

Potenzialanalyse Fichtelgebirge

Studie im Auftrag des Bayerischen Landesamtes
für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

Impressum



Autoren

PD Dr. Andreas Schmid (Projektleiter)

Sarah Günther

Irina Quandt

Marion Kramer

Jochen Baierlein

Oberender AG

Unternehmensberatung im Gesundheitswesen

Standort Bayreuth

Friedrichstraße 20

95444 Bayreuth

Standort München

Elsenheimerstr. 59

80867 München

Unter Mitwirkung von

Viktoria Geier

Dorothea Finzel

Sophia Fiedler

Claudius Nagler

Telefon: +49 (0)921 745443 - 0

Fax: +49 (0)921 745443 - 29

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
Abbildungsverzeichnis	4
Tabellenverzeichnis	6
Abkürzungsverzeichnis	7
1 Einleitung.....	9
2 Bestandsaufnahme.....	11
2.1 Räumlicher Zuschnitt und Strukturanalyse.....	11
2.1.1 Räumlicher Zuschnitt.....	11
2.1.2 Analyse Region Fichtelgebirge	13
2.1.3 Analyse der vier prädikatisierten Gemeinden.....	18
2.2 Erfassung relevanter Strukturen vor Ort	23
2.2.1 Touristische Infrastruktur und gesundheitstouristische Angebote in den vier prädikatisierten Gemeinden.....	23
2.2.2 Kurangebote.....	25
2.2.3 Höhenklinik.....	29
2.2.4 Medizinisch-pflegerische Versorgung	30
2.2.5 Digitalisierung.....	36
2.2.6 Organisationsstrukturen	37
2.3 Effekte der Verlagerung der DRV Nordbayern Höhenklinik Bischofsgrün	39
2.3.1 Entscheidung zur Standortschließung	39
2.3.2 Konsequenzen der Standortschließung.....	40
2.4 Zwischenfazit.....	44
3 Exkurs: Transformationsprozesse zur Nachnutzung von (Klinik-)Immobilien	47
3.1 Grundsätzlicher Prozess.....	47
3.2 Beispiele.....	52
3.2.1 Transformation St. Josef Krankenhaus Monheim	52
3.2.2 Transformation Klinik Marktoberdorf Ostallgäu	55
3.2.3 Transformation Fliegerhorst Penzing	57
3.3 Implikationen für Nachnutzung Höhenklinik und Behandlung in der weiteren Analyse	58
4 Trends in zentralen Themenfeldern und kurrelevante Wettbewerber	61
4.1 Nachfrageentwicklung und allgemeine Trends	61
4.1.1 Kur	61
4.1.2 Stationäre Gesundheitsversorgung	62

4.1.3	Rehabilitation.....	63
4.1.4	Pflege.....	66
4.1.5	Gesundheitliche Situation und Entwicklung.....	68
4.1.6	Gesundheitstourismus und verwandte Bereiche.....	69
4.1.7	Digitalisierung.....	74
4.2	Wettbewerber im Bereich Kur.....	75
5	Zusammenführung der Teilergebnisse und Ableitung potenzieller Zielgruppen.....	79
5.1	Bewertung interner und externer Faktoren.....	79
5.1.1	Bad Alexandersbad.....	80
5.1.2	Bad Berneck.....	80
5.1.3	Bischofsgrün.....	81
5.1.4	Weißenstein.....	82
5.1.5	Fichtelgebirge.....	83
5.2	Implikationen für Zielgruppen.....	85
5.3	Zwischenfazit.....	87
6	Profilentwicklung der Region und zugehörigen Kur- bzw. Erholungsorte.....	89
6.1	Vorbemerkung.....	89
6.2	Profil: Region Fichtelgebirge.....	90
6.3	Profil: Bad Alexandersbad.....	92
6.4	Profil: Bad Berneck.....	93
6.5	Profil: Bischofsgrün.....	95
6.6	Profil: Weißenstein.....	97
7	Entwicklung möglicher Szenarien für die Region.....	101
7.1	Vorbemerkung.....	101
7.2	Mentale Gesundheit als (zusätzlicher) Schwerpunkt.....	102
7.2.1	Ausgangssituation.....	102
7.2.2	Kernelemente.....	102
7.3	Leuchtturmprojekte.....	103
7.3.1	Ausgangssituation.....	103
7.3.2	Leuchtturm Pflegehotel.....	104
7.3.3	Leuchtturm Healing Hotel.....	106
7.4	Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt.....	108
7.4.1	Status quo: Problemaufriss bestehender Versorgungsstrukturen.....	108
7.4.2	Konzept und Elemente einer integrierten Gesundheitsregion.....	110
8	Handlungsempfehlungen.....	115

8.1	Vorbemerkung.....	115
8.2	Konkrete Handlungsempfehlungen für die Profile.....	117
8.2.1	Bad Alexandersbad	117
8.2.2	Bad Berneck.....	118
8.2.3	Bischofsgrün.....	121
8.2.4	Weißenstadt	123
8.2.5	Region Fichtelgebirge.....	125
8.3	Konkrete Handlungsempfehlungen für die Szenarien	127
8.3.1	Szenario Mentale Gesundheit	127
8.3.2	Szenario Leuchtturm	130
8.3.3	Szenario Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt	133
8.4	Skizze eines möglichen weiteren Vorgehens.....	137
9	Fazit.....	141
	Literaturverzeichnis	143
	Anlagen	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Räumlicher Zuschnitt der Region Fichtelgebirge	12
Abbildung 2: Absolute und relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 aller Gemeinden in der Region Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene	13
Abbildung 3: Relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 aller Gemeinden in der Region Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene nach Altersgruppen	13
Abbildung 4: Indikatorenergebnisse zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in der Region Fichtelgebirge im bayerischen Vergleich	15
Abbildung 5: Kennzahlen zur Wirtschaftskraft aller Gemeinden im Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene, 2018	16
Abbildung 6: Gästeankünfte und -übernachtungen sowie Aufenthaltsdauer aller Gemeinden im Fichtelgebirge, 2014–2018	17
Abbildung 7: Prozentuale und absolute Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der vier prädikatisierten Gemeinden	18
Abbildung 8: Relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der vier prädikatisierten Gemeinden nach Altersgruppen sowie Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung	19
Abbildung 9: Kennzahlen zur Wirtschaftskraft in den vier prädikatisierten Gemeinden, 2018 .	20
Abbildung 10: Gästeankünfte und -übernachtungen sowie Aufenthaltsdauer in den vier prädikatisierten Gemeinden, 2014–2018	22
Abbildung 11: Artenklassifizierung der Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte in Bayern	26
Abbildung 12: Überblick über die Anzahl der Fachärzte im Umfeld der vier prädikatisierten Gemeinden	30
Abbildung 13: Hausarztichte (Ärzte je 100.000 Einwohner) in der Region Fichtelgebirge, 2019	31
Abbildung 14: Versorgungsgrade der Hausärzte in der Region Fichtelgebirge, 2018	32
Abbildung 15: Altersstruktur der Hausärzte in der Region Fichtelgebirge, 2019	33
Abbildung 16: Krankenhausstandorte und deren Erreichbarkeit im Umfeld der Region Fichtelgebirge	34
Abbildung 17: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen überregional, 2017	35
Abbildung 18: Pflegeangebote und -einrichtungen im Umfeld der vier prädikatisierten Gemeinden	36
Abbildung 19: Typischer Ablauf von Krankenhaus-Marktaustritten	48
Abbildung 20: Üblicher Ablauf einer Nachnutzungsumsetzung	50
Abbildung 21: Steckbrief t. Josef Krankenhaus	53

Abbildung 22: Zeitachse des Transformationsprozesses am St. Joseph Krankenhaus Monheim.....	53
Abbildung 23: Steckbrief Kliniken Marktoberdorf	55
Abbildung 24: Zeitachse des Transformationsprozess an der Klinik Marktoberdorf Ostallgäu...56	
Abbildung 25: Steckbrief Fliegerhorst Penzing	57
Abbildung 26: Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahresvergleich 2007–2017 in Deutschland und Bayern	63
Abbildung 27: Anzahl der Betten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie Nutzungsgrad im Jahresvergleich 2007–2017 in Deutschland und Bayern	64
Abbildung 28: Stationäre und ambulante Leistungen der Deutschen Rentenversicherung bei Erwachsenen	65
Abbildung 29: Struktur und Herausforderungen des stationären Rehabilitationsmarktes	66
Abbildung 30: Einschätzung der Versorgungssituation der Kurzzeitpflege in der Region Fichtelgebirge, 2018	67
Abbildung 31: Differenzierung des Begriffs `Gesundheitstourismus´	70
Abbildung 32: Orte, an denen Menschen Sport treiben oder sich körperlich betätigen im europäischen Vergleich.....	73
Abbildung 33: Anerkannte Kurorte in Bayern.....	76
Abbildung 34: Anerkannte Kurorte in überregionaler Schau	77
Abbildung 35: Gesamtschau der Szenarien für die Region.....	101
Abbildung 36: Schematische Darstellung möglicher Netzwerkpartner eines Gesundheitszentrums zur integrierten Versorgung	113
Abbildung 37: Zeitrahmen Szenario 1: Mentale Gesundheit als Schwerpunkt der Region	130
Abbildung 38: Zeitrahmen Szenario 2: Etablierung eines Leuchtturms	133
Abbildung 39: Zeitrahmen Szenario 3: Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt.....	136
Abbildung 40: Ablaufplan über Ansätze zur Realisierung der aufgezeigten Szenarien.....	138

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Voraussetzungen und charakteristische Merkmale der Prädikate in den vier prädikatisierten Gemeinden.....	27
Tabelle 2:	Kurangebote in den vier prädikatisierten Gemeinden (Auswahl)	28
Tabelle 3:	Heilanzeigen in den vier prädikatisierten Gemeinden.....	29
Tabelle 4:	Versorgungsgrade der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (in %, Jahr 2018) in den Planungsregionen der Region Fichtelgebirge.....	33
Tabelle 5:	Mitarbeiterzahlen und Fahrtstrecken zwischen Wohnorten und Klinikstandorten	43
Tabelle 6:	Nachnutzung von Krankenhäusern	49
Tabelle 7:	Gegenüberstellung bauseitiger Positiv- und Negativmerkmale einer Rehaklinik	51
Tabelle 8:	Abgrenzung von Medical Wellness und Kur- und Rehatourismus	70
Tabelle 9:	Übersicht über die Anzahl der anerkannten Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte in Bayern.....	75
Tabelle 10:	Stärken und Schwächen – Bad Alexandersbad	80
Tabelle 11:	Stärken und Schwächen – Bad Berneck	81
Tabelle 12:	Stärken und Schwächen – Bischofsgrün.....	82
Tabelle 13:	Stärken und Schwächen – Weißenstadt	83
Tabelle 14:	Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken – Region Fichtelgebirge.....	85

Abkürzungsverzeichnis

BGM	Betriebliches Gesundheitsmanagement
BHV	Bayerischer Heilbäderverband e. V.
BMWI	Bundesministerium für Wirtschaft und Energie
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DRV	Deutsche Rentenversicherung
EW	Einwohner
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IAB	Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung
ILE	Integrierte Ländliche Entwicklung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
LDBV	Landesamt für Digitalisierung, Breitband und Vermessung Bayern
LGL	Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit
MWVLW RLP	Ministerium für Wirtschaft, Verkehr, Landwirtschaft und Weinbau Rheinland-Pfalz
RKI	Robert Koch-Institut
SGB	Sozialgesetzbuch
SMWA	Sächsisches Staatsministerium für Wirtschaft, Arbeit und Verkehr
StMELF	Bayerisches Staatsministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten
StMGP	Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege
STMI	Bayerisches Staatsministerium des Innern, für Sport und Integration
SVR Gesundheit	Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesund- heitswesen

1 Einleitung

Sein Naturschatz und seine prädikatisierten Gemeinden prägen das Fichtelgebirge. Entsprechend ist der Gesundheitstourismus in seinen verschiedenen Facetten eine wichtige Säule der wirtschaftlich eher strukturschwachen Region. Trotz stark eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten der Kommunen konnte in den letzten Jahren durch zahlreiche Maßnahmen und intensive Bemühungen auf allen Ebenen ein positiver Trend im Bereich der Übernachtungszahlen wie auch in der öffentlichen Wahrnehmung erreicht werden.

Umso größer war im Jahr 2016 die Besorgnis über die Nachricht, dass die Höhenklinik Bischofsgrün, eine Rehabilitationsklinik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Nordbayern, im Jahr 2025 vom Standort Bischofsgrün nach Bayreuth verlagert werden soll. Mit ihren 200 Betten entfallen allein auf sie knapp 42%¹ der Übernachtungen im Heilklimatischen Kurort Bischofsgrün. Entsprechend hoch ist ihr Beitrag zur lokalen Wertschöpfung. Auch fällt für den Gesundheitstourismus ein medizinisches Aushängeschild mit wesentlichem Einfluss auf die Wahrnehmung der Region weg. Von der Lokalpolitik sowie der Bevölkerung wird die Schließung als schwerer Rückschlag und hohes Risiko für die weitere Entwicklung der Region wahrgenommen.

Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege finanziert in diesem Zusammenhang eine Studie. Diese soll einen Beitrag dazu leisten, die Zukunft der vier Gemeinden im Fichtelgebirge sicher zu stellen und Potenziale für eine nachhaltige Entwicklung der Kurmedizin und des Gesundheitstourismus darzulegen. Ziel ist es, Wege aufzuzeigen, wie insbesondere auch die negativen Auswirkungen der Klinikschließung bestmöglich kompensiert werden können. Hierzu erfolgt zunächst in Kapitel 2 ressourcenorientiert eine Bestandsaufnahme sozioökonomischer Voraussetzungen und relevanter Strukturen und Angebote. Betrachtet werden dabei die Region und die primär betroffenen hochprädikatisierten Kurorte Bad Alexandersbad, Bad Berneck und Bischofsgrün sowie Weißenstadt. Letztere strebt ein entsprechendes Prädikat an. Im Zuge dieser Bestandsaufnahme werden auch die Auswirkungen der Klinikschließung dargelegt. In einem Exkurs werden dann in Kapitel 3 exemplarisch Transformationsprozesse vorgestellt, aus denen Implikationen für das weitere Vorgehen im Fichtelgebirge abgeleitet werden können. In Kapitel 4 erfolgt eine umweltbezogene Analyse zentraler Themen wie Tourismus, Kur und Gesundheitsversorgung. Kapitel 5 führt die ressourcenorientierte Innensicht mit den äußeren Entwicklungen zusammen und lässt so – ergänzt um die Erkenntnisse aus zahlreichen Interviews und Hintergrundgesprächen – eine an einer SWOT-Analyse orientierte Bewertung der einzelnen Orte sowie der Region zu. Aus diesen Inhalten lassen sich Schlüsse für die Identifikation relevanter Zielgrup-

¹ Unter Annahme einer 95-prozentigen Auslastung und ganzjähriger Belegung.

pen ziehen. Ferner bilden sie die Grundlage für die in Kapitel 6 daran anknüpfende Weiterentwicklung der Profile der Kommunen wie der Region. In Kapitel 7 werden drei Szenarien zur Weiterentwicklung der Region konkretisiert. Ein besonderes Augenmerk liegt dabei auf der Bewältigung der Klinikschließung. Um einen direkten Einstieg in die Verwirklichung dieser Szenarien zu erleichtern, werden in Kapitel 8 konkrete Handlungsempfehlungen dargelegt. Kapitel 9 schließt die Studie mit einem kurzen Fazit.

Grundlage der Studie bilden neben umfassender Literaturlarbeit Interviews mit ausgewählten lokalen Experten und Workshops mit kommunalpolitischen Verantwortungsträgern sowie Hintergrundgespräche mit Ministerien und Vertretern aus den Bereichen Heilbäder, Tourismus und Regionalentwicklung. Zur Einschätzung der Bausubstanz und möglicher Entwicklungspotenziale der Immobilie Höhenklinik erfolgte ferner eine Begehung des Gebäudes mit einschlägigen Experten der Firma PSB Wasner. Die DRV Nordbayern stellte ergänzende Informationen zur Verfügung.

2 Bestandsaufnahme

Zur Schaffung einer ersten Arbeitsgrundlage wird der räumliche Zuschnitt der Region Fichtelgebirge definiert und hinsichtlich struktureller wie sozioökonomischer Charakteristika dargestellt. Dem folgt eine Bestandsaufnahme relevanter medizinischer Infrastrukturen und gesundheitstouristischer Angebote in der Region. Die Ergebnisse geben einen detaillierten Einblick in die Ist-Situation der vier Gemeinden und ermöglichen ein genaues Verständnis des Bedarfs in der regionalen und überregionalen Bevölkerung. Basierend auf Analysen zur Alters- und Gesundheitsstruktur können Indikationen ermittelt werden, die für die Region mittel- und langfristig von besonderer Bedeutung sein werden. Zudem erfolgt ein Einblick in die derzeitige Situation der Höhenklinik Bischofsgrün sowie eine erste Einschätzung der Konsequenzen, welche die Schließung der Klinik für die Region mit sich zieht.

2.1 Räumlicher Zuschnitt und Strukturanalyse

2.1.1 Räumlicher Zuschnitt

Die Region Fichtelgebirge ist in ihrer räumlichen Ausdehnung bzw. Abgrenzung nicht allgemeingültig festgelegt, so dass hier ein eigener Zuschnitt vorgenommen wird, der sich eng an der für touristische Zwecke genutzten Definition orientiert. Die betreffenden Kur- und Erholungsorte Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt liegen zentral im Fichtelgebirge (Abbildung 1). In ihrer Gesamtheit erstreckt sich die Region Fichtelgebirge über 60 Gemeinden in den fünf Landkreisen Bayreuth, Hof, Kulmbach, Tirschenreuth und Wunsiedel im Fichtelgebirge² sowie die kreisfreien Städte Hof und Bayreuth. Während der Landkreis Wunsiedel großflächig dem Fichtelgebirge zuzuordnen ist, liegen lediglich zwei Gemeinden des Landkreises Kulmbach im Fichtelgebirge. Innerhalb des definierten Gebietes sind weitere Gemeinden gemäß Gemeindeschlüsselverzeichnis lokalisiert, die – aufgrund des großflächigen Waldbestandes – allerdings keine Bevölkerung aufweisen. Die topografische Abgrenzung der Region kann Anlage 1 entnommen werden.

² Nachfolgend Wunsiedel genannt.



Bayreuth		Hof		Kulmbach		Tirschenreuth		Wunsiedel	
1	Bad Bemeck	14	Hof/ Saale, Stadt	23	Himmelkron	25	Brand	44	Arzberg
2	Bayreuth, Stadt	15	Münchberg	24	Marktschorgast	26	Ebnath	45	Bad Alexandersbad
3	Bindlach	16	Oberkotzau			27	Falkenberg	46	Höchstädt
4	Bischofsgrün	17	Rehau			28	Friedenfels	47	Hohenberg/ Eger
5	Emtmannsberg	18	Schwarzenbach			29	Fuchsmühl	48	Kirchenlamitz
6	Fichtelberg	19	Spameck			30	Immenreuth	49	Marktleuthen
7	Gefrees	20	Stammbach			31	Kastl	50	Marktrechwitz
8	Goldkronach	21	Weißdorf			32	Kemnath	51	Nagel
9	Kirchenpingarten	22	Zell			33	Konnnersreuth	52	Röslau
10	Mehlmeisel					34	Krummennaab	53	Schimding
11	Seybothenreuth					35	Kulmain	54	Schönwald
12	Warmensteinach					36	Mitterteich	55	Selb
13	Weidenberg					37	Neusorg	56	Thiersheim
						38	Pechstein	57	Thierstein
						39	Pullenreuth	58	Tröstau
						40	Reuth b. Erbendorf	59	Weißensstadt
						41	Waldershof	60	Wunsiedel
						42	Waldsassen		
						43	Wiesau		

Legende	
	betreffende prädikatisierte Gemeinde
	Gemeinde
	kreisfreie Stadt

Abbildung 1: Räumlicher Zuschnitt der Region Fichtelgebirge

Quelle: STMI 2020, eigene Darstellung

2.1.2 Analyse Region Fichtelgebirge

2.1.2.1 Demografie

Die Bevölkerung der vorangehend definierten Region Fichtelgebirge zählte im Jahr 2018 insgesamt 321.970 Einwohner (Abbildung 2). Ausgehend von der amtlichen Bevölkerungsvorausrechnungen kann ein Bevölkerungsrückgang um 7 % bis zum Jahr 2031 prognostiziert werden. Dabei ist der Bevölkerungsrückgang in den einzelnen Landkreisen unterschiedlich stark ausgeprägt. Sofern sich die Prämissen der Prognosen nicht ändern oder entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden, wird der Landkreis Wunsiedel mit -10% am stärksten betroffen sein.

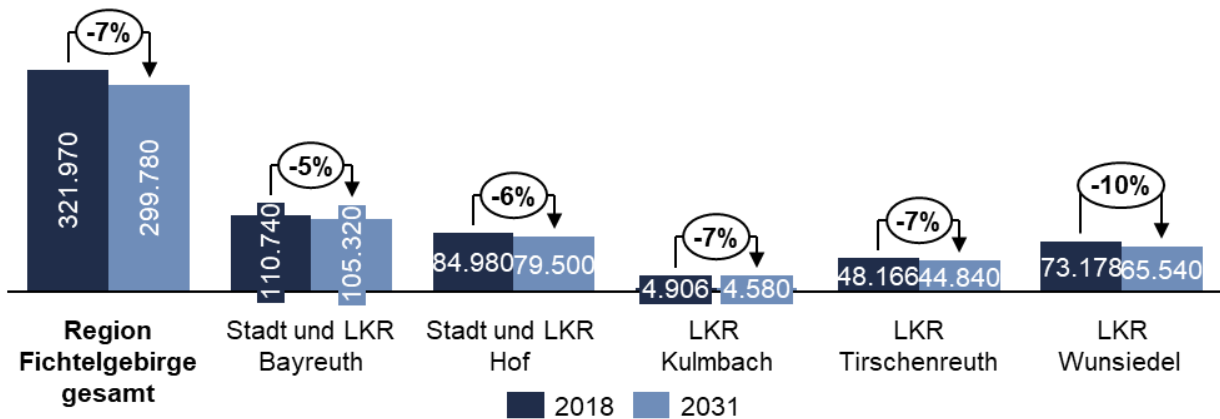


Abbildung 2: Absolute und relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 aller Gemeinden in der Region Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, eigene Darstellung

Auch in einer nach Altersgruppen differenzierten Betrachtung zeigen sich Unterschiede zwischen den Landkreisen, wobei sich eine deutliche prozentuale Zunahme der über 64-Jährigen abzeichnet, die im Landkreis Tirschenreuth (24%) am stärksten ausgeprägt ist (Abbildung 3).

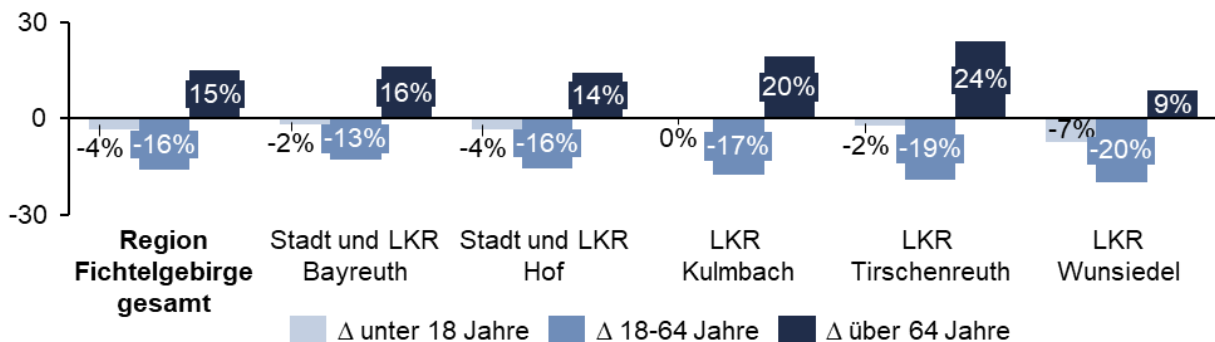


Abbildung 3: Relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 aller Gemeinden in der Region Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene nach Altersgruppen

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, eigene Darstellung

Bei der überwiegenden Anzahl der Gemeinden wurde ermittelt, dass der Anteil der über 64-Jährigen im Jahr 2018 unter 25 % liegt. Im Vergleich dazu wird dieser Anteil im Jahr 2031 30 bis 35 % betragen.

2.1.2.2 Morbidität

Die im Rahmen der bayerischen Gesundheitsberichterstattung aufbereiteten Indikatoren können zur ersten Beschreibung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung in der Region genutzt werden. Abbildung 4 gibt einen Überblick über ausgewählte Indikatoren für die Landkreise und kreisfreien Städte der Region Fichtelgebirge im bayerischen Vergleich.

