird. Sie haben gegenüber Heilbädern und Kurorten verschiedene Wettbewerbsvorteile, insbesondere die flexibleren, effizienteren Strukturen sowie die Weisungsbefugnis gegenüber den dienstleistenden Personen (vgl. BIEGER 1997, S. 80).

Zuletzt sei noch auf Tendenzen in **traditionellen Ferienorten** hingewiesen, sich im Segment des Wellness- bzw. Gesundheitstourismus zu positionieren (vgl. STADTFELD 1993, S. 9). Zwar fehlen den Ferienorten die natürlichen Heilmittel und die Einrichtungen zur Kurmittelabgabe, dafür sind sie bezüglich der klassischen touristischen Qualitäten häufig besser ausgestattet und verfügen über ein besseres Image. Nicht zuletzt besitzen sie auch im Marketing Vorteile, weil sie von jeher um ihre Gäste werben mussten und nicht – wie die Kurorte – ihre Gäste auf Rezept erhielten. Zentraler gesundheitstouristischer Angebotsbaustein in den Ferienorten sind in der Regel (wie auch in den meisten Kurorten) Thermen oder Badelandschaften mit Saunabereich, die nach DEHMER (1996, S. 25) „einen neuen Typus von Gesundheitszentrum“ verkörpern, „in dem man Gesundheit mit Spiel und Spaß in angenehmer Atmosphäre koppelt und eine moderne professionelle Dienstleistung mit geschultem, leistungsorientierten Personal angeboten wird“ .

2.1.4 Schlussfolgerungen für die Modellbildung

Die Ausführungen in diesem Kapitel haben anhand der historischen Entwicklung der Heilbäder und Kurorte deren heutige Situation erklärt. Die deutschen Heilbäder und Kurorte befinden sich insbesondere aufgrund ihrer historischen Abhängigkeit von öffentlichen Leistungsträgern mehrheitlich in einer schwierigen Situation, die durch verschiedene Strukturprobleme einerseits sowie eine problematische kommunale Haushaltslage andererseits gekennzeichnet ist. In dieser Situation treffen sie auf einen voraussichtlich wachsenden gesundheitstouristischen Markt, dessen Bedienung allerdings in jeglicher Hinsicht höchst anspruchsvoll ist. Zahlreiche Anbieter außerhalb der deutschen Heilbäder und Kurorte haben sich auf den Weg gemacht, den gesundheitstouristischen Markt zu erobern und stellen eine ernst zu nehmende Konkurrenz der Kurorte dar. Die Nachfrage, die die Kurorte erreichen möchten, ist reiseerfahren und anspruchsvoll. Der Begriff der „Qualität“ erhält vor diesem Hintergrund eine neue Dimension. Sie muss heute gemessen werden an umfassenden, hohen Anforderungen.

Die Schlussfolgerungen und Herausforderungen, die sich hieraus für die Heilbäder und Kurorte ergeben, sind vielfältig. In zahlreichen Veröffentlichungen wurden sie listenweise zusammengetragen. Gefordert werden ganzheitliche Konzepte, Besinnung auf die Kernkompetenzen der Kurorte, klare Profilierung bei ausgewählten Zielgruppen, Modernisierung der Infrastrukturen, Professionalisierung der Organisationsstrukturen, Bildung von Marketingko-

operationen, Verbesserung des Images etc.. Es wird klar: der Weg vom angeschlagenen Kurort zur modernen Gesundheitsdestination ist steinig.

Mit dem im Rahmen dieser Arbeit zu entwickelnden Bewertungsmodell soll ein wichtiger Baustein einer qualitätsorientierten gesundheitstouristischen Entwicklung von Heilbädern und Kurorten in Angriff genommen werden: **eine systematische Analyse der Angebotsqualität von Heilbädern und Kurorten, um hierauf aufbauend konkrete Maßnahmen** ergreifen zu können. Bei aller Notwendigkeit der Profilierung und Spezialisierung, müssen doch zunächst einmal die touristischen Basisqualitäten in Ordnung gebracht werden. Denn hier liegt in den Heilbädern und Kurorten noch einiges im Argen. Erst wenn diese Hürde genommen ist, ist an eine wirklich erfolgreiche Positionierung auf dem gesundheitstouristischen Markt zu denken. In diesem Sinne soll das Bewertungsmodell ein Instrument für eine gezielte, effiziente und vergleichende Analyse der gesundheitstouristischen Basisqualitäten bieten.

2.2 Methodische Ansätze zur Bewertung touristischer Destinationen

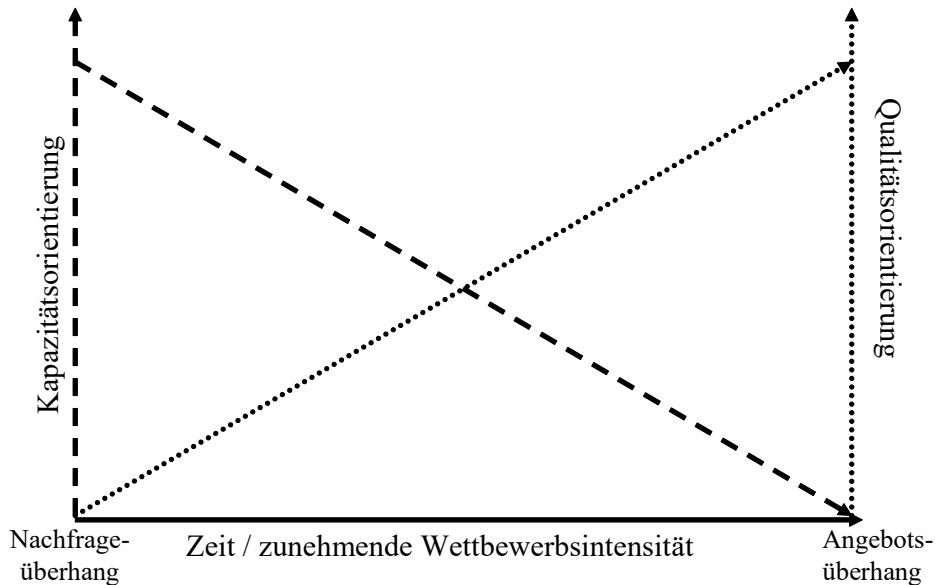
Das vorliegende Kapitel beschäftigt sich mit methodischen Aspekten der Modellentwicklung zur Bewertung der gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten. Ziel ist es dabei, unterschiedliche Möglichkeiten der Bewertung sowie deren Vor- und Nachteile aufzuzeigen, verschiedene Bewertungsmöglichkeiten anhand von konkreten Beispielen zu analysieren, sowie die zentralen Probleme und Herausforderungen herauszuarbeiten, mit denen touristische Bewertungsverfahren häufig konfrontiert sind. In den einzelnen Kapiteln wird immer wieder der Bezug zur vorliegenden Forschungsarbeit hergestellt, um die gewonnenen Erkenntnisse bei der Modellentwicklung gezielt nutzen zu können.

2.2.1 Entwicklung von Bewertungsverfahren im Zeitverlauf

Zur Bewertung touristischer Räume kann man auf eine Vielzahl bestehender Verfahren und Ansätze zurückgreifen. Im Zuge der Veränderungen des touristischen Marktes vom einstigen Anbietermarkt zum heutigen wettbewerbsintensiven Nachfragermarkt hat sich allerdings der Fokus touristischer Bewertungsverfahren stark verändert. Aus Sicht der räumlichen Planung ging es früher insbesondere darum, geeignete Standorte zur Schaffung touristischer Angebots**kapazitäten** zu identifizieren. Einer stark wachsenden touristischen Nachfrage stand eine unzureichende Zahl an erschlossenen Erholungsräumen und -einrichtungen gegenüber, die es gezielt zu entwickeln galt. Heute steht die **qualitative** Entwicklung des Angebots im Vordergrund der Betrachtungen. Einer begrenzten und zudem reiseerfahrenen, anspruchsvollen Nachfrage steht ein riesiger Angebotsmarkt gegenüber. Touristische Anbieter sind daher herausgefordert, sich durch ein kundenorientiertes Angebot klar auf dem Markt zu positionie-

ren. Dies gilt auch für die Destination als Ganzes mit ihrem komplexen, komplementären Angebot. Generell lässt sich in der Tourismusplanung also eine Entwicklung **von der Kapazitätsorientierung zu Qualitätsorientierung** feststellen (vgl. Abb. 5).

Abb. 5: Entwicklung tourismusplanerischer Ziele im Zeitverlauf



Quelle: eigene Darstellung

Die veränderten Grundanforderungen an die (räumliche) Planung touristischer Destinationen spiegeln sich auch in den Bewertungsverfahren wider, die zu den jeweiligen Zeitpunkten entwickelt wurden.

Eine Fülle von Arbeiten zur **Bewertung der (potenziellen) Eignung von Landschaften für Freizeit und Fremdenverkehr entstand in den 60er/70er Jahren** („klassische Landschaftsbewertungsverfahren“). Die wesentliche (stark kapazitätsorientierte) Zielsetzung dieser Arbeiten war es, eine Grundlage zu schaffen für (vgl. BECKER 1983, S. 313):

- das Ausweisen von Erholungsgebieten,
- das Ausweisen von Fördergebieten,
- das Bestimmen von touristischen Schwerpunkten sowie
- die Planung von Freizeitinfrastrukturen.

Der bekannteste Ansatz, der seinerzeit entwickelt wurde, stammt von KIEMSTEDT (1967), der sich im Rahmen seiner Dissertation mit der „Bewertung der Landschaft für die Erholung“ beschäftigte. Er entwickelte die erste quantitative Methode in der Bundesrepublik, die eine transparente, nachvollziehbare Eignungsbewertung der Landschaft für die Erholung ermög-

lichte (vgl. PÖTKE 1979, S. 6). Zentrales Kennzeichen und Erfolgsfaktor der Methode im Hinblick auf deren Nutzung in der planerischen Praxis war ihre Beschränkung auf die Analyse natürlicher Landschaftsfaktoren und die damit verbundene Einfachheit des Verfahrens (vgl. BONERTZ 1981, S. 39). Es folgte eine Vielzahl weiterer Arbeiten, die die Erkenntnisse von Kiemstedt zum Teil aufgriffen, weiterentwickelten, modifizierten und ergänzten (vgl. hierzu u.a. SCAMONI/ HOFMANN 1969, TUROWSKI 1972, MRASS 1974, FINKE/ HANGEN/ MARKS 1975, KIEMSTEDT et al. 1975, BECKER 1976, PÖTKE 1979). Die intensive Diskussion zum Thema, die seinerzeit geführt wurde, und die kritische Auseinandersetzung mit den Landschaftsbewertungsmethoden haben zu einem differenzierten wissenschaftlichen Kenntnisstand beigetragen. Es ist insofern nicht verwunderlich, dass sich die Grundprinzipien der klassischen Landschaftsbewertungsverfahren bis heute mit unwesentlichen Abweichungen in zahllosen Arbeiten wiederholen (vgl. BENTHIEN 1997, S. 130). Auch NOLTE (2003, S. 480) geht davon aus, dass „grundlegend andersartige Verfahren seither nicht entwickelt worden sind“. Insbesondere methodische Aspekte lassen sich daher auch heute noch auf ein Modell zur Bewertung der ‚Gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten‘ übertragen.

Verfahren zur Bewertung von touristischen Räumen besitzen heute einen veränderten Fokus. Die veränderte Marktsituation, gekennzeichnet durch einen deutlichen Angebotsüberhang und eine zunehmende internationale Konkurrenz, stellt die touristischen Planungsinstanzen vor neue Herausforderungen. Es geht heute weniger um die Schaffung zusätzlicher Angebotskapazitäten, sondern vor allem um die **qualitätsorientierte Entwicklung des bestehenden Angebots und ggf. sogar um die Reduzierung des Angebots um nicht marktfähige Bestandteile**. Aktuelle Bewertungsverfahren sind meist auf diese modifizierte(n) Zielrichtung(en) ausgerichtet. Im Gegensatz zum ausgereiften Entwicklungsstand klassischer Landschaftsbewertungsverfahren stecken die Bemühungen um die Schaffung qualitätsorientierter Analyse- und Bewertungsinstrumente allerdings noch in den Kinderschuhen. Im Rahmen umfangreicher Recherchen des dänischen Forschungsinstituts RAMBØLL im Auftrag der Europäischen Kommission wurde europaweit lediglich ein umfassendes indikatorenbasiertes Qualitätsprogramm gefunden, nämlich der „Destination Management Monitor Austria“ (DMMA) (EUROPEAN COMMISSION 2003, S. II).

Ein wesentlicher Unterschied aktueller touristischer Bewertungsverfahren zur klassischen Landschaftsbewertung ist die häufig anzutreffende Erweiterung des zu bewertenden Objektes. Während es sich bei den klassischen Bewertungsverfahren in der Regel um eine reine Raumbewertung handelt, werden heute verstärkt weiche Standortfaktoren (Softwarefaktoren) in die Betrachtungen einbezogen. Hierzu zählen unter anderem die Servicequalität touristischer Angebote, die Information des Gastes oder die Gastfreundschaft, die dem Gast entgegengebracht wird. Manche Ansätze gehen sogar über die Betrachtung der Angebotsqualität hinaus

und beziehen zusätzlich Aspekte des Managements in die Betrachtungen ein. Das heißt, ergänzend zur Bewertung des faktischen Angebots wird die Frage gestellt, wie sich Angebotsqualitäten systematisch verbessern lassen.

Nicht unerwähnt bleiben sollen an dieser Stelle Bewertungsansätze mit einer nach **außen orientierten Funktion**, die ebenso aufgrund der gestiegenen Wettbewerbsintensität in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen haben. Ziel entsprechender Verfahren ist es, dem (potenziellen) Gast mithilfe eines Zertifikats oder Gütesiegels zu signalisieren, dass sich seine Urlaubsbedürfnisse an diesem Ort erfüllen lassen. Vor allem im Hinblick auf Transparenz und Nachvollziehbarkeit werden diese Ansätze wissenschaftlichen Anforderungen allerdings vielfach nicht gerecht.

2.2.2 Gestaltungsmöglichkeiten von Bewertungsverfahren

Die folgenden Ausführungen versuchen, einen Überblick über verschiedene zentrale Gestaltungsmöglichkeiten von Bewertungsverfahren für touristische Destinationen zu vermitteln. Welche Gestaltungsinstrumente Eingang in die Modellbildung finden, ist abhängig von deren Zielsetzung. Eine Reflektion der Relevanz der unterschiedlichen Gestaltungselemente vor dem Hintergrund der Zielsetzung dieser Arbeit erfolgt jeweils im Anschluss an deren Darstellung (*kursiv*). Die nachstehenden Informationen sollen auch helfen, geeignete Beispiele für eine exemplarische Darstellung in Kapitel 2.2.4 auszuwählen.

2.2.2.1 Quantitative vs. qualitative Bewertungsverfahren

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen **quantitativen und qualitativen Bewertungsansätzen**. Etwa seit den 50er Jahren versuchen Geographen, komplexe geographische Sachverhalte und Prozesse mithilfe quantitativer und deskriptiver Verfahren zu erfassen und zu bewerten (vgl. WOLF 1976, S. 115). Streng genommen bedeutet Quantifizierung, dass spezifische Sachverhalte mithilfe eindeutig messbarer (quantifizierbarer) Indikatoren durch einen oder mehrere Zahlenwerte beschrieben werden. Qualitativ ist eine Bewertung hingegen, wenn sie interpretativ erfolgt und einen gewissen Bewertungsspielraum zulässt (vgl. FLICK 1998, S. 13ff.). Rein quantitative Bewertungsverfahren, zu denen viele der klassischen Landschaftsbewertungsverfahren zu zählen sind, basieren ausschließlich auf eindeutig quantifizierbaren Größen. Häufig beinhalten scheinbar quantitative Verfahren aber auch qualitative Bewertungen (z.B. durch die Benotung bestimmter Sachverhalte), die mithilfe einer Nutzwertfunktion in einen ratioskalierten Wertausdruck transformiert werden. *Wie noch ausführlich zu zeigen sein wird, ist die Berücksichtigung qualitativer Indikatoren auch im Rahmen dieser Arbeit durchaus sinnvoll (vgl. hierzu Kapitel 2.2.5.4). Aus verschiedenen Gründen sollte allerdings –*

unter Abwägung des erforderlichen Aufwandes - eine möglichst quantitative Bewertung angestrebt werden:

- *Der subjektive Faktor ist gegenüber einer qualitativen Bewertung reduziert.*
- *Die Ergebnisse sind besser nachvollziehbar und belegbar.*

Die methodische Grundlage quantitativer Bewertungsverfahren ist in der Regel die Nutzwertanalyse. Sie ermöglicht eine ratioskalierte Ergebnisdarstellung, die auf der Addition von gewichteten Einzelbewertungen basiert (vgl. hierzu Kapitel 2.2.3).

2.2.2.2 Partial-Modelle vs. Quasi-Total-Modelle

Nach dem Umfang des Kriterienkatalogs lassen sich **Partial-Modelle und Quasi-Total-Modelle** voneinander unterscheiden (vgl. MAIER 1972, S. 13ff.). Partial-Modelle beinhalten lediglich ausgewählte Kriterien, die zur Beantwortung einer meist spezifischen Fragestellung hinreichend sind. Quasi-Total-Modelle beinhalten einen umfassenden Kriterienkatalog, der das touristische Angebot möglichst vollständig abzubilden versucht. Im Sinne von Einfachheit und Anwendbarkeit sollten, wenn es die Zielsetzung erlaubt, immer Partialmodelle gegenüber Quasi-Total-Modellen bevorzugt werden.

Für die Fragestellungen, die das zu entwickelnde Bewertungssystem beantworten soll, sind beide Gestaltungsprinzipien relevant. Das Ziel, möglichst umfassende Daten als Grundlage für eine gezielte gesundheitstouristische Angebotsentwicklung zu generieren, legt zunächst eine Quasi-Total-Betrachtung nahe. Zu prüfen ist allerdings, ob zur Vereinfachung des Modells eine Konzentration auf die wichtigsten Angebotsbestandteile möglich ist. Die Ermittlung des gesundheitstouristischen Entwicklungspotenzials - also der in die Zukunft gerichteten Entwicklungsfähigkeit eines Kurortes - kann und muss auf der Grundlage einer Partialbetrachtung erfolgen, da hierfür nur ausgewählte Kriterien eine Rolle spielen.

2.2.2.3 Nachfrageabhängige vs. nachfrageunabhängige Modelle

Nach der Berücksichtigung der (potenziellen) Nachfrage bei der Modellbildung lassen sich **nachfrageabhängige und nachfrageunabhängige Modelle** unterscheiden. Nachfrageabhängige Modelle basieren auf empirischen Marktdaten, berücksichtigen also Wünsche, Bedürfnisse, Erwartungen von (potenziellen) Kunden. Nachfrageunabhängige Modelle berücksichtigen die Nachfrageseite nicht, sondern basieren ausschließlich auf dem zugrunde liegenden Wissen bzw. der Logik des Verfassers oder auf der Einschätzung anderer Experten. SCHEFFEL (1993, S. 175) spricht in diesem Zusammenhang von „angebotsorientierten Bestandsaufnahmen“ und betont damit die in vielen Fällen durchaus kritisch zu sehende

Vernachlässigung der Marktseite bei der Modellbildung. In der Praxis sind vorwiegend kombinierte Formen anzutreffen, die sowohl auf Expertenuntersuchungen als auch auf empirischen Marktdaten beruhen. Hierdurch kommt es zur Kombination von zum Teil wichtigem Experten-Know-how und der bedeutungsvollen Sicht des Marktes. *Die Kombination beider Möglichkeiten - anstelle einer ausschließlich nachfrageorientierten Modellbildung - ist auch deshalb meist erforderlich, weil konsequent nachfrageabhängige Modelle nur schwer realisierbar sind.* Ein wesentliches Problem ist die Komplexität der Urlaubs- bzw. Reisemotive, von denen sich nicht eindeutig und lückenlos auf bestimmte Anforderungsprofile an das touristische Angebot schließen lässt (vgl. HARFST 1980, S. 66). Hinzu kommt, dass die Wünsche und Bedürfnisse von Urlaubern überwiegend nur im Unterbewusstsein der Probanden vorhanden und damit nicht direkt abfragbar sind (vgl. BECKER 1979, S. 130). Auch entziehen sich viele zu wertende Sachverhalte und Details einer direkten Beurteilung durch die touristische Nachfrage. Denn der Tourist nimmt das touristische Angebot selektiv wahr (vgl. HAUBL 1998, S. 65). Der Wahrnehmungsvorgang kann eher als gezielte aktive Informationssuche und weniger als passive Rezeption des Gesamtangebots verstanden werden (vgl. BAUER/ FRANKE/ GRÄTSCHENBERGER 1979, S. 6f.). Zudem sind Bewertungen des touristischen Angebots in der Regel stark emotional geprägt und sehr komplex. Sie lassen sich kaum in jene Teilaspekte aufzuschlüsseln, die für die Modellbildung erforderlich wären (vgl. VOGEL 1993, S. 290ff.). *Aus den genannten Gründen ist eine unmittelbare Ableitung eines Bewertungsmodells von den Wünschen, Bedürfnissen und Anforderungen der Nachfrage kaum möglich.* Als Alternative schlägt BECKER (1979, S. 130) eine indirekte Messung über das tatsächliche Verhalten von Gästen am Urlaubsort vor. *Aufgrund der Tatsache, dass das tatsächliche Verhalten von Urlaubsgästen letztlich das messbare Resultat komplexer Wünsche, Bedürfnisse und Anforderungen darstellt, erscheint diese Vorgehensweise eine sinnvolle, pragmatische Lösung, um eine möglichst umfassende Nachfrageorientierung zu gewährleisten.* Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass das Reiseverhalten von Touristen in Heilbädern und Kurorten eine wesentliche Grundlage der Modellbildung in vorliegender Arbeit sein wird (vgl. Kapitel 3.2). Die geschilderten Schwierigkeiten einer nachfrageorientierten Modellbildung verdeutlichen aber auch, dass es durchaus sinnvoll sein kann, die empirische Basis der Modellentwicklung durch Expertenuntersuchungen zu ergänzen. Auch KREISEL/ REEH (2004, S. 80) sind der Auffassung, dass „man auf das Know-how der Experten und ihre einschlägigen Kenntnisse unter keinen Umständen verzichten“ kann.

2.2.2.4 Eindimensionale vs. mehrdimensionale Ergebnisdarstellung

Nach dem Differenzierungsgrad der Ergebnisdarstellung lässt sich die **eindimensionale** von der **mehrdimensionalen Ergebnisdarstellung** unterscheiden. Bei der eindimensionalen

Ergebnisdarstellung werden die Informationen hoch konzentriert, häufig in Form einer einzigen Zahl dargestellt, die Auskunft über einen spezifischen, meist komplexen Sachverhalt erteilen soll. Detailinformationen gehen hierbei zugunsten einer plakativen, verdichteten Ergebnisdarstellung verloren. Voraussetzung für die konzentrierte Ergebnisdarstellung ist die teilweise in mehreren Stufen stattfindende Addition von Einzelergebnissen. Das methodische Instrument, das hierbei angewendet wird, ist die Nutzwertanalyse (vgl. Kapitel 2.2.3). Bei der mehrdimensionalen Ergebnisdarstellung werden die gewonnenen Bewertungsergebnisse differenziert dargestellt, so dass Erkenntnisse zu verschiedenen Sachverhalten verwertet werden können. Im Vordergrund steht in diesem Fall also eine möglichst detaillierte Informationsgewinnung.

Durch die unterschiedlichen Zielsetzungen des zu entwickelnden Bewertungsinstruments sind erneut beide Gestaltungsprinzipien relevant. Während die Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten als Grundlage zur Ableitung von Handlungsbedarf eine möglichst differenzierte Datenbasis - und damit eine differenzierte, mehrdimensionale Ergebnisdarstellung - erfordert, ist zur Ableitung strategischer Entwicklungsoptionen eine möglichst konzentrierte, eindimensionale Betrachtung sinnvoll.

2.2.3 Methodische Schritte von Bewertungsverfahren

Die meisten quantitativen touristischen Bewertungsverfahren lehnen sich mehr oder minder eng an das Instrument der Nutzwertanalyse an (vgl. BONERTZ 1981, S. 44). Die Nutzwertanalyse stammt ursprünglich aus der Systemtechnik und dient der Bewertung von Entscheidungs- und Handlungsalternativen, um eine systematische Auswahl der geeigneten Alternative zu ermöglichen (vgl. LAUBINGER/ NICOLAI 1977, S. 106). Die Grundlogik der Nutzwertanalyse besteht darin (vgl. TUROWSKI 1972, S. 26f.),

- eine beliebige Zahl vorgegebener Alternativen zu bewerten und zwar
- vor dem Hintergrund eines spezifischen Zielsystems,
- auf der Grundlage gewichteter Zielkriterien, die das Zielsystem abzubilden versuchen,
- mithilfe einer mathematisch gestützten Transformation von gemessenen Werten (Zielerträge) entlang des Kriterienkatalogs in dimensionslose Werte (Zielerfüllungswerte),
- durch die Addition von Zielerfüllungswerten zu Teilnutzwerten bzw. Nutzwerten.

BONERTZ (1981, S. 44ff.) hat auf der Grundlage einer Untersuchung von insgesamt elf (klassischen) Landschaftsbewertungsverfahren ein allgemeines Ablaufschema herausgearbeitet, das große Parallelen zum nutzwertanalytischen Ansatz aufweist. Auch die Betrachtung

aktueller Ansätze zeigt, dass die Nutzwertanalyse nach wie vor ein grundlegendes Gestaltungselement entsprechender Modelle darstellt. Das von BONERTZ erarbeitete allgemeine Ablaufschema ist also auch heute noch geeignet, um die zentralen Punkte und Schritte bei der Entwicklung eines touristischen Bewertungsverfahrens aufzuzeigen (vgl. Tab. 1).

Tab. 1: Allgemeines Ablaufschema eines touristischen Bewertungsverfahrens

Zentrale Punkte	Handlungsschritte
Alternativen	Definition der zu bewertenden Alternativen (Festlegung der Ortstypen, auf die das Modell angewendet werden soll)
Zielsystem	Bestimmung des zu bewertenden Objekts (Konkretisierung des Begriffs der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“)
Bewertungskriterien	Ableitung von bewertenden Kriterien (Indikatorenbildung)
Zielerträge	Bestimmung der Zielerträge (Messung der Objekteigenschaften der Kriterien nach vorgegebenen Messregeln)
Skalierung/ Zielerfüllungsgrad	Transformation der gemessenen Werte (Messausdrücke) in dimensionslose Wertungen (Wertausdrücke) durch die Anwendung spezieller Bewertungsfunktionen (Nutzwertfunktionen)
Gewichtung	Gewichtung der Kriterien
Teilnutzwerte	Addition der gewichteten Zielerfüllungsgrade zu einem Teilnutzwert
Nutzwert	Addition der Teilnutzwerte zum (Gesamt-) Nutzwert

Quelle: BONERTZ 1981, S. 44

Es ist von großer Bedeutung für die Gestaltung eines Bewertungsverfahrens, welche **Alternativen** es zu bewerten und zu vergleichen gilt. Im vorliegenden Kontext stellt sich etwa die Frage, auf welche Kurorttypen das Modell angewendet werden soll. Sollen beispielsweise auch die Seebäder und -heilbäder in die Betrachtungen einbezogen werden, sind eine Reihe zusätzlicher Kriterien zu berücksichtigen, die die Meereslage der Bäder sowie die damit verbundenen Standort- und Angebotsfaktoren abbilden. Die klare Abgrenzung der zu bewertenden Alternativen ist daher eine wichtige Voraussetzung für die Modellentwicklung. Das **Zielsystem** ist das eigentliche Bewertungsobjekt, das es zu bewerten gilt. Denn die festgelegten Alternativen werden nicht per se, sondern unter spezifischen Gesichtspunkten betrachtet. In dieser Arbeit geht es um die Frage nach der „Gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten“. Hierbei handelt es sich um ein Phänomen, das erst konkretisiert, also klar definiert werden muss, damit es für die weitere Operationalisierung geeignet ist (vgl. Kapitel 2.3.3). Die Definition des Zielsystems ist der Ausgangspunkt bei der Gestaltung eines touristischen Bewertungsverfahrens und alle weiteren Schritte sind konsequent darauf abzustimmen (vgl. BECKER 1983, S. 314). Das zu bewertende Objekt stellt bei touristischen Bewertungsverfahren immer ein theoretisches Konstrukt dar, das nicht direkt beobachtbar ist.

Dies trifft auch auf die gesundheitstouristische Kompetenz von Heilbädern und Kurorten zu. Insofern muss dieses theoretische Konstrukt in konkrete Forschungsoperationen bzw. empirisch nachweisbare Phänomene umgesetzt, operationalisiert, werden. Operationalisierung bedeutet die Definition von Messmöglichkeiten, die valide und reliabel das Wesentliche des theoretischen Konstrukts erfassen (vgl. DILLER 1994, S. 837). Die folgenden Schritte des nutzwertanalytischen Schemas dienen letztlich der Operationalisierung des zu bewertenden theoretischen Konstrukts. Am Anfang stehen die Auswahl geeigneter **Bewertungskriterien** (z.B. Waldfläche) sowie die Ermittlung des **Zielertrags** (des Messwertes) auf der Grundlage von Messvorschriften (z.B. Waldfläche in Prozent der Gesamtfläche). Der Zielertrag (Messwert) gibt an, welche Ausprägung der Indikator im konkreten Fall besitzt (z.B. 30% Waldanteil). Damit ein Vergleich von Werten unterschiedlicher Dimensionen (z.B. prozentualer Anteil, Länge in Metern) möglich ist, ist die **Skalierung** der Messwerte bzw. die Ermittlung von so genannten **Zielerfüllungsgraden** erforderlich. Hierbei werden die Messwerte mithilfe zu definierender Nutzwertfunktionen in dimensionslose Werte (Zielerfüllungsgrade) transformiert (z.B. 30% Waldanteil = 0,6). Voraussetzung hierfür ist die Definition von Richtwerten, die dem maximalen Zielerfüllungsgrad zugeordnet werden (z.B. optimaler Waldanteil = 50% entspricht 1). Durch die Multiplikation des Zielerfüllungsgrades mit dem jeweiligen **Gewichtungsfaktor** kommt es zur Bildung von **Teilnutzwerten**, die addiert den **Nutzwert** ergeben (vgl. BONERTZ 1981, S. 45).

2.2.4 Vorstellung ausgewählter Bewertungsverfahren

Im Folgenden werden ausgewählte Bewertungsverfahren touristischer Destinationen vorgestellt, die einen inhaltlichen und/ oder methodischen Bezug zur vorliegenden Forschungsarbeit aufweisen. Das Hauptaugenmerk gilt aktuelleren Ansätzen. Nicht nur in älteren Arbeiten, sondern auch in der aktuellen Literatur werden immer wieder ausgewählte klassische (Landschafts-) Bewertungsverfahren aus den 60er/70er Jahren vorgestellt und reflektiert (vgl. u.a. MAIER 1972, BEZZOLA 1975, BECKER 1976, PÖTKE 1979, HARFST 1980, BECKER 1980, BONERTZ 1981, SCHEFFEL 1993, BENTHIEN 1997, HOFFMAN 1999). Zumindest die wichtigsten Ansätze können daher als ausreichend analysiert gelten. Ergebnisse dieser Analysen, die für diese Arbeit wichtig sind, werden aber bei der Diskussion der zentralen Probleme von touristischen Bewertungsverfahren (vgl. Kapitel 2.2.5) berücksichtigt.

Die Zahl der veröffentlichten touristischen Bewertungsverfahren aktuelleren Datums ist überschaubar. Zur näheren Darstellung und Analyse wurden aus verschiedenen Gründen die folgenden Verfahren ausgewählt:

- **Die „Vergleichende Kurortanalyse“ (VKA) des Europäischen Tourismus Instituts (ETI):** dieses Verfahren widmet sich ganz ähnlichen Fragestellungen wie die

vorliegende Forschungsarbeit. Einerseits verspricht es daher Anregungen zur Gestaltung der Bewertungsmethodik. Andererseits muss das zu entwickelnde Bewertungsmodell durch eine optimierte Vorgehensweise und durch verbesserte Erkenntnismöglichkeiten vom Ansatz der VKA abgegrenzt werden. Hierfür ist eine Darstellung und Analyse des ETI-Verfahrens erforderlich.

- **Der Ansatz von HOFFMANN zur Bewertung von Luftkurorten:** auch dieses Verfahren weist eine große inhaltliche Nähe zur Fragestellung dieser Arbeit auf. Dessen Darstellung dient vor allem der Begründung für ein stark modifiziertes Modell.
- **Das Instrument „QUALITEST“ der Europäischen Kommission:** QUALITEST ist der aktuellste auffindbare Bewertungsansatz und eines der wenigen indikatorenbasierten Qualitätsprogramme für Tourismusdestinationen. Der Ansatz unterscheidet sich in vielerlei Hinsicht von den meisten Bewertungsverfahren (vgl. Kapitel 2.2.4.3). Die Vorstellung von QUALITEST dient daher vor allem dazu, einen Eindruck von der Breite möglicher Bewertungsmethodiken zu vermitteln, auf die im Rahmen dieser Arbeit zurückgegriffen werden kann.
- **Der Ansatz von SCHEFFEL zur nachfrageorientierten, disaggregierten (Mikro-)Strukturanalyse im Tourismus:** Scheffel verfolgt einen sehr klassischen, nutzwertanalytischen Ansatz. Er ist – ebenso wie die Autorin - bemüht, die Nachfrageseite bei der Modellentwicklung möglichst umfassend zu berücksichtigen und möchte damit einen wesentlichen Kritikpunkt an den Landschaftsbewertungsverfahren der 60er/70er Jahre auszuräumen. Die Vorstellung des Verfahrens von Scheffel dient vor allem dazu aufzuzeigen, wie sich die klassische, nutzwertanalytische Bewertungsmethodik auf aktuelle Fragestellungen übertragen lässt, und wie die Marktseite bei der Modellbildung berücksichtigt werden kann.

2.2.4.1 Die „Vergleichende Kurortanalyse“ des Europäischen Tourismus Instituts

Die „Vergleichende Kurortanalyse“ (VKA) des EUROPÄISCHEN TOURISMUS INSTITUTS (ETI) (2003a) wurde erstmals im Jahr 1998 in Rheinland-Pfalz durchgeführt und in erweiterter Form im Zeitraum 2002/2003 in Niedersachsen angewendet. Ein Teil der Fragestellungen, die in der VKA behandelt werden, wurde auch für die vorliegende Arbeit aufgegriffen. Die folgende Analyse zielt insbesondere darauf ab herauszufinden, inwieweit die Erkenntnisse und Ergebnisse der VKA zur Gestaltung eines weiterentwickelten, optimierten Bewertungsansatzes genutzt werden können.

2.2.4.1.1 Beschreibung des Ansatzes

Zielsystem Die VKA verfolgt drei Hauptziele (vgl. ETI 2003a, S. 10)

- Ermittlung der kur- und gesundheitstouristischen Eignung von Heilbädern und Kurorten im Vergleich untereinander,
- Ermittlung der Eignung von Heilbädern und Kurorten im Vergleich untereinander zur Positionierung auf verschiedenen kur- und gesundheitstouristischen Zielmärkten,
- Ermittlung der allgemeinen Stärken und Schwächen von Heilbädern und Kurorten im Vergleich untereinander.

Bewertungsmethode

Die VKA basiert auf dem nutzwertanalytischen Ansatz. Das heißt, die Bewertung erfolgt durch die Addition gewichteter, in dimensionslose Zielerfüllungsgrade transformierte Messwerte entlang eines vorgegebenen Kriterienkatalogs.

Kriterienkatalog

Mithilfe von annähernd 500 Kriterien wird versucht, das gesundheits-touristische Angebot der Heilbäder und Kurorte quasi total sowie ausgewählte Managementaspekte abzubilden. Der Kriterienkatalog ist hierarchisch gegliedert. Insgesamt 20 Kategorien werden durch Kriterien in zum Teil mehrstufiger Gliederung operationalisiert. Folgende Kategorien werden betrachtet (vgl. ebenda, S. 108):

- Naturpotenzial,
- Kulturpotenzial,
- Verkehrsanbindung,
- Innere Verkehrserschließung,
- Ortsbild,
- Einzelhandelsstruktur,
- Kurmedizinische Kompetenz,
- Kureinrichtungen,
- Kurmittelbereich,
- Beherbergung und Gastronomie,
- Tagungs- und Kongresseinrichtungen,
- Wegenetz,
- Freizeitangebot,
- Badelandschaft,
- Organisation der Kur- bzw. Tourismusorganisation,
- Strategisches Marketing,
- Marketingkommunikation,
- Produkte und Dienstleistungen,
- Service der Touristinformation,
- Statistik.

- Art der Kriterien** Es werden sowohl quantitative als auch qualitative Kriterien verwendet. Es wird davon ausgegangen, dass sich wesentliche Qualitäten des gesundheitstouristischen Angebots nicht quantifizieren lassen. Um den subjektiven Faktor möglichst gering zu halten, werden die Wertungen entlang der qualitativen Kriterien durch mehrere Experten vorgenommen. Neben „harten“ Standortfaktoren werden auch „weiche“ Faktoren betrachtet, wie etwa die Atmosphäre im Ort oder die Servicequalität (vgl. ebenda, S. 105ff.).
- Herleitung der Kriterien** Wie die meisten Bewertungsansätze muss auch die VKA ohne eine konsequent systematische Herleitung der Kriterien auskommen. Die Entwicklung des Kriterienkatalogs basiert auf Recherchen, dem Wissen und der Logik der Verfasser. Partiiell wurde auf Ergebnisse eigener Marktforschungsuntersuchungen zurückgegriffen. Um die Akzeptanz der Kriterien seitens der Heilbäder und Kurorte zu erhöhen, wurde der Kriterienkatalog mit den Kurdirektoren abgestimmt, so dass letztlich ein länderspezifisches Bewertungsinstrument entstand.
- Datenerfassung** Das Bewertungsinstrument erfordert die folgenden Untersuchungen zur Datenerfassung:
- Schriftliche Befragung der Kurdirektoren,
 - Untersuchung von Sekundärmaterialien (insbesondere Marketingmedien, Karten),
 - Durchführung von Servicetests der Touristinformation,
 - Durchführung einer Vorortanalyse durch mehrere Experten.
- Räumliche Raster** In den meisten Fällen bildet die Gemeinde die räumliche Bewertungsgrundlage. In Einzelfällen, nämlich bei touristischen Infrastrukturen mit hoher Anziehungskraft sowie bei einigen naturräumlichen Kriterien, werden Entfernungsbereiche betrachtet, die von den Verfassern definiert wurden.
- Skalierung** Durch den vergleichenden Ansatz der VKA wird dem minimalen Messwert der Messreihe der Zielerfüllungsgrad 0 sowie dem maximalen Messwert der Zielerfüllungsgrad 1 zugeordnet. Bei den dazwischen liegenden Werten wird immer eine lineare Nutzwertfunktion angenommen, das heißt, die Zielerfüllungsgrade erhöhen sich in linearer Abhängigkeit zum Messwert. Durch diese Methode wird der ortsspezifische

Wert mit den jeweils gemessenen minimalen bzw. maximalen Werten verglichen (vgl. ebenda, S. 109f.).

Gewichtung

Die Gewichtung der Kriterien wurde durch die Verfasser vorgenommen und im nächsten Schritt mit den Kurdirektoren abgestimmt (vgl. ETI 2003, S. 108).

Aufgrund der unterschiedlichen Fragestellungen der VKA wurden unterschiedliche Gewichtungen vorgenommen, und zwar getrennt für die gesundheitstouristische Eignung der Heilbäder und Kurorte insgesamt sowie die Eignung der Heilbäder und Kurorte zur Positionierung auf den folgenden Teilmärkten (vgl. ETI 2003a, S. 150ff.):

- Kur im Urlaub,
- Wellnessurlaub,
- Gesundheit im Urlaub,
- Fitness-, Sport- und Aktivurlaub,
- Tagungs- und Seminartourismus,
- Kurz- und Wochenendreisen,
- Familienurlaub,
- Kultururlaub.

Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse stellen die Summe der gewichteten Zielerfüllungsgrade zu Teilnutzwerten und Nutzwerten entsprechend des nutzwertanalytischen Ansatzes dar. Die Ergebnisdarstellung erfolgt entsprechend der unterschiedlichen Ziele der VKA zum Teil eindimensional und zum Teil mehrdimensional. Während die gesundheitstouristische Eignung der Heilbäder und Kurorte (insgesamt und in Bezug auf die unterschiedlichen Zielgruppen) plakativ und konzentriert durch eine Zahl erfolgt, wird die Stärken- und Schwächenanalyse entlang der weiter oben aufgeführten „Qualitätskategorien“ dargestellt. Die Eignungswertdarstellung erfolgt als Ranking der Heilbäder und Kurorte untereinander, wobei die Gruppen Spitzenreiter, Verfolger, oberes und unteres Mittelfeld, Gefahrenzone und marktpolitische Umsteiger unterschieden werden (vgl. ebenda, S. 111ff.).

2.2.4.1.2 Kritische Reflexion des Ansatzes

Ohne jeden Zweifel stellt die Vergleichende Kurortanalyse ein fundiertes und praktisch bewährtes Instrument zur Analyse und Bewertung von Heilbädern und Kurorten dar. Dies zeigen auch die beiden umfangreichen Studien in Rheinland-Pfalz (vgl. ETI 1999) und Niedersachsen (vgl. ETI 2003 sowie 2003a), die auf der Grundlage des Bewertungsansatzes durchgeführt wurden. Aus wissenschaftlicher Sicht existieren jedoch einige Schwachstellen, die die Entwicklung eines weiteren bzw. weiterentwickelten Verfahrens erforderlich machen.

Ein wesentlicher Kritikpunkt, dem sich die VKA stellen muss, ist die fehlende systematische Berücksichtigung der Nachfrage bei der **Herleitung und Gewichtung der Kriterien**. Kriterienkatalog und Gewichtungen sind in erster Linie das Ergebnis von Recherchen bzw. des Know-hows der Verfasser. Wenngleich sich die Marktseite in den Rechercheergebnissen und auch dem Expertenwissen widerspiegelt, so ist dies für den Nutzer des Instruments wenig nachvollziehbar. Auch die Gewichtung der Kriterien im Hinblick auf die Bedürfnisse unterschiedlicher Teilmärkte basiert ausschließlich auf Experten Know-how, so dass es sich hierbei nur um grobe Schätzungen handeln kann. Zu einer breiten Akzeptanz des Ansatzes durch die rheinland-pfälzischen und niedersächsischen Heilbäder und Kurorte hat die partizipative Einbindung der Kurdirektoren - also weiteren Expertenwissens - im Rahmen mehrerer Workshops beigetragen (vgl. ETI 2003b, S.8f.). Durch die Möglichkeit der Einflussnahme auf das Bewertungsinstrument sind jeweils landesspezifische Ansätze entstanden. Die VKA ist insofern nicht als ein allgemeingültiges, abgeschlossenes und unmittelbar übertragbares Modell zu verstehen.

Die große **Anzahl und Tiefe der definierten Kriterien** der VKA tragen dazu bei, dass die Bewertungsergebnisse die Realität gut abbilden können. Der umfangreiche Kriterienkatalog hat aber eine entsprechend aufwendige Datenerhebung zur Folge, zumal zur Bewertung der qualitativen Kriterien der Einsatz mehrerer Experten empfohlen wird.

Zur **Skalierung der Messergebnisse** werden die besten gemessenen Werte als Richtwerte herangezogen. Da diese Richtwerte im Rahmen einer ausschließlich auf Niedersachsen beschränkten Messreihe gewonnen wurden, sind sie nur bedingt auf Heilbäder und Kurorte außerhalb Niedersachsens übertragbar. Die vorgenommene Skalierung hat noch einen weiteren Nachteil. Existieren in Bezug auf bestimmte Kriterien extreme Merkmalsausprägungen, wird ein kaum erreichbarer Maßstab gesetzt. In der Konsequenz bedeutet dies, dass dem besten Ort die maximale Punktzahl zugeordnet wird, während die anderen Orte mit objektiv gutem Ergebnis kaum Punkte erhalten. Eine alternative Vorgehensweise zur Definition von Richtwerten oder die Anwendung nicht-linearer Nutzwertfunktionen könnten hier zu besseren Bewertungsergebnissen beitragen.

Insbesondere die Herleitung und Gewichtung der Kriterien stellen für die Aufgabenstellung dieser Arbeit relevante Ansatzpunkte zur Optimierung der VKA dar. Um ein allgemeingültiges und auf alle deutschen Heilbäder und Kurorte anwendbares Bewertungsinstrument zu schaffen, muss zudem eine alternative Vorgehensweise bei der Skalierung der Messergebnisse gefunden werden.

2.2.4.2 Der Ansatz von Hoffmann zur Bewertung von Luftkurorten

Im Rahmen seiner Dissertation hat HOFFMANN (1999) ein mikrostrukturelles Analyse-, Vergleichs- und Bewertungsinstrument für Luftkurorte entwickelt und beispielhaft an Luftkurorten in Nordrhein-Westfalen angewendet. Der Ansatz wird primär aufgrund seiner inhaltlichen Nähe zu dieser Arbeit vorgestellt. Die folgenden Ausführungen dienen in erster Linie dazu, den Bedarf für ein alternatives Modell zur Bewertung von Heilbädern und Kurorten zu verdeutlichen.

2.2.4.2.1 Beschreibung des Ansatzes

Zielsystem HOFFMANN gliedert sein Bewertungsverfahren in drei Modellstufen. Modellstufe 1 und 2 sind für die vorliegenden Forschungsfragen relevant, weil sie sich auf die Bewertung der Ist-Situation in Luftkurorten beziehen, während sich die Modellstufe 3 der Prognose möglicher Entwicklungen widmet. HOFFMANN formuliert die folgenden Ziele für die beiden ersten Modellstufen (S. 1f.):

- Modellstufe 1: Vergleich von einzelnen Kenngrößen der Luftkurorte,
- Modellstufe 2: Gesamtbewertung des Tourismus in Luftkurorten.

Bewertungsmethode Die Modellstufen 1 und 2 sind durch unterschiedliche methodische Vorgehensweisen gekennzeichnet (S. 19ff.):

Modellstufe 1: „Rangfolgeverfahren“:

Die Messwerte ausgewählter Kriterien werden über die Bildung von Rangordnungen normiert. Sollen über den Einzelkriterienvergleich hinaus Kriterien zusammengefasst werden, werden die Einzelränge zu Rangsummen addiert.

Modellstufe 2: „Wertzahlenverfahren“

Alle Messwerte werden in ein dimensionsloses Punktesystem transfor-

miert. Die Punkte aller berücksichtigten Elemente werden mit einer Gewichtung versehen und in einer Synthese summiert.

Kriterienkatalog Der Kriterienkatalog umfasst sechs übergeordnete „Komplexe“:

- Natürliche Eignung,
- Freizeitinfrastruktur,
- Beherbergungskapazität,
- die Erholungseignung negativ beeinflussende Faktoren,
- sozioökonomische Faktoren,
- Erreichbarkeit des Gebietes.

Unter diesen Hauptkategorien werden insgesamt 33 Bewertungselemente zusammengefasst (S. 95).

Art der Kriterien Es werden sowohl quantitative als auch qualitative Bewertungen vorgenommen. Bei den qualitativen Indikatoren handelt es sich in der Regel um sehr komplexe Sachverhalte, die mittels Wertzahlen auf der Grundlage von Bewertungsvorgaben bewertet werden (z.B. das Kulturangebot auf einer Skala von 1 = sehr gut bis 5 = sehr schlecht) (S. 19 sowie S. 74).

Neben Maßzahlen, die die Qualität des touristischen Angebots repräsentieren (z.B. Wasser- und Erholungsfläche, Klima, Kur- und Wanderwege etc.), werden auch Kennziffern, die nachfrageseitige Aspekte beinhalten (z.B. die Fremdenverkehrsintensität, Bettenauslastung etc.) (S. 76f.), berücksichtigt.

Herleitung der Kriterien Die Bewertungselemente werden nach den Kriterien ‚Erfassbarkeit‘ und ‚Unabhängigkeit‘ selektiert. Letztere dient der Vermeidung von Multiplikatoreffekten innerhalb des Systems. Es soll vermieden werden, dass mehrere Kriterien den gleichen Sachverhalt wiedergeben und somit bestimmte Qualitäten mehrfach in die Bewertung einfließen (S. 58f.). Das Bewertungsmodell arbeitet daher nur mit Bewertungselementen, die untereinander mindestens eine statistisch nachgewiesene Unabhängigkeit gewährleisten. Das wird in einem System erreicht, das von einer abhängigen Variablen und vielen unabhängigen Variablen bestimmt wird (S. 116f.). Als abhängige Variable wählt HOFFMANN die Fremdenverkehrsintensität mit der Begründung, dass sie sich „einfach bestimmen lässt, in der Branche allgemein bekannt ist, sich als Vergleichsgröße durchgesetzt hat und die Übernachtungstourismussituation

ausgewählter Orte umfassend beschreiben kann“. Die Auswahl der Bewertungselemente erfolgt auf der Grundlage des Korrelationskoeffizienten zwischen der Fremdenverkehrsintensität und möglichen Indikatoren (S. 58). Für die Berechnungen werden die in 20 Luftkurorten Nordrhein-Westfalens gewonnenen Messreihen genutzt. Für das Bewertungsmodell werden nur Kriterien verwendet, die mit der Fremdenverkehrsintensität nicht im Zusammenhang stehen (Korrelationskoeffizient $r < 0,3$ bzw. $r > -0,3$) (S. 59).

- Datenerfassung** Die Datenerfassung für die nordrhein-westfälischen Luftkurorte erfolgte auf der Grundlage von Sekundäranalysen, insbesondere Statistiken und Kartenmaterial, sowie einer eintägigen Vorortbegehung jedes Ortes. Um einen zeitlichen Vergleich zu ermöglichen und Entwicklungen zu verdeutlichen, wurden die Daten zu zwei Zeitpunkten, 1993 und 1997 erhoben (S. 98).
- Räumliche Raster** HOFFMANN berücksichtigt bei der Definition der zu bewertenden räumlichen Einheiten, dass sich die Prädikatisierung des Landes in der Regel nicht auf die ganze Gemeinde bezieht, sondern lediglich auf Ortsteile. Die Bewertung wird vor diesem Hintergrund - wenn möglich - nur für die prädikatisierten Ortsteile vorgenommen (S. 1).
- Skalierung** Bei der Skalierung muss zwischen den beiden Modellstufen unterschieden werden. In der ersten Stufe erfolgt eine Normierung über die Bildung von Rangordnungen. Die Messwerte werden durch den Vergleich untereinander auf ein ordinales Skalenniveau gebracht.
- In der zweiten Modellstufe wird den Messwerten ein Punktwert zugeordnet. Die Transformation erfolgt auf der Grundlage von Richtwerten, für die in den meisten Fällen die besten Messwerte herangezogen werden. In Einzelfällen wird - in Ermangelung objektiv feststellbarer bester Messwerte - auf das arithmetische Mittel bzw. den Median der Messreihe als Richtwert zurückgegriffen (S. 95).
- Gewichtung** Es werden Gewichtungsfaktoren verwendet, die BONERTZ (1983, S. 59) auf der Grundlage einer Befragung von Experten aus der Landes- und Regionalplanung ermittelt hat. Gewichtet werden somit lediglich die sechs übergeordneten Komplexe. Für die den Komplexen zugeordneten Bewertungselemente werden gleiche Gewichte angenommen (S. 121).

Ergebnisdarstellung Das Rangfolgeverfahren dient dem Einzelkriterienvergleich. Unklar ist, weshalb trotzdem Rangsummen gebildet werden, um eine vergleichende Bewertung der Luftkurorte über die einzelnen Bewertungselemente hinweg vorzunehmen. Die Ergebnisse des Rangfolgeverfahrens werden tabellarisch entlang der Bewertungselemente, der Qualitätskategorien sowie in einer Gesamtbetrachtung vorgestellt.

Die Ergebnisse des Wertzahlenverfahrens (Modellstufe 2) werden stärker zusammengefasst, indem sie nicht auf der Ebene der Bewertungselemente präsentiert werden, sondern nur auf der Ebene der sechs Qualitätskategorien sowie als Gesamtbewertung. Laut HOFFMANN kann „der Summenwert eines jeden Luftkurortes als Maß für den Tourismus im Ort vergleichend herangezogen werden“ (S. 20).

2.2.4.2.2 Kritische Reflexion des Ansatzes

Der Ansatz von HOFFMANN weist eine Reihe von Schwachstellen auf, die nicht ausschließlich auf die allgemeinen Schwierigkeiten von touristischen Bewertungsverfahren zurückgeführt werden können. Als problematisch erweist sich zunächst, dass keine Aussage darüber getroffen wird, was konkret bewertet werden soll, außer dass es um den „Tourismus in Luftkurorten“ (S. 20) bzw. um das „angebotene Tourismusprodukt und die realisierte Nachfrage“ (S. 2) geht. Es wird weder nach verschiedenen Tourismusformen bzw. Zielgruppen spezifiziert noch näher erläutert, unter welchen Gesichtspunkten das „angebotene Tourismusprodukt und die realisierte Nachfrage“ bewertet werden soll. Zwar wird auf die Notwendigkeit eines nachfrageorientierten Bewertungsmodells verwiesen (S. 55), jedoch wird die Sicht der Nachfrage bei der Gestaltung des Modells unzureichend berücksichtigt, wie noch zu zeigen sein wird.

Das von HOFFMANN entwickelte **Rangfolgeverfahren** impliziert im Hinblick auf die Fragestellung und gegenüber dem Wertzahlenverfahren keinen Mehrwert. Der Einzelkriterienvergleich lässt sich auf der Grundlage der tatsächlichen Messwerte besser realisieren, weil es hierbei zu keinem durch die Skalierung in ein niedrigeres Skalenniveau bedingten Informationsverlust kommt. Die Bildung von Rangsummen ohne Gewichtung der einzelnen Kriterien wird der unterschiedlichen Bedeutung der verschiedenen Bewertungselemente nicht gerecht. Das auf der Nutzwertanalyse basierende **Wertzahlenverfahren** der 2. Modellstufe enthält zumindest für die übergeordneten Qualitätskategorien eine Gewichtung und verspricht daher bessere Ergebnisse für eine zusammenfassende Bewertung.

Die **Herleitung der Kriterien** auf der Grundlage des statistischen Zusammenhangs potenzieller Bewertungskriterien mit der Fremdenverkehrsintensität weist nach Auffassung der Autorin einen Denkfehler auf. Grundsätzlich ist es zwar erstrebenswert, einen Kriterienkatalog zu entwickeln, der ausschließlich voneinander unabhängige Variablen bzw. keine Multiplikatoreffekte enthält. Durch die Kombination von angebotsorientierten (z.B. Waldrand) und nachfrageorientierten (z.B. Aufenthaltsdauer) oder auch kombinierten Bewertungselementen (z.B. Fremdenverkehrsintensität) ist dies allerdings nur schwer realisierbar, weil Angebot und Nachfrage bekanntlich eng zusammenhängen (vgl. KULINAT 2003, S. 102). Um dennoch Multiplikatoreffekte auszuschließen, wurde - basierend auf der Annahme, dass zwischen den Bewertungselementen mindestens eine nachgewiesene Unabhängigkeit gewährleistet sein muss - die Unabhängigkeit von der Fremdenverkehrsintensität als Voraussetzung zur Aufnahme in das Modell erklärt. Hierbei bleibt unberücksichtigt, dass die Fremdenverkehrsintensität als Maßzahl für die Attraktivität einer touristischen Destination aus Sicht der Nachfrage verstanden werden kann (vgl. BECKER 1976, S. 71). Das bedeutet in der Konsequenz, dass Kriterien ausgeschlossen wurden, die in engem Zusammenhang mit der Attraktivität einer touristischen Destination stehen. Die Herleitung der Kriterien ist somit zwar systematisch, jedoch nicht zielführend. Es ist in diesem Zusammenhang ferner zu bemängeln, dass kein Überblick über die überprüften Kriterien erteilt wird. Ein weiterer Kritikpunkt bezieht sich auf die fehlende inhaltliche Relevanz einiger Kriterien. Beispielhaft sei auf den Bettenanteil in Kleinbetrieben hingewiesen. Eine Bewertung dieses Sachverhalts ist nur möglich bzw. sinnvoll, wenn verschiedene Ausprägungen dieser Variablen sich auch qualitativ voneinander unterscheiden. Da nicht nachgewiesen wird, dass ein besonders hoher oder ein bestimmter Bettenanteil in Kleinbetrieben gut oder schlecht ist, ist dies kein geeignetes Kriterium zur Bewertung eines Sachverhalts, sondern eignet sich lediglich als beschreibende Größe. Dies zeigt sich auch bei der **Skalierung der Messwerte**. Als Richtwert zur Berechnung des Zielerfüllungsgrades wird - ohne inhaltliche Begründung - das arithmetische Mittel der Messreihe herangezogen.

Eine **Gewichtung der Kriterien** findet lediglich auf der Ebene der sechs übergeordneten Qualitätskategorien statt. Die darunter zusammengefassten Bewertungselemente werden mit gleichen Gewichten versehen, was ihrer tatsächlichen Bedeutung kaum gerecht werden kann. Die Gewichtungsfaktoren basieren auf Ergebnissen einer Expertenbefragung von BONERTZ aus dem Jahr 1983. HOFFMANN (1999, S. 20) selbst räumt hierzu ein: „Mit dieser Entscheidung wird billigend unterstellt, dass in den zurückliegenden 15 Jahren keine wesentlichen Änderungen in der Gewichtung der Bewertungselemente bei Anbietern, Verbrauchern und Experten der Tourismusbranche eingetreten sind“. Hierzu ist zum einen festzustellen, dass BONERTZ lediglich leitende Planer der Regional- und Landesplanung befragt hat und nicht touristische Anbieter und Verbraucher (vgl. BONERTZ 1983, S. 17). Das heißt, die Gewich-

tung berücksichtigt die Nachfrageseite nicht. Zum anderen muss kritisch hinterfragt werden, ob die Ergebnisse von BONERTZ Ende der 90er Jahre noch aktuell waren, da sich die Aufgabenstellung in der räumlichen Planung im Vergleich zu den frühen 80er Jahren stark verändert hat (vgl. Kapitel 2.2.1).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Modell von HOFFMANN - insbesondere aufgrund der geringen Marktorientierung, der ungeeigneten Herleitung der Kriterien und deren überholten Gewichtung - dem heutigen Anspruch an ein aussagekräftiges, praxisorientiertes Bewertungskonzept nicht gerecht wird. Ein adäquater Ansatz wird daher nach wie vor benötigt.

2.2.4.3 Das Instrument „QUALITEST“ der Europäischen Kommission

Das Bewertungsinstrument „QUALITEST“ wurde im Jahre 2003 im Auftrag der EUROPÄISCHEN KOMMISSION durch das dänische Beratungsunternehmen RAMBØLL entwickelt (vgl. EUROPEAN COMMISSION 2003a). An der Entwicklung wurden insgesamt zehn europäische Tourismusdestinationen unterschiedlicher Struktur (ländliche Regionen, Küstenregionen, städtische Regionen) beteiligt. Ziel war es, ein Analyse- und Bewertungsinstrument zu schaffen, das den unterschiedlichen touristischen Destinationen Europas gerecht wird. QUALITEST repräsentiert eine Form der Bewertung, die sich stark von den beiden vorangegangenen Ansätzen und von den klassischen Landschaftsbewertungsverfahren unterscheidet, insbesondere durch die folgenden Aspekte:

- QUALITEST ist ein indikatorenbasiertes Analyse- und Bewertungsinstrument, das ausschließlich der Verwendung auf Destinationsebene dient. Es soll touristischen Destinationen Hinweise für eine qualitätsorientierte Entwicklung bieten. Spezifische überregionale Planungsfragen ließen sich zwar mithilfe von QUALITEST beantworten, allerdings würde dies eine flächendeckende Implementierung des Systems erfordern. Dies ist kaum realistisch und auch nicht intendiert. Insofern ist QUALITEST im Gegensatz zu den beiden vorherigen Bewertungsverfahren ausschließlich zur Qualitätsentwicklung auf Destinationsebene geeignet.
- QUALITEST verwendet ausgewählte Indikatoren, um spezifische qualitätsbezogene Sachverhalte von verschiedenen Seiten zu beleuchten. Die Indikatoren werden zwar – nach einer bestimmten Systematik – gemeinsam betrachtet (siehe unten), jedoch nicht skaliert und zusammengefasst. QUALITEST basiert demnach auch nicht – wie die meisten Bewertungsverfahren – auf dem nutzwertanalytischen Ansatz.
- QUALITEST erfordert die Durchführung einer Gästebefragung und einer Befragung touristischer Leistungsträger, um die zur Bewertung erforderlichen Daten zu generie-

ren. Das heißt, eine Bewertung von spezifischen Sachverhalten erfolgt nicht durch deren Operationalisierung in messbare Größen, sondern durch die (zusammenfassende) Wertung der Nachfrage bzw. der Akteure.

Die Vorstellung des Bewertungsinstruments QUALITEST dient insbesondere dazu, die Breite der Möglichkeiten zur Bewertung touristischer Destinationen zu demonstrieren.

2.2.4.3.1 Beschreibung des Ansatzes

Zielsystem	<p>QUALITEST zielt darauf ab, qualitätsbezogene Schlüsselgrößen des touristischen Destinationsmanagements</p> <ul style="list-style-type: none"> a) zu messen, b) über längere Zeiträume zu beobachten und c) mit anderen Destinationen zu vergleichen (S. 1).
Bewertungs- methode	<p>QUALITEST ist ein indikatorenbasiertes Analyse- und Bewertungssystem. Die Indikatoren werden zwar nach einer gewissen Logik kombiniert betrachtet, jedoch nicht skaliert und addiert (S. 21ff.).</p>

Kriterienkatalog Insgesamt 16 Qualitätskategorien werden aufgeteilt in (S. 21ff.)

a) destinationsbezogene Qualitätskategorien. Sie beziehen sich auf die Destination als Ganzes bzw. auf touristische Basisqualitäten, die eine Grundvoraussetzung für den Tourismus in einer Destination darstellen:

- Wirtschaftlichkeit der lokalen Tourismusbetriebe,
- Unterstützung der lokalen Tourismusbetriebe,
- Marketing,
- Gastfreundschaft,
- Sicherheit,
- Luftqualität,
- Umweltqualität.

b) produktbezogene Qualitätskategorien. Diese beziehen sich auf ausgewählte Bausteine der touristischen Leistungserbringung in der Destination:

- Kommunikation mit dem Kunden vor seinem Aufenthalt,
- Barrierefreiheit,
- Transport,
- Unterkunft,
- Information,
- Verpflegung,
- Freizeitaktivitäten,
- Wasserqualität von Badegewässern,
- Preis-Leistungs-Verhältnis.

Jeder der 16 Qualitätskategorien sind jeweils drei unterschiedliche Indikatoren zugeordnet, die eng miteinander verknüpft sind (S. 9ff.):

- a. Indikatoren, die die Qualitätswahrnehmung von Touristen oder touristischen Leistungsträgern betreffen (QPCI¹),
- b. Indikatoren, die das Qualitätsmanagement in der Destination betreffen (QMI²) und
- c. Indikatoren, die tatsächliche, objektiv messbare Qualitätsaspekte betreffen (QPI³).

¹ Die Abkürzung QPCI steht für Quality Perception Condition Indicators.

² Die Abkürzung QMI steht für Quality Management Indicators.

³ Die Abkürzung QPI steht für Quality Performance Indicators.

Die Ergebnisse dieser drei Arten von Indikatoren werden gemeinsam betrachtet mit dem Ziel, unmittelbare Hinweise zur Verbesserung der aktuellen Situation zu erhalten. Der QPCI repräsentiert einen Sachverhalt, der für den Erfolg einer Destination entscheidend ist, nämlich die Zufriedenheit der Gäste und Leistungsträger mit ausgewählten Qualitätsaspekten. Wird hier ein unterdurchschnittlicher Wert erzielt, ist der Blick auf den QMI gerichtet, denn der bezieht sich auf erfolgsentscheidende Parameter des Destinationsmanagements. Das heißt, der QMI enthält konkrete Hinweise darauf, was ggf. zu tun ist, um den QPCI zu verbessern. Der QPI schließlich ist das objektive Gegenstück zum QPCI. Die Qualitätskategorie wird durch objektive, quantifizierbare Sachverhalte bewertet. Die QPIs können auch als Erfolgskennziffern verstanden werden, die den durch die Qualitätskategorie definierten Sachverhalt objektiv und quantitativ bewerten.

Art der Kriterien Die Qualitätskategorien repräsentieren allgemeine touristische Schlüsselgrößen, die auf jede Art von Destination zutreffen (S. 6). Nur wenige Indikatoren dienen der Messung der touristischen Angebotsqualität an sich. Meist wird auf stellvertretende Kennziffern zurückgegriffen (z.B. Zufriedenheit der Touristen bzw. der touristischen Leistungsträger, Prozentualer Anteil an Stammgästen, Anzahl an Beschwerden etc.), die auf einen spezifischen Handlungsbedarf schließen lassen. Alle Indikatoren sind – auf der Grundlage entsprechender Untersuchungen (s. Punkt Datenerfassung) – quantifizierbar (S. 21).

Herleitung der Kriterien Die Herleitung der Kriterien wird nicht im Detail dokumentiert. Eine gewisse Logik, wenn auch nicht Systematik, ist aber erkennbar: der Ansatz geht von vier Schlüsselgrößen des touristischen Destinationsmanagements aus, die auch im Indikatorenkatalog umgesetzt werden (S. 4):

- Gästezufriedenheit,
- Zufriedenheit der touristischen Leistungsträger,
- Lebensqualität der lokalen Bevölkerung,
- Qualität der Umwelt.

Insgesamt ist der Kriterienkatalog das Ergebnis von Expertenuntersuchungen, ggf. unter Einbeziehung der an der Modellentwicklung beteiligten Destinationen.

Datenerfassung	Die Nutzung von QUALITEST erfordert eine sehr umfangreiche Datenerfassung bis hin zur Durchführung empirischer Nachfrageuntersuchungen. Folgende Analysen sind mindestens erforderlich (S. 12ff.): <ul style="list-style-type: none"> • Befragung zur Zufriedenheit der Gäste, • Befragung zur Zufriedenheit der Leistungsträger • Analyse von Sekundärmaterial⁴.
Räumliche Raster	Die Bewertung bezieht sich auf touristische Destinationen, definiert als abgrenzbare Räume, die als Einheit auf dem Markt präsentiert werden und deren touristische Produkte von einer oder mehreren Organisationen koordiniert werden (S. 2).
Ergebnisdarstellung	Die Ergebnisdarstellung erfolgt differenziert. Das heißt, die Ergebnisse werden für jeden Indikator einzeln präsentiert. Ohne Skalierung in ein Punktesystem handelt es sich bei den Ergebnissen um Messwerte mit unterschiedlichen Dimensionen, die erst durch den Vergleich mit anderen Destinationen eine Wertung erhalten. Der Ergebnisvergleich zwischen mehreren Destinationen stellt daher einen wichtigen Bestandteil von QUALITEST dar (S. 10ff.). Die Logik der Gliederung des Indikatorenkatalogs erfordert zudem eine gemeinsame Betrachtung der zusammenhängenden Ergebnisse pro Qualitätskategorie.

2.2.4.3.2 Kritische Reflexion des Ansatzes

Wie auch bei den anderen bisher vorgestellten Verfahren muss die Vorgehensweise bei der **Herleitung der Kriterien** kritisiert werden. Wenngleich Expertenwissen bei der Entwicklung eines eher managementorientierten Modells eine größere Rolle spielt als bei Modellen, die sich auf die Bewertung des Angebots konzentrieren, so sollte die Logik der Entwicklung des Indikatorenkatalogs doch besser dokumentiert werden. Der angedeutete Bezug zu den vier Schlüsselgrößen Gästezufriedenheit, Zufriedenheit der touristischen Leistungsträger, Lebensqualität der lokalen Bevölkerung und Qualität der Umwelt erscheint dennoch sinnvoll. Zu einem besseren Verständnis tragen zudem die plausiblen Erläuterungen zu den einzelnen verwendeten Indikatoren bei (S. 22ff.).

Die mithilfe von QUALITEST generierten Daten erhalten erst durch den Vergleich mit anderen, ähnlichen Destinationen eine Wertung. Es existieren keine definierbaren Mindest- oder Optimalwerte pro Indikator, an denen das eigene Ergebnis gemessen werden kann. Das be-

deutet, der Einsatz von QUALITEST als Analyse- und Bewertungsinstrument ist nur sinnvoll, wenn vergleichbare Daten verfügbar sind. Idealerweise wird das Instrument daher im **Verbund mehrerer vergleichbarer Destinationen** eingeführt. Da die Implementierung von QUALITEST zunächst den Einsatz beträchtlicher Ressourcen erfordert, ist die Bildung entsprechender Verbundlösungen mit erheblicher Überzeugungsarbeit verbunden. Es existieren somit gewisse Hürden bei der Einführung von QUALITEST.

Insgesamt macht das Analyse- und Bewertungsinstrument QUALITEST deutlich, wie schwierig es ist, ein Modell zu entwickeln, das unterschiedlichen Destinationen im europäischen Kontext gerecht werden soll. Um den Rahmen der Bewertung nicht zu sprengen, muss sich das Modell zwangsläufig auf sehr allgemeine Qualitätsfaktoren konzentrieren, die für alle europäischen Destinationen gleichermaßen relevant sind. QUALITEST stellt insofern ein **Universalmodell** dar, das Basisinformationen bereitstellt, jedoch zu sehr an der Oberfläche bleibt, um eine Grundlage für eine differenzierte und zielgruppengerechte Qualitätsentwicklung in der Destination zu bieten. Es muss daher die kritische Frage gestellt werden, ob der an der Oberfläche bleibende Erkenntnisgewinn aus den QUALITEST-Indikatoren den hohen Aufwand der Datenerfassung rechtfertigt. Die Bewertung der QPCI Indikatoren auf der Grundlage von Befragungen von Touristen bzw. touristischen Leistungsträgern ist zwar grundsätzlich aufschlussreich. Keine Bewertung ist nachfrageorientierter als die, die durch die (internen und externen) Zielgruppen selbst vorgenommen wird. Allerdings ist die **Durchführung entsprechender Befragungen aufwendig bzw. teuer**. Hier liegt der große Vorteil von rein normativen Bewertungsverfahren⁵. Aufwendige empirische Erhebungen werden vermieden, indem bestimmte qualitätsbezogene Sachverhalte mithilfe messbarer Größen operationalisiert werden.

2.2.4.4 Der Ansatz von Scheffel zur nachfrageorientierten, disaggregierten (Mikro-)Strukturanalyse im Tourismus

Im Rahmen seiner Diplomarbeit hat SCHEFFEL (1989) ein Verfahren zur nachfrageorientierten Mikrostrukturanalyse im Tourismus entwickelt und dieses Verfahren exemplarisch in acht Ortsgemeinden der Verbandsgemeinde Freinsheim in der Pfalz angewendet. Ein besonderer Anspruch des Ansatzes ist es, die Nachfrageseite bei der Modellentwicklung möglichst um-

⁴ Dies setzt voraus, dass spezifische Daten regelmäßig erhoben und dokumentiert werden. Ist dies nicht der Fall kann QUALITEST nicht vollständig durchgeführt bzw. genutzt werden – es sei denn, es werden eigene Erhebungen zur Generierung der Daten durchgeführt.

⁵ Bei einer normativen Bewertung erfolgt die Bewertung auf der Grundlage von Messungen entlang eines Kriterienkatalogs, der einen qualitätsbezogenen Sachverhalt zu operationalisieren versucht. Bei der Bewertung durch die Nachfrage wird im Gegensatz dazu ein komplexer Sachverhalt, wie etwa die Zufriedenheit mit dem Freizeitangebot, zusammenfassend bewertet, ohne die Teilqualitäten aufzudecken, die zur Gesamtbewertung führen (vgl. FICHTNER 2003, S. 503ff.)

fassend zu berücksichtigen (vgl. SCHEFFEL 1993, S. 186). Auch das im Rahmen der vorliegenden Forschungsarbeit zu entwickelnde Bewertungsverfahren soll nachfrageorientiert sein und verfolgt ein (u.a.) auf die Mikroebene bezogenes Erkenntnisinteresse. Die klassische, auf der Nutzwertanalyse basierende Vorgehensweise von SCHEFFEL verspricht daher Anregungen für die Gestaltung des Bewertungsmodells.

2.2.4.4.1 Beschreibung des Ansatzes

Zielsystem	Als Ziel seines Ansatzes formuliert SCHEFFEL (1993, S. 186): „Ziel der analytischen Mikrostrukturanalyse soll es sein, an für sich relativ homogen wirkende und in enger Verflechtung stehende, weinbaulich geprägte Ortsgemeinden in einem Angebots-/ Nachfragevergleich zu beurteilen und somit den Forderungen nach disaggregierter und verhaltensorientierter Tourismusforschung zu genügen“.
Bewertungssystem	SCHEFFELS Ansatz basiert auf der Nutzwertanalyse. Das heißt, die Bewertung erfolgt durch die Addition gewichteter, in dimensionslose Zielerfüllungsgrade transformierte Messwerte entlang eines vorgegebenen Kriterienkatalogs (S. 186f.).
Kriterienkatalog	Der Kriterienkatalog enthält zwei Gliederungsebenen. Vier Hauptkategorien sind insgesamt 17 Kriterien zugeordnet. Die vier übergeordneten Kategorien sind (S. 187ff.): <ul style="list-style-type: none"> • Originäre Faktoren (Natürliche Ausstattungsfaktoren, z.B. Wasserflächen, Waldfläche, Klima etc.), • Derivative Faktoren (Faktoren, die durch den Menschen geprägt werden, z.B. Unterhaltungsangebot, gastronomisches Angebot, kulturelles Angebot etc.), • Latente Faktoren (Faktoren, die eher unterbewusst zur Attraktivität einer Destination beitragen, z.B. Art der Prädikatisierung, Fremdenverkehrsintensität, Bettenauslastung etc.), • Umweltbeeinträchtigende Faktoren (Faktoren, die eine negative Auswirkung auf die Attraktivität einer touristischen Destination haben, z.B. Fluglärm, Tagebau, Straßenverkehr etc.).
Art der Kriterien	Die von SCHEFFEL definierten Kriterien weisen überwiegend noch eine sehr hohe Komplexität auf, das heißt, sie sind nicht direkt quantifi-

zierbar (z.B. Unterhaltungsangebot oder natürliche Ausstattungsfaktoren). SCHEFFEL verzichtet auf eine weitere Operationalisierung der Sachverhalte zugunsten der zwar subjektiveren, aber einfacheren Verwendung einer ganzzahligen Wertskala von 1 = schwache Ausprägung bis 5 = starke Ausprägung. Abgesehen von den quantifizierbaren Größen (z.B. Fremdenverkehrsintensität) erfolgt die Klasseneinteilung auf der Grundlage verbaler Zuordnungsvorschriften (S. 188ff.).

Herleitung der Kriterien

Die Herleitung der Kriterien basiert auf Sekundäranalysen des Verfassers. Nachfrageseitige Aspekte finden nur mittelbar durch das Know-how des Verfassers Berücksichtigung.

Datenerfassung

Die Datenerfassung erfolgt durch eine Sekundäranalyse und eine Vorortanalyse (S. 186).

Räumliche Raster

Die Methode wird angewendet auf die Ortsteile der Verbandsgemeinde Freinsheim. Sie ist so angelegt, dass sie auch für andere Untersuchungsgebiete angewendet werden kann (S. 186).

Skalierung

Die Skalierung der Messwerte und Beobachtungen erfolgt auf der Grundlage von Richtwerten, die Fremdenverkehrsorte mit höchster Zentralität in Deutschland aufweisen (S. 186). Da SCHEFFEL bei der Bewertung auf ein ordinales Skalenniveau zurückgreift, ist zusätzlich zur Definition von Optimalwerten auch die Definition von Klassen erforderlich. Die Vorgehensweise zur Einteilung der Klassen wird nicht dokumentiert.

Gewichtung

Für die Kriterien der Kategorien „Originäre“ und „Derivative Faktoren“ wird die Gewichtung auf der Grundlage einer Gästebefragung in den betrachteten Ortsteilen vorgenommen. Die Ergebnisse basieren auf der Frage nach der Bedeutung der einzelnen Leistungsfaktoren für die angestrebte Urlaubszufriedenheit, ermittelt mithilfe einer Skala von 5 = hohe Bedeutung bis 1 = geringe Bedeutung. Die Gewichtungen für die Kriterien der Kategorien „Latente Faktoren“ und „Umweltbeeinträchtigungen“ werden durch den Verfasser vorgenommen, da deren Bedeutung „durch Befragungen nicht exakt ermittelbar“ ist (S. 187f.).

Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse werden sowohl differenziert als auch zusammengefasst als Gesamteignungswert dargestellt. Die differenzierte Darstellung ermöglicht eine Stärken- und Schwächenbetrachtung des einzelnen Ortes auf der Grundlage der Teilnutzwerte. Der Gesamteignungswert

soll Auskunft geben über die „fremdenverkehrliche Zentralität“ der Ortschaften im Vergleich (S. 194).

2.2.4.4.2 Kritische Reflexion des Ansatzes

Aus methodischer Sicht ähnelt der nutzwertanalytische Ansatz SCHEFFELS vielen klassischen Landschaftsbewertungsverfahren. Entsprechend ist er auch mit ähnlichen methodischen Problemen behaftet (vgl. Kapitel 2.2.5). Inwieweit diese Probleme lösbar sind, ist in aller Regel eine Frage des vertretbaren Aufwandes. Leicht lösbar ist die Herausforderung der klaren **Eingrenzung des zu bewertenden Objekts**. SCHEFFELS Zielsystem ist sehr allgemein gehalten. Es geht um die touristische Eignung der Ortsgemeinden allgemein bzw. um deren allgemeine Stärken und Schwächen. Die Aussagekraft eines solchen generalisierenden Bewertungsansatzes ist gegenüber spezifischeren Ansätzen, die unterschiedliche touristische Segmente bzw. Zielgruppen berücksichtigen, stark eingeschränkt (vgl. Kapitel 2.2.5.1).

Auch SCHEFFEL gelingt es in seiner Arbeit nicht, die **Bewertungskriterien** systematisch, möglichst nachfrageorientiert **herzuleiten**. Allerdings trägt seine **Gewichtung** der Kriterien auf der Grundlage empirischer Erhebungen zu einer nachfrageorientierten Überprüfung der Kriterien bei. Zu Recht geht SCHEFFEL davon aus, dass sich bestimmte Aspekte der touristischen Attraktivität einer Destination dem Beurteilungsvermögen der Nachfrage entziehen und daher auch nicht nachfrageorientiert gewichtet werden können (vgl. Kapitel 2.2.2.3). Die Gewichtung der Kriterien basiert daher zwangsläufig nur teilweise auf empirischen Nachfragedaten bzw. muss zum Teil durch den Verfasser vorgenommen werden.

Zur **Skalierung** der Messwerte in dimensionslose Zielerfüllungsgrade greift SCHEFFEL bei einigen Kriterien auf Richtwerte zurück, die sich an touristischen Destinationen mit höchster Zentralität in Deutschland orientieren. Er wählt damit einen nachvollziehbaren und objektiven Weg der Skalierung. Offen bleibt dabei allerdings die Frage, ob die Tourismusdestinationen mit höchster Zentralität einen geeigneten Vergleichswert bieten (vgl. Kapitel 2.2.5.6).

SCHEFFEL kombiniert in seinem Kriterienkatalog angebotsbezogene Kriterien (z.B. Unterhaltungsangebot) und nachfragebezogene Kriterien (z.B. Fremdenverkehrsintensität). Es wurde bereits an anderer Stelle darauf verwiesen, dass Angebot und Nachfrage in aller Regel eng zusammenhängen und eine statistische Unabhängigkeit zwischen diesen Größen daher unwahrscheinlich ist. Allerdings setzt die Anwendung der Nutzwertanalyse die Definition voneinander möglichst unabhängiger Kriterien voraus, damit die Teilnutzwerte ohne Multiplikatoreffekte addiert werden können (vgl. TUROWSKI 1972, S. 29). Aufgrund der von SCHEFFEL vorgenommenen Kriterienauswahl ist von **erheblichen Multiplikatoreffekten** und damit von verzerrten Ergebnissen auszugehen.

Ein weiterer Kritikpunkt gilt der **Komplexität vieler Kriterien**, die trotz der angestrebten disaggregierten Betrachtung festgestellt werden muss. Zwei Nachteile verbinden sich mit ihr. Zum einen können Bewertungen von (komplexen) Teilnutzen nicht weiter aufgeschlüsselt werden. Das heißt, die Suche nach den Ursachen für bestimmte Bewertungen und damit nach bestehendem Optimierungspotenzial wird durch das Instrument nicht unterstützt. Zum zweiten ist die stark zusammenfassende Bewertung komplexer Sachverhalte sehr subjektiv geprägt und kaum nachvollziehbar.

Insgesamt ist der Versuch SCHEFFELS, verschiedene (klassische) Probleme touristischer Bewertungsverfahren (fehlender Nachfragebezug, willkürliche Gewichtung und Skalierung) zu lösen, durchaus erkennbar. Dass nicht alle Herausforderungen befriedigend gelöst werden können, kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass eine adäquate Lösung den Rahmen einer Diplomarbeit gesprengt hätte. Dennoch existieren einige Schwachstellen, die mit einem vertretbaren Aufwand vermieden hätten werden können (z.B. klarere Definition des Zielsystems, Definition weitgehend unabhängiger Kriterien, tiefere Operationalisierung, d.h. Konkretisierung der Kriterien).

2.2.5 Probleme und Herausforderungen touristischer Bewertungsverfahren

Die Bewertung touristischer Destinationen stellt in der Regel - je nach Fragestellung - eine ausgesprochen komplexe Aufgabe dar. Heutige Bewertungsverfahren haben dabei mit ähnlichen Problemen zu kämpfen wie die klassischen Landschaftsbewertungsverfahren aus den 60er/70er Jahren. Viele dieser Probleme gelten in der Fachwelt als unlösbar (vgl. WOLF 1976, S. 128). Fakt ist, dass sich die komplexe Realität durch Bewertungsverfahren immer nur unvollständig erfassen lässt (vgl. BECKER 1980, S. 211). Die Bewertung touristischer Destinationen wird daher immer angreifbar bleiben, zumal mit zunehmender Realitätsnähe (durch eine Vielzahl an Kriterien) in der Regel Transparenz und Nachvollziehbarkeit auf der Strecke bleiben (vgl. HOFFMANN 1999, S. 17). Die komplexe Aufgabenstellung der Bewertung touristischer Destinationen kann daher immer nur unter gewissen Prämissen und Zugeständnissen umgesetzt werden. Bei allen Einschränkungen ist es das Anliegen dieser Forschungsarbeit, einen optimalen Weg der Bewertung zu wählen. Dies erfordert die Auseinandersetzung mit den Problemen und Herausforderungen touristischer Bewertungsverfahren.

2.2.5.1 Konkretisierung des Tourismusbegriffs

Die Operationalisierung eines theoretischen Konstrukts setzt dessen exakte Definition voraus. Um also die Eignung einer Destination für den Tourismus zu bewerten, ist eine klare begriffliche Abgrenzung und Konkretisierung erforderlich. Es gibt sehr viele verschiedene Formen

von Tourismus, für die ganz unterschiedliche Voraussetzungen erfüllt sein müssen. Differenziert werden kann nach einer Vielzahl an Kriterien, z.B. nach (vgl. FREYER 1995, S. 72)

- der Reisezeit in Sommer- oder Wintertourismus,
- der Reisedauer in Tages-, Kurzreise-, Wochenend- oder Langzeittourismus,
- der Unterkunft in Camping-, Bauernhof- oder Hoteltourismus,
- den Aktivitäten in Sport-, Besichtigungs-, Geschäftstourismus,
- den Motiven in Kur-, Gesundheits- oder Kulturtourismus etc..

Es ist ein erheblicher Unterschied, ob die Eignung eines Gebiets für den Sommerurlaub oder für einen touristischen Aufenthalt im Winter zu bewerten ist. Und für einen Sporturlaub sind ganz andere Kriterien relevant als für einen Besichtigungsurlaub, für einen Tagsausflug andere als für den Jahresurlaub etc.. Es erscheint einleuchtend, dass die Bewertung einer Landschaft für den Tourismus *allgemein* (oder auch für die Freizeit, die Erholung allgemein) nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse generieren kann. Dieser Auffassung sind auch die meisten Autoren, die sich in den 70er/80er Jahren mit der Analyse von Landschaftsbewertungsverfahren auseinandergesetzt haben (vgl. hierzu u.a. KIEMSTEDT 1972, S. 42, AFFELD/TUROWSKI 1973, S. 103, DIETRICH 1973, S. 91f., HARFST 1980, S. 45). Die Bewertung einer Destination für spezielle Tourismusformen verspricht weitaus genauere und aussagekräftigere Ergebnisse als ein „generalisierendes Bewertungsverfahren“ (vgl. BONERTZ 1983, S. 49f.).

