

Schriftenreihe, Band 4

Hochschule
Kempten

University of Applied Sciences



Frederic Fredersdorf, Markus Jüster, Fabian Rebitzer & Cathrin Schiemenz

Altersmigration und Gesundheits- tourismus als Treiber regionalen Strukturwandels (AlGeTrei)



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Hochschule für angewandte Wissenschaften Kempten, Schriftenreihe

Band 4



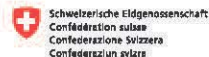
Frederic Fredersdorf, Markus Jüster, Fabian Rebitzer & Cathrin Schiemenz

Altersmigration und Gesundheitstourismus als Treiber regionalen Strukturwandels (AlGeTrei)

Kempten/Dornbirn 2017

IBH-Projekt im Rahmen der 4. Leistungsvereinbarung IBK-IBH 2014 – 2017

Gefördert durch



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen : Cuvillier, 2017

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2017

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2017

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-9686-1

eISBN 978-3-7369-8686-2



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	VI
Tabellenverzeichnis.....	VIII
1. Altersmigration und Gesundheitstourismus.....	1
2. Das IBH-Projekt „Altersmigration und Gesundheitstourismus“	37
2.1. Analyse von Sekundärdaten.....	44
2.2. Delphi-Interviews, Teil 1	44
2.3. Standardisierte Bevölkerungsbefragung „60+“	48
2.4. Schreibwerkstatt	50
2.5. Open-Space / World Café „60+“	51
2.6. Delphi-Interviews, Teil 2	53
2.7. Entwicklungsworkshops mit der Bevölkerung.....	55
2.8. Entwicklungsworkshops mit den ExpertInnen.....	57
3. Altersmigration und Gesundheitstourismus aus Expertensicht (Delphi-Interviews)	58
4. Lebenswelten und -qualitäten der Bevölkerung „60+“ in Allgäuer und Vorarlberger Modellgemeinden (Bevölkerungsbefragung)	64
5. Entwicklungsbedarfe für die Bevölkerung „60+“ in Allgäuer und Vorarlberger Modellgemeinden (Open-Space und World-Café)	94
6. Entwicklungspotenzial in Allgäuer und Vorarlberger Modellgemeinden (Expertenworkshops).....	112
7. Fazit	117
Literatur	124

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Heilbäder im Allgäu	9
Abbildung 2: Zuwachs der Übernachtungszahlen	10
Abbildung 3: Übernachtungen in Heilbädern und Kurorten	11
Abbildung 4: Verteilung der Übernachtungen nach Landkreisen 2015	12
Abbildung 5: Kurleistungen	13
Abbildung 6: Bevölkerungsentwicklung Bad Wörishofen	21
Abbildung 7: Übernachtungen in Bad Wörishofen	22
Abbildung 8: Altersstruktur Bad Wörishofen	23
Abbildung 9: Demographie-Typus Bad Wörishofen	24
Abbildung 10: Durchschnittsalter der Bevölkerung Bad Wörishofen	25
Abbildung 11: Altenquotient Bayern 2015	25
Abbildung 12: Wanderungssaldo Bad Wörishofen	26
Abbildung 13: Zu- und Abwanderung Bad Wörishofen	27
Abbildung 14: Zunahme der älteren Bevölkerung in Schruns zwischen 2002 und 2015	31
Abbildung 15: Forschungsdesign Allgäu	38
Abbildung 16: Gantt-Chart des Forschungsablaufs	38
Abbildung 17: Alter der Befragten (Bad Wörishofen)	64
Abbildung 18: Altersvergleich der Befragten (Bad Wörishofen)	65
Abbildung 19: Herkunft der AltersmigrantInnen (Bad Wörishofen)	66
Abbildung 20: Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft (Bad Wörishofen)	66
Abbildung 21: Höchster Bildungsabschluss (Bad Wörishofen)	67
Abbildung 22: Anteil an AltersmigrantInnen (Bad Wörishofen / Memmingen)	68
Abbildung 23: Netto-Haushaltseinkommen (Bad Wörishofen)	69
Abbildung 24: Auskommen mit dem Netto-Haushaltseinkommen (Bad Wörishofen)	71
Abbildung 25: Teilhabe in Bad Wörishofen	72
Abbildung 26: Wunsch nach Teilhabe in (Bad Wörishofen)	72
Abbildung 27: Freizeitaktivitäten (Bad Wörishofen)	74
Abbildung 28: Bewertung der Angebote in der Kommune (Bad Wörishofen)	75
Abbildung 29: Bedeutung von Dienstleistungsangeboten (Bad Wörishofen)	76
Abbildung 30: Erreichbarkeit der Dienstleistungen (Bad Wörishofen)	77
Abbildung 31: PKW-Nutzung (Bad Wörishofen)	78
Abbildung 32: Nutzungshäufigkeit ÖPNV (Bad Wörishofen)	78