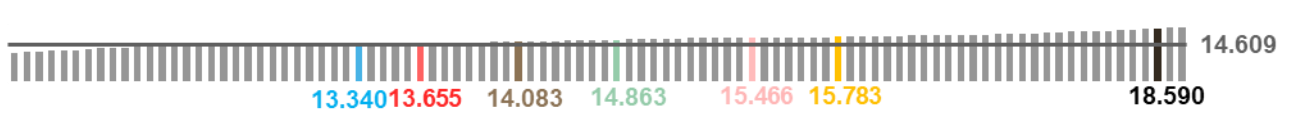
Exemplarisch zeigen sich für die Landkreise Wunsiedel (290 Fälle je 100 Tsd. Einwohner) und Tirschenreuth (280 Fälle je 100 Tsd. Einwohner) nach Altersstandardisierung im gesamtbayerischen Vergleich die meisten Krankenhausfälle nach Herzinfarkt. Zudem können in Stadt und Landkreis Hof sowie dem Landkreis Wunsiedel auch unter Berücksichtigung des Alterseffektes vergleichsweise viele schlaganfall-assoziierte Krankenhausfälle aufgezeigt werden. Die entsprechenden hohen Raten sind die höchsten in ganz Bayern. Risikofaktoren jener Herz-Kreislauf-Erkrankungen können durch gesundheitsbewusstes Verhalten und medikamentöse Therapien beeinflusst werden, sodass sich hier beispielsweise durch gezieltes Screening im hausärztlichen Bereich oder niedrighschwellige Angebote große Präventionspotenziale ableiten lassen.

Die Häufigkeit von Neuerkrankungen im Bereich bösartiger Neubildungen liegt in allen betreffenden Landkreisen oberhalb des bayerischen Medians. Auch in diesem Kontext sind Früherkennungsmaßnahmen insbesondere in der ambulanten Grundversorgung von besonderer Bedeutung. Aus der im Vergleich sehr hohen Rate an Pflegebedürftigen in der Region gehen insbesondere Bedarfe im Bereich von Pflegeangeboten aber auch dem kontinuierlichen Umgang mit Multimorbidität einher. Diese sind häufig komplex und erfordert sektoren- und professionsübergreifende Versorgungsstrukturen.

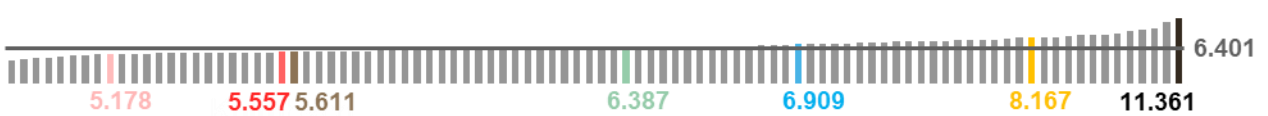
Pflegebedürftige, je 100 Tsd. EW, 2017



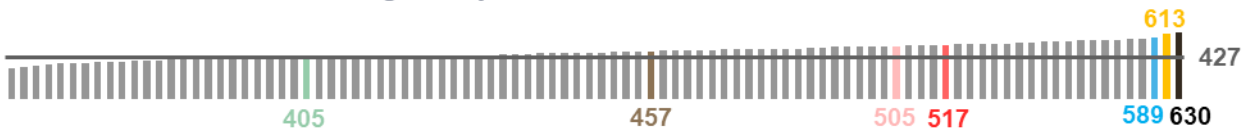
Ambulante Patienten mit affektiven Störungen, je 100 Tsd. GKV-Versicherte, 2017



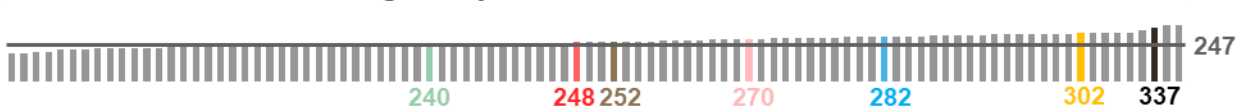
Ambulante Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, je 100 Tsd. GKV-Versicherte, 2017



Krankenhausfälle nach Schlaganfall, je 100 Tsd. EW, 2017



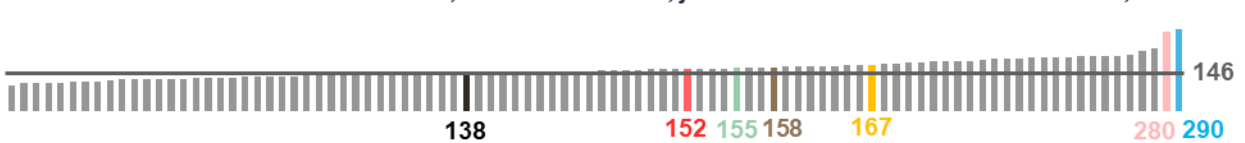
Krankenhausfälle nach Schlaganfall, je 100 Tsd. EW altersstandardisiert, 2017



Krankenhausfälle nach Herzinfarkt, akut und rezidiv, je 100 Tsd. EW, 2017



Krankenhausfälle nach Herzinfarkt, akut und rezidiv, je 100 Tsd. EW altersstandardisiert, 2017



Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen, je 100 Tsd. EW altersstandardisiert, 2016

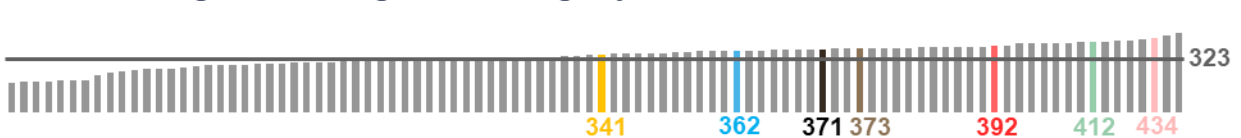


Abbildung 4: Indikatorenergebnisse zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung in der Region Fichtelgebirge im bayerischen Vergleich

Quelle: LGL 2020, eigene Darstellung

2.1.2.3 Wirtschaftskraft

Fokussiert man einige zentrale Kennzahlen, zeigt sich, dass der wirtschaftliche Handlungsspielraum der zentralen Fichtelgebirgskommunen stark eingeschränkt ist (Abbildung 5). Die Gewerbesteuererinnahmen pro Einwohner sind deutlich unterdurchschnittlich, die Verschuldung im Gegenzug entsprechend hoch. Auch nach Berücksichtigung diverser Ausgleichsmechanismen zeigt der Blick auf die Finanzkraft je Einwohner, dass abgesehen von den kreisfreien Städten Bayreuth und Hof, sehr niedrige Werte erreicht werden.

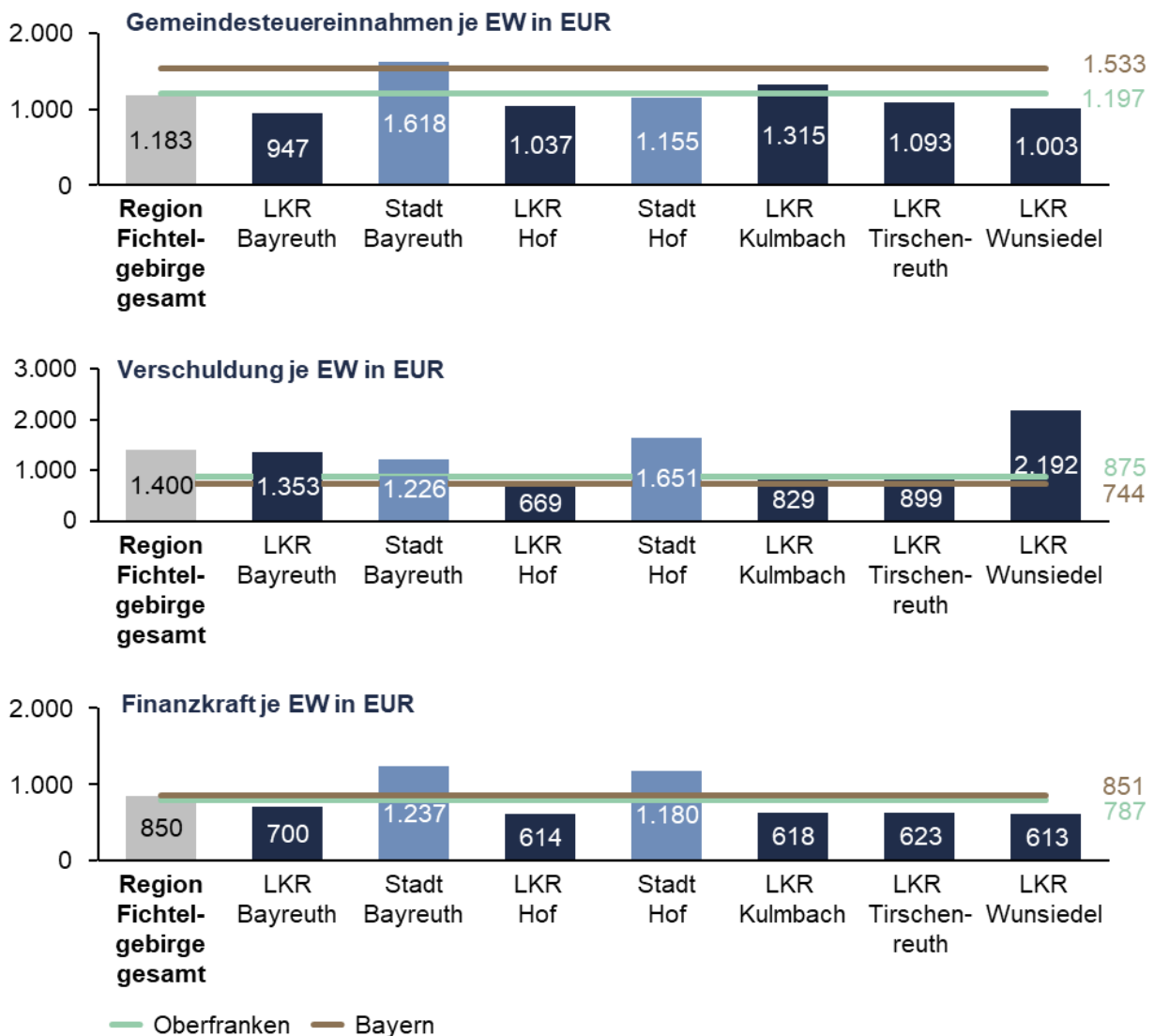


Abbildung 5: Kennzahlen zur Wirtschaftskraft aller Gemeinden im Fichtelgebirge, aggregiert auf Landkreis-Ebene, 2018

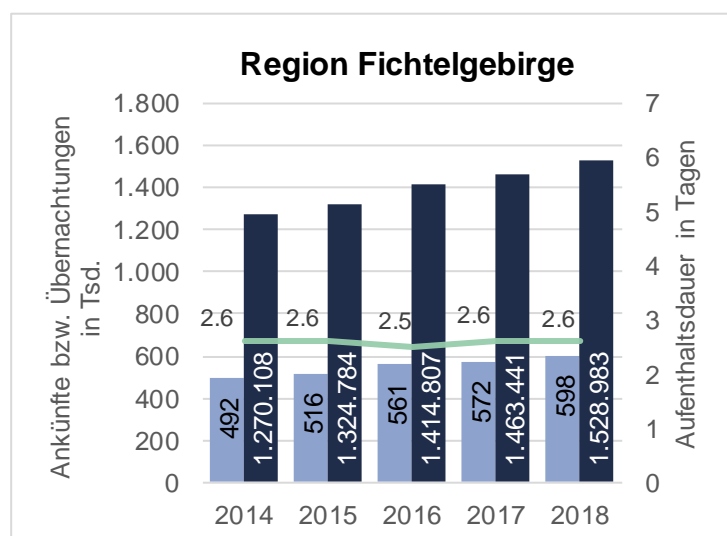
Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, 2020b, 2020c, 2020d, eigene Darstellung

Viele Kommunen erhalten Stabilisierungshilfen, was dazu führt, dass sie weitgehend auf Pflichtaufgaben beschränkt sind. Investitionen in Bereiche, die den Pflichtaufgaben nicht zugerechnet werden (hierzu gehören insb. auch die Förderung von Wirtschaft und Tourismus), sind dann nur

noch unter deutlich erschwerten Bedingungen oder zum Teil gar nicht möglich, was die Handlungsfähigkeit der Kommunen deutlich einschränkt. Auch gehört die ambulante medizinische Versorgung – anders als die akut-stationäre somatische Versorgung – nicht zu den Pflichtaufgaben.

2.1.2.4 Tourismus

Anhand der Gästeankünfte und Übernachtungszahlen in Beherbergungsbetrieben³ kann die touristische Entwicklung der Region Fichtelgebirge beschrieben werden. Im Betrachtungszeitraum 2014 bis 2018 stiegen sowohl die Zahl der Gästeankünfte als auch die Zahl der Gästeübernachtungen kontinuierlich und proportional zueinander (Abbildung 6). Lagen die Ankünfte der Gäste im Jahr 2014 noch bei nahezu 500.000 mit 1,27 Mio. Übernachtungen, so beläuft sich die Zahl im Jahr 2018 bereits auf fast 600.000 Ankünfte mit insgesamt 1,52 Mio. Übernachtungen. Gemessen an Gesamtbayern entspricht das jeweils rund 1,5%. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer hingegen blieb zwischen den Jahren 2014 bis 2018 konstant bei 2,5 bis 2,6 Tagen.



Beherbergungsbetriebe einschließlich Campingplätze und Privatquartiere

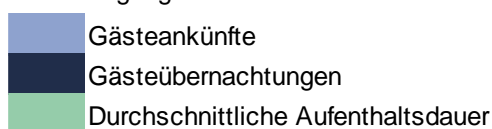


Abbildung 6: Gästeankünfte und -übernachtungen sowie Aufenthaltsdauer aller Gemeinden im Fichtelgebirge, 2014–2018

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020f, 2020e, eigene Darstellung

³ „Örtliche Einheiten, die dazu dienen, Gästen im privaten oder geschäftlichen Reiseverkehr eine Übernachtungsmöglichkeit bereitzustellen. Man unterscheidet dabei zwischen Beherbergungsstätten mit einem Angebot an Gästebetten (z. B. Hotels und Pensionen) und Campingplätzen, die Stellplätze für Übernachtungsgäste bereitstellen. Zu den Beherbergungsbetrieben zählen auch Unterkünfte, die die Gästebeherbergung nur als Nebenerwerb betreiben.“ Statistisches Bundesamt 2019, S. 634.

Dem Tourismus kommt im Fichtelgebirge eine starke Rolle als Wirtschaftszweig zu. Dieser fußt wesentlich auf den vier prädikatisierten Gemeinden und den dort natürlich vorkommenden Heilmitteln und Heilquellen, sodass hier insbesondere vom Gesundheitstourismus ausgegangen werden kann (FUTOUR 2018). Einhergehend mit den gestiegenen Übernachtungszahlen zeigen sich im Zeitverlauf auch höhere Umsätze. Aus einer Untersuchung zur „Wirtschaftskraft Tourismus für die Region Fichtelgebirge“ (dwif-Consulting 2018) geht hervor, dass der Wirtschaftsfaktor – bedingt sowohl durch Tages- als auch Übernachtungsgäste – im Jahr 2011 bei 456,1 Mio. € lag und 2017 bereits 590,8 Mio. € betrug (+30 %). Davon entfielen 43 % auf den Einzelhandel, 40 % auf das Gastgewerbe und 17 % auf Dienstleistungen.

2.1.3 Analyse der vier prädikatisierten Gemeinden

2.1.3.1 Demografie

Die Bevölkerung der betreffenden prädikatisierten Gemeinden zählt zum 31.12.2018 insgesamt 10.290 Einwohner (EW) (Abbildung 7). Diese verteilen sich überwiegend auf Bad Berneck (4.371 EW, 42 %) und Weißenstadt (3.113 EW, 30 %). Für das Jahr 2031 wird für die Region ein Bevölkerungsrückgang um 4 % prognostiziert, der im Vergleich zu den weiteren Orten in Weißenstadt mit -14 % am stärksten ausgeprägt ist.

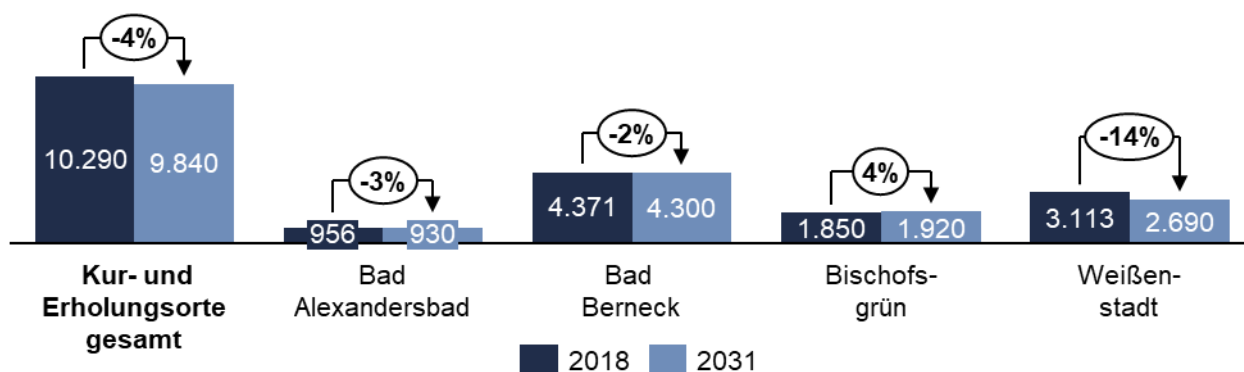


Abbildung 7: Prozentuale und absolute Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der vier prädikatisierten Gemeinden

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, eigene Darstellung

Gemäß der amtlichen Bevölkerungsvorausberechnungen wird sich die Bevölkerungsstruktur bis 2031 in den Kur- und Erholungsorten und Altersgruppen unterschiedlich stark verändern. Der Anteil der über 64-Jährigen wird im Mittel um 23 % steigen, wohingegen der Anteil der 18-64-Jährigen sinken wird (durchschnittlich -16 %) (Abbildung 8). Auch der prozentuale Anteil der unter 18-Jährigen entwickelt sich mit Ausnahme von Bischofsgrün (+13 %) rückläufig um 3 bis 20 %. Der Anteil der über 64-Jährigen gemessen an der Gesamtbevölkerung der vier Orte wird auf 34 % prognostiziert. Eine Tabelle über die absolute Bevölkerungsentwicklung ist in Anlage 2 zu finden.

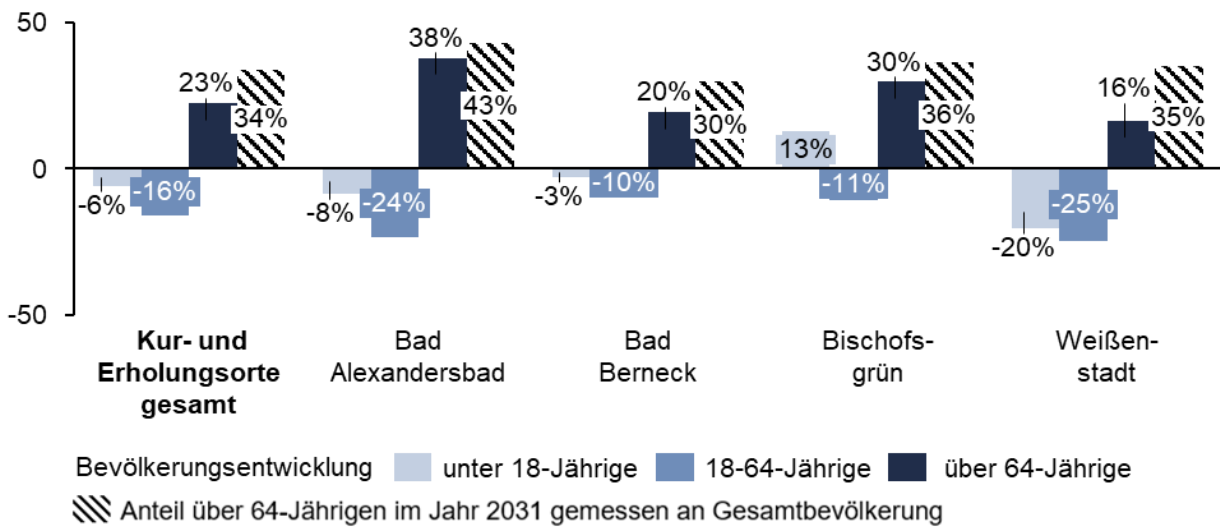


Abbildung 8: Relative Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der vier prädikatisierten Gemeinden nach Altersgruppen sowie Anteil der über 64-Jährigen an der Gesamtbevölkerung

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, eigene Darstellung

2.1.3.2 Wirtschaftskraft

Analog zur wirtschaftlichen Betrachtung der Gesamtregion Fichtelgebirge können die betreffenden Kur- und Erholungsorte charakterisiert werden. Die Pro-Kopf-Gemeindesteuereinnahmen sind in allen betreffenden Orten deutlich unterhalb des bayerischen und oberfränkischen Durchschnittswertes (Abbildung 9). Auch für die Finanzkraft zeigt sich eine ähnliche Situation, wobei hier die Differenz zur bayerischen und oberfränkischen Referenz weniger stark ausgeprägt ist. Für die Kennzahl Verschuldung je EW zeigt sich ein sehr heterogenes Bild zwischen den betreffenden Gemeinden. Während die Pro-Kopf-Verschuldung in Bad Berneck mit 2.950€ das fast 4-fache des bayerischen Durchschnittes (744€) beträgt, zeigt sich in Bischofsgrün mit 779€ eine nur marginal überdurchschnittliche Verschuldung. Bad Alexandersbad und Weißenstadt weisen eine 2,5- bzw. 3-fache Pro-Kopf-Verschuldung im Vergleich zum bayerischen Durchschnitt auf.

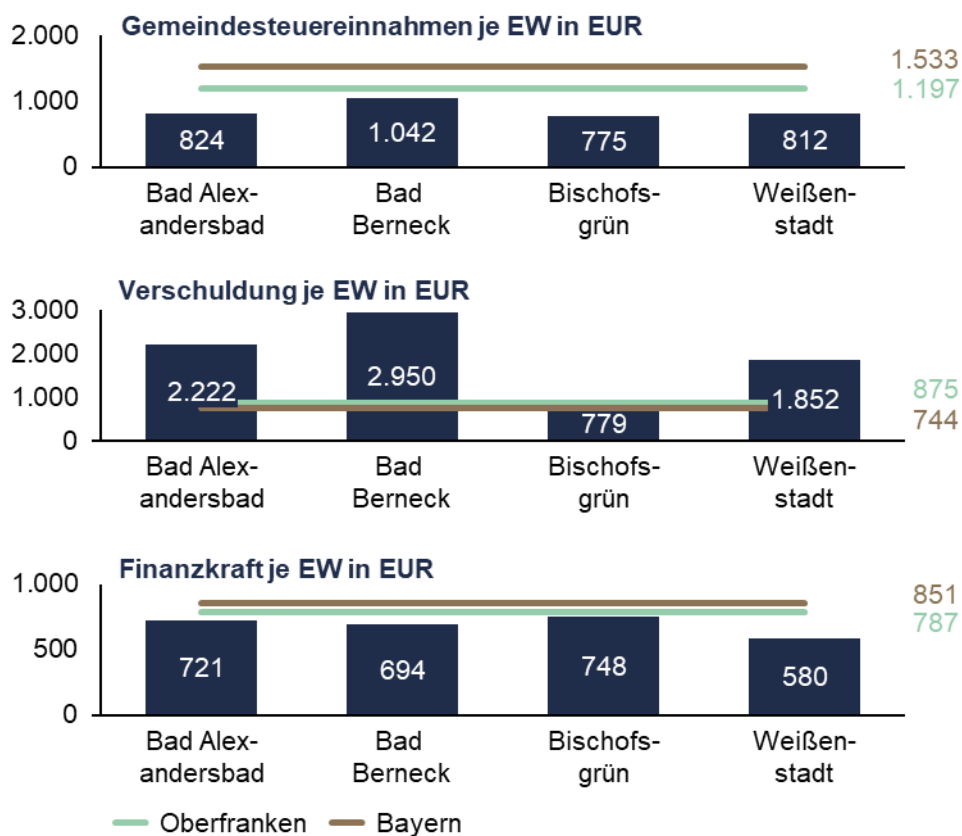


Abbildung 9: Kennzahlen zur Wirtschaftskraft in den vier prädikatisierten Gemeinden, 2018

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020b, 2020c, 2020d, eigene Darstellung

2.1.3.3 Tourismus

Auch hinsichtlich des Tourismus bedarf es der kleinräumigen Analyse auf Ebene der einzelnen Kur- und Erholungsorte. Analog der Vorjahre zeigen sich für das Jahr 2018 in Bischofsgrün (166.878) und Weißenstadt (164.264) deutlich höhere Übernachtungszahlen als in Bad Alexandersbad (58.587) und Bad Berneck (26.053) (Abbildung 10). Da in der amtlichen Tourismus-Erhebung auch Übernachtungen von in Vorsorge- und Rehabilitationskliniken untergebrachten Personen inkludiert werden (Statistisches Bundesamt 2019), beinhalten die Zahlen auch die Patienten der Höhenklinik in der Gemeinde Bischofsgrün. Insgesamt verzeichneten die vier betreffenden Gemeinden 415.782 Gästeübernachtungen im Jahr 2018. Im Verhältnis zu allen Gästeübernachtungen in prädikatisierten bayerischen Gemeinden⁴ (56.378.673) entspricht dies einem Anteil von 0,7% (Bayerisches Landesamt für Statistik 2019). Während sich in Weißenstadt seit dem Jahr 2016 eine deutlich positive Entwicklung der Übernachtungszahlen zeigt, ist diese in Bad Alexandersbad und Bad Berneck weniger stark ausgeprägt und in Bischofsgrün leicht rückläufig um

⁴ Inkludiert sind Mineral- und Moorbäder, Heilklimatische Kurorte, Kneippkurorte, Kneippheilbäder, Luftkurorte, Erholungsorte jeweils aller Quartiersgrößen.