2.2.5.2 Individualität der Bewertung

In engem Zusammenhang mit der Konkretisierung bzw. Differenzierung des Tourismusbegriffs (bzw. des Freizeit-/ Erholungsbegriffs) für die Bewertung steht die Frage nach der Sichtweise unterschiedlicher Personen. Denn die Bewertung der Eignung einer Destination für Freizeit und Tourismus kann individuell sehr unterschiedlich sein. Gerade die Bewertung von ‚Attraktivität‘ und ‚Schönheit‘ ist in hohem Maße subjektiv. „Einige finden malerische Sonnenuntergänge schön, andere brauchen unbedingt Berge, um von schöner Landschaft sprechen zu können. Diese Individualität der Bewertung von Landschaft ist ein großes Hindernis bei der Bestimmung von touristischer Landschaftseignung für die Raumplanung“ (NOLTE 2003, S. 475). So bezeichnet es JÜLG (1974, S. 40f.) als „Irrweg“, mit mathematischen Modellen einer Bewertung der Anziehungskraft auf die Spur kommen zu wollen, weil in der Praxis eindeutig subjektive Momente eine wichtige Rolle spielen. BENTHIEN (1997, S. 116) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es aus wissenschaftlicher Sicht nicht darum gehe, Attraktivität bzw. Anziehungskraft schlechthin zu messen, sondern um die Be-

wertung des Potenzials. Aus der subjektiv geformten Aussage zur Attraktivität müsse eine möglichst objektive Aussage zu den touristisch nutzbaren Ressourcen werden. Auch die Verteilung touristischer Schwerpunkte im Raum verdeutliche, dass es jenseits der individuellen Wertung offensichtlich gewisse touristische Qualitäten gibt, die zumindest zielgruppenspezifisch nachgefragt werden. Der Individualität der Bewertung kann ein touristisches Bewertungsverfahren nie vollständig gerecht werden. Auf der Grundlage entsprechender empirischer Untersuchungen können aber immerhin *zielgruppenspezifische* Anforderungen an das touristische Produkt berücksichtigt werden (vgl. KULINAT/ STEINECKE 1984, S. 104).

2.2.5.3 Auswahl der Bewertungskriterien

Ein Hauptmangel bestehender Bewertungsverfahren liegt in der Willkür bei der Ableitung der Bewertungskriterien. Ursache hierfür ist die Schwierigkeit, einen vollständigen und in der Regel komplexen Kriterienkatalog systematisch und lückenlos empirisch herzuleiten. Existierende Methoden zur Auswahl von Kriterien sind hierzu nur eingeschränkt in der Lage. BONERTZ (1983, S. 52) nennt vier Verfahren zur Indikatorenbildung, die er im Weiteren auf deren Anwendbarkeit in der Planungspraxis überprüft:

- a) Verwendung von Kriterien, die in der Literatur genannt werden,
- b) Delphi-Befragungen,
- c) Ermittlung von Wünschen und Bedürfnissen der Erholungsuchenden,
- d) Festlegung durch die verantwortlichen Planer.

Wenngleich die Verwendung von in der Literatur genannten Kriterien von den befragten Planern als „planungstauglich“ bewertet wird, so können doch lediglich die Verfahren b) und c) als empirisch fundiert gelten. Insbesondere die **Festlegung der Kriterien durch die verantwortlichen Planer** stellt eine subjektive und damit empirisch gehaltlose Form der Indikatorenbildung dar. Dies trifft auch auf Kriterien zu, die unkritisch bzw. ohne systematische Prüfung aus der Literatur übernommen werden.

Die **Delphi-Methode** stellt eine mehrphasige, schriftliche, anonyme Befragung ausgewählter Personen mit jeweiliger Bekanntgabe der Ergebnisse (statistische Auswertungen, Argumente, Gegenargumente) der Vorrunde dar (vgl. KOCHER 1976, S. 362). Die Resultate der Delphi-Umfrage ergeben sich aus der Meinung der beteiligten Experten, wobei individuelle Kenntnisse und Erfahrungen von Fachleuten zu einem sachverständigen Gruppenurteil zusammengefasst werden (vgl. ALBACH 1970, S. 17). Wenngleich die Anwendung der Delphi-Methode für die Herleitung von Kriterien zur Landschaftsbewertung grundsätzlich vorstellbar ist, sind doch einige Nachteile mit ihr verbunden. Insbesondere ist zu vermuten, dass die

Expertenmeinung durchaus von der Sichtweise und Beurteilung der Gäste bzw. der potenziellen Nachfrager abweicht - auf die es in dieser Arbeit in erster Linie ankommen soll (vgl. FICHTNER 2003, S. 505).

Sowohl die von BONERTZ befragten Planer als auch die meisten Autoren, die sich mit touristischen Bewertungsverfahren beschäftigt haben, halten die **Herleitung von Kriterien auf der Grundlage der Ermittlung von Wünschen und Bedürfnissen der Erholungsuchenden** für die beste Methode (vgl. u.a. TÖPFER 1969, S. 188, BECHMANN 1978, S. 31, BECKER 1976, S. 63). Allerdings besteht auch hierbei eine ganze Reihe von Schwierigkeiten, auf die in Kapitel 2.2.2.3 bereits hingewiesen wurde (Schwierigkeit der systematischen, lückenlosen Herleitung eines komplexen Kriterienkatalogs, verschwommene Vorstellungen der Nachfrager über ihre Wünsche und Bedürfnisse sowie geringer Detaillierungsgrad der eigenen Anforderungen).

Nicht nur touristische Bewertungsverfahren, sondern Nutzwertanalysen im Allgemeinen sind bis heute durch das Fehlen einer anerkannten Theorie bzw. allgemeingültigen Methode zur Ableitung von Bewertungskriterien gekennzeichnet. ZANGEMEISTER (1970, S. 114) empfahl, „dieses wichtige Element der Entscheidungsvorbereitung“ als „kreativen Prozess aufzufassen, der durch Ideenreichtum und Vorstellungskraft des Entscheidungsträgers bestimmt wird“. TUROWSKI (1972, S. 28ff.) empfiehlt, zunächst einen ungeordneten Kriterienkatalog zu erarbeiten, aus dem durch systematisches Ordnen und Ergänzen ein hierarchisch strukturiertes Zielsystem entwickelt werden kann. Grobe und umfassende Bewertungskategorien werden dabei immer weiter bis zu operationalen Kriterien spezifiziert und konkretisiert. BECKER (1976, S. 66) verweist darauf, dass der Zusammenhang der Kriterien mit den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrage zumindest nachträglich begründet werden sollte und dass möglichst viele Kriterien auf Relevanz überprüft werden sollten.

In engem Zusammenhang damit steht die Frage nach der *Validität* von Bewertungskriterien, also die Frage, ob die ausgewählten Kriterien auch tatsächlich die touristische Eignung (bzw. die Eignung für ausgewählte Tourismusformen) eines Gebietes wiedergeben. Hierfür ist zu klären, welcher Maßstab für die Bewertung heranzuziehen ist. Der Grad der Erholung oder die Zufriedenheit der Gäste in den betreffenden Gebieten ist nur theoretisch ein geeigneter Maßstab, da entsprechende Untersuchungen den Rahmen jeder Forschungsarbeit sprengen würden (vgl. ENGELHARDT 1977, S. 42). BECKER (1976, S. 70ff.) griff zur Objektivierung bzw. Selektion seiner Bewertungskriterien auf die *multiple Regressionsanalyse* zurück und verwendete dabei die Fremdenverkehrsintensität als Maßstab für die Erholungseignung eines Gebietes. Dieser Auswahl liegt die plausible Annahme zugrunde, dass die Fremdenverkehrsintensität die Erholungseignung eines Gebietes (zumindest im Untersuchungsgebiet Hessen) ausdrücken kann. Grundsätzlich bietet sich mit der Regressionsanalyse ein solides

statistisches Instrument zur Überprüfung der Validität von Bewertungskriterien – sofern eine geeignete Bezugsgröße (abhängige Variable) gefunden wird. Allerdings erfordert diese Vorgehensweise einen möglichst großen Datensatz, um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen.

Im Zusammenhang mit der Kriterienauswahl steht auch die Frage nach der geeigneten *Anzahl an Kriterien* bzw. der *Tiefe der Operationalisierung*. Im Hinblick auf die Anzahl der Kriterien muss sichergestellt werden, dass das zu bewertende Objekt mit genügend Kriterien erfasst und bewertet wird: „Je mehr Kriterien in einem Bewertungsverfahren verwendet werden, desto vollständiger kann die tatsächliche Eignung erfasst werden“ (BECKER 1983, S. 315). Gleichzeitig dürfen Transparenz und Aussagekraft nicht durch eine unüberschaubare Anzahl von Kriterien verwischt werden. Auch muss der Arbeitsaufwand in Grenzen gehalten werden. Vor diesem Hintergrund sollte nach dem Motto vorgegangen werden „So wenig wie möglich und so viel wie nötig“ (BONERTZ 1981, S. 62). Die Frage, wie viele Kriterien erforderlich sind, ist von der Zielsetzung des Bewertungsverfahrens abhängig. Soll zum Beispiel das touristische Entwicklungspotenzial eines Gebietes ermittelt werden, kommen Partialmodelle in Frage (im Gegensatz zu „Quasi-Total-Modellen“). Hierbei werden Faktoren verwendet, die als dominant und hinreichend gelten können (vgl. MAIER 1972, S. 13). Grundsätzlich gilt: je wichtiger bestimmte Qualitätskategorien für die Eignungsbewertung sind, desto größer sollte auch die Zahl der Bewertungskriterien sein, damit bei den entscheidenden Größen ein möglichst genaues, realitätsnahes Bewertungsergebnis erzielt werden kann. Dies gilt auch für die Erfassung von touristischen Infrastrukturen. Sofern sie die Eignung eines Gebietes maßgeblich beeinflussen, ist eine differenzierte Erfassung unbedingt erforderlich (vgl. hierzu BONERTZ 1981, S. 65ff.).

2.2.5.4 Quantifizierbarkeit von Angebotsqualitäten

Immer wieder stehen touristische Bewertungsverfahren vor der Herausforderung, komplexe Sachverhalte möglichst mit quantifizierbaren, objektiven Kriterien zu erfassen. Auch die klassischen Landschaftsbewertungsverfahren sind durch das Ideal der Objektivität und Quantifizierbarkeit geprägt. Dies erschien insofern erforderlich, als dass die politische und planerische Verwendung der Daten absolute Nachvollziehbarkeit und eine unumstößliche, faktische Argumentation verlangte (vgl. FLICK 1998, S. 11f.).

Es wurde weiter oben schon darauf hingewiesen, dass die Bewertung einer Landschaft, wie auch des touristischen Produkts allgemein, eine ausgesprochen subjektive und komplexe Angelegenheit ist. Im Besonderen gilt dies für „weiche“ Standortfaktoren wie Ästhetik, Schönheit oder Atmosphäre, also Bewertungsdimensionen, die in starkem Maße durch die subjektive Wahrnehmung des Nutzers bzw. Betrachter gekennzeichnet sind (vgl. KREISEL/

REEH 2004, S. 76). Die Atmosphäre etwa wird von SCHOBER (1993, S. 119) definiert als „emotionale Wirkung einer (räumlich definierten) Situation“. In dieser Definition drückt sich die Individualität und Komplexität des theoretischen Konstrukts aus, das es zu operationalisieren gilt. Denn zwischen Ursache (räumliche Situation) und (emotionaler) Wirkung finden kaum nachvollziehbare und vor allem individuelle Prozesse statt. Die Quantifizierbarkeit solcher komplexer Teilqualitäten des touristischen Produkts ist daher äußerst problematisch oder zumindest extrem aufwendig (vgl. KREISEL/ REEH 2004, S. 87).

Allerdings tragen gerade die weichen, so schwer fassbaren Standortfaktoren in starkem Maße zur Anziehungskraft eines touristischen Zielgebiets bei. Ein Verzicht auf entsprechende Kriterien würde einen sehr wichtigen Teilbereich des touristischen Angebots ausblenden und – je nach Zielsetzung des Verfahrens - die Gesamtbewertung durchaus in Frage stellen. Die Bewertung touristischer Destinationen sollte daher sowohl reale, teilweise sichtbare und messbare Elemente erfassen als auch die individuell unterschiedliche Wahrnehmung der Menschen berücksichtigen (vgl. ebd., S. 75). Dies kann nur unter der Prämisse geschehen, dass individuelle und gruppenspezifische Bewertungen nie realitätsgetreu abgebildet werden können.

Der Frage danach, wie komplexe Angebotsqualitäten eines touristischen Standortes erfasst und bewertet werden sollen, sind in der Praxis enge Grenzen gesetzt. Für eine halbwegs realitätsnahe **quantitative Erfassung** ist eine sehr große Zahl an Kriterien erforderlich. Die Datenerfassung ist entsprechend aufwendig und steht häufig nicht im Verhältnis zum generierten Nutzen. In der Praxis findet sie daher auch selten in erforderlichem Umfang statt. Ein Beispiel hierfür ist die in der Regel sehr dürftig erfasste Freizeitinfrastruktur. Häufig wird nur erhoben, ob eine bestimmte Einrichtung vorhanden ist oder nicht (vgl. BONERTZ 1981, S. 65ff.).

Eine **qualitative Bewertung** kann nach Meinung vieler Autoren eine Alternative bieten, wengleich hierdurch Transparenz und Nachvollziehbarkeit eingeschränkt werden. Als qualitativ ist eine Bewertung dann zu bezeichnen, wenn sie nicht eindeutig, sondern interpretativ erfolgt und einen gewissen Bewertungsspielraum lässt. Die qualitative Bewertung berücksichtigt den Gesamtkontext, während die quantitative Bewertung für jedes Kriterium isoliert vorgenommen wird (vgl. FLICK 1998, S. 13ff). WÖBSE (1998, S. 178) stellte anhand einer vergleichenden Anwendung einer quantitativen Landschaftsbewertungsmethode (We-Wert nach Nohl) und eines qualitativen Verfahrens (spontane Benotung) fest, dass die Ergebnisse kaum voneinander abwichen. Allerdings erforderte die quantitative Bewertung deutlich mehr Zeit als die qualitative Bewertung. Er kommt vor diesem Hintergrund zu dem Schluss: „Unter Berücksichtigung des Zeit-, Mittel- und Arbeitsaufwandes erscheint eine solche spontane Bewertung ein vertretbarer methodischer Ansatz für eine Landschaftsbildbewertung zu sein.“

Es stellt sich also grundsätzlich die Frage, ob die Vorteile einer qualitativen Bewertung (umfassendere Bewertung, geringerer Aufwand) schwerer wiegen als deren Nachteile (subjektiver

Einfluss, verminderte Transparenz und Nachvollziehbarkeit). Diese Frage lässt sich nicht pauschal, sondern nur in Abhängigkeit von der Zielsetzung des Bewertungsverfahrens beantworten. Gewisse politische oder planerische Zwecke erfordern Transparenz und Nachvollziehbarkeit und müssen daher die Nachteile einer quantitativen Bewertung (reduzierte Betrachtung, hoher Aufwand) in Kauf nehmen. Geht es zum Beispiel um eine möglichst vollständige und differenzierte Bewertung, die Aufschlüsse auf Stärken und Schwächen des Angebots im Vergleich zu Mitbewerbern erteilt, ist eine qualitative Bewertung durchaus sinnvoll, auch wenn nicht jede Einzelbewertung mit exakten Messwerten belegt werden kann. Grundsätzlich sollte auch bei qualitativen Analysen darauf geachtet werden, dass die Bewertung möglichst nachvollziehbar und der subjektive Faktor sichtbar ist (vgl. NOLTE 2003, S. 482).

2.2.5.5 Auswahl geeigneter räumlicher Erhebungseinheiten

Für die Qualität der Bewertung ist die Wahl geeigneter räumlicher Erhebungseinheiten entscheidend. Durch eine sinnvolle Abgrenzung soll erreicht werden, dass das *relevante* Angebot in adäquater Weise erfasst wird und möglichst vergleichbare Daten generiert werden können. Welche räumliche Bezugsgröße sinnvoll ist, ist abhängig von der zu prüfenden Kriteriengruppe. Als räumliche Erhebungseinheiten kommen grundsätzlich das Raster, naturräumliche Einheiten, Entfernungsbereiche sowie verschiedene Verwaltungseinheiten in Frage. Mit der Nutzung dieser unterschiedlichen Erhebungseinheiten verbinden sich jeweils sowohl Vorteile als auch Nachteile, die im Folgenden kurz erläutert werden.

Das **Raster** eignet sich ausschließlich zur Erfassung naturräumlicher Kriterien. Das zu untersuchende Gebiet wird mit einem Rasternetz überdeckt und die Kriterien pro Rastereinheit erhoben und bewertet. Das Raster kann auf jede topographische Karte projiziert werden. Aufgrund der gleichen Größen der Erhebungseinheiten sind die Ergebnisse sehr gut vergleichbar. Nachteilig ist, dass der Naturraum durch das Raster künstlich, ohne Berücksichtigung naturräumlicher Gegebenheiten, aufgeteilt wird. Außerdem werden je nach Lage des Rasters durchaus unterschiedliche Ergebnisse erzielt (vgl. BONERTZ 1981, S. 67ff.).

Naturräumliche Einheiten eignen sich vor allem zur Erfassung naturräumlicher Kriterien. Allerdings existieren kaum Beispiele für Bewertungsverfahren, die naturräumliche Einheiten zur Datenerfassung zugrunde legen. WEICHERT (1979, S. 3) geht davon aus, dass eine Bewertung auf dieser Basis eine klare Differenzierung zwischen verschiedenen Landschaftseinheiten hervorbringen würde. BONERTZ (1981, S. 69) verweist zudem auf die allgemein anerkannte naturräumliche Gliederung Deutschlands, die Landschaften von erster bis sechster Ordnung ausweist und als Grundlage zur Bewertung von touristischen Räumen fungieren

kann. Eine Herausforderung stellt allerdings die Entwicklung eines Kriterienkatalogs dar, welcher der unterschiedlichen Struktur der verschiedenen Landschaftsräume gerecht wird.

Entfernungsbereiche – also Flächen, die sich aus einem bestimmten Radius um einen Ort ergeben - eignen sich am besten zur Erfassung von Freizeitinfrastrukturen bzw. –angeboten. Sie kommen einer marktorientierten Bewertung besonders entgegen, da sie an das aktionsräumliche Verhalten der Nachfrage angepasst werden können (vgl. SEILER 1989, S. 66). Die Definition sinnvoller Entfernungsbereiche ist allerdings mit gewissen Schwierigkeiten verbunden. Je nach Aktivität bzw. Ausflugsziel sind Touristen bereit, unterschiedliche Distanzen zu überwinden. Die Bereitschaft zur Distanzüberwindung ist zudem individuell oder zumindest je nach Zielgruppe verschieden. Um der Nachfrageseite bei der Gestaltung des Modells voll gerecht zu werden, müsste daher für jede Freizeiteinrichtung und für jede Zielgruppe ein geeigneter Erhebungsradius festgelegt werden. Soll dies auf der Grundlage fundierter empirischer Daten geschehen, ist damit ein nicht zu bewältigender Aufwand verbunden.

Bei den **Verwaltungseinheiten** ist insbesondere die Ebene der **Gemeinde** relevant. Erstens stellt die Gemeinde in der Regel den hauptsächlichen Aufenthaltsort des Touristen dar und zweitens würden größere Einheiten aufgrund ihrer räumlichen Ausdehnung keine differenzierten Aussagen zum touristischen Angebot mehr zulassen. Wenngleich Gemeinden künstliche administrative Einheiten darstellen, so ist doch die Verfügbarkeit statistischer Daten ein zentrales Argument, sie dennoch als Bewertungseinheit heranzuziehen. Insbesondere die Berechnung sozioökonomischer Kriterien ist häufig abhängig von einer entsprechenden Datenverfügbarkeit. Ein weiterer Vorteil ist, dass Gemeinden effektive politische Entscheidungsträger sind. Das heißt, Bewertungsergebnisse können in entsprechende Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. SEILER 1989, S. 66).

Insgesamt sind auf der Grundlage einer einheitlichen räumlichen Bewertungsgrundlage nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse zu erwarten, da bestimmte Erhebungseinheiten für bestimmte Kriterien ungeeignet sind. Es erscheint sinnvoll, die räumlichen Erhebungseinheiten flexibel, zumindest in Abhängigkeit von den jeweiligen Kriteriengruppen zu definieren.

2.2.5.6 Skalierung der Messergebnisse

Die Skalierung stellt einen wesentlichen Schritt im Rahmen von nutzwertanalytischen Bewertungsverfahren dar, da die Addition zu Teil- und Gesamtnutzen die Verfügbarkeit dimensionsloser Zielerfüllungsgrade voraussetzt, die nur durch eine Skalierung von Messwerten ermittelt werden können. Bei der Skalierung handelt es sich also um eine Transformation von gemessenen Werten mit unterschiedlichen Dimensionen (z.B. Länge in m, Fläche in ha, Attraktivität des Ortsbildes, ausgedrückt durch Noten, Bettenzahl etc.) in dimensionslose, so

genannte Zielerfüllungsgrade nach vorgeschriebenen Messregeln. Die Zuordnung von Messwerten zu bestimmten Zielerfüllungsgraden entspricht einer Bewertung, die möglichst objektiv und nachvollziehbar sein muss. Der gemessene Wert wird bei der Skalierung mit einer als Bewertungsgrundlage dienenden Vergleichsgröße in Zusammenhang gebracht. Meist wird ein Optimalwert definiert, dem der maximale Zielerfüllungsgrad zugeordnet wird. Die Problematik besteht nun darin, geeignete Optimal- bzw. Richtwerte zu finden, die möglichst den Bedürfnissen der Nachfrage gerecht werden. Da es allerdings *die* ideale Tourismusdestination, die allen touristischen Zielgruppen gleichermaßen gerecht wird, nicht gibt, kann es auch keine ultimativ gültigen Optimal- bzw. Richtwerte geben. Die Herleitung unterschiedlicher, zielgruppenspezifischer Richtwerte pro Kriterium ist wiederum nicht nur aufgrund des erheblichen Aufwandes einer wissenschaftlich fundierten Herleitung, sondern auch aufgrund der damit einhergehenden enormen Komplexitätserhöhung des Bewertungsinstruments nicht vertretbar.

Die Definition von Richtwerten ist damit notwendigerweise mit Kompromissen und Zugeständnissen verbunden - unabhängig davon, welche Methode⁶ zur Herleitung der Richtwerte herangezogen wird. WOLF (1976, S. 130) folgert hieraus für die Skalierung von Messwerten: „Da es keine ideale Erholungslandschaft gibt, an der andere Gebiete gemessen werden können, fehlt die Obergrenze einer Kardinalskala für ein Wertungsschema. Die Erholungseignung kann daher nicht in absoluten Zahlen, sondern nur in Relation zu anderen Flächen zahlenmäßig bestimmt werden“. Diese Auffassung ist nicht nur eine plausible sondern auch die pragmatischste Lösung der skizzierten Problematik, da zur Herleitung der Richtwerte (lediglich) Messungen an geeigneten Vergleichsstandorten durchzuführen sind. Es ist nochmals zu betonen, dass diese Vorgehensweise mit der Einsicht einhergeht, dass es keine absolute, sondern immer nur eine relative Bewertung im Vergleich zu anderen touristischen Destinationen geben kann. Wertungen drücken somit keine touristische Eignung an sich aus, sondern immer nur die Eignung im Verhältnis zu ausgewählten touristischen Destinationen.

2.2.5.7 Gewichtung der Bewertungskriterien

Ein klassisches Problem quantitativer Bewertungsverfahren stellt die objektive Gewichtung der oft zahlreichen Kriterien dar (vgl. NOLTE 2003, S. 478). Die meisten Bewertungsverfahren sind hinsichtlich ihrer Gewichtungsverfahren ausgesprochen angreifbar, da die Gewichtung häufig willkürlich, subjektiv und nicht nachvollziehbar ist. „Sehr selten werden empiri-

⁶ Zur Definition von Richtwerten sind folgende Vorgehensweisen denkbar (vgl. PÖTKE 1979, S. 79 und BONERTZ 1981, S. 75): Durchführung einer Delphi-Befragung, Berücksichtigung vorgegebener Fakten, Bestimmungen, Richtlinien, Normen, Rückgriff auf anerkannte Erfahrungswerte sowie Durchführung von Messungen in touristischen Räumen und Verwendung ausgewählter (z.B. bester) Messwerte.

sche Grundlagen gewonnen bzw. Rückschlüsse aus tatsächlichen Wünschen, Bedürfnissen, Verhaltensweisen gezogen“ (vgl. HARFST 1980, S. 63f.). Da allerdings die Gewichtung einen großen Einfluss auf die (Qualität der) Ergebnisse hat, erscheint eine systematische Herleitung der Gewichtung ein wesentliches Gütekriterium für ein zweckdienliches Bewertungsinstrument zu sein. Eine optimale Lösung sollte daher unter Berücksichtigung des vertretbaren Aufwandes unbedingt angestrebt werden. Die wichtigsten Möglichkeiten einer systematischen Gewichtung sind:

- Delphi-Methode,
- Gewichtung basierend auf den Wünschen und Bedürfnissen der Erholungsuchenden,
- Gewichtung basierend auf der tatsächlichen Gästefrage, berechnet mit statistischen Methoden.

Auf den wesentlichen Nachteil bei der Anwendung der **Delphi-Methode** wurde bereits in Kapitel 2.2.5.3 hingewiesen. Die Delphi-Methode stellt eine Expertenbefragung dar und ist daher kein geeignetes Gewichtungsverfahren im Rahmen eines zielgruppenorientierten Bewertungsmodells, da sich die Auffassung von Experten erheblich von der Einschätzung durch Touristen unterscheiden kann (vgl. FICHTNER 2003, S. 505).

Die Gewichtung der Kriterien auf der Grundlage von **Wünschen und Bedürfnissen von Erholungsuchenden** entspricht der idealen Vorgehensweise im Rahmen eines nachfrageorientierten Bewertungsmodells. Wie auch bei der Herleitung der Kriterien ist diese Form der Nachfrageorientierung mit erheblichen Schwierigkeiten verbunden. Erholungsuchende sind nur bedingt in der Lage, die Bedeutung unterschiedlicher touristischer Angebotsfaktoren für Ihre Urlaubszufriedenheit zu bewerten (vgl. BECKER 1976, S. 60 sowie vgl. ENDER et al. 1998, S. 34). Je umfangreicher und differenzierter das Erhebungsinstrument ist, desto größer ist dieses Problem. Eine Gewichtung auf der Grundlage der Wünsche und Bedürfnisse der Nachfrage scheint daher höchstens bei einem sehr kleinen Kriterienkatalog bzw. lediglich auf den obersten Gliederungsebenen zielführend zu sein.

Ein wenig umstrittener nachfrageorientierter Ansatz zur Gewichtung der Kriterien stellt deren **Berechnung auf der Grundlage empirischer Nachfragedaten mithilfe statistischer Methoden** dar. Die Nachfrageorientierung erfolgt hierbei indirekt und unter der Annahme, dass bestimmte nachfrageseitige statistische Daten auf eine bestimmte Angebotssituation schließen lassen. So ging BECKER (1976, S. 70ff.) zum Beispiel davon aus, dass eine hohe Fremdenverkehrsintensität an einem Standort im Zusammenhang mit einer hohen bzw. offensichtlich bedürfnisgerechten Angebotsqualität steht. Mithilfe multipler Regressionsanalysen hat er die Zusammenhänge zwischen den Indikatoren seines Bewertungsinstruments und der Fremdenverkehrsintensität ermittelt. Je höher die Korrelation zwischen diesen Größen ausfiel, desto

höher wurde die Bedeutung des Angebotsfaktors für die touristische Attraktivität des Standortes eingeschätzt. Das heißt, die Gewichtung konnte unmittelbar aus den berechneten Korrelationskoeffizienten abgeleitet werden. Es wurde bereits in Kapitel 2.2.5.3 darauf hingewiesen, dass eine solche Vorgehensweise einen Mindestumfang des zugrunde liegenden Datensatzes voraussetzt. Dies mag der Grund sein, warum diese Form der Gewichtung bei anderen Bewertungsverfahren keine Anwendung gefunden hat. Denn schließlich handelt es sich bei dieser Methode um eine nachfrageorientierte, systematische und nachvollziehbare Vorgehensweise zur Gewichtung der Kriterien – vorausgesetzt, es wird eine geeignete abhängige Variable zur Berechnung der Korrelationskoeffizienten gefunden.

Auf ein Problem der Gewichtung von Kriterien, das allerdings ebenso wenig lösbar wie entscheidend für die Qualität der Bewertung ist, soll an dieser Stelle zumindest kurz hingewiesen werden. Die Bewertung von touristischen Destinationen durch Urlaubsgäste ist nicht nur von deren generellen Wünschen und Bedürfnissen abhängig, sondern auch von deren Erwartungen an die spezifische Urlaubssituation, in der sie sich befinden (vgl. SNAITH/ TRIBE 1998, S. 26). Hat ein Urlaubsgast beispielsweise einen besonders günstigen Preis für seine Unterkunft bezahlt, wird er wahrscheinlich Angebotsschwächen billigend in Kauf nehmen, während diese bei einem höheren Preis ein Grund für Unzufriedenheit wären. Das heißt, der Gast verleiht einzelnen Angebotsfaktoren je nach Erwartungslage ein unterschiedliches Gewicht. Eine Bewertung ist somit immer relativ und abhängig von den Erwartungen an einen Aufenthalt, die wiederum bestimmt werden von Faktoren wie dem Image der Destination oder dem Preis des Urlaubsaufenthaltes. Diesem Sachverhalt kann ein allgemeines Bewertungsverfahren, das in verschiedenen Destinationen angewendet werden soll, nicht gerecht werden, da hierfür individuelle, destinationsspezifische Anpassungen des Verfahrens erforderlich wären. Allerdings handelt es sich bei dieser Einschränkung kaum um einen Mangel, da letztlich die allgemeinen Wünsche und Bedürfnisse der (potenziellen) Gäste den Maßstab der Bewertung bilden sollen und nicht Anforderungen, die – ggf. aufgrund eines sehr niedrigen Preises - auf ein Minimum reduziert werden.

2.2.5.8 Vergleichbarkeit unterschiedlicher räumlicher Einheiten

Eine häufig geäußerte Kritik an touristischen Bewertungsverfahren betrifft die Frage der Vergleichbarkeit von touristischen Destinationen unterschiedlicher Größe und Struktur. Die Frage, ob ein Vergleich zwischen alpinen Kurorten mit Seeheilbädern sinnvoll ist, erscheint tatsächlich berechtigt, da die entsprechenden Ortschaften unterschiedlich strukturiert sind. Auch besitzen größere Orte naturgemäß ein breiteres touristisches Angebot als kleinere Ortschaften. Sind sie deshalb attraktiver?

Bei näherem Hinsehen können zwei voneinander zu unterscheidende **Problemebenen** festgestellt werden:

- a. die Unmöglichkeit, pauschal darüber zu urteilen, ob beispielsweise ein alpiner Kurort attraktiver ist als ein Seeheilbad oder ob ein großer, städtisch geprägter Kurort attraktiver ist als ein kleiner Kurort,
- b. und zum anderen die Schwierigkeit, unterschiedlich strukturierte Orte mit einem einheitlichen Kriterienkatalog zu beurteilen.

Eine befriedigende Lösung dieser Problematik konnte in bisherigen Arbeiten noch nicht entwickelt werden. BECKER (1980, S. 194) kam auf der Grundlage einer Analyse unterschiedlicher Bewertungsverfahren zu dem Schluss, dass sich die von ihm getesteten Verfahren „im allgemeinen immer nur für Teilräume, meistens Räume, in denen die jeweiligen Verfahren entwickelt wurden“ eignen. BONERTZ (1981, S. 96) resümiert zur Frage der Planungstauglichkeit von Landschaftsbewertungsverfahren mit unterschiedlichem räumlichen Fokus, dass die Verfahren umso besser für die Planungspraxis geeignet sind, je homogener die zu beurteilenden Räume sind und je spezifischer das Instrument auf die individuelle Situation des Gebietes ausgerichtet ist.

2.2.6 Schlussfolgerungen für die Modellbildung

Die analysierten Probleme und Herausforderungen touristischer Bewertungsverfahren verdeutlichen, wie schwierig es ist, ein Modell zu entwickeln, das den Anforderungen aus der touristischen Praxis voll gerecht wird. Die identifizierten Probleme lassen sich zum Teil nicht oder nur durch einen nicht zu rechtfertigenden Aufwand beheben. Es kann daher nicht die Absicht dieser Arbeit sein, *das* ideale Bewertungsmodell zu entwickeln. Auch das zu entwickelnde Modell wird nur unter gewissen Prämissen und Zugeständnissen realisiert werden können. Ein gewisser (hoher) Mindestanspruch muss aber natürlich gewahrt bleiben.

2.3 Klärung des Bewertungsobjektes: „Gesundheitstouristische Kompetenz“

Die Diskussion der methodischen Grundlagen im vorangegangenen Kapitel hat unter anderem verdeutlicht, wie wichtig es ist, das zu bewertende Objekt exakt zu definieren und zu beschreiben. Nur wenn die Kriterien auf eine klar umrissene Fragestellung zugeschnitten werden können, ist eine aussagekräftige Bewertung möglich. Das folgende Kapitel widmet sich daher der Klärung und Analyse des theoretischen Konstruktes, das es mithilfe des Bewertungssystems zu operationalisieren gilt: der „gesundheitstouristischen Kompetenz von Heil-

bädern und Kurorten“. Notwendig ist zunächst die Definition und Abgrenzung des Begriffs Gesundheitstourismus (Kapitel 2.3.1). Auf dieser Grundlage erfolgt eine Systematisierung gesundheitstouristischer Erscheinungsformen sowie die Ableitung und Abgrenzung gesundheitstouristischer Marktsegmente (Kapitel 2.3.2). Die identifizierten Marktsegmente sollen – vorausgesetzt sie halten eine empirische Überprüfung ihrer Relevanz stand - die Basis für die angestrebte zielgruppenspezifische Gestaltung des Bewertungsmodells bilden. Um zu einer sinnvollen Operationalisierung zu gelangen, ist es schließlich erforderlich, den Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“ definitorisch klar abzugrenzen und näher zu analysieren (Kapitel 2.3.3).

2.3.1 Gesundheitstourismus: Begriffsbestimmung und -abgrenzung

Nach KASPAR (1996, S. 55f.) ist Gesundheitstourismus die „Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen zur Förderung, Stabilisierung und ggf. Wiederherstellung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens unter der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ergeben, für die der Aufenthaltsort weder dauerhafter Wohn- noch Arbeitsort ist.“ KASPAR verwendet bei seiner Definition den heute weit verbreiteten und durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO 1948) geprägten Gesundheitsbegriff. Demnach ist Gesundheit ein „Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit“.

Der Definition von KASPAR liegt ein sehr breites Verständnis von Gesundheitstourismus zugrunde. Das mit dieser Definition beschriebene Spektrum touristischer Erscheinungsformen wird daher als *Gesundheitstourismus im weiteren Sinne* bezeichnet. Für die Zwecke dieser Arbeit wird diese Definition weiter unten noch stärker eingegrenzt. Fließende Übergänge zu anderen touristischen Segmenten machen aber zunächst eine klare Abgrenzung erforderlich.

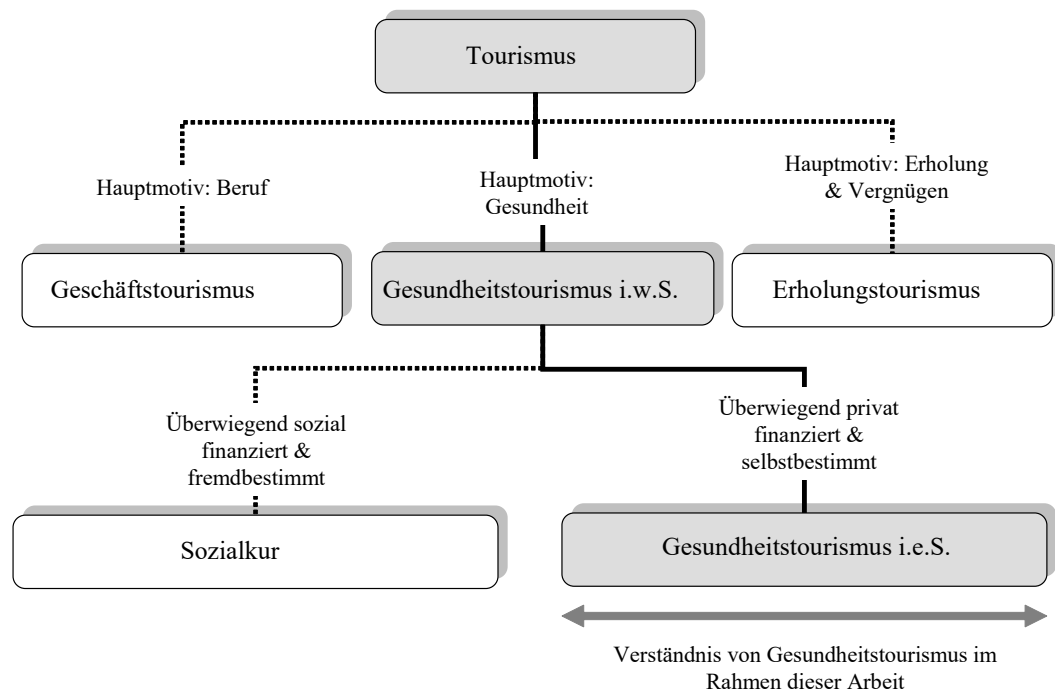
MÜLLER (1997, S. 62) unterscheidet auf der Grundlage von drei Hauptmotiven des Reisens (Beruf, Gesundheitsförderung und Erholung/Vergnügen) die Tourismusarten Geschäftstourismus, Gesundheitstourismus und Erholungstourismus. KASPAR (1996, S. 55f.) selbst grenzt sein Verständnis von Gesundheitstourismus gegenüber anderen Tourismussegmenten dadurch ein, dass „Gesundheitsleistungen einen Schwerpunkt bilden“ müssen. Diese Eingrenzung wirft allerdings die Frage auf, was unter Gesundheitsleistungen konkret zu verstehen ist. Je nachdem, wie weit der Begriff gefasst wird, variiert auch die Breite der touristischen Erscheinungsformen, die unter dem Begriff „Gesundheitstourismus“ zusammengefasst werden. Es erscheint daher sinnvoll, zusätzlich die Motivation der Gäste zur Abgrenzung des Gesundheitstourismus von anderen Segmenten heranzuziehen. Demnach muss das Gesundheitsmotiv

- also die „Förderung, Stabilisierung und ggf. Wiederherstellung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“ – den *primären* Beweggrund für die Reise darstellen. Eine eindeutige und abgrenzende Definition des Gesundheitstourismus sollte diesen Aspekt besonders unterstreichen.

Während die Abgrenzung des Gesundheitstourismus vom Geschäftstourismus über den Hauptbeweggrund der Reise unproblematisch ist, ist die Grenze zum Erholungstourismus schwieriger zu definieren, da die Begriffe „Gesundheit“ und „Erholung“ eng zusammenhängen. Hilfreich ist hierbei eine medizinisch geprägte Betrachtung der Begrifflichkeiten. In Abgrenzung zur Wiederherstellung von Gesundheit basiert Erholung auf der Fähigkeit des Organismus zur Selbstregulation und erfordert nicht zwingend spezifische, gesundheitsfördernde Maßnahmen. Ziel des Erholungstourismus ist also die spontane, nicht durch gezielte Maßnahmen und Aktivitäten geförderte Regeneration der Leistungsfähigkeit (vgl. DHV 2005, S. 21). Die Urlaubsaktivitäten, die hierfür unternommen werden, sind individuell sehr unterschiedlich und reichen vom passiven Ausruhen und Sonnenbaden am Strand bis hin zur Ausübung von Trendsportarten in den Bergen (vgl. RULLE 2004, S. 33).

Wie bereits erwähnt, ist es im Sinne der Problemstellung und Zielsetzung dieser Arbeit erforderlich, das Spektrum der zu betrachtenden gesundheitstouristischen Erscheinungsformen stärker einzugrenzen. Wie in der Einleitung dargelegt, soll sich das zu entwickelnde Bewertungsmodell ausschließlich auf den privat finanzierten gesundheitstouristischen Markt beziehen, da nur hier Wachstumspotenziale für Heilbäder und Kurorte zu vermuten sind. Darüber hinaus ist der Sozialkurbereich in hohem Maße abhängig vom Verhalten der Sozialversicherungsträger bzw. von der Entwicklung der Sozialgesetzgebung. Er entzieht sich weitgehend den Mechanismen eines nicht regulierten Marktes und ist auch aus diesem Grund für die Betrachtungen im Rahmen dieser Arbeit uninteressant. Es erscheint daher zweckmäßig, den Bereich der sozial finanzierten und nicht selbstbestimmten Kur aus den Betrachtungen auszuklammern. Wenn in der vorliegenden Arbeit von Gesundheitstourismus die Rede ist, ist daher nur der privat finanzierte und selbst bestimmte Gesundheitstourismus gemeint.

Abb. 6: Abgrenzung des Gesundheitstourismus



Quelle: eigene Darstellung

Für die Zwecke dieser Arbeit wird Gesundheitstourismus (i.e.S.) wie folgt definiert: **Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen ergeben, deren primäre Motivation die Förderung, Stabilisierung und ggf. Wiederherstellung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens darstellt, die gezielt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, diese ganz oder überwiegend selbst finanzieren und die Auswahl des Kurortes, der Unterkunft und der Verpflegung selbst vornehmen.**

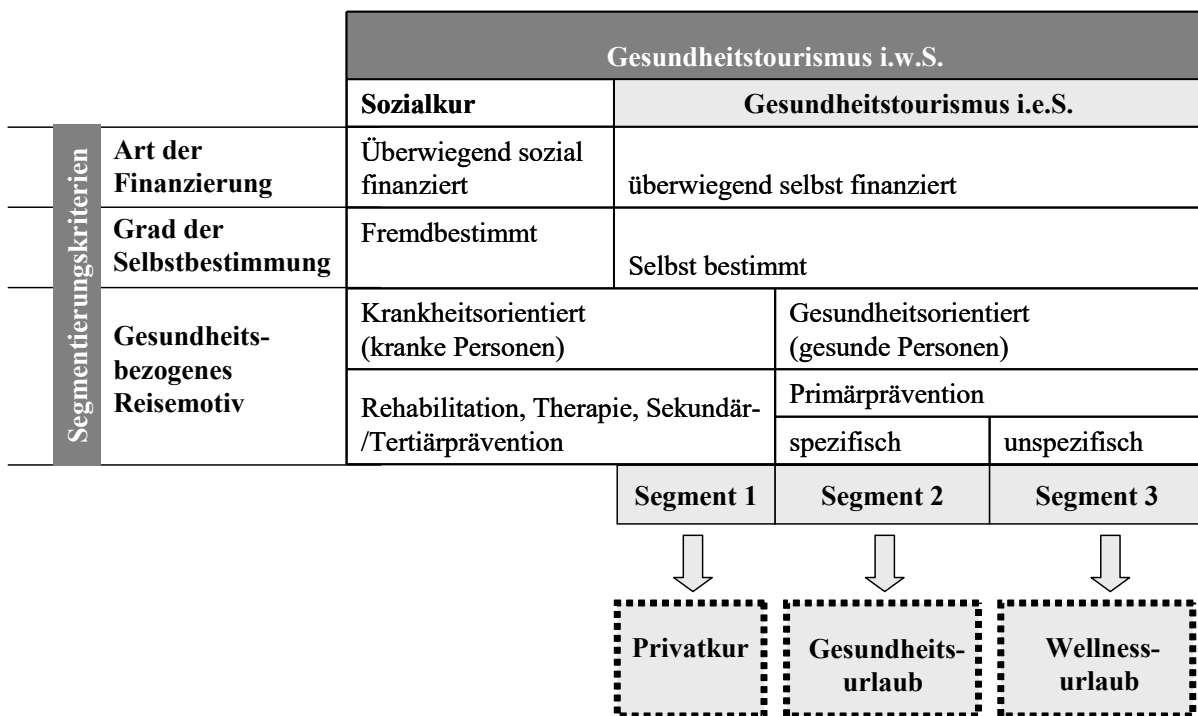
2.3.2 Theoretische Herleitung gesundheitstouristischer Marktsegmente

Gesundheitstouristische Qualität ist relativ und abhängig von der Wahrnehmung und Einschätzung unterschiedlicher Zielgruppen. Die Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität eines Kurortes muss daher die Sichtweisen verschiedener Zielgruppen berücksichtigen. Die folgenden Betrachtungen dienen der Systematisierung gesundheitstouristischer Erscheinungsformen sowie der Eingrenzung derjenigen Marktsegmente, die für die zielgruppenspezifische Gestaltung des Bewertungsmodells zugrunde gelegt werden sollen. Ziel der Segmentierung des gesundheitstouristischen Marktes ist es, möglichst homogene Teilmärkte zu identifizieren, die in Bezug auf die Bewertung des gesundheitstouristischen Angebots voraussichtlich ähnliche Vorstellungen bzw. Muster aufweisen. Zur Stützung der Relevanz der theoretisch

hergeleiteten Marktsegmente wird ex post eine empirische Überprüfung vorgenommen (vgl. Kapitel 3.4).

Das Spektrum gesundheitstouristischer Erscheinungsformen ist breit. Es reicht von hochgradig medizinisch geprägten Angeboten im Kursegment bis hin zu „leichten“ Wellnessangeboten, die ausschließlich der Primärprävention dienen und bei denen die „Wohlfühlqualität“ des Angebots ganz im Vordergrund steht. Zwischen diesen beiden Polen existieren viele verschiedene, kaum gegeneinander abgrenzbare Formen des Gesundheitstourismus. Denn spätestens seit Mitte der 90er Jahre haben sich die Kur einerseits und weniger medizinisch geprägte Angebotsformen andererseits wesentlich modifiziert und in die gleiche Richtung bewegt (vgl. RULLE 2004, S. 20). Dennoch lassen sich verschiedene Formen des Gesundheitstourismus durch eine Reihe von Merkmalen charakterisieren und gegeneinander abgrenzen. Abb. 7 zeigt die Darstellung bestimmter Merkmale entlang des gesundheitstouristischen Spektrums, auf deren Grundlage eine sinnvolle Segmentierung erfolgen kann.

Abb. 7: Systematisierung gesundheitstouristischer Erscheinungsformen



Quelle: eigene Darstellung

Es ist zu vermuten, dass die Merkmale „Art der Finanzierung“, „Grad der Selbstbestimmung“ sowie „Gesundheitsbezogenes Reisemotiv“ einen großen Einfluss auf das Reiseverhalten sowie die Bewertung des gesundheitstouristischen Angebots haben und sich daher als Segmentierungskriterien für den vorliegenden Kontext eignen.

So kann davon ausgegangen werden, dass der Gast, der seinen Aufenthalt ganz oder überwiegend selbst finanziert, und der sein Reiseziel sowie seine Reiseinhalte selbst auswählt, deutlich höhere Anforderungen stellt als der Sozialkurgast (vgl. DSF 1986, S. 12). Die bewusste Entscheidung für ein Reiseziel und spezielle Reiseinhalte ermöglicht außerdem Rückschlüsse vom Reiseverhalten auf die Ansprüche und Reisekriterien des Gastes. Dies ist angesichts des verhaltensorientierten Forschungsansatzes zur Identifizierung der relevanten Bewertungskriterien für das Modell von besonderer Bedeutung (vgl. Kapitel 3.2). Der Sozialkurgast hingegen, der die Kosten seines Aufenthaltes ganz oder teilweise erstattet bekommt, muss sich der Entscheidung des Kostenträgers bezüglich Zieldestination und Unterkunftsform beugen. Sein Aufenthalt folgt einem strengen Kurplan, der ihm nur eingeschränkt die Möglichkeit für selbst bestimmte Aktivitäten gibt. Die Ableitung von Bewertungskriterien auf der Grundlage des beobachtbaren Verhaltens des Sozialkurgastes ist daher nicht möglich.

Ein weiterer wesentlicher Aspekt zur Marktsegmentierung ist das gesundheitsbezogene Motiv der Reise. Es ist ein großer Unterschied, ob ein gesundheitstouristischer Aufenthalt dazu dient, Krankheiten und Leiden zu lindern bzw. zu heilen oder aber Gesundheitsfürsorge zu betreiben. Die Anforderungen an das Angebot, insbesondere an die medizinische Versorgung, variieren in starkem Maße, je nachdem wie stark die Beschwerden sind. Im Hinblick auf das gesundheitsbezogene Motiv der Reise ist zu unterscheiden zwischen der Rehabilitation nach Krankheiten oder Unfällen, der Therapie von chronischen Krankheiten während eines länger andauernden Krankheitsverlaufes sowie der Prävention von Krankheiten. Um eine klare Abgrenzung zwischen unterschiedlichen Formen des Gesundheitstourismus zu erhalten, geht die vorliegende Systematisierung davon aus, dass ein gesundheitstouristischer Aufenthalt entweder krankheitsorientiert *oder* gesundheitsorientiert ist. Während die Rehabilitation und Therapie von Krankheiten eindeutig krankheitsorientierte Motive eines gesundheitstouristischen Aufenthaltes darstellen, muss bei der Prävention zwischen verschiedenen Typen differenziert werden. Zu unterscheiden ist zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Nur die Primärprävention ist eine reine, langfristig orientierte Gesundheitsfürsorge, und nur die Primärprävention ist demnach gesundheitsorientiert im Sinne dieser Systematik, während die Sekundär- und Tertiärprävention krankheitsorientierte Motive für einen gesundheitstouristischen Aufenthalt darstellen. Unter Sekundärprävention ist die Früherkennung von Krankheiten zu verstehen, die vor allem bei Risikogruppen, wie Rauchern oder Übergewichtigen, ansetzt und versucht, Gesundheitsrisiken abzuwenden. Tertiärprävention umfasst das Vorbeugen von Folgestörungen bestehender Krankheiten und Rückfallprophylaxe (vgl. GUTZWILLER/ JEANNERET 1996, S. 27f.).

Um ein zusätzliches Unterscheidungsmerkmal für das noch breite Spektrum gesundheitsorientierter Formen des Gesundheitstourismus zu erhalten, ist es sinnvoll, die Primärprävention in die Segmente spezifische und ganzheitliche Prävention zu gliedern. Wenngleich sich in der

Praxis gerade an dieser Stelle häufige Überschneidungen ergeben, wird angenommen, dass jeweils ein Motiv dominiert. Dem Motiv der spezifischen Prävention folgen Aufenthalte, die sich auf bestimmte Einzelschwerpunkte konzentrieren, wie etwa Gewichtsverlust, Konditionssteigerung oder Stressmanagement. Aufenthalte, die der ganzheitlichen Prävention dienen, sind durch die Inanspruchnahme eines umfassenden, ganzheitlichen Bündels an gesundheitsorientierten Dienstleistungen gekennzeichnet (vgl. LANZ KAUFMANN 2002, S. 51).

Die angestellten Überlegungen bzw. die herangezogenen Differenzierungskriterien führen zur Abgrenzung von drei Hauptsegmenten des Gesundheitstourismus, die im Weiteren als „Privatkur“, „Gesundheitsurlaub“ und „Wellnessurlaub“ bezeichnet werden. Die Abgrenzung von „nur“ drei gesundheitstouristischen Marktsegmenten darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass wir es heute mit einem extrem differenzierten, hybriden Käufermarkt zu tun haben (vgl. HALLERBACH 2003, S. 171f.). Auch für den Gesundheitstourismus und seine Teilbereiche existieren zahlreiche Vorschläge zur Segmentierung einer größeren Anzahl abgrenzbarer Zielgruppen (vgl. u.a. SCHMALEN/ STALLMEIER 1992, S. 54ff., DTV 2002, S. 25ff., ENDER et al. 1998, S. 37ff., SCHUBERT 1993, S. 45ff.). Die Konzentration auf die drei genannten Marktsegmente resultiert aus dem Anspruch, ein möglichst einfaches, praxistaugliches Bewertungsmodell zu entwickeln. Zudem muss die praktische Umsetzbarkeit der Forschung gewährleistet bleiben. Da für jedes Segment eine Mindeststichprobe erhoben werden muss, würde eine weitere Differenzierung des Marktes einen deutlich höheren, nicht mehr vertretbaren Aufwand bedeuten. Eine nähere Erläuterung und Analyse der definierten Marktsegmente erfolgt in den nächsten Kapiteln.

2.3.2.1 Privatkur

Die Charakterisierung und Abgrenzung der Privatkur gegenüber der Sozialkur bzw. dem Gesundheitsurlaub erfordert zunächst eine kurze Betrachtung des Kurtourismus insgesamt. Ganz allgemein bezeichnet der Kurtourismus die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen *zum Zweck einer Kur* ergeben, für die der Aufenthaltsort weder dauerhafter Wohn- noch Arbeitsort ist (vgl. KASPAR/ FEHRLIN 1984, S. 24).

Der Begriff „Kur“ wiederum umschreibt den besonderen therapeutischen Prozess einer Heilbehandlung mit besonderen Mitteln, Methoden und Aufgaben in Heilbädern und Kurorten. Bei der Kurbehandlung handelt es sich um eine naturgemäße, systematisierte Reiz-Reaktionstherapie, die zu einer Verbesserung bzw. Beseitigung von Funktions- und Regulationsstörungen vor oder nach Eintritt einer Erkrankung oder nach überstandener Krankheit beitragen soll. Die interdisziplinäre Verbindung verschiedener Therapieformen mit der Behandlung durch natürliche Heilmittel des Bodens, des Klimas, des Meeres und der natürlichen

Heilfaktoren nach Kneipp, die ärztliche Begleitung sowie der Orts- und Milieuwechsel stellen integrale Charakteristika der Kur dar (vgl. DHV 2005, S. 14ff.).

Folgende Hauptmotive kennzeichnen den Kurtourismus (vgl. DHV 2005, S. 23):

- die komplexe, ärztlich angeleitete *Prävention* von Krankheiten,
- die komplexe, ärztlich angeleitete *Rehabilitation* nach Krankheiten und Unfällen sowie
- die *Therapie* bestimmter „chronischer Krankheiten und Leiden während bestimmter Phasen in einem länger dauernden Krankheitsverlauf“.

Die Kur stellt eine ausschließlich krankheitsorientierte Form des Gesundheitstourismus dar. Wenngleich die „komplexe, ärztlich angeleitete *Prävention* von Krankheiten“ laut Definition des DHV zu den Hauptmotiven der Kur zählt, handelt es sich hierbei in aller Regel um sekundäre bzw. tertiäre Prävention, also um Prävention nach eingetretenem Schaden. Diese Interpretation kommt auch dem allgemein dominierenden Verständnis des Begriffs „Kur“ entgegen, der (heute) stark durch die Assoziation mit krank sein bzw. Krankheit geprägt ist (vgl. BÖNI 1992, S. 12 oder NAHRSTEDT 2001, S. 64).

Innerhalb der drei genannten Säulen der Kur variiert die Gewichtung der medizinischen Betreuung, des Pflegeaufwandes und der erforderlichen Infrastruktur in starkem Maße. Während die Rehabilitation von Krankheiten und Unfällen durch eine starke medizinische Ausrichtung geprägt ist, weist die präventive Kur einen deutlichen Erholungscharakter auf. Pflegerische Leistungen treten hier zugunsten der Inanspruchnahme von Freizeitinfrastruktur in den Hintergrund. Auch die Therapie chronischer Krankheiten ist durch eine hohe Bedeutung der medizinischen Versorgung gekennzeichnet, allerdings spielt hier eine auf die Bedürfnisse des Gastes ausgerichtete kurörtliche Infrastruktur eine größere Rolle als bei der Rehabilitation (vgl. RULLE 2004, S. 22).

Als Ergebnis vielfältiger dynamischer Prozesse in Medizin und Gesellschaft hat sich die klassische Kur – wie oben beschrieben - im Laufe der Zeit in verschiedene Kurformen ausdifferenziert. Nach Art der Durchführung kann zwischen der *ambulanten und der stationären Kur* differenziert werden. Die ambulante Kur ist durch größere Freiräume und Eigeninitiative der Patienten gekennzeichnet. Der Kurgast darf im Einvernehmen mit dem behandelnden Arzt Kurort, Unterkunft und Verpflegung weitgehend frei wählen. Die Behandlung erfolgt durch ortsansässige Badeärzte und die Heilmittel werden überwiegend im Kurmittelhaus verabreicht. Bei der stationären Kur handelt es sich in der Regel um eine verordnete, also fremdbestimmte Kur mit Unterkunft und Verpflegung in einem Sanatorium, einer Kurklinik oder einer Rehabilitationsklinik (vgl. DHV 2005, S. 7). Beide Kurformen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung in weitere Teilbereiche gegliedert. Auf eine Darstellung dieses geglie-

derten Kursystems wird aber verzichtet, da es, bedingt durch Modifikationen in der Sozialgesetzgebung und Sozialversicherung, häufigen Veränderungen unterliegt.

Nach Art der Finanzierung und Grad der Selbstbestimmung lässt sich der Kurtourismus in einen sozial finanzierten und fremdbestimmten Bereich (Sozialkur) sowie einen ganz oder teilweise selbst finanzierten und selbst bestimmten Bereich (Privatkur) gliedern. Ein gesundheitstouristischer Aufenthalt ist dann dem Segment der Privatkur zuzurechnen, wenn der Gast die Kosten für seinen Aufenthalt ganz oder teilweise selbst trägt *sowie* den Kurort und die Unterkunft selbst ausgewählt hat. Durch die öffentlichen Kostenträger bezuschusste Aufenthalte beispielsweise im Rahmen ambulanter Kuren werden dann den Privatkuren zugeordnet, wenn sich der Gast bewusst und gezielt für eine Zieldestination *und* eine bestimmte Unterkunftsform entschieden hat. In diesem Fall sind ähnliche Entscheidungs- und Bewertungsmechanismen zu vermuten wie bei der vollständig selbst bezahlten Kur.

Eine klare Definition derjenigen Kurformen, die der Sozialkur bzw. der Privatkur zuzuordnen sind, ist aufgrund der Änderungen in der Sozialgesetzgebung und bei der Sozialversicherung nur schwer möglich. Grundsätzlich kann jede Form der Kur, auch die stationäre Rehabilitation, selbst bezahlt werden (vgl. DEHMER 1996, S. 4).

Die Abgrenzung der Privatkur gegenüber dem Gesundheitsurlaub erfolgt über das gesundheitsbezogene Reisemotiv. Auch die selbst bezahlte Kur ist immer krankheitsorientiert. Das heißt, sie dient der (Sekundär- bzw. Tertiär-) Prävention, der Therapie bestimmter chronischer Krankheiten und Leiden sowie der Rehabilitation nach Krankheiten und Unfällen. Der Gesundheitsurlaub ist hingegen gesundheitsorientiert, folgt also dem Motiv der Primärprävention.

Bei der Zielgruppe, die sich hinter dem Segment der Privatkur verbirgt, handelt es sich um mehr oder weniger kranke Menschen. Entsprechend groß ist die Bedeutung der medizinischen Angebotskomponenten gegenüber der Qualität des Freizeitangebots. Die Dauer einer Kur beträgt idealerweise mindestens drei Wochen. Diese Zeit wird benötigt, um dem Organismus auf das körpereigene "Gesundheitsprogramm" umzuschalten ("vegetative Umstimmung") und so einen möglichst lang anhaltenden gesundheitlichen Erfolg zu erreichen (vgl. DHV 2005, S. 19). In der Praxis wird diese Mindestdauer allerdings sowohl bei den bezuschussten Kuren als auch bei den vollständig selbst bezahlten Kuren aus Kosten- bzw. Zeitgründen häufig nicht eingehalten.

Zusammenfassend ergibt sich die folgende Definition: **Die Privatkur ist ein gesundheitstouristischer Aufenthalt, der durch die Anwendung der typischen kurörtlichen Komplextherapie unter ärztlicher Anleitung gekennzeichnet ist. Die Privatkur wird von kranken Menschen in Anspruch genommen und dient der (Sekundär- bzw. Tertiär-) Prävention, der Therapie bestimmter chronischer Krankheiten und Leiden sowie der**

Rehabilitation nach Krankheiten und Unfällen. Sie wird vom Gast ganz oder teilweise selbst finanziert⁷. Der Gast trifft die Entscheidung bezüglich des Zielortes und der Unterkunft selbst oder er beteiligt sich an der Entscheidung.

2.3.2.2 Gesundheitsurlaub

Während der Kur- und der Wellnesstourismus Gegenstand vieler wissenschaftlicher Betrachtungen sind und mehr oder minder präzise Definitionen dieser gesundheitstouristischen Segmente vorliegen, herrscht bezüglich des konkreten Bedeutungsinhalts von „Gesundheitsurlaub“ noch weitgehende Unklarheit. In der wissenschaftlichen Literatur wird der Begriff mit unterschiedlichsten Inhalten verwendet. Auch die Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen (F.U.R.), die diesen Begriff zur Erfassung des entsprechenden Marktvolumens und -potenzials verwendet, bleibt eine klare Definition und Abgrenzung schuldig. ILLING (1999, S. 7) verzichtet in seiner Arbeit auf die Verwendung des Begriffs „Gesundheitsurlaub“, weil er nach seiner Meinung „weder in sich selbst noch in seiner Abgrenzung zu anderen Reiseformen wie z.B. ‚Wellnessurlaub‘ geklärt“ wird.

Aus verschiedenen Gründen soll der Begriff in vorliegender Arbeit dennoch verwendet werden. Zum einen wird das gesundheitstouristische Spektrum, das im Rahmen dieser Arbeit betrachtet wird, nicht vollständig durch die Segmente Privatkur und Wellnessurlaub abgebildet. Es wird also grundsätzlich ein weiterer Begriff benötigt. Zum anderen trifft die Begrifflichkeit die zu bezeichnenden Inhalte:

Unter Gesundheitsurlaub soll in dieser Arbeit ein ganz oder überwiegend⁷ selbst finanzierter sowie vollkommen selbst bestimmter gesundheitstouristischer Aufenthalt verstanden werden, der von gesunden Menschen unternommen wird, deren Hauptreisemotiv die spezifische Primärprävention darstellt.

Der Begriff „Gesundheitsurlaub“ stellt zum einen die Verbindung zur „Gesundheitsorientierung“ dieser Reiseform her (im Gegensatz zur „Krankheitsorientierung“ der Privatkur), zum anderen wird die spezifische – gesundheitsbezogene – Komponente gegenüber dem weniger medizinisch geprägten Wellnessurlaub betont. Der Begriff „Urlaub“ wiederum hebt die touristische Relevanz dieses Segmentes gegenüber der stärker medizinisch geprägten Privatkur hervor.

In Abgrenzung zum Wellnessurlaub verfolgt der Gesundheitsurlaub ein spezifisches gesundheitliches Ziel, während ein Wellnessurlaub der Erlangung allgemeinen Wohlbefindens dient.

⁷ Ggf. werden einzelne Gesundheitsleistungen über die Krankenkassen abgerechnet.

Ziele können zum Beispiel die Steigerung der Kondition, die Verbesserung der Ernährungsgewohnheiten oder Gewichtsverlust sein.

2.3.2.3 Wellnessurlaub

Die Definition und Abgrenzung von Wellnessurlaub ist - mehr als bei den anderen betrachteten Segmenten - theoretischer Natur. Die positiven Marktprognosen zu diesem touristischen Segment haben in den letzten Jahren auf der Anbieterseite einen wahren Boom ausgelöst und eine große Bandbreite an Angeboten unterschiedlichster Qualität entstehen lassen. Da Wellness kein geschützter Begriff ist, wurde und wird er inflationär verwendet. Es ist daher zweifelhaft, ob sich der Wellness-Begriff auch in Zukunft noch eignen wird, um ein qualitativ hochwertiges Produkt zu bezeichnen (vgl. ROMEIß-STRACKE 2002, S. 23). Laut ILLING (1999, S. 12) liegt die Problematik des Wellness-Begriffs darin, dass er einen (körperlichen, seelischen und geistigen) Zustand (des Wohlbefindens) beschreibt, der bei einer Vielzahl an Reiseformen angestrebt wird, und gleichzeitig ein spezifisches, abgrenzbares touristisches Segment bezeichnen soll. Nichts desto trotz: Wellnessurlaub ist ein in der Wahrnehmung der touristischen Nachfrage sehr präsent Segment mit zunehmender Bedeutung (vgl. DTV 2002, S. 18ff.). Aus diesem Grund ist eine Einordnung in das Spektrum der gesundheitstouristischen Erscheinungsformen unbedingt erforderlich. Dies geschieht mit dem Hinweis darauf, dass das wissenschaftliche Verständnis des Begriffs durchaus von den Vorstellungen in der Praxis abweicht.

Wellness wird von den meisten Autoren definiert als ein Zustand des körperlichen, geistigen und seelischen Wohlbefindens, der geprägt ist durch selbstverantwortliches Handeln des Menschen für die eigene Gesundheit (vgl. hierzu LANZ KAUFMANN 2002, S. 34ff.). Integraler Bestandteil von Wellness ist die ganzheitliche Kombination verschiedener Dimensionen des Wohlbefindens. Nach LANZ KAUFMANN (2002, S. 23ff.) sind dies die Elemente körperliche Fitness, gesunde Ernährung, Entspannung, geistige Aktivität sowie Umweltsensibilität. Diese Definition entspricht dem aktuellen Stand der Forschung sowie dem Verständnis vieler organisierter Praktiker (vgl. RULLE 2002, S. 28). Sie soll daher auch in dieser Arbeit Anwendung finden. Die genannten Wellness-Elemente beschreiben nicht nur ein bestimmtes Maß an Lebensqualität, das zu einem bestimmten Zeitpunkt empfunden wird, sondern beinhalten auch spezielle Lebens- und Verhaltensgrundsätze. Unter Wellness ist also nicht nur ein aktueller Zustand zu verstehen, sondern ebenso ein Prozess der aktiven und bewussten Lebensstilgestaltung (vgl. HERTEL 1992, S. 37).

Auch wenn Wellness als Konzept für eine bewusste, gesundheitsorientierte Gestaltung des alltäglichen Lebens verstanden wird, hat der Wellness-Begriff eine besondere Bedeutung im Zusammenhang mit Urlaub und Reisen erlangt (vgl. MALICH 1993, S. 4).

Unter Wellnessurlaub werden in dieser Arbeit gesundheitstouristische Aufenthalte verstanden, die ganz oder überwiegend⁷ selbst finanziert werden und vollkommen selbst bestimmt sind, deren Hauptreisemotiv die ganzheitliche Primärprävention darstellt.

Diese Abgrenzung von Wellnessurlaub innerhalb des aufgezeigten „gesundheitstouristischen Spektrums“ ist rein theoretischer Natur. Sie ist erforderlich, um – zumindest auf der theoretischen Betrachtungsebene - eine eindeutige und logische Abgrenzung zwischen den betrachteten Segmenten vorzunehmen. Einer empirischen Prüfung würde diese Definition allerdings kaum standhalten. Insbesondere würden Wellnessurlauber die ganzheitliche Primärprävention wohl kaum als Motiv ihrer Reise bezeichnen. Die „Erlangung von Wohlbefinden“ als gesundheitsbezogenes Reisemotiv trifft die Vorstellungen von Wellnessurlaubern vermutlich eher. Dies muss bei der Gestaltung der empirischen Forschung dieser Arbeit berücksichtigt werden.

Darüber hinaus muss an dieser Stelle darauf hingewiesen werden, dass sich die postulierte ganzheitliche Ausrichtung eines Wellnessurlaubs - ebenso - nur theoretisch verwirklicht durch ein ganzheitliches Bündel an Gesundheitsleistungen im Sinne der oben genannten Dimensionen des Wohlbefindens. Streng genommen dürften lediglich Aufenthalte, im Rahmen derer ein solches Bündel an Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen wird, dem Wellnessurlaub zugeordnet werden. Empirische Untersuchungen von Wellnessgästen in der Schweiz haben allerdings ergeben, dass lediglich 4% der befragten Wellnessgäste Gesundheitsförderung als Hauptmotiv angeben und tatsächlich ein umfassendes Leistungsbündel, bestehend aus Angeboten zur körperlichen und geistigen Aktivität, Entspannung und gesunden Ernährung in Anspruch nehmen. Ein wesentlich höherer Anteil der Befragten (41%) wünscht sich zwar ein umfassendes, ganzheitliches Leistungsbündel, beansprucht dieses aber nicht in vollem Umfang (vgl. LANZ KAUFMANN 1999, S. 48f.).

2.3.3 Zum Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“

Zur Konkretisierung des Bewertungsobjektes gehört neben der Abgrenzung und Differenzierung der touristischen Segmente, die betrachtet werden sollen, auch die Auseinandersetzung mit dem Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“. Eine klare Definition dieses Kunstbegriffs soll zu einer weiteren Präzisierung des Bewertungsobjektes beitragen.

Der Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“ umfasst zwei Aspekte, die mithilfe des zu entwickelnden Modells operationalisiert bzw. bewertet werden sollen:

1. die **gesundheitstouristische Qualität** eines Heilbades bzw. Kurortes, also die aktuelle Fähigkeit, sich auf dem gesundheitstouristischen Markt zu behaupten und

2. das **gesundheitstouristische Potenzial** eines Heilbades bzw. Kurortes, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit zur Positionierung auf dem gesundheitstouristischen Markt.

Beide Aspekte werden im Folgenden näher beschrieben und analysiert.

2.3.3.1 Gesundheitstouristische Qualität

Der touristische Markt ist ein sehr ausgereifter Markt, auf dem sich nur derjenige behauptet, der sich klar durch Preis oder Qualität positionieren kann. Aufgrund der klein- und mittelständischen Struktur der Tourismusbranche und dem damit einhergehenden Fehlen betriebswirtschaftlicher Skaleneffekte sowie dem im globalen Wettbewerb hohen Lohnniveau können deutsche Anbieter im harten internationalen Preiswettbewerb nicht konkurrieren. Nur durch eine qualitätsbezogene Angebotsdifferenzierung können Wettbewerbsvorteile erzielt werden (vgl. PIKKEMAAT/ WEIERMAIR 2004, S. 1). Dies gilt ganz besonders für den Gesundheitstourismus, der durch ein besonders differenziertes Anforderungsprofil seitens der Zielgruppen gekennzeichnet ist, welches sich zudem auf hohem Niveau befindet. Qualität ist also das Gebot der Stunde, wenn es darum geht, neue, gesundheitstouristische Zielgruppen zu erschließen.

Das sehr komplexe Phänomen der „Gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten“ wird im Folgenden definiert und näher beleuchtet.

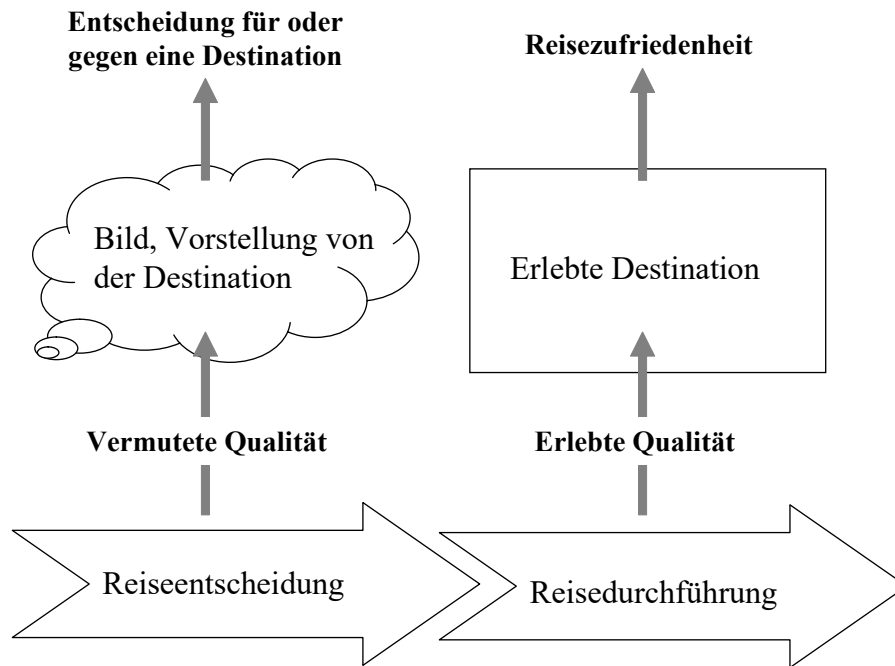
2.3.3.1.1 Begriffsbestimmung

Mit dem Thema „Qualität und Tourismus“ haben sich zahlreiche Autoren beschäftigt. Die wissenschaftliche Diskussion kreist dabei um zwei große Fragestellungen: zum einen um die Frage, was touristische Qualität konkret bedeutet bzw. wie sie sich operationalisieren lässt und – hierauf aufbauend – um die Frage, wie sie zu erreichen ist. Diese Arbeit widmet sich dem ersten Fragenkomplex. Das zu entwickelnde Bewertungsmodell soll Aufschluss darüber geben, wo qualitative Stärken und Schwächen im gesundheitstouristischen Angebot und damit Ansatzpunkte für eine (marktorientierte) Optimierung liegen. ROMEIß-STRACKE (1998, S. 78) nennt diesen Qualitätsaspekt die „Qualität des faktischen Angebots“. Die Frage, welche Strukturen und Prozesse hinter dieser „Qualität des faktischen Angebots“ stehen und diese beeinflussen, wird nicht beleuchtet.

Was bedeutet nun Qualität im Tourismus? Große Einigkeit besteht darüber, dass sie komplex und facettenreich sowie relativ ist. Qualität im Tourismus ist abhängig von der Beurteilung des Nachfragers. Ein und dasselbe Produkt hat also viele Qualitäten, je nachdem, durch wen es beurteilt wird. Das gilt auch für gesundheitstouristische Produkte bzw. ganze Heilbäder

und Kurorte. Mit dieser Erkenntnis wird der Anspruch einer objektiven Messbarkeit verworfen und die subjektive Bewertung durch den Kunden akzeptiert. MÜLLER (2000, S. 24) beschreibt Qualität als „die wahrgenommene Beschaffenheit eines Produktes, einer Leistung oder einer organisatorischen Einheit, gemessen an den Erwartungen der anvisierten Zielgruppen“. Unter „Beschaffenheit“ kann die Summe aller Merkmale und Eigenschaften des zu betrachtenden Objektes verstanden werden.

Für die Gestaltung der empirischen Forschung bzw. für die Gestaltung des Modells selbst ist die Differenzierung von Bedeutung, ob das touristische Produkt tatsächlich konsumiert wird oder nicht. Obige Definition lässt diese Frage durch die Verwendung des Begriffs „wahrgenommen“ offen. Es wird also nicht klar, ob die Angebotsqualität selbst erfahren (wahrgenommen) wird, oder ob der (potenzielle) Kunde lediglich eine Vorstellung (Wahrnehmung) von ihr hat. Die Qualitätsbewertung im Rahmen der Reiseentscheidung verfolgt ein anderes Ziel als die Qualitätsbewertung eines konsumierten Angebots. Bei der Reiseentscheidung geht es um die Identifizierung eines geeigneten Reiseziels, während bei der Qualitätsbewertung eines konsumierten Angebots die Einordnung der gemachten Erfahrungen im Vordergrund steht. Es ist davon auszugehen, dass die Qualitätsbewertung einer Destination im Zusammenhang mit der Reiseentscheidung weniger differenziert ist und teilweise andere Kriterien zugrunde gelegt werden als bei der Bewertung der Qualität, die konkret in Anspruch genommen wurde (vgl. SCHWAIGER/ SCHRATTENECKER 1988 in HERZIG 1991, S. 3). Die Kriterien der Reiseentscheidung sind daher nicht geeignet, um die reale gesundheitstouristische Qualität einer Destination zu bewerten.

Abb. 8: Wahrnehmung von touristischen Angebotsqualitäten einer Destination

Quelle: eigene Darstellung

Der Fokus dieser Arbeit soll daher auf der für die Reisezufriedenheit entscheidenden erlebten Qualität einer Destination liegen. **Unter gesundheitstouristischer Qualität soll aus diesem Grund im Folgenden verstanden werden: die Summe aller Merkmale und Eigenschaften eines Heilbades bzw. Kurortes, die vom Kunden in Anspruch genommen wurden und an den Kundenerwartungen gemessen werden.**

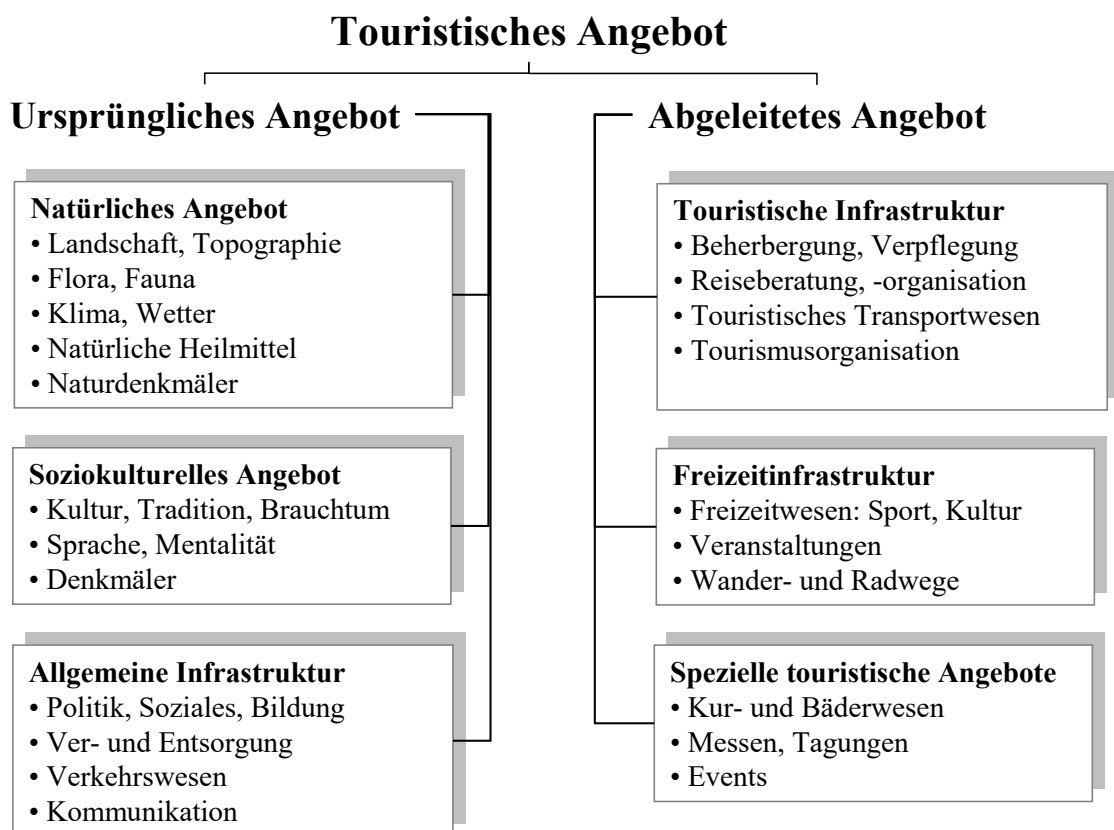
2.3.3.1.2 Dimensionen touristischer Qualität

Das gesundheitstouristische Angebot einer Destination ist ausgesprochen komplex. Die Anzahl der Merkmale und Eigenschaften, die dessen Qualität bestimmen, ist geradezu unendlich. Die empirische Erfassung erfordert daher eine Vereinfachung auf eine endliche, wissenschaftlich zu bewältigende Zahl (vgl. WIRTH 1979, S. 128). Es wird eine zentrale Aufgabe des zu entwickelnden Bewertungsmodells sein, die Komplexität der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten auf die relevanten bzw. wichtigen Merkmale und Eigenschaften zu konzentrieren. Wie oben dargelegt, wird es dabei nicht um die Merkmale gehen, die für die Reiseentscheidung wichtig sind, sondern um diejenigen, die einen Einfluss auf die Reisezufriedenheit haben. Den ersten Schritt zu deren Identifizierung stellt die Auseinandersetzung mit den verschiedenen Qualitätsdimensionen des touristischen Produkts dar. Ziel

dieser Betrachtungen ist es, einen Strukturierungsansatz herauszuarbeiten, der bei der Operationalisierung der gesundheitstouristischen Qualität eines Kurortes zugrunde gelegt wird.

Zur Strukturierung der Qualität des touristischen Produkts existieren verschiedene Ansätze. Die wichtigsten werden im Folgenden skizziert. Der klassische Ansatz zur Strukturierung des touristischen Angebots stellt die Gliederung in das **ursprüngliche und das abgeleitete Angebot** dar (vgl. Abb. 9).

Abb. 9: Touristische Angebotsdimensionen: ursprüngliches und abgeleitetes Angebot



Quelle: in Anlehnung an FREYER 1995, S. 179

Kennzeichnend für diese Unterteilung ist, dass die unterschiedliche Beeinflussbarkeit einzelner Qualitätskomponenten berücksichtigt wird. Während die Qualität des ursprünglichen Potenzials nur sehr bedingt beeinflusst werden kann, sind die touristischen Akteure für die Qualität des abgeleiteten Angebots voll verantwortlich (vgl. MÜLLER 2000, S. 40).

Bei jüngeren Ansätzen zur Strukturierung des touristischen Angebots wird der Aspekt der **Dienstleistungsqualität** stärker hervorgehoben. Unter einer Dienstleistung kann „jede Art von Tätigkeit verstanden werden, die im Wesentlichen immaterieller Natur ist und keine direkten Besitz- und Eigentumsveränderungen mit sich bringt“ (KOTLER/ BLIEMEL 1995,

zit. in DETTMER et al. 1998, S. 38). Dienstleistungsqualität wird von BRUHN/ MEFFERT (1995, S. 199) definiert als „Fähigkeit eines Anbieters, die Beschaffenheit einer primär intangiblen und der Kundenbeteiligung bedürftigen Leistung aufgrund von Kundenerwartungen auf einem bestimmten Anforderungsniveau zu erstellen.“ Dienstleistungen besitzen spezielle Eigenschaften, die eine (objektive) Messung und Bewertung erschweren. Von besonderer Bedeutung in diesem Kontext ist die Individualität einer Dienstleistung. Durch den hohen Anteil menschlicher Leistungserstellung ist die Qualität von Dienstleistungen in hohem Maße personengebunden. Hinzu kommt, dass bei Dienstleistungen der Kunde selbst ein Teil der Leistungserstellung wird. Als so genannter „externer Faktor“ wird er mit seinem spezifischen, individuellen Verhalten in die Leistungserstellung einbezogen und beeinflusst hierdurch deren Qualität. Das bedeutet, dass es keine exakt gleichbleibende Dienstleistungsqualität geben kann (vgl. DETTMER et al. 1998, S. 35). Die Bewertung von Dienstleistungsqualität stellt daher immer nur eine Momentaufnahme dar, die zwar das Ergebnis eines systematischen Qualitätsmanagements, aber auch von zufälligen Begebenheiten sein kann.

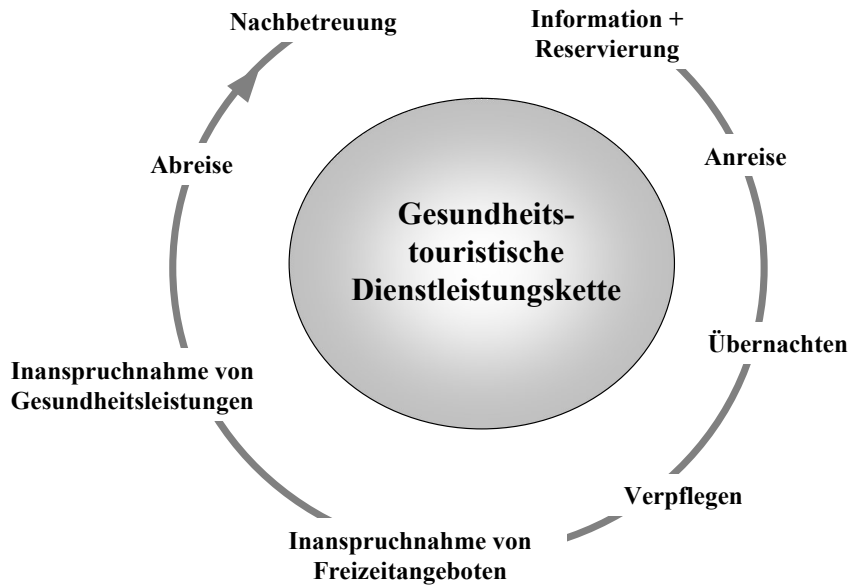
Ein wichtiger Ansatz zur Strukturierung von Dienstleistungsqualität ist die so genannte „**Dienstleistungskette**“⁸. Die Grundüberlegung ist, dass Dienstleistungen durch eine zeitliche Aneinanderreihung von Einzelleistungen gekennzeichnet sind, die nur in ihrer Gesamtheit einen Kundennutzen erzeugen. Die Dienstleistung wird also in zeitlich aufeinander folgende Teilschritte gegliedert. Gerade in der klein- und mittelständischen Tourismusbranche wurde das Instrument der Dienstleistungskette vielfach zur Qualitätsbewertung und -entwicklung auf betrieblicher Ebene angewendet (vgl. ROMEIß-STRACKE 1995, S. 32ff. sowie MÜLLER 2000, S. 101ff.). Es lässt sich aber auch auf die Destination als Ganzes übertragen. Auch das Leistungsbündel, das der Tourist während seines Aufenthaltes in der Destination in Anspruch nimmt, lässt sich als Dienstleistungskette darstellen. Natürlich ist hierbei – angesichts der Komplexität des touristischen Produktes – eine gewisse Abstraktion erforderlich. Im weitesten Sinne beginnt die Dienstleistungskette eines touristischen Aufenthaltes bereits bei der Information des Kunden im Vorfeld der Reise und endet mit einer Rückkopplung zur Urlaubszufriedenheit nach Abschluss des Aufenthaltes. Dazwischen liegt eine Vielzahl an Teilleistungen, die durch ihre spezifische Qualität und Abfolge den individuellen Urlaub eines Kunden ausmachen.