Abbildung 33: Bedeutung des ÖPNV (Bad Wörishofen)	79
Abbildung 34: Einschätzung persönliche Zukunft AltersmigrantIn Ja (Bad Wörishofen)	80
Abbildung 35: Einschätzung persönliche Zukunft AltersmigrantIn Nein (Bad Wörishofen)	80
Abbildung 36: Bedeutung von Einrichtungen und Dienstleistungsangeboten (Memmingen)	81
Abbildung 37: Einschätzung persönliche Zukunft AltersmigrantIn Ja (Memmingen)	82
Abbildung 38: Einschätzung persönliche Zukunft AltersmigrantIn Nein (Memmingen)	82
Abbildung 39: Altersverteilung nach Geschlecht (Schruns)	84
Abbildung 40: Haushaltsnettoeinkommen (Schruns)	87
Abbildung 41: Wichtigkeit der Einrichtungen und Dienstleistungsangebote (Schruns)	91
Abbildung 42: Wichtigkeit der Freizeitangebote (Schruns)	92
Abbildung 43: Tisch "Soziale Gemeinschaft"	98
Abbildung 44: Tisch "Gesundheit und Kurwesen"	100
Abbildung 45: Tisch "Wohnen"	102
Abbildung 46: Tisch "Infrastruktur/Kultur"	104
Abbildung 47: Tisch "Mobilität"	106
Abbildung 48: Altenquotient Bayern 2035	118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Indikatoren Demographischer Wandel Bad Wörishofen 2015	28
Tabelle 2: Altersindikatoren Bad Wörishofen 2030	29
Tabelle 3: Altersmigration in Vorarlberg, Schruns und Lustenau	32
Tabelle 4: Indikatoren Demographischer Memmingen Wandel 2015	34
Tabelle 5: Indikatoren Demographischer Wandel Memmingen 2030	34
Tabelle 6: Alterung in Bad Wörishofen	40
Tabelle 7: Einkommenssituation von SeniorInnen in Deutschland	70
Tabelle 8: Staatsangehörigkeit (Schruns)	84
Tabelle 9: Haushaltgröße (Nicht-AltersmigrantInnen, Schruns).....	85
Tabelle 10: Bildungsstatus (Schruns)	86
Tabelle 11: Wohlfühlen in Schruns	88
Tabelle 12: Berücksichtigung der Interessen älterer Menschen durch die Gemeindepolitik (Schruns)	88
Tabelle 13: Ausmaß seniorenpolitischer Mitbestimmung (Schruns).....	88
Tabelle 14: Wichtigkeit der Annahme durch die Ortsgemeinschaft für AltersmigrantInnen (Schruns)	89
Tabelle 15: Annahme durch die Ortsgemeinschaft aus Sicht der AltersmigrantInnen (Schruns).....	89
Tabelle 16: Wichtigkeit des ÖPNV aus Sicht der NutzerInnen (Schruns)	90
Tabelle 17: Wichtigkeit der Naherholungsgebiete (Schruns)	92
Tabelle 18: Einschätzung der persönlichen Zukunft (Schruns).....	93
Tabelle 19: Problemlagen und Lösungsvorschläge	121



1. Altersmigration und Gesundheitstourismus

„Altersmigration und Gesundheitstourismus“ ist ein von der Internationalen Bodenseehochschule gefördertes Projekt, das die Hochschule Kempten und die Fachhochschule Vorarlberg 2016 und 2017 mit Kommunen aus dem Allgäu und aus Vorarlberg umsetzten (vgl. Kap. 2). Inwiefern beide sozialen Phänomene für die südbayerische und westösterreichische Region bedeutsam sind und was sie kennzeichnet, wird einleitend diskutiert. Es zeigt sich, dass Gesundheitstourismus und Altersmigration aufeinander bezogen sind und teils gravierend soziale und ökonomische Verhältnisse bestimmter Zielgemeinden beeinflussen. Positiv betrachtet, bieten Gesundheitstourismus und Altersmigration aber auch konstruktive Impulse zur strategischen Regionalentwicklung, wenn betroffene Kommunen sie entsprechend wahrnehmen und ihre Rahmenbedingungen systematisch steuern.