2,5 %. Betrachtet man die Entwicklung in Bischofsgrün ohne die stabilen Übernachtungszahlen der Höhenklinik⁵, zeigt sich ein sogar ein Rückgang an Gästeübernachtungen um 4,1 %.

Wesentliche Unterschiede zeigen sich auch für die durchschnittliche Aufenthaltsdauer, die sich aus dem Quotienten von Gästeübernachtungen und Gästeankünften ergibt. Während diese in Bischofsgrün über die vergangenen Jahre auf 6,2 Tage gestiegen ist, zeigt sich eine rückläufige Tendenz in Weißenstadt (3,8 Tage im Jahr 2018), welche auf eine deutliche Zunahme eher kürzerer Aufenthalte mit Bezug zum Siebenquell GesundZeitResort⁶ zurückzuführen ist. In Bad Alexandersbad und Bad Berneck verweilten Gäste vergleichsweise kürzer.

⁵ Unter Annahme einer 95-prozentigen Auslastung bei 200 Betten und ganzjähriger Belegung werden jährlich 69.350 Übernachtungen zugrunde gelegt.

⁶ Nachfolgend Siebenquell genannt

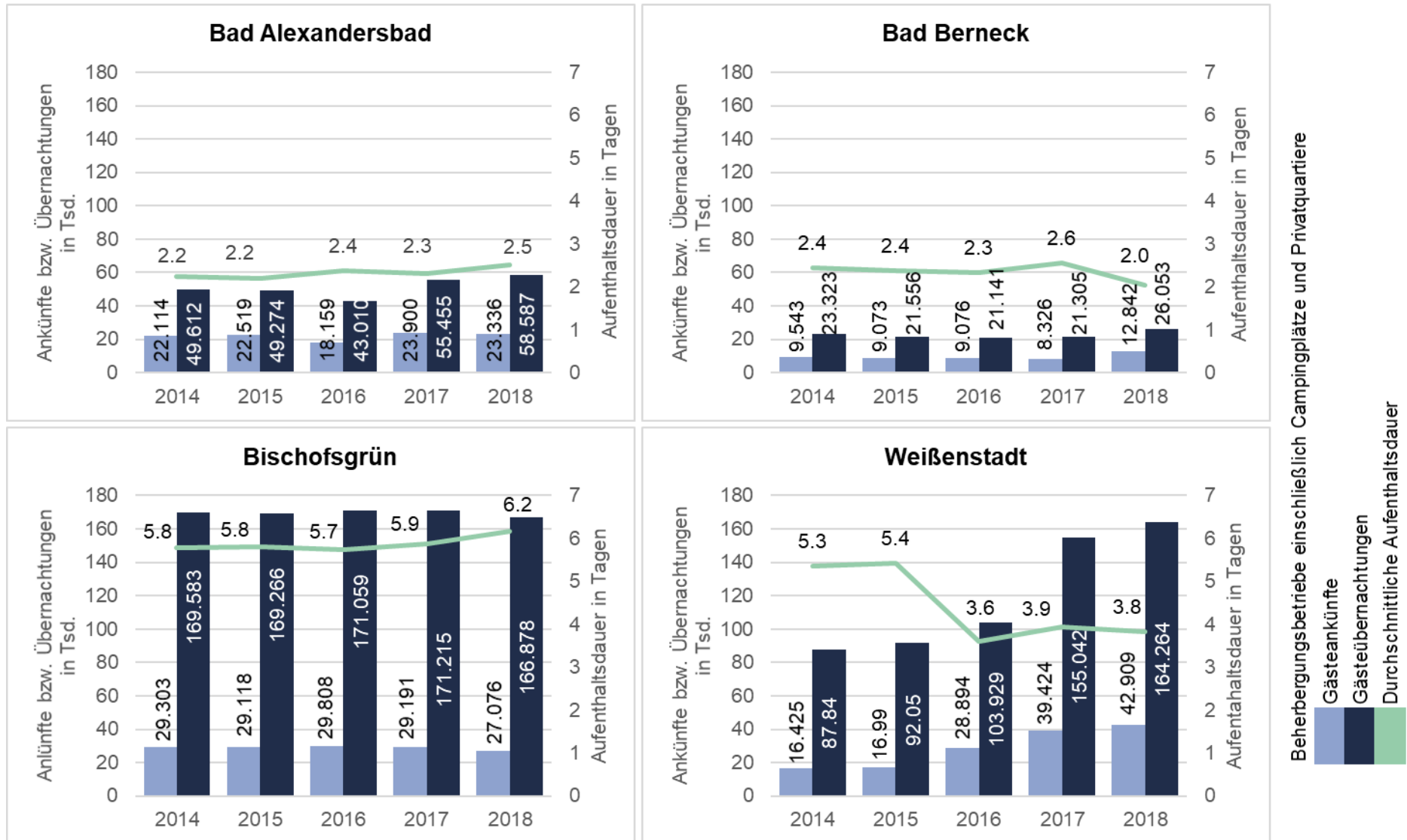


Abbildung 10: Gästeankünfte und -übernachtungen sowie Aufenthaltsdauer in den vier prädikatisierten Gemeinden, 2014–2018

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2019, eigene Darstellung

2.2 Erfassung relevanter Strukturen vor Ort

Bei der Erfassung relevanter Strukturen wechselt je nach Bereich die Betrachtungsebene. Während beispielsweise bei medizinischen Angeboten die hausärztliche Versorgung recht kleinteilig geplant wird, sind Fragen der akutstationären Versorgung in größeren regionalen Einheiten zu untersuchen.

2.2.1 Touristische Infrastruktur und gesundheitstouristische Angebote in den vier prädikatisierten Gemeinden

Die vier Gemeinden bieten unterschiedliche Übernachtungsmöglichkeiten aller Preisklassen wie Pensionen, Ferienwohnungen und -häuser, Hotels, Gasthöfe oder Privatzimmer. Die Gemeinden informieren auf ihren jeweiligen Webseiten über die Gastgeber vor Ort. Den Großteil der Unterkünfte machen Gästehäuser und Pensionen aus. Zudem bieten Bischofsgrün und Weißenstadt Campingmöglichkeiten. Weiterhin verfügen die betrachteten Gemeinden über sechs Hotels, die mit drei bis vier Sternen ausgezeichnet sind und über fünf Pensionen bzw. Gasthöfe, die ebenso mit drei bis vier Sternen ausgezeichnet sind. Speziell im Segment Gesundheit und Wellness verfügt Weißenstadt über zwei hochklassige 4-Sterne Wellnessunterkünfte, die mit einer Auslastung von 80% bzw. 90% ein hohes Gästeaufkommen verzeichnen. Das Weißenstädter Siebenquell ist zudem mit dem Traveller Review Award 2020 ausgezeichnet worden. Die aufgeführten Hotels bieten diverse Angebote mit gesundheitlichem Bezug (die auch in Form eines Pauschalurlaubs buchbar sind) in den Bereichen Wandern, Radfahren, Fasten, Wintersport oder Entspannung. Bisher werden diese jedoch isoliert voneinander angeboten. Eine ganzheitliche Vernetzung bzw. Kooperation einzelner Akteure hat bisher selten stattgefunden.

Die Mehrzahl der Unterkünfte in der Region sind besagte Pensionen oder Gästehäuser, welche selten auf den gängigen Buchungsportalen zu finden sind. Entsprechend fehlen Gästebewertungen, Empfehlungen oder Vergleichsmöglichkeiten für die Gäste. Zwar informieren die Gemeinden auf deren Internetseite über Ferienwohnungen, die nach den Klassifizierungskriterien des Deutschen Tourismusverbandes e.V. bewertet wurden, Auskünfte über Gästeerfahrungen, Auszeichnungen oder Zertifizierungen sind bei der Suche nach Unterkünften in den jeweiligen Gemeinden jedoch nicht ersichtlich. Die fehlenden Unterkunftsbewertungen erschweren eine mögliche Beurteilung des Preis-Leistungs-Verhältnisses für die potenziellen Gäste.

Im Bereich der Gastronomie sticht besonders das Projekt „essbares Fichtelgebirge“ hervor, bei dem IHK-zertifizierte Kräuterköche Gerichte aus Kräutern der Region kochen. In den betrachteten Gemeinden bieten bspw. der Gasthof Puchtlers Deutscher Adler in Bischofsgrün sowie das Hotel Goldener Hirsch in Bad Berneck ihren Gästen Gerichte aus der Kräuterküche.

Der Großteil des angebotenen Gerichtsspektrums der vier Gemeinden lässt sich unter gut bürgerlicher deutscher Küche zusammenfassen. Vereinzelt finden sich Gerichte aus der mitteleuropäischen Küche sowie Steakhäuser. Zudem bieten vereinzelte Hotels Pauschalangebote im Bereich Basenfasten an.

Insgesamt lässt sich jedoch festhalten, dass die Gastronomie der vier Gemeinden bisher – abgesehen von den Gerichten aus der Kräuterküche – wenig gesundheitlichen Bezug hat. So profilieren sich die lokalen Gastronomien nicht oder lediglich kaum durch Bezug auf gesundheitsorientierte Ernährungsweisen, wie beispielsweise glutenfreie, laktosefreie oder vegane Kost.

In Bezug auf Barrierefreiheit ist vor allem Bischofsgrün gut aufgestellt. So bietet die Kommune ihren Gästen einen taktilen tastbaren Ortsplan, Gästeinformationen in Braille Schrift sowie einen rollstuhlgerechten Märchenwanderweg. Zudem bietet das Hotel Gasthof Siebenstern barrierefreie Einrichtungen für Rollstuhlfahrer und gehbehinderte Menschen sowie für blinde Gäste, die mit der bundesweiten Kennzeichnung „Reisen für alle“ ausgezeichnet wurden. Als zusätzliches Angebot bietet das Hotel den Gästen begleitete Blindenwanderungen. Die zertifizierten Kur- und Tourist- Informationen der Kommunen Bischofsgrün und Weißenstadt sind für gehbehinderte Personen und Rollstuhlfahrer zugänglich. Bad Alexandersbad bietet seinen Gästen barrierefreie Schlossterrassen. Sehbehinderte Gäste der Kommune Bad Berneck können den Ort anhand eines Hörspaziergangs akustisch kennenlernen.

Einige Ferienwohnungen in den einzelnen Kommunen sind barrierefrei zugänglich. Insgesamt ist das bestehende barrierefreie Angebot jedoch kaum auf gesundheitsbezogene Angebote für Menschen mit Einschränkungen ausgerichtet.

Im Bereich der gesundheitstouristischen Produkte und Programme verfügt das Fichtelgebirge und die vier Gemeinden über ein breites Spektrum an Freizeit- und Sportangeboten. Ein durchaus erfolgreiches Angebot der Region ist das Programm „Fit4Life“, welches durch eine Kooperation zwischen Bischofsgrün, Fichtelberg, Mehlmeisel und Warmensteinach ins Leben gerufen wurde. Entwickelt wurde das Programm von Dr. Klaus-Peter Behnke, Chefarzt der Höhenklinik Bischofsgrün, den niedergelassenen Ärzten vor Ort sowie Dr. Stefan Pecher, Teamarzt für Nordische Kombination und Skisprung des Deutschen Skiverbandes. Durch Pauschalangebote bestehend aus Übernachtung in Pensionen oder Hotels vor Ort und einem begleitenden Sportprogramm inklusive medizinischem Check Up und ärztlicher Abschlussbesprechung, soll insbesondere die Zielgruppe der „aktiven, gesundheitsorientierten Menschen“ angesprochen werden. Durch die medizinische Komponente grenzt sich das Programm von einem Wellnessangebot ab und stellt Prävention und Gesundheit der Gäste in den Vordergrund.

Daneben bietet die Region eine Vielzahl an Sportmöglichkeiten. Von Nordic Walking über Mountainbiken, Rodeln, Klettern bis hin zum Wandern existieren durch die vielfältige Landschaft und

die großflächige Natur mit insgesamt sieben Naturparks in unmittelbarer Nähe eine große Anzahl an Angeboten. Insbesondere Bischofsgrün positioniert sich dabei mit seinen Themenwanderungen und Heilklima Wanderwegen als Wanderzentrum der Region. Neben den vielfältigen Angeboten im Bereich Natur und Sport bieten die vier Orte im Fichtelgebirge weitere Merkmale, die für eine gesundheitstouristische Fokussierung von Vorteil sind.

So wirbt Bischofsgrün bspw. zusätzlich mit einem öffentlich zugänglicher Energieplatz. Bad Berneck verfügt über einen Kurpark, Wälder mit Waldwanderwegen und zählt mit seiner Burgenlandschaft als attraktiver Ort für Kulturinteressierte. Bad Alexandersbad bietet einen historischen Ortskern, auf dem sich unter anderem der Sitz der Freien Akademie für Osteopathie (FAFO) sowie der Bundesverband Osteopathie e.V. (BVO) befindet. In Weißenstadt ist neben der Altstadt und den denkmalgeschützten Gebäuden der Weißenstädter See das Wahrzeichen des Ortes. Dieser ist auch der Standort für das Kurzentrum, auf das im nächsten Kapitel detaillierter eingegangen wird. Auch wurde hier der Förderverein Rogg-In ins Leben gerufen, welcher sich primär mit der Roggkultur und deren Bedeutung für eine gesunde Ernährung befasst.

2.2.2 Kurangebote

2.2.2.1 Allgemeines und Abgrenzung

In Bayern können Gemeinden oder Gemeindeteile als Kurort, Luftkurort oder Erholungsort auf der Grundlage von Art. 7 Abs. 5 des Kommunalabgabengesetzes (KAG) und der dazu erlassenen Bayerischen Anerkennungsverordnung (BayAnerkV) staatlich anerkannt werden (Abbildung 11). Gemäß § 1 BayAnerkV sind Kurorte in verschiedene Prädikate unterteilt (Heilbad, Keippheilbad, Kneippkurort, Schrothheilbad, Schrothkurort, Heilklimatischer Kurort oder Ort mit Heilquellen-, Heilstollen- oder Perloid-Kurbetrieb). Anerkannte Kurorte werden als hochprädikatisiert bezeichnet, wohingegen Luftkurorte und Erholungsorte als prädikatisiert charakterisiert werden.

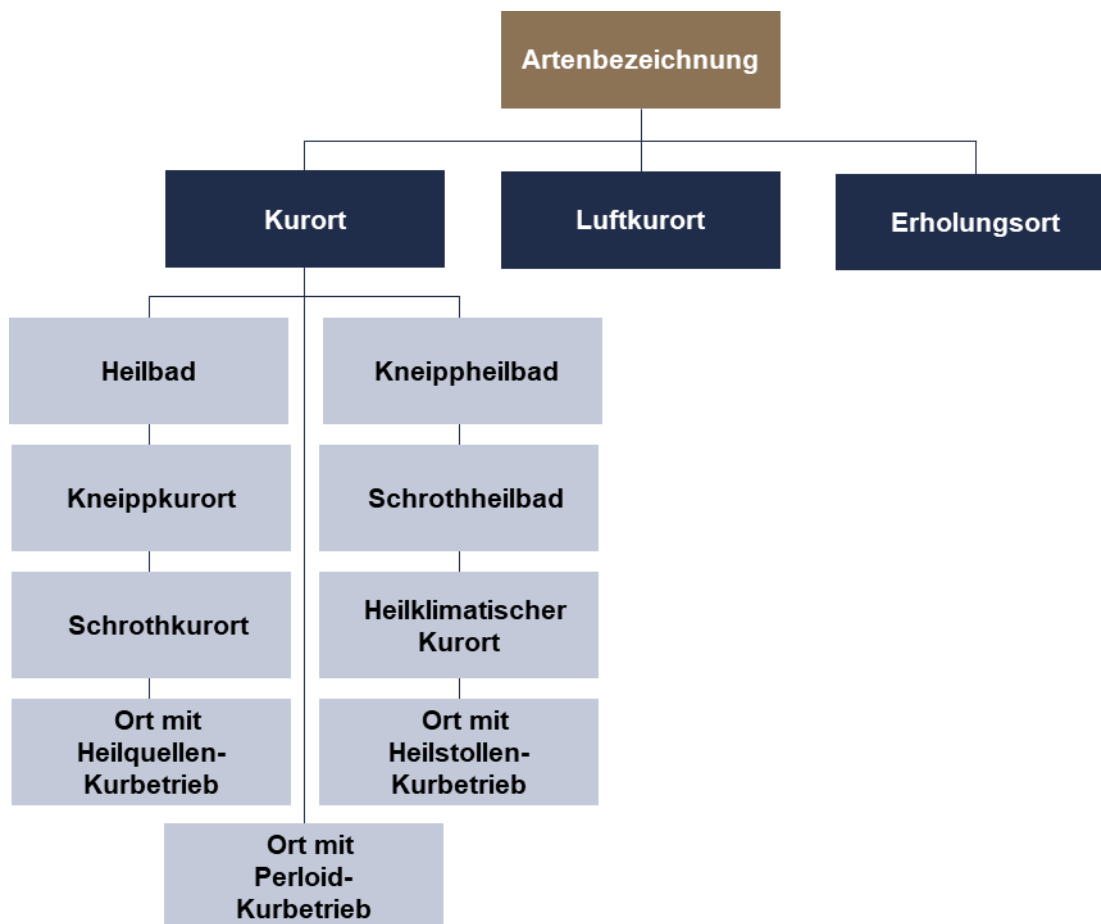


Abbildung 11: Artenklassifizierung der Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte in Bayern

Quelle: BayAnerkV, eigene Darstellung

Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte zeichnen sich einerseits durch ihr touristisches Angebot und andererseits durch ihren gesundheitsfördernden und erholungsfördernden Ortscharakter aus. Während für Luftkurorte, Erholungsorte, Heilquellen und Heilbrunnen salutogenetische Zielsetzungen ausschlaggebend sind, stehen für Kurorte und Heilbäder darüber hinaus auch kurtherapeutische Behandlungen von speziellen Krankheits- oder Beschwerdebildern im Fokus. Dabei versteht sich die medizinische Kur in Heilbädern und Kurorten als „eine komplexe, ärztlich geleitete Übungsbehandlung zur Vor- und Nachsorge (Prävention und Rehabilitation) und eine kurative Behandlung für geeignete chronische Krankheiten und Leiden während bestimmter Phasen in einem länger dauernden Krankheitsverlauf. [...] Die Kur integriert interdisziplinär verschiedene Therapieformen mit der Behandlung durch natürliche Heilmittel des Bodens, des Klimas und des Meeres. Sie harmonisiert biologische Grundfunktionen des Lebens und ist in den einzelnen Kurorten methodengerecht auf bestimmte Krankheiten und krankheitsbedingte Behinderungen und die damit einhergehenden speziellen Funktions- und Regulationsschwächen dieser Krankheiten fach- und indikationsspezifisch ausgerichtet“ (DHV und DTV 2005, S.20-21) .

Zur Erlangung der jeweiligen Anerkennung sind allgemeine und artspezifische Voraussetzungen gemäß BayAnerkV zu erfüllen. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Anerkennungsvoraussetzungen der Prädikate in den betreffenden vier Gemeinden der Region.

Voraussetzungen für die Anerkennung der Prädikatisierung (Auszug)	
Heilklimatischer Kurort Bischofsgrün	<ul style="list-style-type: none"> • Hebt sich deutlich vom Luftkurort ab • Therapeutisch anwendbares Klima, bestätigt durch entsprechende Gutachten: Analyse des Bioklimas, Gutachten zur Verunreinigung der Luft sowie medizinisch-klimatologische Beurteilung • Artgemäße Kureinrichtungen, etwa zur Klimakur und ein Frei- und Hallenbad • Kurortcharakter mit „Kurort-Flair“ und einwandfreie Ortshygiene • Angebot an medizinischer bzw. fachlicher Betreuung der Kurgäste
Kneippheilbad Bad Berneck	<ul style="list-style-type: none"> • Kneippkurort-Prädikat seit mindestens 10 Jahren • Umfassendes Angebot an Kureinrichtungen und mehr als drei geeignete Kneippkurortbetriebe • Leistungsangebote für aktivierende Behandlungsformen sowie kurmäßige Kneipptherapie • Angebot einer psychologischen Begleitung der Kurgäste • Haus des Gastes • Kneippkur bestimmend für den Fremdenverkehr
Mineral- und Moorheilbad Bad Alexandersbad	<ul style="list-style-type: none"> • Natürliche Heilmittel des Bodens in ausreichender Menge • Nachweis über bioklimatische und lufthygienische Verhältnisse • Medizinisch-balneologische Beurteilung des angewendeten Heilmittel • Bewährung des Heilmittels bereits vor der Anerkennung • Artgemäße Kureinrichtungen • Ortsbild mit „Kurflair“ und einwandfreie Ortshygiene
Erholungsort Weißensstadt	<ul style="list-style-type: none"> • Landschaftlich bevorzugte und klimatisch günstige Lage und geeignete lufthygienische Verhältnisse • Angemessener Ortscharakter und einwandfreie Ortshygiene • Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und Erholung

Tabelle 1: Voraussetzungen und charakteristische Merkmale der Prädikate in den vier prädikatisierten Gemeinden

Quelle: STMI 2017a, 2017b, 2017c, 2017d

2.2.2.2 Kurangebote in den vier Gemeinden

Die vier betreffenden Gemeinden sind als Kurorte bzw. als Erholungsort seit Mitte der 1970er Jahre (Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Weißensstadt) bzw. 1992 (Bischofsgrün) staatlich anerkannt (Tabelle 2).

Kurort	Art-bezeichnung	Anerkennung / Rezertifizierung	Auswahl profildbildender Einrichtungen
Bad Alexandersbad	Heilbad (Mineral und Moor)	15.12.1976	Gesundheitszentrum ALEXBAD Eröffnung: 2017 Angebot: Panoramabad, Sauna, Bäder, Packungen, Physiotherapie, Massagen & Kosmetik, Trainingspark, Kursprogramm In Verbindung mit IGM: Kneippen, Waldbaden und verschiedene Vorträge Nordic Walking Park 2 Kurärzte
Bad Berneck	Kneippheilbad	23.01.1976	Kneipp- und Gesundheitshaus Radus Angebot: Physiotherapie, Sauna, med. Fitnessstudio, Massagen/ Fango/ Therapie, Kneipp-Wohlfühl- und Gesundheitswoche Therapiezentrum ErLoLe Angebot: Logopädie, Ergo- und Lerntherapie 1 Kurarzt
Bischofsgrün	Heilklimatischer Kurort	15.12.1992 Rezert.: 2018	Höhenklinik Natur-Kneipp-Anlage Heilklimapark 2 Kurärzte
Weißenstadt	Erholungsort mit Heilquellenkurbetrieb	02.06.1975	Siebenquell® GesundZeitResort **** Eröffnung: Herbst 2016 Konzept: Entschleunigung – Bewegung – Ernährung – Business Relax – Gesundheitsförderung im Unternehmen Betten- und Zimmeranzahl: 224 Betten in 124 Zimmer Zielgruppe: Ü40 und jünger Angebot: Gastronomie, GesundZeitReise, Wasser- und Saunawelt, Fitnessstudio, Physiotherapie, Beauty&Spa, Medical Wellness Kurzentrum Weißenstadt am See **** Eröffnung: 2007, seit November 2011 als staatlich anerkannter Heilquellenkurbetrieb anerkannt Konzept: „Gesundheit erleben, Wohlfühlen und Erholen“ Betten- und Zimmeranzahl: 203 Betten in 126 Zimmern Zielgruppe: Ü60 Angebot: Gastronomie, Bade- und Saunalandschaft, Therapie- und Fitnessangebot, zahlreiche klassische Wellness- und Kur Angebote, spezielle Radon- und Ganzkörperkältetherapien

Tabelle 2: Kurangebote in den vier prädikatisierten Gemeinden (Auswahl)

Quelle: Gemeinde Bad Alexandersbad 2020; IfL-Fichtelgebirge 2020; Bayerischer Heilbäder-Verband 2018; Kneipp- und Gesundheitshaus "radus" o. J.; Siebenquell GesundZeitResort 2020; Gesundheitshotel Weißenstadt o. J.; Gemeinde Bad Alexandersbad o. J.a

Während das Kurzentrum Weißenstadt am See bereits als Heilquellenkurbetrieb anerkannt ist, wird dies für das Siebenquell derzeit angestrebt. Letzteres ist ein wichtiger weiterer Baustein im Bemühen, dass Weißenstadt eine höhere Prädikatisierung erhält und als Kurort eingestuft wird.