Die Dienstleistungskette setzt an den ganz konkreten Aktivitäten des Kunden an, um das touristische Angebot zu definieren bzw. zu bewerten. Im Unterschied zur eher angebotsorientierten Gliederung in das ursprüngliche und das abgeleitete Angebot ist die Dienstleistungskette insofern ein nachfrageorientierter Strukturierungsansatz. Dies wird besonders deutlich, wenn man die zielgruppenspezifischen Variationen bei der Inanspruchnahme touristischer

⁸ Die Begriffe „Dienstleistungskette“ und „Servicekette“ werden im Folgenden synonym verwendet.

Leistungen berücksichtigt. Die übergeordneten Bestandteile eines gesundheitstouristischen Aufenthaltes lassen sich wie in Abb. 10 dargestellt als Dienstleistungskette anordnen.

Abb. 10: Touristische Angebotsdimensionen: Dienstleistungskette



Quelle: eigene Darstellung

Kennzeichnend für die touristische Dienstleistungskette ist, dass die Einzelleistungen von verschiedenen Anbietern erbracht werden, die weitgehend unabhängig voneinander sind. Ausnahmen sind touristische Aufenthalte in komplexen, „destinationsähnlichen“ Einrichtungen. Hier werden häufig sämtliche Leistungen von einem Anbieter erbracht. Auch Wellnessurlaube finden häufig ausschließlich im Wellnesshotel statt. Generell gilt: der Kunde nimmt das touristische Produkt als Ganzes wahr und unterscheidet nicht zwischen (möglicherweise) verschiedenen Leistungserbringern. Jedes einzelne Glied der Dienstleistungskette muss sich also an den Bedürfnissen der Zielgruppen orientieren, um eine optimale Gesamtqualität zu gewährleisten (BIEGER 1997, S. 33).

Wenngleich sich eine Dienstleistung durch ihre „Intangibilität“ definiert, so wäre es gerade im Tourismus falsch, eine Dienstleistung auf ihre immateriellen Bestandteile zu reduzieren. Die touristische Leistungserstellung lebt von einer Vielzahl materieller Faktoren, die der Dienstleistung selbst einen attraktiven Rahmen bieten (vgl. WÖHLER 1993, S. 42).

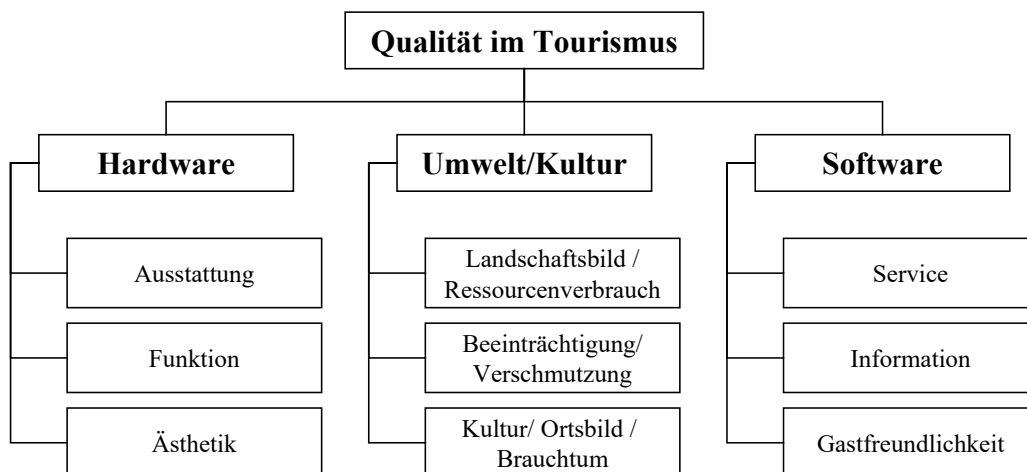
Zur Strukturierung der Dienstleistungsqualität unter Berücksichtigung der materiellen Angebotskomponenten kann auf den weit verbreiteten allgemeinen Ansatz von DONABEDIAN (1980 in MEYER/ MATTMÜLLER 1987, S. 192ff.) zurückgegriffen werden. Er unterteilt die Qualität einer Dienstleistung unter zeitlichen Gesichtspunkten in drei Dimensionen:

- Die **Potenzialqualität** beinhaltet allgemein alle Fähigkeiten und Bereitschaften, die auf die Dienstleistungserstellung ausgerichtet sind. Sie beinhaltet sowohl immaterielle als auch materielle Faktoren (z.B. Qualifikation der dienstleistenden Mitarbeiter, Gebäude, Ausstattungsfaktoren, Atmosphäre etc.).
- Die **Prozessqualität** umfasst die Ausführung der Dienstleistung, also das Verhalten der Dienstleistenden während des Kundenkontaktes (z.B. das Einchecken im Hotel, die Inanspruchnahme einer Massage etc.).
- Bei der **Ergebnisqualität** geht es um den Grad der angestrebten Wirkung der in Anspruch genommenen Dienstleistung (z.B. der gesundheitliche Zustand bzw. der Erholungsgrad nach dem Aufenthalt etc.).

Diese vielfach verwendete Gliederung weist für die praktische Anwendung allerdings einen entscheidenden Nachteil auf. Wenngleich die Ergebnisqualität ein wichtiger Maßstab für die Qualität einer Dienstleistung sein sollte, so ist sie doch – gerade im Tourismus - eine schwer zu messende Größe. Die empirische Erfassbarkeit stößt primär auf zwei Probleme: der hohe Aufwand, der mit der Operationalisierung und Messung spezifischer Zielgrößen eines touristischen Aufenthaltes (z.B. Entspannung, körperliche Fitness oder Spaß) verbunden ist, sowie die meist ungeklärte Frage, inwieweit die gemessenen Ergebnisse mit bestimmten Dienstleistungen, die in Anspruch genommen wurden, im Zusammenhang stehen. Aufgrund dieser Schwierigkeiten ist es nicht verwunderlich, dass der Zusammenhang zwischen Urlaub und Gesundheits- bzw. Erholungszustand eines Menschen bislang nur unzureichend empirisch untersucht wurde (vgl. KEUL 2001, S. 48ff.).

Der folgende Strukturierungsansatz von ROMEIß-STRACKE (1995, S. 20ff.) bezieht sich auf das touristische Produkt als Dienstleistung.

Abb. 11: Touristische Angebotsdimensionen: Hardware, Umwelt/ Kultur und Software



Quelle: ROMEIß-STRACKE 1995, S. 20

Die **Qualität der touristischen Hardware**, also der materiellen, tangiblen Ausstattungsfaktoren einer Destination, definiert sich über die Fragen, ob bestimmte Ausstattungsfaktoren vorhanden sind, ob sie funktionieren und ob sie ästhetischen Ansprüchen genügen.

Als eigene Qualitätsdimension wird der Aspekt „**Umwelt/ Kultur**“ definiert. Er entspricht weitgehend der Qualität des ursprünglichen Angebots einer Destination und bildet die Grundlage, um sich auf dem touristischen Markt zu positionieren.

Die **Qualität der touristischen Software**, also der immateriellen, intangiblen Leistungen, die während eines touristischen Aufenthaltes erbracht werden, setzt sich zusammen aus der Servicequalität, also dem unmittelbarem Umgang mit dem Kunden entlang der oben beschriebenen Servicekette sowie der Information des Gastes über das touristische Angebot, nicht nur vor der Reise, sondern auch vor Ort. Schließlich ist der Aspekt der Gastfreundschaft der Dienstleister ein ganz wesentlicher Qualitätsfaktor für den Kunden.

2.3.3.1.3 Strukturierung der „Gesundheitstouristischen Qualität“ für die Zwecke dieser Arbeit

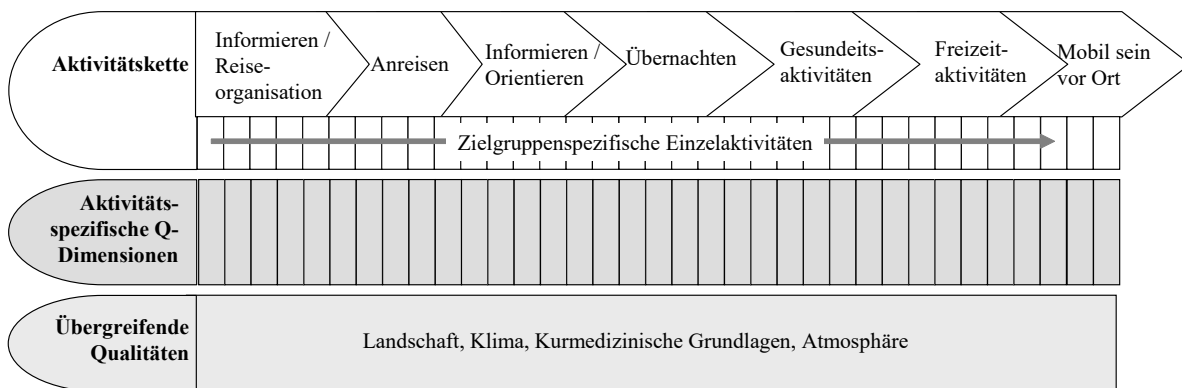
Im Folgenden wird ein Gliederungsversuch vorgestellt, der die Grundlage zur Operationalisierung der „Gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten“ in vorliegender Arbeit bilden soll. Bei der Identifizierung eines geeigneten Gliederungsansatzes wurde berücksichtigt, dass in dieser Arbeit ein verhaltensorientierter Forschungsansatz verfolgt werden soll. Das heißt, die Modellbildung soll primär auf der Grundlage von Informationen zum tatsächlichen Reiseverhalten von Gesundheitstouristen erfolgen und nicht auf deren schwerer zu erfassenden Wünschen und Bedürfnissen. Eine detaillierte Argumentation für den Sinn und die Notwendigkeit eines verhaltensorientierten Forschungsansatzes wird in Kapitel 3.2 vorgestellt.

Der folgende Strukturierungsansatz verbindet verschiedene Aspekte der in Kapitel 2.3.3.1.2 skizzierten Ansätze. In Anlehnung an das Konzept der Dienstleistungskette wird die zeitliche Abfolge der Aktivitäten des Touristen als Grundraster genutzt. Diese zeitliche Abfolge wird mit dem Begriff „**Aktivitätskette**“ bezeichnet. Hierdurch soll die Orientierung des Strukturierungsansatzes an den Aktivitäten der gesundheitstouristischen Zielgruppen bei der Durchführung ihres Urlaubs betont werden.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie der Anfangs- bzw. Endpunkt der Aktivitätskette definiert werden sollen. ROMEIß-STRACKE (1995, S. 32) empfiehlt, die Servicekette zum Zwecke der Qualitätsentwicklung so weit wie möglich aufzuspannen, damit das Gesamtangebot möglichst umfassend und bewusst beeinflusst werden kann. Da das zu entwi-

ckelnde Modell bzw. die Bewertungsergebnisse Aufschluss über mögliche Optimierungspotenziale im Kurort bieten soll, beginnt die in der folgenden Graphik dargestellte Aktivitätskette bereits mit der Phase der Information und Reservierung im Vorfeld der Reise.

Abb. 12: Grundstruktur zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten in vorliegender Arbeit



Quelle: eigene Darstellung

Hinter jeder Phase der Aktivitätskette verbergen sich verschiedene Handlungsmöglichkeiten, die jeweils eine spezifische – zielgruppenspezifische – Bedeutung im Reiseverhalten haben. So kann sich der Gast im Vorfeld seiner Reise z.B. über das Internet informieren, über seinen Hausarzt oder über eine persönliche Auskunft der örtlichen Touristinformation. Aus diesen zahlreichen Handlungsmöglichkeiten, die der Gast entlang der Aktivitätskette hat, lassen sich wiederum touristische Teilqualitäten – „**Aktivitätsspezifische Qualitäten**“ - ableiten. So steht z.B. der Aktivität „Information über Prospekte“ die touristische Teilqualität „Qualität des Prospektmaterials“ gegenüber. Durch die Orientierung an den potenziellen Handlungsmöglichkeiten, die der Gast entlang der Phasen der Dienstleistungskette hat, lässt sich das Spektrum der denkbaren Verhaltensweisen des Gastes sehr gut abbilden. Die Teilqualitäten können sowohl materielle als auch immaterielle Bestandteile haben. Die Teilqualität Wanderangebot beispielsweise erfordert ein adäquates Wegeangebot, also eine attraktive Wegeführung, eine geeignete Wegebeschaffenheit und Möblierung (Hardware). Hinzu kommen eine gute Beschilderung des Wegenetzes sowie Dienstleistungen rund um das Wanderangebot, wie zum Beispiel der Gepäcktransport (Software).

Von den aktivitätsspezifischen Qualitätsdimensionen zu unterscheiden sind die so genannten „**Übergreifenden Qualitäten**“. Diese übergreifenden Qualitäten sind entweder unabhängig von der Aktivitätskette des Kunden oder stellen Grundqualitäten für mehrere, verschiedene Aktivitäten dar. Im Rahmen dieser Arbeit werden die übergreifenden Qualitäten Land-

schaftsästhetik, Klima, Atmosphäre im Ort und – entsprechend des Bewertungsfokus auf Heilbäder und Kurorte – die kurmedizinischen Grundlagen und Potenziale betrachtet.

Integrales Kennzeichen der skizzierten Gliederung ist die Orientierung am Leistungserstellungsprozess bzw. an den Aktivitäten der Zielgruppen. Das konkrete gesundheitstouristische Reiseverhalten der Zielgruppen, das im Rahmen der empirischen Erhebungen dieser Arbeit zu erfassen ist (vgl. Kapitel 3.3), kann hierdurch bestmöglich im Bewertungsmodell berücksichtigt werden.

2.3.3.2 Gesundheitstouristisches Potenzial

Das gesundheitstouristische Potenzial eines Heilbades bzw. Kurortes ist die zweite Größe, die mithilfe des zu entwickelnden Bewertungsmodells gemessen bzw. bewertet werden soll. Zur Messung des gesundheitstouristischen Potenzials werden nur ausgewählte Kriterien im Rahmen eines so genannten Partialmodells herangezogen werden. Ein Partialmodell zur Messung des gesundheitstouristischen Potenzials ist möglich und sinnvoll, weil im Gegensatz zur Messung der gesundheitstouristischen Qualität ein komplexer Sachverhalt auf eine einzige Größe verdichtet werden soll. Nach welcher Logik die entsprechenden Kriterien auszuwählen sind, ergibt sich aus den folgenden Überlegungen zur Begriffsbestimmung und Operationalisierung des gesundheitstouristischen Potenzials.

2.3.3.2.1 Begriffsbestimmung

Der Begriff „Potenzial“ bedeutet allgemein „Leistungsfähigkeit“ (vgl. DROSDOWSKI et al. 1990, S. 625). Im Zusammenhang mit Marketingentscheidungen kann der Begriff in einem etwas umfassenderen Verständnis definiert werden als Eignung bzw. Befähigung eines Produktes zur Bewältigung strategischer Herausforderungen (vgl. DILLER et al. 1994, S. 882). In dieser Definition drückt sich aus, dass das Potenzial ein Phänomen mit Bezug zur Zukunft beschreibt. Dieser Aspekt ist für die Zwecke dieser Arbeit besonders wichtig. Denn es soll untersucht werden, ob und inwieweit Heilbäder und Kurorte die Befähigung besitzen, sich *künftig* - also ggf. *nach* der Umsetzung der strategischen Herausforderungen in entsprechende Maßnahmen - auf dem gesundheitstouristischen Markt zu behaupten.

Das gesundheitstouristische Potenzial bezeichnet also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes, um gesundheitstouristische Zielgruppen zufrieden stellen zu können.

2.3.3.2.2 Dimensionen des gesundheitstouristischen Potenzials

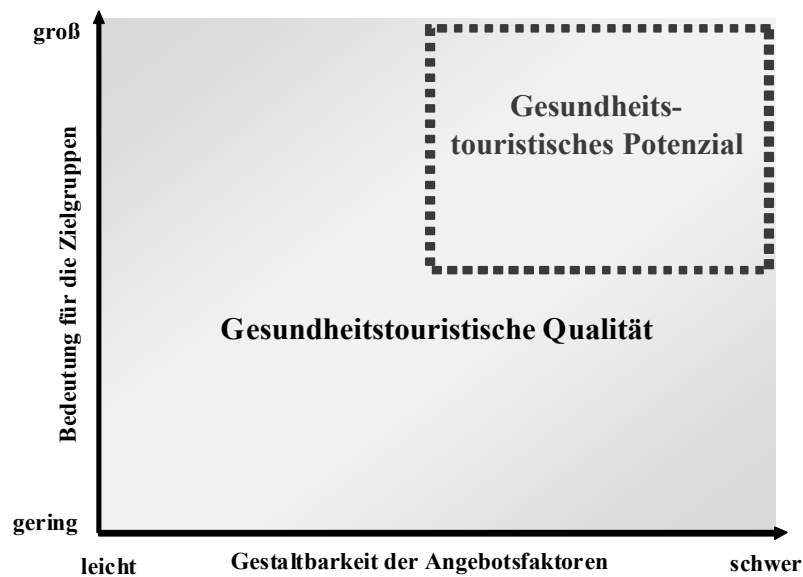
Das gesundheitstouristische Entwicklungspotenzial eines Kurortes ist umso größer, je geringer der Aufwand ist, um die Anforderungen der gesundheitstouristischen Zielgruppen zu erreichen. Der erforderliche Aufwand zur Erfüllung der Bedürfnisse der Zielgruppen ist wiederum abhängig von den Qualitätsdimensionen, die zu optimieren sind. Denn die verschiedenen Komponenten des touristischen Angebots weisen eine unterschiedliche Gestaltbarkeit auf. Insbesondere das ursprüngliche Angebot einer Destination, also die natürlichen, soziokulturellen Angebotsfaktoren sowie die allgemeine Infrastruktur sind durch die touristischen Akteure kaum veränderbar. Aber auch die Modernisierung oder gar Schaffung größerer touristischer Infrastrukturen ist aufgrund der teilweise enormen erforderlichen Investitionen eine schwierige Aufgabe (vgl. DETTMER et al. 1998, S. 39f.). Insbesondere die Softwarefaktoren lassen sich hingegen leichter gestalten (vgl. ROMEIß-STRACKE 1998, S.84). Zu beachten ist allerdings, dass dies auf Destinationsebene ungleich schwieriger ist als auf betrieblicher Ebene.

Ein zweiter wesentlicher Punkt, der bei der Identifizierung des gesundheitstouristischen Potenzials beachtet werden muss, ist die Bedeutung der einzelnen Angebotskomponenten für die Zielgruppen. Je wichtiger ein Angebotsbaustein für die Zielgruppen ist, desto wichtiger ist eine gute bzw. eine gestaltbare Qualität.

Bestehen in einem Kurort größere Defizite im Hinblick auf Angebotsbestandteile, die schwer gestaltbar und zugleich wichtig für die Zielgruppen sind, so wird eine Positionierung auf dem gesundheitstouristischen Markt sehr schwer werden.

Die skizzierten Überlegungen machen deutlich, unter welchen Gesichtspunkten die Kriterien zur Bewertung des gesundheitstouristischen Potenzials aus dem Kriterienkatalog zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität auszuwählen sind. Zur Bewertung der künftigen Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes sind diejenigen Angebotskomponenten zu betrachten, die kaum oder nur schwer gestaltbar sind und gleichzeitig eine hohe Bedeutung für die Urlaubszufriedenheit der Zielgruppen haben (vgl. Abb. 13).

Abb. 13: Das gesundheitstouristische Potenzial als Bestandteil der gesundheitstouristischen Qualität



Quelle: eigene Darstellung

Eine nähere Erläuterung der Auswahl der Kriterien zur Bewertung des gesundheitstouristischen Potenzials erfolgt in Kapitel 3.6.

2.3.4 Schlussfolgerungen für die Modellbildung

Die Ausführungen in Kapitel 2.3 haben gezeigt, wie vielschichtig das Phänomen „Gesundheitstouristische Kompetenz“ ist. Zum einen ist zwischen verschiedenen Zielgruppen zu unterscheiden, die die gesundheitstouristische Kompetenz eines Heilbades bzw. Kurortes - je nach Motivationslage - unterschiedlich definieren. Die angebotsseitige Betrachtung der gesundheitstouristischen Kompetenz verdeutlicht zum anderen, wie komplex das theoretische Konstrukt ist, das im folgenden Kapitel zu operationalisieren ist. Es umfasst die beiden – voneinander zu unterscheidenden – Phänomene „Gesundheitstouristische Qualität“ und „Gesundheitstouristisches Potenzial“, die sich wiederum in eine Vielzahl von Teilaspekten aufgliedern lassen. Die differenzierte Auseinandersetzung mit diesem Komplex war erforderlich, um für die weitere Modellentwicklung eine klare Zielvorgabe formulieren zu können. Kapitel 2.3 stellt insofern eine unmittelbare Schnittstelle zur Modellbildung dar.

3 Modell zur Bewertung der gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten

Im folgenden Kapitel wird das „Modell zur Bewertung der gesundheitstouristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten“ systematisch und auf der Grundlage eigener empirischer Untersuchungen sowie ergänzender Recherchen hergeleitet bzw. beschrieben. Auf Basis der in Kapitel 3.2 detailliert dargestellten Bewertungsmethodik ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit ein umfassendes und differenziertes Bewertungsinstrument in Form eines hierarchisch aufgebauten Katalogs an Kriterien, Richtwerten, zielgruppenspezifischen Gewichtungsfaktoren sowie exakten Angaben zur Erhebung der erforderlichen Daten entstanden. Eine Übersicht über die Bewertungskategorien der ersten beiden Ebenen dieses Kriterienkatalogs inklusive der empirisch ermittelten Gewichtungsfaktoren sowie näheren Erläuterungen ist Kapitel 3.5 zu entnehmen. Die Dokumentation der weiteren Teilkriterien sowie der dazugehörigen Richtwerte, Gewichtungsfaktoren und Messvorschriften werden in tabellarischer Form im Anhang dokumentiert (vgl. Anhang 2). Mithilfe zahlreicher Fußnoten werden hier die einzelnen Kriterien auf der Grundlage von Sekundäranalysen sowie eigenen Überlegungen begründet und näher erläutert.

3.1 Anforderungen an das Bewertungsmodell

Von übergeordneter Bedeutung ist, dass das Bewertungsmodell in der Lage ist, die beiden folgenden Sachverhalte fundiert zu bewerten:

1. die **gesundheitstouristische Qualität** eines Heilbades bzw. Kurortes, also die aktuelle Fähigkeit, sich auf dem gesundheitstouristischen Markt zu behaupten und
2. das **gesundheitstouristische Potenzial** eines Heilbades bzw. Kurortes, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit zur Positionierung auf dem gesundheitstouristischen Markt.

Die beiden Sachverhalte werden im Titel dieser Arbeit plakativ unter dem Begriff der „Gesundheitstouristischen Kompetenz“ zusammengefasst. In Kapitel 2.3.3 wurde ausführlich erläutert, dass die gesundheitstouristische Kompetenz eines Heilbades bzw. Kurortes ein relatives Phänomen ist, das abhängig von der Beurteilung der Nachfrage ist (vgl. MÜLLER 2000, S. 24). Zugleich stellt sich die touristische und auch die gesundheitstouristische Nachfrage heute als ausgesprochen heterogen dar (vgl. WEID 2000, S. 243). Das heißt, eine relative, am Markt orientierte Bewertung von Heilbädern und Kurorten muss nicht nur die Nachfrage an sich, sondern auch **unterschiedliche gesundheitstouristische Zielgruppen** berücksichtigen. In Kapitel 2.3.2 wurden die gesundheitstouristischen Hauptmärkte theoretisch

hergeleitet. Die unterschiedlichen Motive dieser Zielgruppen lassen auch unterschiedliche Anforderungen an das gesundheitstouristische Angebot vermuten, so dass eine getrennte Bewertung – aus der Sicht dieser Zielgruppen - sinnvoll erscheint. Eine empirische Überprüfung der Relevanz dieser theoretisch hergeleiteten Zielgruppen wird in Kapitel 3.4 vorgenommen.

Das Bewertungsmodell soll **praxisorientierte Informationen** liefern. Die konkreten Anforderungen an ein praxisorientiertes Bewertungsmodell sind abhängig von der Art der Verwendung. Zwei Aufgabenstellungen, die das Modell erfüllen soll, lassen sich in diesem Zusammenhang unterscheiden:

a. Die Beurteilung der Entwicklungsfähigkeit von Heilbädern und Kurorten für eine zielgerichtete Förderung

Es wurde bereits in der Einleitung dieser Arbeit darauf hingewiesen, dass die öffentliche Hand heute mehr denn je herausgefordert ist, die knappen vorhandenen Mittel sehr gezielt einzusetzen. Entscheidungen über die Vergabe von Fördermitteln verlangen eine möglichst objektive und nicht angreifbare Entscheidungsgrundlage. Das heißt, die Bewertung muss, wenn möglich, auf quantifizierbaren Daten, das heißt objektiv nachvollziehbaren Bewertungen, basieren.

b. Die Schaffung einer möglichst differenzierten Informationsgrundlage zur marktorientierten Entwicklung des touristischen Angebots

Nutzer dieser Ergebnisse sind vorwiegend die Planungsinstanzen und touristischen Entscheidungsträger auf kurörtlicher Ebene. Da es auf dieser Ebene weniger um die Verteilung öffentlicher Mittel auf konkurrierende Gebiete geht, sondern darum, das bestehende Optimierungspotenzial möglichst differenziert zu ermitteln, sind qualitative Bewertungen nicht nur vertretbar, sondern auch erforderlich, um die marktrelevanten Angebotsqualitäten abbilden zu können. Die vordringliche Aufgabe für diese Ebene der Ergebnisverwertung stellt die Identifizierung derjenigen Faktoren dar, die für die Zufriedenheit der Gäste eine wichtige Rolle spielen. Eine klare Unterscheidung zwischen wichtigen und weniger wichtigen Faktoren soll dabei helfen, den bestehenden Handlungsbedarf nicht nur abzuleiten, sondern auch die einzelnen Handlungsfelder nach ihrer Priorität zu gliedern.

Ebenso aus der Praxisorientierung des Modells resultiert der Anspruch, dass dessen Anwendung auf lokaler Ebene deutlich **einfacher und günstiger** ist als die Durchführung einer Gästebefragung. Gleichzeitig soll es wie eine Gästebefragung eine möglichst markt- bzw. zielgruppenorientierte Bewertung des Angebots ermöglichen. Gelingt die Konstruktion eines konsequent marktorientierten Modells, so besitzt die Bewertung auf der Grundlage beobachtbarer Größen (neben der geringeren Kosten) weitere Vorteile gegenüber einer Gästebefra-

gung. Zum einen werden bei der Bewertung nicht nur die aktuellen Zielgruppen berücksichtigt, sondern auch potenzielle Zielmärkte. Zum anderen sind insofern objektivere Ergebnisse zu erwarten, als dass Reisende sich während ihres Urlaubs in einer emotional aufgeladenen Situation befinden, die eine rationelle Beurteilung des Angebots kaum erwarten lässt. BRAUN (1993, S. 308 in OPASCHOWSKI 2000, S. 32) spricht in diesem Zusammenhang von einem „Erwartungserfüllungsmodell“. Erwartungen sollen in Erfüllung gehen und tun dies in der Regel auch. Die Angebotsqualität wird in der Regel also besser wahrgenommen als sie tatsächlich ist. In diesem Sinne kann „ein gelungener Urlaub auch eine gelungene Selbsttäuschung sein“.

Eine weitere wichtige Anforderung an das Modell ist, dass es eine **Bewertung unterschiedlichster Ortstypen** ermöglicht. Heilbäder und Kurorte in Deutschland unterscheiden sich insbesondere durch ihre landschaftliche Lage sowie ihre kurmedizinische Ausrichtung in die vier Bädertypen Mineral- und Moorheilbäder, Heilklimatische Kurorte, Kneippheilbäder und Kneippkurorte sowie See(heil)bäder. Es muss also ein Instrument entwickelt werden, das der unterschiedlichen Struktur der Heilbäder und Kurorte in Deutschland gerecht wird.

3.2 Grundzüge der Bewertungsmethodik

Im folgenden Kapitel werden die Grundzüge der Bewertungsmethodik bzw. die Vorgehensweise zur Modellbildung ausführlich erläutert. Die Darstellung erfolgt – wie bei den beispielhaft dargestellten Bewertungssystemen (vgl. Kapitel 2.2.4) entlang der Hauptpunkte der Nutzwertanalyse.

3.2.1 Bewertungsgegenstand

Das Bewertungsmodell soll deutschlandweit und auf alle Mineral- und Moorheilbäder, Heilklimatischen Kurorte, Kneippheilbäder und Kneippkurorte sowie Seebäder und Seeheilbäder anwendbar sein. Es soll eine vergleichende Bewertung dieser unterschiedlichen Ortstypen sowie auch von Orten unterschiedlicher Größe ermöglichen. Erreicht werden soll dies durch

- eine geeignete Kriterienauswahl, die die Potenziale der unterschiedlichen Ortstypen berücksichtigt,
- die Verwendung qualitativer Kriterien zur Bewertung spezifischer Sachverhalte (z.B. der örtlichen Atmosphäre), da hierdurch ein gewisser Ermessensspielraum bleibt und damit die Berücksichtigung ortsspezifischer Rahmenbedingungen möglich ist,

- die Verwendung zahlreicher relativer Messgrößen (Anzahl Sterne-Hotels zur Gesamtzahl der Hotels), um kleinere Orte gegenüber größeren Orten nicht zu benachteiligen⁹,
- die zielgruppenspezifische Gewichtung der Kriterien, wodurch keine pauschale Bewertung unterschiedlicher Ortstypen vorgenommen wird, sondern lediglich die Vorlieben unterschiedlicher Zielgruppen zum Ausdruck kommen.

3.2.2 Zielsystem

Mithilfe des Modells sollen die beiden folgenden Sachverhalte bewertet werden:

- a) die **gesundheitstouristische Qualität von Heilbädern und Kurorten**, also die Summe aller Angebotsfaktoren, Merkmale und Eigenschaften eines Heilbades bzw. Kurortes, die durch die gesundheitstouristischen Zielgruppen in Anspruch genommen und an deren Erwartungen gemessen werden,
- b) das **gesundheitstouristische Potenzial von Heilbädern und Kurorten**, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes, um gesundheitstouristische Zielgruppen zufrieden stellen zu können.

Die Bewertung erfolgt unter Berücksichtigung unterschiedlicher selbst zahlender Zielgruppen, die sich bewusst und selbst bestimmt für einen touristischen Aufenthalt entschieden haben. Zur Definition geeigneter Zielgruppen wurden in Kapitel 2.3.2 theoretische Überlegungen angestellt. Die auf dieser Basis abgegrenzten Marktsegmente werden in Kapitel 3.4 auf ihre empirische Relevanz hin überprüft.

3.2.3 Bewertungsmethode

Der Bewertung liegt eine **nutzwertanalytische Vorgehensweise** zugrunde. Die Nutzwertanalyse bietet für die vorliegende Forschungsarbeit den Vorteil, dass sich intervallskalierte Ergebnisse ermitteln lassen, die einen guten Vergleich zwischen mehreren Orten und zwischen unterschiedlichen Messzeitpunkten ermöglichen. Entsprechend dem nutzwertanalytischen Ansatz erfolgt die Bewertung auf der Grundlage von Kriterien, die den zu bewertenden Sachverhalt – also die gesundheitstouristische Kompetenz von Heilbädern und Kurorten – abbilden. Die Messwerte werden mithilfe von Nutzwertfunktionen unter Berücksichtigung geeig-

⁹ Es darf allerdings auch nicht übersehen werden, dass große Orte mit einem hohen Gästeaufkommen in aller Regel ein umfangreicheres, vielfältigeres Angebot bieten als kleine Orte. Beispielsweise ist die (absolute) Zahl an Einkaufsmöglichkeiten zweifelsohne ein relevantes Merkmal zur Charakterisierung des Shoppingangebots eines Standortes. Auch dies muss durch das Bewertungsinstrument honoriert werden. Insofern wird je nach Fragestellung entweder eine absolute Betrachtung oder eine relative Betrachtung vorgenommen.

netter Richtwerte in dimensionslose Zielerfüllungsgrade transformiert und gewichtet. Die (zielgruppenspezifisch) gewichteten Zielerfüllungsgrade werden zu Teilnutzwerten und schließlich zu Gesamtnutzwerten addiert.

Auf dieser Basis lassen sich die Bewertungsergebnisse wie folgt berechnen:

1.) Berechnung des Zielerfüllungsgrades:

Der Messwert wird mithilfe einer linearen Nutzwertfunktion (vgl. Kapitel 3.2.10) in einen dimensionslosen Zielerfüllungsgrad mit einer Skala von 0 (entspricht dem minimalen Richtwert) und 1 (entspricht dem optimalen Richtwert) transformiert (normiert). Bei der Berechnung ist zu berücksichtigen, dass optimale Richtwerte sowohl durch möglichst große Messwerte (z.B. Größe des Kurparks) als auch durch möglichst kleine Messwerte (z.B. Noten) charakterisiert sein können:

Zielerfüllungsgrad, wenn der optimale Richtwert durch einen **möglichst großen Messwert** charakterisiert wird:

$$V = \frac{x - r_{\min}}{r_{\text{opt}} - r_{\min}}$$

V: Zielerfüllungsgrad des Kriteriums
 x: Messwert
 r_{\min} : minimaler Richtwert
 r_{opt} : optimaler Richtwert

Zielerfüllungsgrad, wenn der optimale Richtwert durch einen **möglichst kleinen Messwert** charakterisiert wird:

$$V = 1 - \frac{x - r_{\text{opt}}}{r_{\min} - r_{\text{opt}}}$$

V: Zielerfüllungsgrad des Kriteriums
 x: Messwert
 r_{\min} : minimaler Richtwert
 r_{opt} : optimaler Richtwert

2.) Berechnung des gewichteten Zielerfüllungsgrades

Zur Berücksichtigung der Gewichtung wird der Zielerfüllungsgrad einfach mit dem Gewichtungsfaktor multipliziert:

$$V_g = V * g$$

V_g : gewichteter Zielerfüllungsgrad des Kriteriums
 V: Zielerfüllungsgrad
 G: Gewichtungsfaktor

3.) Berechnung von Nutzwerten

Zur Berechnung von Nutzwerten werden die gewichteten Zielerfüllungsgrade addiert. Dies kann für bestimmte Teilqualitäten erfolgen (Teilnutzwerte) oder für die alle betrachteten Qualitäten insgesamt (Gesamtnutzwert):

$$N = \sum_{i=1}^n [Vg_i]$$

N: Nutzwert
n: Anzahl der Einzelkriterien
Vgi: gewichteter Zielerfüllungsgrad des Kriteriums i

3.2.4 Herleitung der Kriterien

Die Herleitung der Kriterien soll möglichst nachfrageorientiert erfolgen. Auf die erheblichen Schwierigkeiten, die mit der Herleitung eines Kriterienkatalogs auf der Grundlage der Wünsche und Bedürfnisse von (potenziellen) Gesundheitstouristen verbunden sind, wurde bereits mehrfach hingewiesen. Zum besseren Verständnis seien die wesentlichen **Schwierigkeiten** im Folgenden nochmals zusammengefasst:

- Die Wünsche und Bedürfnisse von Urlaubern sind überwiegend nur im Unterbewusstsein der Urlauber vorhanden und damit nicht direkt abfragbar (vgl. BECKER 1979, S. 130). Zudem ist von einer zum Teil großen Diskrepanz zwischen artikulierten Wünschen und später wahrgenommenen Angeboten auszugehen. Aus vielen Untersuchungen ist bekannt, dass der (potenzielle) Tourist sich meist vieles wünscht, was er später nicht in Anspruch nimmt (vgl. u.a. KRAMER/ KRIPPENDORF/ MÜLLER 1995, S. 97 oder HEINZE/ KILL 1997, S. 8).
- Die Wahrnehmung des touristischen Angebots durch den Urlauber ist selektiv. Die (ungestützte) Ableitung eines Kriterienkatalogs auf der Grundlage einer Befragung von Urlaubern ist somit immer unvollständig (vgl. HAUBL 1998, S. 65). Die gestützte Ableitung eines Kriterienkataloges erfordert wiederum eine Vorauswahl an Kriterien durch Experten.
- Der Urlauber nimmt die Qualität eines Angebotsfaktors als Gesamtqualität wahr und kann diese nicht in ausreichender Tiefe in Teilqualitäten aufschlüsseln, wie dies für das Bewertungsinstrument erforderlich wäre (vgl. VOGEL 1993, S. 290ff.).
- Urlauber sind nur bedingt in der Lage, die Bedeutung unterschiedlicher touristischer Angebotsfaktoren für Ihre Urlaubszufriedenheit zu bewerten (vgl. BECKER 1976, S. 60 sowie ENDER 1998, S. 34). Denkbar ist dies nur bei einem sehr kleinen Kriterienkatalog bzw. lediglich auf den obersten Gliederungsebenen des Bewertungsinstruments.

Die skizzierten Schwierigkeiten bedingen eine **differenzierte Vorgehensweise zur Herleitung** der Kriterien zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität auf den verschiedenen Ebenen des Kriterienkatalogs:

1. Ebene: Ebene der übergeordneten Qualitätskategorien

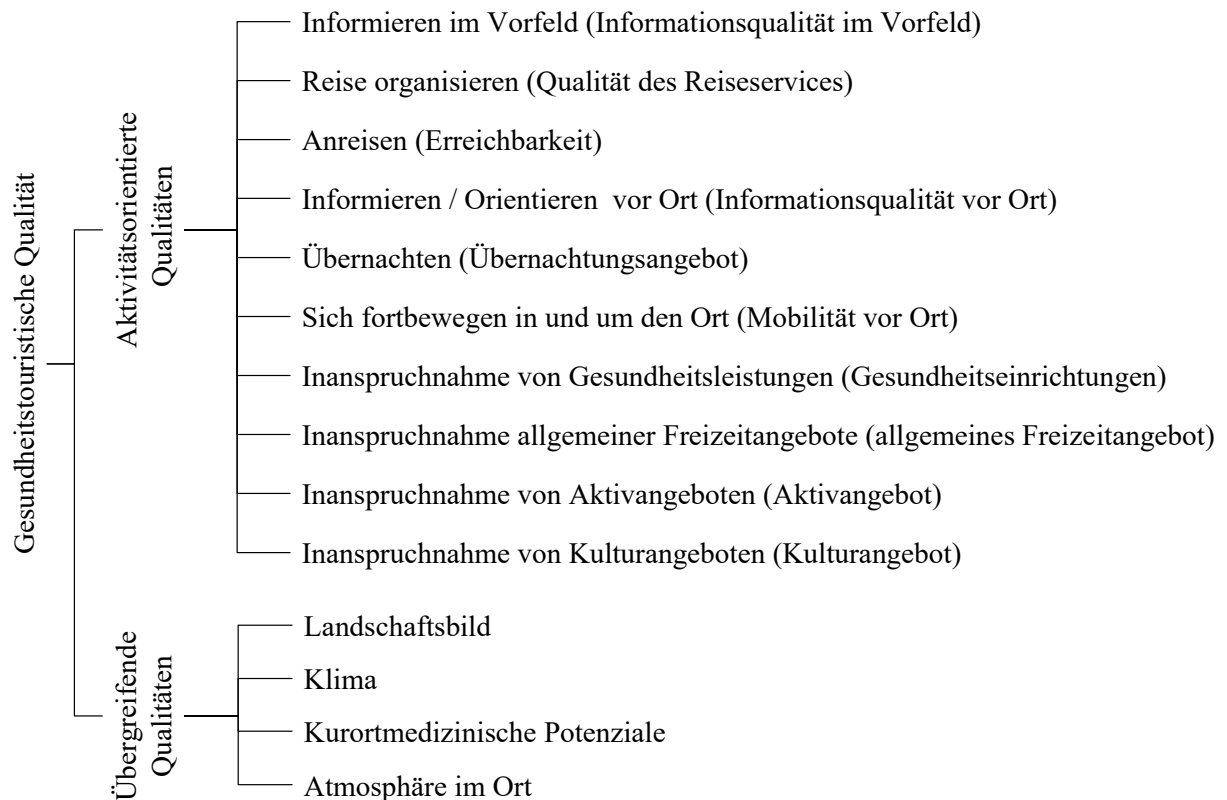
Die übergeordneten Bewertungs- bzw. Qualitätskategorien werden gebildet durch die typischen Elemente der Aktivitätskette eines gesundheitsorientierten touristischen Aufenthaltes, ergänzt durch ausgewählte übergreifende Qualitäten, die entweder unabhängig von der Aktivitätskette sind oder Grundqualitäten für mehrere, verschiedene Aktivitäten darstellen (vgl. Kapitel 2.3.3.1.3).

Durch die Bezugnahme auf die typische Aktivitätskette eines gesundheitsorientierten Touristen erfolgt die Herleitung der Qualitätskategorien logisch-deduktiv¹⁰ sowie nachfrageorientiert¹¹. Die Kategorien sind so gewählt, dass sie auf alle gesundheitsorientierten touristischen Erscheinungsformen zutreffen und das gesamte Spektrum der möglichen Aktivitäten und Handlungen von Privatgästen in Heilbädern und Kurorten abbilden. Die Herleitung der übergreifenden Qualitäten erfolgt auf der Grundlage plausibler, mithilfe von Sekundärquellen gestützter Annahmen (eine vertiefende Diskussion der Qualitätskategorien wird in Kapitel 3.5 vorgenommen).

¹⁰ Die Herleitung ist logisch-deduktiv, weil von einer allgemeinen Regel (Modell der Aktivitätskette; Phasen) auf einen speziellen Fall (Strukturierung der Qualität des gesundheitstouristischen Angebots) geschlossen wird.

¹¹ Die Herleitung ist nachfrageorientiert, weil sich die Phasen der Aktivitätskette an der Abfolge der Aktivitäten des Kunden im Rahmen eines gesundheitsorientierten Aufenthaltes der Nachfrage orientieren.

Abb. 14: Grundstruktur des Bewertungsinstruments¹²



Quelle: eigene Darstellung

2. Ebene: Ebene der Hauptkriterien

Die übergeordneten **aktivitätsorientierten Qualitätskategorien** lassen sich auf der nächsten Ebene („Ebene der „Hauptkriterien““) in eine Vielzahl an Einzelaktivitäten und Handlungsalternativen gliedern (vgl. Tab. 2).

¹² Bei der Betrachtung der Grundstruktur des Bewertungsinstruments fällt auf, dass die Phase „Sich verpflegen“ der Aktivitätskette und damit die Qualitätskategorie „Verpflegungsangebot“ fehlt. Auf die Bewertung dieses – durchaus wichtigen – Aspektes des touristischen Angebots muss in Ermangelung von Daten zur Qualität des örtlichen Verpflegungsangebots leider verzichtet werden.

Tab. 2: Handlungsmöglichkeiten des Touristen entlang der Phasen der Aktivitätskette

Phase	Handlungsmöglichkeiten
Informieren im Vorfeld	durch Auskünfte von Ärzten
	durch Prospekte
	durch das Internet
	durch Auskünfte der Touristinformatio
	durch Berichte oder Werbung in Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk etc.
Reiseorganisation	durch Erzählungen von Verwandten und Bekannten
	Individuelle Reiseplanung
Anreise	Inanspruchnahme einer Pauschalreise
	Anreise mit dem PKW
	Anreise mit der Bahn
	Anreise mit dem Bus
	Anreise mit dem Wohnmobil bzw. -wagen
	Anreise mit dem Flugzeug
Informieren/ Orientieren vor Ort	Anreise mit dem Fahrrad
	durch Auskünfte der Touristinformatio
	Orientieren im Ort mithilfe der touristischen Beschilderung
	durch Informationen der Vermieter
Übernachten	durch selbst mitgebrachtes Informationsmaterial
	im Hotel
	im Gasthof/ in einer Pension
	in einem Ferienpark/ Ferienanlage
	in einer Kurklinik/ einem Sanatorium
	in einer Ferienwohnung/ einem Ferienhaus
Sich fortbewegen im und um den Ort	auf einem Campingplatz
	zu Fuß
	mit öffentlichen Verkehrsmitteln
	mit dem Fahrrad
Nutzung von Gesundheitseinrichtungen	mit dem Auto
	Gesundheitsangebot einer Klinik bzw. eines Sanatoriums
	Kur- und Wellnessangebot im Hotel
	Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtungen
	Kurpark/ Kurgarten
	Trink- und Wandelhalle
	Gradierwerk/ Saline
	Terrainkurwege
Strand-/ Kurpromenade	
Allgemeine Freizeitaktivitäten	Einkaufen/ Shopping
	Besuch eines Zoos
	Besuch eines Erlebnisparks
	Besuch eines Tierparks/ Wildgeheges
	Besuch eines Spielplatzes
	Nutzung von Kinderspielräumlichkeiten
	Nutzung eines öffentlichen Grillplatzes
	Besuch eines (Dia-) Vortrags/ einer Lesung
	Besuch eines Seminars
	Besuch eines Kreativkurses
	Teilnahme an einer Führung
	Nutzung eines Kinderbetreuungsangebots
	Nutzung eines Seelsorgeangebots
	Teilnahme an einem organisierten Ausflug

Phase	Handlungsmöglichkeiten
Inanspruchnahme von Aktivangeboten	Baden bzw. Schwimmen in einem natürlichen Gewässer, z.B. im Meer
	Wassersport, wie z.B. Segeln, Surfen oder Kanufahren
	Wandern bzw. spazieren gehen
	Radfahren
	Angeln
	Minigolf
	Kegeln oder Bowling
	Golfspielen
	Tennis, Squash oder Badminton
	Tanzen
	Klettern
	Reiten
	Inlineskatzen
	Segel- oder Gleitschirmfliegen oder Fallschirmspringen,
	Skilaufen
Eislaufen	
Inanspruchnahme von Kulturangeboten	Besuch kultureller Sehenswürdigkeiten, wie z.B. Burgen, Schlösser
	Besuch eines Museums
	Nutzung einer Bücherei bzw. einer Bibliothek
	Kinobesuch
	Besuch eines Theaters bzw. einer Kleinkunst- oder Freilichtbühne
	Besuch eines Cafés/ einer Eisdiele
	Besuch einer Bar/ eines Vergnügungslokals
	Besuch einer Diskothek
	Besuch einer Spielbank
	Besuch eines Konzertes bzw. eines Musikevents
	Besuch eines Sportevents zum Zuschauen, z.B. ein Wettkampf oder ein Schaulauf
	Besuch einer Kinder-/ Familienveranstaltung
	Besuch eines Marktes mit regionalen Produkten
	Besuch eines Volksfestes, wie z.B. eine Kirmes oder ein Weinfest

Quelle: eigene Darstellung

Aus diesen Handlungsalternativen lassen sich, zumindest in den meisten Fällen, sinnvolle und operationalisierbare „Hauptkriterien“ ableiten, wie beispielhaft in Tab. 3 gezeigt.

Tab. 3: Beispielhafte Ableitung der Hauptkriterien aus den Handlungsalternativen der Phase „Informieren im Vorfeld“

Handlungsalternativen	Hauptkriterien
Informieren durch Auskünfte von Ärzten	Ansprache von Ärzten durch die KMO
Informieren durch Prospekte	Qualität des örtlichen Prospektmaterials
Informieren durch das Internet	Qualität des örtlichen Internetauftritts
Informieren durch Auskünfte der TI	Servicequalität der Touristinformation
Informieren durch Berichte oder Werbung in Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk etc.	PR-/ Werbepresenz in den verschiedenen Medien
Informieren durch Erzählungen von Verwandten und Bekannten	Nicht operationalisierbar

Quelle: eigene Darstellung

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass sich durch die Orientierung der Hauptkriterien an den potenziellen Handlungsmöglichkeiten, die der Gast entlang der Phasen der Dienstleistungskette hat, das Spektrum der denkbaren Verhaltensweisen des Gastes sehr gut abbilden lässt. Auch bietet eine entsprechende Herleitung (und Strukturierung) eine geeignete Grundlage zur nachfrageorientierten (verhaltensorientierten) Gewichtung der Kriterien. Es sei an dieser Stelle vorweggenommen, dass die Gewichtung der Kriterien auf einer empirischen Ermittlung der (zielgruppenspezifischen) Nutzungshäufigkeiten der unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten basieren wird (vgl. Kapitel 3.2.11). Das heißt, je häufiger bestimmte Angebotsbestandteile durch die Befragten in Anspruch genommen wurden, desto höher wird auch das Gewicht dieser Angebote in der Bewertung sein. Um auf dieser Basis außerdem zu einer gezielten und marktorientierten **Auswahl an Hauptkriterien** zu gelangen, werden nur jene Hauptkriterien bei der Bewertung berücksichtigt, deren zugrundeliegende Handlungsalternative bei mindestens einer Zielgruppe von mindestens 5% der Befragten genutzt wurde.

Auf der Basis einer logisch-deduktiven Ableitung zahlreicher Handlungsalternativen¹³ wird auf diesem Wege eine empirisch-induktive¹⁴ und nachfrageorientierte¹⁵ Auswahl von Hauptkriterien erreicht.

Weiterhin werden nur Hauptkriterien Eingang in die Bewertung finden, die mit vertretbarem Aufwand operationalisierbar sind.

Die Hauptkriterien zur Operationalisierung der **übergreifenden Qualitäten** werden auf der Grundlage einer plausiblen, möglichst durch Sekundärquellen gestützten Argumentation durch die Autorin definiert (vgl. Kapitel 3.5).

Weitere Ebenen: Ebenen der Teilkriterien

Die weiteren Gliederungsebenen des Bewertungsinstruments dienen der Konkretisierung der Hauptkriterien bis hin zu operationalen Kriterien (Messkriterien). Das Bewertungsinstrument weist ab dieser Ebene einen sehr hohen Differenzierungsgrad auf. Es werden Teilqualitäten beleuchtet, die sich der bewussten Wahrnehmung der Urlauber weitestgehend entziehen und sich gleichzeitig nicht mehr spezifischen Aktivitäten zuordnen lassen. So kann ein Tourist beispielsweise kaum vollständig beurteilen, was die Qualität eines guten Prospektes ausmacht

¹³ Die Herleitung ist logisch-deduktiv, weil von einer allgemeinen Regel (Modell der Aktivitätskette; Handlungsalternativen) auf einen speziellen Fall (Ableitung von Teilqualitäten bzw. „Hauptkriterien“) geschlossen wird.

¹⁴ Die Auswahl ist empirisch-induktiv, weil von einem speziellen Fall (dem Reiseverhalten der Befragten) auf ein allgemeines Modell (das im Rahmen dieser Arbeit zu entwickelnde Modell, konkret: die Kriterienauswahl) geschlossen wird.

¹⁵ Die Auswahl ist nachfrageorientiert, weil sie auf einer empirischen Erhebung zur Ermittlung des Reiseverhaltens von Touristen in Heilbädern und Kurorten (vgl. Kapitel 3.3) basiert.

oder welche Kriterien die Attraktivität einer Landschaft definieren. Die nachfrageorientierte Herleitung des Kriterienkatalogs stößt ab dieser Ebene auf deutliche Grenzen. Notwendigerweise müssen die entsprechenden Kriterien durch die Autorin definiert werden.

Die Kriterien zur Bewertung des **gesundheitstouristischen Potenzials** von Heilbädern und Kurorten sind ein Teil des Kriterienkatalogs zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität. Während der Kriterienkatalog zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität versucht, die marktrelevanten Angebotsfaktoren möglichst umfassend abzubilden, werden die Kriterien zur Bewertung des gesundheitstouristischen Potenzials unter den Gesichtspunkten „Gestaltbarkeit des Angebotsfaktors“ und „Relevanz des Angebotsfaktors für die Zielgruppen“ ausgewählt. Denn die in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit von Heilbädern und Kurorten ist abhängig davon, inwieweit diejenigen Kriterien erfüllt sind, die wichtig für die Zielgruppen sind, jedoch kaum beeinflusst werden können (vgl. Kapitel 3.6).

3.2.5 Art der Kriterien

Es werden **sowohl quantitative als auch qualitative Kriterien** herangezogen. Es wird davon ausgegangen, dass eine Vielzahl von Angebotsfaktoren, die für die Gästezufriedenheit eine zentrale Rolle spielen, nicht quantifizierbar sind bzw. eine qualitative Bewertung bessere Ergebnisse liefert (vgl. Kapitel 2.2.5.4). Die Nachteile einer qualitativen Bewertung, nämlich eine verringerte Transparenz und Nachvollziehbarkeit, sollen aber durch eine inhaltliche Beschreibung der Pole der Skalen möglichst gering gehalten werden (vgl. Checklisten im Anhang; Anhang 5 bis Anhang 13). Durch die Beschreibungen wird den Polen der Ratingskalen ein bestimmter Sachverhalt zugeordnet, so dass eine Abstufung zwischen den Polen der Skala erleichtert wird. Zur weiteren Objektivierung der qualitativen Bewertung wird grundsätzlich der Einsatz mehrerer Experten empfohlen, die die Bewertung vornehmen.

Neben Kriterien, die das bestehende Angebot im Kurort unmittelbar beschreiben, wird an einigen Stellen auch auf **Indikatoren** zurückgegriffen. Beispielsweise wird die Besucherzahl als Indikator zur Bewertung der Attraktivität des Museums herangezogen. Indikatoren fungieren als komprimierende Ersatzgrößen zur Bewertung komplexer Sachverhalte und dienen in erster Linie der Vereinfachung. Wenngleich die Verwendung von Indikatoren nicht ganz unproblematisch ist, da nicht zwingend für jeden Einzelfall ein Zusammenhang zwischen Indikator und dem eigentlich zu bewertenden Sachverhalt gegeben sein muss, so ist die Verwendung von Indikatoren innerhalb dieses Systems aus pragmatischen Gründen unverzichtbar.

3.2.6 Bewertung von Infrastrukturen

Gerade bei der Bewertung von Infrastrukturen stellt sich die Frage, wie differenziert diese erfasst werden sollen. Die meisten der klassischen Landschaftsbewertungsverfahren haben sich aus pragmatischen Gründen darauf beschränkt zu ermitteln, ob eine Einrichtung vorhanden ist oder nicht. Die Aussagekraft einer solchen Bewertung ist aus heutiger Sicht allerdings zweifelhaft. Die Ansprüche des Kunden haben sich gewandelt. Nicht die Verfügbarkeit eines Angebots steht im Vordergrund, sondern seine Qualität. Zudem sind die Qualitätsunterschiede gesundheitstouristischer Infrastrukturen in Kurorten groß. Während eine Vielzahl von Anbietern umfangreiche Investitionen getätigt hat, um den Anforderungen des modernen Gesundheitstouristen gerecht zu werden, wurde vielfach zu lange auf die Umsetzung von Modernisierungsmaßnahmen gewartet. Heute fällt es diesen Anbietern schwer, den bestehenden Investitionsstau zu bewältigen und ihr Angebot marktgerecht zu gestalten. Ein Bewertungssystem, das lediglich die Verfügbarkeit eines Angebots erfasst und bewertet, würde diesem Sachverhalt keinesfalls gerecht werden. Aus Gründen der Umsetzbarkeit wiederum sind einer ausführlichen Erfassung der Qualität gesundheitstouristischer Einrichtungen Grenzen gesetzt. Eine möglichst differenzierte Bewertung wird daher vor allem bei Infrastrukturen angestrebt, die für die betrachteten Zielgruppen eine hohe Bedeutung haben und zugleich einen zentralen Charakter innerhalb des Ortes besitzen. Dezentrale Einrichtungen, wie etwa die Kur- und Wellnesshotellerie, sind nicht mit vertretbarem Aufwand detailliert zu erfassen, da hierfür eine Vielzahl von Betrieben betrachtet werden müsste.

3.2.7 Methoden der Datenerfassung

Um die relevanten Kriterien sinnvoll messen zu können, sind unterschiedliche Methoden der Datenerfassung notwendig. Im Einzelnen werden die folgenden Methoden angewendet:

- Sekundäranalysen (Analyse von Marketingmaterial, statistische Auswertung, Analyse von Kartenmaterial etc.),
- Durchführung von anonymen Servicetests¹⁶ bei den zentralen kurörtlichen Dienstleistern (E-Mail-Anfrage, schriftliche Anfrage, telefonische Anfrage, persönlicher Servicetest vor Ort),
- Vorortanalyse der Atmosphäre der wichtigsten kurörtlichen Standorte.

¹⁶ Anonyme Testanfragen oder -käufe haben sich in der Praxis der Servicebewertung im Tourismus durchgesetzt (vgl. DREYER/ LINNE 2004, S. 74). Entscheidender Vorteil dieser Methode ist der relativ geringe Aufwand bei gleichzeitiger Wahrung einer realen, unvoreingenommenen Kundenkontaktsituation. Die häufig formulierte Kritik, dass es sich bei anonymen Servicetests nur um Momentaufnahmen und nicht zwingend um eine repräsentative Situation handelt, lässt sich kaum leugnen. Einen professionellen Dienstleister kennzeichnet allerdings die Fähigkeit, einen durchgängigen und lückenlosen Optimalservice zu bieten. Es ist daher durchaus legitim, auch ggf. einmalige Schwächen in der Bewertung zu berücksichtigen.

Die genannten Methoden werden ergänzt durch eine schriftliche Befragung verantwortlicher Ansprechpartner in den Orten, die in erster Linie der Bestandsaufnahme des touristischen Angebots dient. Entsprechende Daten stehen nicht standardisiert und in der Regel nur lückenhaft zur Verfügung. Zur Gewährleistung einer möglichst vollständigen Bestandsaufnahme muss daher auf das Wissen der Experten vor Ort zurückgegriffen werden.

3.2.8 Räumliche Betrachtungseinheiten

Die räumliche Betrachtungseinheit wird in Abhängigkeit von der Kriteriengruppe definiert. Ziel ist es, diejenigen gesundheitstouristischen Qualitäten zu erfassen, die für die betrachteten Zielgruppen relevant sind. Dies beinhaltet auch - wenn dies möglich ist - eine Berücksichtigung der aktionsräumlichen Radien der Zielgruppen (vgl. Kapitel 2.2.5.5). Die Definition der geeigneten räumlichen Erhebungseinheiten kann im Rahmen dieser Arbeit nicht durch eigene empirische Untersuchungen untermauert werden. Angestrebt wird aber eine plausible Begründung, wenn möglich auf der Grundlage existierender empirischer Datenmaterials.

3.2.9 Ermittlung von Zielerträgen (Messwerten)

Wenn die Qualitätskategorien bis zu operationalen Kriterien konkretisiert sind, können sie durch eindeutige statistische Größen beschrieben bzw. gemessen werden. Die gemessenen Werte bzw. Zielerträge haben in der Regel unterschiedliche Dimensionen (z.B. Fläche in m^2 , Sonnenscheindauer in Stunden pro Jahr oder Kompetenz der Telefonauskunft, ausgedrückt durch Noten). Von Bedeutung im Hinblick auf die spätere Transformation der Messwerte in intervallskalierte, dimensionslose Zielerfüllungsgrade ist das Skalenniveau der Messwerte.

Denn streng genommen dürfen nur intervall- oder ratioskalierte Messwerte in intervallskalierte Zielerfüllungsgrade transformiert werden¹⁷. Realistisch ist allerdings, dass nicht nur intervall- oder ratioskalierte Messwerte (z.B. Länge in m), sondern insbesondere ordinalskalierte Messwerte (z.B. Notenskala zur Bewertung der Atmosphäre des Ortes oder z.B. Existenz eines Kneippbeckens vorhanden/ nicht vorhanden) generiert werden.

Zur Lösung dieses methodischen Problems ist ein Verzicht auf die vorgesehene intervallskalierte Ergebnisdarstellung denkbar. Diese Lösung ist für die Fragestellungen, die mithilfe des Bewertungssystems beantwortet werden sollen, in hohem Maße unbefriedigend. So müssten viele intervall- oder ratioskalierte Messergebnisse auf ein niedrigeres Skalenniveau herabgestuft werden, was zu einem entsprechenden Informationsverlust führen würde. Zusätzlich würde sich hierbei immer wieder die Frage nach einer sinnvollen Klasseneinteilung stellen. Außerdem kann eine ordinalskalierte Bewertung nur gravierende Qualitätsunterschiede zwischen den Heilbädern und Kurorten ausdrücken, während eine intervallskalierte Bewertung auch nuancierte Abweichungen sowie vor allem auch Veränderungen im Zeitverlauf ausdrücken kann. Letztlich wird dieses Bewertungssystem eine große Zahl an Kriterien umfassen, die prinzipiell eine sehr genaue Bewertung ermöglichen, die allerdings eine ordinalskalierte Gesamtbewertung kaum ausdrücken kann.

Vor diesem Hintergrund werden alle Messergebnisse, die entlang des Kriterienkatalogs gewonnen werden, wie intervallskalierte Daten behandelt. Eine solche „Aufwertung“ von Skalenniveaus ist in der empirischen Forschung durchaus üblich. Ratingskalen besitzen bei-

¹⁷ Als Skala wird die „Messlatte“ bezeichnet, auf der die Ausprägungen einer Eigenschaft abgetragen werden. Je nachdem, in welcher Art und Weise eine Eigenschaft eines Objekts in Zahlen ausgedrückt bzw. gemessen werden kann, unterscheidet man Skalen mit unterschiedlichem Skalenniveau (vgl. BACKHAUS et al. 1996, S. XVff.):

Nominalskalen stellen Klassifizierungen qualitativer Eigenschaftsausprägung dar (Beispiel: männlich/ weiblich oder grün/ blau/ gelb). Mit nominalskalierten Messwerten können keine arithmetischen Operationen (wie Addition, Subtraktion, Multiplikation etc.) durchgeführt werden. Durch Zählen der Merkmalsausprägungen können lediglich Häufigkeiten festgestellt werden.

Ordinalskalen erlauben die Aufstellung einer Rangordnung; die Rangwerte sagen nichts über die Abstände zwischen den Objekten aus. (Beispiel: Produkt A wird Produkt B vorgezogen). Auch mit ordinalskalierten Messwerten können keine arithmetischen Operationen durchgeführt werden. Zulässige statistische Maße sind – neben den Häufigkeiten – der Median oder Quantile.

Intervallskalen erlauben – über das Aufstellen einer Rangordnung hinaus – Aussagen über die Abstände zwischen den Objekten (Beispiel: Temperaturmessung in Celsius: 15°C ist 5°C wärmer als 10°C). Intervallskalierte Daten erlauben arithmetische Operationen der Addition und Subtraktion. Zulässige statistische Maße sind – zusätzlich zu den oben genannten – der Mittelwert und die Standardabweichung – nicht aber die Summe.

Ratioskalen können Rangordnungen und Abstände zwischen Objekten abbilden und besitzen darüber hinaus einen natürlichen 0-Punkt, der sich für das betreffende Merkmal im Sinne von „nicht vorhanden“ interpretieren lässt (Beispiel: Länge in m). Ratioskalierte Messwerte erlauben die Anwendung aller arithmetischen Operationen sowie die Anwendung aller oben genannten statistischen Maße. Zusätzlich sind z.B. die Anwendung des geometrischen Mittels oder des Variationskoeffizienten erlaubt.

spielsweise – streng genommen – nur ein ordinales Skalenniveau, werden aber bei der Auswertung wie intervallskalierte Ergebnisse behandelt, das heißt, es werden sämtliche arithmetischen Operationen und statistischen Maße angewendet, die eigentlich nur intervallskalierte Daten erlauben (vgl. BACKHAUS et al. 1996, S. XV). In erster Linie aber soll das praxisbezogene Erkenntnisinteresse als Begründung für diese pragmatische Vorgehensweise angeführt werden, die zwar keine Optimallösung im mathematischen Sinne erzielt, jedoch Ergebnisse generiert, die dem „Anspruch subjektiver Formalrationalität“ genügen (vgl. TUROWSKI 1972, S. 38).

3.2.10 Skalierung der Messergebnisse

Im nächsten Schritt erfolgt eine Transformation der Messwerte (Zielerträge) mit unterschiedlichen Dimensionen in dimensionslose Zielerfüllungsgrade. Der maximale Grad der Zielerfüllung ist immer 1 bzw. 100%. Für jeden Messwert muss also bestimmt werden, inwieweit (zu wie viel Prozent) er „das Ziel“ erfüllt. Dies setzt die Definition entsprechender Ziele bzw. geeigneter Richtwerte voraus, mit denen der gemessene Wert in Beziehung gesetzt wird. Zur Definition von Richtwerten wird im vorliegenden Bewertungssystem - je nach Art des Messwertes - wie folgt vorgegangen:

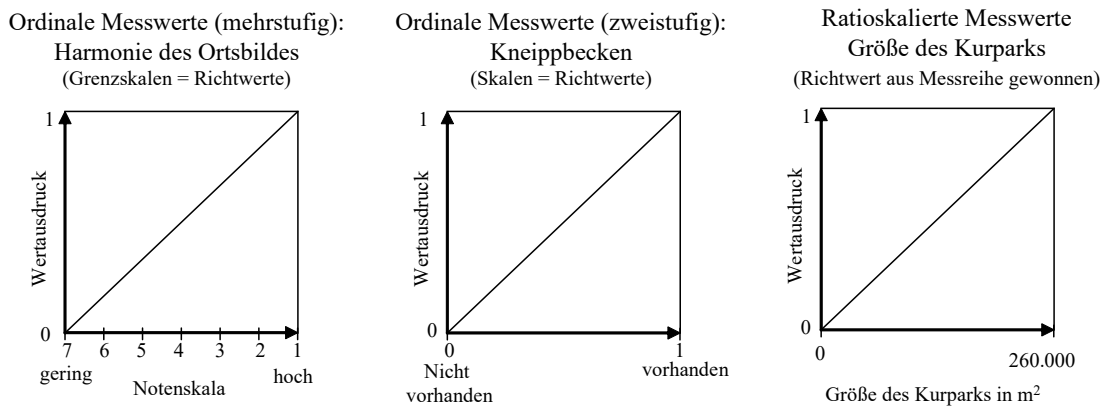
1. Bei **mehrstufigen Ordinalskalen**, die vor allem in Form von Notenskalen in vorliegender Arbeit Verwendung finden, ergeben sich sinnvolle Richtwerte aus den Polen der Skala [Beispiel Notenskala von 1 bis 6: Grenzwerte bzw. Richtwerte sind die Skalen „1“ (optimal) und „6“ (minimal)].
2. Bei **zweistufigen Ordinalskalen** – wie sie im vorliegenden Bewertungssystem häufig vorkommen – bilden die beiden Skalen selbst die Richtwerte [Beispiel: es wird gemessen, ob ein Kneippbecken vorhanden ist oder nicht. Diesen beiden Ausprägungen werden Zahlen zugeordnet (in der Regel „1“ für „vorhanden“ und „0“ für „nicht vorhanden“), die als Richtwerte fungieren)].
3. Bei **metrischem Skalenniveau** (Intervallskalen, Ratio-Skalen) wird entweder auf anerkannte Erfahrungswerte zurückgegriffen (z.B. beim Kriterium „Mittlere jährliche Sonnenscheindauer“ werden die in jahrelangen Messungen ermittelten minimalen bzw. maximalen Messwerte in Deutschland als Richtwerte herangezogen) oder es wird auf Messwerte zurückgegriffen, die im Rahmen der exemplarischen Anwendung des Modells in ausgewählten Heilbädern und Kurorten gewonnen wurden (vgl. Kapitel 4). Hierbei wird nicht (wie bei der Vergleichenden Kurortanalyse des ETI) auf den besten bzw. schlechtesten gemessenen Wert zurückgegriffen, sondern auf den Wert, der nur von 5% der Orte über- bzw. unterschritten wird (also die 5er- bzw. 95er-Perzentilen). Hierdurch

soll gewährleistet werden, dass nicht extreme Werte bzw. Ausreißer den Maßstab der Bewertung bilden.

Es soll an dieser Stelle noch mal darauf verwiesen werden, dass es – wie bereits in Kapitel 2.2.5.6 erläutert - keine ultimativ gültigen Optimalwerte gibt, die bei der Skalierung als Richtwerte fungieren könnten. Insofern sind die in der vorliegenden Arbeit verwendeten Richtwerte eher als Vergleichswerte zu verstehen.

Liegen geeignete Richtwerte vor, werden die Messwerte mithilfe einer Wertfunktion in dimensionslose Zielerfüllungsgrade transformiert. Bei den Wertfunktionen handelt es sich aus pragmatischen Gründen stets um lineare Wertfunktionen, das heißt, der Zielerfüllungsgrad wächst bzw. fällt proportional zum gemessenen Wert.

Abb. 15: Beispiele für unterschiedliche Möglichkeiten zur Skalierung von Messwerten



Quelle: eigene Darstellung

3.2.11 Herleitung der Gewichtungsfaktoren

Ebenso wie die Herleitung der Kriterien lässt sich deren Gewichtung nicht unmittelbar und im Detail durch empirische Untersuchungen der gesundheitstouristischen Nachfrage ermitteln. Eine direkte Erfassung der Bedeutung verschiedener Qualitätsaspekte auf der Grundlage einer eigenen empirischen Untersuchung erfolgt daher lediglich für die **übergeordneten Qualitätskategorien**. Es wird angenommen, dass die Befragten auf dieser Ebene noch beurteilen können, was ihnen wichtig ist und was nicht.

Die Kriterien der darunter liegenden Gliederungsebene (**Hauptkriterien**) werden indirekt, basierend auf einer Erfassung des Reiseverhaltens der Gesundheitstouristen, gewichtet¹⁸. Je

¹⁸ Dies bezieht sich allerdings lediglich auf die Hauptkriterien der aktivitätsorientierten Qualitätskategorien. Die Hauptkriterien, die die Basiskriterien konkretisieren, müssen bereits auf dieser Gliederungsebene durch die Autorin gewichtet werden.

häufiger bestimmte Angebotsbestandteile in Anspruch genommen werden, desto bedeutsamer sind sie für die Nachfrage und desto höher ist ihr Gewicht innerhalb des Bewertungssystems. Dieser Vorgehensweise liegt die von vielen Autoren vertretene Auffassung zugrunde, dass das Verhalten eines Menschen das sichtbare Resultat seiner Wünsche, Bedürfnisse, Prinzipien, Leitbilder und Beweggründe darstellt (vgl. u.a. WOLF 1976, S. 116 und Vogel 1993, S. 292f.).

Unterhalb der Gliederungsebene der Hauptkriterien ist weder eine direkte noch indirekte nachfrageorientierte Gewichtung möglich, da der Gesundheitstourist das Angebot nicht in dieser Differenzierung wahrnimmt. Notwendigerweise wird die Gewichtung hier durch die Autorin vorgenommen.

Die Gewichtungsfaktoren der übergeordneten Qualitätskategorien sowie der Hauptkriterien werden auf der Grundlage einer **Befragung** von Personen gewonnen, die in den vergangenen drei Jahren einen privat finanzierten und selbst bestimmten Aufenthalt in einem Heilbad bzw. Kurort unternommen haben. Das zugrunde gelegte Forschungsdesign wird in Kapitel 3.3 vorgestellt.

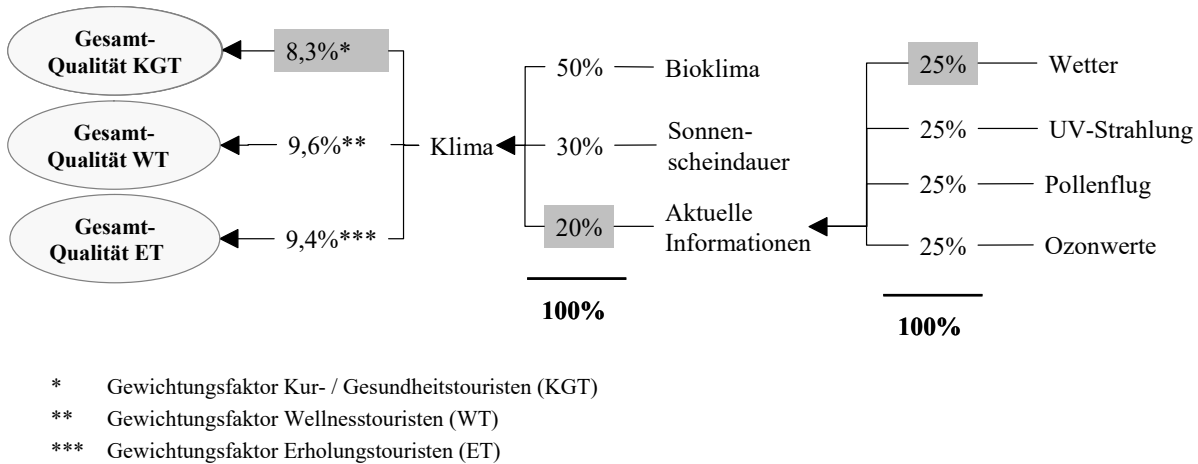
Für alle empirisch hergeleiteten Gewichtungsfaktoren gilt, dass sie **zielgruppenspezifisch** definiert werden. Die entsprechenden Kriterien erhalten also ein Gewicht für jede der festgelegten Zielgruppen. Hierdurch entsteht ein differenziertes Bewertungsinstrument, das den unterschiedlichen Anforderungen verschiedener Zielmärkte gerecht wird.

3.2.12 Grundlogik der Gewichtung

Die hierarchische Gliederung des Kriterienkatalogs erfordert eine spezielle **Logik bei der Gewichtung**, die eine Abstimmung der Gewichtungsfaktoren auf den verschiedenen Gliederungsebenen impliziert. Um sowohl innerhalb der Ebenen als auch zwischen den verschiedenen Ebenen zu einem abgestimmten Gewichtungssystem zu gelangen, wird mit Prozentwerten gearbeitet.

Im Ergebnis wird jedem Kriterium – egal auf welcher Gliederungsebene des Bewertungsinstruments – ein Prozentwert zugeordnet, der die Bedeutung des Kriteriums innerhalb des nächsten übergeordneten Kriteriums ausdrückt. Die Summe der Kriteriengewichte innerhalb einer Kategorie ergibt immer 100%, wie in Abb. 16 beispielhaft für die Qualitätskategorie „Klima“ dargestellt.

Abb. 16: Beispiel für die Gewichtung der Kriterien



Quelle: eigene Darstellung

So fließt beispielsweise das Kriterium „Information des Kunden über das Wetter“ mit 25% in die Bewertung des Kriteriums „Aktuelle Informationen“ ein, welche wiederum mit 20% bei der Bewertung der Qualitätskategorie „Klima“ berücksichtigt wird. Die Qualitätskategorie Klima fließt mit verschiedenen, zielgruppenspezifischen Gewichtungen in die Gesamtbewertung ein.

Durch die Multiplikation der Gewichtungsfaktoren, die auf den verschiedenen Gliederungsebenen mit Bezug auf *ein* Kriterium definiert werden, ergibt sich das Gesamtgewicht des interessierenden Kriteriums. So ergibt sich das Gewicht des Kriteriums „Information des Kunden über das aktuelle Wetter“ innerhalb der Gesamtbewertung aus Perspektive der Kur- und Gesundheitstouristen durch die Multiplikation der in Abb. 16 markierten Gewichtungsfaktoren.

Die Addition der Gewichte aller Messkriterien (also derjenigen Kriterien, die sich unmittelbar beobachten, messen lassen) innerhalb der (zielgruppenspezifischen) Gesamtbewertung ergibt 100%. Dies ist gleichzeitig die maximal erreichbare Punktzahl (Prozentpunkte), die im Rahmen der Bewertung (theoretisch) erreicht werden kann, wenn ein Ort entlang aller Messkriterien den optimalen Messwert (Richtwert) und damit einen Zielerfüllungsgrad von „1“ erreichen würden.

Die skizzierte Gewichtslogik erfordert eine bestimmte Methode zur Berechnung der Gewichtungsfaktoren. Hierauf wird in Kapitel 3.5 im Zusammenhang mit der Dokumentation der empirisch basierten Gewichtungsfaktoren eingegangen.

3.2.13 Ergebnisdarstellung

Wie bereits in Kapitel 2.2.2.4 vorweggenommen, erfolgt die Ergebnisdarstellung entsprechend der verschiedenen Zielsetzungen der Arbeit sowohl eindimensional als auch mehrdi-

mensional. Während die Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten als Grundlage zur Ableitung von Handlungsbedarf eine möglichst differenzierte Datenbasis, und damit eine differenzierte, mehrdimensionale Ergebnisdarstellung erfordert, ist zur Ableitung strategischer Entwicklungsoptionen aus dem Abschneiden eines Ortes eine möglichst konzentrierte, eindimensionale Betrachtung sinnvoll.

3.3 Methodik der empirischen Untersuchung zur zielgruppenspezifischen Gewichtung der Kriterien

Das Ziel der empirischen Untersuchung war in erster Linie die **Ableitung zielgruppenspezifischer Kriteriengewichte für die Kriterien der beiden obersten Gliederungsebenen des Bewertungsinstruments**¹⁹. Dies implizierte die Frage nach einer empirisch begründeten Definition **geeigneter Zielgruppen**, aus deren Perspektive das gesundheitstouristische Angebot betrachtet werden soll. Folgendes Kapitel widmet sich dem Forschungsdesign, das zur Beantwortung dieser Fragen gewählt wurde. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in den Kapiteln 3.4 (Herleitung empirisch begründeter Zielgruppen) und 3.5 (Das System zur Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität entlang der Qualitätskategorien) dokumentiert.

3.3.1 Untersuchungsmethode

Zur Beantwortung der genannten Fragen wurde im März 2006 mit Unterstützung durch das Europäische Tourismus Institut (ETI) an der Universität Trier eine **bundesweite Repräsentativerhebung in Form einer Computer assistierten telefonischen Befragung der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren** durchgeführt.

Zur Entwicklung eines nachfrageorientierten, allgemeingültigen Bewertungssystems war die **Anforderung der Repräsentativität** der Befragungsergebnisse unerlässlich. Die Merkmale und Eigenschaften der Befragten sollten mit denjenigen der interessierenden Grundgesamtheit übereinstimmen, damit die empirisch abgeleiteten Gewichtungsfaktoren die Bedeutung der verschiedenen Angebotsbestandteile für die betreffenden Nachfragemärkte insgesamt optimal widerspiegeln. Als Basis der Befragung galt es daher, eine repräsentative Stichprobe aus der Grundgesamtheit zu ziehen.

Nur **Zufallsstichproben** gewährleisten, dass aus den Ergebnissen einer Stichprobe auf die Charakteristik der Grundgesamtheit geschlossen werden kann. Zufallsstichproben sind Auswahlverfahren, deren Auswahlregeln es dem Untersuchenden ermöglichen, für jedes Element

¹⁹ Wie in Kapitel 3.2 ausgeführt, lässt sich die (zielgruppenspezifische) Gewichtung der im Bewertungssystem verwendeten Kriterien nur für die Kriterien der beiden obersten Gliederungsebenen mithilfe einer empirischen Erhebung zu den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrage herleiten.

der Grundgesamtheit die Wahrscheinlichkeit zu berechnen, mit der dieses Element der Grundgesamtheit Teil der Stichprobe wird. Das Ziehen einer Zufallsstichprobe setzt insofern eine möglichst genaue Kenntnis der Grundgesamtheit voraus (vgl. SCHNELL/ HILL/ ESSER 1992, S. 279ff.). Diese Voraussetzung war für den im Rahmen dieser Untersuchung interessierenden Personenkreis – nämlich die definierten gesundheitstouristischen Zielgruppen – nicht gegeben.

Als **Grundgesamtheit** wurde daher die deutsche Bevölkerung ab 16 Jahren definiert. Für diese Grundgesamtheit liegen umfangreiche statistische Daten vor, die eine präzise Definition, Charakterisierung und somit eine optimale Stichprobenauswahl ermöglichten. Ein weiterer Vorteil dieser Grundgesamtheit war es, dass neben der Charakterisierung der interessierenden Teilpopulationen – also der gesundheitstouristischen Zielgruppen – auch Aussagen über deren Größe und Verteilung innerhalb der deutschen Bevölkerung möglich wurden.

Als Instrument der Datenerfassung wurde die **Computer assistierte telefonische Befragung** (CATI) gewählt. CATIs werden seit etwa 20 Jahren in der Sozial- und Marktforschung durchgeführt und haben als Erhebungsinstrument kontinuierlich an Bedeutung gewonnen. MEIER (1999, S. 93f.) nennt u.a. die folgenden Vorteile von CATI-Befragungen:

- kurze Feldzeiten und schnelle Verfügbarkeit der Ergebnisse,
- hohe Datenqualität,
- hohe Kontrollierbarkeit der Interviewer, der Interviews und der Befragungssituation,
- schneller und unproblematischer Abruf von Zwischenergebnissen,
- kostengünstige Kontaktversuche durch sinkende Kommunikationskosten,
- feine regionale Streuung der Stichprobe,
- Minimierung von Interviewerfehlern, da in die programmierten Interviews neben logischen Kontrollen auch Filterführungen, Rotation von Fragen und Items, die Wiedergabe von offenen Antwortangaben u.a. implementiert werden können,
- einfache zufallsgesteuerte Stichprobenauswahl durch die heutige Telefondichte in Deutschland.

Der Feldphase der Befragung gingen zwei **Pretests** voraus:

1. **Evaluationsinterviews:** mit dem Ziel, unverständliche Fragen, Antwortvorgaben, Formulierungen etc. festzustellen, wurden insgesamt zehn bewusst (nicht zufällig) ausgewählte Probanden befragt. Die Probanden wurden über den Pretest-Charakter der Befragung informiert und dazu aufgefordert, bei Verständnisproblemen gezielt

te Zwischenfragen zu stellen. Auf dieser Basis wurden erste Optimierungen im Fragebogen vorgenommen.

2. **Standard-Pretest:** auf der Grundlage des überarbeiteten Fragebogens wurden insgesamt 50 standardisierte telefonische Interviews durchgeführt. Die Probanden wurden nicht über den Pretest-Charakter der Befragung informiert und ein aktives Hinterfragen durch die Probanden oder den Interviewer war nicht vorgesehen. Der Fragebogen wurde also im Rahmen einer realen Befragungssituation getestet und auf dieser Grundlage weiter optimiert.

Die **Zufallsstichprobe**, auf die für die Zwecke der durchgeführten CATI zurückgegriffen wurde, wurde durch das Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen in Mannheim (ZUMA) in Form eines Telefonnummern-Verzeichnisses zur Verfügung gestellt²⁰. Die Stichprobe bildete die Stadt-Land-Bevölkerungsverteilung sowie die Verteilung der Bevölkerung in den Bundesländern ab. Um die Einwohnerverteilung nach Bundesländern ebenso durch die tatsächlich realisierten Interviews abbilden zu können, wurden Quotenvorgaben basierend auf Daten des Statistischen Bundesamtes definiert. Damit die Quoten nicht überschritten wurden, fragten die Interviewer den Probanden zu Beginn eines jeden neuen Interviews nach dem Bundesland, in dem er lebt. War die Quote für dieses Land bereits erfüllt, wurde das Interview abgebrochen. Ein weiteres Instrument zur Generierung einer optimalen Zufallsstichprobe, das im Rahmen der durchgeführten CATI zur Anwendung kam, war die so genannte „Geburtstagsmethode“. Hierfür wurde immer nur diejenige Person des erreichten Haushalts befragt, die als nächstes Geburtstag hatte.

Im März 2006 wurden auf dieser Basis insgesamt **2.343 Interviews** im Marktforschungsstudio des ETI durchgeführt²¹.