Gesundheitstourismus ist keine Erfindung der Postmoderne. Bereits vor viertausend Jahren hatten Menschen die Vorzüge spezieller Gesundheitsaufenthalte genossen, darauf verweisen archäologische Funde zur Bronzezeit (Rulle 2008: 45). Thermen jener Epoche, wie sie in Griechenland entdeckt wurden, dürften vermutlich bereits damals Zwecken gedient haben, die über reine Hygienefunktionen hinausgegangen waren, wenngleich diesen zweifellos eine empirisch evidente gesundheitsfördernde Funktion zukommt. Sie waren Orte, an denen man sich außerhalb täglicher Routinen treffen konnte, was neben der körperlichen Reinigung stets auch der Entspannung und Pflege sozialer Kontakte zugutekam. Jahrhunderte später pflegten bekanntlich die antiken Römer ein ausgeprägtes Thermalwesen. Nachweislich waren Zeitgenossen bereits damals zu entfernteren Orten gereist, um etwas für die eigene Gesundheit zu tun (Cassens 2013: 26).

Zwar trifft der vielschichtige Begriff des (post)industriellen Gesundheitstourismus, wie er aktuell diskutiert und definiert wird (Böhm 2012: 2-13), keinesfalls auf die vorsokratische und die römisch-antike Periode zu. Auch war seinerzeit noch kein systemischer Gesundheitsbegriff geprägt worden, wie ihn etwa der Fonds Gesundes Österreich mit seinem Regenbogenmodell der Gesundheitsdeterminanten heutzutage vertritt¹ oder wie ihn die Literatur in seiner multiplen Bedeutung darstellt (vgl. Jancik 2002: 29ff / Erhard, Wille & Ravens-Sieberger 2009: 335-352). Dennoch dürfte schon damals eine gründliche Wasserbehandlung objektiv wie subjektiv gesundheitsfördernd gewirkt haben. So sie in gesellschaftlichen Settings stattfand, kann ihr auch im Nachhinein eine psychisch entspannende und auch sozial stabilisierende Funktion zugespro-

¹ Vgl. http://www.fgoe.org/hidden/downloads/Determinanten_farbe%28k%29.jpg/view ; Download am 19.09.2017



chen werden. Bereits diese drei Eigenschaften entsprechen Teilen des heutzutage propagierten ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses.

Der Terminus Gesundheitstourismus subsumiert nun Bedeutungen, die sich aus Motiven der Gäste und aus Angeboten von Hotel- und Gesundheitsdienstleistern ableiten lassen. Aus gesundheitsökonomischer Perspektive integriert Gesundheitstourismus drei wesentliche Aspekte (vgl. Klar 2013: 29f):

- ein auf das Ziel des Tourismus bezogenes Phänomen (Medizintourismus, Präventionstourismus, Health- und Wellnesstourismus, Gesundheitstourismus);
- ein auf Zielgruppen bezogenes Phänomen (grenzüberschreitender, mobiler Patiententourismus);
- ein auf Angebote bezogenes Phänomen (Versorgungstourismus, Behandlungstourismus).

Trotz analytischer Trennung wirken die drei Faktoren Zielstellung, Zielgruppe und Angebote im aktuell praktizierten Gesundheitstourismus systemisch zusammen. Touristische Zielgruppen unternehmen ihre Reisen entweder zur Gesundheitserhaltung und um jung zu bleiben (sog. Wellness- oder Selfness-Reisen), zur Krankheitsbehebung (Urlaub inklusive Behandlung) oder zur Rehabilitation (Kuraufenthalte) (vgl. Damm, Kuhlmann & v.d. Schulenburg 2010: 107). Touristische Anbieter richten dementsprechend ihre gesundheitsspezifischen Versorgungsleistungen auf jeweilige Schwerpunkte der Kunden aus.

In Europa basieren Motive und Rahmenbedingungen des Gesundheitstourismus auf einer über zweihundertjährigen Tradition. Seit dem 18. Jahrhundert vollziehen sich kulturell und national unterschiedliche Entwicklungen. Diese reichen von den ersten Kurorten in Großbritannien für die Aristokratie (Rulle 2008: 47) über Seebäder in den Niederlanden (ebd.: 54) und dem Kurort-Wesen in Deutschland und Österreich nach 1945 (ebd.: 58-66) bis zum postindustriellen Thermalismus in Spanien Ende des 20. Jahrhunderts (ebd.: 53). Wie gesagt, sticht Italien aus dem Europäischen Kanon insofern heraus, als das Thermalwesen bereits im antiken Rom evident war (ebd.: 67-70).