Bischofsgrün verfügt über zwei Kurärzte, die gemeinsam in einer Praxis tätig sind, während das benachbarte Bad Berneck über einen Kurarzt verfügt (Gemeinde Bischofsgrün o. J.; Stadt Bad

Berneck o. J.). Die in Abbildung 12 aufgeführten zwei Allgemeinmediziner in Bad Alexandersbad sind gleichzeitig auch Kurärzte (Gemeinde Bad Alexandersbad o. J.a). Die prädikatisierten Gemeinden können hinsichtlich spezifischer Heilanzeigen charakterisiert werden (Tabelle 3). Die Heilanzeigen sind dabei als Oberbegriffe für die verschiedenen Krankheiten zu verstehen. So fallen unter die Heilanzeige Verdauungssystem beispielsweise Krankheiten wie Reizmagen, chronische Gastritis oder Gallensteinleiden.













Heilanzeigen nach Erkrankungen folgender Organsysteme und Fachbereiche	 Übergewicht	 Krankheiten des Verdauungssystems	 Beschwerden von Nieren, Harnwegen oder Prostata	 Rheuma, Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen	 Herz-Kreislauf-Erkrankungen	 Burnout, Stressfolgen, Erschöpfungszustände	 Hauterkrankungen	 Frauenleiden	 Diabetes und Stoffwechselstörungen	 Atemwegserkrankungen	 Allergien	 Psychosomatische Erkrankungen
Bad Alexandersbad	■	■	■	■	■	■	■	■				
Bad Berneck	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■	
Bischofsgrün					■				■	■		■
Weißenstein	■	■		■	■	■	■		■	■		■

Tabelle 3: Heilanzeigen in den vier prädikatisierten Gemeinden

Quelle: BHV o. J., eigene Darstellung

Durch die Übersicht wird ersichtlich, dass alle vier Gemeinden Maßnahmen im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen anbieten. Darüber hinaus gibt es auch für andere Heilanzeigen mehrfache Überschneidungen. Lediglich für die Bereiche Allergien, psychosomatische Erkrankungen, Harnwegserkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems haben maximal zwei der vier Gemeinden ausreichend therapeutische Maßnahmen zu bieten. Dies kann bereits einen ersten Anhaltspunkt liefern, in welche Richtung die Profilbildung der Region Fichtelgebirge entwickelt werden kann.

2.2.3 Höhenklinik

Wie bereits dargestellt, ist die Höhenklinik in vielerlei Hinsicht von zentraler Bedeutung für die Region. Auch im Bereich der Kur gibt es konkrete Verknüpfungspunkte wie z.B. durch das Angebot „Fit4life“, welches in das für den Heilklimatischen Kurort Bischofsgrün relevante Angebotsspektrum fällt. Zugleich ist nach aktuellem Stand und auf Basis der vorliegenden Informationen nicht davon auszugehen, dass durch die Schließung der Höhenklinik Angebote nicht mehr erbracht werden könnten, die eine Voraussetzungen für die Prädikatisierung darstellen.

2.2.4 Medizinisch-pflegerische Versorgung

2.2.4.1 Hausärztliche und allgemeine fachärztliche Versorgung

Folgend werden in Abbildung 12 Kennzahlen zur Beurteilung der ambulanten vertragsärztlichen Versorgungsstruktur der Region dargestellt. Dabei wird auf jene Arztgruppen fokussiert, die den Versorgungsebenen der hausärztlichen oder allgemeinen fachärztlichen Versorgung zugeordnet sind. Hingegen werden die spezialisierte fachärztliche Versorgung sowie die gesonderte fachärztliche Versorgung nicht betrachtet, da hier keine kleinräumigen Analysen möglich sind.

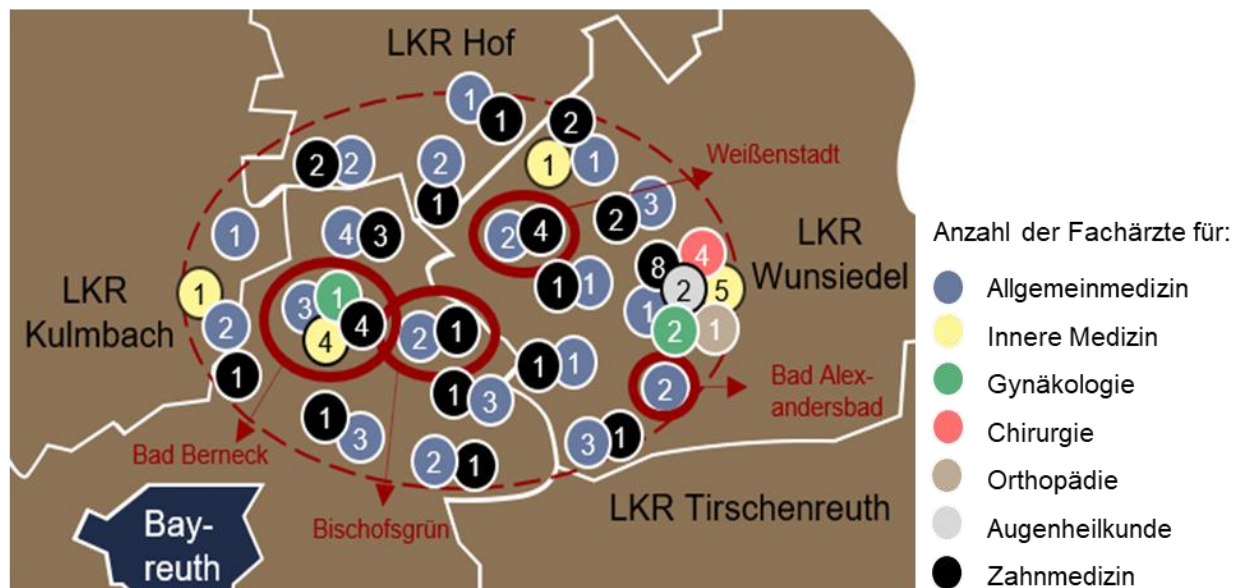


Abbildung 12: Überblick über die Anzahl der Fachärzte im Umfeld der vier prädikatisierten Gemeinden

Quelle: Weisse Liste 2020, eigene Darstellung

Innerhalb der **hausärztlichen Versorgung** liegt der bayerische Durchschnitt bei einer Arztdichte von 71 Ärzten je 100.000 Einwohner. Während die Städte Hof und Bayreuth mit jeweils über 80 Hausärzten je 100.000 Einwohner über dem bayerischen Durchschnitt liegen, zeigen sich für die südlicheren Landkreise geringere Werte. Insbesondere Tirschenreuth verfügt mit 59 Hausärzten je 100.000 Einwohner über ein weniger dichtes hausärztliches Versorgungsangebot (KBV 2020b) (Abbildung 13).

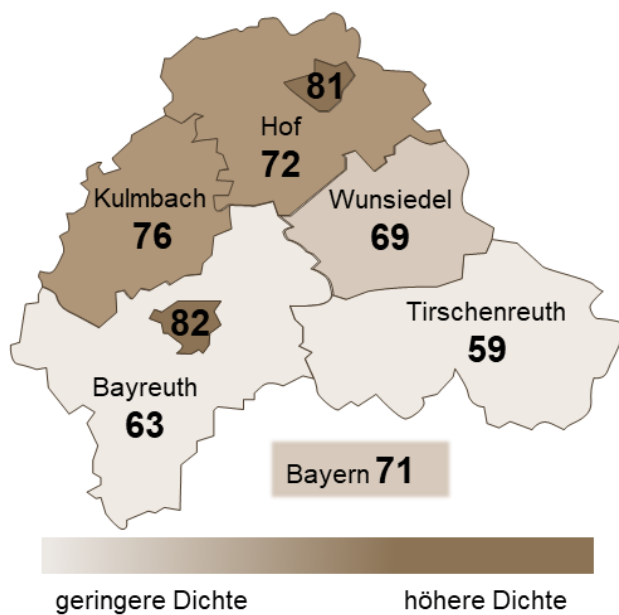


Abbildung 13: Hausarzt-dichte (Ärzte je 100.000 Einwohner) in der Region Fichtelgebirge, 2019

Quelle: KBV 2020b, eigene Darstellung

Zur Bewertung der Versorgungslage in einer Region durch die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen wird der Versorgungsgrad herangezogen. Dieser vergleicht das Ist-Niveau des tatsächlichen Einwohner-Arzt-Verhältnisses mit dem Soll-Niveau der Verhältniszahl (KBV 2020a). Für die hausärztliche Versorgung kann für die Planungsbereiche Wunsiedel/Marktrechwitz und Tirschenreuth auf Basis des Jahres 2018 mit Werten um 94 % eine drohende Unterversorgung festgestellt werden (Abbildung 14). Für andere Planungsregionen des definierten Gebietes Fichtelgebirge zeigen sich hingegen Werte über 110 %, wobei mit diesem Wert grundsätzlich die Sperrung eines Planungsbereiches im Sinne der Zulassung verbunden ist. Planerisch wird damit unterstellt, dass die bedarfsgerechte hausärztliche Versorgung sichergestellt ist.

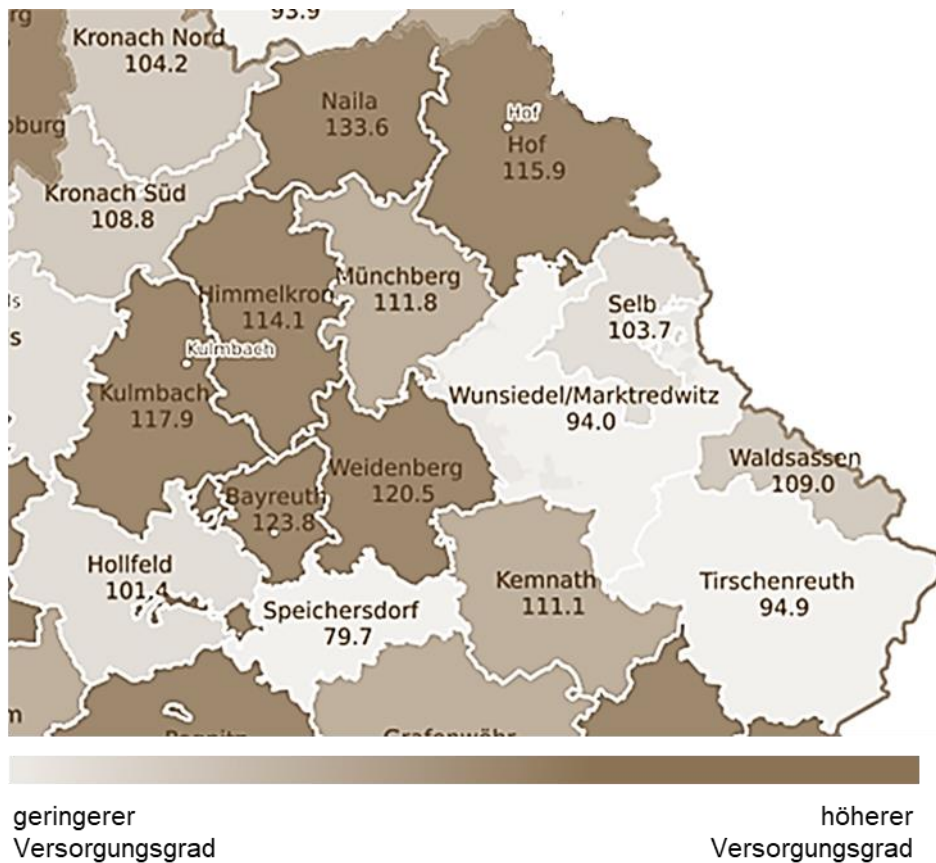


Abbildung 14: Versorgungsgrade der Hausärzte in der Region Fichtelgebirge, 2018

Quelle: KBV 2020e, eigene Darstellung

Hinsichtlich der Altersstruktur in der Region Fichtelgebirge zeigt sich ein Durchschnittsalter der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte von 54 Jahren in Stadt und Landkreis Bayreuth bis hin zu vergleichsweise überdurchschnittlichen 60 Jahren im Landkreis Hof (Abbildung 15). In den Landkreisen Tirschenreuth, Wunsiedel und Hof ist der Anteil der über 65-jährigen Hausärzten mit bis zu 30% wesentlich höher als der bayerische Durchschnitt. Dies deutet auf ein zeitnahes altersbedingtes Ausscheiden betreffender Ärzte hin. In Abhängigkeit etwaiger Nachbesetzungen können sich daraus erhebliche Lücken in der hausärztlichen Versorgungsstruktur ergeben.

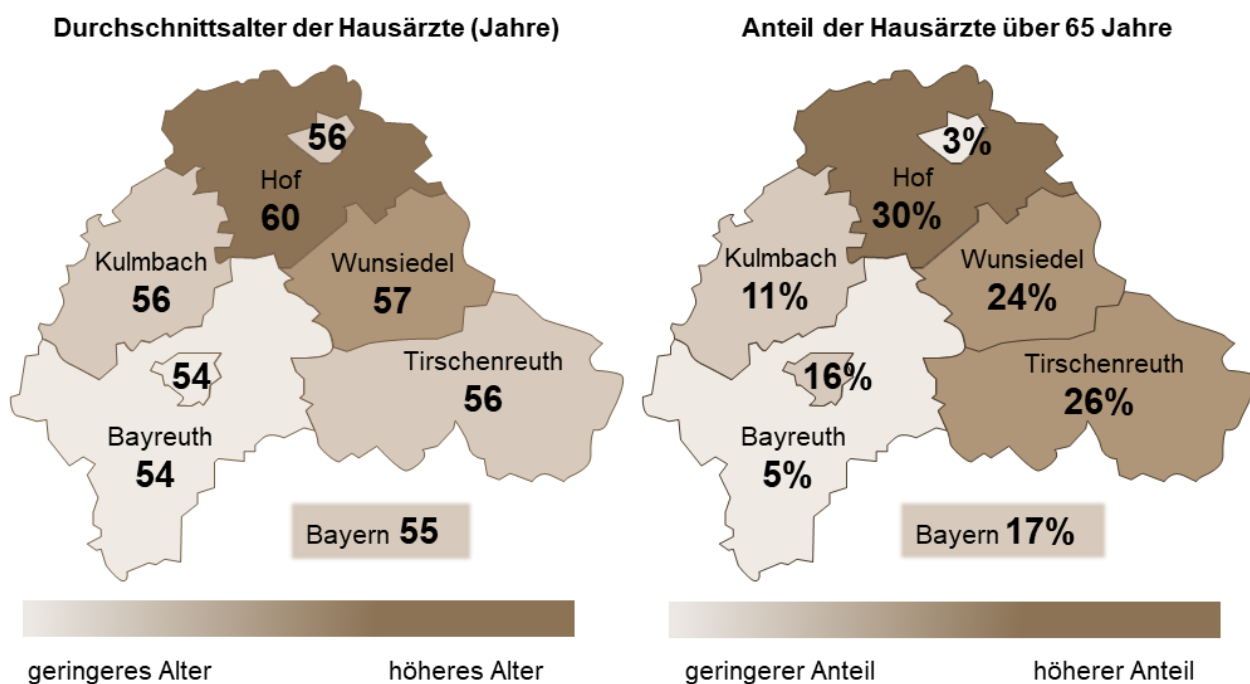


Abbildung 15: Altersstruktur der Hausärzte in der Region Fichtelgebirge, 2019

Quelle: KBV 2020d, 2020c, eigene Darstellung

Bezüglich der **allgemeinen fachärztlichen Versorgung** kann basierend auf der für 2018 ermittelten Versorgungsgrade (Tabelle 4) für die der definierten Region zugeordneten Planungsbereiche eine weitestgehend bedarfsgerechte Versorgung attestiert werden. Aufgrund des vergleichsweise hohen Anteiles der über 65-jährigen Fachärzte etwa im Landkreis Wunsiedel zeichnet sich dennoch ein zeitnaher Handlungsbedarf ab. Ausführliche Darstellungen zur Altersstruktur der Ärzte können den Anlagen 3–5 entnommen werden.

Arztgruppe	Stadt & LKR Bayreuth	Stadt & LKR Hof	LKR Kulmbach	LKR Tirschenreuth	LKR Wunsiedel
Augenärzte	147,6	130,9	133,5	122,5	123,3
Chirurgen	256,9	193,3	163,5	135,2	158,9
Frauenärzte	152,1	134,2	118,2	117	135,4
HNO-Ärzte	142,9	132,1	174	129,7	84,4
Hautärzte	134,6	109,6	163,1	108,5	104,7
Kinderärzte	170,9	167,6	163	103,1	185,1
Nervenärzte	171,4	149,8	169,8	126,9	122,8
Orthopäden	193,5	171,2	161,8	112,9	124,7
Psychotherapeuten	113	104,2	127,9	112,1	120,9
Urologen	130	151	122,8	124,8	170,9

Tabelle 4: Versorgungsgrade der allgemeinen fachärztlichen Versorgung (in %, Jahr 2018) in den Planungsregionen der Region Fichtelgebirge

Quelle: KBV 2020e, eigene Darstellung

2.2.4.2 Akutstationäre Versorgung

Im unmittelbaren Umfeld der vier Kur- bzw. Erholungsorte wird eine Reihe von Krankenhausstandorten unterschiedlicher Versorgungsstufen betrieben (Abbildung 16) (StMPG 2020). Während die Klinik Münchberg eine Grundversorgung stellt, geht das Leistungsspektrum der übrigen Standorte deutlich über dieses hinaus. Etwa das Klinikum Bayreuth bildet als Krankenhaus der höchsten Versorgungsstufe ein vollumfängliches Leistungsspektrum für die Bevölkerung ab. Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung der Bevölkerung sind 30 PKW-Fahrzeitminuten bis zum nächsten Krankenhaus der Grundversorgung (Fachabteilung Innere Medizin und Chirurgie) zugrunde gelegt⁷ (G-BA 2018). Eine Fahrzeitanalyse zeigt, dass für weite Teile des Fichtelgebirges das nächstgelegene Krankenhaus in 10–30 Minuten zu erreichen ist. Dies impliziert, dass für die aufgezeigte Region aus Planungssicht keine Bedarfe an stationären Versorgungsstrukturen bestehen, die über die vorhandenen Angebote hinausgehen.

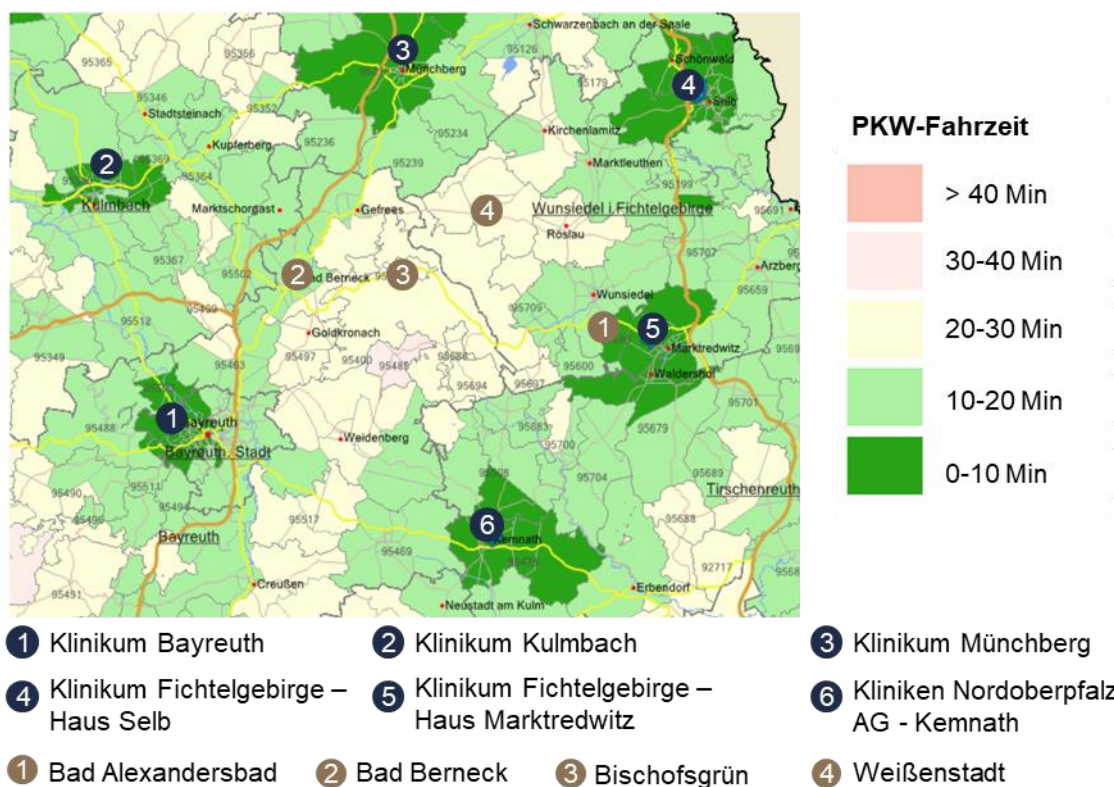


Abbildung 16: Krankenhausstandorte und deren Erreichbarkeit im Umfeld der Region Fichtelgebirge

Quelle: GKV-Spitzenverband 2020, eigene Darstellung

⁷ Um in dünn besiedelten Regionen ein stationäres Versorgungsangebot aufrechtzuerhalten und dort angesiedelte Kliniken wirtschaftlich zu unterstützen, hat der Gesetzgeber die Sicherstellungszuschläge eingeführt. Voraussetzungen für die Zuschlagsfähigkeit eines Krankenhauses sind 1) geringer Versorgungsbedarf (< 100 EW je km² im Versorgungsgebiet); 2) Gefährdung der flächendeckenden Versorgung (wenn durch Schließung des betreffenden Krankenhauses, zusätzlich mind. 5000 EW Pkw-Fahrzeiten von > 30 Minuten aufwenden müssen, um zum nächstgelegenen Krankenhaus zu gelangen) und 3) Vorhalten der Basisversorgung (Innere Medizin und Chirurgie und/oder Geburtshilfe/Gynäkologie u.a. (G-BA 2018).

2.2.4.3 Rehabilitative Versorgung

Im Umfeld der Höhenklinik befinden sich Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verschiedener Bettengrößen und Fachrichtungen (Abbildung 17). Im Stadtgebiet Bayreuth und damit in unmittelbarer Nähe zur Höhenklinik existieren zwei Kliniken: Die Klinik Herzoghöhe (DRV) sowie das MediClin Reha-Zentrum als Unternehmen der Asklepios Gruppe versorgen mit insgesamt 400 Betten ein breites Indikationsspektrum der Fachbereiche Innere Medizin, Onkologie, Neurologie, Orthopädie, Rheumatologie und Geriatrie. In den Landkreisen Kulmbach und Tirschenreuth sind jeweils zwei Einrichtungen zu verorten. Auch überregional zeigt sich eine große Anzahl an Einrichtungen.

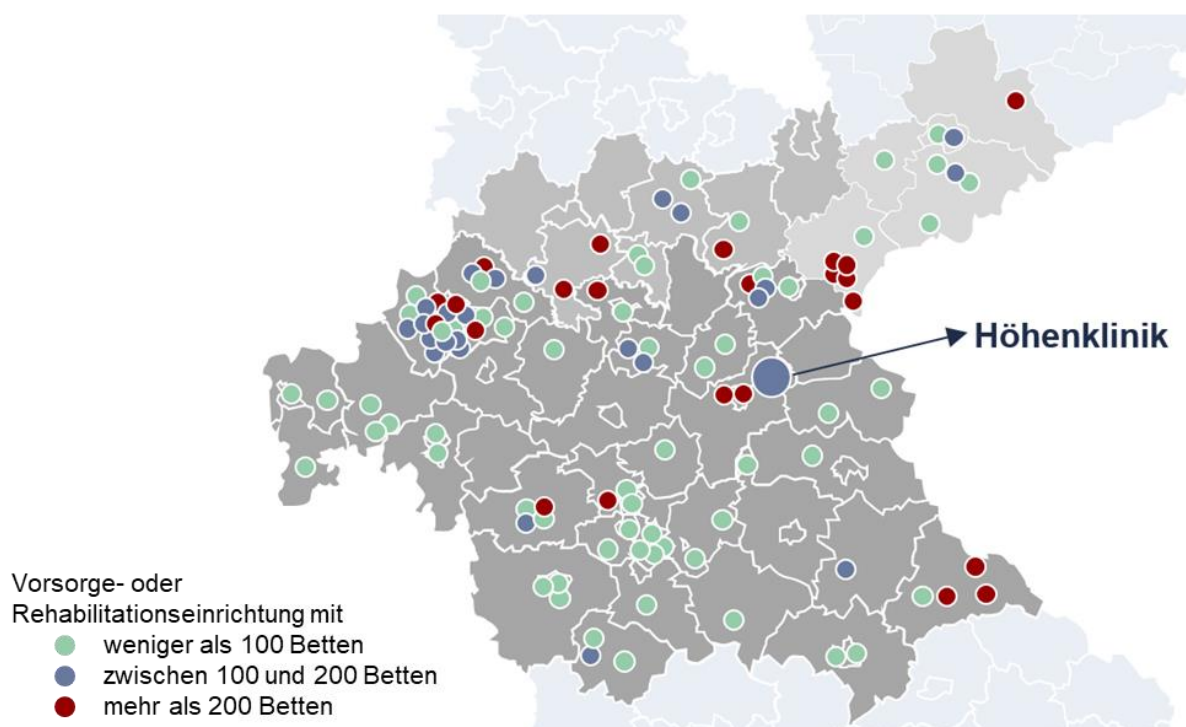


Abbildung 17: Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen überregional, 2017

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018c, eigene Darstellung

2.2.4.4 Pflegeangebote

Im unmittelbaren Umfeld der betreffenden Kur- und Erholungsorte besteht ein Versorgungsnetz von stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten (Abbildung 18). Hinsichtlich der Kurzzeitpflege konnten darin nur Einrichtungen mit eingestreuten flexiblen Kurzzeitpflegeplätzen⁸ identifiziert werden, wobei deren Verfügbarkeit stark von der Auslastung in den betreffenden

⁸ Kapazitäten für die Kurzzeitpflege werden unterschieden in die Formen 1) solitäre Einrichtungen (in Einrichtungen, die ausschließlich Kurzzeitpflege anbieten), 2) „fixe“ Kurzzeitpflegeplätze (nur für Kurzzeitpflegeleistungen zur Verfügung stehende Plätze (feste Zweckbestimmung) und 3) eingestreute Kurzzeitpflegeplätze (Plätze in Einrichtungen der stationären Dauerpflege, die flexibel, im Rahmen freier Platzkapazitäten, auch für Kurzzeitpflege genutzt werden können) (Braeseke et al. 2019a).

vollstationären Pflegeeinrichtungen abhängig ist. Nach Braeseke et al. (2019b) gibt es über die betreffenden Landkreise und Städte der Region Fichtelgebirge hinweg im Jahr 2018 lediglich 12 fixe Kurzzeitpflegeplätze verteilt auf Stadt und Landkreis Bayreuth sowie Kulmbach; solitäre Kurzzeitpflegeplätze bestehen an keinem Ort. Insgesamt wird die Versorgungssituation der Kurzzeitpflege in Stadt und Landkreis Bayreuth sowie Landkreis Hof als deutlich nicht ausreichend und in den Landkreisen Wunsiedel, Tirschenreuth und Kulmbach und der Stadt Hof als nicht ausreichend beschrieben.