Ein Vergleich zwischen den befragten Personen und der Grundgesamtheit, die durch die Befragten repräsentiert werden sollte, ergab bereits eine recht gute Übereinstimmung ausgewählter soziodemografischer Merkmale (vgl. Tab. 4 sowie Tab. 5). Um die Stichprobe weiter zu optimieren, wurden die Fälle nach den Merkmalen

- Altersklassen,

²⁰ Die Ziehung von Zufallsstichproben für CATI-Befragungen erfolgte bis 1991 ausschließlich auf der Basis von öffentlichen Telefonverzeichnissen. Seit 1992 können sich Telefonteilnehmer in Deutschland frei entscheiden, ob ihre Telefonnummer veröffentlicht wird oder nicht. Die Zahl der so genannten „Nonpubs“ (anonyme, unveröffentlichte Telefonanschlüsse) hat seither stark zugenommen. Der Rückgriff auf öffentliche Telefonverzeichnisse ist seither nicht mehr geeignet, um repräsentative Zufallsstichproben zu ziehen (vgl. HÄDER 1996, S. 47). Aufgrund dessen hat das Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA) in Mannheim ein Verfahren entwickelt, das den „Nonpubs“ die gleiche Chance wie eingetragenen Telefonnummern gibt, in Telefonstichproben zu gelangen (vgl. GABLER/ HÄDER 1998).

²¹ Die Befragungszeiten waren werktags von 17:00 bis 21:00 Uhr und samstags von 10:00 bis 15:00 Uhr.

- Geschlechtsklassen sowie
- regionale Verteilung auf die sieben Nielsengebiete²²

entsprechend der Verteilung dieser Eigenschaften in der Grundgesamtheit gewichtet. Das Ergebnis der Gewichtung ist ebenso in Tab. 4 und Tab. 5 dokumentiert. Die Tabellen zeigen, dass die gewichtete Stichprobe hinsichtlich der genannten Merkmale annähernd mit der Grundgesamtheit übereinstimmt.

Tab. 4: Altersklassen nach Nielsen-Gebieten der befragten Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit

Nielsen-Gebiete	Altersklassen											
	Dt. Bevölkerung - Stand 31.12.2004				Stichprobe ungewichtet				Stichprobe gewichtet			
	16-24	25-44	45-64	65-110	16-24	25-44	45-64	65-110	16-24	25-44	45-64	65-110
Nielsen 1	1,9%	5,6%	4,8%	3,6%	2,3%	7,5%	4,9%	1,5%	1,9%	5,6%	4,8%	3,6%
Nielsen 2	2,7%	7,5%	6,6%	4,9%	3,9%	8,9%	6,7%	3,3%	2,7%	7,5%	6,6%	4,9%
Nielsen 3	3,2%	9,3%	8,1%	5,7%	4,3%	12,7%	8,1%	2,8%	3,2%	9,3%	8,0%	5,7%
Nielsen 4	1,8%	5,3%	4,5%	3,2%	2,3%	6,9%	4,2%	1,8%	1,8%	5,3%	4,5%	3,2%
Nielsen 5	0,5%	1,6%	1,3%	0,8%	0,6%	1,4%	1,6%	0,7%	0,5%	1,6%	1,3%	0,8%
Nielsen 6	1,2%	2,7%	2,8%	1,9%	0,9%	2,0%	2,1%	1,1%	1,2%	2,7%	2,8%	1,9%
Nielsen 7	1,1%	2,6%	2,7%	2,0%	0,9%	2,8%	2,1%	1,5%	1,2%	2,6%	2,7%	2,0%

Quelle: <http://www.destatis.de> (Februar 2007); eigene Erhebung 2006: bundesweite Repräsentativbefragung der dt. Bevölkerung ab 16 Jahren (n = 2.343)

²² Die Nielsengebiete stellen regionale Cluster aus mehreren Bundesländern dar, die als Hilfsmittel zur Planung von Marktforschung und Werbung gebildet wurden. Die deutschen Bundesländer wurden zu insgesamt sieben Nielsen-Gebieten zusammengefasst: Nielsen I (Bremen, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein), Nielsen II (Nordrhein-Westfalen), Nielsen IIIa (Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland), Nielsen IIIb (Baden-Württemberg), Nielsen IV (Bayern), Nielsen V+VI (Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt), Nielsen VII (Sachsen, Thüringen).

Tab. 5: Geschlechtsklassen nach Nielsen-Gebieten der befragten Personen im Vergleich zur Grundgesamtheit

Nielsen-Gebiete	Geschlecht					
	Dt. Bevölkerung - Stand 31.12.2004		Stichprobe ungewichtet		Stichprobe gewichtet	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Nielsen 1	8,2%	7,7%	9,4%	7,0%	8,2%	7,8%
Nielsen 2	11,2%	10,4%	12,4%	10,4%	11,2%	10,4%
Nielsen 3	13,5%	12,8%	16,2%	11,7%	13,5%	12,8%
Nielsen 4	7,7%	7,2%	8,2%	7,2%	7,7%	7,3%
Nielsen 5	2,2%	2,0%	2,6%	1,7%	2,2%	2,0%
Nielsen 6	4,4%	4,2%	3,6%	2,4%	4,3%	4,2%
Nielsen 7	4,3%	4,1%	4,7%	2,6%	4,3%	4,1%

Quelle: <http://www.destatis.de> (Februar 2007); eigene Erhebung 2006: bundesweite Repräsentativbefragung der dt. Bevölkerung ab 16 Jahren (n = 2.343)

Wichtig ist der Hinweis, dass alle weiteren Auswertungen der erhobenen Daten, die im Rahmen dieser Arbeit vorgenommen wurden, auf der gewichteten Stichprobe basieren, um eine optimale Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten.

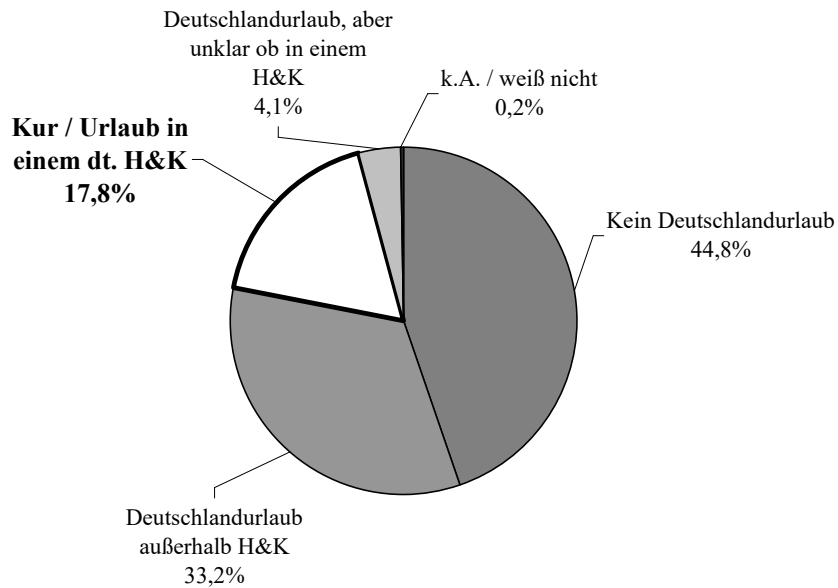
3.3.2 Untersuchungsgrößen und Themenschwerpunkte

Der Fragebogen (vgl. Anhang 1) lässt sich in insgesamt sechs Bereiche gliedern:

- A. Filterfragen zur Selektion der interessierenden Personen- und Zielgruppen,
- B. Fragen zum allgemeinen Reiseverhalten,
- C. Fragen zur Bedeutung der übergeordneten Qualitätskategorien,
- D. Fragen zum speziellen Reiseverhalten entlang der Phasen der touristischen Dienstleistungskette,
- E. Fragen zur soziodemografischen Charakterisierung der Befragten.

Zu A: Filter- bzw. Selektionsfragen

Mithilfe von zwei Filterfragen (A1 und A2) galt es zunächst, diejenigen Probanden aus der Stichprobe zu identifizieren, auf die das hauptsächliche Augenmerk der Befragung gerichtet war: nämlich Personen, die in den letzten drei Jahren eine Kur oder einen Urlaub in einem deutschen Heilbad oder Kurort mit mindestens einer Übernachtung verbracht haben. Auf dieser Grundlage konnte die Stichprobe nach ihrem Reiseziel, wie in Abb. 17 dargestellt, segmentiert werden.

Abb. 17: Segmentierung der Stichprobe nach dem Reiseziel

Quelle: eigene Erhebung 2006 (n = 2.343)

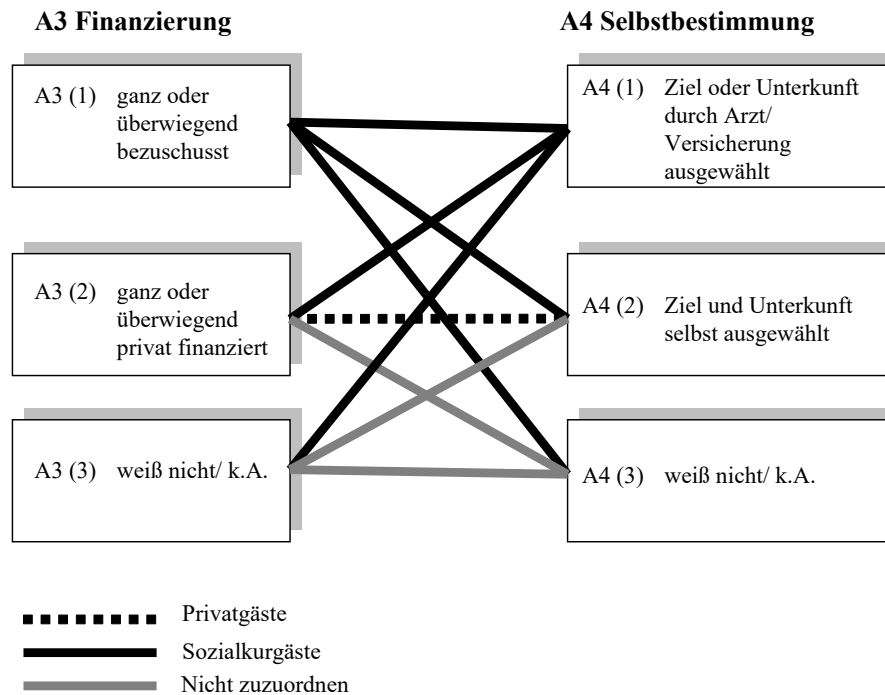
Nur mit Personen, die in den letzten drei Jahren eine Kur oder einen Urlaub in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort gemacht haben, wurde das vollständige Interview geführt. Alle anderen Probanden wurden lediglich zu ihrer Soziodemographie befragt²³.

Die Fragen A3 bis A6 bildeten sodann eine Basis, um das Segment der Kurgäste bzw. Urlauber in Heilbädern und Kurorten nach den Merkmalen ‚Art der Finanzierung‘, ‚Grad der Selbstbestimmung‘ und ‚Reisemotiv‘ - entsprechend der theoretischen Überlegungen zur Zielgruppendefinition - segmentieren zu können.

Mithilfe der Fragen A3 und A4 ließ sich zunächst der Markt der Kur- und Urlaubsgäste in Heilbädern und Kurorten in die beiden Teilmärkte Sozialkurgäste und Privatgäste unterteilen (vgl. Abb. 18).

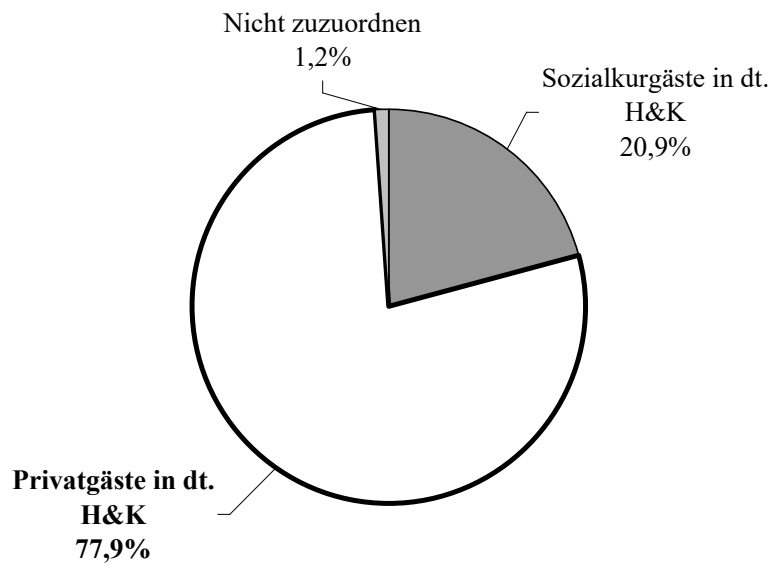
²³ Die Erhebung der soziodemografischen Merkmale dieser Personen diente dazu, überprüfbar zu machen, ob die gezogene Stichprobe im Hinblick auf ihre soziodemografischen Charakteristika der Grundgesamtheit - also der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren - entspricht.

Abb. 18: Kriterien zur Segmentierung in Sozialkur- und Privatgäste



Quelle: eigene Darstellung (vgl. Anhang 1: Fragenkatalog der telefonischen Befragung)

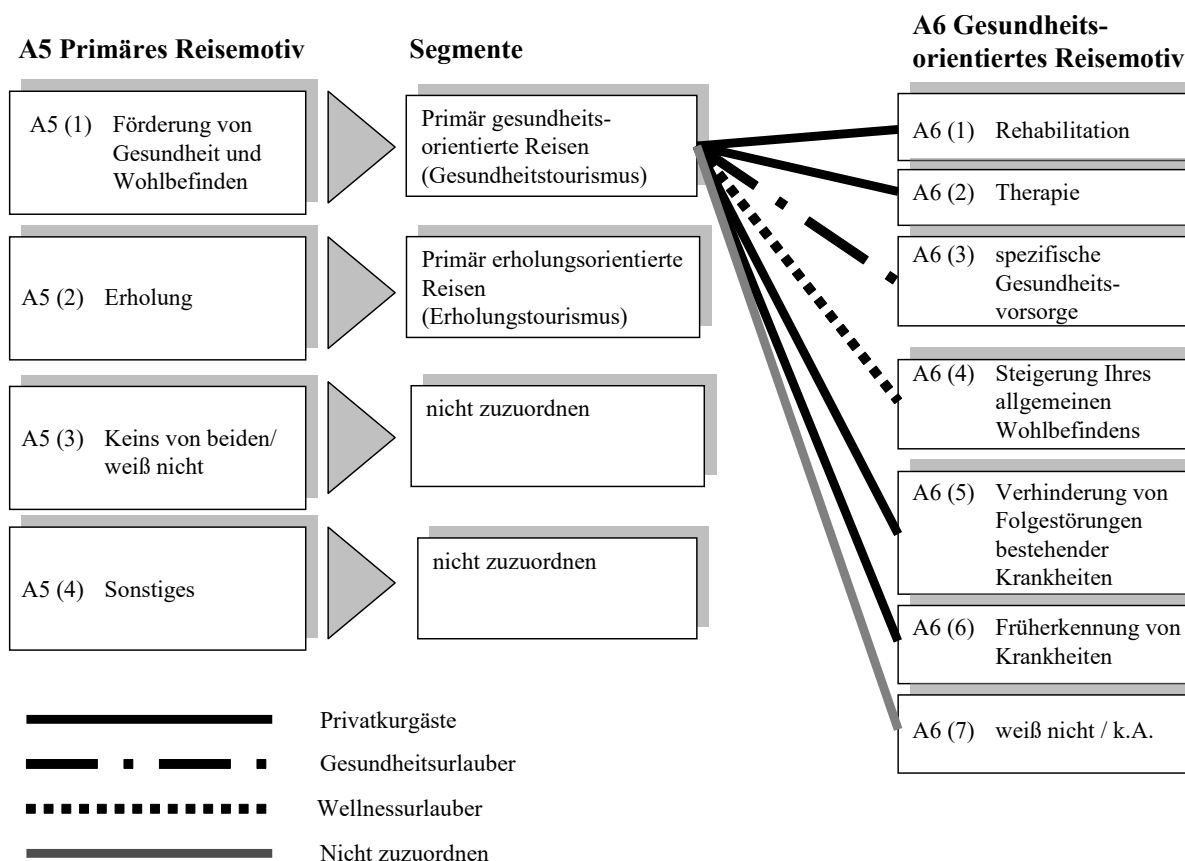
Dem für die Entwicklung des Bewertungsinstrumentes relevanten Segment der Privatgäste wurden alle Personen zugeordnet, die ihren Aufenthalt ganz oder überwiegend selbst finanziert und zugleich selbst darüber entschieden haben, an welchem Reiseziel und in welcher Unterkunft der Aufenthalt stattfinden soll (vgl. Kapitel 2.3.2). Diese Merkmale trafen auf rund 78% der befragten Gäste von deutschen Heilbädern und Kurorten zu (vgl. Abb. 19).

Abb. 19: Segmentierung der Befragten in Sozialkur- und Privatgäste

Quelle: eigene Erhebung 2006; Basis: nur Personen, die in den letzten drei Jahren eine Kur oder einen Urlaub in einem deutschen Heilbad oder Kurort verbracht haben (n = 416)

Die Fragen A5 und A6 bildeten im nächsten Schritt die Grundlage, um den Markt der Privatgäste nach ihrem hauptsächlichsten Reisemotiv zu unterteilen. Entsprechend der in Kapitel 2.3.1 vorgestellten Definition waren solche Aufenthalte dem Segment Gesundheitstourismus zuzuordnen, die primär gesundheitlich motiviert waren. Aus diesem Grund musste zunächst zwischen den beiden Hauptmotiven privater Urlaubsreisen unterschieden werden: Gesundheit und Erholung (vgl. Frage A5). Die so identifizierten Gesundheitstouristen wurden mithilfe von Frage A6 weiter unterteilt (vgl. Abb. 20). Das empirische Ergebnis dieser Segmentierung wird im folgenden Kapitel vorgestellt und diskutiert.

Abb. 20: Kriterien zur Segmentierung der Privatgäste von Heilbädern und Kurorten



Quelle: eigene Darstellung (vgl. Anhang 1: Fragenkatalog der telefonischen Befragung)

Zu B: Fragen zum allgemeinen Reiseverhalten

Mithilfe der Fragen B1 und B2 wurden ausgewählte Merkmale des allgemeinen Reiseverhaltens der Befragten erhoben. Die Befragung konzentrierte sich dabei auf die Variablen ‚Reisebegleitung‘ und ‚Reisedauer‘. Die Ergebnisse wurden in erster Linie zur Charakterisierung der identifizierten Zielgruppen benötigt.

Zu C: Fragen zur Bedeutung der übergeordneten Qualitätskategorien

Wie in Kapitel 3.2.11 erläutert, ist bei den touristischen Angebotskategorien, die durch die oberste Gliederungsebene des Bewertungsinstruments abgebildet werden (den „übergeordneten Qualitätskategorien“), noch eine *direkte* Erfassung ihrer Bedeutung für die Befragten möglich. Mithilfe von Frage C1 wurden die Befragten daher um ihre Einschätzung gebeten, wie wichtig die verschiedenen Angebotsfaktoren (Qualität des Reiseservices, Klima, Atmosphäre etc.) für ihre Reisezufriedenheit sind. Verwendet wurde hierfür eine Skala von eins (sehr wichtig) bis fünf (sehr unwichtig).

Da die verschiedenen Angebote je nach Reiseart eine durchaus unterschiedliche Bedeutung für ein und denselben Befragten haben können, wurde durch die Frageformulierung ein Bezug zu der Reiseart hergestellt, welcher der Aufenthalt jeweils (entsprechend der Filterfragen A3 bis A6) zuzuordnen war.

Zu D: Fragen zum Reiseverhalten entlang der Dienstleistungskette

In Kapitel 3.2.4 wurde erläutert, dass sich die einzelnen Phasen der touristischen Leistungserstellung in verschiedene Handlungsoptionen gliedern lassen. So lässt sich die Phase der „Fortbewegung am Ort“ konkretisieren durch die Fortbewegungsarten ‚zu Fuß‘, ‚mit dem Auto‘, ‚mit dem Fahrrad‘ und ‚mit dem ÖPNV‘. Mithilfe der Fragen D1 bis D11 wurde ermittelt, mit welcher Häufigkeit die verschiedenen Handlungsoptionen der elf betrachteten Phasen durch die Befragten in Anspruch genommen wurden. Die Basis hierfür bildeten Itemlisten, welche die jeweils denkbaren Handlungsmöglichkeiten eines Urlaubers in einem Heilbad bzw. Kurort abbildeten. Das so ermittelte Reiseverhalten der Befragten bildete die Basis zur Herleitung der zielgruppenspezifischen Gewichte der Kriterien der zweiten Gliederungsebene (Hauptkriterien) (vgl. Kapitel 3.5).

Zu E: Fragen zur soziodemografischen Charakterisierung der Befragten

Die Ermittlung des soziodemografischen Profils der Befragten diene zunächst der Überprüfung der Stichprobe auf Kongruenz zum Profil der Grundgesamtheit – also der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren – und schließlich zur Charakterisierung der ermittelten Zielgruppen (vgl. Kapitel 3.4).

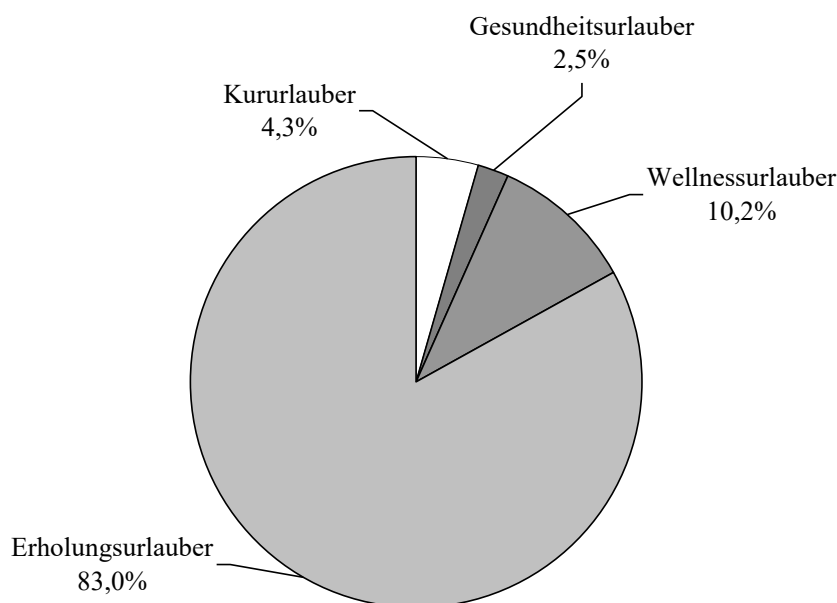
3.4 Herleitung empirisch relevanter Zielgruppen

In Kapitel 2.3.2 wurden die gesundheitstouristischen Zielgruppen Privatkurgäste, Gesundheitsurlauber und Wellnessurlauber theoretisch hergeleitet. Diese theoretische Zielgruppendefinition galt es, auf der Grundlage der vorliegenden Marktdaten auf empirische Relevanz zu prüfen. In Kapitel 3.4.1 wird erläutert, dass die theoretischen Marktsegmente nicht empirisch untermauert werden konnten. Die Befragungsdaten mussten daher im Hinblick auf die Identifizierung alternativer Marktsegmente ausgewertet werden. Welche Methode hierbei angewendet wurde und welche Ergebnisse erzielt werden konnten, wird in Kapitel 3.4.2 dokumentiert. Die erzielten Ergebnisse machten eine Modifizierung des Zielsystems, dem die Bewertung folgen soll, erforderlich. Dies wird in Kapitel 3.4.3 thematisiert. In Kapitel 3.4.4 werden schließlich alternative Zielgruppen entlang ausgewählter Merkmale vorgestellt.

3.4.1 Empirische Überprüfung der theoretisch hergeleiteten Zielgruppen

Die Teilstichprobe der Privatgäste wurde – wie im vorangegangenen Kapitel erläutert – analog zu den theoretischen Überlegungen zur Zielgruppendefinition (vgl. Kapitel 2.3.2) segmentiert. Abb. 21 zeigt die Verteilung der Privatgäste auf die verschiedenen Zielgruppen, die nach dem Reisemotiv segmentiert wurden.

Abb. 21: Segmentierung der Privatgäste von Heilbädern und Kurorten



Quelle: eigene Erhebung 2006; Basis: nur Personen, die in den letzten drei Jahren einen selbst finanzierten und selbst bestimmten Aufenthalt in einem deutschen Heilbad oder Kurort verbracht haben (n = 324)

Auffällig ist der sehr geringe Anteil an Personen mit primär gesundheitsorientiertem Reisemotiv. Insbesondere für die Zielgruppen Privatkurgäste und Gesundheitstouristen konnten lediglich geringe Fallzahlen von n = 14 bzw. n = 8 erreicht werden.

Weiterführende Auswertungen bzw. repräsentative Aussagen zu diesen Zielgruppen waren aufgrund dieser geringen Fallzahlen nur bedingt möglich. Wenngleich die Gesamtstichprobe von n = 2.343 eine optimale Repräsentativität der deutschen Bevölkerung ab 16 Jahren gewährleistete, so war bei den genannten Fallzahlen der Teilstichproben von einer erhöhten Fehlerspanne der empirischen Ergebnisse im Vergleich zu den „realen“ Werten der Grundgesamtheit – also aller Privatkurgäste und Gesundheitstouristen in Deutschland - auszugehen. Auf der Grundlage der allgemeinen Formel zur Streuung des Mittelwertes von Stichproben ließ sich diese Fehlerspanne berechnen. Unter der Annahme einer Varianz von 1 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% ist bei einer Stichprobe von n = 8 eine Fehlerspanne von

$\pm 0,69$ zu erwarten. Dies bedeutet, dass man mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% davon ausgehen kann, dass der tatsächliche Mittelwert der Grundgesamtheit in einem Bereich von $\pm 0,69$ um den in der Stichprobe gemessenen Wert liegt.

Aus Sicht der Autorin ist eine solche Fehlerspanne nicht tolerierbar. Auf eine Berücksichtigung dieser Zielgruppen bei der Entwicklung des Analyse- und Bewertungsmodells wurde aufgrund dessen verzichtet.

Es muss festgehalten werden, dass die gesundheitstouristischen Zielgruppen im engeren Sinne - also Personen, die Gesundheit als *primäres* Reisemotiv definieren und die gemeinhin als große Hoffnungsträger der Heilbäder und Kurorte gelten - heute noch eine ausgesprochen geringe Marktbedeutung haben. Dies steht in großem Widerspruch zu den zahlreichen positiven und plausiblen Prognosen zum „Wachstumsmarkt Gesundheitstourismus“. Diese Erkenntnis legt es nahe, nach einer alternativen, erweiterten Definition der relevanten touristischen Zielgruppen von Heilbädern und Kurorten zu suchen.

83% der betrachteten Privatgäste von Heilbädern und Kurorten geben „Erholung“ als primäres Reisemotiv an und fallen somit per Definition in die Kategorie der Erholungstouristen. Gleichwohl nutzen sie die Gesundheitseinrichtungen des Kurortes in durchaus beachtlicher Intensität. So besuchten ca. 60% der Erholungstouristen die zentrale Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung in ihrem Urlaubs(kur)ort und 42% nutzten den Kurpark (vgl. hierzu Kapitel 3.5.8). Unbestritten ist zugleich, dass das Reisemotiv „Gesundheit“ zielgruppenübergreifend eine ausgesprochen hohe Bedeutung hat. Wenngleich es sich nicht durch die vorliegende empirische Untersuchung bestätigen lässt, so sei doch an dieser Stelle die Vermutung erlaubt, dass die befragten Erholungstouristen gezielt ein Heilbad bzw. einen Kurort aufgrund deren Gesundheitskompetenz als Reiseziel ausgewählt haben. Heilbäder und Kurorte sollten daher künftig ihr Augenmerk nicht allein dem heiß umworbenen Gesundheitstouristen im engen Sinne widmen. Ihr großer Wettbewerbsvorteil gegenüber traditionellen Tourismusdestinationen bietet auch beim (gesundheitsorientierten) Erholungstouristen Profilierungspotenziale.

Die geringe aktuelle Bedeutung des Gesundheitstourismus im engen Sinne (so wie er für die Zwecke dieser Arbeit definiert wurde) einerseits sowie die Profilierungspotenziale der Heilbäder und Kurorte auf dem Markt der (gesundheitsorientierten) Erholungsurlauber andererseits, legen es nahe, diese Gruppe bei der weiteren Suche nach geeigneten Zielgruppen für Heilbäder und Kurorte (vgl. folgendes Kapitel) einzubeziehen.

3.4.2 Empirische Überprüfung alternativer Marktsegmente

Die vorliegenden empirischen Marktdaten boten die Möglichkeit, alternative, empirisch sinnvolle Marktsegmente zu identifizieren. Es soll an dieser Stelle noch mal betont werden, dass die Grundlage der weiteren Betrachtungen ausschließlich die Personen (Fälle) bilden, die ihren Aufenthalt im Heilbad bzw. Kurort selbst finanziert sowie das Reiseziel und die Unterkunft selbst ausgewählt haben.

Als empirisch sinnvoll gelten Teilmärkte, die in sich möglichst homogen sind und sich gleichzeitig möglichst deutlich von den übrigen unterscheiden (vgl. SCHWEITZER/MÜLLER-PETERS 2001, S. 28). Sinnvolle Marktsegmente lassen sich durch zwei voneinander unterscheidende Verfahren bilden. Zum einen gibt es so genannte **taxonomische bzw. gruppierende Verfahren**, wie v.a. die Clusteranalyse, die von ungruppierten Daten ausgehen, zum anderen die **Diskriminanzanalyse**, die vorgegebene Gruppen im Hinblick auf ihre Unterschiedlichkeit untersucht (vgl. BACKHAUS et al. 2005, S. 155ff.).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde das Verfahren der **Diskriminanzanalyse** angewendet. Dies bot die Möglichkeit, die angestellten theoretischen Überlegungen zur Zielgruppendefinition weiterhin - bei der Definition alternativer, zu prüfender Marktsegmente - zu berücksichtigen. Denn trotz der geringen Fallzahlen, die für die Zielgruppen „Privatkurgäste“ und Gesundheitstouristen“ erreicht worden waren, wird die Relevanz des verwendeten Segmentierungskriteriums „Reisemotiv“ weiterhin unterstellt.

Um die Fallzahlen der zu betrachtenden Gruppen zu erhöhen, bot es sich an, die Stichproben der Privatkurgäste und der Gesundheitstouristen zu einem Segment zusammenzufassen. Die Trennung von Personen mit „krankheitsorientiertem“ Reisemotiv auf der einen Seite und mit „gesundheitsorientiertem“ Reisemotiv auf der anderen Seite wurde hiermit aufgehoben. Dies erschien insofern vertretbar und plausibel, als dass die Übergänge zwischen diesen Motiven - an der Schnittstelle zwischen Primär- und Sekundärprävention - ohnehin fließend und für den Nachfrager kaum nachvollziehbar sind. Weiterhin wurden die Betrachtungen - wie in Kapitel 3.4.1 begründet - um diejenigen Personen der Stichprobe erweitert, deren primäres Reisemotiv „Erholung“ darstellt. Auf dieser Grundlage ergaben sich die in Abb. 22 dargestellten Marktsegmente.

Abb. 22: Private Zielgruppen von Kurorten - Modifizierte Marktsegmentierung

Privatgäste in Heilbädern und Kurorten			
Primäres Reisemotiv	Gesundheit		Erholung
	Rehabilitation, Therapie, Sekundär-/Tertiärprävention, spezifische Primärprävention	Unspezifische Primärprävention	
Segmente	Kur- und Gesundheitstouristen	Wellness- touristen	Erholungs- touristen

Quelle: eigene Darstellung

Für die neu definierten Marktsegmente wurden im Rahmen der repräsentativen Befragung die folgenden Fallzahlen erreicht:

- Kur- und Gesundheitstouristen: n = 22
- Wellnesstouristen: n = 33
- Erholungstouristen: n = 269.

Diese Fallzahlen sind weiterhin nicht ideal, um die einzelnen Zielgruppen näher zu analysieren und von deren Eigenschaften auf die jeweiligen Grundgesamtheiten zu schließen: bei einer Stichprobe von n = 22 ergibt sich - bei einer angenommenen Varianz von 1,0 und einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5,0% eine Fehlerspanne von $\pm 0,42$. Man kann also mit einer Wahrscheinlichkeit von 95% davon ausgehen, dass der tatsächliche Mittelwert der Grundgesamtheit in einem Bereich von $\pm 0,42$ um den in der Stichprobe gemessenen Wert liegt.

Es existiert keine pauschale Antwort auf die Frage, ob eine Fehlerspanne, wie sie hier beispielhaft berechnet wurde, tolerierbar ist. Denn neben statistischen Größen bzw. Grenzwerten gilt es auch, untersuchungsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Im Falle der vorliegenden Untersuchung ist in diesem Zusammenhang insbesondere auf den Tatbestand hinzuweisen, dass die interessierenden Zielpersonen offensichtlich nur mit einem äußerst geringen Anteil in der deutschen Bevölkerung vertreten und somit nur sehr schwer im Rahmen repräsentativer Befragungen rekrutierbar sind. Die geringen Fallzahlen der definierten Zielgruppen ergeben sich also *zwangsläufig* aus dem Anspruch der Repräsentativität einerseits und dem geringen Anteil der Zielpersonen in der deutschen Bevölkerung andererseits.

Aufgrund fehlender Möglichkeiten, auf alternativem Wege zu repräsentativen Aussagen über die betreffenden Zielgruppen zu gelangen, bot die eingeschränkte Repräsentativität der gezo-

genen Teilstichproben somit - trotz allem - ein Optimum an Informationsqualität, insbesondere aufgrund der sehr hohen Qualität der Gesamtstichprobe.

Bewusst verzichtet wurde auf eine weitere Zusammenfassung von Zielgruppen, z.B. der Kur- und Gesundheitstouristen und der Wellnesstouristen zur Gruppe derjenigen, die „Gesundheit“ als primäres Reisemotiv angegeben haben. Es wird weiterhin davon ausgegangen, dass gerade der Gesundheitstourismus ein sehr heterogenes touristisches Segment darstellt, das mindestens zwei voneinander zu unterscheidende Teilmärkte umfasst: Kur-/ Gesundheitstourismus einerseits und Wellnesstourismus andererseits. Eine Zusammenfassung der beiden Zielgruppen hätte möglicherweise bestehende Unterschiede nivelliert und damit die Informationsmöglichkeiten der Daten gemindert.

Die aufgrund der geringen Fallzahlen zu erwartende Fehlerspanne der empirischen Ergebnisse wird also aufgrund fehlender Alternativen, zu qualitativ besseren Stichproben zu gelangen, sowie aufgrund der angenommenen Relevanz der definierten Zielgruppen in Kauf genommen.

3.4.2.1 Das Verfahren der Diskriminanzanalyse

Die Diskriminanzanalyse ist ein multivariates Verfahren zur Analyse von Gruppenunterschieden. Sie ermöglicht es, die Unterschiedlichkeit von zwei oder mehr a priori festgelegten Gruppen hinsichtlich einer Mehrzahl an Variablen zu untersuchen.

Allgemein verspricht sie Antworten auf folgende Fragen (vgl. BACKHAUS et al. 2005, S. 156):

- Unterscheiden sich die definierten Gruppen hinsichtlich der betrachteten Variablen signifikant voneinander?
- Welche Variablen sind zur Unterscheidung zwischen den Gruppen geeignet bzw. ungeeignet?

Die Diskriminanzanalyse lässt sich in mehrere Schritte unterteilen. Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit sind dabei die folgenden von Interesse und sollen daher kurz erläutert werden:

1. Formulierung und Schätzung der Diskriminanzfunktion,
2. Prüfung der Diskriminanzfunktion und
3. Prüfung der Merkmalsvariablen.

Für detaillierte Informationen zur Diskriminanzanalyse wird auf die einschlägige Literatur, insbesondere BACKHAUS et al. (2005) sowie BROSIUS (2004) verwiesen.

1. Formulierung und Schätzung der Diskriminanzfunktion

Zentraler Bestandteil der Diskriminanzanalyse ist die Formulierung bzw. Schätzung der **Diskriminanzfunktion**, die eine Trennung der Gruppen sowie eine Bestimmung der diskriminatorischen Bedeutung der betrachteten Merkmalsvariablen ermöglicht (vgl. BACKHAUS et al. 2005, S. 164ff.).

Ihre allgemeine Form lautet:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + \dots + b_jX_j$$

wobei

Y = Diskriminanzvariable (kanonische Variable)

X_j = Merkmalsvariable j ($j = 1, 2, \dots, J$)

b_j = Diskriminanzkoeffizient für Merkmalsvariable j

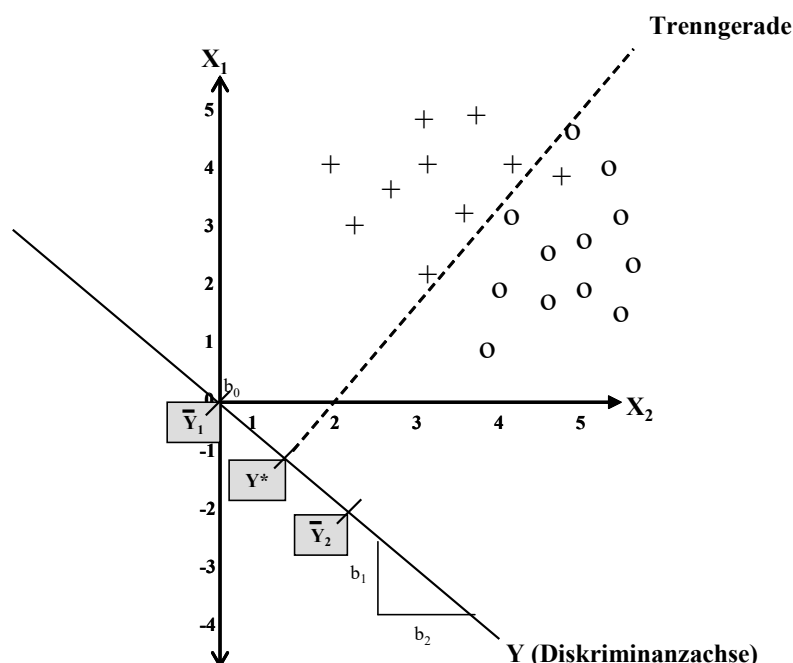
b_0 = konstantes Glied

Die Diskriminanzvariable Y wird als „kanonisch“ bezeichnet, weil eine Linearkombination von Variablen vorgenommen wird. Für jedes Element i ($i = 1, 2, \dots, I_g$) einer Gruppe g ($g = 1, \dots, G$) mit den Merkmalswerten X_{jgi} liefert die Diskriminanzfunktion einen Diskriminanzwert Y_{jgi} .

Jede Gruppe g lässt sich kompakt durch ihren mittleren Diskriminanzwert, den so genannten **Gruppencentroiden** (\bar{Y}_g), beschreiben. Die Unterschiedlichkeit von zwei Gruppen lässt sich somit zunächst einmal durch die Differenz ihrer beiden Gruppencentroide messen. Der **kritische Diskriminanzwert Y^*** liegt zwischen den Gruppencentroiden. Mit ihm lassen sich neue Elemente in die beiden Gruppen klassifizieren.

Geometrisch bildet die Diskriminanzfunktion eine Ebene, wenn die Anzahl der Merkmalsvariablen (J) gleich zwei ist und eine Hyperebene, wenn mehr als zwei Merkmalsvariablen herangezogen werden. Sie lässt sich aber auch als **Diskriminanzachse** im Koordinatensystem der Merkmalsvariablen darstellen (vgl. Abb. 23).

Abb. 23: Diskriminanzachse im Koordinatensystem zweier Variablen (Beispiel)



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an BAHRENBERG/ GIESE/ NIPPER (1992), S. 321

Die Koeffizienten b_1 und b_2 definieren die Steigung der Diskriminanzachse und sind auf Basis von Daten so zu berechnen, dass eine optimale Trennung zwischen den Gruppen möglich ist. Um diese Berechnung durchzuführen wird ein Maß benötigt, das die Unterschiedlichkeit der Gruppen misst. Der Abstand zwischen den Gruppencentroiden ist ein entsprechendes Maß. Streuen die Gruppen allerdings stark, ist die Aussagekraft dieses Maßes eingeschränkt. Verfeinern lässt sich die Betrachtung durch die Berücksichtigung der Standardabweichung der Diskriminanzwerte. Das resultierende Maß für die Unterschiedlichkeit der betrachteten Gruppen nennt sich **Diskriminanzkriterium (T)**. Es ergibt sich aus der Streuung zwischen den Gruppen (SS_b) dividiert durch die Streuung in den Gruppen (SS_w). Bei der Schätzung der Diskriminanzfunktion – also der Schätzung der Koeffizienten b_j – gilt es, dieses Diskriminanzkriterium zu maximieren. Der Maximalwert des Diskriminanzkriteriums (T) wird als **Eigenwert (λ)** bezeichnet. Je größer der Eigenwert ist, desto größer sind die Unterschiede zwischen den Gruppen bzw. desto homogener sind die Gruppen in sich. Der letzte Schritt zur Schätzung der Diskriminanzfunktion ist nun die **Schätzung des konstanten Gliedes b_0** . Hierdurch kommt es zu einer Normierung der Diskriminanzfunktion. Die Berechnung von b_0 erfolgt mehr oder minder willkürlich bzw. nach pragmatischen Gesichtspunkten. Üblicherweise wird so normiert, dass die Innergruppen-Varianz aller Diskriminanzwerte gleich Eins ergibt.

2. Prüfung der Diskriminanzfunktion

Zur Überprüfung der **Güte (Trennkraft) der Diskriminanzfunktion** existieren zwei Möglichkeiten, die inhaltlich eng zusammen hängen (vgl. BACKHAUS et al. 2005, S. 179ff.):

a) Prüfung der Klassifikation

Mithilfe des **kritischen Diskriminanzwertes Y^*** lassen sich die Elemente einer Stichprobe klassifizieren. Im Zwei-Gruppen-Fall beträgt der kritische Diskriminanzwert üblicherweise Null, so dass alle Elemente mit $Y < 0$ g_1 und alle Elemente mit $Y > 0$ g_2 zugeordnet werden können. Als Maß zur Beurteilung der Diskriminanzfunktion wird nun die **Trefferquote** herangezogen, mit der die Elemente korrekt klassifiziert wurden. Die Beurteilung der Trefferquote erfordert dabei einen Abgleich mit der Trefferquote, die durch eine zufällige Klassifikation erzielt werden würde. Im Zwei-Gruppen-Fall wäre dies – bei gleicher Gruppengröße – jeweils 50%.

b) Prüfung des Diskriminanzkriteriums

Wie bereits oben angedeutet, bildet der Eigenwert (λ), also der Maximalwert des Diskriminanzkriteriums (T) ein Maß für die Güte einer Diskriminanzfunktion. Dieser ist allerdings nicht auf Werte zwischen Null und Eins normiert und deshalb nicht sehr anschaulich. In der Diskriminanzanalyse hat sich daher der so genannte **kanonische Korrelationskoeffizient (c)** als Gütemaß etabliert. Er lässt sich aus dem Eigenwert berechnen und misst den Anteil der Streuung zwischen den Gruppen an der Gesamtstreuung. Er kann Werte zwischen Null und Eins annehmen. Je größer der kanonische Korrelationskoeffizient ist, desto größer ist die Trennkraft der Diskriminanzfunktion. Das gebräuchlichste Kriterium zur Prüfung der Diskriminanz bildet **Wilks' Lambda**. Auch bei der Berechnung dieses Wertes wird auf den Eigenwert zurückgegriffen. Da es sich hierbei um ein „inverses“ Gütemaß handelt, bedeuten kleine Werte eine höhere Trennkraft und große Werte umgekehrt eine geringere Trennkraft. Die Bedeutung von Wilks' Lambda liegt vor allem darin, dass sich mit seiner Hilfe (sowie zusätzlicher Variablen) die probabilistische Variable **Chi-Quadrat (χ^2)** bilden lässt. Je kleiner Wilks' Lambda (also je größer die Gruppenunterschiede), desto größer wird der χ^2 -Wert. Auf der Grundlage des χ^2 -Wertes lässt sich nun das **Signifikanzniveau** (Irrtumswahrscheinlichkeit) der Diskriminanzfunktion berechnen. Je kleiner das Signifikanzniveau, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Gruppen sich nicht unterscheiden (Nullhypothese H_0).

3. Prüfung der Merkmalsvariablen

Die Prüfung der Merkmalsvariablen ist einerseits von Bedeutung, um die Unterschiedlichkeit (oder Gleichheit) von Gruppen verstehen und erklären zu können und andererseits, um Variablen, die nicht zwischen den Gruppen trennen, erkennen und aus der Diskriminanzfunktion entfernen zu können.

Auch die Prüfung der diskriminatorischen Wirkung einzelner Variablen sollte durch eine multivariate Analyse erfolgen, da univariate Analysen die Bedeutung einer Variablen innerhalb der Diskriminanzfunktion nicht vollends aufdecken können. So kann es vorkommen, dass eine univariate Betrachtung nur sehr geringe Werte bezüglich der diskriminierenden Wirkung einer Variablen ergibt, die Variable aber durchaus – in Kombination mit anderen Variablen – zur Trennung der Gruppen beiträgt (vgl. BACKHAUS et al 2005, S. 185f.).

Die Basis für die multivariate Beurteilung der diskriminatorischen Bedeutung einer Merkmalsvariablen bilden die Diskriminationskoeffizienten b_j , denn diese repräsentieren den Einfluss der Variablen auf die Diskriminanzwerte. Als Maß zur Prüfung der Merkmalsvariablen wird auf den **standardisierten Diskriminationskoeffizienten b^*_j** zurückgegriffen. Er ergibt sich aus der Multiplikation des Diskriminationskoeffizienten mit der Standardabweichung der betreffenden Variablen: Je größer der standardisierte Diskriminationskoeffizient einer Variablen ist, desto größer ist die Trennkraft der Variablen im Rahmen der Diskriminanzanalyse (wobei das Vorzeichen des Koeffizienten bei der Beurteilung keine Rolle spielt) (vgl. BACKHAUS et al. 2005, S. 187).

3.4.2.2 Anwendung der Diskriminanzanalyse

Die Anwendung der Diskriminanzanalyse zur Überprüfung der empirischen Relevanz der oben dargestellten (Ziel-) Gruppen erfolgte mit dem Computerprogramm SPSS, Version 15.0.

Eine wesentliche Voraussetzung zur Durchführung einer erfolgversprechenden Diskriminanzanalyse ist eine ähnlich große Fallzahl in den betrachteten Gruppen. Diese Voraussetzung war durch die gegebenen Gruppen nicht erfüllt. Zur Lösung dieses Problems wurde daher aus dem Segment der Erholungsurlauber eine **Zufallsstichprobe** von 33 Personen²⁴ gezogen, die dann bei den weiteren Betrachtungen berücksichtigt wurde.

Im nächsten Schritt waren **Merkmalsvariablen** auszuwählen, auf deren Basis die Unterschiedlichkeit der Gruppen betrachtet werden sollte. Da die Berücksichtigung verschiedener Zielgruppen bei der Gestaltung des Bewertungssystems auf der Annahme basiert, dass sich die Bewertung des Angebots je nach Zielgruppe unterscheidet, interessierten im vorliegenden

²⁴ Dieser Wert orientiert sich an der Fallzahl der Wellness Touristen.

Fall insbesondere jene Variablen, welche diese Bewertung zum Ausdruck bringen. Diese sachlogische Eingrenzung der möglichen Merkmalsvariablen traf auf alle Variablen der Bereiche C (Bewertung der Bedeutung der übergeordneten Qualitätskategorien) und D (Reiseverhalten entlang der Phasen der Aktivitätskette) des Fragebogens zu (vgl. Anhang 1: Fragenkatalog der telefonischen Befragung).

Eingeschränkt wurden die Auswahlmöglichkeiten allerdings dadurch, dass die Variablen ein metrisches Skalenniveau aufweisen, also intervall- bzw. ratioskaliert sein mussten. Da nur die Fragen C1 (1) bis C1 (14) - nämlich die Fragen zur Bedeutung der übergeordneten Qualitätskategorien des Bewertungssystems - dieser Anforderung gerecht wurden, konnten (potenziell) nur diese im Rahmen der Diskriminanzanalyse berücksichtigt werden. Auch aus sachlogischer Perspektive war diese Auswahl optimal, handelte es sich doch um jene Variablen, deren Ergebniswerte den größten Einfluss auf die Gestaltung des Bewertungssystems haben sollten (vgl. Kapitel 3.5).

Eine weitere Selektion aus den vierzehn Merkmalsvariablen C1 (1) bis C1 (14) war darüber hinaus erforderlich, weil die Anzahl der Fälle einer Gruppe mindestens doppelt so hoch sein sollte wie die Anzahl der analysierten Variablen. Mit 22 Fällen determinierte die Gruppe der Kur- und Gesundheitstouristen eine Anzahl von elf Variablen, die in die Analyse einfließen konnten.

Zur Auswahl dieser elf Variablen aus den Variablen C1 (1) bis C1 (14) wurde eine Diskriminanzanalyse – sozusagen explorativ – durchgeführt. Hierdurch wurden Werte für die standardisierten Diskriminationskoeffizienten der Variablen – als Maß für die diskriminatorische Wirkung der Variablen innerhalb der Diskriminanzfunktion - ermittelt (vgl. Tab. 6).

Tab. 6: Standardisierte kanonische Diskriminationskoeffizienten (b^*_j) ausgewählter Merkmale zur empirischen Überprüfung alternativer Marktsegmente

Variablen x_j (sortiert nach Bedeutung)	b^*_j	Berücksichtigung i.R. der Diskriminanzanalyse
Bedeutung Gesundheitsangebot	-0,640	X
Bedeutung Infoqualität Vorfeld	0,570	X
Bedeutung Kurmedizinisches Potenzial	-0,562	X
Bedeutung Freizeitangebot	0,372	X
Bedeutung Mobilität vor Ort	0,306	X
Bedeutung Landschaft	0,271	X
Bedeutung Reiseorganisation	0,239	X
Bedeutung Informationsqualität vor Ort	-0,205	X
Bedeutung Aktivangebot	0,193	X

Variablen x_j (sortiert nach Bedeutung)	b^*_j	Berücksichtigung i.R. der Diskriminanzanalyse
Bedeutung Erreichbarkeit	-0,189	X
Bedeutung Atmosphäre	-0,144	X
Bedeutung Unterkunft	-0,050	
Bedeutung Klima	-0,045	
Bedeutung Kulturangebot	-0,037	

Quelle: eigene Berechnungen

Tab. 6 zeigt, dass die folgenden Variablen die geringste diskriminatorische Bedeutung besitzen²⁵:

- „Bedeutung des Kulturangebots für die Urlaubszufriedenheit“
- „Bedeutung der Unterkunft für die Urlaubszufriedenheit“
- „Bedeutung des Klimas für die Urlaubszufriedenheit“

Sie wurden daher aus den weiteren Betrachtungen im Rahmen der Diskriminanzanalyse ausgeschlossen. Nur die in Tab. 6 markierten Variablen wurden berücksichtigt. Im Rahmen der auf dieser Basis mithilfe von SPSS durchgeführten Diskriminanzanalyse wurden zwei Diskriminanzfunktionen²⁶ gebildet.

Ein wichtiges Ergebnis der Analyse ist zunächst die in Tab. 7 dargestellte **Klassifizierung**. Sie ergibt sich durch die Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit der Fälle auf Basis der kritischen Diskriminanzwerte.

²⁵ Die Vorzeichen der standardisierten Diskriminationskoeffizienten spielen bei der Bewertung keine Rolle.

²⁶ Im Mehr-Gruppen-Fall, d.h. bei mehr als zwei betrachteten Gruppen, kann mehr als eine Diskriminanzfunktion ermittelt werden. Bei G Gruppen lassen sich maximal G-1 Diskriminanzfunktionen bilden, die jeweils orthogonal zueinander sind bzw. nicht korrelieren.

Tab. 7: Klassifizierung der Elemente auf der Grundlage der durchgeführten Diskriminanzanalyse

Anteile der richtig klassifizierten Elemente sind markiert

Zielgruppen	Vorhergesagte Gruppenzugehörigkeit			Gesamt	
		Kur- und Gesundheits-touristen	Wellnesstouristen		Erholungstouristen
Kur- und Gesundheits-touristen	Anzahl	14	5	2	22
Wellnesstouristen		6	19	8	33
Erholungstouristen		0	9	27	36
Kur- und Gesundheits-touristen	Prozent	66,1	22,5	11,4	100,0
Wellnesstouristen		18,8	57,3	23,9	100,0
Erholungstouristen		0,0	24,1	75,9	100,0

Quelle: eigene Berechnungen

Bei der gegebenen Verteilung der Fälle auf die drei Gruppen ergeben sich die folgenden a-Priori-Wahrscheinlichkeiten für eine korrekte Klassifizierung eines Elementes:

- Kur- und Gesundheitstouristen: 25%
- Wellnesstouristen: 38%
- Erholungstouristen: 38%.

Wird die Klassifizierung also dem Zufall überlassen, liegen die Wahrscheinlichkeiten einer korrekten Zuordnung bei 25% (Kur- und Gesundheitstouristen) bzw. 38% (Wellnesstouristen, Erholungstouristen).

Tab. 7 zeigt, dass die Trefferquote bei der Vorhersage der Gruppenzugehörigkeit, die sich auf Basis der durchgeführten Diskriminanzanalyse ergibt, deutlich höher ist als bei einer zufälligen Zuordnung der Elemente in die Gruppen. Besonders gut gelingt die Klassifizierung der Kur-/ Gesundheitstouristen. Hier ist die Trefferquote 2,6-mal so groß wie die a-priori-Wahrscheinlichkeit für eine korrekte Klassifizierung (Wellnesstouristen: 1,5-mal, Erholungsurlauber: 2,0-mal). Offensichtlich unterscheiden sich die Kur- und Gesundheitsgäste besonders klar von den anderen Zielgruppen. Die Klassifizierung der Wellnesstouristen macht deutlich, dass es sich um die Zielgruppe handelt, die sich hinsichtlich ihrer Urlaubsmotivation zwischen den beiden anderen Segmenten bewegt. Die falsch klassifizierten Personen wurden gleichermaßen den Kur-/ Gesundheitstouristen als auch den Erholungstouristen zugeordnet. Eine sehr gute Trennung besteht zwischen den Kur-/ Gesundheitstouristen und den Erholungstouristen. Nur zwei Kur-/ Gesundheitstouristen wurden den Erholungstouristen zugeordnet und kein einziger Erholungsurlauber wurde in die Gruppe der Kur- und Gesundheitstouristen klassifiziert.

Tab. 8 zeigt die Ergebnisse der Berechnung der weiter oben vorgestellten Maße zur Bewertung der Güte bzw. Trennkraft dieser Funktionen auf Basis des Diskriminanzkriteriums.

Tab. 8: Gütemaße zur Bewertung der Diskriminanzfunktionen

Funktionen	Kanonischer Korrelationskoeffizient	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df (Anzahl der Freiheitsgrade)	Signifikanz
1 (bis 2)	0,666	0,506	56,098	22	0,000
2	0,302	0,909	7,878	10	0,641

Quelle: eigene Berechnungen

Der **kanonische Korrelationskoeffizient** der ersten Funktion beträgt 0,666. Dieser sagt aus, dass die Streuung zwischen den Gruppen 66% der Gesamtstreuung ausmacht. Dieser Wert ist zwar nicht optimal, jedoch durchaus befriedigend und lässt den Schluss zu, dass das zugrunde gelegte Modell durchaus einen Erklärungswert besitzt. Die zweite Funktion mit einem kanonischen Korrelationskoeffizienten von 0,302 hingegen trägt nicht zur Beschreibung der Gruppenunterschiede bei bzw. ist nicht interpretierbar. Entsprechend sind die **Wilks' Lambda-Werte** zu interpretieren, die unmittelbar mit dem kanonischen Korrelationskoeffizienten in Verbindung stehen. Da es sich um ein inverses Gütemaß handelt, sollten die Werte hier möglichst klein sein. Der unter Verwendung des Wilks' Lambda berechnete **Chi-Quadrat-Wert** beträgt 56,08. Wie weiter oben erläutert, kann mithilfe dieser Größe ein Signifikanztest durchgeführt werden. Er testet die Hypothese, die Gruppenmittelwerte (Centroide) der Funktionswerte seien in der Grundgesamtheit identisch. Beim vorliegenden Chi-Quadrat-Wert sowie 22 Freiheitsgraden ergibt sich ein **Signifikanzwert** von 0,000²⁷. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Gruppenmittelwerte sich nicht unterscheiden, ist also äußerst gering. Die Gruppenunterschiede sind höchst signifikant.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Berechnungen zur Bewertung der Diskriminanzanalyse zwar nur mittlere Werte hervorgebracht haben, die der Analyse aber durchaus Erklärungsgehalt attestieren. Dies insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass die Reisemotivation - die ja das zentrale Kriterium zur Segmentierung der Zielgruppen darstellte - ein äußerst komplexes Phänomen ist, das sich nur schwer in einem Modell abbilden bzw. durch ein solches erklären lässt. Insofern sind die Ergebnisse der durchgeführten Diskriminanzanalyse durchaus sehr zufriedenstellend und können als Bestätigung der theoretisch definierten Zielgruppen interpretiert werden.

²⁷ Dieser Wert ist nicht gleich Null, denn es handelt sich um einen auf drei Stellen hinter dem Komma gerundeten Wert.

3.4.3 Modifizierung des Zielsystems aufgrund der vorliegenden Erkenntnisse

Die empirischen Ergebnisse zur Überprüfung der theoretisch hergeleiteten Zielgruppen machen eine Modifizierung des in Kapitel 3.2.2 vorgestellten Zielsystems der Bewertung von Heilbädern und Kurorten erforderlich. Angesichts der hohen Bedeutung der Erholungstouristen innerhalb der kurörtlichen Nachfrage ist es notwendig, diese bei der Entwicklung des Bewertungssystems zu berücksichtigen. Die Bewertung fokussiert insofern nicht mehr ausschließlich die gesundheitstouristische Kompetenz von Heilbädern und Kurorten. Die Betrachtungen werden um erholungstouristische Aspekte erweitert. In den folgenden Kapiteln kommt diese Modifizierung durch die Verwendung des Terminus „(gesundheits-) touristische Kompetenz“ zum Ausdruck. Dieser transportiert die Erweiterung der Betrachtungen auf den Erholungstourismus und hebt zugleich die besondere Bedeutung des Gesundheitstourismus für die Heilbäder und Kurorte hervor.

Hieraus ergibt sich das folgende modifizierte Zielsystem der Bewertung:

- a) die **(gesundheits-) touristische Qualität von Heilbädern und Kurorten**, also die Summe aller Angebotsfaktoren, Merkmale und Eigenschaften eines Heilbades bzw. Kurortes, die durch die (gesundheits-) touristischen Zielgruppen in Anspruch genommen und an deren Erwartungen gemessen werden,
- b) das **(gesundheits-) touristische Potenzial von Heilbädern und Kurorten**, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes, um (gesundheits-) touristische Zielgruppen zufrieden stellen zu können.

Die Bewertung erfolgt unter Berücksichtigung der folgenden selbst zahlenden Zielgruppen, die sich bewusst und selbst bestimmt für einen (gesundheits-) touristischen Aufenthalt in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort entschieden haben:

- a) **Kur- und Gesundheitstouristen (KGT)**, also Personen, deren Aufenthalt in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort primär gesundheitlich motiviert ist und die spezielle gesundheitsbezogene Zielsetzungen verfolgen, nämlich die Linderung bzw. Heilung von Krankheiten oder eine spezifische, risikogruppenbezogene Prävention,
- b) **Wellnesstouristen (WT)**, also Personen, deren Aufenthalt in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort ebenso primär gesundheitlich motiviert ist und die allgemeine gesundheitsbezogene Zielsetzungen verfolgen, nämlich eine unspezifische Vorsorge bzw. die Erlangung allgemeinen Wohlbefindens,
- c) **Erholungsurlauber (ET)**, also Personen, deren primäres Reisemotiv „Erholung“ darstellt, denen es also primär um eine spontane, nicht durch gezielte Maßnahmen geförderte Regeneration der Leistungsfähigkeit geht.

Eine nähere Beschreibung dieser Zielgruppen erfolgt in folgendem Kapitel.

Die Erweiterung des Bewertungsmodells um die Perspektive der Erholungstouristen macht weiterhin eine kurze **Reflexion der eingangs erläuterten Problemstellung**, die dieser Arbeit zugrunde liegt, erforderlich. Denn diese stellt auf die Wachstumsperspektiven und Potenziale im Gesundheitstourismus ab (und nicht im Erholungstourismus). Die Erweiterung der Betrachtungsperspektive wird dennoch als schlüssig im Hinblick auf die formulierte Problemstellung erachtet. Wenngleich „Erholung“ das primäre Reisemotiv der Erholungstouristen ist, so ist dennoch von einer hohen Bedeutung gesundheitlicher Motive auszugehen. Knapp zwei Drittel der deutschen Bevölkerung halten das Urlaubsmotiv „Etwas für die Gesundheit tun“ für wichtig oder besonders wichtig (vgl. F.U.R. 2005a, S. 5). Vieles spricht dafür, dass gerade bei Erholungstouristen in Heilbädern und Kurorten das Motiv „Gesundheit“ eine besonders große Rolle spielt. Dies zeigt sich auch in der hohen Bedeutung gesundheitsorientierter Aktivitäten von Erholungstouristen im Rahmen ihres Aufenthaltes im Kurort (vgl. Kapitel 3.5). Erholungstouristen stellen somit aktuell und potenziell eine wichtige Zielgruppe von Heilbädern und Kurorten mit ihren spezifischen Potenzialen dar. Die formulierte Problemstellung trifft also weiterhin zu. Eingeräumt werden muss hingegen, dass die enge Eingrenzung des Gesundheitstourismus für die Zwecke dieser Arbeit (vgl. Kapitel 2.3.2) nicht zielführend war. Mit der modifizierten, erweiterten Betrachtungsweise wird dieser Erkenntnis Rechnung getragen.

3.4.4 Kurzvorstellung empirisch relevanter Zielgruppen

Im Folgenden werden die drei Zielgruppen Kur- und Gesundheitstouristen (KGT), Wellness-touristen (WT) sowie Erholungstouristen (ET) entlang ausgewählter Merkmale charakterisiert. Tab. 9 zeigt einige soziodemografische Merkmale der Zielgruppen sowie ausgewählte Kennzeichen ihres allgemeinen Reiseverhaltens im Überblick.

Tab. 9: Kurzprofil der Zielgruppen (alternative Marktsegmentierung)

Prozentangaben beziehen sich, wenn nicht anders gekennzeichnet, auf den Anteil innerhalb der Zielgruppe; an 100% fehlende Prozentpunkte: Sonstiges/ keine Angaben

Merkmale	KGT	WT	ET
Marktgröße			
Anteil an allen Privatgästen	7%	10%	83%
Geschlecht			
weiblich	59,1%	48,5%	54,1%
männlich	40,9%	51,5%	45,9%
Alter			
Durchschnittsalter	61,8	52,9	47,3
Personen im Haushalt			
Anzahl (Durchschnitt)	2,0	2,2	2,6
Kinder im Haushalt			
Nein	95,2%	81,8%	66,4%
Ja	4,8%	18,2%	33,6%
Ausbildung			
(Noch) keine Ausbildung	4,5%	6,1%	10,4%
Lehre/ Berufs-, Fachschule	54,5%	39,4%	54,6%
(Fach-) Hochschule	31,8%	39,4%	31,6%
Beruf			
Arbeiter/ Angestellter/ Beamter	34,8%	27,3%	43,9%
leitender Angestellter/ Beamter	8,7%	6,1%	8,2%
Selbständig/ freiberuflich	13,0%	21,2%	9,7%
Schüler/ Student	0,0%	3,0%	7,8%
Rentner/ Pensionär/ Vorruhestand	39,1%	30,3%	19,3%
Hausfrau/ -mann	0,0%	3,0%	5,9%
Einkommen			
weniger als 1.000 €	0,0%	6,3%	8,6%
1.000 € bis 1.999 €	28,6%	18,8%	21,3%
2.000 € bis 2.999 €	23,8%	9,4%	23,5%
3.000 € und mehr	19,0%	40,6%	28,0%
Reisebegleitung			
Allein	9,1%	6,3%	5,2%
Mit Partner	63,6%	46,9%	42,4%
Mit der Familie	9,1%	28,1%	33,8%
Mit Freunden/ Verwandten	18,2%	12,5%	14,9%
Aufenthaltsdauer			
Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen	12,9	9,3	7,7
Reiseziel			
Mineral- und Moorheilbad	45,5%	39,4%	22,7%
Heilklimatischer Kurort	4,5%	12,1%	21,2%
Seebad/ Seeheilbad	27,3%	39,4%	56,1%
Kneippheilbad/ -kurort	22,7%	15,2%	10,8%

Quelle: eigene Erhebung; Basis: nur definierte Zielgruppen (n = 324)

Die **Kur- und Gesundheitstouristen** sind mit einem Anteil von 7% an den betrachteten Privatgästen von Heilbädern und Kurorten die kleinste der drei Zielgruppen. Wesentliche Kennzeichen dieser Zielgruppe sind ein erhöhter Anteil weiblicher Personen, ein deutlich höheres Durchschnittsalter und damit einhergehend eine geringere Anzahl an Personen bzw. Kindern im Haushalt. Die Kur- und Gesundheitstouristen besitzen überwiegend einen mittleren Bildungsstand. Auffällig ist ein deutlich erhöhter Anteil an Rentnern/ Ruheständlern und – damit korrespondierend – ein geringeres Einkommen. Die Kur- und Gesundheitsreisen dieser Zielgruppe wurden überwiegend mit dem Partner unternommen und weisen eine deutlich überdurchschnittliche Aufenthaltsdauer von 12,9 Tagen auf. Ziele der Kur- und Gesundheitsreisen sind vor allem Mineral- und Moorheilbäder. Überdurchschnittlich häufig werden zudem Kneippheilbäder bzw. -kurorte besucht.

Die **Wellnesstouristen** sind mit einem Anteil von 10% an den Privatgästen von Heilbädern und Kurorten vertreten. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist ausgeglichen. Das Durchschnittsalter ist geringer als bei den Kur- und Gesundheitstouristen, jedoch noch deutlich höher als bei den Erholungstouristen. So werden auch bei der Haushaltsgröße mittlere Werte erzielt. Auffällig ist der vergleichsweise sehr hohe Bildungsstand der Wellnesstouristen. Fast 40% verfügen über einen (Fach-) Hochschulabschluss. Der Anteil an Ruheständlern ist gegenüber den Erholungstouristen deutlich erhöht. Bemerkenswert ist zudem der überdurchschnittliche Anteil an Selbständigen. Interessant macht diese Zielgruppe ihr deutlich überdurchschnittliches Einkommen. Über 40% verfügen über ein monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 3.000 €. Die Wellnessreisen dieser Zielgruppe wurden ebenso überwiegend mit dem Partner unternommen. Immerhin 28% reisten mit der Familie. Mit 9,3 Tagen nimmt die Aufenthaltsdauer hier einen mittleren Wert ein. Die erhobenen Wellnessreisen führten vor allem in Mineral- und Moorheilbäder sowie in Seebäder bzw. Seeheilbäder. Im Vergleich zu den anderen beiden Zielgruppen werden bei den vier Reisezielkategorien (die nach den vier Bädertypen kategorisiert sind) stets mittlere Werte erzielt.

Die **Erholungstouristen** sind mit einem Anteil von 83% die größte Gruppe unter den befragten Privatgästen von Heilbädern und Kurorten. Die Verteilung zwischen den Geschlechtern ist relativ ausgeglichen. Leicht erhöht ist der Anteil an Frauen mit 54,1%. Die Gruppe zeichnet sich insbesondere durch ihr deutlich geringeres Durchschnittsalter und den höchsten Familienanteil aus. Die Erholungstouristen besitzen überwiegend einen mittleren Bildungsstand. Sehr deutlich dominieren mittlere bzw. geringere berufliche Stellungen. Gut ein Viertel der Erholungstouristen verfügt über ein hohes monatliches Haushaltsnettoeinkommen von mehr als 3.000 €. Aber auch die mittleren Einkommensklassen sind vergleichsweise – im Vergleich mit den Wellnesstouristen – häufig vertreten. Die Erholungsreisen dieser Zielgruppe wurden

ebenso überwiegend mit dem Partner unternommen, allerdings ist der Anteil derjenigen, die mit ihrem Partner verreist sind, geringer als bei den Kur-, Gesundheits- und Wellnesstouristen. Erwartungsgemäß spielen Familienreisen hier die größte Rolle. Mit 7,7 Tagen nimmt die Aufenthaltsdauer der erfassten Erholungsreisen den geringsten Wert im Vergleich der Zielgruppen ein. Auffällig ist der sehr hohe Anteil an Reisen, die in die deutschen Seebäder bzw. Seeheilbäder führten, ebenso wie in die heilklimatischen Kurorte. Vergleichsweise gering ist das Interesse der Erholungstouristen an Mineral- und Moorheilbädern und Kneippheilbädern bzw. -kurorten. Diese Feststellung darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die absolute Zahl an Erholungstouristen in diesen „klassischen“ Kurorten immer noch höher ist als die der Gesundheits- und Wellnesstouristen.

Weitere empirische Daten zu den drei betrachteten und bei der Entwicklung des Bewertungssystems berücksichtigten Zielgruppen werden im folgenden Kapitel dargestellt und diskutiert.

3.5 Das Modell zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Qualität entlang der Qualitätskategorien

Der hierarchisch aufgebaute Kriterienkatalog umfasst bis zu sechs Gliederungsebenen, auf denen die übergeordneten Qualitätskategorien schrittweise konkretisiert werden. Aufgrund der hohen Komplexität des Bewertungsinstruments und der sehr großen Anzahl an Kriterien mit den jeweils zugeordneten Messvorschriften, Richtwerten und Gewichtungsfaktoren beschränken sich die Erläuterungen in diesem Kapitel notwendigerweise auf die zentralen Punkte.

Kapitel 3.5.1 erteilt zunächst eine Übersicht über die übergeordneten Qualitätskategorien und deren Gewichte. Dem folgt eine Behandlung der einzelnen Qualitätskategorien (Kapitel 3.5.2 bis 3.5.15). Ausgehend von einer kurzen Beschreibung der Qualitätskategorie selbst wird die Herleitung der Hauptkriterien und deren Gewichte auf Basis der durchgeführten Marktforschung tabellarisch dargestellt.

Für nähere Informationen wird insbesondere verwiesen auf eine **Darstellung des Bewertungssystems im Anhang** (Anhang 2). Hier wird das Bewertungsinstrument in vollem Umfang tabellarisch dargestellt und durch zahlreiche Fußnoten kommentiert bzw. erläutert. In den **Checklisten B, C, D, E, F, G, H, I und J** (Anhang 5 bis 13) werden die verwendeten qualitativen Kriterien durch eine inhaltliche Beschreibung der Pole der Ratingskalen konkretisiert. Erläuterungen allgemeiner Art, die sich auf grundsätzliche Aspekte der Bewertungsmethodik beziehen sind in **Kapitel 3.2 ‚Grundzüge der Bewertungsmethodik‘** nachzulesen.

3.5.1 Die übergeordneten Qualitätskategorien und ihre Gewichte

Die Gewichtung der übergeordneten Qualitätskategorien wurde auf der Basis der in den Kapiteln 3.3 und 3.4 vorgestellten empirischen Erhebung unter Berücksichtigung unterschiedlicher Zielgruppen ermittelt. Tab. 10 zeigt in den Spalten eins bis drei die Ergebnisse der schrittweisen Ermittlung der zielgruppenspezifischen Gewichtungsfaktoren.

Tab. 10: Die übergeordneten Qualitätskategorien und ihre Gewichte

Qualitätskategorien	Spalte 1 ²⁸			Spalte 2 ²⁹			Spalte 3 ³⁰		
	Wichtigkeit (Punktesystem von 0 = sehr unwichtig bis 4 = sehr wichtig)			Wichtigkeit skaliert (Punktesystem von 1 = höchste Wichtigkeit bis 0 = geringste Wichtigkeit)			Gewichte (Basis: skalierte Punkte)		
	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
Landschaftliche Attraktivität	3,05	3,45	3,47	0,71	0,87	0,88	8,3%	10,3%	10,6%
Klima	3,05	3,30	3,23	0,71	0,81	0,78	8,3%	9,6%	9,4%
Atmosphäre	3,27	3,30	3,21	0,80	0,81	0,77	9,4%	9,6%	9,3%
Kurortmedizinische Potenziale	2,95	2,22	1,57	0,67	0,37	0,11	7,9%	4,4%	1,3%
Informationsqualität im Vorfeld	2,35	2,63	3,08	0,42	0,54	0,72	5,0%	6,3%	8,6%
Qualität des Reiseservices	1,84	2,42	2,26	0,22	0,45	0,39	2,6%	5,4%	4,7%
Erreichbarkeit	2,59	2,64	2,63	0,52	0,54	0,54	6,1%	6,4%	6,5%
Informationsqualität vor Ort	3,05	2,81	3,00	0,71	0,61	0,69	8,3%	7,2%	8,3%
Unterkunft	3,50	3,31	3,47	0,89	0,82	0,88	10,5%	9,7%	10,6%
Gesundheitsangebot	3,26	2,68	2,32	0,80	0,56	0,41	9,4%	6,6%	4,9%
Allgemeines Freizeitangebot	2,09	2,24	2,40	0,32	0,38	0,44	3,8%	4,5%	5,3%
Kulturangebot	2,68	2,58	2,44	0,56	0,52	0,46	6,6%	6,1%	5,5%
Aktivangebot	2,82	2,94	2,76	0,61	0,66	0,59	7,2%	7,9%	7,1%
Mobilität vor Ort	2,68	2,55	2,92	0,56	0,50	0,66	6,6%	6,0%	7,9%
Gesamt							100%	100%	100%

Quelle: eigene Erhebung und Berechnungen

²⁸ Spalte eins dokumentiert die durchschnittliche zielgruppenspezifische Wichtigkeit der verschiedenen Qualitätskategorien, ermittelt im Rahmen der durchgeführten empirischen Erhebung.

²⁹ Spalte zwei zeigt das Ergebnis einer Skalierung der in Spalte eins dargestellten Werte. Die Ergebnisse aus Spalte eins wurden hierfür mithilfe einer linearen Funktion und unter Verwendung eines minimalen (1,3) und maximalen Richtwertes (3,8) in ein Punktesystem von 0 (geringste Wichtigkeit) bis 1 (höchste Wichtigkeit) transformiert. Der minimale Richtwert wurde leicht unterhalb, der maximale Richtwert leicht oberhalb des niedrigsten bzw. höchsten Punktwertes angesetzt. Hierdurch wurde erreicht, dass der Maßstab der Punktgewichte nicht mehr durch ein absolutes Punktesystem (von 0 = sehr unwichtig bis 4 = sehr wichtig) gebildet wird, sondern durch die niedrigsten bzw. höchsten empirisch ermittelten durchschnittlichen Punktwerte. Im Hinblick auf die Gestaltung des Bewertungsmodells wird mit dieser Rechenoperation das Ziel verfolgt, die Bedeutungsunterschiede zwischen den verschiedenen Qualitätskategorien deutlicher zum Ausdruck zu bringen.

³⁰ Spalte drei zeigt die Gewichtungsfaktoren, die sich auf Basis der skalierten Punktwerte ergeben. Jeder skalierte Punktwert wurde hierbei mit der Summe der Punktwerte der vierzehn Qualitätskategorien ins Verhältnis gesetzt. Die Summe der Gewichtungsfaktoren ergibt somit immer 100%.

Die Ergebnisse in Tab. 10 verdeutlichen, dass die betrachteten Zielgruppen den übergreifenden Qualitäten eine besondere Bedeutung beimessen. Ein weiterer Schlüsselfaktor im touristischen Angebot stellen die Unterkunftsmöglichkeiten dar. Die größten zielgruppenspezifischen Unterschiede existieren in Bezug auf die gesundheitsorientierten Qualitätskategorien (kurortmedizinische Potenziale sowie Gesundheitseinrichtungen). Erwartungsgemäß sind diese für die Wellness- und v.a. für die Kur- und Gesundheitstouristen von deutlich höherer Bedeutung als für die Erholungstouristen. Aber auch die Informationsqualität im Vorfeld sowie die Qualität des Reiseservices weisen große zielgruppenspezifische Bedeutungsunterschiede auf.

3.5.2 Informationsqualität im Vorfeld der Reise

Die Information über das Urlaubsangebot einer Destination stellt den ersten Schritt in der Aktivitätskette des Kunden dar. Der Informationsbedarf und die genutzten Informationsquellen sind dabei abhängig von der Reiseentscheidungsphase, in der sich der Kunde befindet (vgl. LUFT 2001, S. 300). Je konkreter die Vorstellungen vom durchzuführenden Urlaub werden, desto spezifischer sind auch die Informationen, die der (potenzielle) Gast benötigt (vgl. FREYER 1995, S. 86f.). Die Informationsdienstleistungen der kurörtlichen Marketingorganisation gewinnen mit zunehmender Konkretisierung des Informationsbedarfs an Bedeutung. Sie ist herausgefordert, den Kunden bei seiner gezielten Informationssuche mit möglichst spezifischen Informationen zu unterstützen. Das vorliegende Bewertungssystem setzt genau an dem Punkt der Reiseentscheidung bzw. Urlaubsplanung an, an dem die touristische Marketingorganisation zum Informationsdienstleister für den Kunden wird und damit erste Servicefunktionen innerhalb der touristischen Dienstleistungskette übernimmt. Wenngleich diese Leistungen im Vorfeld der Reise erbracht werden, prägen sie bereits die Urlaubszufriedenheit des Gastes. Insbesondere extreme Erlebnisse können positive wie auch negative Erfahrungen erzeugen, die mit der Destination in Verbindung gebracht werden.

Die Information über das Urlaubsangebot kann über verschiedene Informationsquellen erfolgen. Die zielgruppenspezifische Bedeutung verschiedener Informationsquellen und – hieraus resultierend – die Gewichtung entsprechender Hauptkriterien des Bewertungssystems wurden auf der Basis der durchgeführten empirischen Forschung ermittelt.

Tab. 11 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung der verschiedenen Informationsmöglichkeiten (gemessen an der tatsächlichen Nutzung der verschiedenen Quellen) sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 11: Informationsqualität im Vorfeld: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Informationsquellen	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Auskünfte des Arztes	17,8%	0,0%	0,0%	Ansprache von Ärzten	21,9%	0,0%	0,0%
Prospekte	29,2%	39,9%	24,8%	Informationsqualität des Prospektmaterials	35,8%	38,0%	26,5%
Internet	16,7%	32,4%	43,3%	Informationsqualität des Internetauftritts	20,6%	30,9%	46,4%
Auskünfte der Touristinformation	4,4%	15,4%	16,7%	Informationsservice der Touristinformation (Vorfeld)	5,4%	14,7%	17,9%
Berichte oder Werbung in Zeitungen, Zeitschriften, Hörfunk etc.	13,3%	17,2%	8,5%	Werbe- und PR-Präsenz in den verschiedenen Medien	16,3%	16,4%	9,1%
Erzählungen von Verwandten und Bekannten	39,0%	47,1%	32,3%	Nicht operationalisierbar	X	X	X
Sonstiges	18,3%	16,6%	13,2%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Keine Infoquellen genutzt	0,0%	5,2%	11,1%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Weiß nicht/ Keine Angaben	5,6%	0,0%	0,3%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung bestätigen einmal mehr die hohe Bedeutung des Internets als Quelle für Reiseinformationen. Über alle Zielgruppen hinweg ist es die wichtigste Informationsquelle der befragten Privatgäste von Heilbädern und Kurorten. Auffällig ist allerdings die deutlich geringere Bedeutung dieses Mediums für die befragten Kur- und Gesundheitstouristen. Während fast die Hälfte der Erholungstouristen das Internet als Informationsquelle im Vorfeld der Reise genutzt hat, ist es bei den Kur- und Gesundheitstouristen nur etwa jeder Fünfte. Eine weitere Verbreitung - auch und vor allem - bei dieser älteren Zielgruppe darf aber angenommen werden (vgl. F.U.R. 2005, S. 81).

Prospekte dienen v.a. den befragten Wellness- sowie Kur- und Gesundheitstouristen zur Information über das Urlaubsangebot einer Destination. Wenngleich die Dominanz der Prospektwerbung im örtlichen Marketingmix vielfach kritisch hinterfragt wird, so zeigen die

³¹ Als Hauptkriterium innerhalb des Bewertungssystems wurden nur jene Angebote berücksichtigt, die mit vertretbarem Aufwand operationalisierbar sind und die eine Mindestbedeutung von 5% Nutzungsintensität bei mindestens einer Zielgruppe aufweisen (vgl. Kapitel 3.2.4). Ist dies nicht der Fall, wird in den jeweiligen Tabellen darauf hingewiesen.

³² Prozentangaben beziehen sich auf den Anteil innerhalb der Zielgruppe.

³³ Der Gewichtungsfaktor ergibt sich durch die Division der zielgruppenspezifischen Nutzungsintensität durch die Summe der relevanten Nutzungsintensitäten. Relevant sind nur jene Handlungsalternativen, die auch als Hauptkriterien Berücksichtigung finden. Die Summe der Gewichtungsfaktoren pro Zielgruppe ergibt immer 100%.

Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung, dass sie eine durchaus bedeutende Informationsquelle des Kunden in der Phase der genaueren Orientierung darstellen.

Auskünfte der Touristinformationen spielen insbesondere für die Wellness- und Erholungstouristen eine Rolle im Rahmen ihrer Reisevorbereitung, weniger für die Kur- und Gesundheitstouristen. Nur 4,4% dieser Zielgruppe nutzen diese Möglichkeit der Informationsbeschaffung. Im Schnitt der betrachteten Zielgruppen ist die Bedeutung von Auskünften der Touristinformation im Vorfeld der Reise deutlich geringer einzuschätzen als etwa die Nutzung von Prospektmaterial oder von Internetinformationen. Gleiches gilt für Werbe- und PR-Medien, die von 9,3% der Befragten als Informationsquelle genutzt werden.

Etwa jeder fünfte Kur- und Gesundheitstourist spricht seinen Arzt an, wenn es um die Planung einer gesundheitsorientierten Reise geht. Orte mit Spezialisierung in diesem engeren gesundheitstouristischen Segment sollten den Ärzten – als potenziellen Multiplikatoren – daher durchaus Aufmerksamkeit im Rahmen ihrer Marketingaktivitäten schenken (vgl. auch RÖPKE-GERHARD/ SCHUBERT 1992, S. 329), zumal diese Zielgruppe sehr fokussiert und ohne die üblichen Streuverluste angesprochen werden kann (vgl. STEHLE 1995, S. 99).

Eine sehr hohe Bedeutung im Rahmen der Reiseentscheidungsprozesse der Befragten besitzen weiterhin Erzählungen von Bekannten und Verwandten. Die Ableitung eines sinnvoll operationalisierbaren Hauptkriteriums ist hier allerdings nicht möglich.

3.5.3 Qualität des Reiseservices

Die Information über das Urlaubsangebot geht in der nächsten Phase in die Reiseplanung und Reiseorganisation über. Bei der Reiseorganisation ist grundsätzlich zwischen zwei Formen zu unterscheiden (vgl. hierzu GANSER 1991, S. 91ff.):

1. der vollständig selbst organisierten **Individualreise** und
2. der **Veranstalterreise**, bei der sämtliche Leistungen oder ein Teil der Leistungen durch einen Veranstalter als Paket zusammengestellt und verkauft werden.

Die kurörtliche Marketingorganisation kann den Kunden bei beiden Formen der Reiseorganisation gezielt unterstützen. Das Dienstleistungsspektrum reicht dabei von der einfachen Zimmervermittlung bis hin zur Gestaltung und dem Verkauf von kompletten Pauschalangeboten (vgl. GRAUVOGEL 2004, S. 321).

Tab. 12 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung der beiden Reiseorganisationsformen (gemessen am tatsächlichen Reiseverhalten) sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 12: Qualität des Reiseservices: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Die Reise wurde vollständig selbst organisiert	95,5%	90,9%	92,9%	Reiseservice für Individualreisende	95,5%	93,8%	94,7%
Die Reise war eine Pauschalreise oder beinhaltete ein Pauschalpaket	4,5%	6,1%	5,2%	Reiseservice für Pauschalreisende	4,5%	6,3%	5,3%
Sonstiges	0,0%	3,0%	1,9%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Sehr deutlich wird die große Dominanz der Individualreise gegenüber der Pauschalreise. Durchschnittlich 92,6% der befragten Privatgäste von Heilbädern und Kurorten geben an, ihre Reise selbst organisiert zu haben. Nur 5,7% haben die Dienste eines Veranstalters in Anspruch genommen. Gemeinhin wird jedoch angenommen, dass die Bedeutung der Veranstalterreise im Inlandstourismus an Bedeutung gewinnen wird (vgl. F.U.R. 2005, S. 67). Es bleibt abzuwarten, ob dieser Trend auch in den Heilbädern und Kurorten zum Tragen kommt. Dafür spricht, dass es sich beim Gesundheitsurlaub um ein sehr beratungsintensives Produkt handelt und somit von einem erhöhten Bedarf an reiseorganisatorischen Dienstleistungen auszugehen ist. Nach STEEN (1999, S. 44) stellt daher die „Pauschalierung des Angebots [...] eine mögliche Strategie im Gesundheitstourismus dar, die bereits von vielen Kurorten mit dem Ziel verfolgt wird, das Klientel der selbst zahlenden Gäste zu erreichen“.