In der postindustriellen Moderne können wir zwischen Gesundheitstourismus sowie Medizintourismus unterscheiden. Während Gesundheitstourismus primär in den Bereichen Prävention und Rehabilitation stattfindet, handelt es sich beim Medizintourismus um Reisen zur akuten Behandlung. Er wird durch folgende Rahmenbedingungen begünstigt:

- „Geographical proximity, travel time, ease and barriers in reaching the destination. Patients are not willing to take long, indirect flights from/to deserted airports, nor are they willingly going through complicated visa procedures.
- Cultural proximity including language, religion, cuisine, customs and practices. Medical tourism seems to be influenced by familiarity and cultural similarity, for example former colonial connections (India-UK) and diaspora populations (coming back for treatment to a country people emigrated from).
- Destination image, reputation of a country and stereotypes, which are hard or even impossible to reverse. They influence patient's perception of a particular treatment facility.
- Destination infrastructure on country or treatment facility level.
- Destination environment climate, tourism attractions, facilities compose factors that make the destination more attractive to a patient.
- Risk and reward. Medical tourists need to balance treatment outcomes against potential risks, considering safety, treatment guarantee, track records of particular medical services in destination countries etc.
- Price. Not only the treatment costs count, but also travel, accommodation and insurance expenses.“ (European Hospital and Healthcare Federation 2015: 9)

Neben dem rehabilitativen und präventiven Gesundheitstourismus hat sich eine spezifische Form des kurativen Medizintourismus entwickelt. Dieser ist überwiegend in osteuropäischen Ländern zu beobachten. Weil privat zu finanzierende medizinische Leistungen, etwa Zahnbehandlungen und Schönheitsoperationen, nicht von Kassen übernommen werden, zieht es Mitteleuropäer ohne private Zusatzversicherung vermehrt nach Tschechien, Polen und Ungarn. Dort erhalten sie diese Leistungen zu deutlich geringeren Sätzen als im Heimatland. Zwecks Kostenersparnis kombinieren Medizintouristen häufig Behandlung und Urlaub, was sie im Kontext einer gesundheitsökonomischen Studie auch als Hauptgrund für ihre Reise angeben (Klar 2012: 117f).

Der postindustrielle europäische Gesundheitstourismus des ausgehenden 20. und beginnenden 21. Jahrhunderts kann jedoch nicht allein aus seiner historischen Tradition erklärt werden. In den letzten Dekaden beeinflussen ihn neue gesellschaftliche Trends, die eng mit sozialen Veränderungen verknüpft sind. Dass und wie diese und weitere Mega-Trends systemisch aufeinander bezogen sind, hat das Institut des Zukunftsforschers Matthias Horx in einer Mappe visualisiert. Demnach ergeben sich vom Gesundheitsbereich etliche Querverbindungen zu ökologischen, sicherheitsspezifischen, arbeitsbezogenen und individualistischen Gesellschaftsentwicklungen.² Bedeutsam sind in diesem Zusammenhang:

² URL: http://www.zukunftsinstitut.de/fileadmin/user_upload/Downloads_diverse/ZI_WorbookNavigieren_Downloads.pdf ; Download am 27.09.2017