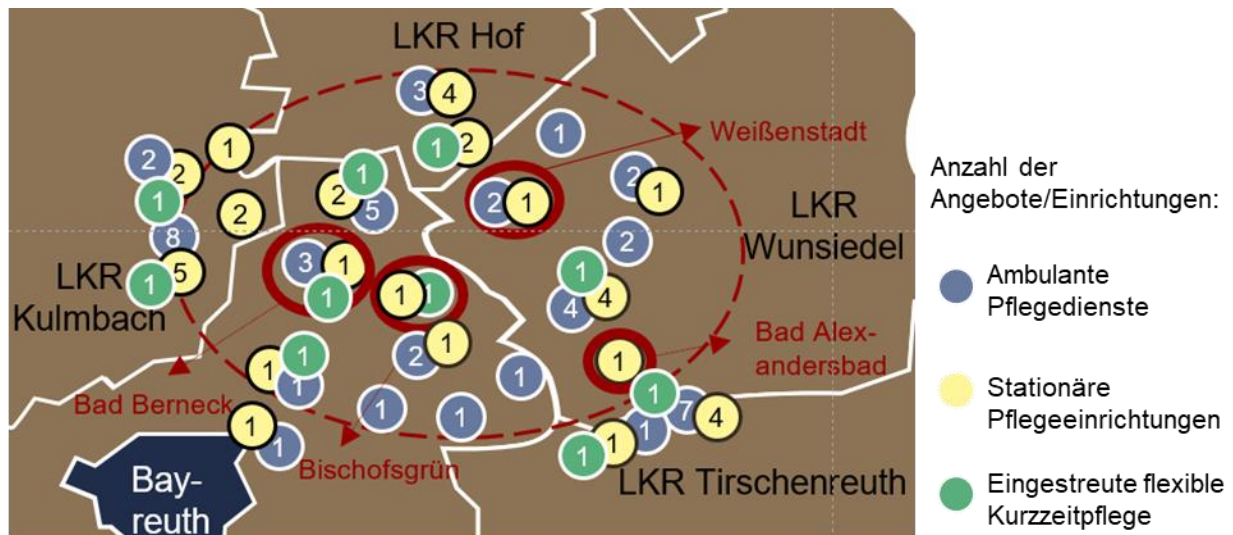


Abbildung 18: Pflegeangebote und -einrichtungen im Umfeld der vier prädikatisierten Gemeinden

Quelle: AOK 2020; BKK Dachverband 2020; ProAgeMedia; Wohnen im Alter 2020, eigene Darstellung

Aufgrund der steigenden Nachfrage an Kurzzeitpflegeplätzen bestehen Überlegungen, am Klinikum Fichtelgebirge - Haus Selb im Rahmen eines Modellprojektes eine Kurzzeitpflegestation mit bis zu 15 Plätzen aufzubauen (Martin Schöffel Bürgerbüro 2020).

2.2.5 Digitalisierung

Im Vordergrund stehen bisher vorrangig isolierte Initiativen. Bad Berneck entwickelte bspw. für seine Touristen die App „QR-Tour Bad Berneck und Goldkronach“ für eine QR-Tour durch die beiden Kommunen. Nach dem Download der App mit entsprechendem Datenmaterial, haben die Nutzer die Möglichkeit mit deren Smartphones oder Tablets internetunabhängig Stadtführungen zu unternehmen. Durch das Einscannen des QR-Codes, können Besucher Informationen zu verschiedenen Sehenswürdigkeiten der beiden Kommunen einsehen. Für Touristen ohne Smartphone bieten diverse Hotels sowie die Kur- und Touristeninformation Tablets zum Ausleihen an. Im Jahr 2016 zeichnete der ADAC die QR-Tour-App mit dem 2. Platz beim Bayerischen ADAC Tourismuspreis aus. Trotz des innovativen Angebots fiel die Nachfrage eher gering aus. Als

Grund dafür kann unter anderem das fehlende Budget für entsprechende Werbemaßnahmen angegeben werden. Da die App nicht mehr die benötigten Kriterien erfüllt, ist sie derzeit nicht mehr zum Download verfügbar. Tablets mit dem Datenmaterial können jedoch nach wie vor ausgeliehen werden.

Auch haben potenziell alle Vermieter der Region Zugang zu einer Online-Plattform. Die Option wird bisher jedoch nur von einem Teil der Anbieter und zum Teil nur in einem geringen Umfang genutzt. Eine echte umfassende Digitalstrategie, die eine weitgehende Integration unterschiedlicher digitaler Inhalte und Nutzungsmöglichkeiten erlaubt, existiert bisher noch nicht.

Im Jahr 2019 wurde der Landkreis Wunsiedel durch das Bundesministerium des Inneren als Modellregion für das Thema Smart City ausgewählt. Nun hat der Landkreis einerseits die Aufgabe in den kommenden Jahren Konzepte zur praktischen Unterstützung des Einzelnen im Alltag zu entwickeln und andererseits Ansätze zur Förderung der Region und der Zukunftsfähigkeit des ländlichen Raumes zu generieren. Insbesondere Themen wie der ÖPNV sind auch für den Tourismus von direkter Relevanz, weitere Felder wie Gesundheit fügen sich ebenfalls sehr gut ein. Eine Herausforderung liegt dabei jedoch in der weitgehenden Begrenzung des Förderansatzes auf den Landkreis Wunsiedel.

2.2.6 Organisationsstrukturen

Alle vier Gemeinden nehmen an unterschiedlichen Programmen und Initiativen zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Attraktivität ihres Standortes teil. Nachfolgend sollen einige Initiativen exemplarisch vorgestellt werden, um die aktive Zusammenarbeit der Gemeinden zu verdeutlichen.

Die „ILE Gesundes Fichtelgebirge“ ist in diesem Zusammenhang ein kommunaler Zusammenschluss der vier Gesundheitsorte des Fichtelgebirges: Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt. In diesem Rahmen wird auf regionaler Ebene in den Bereichen Gesundheitstourismus, Innenentwicklung, Daseinsvorsorge und Mobilität zusammengearbeitet (Tourismuszentrale Fichtelgebirge o. J.). Ganz allgemein ist die Integrierte Ländliche Entwicklung (ILE) ein Förderinstrument der Ämter für Ländliche Entwicklung (ArL), um ländliche Gemeinden, die sich freiwillig zusammenschließen, zu unterstützen, zu begleiten und gemeinsam zukunftsorientierte Konzepte für die jeweilige Region zu gestalten. Ziel ist es, ökonomische, ökologische oder soziale Projekte, die eine Gemeinde allein nicht realisieren könnte, gemeindeübergreifend zu planen und umzusetzen. Voraussetzung für den Erhalt einer Förderung im Rahmen von ILE ist eine erfolgreiche Bewerbung und Anerkennung als ILE-Region. Dafür muss eine Region zunächst ein integriertes ländliches Entwicklungskonzept (ILEK) erstellen. Die Umsetzung der Entwicklungsstrategie wird durch das zuständige Amt für regionale Landesentwicklung über ein Regionalmanagement begleitet (StMELF).

Das „Interkommunale/Integrierte Städtebauliche Entwicklungskonzept“ (ISEK) Ochsenkopf basiert dagegen auf einer Interessensvereinigung der vier Gemeinden Bischofsgrün, Fichtelberg, Mehlmeisel, Warmensteinach und zielt spezifisch auf die Stärkung der Ochsenkopfregion ab. Fokus sind dabei Themen wie Digitalisierung, nachhaltige Mobilität und Energiewende, welche bei der Fortschreibung des integrierten städtebaulichen Entwicklungskonzeptes berücksichtigt werden. Diese Themen spielen insbesondere für eine touristenfreundliche Infrastruktur und die externe Wahrnehmung eine bedeutende Rolle (KEWOG Städtebau GmbH 2010). Die vier Kommunen haben sich zudem im „Erlebnis Ochsenkopf“ zusammengeschlossen und werden durch die Tourismus & Marketing GmbH Ochsenkopf seit dem Jahr 2007 gemeinsam unter der Website www.erlebnis-ochsenkopf.de präsentiert. Um die Synergien der beiden Projekte zu nutzen, wurden alle Inhalte eines speziell für das ISEK Ochsenkopf erstellten Internetauftritts auf die Website des „Erlebnis Ochsenkopfs“ überführt (Tourismus & Marketing GmbH Ochsenkopf o. J.).

Die Tourismuszentrale Fichtelgebirge e. V. ist als Nachfolgeorganisation der 1981 gegründeten TI Fichtelgebirge seit dem 1. Januar 2011 operativ im Bereich Tourismus tätig (Gründung 24. Juni 2010). Die bestehenden Vereinsmitglieder sind die Landkreise Wunsiedel im Fichtelgebirge, Bayreuth, Hof und Kulmbach, dazu die kreisfreie Stadt Bayreuth und 51 Gemeinden, darunter 17 aus der nördlichen Oberpfalz. Ebenfalls sind 39 weitere Einzelmitglieder wie beispielsweise Hotels, Museen oder Institutionen Teil des Vereins (Tourismuszentrale Fichtelgebirge 2017). Die personellen Kapazitäten sind in diverse Bereiche wie Marketing, Verkauf, Qualitätssicherung und Social Media aufgeteilt und entsprechen derzeit knapp fünf Vollzeitstellen. Hauptaufgaben sind u. a. Marketingaktivitäten, Etablierung digitaler Lösungen, Schaffung von Tourismusakzeptanz sowie Besucherlenkung.

Eine weitere Initiative ist die durch den Bayerischen Heilbäder-Verband eingeführte Marke „Gesundes Bayern“. Unter dieser Marke, die als Qualitätssiegel für den modernen Gesundheitstourismus in Bayern steht, sollen alle gesundheitstouristischen Angebote und Aktivitäten der bayerischen Kurorte und Heilbäder über eine Plattform vermarktet werden. Zudem soll die Initiative eine klare Abgrenzung zu reinen Wellness Angeboten schaffen. Ein Bestandteil der Marke „Gesundes Bayern“ ist das Programm „Fit4Life“, welches bereits im vorangegangenen Kapitel erläutert wurde.

Das Konzept „Wald und Gesundheit“, ebenfalls vom Bayerischen Heilbäder Verband, startete in 14 bayerischen Heilbädern und Kurorten, unter anderem auch in den vier Gemeinden aus dem Fichtelgebirge. Ziel ist es, Kriterien für Kur- und Heilwälder zu entwickeln, Waldgesundheitstrainer und -Therapeuten auszubilden und individuelle, für die Orte maßgeschneiderte Präventionstherapie- und Rehabilitationsangebote in Verbindung mit dem Wald zu entwickeln. Ein Kurwald ist unter anderem für Klima- und Kneipptherapie vorgesehen und soll auch Verweil- und Ruheplätze

bieten. Der Heilwald ist spezifisch auf Therapien und die Indikationen des einzelnen Pilotortes ausgerichtet (Tourist-Information Bad Berneck 2019).

Die Herausforderungen der Vielzahl an Initiativen liegt in der Strukturierung und Steuerung der angestoßenen Projekte sowie deren kontinuierliche Fortschrittskontrolle. Da neben den vier Gemeinden je nach Zweck und Aufgabenstellung häufig weitere Orte auch aus anderen Landkreisen vertreten sind, ist ein reger Informationsaustausch für eine effiziente Ergebniserzielung unabdingbar und sollte von den Vertretern der vier Gemeinden aktiv umgesetzt werden.

2.3 Effekte der Verlagerung der DRV Nordbayern Höhenklinik Bischofsgrün

2.3.1 Entscheidung zur Standortschließung

Die DRV Nordbayern betreibt neben der Höhenklinik Bischofsgrün in rund 27 Kilometern Entfernung eine weitere Rehaklinik, die Klinik Herzoghöhe in Bayreuth. Für die Klinik Herzoghöhe erfolgten in den Jahren vor 2016 verschiedene Planungen zur Modernisierung der Bestandsgebäude bzw. für einen Ersatzneubau. Diese wurden vom Bundesrechnungshof u. a. dahingehend kritisiert, dass bei geschätzten Überkapazitäten im Umfang von 400 Betten die Alternative „Standortschließung“ nicht berücksichtigt wurde und der Kostenvergleich zwischen Modernisierung und Ersatzneubau für den Bayreuther Standort nicht zufriedenstellend sei (Bundesrechnungshof 2015). In der Folge entschied sich die DRV 2016 auf Basis weiterer Untersuchungen, die auch den Standort in Bischofsgrün mit einbezogen, die Kliniken zu fusionieren und an einem neuen Standort in Bayreuth hierfür ein neues Gebäude zu errichten sowie die Bettenkapazität von insgesamt 400 auf 300 Betten zu reduzieren. Laut Aussagen der DRV hat diese Variante bei der durchgeführten Wirtschaftlichkeits- und Nutzwertanalyse besser abgeschnitten. Die beiden alten Standorte sollen einer Nachnutzung zugeführt werden, wobei die DRV Nordbayern in beiden Fällen Eigentümerin der Immobilien sowie der Grundstücke ist (Lapp 2016).

Die DRV ist bei derartigen Fragestellungen durch § 69 Sozialgesetzbuch (SGB) V verpflichtet bei der Durchführung der „ihr obliegenden Aufgaben“ die „Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit“ zu erfüllen und „bei finanzwirksamen Maßnahmen [...] angemessene Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen durchzuführen“. Bei den Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen darf die DRV nur Aspekte berücksichtigen, die für die Erfüllung der ihr obliegenden Aufgaben relevant sind. Die Begründung hierfür liegt in der Beitragsfinanzierung der DRV in Kombination mit dem gesetzlich vorgegebenem Aufgabenspektrum. Regionalökonomische Auswirkungen dürfen entsprechend keinen Eingang in die Bewertung finden.

Nichtsdestotrotz hat die Schließung der Höhenklinik Konsequenzen für die Region Fichtelgebirge und in besonderem Maße für die Gemeinde Bischofsgrün. Diese fürchtet neben direkten wirtschaftlichen Auswirkungen auch indirekte Konsequenzen für die Attraktivität als Wohnort wie auch negative externe Effekte auf die touristischen Angebote.

2.3.2 Konsequenzen der Standortschließung

2.3.2.1 Regionalökonomische Effekte

Die Bewertung regionalökonomischer Effekte von (Reha-)Kliniken ist komplex und stark von Annahmen getrieben. Ohne fallspezifische und entsprechend aufwendige Datenerhebungen sowie Analysen können die folgenden Ausführungen nur grobe Anhaltspunkte für die aus der Schließung der Rehaklinik Bischofsgrün resultierenden Effekte liefern. In einer Studie zu kleinen ländlichen Krankenhäusern in Bayern kommen Konrad und Schmid (2018) zum Ergebnis, dass bei einem initialen Nachfrageimpuls von 24 Mio. € und Berücksichtigung direkter, indirekter und induzierter Effekte eine Nachfrage von 29 Mio. €, eine Bruttowertschöpfung von 22 Mio. € und Arbeitnehmerentgelte von 18 Mio. € generiert werden⁹. Auf im Mittel rund 210 direkt angestellte Beschäftigte kommen rund 110 indirekte und induzierte Beschäftigungsverhältnisse (Vollkräfte, Faktor ca. 1,5). Nun liegt der kalkulatorische Tagessatz eines derartigen Krankenhauses (Grund- und Regelversorger mit ca. 150 Betten und 210 VK) beim drei- bis vierfachen des Tagessatzes einer Rehaklinik. Mit 200 Betten und einer höheren Auslastung generiert die Höhenklinik jedoch deutlich mehr Übernachtungen, allerdings bei einer niedrigeren Zahl an Vollkräften (ca. 140 VK). Rehakliniken haben zudem deutlich niedrigere Sachkosten (z.B. keine teuren Implantate oder medizinische Verbrauchsmaterialien).

Fokussiert man exemplarisch auf die Nachfrage, wäre über eine Annäherung auf Basis der Tagessätze¹⁰ für die Höhenklinik ein weitgehend regional wirkender Nachfrageimpuls in Höhe von 9 Mio. € zu erwarten, was in Relation zu den dargestellten Ergebnissen im Vergleich zu kleinen Krankenhäusern eine realistische Größenordnung darstellt. Es ist anzunehmen, dass aufgrund der geringeren Anzahl an Arbeitskräften bzw. Vollkräften und der geringeren Quote an höheren Einkommenskategorien zuzuordnendem ärztlichem Personal die indirekten wie die induzierten Effekte im Bereich der Wertschöpfung und der Gehälter niedriger ausfallen. Dieser Effekt wird nur zum Teil durch einen höheren Anteil lokalen und regionalen Einkaufs¹¹ kompensiert.

⁹ Werte: Mittelwert je Krankenhaus für ganz Bayern.

¹⁰ Reha: 200 Betten * 365 Tage * 130 € (Annahme) * 95 % Auslastung = 9 Mio. €

¹¹ Für Krankenhäuser typische, sachkostentreibende Medizinprodukte werden in der Regel überregional bezogen. Der Anteil dieser Produkte an den Gesamtkosten einer Reha ist geringer.

Ein starkes Indiz für die Plausibilität dieser Überlegungen liefern die Berechnungen von Riedel et al. (2011), die die kumulierten regionalwirtschaftlichen Effekte aller Reha-Kliniken in Baden-Württemberg untersuchen. Sie kommen zum Ergebnis, dass je 100 Beschäftigte (VK) knapp 32 weitere Beschäftigte über indirekte und induzierte Effekte resultieren (Faktor 1,3). Über weitere Ausgaben z.B. für Freizeitaktivitäten ergeben sich weitere Beschäftigungsverhältnisse im Umfang von knapp 4 VK (kumulierter Faktor von 1,4). Für die Höhenklinik kommen zu den rund 170 direkt angestellten Mitarbeitern rechnerisch knapp weitere 70 Mitarbeiter in der Region auf Basis indirekter und induzierter Effekte.

Bei rund 200 Einrichtungen mit einer durchschnittlichen Bettenzahl von 130 errechnen die Autoren für Baden-Württemberg für das Jahr 2009 eine direkte Wertschöpfung der Reha-Kliniken in Höhe von 775 Mio. €. Dies lässt sich auf knapp 4 Mio. € pro Einrichtung herunterbrechen. Eine Skalierung auf Basis der Betten auf die Größe der Höhenklinik zu damaligen Preisen würde eine Größenordnung von knapp 6 Mio. € erwarten lassen. Unter Berücksichtigung aller indirekten und induzierten Effekte ergibt sich eine durchschnittliche Wertschöpfung von 6 Mio. € bzw. skaliert auf die Höhenklinik eine durchschnittliche Wertschöpfung von 9 Mio. €.

Zu berücksichtigen ist, dass derartige Berechnungen stets auf Ebene größerer regionaler Einheiten und nicht einzelner Gemeinden erfolgen. Da die Höhenklinik nicht vollständig geschlossen, sondern fusioniert und in reduzierter Größe an einem neuen Standort in der Region in der Substanz fortgeführt wird, kommt es zum einen zu einer Verlagerung der Wertschöpfung innerhalb der Region und zum anderen durch die angestrebte Bettenreduktion zu einer Reduktion der Wertschöpfung insgesamt. Unterstellt man einen linearen Zusammenhang zur Bettenzahl ist mit einem Abschmelzen der Gesamtwertschöpfung der beiden Klinikstandorte von 25 % zu rechnen.

Für die Gemeinde selbst entfallen weiterhin Kur- und Fremdenverkehrsabgaben, die sich vor dem Hintergrund der Übernachtungszahlen auf einen hohen fünfstelligen Betrag belaufen dürften. Hinzu kommen weitere Abgaben wie für die Abwasserentsorgung. Vor dem Hintergrund sich absehbar weiter zuspitzender Herausforderungen für die kommunalen Haushalte sind dies Beträge in einer Größenordnung, die sich spürbar auf den Handlungsspielraum der Gemeinde auswirkt.

2.3.2.2 Arbeitsplätze

Mit 173 Mitarbeitern¹² ist die Höhenklinik der größte Arbeitgeber der Gemeinde Bischofsgrün, in welcher laut amtlicher Statistik rund 500 Beschäftigte ihren Arbeitsort haben (Bayerisches Landesamt für Statistik 2018). Die Arbeitsplätze fallen durch die Verlagerung nach Bayreuth vor Ort weg, die Zahl der Arbeitsplätze in der Gemeinde reduziert sich allein durch diesen unmittelbaren Effekt um ein Drittel. Berücksichtigt man ferner die durch indirekte und induzierte Effekte bedingten Arbeitsplätze (grob geschätzt 70), von denen ein substantieller Teil auch der Gemeinde

¹² Stand 1.4.2020.

Bischofsgrün zuzurechnen ist, dürften in dieser Gemeinde zusätzlich Arbeitsplätze im mittleren zweistelligen Bereich gefährdet sein.

In Bayreuth wird durch die Kapazitätsreduktion der zusammengelegten Kliniken von 400 auf 300 Betten sowie Synergieeffekte insbesondere im Tertiärbereich (z. B. Hauswirtschaft) weniger Personal benötigt. Direkte Entlassungen erscheinen nicht nur aufgrund entsprechender Zusagen der DRV-Nordbayern unwahrscheinlich. Insbesondere im ärztlichen Dienst (inkl. Psychologen und Psychotherapeuten) sowie in der Pflege kann auf absehbare Zeit von einer Vollbeschäftigung gesprochen werden, es herrscht ein akuter Fachkraftmangel (Bundesagentur für Arbeit 2020, 2019). Zu berücksichtigen ist ferner, dass die Klinikstandorte Bischofsgrün und Bayreuth Herzoghöhe bereits heute unter gemeinsamer Leitung stehen. Auch ergibt sich auf Basis der üblichen Fluktuation und des Renteneintritts einzelner Mitarbeiter bei einem mehrjährigen Übergangszeitraum für einen Arbeitgeber die Möglichkeit, die Personalstärke auch ohne Entlassungen weiter anzupassen.

Von den Mitarbeitern sind 22 im ärztlichen Dienst tätig. Geographisch verteilen sich die Mitarbeiter im ärztlichen Dienst weitgehend in gleichen Teilen auf Bischofsgrün, Bayreuth und die Summe aller weiteren Gemeinden der Region. Von den 151 sonstigen Mitarbeitern haben knapp 25% ihren Wohnort in der Ortschaft Bischofsgrün, gefolgt von rund 10% in Fichtelberg. Es folgen mit Abstand die Orte Mehlmeisel, Goldkronach, Marktredwitz, Weißenstadt, Bad Berneck und Wunsiedel mit zumeist einstelligen Mitarbeiterzahlen. Mehr als ein Drittel der Beschäftigten verteilt sich auf sonstige Ortschaften in der Region mit kleinen einstelligen Beschäftigtenzahlen.

Betrachtet man die in Tabelle 5 dargestellten Fahrtstrecken von den Wohnorten mit den meisten Mitarbeitern der Höhenklinik zum alten und zum neuen Klinikstandort, so zeigt sich, dass es für fast alle zu einer deutlichen Verlängerung der Fahrtstrecke kommt. Zu berücksichtigen ist, dass insbesondere in den Tertiärbereichen und auch der Pflege häufig Teilzeitbeschäftigte niedriger Lohngruppen mit eher geringen Stundenumfängen tätig sind, für die längere Wegstrecken noch stärker ins Gewicht fallen.