3.5.4 Überregionale Erreichbarkeit des Ortes

Die Anreise ist ein notwendiger Bestandteil eines Urlaubs. Je nach Art und Dauer der Urlaubsreise spielt eine gute bzw. schnelle Erreichbarkeit des Ortes eine unterschiedliche Rolle. Generell gilt: Je kürzer der Aufenthalt, desto schneller muss das Reiseziel zu erreichen sein, denn Anreisezeit und Urlaubszeit vor Ort müssen in einem sinnvollen Verhältnis zueinander stehen.

Tab 13 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung verschiedener Anreiseformen (gemessen am tatsächlichen Reiseverhalten) sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 13: Erreichbarkeit: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen	Nutzungsintensität ³²			Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Anreise PKW	95,5%	87,9%	80,3%	Erreichbarkeit mit dem PKW	95,5%	93,5%	86,1%
Bahnreise Bahn	4,5%	6,1%	13,0%	Erreichbarkeit mit der Bahn	4,5%	6,5%	13,9%
Anreise Bus	0,0%	0,0%	2,6%	Nicht relevant	X	X	X
Anreise Flugzeug	0,0%	3,1%	0,4%	Nicht relevant	X	X	X
Anreise Fahrrad	0,0%	0,0%	0,4%	Nicht relevant	X	X	X
Anreise Wohnmobil bzw. Wohnwagen	0,0%	0,0%	1,5%	Nicht relevant	X	X	X
Sonstiges	0,0%	0,0%	1,9%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Erwartungsgemäß spielt die Anreise mit dem PKW auch bei den Gästen von Heilbädern und Kurorten eine besondere Rolle. Wichtige Gründe hierfür sind der Wunsch nach Flexibilität sowie einem geringem Reiseplanungs- sowie Durchführungsaufwand (vgl. ADAC 2004, S. 14f.). Eine nennenswerte Bedeutung hat darüber hinaus nur noch die Anreise mit der Bahn, die insbesondere für die befragten Erholungstouristen eine Rolle spielt. Die übrigen Verkehrsmittel werden kaum genutzt und daher auch bei der Gestaltung des Bewertungssystems nicht weiter berücksichtigt.

3.5.5 Informationsqualität vor Ort

Auch vor Ort hat der Gast vielfältige Informationsbedürfnisse, für deren Befriedigung er unterschiedliche Quellen nutzt. Tab. 14 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung verschiedener Informationsquellen sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 14: Informationsqualität vor Ort: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Informationsquellen	Nutzungsintensität ³²			Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Mündliche oder schriftliche Informationen der Touristinformation	53,1%	47,6%	40,9%	Vorortservice der Touristinformation	32,2%	29,2%	28,9%
Die touristische Beschilderung	62,3%	52,8%	47,7%	Qualität der touristischen Beschilderung	37,8%	32,4%	33,7%
Mündliche oder schriftliche Informationen in der Unterkunft	49,5%	62,6%	52,8%	Verfügbarkeit von Informationsmaterialien bei den Vermietern	30,0%	38,4%	37,3%
Selbst mitgebrachtes Informationsmaterial	23,4%	38,0%	36,6%	Nicht operationalisierbar	X	X	X
Keine Informationsangebote genutzt	12,9%	4,5%	14,7%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Sonstiges	0,0%	1,8%	3,0%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Weiß nicht/ Keine Angaben	0,0%	0,0%	0,2%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die verschiedenen Informationsquellen, die vor Ort potenziell zur Verfügung stehen, vom Gast intensiv genutzt werden. Die größte Bedeutung besitzen Informationen, die der Gast von seinem Vermieter erhält bzw. in seiner Unterkunft vorfindet, gefolgt von der touristischen Beschilderung sowie Auskünften der Touristinformation. Eine recht hohe Bedeutung kommt auch selbst mitgebrachtem Informationsmaterial zu. Im Schnitt sind es 35,6% der Befragten, die diese Informationsquelle nutzen. Aufgrund der schwierigen Ableitung eines sinnvollen, operationalisierbaren Hauptkriteriums wurde hier allerdings auf eine weitere Berücksichtigung verzichtet.

3.5.6 Beherbergungsangebot

Das Beherbergungsangebot stellt einen touristischen Angebotsfaktor mit herausragender Bedeutung für den Kunden dar. Dies gilt speziell für den Deutschlandurlaub, weil hier das unbeständige Wetter einer Kompensation „unter Dach“ bedarf (vgl. ADAC 1989, S. 13). Zugleich sind die Ansprüche des Gastes an die Qualität der Betriebe in den vergangenen Jahren stark gestiegen. Das bedeutet nicht, dass der moderne Tourist sich nur mit der Luxusklasse zufrieden gibt. Jedoch gibt es – je nach gebuchtem Standard – Basisqualitäten, die vorausgesetzt werden. Und wenn der Kunde so richtig zufrieden nach Hause fahren soll, dann muss man ihm noch ein bisschen mehr bieten als eben diese Basisqualitäten. ENDINGER (1990, S. 125) drückt die bestehenden Herausforderungen wie folgt aus: „Gefragt sind

Tourismusgestalter, die so attraktive Angebotsqualitäten entwickeln können, dass der Konsument anhand des Produktes erkennt, was sein eigentliches Bedürfnis war“.

Tab. 15 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung verschiedener Beherbergungsformen sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 15: Beherbergungsangebot: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Unterkunftsarten	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Hotel	30,4%	42,4%	35,8%	Hotelangebot	35,0%	45,2%	41,6%
Gasthof/ Pension	17,4%	9,1%	14,6%	Angebot an Gasthöfen und Pensionen	20,0%	9,7%	16,9%
Kurklinik/ Sanatorium	8,7%	9,1%	1,5%	Kurkliniken/ Sanatorien	10,0%	9,7%	1,7%
Ferienwohnung/ Ferienhaus	30,4%	33,3%	34,3%	Ferienwohnungen/ -häuser	35,0%	35,5%	39,8%
Ferienpark/ Ferienanlage	4,3%	0,0%	2,6%	Nicht relevant	X	X	X
Campingplatz	0,0%	0,0%	4,5%	Nicht relevant	X	X	X
Sonstiges	8,7%	6,1%	6,7%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Die Ergebnisse verdeutlichen die herausragende Bedeutung der Hotellerie einerseits und von Ferienwohnungen bzw. -häusern andererseits. Gasthöfe bzw. Pensionen und Kurkliniken bleiben hinsichtlich ihrer Bedeutung für die befragten Zielgruppen deutlich hinter diesen beiden Beherbergungsformen zurück. Gleiches gilt für Campingplätze und Ferienparks, die bei keiner der betrachteten Zielgruppen die „5%-Hürde“ erreichen und daher bei der Gestaltung des Bewertungssystems keine weitere Berücksichtigung finden. Zielgruppenspezifische Unterschiede zeigen sich v.a. bei der Nutzung der Hotellerie, den Gasthöfen bzw. Pensionen sowie den Kurkliniken, während Ferienwohnungen und -häuser von allen Zielgruppen mit etwa gleicher Häufigkeit genutzt werden.

3.5.7 Mobilität vor Ort

Unter dem Begriff „Mobilität“ soll in vorliegender Arbeit die räumliche Erreichbarkeit von Angeboten und Gelegenheiten der Bedürfniserfüllung verstanden werden (vgl. hierzu GÖTZ et al. 2003, S. 57). Aus (gesundheits-) touristischer Sicht ist die Erreichbarkeit von Orten und Gelegenheiten des Essens, des Schlafens, der Gesundheitsförderung und der Freizeitgestaltung im weitesten Sinne von Bedeutung.

Tab. 16 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung verschiedener Fortbewegungsarten am Urlaubsort sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 16: Mobilität vor Ort: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Fortbewegungsmittel vor Ort	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Zu Fuß	94,9%	84,6%	82,0%	Fußgängerfreundlichkeit	71,4%	73,2%	66,8%
Mit öffentlichen Verkehrsmitteln	7,0%	10,4%	12,0%	ÖPNV-Angebot	5,3%	9,0%	9,7%
Mit dem Fahrrad	31,0%	20,5%	28,8%	Fahrradfreundlichkeit	23,3%	17,8%	23,5%
Per Auto	41,5%	33,2%	38,1%	Kein sinnvolles Kriterium ableitbar	X	X	X
Sonstiges	5,1%	0,0%	4,0%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Weiß nicht/ Keine Angaben	0,0%	0,0%	0,2%	Kein Kriterium ableitbar	X	X	X
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Der größte Teil der befragten Personen gibt an, sich vor Ort überwiegend zu Fuß fortbewegt zu haben. Immerhin fast ein Drittel der Befragten hat am Urlaubsort das Fahrrad als Fortbewegungsmittel genutzt. Eine verkehrsberuhigte, fußgänger- und fahrradfreundliche Gestaltung des Ortes ist daher von hoher Bedeutung, dies auch vor dem Hintergrund, dass verkehrsbedingte Belastungen wie Lärm und Abgase vom Urlauber – gerade in Kurorten – als besonders störend empfunden werden (vgl. ADAC 1993, S. 19).

Diese Wahrnehmung steht in Kontrast zur Tatsache, dass im Schnitt 37,4% der Befragten angibt, sich vor Ort überwiegend mit dem Auto fortbewegt zu haben. Nur jeder zehnte privat zahlende Übernachtungsgast in Heilbädern und Kurorten nutzt hingegen öffentliche Verkehrsmittel zur Fortbewegung vor Ort. Dieses Ergebnis überrascht nicht. Auf die eigene Mobilität wird zugunsten einer wünschenswerten Verkehrssituation im Ort nur selten verzichtet. Wenn die Verkehrssituation vor Ort nicht akzeptabel ist, weichen die Touristen eben auf alternative Ziele aus (vgl. ADAC 2004, S. 19). Die Kommunen sind somit herausgefordert, bestmögliche Mobilität zu ermöglichen und zugleich Verkehrsprobleme möglichst gering zu halten.

Da das Auto und seine Wirkungen auf das Erscheinungsbild, die Ruhe und die Luftqualität in einem Kurort gravierende Störfaktoren darstellen, lässt sich aus der hohen Bedeutung des Autos als Fortbewegungsmittel kein sinnvolles Qualitätsmerkmal ableiten. Die Bewertung der Mobilität vor Ort erfolgt daher auf der Grundlage der (Haupt-) Kriterien Fußgängerfreundlichkeit, ÖPNV-Angebot und Fahrradfreundlichkeit. Die isolierte Betrachtung dieser Qualitätskategorien darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass sich verkehrsplanerische Ziele nur durch das Zusammenwirken eines Bündels unterschiedlicher Maßnahmen erreichen lassen. STETTLER (1997, S. 266f.) formuliert die folgenden komplementären Stoßrichtungen einer ganzheitlichen Verkehrspolitik: Verkehrsvermeidung, Verkehrsverminderung, Verkehrsverlagerung und Verkehrsoptimierung.

3.5.8 Angebot an Gesundheitseinrichtungen und -infrastrukturen

Das Angebot an Gesundheitseinrichtungen und -infrastrukturen in Heilbädern und Kurorten ist vielfältig. Es reicht von dienstleistungsintensiven Gesundheitszentren (z.B. Kurmittelhaus) über singuläre Wellnesseinrichtungen (z.B. Saunalandschaft, Fitnessstudio) bis hin zu reinen Infrastrukturen, die vorwiegend keine Servicefunktionen integrieren (z.B. Terrainkurwege, Gradierwerke). Die Herleitung eines sinnvollen Kriterienkatalogs zur Bewertung des Angebots an Gesundheitseinrichtungen erforderte daher zunächst eine geeignete und möglichst überschneidungsfreie Strukturierung des Angebots. Als problematisch erwies sich hierbei, dass in der Praxis deutliche Überschneidungen zwischen unterschiedlichen Infrastrukturtypen existieren, die eine eindeutige Zuordnung in ein Bewertungsschema erschweren. Beispielsweise haben sich in den letzten Jahren viele klassische Kurmittelhäuser zu Gesundheitszentren gewandelt, die zusätzlich zum traditionellen Kurangebot auch alternative Heilmethoden, Wellness- und Beautyangebote offerieren. Umgekehrt erkennen Wellness- und Beautyeinrichtungen zunehmend die Nachfrage nach spezifischen Gesundheitsangeboten (vgl. RULLE 2004, S. 20).

Die schließlich verwendeten Angebotskategorien wurden nach sorgfältiger Prüfung ausgewählt. Zum besseren Verständnis und zur klaren Abgrenzung werden die einzelnen Kategorien im Folgenden erläutert.

a. Kur-, Gesundheits-, Wellness- bzw. Badezentren

In dieser Angebotskategorie werden verschiedene zentralörtliche gesundheitsorientierte Dienstleistungsbetriebe zusammengefasst, die sich in der Praxis zum Teil deutlich im Hinblick auf Marktpositionierung und Leistungsangebot überschneiden und daher nur schwer gegeneinander abzugrenzen sind. Ein weiterer Grund für die gemeinsame Betrachtung der teilweise sehr verschiedenen Einrichtungen ist, dass die (gesundheits-) touristische Nachfrage heute möglichst multifunktionale Angebote unter einem Dach wünscht. Dieses Bedürfnis kann durch eine gemeinsame Betrachtung verschiedener Einrichtungstypen besser abgebildet werden als eine isolierte Betrachtung. Letztere würde infrastrukturstarke Orte mit verschiedenen Einrichtungen, die jeweils aber nur über ein begrenztes Leistungsangebot verfügen, gegenüber Orten mit multifunktionalen Wellness- und Gesundheitszentren bevorzugen.

Im Einzelnen finden hier die folgenden Einrichtungstypen Berücksichtigung:

Kurmittelhäuser bzw. Gesundheitszentren

Die Entstehung der klassischen Kurmittelhäuser steht in engem Zusammenhang mit der „offenen Badekur“, für die heute der Begriff „ambulante Kur“ gilt. Zentrales Kennzeichen der ambulanten Kur ist die frei wählbare Unterkunft und Verpflegung. Dies erforderte geeignete örtliche Einrichtungen zur Abgabe der balneophysikalischen Therapie: die Kurmittelhäuser. Das zentrale Merkmal des klassischen Kurmittelhauses ist das Fehlen eines Unterkunftsangebots. Auch bedingt durch entsprechende Forderungen in den Begriffsbestimmungen des Deutschen Heilbäderverbandes verfügt fast jeder deutsche Kurort über ein Kurmittelhaus. Eine Ausnahme bilden die Kneippheilmäler und Kneippkurorte, die aufgrund ihrer kurmedizinischen Ausrichtung keine entsprechende Einrichtung benötigen. Die sinkende Bedeutung der ambulanten Kur im deutschen Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren zu einem massiven Strukturproblem der Kurmittelhäuser geführt. Dringend erforderliche Modernisierungsinvestitionen wurden aufgrund der sinkenden Auslastung vielfach verpasst. Dies wiederum nahm die Chance zur Positionierung auf dem Markt der privaten Gesundheitsgäste. Verstärkt wurde diese ungünstige Situation durch den Trend zu zentralisierten Angeboten und die aufkeimende Konkurrenz der multifunktionalen Gesundheitshotellerie. Die Folgen dieser Krisensituation waren und sind insbesondere: die Schließung von Kurmittelhäusern sowie die Privatisierung und der Umbau der Einrichtungen unter unternehmerischen Gesichtspunkten. Es gibt aber natürlich auch Beispiele für Kurmitteleinrichtungen, die frühzeitig in eine Modernisierung des Angebots investiert und damit die Weichen für eine erfolgreiche Positionierung auf dem Markt der Privatzahler gestellt haben. Wie oben bereits erwähnt, haben viele Einrichtungen Ihre Angebotspalette diversifiziert und sich zu modernen Gesundheitszentren mit einem breiten, qualifizierten Angebot entwickelt. Teilweise wurde ein überdachter Anschluss an benachbarte Hotelbetriebe geschaffen, um dem Bedürfnis des Gastes nach einem möglichst zentralisierten Angebot gerecht zu werden. Insgesamt lässt sich feststellen, dass es heute vielfältige Ausprägungen von Kurmitteleinrichtungen gibt. Sie reichen vom kleinen Privatunternehmen, das ausgewählte Formen der balneophysikalischen Therapie anbietet bis hin zum komplexen Gesundheitszentrum. In Abgrenzung zu den im Folgenden vorgestellten Wellness- und Beautyeinrichtungen haben die unter der Kategorie „Kurmittelhäuser und Gesundheitszentren“ zusammengefassten Einrichtungen eine primär kurmedizinische Ausrichtung.

Wellness- und Beautyeinrichtungen außerhalb von Hotelbetrieben

In diese Angebotskategorie fallen alle Einrichtungen ohne eigenes Übernachtungsangebot mit gesundheits-, wellness- und beautyorientierten Angeboten, wobei die Angebotsausrichtung primär nicht-medizinisch ist. Beispiele für entsprechende Einrichtungen sind Kosmetikstudios, Sonnenstudios, Saunalandschaften, Fitnessstudios oder multifunktionale Wellness- und Beautyzentren, die häufig unter dem Begriff „Spa“ vermarktet werden. Letztgenannte Angebotsform ist allerdings in der Regel an ein städtisches Umfeld gebunden und spielt in Heilbädern und Kurorten nur eine sehr untergeordnete Rolle (vgl. PÜTZ-WILLEMS/ RICHTER 2002, S. 44). Die übrigen genannten Einrichtungen sind singuläre Angebotsformen und stehen in Konkurrenz zum expandierenden Markt komplexer gesundheitsorientierter Einrichtungen, die diese Angebotsformen als Teilelemente des Gesamtkonzeptes integrieren.

Schwimmbäder bzw. Badelandschaften

Diese Angebotsform lässt sich deutlich durch ihren inhaltlichen Fokus gegenüber anderen Einrichtungsformen abgrenzen, nämlich dem Gast die Möglichkeit zum Baden und Schwimmen zu geben. Auch hier gilt, dass die Angebote zunehmend komplexer und multioptionaler werden. Moderne Badelandschaften bieten dem Gast ein weit über das Schwimmen hinaus reichendes Angebot. Wellnesseinrichtungen und -dienstleistungen sowie Gastronomieangebote sind die häufigsten Zusatzelemente, die in das Repertoire der Bäder aufgenommen werden. Viele Badegäste setzen ein solches Angebot heute voraus. Die Möglichkeit, sich in angenehmer Atmosphäre verwöhnen zu lassen, ist vom Zusatz- zum Grundnutzen des Kunden geworden, der sich glücklicherweise wirtschaftlicher erfüllen lässt als der Wunsch, baden zu gehen. Denn im Gegensatz zu den großen Wasserflächen lassen sich die Wellness- und Beautybereiche in den Bädern profitabel betreiben, so dass die Verluste aus dem Betrieb der Wasserflächen reduziert oder gar kompensiert werden können (vgl. LUDGEN 2002, S. 62). Dennoch existieren nach wie vor die klassischen kommunalen Bäder, deren Leistungsangebot sich auf das Baden beschränkt und deren Atmosphäre noch einige Wünsche offen lässt. PÜTZ-WILLEMS/ RICHTER (2002, S. 43) stellen hierzu fest: Day Spas setzen „die Wohlfühlwelle wesentlich professioneller und strategischer um als kommunale, öffentliche Erlebnisbäder oder Thermen in Kurorten. Der Wellnessgedanke greift in dieser Branche nur zögerlich. Konservatives Denken und finanzielle Zwänge machen vor allem die Kommunen und Kurorte [...] bislang nur bedingt wellness-tauglich“.

b. Kurabteilungen von Sanatorien oder Kliniken

Sanatorien sind die traditionellen Kureinrichtungen im deutschen Kurwesen zur Durchführung von klinischen, stationären Kuren. Sie sind gekennzeichnet durch einen gehobenen medizinischen Standard, Voraussetzungen für die Krankenpflege, Hotelkomfort und Arzt im Haus sowie durch eine meist begrenzte Zahl von 30 bis 100 Betten. Kurkliniken stellen die nächste Generation von Kureinrichtungen für stationäre Kuren dar. In Abgrenzung zu den Sanatorien besitzen Kliniken spezialklinische Möglichkeiten in der Diagnostik und der Therapie sowie eine bei weitem größere Bettenzahl von 120 bis 250 Betten und mehr (vgl. KIRSCHNER 2005, S. 87). Auch Kliniken richten sich mit ihrem Angebot zunehmend an den privat zahlenden Gast. Wenngleich die stationäre Privatkur heute noch eine Nische darstellt, so gehören die Kurabteilungen von Kliniken und Sanatorien doch zum relevanten Angebot bei der Bewertung eines Kurortes aus der Sicht von privat zahlenden Zielgruppen.

c. Kur- bzw. Wellnessbereiche in Hotels

Im Beherbergungssektor sind Kur- und Wellnessbereiche vorwiegend in der Hotellerie vorzufinden. Zwar gibt es auch Klein- und Kleinstbetriebe, die Kur- und Wellnessangebote offerieren, jedoch spielen diese Angebote aufgrund ihrer geringen Wirtschaftlichkeit nur eine geringe Rolle. Insbesondere die Wellnesshotellerie hat in den letzten Jahren eine starke Angebotsexpansion erfahren (vgl. HANK-HAASE/ ILLING 2005, S. 5). Betrachtet wird daher die Hotellerie, die Infrastrukturen für Kur- bzw. Wellnessanwendungen vorhält. Bedingt durch den Trend zur Diversifikation des Angebots bzw. zur Zentralisierung vielfältiger Angebotsbausteine unter einem Dach sind auch im Hotelsektor die Übergänge zwischen Kur- und Wellnessbetrieben fließend (vgl. RULLE 2004, S. 144).

d. (Kur-) Park(s)

Jeder Kurort, jedes Heilbad besitzt einen Kurpark. Die Begriffsbestimmungen sowie deren Umsetzung in den Kurortgesetzen der Länder setzten die Existenz eines Kurparks für die Prädikatisierung als Heilbad oder Kurort voraus: „Ein gartenarchitektonisch gestalteter und gärtnerisch bewirtschafteter Park soll als Zone der Ruhe, der Kommunikation und mit Veranstaltungen zur Unterhaltung einen Anziehungspunkt des Kurortes bilden“ (DHV 2005, S. 37). Die praktische Umsetzung dieses Kriteriums der Prädikatisierung ist freilich – wie in vielen anderen Bereichen auch – sehr unterschiedlich. Neben großzügigen, aufwendig gestalteten Parks existieren kleine Grünflächen, die aufgrund fehlender Möblierung und Bepflanzung kaum zum Verweilen einladen. Aus Sicht der atmosphärischen Gestaltung deutscher Kurparks listet SCHOBER (1998, S. 213) die folgenden Mängel auf: „mit viel Aufwand erstellte sterile Grünanlagen, Kurvenlinealwege, Hügelchen, Asphaltwege oder Betonpflasterung, Betonbän-

de, Betonwasserspiele, Beete stereotyp an Weggabelungen, Kurzrasen oder etwas auffällige ‚natürliche Blumenwiese‘, Gestaltung von Blumenpracht mit zu wenig Lebensfreude, unkünstlerische Bepflanzungspläne, zu biedere bzw. zu abgezirkelte Farb- und Formenkompositionen“.

e. Trink- und Wandelhalle

Je nach Spartenzugehörigkeit und Heilanzeigen müssen Heilbäder und Kurorte eine Trink- und Wandelhalle zur Abgabe von Trinkkuren vorhalten. Die Nutzung der zum Teil imposanten Gebäude beschränkt sich aber häufig nicht auf therapeutische Zwecke. Die meist großzügigen Räumlichkeiten bieten auch alternativen Nutzungen (vor allem Kulturveranstaltungen) einen Rahmen. Teilweise sind in den Hallen auch Gastronomiebetriebe untergebracht. Trink- und Wandelhallen sind klassische kommunale Zuschussgeschäfte. Immer häufiger wird daher die Notwendigkeit einer solchen Infrastruktur kritisch hinterfragt.

f. Gradierwerke

Gradierwerke sind großflächige Bauwerke aus Schwarzdornreisig, die in Heilbädern mit Solevorkommen zu finden sind. Sie dienten ursprünglich der Salzgewinnung. Heute stehen sie häufig unter Denkmalschutz und werden von den Gästen als Freiluftinhalatorien genutzt (vgl. KIRSCHNER 2005, S. 57).

g. Terrainkurwege bzw. Nordic-Walking-Wege

Die kurmäßige Anwendung des Wanderns als Bewegungstherapie findet auf Terrainkurwegen statt, die in verschiedene Schwierigkeitsgrade bzw. Belastungsstufen unterteilt sind. Bis auf die Seebäder und -heilbäder müssen alle Bädertypen Terrainkurwege im Rahmen der Prädikatisierung nachweisen. Insbesondere die heilklimatischen Kurorte verfügen aufgrund ihrer kurmedizinischen Ausrichtung über ein umfangreiches Wegenetz, das nach therapeutischen Aspekten klassifiziert ist (vgl. KIRSCHNER 2005, S. 155).

h. Strand- bzw. Kurpromenade

Was die Terrainkurwege für die heilklimatischen Kurorte sind, ist die Strandpromenade für die Seebäder und Seeheilbäder. Aus kurmedizinischer Sicht ist die Strandpromenade eine Einrichtung im Bereich der Strandzone zur kontrollierbaren Dosierung der Klimareize (vgl. DHV 2005, S. 46). Aber auch einige Kurorte abseits der Küste verfügen über Promenaden. Auch diese werden innerhalb dieser Angebotskategorie berücksichtigt.

Tab. 17 erteilt eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren.

Tab. 17: Gesundheitseinrichtungen: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Gesundheitseinrichtungen	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung ³⁴	81,8%	69,7%	59,1%	Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung	22,4%	23,2%	27,3%
Kurabteilung einer Klinik/ eines Sanatoriums	11,4%	11,7%	0,7%	Gesundheitsangebot in Kliniken/ Sanatorien	3,1%	3,9%	0,3%
Kur- bzw. Wellnessabteilung eines Hotels	36,9%	39,0%	23,2%	Gesundheits-/ Wellnessangebot in der Hotellerie	10,1%	13,0%	10,7%
Kurpark	86,3%	73,0%	42,9%	Kurpark	23,6%	24,3%	19,8%
Trink- und Wandelhalle	25,3%	15,7%	8,7%	Trink- und Wandelhalle	6,9%	5,2%	4,0%
Gradierwerk bzw. eine Saline	17,2%	7,2%	5,7%	Gradierwerk/ Saline	4,7%	2,4%	2,6%
Terrainkurweg	36,1%	15,3%	14,6%	Terrainkurwege	9,9%	5,1%	6,8%
Kur- bzw. Strandpromenade	70,7%	68,3%	61,5%	Kur-/ Strandpromenade	19,3%	22,8%	28,4%
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Auffällig, jedoch nicht überraschend, ist zunächst, dass die betrachteten Gesundheitseinrichtungen besonders intensiv durch die Kur- und Gesundheitstouristen genutzt werden, gefolgt von den Wellnesstouristen und schließlich den Erholungsurlaubern. Die am häufigsten genutzte Gesundheitseinrichtung in Heilbädern und Kurorten ist die Kur- bzw. Strandpromenade. Schließt man von der Nutzungshäufigkeit eines Angebots auf dessen Bedeutung – wie es in dieser Arbeit grundsätzlich getan wird – so ist der Gestaltung attraktiver Flaniermöglichkeiten für den Gast in Form von Promenaden im Rahmen der Ortsentwicklung erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken. Eine fast ebenso hohe Nutzungshäufigkeit weisen die Kur-, Gesundheits-, Wellness- bzw. Badeeinrichtungen auf. Dies überrascht nicht, werden hier doch verschiedene Arten von Einrichtungen gemeinsam betrachtet. Entsprechende Einrichtungen werden umso häufiger genutzt, je stärker die Gesundheitsorientierung der betrachteten Zielgruppen ist. Über alle Zielgruppen hinweg nutzen fast 50% der befragten Privatgäste von Heilbädern und Kurorten den örtlichen Kurpark. Hier sind die zielgruppenspezifischen Unter-

³⁴ Die weiter oben erläuterten Einrichtungstypen, die in der Kategorie „Kur-, Gesundheits-, Wellness- bzw. Badeeinrichtungen“ Berücksichtigung finden (Kurmittelhäuser, Gesundheitszentren, Wellness- und Beautyeinrichtungen außerhalb von Hotelbetrieben sowie Schwimmbäder bzw. Badelandschaften) wurden im Rahmen der empirischen Erhebung getrennt voneinander abgefragt, um den Probanden verständliche Items vorlegen zu können (vgl. Fragebogen im Anhang). Die in der Tabelle dargestellten Nutzungsintensitäten beziehen sich somit auf den Anteil derjenigen Personen einer Zielgruppe, der mindestens eine der drei Einrichtungstypen genutzt hat.

schiede besonders deutlich: insbesondere für die gesundheitsorientierten Urlauber besitzt diese Infrastruktur eine herausragende Bedeutung. Nicht nur aus formellen Gründen – weil die Bestimmungen zur Erlangung einer Artbezeichnung dies fordern – sollte also der Gestaltung eines attraktiven Kurparks eine hohe Bedeutung innerhalb der räumlichen Planung auf Ortsebene beigemessen werden. Etwa ein Viertel der Befragten nutzte die Kur- bzw. Wellnessabteilung eines Hotels. Bei den Kur- und Gesundheits- bzw. den Wellness Touristen ist der Anteil noch (deutlich) höher. Die Hotellerie leistet somit einen ganz wesentlichen Beitrag zum örtlichen Gesundheitsangebot. Sie stellt vielfach sogar das zentralörtliche Wellness- bzw. Gesundheitsangebot für Gäste. Eine gezielte Förderung und Einflussnahme auf die Entwicklung in diesem Sektor ist daher sehr wichtig: „Die Hotelentwicklung eines Ortes oder einer Region einfach treiben zu lassen, bedeutet Stillstand, Bewegungsunfähigkeit, ja Rückschritt“ (EDINGER 1990, S. 371).

Die übrigen Einrichtungen sind v.a. für die gesundheitsorientierten Urlauber von Bedeutung. Insbesondere Kur- bzw. Gesundheitsangebote in Kliniken werden durch Erholungstouristen nicht nachgefragt.

3.5.9 Freizeitattraktionen und -programme

Um zu einer stärkeren Differenzierung bei der Bewertung des Freizeitangebots zu gelangen, wird unterschieden in Allgemeines Freizeitangebot, Aktivangebot und Kulturangebot. Während die Aktivangebote sowie die Kulturangebote durch einen eindeutigen inhaltlichen Bezug gekennzeichnet sind, werden unter der Kategorie ‚Freizeitattraktionen und -programme‘ sehr verschiedenartige, z.T. zielgruppenspezifische Angebote betrachtet, wie z.B. Kinderbetreuung, Einkaufsmöglichkeiten oder Seelsorgeangebote. Die vollständige Liste der verwendeten Angebotskategorien ist nebst ihrer zielgruppenspezifischen Bedeutung bzw. Gewichtung Tab. 18 zu entnehmen.

Tab. 18: Freizeitattraktionen und -programme: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Freizeitangebote	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Shopping/ Einkaufen	73,5%	76,8%	82,0%	Shopping-/ Einkaufsmöglichkeiten	32,1%	45,6%	41,8%
Einen Vortrag oder eine Lesung besuchen	46,9%	21,4%	10,0%	Angebot an Vorträgen/ Lesungen	20,5%	12,7%	5,1%
Ein Seminar besuchen	8,8%	4,3%	1,3%	Seminarangebot	3,8%	2,5%	0,6%
An einer Führung teilnehmen	7,0%	20,3%	20,7%	Angebot an Führungen	3,1%	12,1%	10,6%
Seelsorge bzw. Gesprächskreise	11,4%	0,0%	0,3%	Seelsorge bzw. Gesprächskreise	5,0%	0,0%	0,2%

Alternativen/ Freizeitangebote	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
An einer organisierten Ausflugsfahrt teilnehmen	36,2%	29,3%	21,6%	Organisiertes Ausflugsangebot	15,8%	17,4%	11,0%
Einen Erlebnispark besuchen	10,5%	4,2%	11,4%	Erlebnispark(s)	4,6%	2,5%	5,8%
Ein Tierpark oder Wildgehege besuchen	19,9%	2,0%	14,5%	Tierpark(s)/ Wildgehege	8,7%	1,2%	7,4%
Einen Spielplatz nutzen	7,4%	10,2%	17,2%	Spielplätze	3,2%	6,1%	8,8%
Kinderspielräumlichkeiten nutzen	4,4%	0,0%	11,9%	Kinderspielräumlichkeiten	1,9%	0,0%	6,1%
Einen öffentlichen Grillplatz nutzen	3,1%	0,0%	5,3%	Öffentliche Grillplätze	1,3%	0,0%	2,7%
An einem Kreativkurs teilnehmen	3,1%	0,0%	0,7%	Nicht relevant	x	x	x
Kinderbetreuung bzw. -animation	0,0%	1,8%	4,9%	Nicht relevant	x	x	x
Nichts von dem	5,1%	12,3%	10,6%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
Weiß nicht/ keine Angaben	0,0%	0,0%	0,7%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Über drei Viertel der befragten Gäste von Heilbädern und Kurorten haben das örtliche Shopping- bzw. Einkaufsangebot genutzt. Vieles spricht dafür, dass das Einkaufen dabei mehr als nur Mittel zum Zweck ist. Denn zunehmend ist Einkaufen eine Freizeitbeschäftigung, die zum Vergnügen ausgeübt wird (vgl. WIDMANN 2006, S. 11). Wenngleich Einkaufen sicher kein primäres Motiv touristischer Aufenthalte in Heilbädern bzw. Kurorten darstellt, so kann ein adäquates Einkaufsangebot als wesentlicher touristischer Angebotsbaustein erachtet werden. Weitere Freizeitangebote, die in der zielgruppenübergreifenden Betrachtung eine sehr hohe Bedeutung haben, sind organisierte Ausflugsfahrten und Führungen. Vorträge und Lesungen sind insbesondere für die Kur- und Gesundheitstouristen interessant ebenso wie Seelsorge-Angebote sowie Seminare. Spielplätze und Kinderspielräumlichkeiten werden erwartungsgemäß vorwiegend durch die Erholungsurlauber genutzt. Kreativkurse und Kinderanimationsangebote werden bei keiner der betrachteten Zielgruppen von mindestens 5% der Befragten genutzt. Sie werden daher im Rahmen des Bewertungssystems nicht weiter berücksichtigt.

3.5.10 Aktivangebot

Sport und Bewegung sind traditionell fester Bestandteil des kurörtlichen Angebots. Allerdings hat sich der Zielfokus sportlicher Angebote in den vergangenen Jahrzehnten deutlich verschoben. Während sportliche Angebote um 1900 noch vorwiegend der „Heilung der Langweile“ der vornehmenden Kurgäste diente (v.a. nachdem das Glücksspiel verboten worden war) (vgl. FUHS 1992, S. 290), ist heute der gesundheitliche Nutzen von Bewegung das zentrale Motiv

für die verschiedenen Aktivitäten. Denn regelmäßige Bewegung, und insbesondere Ausdauersportarten wie Joggen, Radfahren, Spaziergehen, reduzieren nachweislich das Risiko für Herz-Kreislaufkrankheiten (vgl. BMVBW 2002, S. 18).

Die verwendeten Hauptkriterien sind das Ergebnis der Kategorisierung des Aktivangebots in verschiedene Aktivitäten bzw. Sportarten. Eine Übersicht über die zielgruppenspezifische Bedeutung der verschiedenen Aktivangebote sowie die abgeleiteten Hauptkriterien und deren Gewichtungsfaktoren ist Tab. 19 zu entnehmen.

Tab. 19: Aktivangebote: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Aktivangebote	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Wandern bzw. Spaziergehen	95,1%	94,5%	88,8%	Wanderangebot	35,8%	38,7%	34,3%
Baden bzw. Schwimmen in einem natürlichen Gewässer	58,1%	20,9%	47,6%	Natürliche Bademöglichkeiten	21,9%	8,5%	18,4%
Radfahren	46,6%	54,3%	43,4%	Radfahrangebot	17,6%	22,2%	16,8%
Minigolf	7,3%	11,6%	19,1%	Minigolfplätze	2,8%	4,7%	7,4%
Tanzen	17,9%	21,0%	12,7%	Tanzangebot	6,8%	8,6%	4,9%
Kegeln oder Bowling	13,2%	10,4%	9,0%	Kegel-/ Bowlingbahnen	5,0%	4,3%	3,5%
Wassersport, wie z.B. Segeln, Surfen oder Kanufahren	12,9%	7,4%	8,9%	Wassersportangebot	4,9%	3,0%	3,4%
Inlineskaten	3,1%	0,0%	7,8%	Möglichkeiten zum Inlineskaten	1,2%	0,0%	3,0%
Tennis, Squash oder Badminton	0,0%	5,2%	5,6%	Tennis-, Squash- oder Badmintonangebot	0,0%	2,1%	2,2%
Reiten	0,0%	1,8%	5,4%	Reitangebot	0,0%	0,7%	2,1%
Klettern	4,4%	10,4%	4,0%	Kletterangebot	1,7%	4,3%	1,6%
Angeln	7,0%	1,7%	3,5%	Angelmöglichkeiten	2,6%	0,7%	1,4%
Skilaufen	0,0%	5,2%	3,1%	Skiangebot	0,0%	2,1%	1,2%
Golfspielen	4,2%	3,2%	2,9%	Nicht relevant	x	x	x
Eislaufen	0,0%	3,4%	1,4%	Nicht relevant	x	x	x
Segel- oder Gleitschirmfliegen oder Fallschirmspringen	0,0%	0,0%	1,1%	Nicht relevant	x	x	x
Nichts von dem	0,0%	1,8%	2,4%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
Weiß nicht/ keine Angaben	0,0%	3,7%	0,5%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Die hohe Bedeutung des Wanderns als Urlaubs- und Freizeitaktivität ist aus zahlreichen Studien hinlänglich bekannt. Erwartungsgemäß stellen Wandern und Spaziergehen auch in

Heilbädern und Kurorten die am häufigsten ausgeübten Aktivitäten der Touristen dar³⁵. Fast 90% der befragten Selbstzahler geben an, diesen Aktivitäten während ihres Aufenthaltes nachgekommen zu sein. Durch die Beanspruchung eines Großteils der Skelettmuskulatur und durch die angenehme Wirkung auf die Psyche hat Wandern eine ganzheitliche Auswirkung auf Fitness und Wohlbefinden des Menschen (vgl. ALTMANN 2000, in LEDER 2003, S. 323) – und damit eine besondere Bedeutung im Angebotsspektrum von Heilbädern und Kurorten.

Eine ähnlich positive, gesundheitsfördernde Wirkung besitzt das Fahrradfahren (vgl. BMVBW 2002, S. 18). Fast 50% der Befragten geben an, während ihres Aufenthaltes im Heilbad bzw. Kurort Fahrrad gefahren zu sein. Insgesamt hat Fahrradfahren als Freizeitaktivität im Urlaub bzw. als eigene Tourismusart in den letzten Jahren einen großen Aufschwung erlebt (vgl. SCHNELL 2003, S. 331). Viele Regionen haben daher in der Vergangenheit erhebliche Mittel zur Verbesserung bzw. zum Aufbau fahrradtouristischer Infrastrukturen aufgewendet (vgl. ADAC 2004, S. 68).

Die dritte herausragende Aktivität, die die befragten Privatgäste von Heilbädern und Kurorten während ihres Aufenthaltes ausgeübt haben, ist das Baden bzw. Schwimmen in natürlichen Gewässern. Dies gilt insbesondere für die Kur- und Gesundheitstouristen und die Erholungstouristen. Hier ist es jeweils etwa die Hälfte der Befragten, die dieser Aktivität nachgekommen ist. Besonders wenn man die Saisongebundenheit des Badens bzw. Schwimmens berücksichtigt, ist dies ein sehr hoher Wert.

Die Bedeutung aller übrigen erfassten Aktivangebote fällt deutlich gegenüber der des Wanderns, Radfahrens oder Badens bzw. Schwimmens ab. Diese Angebote sind insofern weniger als Basisangebot, sondern eher als Zusatz- bzw. Nischenangebot für die befragten Gäste zu sehen. Die Aktivitäten Golfspielen, Eislaufen, Segel- oder Gleitschirmfliegen und Fallschirmspringen werden aufgrund ihrer zu geringen Bedeutung für die befragten Zielgruppen im Rahmen der Bewertung nicht weiter betrachtet.

3.5.11 Kulturangebot

Gerade die traditionsreichen Heilbäder und Kurorte waren in der Vergangenheit – und sind es zum Teil noch heute - Kristallisationspunkte des gesellschaftlichen Lebens, die über Jahrhunderte hinweg eine besondere kulturelle Prägung erhalten haben. KIRSCHNER (2001, S. 69) bezeichnet sie daher auch als „Spiegel der gesellschaftlichen Verhältnisse in den verschiede-

³⁵ Die Zusammenfassung der Aktivitäten Wandern und Spaziergehen im Rahmen der empirischen Erhebung zu dieser Arbeit erfolgte aufgrund der nur schwer zu trennenden, hierfür relevanten Angebotsqualitäten. Leider ist aufgrund der gemeinsamen Betrachtung der beiden Aktivitäten keine spezifische Betrachtung der einzelnen, sich durchaus unterscheidenden, Aktivitäten möglich.

nen Epochen“. Die Medizingeschichte der Kurorte steht insofern von jeher in einem engen Verhältnis zur Geschichte ihrer Kultur (vgl. FUHS 1992, S. 13).

Ein großer Teil der touristischen Nachfrage besitzt heute eine hohe Affinität zu kulturellen Angeboten. Als Gründe hierfür gelten insbesondere das hohe Bildungsniveau in unserer Bevölkerung sowie die Sehnsucht einer schnelllebigen, modernen Gesellschaft nach kultureller Identität und nach „der guten alten Zeit“ („Nostalgiereiz“) (vgl. LINDSTÄDT 1994, S. 16ff.). Aus touristischer Sicht stellt das kulturelle Potenzial der Heilbäder und Kurorte daher eine nicht zu unterschätzende Stärke gegenüber herkömmlichen Erholungsorten dar.

Die Operationalisierung des kulturellen Angebots eines Heilbades bzw. Kurortes erfordert zunächst eine Auseinandersetzung mit der Frage, was Kultur (-tourismus) überhaupt bedeutet. Insbesondere stellt sich die Frage, wie weit der Begriff ‚Kultur‘ gefasst werden soll bzw. wo die Grenze zwischen Kultur und Zivilisation liegt. Für die Zwecke dieser Arbeit erschien ein weit gefasstes Verständnis von Kultur zielführend, um möglichst viele Aspekte des (touristisch relevanten) kulturellen Angebots eines Heilbades bzw. Kurortes innerhalb dieser Kategorie erfassen und bewerten zu können. Neben Objekten und Veranstaltungen auf hoher künstlerischer oder historisch bedeutsamer Ebene sollte daher auch Alltagskultur beachtet werden, wie z.B. regionale Märkte, Büchereien, Sportveranstaltungen etc. (vgl. WOLBER 1997, S. 54).

Bei der Zusammenstellung der schließlich verwendeten Angebotskategorien wurde auf verschiedene vorliegende Ansätze zur Strukturierung des kulturellen Angebots einer touristischen Destination zurückgegriffen (vgl. hierzu u.a. LOHMANN 1999, S. 76 oder SCHEFFEL 1993, S. 189ff.).

Tab. 20 erteilt - wie gewohnt an dieser Stelle - eine Übersicht über die in der Marktbefragung untersuchten kulturellen Aktivitäten und deren Bedeutung für die verschiedenen Zielgruppen sowie die hieraus resultierenden Hauptkriterien und deren Gewichte.

Tab. 20: Kulturangebot: Handlungsalternativen, Nutzungsintensität, Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³¹

Alternativen/ Kulturangebote	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Kulturelle Sehenswürdigkeiten	54,2%	43,0%	45,9%	Kulturelle Sehenswürdigkeiten	18,4%	14,2%	15,6%
Museum	43,6%	15,8%	23,9%	Angebot an Museen	14,8%	5,2%	8,1%
Konzert/ Musikevent	70,1%	35,8%	18,7%	Konzerte/ Musikevents	23,8%	11,9%	6,4%
Volksfest	22,9%	19,2%	17,0%	Volksfeste	7,8%	6,4%	5,8%
Sportevent zum Zuschauen	7,0%	4,5%	13,6%	Sportevents zum Zuschauen	2,4%	1,5%	4,6%
Kinder-/ Familienveranstaltung	0,0%	0,0%	5,3%	Kinder-/ Familienveranstaltungen	0,0%	0,0%	1,8%

Alternativen/ Kulturangebote	Nutzungsintensität ³²			Abgeleitete Hauptkriterien	Gewichtung ³³		
	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Theater-, Kleinkunst- oder Freilichtbühne	25,2%	19,4%	15,7%	Theater-, Kleinkunst- oder Freilichtbühne	8,6%	6,4%	5,3%
Kino	0,0%	4,7%	13,1%	Kinoangebot	0,0%	1,5%	4,4%
Diskothek	0,0%	0,0%	8,2%	Diskotheken	0,0%	0,0%	2,8%
Bücherei/ Bibliothek	12,6%	7,9%	7,8%	Bücherei/ Bibliothek	4,3%	2,6%	2,6%
Regionaler Markt	9,1%	50,7%	34,6%	Regionale Märkte	3,1%	16,8%	11,7%
Café/ Eisdielen	36,9%	72,1%	66,6%	Angebot an Cafés/ Eisdielen	12,5%	23,8%	22,6%
Bar/ Vergnügungsort	13,0%	29,2%	24,6%	Bars/ Vergnügungsorte	4,4%	9,7%	8,3%
Spielbank	0,0%	1,8%	2,4%	Nicht relevant	x	x	x
weiß nicht/ keine Angaben	0,0%	0,0%	0,2%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
nichts von dem	5,1%	1,8%	4,0%	Kein Kriterium ableitbar	x	x	x
Gesamt					100%	100%	100%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Die empirischen Ergebnisse verdeutlichen eine insgesamt hohe Nutzungsintensität kultureller Angebote. Eine herausragende Bedeutung haben Cafés sowie kulturelle Sehenswürdigkeiten. Aber auch Konzerte, Museen, Regionalmärkte und Bars spielen im Reiseverhalten der Befragten eine große Rolle. Eine geringe Bedeutung für die Probanden haben Spielbanken. Im Schnitt sind es lediglich 2,1%, die ein entsprechendes Angebot wahrgenommen haben. Wenngleich die Spielbank in einzelnen Orten sicher ein Angebots-Highlight darstellt, so erfordert die konsequente Umsetzung der Logik des vorliegenden Bewertungssystems, dass dieser Angebotsfaktor nicht weiter berücksichtigt wird. Auffällig ist, dass sich die Kur- und Gesundheitstouristen deutlich stärker als die übrigen Zielgruppen durch die „höherwertigen“ Angebote, wie v.a. Konzerte, kulturelle Sehenswürdigkeiten oder Museen angesprochen fühlen. Vergleichsweise gering ist hingegen deren Inanspruchnahme von Angeboten, die eher der „Alltagskultur“ zuzuordnen sind, wie z.B. Kino, Cafés und Bars.

3.5.12 Ästhetische Qualität der Landschaft

Landschaftliche Attraktivität hat aus Sicht der gesundheitstouristischen Nachfrage zwei Dimensionen. Einerseits erwartet der Gast von einer Landschaft, dass sie ihn ästhetisch anspricht und andererseits muss die Landschaft für ihn nutzbar sein (vgl. KREISEL/ REEH 2004, S. 76). Im Mittelpunkt steht - an dieser Stelle des Bewertungsinstrumentes - die ästhetische Qualität der Landschaft. Funktionelle Eigenschaften der Landschaft als Voraussetzungen für spezifische Aktivitäten werden im Rahmen der aktivitätsbezogenen Qualitätskategorien berücksichtigt. Bei der Reiseentscheidung und für die Urlaubszufriedenheit spielt die ästhetische Qualität der Landschaft bekanntlich eine herausragende Rolle. Dieses Erkenntnis wurde erwartungsgemäß auch durch die durchgeführte empirische Forschung bestätigt. Betont wird in der

Literatur zudem die besondere Bedeutung ästhetischer Landschaftsqualität für die physische und psychische Gesundheit des Menschen (vgl. FELLER 1979, S. 240).

Die Bewertung der ästhetischen Landschaftsqualität auf der Grundlage eines einfachen, effizienten Kriterienkatalogs stößt ohne Zweifel auf einige **Probleme** und lässt sich nur unter gewissen Prämissen realisieren. Dieser Meinung ist auch NOHL (1998, S. 254): „Das Ei des Kolumbus zur validen und praktikablen Behandlung des Landschaftsbildes [...] erscheint bis heute jedoch noch nicht recht gefunden“. Als besonders problematisch erweist sich die ausgeprägte Individualität und der hohe emotionale Gehalt bei der Bewertung landschaftlicher Ästhetik (vgl. hierzu Kapitel 2.2.5.4). „Das Hauptproblem vorliegender Verfahren ist darin zu sehen, dass Empfindungen und Emotionen wie das ästhetische Erleben der Schönheit einer Landschaft in einem rationalen wissenschaftlichen Planungsraster dargestellt und objektiv bewertet werden sollen“ (vgl. KREISEL/ REEH 2004, S. 87). Viele Autoren verstehen daher die Ästhetik einer Landschaft als eine im Objekt nicht messbare Größe. Um dennoch zu einer Bewertung zu gelangen, binden sie den Nutzer als Probanden in die Landschaftsbildbewertung mit ein und kommen so zu einer nutzerabhängigen, subjektiven Einschätzung (vgl. insbesondere NOHL 1983, 1993, 1998).

In dieser Arbeit wird der Standpunkt vertreten, dass - mit gewissen Einschränkungen - ausgewählte „quasi objektive“ Kriterien zur (nutzerunabhängigen) Bewertung landschaftlicher Ästhetik herangezogen werden können, die gewiss nicht die Vorlieben *aller* (potenziellen) Nutzer abbilden können, jedoch zumindest die einer Mehrheit (vgl. KREISEL/ REEH 2004, S. 82). Zur Begründung sei einerseits auf verschiedene Theorien hingewiesen, die Zusammenhänge zwischen der Bewertung einer Landschaft und bestimmten Eigenschaften und Bedürfnissen des Menschen beschreiben und damit Regelmäßigkeiten in der Landschaftsbewertung begründen (vgl. hierzu u.a. APPELETON 1975, S. 58ff. oder BAROUSSA 1991) und andererseits auf empirische Studien, die die Relevanz ausgewählter Kriterien für den Nutzer belegen (vgl. u.a. NOHL/ NEUMANN 1986, S. 101ff.).

Auf der Suche nach geeigneten **Kriterien** zur Bewertung der ästhetischen Landschaftsqualität stößt man zunächst auf sehr abstrakte Begriffe, wie vor allem Vielfalt, Eigenart, Schönheit, Harmonie oder Naturnähe. SCHWAHN (1990, S. 77) bezeichnet diese übergeordneten Bewertungskriterien als „normative Elemente“. Es wird unterstellt, dass sie auch für den Nutzer relevant sind, also dass die Menschen im Allgemeinen eine vielfältige Landschaft einer monotonen Landschaft vorziehen oder dass eine naturnahe Landschaft objektiv schöner ist als eine anthropogen stark überformte Landschaft. Im Rahmen existierender Bewertungsverfahren findet eine Vielzahl solcher normativer Elemente Anwendung³⁶.

³⁶ Als Ergebnis einer Auswertung von insgesamt 13 Bewertungsverfahren kommt SCHWAHN (1990, S. 80) auf insgesamt 25 verwendete normative Elemente, die allerdings große inhaltliche Überschneidungen aufweisen.

Die hohe Komplexität bzw. der Abstraktionsgrad der genannten „Normen“ landschaftlicher Ästhetik macht eine weitere Konkretisierung, sprich Operationalisierung erforderlich. Grundsätzlich stellt sich hierbei die Frage, ob ein quantitativer oder qualitativer Bewertungsansatz verfolgt werden soll. Für eine Landschaftsbewertung mithilfe qualitativer Kriterien spricht im Wesentlichen, dass die Landschaft ganzheitlich betrachtet wird und individuelle Eigenschaften berücksichtigt werden können.

An dieser Stelle der Bewertung wird ein quantitativer Bewertungsansatz auf der Grundlage ausgewählter und mit relativ geringem Aufwand messbarer Kriterien gewählt. Zu begründen ist dies mit der besseren Nachvollziehbarkeit und Transparenz der Bewertungsergebnisse sowie vor allem dem besseren Verhältnis zwischen erforderlichem Messaufwand und der Qualität der Bewertungsergebnisse. Zur weiteren Begründung sei auf den hohen wissenschaftlichen Entwicklungsstand quantitativer Landschaftsbewertungsmethoden verwiesen (vgl. Kapitel 2.2.1).

Welche Kriterien im Einzelnen verwendet wurden, ist Tab. 21 zu entnehmen.

Tab. 21: Ästhetische Landschaftsqualität: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³⁷

Hauptkriterien	Gewicht (zielgruppenübergreifend)
Waldrand	15,00%
Gewässerrand	35,00%
Relief	25,00%
Bodennutzung	25,00%

Quelle: eigene Darstellung

Die ausgewählten Hauptkriterien orientieren sich stark an den klassischen Landschaftsbewertungsverfahren der 60er/70er Jahre und am Leitkriterium der „Vielfalt“. Die positive Bewertung einer vielfältigen Landschaft erwächst nach NOHL (1970, zitiert in FELLER 1979, S. 241) aus dem fundamentalen Bedürfnis des Menschen nach Information. Um beim Menschen Aufmerksamkeit zu erzeugen, muss die Landschaft - als Informationsträger - abwechslungsreich bzw. vielfältig sein: „mit zunehmender Abwechslung (Komplexität) steigt das Interesse des Menschen jedoch nur bis zu einem gewissen Optimum, sonst entsteht Chaos. Eine vielfältige, abwechslungsreiche, vom Menschen als angenehm empfundene Umgebung muss zwischen den beiden Extremen, Chaos und Monotonie, liegen“ (FELLER 1979, S. 244).

³⁷ Im Gegensatz zu den aktivitätsorientierten Qualitätskategorien ist bei der Operationalisierung der übergeordneten Basisqualitäten (Landschaftsästhetik, Klima, Kurortmedizinische Potenziale, Atmosphäre im Ort) keine Aufgliederung in Hauptkriterien basierend auf Handlungsoptionen möglich. Auch kann bei den Hauptkriterien, welche die übergeordneten Basisqualitäten definieren, keine zielgruppenspezifische Gewichtung auf der Grundlage von aktuellen Marktdaten vorgenommen werden (vgl. Kapitel 3.2.11). Sowohl die Hauptkriterien und deren weitere Operationalisierung in Teilkriterien als auch sämtliche Gewichte wurden somit durch die Autorin definiert.

Besonders große Bedeutung wird dem Randeffect beigemessen (Waldrand, Gewässerrand), da gerade die Übergänge zwischen verschiedenen Landschaftselementen die Landschaft interessant und abwechslungsreich machen (vgl. hierzu KIEMSTEDT 1967, S. 19ff.). Als herausragend wird gemeinhin der Landschaftsfaktor Gewässerrand erachtet. Er vermittelt einen starken landschaftlichen Kontrast und erhöht den Eindruck der landschaftlichen Vielfalt. Der Waldrand schafft durch den Wechsel von Farben, Licht und Beleuchtung Kontrast und Abwechslung. Er bietet Schutz und Aussicht zugleich sowie eine artenreiche Vegetation. Das Relief einer Landschaft trägt zu dessen Gliederung bei. Bewegt man sich in einer topografisch abwechslungsreichen Landschaft und ändert seine Perspektive, wandelt sich auch das Landschaftsbild. Diese Abwechslung wiederum empfindet der Mensch positiv (vgl. BECKER 1976, S. 76). Als viertes, das Landschaftsbild bestimmende Element wurde – wie auch in den meisten klassischen Landschaftsbewertungsverfahren – die Bodennutzung herangezogen. Dies vor allem, weil sie das Bild der Landschaft – und damit ihre Attraktivität – entscheidend beeinflusst. Nähere Erläuterungen zu den verwendeten Kriterien sind dem Kriterienkatalog im Anhang zu entnehmen (vgl. Anhang 2).

3.5.13 Qualität des Klimas

Es besteht keinerlei Zweifel über die herausragende Bedeutung des Klimas für die Reiseentscheidung und die Urlaubszufriedenheit (vgl. FUCHS/ MAY 2000, S. 30). Die Deutschen wünschen sich dabei nicht nur Sonne und Wärme, sondern in fast gleichem Maße auch ein gesundes Klima (vgl. F.U.R. 2005, S. 86). Großräumig betrachtet gehört die Bundesrepublik Deutschland voll und ganz zur Westwetter bedingt gemäßigten Klimazone der Nordhalbkugel. Kleinräumig ergeben sich allerdings deutliche Differenzierungen, die für den menschlichen Organismus, seine Funktionen und Reaktionen sowie seine Urlaubszufriedenheit von erheblicher Bedeutung sein können.

Die Hauptkriterien, die zur Bewertung des Klimas herangezogen wurden, sowie deren Gewichtungsfaktoren sind Tab. 22 zu entnehmen.

Tab. 22: Klima: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren^{37 38}

Hauptkriterien	Gewicht (zielgruppenübergreifend)
----------------	-----------------------------------

³⁸ Verzichtet werden musste leider auf die Bewertung der Luftreinheit in den Heilbädern und Kurorten, wenngleich die Bedeutung dieses Faktors – auch aus touristischer Sicht – außerordentlich hoch einzuschätzen ist (vgl. hierzu LITTMANN 2000, S. 136 sowie HELLBRÜCK/ FISCHER 1999, S. 169ff.). Zu begründen ist der Verzicht mit der fehlenden aktuellen, zugänglichen Datenbasis. Daten zur Luftqualität auf Ortsebene sind in erforderlicher Tiefe den Luftqualitätsgutachten zu entnehmen, die Heilbäder und Kurorte im Rahmen ihrer Anerkennungsverfahren erstellen lassen müssen. Eine Erfassung der erforderlichen Daten im Rahmen der Erprobung des Bewertungsmodells (vgl. Kapitel 4) scheiterte leider sowohl an der Aktualität als auch an der Zugänglichkeit der örtlichen Gutachten.

Bioklima	50,00%
Sonnenscheindauer	30,00%
Aktuelle Klima-/ Wetterinformationen	20,00%

Quelle: eigene Darstellung

Bei der Bewertung des Klimas aus gesundheitstouristischer Sicht spielt das Bioklima³⁹ eine besondere Rolle. Aus diesem Grund ist es auch bei der Prädikatisierung von Heilbädern und Kurorten von Bedeutung. Bis auf die Seebäder müssen alle Bädertypen ein entsprechendes Gutachten vorlegen, um ausgezeichnet zu werden (vgl. DHV 2005, S. 86ff.). Ergänzt werden die Betrachtungen durch die Berücksichtigung der durchschnittlichen jährlichen Sonnenscheindauer – einem Faktor, der für Touristen von besonderer Relevanz ist: „Sonne, Wärme und schönes Wetter“, sind für 45% der Deutschen über 14 Jahre ein „besonders wichtiges“ Reisemotiv (vgl. F.U.R. 2005, S. 86). Ergänzend zu diesen meteorologischen Elementen würdigt das Bewertungssystem, wenn die örtliche Kur- bzw. Tourismusorganisation aktuelle Klima- und Wetterdaten erfasst und die Daten dem Gast tagesaktuell zur Verfügung stellt.

3.5.14 Kurortmedizinische Potenziale

Heilbäder und Kurorte differenzieren sich vor allem durch ihre spezifischen, kurortmedizinischen Potenziale von traditionellen Tourismusdestinationen. Hierzu zählen insbesondere ihre ortsgebundenen natürlichen Heilmittel sowie das kurmedizinische Know-how, das sich im Laufe der Zeit in den Orten etabliert und entwickelt hat⁴⁰. Diese Potenziale bilden die Grundlage und Voraussetzung zur Anwendung des typischen Spektrums therapeutischer Kurmaßnahmen. Eine hohe Qualität der kurortmedizinischen Potenziale ist in Deutschland durch gesetzliche Vorgaben sowie verschiedene spezielle Regelungen (vgl. hierzu DHV 2005) gewährleistet. Einen wesentlichen Beitrag leisten die „Begriffsbestimmungen“ des Deutschen Heilbäderverbandes, die Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen definieren. Die Beurteilung der kurortmedizinischen Potenziale von deutschen Heilbädern und Kurorten erfolgt insofern auf hohem Niveau.

Bei der Herleitung geeigneter Bewertungskriterien stellte sich daher die Frage, welche Faktoren – über die bestehenden Vorschriften hinaus – das kurortmedizinische Potenzial eines Kurortes in einer für den privat zahlenden Gast spürbaren Weise beeinflussen. Hierbei wurde grundsätzlich die Auffassung vertreten, dass sich kurmedizinisches Potenzial nicht durch

³⁹ Unter Bioklima ist der Komplex klimatischer Ursachen für physische und psychische Reaktionen des Menschen zu verstehen. Zahlreiche Faktoren beeinflussen das Bioklima, wie z.B. Luftdruck, Temperatur oder Luftfeuchtigkeit. Sie bilden verschiedene so genannte bioklimatische Wirkungskomplexe (thermische, luftchemische, strahlungsbedingte und neutrophe), die das Wohlbefinden des Menschen beeinflussen. Ihre Ausprägung variiert je nach geografischer Ausstattung eines Raumes (vgl. BECKER 1972, S. 46ff.).

⁴⁰ Kurortmedizinische Infrastrukturen werden in Kapitel 3.5.8 Gesundheitseinrichtungen berücksichtigt.

Quantitäten ausdrücken lässt, wie etwa die Zahl an Kliniken, Betten, Ärzten oder Indikationen. Auch ein kleiner Kurort mit wenigen therapeutischen Einrichtungen kann ein kurmedizinisch hervorragendes, spezialisiertes Angebot bieten. Die Hauptkriterien, die schließlich definiert wurden sowie deren Gewichtungsfaktoren sind Tab. 23 zu entnehmen.

Tab. 23: Kurortmedizinische Potenziale: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³⁷

Hauptkriterien	Gewicht (zielgruppenübergreifend)
Potenzial an natürlichen Heilmitteln	40,00%
Spektrum medizinisch-therapeutischer Kompetenzen	30,00%
Einrichtungen zur Wissensgenerierung und zum Wissenstransfer	15,00%
Verfügbarkeit zeitgemäßer (kur-) medizinischer Angebotspauschalen	15,00%

Quelle: eigene Darstellung

Von höchster Relevanz – und höchstem Gewicht - sind die **natürlichen Heilmittel des Bodens, des Meeres und des Klimas**. Sie bilden die Basis der kurörtlichen Behandlung und bestimmen das Spektrum der möglichen Anwendungsgebiete. Aufgrund ihrer Ortsspezifität handelt es sich zudem um nicht imitierbare Potenziale, die die Kurorte gegenüber herkömmlichen (gesundheits-) touristischen Standorten abgrenzen: „Natürliche Heilmittel sind wertvolle Schätze der Natur, sie sind mit ihren Wirkungen unersetzlich. Sie sind daher für den Fortbestand zu überwachen, zu schützen und zu pflegen“ (DHV 2005, S. 56). Explizit nicht geht es hierbei um natürliche Heilmittel als Basis für ein möglichst umfangreiches Indikationsangebot. Vielmehr werden natürliche Heilmittel als Basis für eine ortsspezifische kurmedizinische Spezialisierung verstanden⁴¹.

Als zweite, fast gleichwertige (jedoch leichter zu imitierende) Grundqualität wird die **medizinisch-therapeutische Kompetenz** der Heilbäder und Kurorte erachtet, denn die Gesundheitsdienstleistung lebt mehr noch als andere Dienstleistungen von den Fähigkeiten und Qualifikationen der dienstleistenden Personen. Wie bereits einleitend formuliert, soll hier nicht die Zahl an Ärzten und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen entscheidend sein. Als Qualitätsmerkmal wird hingegen erachtet, dass ein gewisses Spektrum verschiedener Fachqualifikationen im Kurort verfügbar ist – dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass sich zahlreiche medizinische Fragestellungen nur oder zumindest besser interdisziplinär beantworten lassen.

⁴¹ Auch aus Sicht des Deutschen Heilbäderverbandes ist die Spezialisierung auf ausgewählte Indikationsgebiete wünschenswert: „Es muss das Bestreben der Kurorte sein, ihre Indikationsgebiete aufgrund der Charakteristika ihrer ortsspezifischen Heilmittel möglichst eng zu halten“ (DHV 2005, S. 54). Auf Kriterien, die das Spektrum an Anwendungsgebieten und Indikationen betreffen, wird aus diesem Grund in vorliegendem Bewertungssystem verzichtet.

Die Existenz von **Einrichtungen zur (kur-) medizinischen Wissensgenerierung und zum Wissenstransfer** ist in zweifacher Hinsicht relevant für die Bewertung. Einerseits leisten sie einen Beitrag zum medizinischen Entwicklungsstand eines Kurortes. Zum anderen besitzen insbesondere die Bildungs- und Forschungsinstitute eine nicht unerhebliche Imagewirkung nach außen und tragen damit zur medizinischen Profilierung des Ortes bei. Für den selbst zahlenden Gesundheitstouristen – in der Regel medizinischer Laie – ist das Image eines Kurortes ein wesentlicher Ersatzindikator zur Beurteilung der zu erwartenden Qualität.

Ergänzend würdigt das Bewertungssystem die Verfügbarkeit **spezifischer (kur-) medizinischer Angebotspauschalen**. Dem liegt die Annahme zugrunde, dass die Wettbewerbsfähigkeit eines Kurortes im medizinisch-orientierten Segment des Gesundheitstourismus auch davon abhängen wird, auf welche Anwendungsgebiete sich der Kurort spezialisiert. Aufgrund der heutigen Situation unserer Gesellschaft, ihrer Demografie, ihres Gesundheitswesens, ihrer Arbeitsbedingungen etc. existieren verschiedene kurmedizinische Angebotsfelder, die bereits heute vom Privatzahler besonders nachgefragt werden (vgl. Tab. 24).

Tab. 24: Zukunftsfähige medizinisch orientierte Angebotsfelder für Kurorte

Bereich	Hintergrund	Angebote (Beispiele)
Sportmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Zunehmende Zahl an Aktiven, die intensiv Sport treiben 	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote zur Trainingsdiagnose und -verbesserung • Rehabilitation von Sportunfällen
Psychosomatische ⁴² Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme eines breiten Spektrums psychosomatischer Erkrankungen aufgrund von Stresssituationen, Sorgen, Ängsten, Konflikten oder traumatischen Erlebnissen 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosomatische Beratung • Einzel-/ Gruppengespräche • Entspannungsangebote • Konfliktbewältigungsmethoden • Atemtherapie • Spirituelle, sinnstiftende Angebote, z.B. Meditation
Krebserkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Starker Anstieg der Krebserkrankungen in den Industrieländern, insbesondere aufgrund des gestiegenen Lebensalters 	<ul style="list-style-type: none"> • Angebote zur körperlichen und seelischen Rehabilitation nach Operationen und Therapien (Strahlen- oder Chemotherapie)
Zivilisationserkrankungen ⁴³	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme von v.a. Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates durch v.a. mangelnde Bewegung sowie falsche Ernährung 	<ul style="list-style-type: none"> • Maßnahmen zur Rehabilitation und Therapie von Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie Erkrankungen des Bewegungsapparates • Maßnahmen zur Prävention von Zivilisationskrankheiten, z.B. dosierte Bewegungsangebote, Angebote für eine gesunde Ernährung

⁴² Unter Psychosomatik versteht man die wechselseitigen Beziehungen zwischen Körper und Seele. Im klinischen Sprachgebrauch wird damit eine Krankheitslehre bezeichnet, die psychische Einflüsse auf körperliche Vorgänge berücksichtigt. Im weiteren Sinne können alle psychogenen Erkrankungen, die zu somatischen Symptomen und pathologisch-anatomischen Veränderungen führen, als psychosomatische Krankheiten verstanden werden (vgl. DE GRUYTER 1997).

⁴³ Unter Zivilisationserkrankungen sind Krankheiten zu verstehen, die ihren Ursprung überwiegend in der Lebensweise der Menschen in den so genannten zivilisierten Ländern haben und in sehr großer Zahl auftreten.

Bereich	Hintergrund	Angebote (Beispiele)
Geroprophylaxe ⁴⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Zunahme älterer Bevölkerungsschichten; dadurch erhöhte Nachfrage nach Angeboten, die zu mehr körperlicher sowie mentaler Leistungsfähigkeit verhelfen bzw. den altersbedingten Leistungsabfall verlangsamen • Zunehmende Verunsicherung älterer Menschen aufgrund der altersbedingten verminderten Leistungsfähigkeit • Verstärkter Wunsch nach einem „gesunden“ Altern, v.a. angesichts der erhöhten Lebenserwartung 	<ul style="list-style-type: none"> • Umfassende Diagnostik zur Feststellung des Leistungsstandes des älteren Gastes • Bewegungs- und Entspannungsangebote • Beratung zur Gesundheitspflege im Alltag
Gesundheits-Check-Up	<ul style="list-style-type: none"> • Geringere Bereitschaft der Kostenträger im Gesundheitswesen, präventive Gesundheitsmaßnahmen zu finanzieren; hierdurch zunehmende Notwendigkeit der eigenverantwortlichen, privat finanzierten Prävention • Zunehmendes Gesundheitsbewusstsein 	<ul style="list-style-type: none"> • Spezifische Check-Up-Angebote (z.B. für typische Frauen- oder Männerleiden) • Allgemeine Check-Up-Angebote („Rundum-Check-Ups“)

Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an RULLE 2003, S. 145ff.

3.5.15 Atmosphäre im Ort

Eine der wichtigsten und zugleich am schwersten greifbaren Determinanten der Attraktivität eines touristischen Raumes ist seine Atmosphäre. SCHOBER (2001, S. 174) versteht unter Atmosphäre die „von einer Person empfundene und aktiv aufgenommene emotionale Ausstrahlung einer räumlichen Situation“. Das persönliche, individuelle Erleben ist demnach ein Teil der Atmosphäre. Atmosphäre entsteht also erst durch die spezifische, emotional geprägte Wahrnehmung der Menschen. So verstanden ist Atmosphäre allerdings kaum objektiv messbar. Bei der (möglichst) objektiven Bewertung von Atmosphäre kann es nur um beschreibbare Träger von Atmosphäre gehen, also um die räumlichen Komponenten, die die Atmosphäre prägen. Unter Atmosphäre wird in diesem Sinne das **Ensemble sinnlich wahrnehmbarer Komponenten einer räumlichen Situation** verstanden. Bewusst wird an dieser Stelle des Bewertungssystems die Atmosphäre im Ort betrachtet – und nicht das Ortsbild. Der Begriff „Atmosphäre“ ist weitreichender. Er umfasst – neben visuell erfassbaren Faktoren - auch

⁴⁴ Geriatrie oder Altersheilkunde ist die Lehre von den Krankheiten des alten Menschen. Dies betrifft v.a. Probleme aus den Bereichen der inneren Medizin, der Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie (Gerontopsychiatrie). Die Geriatrie hat zum Ziel, dem alten, aber v.a. dem sehr alten Menschen zu einem besseren Leben zu verhelfen. Dabei ist der Geriater hauptsächlich dann gefordert, wenn Mehrfacherkrankungen (Multimorbidität) vorliegen, die den einzelnen Arzt der jeweiligen medizinischen Fächer aufgrund vielfältiger Verflechtungen überfordern. Die Geriatrie ist somit als eine fächerübergreifende Disziplin zu verstehen. Ärzte können nach der Facharztausbildung (z.B. Fachärzte für Innere Medizin, Allgemeinmedizin) in Deutschland die Zusatzbezeichnung "Geriatrie" erwerben (vgl. BUDDEBERG 2004, S. 445ff.).

Aspekte wie die Geräuschkulisse, Lärmbelästigung, Gerüche oder auch die Menschen, die den touristischen Raum prägen. ROMEIß-STRACKE (1998, S. 140f.) geht davon aus, dass die „Architektur“ eines Raumes – und darunter versteht sie nicht nur bauliche Architektur, sondern das Zusammenwirken von Bauten, Möblierung, Dekoration, Gerüchen, Geräuschen etc. - also die zentralen Atmosphäreträger – im Urlaub eine wachsende Rolle spielt. Als wesentlichen Grund nennt sie den allgemeinen Trend zur Ästhetisierung unserer Konsum - und Lebenswelt. Aber nicht nur deshalb spielt diese Kategorie eine besondere Rolle innerhalb des vorliegenden Bewertungssystems, sondern auch aufgrund der Tatsache, dass die Atmosphäre zu den vermeintlichen Schwächen vieler Kurorte zählt. Die „typische Kurortatmosphäre“ ist ein negativ besetzter Begriff. Viele Menschen assoziieren mit Kurorten alte, kranke Menschen, die Dominanz von Kliniken im Ortsbild und hochgeklappte Bürgersteige am Abend. Wenngleich diese Vorstellungen sicher nicht auf alle Kurorte zutreffen, so hat die Beleuchtung der kurörtlichen Atmosphäre gerade im Hinblick auf die Identifizierung von Optimierungspotenzialen eine besondere Bedeutung.

Auf die subjektive Komponente von Atmosphäre wurde bereits hingewiesen. Der eine findet Renaissance attraktiv, der andere präferiert Barock. Der eine freut sich über spielende Kinder, der andere empfindet sie als störend. Ebenso wie bei der Bewertung der ästhetischen Qualität der Landschaft wird davon ausgegangen, dass es bestimmte allgemeingültige Kriterien zur Bewertung von Atmosphäre im Kurort gibt. Auch hier gilt es daher, Kriterien zu finden, die zielgruppenübergreifende Relevanz besitzen, die also als „atmosphärische Normen“ interpretiert werden.

Aus der Vielzahl denkbarer und in existierenden Analyse- und Bewertungsverfahren verwendeten Kriterien wurden die in Tab. 25 dargestellten Kriterien ausgewählt.

Tab. 25: Atmosphäre im Ort: Hauptkriterien und Gewichtungsfaktoren³⁷

Hauptkriterien	Gewicht (zielgruppenübergreifend)
Harmonie der räumlichen Ausstattungsfaktoren	20%
Eigenart	20%
Verkehrssituation	15%
Begrünung	15%
ästhetische Details	5%
Lebendigkeit	15%
Gepflegtheit	5%
Geschlossenheit von Ortszentrum und Kurbereich	5%

Quelle: eigene Darstellung

Diese Faktoren bilden die Atmosphäre einer Ortschaft aus Sicht der Autorin in befriedigender Weise ab und stellen Qualitätsmerkmale für die verschiedenen, im Rahmen der Bewertung

relevanten Standorte⁴⁵ dar. Neben visuell erfassbaren Größen (z.B. die Harmonie der Gebäude und Ausstattungsfaktoren) finden auch Aspekte Berücksichtigung, die mit anderen Sinnen wahrgenommen werden (z.B. verkehrsbedingte Lärmbelästigung). Die einzelnen Hauptkriterien werden im Folgenden nochmals begründet und inhaltlich erläutert.

Die **Harmonie der räumlichen Ausstattungsfaktoren** ist das wohl umfassendste Kriterium zur Charakterisierung der Atmosphäre im Kurort. Es drückt die Stimmigkeit zwischen baulichen Elementen und Ausstattungsfaktoren in Proportion bzw. Maßstab, Material, Farbe und Form aus. Stimmigkeit bedeutet dabei vor allem Verhältnismäßigkeit sowie Einheitlichkeit. Die räumlichen Ausstattungsfaktoren müssen zueinander passen. Ein einzigartiges historisches Bauwerk wird in seiner Wirkung empfindlich gestört, wenn ein (in Größe, Material, Farbe und Form unverhältnismäßiges) Parkhaus daneben steht. Aber auch zwei einzigartige Bauwerke nebeneinander können einen unharmonischen Eindruck vermitteln, wenn sie zu unterschiedlich sind. Die geforderte Einheitlichkeit der Ausstattungsfaktoren des touristischen Raumes darf aber keinesfalls verwechselt werden mit Monotonie oder Gleichförmigkeit. Einheitlichkeit drückt sich aus durch eine gewisse Ordnung im Raum und durch die Stimmigkeit verschiedener raumprägender Elemente, durch Ähnlichkeit bei gleichzeitiger Individualität (vgl. LANDZETTEL 1981, S. 120). Neue Stadt- und Ortsbilder erfüllen diese Kriterien häufig nicht. Bessere und vielfältigere bauliche Möglichkeiten sowie eine schnellere Entwicklung von Stilen und Geschmack haben zu einem Nebeneinander heterogener und unverhältnismäßiger Architektur geführt. Gerade das Bild vieler Kurorte wird in starkem Maße durch riesige Klinikbauten geprägt, die laut WALLNER (1992, S. 99) „fatal an die Charakterlosigkeit der Neubaugebiete um die Großstädte“ erinnern. SCHOBER (1993, S. 119) spricht sogar von „Depressionsarchitektur“. Alte Stadtbilder gefallen dem Betrachter in der Regel besser als neue. Denn früher wurden Dörfer und Städte – zwangsläufig – „aus einem Guss“ gebaut. Es gab Bindungen an bestimmte Materialien und aufgrund des technischen Entwicklungsstands hatten Häuser „menschliche“, maßstäbliche, Ausmaße (vgl. BUSCHMEYER 1978, S. 10). Die Forderung nach einer harmonischen räumlichen Situation lässt sich anhand zahlreicher Beispiele konkretisieren. Bezogen auf die Ortszufahrt bedeutet dies etwa, dass die gewerbliche Bebauung (z.B. Tankstellen, Autohäuser, Einkaufszentren), asphaltierte Freiflächen (z.B. Parkplätze) oder die Straße selbst den Eindruck vom Ortseingang nicht dominieren sollten. Im Ortskern ist eine geordnete, geschlossene, homogene Bebauung von großer Bedeutung. Die Möblierung sollte dezent und ästhetisch ansprechend sein. Die häufig anzutreffenden mastenartigen Laternen beispielsweise, mit ihrer grellen Beleuchtung oder auffällige,

⁴⁵ Eine angenehme Atmosphäre muss insbesondere an den touristischen Knotenpunkten eines Kurortes gegeben sein. Aus (gesundheits-) touristischer Sicht sind vor allem der Ortskern sowie das Kurgebiet von Bedeutung. Hier konzentrieren sich die für die gesundheitstouristischen Zielgruppen relevanten Versorgungsfunktionen und Dienstleistungen. Aber auch die Ortszufahrt ist von Bedeutung, da sie den wichtigen ersten Eindruck bestimmt, den der Gast bei seiner Anreise (mit dem Auto) vom Ort erhält (vgl. KLEMM 2003, S. 517).

orangefarbene Mülleimer und Glascontainer sind Störfaktoren einer harmonischen Raumsituation. Auch unverhältnismäßige Werbeschilder oder Leuchtreklame stören die Harmonie. Bereits angesprochen wurde die negative Wirkung großer, monoton wirkender Klinikbauten auf die Harmonie der kurörtlichen Atmosphäre.

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die **Eigenart** einer (Kultur-) Landschaft. Unter Eigenart wird das Typische, das Unverwechselbare eines Ortes verstanden, das sich im Laufe der Geschichte herausgebildet hat und den Ort von anderen Orten unterscheidet. Die Erscheinungsformen von Eigenart sind naturgemäß sehr spezifisch und facettenreich. Bezogen auf die Ortszufahrt kann sie z.B. durch eine besondere Aussichtssituation oder durch eine Allee mit altem Baumbestand zum Ausdruck kommen. Im Ortszentrum können ein historischer Ortskern, eine einzigartige Sehenswürdigkeit oder auch die Abwesenheit von Individualverkehr durch entsprechende verkehrspolitische Restriktionen die Eigenart eines Ortes prägen. Im Kurbereich tragen z.B. gut erhaltene historische Bäderhäuser zur positiven Abgrenzung gegenüber anderen Kurorten mit eher klinifizierter Struktur bei.

In starkem Maße trägt die **Verkehrssituation** zur atmosphärischen Qualität im Kurort bei. Verkehrslärm und Abgase sind unbestritten echte Atmosphärekiller und erhebliche Störfaktoren eines auf Gesundheit abzielenden touristischen Aufenthaltes. Zudem bilden autogerecht angelegte Ortsdurchfahrten regelrechte innerörtliche Grenzlinien (vgl. KLEMM 2003, S. 520). Wir wissen heute, dass eine entspannte Verkehrssituation zu den wichtigsten Anforderungen von Touristen an einen Urlaubsort gehört. Zugleich stellt die Verkehrssituation an zahlreichen touristischen Standorten eine zentrale Schwäche dar (vgl. ETI 2004, S. 178). Wunsch und Wirklichkeit liegen also offensichtlich – was diesen Aspekt der Urlaubsatmosphäre betrifft – noch weit auseinander.

Eine **attraktive Begrünung** ist selbst ein wichtiger ästhetischer Faktor und hilft gleichzeitig, unattraktive Raumelemente, wie z.B. Tankstellen oder Parkplätze zu verdecken bzw. zu verschönen (vgl. LANDZETTEL 1981, S. 69). SCHOBER (2001, S. 176) sieht in einer umfassenden bzw. gezielten Begrünung die Möglichkeit, Natur und Landschaft sozusagen in den Ort zu holen.

Unter dem Kriterium **ästhetische Details** werden die vielen verschiedenen Kleinigkeiten zusammengefasst, die zur Verschönerung eines Ortes beitragen, wie etwa besondere Straßenlaternen, dekorierte Hausfassaden und Fenster, Torbögen, attraktive Gehwegbelege oder ansprechende Sitzmöglichkeiten.

Ein wichtiges atmosphärisches Gütekriterium ist eine gewisse **Lebendigkeit**. Hierzu zählt neben einer „lebendigen“, abwechslungsreichen Raumstruktur auch die Existenz attraktiver Kontakträume. Bei aller Sehnsucht nach Ruhe und Entspannung hat der Tourist ein ausgesprochen starkes Bedürfnis danach, mit anderen Menschen in Kontakt zu kommen und zu

kommunizieren (vgl. ETI 2003, S. 24). In der Raumstruktur zeigt sich Lebendigkeit etwa durch den Wechsel von offenen (Plätzen) und geschlossenen (Straßen und Wege) Raumfolgen oder durch eine geschwungene, kleinräumige Straßenführung (im Gegensatz zu breiten, gradlinigen Straßenfluchten) (vgl. FORSCHUNGSGRUPPE TRENT 1976, S. 86). Kontakträume können Cafés und Gaststätten sein, Sitzmöglichkeiten, die zum Verweilen einladen, aber auch Märkte, Verkaufsstände oder kleine Geschäfte (vgl. KLEMM 2003, S. 521). Unter dem Stichwort „Lebendigkeit“ muss schließlich auch ein zum Teil tabuisierter Aspekt von Atmosphäre in Kurorten angesprochen werden. Die Zielgruppenstruktur vieler Kurorte ist häufig einseitig durch ältere, kranke Menschen geprägt. Dies hat durchaus erhebliche, negative Auswirkungen auf die kurörtliche Atmosphäre. Nicht zuletzt hieraus resultiert das viel zitierte kurörtliche Imageproblem. Ein positiver Aspekt kurörtlicher Atmosphäre ist daher eine „gesunde“ Mischung an Gästen. SCHOBER (2001, S. 174) verweist in diesem Zusammenhang darauf, dass das Nebeneinander von Kranken und Gesunden früher kein Thema war, weil die Einseitigkeit fehlte – und dass Kurorte daher Orte des Optimismus gewesen seien.

Ein atmosphärisches Gütekriterium ist auch die **Gepflegtheit** des Ortes. Konkret wird hierunter ein guter Pflege- und Erhaltungszustand sowie die Sauberkeit von Straßen, Bauten, Flächen sowie der Möblierung verstanden.

Neben den bisher beschriebenen, eher qualitativen Qualitätsmerkmalen der Atmosphäre im Ort wird schließlich Frage der **Geschlossenheit zwischen Ortszentrum und Kurbereich** bei der Bewertung berücksichtigt. Insbesondere in jüngeren Kurorten sind Kurzentren häufig außerhalb des Ortes - sozusagen auf der grünen Wiese – entstanden. Die touristisch relevanten Standorte des Ortes bilden somit keine räumliche Einheit und sind für die Gäste teilweise nicht mehr fußläufig erreichbar. Es wird daher als Qualitätsmerkmal erachtet, wenn in den Heilbädern und Kurorten eine vernetzte, geschlossene und gewachsene Struktur der verschiedenen örtlichen Angebote, die der (gesundheits-) touristische Gast nutzt, existiert.