- die Etablierung eines kurativen Gesundheits- und Krankenkassensystems im Rahmen moderner Sozialgesetzgebungen (Rulle 2008: 100-108) – aufgrund dieser Entwicklung konnten nach dem Zweiten Weltkrieg erstmals breite Bevölkerungsteile Rehabilitations- und Heilangebote kostengünstig wahrnehmen;
- die verkürzte Arbeits- und erhöhte Freizeit (Cassens 2013: 26) bei zunehmender Einkommensstärke – dieser Trend bildet die strukturelle Basis für den Massentourismus;
- „Silver-Surfer“ als neue „Power-Zielgruppe“ – Menschen ab dem 50ten Lebensjahr werden zunehmend selbstbewusst, wohlhabend und marktbestimmend (Böhm 2012: 16). Touristische Präventions- und Gesundheitsangebote richten sich zunehmend auf diese kaufkräftige und zahlenmäßig steigende Gruppe aus. Silver-Surfer nehmen diese Angebote in Anspruch. „Rentner sind Trendner“. In deutschen und anderen Ferienorten bevorzugen sie Ruhe und ein gesundes Klima in schöner landschaftlicher Umgebung (Böhm 2012: 19) und tragen somit zur Entwicklung des Wellnesstourismus bei;
- die demografische Entwicklung – in Europa steigt bekanntlich die mittlere Lebenserwartung. Damit nimmt die Zahl der aktiven SeniorInnen, der Betagten und Hochbetagten zu und demzufolge steigt z. B. auch die Zahl chronischer Alterserkrankungen und Krankenhausbehandlungen (Nowossadeck 2012). Aufgeklärte BürgerInnen ab dem 50ten Lebensjahr sind sich dessen bewusst. Sie wollen möglichst lange in relativer Gesundheit eigenständig leben und verhalten sich demzufolge zunehmend gesundheitspräventiv (Böhm 2012: 121ff);
- steigende Gesundheitskosten bei den Sozialversicherungsträgern – aufgrund der explodierenden Kosten erweitern Gesundheitspolitiken die langjährig ausschließlich praktizierte kurative Medizin. Sozialversicherungsträger fördern vermehrt Präventionsangebote (Zöchling 2008: 12-16), weil dadurch längerfristig eine bessere volkswirtschaftliche Bilanz entsteht. Drei Kostenindikatoren belegen diesen Trend exemplarisch: Bei der Pro-Kopf-Wachstumsrate der Gesundheitskosten zwischen 2009 und 2013 liegt Deutschland an siebenter und Österreich an sechzehnter Stelle von 35 Nationen (OECD 2015: 165). In Relation zur Bevölkerung und im europäischen Vergleich weist Deutschland die höchste und Österreich die zweithöchste Quote an Krankenhausbetten vor (Eurostat 2016: 60ff). In Österreich stiegen die Konsumausgaben der privaten Haushalte für Gesundheitspflege zwischen 1996 und 2016 von 3,61 auf 7,21 Milliarden Euro (Statista 2017);
- ein medizinischer Paradigmenwechsel – Medizinische Hilfen differenzieren sich und richten sich neuerdings auf psychosomatische, geroprophylaktische, tumorspezifische und präventive Angebote



gegen Zivilisationskrankheiten aus. Oft werden derartige Behandlungen privat bezahlt, teilweise übernehmen aber auch deutsche Krankenkassen einen finanziellen Beitrag für einen präventiv wirksamen Wellnessurlaub, wenn bei ihnen Versicherte dafür eine Woche ihres Jahresurlaubs „opfern“. Reiseanbieter haben sich bereits auf die Organisation gesundheitsbezogener Kombireisen spezialisiert (vgl. Schmidt 2007). Zum Leistungsrepertoire des präventiven Gesundheitstourismus gehören etwa Gesundheits-Checks, Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit, Angebote ganzheitlicher asiatischer Heilkunst, Thalasso-Therapien u. a. (Rulle 2008: 148-152);

- steigendes Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung – Gesundheit wird zunehmend zum erklärten Lebens-Wert; Menschen auch jüngeren Alters leben bewusster, essen bewusster, kleiden sich ökologischer und begeben sich damit auf den Weg zur „geistigen, körperlichen und psychischen Selbstvervollkommnung“ (Wenzel, Kirig & Huesmann 2006). Für den Gesundheitstourismus bilden sie eine ideale Zielgruppe, da sie Freizeit- und Erlebnistourismus mit gesundheitspezifischen Zusatzangeboten bevorzugen;
- der Privatpatient als Gesundheitskunde für technische Produkte – der Gesundheitsmarkt wächst, Technologie gewinnt darin an Bedeutung. Medizintechnik entwickelte sich in den letzten beiden Jahrzehnten rasant, was am „seit Jahren überdurchschnittlich“ wachsenden Markt für technische Medizinprodukte ablesbar ist (Damm, Kuhlmann & v.d. Schulenburg 2010: 68-71). Hersteller innovativer gesundheitsbezogener Assistenz- und Monitoring-Systeme sowie neuartiger Diagnoseverfahren auf Basis der Chip-Technologie gewinnen privat zahlende Zielgruppen als Kunden (ebd.). Gesundheitstouristische Anbieter integrieren Medizin- und Gesundheitstechnik in ihr Portfolio (z. B. Fitnessgeräte, Bio-Tracker, eBikes);
- der Tourist als allgemeiner Gesundheitskunde – große Reiseveranstalter hängen sich mit steigenden Care-Angeboten an den allgemeinen Gesundheitstrend an und entwerfen Kataloge für Kur- und Wellnessreisen (Rulle 2008: 134). Laut dem Bundesministerium für Wissenschaft, Forschung und Wirtschaft generierte im Jahr 2014 der österreichische Gesundheitstourismus 7,41 Billionen Euro an Wertschöpfung („ökonomischer Impact“, bmwfw 2014: 38).