Zur Orientierung zeigen Zahlen des IAB (2018) für das Jahr 2014, dass in Deutschland die durchschnittliche Pendeldistanz bei 10,5 km und in ländlichen Regionen bei 13 km lag. 30% der Beschäftigten hatten eine Entfernung von mehr als 20 km zu bewältigen. Für Hochschulabsolventen lag der Median bei 14,5 km, für Beschäftigte mit Berufsausbildung bei 10,5 km und ohne Berufsausbildung bei 8 km. Bleiben die in Tabelle 5 abgebildeten Mitarbeiter ihrem Arbeitgeber auch am neuen Standort treu, liegt für die meisten die Pendeldistanz weit über den üblichen Verhältnissen. Beschäftigte mit erheblich längeren Wegstrecken (insbesondere aus der Region Marktredwitz, Wunsiedel und Weißenstadt) könnten verstärkt geneigt sein bzw. bei entsprechenden

anderweitigen Restriktionen auch unter Zugzwang stehen, sich nach alternativen Arbeitgebern umzusehen oder ihren Wohnort zu verlagern.

Wohnort	Mitarbeiter	Höhenklinik Bischofsgrün	Neuer Standort in Bayreuth	Änderung
Bischofsgrün	41	2 km	27 km	+ 25 km
Fichtelberg	18	8 km	23 km	+ 15 km
Bayreuth	13	26 km	6 km	- 20 km
Mehlmeisel	11	13 km	26 km	+ 13 km
Goldkronach	10	14 km	15 km	+ 1 km
Marktredwitz	7	27 km	45 km	+ 18 km
Weißensstadt	6	8 km	38 km	+ 30 km
Wunsiedel	6	20 km	38 km	+ 18 km
Bad Berneck	6	15 km	21 km	+ 6 km
Rest	55	-	-	-

Hinweis: Gemeinden mit fünf oder weniger Mitarbeitern werden nicht angezeigt

Tabelle 5: Mitarbeiterzahlen und Fahrtstrecken zwischen Wohnorten und Klinikstandorten

Quelle: DRV Nordbayern (2020), eigene Berechnungen auf Basis von www.google.maps.de

Kurzfristig dürften sich die direkten Konsequenzen des Arbeitsplatzwegfalls für die Gemeinde in Grenzen halten, was nicht bedeutet, dass nicht für eine Reihe von Beschäftigten Härtefälle entstehen könnten. Mittelfristig könnte der erhebliche Wegfall ortsnaher Arbeitsplätze (mindestens ein Drittel) die Attraktivität als Wohnort jedoch spürbar schmälern, wenn keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Insbesondere bei personennahen Dienstleistungen des Gesundheitswesens lässt sich in dieser Hinsicht auch durch die Digitalisierung nur begrenzt Kompensationspotenzial identifizieren. Dies ist besonders relevant, wenn man die demographische Lage der betroffenen Region betrachtet, die von einer überproportional stark alternden Bevölkerung charakterisiert wird. Zuzug neuer Bürger sowie der Verbleib von Jungen und jungen Familien in der Region ist hier von essentieller Bedeutung. Die Verfügbarkeit lokaler Arbeitsplätze ist dafür ein entscheidendes Argument.

2.3.2.3 (Gesundheits-)Tourismus und Kur

Die Höhenklinik ist für den Tourismus im Fichtelgebirge ein substanzieller Faktor. So zählen die Patientenübernachtungen gemäß offizieller Definition zu den Übernachtungszahlen der Region. Übernachtungszahlen sind wiederum zwar nicht so sehr für den einzelnen Touristen aber dafür umso mehr für die Wahrnehmung auf Ebene der Vermarkter und Anbieter ein erheblicher Faktor. Die definierte Region Fichtelgebirge weist für das Jahr 2018 1.528.983 Übernachtungen aus.

Davon entfallen 69.350¹³ auf die Höhenklinik. Durch die Verlagerung der Höhenklinik nach Bayreuth und den Wegfall von 100 Betten bleiben der Region ceteris paribus rund 1.460.000 Übernachtungen erhalten (- 35.000 Übernachtungen, - 2,3 %). Für die Gemeinde Bischofsgrün bedeutet die Verlagerung jedoch einen Wegfall von rund 70 Tsd. der insgesamt rund 167 Tsd. Übernachtungen (rund - 40 %). Hierin sind die Übernachtungen besuchender Angehöriger noch nicht enthalten.

Die damit einhergehende Wertschöpfung wurde bereits im vorangehenden Kapitel thematisiert. Legt man die Richtgrößen aus den verfügbaren Tourismus-Studien zu den Tagesausgaben je Übernachtung in gewerblichen Beherbergungsbetrieben von 129 € (Jahr 2017) zugrunde (dwif-Consulting 2018), kommt man aufgrund ähnlich hoher Tagessätze in der Rehabilitation auf vergleichbare Ergebnisse. Die zentralen Unterschiede zwischen einem Reha-Patienten und einem „klassischen“ Touristen liegen in der Verwendung der 129 €, die beim Reha-Patienten zunächst nur auf Aufenthalt und Behandlung in der Rehaklinik aufgewendet werden und erst darüber hinausgehend Ausgaben für Freizeitaktivitäten für klassische touristische Angebote Verwendung finden.¹⁴

Ein besonders wichtiger Faktor ist die Funktion als Leuchtturm und Multiplikator. Im Vergleich zu anderen bayerischen Destinationen ist das Fichtelgebirge weniger bekannt. Eine hohe Frequenz von Reha-Patienten kann den Bekanntheitsgrad einer Region deutlich stärken. Nicht zuletzt trägt die Klinik die Bezeichnung Bischofsgrün im Namen. Die Relevanz der Mundpropaganda für das Tourismusmarketing der Region wurde auch in den durchgeführten Experteninterviews unterstrichen.

Da für die Region Fichtelgebirge der Gesundheitstourismus eine Säule ihrer Positionierung im Tourismusmarkt darstellt, kommt der Höhenklinik eine noch größere Rolle zu, als dies in anderen Tourismusregionen der Fall wäre. Für den Heilklimatische Kurort Bischofsgrün sowie die umliegenden Gemeinden gehören die Patienten der Höhenklinik zur Kernzielgruppe. Auch ist die Rehaklinik durch Mitarbeiter konkret an einigen touristischen Angeboten (z. B. Fit4Life) beteiligt. Fehlen medizinische Leistungserbringer vor Ort, ist es deutlich schwieriger, derartige Angebote ins Leben zu rufen.

2.4 Zwischenfazit

Die Region Fichtelgebirge ist in wirtschaftlicher Hinsicht als strukturschwach einzuordnen. Dies schlägt sich auf die finanzielle Situation der Gemeinden nieder, die weitgehend in ihren Ausgaben auf Pflichtaufgaben beschränkt sind. Die Förderung des Tourismus, einem auch wirtschaftlich

¹³ Unter Annahme einer 95-prozentigen Auslastung bei 200 Betten und ganzjähriger Belegung.

¹⁴ Die oben ausgeführten Berechnungen zur Wertschöpfung der Reha von Riedel et al. 2011 berücksichtigen diese touristischen Ausgaben der Reha-Patienten.

zentralen Standbein der Region, gehört nicht zu diesen Aufgaben. Umso positiver ist die Entwicklung der letzten Jahre, die sich beispielsweise in der Ansiedlung neuer Einrichtungen wie dem Siebenquell in Weißenstadt niederschlägt.

Die Schließung des Reha-Standortes Höhenklinik Bischofsgrün hat das Potenzial, sich nachhaltig negativ auf die Entwicklung der Region auszuwirken. Wertschöpfung wird aus der ländlichen Region in die große kreisfreie Stadt Bayreuth verschoben, ein erheblicher Anteil der örtlich verfügbaren Arbeitsplätze und ein wichtiger Leuchtturm und Multiplikator für den Gesundheitstourismus fallen weg. Darüber hinaus gehen Synergien bei der Erstellung von Angeboten im Bereich des Gesundheitstourismus verloren.

Die Auswirkungen lassen sich entsprechend in vier Schwerpunktbereiche aggregieren:

- 1) Lokale Wertschöpfung
- 2) Lokal verfügbare Arbeitsplätze
- 3) Leuchtturm und Multiplikator
- 4) Kooperationspartner für Angebote im Bereich des Gesundheitstourismus

All diese negativen Effekte sind aufgrund der für diese verbindlichen rechtlichen Vorschriften nicht in die Entscheidungsfindung der DRV eingegangen. Eine möglichst weitgehende Kompensation dieser Effekte ist für eine positive Entwicklung der Region jedoch zwingend erforderlich. Erschwert wird die Situation für die ohnehin in ihrer finanziellen Handlungsfähigkeit stark eingeschränkten Kommunen dadurch, dass sie keinen direkten Zugriff auf das Grundstück und die Immobilie der Höhenklinik haben, die sich weiterhin im Besitz der DRV Nordbayern befinden.

Im weiteren Verlauf ist entsprechend zu klären, wie unter den beschriebenen Vorzeichen Szenarien und Handlungsempfehlungen entwickelt werden können, die möglichst zielgenau die durch den Wegfall der Höhenklinik entstandenen Problembereiche adressieren.

3 Exkurs: Transformationsprozesse zur Nachnutzung von (Klinik-)Immobilien

3.1 Grundsätzlicher Prozess

Um die Typologie von Marktaustritten von Gesundheitseinrichtungen besser zu verstehen und entsprechende Implikationen für die Nachnutzung solcher Immobilien abzuleiten, dient unter Berücksichtigung der verfügbaren Datengrundlage die Analyse von Krankenhausmarktaustritten. Denn analog zu der rückläufigen Entwicklung von Rehabilitationseinrichtungen und -betten in den letzten Jahren, findet auch im Krankenhausmarkt ein ähnlicher Verlauf statt.

Ein Großteil des Bettenrückganges in Krankenhäusern ist – wie bei Rehabilitationseinrichtungen – auf die Schließung von einzelnen Abteilungen und Konsolidierung von Standorten zurückzuführen. Vollständige Marktaustritte sind für den Abbau von Krankenhäusern von eher untergeordneter Bedeutung. So kommt ein Gutachten im Auftrag der gesetzlichen Krankenkassen zu dem Ergebnis, dass in einem Zeitraum von 10 Jahren insgesamt 74 Krankenhäuser mit 5.200 Betten vollständig geschlossen wurden.

Entgegen der Annahme, dass vor allem dünn besiedelte Regionen betroffen sind, zeigt das Gutachten, dass rund drei Viertel aller Marktaustritte in städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten sowie ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen stattgefunden haben. Hinsichtlich vollständiger Marktaustritte kann die häufig in der Öffentlichkeit vertretene Auffassung, Schließungen betreffen vor allem dünn besiedelten ländlichen Raum, daher nicht bestätigt werden (Preusker et al. 2014).

Die relevantesten Akteure bei Marktaustritten von Krankenhäusern sind:

- Eigentümer / Krankenhausträger
- Klinikmanagement
- Aufsichtsgremien
- Politik
- Bevölkerung
- Örtliche und regionale Presse
- Personal und dessen Vertretung (Betriebsrat)

Aufgrund der Heterogenität der Stakeholder ist bei drohendem oder geplantem Marktaustritt von stark differenzierten Interessen der Einzelnen auszugehen (Preusker et al. 2014).

Der Schließungsprozess an sich läuft meist in mehreren Stufen ab (Abbildung 19), vor allem, da ein Marktaustritt in vielen Fällen von den Verantwortlichen vorerst vermieden werden möchte. Vor der endgültigen Schließung kommt es daher zu typischen strategischen Handlungen, die von Preusker et al. (2014) in vier Ausprägungen klassifiziert wurden.

1. Entscheidungskompetenzen werden delegiert – namentlich vom Einzelträger auf die überregionale Ebene (z. B. Verbund)
2. Restrukturierungsbegehren des überregionalen Trägers unter hohem Aufwand zur Abwendung einer drohenden Schließung
3. (Erneute) Veräußerungsbestrebungen des Standorts, um endgültige Schließung zu verhindern
4. Finaler Schließungsbeschluss und Verhandlungen mit der Landesbehörde über die finanzielle Förderung einer möglichen Nachnutzung (bspw. durch Umnutzung)

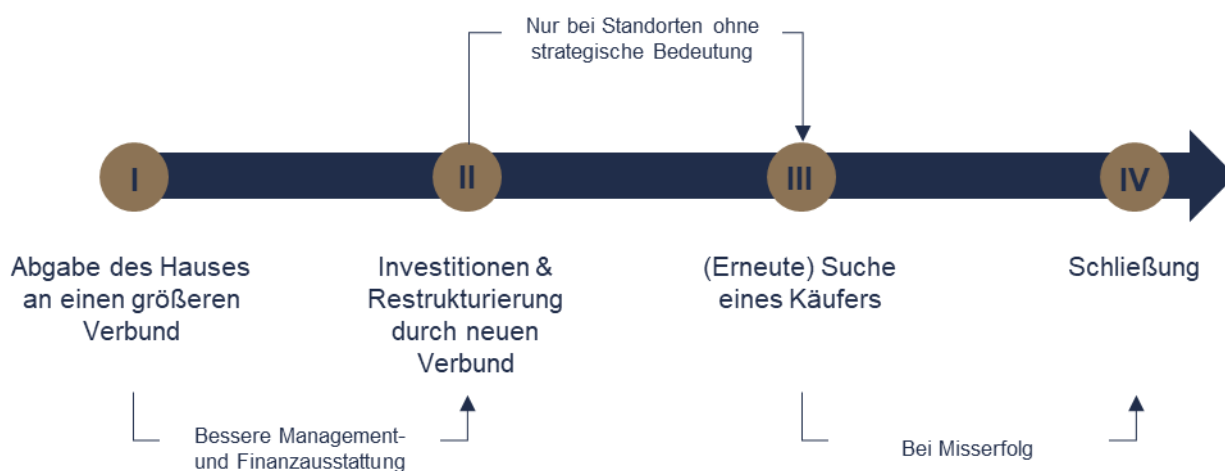


Abbildung 19: Typischer Ablauf von Krankenhaus-Marktaustritten

Quelle: Preusker et al. 2014, eigene Darstellung

Aufgrund der Vielzahl an strategischen Handlungsmöglichkeiten unter Berücksichtigung der Interessen einzelner Stakeholder ist von den ersten Überlegungen einer Schließung bis zur vollständigen Abwicklung mit einem mehrjährigen Prozess zu rechnen. Es zeigt sich außerdem, dass sich eine frühzeitige Aktion und strategische Lenkung seitens politischer Entscheidungsträger positiv auf die Umsetzungswahrscheinlichkeit von Nachnutzungskonzepten auswirkt (Preusker et al. 2014).

Bereits nach der Schließungsentscheidung kommt es in den meisten Fällen zu ersten Konzeptüberlegungen und Ideensammlungen für eine Nachnutzung. Während sich bei einem Marktaustritt von Krankenhäusern in der Regel die konkrete Frage der zukünftigen medizinischen Versorgung für die regionale Bevölkerung stellt, sind bei Rehabilitationseinrichtungen üblicherweise eher die wirtschaftliche Auswirkung für die Bevölkerung und die Region Kernthema der möglichen Nachnutzung (Preusker et al. 2014). In dem oben genannten Gutachten wurden die jeweiligen Nachnutzungskonzepte der 74 identifizierten Marktaustritte näher betrachtet. Tabelle 6 fasst die Rechercheergebnisse der Nachnutzung differenziert nach verschiedenen Nachnutzungsarten zusammen.

Nachnutzungsart	Anzahl Marktaustritte	in %
Keine Nachnutzung i.S.v. gesundheitlichen Versorgungsangeboten	40	54,0%
Ambulantes Versorgungsangebot	15	20,3%
Rehabilitationseinrichtung (auch geriatrische Rehabilitation)	8	10,8%
Pflegeeinrichtung	8	10,8%
Nicht bekannt	3	4,1%
Summe	74	100,0%

Tabelle 6: Nachnutzung von Krankenhäusern

Quelle: Preusker et al. 2014, eigene Darstellung

Für den betrachteten Zeitraum konnten bei über der Hälfte aller Krankenhausmarktaustritte keinerlei Hinweise auf eine Nachnutzung im Sinne von gesundheitlichen Angeboten gefunden werden. Rund jede fünfte Klinik wurde zum Zwecke eines ambulanten Versorgungsangebotes umgewandelt. Eine Nachnutzung als Rehabilitations- oder Pflegeeinrichtung konnte in jeweils 10 % der Fälle realisiert werden.

In ergänzender Rechercharbeit wurden die Nachnutzungskonzepte tiefergehend betrachtet. Dabei konnte einerseits bestätigt werden, dass sich der Prozess von der Entscheidungsfindung bis zur effektiven Umsetzung eines Konzeptes regelmäßig über viele Jahre erstreckt. Zum anderen wurde festgestellt, dass in 40 % der Fälle ein Abriss- oder Teilabriss des Gebäudes für ein erfolgreiches Nachnutzungskonzept notwendig war. Nur in etwas über 40 % der Marktaustritte mit medizinischer Nachnutzung kann das geplante Vorhaben in der entsprechenden Krankenhausimmobilie umgesetzt werden.

In nachfolgender Abbildung 20 wird der übliche Ablauf eines erfolgreichen Nachnutzungsvorhabens stark vereinfacht dargestellt.

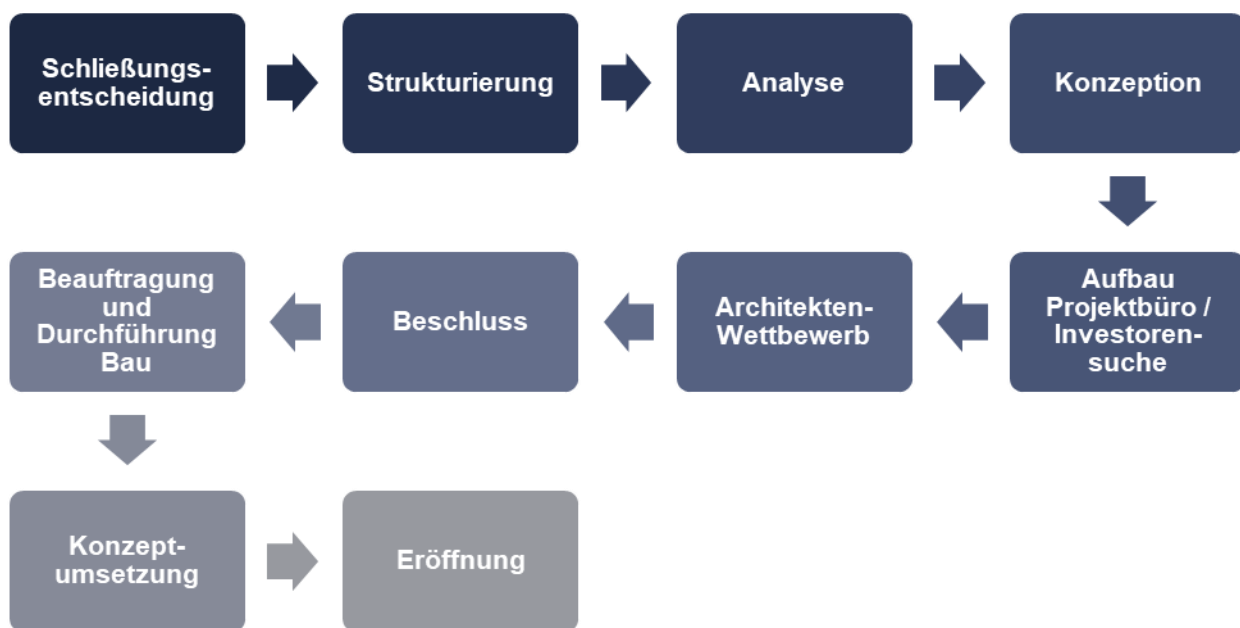


Abbildung 20: Üblicher Ablauf einer Nachnutzungsumsetzung

Quelle: eigene Darstellung

In der Strukturierungsphase, welche der Schließungsentscheidung folgt, werden neben der Etablierung einer Lenkungsgruppe und der Identifizierung aller Interessensgruppen die Rahmenbedingungen und Ziele festgelegt. Darauf aufbauend können anschließend Überlegungen zu möglichen Handlungsszenarien angestellt werden. Eine zeitnahe Entscheidung über potenzielle Szenarien von politischer Seite, seitens Träger oder Investor ist dabei eine zwingende Voraussetzung, damit eine passgenaue Analyse und weitere Konzeption des Vorhabens erfolgen kann.

Bei einer Nachnutzung im Sinne eines medizinischen Versorgungsangebotes ist die Berücksichtigung der lokalen und regionalen Versorgungssituation und -strukturen einschließlich der vorhandenen Leistungserbringer bei der folgenden Bedarfsanalyse unabdingbar. Zudem sind umfassend die interkommunalen bzw. regionalen Implikationen zu berücksichtigen. Es folgt eine abschließende Bewertung und eine Entscheidung durch die Verantwortlichen, welches Konzept realisiert werden soll.

Anschließend folgt die Konzeptionierung, meist unter Begleitung externer Fachberater sowie eine Planung der betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Aspekte. Auch Fachgewerbe wie beispielsweise Architekten, Statik, technische Gebäudeausstattung und Medizintechnik etc. sind in weiterer Folge bei einem Neubau- oder Sanierungsvorhaben auf eine solide und belastbare betriebsorganisatorische Planung angewiesen (Bonn 2019).

Mit finaler Konzeptionierung empfiehlt sich eine zeitnahe Etablierung eines Projektbüros. Auch die Benennung eines Projekt- und Umsetzungsverantwortlichen ist durchaus zielführend, um das

Projekt, auch bedingt durch die meist hohe Emotionalität einer Schließung, zielführend zu steuern. Unter Einbindung externer Fachexperten kann die Umsetzung schließlich beginnen.

Für die Phase der Prüfung über die Beschlussreife des Nachnutzungskonzeptes bis hin zu der finalen Umsetzung kann mit einer Laufzeit von mehreren Jahren gerechnet werden. Die Vielzahl an Interessensgruppen kann eine Entscheidungsfindung zusätzlich verzögern. Vor diesem Hintergrund ist eine rasche Arbeitsaufnahme der Entscheidungsträger im Sinne einer Klärung rechtlicher Voraussetzungen, der Analyse und Konsolidierung der Nachnutzungsmöglichkeiten sowie der Einsatz eines Projektverantwortlichen essenziell für den weiteren zeitlichen Verlauf des Transformationsprozesses (Preusker et al. 2014).

Trotz der Vielzahl an Hürden, insbesondere bei Nachnutzungsbestreben im Sinne gesundheitlicher Versorgungsangebote gilt der Gesundheitsmarkt inklusive der Sozialimmobilien angesichts des Demografischen Wandels, des zunehmenden Gesundheitsbewusstseins der Bevölkerung ebenso wie der Stabilität der Branche weiterhin als Wachstumsmarkt, wobei der Rehabilitationsmarkt eine eher untergeordnete Rolle spielt. Gründe hierfür lassen sich insbesondere in den komplexen rechtlichen Rahmenbedingungen sowie der anhalten Konsolidierung und den Überkapazitäten im Markt ableiten. Auch die Optionen zur unmittelbaren Nachnutzung von Rehabilitationseinrichtungen ist aufgrund der speziell auf diesen Zweck ausgerichteten Struktur der Gebäude eingeschränkt. Zusammenfassend lassen sich Kriterien identifizieren (siehe Tabelle 7), die typischerweise für Investoren von Relevanz sind (BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und CBRE GmbH 2015).

Kriterien	Nachteil	Vorteil
Gebäude	Einzelne Gebäude	Gebäudeflügel um zentrale Mitte
	Krankenhausflair	4-Sterne Hotel Standard
	Eingeschränkt barrierefrei	Barrierefrei
	Veralteter Brandschutz	Modernes Sicherheitssystem
	Zu wenig Aufenthaltsräume	Cafe, Rezeption, Gemeinschaftsräume Schwimmbad, Sauna etc.
	Keine Trennung der Bereiche	Trennung von Stationen und Therapiebereich
	Denkmalschutz	Ohne Denkmalschutz
Einzelzimmeranteil	≤ 80%	≥ 95 %
Größe der Zimmer (ohne Bad)	≤ 14 m ²	> 16 m ²
Zimmerausstattung	Pflegezimmer	Eigenes Bad, Balkon
Lage der Einrichtung	Dezentral, schlechte Anbindung	Zentrale Ortslage, gute Verkehrsanbindung, ÖPNV

Tabelle 7: Gegenüberstellung bauseitiger Positiv- und Negativmerkmale einer Rehaklinik

Quelle: in Anlehnung an BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft und CBRE GmbH 2015, eigene Darstellung

Aus Sicht eines potenziellen Kapitalgebers steht insbesondere der Grad der Flexibilität im Vordergrund, der eine etwaige Nachnutzung der Immobilie ermöglicht. Zudem stellt die Lage der bestehenden Immobilie einen wichtigen Faktor für die Attraktivität eines potenziellen Investments dar. Weitere Kriterien lassen sich aus den baulichen Gegebenheiten ableiten. So spielen die aktuelle Instandhaltungssituation und der daraus abzuleitende Investitionsbedarf eine große Rolle. Neben den baulichen Aspekten existieren weitere Merkmale, die für einen potenziellen Investor insbesondere dann von Bedeutung sind, wenn nicht nur das Gebäude einer Nachnutzung zugeführt, sondern insgesamt der Betrieb fortgeführt werden soll. So sollte das vorhandene Leistungsspektrum – auch im Vergleich zu den umliegenden Konkurrenzeinrichtungen – sowie die aktuelle Zielgruppe mit den Interessen bzw. dem Vorhaben des Kapitalgebers übereinstimmen oder diesen zumindest nicht entgegenstehen. Auch die öffentlich wahrnehmbare Kundenzufriedenheit (meist bewertet durch öffentliche Bewertungsportale) wird in eine Kaufentscheidung miteinbezogen. Auszeichnungen und Zertifizierungen der Einrichtung wirken sich zusätzlich vorteilhaft aus. Positiv wirkt sich zudem die Möglichkeit aus, den vorhandenen Personalstamm weitmöglich übernehmen zu können. Ist das Haus tarifgebunden, fließt dies eher zum Nachteil in die Bewertung mit ein.