3.6 Das Modell zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Potenzialqualität

Wie in Kapitel 2.3.3.2 erläutert, werden zur Bewertung des (gesundheits-) touristischen Potenzials nur Kriterien herangezogen, die

- a. für die verschiedenen Zielgruppen besonders wichtig sind und
- b. besonders schwer gestaltbar bzw. veränderbar sind.

Zu a) Selektion der wichtigsten Angebotskategorien

Zur Auswahl der wichtigsten Angebotskategorien wurde die zweite Gliederungsebene des Bewertungsinstruments, bestehend aus insgesamt 83 Angebots- (bzw. Qualitäts-) Kategorien betrachtet.

Bei den **aktivitätsorientierten Angebotskategorien** wurden nur Angebote ausgewählt, deren empirisch ermittelte Nutzungshäufigkeit von weniger als der Hälfte der übrigen Angebote überschritten wurde. Somit wurde die Hälfte der (aktivitätsorientierten) Angebotskategorien der zweiten Ebene bei der Berechnung der Potenzialqualität berücksichtigt. Die sich hieraus ergebenden **Grenzwerte** lagen bei einer Nutzungshäufigkeit von mindestens

- 17,4% bei den Gesundheitstouristen,
- 15,8% bei den Wellnesstouristen und
- 15,7% bei den Erholungstouristen.

Alle Angebote, welche diese Nutzungshäufigkeiten bzw. Grenzwerte nicht erreichten, blieben bei der Berechnung der Potenzialqualität unberücksichtigt.

Zur Auswahl der wichtigsten Bausteine der **übergreifenden Qualitäten** wurde auf das Gewicht der Kriterien zweiter Ebene in der Gesamtbewertung zurückgegriffen, das sich durch die Multiplikation der Gewichtungsfaktoren der ersten und der zweiten Ebene ergab. Auch hier wurden nur jene Angebotsbestandteile bei der Bewertung berücksichtigt, deren Gewicht von weniger als der Hälfte der Angebote überschritten wurde. Die sich hieraus ergebenden **Grenzwerte** lagen bei einem Gewicht in der Gesamtbewertung von mindestens

- 0,9% bei den Gesundheitstouristen,
- 0,7% bei den Wellnesstouristen und
- 0,5% bei den Erholungstouristen.

Zur Berechnung der Potenzialqualität wurde auf dieser Basis allen 83 Angebotskategorien der zweiten Ebene ein **Multiplikator** zugeordnet (vgl. Tab. 26 und Tab. 27):

- Multiplikator ,1' für alle ausgewählten (wichtigen) Angebote und
- Multiplikator ,0' für alle nicht ausgewählten (weniger wichtigen) Angebote.

In einem ersten Rechenschritt wurden nun die Gewichte der Angebotskategorien zweiter Ebene in der Gesamtbewertung mit dem jeweiligen Multiplikator multipliziert, wodurch sämtliche nicht ausgewählten, weniger wichtigen Angebote aus dem Bewertungssystem eliminiert wurden.

Zu b) Selektion der Angebotskategorien nach ihrer Gestaltbarkeit

Zur Selektion von Angebotskategorien nach dem Kriterium „Gestaltbarkeit“ wurden alle Angebote der zweiten Gliederungsebene in drei Gruppen gegliedert⁴⁶:

- Softwarequalitäten,
- Hardwarequalitäten und
- ursprüngliche Standortqualitäten.

Die Softwarequalitäten (z.B. Servicequalität der TI, Qualität des Internetauftritts, Qualität des Reiseservices etc.) sind leicht gestaltbar. Optimierungen können schnell realisiert werden. Sie werden daher bei der Bewertung der Potenzialqualität nicht berücksichtigt, das heißt mit dem **Multiplikator ,0'** versehen (vgl. Tab. 26 und Tab. 27).

Die Hardwarequalitäten (z.B. sämtliche Freizeitinfrastrukturen) sind nur mit hohem Aufwand gestaltbar oder aufzubauen. Hier sollte der Ort gut aufgestellt sein, sonst sind die Hürden der künftigen touristischen Entwicklung sehr hoch. Entsprechende Angebotskategorien werden mit einfacher Gewichtung bei der Bewertung der Potenzialqualität berücksichtigt, das heißt mit dem **Multiplikator ,1'** versehen (vgl. Tab. 26 und Tab. 27).

Die ursprünglichen Standortqualitäten (z.B. ortsgebundene natürliche Heilmittel, Erreichbarkeit, Landschaft, Bioklima, Atmosphäre des Ortes, Kulturdenkmäler, historische Bausub-

⁴⁶ Auch bei dieser Zuordnung wurde die zweite Gliederungsebene des Bewertungsinstrumentes betrachtet. Die Mehrheit der dort abgebildeten Angebote bzw. Angebotsqualitäten ließ sich eindeutig einer der drei Kategorien zuordnen. Auf eine - noch genauere - Betrachtung tieferer Gliederungsebenen wurde daher aus pragmatischen Gründen verzichtet. Hinzuweisen ist allerdings darauf, dass sich einige der betrachteten Angebotskategorien über mehrere der genannten Qualitätsdimensionen definieren. Ein Beispiel ist die Hotellerie, deren Gesamtqualität durch das Zusammenspiel von materiellen Ausstattungsfaktoren und Serviceleistungen geprägt wird. Die Angebote wurden in solchen Fällen immer jener Dimension zugeordnet, die im Rahmen der vorliegenden Bewertung schwerpunktmäßig betrachtet wird.

stanz etc.) sind kaum zu gestalten und stellen daher substantielle Basisqualitäten eines touristischen Standortes dar. Möglicherweise bestehende Probleme bzw. Defizite lassen sich hier kaum korrigieren. Entsprechende Angebotskategorien wurden daher mit doppeltem Gewicht bei der Berechnung der Potenzialqualität berücksichtigt, das heißt mit dem **Multiplikator ,2'** versehen (vgl. Tab. 26 und Tab. 27).

Einen komprimierten Überblick über die Herleitung bzw. Auswahl der Angebotsfaktoren, die zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Potenzialqualität herangezogen wurden, erteilen Tab. 26 und Tab. 27.

Tab. 26: Herleitung der Gewichtungsfaktoren zur Berechnung der Potenzialqualität (aktivitätsorientierte Qualitätskategorien)

Hauptkriterien	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (aktuelle Qualität) ⁴⁷			Multiplikatoren; Basis:			Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (Potenzialqualität) ⁴⁸			
				Nutzungshäufigkeit ⁴⁹		Art des Angebots ⁵⁰				
	KGT	WT	ET	KGT	WT		ET	KGT	WT	ET
Informationsqualität im Vorfeld										
Informationsqualität des Prospektmaterials	1,8%	2,4%	2,3%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Informationsqualität des Internetauftritts	1,0%	2,0%	4,0%	0	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Informationsservice der Touristinformation (Vorfeld)	0,3%	0,9%	1,6%	0	0	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Werbe- und PR-Präsenz in den verschiedenen Medien	0,8%	1,0%	0,8%	0	1	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Ansprache von Ärzten	1,1%	0,0%	0,0%	1	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Qualität des Reiseservice										
Reiseservice für Individualreisende	2,4%	5,0%	4,4%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Reiseservice für Pauschalreisende	0,1%	0,3%	0,2%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Anreise										
Erreichbarkeit mit dem PKW	5,9%	6,0%	5,6%	1	1	1	2	11,7%	12,0%	11,1%
Erreichbarkeit mit der Bahn	0,3%	0,4%	0,9%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Informationsqualität vor Ort										

⁴⁷ Das Gewicht innerhalb der Gesamtbewertung ergibt sich aus der Multiplikation der Gewichtungsfaktoren der Kriterien der ersten und zweiten Gliederungsebene (vgl. Kapitel 3.5).

⁴⁸ Das Gewicht innerhalb der Gesamtbewertung zur Berechnung der Potenzialqualität ergibt sich aus der Multiplikation des Gewichts innerhalb der Gesamtbewertung zur Berechnung der aktuellen Qualität mit den jeweils definierten Multiplikatoren.

⁴⁹ Die Multiplikatoren ergeben sich – zielgruppenspezifisch - wie folgt:

Kur-/ Gesundheitstouristen (KGT): ,1' = Nutzungshäufigkeit \geq 17,4%; ,0' = < 17,4%,

Wellnesstouristen (WT): ,1' = Nutzungshäufigkeit \geq 15,8%; ,0' = < 15,8%,

Erholungstouristen (WT): ,1' = Nutzungshäufigkeit \geq 15,7%; ,0' = < 15,7%.

⁵⁰ Die Multiplikatoren ergeben sich entsprechend der Qualitätsdimension, der das Angebot zugeordnet wurde wie folgt:

,0' = Softwarequalität,

,1' = Hardwarequalität,

,2' = Ursprüngliche Standortqualität.

Hauptkriterien	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (aktuelle Qualität) ⁴⁷			Multiplikatoren; Basis:				Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (Potenzialqualität) ⁴⁸		
				Nutzungshäufigkeit ⁴⁹			Art des Angebots ⁵⁰			
	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Vorortservice der Touristinformation	2,7%	2,1%	2,4%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Qualität der touristischen Beschilderung	3,1%	2,3%	2,8%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Verfügbarkeit von Informationsmaterialien bei den Vermietern	2,5%	2,8%	3,1%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Beherbergung										
Hotelangebot	3,7%	4,4%	4,4%	1	1	1	1	3,7%	4,4%	4,4%
Angebot an Gasthöfen und Pensionen	2,1%	0,9%	1,8%	1	0	0	1	2,1%	0,0%	0,0%
Kurkliniken/ Sanatorien	1,1%	0,9%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Ferienwohnungen/ -häuser	3,7%	3,4%	4,2%	1	1	1	1	3,7%	3,4%	4,2%
Mobilität vor Ort										
Fußgängerfreundlichkeit	4,7%	4,4%	5,3%	1	1	1	1	4,7%	4,4%	5,3%
ÖPNV-Angebot	0,3%	0,5%	0,8%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Fahrradfreundlichkeit	1,5%	1,1%	1,8%	1	1	1	1	1,5%	1,1%	1,8%
Gesundheitseinrichtungen & -infrastrukturen										
Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung	2,1%	1,5%	1,3%	1	1	1	1	2,1%	1,5%	1,3%
Gesundheitsangebot in Kliniken	0,3%	0,3%	0,0%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Gesundheits-/ Wellnessangebot in der Hotellerie	0,9%	0,9%	0,5%	1	1	1	1	0,9%	0,9%	0,5%
Kurpark	2,2%	1,6%	1,0%	1	1	1	1	2,2%	1,6%	1,0%
Trink- und Wandelhalle	0,6%	0,3%	0,2%	1	0	0	1	0,6%	0,0%	0,0%
Gradierwerk/ Saline	0,4%	0,2%	0,1%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Terrainkurwege	0,9%	0,3%	0,3%	1	0	0	1	0,9%	0,0%	0,0%
Kur-/ Strandpromenade	1,8%	1,5%	1,4%	1	1	1	1	1,8%	1,5%	1,4%
Allgemeines Freizeitangebot										
Shopping-/ Einkaufsmöglichkeiten	1,2%	2,1%	2,2%	1	1	1	2	2,4%	4,1%	4,5%
Angebot an Vorträgen/ Lesungen	0,8%	0,6%	0,3%	1	1	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Seminarangebot	0,1%	0,1%	0,0%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Angebot an Führungen	0,1%	0,5%	0,6%	0	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Seelsorge bzw. Gesprächskreise	0,2%	0,0%	0,0%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Organisiertes Ausflugsangebot	0,6%	0,8%	0,6%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Erlebnispark(s)	0,2%	0,1%	0,3%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Tierpark(s)/ Wildgehege	0,3%	0,1%	0,4%	1	0	0	1	0,3%	0,0%	0,0%
Spielplätze	0,1%	0,3%	0,5%	0	0	1	1	0,0%	0,0%	0,5%
Kinderspielräumlichkeiten	0,1%	0,0%	0,3%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Öffentliche Grillplätze	0,1%	0,0%	0,1%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Aktivangebot										
Wanderangebot	2,6%	3,0%	2,4%	1	1	1	1	2,6%	3,0%	2,4%
Natürliche Bademöglichkeiten	1,6%	0,7%	1,3%	1	1	1	2	3,2%	1,3%	2,6%
Radfahrangebot	1,3%	1,7%	1,2%	1	1	1	1	1,3%	1,7%	1,2%
Minigolfplätze	0,2%	0,4%	0,5%	0	0	1	1	0,0%	0,0%	0,5%
Tanzangebot	0,5%	0,7%	0,3%	1	1	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Kegel- bzw. Bowlingbahnen	0,4%	0,3%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Wassersportangebot	0,4%	0,2%	0,2%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Möglichkeiten zum Inlineskaten	0,1%	0,0%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Tennis-, Squash- oder Badmintonangebot	0,0%	0,2%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Reitangebot	0,0%	0,1%	0,1%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Kletterangebot	0,1%	0,3%	0,1%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Angelmöglichkeiten	0,2%	0,1%	0,1%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Skiangebot	0,0%	0,2%	0,1%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Kulturangebot										
Kulturelle Sehenswürdigkeiten	1,2%	0,9%	0,9%	1	1	1	2	2,4%	1,7%	1,7%
Angebot an Museen	1,0%	0,3%	0,4%	1	1	1	1	1,0%	0,3%	0,4%
Konzerte/ Musikevents	1,6%	0,7%	0,4%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%

Hauptkriterien	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (aktuelle Qualität) ⁴⁷			Multiplikatoren; Basis:			Art des Angebots ⁵⁰	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (Potenzialqualität) ⁴⁸		
				Nutzungshäufigkeit ⁴⁹						
	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Volksfeste	0,5%	0,4%	0,3%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Sportevents zum Zuschauen	0,2%	0,1%	0,3%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Kinder-/ Familienveranstaltungen	0,0%	0,0%	0,1%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Theater-, Kleinkunst- oder Freilichtbühne	0,6%	0,4%	0,3%	1	1	1	1	0,6%	0,4%	0,3%
Kinoangebot	0,0%	0,1%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Diskotheken	0,0%	0,0%	0,2%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Bücherei/ Bibliothek	0,3%	0,2%	0,1%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%
Regionale Märkte	0,2%	1,0%	0,6%	0	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Angebot an Cafés/ Eisdielen	0,8%	1,5%	1,2%	1	1	1	1	0,8%	1,5%	1,2%
Bars/ Vergnügungsorte	0,3%	0,6%	0,5%	0	1	1	1	0,0%	0,6%	0,5%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

Tab. 27: Herleitung der Gewichtungsfaktoren zur Berechnung der Potenzialqualität (übergreifende Qualitäten)

Hauptkriterien	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (aktuelle Qualität) ⁴⁷			Multiplikatoren; Basis:			Art des Angebots ⁵⁰	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (Potenzialqualität) ⁴⁸		
				Gewicht in Gesamtbewertung (akt. Qualität) ⁵¹						
	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Ästhetische Landschaftsqualität										
Waldrand	1,2%	1,6%	1,6%	1	1	1	2	2,5%	3,1%	3,2%
Gewässerrand	2,9%	3,6%	3,7%	1	1	1	2	5,8%	7,2%	7,4%
Relief	2,1%	2,6%	2,6%	1	1	1	2	4,2%	5,2%	5,3%
Vielfalt an Flächennutzungen	2,1%	2,6%	2,6%	1	1	1	2	4,2%	5,2%	5,3%
Klima										
Bioklima	4,2%	4,8%	4,7%	1	1	1	2	8,3%	9,6%	9,4%
Sonnenscheindauer	2,5%	2,9%	2,8%	1	1	1	2	5,0%	5,8%	5,6%
Aktuelle Klima-/ Wetterinformationen	1,7%	1,9%	1,9%	1	1	1	0	0,0%	0,0%	0,0%
Kurortmedizinische Potenziale										
Potenzial an natürlichen Heilmitteln	3,2%	1,8%	0,5%	1	1	0	2	6,3%	3,6%	0,0%
Medizinische Kompetenz im Ort	2,4%	1,3%	0,4%	1	1	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Einrichtungen zum Wissenstransfer	1,2%	0,7%	0,2%	1	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Spezialisierung auf zukunftsfähige Anwendungsgebiete	1,2%	0,7%	0,2%	1	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
Atmosphäre im Ort										
Lage Ortszentrum/ Kurgebiet	0,5%	0,5%	0,5%	0	0	0	2	0,0%	0,0%	0,0%
Harmonie der räumlichen Ausstattungsfaktoren	1,9%	1,9%	1,9%	1	1	1	2	3,8%	3,8%	3,7%
Eigenart	1,9%	1,9%	1,9%	1	1	1	2	3,8%	3,8%	3,7%
Verkehrssituation	1,4%	1,4%	1,4%	1	1	1	1	1,4%	1,4%	1,4%
Begrünung	1,4%	1,4%	1,4%	1	1	1	1	1,4%	1,4%	1,4%
ästhetische Details	0,5%	0,5%	0,5%	0	0	0	1	0,0%	0,0%	0,0%

⁵¹ Die Multiplikatoren ergeben sich – zielgruppenspezifisch - wie folgt:

Kur-/ Gesundheitstouristen (KGT): ,1' = Gewicht in Gesamtbewertung $\geq 0,9\%$; ,0' = $< 0,9\%$,

Wellnesstouristen (WT): ,1' = Gewicht in Gesamtbewertung $\geq 0,7\%$; ,0' = $< 0,7\%$,

Erholungstouristen (ET): ,1' = Gewicht in Gesamtbewertung $\geq 0,5\%$; ,0' = $< 0,5\%$.

Hauptkriterien	Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (aktuelle Qualität) ⁴⁷			Multiplikatoren; Basis:				Gewicht innerhalb Gesamtbewertung (Potenzialqualität) ⁴⁸		
				Gewicht in Gesamtbewertung (akt. Qualität) ⁵¹			Art des Angebots ⁵⁰			
	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET		KGT	WT	ET
Lebendigkeit	1,4%	1,4%	1,4%	1	1	1	2	2,8%	2,9%	2,8%
Gepflegtheit	0,5%	0,5%	0,5%	0	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%

Quelle: eigene empirische Erhebung sowie eigene Berechnungen

4 Das Modell in seiner praktischen Anwendung

Die Anwendung des Bewertungssystems in ausgewählten Untersuchungsräumen diene nicht nur dessen Erprobung, sondern auch der Ermittlung von Richtwerten für zahlreiche intervall- bzw. ratioskalierte Messgrößen (vgl. Kapitel 4.3) sowie von Grenzwerten zur Definition von Strategiegruppen (vgl. Kapitel 4.4). Dieser Anspruch stellte besondere Anforderungen an die Auswahl und Struktur der Untersuchungsräume. Ob bzw. inwieweit diese erfüllt werden konnten, wird einleitend in Kapitel 4.1 erläutert. In Kapitel 4.2 werden einige Anmerkungen zur Datenerfassung in den Untersuchungsräumen zusammengefasst. Eine nähere Analyse, Interpretation und Diskussion der Bewertungsergebnisse erfolgt in Kapitel 4.5. Verwiesen sei an dieser Stelle darauf, dass auf eine Dokumentation der Bewertungsergebnisse in Form von Ranglisten verzichtet wird. Wenngleich Ranglisten stets ein großes Interesse erzeugen, fokussiert die vorliegende Arbeit die Bewertungsmethode an sich, nicht deren Ergebnisse. Die Betrachtungen in Kapitel 4.5 sind insofern weniger beschreibender, sondern mehr analytischer Natur. Die Analyse und Diskussion richtet sich dabei insbesondere auf die Frage, ob auf der Basis des Bewertungsmodells valide Ergebnisse zu erwarten sind.

4.1 Auswahl und Struktur der Untersuchungsräume

Der Anspruch, durch die Anwendung des Bewertungssystems möglichst allgemeingültige, generalisierbare Richt- und Grenzwerte zu ermitteln, die Bestandteil des Bewertungssystems werden, erforderte eine möglichst repräsentative Auswahl von Untersuchungsräumen. In Kapitel 3.2.1 wurde erläutert, dass das Bewertungsmodell deutschlandweit und auf alle Mineral- und Moorheilbäder, Heilklimatischen Kurorte, Kneippheilbäder und Kneippkurorte sowie Seebäder und Seeheilbäder anwendbar sein soll.

Optimal wäre es somit gewesen, wenn eine möglichst große Zahl an Untersuchungsräumen auf der Grundlage einer zufälligen Stichprobenziehung aus der Grundgesamtheit deutscher Heilbäder und Kurorte, ausgewählt worden wären.

Leider konnte dieser Anforderung an das Bewertungssystem nicht in vollem Umfang Rechnung getragen werden. Aufgrund der großen Zahl an Kriterien und dem damit verbundenen hohen Aufwand der Datenerfassung erfolgte diese in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Tourismus Institut an der Universität Trier.

Unterstützung fand das Projekt in den Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen. In diesen Ländern nahmen fast alle höher prädikatisierten Orte an der Untersuchung teil, so dass man hier annähernd von einer Vollerhebung sprechen kann. Bezogen auf die genannten Bundesländer ist somit optimale Repräsentativität der Ergebnisse gegeben.

Aus Baden-Württemberg nahmen zwei Heilbäder an der Untersuchung teil. Orte aus den Bundesländern Bayern, Brandenburg, Hessen und Schleswig-Holstein waren in der Untersuchung nicht vertreten. Eine Liste der untersuchten Orte ist dem Anhang zu entnehmen (Anhang 3).

Vor allem aufgrund ihrer zum Teil hohen touristischen Bedeutung und spezifischen Landschaft ist insbesondere das weitgehende Fehlen von Heilbädern und Kurorten aus dem süddeutschen Raum, speziell aus dem Alpen- und Alpenvorlandgebiet, zu bedauern. Repräsentativität im formalistischen Sinne ist somit durch die Auswahl der Untersuchungsräume nicht gegeben.

Tab. 28 erteilt einen Überblick über die Größe der Stichprobe insgesamt sowie die Größe ausgewählter Teilgruppen im Verhältnis zur Grundgesamtheit.

Tab. 28: Untersuchungsräume: Charakteristik der Stichprobe anhand von Häufigkeiten

Kategorien	Untersuchungsräume	Grundgesamtheit	Anteil Untersuchungsräume an Grundgesamtheit
	Anzahl	Anzahl	
Alle	139	354	39,27%
Bädersparten			
Seebäder und Seeheilbäder	48	90	53,33%
Mineral- und Moorheilbäder	60	149	40,27%
Kneippheilbäder und -kurorte	21	61	34,43%
Heilklimatische Kurorte	18	79	22,78%
Naturräume			
Insel- und Küstengemeinden	46	87	52,87%
Binnenland/ Mittelgebirge auf mind. 600 m über NN	3	30	10,00%
Binnenland/ Mittelgebirge auf 400 - 599 m über NN	14	42	33,33%
Binnenland/ Mittelgebirge auf 200 - 399 m über NN	24	76	31,58%
Binnenland/ Mittelgebirge unter 200 m über NN	52	96	54,17%
Alpen- und Alpenvorland	0	23	0,00%

Kategorien	Untersuchungsräume	Grundgesamtheit	Anteil Untersuchungsräume an Grundgesamtheit
	Anzahl	Anzahl	
Übernachtungen 2005⁵²			
Orte mit mind. 500.000 Übernachtungen	28	57	49,12%
Orte mit 250.000 - 499.999 Übernachtungen	30	67	44,78%
Orte mit 100.000 - 249.999 Übernachtungen	54	120	45,00%
Orte mit 50.000 - 99.999 Übernachtungen	8	36	22,22%
Orte mit weniger als 50.000 Übernachtungen	12	34	35,29%
Gästeankünfte 2005⁵²			
Orte mit mind. 250.000 Gästeankünften	3	8	37,50%
Orte mit 100.000 - 249.999 Gästeankünften	16	37	43,24%
Orte mit 50.000 - 99.999 Gästeankünften	29	62	46,77%
Orte mit 25.000 - 49.999 Gästeankünften	43	92	46,74%
Orte mit weniger als 25.000 Gästeankünften	40	114	35,09%
Einwohner 2005			
Orte mit mind. 50.000 Einwohnern	5	12	41,67%
Orte mit 25.000 - 49.999 Einwohnern	10	20	50,00%
Orte mit 10.000 - 24.999 Einwohnern	38	96	39,58%
Orte mit 5.000 - 9.999 Einwohnern	32	83	38,55%
Orte mit weniger als 5.000 Einwohnern	54	136	39,71%
Tourismusintensität 2005⁵²			
Orte mit mind. 200 Übernachtungen/ Einwohner	20	26	76,92%
Orte mit 100 -199 Übernachtungen/ Einwohner	10	31	32,26%
Orte mit 50 - 99 Übernachtungen/ Einwohner	18	47	38,30%
Orte mit 25 - 49 Übernachtungen/ Einwohner	15	48	31,25%
Orte mit < als 25 Übernachtungen/ Einwohner	69	162	42,59%

Quellen: eigene Berechnungen auf Grundlage von Daten der STATISTISCHEN ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2007, des Bäderkalenders des DEUTSCHEN HEILBÄDERVERBANDES e.V. unter www.baederkalender.de sowie aus google earth professional

Die Tabelle zeigt, dass bei fast allen betrachteten Gruppen sehr hohe Stichprobengrößen von mindestens 20% bis zu fast 80% der Grundgesamtheit erreicht werden. Dies trifft lediglich nicht auf Orte aus dem Alpen- bzw. Alpenvorlandgebiet sowie auf Orte zu, die auf mindestens 600 m über NN liegen.

Im Hinblick auf die Interpretation der erhobenen Daten zu den beteiligten Heilbädern und Kurorten bedeutet dies, dass die Stichprobe insbesondere bei jenen Merkmalen die Grundgesamtheit nicht optimal repräsentiert, die in engem Zusammenhang mit Naturlandschaft und Höhenlage stehen.

Beim weitaus größten Teil der Merkmale bzw. Kriterien, die in der Bewertung berücksichtigt wurden, dürfte das Fehlen bzw. die geringe Anzahl von Orten als dem Alpen- bzw. Alpen-

⁵² Die Auswertungen basieren auf statistischen Daten der statistischen Ämter des Bundes und der Länder, die auf Stadt-/ Gemeindeebene erhoben wurden. Für insgesamt 40 Orte lagen aus Geheimhaltungsgründen keine entsprechenden Daten vor. Die Übernachtungs- und Gästezahlen beziehen sich auf alle gewerblichen Betriebe mit mehr als 8 Betten exklusive Camping.

vorlandbereich sowie von Orten mit mindestens 600 m keine entscheidende Rolle spielen. Dies zeigt auch eine Betrachtung ausgewählter touristischer Kenngrößen, die sowohl für die Stichprobe als auch für die Grundgesamtheit der Heilbäder und Kurorte vorliegen (vgl. Tab. 29).

Tab. 29: Untersuchungsräume: Charakteristik der Stichprobe anhand von Mittelwerten

Merkmal	Mittelwerte	
	Untersuchungsräume	Grundgesamtheit
Einwohner (2005)	12.631	13.071
Beherbergungsbetriebe (2005)	39	23
Betten (2005)	2.211	2.115
Übernachtungen (2005)	324.640	301.491
Ankünfte (2005)	61.173	57.995
Tourismusintensität (2005)	77	60

Quelle: eigene Berechnungen auf der Basis von Daten der STATISTISCHEN ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER 2007

Die Ergebnisse der Untersuchung bzw. das Bewertungsmodell sind daher durchaus auf Heilbäder und Kurorte in ganz Deutschland übertragbar. Geringe Einschränkungen ergeben sich lediglich bei der Übertragung auf Orte im Alpen- bzw. Alpenvorlandgebiet und hier insbesondere bei den naturlandschaftlichen Kriterien.

4.2 Anmerkungen zur Datenerfassung

In der Zeit zwischen November 2006 und Juni 2007 fand die Datenerfassung zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Tourismus Institut an der Universität Tier statt. Folgende **Methoden der Datenerfassung** kamen zum Einsatz (vgl. Kapitel 3.2.7):

- Sekundäranalysen (Analyse von Marketingmedien, statistische Auswertungen, Analyse von Kartenmaterial etc.),
- anonyme Servicetests bei den örtlichen Touristinformationen (E-Mail-Anfragen, telefonische Anfragen, persönliche Servicetests vor Ort),
- anonyme Servicetests bei den zentralen Gesundheits-/ Badeeinrichtungen (telefonische Anfragen),
- Vorortanalyse zur Bewertung der Atmosphäre der wichtigsten kurörtlichen Standorte (Ortszentren, Kurzentren, Kurparks, zentrale Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtungen),

- schriftliche Befragung der verantwortlichen Ansprechpartner der örtlichen Kur- bzw. Tourismusorganisationen.

Folgende **Erfassungsbögen bzw. Checklisten** kamen zum Einsatz:

- Fragebogen für Heilbäder und Kurorte (vgl. Anhang 4)
- Checkliste Anonymer telefonischer Servicetest der Touristinformation (vgl. Anhang 5)
- Checkliste Prospektmaterial (vgl. Anhang 6)
- Checkliste Internetauftritt (vgl. Anhang 7)
- Checkliste Pauschalangebote (vgl. Anhang 8)
- Checkliste anonymer Servicetest der TI vor Ort (vgl. Anhang 9)
- Checkliste Atmosphäre vor Ort (vgl. Anhang 10)
- Checkliste Atmosphäre der zentralen Bade-/ Gesundheitseinrichtung (vgl. Anhang 11)
- Checkliste anonymer telefonischer Servicetest der zentralen Bade-/ Gesundheitseinrichtung (vgl. Anhang 12)
- Checkliste Atmosphäre im Kurpark (vgl. Anhang 13)

Beim weitaus größten Teil der erfassten Daten handelte es sich um eindeutig und objektiv messbare Größen. Insbesondere bei der Bewertung der örtlichen Marketingmedien, der Servicequalität der Touristinformation bzw. der zentralen Gesundheits-/ Badeeinrichtung sowie der Atmosphäre der zentralen kurörtlichen Standorte war allerdings ein subjektiver Bewertungsspielraum erforderlich, um eine valide Bewertung zu gewährleisten.

Um hierbei den subjektiven Faktor möglichst gering zu halten, wurden alle entsprechenden Bewertungen durch **zwei neutrale geschulte Personen** vorgenommen, die ihre Bewertung zunächst unabhängig voneinander vornahmen. Auf dieser Grundlage sowie auf der Basis eines gegenseitigen Austauschs der jeweiligen Argumente wurde im nächsten Schritt eine gemeinsame, konsensfähige Bewertung erzielt. Der Vorteil dieses Vorgehens lag darin, dass durch den Austausch von Argumenten und Sichtweisen eine umfassendere Bewertungsbasis entstand. Dies erschien gerade bei der Bewertung eines so komplexen Sachverhaltes wie der Atmosphäre der Orte von hoher Bedeutung. Zugunsten dieses Vorteils wurde in Kauf genommen, dass sich einer der Gutachter möglicherweise häufiger mit seinen Argumenten durchsetzte als der andere. Ein weiteres Instrument zur Minimierung des subjektiven Faktors bei der Bewertung war eine **inhaltliche Beschreibung der Pole der Ratingskala**, um zumindest die schwächsten bzw. optimalen Bewertungen je Kriterium zu definieren und eine Abstu-

fung zwischen den Polen der Skala zu erleichtern. Die entsprechenden Beschreibungen sind den Checklisten im Anhang (Anhänge 5 bis 13) zu entnehmen.

4.3 Dokumentation der Richtwerte

Wie in Kapitel 3.2.10 erläutert, wurden Richtwerte benötigt, um die entlang des Kriterienkatalogs gemessenen Werte (Zielerträge) in „Zielerfüllungsgrade“, also dimensionslose Punktwerte zu transformieren. Bei zahlreichen intervall- bzw. ratioskalierten Kriterien wurden die Richtwerte aus der Messreihe der durchgeführten Untersuchung berechnet. Hierbei wurde nicht auf die besten bzw. schlechtesten Werte der Messreihe zurückgegriffen, sondern auf die Werte, die nur von 5% der Orte unter- bzw. überschritten wurden, also auf die 5er- bzw. 95er-Perzentilen. Hierdurch sollte gewährleistet werden, dass nicht extreme Werte (Ausreißer) den Maßstab der Bewertung bilden.

Insgesamt wurden auf diesem Wege Richtwerte zu 175 Kriterien berechnet und an den entsprechenden Stellen in das Bewertungssystem aufgenommen. Eine Übersicht über sämtliche auf Basis dieser Untersuchung ermittelten Richtwerte bietet Tab. 30. Sie sind nicht als ultimativ gültige Optimalwerte zu verstehen (vgl. Kapitel 2.2.5.6), definieren jedoch einen immerhin empirisch gut begründeten Bewertungsmaßstab. Für nähere Informationen zu den einzelnen Kriterien und deren Messung wird auf den Kriterienkatalog im Anhang (vgl. Anhang 2) verwiesen.

Tab. 30: Übersicht über die empirisch ermittelten Richtwerte

Kriterien-Nr.	Beschreibung	Richtwert	
		Opt.	Min.
1.1.3.1	Anzahl der Mailings, die die KMO pro Jahr an Ärzte versendet	4	0
1.1.3.2	Anzahl der Personen/ Ärzte im Verteiler pro Mailing	4000	0
1.2.1.1.1/2	Anonyme Prospektanfragen bei der örtlichen TI: Zeit zwischen Anfrage und Versand von Material in Tagen	0	3
1.4.1.1.4.1/2	Anonyme Testanrufe bei der örtlichen TI: Anzahl der Klingeltöne, bis Anruf entgegen genommen wird	1	7
1.4.2.1	Anonyme E-Mail-Anfrage: Response-Zeit in Stunden	0	24
1.5	Budget der KMO (s) für Werbung/ PR pro Gast 2005	7,05	0,36
2.1.1.4.1	Anzahl der Beherbergungsbetriebe, die durch die KMO an Gäste vermittelt werden	536	0
2.1.1.4.2	Anzahl über die KMO buchbarer Beherbergungsbetriebe	350	0
2.1.1.4.3	Anzahl der Buchungen 2005 pro buchbarem Betrieb	22,9	0
2.2.1	Anzahl der Pauschalen mit Übernachtungsleistung, die durch die KMO vermittelt wird	20	0
2.2.6.1	Anzahl der Pauschalen „Wellness im Kurort“	3	0
3.1.1.1	Anreisezeit (PKW) aus der Region Rhein-Neckar ⁵³	82	511
3.1.1.2	Anreisezeit (PKW) aus der Region Berlin ⁵³	150	395
3.1.1.3	Anreisezeit (PKW) aus der Region Hamburg ⁵³	115	351
3.1.1.4	Anreisezeit (PKW) aus der Region Bremen ⁵³	71	319
3.1.1.5	Anreisezeit (PKW) aus der Region Hannover ⁵³	64	313
3.1.1.6	Anreisezeit (PKW) aus der Region München ⁵³	205	542
3.1.1.7	Anreisezeit (PKW) aus der Region Nürnberg ⁵³	149	458
3.1.1.8	Anreisezeit (PKW) aus der Region Rhein-Main ⁵³	85	470
3.1.1.9	Anreisezeit (PKW) aus der Region Rhein-Ruhr ⁵³	60	434
3.1.1.10	Anreisezeit (PKW) aus der Region Sachsen ⁵³	103	341
3.1.1.11	Anreisezeit (PKW) aus der Region Stuttgart ⁵³	156	549
3.2.2.1	Reisezeit (Bahn) aus der Region Rhein-Neckar ⁵³	113	551
3.2.2.2	Reisezeit (Bahn) aus der Region Berlin ⁵³	160	447
3.2.2.3	Reisezeit (Bahn) aus der Region Hamburg ⁵³	125	406
3.2.2.4	Reisezeit (Bahn) aus der Region Bremen ⁵³	106	422
3.2.2.5	Reisezeit (Bahn) aus der Region Hannover ⁵³	66	370
3.2.2.6	Reisezeit (Bahn) aus der Region München ⁵³	260	626
3.2.2.7	Reisezeit (Bahn) aus der Region Nürnberg ⁵³	204	550
3.2.2.8	Reisezeit (Bahn) aus der Region Rhein-Main ⁵³	106	502
3.2.2.9	Reisezeit (Bahn) aus der Region Rhein-Ruhr ⁵³	78	516
3.2.2.10	Reisezeit (Bahn) aus der Region Sachsen ⁵³	139	460
3.2.2.11	Reisezeit (Bahn) aus der Region Stuttgart ⁵³	160	591
5.1.2/ 7.3.3	Anteil Hotels im Angebot gesundheitstouristischer Reisveranstalter (TUI, NECKERMAN, FIT-Reisen) an Gesamtzahl der Hotels 2006	33%	0
5.1.3/ 7.3.2.2	Anteil ausgezeichnete Wellnesshotels (Deutscher Wellnessverband, Wellness-Stars, Wellnesshotels Deutschland) an Gesamtzahl der Hotels 2006	28%	0
5.1.4	Anteil VIABONO-Hotels an Gesamtzahl der Hotels 2006	9%	0
5.1.5	Anteil Hotels "Wanderbares Deutschland" an Gesamtzahl der Hotels 2006	18%	0
5.1.6	Anteil Hotelbetriebe "Bett & Bike" an Gesamtzahl der Hotels 2006	43%	0
5.1.7	Anteil mit dem "Q" ausgezeichnete Hotels an Gesamtzahl der Hotels 2006	20%	0

⁵³ Reisezeit in Minuten zwischen dem Zentrum des Ballungsgebietes und dem kurörtlichen Ortszentrum

Kriterien-Nr.	Beschreibung	Richtwert	
		Opt.	Min.
5.3.1	Anteil der DEHOGA-G-klassifizierten Betriebe an der Gesamtzahl der Gasthöfe und Pensionen 2006	11%	0
5.3.4	Pensionen/ Gasthöfe: Anteil der "Bett & Bike"-Betriebe an der Gesamtzahl der Betriebe 2006	25%	2
5.4	Kurkliniken/ Sanatorien: Anzahl der Einrichtungen, die gesundheits-touristische Pauschalen anbieten	3	0
7.1.1	Anzahl der Kur-/ Gesundheits-, Wellness-, Badeeinrichtungen Einrichtungen im Kurort	10	0
7.1.4.1.2	Zentrale Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtung (ZKGWB): Größe des Bewegungsbeckens in qm	240	0
7.1.4.1.3	(ZKGWB): Größe des Thermal-/ Solebeckens in qm	450	0
7.1.4.1.4	(ZKGWB): Wasserfläche der Schwimmbecken in qm	625	0
7.1.4.1.5	(ZKGWB): Wasserfläche der Außenbecken in qm	625	0
7.1.4.1.6	(ZKGWB): Größe des Fitnessraums in qm	400	0
7.1.4.1.7	(ZKGWB): Größe des Gymnastikraums in qm	210	0
7.1.4.1.8	(ZKGWB): Anzahl der Liegen im Solarium	6	0
7.1.4.1.9.1	(ZKGWB): Anzahl Saunen	6	0
7.1.4.1.9.2	(ZKGWB): Anzahl Plätze in den Saunen	150	0
7.1.4.1.13	(ZKGWB): Größe der Ruheräume in qm	400	0
7.1.4.1.15	(ZKGWB): Größe der Gartenanlage in qm	35000	0
7.1.4.1.16	(ZKGWB): Anzahl der Tagungsräume	6	0
7.1.4.3.2	(ZKGWB): Anzahl der Wannen	11	0
7.1.4.3.3	(ZKGWB): Anzahl der Anwendungen mit ortsgebundenen natürlichen Heilmitteln 2006 pro Gast	2,35	0
7.1.8.1.2.1/2	(ZKGWB): Testanrufe: Anzahl Klingeltöne bis Anruf entgegen genommen wird	1	7
7.1.8.3.2	(ZKGWB): Anzahl Pauschalangebote	25	0
7.2.1.1	Anzahl der Kurkliniken/ Kursanatorien im Kurort	7	0
7.2.1.2	Anzahl an Kliniken bzw. Sanatorien mit gesundheitstouristischem Angebot	3	0
7.2.3.3.2	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Wannen	10	0
7.2.3.3.3	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Anwendungen mit ortsgebundenen natürlichen Heilmitteln 2006 pro Bett	83	0
7.2.4.1	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Ärzte pro Bett	0,07	0
7.2.4.2	Zentrale Kurklinik: Anzahl erfahrener Ärzte pro Bett	0,05	0
7.2.4.3	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Badeärzte pro Bett	0,01	0
7.2.4.4	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Fachärzte pro Bett	0,05	0
7.2.4.5	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Psychologen pro Bett	0,04	0
7.2.4.6	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Physio-/ Sporttherapeuten/-lehrer pro Bett	0,13	0
7.2.4.7	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Ergotherapeuten pro Bett	0,03	0
7.2.4.8	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Masseur/ medizinischen Bademeister pro Bett	0,05	0
7.2.4.9	Zentrale Kurklinik: Anzahl der Diätassistenten/ Ernährungsberater pro Bett	0,02	0
7.3.1	Anteil Kurhotels an Gesamtzahl der Hotels 2006	50%	0
7.3.2.1	Anteil Hotels mit Wellnessinfrastrukturen an Gesamtzahl der Hotels 2006	100%	0
7.4.1.1	Anzahl Parks und Gärten im Kurort	5	0
7.4.1.2	Größe des zentralen Kurparks in qm	260.000	0
7.4.2.1.2	Zentraler Kurpark: Anzahl der Liegestühle pro qm	0,0004	0
7.4.2.1.5	Zentraler Kurpark: Größe der Wasserfläche(n) in qm	21.000	0
7.7.1	Länge der örtlichen Terrainkurwege in km	114	0

Kriterien-Nr.	Beschreibung	Richtwert	
		Opt.	Min.
7.8.1	Länge der Kur-/ Strandpromenade in m	6000	0
8.1.1.1.1	Parfümerien (Kettenanbieter) ⁵⁴	2	0
8.1.1.1.2	Parfümerien (Einzelanbieter) ⁵⁴	3	0
8.1.1.2.1	Modeboutiquen (Kettenanbieter) ⁵⁴	4	0
8.1.1.2.2	Modeboutiquen (Einzelanbieter) ⁵⁴	23	0
8.1.1.3.1	Schuhgeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	2	0
8.1.1.3.2	Schuhgeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	6	0
8.1.1.4.1	Juweliere (Kettenanbieter) ⁵⁴	1,5	0
8.1.1.4.2	Juweliere (Einzelanbieter) ⁵⁴	5	0
8.1.1.5.1	Sportfachgeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	0,5	0
8.1.1.5.2	Sportfachgeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	3	0
8.1.1.6.1	Buchhandlungen (Kettenanbieter) ⁵⁴	1,5	0
8.1.1.6.2	Buchhandlungen (Einzelanbieter) ⁵⁴	4	0
8.1.1.7.1	Lederwarengeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.7.2	Lederwarengeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	4,4	0
8.1.1.8.1	Geschenk-/ Souvenirgeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.8.2	Geschenk-/ Souvenirgeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	13,5	0
8.1.1.9.1	Wohnraumausstattungs-geschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.9.2	Wohnraumausstattungs-geschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	6	0
8.1.1.10.1	Schreibwaren-/ Bastelläden (Kettenanbieter) ⁵⁴	0,5	0
8.1.1.10.2	Schreibwaren-/ Bastelläden (Einzelanbieter) ⁵⁴	4	0
8.1.1.11.1	Blumenfachgeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	3,5	0
8.1.1.11.2	Blumenfachgeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	9	0
8.1.1.12.1	Spielwarenläden (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.12.2	Spielwarenläden (Einzelanbieter) ⁵⁴	3	0
8.1.1.13.1	Fotofachgeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.13.2	Fotofachgeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	3,5	0
8.1.1.14.1	Möbel-/ Antiquitätengeschäfte (Kettenanbieter) ⁵⁴	1	0
8.1.1.14.2	Möbel-/ Antiquitätengeschäfte (Einzelanbieter) ⁵⁴	5	0
8.1.1.15.1	Einkaufszentren (Kettenanbieter) ⁵⁴	5	0
8.1.1.15.2	Einkaufszentren (Einzelanbieter) ⁵⁴	4	0
8.1.1.16	Zahl der Kategorien an Einzelhandelsgeschäften ⁵⁴	15	0
8.1.3.2	Verkaufsoffene Sonntage: Anzahl der Tage pro Jahr	52	0
8.2.1	Ausflugsangebote: [Durchschnittliche Zahl an Angeboten pro Woche während der Saison/ Zahl der Gästebetten]*1000	21,9	0
8.3.1	Vorträge, Lesungen: [Durchschnittliche Zahl an Angeboten pro Woche während der Saison/ Zahl der Gästebetten]*1000	6,1	0
8.4.1	Führungen: [Durchschnittliche Zahl an Angeboten pro Woche während der Saison/ Zahl der Gästebetten]*1000	8,4	0
8.7	Anzahl Spielplätze (in einem Radius von 3 km)	17,6	0
8.8.1	Tierpark/ Wildgehege: Entfernung vom Ortskern in km (in einem Radius von max. 10 km)	0,8	10
8.8.2.1	Tierpark/ Wildgehege: Größe des Parks in qm	520.000	0
8.9.1	Erlebnispark: Entfernung vom Ortskern in km (in einem Radius von max. 25 km)	5	25
8.9.2.1	Erlebnispark: Fläche des Parks in qm	80.0000	0
8.9.2.2	Erlebnispark: Anzahl der Besucher pro Jahr	700.000	0
8.10.1	Kinderspielräumlichkeiten (in einem Radius von 3 km): Größe der Räumlichkeiten in qm	1800	0

⁵⁴ Anzahl der Geschäfte im Kurort + (Anzahl der Geschäfte in der übrigen Gemeinde/2)

Kriterien-Nr.	Beschreibung	Richtwert	
		Opt.	Min.
8.11	(Anzahl der öffentlichen Grillplätze in einem Radius von 3 km pro Gästebett)*1000	8,8	0
9.1.1.1.1	Länge einheitlich markierter Wanderwege in km (Gemeinde)	350	0
9.1.1.1.3.20	Anzahl Rastplätze pro 100 km Wanderstrecke	45	0
9.1.1.1.3.21	Anzahl Schutzhütten pro 100 km Wanderstrecke	20	0
9.1.1.1.4.1	Anzahl Erlebnis-/ Themenwanderwege in Gemeinde	5	0
9.1.1.1.4.2	Gesamtlänge Themen- und Erlebniswanderwege in km	188	0
9.1.1.1.5.1	Umfang an Nordic-Walking-Wegen in der Gemeinde in km	61	0
9.1.1.1.5.2	Anzahl verschiedener Nordic-Walking-Routen	9	0
9.1.1.2.1	Zahl der lokal angeschlossenen Europäischen und grenzüberschreitenden Fernwanderwege	2	0
9.1.1.2.2	Zahl der lokal angeschlossenen regionalen und überregionalen Wanderwege	5	0
9.2.1.1.1	Länge des Radwegenetzes in der Gemeinde in km	250	0
9.2.1.1.4.1	Anzahl thematischer Radrouten in der Gemeinde	4	0
9.2.1.1.4.2	Gesamtlänge der thematischen Radrouten in der Gemeinde in km	296	0
9.2.1.2	Länge der Mountainbikewege in der Gemeinde in km	100	0
9.2.1.3	Anzahl der Radfernwege, die den Entfernungsbereich von 15 km um den Kurort kreuzen	4	0
9.5.3	Anzahl der Tanzcafés bzw. -bars im Kurort	4	0
9.6.2.2	Wasserfläche des nächstgelegenen wassersportfähigen Binnensees in qm (in einem Radius von 10 km)	200.000	0
9.13.1.1	Länge von Ski-Abfahrtspisten in der Gemeinde in km	2,3	0
9.13.1.2	Anzahl der Skilifte in der Gemeinde	3	0
9.13.2	Länge der Skiwanderwege in der Gemeinde	30	0
10.1.1.1	Anzahl Burgen und Schlössern (im Radius von 15 km)	8	0
10.1.2.1	Anzahl Ruinen (im Radius von 10 km)	3	0
10.1.3.1	Anzahl sakraler Bauwerke (im Radius von 5 km)	10	0
10.1.4.1	Anzahl historischer Häuser/ Höfe (im Radius von 5 km)	70	0
10.1.5.1	Anzahl an Windmühlen (im Radius von 5 km)	2	0
10.1.6.1	Anzahl an Leuchttürmen (im Radius von 5 km)	1	0
10.1.7.1	Anzahl an Besucherbergwerken (im Radius von 10 km)	1	0
10.1.8.1	Anzahl Denkmäler/ Skulpturen (im Radius von 5 km)	30	0
10.2.2	Museen: Besucherzahl 2005 des größten Museums	50.000	0
10.4.1	Konzerte/ Musikevents: Anzahl Veranstaltungen/ Jahr	365	0
10.4.2	Konzerte/ Musikevents: Anzahl Veranstaltungen mit überregionaler Ausstrahlung	94	0
10.5.1	Volksfeste: Anzahl Veranstaltungen/ Jahr	30	0
10.5.2	Volksfeste: Anzahl der Veranstaltungen mit überregionaler Ausstrahlung	7,2	0
10.6.1	Sportevents: Anzahl Veranstaltungen/ Jahr	50	0
10.6.2	Sportevents: Anzahl der Veranstaltungen mit überregionaler Ausstrahlung	10	0
10.7.1	Kinder-/ Familienveranstaltungen: Anzahl Veranstaltungen/ Jahr	190	0
10.7.2	Kinder-/ Familienveranstaltungen: Anzahl Veranstaltungen mit überregionaler Ausstrahlung	20	0
10.8.1	Theater: Anzahl der Sitzplätze	600	0
10.8.2	Veranstaltungshalle: Maximale Personenkapazität (Reihenbestuhlung)	1100	0
10.9	Anzahl an Büchereien/ Bibliotheken mit Ausleihmöglichkeit für Gäste	3	0
10.10	(Anzahl an Cafés/ Eisdieleen pro Gast)*100	0,1	0
10.11	(Anzahl an Bars/ Vergnügungslökalen pro Gast)*100	0,03	0

Kriterien-Nr.	Beschreibung	Richtwert	
		Opt.	Min.
10.13	Anzahl an Diskotheken	3	0
11.1	Waldrandlänge in 100m in einem Radius von 2 km um das Kurgastzentrum	257	0
11.2	Gewässerrandlänge in 100m in einem Radius von 2 km um das Kurgastzentrum (Insel- und Küstenränder gewichtet, vgl. Anhang 2)	264	0
11.3	Höhenunterschied zwischen dem tiefsten und dem höchsten Punkt des Ortes (2 km um das Kurgastzentrum) in m	306	0
11.4.2	Anteil Moorfläche im Radius von 2 km um das Kurgastzentrum	3%	0
11.4.4	Anteil Heidefläche im Radius von 2 km um das Kurgastzentrum	1%	0
11.4.7	Anteil an Strand-/ Dünenfläche in einem Radius von 2 km um das Kurgastzentrum	3%	0
13.2.1	Anzahl der Ärzte im Kurort	78	0
13.2.2.1	Anzahl der Badeärzte im Kurort	7	0
13.2.3.1	Anzahl an Fachärzten im Kurort	45	0

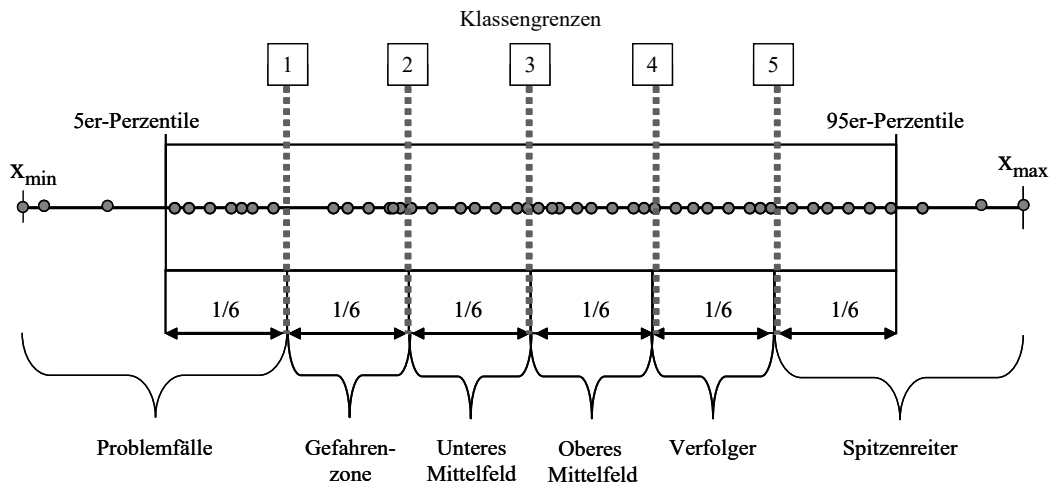
Quelle: eigene Untersuchung

4.4 Gruppierung der Orte zu Strategiegruppen

Auf Basis der erhobenen Daten und des nun vollständigen Bewertungssystems konnten für jeden Ort, für jedes Kriterium und jede Kriteriengruppe Punktwerte berechnet werden, die mit den Punktwerten der übrigen Orte vergleichbar waren. Um aus den so berechneten Punktwerten gezielte Schlüsse systematisch ziehen zu können, empfahl sich eine Gruppierung der Orte in „Strategiegruppen“ (vgl. Kap. 4.6). Die insgesamt 139 Orte wurden daher entlang ausgewählter Bewertungskategorien sechs **Gruppen** zugeordnet: Spitzenreiter, Verfolger, Oberes Mittelfeld, Unteres Mittelfeld, Gefahrenzone und Problemfälle.

Die Gruppierung erforderte eine **Festlegung der Gruppengrenzen**. Die einfachste Lösung hierfür wäre gewesen, die Orte in gleich große Gruppen zu unterteilen - die Grenzwerte also aus den Quantilen der Messreihe zu berechnen. Diese einfache Lösung erschien allerdings nicht adäquat, weil sie unterstellt hätte, dass stets ein Sechstel der Orte den Spitzenreitern, den Verfolgern etc. zuzurechnen ist. Diese Annahme wurde nicht als realistisch erachtet. Vor diesem Hintergrund wurde auf die Spannweite der Punktergebnisse als Basis zur Berechnung der Gruppengrenzen zurückgegriffen. Die Spannweite beschreibt die Strecke zwischen zwei Punkten der Messreihe. Im vorliegenden Fall wurde die Spannweite zwischen dem 5er- und dem 95er-Perzentil herangezogen. Nicht betrachtet wurden somit die ermittelten Extremwerte, um deren ggf. gravierenden Einfluss auf die Gruppeneinteilung zu verhindern. Die so definierte Spannweite wurde sodann in sechs gleich lange Teilstrecken gegliedert, deren Endpunkte nun die Gruppen- bzw. Klassengrenzen, wie in Abb. 24 dargestellt, definieren.

Abb. 24: Vorgehensweise zur Definition von Gruppengrenzen auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse



Quelle: eigene Darstellung

Tab. 31 und Tab. 32 zeigen die auf diesem Wege berechneten Gruppengrenzen der vierzehn übergeordneten Qualitätskategorien sowie der Gesamtergebnisse.

Tab. 31: Gruppierung der Orte auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse: Gruppengrenzen entlang der übergeordneten Qualitätskategorien

	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
	Informationsqualität Vorfeld			Reiseservice		
5er Perzentile	22,1%	29,1%	30,4%	3,7%	4,2%	4,0%
95er Perzentile	70,5%	77,8%	79,2%	78,5%	78,4%	78,4%
1. Klassengrenze	30,2%	37,2%	38,5%	16,2%	16,6%	16,4%
2. Klassengrenze	38,2%	45,3%	46,7%	28,6%	28,9%	28,8%
3. Klassengrenze	46,3%	53,5%	54,8%	41,1%	41,3%	41,2%
4. Klassengrenze	54,4%	61,6%	62,9%	53,6%	53,6%	53,6%
5. Klassengrenze	62,5%	69,7%	71,1%	66,0%	66,0%	66,0%
	Erreichbarkeit			Informationsqualität vor Ort		
5er Perzentile	14,6%	14,7%	15,2%	46,3%	44,2%	45,1%
95er Perzentile	71,8%	71,4%	70,5%	91,4%	91,6%	91,6%
1. Klassengrenze	24,2%	24,2%	24,4%	53,8%	52,1%	52,8%
2. Klassengrenze	33,7%	33,6%	33,6%	61,3%	60,0%	60,6%
3. Klassengrenze	43,2%	43,0%	42,8%	68,9%	67,9%	68,4%
4. Klassengrenze	52,7%	52,5%	52,1%	76,4%	75,8%	76,1%
5. Klassengrenze	62,3%	61,9%	61,3%	83,9%	83,7%	83,9%
	Beherbergung			Mobilität vor Ort		
5er Perzentile	0,4%	0,5%	0,5%	17,7%	17,9%	17,5%
95er Perzentile	30,3%	33,6%	35,0%	56,1%	55,6%	57,6%
1. Klassengrenze	5,4%	6,0%	6,2%	24,1%	24,2%	24,2%
2. Klassengrenze	10,4%	11,6%	12,0%	30,5%	30,5%	30,9%
3. Klassengrenze	15,4%	17,1%	17,8%	36,9%	36,8%	37,6%
4. Klassengrenze	20,4%	22,6%	23,5%	43,3%	43,1%	44,2%
5. Klassengrenze	25,3%	28,1%	29,3%	49,7%	49,3%	50,9%
	Gesundheitseinrichtungen			Freizeitangebot		
5er Perzentile	14,0%	15,7%	16,6%	17,2%	20,1%	18,0%

	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
95er Perzentile	62,4%	63,7%	63,7%	59,7%	60,4%	56,1%
1. Klassengrenze	22,1%	23,7%	24,5%	24,3%	26,8%	24,4%
2. Klassengrenze	30,2%	31,7%	32,3%	31,4%	33,5%	30,7%
3. Klassengrenze	38,2%	39,7%	40,2%	38,5%	40,2%	37,0%
4. Klassengrenze	46,3%	47,7%	48,0%	45,6%	46,9%	43,4%
5. Klassengrenze	54,3%	55,7%	55,9%	52,6%	53,7%	49,7%
	Aktivangebot			Kulturangebot		
5er Perzentile	21,7%	21,0%	21,5%	10,8%	10,8%	10,6%
95er Perzentile	59,0%	64,8%	62,0%	56,1%	53,8%	51,5%
1. Klassengrenze	27,9%	28,3%	28,2%	18,4%	18,0%	17,5%
2. Klassengrenze	34,1%	35,6%	35,0%	25,9%	25,1%	24,3%
3. Klassengrenze	40,4%	42,9%	41,7%	33,5%	32,3%	31,1%
4. Klassengrenze	46,6%	50,2%	48,5%	41,0%	39,4%	37,9%
5. Klassengrenze	52,8%	57,5%	55,2%	48,6%	46,6%	44,7%
	Landschaft			Klima		
5er Perzentile	15,7%	15,7%	15,7%	10,7%	10,7%	10,7%
95er Perzentile	55,8%	55,8%	55,8%	89,3%	89,3%	89,3%
1. Klassengrenze	22,4%	22,4%	22,4%	23,8%	23,8%	23,8%
2. Klassengrenze	29,1%	29,1%	29,1%	36,9%	36,9%	36,9%
3. Klassengrenze	35,8%	35,8%	35,8%	50,0%	50,0%	50,0%
4. Klassengrenze	42,5%	42,5%	42,5%	63,1%	63,1%	63,1%
5. Klassengrenze	49,2%	49,2%	49,2%	76,2%	76,2%	76,2%
	Kurortmedizinische Potenziale			Atmosphäre		
5er Perzentile	10,2%	10,2%	10,2%	40,4%	40,4%	40,4%
95er Perzentile	53,4%	53,4%	53,4%	80,7%	80,7%	80,7%
1. Klassengrenze	17,4%	17,4%	17,4%	47,1%	47,1%	47,1%
2. Klassengrenze	24,6%	24,6%	24,6%	53,8%	53,8%	53,8%
3. Klassengrenze	31,8%	31,8%	31,8%	60,5%	60,5%	60,5%
4. Klassengrenze	39,0%	39,0%	39,0%	67,3%	67,3%	67,3%
5. Klassengrenze	46,2%	46,2%	46,2%	74,0%	74,0%	74,0%

Quelle: eigene Berechnungen

Tab. 32: Gruppierung der Orte auf der Grundlage der Bewertungsergebnisse: Gruppengrenzen der Gesamtergebnisse

	KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
	Gesamtergebnis aktuelle Qualität			Gesamtergebnis Potenzialqualität		
5er Perzentile	30,03%	31,42%	32,92%	29,46%	29,38%	29,92%
95er Perzentile	54,51%	55,24%	55,09%	51,63%	53,32%	51,84%
1. Klassengrenze	34,11%	35,39%	36,61%	33,16%	33,37%	33,57%
2. Klassengrenze	38,19%	39,36%	40,31%	36,85%	37,36%	37,23%
3. Klassengrenze	42,27%	43,33%	44,00%	40,54%	41,35%	40,88%
4. Klassengrenze	46,35%	47,30%	47,70%	44,24%	45,34%	44,53%
5. Klassengrenze	50,43%	51,27%	51,40%	47,93%	49,33%	48,19%

Quell: eigene Berechnungen

Nimmt man an, dass die untersuchten Heilbäder und Kurorte die Grundgesamtheit der Heilbäder und Kurorte Deutschlands in annehmbarer Weise repräsentieren, so kann jeder weitere Ort sein Ergebnis in die entsprechenden Kategorien einordnen.

4.5 Nähere Analyse und Interpretation der Ergebnisse

In folgendem Kapitel soll aufgezeigt werden, ob bzw. inwieweit die Anwendung des Bewertungssystems valide Ergebnisse hervorzubringen vermag und in welcher Form praxisorientierte Schlussfolgerungen aus den Bewertungsergebnissen gezogen werden können. Im Fokus stehen dabei jene zentralen Fragestellungen, zu deren Beantwortung das Bewertungsmodell beitragen soll:

- Über welche (gesundheits-) touristische Kompetenz verfügen die untersuchten Orte (Kapitel 4.5.1)?
- Welche grundsätzlichen strategischen Ableitungen ergeben sich hieraus (Kapitel 4.5.2)?
- Mit welchem konkreten Handlungsbedarf ist der einzelne Ort im Hinblick auf eine marktorientierte (gesundheits-) touristische Entwicklung konfrontiert (Kapitel 4.5.3)?

4.5.1 (Gesundheits-) touristische Kompetenz der untersuchten Orte

Durch die Addition aller zielgruppenspezifisch gewichteten Zielerfüllungsgrade des Bewertungssystems wurde - für jede Zielgruppe - ein globaler Wert gebildet, der als Indikator für die aktuelle Gesamtqualität steht. Im Ergebnis bringt somit jeweils eine einzige Zahl die **kur- und gesundheits-, wellness- bzw. erholungstouristische aktuelle Gesamtqualität** eines Heilbades bzw. Kurortes zum Ausdruck.

Hiervon zu unterscheiden ist die **kur- und gesundheits-, wellness- bzw. erholungstouristische Potenzialqualität**. Deren Berechnung erfolgte auf der Grundlage eines modifizierten und reduzierten Bewertungssystems, wie in Kapitel 3.6 beschrieben.

Gemeinsam repräsentieren die beiden Größen die **gesundheits-, wellness- und erholungstouristische Kompetenz** der betrachteten Heilbäder und Kurorte. Sie stellt die größtmögliche Verdichtung der erhobenen und ausgewerteten Daten dar.

Dieses Kapitel widmet sich der näheren Analyse und Diskussion der erzielten Gesamtbewertung. Ein besonderes Augenmerk ist dabei auf die sachlogische Plausibilität der Bewertungsergebnisse gerichtet. Zu diesem Zweck wurden die **Bewertungsergebnisse in Abhängigkeit**

vom **Ortstyp** betrachtet. Hierfür wurden zunächst die Orte nach verschiedenen Kriterien kategorisiert:

- nach der Einwohnerzahl,
- der Übernachtungszahl,
- der Zahl der Gästeankünfte,
- der Tourismusintensität,
- der Bäderspate,
- der Naturlandschaft⁵⁵.

Für die nach diesen Kriterien unterschiedenen Ortstypen wurden die Mittelwerte der erzielten Punktergebnisse ermittelt. Der Vergleich dieser Mittelwerte mit dem Mittelwert aller Orte bot bereits einen ersten Eindruck davon, wie bestimmte Ortstypen im Vergleich mit den anderen Orten bei der Bewertung abgeschnitten haben.

Allerdings ist die Abweichung vom Gesamtmittelwert eine Größe, die je nach Streuung der Variablen, unterschiedlich zu interpretieren ist. Ist die Streuung einer Datenreihe groß, so wird wahrscheinlich auch die Abweichung vom Mittelwert vergleichsweise groß ausfallen. Um die Daten vergleichbar zu machen und richtig einordnen zu können, musste also eine Standardisierung erfolgen. Benötigt wurde hierfür ein Maß, das die Streuung der Messreihe (also der Bewertungsergebnisse, der Punktwerte) wider gibt und mit dem die Abweichungen der Mittelwerte der Ortskategorien vom Gesamtmittel ins Verhältnis gesetzt werden konnten.

Hierfür wurde auf die mittlere Abweichung zurückgegriffen. Sie ist definiert als mittlerer Abstand zwischen den einzelnen Datenwerten und dem arithmetischen Mittelwert (vgl. BAHRENBERG/ GIESE/ NIPPER 1990, S. 51):

$$\bar{d} = \sum_{i=1}^n \frac{|x_i - \bar{x}|}{n}$$

n = Anzahl aller Elemente der Messreihe
 x_i = Variablenwerte $X_1 - X_n$
 \bar{x} = arithmetischer Mittelwert

⁵⁵ Bei der Kategorisierung der Orte nach naturlandschaftlichen Gesichtspunkten wurden zunächst die Insel- und Küstengemeinden aufgrund ihrer naturlandschaftlichen Homogenität zu einer Gruppe zusammengefasst. Die übrigen Orte wurden in Abhängigkeit von ihrer Höhenlage kategorisiert. Hierdurch wurde die schwierige Frage der Abgrenzung von z.B. Mittelgebirgsregionen oder urbanen Gebieten umgangen und gleichzeitig eine überschneidungsfreie Gliederung gewährleistet. Die Grenzwerte in Bezug auf die Höhenlage ergaben sich durch den Anspruch, die Orte in gleich große Gruppen zu gliedern.

Die Abweichungen der Mittelwerte der verschiedenen betrachteten Ortstypen vom Gesamtmittel wurden dann mit der mittleren Abweichung der Gesamtmessreihe ins Verhältnis gesetzt. Hieraus ergab sich der folgende Quotient (Q) zur Bewertung der Untersuchungsergebnisse (der Punktwerte) in Abhängigkeit vom Ortstyp:

$$Q = \frac{\bar{y} - \bar{x}}{\bar{d}}$$

\bar{y} = Mittelwert der Stichprobe (Ortstypen)
 \bar{x} = Mittelwert der Messreihe gesamt
 \bar{d} = Mittlere Abweichung

Die Anwendung dieses Maßes setzte etwa gleiche Gruppengrößen der betrachteten Ortstypen voraus, um zu gewährleisten, dass die Variablenwerte der verschiedenen Gruppen jeweils den gleichen Einfluss auf das Gesamtmittel haben. Die Kategorisierung der Orte erfolgte dementsprechend in gleich große Gruppen. Tab. 33 zeigt die Ergebnisse der durchgeführten Berechnungen. Je größer der Betrag von Q ist, desto größer ist die Abweichung des gruppenspezifischen Mittelwertes vom Gesamtmittelwert unter Berücksichtigung der Streuung der Bewertungsergebnisse. Positive Q-Werte sind als „gute Werte“ zu interpretieren, negative Q-Werte als „schwache Werte“.

Tab. 33: Analyse der Bewertungsergebnisse mithilfe der Größe Q

Q = Quotient aus der Abweichung des Gruppenmittelwertes vom Gesamtmittel und der mittleren Abweichung; zur besseren Veranschaulichung sind alle Quotienten $\geq 0,50$ und $\leq -0,50$ grau markiert

Ortskategorien und -typen	Gesamtergebnis aktuelle Qualität			Potenzialqualität		
	GT	WT	ET	GT	WT	ET
Nach Einwohnern⁵⁶						
18.439 - 199.288 Einwohner	0,71	0,65	0,58	0,41	0,35	0,32
9.357 - 18.438 Einwohner	0,23	0,25	0,22	0,03	0,03	0,02
5.460 - 9.356 Einwohner	-0,27	-0,22	-0,20	-0,46	-0,42	-0,37
1.998 - 5.459 Einwohner	-0,12	-0,19	-0,23	0,00	-0,04	-0,11
Weniger als 1.998	-0,56	-0,50	-0,38	0,01	0,06	0,12
Nach Übernachtungen⁵⁶						
503.268 - 1.883.516 Übernachtungen	1,00	0,98	0,99	1,04	0,95	0,95
261.556 - 503.267 Übernachtungen	0,69	0,70	0,69	0,58	0,53	0,50
181.376 - 261.555 Übernachtungen	-0,31	-0,28	-0,27	-0,25	-0,22	-0,23
107.071 - 181.375 Übernachtungen	-0,43	-0,43	-0,46	-0,50	-0,47	-0,46
Weniger als 107.071 Übernachtungen	-0,71	-0,72	-0,71	-0,72	-0,63	-0,61
Nach Ankünften⁵⁶						
84.334 - 474.822 Gästeankünfte	0,84	0,88	0,92	0,92	0,83	0,86
48.385 - 84.333 Gästeankünfte	0,63	0,61	0,58	0,50	0,47	0,44

⁵⁶ Die Grenzwerte ergeben sich aus der Kategorisierung der Orte in (möglichst) gleich große Gruppen mithilfe der 20er, 40er, 60er und 80er-Perzentilen.

Ortskategorien und -typen	Gesamtergebnis aktuelle Qualität			Potenzialqualität		
	GT	WT	ET	GT	WT	ET
33.387 - 48.384 Gästeankünfte	-0,01	-0,03	-0,02	0,00	0,01	0,01
18.581 - 33.386 Gästeankünfte	-0,13	-0,05	-0,07	-0,08	-0,01	-0,01
Weniger als 18.581 Gästeankünfte	-0,92	-0,97	-0,98	-1,04	-1,00	-1,00
Nach Tourismusintensität⁵⁶						
124 - 548 Übernachtungen/ Einwohner	0,34	0,35	0,45	0,78	0,75	0,80
46 - 123 Übernachtungen/ Einwohner	-0,24	-0,17	-0,14	-0,10	-0,03	-0,04
20 - 45 Übernachtungen/ Einwohner	0,16	0,11	0,06	-0,07	-0,13	-0,17
11 - 19 Übernachtungen/ Einwohner	0,22	0,21	0,12	-0,15	-0,19	-0,24
Wenige als 11 Übernachtungen/ Einwohner	-0,24	-0,25	-0,24	-0,32	-0,25	-0,21
Nach Prädikat						
Mineral- und Moorheilbäder	0,11	0,05	-0,03	-0,27	-0,31	-0,33
Heilklimatische Kurorte	-0,37	-0,34	-0,36	-0,37	-0,36	-0,46
Seebäder und Seeheilbäder	0,15	0,20	0,33	0,56	0,52	0,57
Kneippheilstätten und -kurorte	-0,17	-0,10	-0,17	-0,12	0,06	0,05
Nach Naturlandschaft⁵⁶						
Insel- und Küstengemeinden	0,15	0,20	0,33	0,56	0,52	0,57
Binnenland/ Mittelgebirge auf 337 - 779 m über NN	-0,20	-0,13	-0,21	-0,11	0,04	-0,05
Binnenland/ Mittelgebirge auf 175 - 336 m über NN	-0,14	-0,18	-0,24	-0,23	-0,21	-0,24
Binnenland/ Mittelgebirge auf 96 - 174 m über NN	0,27	0,17	0,08	-0,14	-0,20	-0,23
Binnenland/ Mittelgebirge auf unter 96 m über NN	-0,27	-0,27	-0,32	-0,66	-0,66	-0,63

Quelle: eigene Berechnungen

Neben dieser rein deskriptiven Analyse der erzielten Bewertungsergebnisse sollte ein weiteres Maß Aufschlüsse darüber liefern, ob Zusammenhänge zwischen ausgewählten Eigenschaften der Orte bzw. der Zugehörigkeit zu einem bestimmten Ortstyp und dem Abschneiden bei der Bewertung existieren, die nicht zufällig sind und daher verallgemeinert werden können. Hierfür wurden die **Korrelationskoeffizienten** der betrachteten Variablen berechnet. Allgemein lässt sich mithilfe der Korrelationskoeffizienten die Stärke des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen berechnen (vgl. BAHRENBERG/ GIESE/ NIPPER 1990, S. 146). Üblicherweise wird zur Berechnung des linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen der **Korrelationskoeffizient nach Pearson** herangezogen. Dies setzt allerdings ein metrisches Skalenniveau beider Variablen voraus. Im vorliegenden Fall erfüllten die ermittelten Bewertungsergebnisse diese Voraussetzung sowie die Merkmale Einwohnerzahl, Übernachtungen, Ankünfte und Tourismusintensität. Zur Berechnung des Zusammenhangs zwischen dem Prädikat bzw. der naturlandschaftlichen Exposition eines Ortes und den Bewertungsergebnissen musste auf ein alternatives Maß ausgewichen werden. Ein geeignetes Maß zur Prüfung von statistischen Zusammenhängen zwischen Variablen unterschiedlichen Skalenniveaus ist der **punktbiseriale Korrelationskoeffizient** (vgl. ECKSTEIN 2006 S. 297). Um

diesen zu ermitteln, wurden die nominalskalierten Variablen „Bädersparte“ und „Naturlandschaft“ in mehrere dichotome Variablen umgewandelt (z.B. in die Variable „Mineral- und Moorheilbad“ mit den Merkmalsausprägungen „Ja“ = 1 und „Nein“ = 0), die sodann auf ihre Korrelation mit dem Bewertungsergebnis hin untersucht wurden.

Beide verwendeten Korrelationskoeffizienten können Werte zwischen -1 und 1 annehmen, wobei bei einem Wert von +1 (bzw. -1) ein vollständig positiver (bzw. negativer) linearer Zusammenhang zwischen den betrachteten Merkmalen besteht. Wenn der Korrelationskoeffizient den Wert 0 aufweist, hängen die beiden Merkmale überhaupt nicht linear voneinander ab. In der Literatur wird ein Korrelationskoeffizient von bis zu +/-0,5 überwiegend als eher gering beschrieben. Zwischen +/- 0,5 und +/- 0,8 bestünde eine mittlere Korrelation und ab +/- 0,8 eine starke Korrelation (vgl. u.a. SCHLITTGEN 1996, S. 179). Verwiesen wird jedoch auch darauf, dass gerade bei der Analyse von sehr komplexen Sachverhalten - wie z.B. der (gesundheits-) touristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten - die Grenzen für Korreliertheit deutlich niedriger anzusetzen sind. Nach WERNER (2004, S. 214) sowie FAHRMEIR et al. (2001, S. 139) sind Korrelationskoeffizienten von +/-0,5 zwischen Variablen, die „weiche“ Merkmale abbilden, als „maximale Korrelationen“ anzusehen.

Tab. 34 zeigt die Korrelationskoeffizienten, die zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen bestimmten Eigenschaften der Orte bzw. bestimmten Ortstypen und den Bewertungsergebnissen berechnet wurden.

Tab. 34: Korrelation zwischen verschiedenen Merkmalen der Orte und den Bewertungsergebnissen

Gemessen durch den Korrelationskoeffizienten nach Pearson (KP) bzw. dem punktbiserialen Korrelationskoeffizienten (PBK); signifikante Korrelationen (Signifikanz < 0,05) sind grau markiert

		Gesamtergebnis aktuelle Qualität			Potenzialqualität		
		KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
Einwohner	Korrelation (KP)	0,22	0,20	0,18	0,12	0,10	0,10
	Signifikanz	0,01	0,02	0,03	0,16	0,24	0,24
Übernachtungen	Korrelation (KP)	0,49	0,48	0,49	0,51	0,46	0,46
	Signifikanz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Ankünfte	Korrelation (KP)	0,43	0,44	0,45	0,46	0,43	0,44
	Signifikanz	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tourismusintensität	Korrelation (KP)	0,11	0,12	0,16	0,32	0,30	0,32
	Signifikanz	0,22	0,18	0,06	0,00	0,00	0,00
Mineral- und Moorheilbäder	Korrelation (PBK)	0,08	0,03	-0,02	-0,18	-0,21	-0,23
	Signifikanz	0,37	0,70	0,82	0,03	0,01	0,01
Heilklimatische Kurorte	Korrelation (PBK)	-0,11	-0,10	-0,11	-0,11	-0,11	-0,14
	Signifikanz	0,19	0,22	0,20	0,19	0,19	0,10
Seeheilbäder und -kurorte	Korrelation (PBK)	0,09	0,12	0,19	0,32	0,30	0,33
	Signifikanz	0,30	0,17	0,03	0,00	0,00	0,00
Kneippheilbäder	Korrelation (PBK)	-0,06	-0,03	-0,06	-0,04	0,02	0,02

		Gesamtergebnis aktuelle Qualität			Potenzialqualität		
		KGT	WT	ET	KGT	WT	ET
und -kurorte	Signifikanz	0,51	0,69	0,52	0,63	0,82	0,83
Insel- und Küstengemeinden	Korrelation (PBK)	0,09	0,12	0,19	0,32	0,30	0,33
	Signifikanz	0,30	0,17	0,03	0,00	0,00	0,00
Binnenland/ Mittelgebirge unter 96 m über NN	Korrelation (PBK)	-0,03	-0,06	-0,10	-0,26	-0,29	-0,29
	Signifikanz	0,76	0,48	0,25	0,00	0,00	0,00
Binnenland/ Mittelgebirge auf 96 - 174 m über NN	Korrelation (PBK)	-0,08	-0,08	-0,11	-0,03	-0,02	-0,03
	Signifikanz	0,36	0,32	0,21	0,73	0,85	0,71
Binnenland/ Mittelgebirge auf 175 - 336 m über NN	Korrelation (PBK)	-0,01	0,01	-0,02	0,00	0,04	0,02
	Signifikanz	0,89	0,93	0,84	0,99	0,61	0,80
Binnenland/ Mittelgebirge auf 337 - 779 m über NN	Korrelation (PBK)	0,03	0,05	0,05	-0,02	0,01	0,00
	Signifikanz	0,72	0,57	0,59	0,84	0,88	0,98

Quelle: eigene Berechnungen

Die Quotienten (Q), die für die verschiedenen Ortstypen berechnet wurden, bilden im Folgenden die Basis zur Beschreibung der Ergebnisse. Ergänzt werden die Betrachtungen durch eine auf den Korrelationskoeffizienten basierende Interpretation.

a) Das Abschneiden der Orte in Abhängigkeit von der Einwohnerzahl

Besonders gute Q-Werte bei der Bewertung der aktuellen Qualität werden durch (im Vergleich) große Orte mit einer Einwohnerzahl zwischen 18.439 und 199.288 erreicht. Besonders schwach schneiden die kleinsten Orte mit weniger als 1.998 Einwohnern ab. Die Bewertungen der mittleren Ortsgrößenklassen durch den Q-Wert lassen keine klaren Regelmäßigkeiten erkennen. Dies spiegelt sich auch in eher geringen Korrelationskoeffizienten (nach Pearson) zwischen 0,18 und 0,22 wider. Dennoch ist der (lineare) Zusammenhang zwischen der Einwohnerzahl und der aktuellen Qualität (bezogen auf alle Zielgruppen) statistisch signifikant, was bedeutet, dass die Verteilung der beiden Variablen nicht zufällig ist, sondern das Ergebnis bestimmter Ursache-Wirkungszusammenhänge. Ein plausibler Erklärungsansatz im vorliegenden Fall wäre, dass große Orte mit ihrer in der Regel größeren Angebotsvielfalt attraktiver für den Touristen sind als sehr kleine Orte, die häufig eine geringe Angebotsbreite aufweisen.

Bei der Betrachtung der Q-Werte, die sich im Hinblick auf die Potenzialqualität ergeben, zeigt sich ein ganz anderes Bild. Die kleinsten Orte weisen hier positive Q-Werte auf. Dies korrespondiert mit besonders hohen Werten bei der Bewertung von Landschaft und Klima, den beiden wichtigsten Potenzialqualitäten. Beste Werte werden aber weiterhin durch die Gruppe

mit der höchsten Einwohnerzahl erreicht, wobei die Q-Werte geringer ausfallen als bei den Bewertungsergebnissen zur aktuellen Qualität. Hier fallen insbesondere die unterdurchschnittlichen Bewertungen der Landschaft und des Klimas ins Gewicht. Besonders schwache Werte bei der Bewertung der Potenzialqualität erzielen die Orte mit mittlerer Größe. Sie sind gegenüber den kleineren Orten vor allem im Hinblick auf die landschaftlichen und klimatischen Verhältnisse im Nachteil, während gegenüber den größeren Orten der geringere Umfang an touristischer Hardware zu Buche schlagen dürfte. Für den Zusammenhang zwischen der Einwohnerzahl und der Potenzialqualität ergeben sich keine signifikanten Korrelationen. Von der Einwohnerzahl eines Ortes lässt sich somit nicht auf deren touristisches Entwicklungspotenzial (oder umgekehrt) schließen.

b) Das Abschneiden der Orte in Abhängigkeit von den Übernachtungen

Die Q-Werte, die sich für die Ortstypen, kategorisiert nach der Zahl der Übernachtungen, ergeben, deuten auf einen linearen statistischen Zusammenhang zwischen den betrachteten Bewertungsergebnissen (aktuelle Qualität und Potenzialqualität) und den Übernachtungszahlen hin. Die Q-Werte der Gruppen steigen bei fast allen Bewertungskategorien deutlich mit zunehmender Übernachtungszahl an. Tatsächlich ergeben sich bei der Berechnung der Korrelationskoeffizienten nach Pearson Werte zwischen 0,46 und 0,51. Wie weiter oben erläutert, können diese Werte bei der Analyse von sehr komplexen Sachverhalten - wie hier geschehen - als sehr hoch interpretiert werden. Es besteht also ein bedeutsamer statistischer Zusammenhang zwischen den Übernachtungszahlen und den betrachteten Bewertungsergebnissen.

Dieser ermittelte Zusammenhang zwischen den Übernachtungszahlen und den Ergebnissen der Bewertung stellt ein äußerst wünschenswertes Ergebnis dieser Auswertung dar, stützt es doch die sehr plausible These, dass eine hohe (gesundheits-) touristische Kompetenz eines Heilbades bzw. Kurortes auch hohe Übernachtungszahlen zur Folge hat⁵⁷. Dies wiederum ist ein Indiz dafür, dass die ermittelten Bewertungsergebnisse eine erträgliche Validität aufweisen.

Eine analoge Interpretation ergibt sich für den Zusammenhang zwischen Gästeankünften und Bewertungsergebnissen.

⁵⁷ Zu verweisen ist in diesem Zusammenhang allerdings darauf, dass der Korrelationskoeffizient nach Pearson lediglich die Stärke eines linearen Zusammenhangs zwischen zwei Variablen beschreibt. Er erlaubt keine Aussage über die Art bzw. die Kausalität des Zusammenhangs (vgl. ATTESLANDER 2003, S. 297).

c) Das Abschneiden der Orte in Abhängigkeit von der Tourismusintensität

Die Tourismusintensität ist ein Maß zur Charakterisierung der Bedeutung des Tourismus für einen Standort. Je mehr Übernachtungen pro Einwohner eines Ortes getätigt werden, desto größer ist die wirtschaftliche Abhängigkeit vom Tourismus.

Die ermittelten Q-Werte für die Bewertung der aktuellen Qualität lassen auf Anhieb keine Regelmäßigkeiten erkennen. Das beste Ergebnis bei der Bewertung erzielten Orte mit sehr hoher Tourismusintensität. Schwächste Bewertungsergebnisse wurden sowohl durch die Orte mit sehr geringer Abhängigkeit vom Tourismus erzielt, aber auch von Orten mit relativ hoher Tourismusintensität zwischen 46 und 123 Übernachtungen pro Einwohner. Die Vermutung eines nur geringen (linearen) Zusammenhangs zwischen Tourismusintensität und den Bewertungsergebnissen bestätigt sich auch durch die Betrachtung der Korrelationskoeffizienten, die zwischen 0,11 und 0,16 liegen und somit äußerst gering sowie nicht signifikant sind. Die Schlussfolgerung „Je größer die Abhängigkeit vom Tourismus, desto attraktiver ist auch das touristische Angebot“ ist auf Basis dieser Ergebnisse nicht zulässig.

Ein etwas anderes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der ermittelten Potenzialqualität. Hier werden immerhin Korrelationen zwischen 0,30 und 0,32 erreicht. Demnach besteht also ein moderater linearer Zusammenhang zwischen der Abhängigkeit vom Tourismus und der Potenzialqualität.