Wie erwähnt, richtet sich Gesundheitstourismus auch auf ältere Menschen aus. Eine Studie zu den Erfolgsfaktoren für deutsche Heilbäder und Kuren benennt die Motive dieser und anderer Zielgruppen (Böhm: 28ff): Chronisch Kranke suchen privat Kurorte auf, um stationäre Rehabilitationen auf eigene Kosten fortzusetzen. Altersbedingt Geschwächte wollen Vorsorge betreiben. Multimorbide aber noch rüstige ältere



Menschen möchten zusätzlich zu Behandlungsangeboten Wissen und Handlungspläne erwerben, um den Krankheitsverlauf abzuschwächen. Gesundheitsbewusste Gäste in der zweiten Lebenshälfte verbringen Urlaube in einer angenehmen Umgebung mit der Möglichkeit, sich präventiv diagnostizieren zu lassen. Beruflich stark Belastete suchen Ausgleichsmöglichkeiten durch sanfte Sport-, Meditations- und Wellnessangebote aller Art. Junge Trendsetter wollen dagegen intensiveren Aktivi-sport betreiben und sich damit fit halten. *„Augenfällig ist, dass bei allen aufgeführten Zielgruppen die ältere Generation stark vertreten ist.“* (ebd.: 30).

Fühlen sich Menschen – ob mit oder ohne Erfahrung im *Gesundheitstourismus* – von einer ansprechenden Urlaubsgegend angezogen, kann bei ihnen der Wunsch entstehen, dort seinen Lebensabend zu verbringen. Das nötige Kapital vorausgesetzt, erwägen sie, nach ihrer Berufstätigkeit in eine touristische Region umzuziehen, die sie als eine Gegend mit hoher Lebensqualität kennengelernt haben. Das kann entweder ein „exotisches“ Ziel sein, beispielsweise Mallorca oder die bulgarische Schwarzmeerküste. Oder es ist eine kulturnahe Destination, in der die eigene Muttersprache vorherrscht, beispielsweise für Deutsche eine österreichische Region, das Allgäu oder der Bodenseeraum.

Die letztgenannte Form der Umsiedelung im angestammten Kulturraum bezeichnen wir als Altersmigration. Von der außereuropäischen Flüchtlingsmigration und der Migration armer europäischer Bevölkerungsgruppen unterscheidet sich Altersmigration vor allem durch die Motive der Zielgruppe und ihren finanziellen Hintergrund. Weder Kriegsflucht noch Armut bilden den Anlass, angestammte Städte oder Dörfer zu verlassen. Vielmehr sind es finanziell gesicherte Vorstellungen, wo die restliche Lebensspanne ökologisch, körperlich, sozial und psychisch angenehmer verbracht werden könnte als bisher. Insofern bedingen sich auch Gesundheitstourismus und Altersmigration. Wer eine Urlaubsregion bevorzugt, zu der ein jahrelanger Bezug besteht und die als qualitativ hochwertiger eingeschätzt wird als der heimatliche Wohnsitz, ist geneigt, dort im Alter dauerhaft zu leben. *„Im europäischen Kontext wird dieses Phänomen aktuell in verschiedenen sozialwissenschaftlichen Teildisziplinen vor allem im Mittelmeer- und Alpenraum als Residenztourismus oder freizeit- und lebensstilorientierte Migration diskutiert.“* (Kordel 2014: 42)

Kulturnahe Altersmigration unterscheidet sich weiterhin von einem seit Jahren bestehenden Trend, den ein äußerst wohlhabender Bevölkerungsteil prägt, nämlich in ansprechenden Tourismusgegenden eine Ferienwohnung oder Immobilie zu erwerben, die nicht ganzjährig, sondern nur zu gesellschaftlichen „Highlights“ oder für den Urlaub oder das Wochenende genutzt wird. In Österreich ist diese Entwicklung beispielsweise in Kitzbühel und Lech zu beobachten, in Deutschland zumindest auf der beliebten Nordseeinsel Sylt. A-, B-