Im weiteren Verlauf des Kapitels sollen ausgewählte Transformationsprozesse dazu beitragen, die bisher aufgeführten Ergebnisse durch praktische Beispiele zu schärfen. Zudem werden Hürden und Chancen der einzelnen Fälle identifiziert, um darauf aufbauend Implikationen für das weitere Vorgehen in Bezug auf die Höhenklinik abzuleiten.

3.2 Beispiele

3.2.1 Transformation St. Josef Krankenhaus Monheim

Als Best-Practice Beispiel eines Transformationsprozesses für die erfolgreiche Nachnutzung im Rahmen eines gesundheitsbezogenen Versorgungsangebots kann die Transformation des St. Josef-Krankenhauses in Monheim am Rhein dienen (Abbildung 21).

Name	St. Josef Krankenhaus
Träger	Kplus Verbund
Trägerform	freigemeinnützig
Art	Grund- und Regelversorgung
Ort	Monheim am Rhein
Baujahr	
Grundstück	6.060 m ²
Standort	dezentral
Mitarbeiter	127
Betten	107
Schließung	2013
Nachnutzung	Gesundheitscampus
Konsequenz	Abriss

Abbildung 21: Steckbrief St. Josef Krankenhaus

Quelle: eigene Darstellung

Der Standort, der damals zum Kplus-Verbund gehörte, führte insgesamt 107 Betten in den Fachbereichen Chirurgie und Innere Medizin und beschäftigte 127 Mitarbeiter. Kplus versuchte das Krankenhaus vergeblich per Bieterverfahren zu verkaufen, woraufhin im August 2013 die Schließung erfolgte. Nach intensiven Analyse-, Wettbewerbs- und Planungsphasen begannen im Januar 2019 die Abrissarbeiten auf dem 6.060 Quadratmeter großen Grundstück.

Anhand von Abbildung 22 wird die Zeitachse des Transformationsprozesses in Monheim dargestellt.

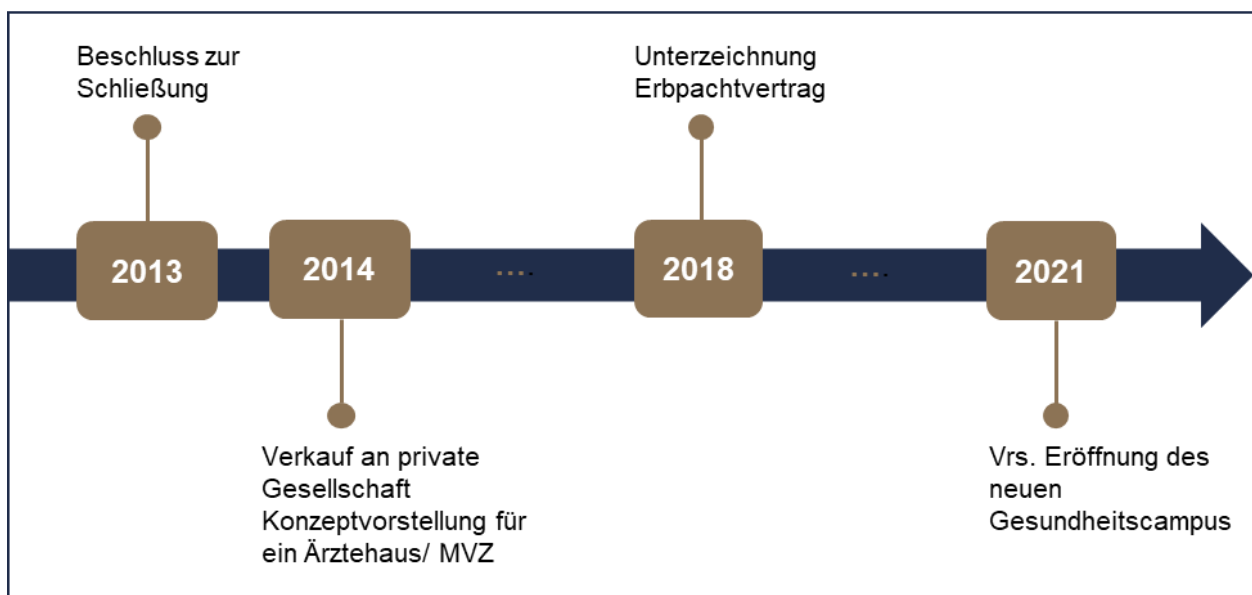


Abbildung 22: Zeitachse des Transformationsprozesses am St. Joseph Krankenhaus Monheim

Quelle: eigene Darstellung

Bereits bei Bekanntwerden der drohenden Schließung 2013 stellte der Stadtrat mit dem Aufstellungsbeschluss für den Bebauungsplan die Weichen für ein medizinisches Versorgungszentrum auf dem ehemaligen Krankenhausgelände.

Ebenfalls im Jahr 2013 wurde die Möglichkeit eines ambulanten Versorgungsangebotes nach der Klinikschließung durch ein Beratungsunternehmen bewertet. Hierzu wurden indikationsbezogenen Analysen der medizinischen Leistungen im Kerngebiet, der Patienteneinzugsgebiete, Marktanteile und Wettbewerber durchgeführt. Zusätzlich wurden Fallzahlprognosen für das Kerngebiet angefertigt und das Ambulantisierungspotenzial aus den bisherigen Krankenhausfällen ermittelt. Abschließend wurde der Versorgungsgrad in Bezug auf kassenärztliche Sitze der Region geprüft und daraus Umsetzungsmöglichkeiten für ein Medizinisches Versorgungszentrum oder Ärztehaus in Monheim abgeleitet. Im Oktober 2013 wurden die Analysen und das Konzept im Stadtrat vorgestellt, um Transparenz und Verständnis bei den Entscheidungsträgern zu gewährleisten (Zimmermann 2013).

Es wurde empfohlen, das Projekt durch die Stadt zu initiieren, zu planen und hierzu ein entsprechendes Projektbüro durch die Stadt einzurichten. Als Investor und Projektentwickler konnte eine private Gesellschaft gefunden werden (Zimmermann 2013).

Die Überlegungen der Stadt wurden den niedergelassenen Leistungserbringern vorgestellt. Im Anschluss wurden erste Informationen für eine mögliche Bauplanung von Fachexperten eingeholt. Im folgenden Jahr 2014 wurde das Konzept weiter konkretisiert und Gespräche mit potenziellen Interessenten (niedergelassene Ärzte) geführt. Informationsveranstaltungen und die weitere Detaillierung der Anforderungen für den notwendigen Bau rundeten diese Projektphase ab.

Dabei stand die bedarfsgerechte bauliche Entwicklung auf Basis der Informationen von interessierten niedergelassenen Ärzten im Vordergrund. Im weiteren Verlauf stellte die Stadt Monheim das nun detailliert erarbeitete Konzept der Grundstückseigentümerin vor, um zeitnah mit der Umsetzung beginnen zu können. Die Planung und Vergabe des konkreten Bauvorhabens wurden mit einem Architekten-Wettbewerb gelöst (Monheim am Rhein o. J.).

Im Juni 2018 wurde der Erbpachtvertrag zwischen dem Investor und der Grundstückseigentümerin schlussendlich unterzeichnet und damit der Weg für den Abriss der ehemaligen Krankenhausimmobilie und den Neubau geebnet. Die Stadt Monheim hat sich zudem die Rechte für die Vermarktung der medizinnahen Einzelhandels- und Praxisflächen für fünf Jahre ab Fertigstellung des Gebäudes vertraglich gesichert, um für die Belegung der Flächen einen idealen Versorgungsmix für die Monheimer Bevölkerung garantieren zu können. Bis Herbst 2021 wird dort nun der „Monheimer Gesundheitscampus“ entstehen, der acht Wohn- und Geschäftshäuser mit Wohnungen (75 % der Fläche), Flächen für den medizinnahen Einzelhandel und Gesundheitscampus (25 %) sowie 119 Tiefgaragenstellplätze vorsieht (Monheim am Rhein 2018).

3.2.2 Transformation Klinik Marktoberdorf Ostallgäu

Ein weiteres Beispiel für einen erfolgreichen Transformationsprozess stellt das Klinikum Marktoberdorf im Ostallgäu dar. Die Klinik gehörte mit seinen 117 Betten zum Verbund Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren, eine kommunale Trägerschaft mit insgesamt fünf Einrichtungen (Abbildung 23).

Name	Klinik Marktoberdorf
Träger	Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren
Trägerform	öffentlich-rechtlich
Art	Grund- und Regelversorgung
Ort	Marktoberdorf
Baujahr	1967
Grundstück	7.570 m ²
Standort	zentral
Mitarbeiter	200
Betten	117
Schließung	2013
Nachnutzung	Wohnraum
Konsequenz	Abriss

Abbildung 23: Steckbrief Kliniken Marktoberdorf

Quelle: eigene Darstellung

Aufgrund einer hoch defizitären Lage begann im Jahr 2012 für den gesamten Verbund ein tiefgreifender Transformationsprozess (Abbildung 24). Im Mittelpunkt der angestrebten Sanierungsbemühungen stand die Klinik Marktoberdorf. Von ersten Konzeptüberlegungen für die Klinik über den endgültigen Schließungsbescheid bis zum finalen Verkauf an einen privaten Bauträger und dem Abriss vergingen insgesamt fünf Jahre. Dabei konnte der eigentliche Plan der Kommune für eine medizinische Nachnutzung aufgrund fehlender Interessenten nicht realisiert werden und das Gelände wird nun zum Zwecke einer sozialen Wohnimmobilie neu aufgewertet.

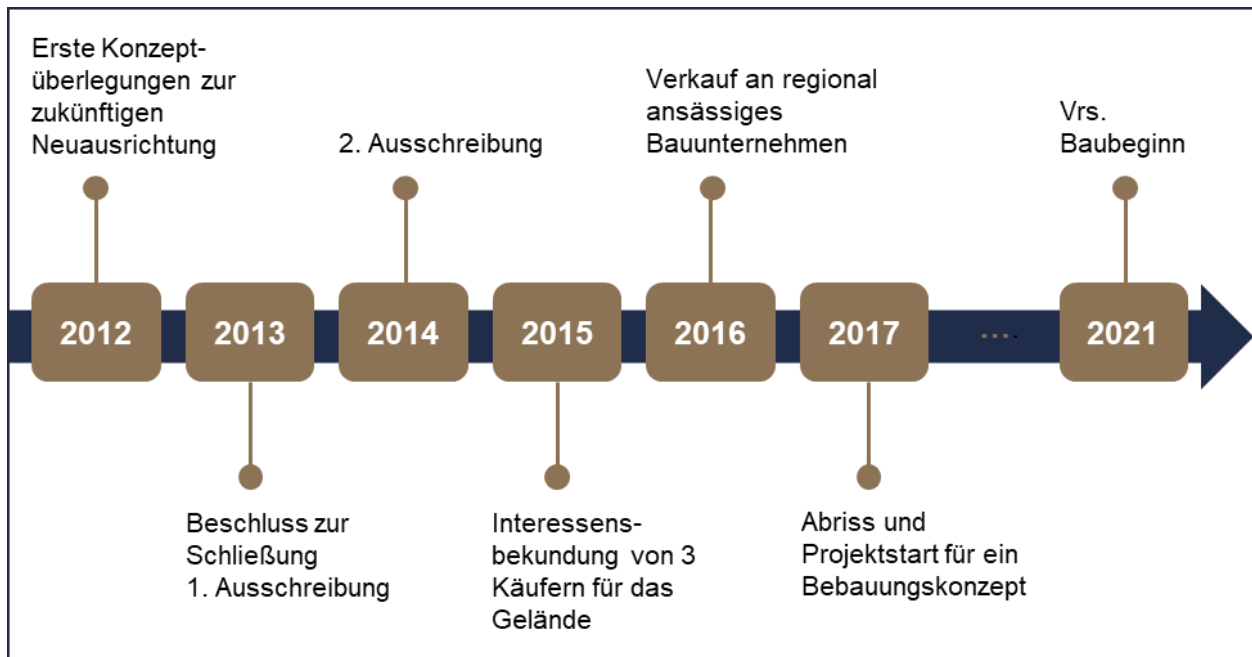


Abbildung 24: Zeitachse des Transformationsprozess an der Klinik Marktoberdorf Ostallgäu

Quelle: eigene Darstellung

Bereits im Jahr 2012 entschied sich der Verbund aufgrund eines Defizits i.H.v. 13 Mio. € zu einer wirtschaftlichen Sanierung unter Einbeziehung externer Fachberater. Es folgten Bedarfsanalysen zu zukünftigen Leistungsangeboten sowie möglichen Spezialisierungen der einzelnen Häuser. Aufgrund der finanziell schlechten Ausgangslage der Klinik Marktoberdorf wurden hier mögliche tragbare Alternativen analysiert. Dazu gehörten Konzeptüberlegungen im Bereich der Altersmedizin und Rehabilitation (AllgäuHIT 2012a). Zeitgleich etablierte sich ein Förderverein in der Bevölkerung, der sich öffentlich gegen eine Schließung aussprach (AllgäuHIT 2012b).

Nach intensiver Bewertung der Gutachten für die Klinik Marktoberdorf sowie ersten Gesprächen mit potenziellen Nachnutzern wurde deutlich, dass eine zukunftsfähige Nachnutzung eine hohe Investitionssumme erfordert, welche der Verbund nicht leisten konnte. So entschlossen sich die Beteiligten im Jahr 2013 zu einer endgültigen Schließung des Standortes und einer öffentlichen Ausschreibung (AllgäuHIT 2013). Zudem erfolgte eine direkte Kontaktaufnahme mit 35 potenziellen Klinikbetreibern. Das Interesse der Kommune lag vorrangig in einer medizinischen Nachnutzung, jedoch versehen mit einer Konkurrenzklausel die verbleibenden Kliniken im Verbund betreffend. Die Ausschreibung blieb erfolglos. Dem folgte 2014 eine zweite Ausschreibung, wobei die Konkurrenzklausel aufgehoben wurde (AllgäuHIT 2014b). Gleichzeitig wurden diverse Anträge seitens Politik zu Nachnutzungskonzepten diskutiert, darunter u.a. die Nutzung als Flüchtlingsheim sowie generationenübergreifendes Wohnen (AllgäuHIT 2014a). Es folgten Interessensbekundung von drei potenziellen Käufern, wobei das Kaufinteresse lediglich auf dem Gelände ohne Verwendung des Gebäudes oder einem Konzept zur medizinischen Nachnutzung beruhte

(Ambrosch 2015). Schließlich erfolgte im Juni 2016 der Verkauf der Klinik an ein regional ansässiges Bauunternehmen. Die Stadt Marktoberdorf und das Bauunternehmen verständigten sich auf Verkauf eines maßgeblichen Anteils der Fläche an die Stadt Marktoberdorf. Ziel war nun entgegen dem ursprünglichen Gedanken einer medizinischen Nachnutzung ein gemeinsames Wohnbauprojekt von Kommune und Privatwirtschaft (AllgäuHIT 2016). Ein Jahr später erfolgte der Abriss des Klinikgebäudes. Das Ereignis war gleichzeitig Projektstart für ein Bebauungskonzept zur Schaffung von Wohnraum für unterschiedliche Bevölkerungs- und Einkommensschichten (AllgäuHIT 2017).

3.2.3 Transformation Fliegerhorst Penzing

Ein abschließendes Beispiel eines Nachnutzungskonzeptes stellt die Transformation des Fliegerhorst Penzing dar (Abbildung 25). Zwar diente die Immobilie vom Grund auf keinem medizinischen Zweck, dennoch ist das Aufzeigen eines Transformationsprozesses außerhalb der Gesundheitsbranche durchaus zielführend, um die Herausforderungen für eine erfolgreiche Nachnutzungskonzeptionierung herauszuarbeiten.

Name	Fliegerhorst Penzing	
Träger	Bundeswehr Verwaltung durch Bundesanstalt für Immobilienaufgaben	
Ort	Penzing, Landsberg a.L.	
Eröffnung	1937	
Fläche	272 ha	
Standort	dezentral	
Schließung	2018	
Nachnutzung	noch offen, vrs. Stadt Landsberg und Gemein- de Penzing als Käufer	

Abbildung 25: Steckbrief Fliegerhorst Penzing

Quelle: LDBV 2012, eigene Darstellung

Der Fliegerhorst wurde im Jahr 1937 im oberbayerischen Landkreis Landsberg eröffnet und befindet sich seitdem im Besitz der Bundeswehr. Seit 2020 wird das denkmalgeschützte Gelände durch die Bundesanstalt für Immobilienaufgaben verwaltet. Die Gemeinde Penzing sowie die Stadt Landsberg sind bestrebt, das Gelände zu kaufen und die Konzeptionierung zu verantworten. Unter Einbeziehung externer Experten, unter anderem aus den Bereichen Wirtschaftsgeographie und Stadtplanung, bewertete der Gemeinderat Penzing insgesamt fünf eingereichte Konzepte. Das auserwählte Nachnutzungskonzept für den Fliegerhorst sieht eine Mischung aus Wohnen, Forschung, Naherholung und Landwirtschaft vor. Zudem soll ein Testzentrum des ADAC

und ein „Innovations-Campus“ auf dem Gelände entstehen. Die Projektlaufzeit wurde auf 10-15 Jahre angelegt. Diese Schätzung ist jedoch bisher mit Unsicherheiten belegt, da der tatsächliche Zeitraum maßgeblich von dem Ergebnis eines Gutachtens über die Bewertung von Altlasten des Areals abhängig sein wird. Aufgrund der bestehenden Herausforderungen, der Vielzahl an Interessensgruppen sowie der langen Projektlaufzeit sollte die Umsetzung unter der Leitung einer interkommunalen Arbeitsgruppe mit Gemeinde, Stadt und Landkreis verantwortet werden (Osman 2020).

Aufgrund des Ausbruchs der Corona Pandemie wurden die Pläne für die ursprünglich angedachte Nachnutzung jedoch vorerst verschoben. Die Kommune richtete ein Pandemiezentrum mit insgesamt 350 Betten für Infizierte ein, die keine oder leichte Symptome zeigten, aber nicht ohne Weiteres zuhause isoliert werden konnten. Dazu gehörten z. B. Menschen aus Asylunterkünften oder Menschen mit Behinderung, die in Einrichtungen untergebracht waren. Insgesamt stehen vier Häuser auf dem Areal zur Verfügung, welche als Infektambulanz, Corona Zahnarztpraxis, Corona Teststrecke sowie als Lager für Schutzausrüstung genutzt wurden. Da das Areal nach wie vor im Besitz der Bundeswehr ist, wurde mit derselben vorübergehend ein Dienstleistungsvertrag geschlossen. Inwieweit das ursprüngliche Nachnutzungskonzept weiterhin durch die Kommune verfolgt werden wird, steht derzeit noch aus (Greiner 2020).

3.3 Implikationen für Nachnutzung Höhenklinik und Behandlung in der weiteren Analyse

Es kann festgehalten werden, dass der Rehabilitations- wie auch der Krankenhausmarkt in den vergangenen Jahren zunehmend mit Konsolidierung, Marktaustritten und Bettenreduktion konfrontiert ist. Die Untersuchung der Transformationsprozesse von Krankenhausgebäuden zeigt, dass eine gesundheitsbezogene Nachnutzung nicht die Regel ist. In den meisten Fällen spricht hoher Sanierungs- oder Investitionsbedarf, fehlender gesundheitsbezogener Bedarf und die mangelnde Eignung für etwaige andere Versorgungsformen dagegen. Aus diesem Grund sind auch Ausschreibungen zur Findung eines potenziellen Investors unter der Prämisse einer medizinischen Nachnutzung oftmals schwer umsetzbar. Vergleiche mit anderen Transformationen von Krankenhäusern zeigen zudem, dass der Prozess geprägt ist von einer Vielzahl an Interessensgruppen, mehrstufigen Entscheidungen und langjähriger Projektlaufzeit. Ebenfalls kann hervorgehoben werden, dass die Lage und das bisherige Nutzungskonzept einer Immobilie eine entscheidende Rolle für den Verlauf der Konzeptionierung spielen. Bezogen auf die Nachnutzungskonzeptionierung der Höhenklinik ergeben sich daraus einige Implikationen, welche für die anschließenden Nachnutzungsüberlegungen Beachtung finden sollten.

So stellt Bischofsgrün als Standort der Höhenklinik mit seinem Prädikat als Heilklimatischer Kurort tendenziell eine sehr gute Ausgangslage dar. Die Region ist geprägt von naturbelassener Landschaft und einer Vielzahl an Naturparks, die zum Setting Kur passt und zudem die aktuell dominierenden Prioritäten der Nachfragerseite adressiert. Die Erfahrung aus vergleichbaren Transformationsprozessen zeigt jedoch, dass gerade für Kapitalgeber andere Aspekte mindestens ebenso wichtig sind. So erhalten mögliche Einzugsgebiete, die Wettbewerbssituation vor Ort sowie die Verfügbarkeit einer Anbindung an den öffentlichen Fern- und Nahverkehr eine hohe Gewichtung für eine Kaufentscheidung. Die Entfernung zu der nächsten Großstadt spielt dementsprechend in vielen Fällen eine entscheidende Rolle.

Ein weiterer Aspekt ist die oftmals genannte Herausforderung der Heterogenität der Interessensgruppen. So ist die Anzahl der Stakeholder, welche bei einem Marktaustritt eines öffentlich relevanten Gebäudes eine Rolle spielen, naturgemäß hoch. Für die Höhenklinik kommt beispielsweise erschwerend hinzu, dass die Kommune nicht Eigentümer des Gebäudes ist und der derzeitige Eigentümer keine Konkurrenz zu seinen etablierten Angeboten an anderen Standorten im relevanten Umfeld zulassen wird.

Berücksichtigt man, dass sich Transformationsprozesse dieser Art regelmäßig über viele Jahre hinziehen, sollte zeitnah ein systematisches Vorgehen zur Suche nach potenziellen Investoren und entsprechenden Konzepten eingeleitet werden. Um die vorhandenen Interessen und Ressourcen bestmöglich bündeln zu können, ist es unabdingbar, dass der Gesprächsfaden zwischen DRV Nordbayern und der Gemeinde Bischofsgrün zeitnah wieder aufgenommen wird. Es erscheint sinnvoll, über die Regionale Entwicklungsagentur auch den Landkreis mit in die Gespräche zu integrieren. Ziel sollte es sein, eine Verfahrensweise zu finden, die transparenzfördernd und vertrauensbildend wirkt und es erlaubt, dass sich jeder der drei Akteure in den Prozess einbringen kann.

Für die Nachnutzung der Immobilie gibt es ein breites Spektrum an Optionen, die jedoch aufgrund der oben geschilderten Faktoren nicht trivial in der Umsetzung sind. Es kommt entsprechend darauf an, einen Investor zu finden, dessen Vision sich mit der Immobilie bestmöglich umsetzen lässt. Es gilt jede Vorfestlegung zu vermeiden, welche die Investorensuche erschweren würde. Aus diesem Grund wurde auch darauf verzichtet, in den im Weiteren entwickelten Profilen und Szenarien der Höhenklinik durch eine konkrete Form der Nachnutzung eine spezifische Rolle zuzuweisen. Vielmehr sind verschiedenste Varianten denkbar, wie die nachgenutzte Immobilie – je nach umgesetzter Variante – eingebunden werden könnte. Die Profile und Szenarien sind diesbezüglich explizit offen gestaltet.

4 Trends in zentralen Themenfeldern und kurrelevante Wettbewerber

Das nachfolgende Kapitel adressiert relevante externe Faktoren, welche einen direkten oder indirekten Einfluss auf die zukünftige Entwicklung der Region haben können. Es werden vorerst abzeichnende Zukunftsthemen des Gesundheitsmarktes erläutert, um ein Verständnis über allgemeine Trends im (kur-)medizinisch bzw. rehabilitativen Bereich sowie im Gesundheitstourismus für die Region zu schaffen. Dem folgend wird zudem auf die direkten Wettbewerber im Bereich der prädikatisierten Gemeinden in Bayern und den angrenzenden (Bundes-)Ländern eingegangen.