Ein möglicher Erklärungsversuch hierfür wäre, dass mit steigender Tourismusintensität und damit steigender wirtschaftlicher Bedeutung des Tourismus für den Standort auch die Investitionen in die touristische Hardware (als wichtigem Teilbereich der Potenzialqualität) zunehmen. Plausibel erscheint aber eher die Annahme, dass Orte mit hohen Potenzialqualitäten, also attraktiver Landschaft, gutem Klima etc. häufig peripher gelegen sind und deshalb nur wenige wirtschaftliche Alternativen zum Tourismus bestehen.

d) Das Abschneiden der Orte in Abhängigkeit vom Prädikat

Bei beiden Bewertungskategorien (aktuelle Qualität und Potenzialqualität) und allen Zielgruppen erreichten die Seeheilbäder und Seebäder im Schnitt die besten Bewertungen und damit die besten (positivsten) Q-Werte. Bei der Bewertung der aktuellen Qualität werden sie gefolgt von den Mineral- und Moorheilbädern, den Kneippheilbädern bzw. -kurorten und schließlich von den heilklimatischen Kurorten. Bei der Bewertung der Potenzialqualität schieben sich die Kneippheilbäder und -kurorte auf die zweite Position vor die Mineral- und Moorheilbäder.

Die Prüfung eines statistischen Zusammenhangs zwischen dem Prädikat einerseits und dem Abschneiden bei der Bewertung andererseits erfolgte mithilfe des punktbiserialen Korrelationskoeffizienten, wie weiter oben erläutert.

Wie Tab. 34 zeigt, sind die Korrelationen zwischen den Variablen überwiegend sehr gering und nicht signifikant. So ist etwa das schwache Abschneiden der heilklimatischen Kurorte ein zufälliges Ergebnis.

Für die folgenden Variablen wurden zwar überwiegend geringe, jedoch statistisch signifikante Zusammenhänge ermittelt:

- Mineral- und Moorheilbad und Potenzialqualität (bei allen Zielgruppen; negativer Zusammenhang),
- See- bzw. Seeheilbad und aktuelle erholungstouristische Qualität (positiver Zusammenhang) sowie
- See- bzw. Seeheilbad und Potenzialqualität (bei allen Zielgruppen; positiver Zusammenhang).

Welche Ursache-Wirkungsprinzipien könnten hier nun wirken? Warum besitzen Mineral- und Moorheilbäder eine signifikant schwächere Potenzialqualität? Sind hier die ursprünglichen Standortqualitäten und/ oder die touristische Hardware strukturell bedingt schwächer als bei den anderen Gruppen? Ein Blick auf das Abschneiden der Mineral- und Moorheilbäder bei der Bewertung der Teilqualitäten zeigt, dass besonders schwache Werte bei der Bewertung von Landschaft und Klima erzielt werden. Ein Erklärungsansatz hierfür könnte sein, dass Mineral- und Moorheilbäder aufgrund ihrer geologischen Voraussetzungen häufig in Ebenen oder Tälern liegen. Während sich nun die Lage in einer (binnenländischen) Ebene negativ auf die Landschaftsbewertung – unter dem Leitkriterium der „Vielfalt“ – auswirkt, dürfte die Tallage vieler Mineral- und Moorheilbäder mit einer geringen bioklimatischen Eignung in Verbindung stehen. Ein struktureller Zusammenhang zwischen der Bädersparte der Mineral- und Moorheilbäder und einer geringen Potenzialqualität ist also durchaus denkbar und auch plausibel.

Das signifikant gute Abschneiden der Seebäder und Seeheilbäder verwundert nicht, handelt es sich hierbei doch um klassische touristische Destinationen mit einer entsprechend ausgereiften Angebotsstruktur- bzw. -qualität. Die wichtigste Stärke der Seebäder ist jedoch ohne Zweifel die durch die Küstenlage bedingte sehr hohe landschaftliche und klimatische Eignung für den Tourismus, die vor allem bei der Bewertung der Potenzialqualität klar zum Ausdruck kommt. Interessant ist auch die Betrachtung der zielgruppenspezifischen Ergebnisse der Seebäder bzw. Seeheilbäder bei der aktuellen Qualität. Nur bei der Bewertung aus der Perspektive der Erholungstouristen schneiden die Seebäder und Seeheilbäder signifikant gut ab.

Offensichtlich erfüllen die Seebäder und -heilbäder insbesondere die Wünsche und Bedürfnisse der Erholungstouristen. Auch dieses Ergebnis ist plausibel.

e) Das Abschneiden der Orte in Abhängigkeit von naturlandschaftlichen Kriterien

Analog zur Gruppe der Seebäder und Seeheilbäder erreichen die Küsten- und Inselgemeinden durchgängig sehr hohe Q-Werte⁵⁸. Eine überdurchschnittlich hohe Bewertung der aktuellen Qualität erreichen darüber hinaus Orte, die zwischen 96 und 174 m über NN, also relativ niedrig, liegen. Besonders schlecht schneiden Orte ab, die unter 96m über NN liegen. Dies gilt insbesondere für deren Abschneiden bei der Potenzialqualität.

Erwartungsgemäß werden bei der Prüfung des statistischen Zusammenhangs zwischen den Bewertungsergebnissen und der naturlandschaftlichen Exposition der Orte mithilfe des punkt-biserialen Korrelationskoeffizienten für die Insel- und Küstengemeinden dieselben Werte ermittelt wie zuvor für die See- und Seeheilbäder. Insbesondere wird ein signifikanter Zusammenhang mit der Potenzialqualität angezeigt. Auch für das schwache Abschneiden der unter 96 m über NN gelegenen Orte bei der Potenzialqualität konnte ein signifikanter Zusammenhang aufgedeckt werden.

Die möglichen Ursachen für das gute Abschneiden der Insel- und Küstengemeinden wurde bereits weiter oben diskutiert. Die Frage, warum Orte, die unter 96m über NN liegen, bei der Bewertung der Potenzialqualität signifikant schlechter abschneiden, wird erneut durch die Betrachtung der naturlandschaftlichen Eigenschaften dieser Orte beantwortet, da diese den größten Einfluss auf die Berechnung der Potenzialqualität haben. Sowohl bei der Bewertung der Landschaft als auch des Klimas erreichen diese Orte ausgesprochen schwache Bewertungen. Es greift nun dieselbe (plausible) Argumentation wie bei den Mineral- und Moorheilbädern. Orte, die unter 96m über NN liegen, liegen in Ebenen oder Tälern, was sich wiederum negativ auf ihre landschaftlichen Vielfalt und/ oder das Bioklima auswirkt und damit ihre Potenzialqualität insgesamt.

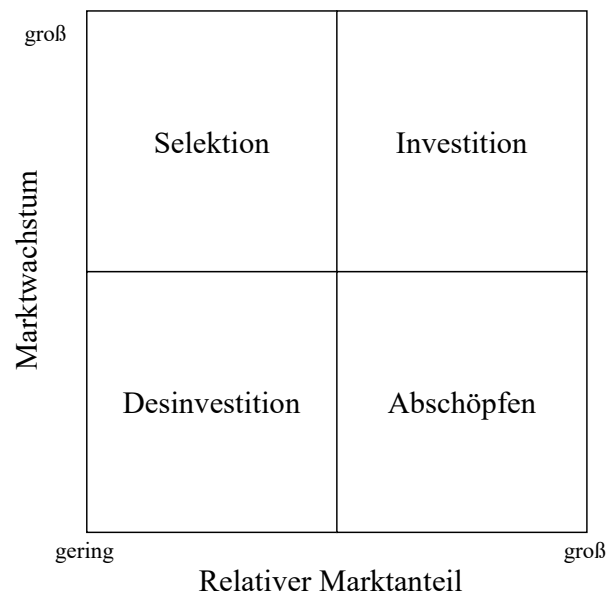
Insgesamt konnten mithilfe der durchgeführten Analysen verschiedene Zusammenhänge statistisch nachgewiesen werden, die auch aus sachlicher Perspektive sehr gut nachvollziehbar sind. Hervorzuheben sind insbesondere die hohen positiven Korrelationen zwischen Übernachtungs- bzw. Gästezahlen und den Bewertungsergebnissen, die aufgrund ihrer hohen sachlogischen Plausibilität ein wichtiger Hinweis darauf sind, dass mithilfe des entwickelten Bewertungssystems aussagekräftige, valide Messungen möglich sind.

⁵⁸ Die Gruppen sind hinsichtlich ihrer Elemente identisch.

4.5.2 Strategische Ableitungen aus den Untersuchungsergebnissen

Um aus den Untersuchungsergebnissen sinnvolle Schlüsse für die künftige Entwicklung der betrachteten Heilbäder und Kurorte abzuleiten, wurde eine Art Portfolioanalyse durchgeführt. Unter Portfolioanalyse wird meist die bekannteste Variante dieses Denk- und Entscheidungsmodells verstanden: die Portfolioanalyse der Boston Consulting Group (BCG) (vgl. HENDERSON in OTINGER 1993, S. 286ff.). Sie wurde entwickelt, um Mehrprodukt-Unternehmen bei der Beantwortung der Frage zu unterstützen, wie es innerhalb seiner Produkte sinnvolle Prioritäten für die zukünftige Entwicklung setzen kann (vgl. DETTMER et al. 1999, S. 106). Zu diesem Zweck werden die Produkte eines Unternehmens in eine Vier-Felder-Matrix eingeordnet, die die Merkmale „Marktanteil“ und „Marktwachstum“ abbildet. Je nach Position im Portfolio ergibt sich für jedes Produkt eine von insgesamt vier Normstrategien (vgl. Abb. 25).

Abb. 25: Normstrategien des BCG-Portfolios



Quelle: PEPELS 1994, S. 317

Für die Zwecke der vorliegenden Arbeit wurde lediglich auf die Darstellungsform des Portfolios zurückgegriffen. Zielsetzung war es, strategische Entscheidungen über die (gesundheits-)touristische Entwicklung der betrachteten Orte durch eine fokussierte, anschauliche Darstellung der Untersuchungsergebnisse zu unterstützen.

Die weiteren Gestaltungselemente der durchgeführten Portfoliobetrachtung orientieren sich an den spezifischen Zielen und Rahmenbedingungen der vorliegenden Untersuchung und unterscheiden sich von der klassischen Portfolioanalyse.

Um ein sinnvolles Portfolio konzipieren und relevante Schlüsse aus der Betrachtung ziehen zu können, galt es zunächst, das übergeordnete Leitprinzip zu definieren, dem die zu formulierenden Strategieoptionen folgen sollten. Denn je nach Betrachtungsperspektive und politischer Auffassung können die Folgerungen aus der vorliegenden Untersuchung sehr unterschiedlich sein. So wird der einzelne Ort seine Position in vielen Fällen sicher anders interpretieren als die überörtliche Wirtschaftsförderung, die sich wiederum nicht immer im Einklang mit den Zielen der Raumordnung befindet.

In der vorliegenden Arbeit soll eine überörtliche Perspektive eingenommen werden, die versucht, auch den Interessen der einzelnen Orte gerecht zu werden. Das Leitprinzip, das hierbei zugrunde gelegt wird, orientiert sich zunächst an der im deutschen Raumordnungsgesetz (ROG, § 1) definierten Leitvorstellung der „nachhaltigen Raumentwicklung, die die sozialen und wirtschaftlichen Ansprüche an den Raum mit seinen ökologischen Funktionen in Einklang bringt und zu einer dauerhaften, großräumig ausgewogenen Ordnung führt“.

Heilbäder und Kurorte liegen häufig in strukturschwachen ländlichen Regionen. Der Kur- und Tourismussektor stellt nicht selten den dominierenden Wirtschaftszweig dar. Um diesen nicht zu gefährden, wurde häufig auf die Ansiedlung von Industrie und Gewerbe verzichtet, was in zahlreichen Fällen zu echten Monostrukturen und einer großen Abhängigkeit geführt hat (vgl. FERGEN 2006, S. 53). Es wird daher als wichtig und notwendig erachtet, durch eine gezielte Förderung (gerade) dieser Orte einen Beitrag zu einer nachhaltigen, ausgewogenen Raumentwicklung zu leisten und einer Abwanderung und Entleerung dieser Räume entgegenzuwirken.

Es soll aber auch nicht übersehen werden, dass die Regional- und Strukturförderung zunehmend dazu gezwungen ist, die knappen öffentlichen Mittel weniger verteilungsorientiert nach landesplanerischen Gesichtspunkten, sondern stärker nach sektoralen Entwicklungspotenzialen zu vergeben: „Deshalb müssen öffentliche Mittel – vor allem Fördergelder – in den kommenden Jahren mehr denn je dort eingesetzt werden, wo sie Arbeitsplätze schaffen und eine Rendite abwerfen, die uns zukünftig wieder mehr Spielraum für die Gestaltung unseres Landes gibt...“ (MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT DES LANDES BRANDENBURG 2005, S. 1).

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wird die Auffassung vertreten, dass es richtig ist, perspektivreiche Heilbäder und Kurorte zu fördern. Wie eingangs bereits festgestellt, haben nicht alle Orte das Potenzial, um auf dem anspruchsvollen (gesundheits-) touristischen Markt erfolgreich zu sein. Die Verteilung von (touristischen) Fördergeldern mit der Gießkanne dürfte somit wenig effektiv (und somit auch nicht nachhaltig) sein. Gleichwohl sollten Orte mit

geringem (gesundheits-) touristischen Entwicklungspotenzial nicht sich selbst überlassen werden. Sie erfordern im Gegenteil besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung auf der Suche nach individuellen, ortsspezifischen Entwicklungsmöglichkeiten. Hierbei sollten nicht nur die spezifischen Potenziale der entsprechenden Orte berücksichtigt werden, sondern auch ihre Rolle im großräumigen funktionsräumlichen Wirkungsgefüge.

Die **Portfoliomatrix**, die auf der Grundlage der skizzierten Überlegungen entwickelt wurde, wird durch die folgenden Variablen gebildet:

- aktuelle (gesundheits-) touristische Qualität und
- Potenzialqualität im Verhältnis zur aktuellen Qualität.

Aktuelle (gesundheits-) touristische Qualität

Das Abschneiden eines Ortes bei der Bewertung seiner aktuellen (gesundheits-) touristischen Qualität gibt an, inwieweit er zurzeit in der Lage ist, die Bedürfnisse der betrachteten Zielgruppen zu befriedigen. Es wurden drei strategische Gruppen definiert:

1. Spitzengruppe und Verfolger
2. Oberes und unteres Mittelfeld
3. Gefahrenzone und Problemfälle.

Potenzialqualität (PQ) im Verhältnis zur aktuellen Qualität

Diese Variable berechnet sich aus der Subtraktion des Rangs, der bei der Bewertung der Potenzialqualität erreicht wurde, vom Rang bei der Bewertung der aktuellen Qualität. Die Trennung der Orte in zwei Gruppen erfolgt am Nullpunkt, so dass die folgenden Gruppen entstehen:

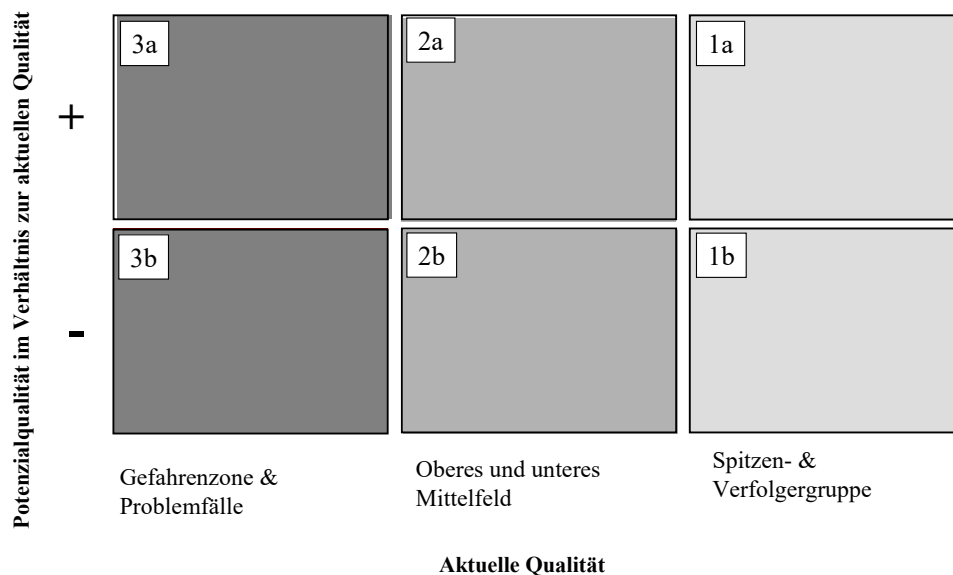
- a. Orte, deren Potenzialqualität größer ist als die aktuelle Qualität bzw. gleich der aktuellen Qualität und
- b. Orte, deren Potenzialqualität kleiner ist als die aktuelle Qualität.

Orte, deren Position bei der Potenzialqualität besser ist als bei der aktuellen Qualität, stehen in Bezug auf die Potenzialqualitäten (Hardwarefaktoren und ursprüngliche Standortqualitäten) verhältnismäßig besser da als bei den übrigen Qualitäten (den Softwarequalitäten). Da die Softwarequalitäten mit relativ geringem Aufwand optimiert werden können, lässt sich die aktuelle Qualität relativ leicht auf die erreichte Potenzialqualität anheben.

Orte, deren Position bei der Potenzialqualität schwächer ist als bei der aktuellen Qualität, stehen in Bezug auf die Softwarequalitäten verhältnismäßig besser da als bei den Potenzialqualitäten (Hardwarefaktoren und ursprüngliche Standortqualitäten). Die nur schwer gestaltbare Potenzialqualität dieser Orte wurde also durch die Gestaltung der Softwarequalitäten vergleichsweise gut in Wert gesetzt. Aufgrund der schwierigen Gestaltbarkeit der Potenzialqualitäten ist zugleich der Handlungsspielraum für Optimierungen begrenzt. Diese Orte haben es daher tendenziell schwerer, ihre Angebotsqualität zu verbessern.

Durch die skizzierte Gliederung der beiden Variablen ergibt sich eine Matrix mit sechs Feldern bzw. Strategiegruppen, wie in Abb. 26 dargestellt.

Abb. 26: Portfoliomatrix auf Basis der Untersuchungsdaten



Quelle: eigene Darstellung

Alle Orte lassen sich je nach Abschneiden in die sechs dargestellten Strategiegruppen einteilen. Die Einordnung kann für alle betrachteten Zielgruppen vorgenommen werden. Je nach Einordnung in das Portfolio ergeben sich unterschiedliche strategische Herausforderungen. Es sei allerdings darauf hingewiesen, dass die Einordnung der Orte in ein wie hier angelegtes Portfolio nur eine Entscheidungshilfe, nicht aber eine verbindliche Empfehlung sein kann. Die Komplexität und Individualität der Orte ist zu ausgeprägt, um gruppenweise einfache Normstrategien zu übertragen.

In den folgenden Tabellen werden die strategischen Grundlagen und Herausforderungen, die sich aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen bzw. auf der Basis der Portfoliobetrachtung für die Strategiegruppen ableiten lassen, zusammengefasst. Die vorgestellten Strategien

wurden dabei größtenteils aus den Untersuchungsergebnissen abgeleitet, beinhalten aber auch – der Strategieentwicklung durchaus innewohnende – intuitive, kreative Elemente: „Eine gute Strategie ist in gleichem Maße Kunst (Intuition, Kreativität) wie Wissenschaft (Analyse, Bewertung)“ (HUNGENBERG/ MEFFERT 2005, S. 15).

Tab. 35: Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 1

Strategiegruppen 1 (Spitzen-, und Verfolgergruppe)	
<ul style="list-style-type: none"> – Diese Orte besitzen eine hohe aktuelle (gesundheits-) touristische Qualität. – Sie verfügen über vergleichsweise breite touristische Positionierungsmöglichkeiten, d.h. mehr Flexibilität bei der Wahl geeigneter Zielmärkte. – Im Hinblick auf die Optimierung der betrachteten touristischen Qualitäten besteht vergleichsweise geringer Handlungsbedarf. – Leitlinie der angebotsseitigen Entwicklung ist somit: Innovationsorientierung. – Um mit ihrer hohen Angebotsqualität am Markt besser wahrgenommen zu werden, empfiehlt sich die Gründung von Marketinggemeinschaften. 	
1a (PQ \geq aktuelle Qualität)	1b (PQ < aktuelle Qualität)
<ul style="list-style-type: none"> – Wenige bestehende Schwachstellen lassen sich überwiegend leicht, mit gezielten, wenig riskanten Investitionen beheben. 	<ul style="list-style-type: none"> – Wenige bestehende Schwachstellen lassen sich überwiegend nur schwer beheben.
Resultierende Grundsatzstrategie	
<ul style="list-style-type: none"> – Ausbauen der aktuellen Position im Qualitätsvergleich der Orte 	<ul style="list-style-type: none"> – Sichern der aktuellen Position im Qualitätsvergleich der Orte

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 36: Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 2

Strategiegruppen 2 (Oberes und unteres Mittelfeld)	
<ul style="list-style-type: none"> – Diese Orte besitzen eine mittlere aktuelle (gesundheits-) touristische Qualität mit zum Teil deutlichen Schwachstellen. – Ihre touristischen Positionierungsmöglichkeiten sind begrenzt. Eine klare Spezialisierung auf ausgewählte Segmente ist unabdingbar. – Im Hinblick auf die Optimierung der betrachteten touristischen Qualitäten besteht Handlungsbedarf. – Leitlinie der angebotsseitigen Entwicklung ist somit zunächst die Optimierung der touristischen Basisqualitäten. 	
2a (PQ \geq aktuelle Qualität)	2b (PQ < aktuelle Qualität)
<ul style="list-style-type: none"> – Bestehende Schwachstellen lassen sich überwiegend mit gezielten, wenig riskanten Investitionen beheben. 	<ul style="list-style-type: none"> – Bestehende Schwachstellen lassen sich überwiegend nur schwer beheben.
Resultierende Grundsatzstrategie	
<ul style="list-style-type: none"> – Ausbauen der aktuellen Position im Qualitätsvergleich der Orte auf der Grundlage eines klaren Profilierungskonzeptes und einer sorgfältigen Machbarkeitsprüfung einzelner Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> – Sichern der aktuellen Position im Qualitätsvergleich der Orte auf der Basis eines klaren Profilierungskonzeptes und einer sorgfältigen Machbarkeitsprüfung einzelner Maßnahmen

Quelle: eigene Darstellung

Tab. 37: Strategische Entwicklungsoptionen Strategiegruppen 3

Strategiegruppen 3 (Gefahrenzone & Problemfälle)	
<ul style="list-style-type: none"> – Diese Orte besitzen eine geringe aktuelle touristische Qualität mit deutlichen, zum Teil gravierenden Schwachstellen. – Die touristischen Positionierungsmöglichkeiten als Ort/ als Destination sind begrenzt. Wenn überhaupt, ist eine klare Spezialisierung unabdingbar. – Im Falle einer angestrebten (gesundheits-) touristischen Entwicklung besteht sehr großer Handlungsbedarf zur Optimierung der touristischen Basisqualitäten. – Optionen der angebotsseitigen Entwicklung sind somit: <ul style="list-style-type: none"> a. (Aufwendige) Optimierung der touristischen Basisqualitäten b. Konzentration auf einzelbetriebliche Projekte mit einem hohen Maß an Unabhängigkeit vom örtlichen Angebot c. Rückzug aus riskanten und chancenarmen Angebotsfeldern. 	
3a (PQ \geq aktuelle Qualität)	3b (PQ < aktuelle Qualität)
<ul style="list-style-type: none"> – Es existieren Schwachstellen, die sich mit relativ geringen Investitionen beheben lassen. Zudem existieren auch nur schwer behebbare Mängel in Bezug auf die Potenzialqualitäten. 	<ul style="list-style-type: none"> – Die zahlreichen bestehenden Schwachstellen lassen sich überwiegend nur schwer beheben.
Resultierende Grundsatzstrategie	
<ul style="list-style-type: none"> – Auf Grundlage einer sorgfältigen Prüfung des weiteren touristischen Engagements existieren folgende Optionen: <ul style="list-style-type: none"> a. Ausbau der Position im Qualitätsvergleich der Orte (unter Vorbehalt, auf Basis eines klaren Profilierungskonzeptes und einer sorgfältigen Machbarkeitsprüfung von Maßnahmen) b. Konzentration auf einzelbetriebliche Projekte mit hohem Maß an Unabhängigkeit vom örtlichen Angebot c. Rückzug aus dem (Gesundheits-) Tourismus und Suche nach Alternativen 	<ul style="list-style-type: none"> – Auf Grundlage einer sorgfältigen Prüfung des weiteren touristischen Engagements existieren folgende Optionen: <ul style="list-style-type: none"> a. Konzentration auf einzelbetriebliche Projekte mit einem hohen Maß an Unabhängigkeit vom örtlichen Angebot b. Rückzug aus dem (Gesundheits-) Tourismus und Suche nach Alternativen

Quelle: eigene Darstellung

4.5.3 Ableitung von Handlungsbedarf für den einzelnen Ort

Der Wert des entwickelten Bewertungsinstruments liegt insbesondere in den differenzierten, ortsbezogenen Erkenntnissen, die generiert werden können. Nachdem in den beiden vorangegangenen Kapiteln die Studienergebnisse in hoch aggregierter Form dargestellt, analysiert und interpretiert wurden, soll das folgende Kapitel aufzeigen, in welcher Differenziertheit die Studienergebnisse für den einzelnen Ort nutzbar sind. Aufbauend auf der Betrachtung von Stärken und Schwächen sowie der strategischen Entwicklungsoptionen eines Ortes lässt sich konkreter ortsspezifischer Handlungsbedarf ableiten.

4.5.3.1 Analyse der Stärken und Schwächen des einzelnen Ortes entlang der übergeordneten Qualitätskategorien

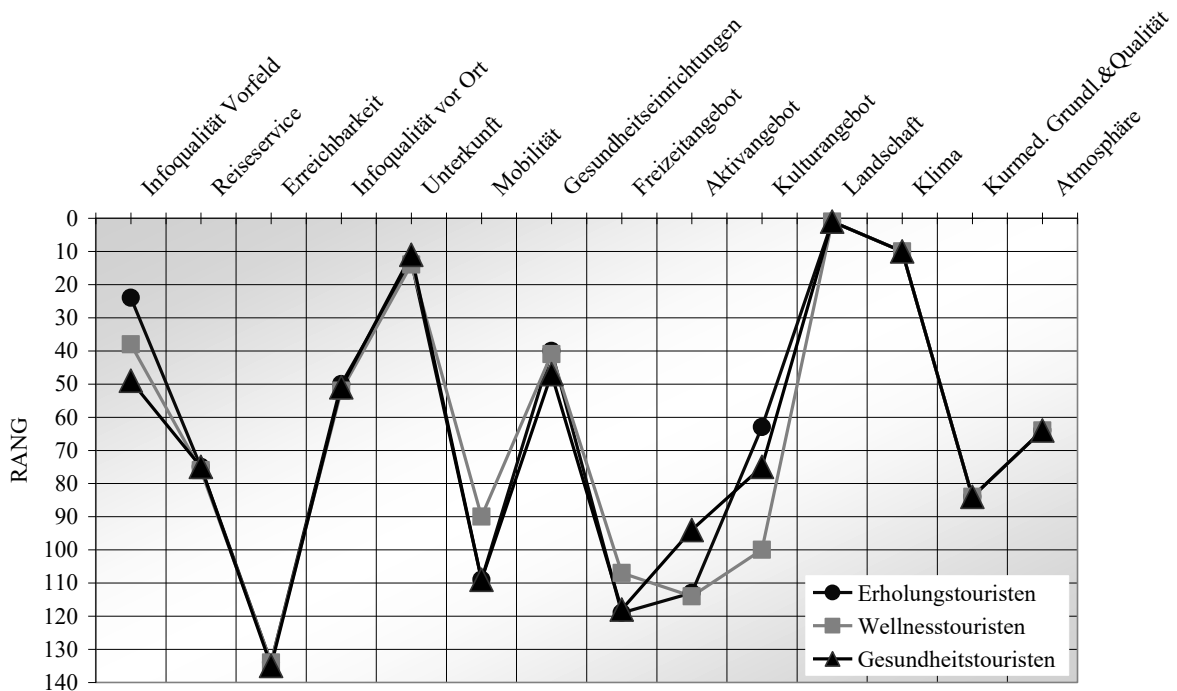
Durch die Darstellung des Abschneidens eines einzelnen Ortes entlang der verschiedenen Qualitäten, die im Rahmen der Studie untersucht wurden, lassen sich seine Stärken und die Schwächen ablesen. Der Blick ist zunächst auf die übergeordneten Qualitätskategorien gerichtet. Eine anschauliche Form der Stärken- und Schwächenbetrachtung bietet die grafische Ergebnisdarstellung als Liniendiagramm. Auf einen Blick ist sichtbar, wie der Ort entlang der übergeordneten Qualitätskategorien abgeschnitten hat.

Das Abschneiden des einzelnen Ortes kann dabei durch eine Visualisierung der erreichten Punktwerte oder aber der erreichten Ränge erfolgen. Die Betrachtung der Punktwerte erlaubt eine Aussage über die absolute Qualität des Ortes in Bezug auf die betrachteten Angebote. Der maximale Punktwert entspricht bei allen betrachteten Kriterien- und Kriteriengruppen einhundert Prozent. Da dieser Maximalwert allerdings nicht zwingend das erstrebenswerte Optimum darstellt, ist die Betrachtung der absoluten Punktzahlen nicht sinnvoll⁵⁹. Als aussagekräftiger wird die relative, vergleichende Darstellung der Ergebnisse durch eine Betrachtung der erreichten Ränge erachtet. Selbst ein schwach erscheinender Wert von z.B. 30% kann eine hervorragende Platzierung bedeuten, wenn die übrigen Orte im Vergleich schwächer abgeschnitten haben.

Die Bewertungsergebnisse entlang der übergeordneten aktivitätsorientierten Qualitätskategorien lassen sich aufgrund der vorgenommenen Gewichtung in Abhängigkeit von den identifizierten Zielgruppen auch zielgruppenspezifisch darstellen. Abb. 27 zeigt das zielgruppenspezifische Abschneiden eines Beispielortes durch die Visualisierung der erreichten Ränge in Form eines Liniendiagramms.

⁵⁹ Es stellt kein Gütekriterium dar, dem Gast alle denkbaren Angebote bieten zu können. Vielmehr sollte ein gesunder, zielgruppenspezifischer Mix an Angeboten vorgehalten werden.

Abb. 27: Ortsspezifische Stärken und Schwächen entlang der übergeordneten Qualitätskategorien (Beispielort)



Quelle: eigene Untersuchung

Die Grafik zeigt beispielhaft ein recht ausgeprägtes Stärken- und Schwächenprofil mit sehr guten Positionen bei den Bewertungskategorien Unterkunft, Landschaft und Klima, einer sehr schwachen Platzierung bei der Erreichbarkeit sowie zahlreichen mittleren Positionen. Vor allem bei der Informationsqualität im Vorfeld, der Mobilität vor Ort sowie dem Freizeit-, Aktiv- und Kulturangebot zeigen sich recht deutliche Unterschiede im Hinblick auf das zielgruppenspezifische Abschneiden des Ortes.

Die Stärken- und Schwächenbetrachtung auf der Ebene der übergeordneten Qualitätskategorien ist noch relativ allgemein und erlaubt noch keine Schlüsse auf den bestehenden Handlungsbedarf. Um diesen schrittweise herzuleiten, muss eine Konkretisierung der Analyse erfolgen (vgl. folgendes Kapitel).

4.5.3.2 Analyse der Stärken und Schwächen des einzelnen Ortes entlang der wichtigsten Angebotsfaktoren

Eine Konkretisierung der Stärken- und Schwächenanalyse erfolgt durch eine Betrachtung des Abschneidens der Orte entlang der Teilqualitäten bzw. Angebotsfaktoren der zweiten Ebene

des Kriterienkatalogs. Auf dieser Ebene werden etwa 80 verschiedene Qualitätsaspekte abgebildet, von der Werbe- und PR-Präsenz des Ortes (Informationsqualität im Vorfeld der Reise) über die Fußgängerfreundlichkeit des Ortes (Mobilität vor Ort) bis hin zum Potenzial an natürlichen Heilmitteln (kurortmedizinische Potenziale). Um die Analyse auf die entscheidenden Punkte zu konzentrieren, empfahl es sich, nur die wichtigsten Teilqualitäten zu betrachten. Als wichtig wurden jene Angebote definiert, deren Gewicht in der Gesamtbewertung bei mindestens einer Zielgruppe von maximal 25% der übrigen Angebote (bzw. deren Gewicht) überschritten wurde. Es wurde also das 75er-Perzentil aller zielgruppenspezifischen Gewichtungsfaktoren berechnet und als Grenzwert herangezogen. Rechnerisch ergab sich hierdurch ein Mindestgewicht von 1,8% in der Gesamtbewertung.

Tab. 38 zeigt die so ermittelten wichtigsten „Punktebringer“ der Bewertung und deren Gewicht im Überblick. Die Bewertung der dargestellten Angebote macht je nach Zielgruppe zwischen 77% und 81% der Gesamtbewertung aus.

Tab. 38: Die wichtigsten Kriterien der Bewertung

Qualitätskategorie	Hauptkriterien	Gewicht in Gesamtbewertung		
		GT	WT	ET
Atmosphäre im Ort	diverse ⁶⁰	9,4%	9,6%	9,3%
Ästhetische Landschaftsqualität	diverse ⁶⁰	8,3%	10,3%	10,6%
Erreichbarkeit	Erreichbarkeit mit dem PKW	5,9%	6,0%	5,6%
Mobilität vor Ort	Fußgängerfreundlichkeit	4,7%	4,4%	5,3%
Klima	Bioklima	4,2%	4,8%	4,7%
Beherbergungsangebot	Hotelangebot	3,7%	4,4%	4,4%
Beherbergungsangebot	Ferienwohnungen/ -häuser	3,7%	3,4%	4,2%
Kurortmedizinische Potenziale	Potenzial an natürlichen Heilmitteln	3,2%	1,8%	0,5%
Informationsqualität vor Ort	Qualität der touristischen Beschilderung	3,1%	2,3%	2,8%
Informationsqualität vor Ort	Vorortservice der Touristinformation	2,7%	2,1%	2,4%
Aktivangebot	Wanderangebot	2,6%	3,0%	2,4%
Informationsqualität vor Ort	Verfügbarkeit von Informationsmaterialien bei den Vermietern	2,5%	2,8%	3,1%
Klima	Sonnenscheindauer	2,5%	2,9%	2,8%
Reiseservice	Reiseservice für Individualreisende	2,4%	5,0%	4,4%
Kurortmedizinische Potenziale	Medizinische Kompetenz im Ort	2,4%	1,3%	0,4%
Gesundheitseinrichtungen	Kurpark	2,2%	1,6%	1,0%
Beherbergungsangebot	Angebot an Gasthöfen und Pensionen	2,1%	0,9%	1,8%
Gesundheitseinrichtungen	Kur-/ Gesundheits-/ Wellness-/ Badeeinrichtungen	2,1%	1,5%	1,3%
Gesundheitseinrichtungen	Kur-/ Strandpromenade	1,8%	1,5%	1,4%
Informationsqualität im Vorfeld	Informationsqualität des Prospektmaterials	1,8%	2,4%	2,3%

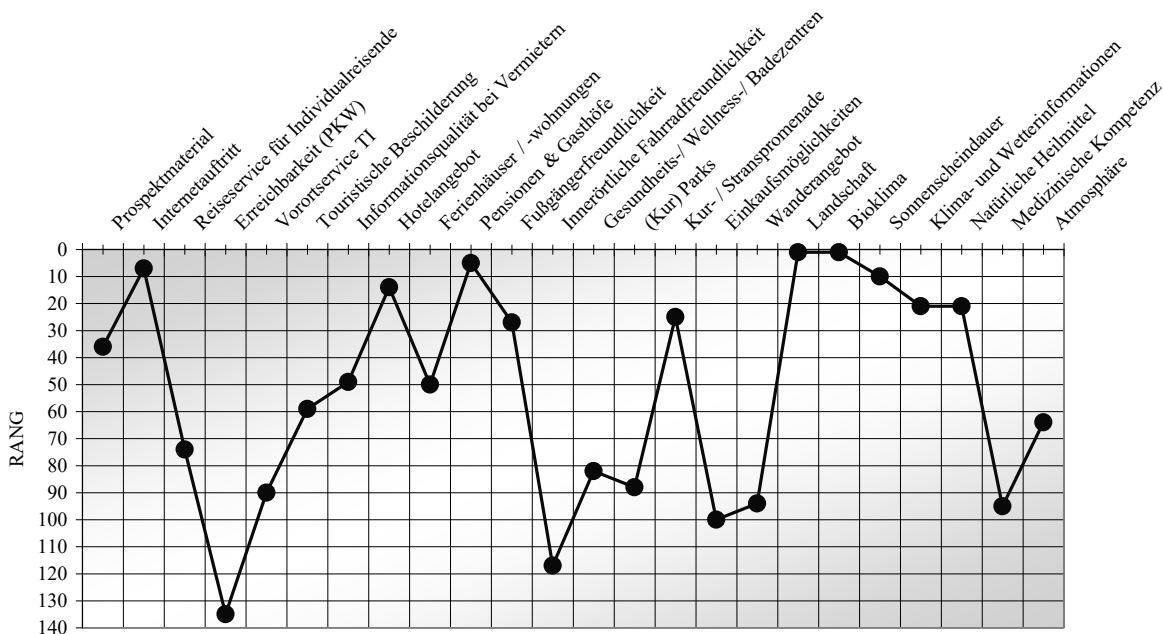
⁶⁰ Bei den Qualitätskategorien Landschaftsästhetik und Atmosphäre im Ort wurde keine Gliederung in Teilqualitäten vorgenommen, da diese nur im Zusammenspiel zu bewerten und interpretieren sind.

Qualitätskategorie	Hauptkriterien	Gewicht in Gesamtbewertung		
		GT	WT	ET
Klima	Aktuelle Klima-/ Wetterinformationen	1,7%	1,9%	1,9%
Mobilität vor Ort	Fahrradfreundlichkeit	1,5%	1,1%	1,8%
Freizeitangebot	Shopping-/ Einkaufsmöglichkeiten	1,2%	2,1%	2,2%
Informationsqualität im Vorfeld	Informationsqualität des Internetauftritts	1,0%	2,0%	4,0%

Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der durchgeführten Untersuchung

Ebenso wie bei den übergeordneten Qualitätskategorien kann die konkretisierte Stärken- und Schwächenanalyse durch eine Betrachtung der Punktwerte oder der Ränge erfolgen. Aus den oben genannten Gründen wird auch hier die Betrachtung der Ränge vorgezogen. Abb. 28 zeigt das Abschneiden eines Beispielortes entlang der wichtigsten Angebote durch die Visualisierung der erreichten Ränge in Form eines Liniendiagramms.

Abb. 28: Stärken und Schwächen entlang der wichtigsten Angebotsfaktoren (Beispielort)



Quelle: eigene Untersuchung

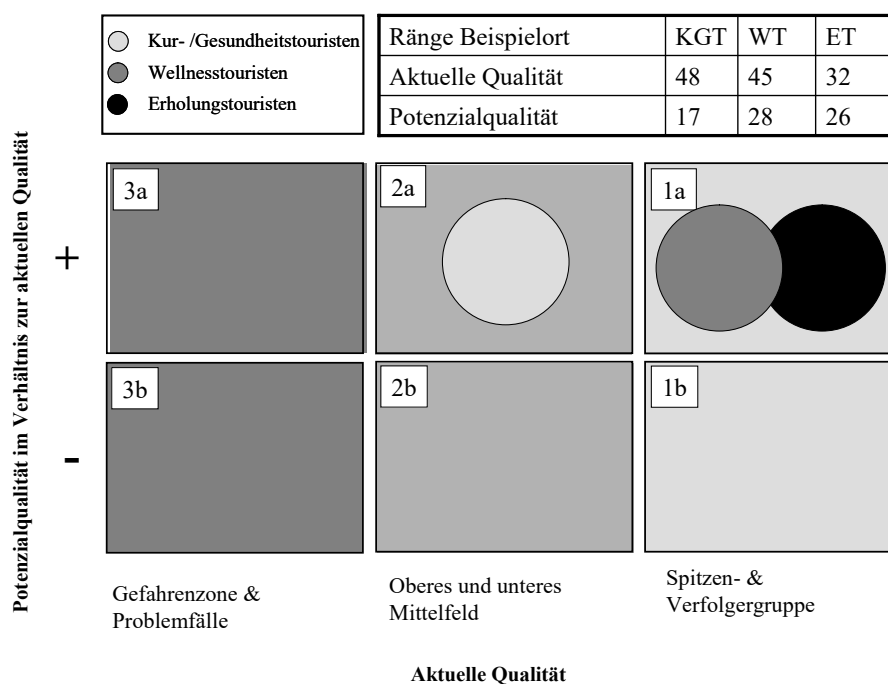
Die Darstellung zeigt sehr deutlich und anschaulich, an welchen Stellen der Ort gut bzw. weniger gut aufgestellt ist. Sehr gute Positionen werden bei der Qualität des Internetauftritts, der Hotellerie, bei den Pensionen bzw. Gasthöfen der Landschaft, der Sonnenscheindauer und dem Bioklima erreicht. Nachteilig ist insbesondere die sehr schlechte Erreichbarkeit des Ortes. Eine Detailanalyse auf dieser Basis ist durch eine Betrachtung der Einzelkriterien, die

zur dargestellten Bewertung geführt haben, möglich (und sinnvoll). Sie weist bereits sehr konkret auf etwaigen Handlungsbedarf hin. Dieser kann allerdings nur unter Berücksichtigung der strategischen Ausrichtung des Ortes abgeleitet werden. Auf die Möglichkeiten, diese auf Basis der Bewertungsergebnisse abzuleiten, wird in folgendem Kapitel eingegangen.

4.5.3.3 Zielgruppenwahl und Strategieoptionen

Um aus den Stärken und Schwächen eines Ortes den erforderlichen Handlungsbedarf für die künftige (gesundheits-) touristische Entwicklung ableiten zu können, müssen zunächst die Fragen beantwortet werden, ob, inwieweit und auf welchen Zielmärkten eine (gesundheits-) touristische Marktpositionierung aussichtsreich ist. Die Beantwortung dieser Fragen wird durch die Betrachtung des Abschneidens des Ortes innerhalb des in Kapitel 4.5.2 vorgestellten Strategieportfolios sowie durch die weiteren in Abb. 29 dargestellten zentralen Informationen unterstützt.

Abb. 29: Einordnung eines Beispiellores in das Strategieportfolio



Quelle: eigene Darstellung

Widmen wir uns zunächst der Frage der **Zielgruppendefinition**. Unterschiede im Abschneiden je nach Zielgruppe deuten auf eine unterschiedliche aktuelle Eignung bzw. Potenzialqualität des Ortes zur Bedienung der betrachteten Märkte hin. Je größer die Unterschiede sind, desto eindeutiger werden Zielmarktentscheidungen unterstützt. Bei der Ableitung geeigneter Zielgruppen aus den Ergebnissen der Studie sind folgende Punkte zu beachten:

- Es erscheint am aussichtsreichsten, sich bei künftigen Investitionen auf denjenigen Zielmarkt zu konzentrieren, bei dem der Ort die beste Potenzialqualität aufweist, denn dies ist der Markt, bei dem der Ort potenziell am besten abschneiden kann – wenn er seine Angebotsqualität konsequent und zielgruppenspezifisch weiterentwickelt.
- Die betrachteten Zielmärkte stellen (gesundheits-) touristische Hauptmärkte dar, die sich in zahlreiche weitere Teilmärkte unterteilen lassen. Im Sinne einer klaren Spezialisierung und Profilierung ist jeder Ort somit gefordert, Nischen zu finden, bei denen die eigenen Stärken wettbewerbswirksam eingebracht werden können (vgl. KERN 2001, S. 8ff.).
- Je besser ein Ort insgesamt abschneidet, desto breiter sind seine Positionierungsmöglichkeiten. Er kann, wenn er das möchte, mehrere Zielmärkte ansprechen.
- Je schlechter ein Ort abschneidet, desto begrenzter sind seine Positionierungsmöglichkeiten. Mit abnehmender Position im Gesamtranking steigt die Notwendigkeit, sich sehr klar zu spezialisieren, damit zumindest bei einem (kleinen) Teilmarkt ein strategischer Wettbewerbsvorteil entstehen kann.

Auf Basis dieser Überlegungen sowie der Ausführungen in Kapitel 4.5.2 ergibt sich die folgende **Interpretation der Bewertungsergebnisse für den Beispielort**:

- Die Bewertung weist eine besonders hohe aktuelle Eignung des Ortes für die Erholungstouristen aus. Mit relativ großem Abstand folgen die Platzierungen bei den Wellness- und Gesundheitstouristen.
- Bei den Erholungstouristen wird eine gute Position in der Verfolgergruppe erreicht, bei den Wellness- und Gesundheitstouristen eine schwache Position in der Verfolgergruppe. Die Bewertung aus Sicht der Gesundheitstouristen ist dem oberen Mittelfeld zuzuordnen.
- Der Ort verfügt überwiegend über eine hohe aktuelle touristische Qualität und hat damit eher breite Positionierungsmöglichkeiten (d.h. mehr Flexibilität bei der Wahl geeigneter Zielmärkte).
- Im Hinblick auf die Optimierung der betrachteten touristischen Qualitäten besteht bei einer Positionierung auf dem erholungs- bzw. dem wellness- und gesundheitstouristischen Markt eher geringer Handlungsbedarf, während bei einer Positionierung bei der Zielgruppe der Gesundheitstouristen noch einige Basisarbeit zu leisten ist.
- Beste Potenzialwerte werden im Segment Gesundheitstourismus erreicht (Rang 17). Dies ist der Markt, bei dem der Ort potenziell am besten abschneiden kann, vorausgesetzt die gesundheitstouristische Angebotsqualität wird gezielt und zielgruppenspezifisch weiterentwickelt. Eine klare Empfehlung bezüglich einer bestimmten Zielgruppe

penpositionierung kann allerdings aufgrund des geringen Abstandes zu den beiden übrigen Segmenten (jeweils Rang 21) nicht abgegeben werden.

- Das bessere Abschneiden des Beispielortes bei der Potenzialqualität gegenüber dem Abschneiden bei der aktuellen Qualität (bezogen auf alle Segmente) deutet darauf hin, dass die bestehenden Schwächen überwiegend im Bereich der leicht zu gestaltenden Softwarequalitäten liegen.
- Ausgehend von der heutigen Eignung des Ortes für Zielgruppen dieser Segmente sind auf Basis der Studienergebnisse daher weitere sehr gute Entwicklungsperspektiven gegeben. Besondere Entwicklungspotenziale weist die Studie für den gesundheitstouristischen Markt aus. Die hierfür bestehenden Potenziale sind bei Weitem noch nicht ausgeschöpft.
- Ziel sollte es daher sein, die aktuelle (Qualitäts-) Position in einem oder ggf. auch mehreren der behandelten Segmente auszubauen. Im Segment Gesundheitstourismus wären hierfür die gesundheitstouristischen Basisqualitäten zu optimieren, z.B. durch Qualitätsverbesserungen in der zentralen Gesundheits- bzw. Wellnesseinrichtung oder durch den Ausbau der medizinisch-therapeutischen Kompetenzen. Die Angebotsentwicklung in den Segmenten Wellness- und Erholungstourismus kann hingegen stärker auf die Entwicklung wettbewerbsabgrenzender, innovativer Angebote gerichtet sein.

4.5.3.4 Ableitung von Handlungsbedarf

Geht man davon aus, dass der Handlungsdruck in Bezug auf die Optimierung eines Angebotsfaktors umso größer ist, je schwächer der Ort bei diesem Punkt abschneidet und je wichtiger das Angebot für die Zielgruppen ist, lässt sich der zielgruppenspezifische Handlungsdruck aus den Daten der Studie rechnerisch bestimmen.

Es werden folgende Faktoren benötigt:

- a. Handlungsdruckfaktor (a): gibt den Handlungsdruck an, der aus dem Abschneiden eines Ortes bei der Bewertung einer Angebotskategorie resultiert und
- b. Handlungsdruckfaktor (b): gibt den (zielgruppenspezifischen) Handlungsdruck an, der sich aus dem Gewicht eines Angebotsfaktors in der Gesamtbewertung ergibt.

Zur Berechnung des **Handlungsdruckfaktors (a)** wurde zunächst der ortsspezifische Punktwert mit dem Mittelwert aller Orte verglichen. Dies bot bereits einen ersten Eindruck davon, ob ein Ort hier vergleichsweise gut oder schlecht abgeschnitten hat. Da die Abweichung vom Mittelwert allerdings eine Größe ist, die je nach Streuung der Variablen unterschiedlich zu

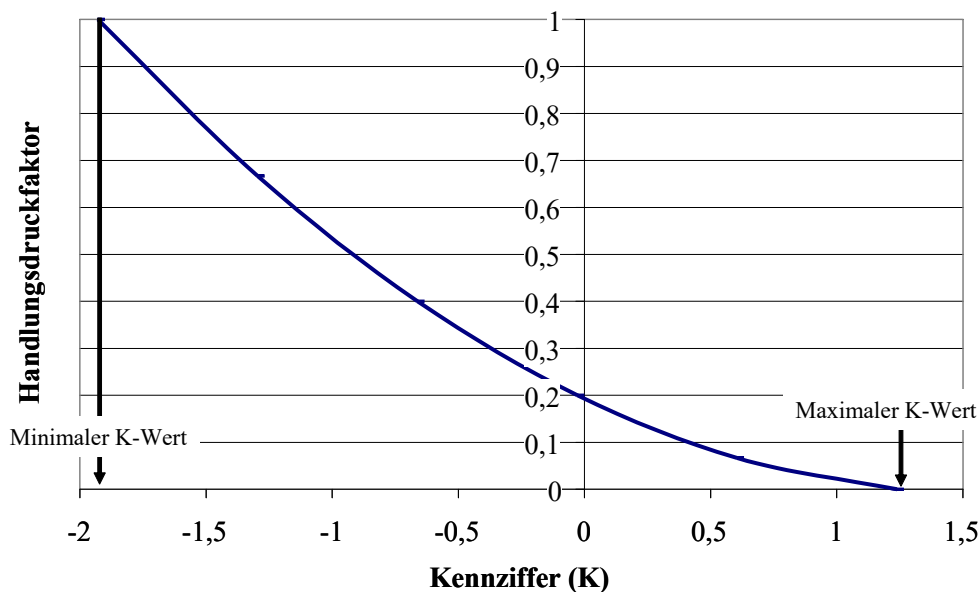
interpretieren ist, musste eine Standardisierung erfolgen. Hierfür wurde erneut die mittlere Abweichung als Bezugsgröße herangezogen (vgl. hierzu Kapitel 4.5.1), so dass sich die folgende Formel ergab:

$$K = \frac{p_i - \bar{p}}{\bar{d}}$$

K = Kennziffer
 p_i = Ortsspezifischer Punktwert
 \bar{p} = Mittelwert aller Orte
 \bar{d} = Mittlere Abweichung

Da die so berechnete Kennziffer (K) sowohl negative (unterdurchschnittliches Abschneiden) als auch positive Werte (überdurchschnittliches Abschneiden) hervorbringen kann, musste eine weitere Transformation erfolgen. Um weitere sinnvolle Berechnungen durchführen zu können, musste der maximale K-Wert gleich Null gesetzt werden (im Sinne von „kein Handlungsbedarf“), während der minimale K-Wert dem maximalen Handlungsdruckfaktor (a) entsprechen musste. Der maximale Handlungsdruckfaktor wurde auf „1“ festgesetzt. Die K-Werte wurden somit in Handlungsdruckfaktoren (a) zwischen „0“ und „1“ normiert. Zwischen minimalem und maximalem Handlungsdruckfaktor (a) wurde eine progressive Steigung angenommen. Es wurde also davon ausgegangen, dass der Handlungsdruck mit abnehmender Angebotsqualität überproportional ansteigt (vgl. Abb. 30).

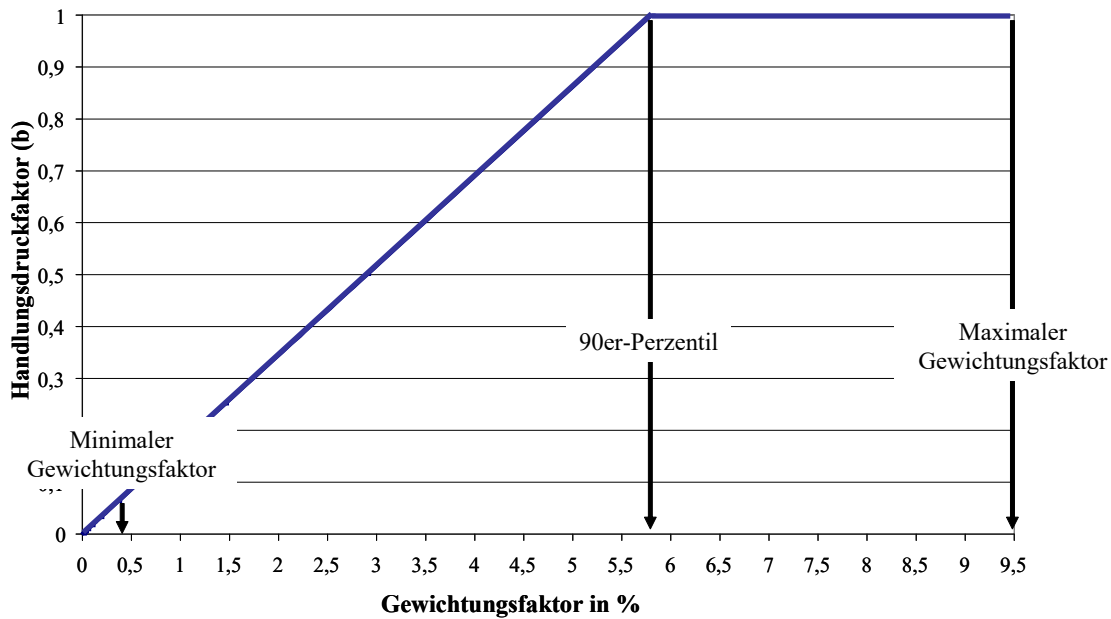
Abb. 30: Normierung der Kennziffer (K)



Quelle: eigene Darstellung

Zur Ermittlung des **Handlungsdruckfaktors (b)** war eine Normierung der Gewichtungsfaktoren erforderlich. Auch die Gewichtungsfaktoren wurden auf einen Wertebereich zwischen „0“ und „1“ normiert, wobei zwischen minimalem und maximalem Handlungsdruckfaktor (b) in diesem Fall eine lineare Steigung angenommen wurde. Es wurde also davon ausgegangen, dass der Handlungsdruck proportional zum Gewichtungsfaktor zunimmt. Bei der Normierung wurde dem Gewicht 0% der Handlungsdruckfaktor „0“ zugeordnet. Der maximale Handlungsdruckfaktor (b) von „1“ wurde in diesem Fall nicht dem maximalen Gewichtungsfaktor gleichgesetzt. Einzelne außerordentlich hohe Gewichtungsfaktoren hatten das Ergebnis zu sehr verzerrt (z.B. die Gewichtungsfaktoren der Qualitätskategorie „Atmosphäre“). Um dies zu verhindern, wurde das 90er-Perzentil als Richtwert herangezogen und gleich „1“ gesetzt (vgl. Abb. 31).

Abb. 31: Normierung der Gewichtungsfaktoren [Transformation zum Handlungsdruckfaktor (b)]

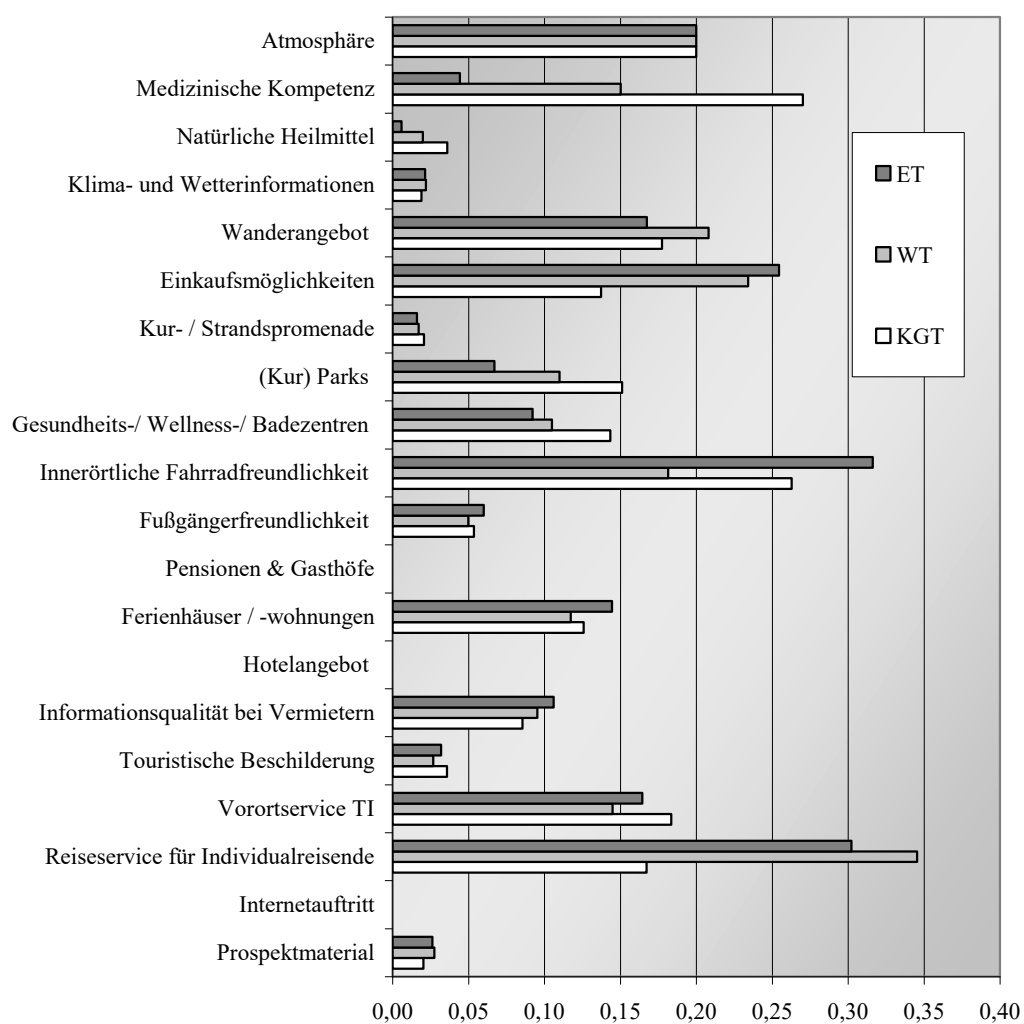


Quelle: eigene Darstellung

Durch die Multiplikation von **Handlungsdruckfaktor (a)** und **Handlungsdruckfaktor (b)** ergab sich nun ein aussagekräftiger Wert, der den bestehenden Handlungsdruck in Abhängigkeit von den betrachteten Zielgruppen auf einer Skala von „0“ (Handlungsbedarf) bis maximal „1“ (maximaler Handlungsbedarf) anzeigt.

Abb. 32 zeigt beispielhaft, wie anschaulich auf dieser Basis mögliche Ansatzpunkte zur Optimierung der betrachteten touristischen Basisqualitäten dargestellt werden können. Verzichtet wurde dabei auf eine Darstellung der Angebotsfaktoren, die kaum gestaltbar sind (Bioklima, Sonnenscheindauer, Landschaftsästhetik, Erreichbarkeit mit dem PKW). Je nach Zielgruppenwahl und strategischer Grundausrichtung des Ortes kann dem bestehenden Handlungsbedarf auf dieser Basis begegnet werden. Konkrete Hinweise auf mögliche Maßnahmen lassen sich aus den Ergebnissen entlang der Einzelkriterien ablesen.

Abb. 32: Handlungsdruckfaktoren (Beispielort)



Quelle: eigene Berechnungen auf Basis der durchgeführten Untersuchung

5 Zusammenfassung und Bewertung des Modells

Die folgende kritische Würdigung des entwickelten Bewertungsmodells erfolgt zunächst entlang der verschiedenen Phasen der Modellbildung (Kapitel 5.1) bzw. entlang verschiedener zentraler Fragestellungen (Kapitel 5.2). In Kapitel 5.3 wird eine abschließende zusammenfassende Bewertung und Schlussbetrachtung vorgenommen.

5.1 Zusammenfassung und Reflexion der schrittweisen Modellbildung

In vorliegendem Kapitel werden die zentralen Parameter der entwickelten Bewertungsmethode entlang der Phasen der Modellbildung zusammengefasst und diskutiert.

1. Schritt der Modellbildung: Festlegung des Bewertungsziels

Es war das übergeordnete Ziel dieser Arbeit, ein Analyse- und Bewertungsinstrument zu entwickeln, das eine vergleichende Bewertung deutscher Mineral- und Moorheilbäder, Heilklimatischen Kurorte, Kneippheilbäder und Kneippkurorte sowie Seebäder und Seeheilbäder aus gesundheitstouristischer Perspektive ermöglicht. Gesundheitstourismus wurde für die Zwecke dieser Arbeit wie folgt definiert (vgl. Kapitel 2.3.1):

Gesundheitstourismus ist die Gesamtheit der Beziehungen und Erscheinungen, die sich aus der Ortsveränderung und dem Aufenthalt von Personen ergeben, deren primäre Motivation die Förderung, Stabilisierung und ggf. Wiederherstellung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens darstellt, die gezielt Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen, diese ganz oder überwiegend selbst finanzieren und die Auswahl des Kurortes, der Unterkunft und der Verpflegung selbst vornehmen.

Die Anwendung des Bewertungsmodells sollte sowohl eine globale Gesamtbewertung der gesundheitstouristischen Kompetenz der Orte ermöglichen, als auch differenzierte Hinweise auf den ortsspezifischen Handlungsbedarf ermöglichen.

Der Kunstbegriff der „**gesundheitstouristischen Kompetenz**“ sollte dabei die beiden folgenden - voneinander zu unterscheidenden - Teilaspekte umfassen (vgl. 2.3.3):

- (1) die gesundheitstouristische Qualität von Heilbädern und Kurorten, also die Summe aller Angebotsfaktoren, Merkmale und Eigenschaften eines Heilbades bzw. Kurortes, die durch die gesundheitstouristischen Zielgruppen in Anspruch genommen und an deren Erwartungen gemessen werden, und

- (2) das gesundheitstouristische Potenzial von Heilbädern und Kurorten, also die prinzipielle, in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit eines Heilbades bzw. Kurortes, um gesundheitstouristische Zielgruppen zufrieden stellen zu können.

Um den unterschiedlichen Bedürfnissen verschiedener **Zielgruppen** im Gesundheitstourismus Rechnung zu tragen, war es weiterhin ein wesentlicher Anspruch an das Modell, eine zielgruppenspezifische Bewertung zu ermöglichen.

Die hierfür erforderliche Segmentierung des gesundheitstouristischen Marktes erfolgte - zunächst theoretisch - auf der Basis des primären Reisemotivs (vgl. Kapitel 2.3.2). Es wurden drei Zielgruppen unterschieden:

- (1) Privatkurgäste (primäres Reisemotiv: Rehabilitation, Therapie, Sekundär- oder Tertiärprävention von Krankheiten),
- (2) Gesundheitsurlauber (primäres Reisemotiv: spezifische Primärprävention),
- (3) Wellnessurlauber (primäres Reisemotiv: unspezifische Primärprävention).

Es folgte eine **empirische Überprüfung dieser Zielgruppen** auf der Grundlage einer repräsentativen telefonischen Befragung von in Deutschland lebenden Personen ab 16 Jahren, die in den vergangenen drei Jahren einen touristisch motivierten Aufenthalt in einem deutschen Heilbad bzw. Kurort mit mindestens einer Übernachtung verbracht haben (n = 416) (vgl. Kapitel 3.3). Die angenommene (hohe) Bedeutung von Gesundheitstouristen (entsprechend der obigen Definition) innerhalb des touristischen Gästeklientels der Heilbäder und Kurorte konnte auf der Grundlage der Untersuchung nicht bestätigt werden (vgl. Kapitel 3.4.1). Nicht einmal ein Fünftel der Befragten gab an, dass ihr Aufenthalt primär gesundheitlich motiviert gewesen sei. Der weitaus größte Teil der erfassten Aufenthalte diente primär der Erholung, also der ungezielten, spontanen Regeneration der Leistungsfähigkeit.

Diese wesentliche Erkenntnis der durchgeführten empirischen Arbeiten machte ein Überdenken der theoretischen Zielgruppendefinition erforderlich. Einerseits weil für die definierten Zielmärkte keine ausreichenden Fallzahlen für weiterführende Auswertungen erreicht worden waren. Andererseits aber auch, weil die vorgenommene Definition von „Gesundheitstourismus“ offensichtlich zu eng gefasst war und das Potenzial gesundheitsorientierter touristischer Zielgruppen für Heilbäder und Kurorte nicht in befriedigender Weise abbildete.

Eine **Modifizierung der theoretisch definierten Zielgruppen** (vgl. Kapitel 3.4.2) erfolgte zunächst durch eine Erweiterung der Betrachtungen auf die Zielgruppe der Erholungstouristen. Hierdurch wurde der hohen Bedeutung dieser Zielgruppe für die Heilbäder und Kurorte Rechnung getragen. Da davon auszugehen ist, dass auch für Erholungstouristen in Heilbädern

und Kurorten das Gesundheitsmotiv eine sehr große Rolle spielt, wird die erweiterte Betrachtung zugleich als schlüssig im Sinne der Problemstellung dieser Arbeit erachtet, die ja auf die Wachstumsperspektiven im Gesundheitstourismus (und nicht im Erholungstourismus) gerichtet war. Als weitere Modifizierung wurden die Stichproben der Privatkurgäste und der Gesundheitstouristen zu einem Segment („Kur- und Gesundheitstouristen“) zusammengefasst, um die Gruppengröße und damit die Fallzahlen für die weiteren Auswertungen zu optimieren. Für die neu definierten Marktsegmente ergaben sich auf dieser Basis die folgenden Fallzahlen:

- (1) Kur- und Gesundheitstouristen: $n = 22$
- (2) Wellnesstouristen: $n = 33$
- (3) Erholungstouristen: $n = 269$.

Die Fallzahlen der Kur- und Gesundheitstouristen sowie der Wellnesstouristen waren weiterhin nicht ideal, um die einzelnen Zielgruppen näher zu analysieren und von deren Eigenschaften auf die jeweiligen Grundgesamtheiten zu schließen. Dennoch wurde an diesen Zielgruppen festgehalten - ohne die Fallzahlen weiter zu optimieren.

Zur Begründung ist vor allem auf die Schwierigkeiten zu verweisen, die mit einer Optimierung der Fallzahlen verbunden gewesen wären. Eine Erhöhung der Stichprobe der telefonischen Befragung musste aufgrund des nicht zu vertretenden empirischen Erfassungsaufwandes verworfen werden. Auf eine Kompensation durch eine Vorortbefragung in Heilbädern und Kurorten wurde aufgrund der damit einhergehenden Beeinträchtigung der Stichprobenrepräsentativität verzichtet. Bewusst verzichtet wurde zudem auf eine Zusammenfassung der Kur- und Gesundheitstouristen und der Wellnesstouristen, da eine solche die bestehenden Unterschiede der durchaus verschiedenen Zielgruppen nivelliert und damit die Informationsmöglichkeiten der Daten gemindert hätte.

Das Festhalten an obigen Zielgruppen ist jedoch nicht nur mit den genannten Restriktionen zu begründen. Zu verweisen ist auch auf die sehr hohe Qualität der Gesamtstichprobe, aufgrund derer - trotz der geringen Fallzahlen - ein (pragmatisches) Optimum an Repräsentativität bzw. Informationsqualität geboten wird.

Bestärkt wurde dieses Vorgehen durch die Ergebnisse einer **Diskriminanzanalyse** (vgl. Kapitel 3.4.2.2), auf deren Basis die Unterschiedlichkeit - und damit die empirische Relevanz - der Zielgruppen untersucht wurde. Zwar brachten die Berechnungen zur Bewertung der Diskriminanzanalyse nur mittlere Werte hervor. Angesichts der Tatsache, dass die Reisemotivation (die das zentrale Kriterium zur Segmentierung der Zielgruppen gewesen war) ein äußerst komplexes Phänomen ist (das sich nur schwer in einem Modell abbilden lässt), besit-

zen die Ergebnisse aber durchaus Erklärungsgehalt und können als Bestätigung der Zielgruppen interpretiert werden.

Die Berücksichtigung der erholungstouristischen Perspektive bei der Modellbildung machte eine **Modifizierung des Bewertungsziels** erforderlich (vgl. Kapitel 3.4.3). Die Bewertung fokussierte von nun an nicht mehr ausschließlich die gesundheitstouristische Kompetenz von Heilbädern und Kurorten, sondern auch erholungstouristische Komponenten. In den weiteren Ausführungen wurde dies durch die Verwendung des Terminus „(gesundheits-) touristische Kompetenz“ zum Ausdruck gebracht.

2. Schritt der Modellbildung: Festlegung der Bewertungsmethode

Bei der methodischen Gestaltung des Bewertungsmodells wurde auf den Ansatz der **Nutzwertanalyse** zurückgegriffen (vgl. Kapitel 2.2.3). Das heißt, die Bewertung erfolgt durch die Addition gewichteter, in dimensionslose Zielerfüllungsgrade transformierter Messwerte entlang eines vorgegebenen Kriterienkatalogs. Als Vorteil der Nutzwertanalyse wurde insbesondere erachtet, dass sich sehr genaue, intervallskalierte Ergebnisse ermitteln lassen, die einen guten Vergleich zwischen mehreren Orten und zwischen unterschiedlichen Messzeitpunkten ermöglichen. Die Methode bildet insofern eine gute Grundlage für einen vergleichenden Wettbewerb zwischen Heilbädern und Kurorten sowie für ein Monitoring der (gesundheits-) touristischen Kompetenz der Heilbäder und Kurorte in regelmäßigen Abständen.

3. Schritt der Modellbildung: Herleitung der Kriterien zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Qualität

Um die (gesundheits-) touristische Qualität von Heilbädern und Kurorten messen und bewerten zu können, musste diese solange in Teilqualitäten zerlegt (operationalisiert) werden, bis beobachtbare, möglichst eindeutig messbare Sachverhalte vorlagen (vgl. Kapitel 3.2.4).

Bei der **Gestaltung des Grundgerüsts** des hierarchisch aufgebauten Kriterienkatalogs wurde auf die Dienstleistungskette („Aktivitätskette“) als Gestaltungsprinzip zurückgegriffen. Diese gliedert eine Dienstleistung – wie z.B. einen gesundheitsorientierten touristischen Aufenthalt in einem Kurort – in aufeinanderfolgende Phasen der Leistungserstellung am Kunden, begonnen vom Informieren im Vorfeld über die Aneise bis hin zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Auf diesem Wege wurden insgesamt zehn so genannte „aktivitätsorientierte“ Qualitätskategorien definiert:

1. Informationsqualität im Vorfeld,
2. Qualität des Reiseservices,
3. Erreichbarkeit,

4. Informationsqualität vor Ort,
5. Übernachtungsangebot,
6. Mobilität vor Ort,
7. Gesundheitseinrichtungen,
8. allgemeines Freizeitangebot,
9. Aktivangebot,
10. Kulturangebot.

Die aufgelisteten Qualitäten wurden durch ausgewählte übergreifende Qualitäten ergänzt, die entweder unabhängig vom Leistungserstellungsprozess am Kunden sind oder Grundqualitäten für mehrere, verschiedene Aktivitäten darstellen:

11. Landschaftsbild,
12. Klima,
13. kurmedizinische Potenziale und
14. Atmosphäre im Ort.

Die Konkretisierung dieser vierzehn noch sehr komplexen und nicht unmittelbar messbaren Qualitäten erfolgte auf der **zweiten Ebene** (Ebene der „Hauptkriterien“) durch eine Gliederung der Reisephasen (z.B. „Reiseorganisation“) in potenzielle Handlungsoptionen („Inanspruchnahme einer Pauschalreise“ oder „individuelle Reiseplanung“), denen wiederum Hauptkriterien zugeordnet werden konnten („Qualität des Pauschalreiseangebotes“ und „individueller Reiseservice“).

Nicht alle der auf diesem Wege definierten Hauptkriterien fanden Eingang in die Bewertungsmethode. Um auch die Sicht des Marktes bei der Kriterienwahl zu berücksichtigen, wurden nur Hauptkriterien mit einer Mindestbedeutung für die betrachteten Zielgruppen in das Bewertungssystem aufgenommen (vgl. Kapitel 3.5). Die Mindestbedeutung wurde an der zielgruppenspezifischen Nutzungshäufigkeit der zugrundeliegenden Handlungsoptionen gemessen. Die für eine solche Selektion erforderlichen empirischen Daten wurden im Rahmen der oben bereits erwähnten telefonischen Befragung gewonnen. Bei der Bewertung wurden nur jene Handlungsoptionen (bzw. die zugeordneten Hauptkriterien) berücksichtigt, die bei mindestens einer der drei betrachteten Zielgruppen von mindestens 5% der Befragten genutzt worden waren.

Bewusst wurde bei dieser empirisch gestützten Selektion der Kriterien (sowie auch bei der Gewichtung) auf das konkret beobachtbare Reiseverhalten der Befragten zurückgegriffen. Grundlegenden Angeboten, die in vielen Orten verfügbar sind und häufig in Anspruch ge-

nommen werden, wird hierdurch eine besondere Bedeutung innerhalb der Bewertung beigegeben. Eine vertiefende Diskussion dieses bedeutsamen Aspektes erfolgt in Punkt 7 dieses Kapitels („Herleitung der Gewichtungsfaktoren“).

Die **weiteren Gliederungsebenen** des Bewertungsinstruments dienen der Konkretisierung der Hauptkriterien bis hin zu operationalen Kriterien (Messkriterien). Aufgrund des sehr hohen Differenzierungsgrades bzw. der Vielzahl an relevanten Teilqualitäten mussten die Kriterien ab hier notwendigerweise durch die Autorin definiert werden. Bestmögliche Transparenz und Nachvollziehbarkeit wird dabei durch zahlreiche Erläuterungen und Literaturbelege gewährleistet (vgl. tabellarischer Kriterienkatalog im Anhang 2). Insgesamt entstand auf dem beschriebenen Weg ein Katalog von fast 900 Messkriterien.

4. Schritt der Modellbildung: Herleitung der Kriterien zur Bewertung des (gesundheits-) touristischen Potenzials

Während der Kriterienkatalog zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Qualität versucht, die marktrelevanten Angebotsfaktoren möglichst umfassend abzubilden, sollte die (gesundheits-) touristische Potenzialqualität (nur) die in die Zukunft gerichtete (gesundheits-) touristische Entwicklungsfähigkeit eines Kurortes zum Ausdruck bringen. Die Kriterien zur Bewertung des (gesundheits-) touristischen Potenzials wurden somit als Teil des Kriterienkatalogs zur Bewertung der (gesundheits-) touristischen Qualität systematisch ausgewählt (vgl. Kapitel 3.6). Leitend war hierbei die Annahme, dass die in die Zukunft gerichtete Entwicklungsfähigkeit von Heilbädern und Kurorten abhängig davon ist, inwieweit diejenigen Kriterien erfüllt sind, die wichtig für die Zielgruppen sind, jedoch kaum beeinflusst werden können. Die Kriterien zur Bewertung des gesundheitstouristischen Potenzials wurden somit unter den Gesichtspunkten „Gestaltbarkeit des Angebotsfaktors“ und „Relevanz des Angebotsfaktors für die Zielgruppen“ ausgewählt.

5. Schritt der Modellbildung: Festlegung der Methoden zur Datenerfassung

Um die Kriterien sinnvoll messen zu können, waren unterschiedliche Methoden der Datenerfassung notwendig (vgl. Kapitel 3.2.7):

- (1) Sekundäranalysen (Analyse von Marketingmaterial, statistische Auswertung, Analyse von Kartenmaterial etc.),
- (2) Durchführung von anonymen Servicetests bei den zentralen kurörtlichen Dienstleistern (E-Mail-Anfrage, schriftliche Anfrage, telefonische Anfrage, persönlicher Servicetest vor Ort),
- (3) Vorortanalyse der Atmosphäre der wichtigsten kurörtlichen Standorte sowie

(4) schriftliche Befragung der verantwortlichen Ansprechpartner in den Orten.

Diese Methoden sollten möglichst objektive bzw. reliable Messungen ermöglichen. Insbesondere bei den **qualitativen Kriterien** – deren Kennzeichen ja nun ein gewisser subjektiver Bewertungsspielraum ist - war dies nicht ganz einfach. Um den subjektiven Faktor so gering wie möglich zu halten und verlässliche Messwerte zu generieren, wurden daher zum einen die Pole sämtlicher betreffenden Skalen verbal beschrieben. Hierdurch soll die Abstufung zwischen den äußeren Skalenwerten im Rahmen der Bewertung erleichtert werden (vgl. Checklisten in den Anhängen 5 bis 13). Zum anderen sollten die Bewertungen zwecks Objektivierung grundsätzlich von mindestens zwei Gutachtern bzw. Testpersonen vorgenommen werden. Um die Bewertungen auch für die Orte transparent bzw. nachvollziehbar zu machen, wird weiterhin dringend empfohlen, die vorgenommenen Bewertungen stets ausführlich zu begründen. Die beiden letztgenannten Anforderungen bedeuten zwar einen nicht unerheblichen Aufwand, sind jedoch für eine optimale Objektivität und Nachvollziehbarkeit der Bewertung dringend erforderlich.

Zu diskutieren ist an dieser Stelle auch die hohe Bedeutung der **schriftlichen Befragung** im Rahmen der Datenerfassung, da sich mit ihr zwei Probleme verbinden. Einerseits erfordert der umfangreiche Fragebogen ein sehr hohes Maß an Mitarbeit der örtlichen Verantwortlichen an der Datenerfassung (was sich in aufwendigen Nachfassaktionen äußert). Andererseits ist eine Bestandsaufnahme durch die Akteure vor Ort natürlich nicht objektiv. Wenngleich lediglich quantifizierbare Größen auf diesem Weg erfasst werden, können Abweichungen vom realen, objektiven Tatbestand - trotz stichprobenartiger Überprüfung - nicht ausgeschlossen werden. Zwar kann auf eine schriftliche Befragung der Experten vor Ort nicht gänzlich verzichtet werden, da zahlreiche Daten nicht standardisiert und in der Regel nur lückenhaft zur Verfügung stehen. Für künftige Bewertungen sollte jedoch über eine Reduzierung des Fragenkatalogs, der durch die Verantwortlichen vor Ort zu bearbeiten ist, nachgedacht werden.

6. Schritt der Modellbildung: Skalierung der Messergebnisse

Die Transformation der metrisch skalierten Messwerte in dimensionslose „Zielerfüllungsgrade“ erforderte die Definition geeigneter optimaler und minimaler Richtwerte, mit denen der gemessene Wert in Beziehung gesetzt werden konnte. In wenigen Fällen wurde hierfür auf anerkannte Erfahrungswerte zurückgegriffen (z.B. beim Kriterium „Mittlere jährliche Sonnenscheindauer“). Bei den meisten Kriterien (z.B. Länge der Themen- und Erlebniswanderwege in km) wurden die Richtwerte aus der Messreihe berechnet, die im Rahmen der exemplarischen Anwendung des Modells in insgesamt 139 Kurorten in Deutschland gewonnen worden war. Eine sehr hohe Qualität und Repräsentativität der auf diesem Wege gewonnenen Richtgrößen wurde vor allem durch die große Zahl an Untersuchungsräumen gewährleistet

(annähernd 40% aller höher prädikatisierten deutschen Heilbäder und Kurorte haben an der durchgeführten Untersuchung teilgenommen). Geringe Einschränkungen ergeben sich durch das Fehlen von Orten aus dem Alpen- und Alpenvorlandgebiet. Vermutlich repräsentieren die erhobenen Daten insbesondere bei jenen Merkmalen die entsprechenden Orte nicht optimal, die in engem Zusammenhang mit Naturlandschaft und Höhenlage stehen. Beim weitaus größten Teil der Merkmale bzw. Kriterien, die in der Bewertung berücksichtigt wurden, dürfte das Fehlen von Orten aus dem Alpen- bzw. Alpenvorlandbereich aber keine entscheidende Rolle spielen. Bestätigt wurde dies durch den Vergleich ausgewählter Kenngrößen, die sowohl für die Stichprobe als auch für die Grundgesamtheit der Heilbäder und Kurorte betrachtet wurden (Einwohner, Betriebe, Betten, Übernachtungen, Gäste, Tourismusintensität) und keine wesentlichen Unterschiede anzeigten (vgl. Kapitel 4.1).

Bei der Ermittlung von Richtwerten aus der Messreihe wurde nicht auf den besten bzw. schlechtesten gemessenen Wert zurückgegriffen, sondern auf den Wert, der nur von 5% der Orte über- bzw. unterschritten wurde (also die 5er- bzw. 95er-Perzentilen) (vgl. Kapitel 4.3). Hierdurch soll gewährleistet werden, dass nicht extreme Werte bzw. Ausreißer den Maßstab der Bewertung bilden.

Die **Berechnung der dimensionslosen Zielerfüllungsgrade** erfolgte mithilfe von linearen Wertfunktionen. Es wurde also ein stets linearer Zusammenhang zwischen dem Messwert und dem Zielerfüllungsgrad unterstellt. Diese Annahme ist rein theoretischer (und pragmatischer) Natur. Möglicherweise kommt Linearität in der Realität gerade im seltensten vor. Hätte man der Realität an dieser Stelle der Bewertung gerecht werden wollen, so wäre praktisch bei jedem Kriterium die optimale Wertfunktion zu identifizieren (und zu diskutieren) gewesen, die ja - zu allem Überfluss - auch noch zielgruppenspezifisch unterschiedlich aussehen kann. Die Annahme eines linearen Zusammenhangs zwischen Messwerten und Zielerfüllungsgraden dient daher der notwendigen Komplexitätsreduktion des ohnehin schon komplizierten Bewertungsmodells.

7. Schritt der Modellbildung: Herleitung der Gewichtungsfaktoren

Es war ein wesentlicher Anspruch dieser Arbeit, durch eine empirisch gestützte und zielgruppenorientierte Kriteriengewichtung zu einer methodischen Weiterentwicklung bestehender Bewertungsverfahren zu gelangen. Die empirische Datenbasis hierfür lieferte die unter Punkt 1 in diesem Kapitel bereits erwähnte telefonische Befragung von Personen, die in den vergangenen drei Jahren einen mehrtägigen touristischen Aufenthalt in einem Heilbad bzw. Kurort verbracht hatten und sich den drei definierten Zielgruppen zuordnen ließen.

Ebenso wie die Herleitung der Kriterien konnte jedoch auch deren Gewichtung nicht unmittelbar und lückenlos durch die durchgeführte empirische Untersuchung ermittelt werden. Eine

direkte Erfassung der Bedeutung verschiedener Qualitätsaspekte durch die Frageformulierung „Wie wichtig ist Ihnen....“ erfolgte daher lediglich für die **übergeordneten Qualitätskategorien** (vgl. Kapitel 3.5). Es wurde angenommen, dass die Befragten auf dieser Ebene noch beurteilen können, was ihnen wichtig ist und was nicht.

Die Kriterien der darunter liegenden Gliederungsebene (**Hauptkriterien**) wurden indirekt, basierend auf einer Erfassung des Reiseverhaltens der Gesundheitstouristen, gewichtet. Je häufiger bestimmte Angebotsbestandteile durch die Befragten in Anspruch genommen worden waren, desto höher wurden sie innerhalb des Bewertungssystems gewichtet (vgl. Kapitel 3.5).

Die Orientierung am konkret beobachtbaren Reiserverhalten zur empirisch gestützten Gewichtung der Kriterien (sowie auch zur Kriterienauswahl, siehe Punkt 3 in diesem Kapitel) wurde bewusst einer Orientierung an den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrage vorgezogen. Zur Begründung ist vor allem auf die Schwierigkeiten zu verweisen, die mit einer Kriterienherleitung und -gewichtung von den Wünschen und Bedürfnissen der Nachfrage einhergehen. Diese liegen vor allem darin, dass die Wünsche und Bedürfnisse von Urlaubern überwiegend nur im Unterbewusstsein vorhanden und damit nicht direkt abfragbar sind und dass von einer zum Teil großen Diskrepanz zwischen artikulierten Wünschen und später wahrgenommenen Angeboten auszugehen ist. Außerdem ist die von vielen Autoren vertretene Auffassung zu nennen, dass das Verhalten eines Menschen das sichtbare (und damit besser erfassbare) Resultat seiner Wünsche, Bedürfnisse, Prinzipien, Leitbilder und Beweggründe darstellt (vgl. Kapitel 3.2.4).

Die Orientierung der Kriteriengewichtung am Reiseverhalten der Nachfrage bedeutet in der Konsequenz, dass Angebote, die nur in wenigen Heilbädern und Kurorten vorzufinden sind – und vielleicht wichtige Alleinstellungsmerkmale des Ortes darstellen - nur einen geringen Gewichtungsfaktor erreichen konnten (auch wenn sie für die örtlichen Gäste von hoher Bedeutung sind). Sehr spezifische, ggf. besonders beachtenswerte Angebote eines einzelnen Ortes bleiben bei der vorliegenden Bewertung daher weitestgehend unberücksichtigt. Dieser Effekt verstärkt sich durch die am Reiseverhalten orientierte Auswahl an Kriterien. Denn Angebote, die eine zielgruppenspezifische Nutzungshäufigkeit von 5% der Befragten nicht erreichten, blieben gänzlich unberücksichtigt (vgl. Punkt 3 in diesem Kapitel).

Fokussiert werden durch das vorliegende Bewertungsmodell hingegen die **(gesundheits-)touristischen Grundqualitäten**, die fast jeder Ort besitzen kann (bzw. sollte).

Zur Begründung dieser bewusst gewählten Vorgehensweise ist auf die folgenden Faktoren hinzuweisen:

- (1) auf den Informationsbedarf seitens der Praxis, da gerade in Bezug auf die Optimierung der (gesundheits-) touristischen Grundqualitäten noch erheblicher Handlungsbedarf in den deutschen Heilbädern und Kurorten besteht (vgl. Kap. 2.1.4).
- (2) auf die methodischen Schwierigkeiten, örtliche Besonderheiten im Rahmen einer vergleichenden Bewertung zu quantifizieren. Sinnvolle Vergleiche setzen eine Kriterienwahl voraus, die allen beteiligten Orten gerecht wird. Eine Fokussierung von (gesundheits-) touristischen Grundqualitäten trägt insofern zu einer besseren Vergleichbarkeit der Bewertungsergebnisse bei.
- (3) auf die Tatsache, dass sich Touristen üblicherweise bewusst für ein bestimmtes Reiseziel entscheiden, weil sie sich durch das örtliche Angebot eine Befriedigung ihrer Bedürfnisse erhoffen. So gesehen stellen Angebote mit geringem Gewichtungsfaktor (also geringer Inanspruchnahme) auch Angebote mit insgesamt geringer Bedeutung dar.

Auch bei der Kriteriengewichtung musste aufgrund der Komplexität des Kriterienkatalogs ab der **dritten Gliederungsebene** von einer Berücksichtigung empirischer Daten abgesehen werden. Notwendigerweise wurde die Gewichtung ab hier durch die Autorin vorgenommen.

8. Schritt der Modellbildung: Ergebnisdarstellung

Entsprechend der verschiedenen Zielsetzungen der Arbeit lassen sich die Ergebnisse sowohl eindimensional als auch mehrdimensional darstellen (vgl. Kapitel 4.5.3). Während die Bewertung der gesundheitstouristischen Qualität von Heilbädern und Kurorten als Grundlage zur Ableitung von Handlungsbedarf eine möglichst differenzierte Datenbasis, und damit eine differenzierte, mehrdimensionale Ergebnisdarstellung erfordert, ist zur Ableitung strategischer Entwicklungsoptionen aus dem Abschneiden eines Ortes eine möglichst konzentrierte, eindimensionale Betrachtung sinnvoll.

5.2 Bewertung entlang ausgewählter Fragestellungen

In diesem Kapitel wird die Frage gestellt, ob bzw. inwieweit das Bewertungsmodell die klassischen Probleme von touristischen Bewertungsverfahren – wie sie in Kapitel 2.2.5 diskutiert wurden - lösen konnte.

- (1) Inwieweit ist es gelungen, das Zielsystem exakt zu definieren und abzugrenzen?**

Da die Bewertung eines Raumes für den Tourismus allgemein nur bedingt aussagekräftige Ergebnisse generieren kann, war es das erklärte Ziel dieser Arbeit, ein Bewertungsmodell zu schaffen, das die „Gesundheitstouristische Kompetenz“ von Heilbädern und Kurorten aus der Perspektive verschiedener gesundheitstouristischer Zielgruppen fokussiert. Die Konzentration auf das Segment des Gesundheitstourismus ergab sich aus den aktuellen damit verbundenen Chancen und Herausforderungen für Heilbäder und Kurorte (vgl. Kapitel 2.1). In Kapitel 2.3 wurde eine klare Definition und Abgrenzung des Gesundheitstourismus von anderen touristischen Erscheinungsformen vorgenommen und es wurden theoretische Überlegungen zur Definition sinnvoller Marktsegmente angestellt. Ferner wurde der Kunstbegriff „Gesundheitstouristische Kompetenz“ definiert und erläutert.

Die empirischen Ergebnisse, die im Rahmen der bundesweiten telefonischen Befragung erzielt wurden, ergaben allerdings eine überraschend geringe Bedeutung der „Gesundheitstouristen“ innerhalb des Nachfragemarktes der deutschen Heilbäder und Kurorte. Dieses Ergebnis machte ein Überdenken der zuvor vorgenommen sehr engen Eingrenzung des Bewertungsgegenstandes erforderlich. Es erschien sinnvoll und notwendig, die Betrachtungen auf touristische Erscheinungsformen auszuweiten, deren primäres Reisemotiv „Erholung“ darstellt. Dies nicht nur, um eine ausreichende statistische Datenbasis für weitere Auswertungen zu erzielen, sondern auch um der tatsächlichen Situation der Heilbäder und Kurorte gerecht zu werden, deren privates Gästeklientel sich offensichtlich primär über das Motiv der „Erholung“ definiert. Die Erweiterung des Bewertungsgegenstandes erschien auch insofern legitim, als dass „Gesundheit“ im Allgemeinen ein sehr wichtiges Reisemotiv darstellt und auch bzw. insbesondere bei den „Erholungstouristen“ in Heilbädern und Kurorten eine große Rolle spielen dürfte. Auf der Grundlage dieser Überlegungen wurden neue Marktsegmente zunächst theoretisch definiert und dann mithilfe einer Diskriminanzanalyse empirisch überprüft bzw. bestätigt (vgl. Kapitel 3.4.2). In Kapitel 3.4.3 wird das modifizierte Zielsystem, auf dem die weiteren Arbeiten basierten, fixiert. Der erweiterte Blickwinkel, aus dem die Heilbäder und Kurorte von nun an betrachtet wurden, fand im Begriff „(gesundheits-) touristische Kompetenz“ seinen Ausdruck. Dieser sollte die Erweiterung der Betrachtungen auf den Erholungstourismus transportieren und zugleich die besondere Bedeutung des Gesundheitstourismus für die Heilbäder und Kurorte hervorheben.

Zusammenfassend lässt sich zu diesem Punkt festhalten, dass eine klare Definition von Bewertungsgegenstand und Zielsystem vorgenommen wurde, die notwendigerweise (und auch sinnvollerweise) relativ breit gefasst ist. Durch die Berücksichtigung von unterschiedlichen Zielgruppen bleibt jedoch weiterhin eine spezifische und damit aussagekräftige Betrachtung gewahrt.

(2) Inwieweit wird der Individualität bzw. Subjektivität bei der Bewertung eines touristischen Raumes Rechnung getragen?

Es ist unbestritten, dass bei der Bewertung eines touristischen Raumes durch eine Person subjektive Momente eine (große) Rolle spielen und dass ein Bewertungsmodell dem nie vollständig gerecht werden kann. Es wird in vorliegender Arbeit allerdings davon ausgegangen, dass zumindest zielgruppenspezifische Anforderungen an das (gesundheits-) touristische Angebot durchaus in einem Bewertungsmodell darstellbar sind. Um diese zu ermitteln, wurde eine umfangreiche Marktuntersuchung in Form einer deutschlandweiten repräsentativen telefonischen Befragung durchgeführt, deren Ergebnisse sowohl bei der Herleitung als auch bei der Gewichtung der Kriterien berücksichtigt wurden. Das Bewertungsmodell bildet somit also zumindest zielgruppenspezifische Bedürfnisse bzw. Anforderungen ab. Des Weiteren wird die Auffassung vertreten, dass ausgewählte „quasi objektive“ Kriterien („normative Elemente“) existieren, die zwar nicht die Vorlieben *aller* Nutzer abbilden können, jedoch zumindest die einer Mehrheit (vgl. Kapitel 3.5.12). Diese „quasi objektiven“ Kriterien spielen an zahlreichen Stellen innerhalb des vorliegenden Bewertungssystems eine Rolle. Einfachste Beispiele hierfür sind, dass der Nutzer es wohl generell schätzen dürfte, wenn der Service in der Touristinformation kompetent und freundlich ist, wenn der Kurpark sauber und gepflegt ist oder wenn das Bioklima nicht belastend ist.

Am streitbarsten sind sicher (und klassischerweise) die normativen Elemente, die zur Bewertung von Landschaft und Atmosphäre herangezogen wurden (Vielfalt, Harmonie, Eigenart etc.). Denn hier geht es um die Bewertung von Ästhetik, von Schönheit und damit von Eigenschaften, die ein besonders hohes Maß an individueller, subjektiver Wahrnehmung beinhalten. Doch auch hier wird an der These festgehalten, dass die definierten Kriterien „normative Elemente“ darstellen, die „quasi objektiv“ die Vorlieben und Bedürfnisse einer Mehrzahl an Menschen reflektieren. Zur Begründung sei einerseits auf verschiedene Theorien verwiesen, die Zusammenhänge zwischen der Bewertung einer Landschaft und bestimmten Eigenschaften und Bedürfnissen des Menschen beschreiben (und damit Regelmäßigkeiten in der Landschaftsbewertung begründen) und andererseits auf empirische Studien, die die Relevanz ausgewählter Kriterien für den Nutzer belegen (vgl. Kapitel 3.5.12).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass den individuellen, subjektiven Momenten, die die Bewertung der (gesundheits-) touristischen Kompetenz von Heilbädern und Kurorten (neben den allgemeingültigen Kriterien) beinhaltet, durch eine empirisch gestützte zielgruppenspezifische Betrachtung nicht vollständig, jedoch bestmöglich Rechnung getragen wird.

(3) Inwieweit wurde eine systematische und marktorientierte Kriterienauswahl erreicht?

Um den hierarchisch aufgebauten Kriterienkatalog auf seiner ersten Ebene zu strukturieren, wurde Bezug auf die Aktivitätskette des (Gesundheits-) Touristen genommen. Aus den Phasen der Aktivitätskette wurden die übergeordneten Qualitätskategorien des Bewertungssystems abgeleitet. Gemeinsam mit vier übergreifenden Qualitäten definieren sie nun die Grundstruktur des Bewertungssystems. Auf der zweiten Ebene orientieren sich die verwendeten Kriterien an den verschiedenen Handlungsmöglichkeiten, die entlang der Phasen der Aktivitätskette existieren. Um neben einer systematischen Strukturierung des Bewertungssystems zu einer marktorientierten Auswahl an Kriterien zu kommen, wurde auf die Ergebnisse der durchgeführten empirischen Forschung (vgl. Kapitel 3.3) zurückgegriffen. Es wurden nur jene Handlungsmöglichkeiten (bzw. „Hauptkriterien“) in das Bewertungssystem aufgenommen, die eine empirisch nachgewiesene Mindestbedeutung besaßen.

In Kapitel 3.2.4 wurde erläutert, dass durch die Bezugnahme auf die typische Aktivitätskette eines gesundheitsorientierten Touristen zunächst eine logisch-deduktive Kriterienauswahl erreicht wurde, weil von einem allgemeinen Modell (Aktivitätskette) auf den konkreten Fall (gesundheitstouristische Aktivitätskette und Handlungsmöglichkeiten) geschlossen wurde. Auch kann die Herleitung der Kriterien als nachfrageorientiert bezeichnet werden, weil sich die Qualitätskategorien (Kriterien erster Ebene) und die Hauptkriterien (Kriterien zweiter Ebene) an den Aktivitäten des Kunden im Rahmen eines gesundheitsorientierten Aufenthaltes, also am Verhalten des Kunden orientieren. „Echte“, empirisch gestützte Marktorientierung wird schließlich durch die Selektion der Hauptkriterien je nach empirisch ermittelter Bedeutung für die verschiedenen Zielgruppen (also empirisch-induktiv) erreicht.

Die Konkretisierung der Kriterien auf den nachfolgenden Ebenen wird – aufgrund des hohen Differenzierungsgrades des Bewertungsinstrumentes - notwendigerweise durch die Autorin vorgenommen. Die Kriterienwahl wird aber erläutert und, wenn möglich, mit Literatur belegt (vgl. tabellarischer Kriterienkatalog im Anhang 2).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Herausforderung einer systematischen und marktorientierten Kriterienauswahl bestmöglich Rechnung getragen wird – vor allem angesichts der bestehenden Einschränkungen. Während auf den Ebenen eins und zwei des Kriterienkatalogs konsequent systematisch vorgegangen wird (logisch-deduktiv und empirisch-induktiv), weist die Kriterienauswahl auf den nachfolgenden Ebenen auch kreative Züge auf, die bereits ZANGEMEISTER (1970, S. 114) als wichtigen und notwendigen Bestandteil einer Nutzwertanalyse erachtete. Durch die tabellarische Übersicht über die Kriterien und die zahlreichen Erläuterungen wird Transparenz und Nachvollziehbarkeit geschaffen.

(4) Inwieweit wird eine angemessene Bewertungstiefe bei gleichzeitig vertretbarem Aufwand der Datenerfassung erreicht?

Aufgrund des Anspruchs, mithilfe des Bewertungssystems nicht nur eine globale Gesamtbewertung der Heilbäder und Kurorte, sondern auch eine differenzierte Stärken- und Schwächenbetrachtung vorzunehmen, war es notwendig, eine sehr große Zahl an Kriterien einzubeziehen. Es darf vor diesem Hintergrund angenommen werden, dass das Bewertungsinstrument in der Lage ist, die (gesundheits-) touristische Kompetenz der Heilbäder und Kurorte sehr vollständig zu erfassen und dass (unter anderem) hierdurch eine hohe Validität der Bewertungsergebnisse erreicht wird. Es stellt sich daher eher die Frage, ob der mit der großen Kriterienzahl verbundene Aufwand der Datenerfassung gerechtfertigt ist.

Es muss hierzu tatsächlich eingeräumt werden, dass der mit dem Bewertungsverfahren verbundene Aufwand der Datenerfassung und -auswertung außerordentlich hoch ist. Aus diesem Grund war die Anwendung des Bewertungsmodells in 139 Heilbädern und Kurorten nur durch die Zusammenarbeit mit dem Europäischen Tourismus Institut an der Universität Trier und dank der finanziellen Unterstützung durch mehrere Bundesländer sowie zahlreiche Orte möglich. Dass sich eine Finanzierung für die Anwendung des Bewertungsinstruments gefunden hat, ist zugleich ein Indiz dafür, dass dem (finanziellen) Aufwand auch ein adäquater Nutzen gegenüber steht. Auch ist die Anwendung des Bewertungsmodells einer Gästebefragung in vielerlei Hinsicht überlegen. Abgesehen von den (deutlich) geringeren Kosten lassen sich wesentlich differenziertere Erkenntnisse gewinnen (entlang aller Kriterien), die außerdem einen Vergleich mit anderen Orten ermöglichen. Im Nachteil ist die (vorliegende) nutzerunabhängige Bewertung gegenüber der (nutzerabhängigen) Gästebefragung vor allem darin, dass sie keine individuellen, ortsspezifischen Aspekte berücksichtigen kann, da die Betrachtungen notwendigerweise auf die zentralen, (gesundheits-) touristischen Grundqualitäten konzentriert sind.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Aufwand der Datenerfassung zwar sehr hoch ist, jedoch angesichts der erreichbaren Ergebnisqualität (Validität, Differenziertheit der Ergebnisse) und im Vergleich mit den Ergebnismöglichkeiten einer Gästebefragung absolut angemessen erscheint. Problematisch erscheint jedoch, dass die große Anzahl an Messkriterien eine umfangreiche (und in dieser Dimension kaum mehr zumutbare) Mitarbeit der verantwortlichen Ansprechpartner vor Ort an der Datenerfassung erfordert (vgl. Punkt 5 im vorangegangenen Kapitel).

(5) Inwieweit liefert das Bewertungssystem objektive Ergebnisse?

In Kapitel 3.4.5 wurde erläutert, dass eine Vielzahl von Angebotsfaktoren, die für die Gästezufriedenheit eine zentrale Rolle spielen, nicht quantifizierbar sind bzw. eine qualitative Bewertung bessere Ergebnisse liefert. Insofern war die Verwendung qualitativer Kriterien erforderlich, die einen bestimmten Sachverhalt eben nicht vollkommen objektiv bewerten,

sondern einen gewissen subjektiven Bewertungsspielraum lassen. Um die qualitativen Messungen zu erleichtern, wurden die extremen Ausprägungen der meist komplexen Sachverhalte, die es zu bewerten galt (also die Pole der Skala), stets verbal beschrieben. Dies erleichterte die Abstufung zwischen den Polen der Skala und machte die Messungen verlässlicher. Wie bereits in Kapitel 5.1 (Punkt 5) betont, wird außerdem grundsätzlich der Einsatz mehrerer Experten, die die Bewertungen vornehmen, empfohlen. Hierbei muss ein Kompromiss zwischen Bewertungsqualität einerseits und Aufwand andererseits gefunden werden. Im Rahmen der exemplarischen Anwendung des entwickelten Bewertungssystems wurde die Bewertung durch zwei Experten vorgenommen. Darüber hinaus wird es für außerordentlich wichtig erachtet, den subjektiven Faktor möglichst transparent bzw. nachvollziehbar zu machen, z.B. durch eine detaillierte Begründung der vollzogenen Wertungen.

Da das vorliegende Bewertungssystem überwiegend quantitative Kriterien umfasst und bei den qualitativen Wertungen der subjektive Faktor durch oben dargestellte Instrumente gering gehalten bzw. nachvollziehbar gemacht wird, ist ein sehr hohes Maß an Objektivität der Bewertungsergebnisse gegeben. Eine gewisse Einschränkung ergibt sich allerdings durch die bereits erwähnte Tatsache, dass ein vergleichsweise großer Anteil an Daten durch die Orte (und nicht durch neutrale Gutachter) zu erfassen ist. Trotz stichprobenartiger Überprüfungen können Abweichungen vom realen Sachverhalt nicht vollkommen ausgeschlossen werden. Sowohl aus Gründen des Erfassungsaufwandes als auch zur Verbesserung der Ergebnisobjektivität wird daher - für künftige Bewertungen - eine (systematische) Reduzierung um entsprechende (verzichtbare) Kriterien als durchaus sinnvoll erachtet.

(6) Inwieweit wurden geeignete räumliche Erhebungseinheiten ausgewählt?

Als räumliche Betrachtungseinheiten bei der Bewertung der (gesundheits-) touristischen Angebotsfaktoren wurde, je nach Art des Angebotsfaktors, auf den Kurort zurückgegriffen, auf die Gemeinde, in Einzelfällen auf den Landkreis sowie auf Entfernungsbereiche. Der Kurort bildete dann die geeignete Betrachtungseinheit, wenn es um die Erfassung von Angeboten ging, die ohnehin meist im Kurort liegen bzw. fußläufig erreichbar sein sollten, wie z.B. die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen. Auf Gemeindeebene bzw. Landkreisebene wurde meist analysiert, wenn Messgrößen aus der amtlichen Statistik (z.B. aus der Beherbergungsstatistik) benötigt wurden oder wenn aufgrund von administrativen Zuständigkeiten Informationen nur für diese Verwaltungsräume zu vermuten waren (z.B. Länge des Wanderwegenetzes). An vielen Stellen des Bewertungssystems wurden Entfernungsbereiche, also Flächen, die sich aus einem spezifischen Radius um das Ortszentrum ergeben, als Betrachtungseinheiten definiert. Hierdurch konnte je nach Aktivität bzw. Ausflugsziel der unterschiedlichen Bereitschaft von Touristen zur Distanzüberwindung Rechnung getragen werden. Hingewiesen sei allerdings darauf, dass die Entfernungsbereiche in Ermangelung entspre-

chender empirischer Daten überwiegend durch die Autorin geschätzt wurden. Auch auf die individuell bzw. je nach Zielgruppe verschiedenen Aktionsradien sei hingewiesen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durch die Berücksichtigung unterschiedlicher räumlicher Erfassungseinheiten ein sehr guter Zuschnitt der Betrachtungen auf den für den Touristen relevanten Raum erreicht wurde. Weitere Optimierungen wären nur durch eine unverhältnismäßig aufwendige empirisch gestützte Definition zielgruppenspezifischer Entfernungsbereiche für die verschiedenen Angebote möglich gewesen.

(7) Inwieweit trägt eine sinnvolle Skalierung der Messwerte zur Qualität der Bewertungsergebnisse bei?

Die zentrale Herausforderung bei der Skalierung bestand darin, geeignete Bezugsgrößen (Richtwerte) zu definieren, an denen die einzelnen Zielerträge zu messen waren. Hierbei ging es nicht um die Definition ultimativ gültiger, zielgruppenspezifischer Richtwerte. Diese (theoretische) Anforderung an ein Bewertungssystem kann als unrealistisch bezeichnet werden (vgl. Kapitel 2.5.2.6). Vielmehr war es der Anspruch, möglichst nachvollziehbare und empirisch gestützte Richtwerte zu ermitteln. So wurden die Richtwerte aus der im Rahmen der Erprobung des Systems gewonnenen Messreihe berechnet. Damit nicht Ausreißer den Bewertungsmaßstab bilden, wurde dabei nicht auf die besten bzw. schlechtesten Messwerte zurückgegriffen, sondern auf die 5er- bzw. 95er-Perzentilen.

Angesichts der als unlösbar geltenden Problematik, ultimativ gültige, zielgruppengerechte Richtwerte zu definieren, kann das skizzierte Vorgehen als Optimallösung erachtet werden, zumal die ermittelten Richtwerte durch die Repräsentativität der Stichprobe eine hohe empirische Fundierung aufweisen und sich (überwiegend) ohne Weiteres auf Heilbäder und Kurorte außerhalb der Messreihe übertragen lassen.

(8) Inwieweit ist eine marktorientierte, zielgruppenspezifische Gewichtung der Bewertungskriterien gelungen?

Wie bereits Kapitel 5.1 (Punkt 7) erläutert, erfolgte die Gewichtung auf den beiden ersten Gliederungsebenen des hierarchischen Kriterienkatalogs auf der Grundlage der durchgeführten Befragung von Privatgästen in Heilbädern und Kurorten (vgl. Kapitel 3.3). Auch und vor allem im Vergleich zu bestehenden Bewertungsansätzen wird hierdurch ein Höchstmaß an Markt- und Zielgruppenorientierung erreicht. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Repräsentativität der empirischen Daten. Aufgrund der Qualität der (Zufalls-) Stichprobe repräsentieren die Ergebnisse die Eigenschaften der interessierenden Grundgesamtheit. Das durch die Gewichtungsfaktoren zum Ausdruck gebrachte Anforderungsprofil kann insofern als allgemeingültig für die betrachteten Zielmärkte gelten. Einschränkend ist

allerdings auf die relativ geringen Fallzahlen der Kur- und Gesundheitstouristen sowie der Wellness-touristen zu verweisen, aus denen sich eine erhöhte Fehlerspanne der empirischen Ergebnisse im Vergleich zu den „realen“ Werten der Grundgesamtheit – also aller Kur- und Gesundheitstouristen bzw. Wellness-touristen ergibt.

(9) Ermöglicht das entwickelte Bewertungsmodell einen sinnvollen Vergleich zwischen den betrachteten Orten?

Das vorliegende Bewertungsmodell bildet die Anforderungen der betrachteten Zielgruppen von Heilbädern und Kurorten durch einen entsprechend gewichteten Kriterienkatalog ab. So verstanden, könnte man das Bewertungssystem auch als „Anforderungskatalog“ bezeichnen, an dem sich theoretisch jeder Ort messen lassen kann, von der Großstadt bis zum Erholungs-ort. Sinnvoll ist dies natürlich nicht für alle Orte. Durch die Wahl der Kriterien und deren Gewichtung durch (Übernachtungs-) Gäste von Heilbädern und Kurorten ist das Bewertungssystem auf Heilbäder und Kurorte zugeschnitten. Eine Anwendung auf diese verspricht daher die aussagekräftigsten Ergebnisse.

Sind aber nun die durchaus sehr verschiedenen Heilbäder und Kurorte auf der Basis des Bewertungsmodells (sinnvoll) vergleichbar? Aus Sicht der Autorin ist ein Vergleich dann sinnvoll, wenn er für die eigene (gesundheits-) touristische Entwicklung interessante Informationen und Anregungen liefert und wenn eine Positionierung auf den betrachteten Zielmärkten angestrebt wird. Denn in diesem Fall liefert der Vergleich dem einzelnen Ort Informationen darüber, wo er auf der Grundlage der (zielgruppenspezifischen) „Anforderungskataloge“ im Vergleich mit seinen Wettbewerbern steht. Vielleicht ist dabei gerade der Vergleich mit etwas anders strukturierten Orten interessant und aufschlussreich.

Es kann durchaus das Ergebnis dieses Vergleichs sein, dass bestimmte Bädersparten, Landschaftstypen oder Ortsgrößenklassen besser oder schlechter abschneiden. So haben insbesondere die Seebäder und -heilbäder bei der durchgeführten Bewertung eine besonders (signifikant) gute Gesamtbewertung erzielt. Dies ist jedoch nicht als Resultat von geringer Vergleichbarkeit (oder „Gerechtigkeit“) zu interpretieren, sondern durch die im Vergleich mit den Mitbewerbern hohe Eignung dieser Orte, die im Bewertungssystem abgebildeten Anforderungen zu erfüllen. Bei der Beurteilung der Frage der Vergleichbarkeit geht es also nicht um Fragen der „Gerechtigkeit“ (ein Begriff, der im Zusammenhang mit Vergleichen häufig auftaucht), sondern um eine ehrliche Standortbestimmung im Vergleich mit den relevanten Marktteilnehmern.

Sinnvolle Vergleiche setzen aber auch eine Kriterienwahl voraus, die allen beteiligten Orten gerecht wird. Durch die Art der Kriterienherleitung und -gewichtung fokussiert die vorliegende Bewertungsmethode insbesondere (gesundheits-) touristische Grundqualitäten (vgl. Kapitel

5.1, Punkt 7), die prinzipiell an jedem touristischen Standort geboten werden können. Zwar werden auch einige spezifische Angebotsfaktoren erfasst (z.B. Gradierwerk, Skipisten, Trinkhalle etc.), so dass jeder Ort auch seine individuellen Potenziale in die Bewertung einbringen kann. Jedoch sind diese stets nur gering gewichtet, da ihre Nutzungsintensität in der Regel (aufgrund der nicht flächendeckenden Verfügbarkeit dieser Angebote) gering ist.

Vor diesem Hintergrund ist insgesamt eine sehr gute Vergleichbarkeit der betrachteten Standorte auf der Grundlage dieses Modells gegeben. Gewisse Schwierigkeiten müssen diesbezüglich allerdings bei der Bewertung der Landschaft eingeräumt werden. Wenngleich davon ausgegangen wird, dass „Vielfalt“ ein allgemeingültiges Kriterium landschaftlicher Schönheit darstellt, so äußert sich diese in einer Küstengemeinde anders als im Mittelgebirge. Selbst wenn es dieselben Merkmale sind, die zur Vielfalt der verschiedenen Landschaften beitragen (Gewässerrand, Waldrand, Relief, Bodennutzung), sind doch deren Ausprägungen je nach Landschaftstyp unterschiedlich zu bewerten. Dem wird das vorliegende Bewertungsinstrument nicht in vollem Umfang gerecht.

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass mit geringfügigen Einschränkungen eine sehr gute Vergleichbarkeit der Orte gegeben ist. Dies gilt insbesondere für die verschiedenen Gesamtbewertungen, die als Summe der zahlreichen (gut vergleichbaren) Einzelwertungen eine hohe Aussagekraft besitzen. Werden die (Teil-) Ergebnisse als Basis zur Ableitung (oder Untermauerung) des ortsspezifischen Handlungsbedarfs herangezogen, sollten die Ergebnisse dennoch stets im ortsspezifischen Kontext interpretiert und bewertet werden.

5.3 Zusammenfassende Bewertung

Es wurde eingangs betont, dass es ein besonderes Anliegen des nun vorliegenden Bewertungsmodells ist, praxisrelevante Schlussfolgerungen aus den Bewertungsergebnissen abzuleiten. Diese Anforderung setzt eine hohe Akzeptanz der Bewertungsergebnisse durch die handelnden Akteure voraus, die wiederum nur durch eine hohe Aussagekraft bzw. Gültigkeit der Ergebnisse erzielt werden kann.

Wie ist diese Gültigkeit der Ergebnisse nun zu beurteilen? Zunächst einmal ist festzuhalten, dass die durchgeführte Bewertung keinen Anspruch auf absolute Gültigkeit erhebt. Es gibt nicht *den* besten oder schlechtesten Kurort schlechthin. Dafür sind die Wünsche und Bedürfnisse von (Gesundheits-) Touristen zu diffizil und zu individuell. Außerdem sind sie veränderlich je nach Jahreszeit, persönlicher Situation, verfügbarem Einkommen, Zeitdauer etc. Es wäre insofern vermessen zu behaupten, das vorliegende Bewertungsinstrument sei in der Lage, die (gesundheits-) touristische Kompetenz der Orte schlechthin zu messen und zu bewerten. Selbst die spezifizierete Bewertung aus der Perspektive der drei Zielgruppen kann

keinen Anspruch auf absolute Gültigkeit erheben. Auch der ultimativ beste oder schlechteste kur-/ gesundheitstouristische (respektive wellness- bzw. erholungstouristische) Kurort lässt sich nicht ermitteln. Ein Bewertungskonzept, das dies beansprucht, müsste die (gesundheits-) touristische Kompetenz eines Heilbades bzw. Kurortes realitätsgetreu abbilden. Dies scheitert insbesondere daran, dass es – durch die individuelle Komponente bei der Bewertung – unzählige individuelle Realitäten gibt, die – aufgrund der persönlichen, emotionalen Komponente – nicht eins zu eins empirisch abgebildet werden können.

Anzustreben war im Rahmen der durchgeführten Bewertung insofern eine optimale Gültigkeit der Ergebnisse. Es wurde ausführlich erläutert, welche methodischen Bausteine hierfür zu einem Gesamtmodell integriert wurden. Vergleicht man den vorliegenden Ansatz mit den bestehenden Bewertungsverfahren, so wurden zahlreiche Probleme und Herausforderungen gelöst (vgl. Kapitel 5.2). Ganz besonders die systematische und auf repräsentative empirische Marktdaten gestützte Kriterienauswahl und -gewichtung stellt eine deutliche methodische Weiterentwicklung bestehender Verfahren dar, ebenso wie die Berücksichtigung einer zielgruppenspezifischen Bewertungsperspektive. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang auch die fundierte Herleitung von Richtgrößen zur Skalierung der metrischen Kriterien auf der Grundlage einer Untersuchung von fast 40% aller deutschen Heilbäder und Kurorte. Auf Basis der umfassenden Daten konnten empirisch stichhaltige Bewertungsmaßstäbe berechnet werden, die einen deutlich Fortschritt gegenüber den häufig willkürlichen Richtgrößen bisheriger Bewertungsverfahren darstellen. Eine Weiterentwicklung ist auch die Berechnung der Richtwerte als 5er bzw. 95er-Perzentile der Messreihe, weil hierdurch verhindert wird, dass Ausreißer den Maßstab der Bewertung bilden. Insgesamt hat der enorme Aufwand der beiden durchgeführten empirischen Untersuchungen zu einer ausgeprägten empirischen Fundierung der verschiedenen Modellbausteine beigetragen. Kein anderes der Autorin bekanntes Bewertungsverfahren basiert auf einer ähnlich umfangreichen empirischen Datengrundlage. Es kann somit von einer soliden methodischen Basis zur Erzielung valider Bewertungsergebnisse ausgegangen werden.

Die nähere Analyse der Bewertungsergebnisse in Kapitel 4.5.1 hat dies bestätigt. Denn die Bewertungsergebnisse in Abhängigkeit von den nach unterschiedlichen Kriterien differenzierten Ortstypen weisen eine hohe sachlogische Plausibilität auf. Ganz besonders ist in diesem Zusammenhang auf die hohen positiven Korrelationen zu den Übernachtungs- und Gästezahlen hinzuweisen, die als sehr guter Indikator für die (gesundheits-) touristische Kompetenz eines Heilbades bzw. Kurortes gelten können.

Nicht zuletzt zeigen jedoch die Reaktionen aus den beteiligten Orten, dass die Bewertungsergebnisse als nützlich und hilfreich für die örtliche Entwicklungsarbeit erachtet werden. Konkret genutzt werden sie insbesondere als Diskussionsgrundlage in örtlichen Gremien, als Ar-

gumentationshilfe in Bezug auf konkrete Maßnahmen sowie zur Profilierung bei touristischen Zielgruppen.

Es ist jedoch nicht nur die Handlungsrelevanz, welche die Studie (respektive das Bewertungsmodell) so wertvoll macht. Als durchaus dienlich kann auch der Wettbewerbscharakter der Bewertung hervorgehoben werden. Wenngleich dieser aus politischen Gründen häufig mit Skepsis betrachtet wird (und auch in diesem Fall betrachtet wurde), so haben Vergleiche durchaus auch eine konstruktive, motivierende Wirkung auf die Beteiligten. Dies war jedenfalls in der durchgeführten Untersuchung deutlich spürbar und zeigt sich in zahlreichen konkreten Maßnahmen, die in den Orten bereits umgesetzt wurden. Durch die quantitative Bewertung schlagen sich einzelne Maßnahmen unmittelbar in der Bewertung nieder und belohnen die handelnden Akteure. Insbesondere bei einer regelmäßig durchgeführten Bewertung sind somit Impulse auf die (gesundheits-) touristische Entwicklung der teilnehmenden Heilbäder und Kurorte zu erwarten. Das Bewertungsmodell kann damit einen nützlichen Beitrag zu deren Entwicklung und Konkurrenzfähigkeit leisten bzw. stellt durch seine Transparenz und Nachvollziehbarkeit eine sehr gute Diskussionsgrundlage für künftige Bewertungen von Heilbädern und Kurorten dar.

Literatur- und Quellenverzeichnis

1. „Magic Maps“ - Digitale Kartenwerke Version 2.0 (Topographische Karten 1:25.000)
2. ADAC (Hrsg. 1989): Neues Denken im Tourismus. Ein tourismuspolitisches Konzept für Fremdenverkehrsgemeinden.- München
3. ADAC (Hrsg. 1993): Verkehr in Fremdenverkehrsgemeinden. Eine Planungshilfe für Ferienorte mit praktischen Beispielen.- München
4. ADAC (Hrsg. 2004): Verkehr und Tourismus.- München
5. ADFC (Hrsg. 2004): Deutschland per Rad. ADFC-EntdeckerKarte. Radfernwege 40.000 Kilometer auf einen Blick.- Bremen
6. AFFELD, Detlef/ TUROWSKI, Gerd (1973): Die raumordnungspolitische Bedeutung von Freizeiteilfunktionen.- *Struktur* 1/1973, S. 1997-204
7. AKADEMIE FÜR RAUMFORSCHUNG UND LANDESPLANUNG (Hrsg. 1972): Zur Landschaftsbewertung für die Erholung.- (=Forschungs- und Sitzungsberichte Bd. 76, Raum und Fremdenverkehr, Nr. 3), Hannover
8. ALBACH, Horst (1970): Informationsgewinnung durch strukturierte Gruppenbefragung: Die Delphi-Methode.- *Zeitschrift für Betriebswirtschaft*, Ergänzungsheft 40, S. 11-26
9. ALTES, Gerrit/ MOSER, Helge (2000): Informations- und Kommunikationstechnologien: Schlüssel für ein marktgerechtes Destinationsmanagement.- (=Schriftenreihe des Forschungskreises Tourismus Management e.V., Bd. 12), Trier
10. APPLETON, Jay (1975): *The experience of Landscape*.- London, Chichester
11. ATTESLANDER, Peter (2003): *Methoden der empirischen Sozialforschung*.- Berlin
12. BACKHAUS et al. (2005): *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung*.- Berlin, Heidelberg, New York
13. BAHRENBURG, Gerhard/ GIESE, Ernst/ NIPPER, Josef (1990): *Statistische Methoden in der Geografie. Univariate und bivariate Statistik*.- Stuttgart
14. BAHRENBURG, Gerhard/ GIESE, Ernst/ NIPPER, Josef (1992): *Statistische Methoden in der Geographie. Multivariate Statistik*.- Stuttgart
15. BANK, Siegfried (1987): Maßnahmen zum Abbau von Haushaltsdefiziten bei niedersächsischen Heilbädern und Kurorten.- (=Europäische Hochschulschriften, Reihe 5, VWL und BWL, Nr. 841), Frankfurt am Main
16. BAROUSSA, Steven C. (1991): *The Aesthetics of Landscape*.- London, New York

17. BAUER, Felix/ FRANKE, Joachim/ GRÄTSCHENBERGER, Karin (1979): Flurbereinigung und Erholungslandschaft: empirische Studie zur Wirkung der Flurbereinigung auf den Erholungswert einer Landschaft.- (=Schriftenreihe des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten: B, Flurbereinigung, Nr. 68), Münster
18. BECHMANN, Armin (1978): Nutzwertanalyse, Bewertungstheorie und Planung.- Bern, Stuttgart
19. BECKER, Christoph (1983): Ausgewählte Methoden der Landschaftsbewertung und ihre Anwendung für die Planungspraxis.- In: Haedrich, Günter (Hrsg.): Tourismusmanagement, Tourismusmarketing und Fremdenverkehrsplanung.- Berlin, S. 309-316
20. BECKER, Christoph (1980): Verfahren zur Bewertung von Räumen für Freizeit- und Erholungszwecke.- In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.): Empirische Untersuchungen zur äußeren Abgrenzung und inneren Strukturierung von Freizeiträumen (Forschungs- und Sitzungsberichte, Bd. 132), Hannover, S. 211-213
21. BECKER, Christoph (1979): Die Anwendung von Tagesprotokollen für das Erfassen des Urlauberverhaltens – eine Pilotstudie.- In: Becker, Christoph (Hrsg.): Freizeitverhalten in verschiedenen Raumkategorien (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 3), Trier, S. 125-209
22. BECKER, Christoph (1976): Die strukturelle Eignung des Landes Hessen für den Erholungsreiseverkehr. Ein Modell zur Bewertung von Räumen für die Erholung.- Berlin
23. BECKER, Christoph/ HOPFINGER, Hans/ STEINECKE, Albrecht (Hrsg. 2003): Geographie der Freizeit und des Tourismus – Bilanz und Ausblick.- München, Wien
24. BECKER, Friedrich (1972): Bioklimatische Reizstufen für eine Raumbewertung zur Erholung.- In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.), Hannover, S. 45-61
25. BENTHIEN, Bruno (1997): Geographie der Erholung und des Tourismus.- Gotha
26. BEZZOLA, Artur (1975): Probleme der Eignung und der Aufnahmekapazität touristischer Bergregionen.- (=St. Galler Beiträge zum Fremdenverkehr und zur Verkehrswirtschaft, Reihe Fremdenverkehr, Nr. 7), St. Gallen
27. BIEGER, Thomas (1997): Management von Destinationen und Tourismusorganisationen.- München, Wien
28. BONERTZ, Jürgen (1981): Die Planungstauglichkeit von Landschaftsbewertungsverfahren in der Landes- und Regionalplanung.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 7), Trier
29. BÖNI, Caroline (1992): Vom Kur- zum Gesundheitstourismus: Entwicklung und Chancen.- St. Gallen

30. BRÄMER, Rainer (1998): Profilstudie Wandern. Gewohnheiten und Vorlieben von Wandertouristen.- Marburg
31. BRITTNER, Anja/ STEHLE, Tanja (2000): Kurverkehr.- (=Trierer Tourismusbibliographien, Bd. 9), Trier
32. BRITTNER, Anja (2002): Zur Natürlichkeit künstlicher Ferienwelten. Eine Untersuchung zur Bedeutung, Wahrnehmung und Bewertung von ausgewählten Ferienparks in Deutschland.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, Bd. 57), Trier
33. BRITTNER-WIDMANN, Anja/ QUACK, Heinz-Dieter/ WACHOWIAK, Helmut (Hrsg. 2004): Von Erholungsräumen zu Tourismusdestinationen. Facetten der Fremdenverkehrsgeographie.- (=Trierer Geographische Studien, H. 27), Trier
34. BROSIUS, Felix (2004): SPSS 12.- Bonn
35. BRUHN, Manfred/ MEFFERT, Heribert (1995): Dienstleistungsmarketing. Grundlagen, Konzepte, Methoden.- Wiesbaden
36. BUDDEBERG, Claus (Hrsg. 2004): Psychosoziale Medizin.- Berlin
37. BUNDESMINISTERIUM FÜR VERKEHR, BAU- UND WOHNUNGSWESEN (BMVBW) (Hrsg. 2002): Nationaler Radverkehrsplan 2002-2012 - FahrRad! Maßnahmen zur Förderung des Radverkehrs in Deutschland.- Berlin
38. BUSCHMEYER, Jürgen (1978): Stadtgestalt und Denkmalschutz in Brilon.- Brilon
39. BUSE, Katharina (2003): Feng-Shui in der Planung von Wellnessanlagen – modischer Trend oder ganzheitliche Notwendigkeit.- In: Fontanari, Martin/ Collignon, Jean-Michel/ Faby, Katja (Hrsg.), Trier, S. 17-24
40. CLEMENS HÖLTER GMBH (Hrsg. 2005): Ökobase Umweltatlas Version 7.0, Haan
41. DE GRUYTER, Walter (1997): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch.- 258. Auflage, Berlin, New York
42. DEHMER, Sabine (1996): Die Kur als Markenprodukt. Angebotsprofilierung und Markenbildung im Kurwesen.- Dresden
43. DETTMER, Harald et al. (1998): Tourismus-Marketing-Management.- München, Wien
44. DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND (DHV) (2005): Begriffsbestimmungen. Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen – Kommentierte Fassung.- Gütersloh
45. DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND (DHV) (2005a): Prävention im Kurort. Leitfaden zur Vorbereitung zertifizierter Angebote.- Bonn

46. DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND e.V. (DHV) (1999): Entspannung mit leichtem, stetigen Aufwärtstrend.- Heilbad und Kurort, H. 11/1999, S. 345
47. DEUTSCHER HEILBÄDERVERBAND e.V. (DHV) (2007): Deutscher Bäderkalender.- <http://www.baederkalender.de> (Dezember 2007)
48. DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND e.V. (DTV) (Hrsg. 2002): Praxisleitfaden Wellness.- Essen
49. DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND e.V. (DTV) (Hrsg. 1999): Zukunftswerkstatt Mittelgebirge. Wege zur erfolgreichen Marke.- (=Neue Fachreihe des DTV, H. 18), Bonn
50. DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND e.V. (DTV)/ DEUTSCHER WANDERVERBAND (Hrsg. 2002): Wanderbares Deutschland. Praxisleitfaden zur Förderung des Wandertourismus.- Meckenheim
51. DEUTSCHER TOURISMUSVERBAND e.V. (DTV)/ DEUTSCHER WANDERVERBAND (Hrsg. 2003): Wanderbares Deutschland. Qualitätsoffensive Wandern. Empfohlene Gütekriterien für Wanderwege, wanderfreundliche Gastgeber und Wanderprospekte.- Meckenheim
52. DEUTSCHES SEMINAR FÜR FREMDENVERKEHR (DSF) (1986): Urlaub und Gesundheit. Marktchancen für deutsche Heilbäder und Kurorte.- (=Dokumentation zum Fachkursus „Neue Trends im Gesundheitsurlaub: Erkennen und Nutzen“. Vom 18.-20. November 1985), Berlin
53. DEUTSCHES SEMINAR FÜR FREMDENVERKEHR (Hrsg. 1992): „Wie erstelle ich eine Fremdenverkehrskonzeption?“ – Leitfaden mit praktischen Beispielen.- Berlin
54. DEUTSCHES WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTLICHES INSTITUT FÜR FREMDENVERKEHR (DWIF) (2005): Bestandsaufnahme der Servicequalität in Niedersachsen.- (=elektronische Dokumentation eines Vortrags im Rahmen des Niedersächsischen Tourismustags in Stade am 28.04.2005)
55. DIETRICH, Burkhard (1973): Ansätze zur freizeitorientierten Landschaftsbewertung.- (=Dissertation an der Universität Bochum), Bochum
56. DILLER, Herrmann (Hrsg. 1994): Vahlens Großes Marketing Lexikon.- München
57. DREYER, Axel/ LINNE, Martin (2004): Servicequalität in Destinationen und Tourismus-Informationsstellen.- (=Schriftenreihe Dienstleistungsmanagement: Tourismus, Sport, Kultur, Bd. 1), Hamburg
58. DROSDOWSKI et al. (1990): Duden. Das Fremdwörterbuch.- Bd. 5, Mannheim, Leipzig, Wien, Zürich
59. ECKSTEIN, Peter (2006): Angewandte Statistik mit SPSS. Praktische Einführung für Wirtschaftswissenschaftler.- Wiesbaden

60. EDINGER, Jakob (1990): Die Tourismusedwicklungen in Kur- und Ferienorten krankt an verstaubten Hotelstrukturen.- In: Deutsches Seminar für Fremdenverkehr (Hrsg. 1992), Berlin, S. S.369-374
61. ENDER, Walter et al. (1998): Modernisierungsschub für den Kur- und Gesundheitstourismus durch Qualitäts- und Kommunikationsverbesserungen.- Wien
62. ENGELHARDT, Wolfgang (1977): Landschaftsbewertung für Erholungszwecke. Modelluntersuchung Virgental, Osttirol.- München
63. EUROPÄISCHE UNION (2006): Amtsblatt der 2006/7 EG der Europäischen Union und des Rates über die Qualität der Badegewässer und deren Bewirtschaftung und zur Aufhebung der Richtlinie 76/160 EWG.- (http://www.bmu.de/files/pdfs/allgemein/application/pdf/eu_badegewaesser_rl_dt.pdf) (Mai 2007)
64. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (1997): Rheinland-Pfalz – Ein touristisches Drehbuch für das nächste Jahrtausend.- (unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
65. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (1999): Kurorte und Heilbäder in Rheinland-Pfalz – Marktsituation, Entwicklungspotentiale und Leitprodukte.- (unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
66. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (2002): Touristisches Beschilderungskonzept für das Saarland.- (=unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
67. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (2003): Vergleichende Kurortanalyse Niedersachsen – Kurzfassung.- (unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
68. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (2003a): Vergleichende Kurortanalyse Niedersachsen – Langfassung.- (unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
69. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (2003b): Die VKA aus Sicht der Kurorte.- ETI aktuell 1/2003, S.8f.
70. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI) (2004): Fortschreibung des Touristischen Drehbuchs Rheinland-Pfalz – Langfassung.- (unveröffentlichte Auftragsstudie), Trier
71. EUROPÄISCHES TOURISMUS INSTITUT (ETI)/ FORSCHUNGSKREIS TOURISMUS MANAGEMENT E.V. (FTM) (2001): Trendstudie „Kur- und Gesundheitstourismus“ – Bundesweite Befragung von Heilbädern und Kurorten.- (=unveröffentlichte Studie), Trier
72. EUROPEAN COMMISSION (Hrsg. 2003): Qualitest: Measurement Tools und Methods needed for Monitoring the Quality of Tourist Destinations und Services - Indicators and Benchmarking.- Luxembourg

73. EUROPEAN COMMISSION (Hrsg. 2003a): A Manual for Evaluating the Quality Performance of Tourist Destination and Services.- Luxembourg
74. FABY, Holger (2004). Untersuchung von kartografischen Medien und Nutzerbedürfnissen als Basis für zielgruppenorientierte touristische Internetanwendungen.- (=Kartographische Bausteine, Bd. 27), Dresden
75. FAHRMEIR, Ludiwg et al. (2001): Arbeitsbuch Statistik.- Berlin
76. FELLER, Nanni (1979): Beurteilung des Landschaftsbildes.- In: Natur und Landschaft, 54. Jg., H. 7/8, S. 240-245
77. FERGEN, Ulrike (2006): Heilbäder und Kurorte in der Krise? Strukturwandel als Chance am Beispiel der rheinland-pfälzischen Staatsbäder.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, Bd. 65), Trier
78. FERNER, Fritz-Karl/ MÜLLER, Hansruedi/ ZOLLES, Helmut (1989): Marketingpraxis im Fremdenverkehr.- Wien, Stuttgart, Bern
79. FICHTNER, Uwe (2003): Evaluation in Freizeit und Tourismus: theoretische und methodische Aspekte.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 502-514
80. FINKE, Lothar/ HANGEN, Hermann Otto/ MARKS, Robert (1975): Bergisch-Märkisches Erholungsgebiet. Eine Analyse und Bewertung des natürlichen Landschaftspotenzials für die Erholung.- (=Beiträge zur Landesentwicklung, Nr. 34), Köln
81. FISCHER, Ines (1999): Neue Ansätze zur Positionierung im deutschen Kur- und Bäderwesen.- Zeitschrift für Fremdenverkehr, 1/1999, S. 50-60
82. FLICK, Uwe (1998): Qualitative Forschung – Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften.- Hamburg
83. FONTANARI, Martin/ COLLIGNON, Jean-Michel/ FABY, Katja (Hrsg. 2003): Wellness-Oasen und gesundheitsorientierte Erlebnisarenen.- (=ETI-Texte, H. 19), Trier
84. FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT URLAUB UND REISEN (F.U.R) (2005): Reiseanalyse 2005. Kurzfassung.- Hamburg, Kiel
85. FORSCHUNGSGEMEINSCHAFT URLAUB UND REISEN (F.U.R.) (2005a): Die Reiseanalyse – Gesundheitsreisen – Wellness, Fitness, Kur.- Kiel, Hamburg
86. FORSCHUNGSGRUPPE TRENT (1976): Ausgewählte Beispiele der Ortsbildanalyse.- In: Deutsches Seminar für Fremdenverkehr (Hrsg. 1992), Berlin, S. 79-91
87. FREMDENVERKEHRSVERBAND MÜNSTERLAND-TOURISTIK GRÜNES BAND et al. (Hrsg. 1999): Regionales Tourismus Marketing 2: Daten und Fakten zur wirtschaftlichen Bedeutung des Tourismus im Münsterland.- Steinfurt

88. FREYER, Walter (1995): *Tourismus. Einführung in die Fremdenverkehrsökonomie.*- München, Wien
89. FUCHS, Hans-Joachim/ MAY, Heinz-Dieter (2000): *Bioklimatische Eignung und Fremdenverkehr.*- In: Institut für Länderkunde (Hrsg.), Heidelberg, Berlin, S. 30-31
90. FUHS, Burkhard (1992): *Mondäne Orte einer vornehmen Gesellschaft. Kultur und Geschichte der Kurstädte 1700 - 1900.*- Hildesheim, Zürich, New York
91. GABLER, Siegfried/ HÄDER, Sabine (1998): *Ein neues Stichprobendesign für telefonische Umfragen in Deutschland.*- In: Gabler, Siegfried/ Häder, Sabine/ Hoffmeyer-Zlotnik, Jürgen H.P. (Hrsg.): *Telefonstichproben in Deutschland*, Opladen, S. 58-68
92. GANSER, Armin (1991): *Pauschal- und Individualreisen.*- In: Wolf, Jakob/ Seitz, Erwin (Hrsg.): *Tourismus-Management und Marketing*, Landsberg, S. 89-113
93. GODAU, Armin (1989): *Das Kur- und Bäderwesen in der DDR – Bestandteil des Tourismus und des sozialistischen Gesundheitsschutzes.*- *Zeitschrift für Fremdenverkehr*, H. 4, S. 20-22
94. GOOGLE EARTH PROFESSIONAL (Mai 2008)
95. GÖTZ, Konrad et al. (2003): *Mobilitätsstile in der Freizeit. Minderung von Umweltbelastungen des Freizeit- und Tourismusverkehrs.*- (=Forschungsbericht 298 54 109 UBA-FB 000410 im Auftrag des Umweltbundesamtes), Berlin
96. GRAUVOGEL, Birgit (2004): *Leistungsprofile und Servicequalitäten im Besucher Management: Drehscheibe Tourist Information.*- In: Brittner-Widmann, Anja/ Quack, Heinz-Dieter/ Wachowiak, Helmut (Hrsg.), Trier, S. 317-329
97. GUTZWILLER, Felix/ JEANNERET, Oliver (1996): *Konzepte und Definitionen.*- In: Gutswiller, Felix/ Jeanneret, Oliver (Hrsg.): *Sozial- und Präventivmedizin Public Health.*- Bern, Göttingen, Toronto, S. 23-29
98. HÄDER, Sabine (1996): *Wer sind die „Nonpubs“? Zum Problem anonymer Anschlüsse bei Telefonumfragen.*- *ZUMA-Nachrichten*, Jg. 20, H. 39, S. 45-68
99. HAHN, Heinz/ KAGELMANN, Jürgen (Hrsg. 1993): *Tourismuspsychologie und Tourismussoziologie.*- München
100. HALLERBACH, Bert (2003): *Marktsegmentierung und der Trend zum hybriden Verbraucher.*- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 171-180
101. HAMMANN, Peter/ ERICHSON, Bernd (1994): *Marktforschung.*- Stuttgart, Jena, New York
102. HANK-HAASE, Gisela/ ILLING, Kai (2005): *Wirtschaftlichkeit und Rentabilität von Wellnessbereichen in Hotels.*- Wiesbaden

103. HANSELMANN (1999): Museen als touristische Anziehungspunkte?- In: Heinze, Thomas (Hrsg.), München, Wien, S. 216-261
104. HARFST, Wolfgang (1980): Zur Gültigkeit von Erholungsbewertungsmethoden – kritische Analyse derzeitiger Verfahrensansätze als Instrumente der Landschaftsplanung.- (=Dissertation an der Universität Hannover), Hannover
105. HARTMANN, Marco (1996): Markenstrategien im Schweizer Tourismus.- In: Fischer, Georges/ Laesser, Christian (Hrsg.): Theorie und Praxis der Tourismus- und Verkehrswirtschaft im Wertewandel (=St. Galler Beiträge zum Tourismus und zur Verkehrswirtschaft, Reihe Tourismus, Bd. 9), Wien, S. 75-86
106. HAUBL, Rolf (1998): Mit Sinn und Verstand. Einführung in die Umweltästhetik.- In: Günther, Armin et al. (Hrsg.): Sozialwissenschaftliche Ökologie, Berlin, Heidelberg, S. 61-133
107. HEINZE, G. Wolfgang/ KILL, Heinrich H. (1997): Freizeit und Mobilität. Neue Lösungen im Freizeitverkehr.- Hannover
108. HEINZE, G. Wolfgang/ SCHRECKENBERG, Winfried (1984): Verkehrsplanung für eine erholungsfreundliche Umwelt. Ein Handbuch verkehrsberuhigender Maßnahmen für Kleinstädte und Landgemeinden.- (=Veröffentlichungen der Akademie für Raumforschung und Landesplanung, Bd. 85), Hannover
109. HEINZE, Thomas (Hrsg. 1999): Kulturtourismus. Grundlagen, Trends und Fallstudien.- München, Wien,
110. HELLBRÜCK, Jürgen/ FISCHER, Manfred (1999): Umweltpsychologie. Ein Lehrbuch.- Göttingen u.a.
111. HELLPACH, Willy (1935): Geopsyche. Die Menschenseele unter dem Einfluss von Wetter, Klima, Boden und Landschaft.- Stuttgart
112. HENLE, Iris (1991): Das Kurwesen in den fünf neuen Bundesländern.- Die Krankenversicherung, H. 2/1999, S. 44-46
113. HERTEL, Lutz (1992): Wellness und Gesundheitsförderung in den USA: Begriffsklärung, Entwicklungen und Realisierungen im betrieblichen Bereich.- Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung, H. 4/1992, S. 36-48
114. HERZIG, Oliver (1991): Markenbilder, Markenwelten. Neue Wege in der Imageforschung.- (=Empirische Marktforschung, Bd. 9), Wien
115. HOEFERT, Hans-Wolfgang (1993): Kurwesen.- In: Hahn, Heinz/ Kagelmann, Jürgen (Hrsg.), München, S. 391-396
116. HOFFMANN, Gerhard (1999): Tourismus in Luftkurorten Nordrhein-Westfalens.- (=Dissertation an der Universität Paderborn), Paderborn

117. HOFMANN, Frank (1997): Zielgruppenanalyse Fahrradtouristen.- In: Deutsches Seminar für Fremdenverkehr (Hrsg.): Auf zwei Rädern zum Erfolg! Wachstumsmarkt Fahrradtourismus, Berlin, S. 8-16
118. HOFMANN, Frank/ FROITZHEIM, Thomas (1996): Radfernwege in Deutschland.- Bielefeld
119. <http://www.praevention-im-kurort.de> (Januar 2007)
120. <http://www.bettundbike.de> (Januar 2007)
121. <http://www.db.de> (Januar 2007)
122. <http://www.destatis.de> (Februar 2007)
123. <http://www.falk.de> (Januar 2007)
124. <http://www.g-klassifizierung.de> (Januar 2007)
125. <http://www.hotelsterne.de> (Januar 2007)
126. <http://www.praevention-im-kurort.de> (Januar 2007)
127. <http://www.q-th.de> (Januar 2007)
128. <http://www.reiseland-sachsen.de> (Januar 2007)
129. <http://www.servicequalitaet-bw.de> (Januar 2007)
130. <http://www.servicequalitaet-rlp.de> (Januar 2007)
131. <http://www.tourismuspartner-niedersachsen.de> (Januar 2007)
132. <http://www.viabono.de> (Januar 2007)
133. <http://www.wanderbares-deutschland.de> (Januar 2007)
134. <http://www.wellness-im-kurort.de> (Januar 2007)
135. <http://www.wellness-stars.de> (Januar 2007)
136. <http://www.wellnessverband.de> (Januar 2007)
137. <http://www.w-h-d.de> (Januar 2007)
138. HUESMANN, Anette/ KIRIG, Anja/ WENZEL, Eike (2006): Gesundheitstrends 2010.- Kelkheim
139. HURRELMANN, Klaus (1997): Welche Rolle können die Gesundheitswissenschaften für die Heilbäder und Kurorte spielen?- Heilbad und Kurort, H. 2/1997, S. 49-52

140. ILLING, Kai (1999): Der neue Gesundheitstourismus - Wellness als Alternative zur traditionellen Kur? – Berlin
141. INSTITUT FÜR LÄNDERKUNDE (Hrsg.): Nationalatlas Bundesrepublik Deutschland.- Bd. 10, Freizeit und Tourismus, Heidelberg, Berlin
142. JENDRITZKY, Gerd et al. (2003): Das Bioklima in Deutschland. Bioklimakarte mit Begleittext und Informationen zur Wohnortwahl.- Gütersloh
143. JOEHNK, Peter (2002): Inhalt löst Kulisse ab - Ein Plädoyer für echte, ehrliche Konzepte- In: Richter, Barbara/ Pütz-Willems, Maria (Hrsg.), Augsburg, S. 154-167
144. JÜLG, Felix (1974): Geographie des Tourismus.- In: Warszyńska, Jadwiga (Hrsg.): Terminological problems in geography of tourism, Cracow/ Zakopane, S. 19-20
145. KAMM-ESSIG, Barbara (1999): Einkauf von Teilleistungen, Kalkulation und Vertrieb von Pauschalangeboten.- In: Deutscher Tourismusverband e.V. (Hrsg.), Bonn, o.S.
146. KASPAR, Claude (1996): Gesundheitstourismus im Trend.- In: Jahrbuch der Schweizerischen Tourismuswirtschaft 1995/96, St. Gallen, S. 53-61
147. KASPAR, Claude/ FEHRLIN, Peter (1984): Marketingkonzeption für Heilbäderkurorte.- (=St. Galler Beiträge zum Fremdenverkehr und zur Verkehrswirtschaft, Reihe Fremdenverkehr, Bd. 16), St. Gallen
148. KERN, Alexandra (2001): Profil und Profilierung deutscher Urlaubsregionen unter besonderer Berücksichtigung der Mittelgebirge.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 54), Trier
149. KERSCHER, Günther F. (2003): Wo liegt die Zukunft der europäischen Heilbäder und Kurorte?- Heilbad und Kurort, H. 11/2003, S. 277-280
150. KEUL, Alexander G. (2001): Gesunde Reise – erholsamer Urlaub?.- In: Keul, Alexander G./ BACHLEITNER, Reinhard/ KAGELMANN, Jürgen (Hrsg.): Gesund durch Erleben – Beiträge zur Erforschung der Tourismusgesellschaft, München, Wien, S. 48-53
151. KIEMSTEDT, Hans (1967): Zur Bewertung der Landschaft für die Erholung.- (=Beiträge zur Landespflege, Sonderheft 1), Stuttgart
152. KIEMSTEDT, Hans (1972): Erfahrungen und Tendenzen in der Landschaftsbewertung.- In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.), Hannover, S. 33-45
153. KIEMSTEDT, Hans et al. (1975): Landschaftsbewertung für Erholung im Sauerland.- (=Schriftenreihe der Landes- und Stadtentwicklungsforschung Nordrhein-Westfalen, Reihe 1, H. 8), Essen

154. KIRCHNER, Christian (2001): Ostdeutscher Kurort 2000.- In: Deutsches Wirtschaftswissenschaftliches Institut für Fremdenverkehr (Hrsg.): Jahrbuch für Fremdenverkehr, Jg. 44, München, S. 73-82
155. KIRSCHNER, Christoph (2001): Grundsätze für eine zeitgemäße Behandlung in Heilbädern und Kurorten.- In: Deutscher Heilbäderverband e.V. (Hrsg.): Deutscher Bäderkalender, Gütersloh, S. 69-82
156. KIRSCHNER, Christoph (2005): Glossar des Europäischen Heilbäderverbandes.- Melsungen
157. KIRSCHNER, Christoph/ HILDEBRANDT, Gunther (1987): Die Kurorttherapie aus sozialmedizinischer Sicht.- In: Deutscher Bäderverband e.V. (Hrsg.): Grundlagen der Kurortmedizin und ihr Stellenwert im Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Kassel, S. 83-116
158. KLEMM, Christiane (2003): Methoden von Orts- und Stadtbildanalysen.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 514-527
159. KOCHER, Gerard (1976): Ein zweckmäßiges Prognoseverfahren für die Unternehmensplanung: die Delphi-Umfrage.- Management-Zeitschrift io, Nr. 45, H.10, S. 362-364
160. KRAMER, Bernhard/ KRIPPENDORF, Jost/ MÜLLER, Hansruedi (1995): Freizeit und Tourismus - eine Einführung in Theorie und Politik.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, H. 28), Bern
161. KREISEL, Werner/ REEH, Tobias (2004): Landschaftsbewertung im Tourismus.- In: Brittner-Widmann, Anja/ Quack, Heinz-Dieter/ Wachowiak, Helmut (Hrsg.), Trier, S. 75-92
162. KULINAT, Klaus (2003): Tourismusnachfrage. Motive und Theorien.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 97-111
163. KULINAT, Klaus/ STEINECKE, Albrecht (1984): Geographie des Freizeit- und Fremdenverkehrs.- (=Erträge der Forschung, 212), Darmstadt
164. LANDZETTEL, Wilhelm (1981): Ländliche Siedlung in Niedersachsen. Eine Information des Niedersächsischen Sozialministers.- Hannover
165. LANZ KAUFMANN, Eveline (1999): Wellness Tourismus - Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie - Schnittstellen zur Gesundheitsförderung.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Nr. 38), Bern
166. LANZ KAUFMANN, Eveline (2002): Wellness Tourismus – Entscheidungsgrundlagen für Investitionen und Qualitätsverbesserungen.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Nr. 38), Bern
167. LAUBINGER, Hans-Dieter/ NICOLAI, Manfred (1977): Fremdenverkehrsplanung in der Gebiets- und Ortsentwicklungsplanung.- Berlin

168. LEDER, Susanne (2000): Wanderer als touristische Zielgruppe, dargestellt am Beispiel der Ferienwanderungen des Verbandes Deutscher Wander- und Gebirgsvereine.- (=unveröffentlichte Diplomarbeit), Paderborn
169. LEDER, Susanne (2003): Wandertourismus.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 320-330
170. LIEBSCH, Frank (2003): Praxis kompakt: Städtetourismus, Wellnesstourismus, Fahrradtourismus.- Meßkirch
171. LINDSTÄDT, Birte (1994): Kulturtourismus als Vermarktungschance für ländliche Fremdenverkehrsregionen. Ein Marketingkonzept am Fallbeispiel Ostbayern.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 29), Trier
172. LITTMANN, Thomas (2000): Luftschadstoffe und Erholung.- In: Institut für Länderkunde (Hrsg.), Heidelberg, Berlin, S. 136-139
173. LOHMANN, Martin (1999): Kulturtouristen oder die touristische Nachfrage nach Kulturangeboten.- In: Heinze, Thomas (Hrsg.), München, Wien, S. 52-82
174. LUDGEN, Rudolf (2002): Gegen planlose Wellness - Empfehlungen zum Bau von Wellnesshotels, Day Spas und Erlebnisbädern.- In: Richter, Barbara/ Pütz-Willems, Maria (Hrsg.), Augsburg, S. 61-74
175. LUFT, Hartmut (2001): Organisation und Vermarktung von Tourismusorten und Tourismusregionen. Destinationsmanagement.- Meßkirch
176. MAIER, Jörg (1972): Zur Bewertung des landschaftlichen Erholungspotenzials aus der Sicht der Wirtschafts- und Sozialgeographie.- In: Akademie für Raumforschung und Landesplanung (Hrsg.), Hannover, S. 9-21
177. MALICH, Gisela (1993): „Ich fühl’ mich einfach gut...“ (Das Wellness-Konzept).- (=Kurzfassung eines Vortrages im Rahmen einer Tagung der Thomas Morus Akademie am 10. Dezember 1993), Bensberg
178. MEFFERT, Jürgen/ HUNGENBERG, Harald (Hrsg. 2005): Handbuch strategisches Management.- Wiesbaden
179. MEIER, Gerd (1999): Random-Telefonstichproben.- In: ADM/ AG.MA (Hrsg.): Stichprobenverfahren in der Umfrageforschung: eine Darstellung für die Praxis, Opladen, S. 93-101
180. MEYER, Anton/ MATTMÜLLER, Roland (1987): Qualität von Dienstleistungen. Entwurf eines praxisorientierten Qualitätsmodells.- Marketing Zeitschrift für Forschung und Praxis, Jg. 9, S. 187-195
181. MIGLBAUER, Ernst/ SCHULLER, Ernst (1991): Wie reisen Radler? Ergebnisse einer wissenschaftlichen Untersuchung des Donau-Radweg-Tourismus. In: ADFC Bayern (Hrsg.): Fahrradtourismus - eine neue Reiseform? (=Tagungsdokumentation Rosenheim), München, S. 9 - 12

182. MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND GESUNDHEIT MECKLENBURG-VORPOMMERN (Hrsg. 2007): Badewasser-Qualität in Mecklenburg-Vorpommern.- Schwerin
183. MINISTERIUM FÜR UMWELT UND NATURSCHUTZ, LANDWIRTSCHAFT UND VERBRAUCHERSCHUTZ NRW (Hrsg. 2005): Qualität der Badegewässer in Nordrhein-Westfalen gemäß der EG-Richtlinie (Basis: Badesaison 2005)
184. MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT DES LANDES BRANDENBURG (2005): Neuausrichtung der Brandenburger Wirtschaftsförderung.- <http://www.wirtschaft.brandenburg.de/cms/media.php/gsid=lbm1.a.1312.de/Foerderkonzept210405Endfassung.pdf> (August 2008)
185. MINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT UND ARBEIT DES LANDES SACHSEN-ANHALT (MWASA) (Hrsg. 2002): Touristisches Leitsystem in Sachsen-Anhalt.- (<http://www.sachsen-anhalt.de/LPSA/index.php?id=487>) (Januar 2006)
186. MRASS, Walter (1974): Ermittlung von aktuellen und potenziellen Erholungsgebieten in der Bundesrepublik Deutschland.- (=Schriftenreihe für Landschaftspflege und Naturschutz, H. 9), Bonn-Bad Godesberg
187. MÜLLER, Hansruedi (1997): Freizeit und Tourismus – Eine Einführung in Theorie und Politik.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Nr. 28), Bern
188. MÜLLER, Hansruedi (2000): Qualitätsorientiertes Tourismus-Management.- Bern, Stuttgart, Wien
189. MURKEN, Axel Hinrich (1991): Die lange Tradition der Badekuren. Zur Geschichte der Mineral- und Thermalbäder.- In: Landschaftsverband Rheinland (Hrsg.): Wasserlust. Schriften des rheinischen Museumsamtes, Nr. 48, Köln, S. 10-35
190. NAHRSTEDT, Wolfgang (2001): Wellness, Fitness, Beauty, Soul: Angebotsanalyse von deutschen Kur- und Urlaubsorten.- In: Nahrstedt, Wolfgang (Hrsg.): Freizeit und Wellness: Gesundheitstourismus in Europa, Bielefeld, S. 53-78
191. NOHL, Werner (1983): 30 Thesen zu einer „anderen“ Ästhetik- Natur und Landschaft, 58. Jg., H. 1, S. 18-22
192. NOHL, Werner (1993): Beeinträchtigung des Landschaftsbildes durch mastenartige Eingriffe. Materialien für naturschutzfachliche Bewertung und Kompensationsermittlung.- (=Studie im Auftrag des Ministeriums für Umwelt, Raumordnung und Landwirtschaft des Landes Nordrhein-Westfalen), Kirchheim
193. NOHL, Werner (1998): Die Behandlung des Landschaftsbildes in der Eingriffsregelung nach Nohl.- In: Köppel, Johann et al. (Hrsg.): Praxis der Eingriffsregelung: Schadenersatz an Natur und Landschaft? Stuttgart, S. 256-268
194. NOHL, Werner/ NEUNMANN, Klaus-Dieter (1986): Landschaftsbildbewertung im Alpenpark Berchtesgaden. Umweltpsychologische Untersuchung zur Landschaftsäs-

- thetik.- MAB-Mitteilungen Nr. 23 des Deutschen Nationalkomitees für das UNESCO-Programm "Man and Biosphere", Bonn
195. NOLTE, Birgit (2003): Landschaftsbewertung für Tourismus und Freizeit: Fallstudie Mecklenburg Vorpommern.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 475-485
 196. OETINGER, Bolko von (Hrsg. 1993): Das Boston Consulting Group Strategie-Buch.- Düsseldorf
 197. OPASCHOWSKI Horst W. (2000): Kathedralen des 21. Jahrhunderts: Erlebniswelten im Zeitalter der Eventkultur.- Hamburg
 198. OPASCHOWSKI, Horst W. (1999): Umwelt. Freizeit. Mobilität.- (=Freizeit- und Tourismusstudien, Bd. 4), 2. Aufl., Opladen
 199. OPASCHOWSKI, Horst W. (1995): Freizeit und Mobilität.- (=Schriften zur Freizeitforschung, Bd. 12), Hamburg
 200. PEPELS, Werner (1994): Marketing.- Baden-Baden
 201. PIKKEMAAT, Birgit/ WEIERMAIR, Klaus (2004): Einleitung - Zur Bedeutung von Qualität im Tourismus.- In: Weiermair, Klaus/ Pikkemaat, Birgit (Hrsg.): Qualitätszeichen im Tourismus, Berlin, S. 1-2
 202. PILZ-KUSCH, Ulrike (2001): Chance Wellness in Heilbädern und Kurorten – aus Konsumentensicht: Qualität ist gefragt!- Heilbad und Kurort, H. 9/2001, S. 211-215
 203. PILZ-KUSCH, Ulrike (2003): Erfolgsfaktor: glaubwürdige Wellness-Kompetenz mit individueller Note. Qualitätsanforderungen im Wellness- und Gesundheitstourismus.- In: Fontanari, Martin/ Collignon, Jean-Michel/ Faby, Katja (Hrsg.), Trier, S. 25-36
 204. POETKE, Peter Michael (1979): Der Freizeitwert einer Landschaft. Quantitative Methode zur Bewertung einer Landschaft für Freizeit und Erholung - ein Beitrag zur quantitativen Geographie.- (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 2), Trier
 205. RHEINLAND-PFALZ-TOURISMUS GMBH (Hrsg. 2005): Bestandsaufnahme Beratungsqualität im Tourismus in Rheinland-Pfalz.- Koblenz
 206. RICHTER, Barbara/ PÜTZ-WILLEMS, Maria (Hrsg. 2002): Wellness und Wirtschaft – professionell und profitabel.- Augsburg
 207. RÖHM, Walter (1988): Prospekt und Katalog. Basiswerbemittel im Tourismus.- In: Deutsches Seminar für Fremdenverkehr (Hrsg. 1992), Berlin, S. 532-538
 208. ROMEIß-STRACKE, Felizitas (2002): Mit Power in die Ich-AG. Wellness – Gesundheit – Lifestyle als gesellschaftliche Strömung.- In: Richter, Barbara/ Pütz-Willems, Maria (Hrsg.), Augsburg, S. 23-26

209. ROMEIß-STRACKE, Felizitas (1998): Tourismus gegen den Strich gebürstet. Essays.- München, Wien
210. ROMEIß-STRACKE, Felizitas (1995): Service-Qualität im Tourismus. Grundsätze und Gebrauchsanweisung für die touristische Praxis.- München
211. RÖPKE-GERHARD, Dagmar/ SCHUBERT, Ingrid (1992): Strategisches Marketingkonzept für den Deutschen Bäderverband e.V.: Die Kur ist gesund.- Heilbad und Kurort, H. 11-12/1992, S. 328-330
212. RULLE, Monika (2004): Der Gesundheitstourismus in Europa - Entwicklungstendenzen und Diversifikationsstrategien.- München, Wien
213. RUPPERT, Karl/ MAIER Jörg (1970): Zum Standort der Fremdenverkehrsgeographie – Versuch eines Konzepts.- In: Zur Geographie des Freizeitverhaltens. Beiträge zur Fremdenverkehrsgeographie (=Münchner Studien zur Sozial- und Wirtschaftsgeographie, 6), Kallmünz, Regensburg, S. 3-9
214. SÄNGER, M. (1999): Kann man das Wandern vermarkten? Altes Image versus zielgruppenorientiertes Marketing.- In: Deutscher Tourismusverband e.V. (Hrsg.), Bonn, o.S.
215. SAX, Mario (2005): Bedeutung der Ressource Wasser für den Tourismus.- In: Schmude, Jürgen/ Piermeier, Astrid (Hrsg.): Tegernseer Tourismustage 2004 (=Beiträge zur Wirtschaftsgeographie Regensburg, Bd. 8), Regensburg, S.73-79
216. SCAMONI, Alexis/ HOFMANN, Gerhard (1969): Verfahren zur Darstellung des Erholungswertes von Waldgebieten.- In: Archiv für Forstwesen 1969, H. 3, S. 283-300
217. SCHAFRANSKI, Franz (1996): Landschaftsästhetik und räumliche Planung. Theoretische Herleitung und exemplarische Anwendung eines Analyseansatzes als Beitrag zur Aufstellung von landschaftsästhetischen Konzepten in der Landschaftsplanung.- (=Materialien zur Raum- und Umweltplanung, Nr. 85), Kaiserslautern
218. SCHEFFEL, Ralf (1993): Kennziffern im Tourismus am Beispiel der Deutschen Weinstraße.- (=Mannheimer Geographische Arbeiten, Nr. 35), Mannheim
219. SCHLITTGEN, Rainer (1996): Einführung in die Statistik. Analyse und Modellierung von Daten.- München, Wien
220. SCHMALEN, Helmut/ STALLMEIER, Christian (1992): Erfolgsfaktoren des Kurortmanagements: Ergebnisse einer Untersuchung zur Bestimmung und Quantifizierung kritischer Erfolgsfaktoren des Kurortmanagements.- (=Passauer Hefte für Unternehmensführung und Absatzwirtschaft, H. 3), Passau
221. SCHMITZ, Gottfried (2005): Metropolregion Rhein-Neckar – Modellregion für einen kooperativen Föderalismus.- Raumforschung und Raumordnung, H. 5/2005, S. 360-366.

222. SCHNEIDER, Christoph (1999): Die Bedeutung von Themenrouten im Fahrradtourismus.- In: Fremdenverkehrsverband Münsterland-Touristik Grünes Band et al. (Hrsg.), Steinfurt, S. 29-40
223. SCHNELL, Peter (2003): Fahrradtourismus.- In: Becker, Christoph/ Hopfinger, Hans/ Steinecke, Albrecht (Hrsg.), München, Wien, S. 331-344
224. SCHNELL, Rainer/ HILL, Paul/ ESSER, Elke (1992): Methoden der empirischen Sozialforschung.- München, Wien
225. SCHOBER, Reinhard (2001): Atmosphäre - die neue Dimension der Kurortentwicklung.- Heilbad und Kurort, H. 8/2001, S. 173 179
226. SCHOBER, Reinhard (1998): „Guten Morgen, Bad Übermorgen!“ - In: Bachleitner, Reinhard et al (Hrsg.): Der durchschaute Tourist. Arbeiten zur Tourismusforschung, (=Tourismuswissenschaftliche Manuskripte, 3), S. 206-215
227. SCHOBER, Reinhard (1993): Atmosphäre.- In: Hahn, Heinz/ Kagelmann, Jürgen (Hrsg.), München, S. 119-121
228. SCHUBERT, Ingrid (1993): Die Zeiten des Kurschattens sind vorbei – Der deutsche Kurgast: wer er ist und was er sich wünscht.- Heilbad und Kurort, H. 7/1993, S. 45-93
229. SCHWAHN, Christoph (1990): Landschaftsästhetik als Bewertungsproblem. Zur Problematik der Bewertung ästhetischer Qualität von Landschaft als Entscheidungshilfe bei der Planung von landschaftsverändernden Maßnahmen.- (=Schriftenreihe des Fachbereichs Landespflge der Universität Hannover, Beiträge zur räumlichen Planung, H. 28), Hannover
230. SCHWEITZER, Anja/ MÜLLER-PETERS, Horst (2001): Evolution der Marktsegmentierung.- Planung & Analyse, 4/2001, S. 28-35
231. SEILER, Beat (1989): Kennziffern einer harmonisierten touristischen Entwicklung.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Nr. 24), Bern
232. SNAITH, Tim/ TRIBE, John (1998): From Servqual to Holstat: holiday satisfaction in Varadero, Cuba.- Tourism Management 1/98, S. 25-34
233. STADTFELD, Frieder (1993): Europäische Kurorte – Fakten und Perspektiven.- Worms
234. STATISTISCHE ÄMTER DES BUNDES UND DER LÄNDER (Hrsg. 2007): Statistik lokal. Daten für die Gemeinden, kreisfreien Städte und Kreise Deutschlands (Digitale Datendokumentation auf DVD).- Düsseldorf
235. STEEN, Antje (1999): Gesundheitspauschalen als Angebotselemente von Kurorten und Heilbädern – eine Perspektive nach der Gesundheitsreform? Dargestellt am Beispiel der Heilbäder und Kurorte im Bundesland Hessen.- In: Becker, Christoph (Hrsg.): Kurorte der Zukunft, (=Materialien zur Fremdenverkehrsgeographie, H. 49), Trier, S. 41-85

236. STEHLE, Tanja (1995): Kurverkehr.- (=Trierer Tourismus Bibliographien, Bd. 9), Trier
237. STEINBACH, Manfred/ SCHOLZ, Bodo (2003): Zum Jahreswechsel.- Heilbad und Kurort, H. 12/2003, S. 289
238. STEINECKE, Albrecht (1997): Inszenierung im Tourismus – Motor der künftigen touristischen Entwicklung.- In: Steinecke, Albrecht/ Treinen, Mathias (Hrsg.): Inszenierung im Tourismus, (=ETI-Studien, Bd. 3), Trier, S. 7-17
239. STEINECKE, Albrecht/ QUACK, Heinz-Dieter (1998): Globalisierung und Kirch- turmdenken: Chancen und Herausforderungen deutscher Zielgebiete im internationalen Tourismus.- Der Landkreis, H. 8-9/98, S. 489-492
240. STEINER, JÜRGEN (1998): Mit Fahrradtourismus Geld verdienen?!- In: Fremden- verkehrsverband Münsterland-Touristik Grünes Band et al. (Hrsg.), Steinfurt, S. 19- 24
241. STETTLER, Jürg (1997): Sport und Verkehr. Sportmotiviertes Verkehrsverhalten der Schweizer Bevölkerung.- (=Berner Studien zu Freizeit und Tourismus, Bd. 36), Bern
242. STIFTUNG WARENTEST (Hrsg. 2004): Die test-Umweltkarte, Badegewässer.- Berlin
243. TÖPFER, Klaus (1969): Regionalpolitik und Standortentscheidung.- (=Beiträge zur Raumplanung, 6), Bielefeld
244. TUROWSKI, Gerd (1972): Bewertung und Auswahl von Freizeitregionen.- (=Schriftenreihe des Instituts für Städtebau und Landesplanung der Fakultät für Bau- ingenieur- und Vermessungswesen, Universität Karlsruhe, Nr. 3), Karlsruhe
245. VOGEL, Helmer (1993): Landschaftserleben, Landschaftswahrnehmung, Naturerleb- nis, Naturwahrnehmung.- In: Hahn, Heinz/ Kagelmann, Jürgen (Hrsg.), München, S. 286-293
246. WACHOTSCH, ULRIKE (2005): Der Radtourist – Motivation, Aktivitäten, Erwar- tungen und Anforderungen an die touristische Infrastruktur und ihre Akteure - Eine Untersuchung auf der Grundlage einer Befragung von Radtouristen und Radausflüg- lern am Radfernweg Berlin – Kopenhagen.- (=Magisterarbeit der Universität Pots- dam), Potsdam
247. WAGNER, Baldur (1991): Die Bedeutung der Kur im Gesundheitswesen der Bundes- republik Deutschland.- Heilbad und Kurort, H. 6/1991, S. 120-123
248. WALLNER, Gernot (1988): Kurortarchitektur und Kurortentwicklungsplanung.- Heilbad und Kurort, H. 9-10/1988, S. 229-301
249. WEBER, Marga (1996): Antike Badekultur.- München

250. WEICHERT, Karl-Heinz (1979): Fremdenverkehr in der Region Trier – Voraussetzungen, Struktur und Entwicklungsmöglichkeiten.- Gutachten im Auftrag der Planungsgemeinschaft Region Trier, Trier
251. WEITHÖNER, Uwe (2001): Erfolgreiche Destinationen im Internet: Die Sieger des „de.stination 2000“-Wettbewerbs.- In: Vereinigung der Niedersächsischen Industrie- und Handelskammern (Hrsg.): Internet und E-Commerce – Chancen und Risiken für den Tourismus in Niedersachsen, (=Dokumentation des Tourismustags Niedersachsen 2001 in Hameln), Lüneburg, S. 50-60
252. WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) (1948): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation: Präambel.- Genf
253. WERNER, Mathias (2004): Einflussfaktoren des Wissenstransfers in wissensintensiven Dienstleistungsunternehmen. Eine explorativ-empirische Untersuchung bei Unternehmensberatungen.- Wiesbaden
254. WILMS-KEGEL, Heike (2001): Heilbäder und Kurorte in Zahlen im Jahr 2000.- Heilbad und Kurort, H. 6/2001, S. 109
255. WIRTH, Eugen (1979): Theoretische Geographie: Grundzüge einer theoretischen Kulturgeographie.- Stuttgart
256. WÖBSE, Hans-Hermann (1998): Die Erlebniswirksamkeit der Landschaft - methodischer Ansatz für eine flächendeckende Bewertung und Entwicklungsperspektiven.- In: Buchwald, Konrad/ Engelhardt, Wolfgang (Hrsg.): Freizeit, Tourismus und Umwelt, (=Umweltschutz - Grundlagen und Praxis, Nr. 11), Bonn, S. 166-187
257. WÖHLER, Karlheinz (1993): Ökologieorientiertes Tourismusmarketing.- In: Schertler, Walter/ Wöhler, Karlheinz (Hrsg.): Touristisches Umweltmanagement, Limburgerhof, S. 35-108
258. WOLBER, Thomas (1997): Die touristische Inwertsetzung des kulturellen Erbes in größeren Städten – Historic Highlights of Germany.- In: Touristische Inwertsetzung kultureller Ereignisse und Objekte (=Studienbrief des weiterbildenden Studiums Kultur-tourismusmanagement), Fernuniversität Hagen
259. WOLF, Reinhard (1976): Verschiedene Verfahren zur Beurteilung der Erholungseignung von Landschaften für die Orts-, Regional- und Landesplanung.- In: Beiträge zur Landeskunde Südwestdeutschlands (=Stuttgarter Geographische Studien, 90), Stuttgart, S. 115-140
260. WORLD TOURISM ORGANIZATION (WTO) (1999): Marketing Tourism Destinations Online – Strategies for the Information Age.- Madrid
261. ZANGEMEISTER, Christof (1970): Nutzwertanalyse in der Systemtechnik. Eine Methodik zur multidimensionalen Bewertung und Auswahl von Projektalternativen.- Münch