4.1 Nachfrageentwicklung und allgemeine Trends

4.1.1 Kur

Festzustellen ist zunächst, dass der Begriff „Kur“ im SGB nicht mehr verwendet wird. Vergleichbare Leistungen werden als ambulante Vorsorgeleistungen in anerkannten Kurorten nach § 23 Absatz 2 SGB V definiert („Badekur“). Dabei werden medizinische Leistungen mit ortsgebundenen und/oder kurortspezifischen Heilmitteln kombiniert. Ziel ist sowohl die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit als auch eine Verhaltensbeeinflussung bei Risikofaktoren (KBV 2020f). Ambulante Vorsorgeleistungen sind in den vergangenen Jahren bundesweit deutlich zurückgegangen. Während im Jahr 2000 noch ca. 230 Tsd. (Bayern: ca. 101 Tsd.) ambulante Vorsorgeleistungen abgerechnet wurden, waren es 2015 noch ca. 46 Tsd. (Bayern: ca. 20 Tsd.), was einem Rückgang von 80% entspricht (Bayerischer Heilbäder-Verband 2016). Daraus lässt sich folgern, dass die Kostenträger restriktiv mit entsprechenden Kuranträgen umgehen (Deutscher Bundestag 2015).

Vermehrt wird vor diesem Hintergrund der Begriff der „neuen Kur“, durch verschiedene Organisationen und Einzelakteuren zwar in ähnlicher Bedeutungszuwendung, aber nicht einheitlich verwendet. So wird der Begriff etwa für spezifische gesundheitsfördernde und präventive Konzepte und (Pauschal-)Angebote einzelner Hotels bis hin zur Imagekampagne des Deutschen Heilbäderverbandes verwendet (DHV 2011; Bayerischer Heilbäder-Verband o. J.; Fink, Barbara o.J.). Gemein ist der Begriffsverwendung allerdings der Fokus auf eine Verjüngung des Kurimages sowie die Ausrichtung auf den selbstzahlenden Gesundheitsgast und somit eine klare Abwendung von GKV-getragenen Leistungen. Im Rahmen der Imagekampagne soll durch die moderne und innovative Darstellung der hochwertigen gesundheitstouristischen Leistungen die Marke Kur und die Kurorte gestärkt und die Breite der gesundheitsbewussten Zielgruppe angesprochen werden.

4.1.2 Stationäre Gesundheitsversorgung

Die stationäre Gesundheitsversorgung ist wesentlich von Strukturveränderungen geprägt, was sich auch in der andauernden Debatte um die Neuorganisation der Krankenhauslandschaft zeigt. Nach den Ergebnissen der Bertelsmann-Studie sind die Krankenhausstrukturen in vielen Regionen ungünstig, was an der Krankenhausedichte und der Vielzahl kleiner Einrichtungen mit geringfügiger Spezialisierung liegt und so den Fokus auf den Erhalt und Ausbau großer Krankenhäuser lenkt (Albrecht et al. 2019). Auch retrospektiv zeigt sich bereits ein klarer Trend hin zur Zentralisierung und Konsolidierung von Versorgungsleistungen, was sich etwa in einem deutlichen Rückgang der Anzahl der Krankenhäuser in Deutschland von 2.087 Krankenhäuser im Jahr 2007 auf 1.942 Krankenhäuser 2017 verdeutlicht (- 8 %). Der Zeitverlauf zeigt zudem, dass die Zahl kleiner Krankenhäuser gesunken ist, während die Anzahl größerer Häuser mit 600 und mehr Betten gestiegen ist (Statistisches Bundesamt 2018b, 2018a). Dabei sehen sich insbesondere kleine Grundversorger in ländlichen Regionen mit der drohenden oder vollzogenen Schließung konfrontiert. Gründe hierfür sind die rückläufige Bevölkerungsentwicklung, eine mangelnde Selbstfinanzierungskraft, rechtliche Beschränkungen und sinkende Fördermittel sowie der sich verschärfende Fachkräftemangel. Da die Schließung kleinerer Krankenhausstandorte häufig zu kurz greift, da eine flächendeckende medizinische Versorgung aufrechtzuerhalten ist, lässt sich ein Transformationstrend hin zu neuen Versorgungsformen, etwa Gesundheitszentren, feststellen. Auch der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheit) (2014) empfiehlt im Hinblick auf ländliche Regionen das Konzept von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung.

Insgesamt zeichnet sich in den vergangenen Jahren eine Stagnation der vollstationären Fallzahlen ab, 2017 war diese im Vergleich zum Vorjahr sogar rückläufig (Statistisches Bundesamt 2020). Dies dürfte auch die nächsten Jahre der dominierende Trend sein. Ein zentrales Thema in der Krankenhauslandschaft sind bspw. die großen Potenziale zur Ambulantisierung, also bisher stationär erbrachte Leistungen in ambulante zu überführen. Zurückzuführen ist dies u.a. auf die hohe Anzahl ambulant-sensitiver Krankenhaufälle. Das sind jene Fälle, die durch „effektives Management chronischer Erkrankungen, effektive Akutbehandlungen im ambulanten Sektor oder Immunisierungen vermieden werden könnten“ (Bensch 2020). Dies deutet auch auf Defizite im niedergelassenen Bereich sowohl im Zugang zur Versorgung als auch hinsichtlich der Qualität hin.

Ferner ermöglicht der medizinisch-technische Fortschritt, dass eine Vielzahl von Eingriffen und Behandlungen ambulant in gleicher Qualität, aber zu geringeren Kosten als stationär erbracht werden können. Eine weiter voranschreitende Ambulantisierung zeichnet sich auch aufgrund der Verabschiedung des MDK-Reformgesetzes ab: Beschlossen wurde, den Katalog für ambulant

durchführbare Operationen und stationersetzende Eingriffe (AOP-Katalog) zu erweitern (§ 115b SGB V). Perspektivisch ist von einer Ambulantisierung von bis zu 30% der bisher stationär erbrachten Leistungen auszugehen.

4.1.3 Rehabilitation

Ein erster Eindruck über die Entwicklung der Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland kann mit Zahlen des statistischen Bundesamtes gewonnen werden und wird anhand von Abbildung 26 dargestellt.

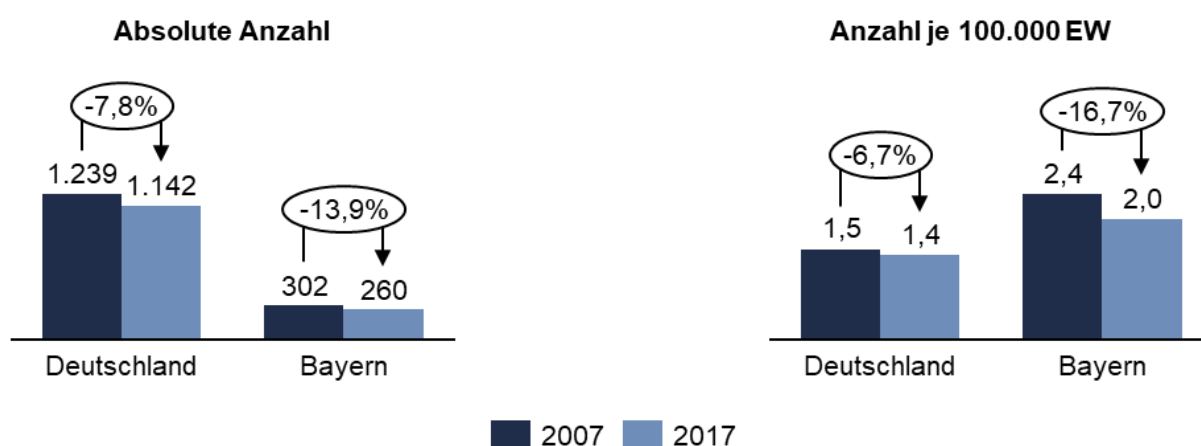


Abbildung 26: Anzahl der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen im Jahresvergleich 2007–2017 in Deutschland und Bayern

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018b, eigene Darstellung

Zwischen 2007 und 2017 hat sich die Anzahl der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Deutschland um 7,8% verringert. Das entspricht einer absoluten Verminderung um 97 Einrichtungen. Allein in Bayern wurden in diesem Zeitraum 42 Einrichtungen verlegt oder geschlossen, das entspricht einem Rückgang von 13,9%. Damit setzt sich ein Trend fort, der bereits seit Ende der 1990er Jahre fast kontinuierlich zu beobachten ist.

Bei Betrachtung der relativen Anzahl der stationären Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen je 100.000 Einwohner liegt Bayern trotz einem Rückgang von 16,7% innerhalb des betrachteten Zeitraums mit 2,0 Einrichtungen deutlich über dem Bundesdurchschnitt von 1,4. Eine Konkretisierung der Einrichtungen hinsichtlich des exakten Leistungsangebotes wird in der Statistik dabei nicht vorgenommen.

Eine weitere Differenzierung der Kennzahlen in Bezug auf die Anzahl der stationär aufgestellten Betten zeigt, dass auch die Summe der Betten rückläufig ist, wenn auch nicht in gleichem Maße, wie die Verringerung der Standorte (Abbildung 27), was mit einer Konzentration des Angebotes in größeren Einrichtungen einhergeht.

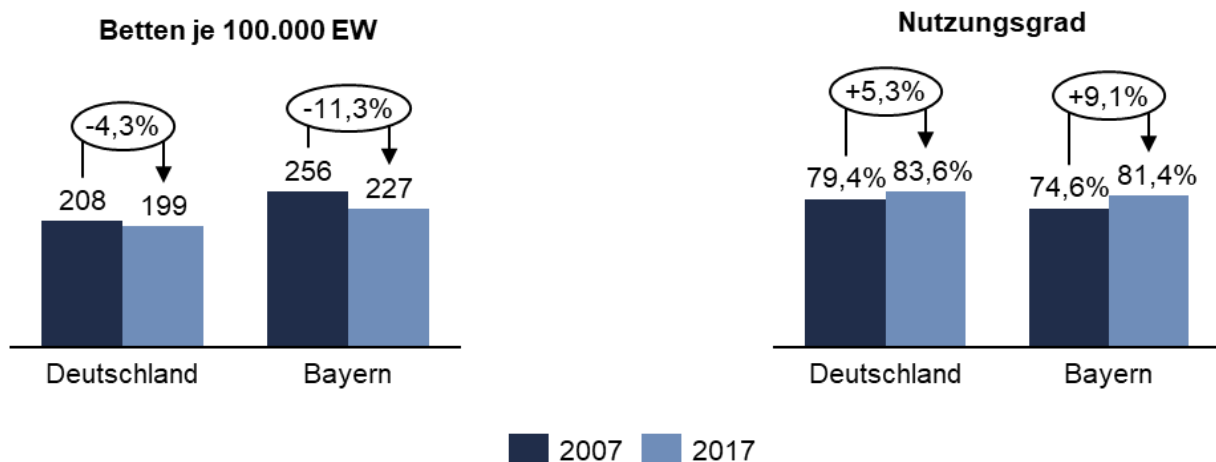


Abbildung 27: Anzahl der Betten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sowie Nutzungsgrad im Jahresvergleich 2007–2017 in Deutschland und Bayern

Quelle: Statistisches Bundesamt 2018a, eigene Darstellung

Demnach verringerten sich die aufgestellten Betten je 100.000 EW in bayerischen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen seit 2007 um 11,3 % auf 227 Betten pro 100.000 EW. Trotz der Reduzierung der Bettenanzahl verfügt Bayern relativ betrachtet über mehr Betten als der Durchschnitt in Deutschland mit 199 Betten.

Der Nutzungsgrad der Betten gibt die durchschnittliche Auslastung der Betten in Prozent an. Er errechnet sich durch Multiplikation des Anteils der gesamten Berechnungs- und Belegungstage an den aufgestellten Betten multipliziert mit den Kalendertagen mit 100. Es zeigt sich, dass die Einrichtungen in Bayern in den betrachteten Jahren im Schnitt weniger ausgelastet waren als der Bundesdurchschnitt.

Betrachtet man die Entwicklung der erbrachten Rehabilitationsleistungen am Beispiel der Zahlen der Rehabilitationseinrichtungen der DRV, so wird deutlich, dass der Großteil der medizinischen Rehabilitation nach wie vor stationär erbracht wird (Abbildung 28). Während 2006 jedoch noch 86 % der Leistungen stationär erbracht wurden, sank der Anteil dieser bis zum Jahr 2018 auf 81 %. Hingegen lässt sich ein kontinuierlicher Anstieg des Anteils der erbrachten Leistungen im ambulanten Bereich verzeichnen. Im betrachteten Zeitraum nahmen die ambulanten Leistungen deutlich zu und bauten ihren Anteil an rehabilitativen Leistungen von 9 % auf 15 % aus.

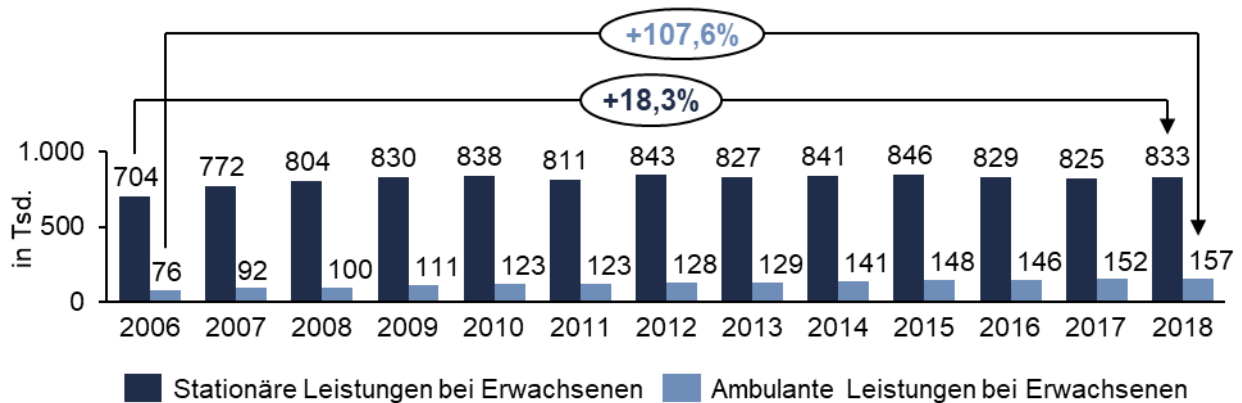


Abbildung 28: Stationäre und ambulante Leistungen der Deutschen Rentenversicherung bei Erwachsenen

Quelle: DRV 2019, eigene Darstellung

Dabei ist der Markt stationärer Rehaeinrichtungen über die letzten Jahre von einem voranschreitenden Konsolidierungsprozess geprägt. Einerseits entstehen dabei voluminöse Transaktionen großer Rehabilitations-Anbieter unter der Führung von Private-Equity-Investoren, andererseits sind zunehmend Marktaustritte von Einzeleinrichtungen sowie kleineren Einrichtungen vorzugsweise im ländlichen Raum zu beobachten. Die Gründe für Marktaustritte sind dabei vor allem auf die Zunahme des wirtschaftlichen Drucks zurückzuführen (Abbildung 29). Für die Rehabilitations-träger sind hierfür besonders hohe Kapitalerfordernisse für Investitionen und notwendige Sanierungen sowie nicht refinanzierbare Kostenstrukturen ursächlich. Hinzu kommen Vorgaben zu Struktur- und Qualitätsanforderungen sowie die damit in enger Verbindung stehende hohe Preiselastizität, die einen Preiswettbewerb zwischen den Einrichtungen bedingt hat (Hayer und Karapolat 2016). Nicht refinanzierbare Kostenstrukturen (trotz hoher Auslastungszahlen) und fehlende Mittel für Investitionen und notwendiger Sanierung treffen dabei ebenfalls kleinere Einrichtungen besonders stark (Zimolong 2018).

Ferner sind eine stärkere Patientenautonomie und die zunehmende Ausübung des Wunsch- und Wahlrechts festzustellen. Außerdem verschärft die zunehmende Bedeutung der ambulanten Rehabilitation die Wettbewerbssituation im stationären Sektor (Hayer und Karapolat 2016).

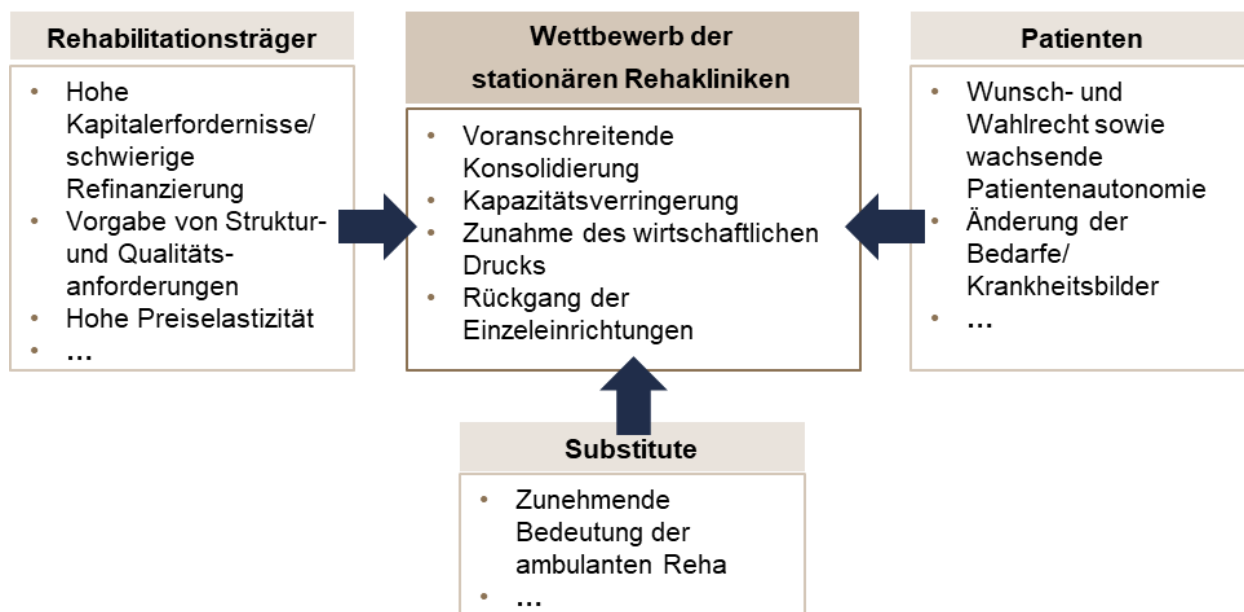


Abbildung 29: Struktur und Herausforderungen des stationären Rehabilitationsmarktes

Quelle: Hayer und Karapolat 2016, eigene Darstellung

Konsolidierungen finden im Rehabilitationsbereich häufig ohne strukturpolitische Konzeption und eingehende Bedarfsanalyse statt – große Transaktionen und Zusammenschlüsse von Anbietern werden lediglich kartellrechtlich geprüft. Darüber hinaus findet – anders als im Krankenhaussektor – im Rehabilitationsbereich keine ausgewiesene Bedarfsplanung über die verschiedenen Träger hinweg statt (Zimolong 2018). Etwas anders stellt sich die Lage bei der DRV dar, welche dahingehend vom Bundesrechnungshof geprüft wird.

4.1.4 Pflege

Prognosen zeigen, dass in Bayern der Anteil der **Pflegebedürftigen** bis 2030 gemessen an der Gesamtbevölkerung im Vergleich zu 2017 von 3,1% auf 3,4% steigen wird (Braeseke et al. 2019a). Dabei wird sich im gesamten Regierungsbezirk Oberfranken die Zahl der Pflegebedürftigen von 37.231 auf 43.617 um 17% erhöhen. Hierbei liegen jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Stadt- und Landkreisen des Fichtelgebirges vor. Exemplarisch kann für den Landkreis Bayreuth eine Veränderung um 27% angeführt werden, wohingegen der Wert im Landkreis Wunsiedel lediglich bei 1% liegt (3.181 im Jahr 2015; 3.201 im Jahr 2030). Für den Landkreis Tirschenreuth (Regierungsbezirk Oberpfalz) liegt die prognostizierte prozentuale Veränderung bei 18%.

Die Versorgungssituation hinsichtlich der vorhandenen **Kurzzeitpflegeplätze** im Fichtelgebirge wird für das Jahr 2018 als tendenziell nicht ausreichend, nicht ausreichend beziehungsweise deutlich nicht ausreichend beschrieben (Braeseke et al. 2019b) (Abbildung 30). Insgesamt kann von einem flächendeckenden Mangel an Kurzzeitpflegeplätzen in Bayern gesprochen werden.

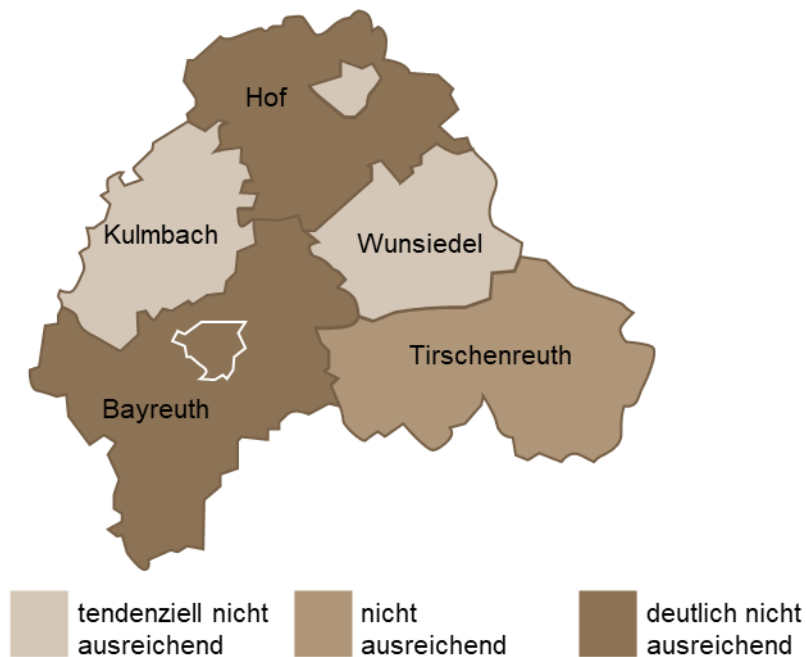


Abbildung 30: Einschätzung der Versorgungssituation der Kurzzeitpflege in der Region Fichtelgebirge, 2018

Quelle: Braeseke et al. 2019b, eigene Darstellung

Für Prognosen zu zukünftigen Bedarfen an Kurzzeitpflegeplätzen wurden verschiedene Szenarien definiert. Szenario 1 schreibt dabei den Status-quo aus 2017 fort und impliziert eine konstante Inanspruchnahme. Szenario 2 schreibt die Quote aus 2017 mit einer Rate von 0,95 % jährlich fort und Szenario 3 geht von einem linearen Wachstum um jeweils 1,19 % aus. Für die Region Oberfranken wurde 2017 eine Lücke von 353 Plätzen konstatiert, die je nach Szenario bis 2030 um 22 Plätze schrumpfen (Szenario 1) bzw. um weitere 23 Plätze (Szenario 2) bis 70 Plätze (Szenario 3) anwachsen soll. Im Vergleich zu anderen bayerischen Regierungsbezirken (z.B. Oberbayern) sind diese Werte gering. Dort treffen Faktoren wie Alterung, deutliches Wachstum der Bevölkerung sowie in den Szenarien 2 und 3 eine steigende Inanspruchnahmequote der Kurzzeitpflege zusammen (Braeseke et al. 2019a).

Hinsichtlich der **stationären Pflege** werden im Jahr 2030 Prognosen zufolge von den 43.617 Pflegebedürftigen des Regierungsbezirks Oberfranken 36,2 % (15.781) vollstationär versorgt werden. Im Jahr 2015 belief sich der Anteil der vollstationär versorgten Pflegebedürftigen auf 32,5 % (12.249). Dies entspricht einer prozentualen Veränderung (2015–2030) von 29 %. Für den Landkreis Tirschenreuth wird ein Anteil vollstationär versorgter Pflegebedürftiger für das Jahr 2030 von 35,2 % (1.100) prognostiziert, was eine prozentuale Veränderung im Vergleich zum Jahr 2015 von 22 % (Braeseke et al. 2019b) impliziert.

4.1.5 Gesundheitliche Situation und Entwicklung

Chronische Krankheiten zählen auch in Deutschland zu den häufigsten und gesundheitsökonomisch bedeutsamsten Gesundheitsproblemen. Dabei sind insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen, chronische Lungenerkrankungen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, psychische Störungen und Diabetes mellitus weit verbreitet und beeinflussen sowohl Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit als auch Sterblichkeit (RKI 2015). Mit zunehmendem Alter steigen sowohl das individuelle Krankheitsrisiko als auch das Risiko für das gleichzeitige Auftreten mehrerer chronischer Krankheiten, der sogenannten **Multimorbidität**. Altersbedingte chronische Krankheiten werden somit in einer alternden Bevölkerung zunehmend häufiger auftreten (DEGAM 2017). In der Folge trägt dies zu einem Wandel des Krankheitsspektrums bei, das durch Ausgestaltung von Versorgungsstrukturen zu bewältigen sein wird. Folgend sei nur auf einzelne Erkrankungen näher einzugehen.

Im Konkreten sind für **Herz-Kreislauf-Erkrankungen** die wichtigsten beeinflussbaren Risikofaktoren etwa Hypertonie, Diabetes mellitus und Adipositas sowie gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährung oder Rauchen. Diesen Risikofaktoren kann insbesondere durch gesundheitsbewusstes Verhalten entgegengewirkt werden, was ein großes Präventionspotenzial eröffnet.

Beeinträchtigungen der **psychischen Gesundheit** sind weit verbreitet und reichen von leichten Einschränkungen des seelischen Wohlbefindens bis zu schweren psychischen Störungen und beeinflussen die körperliche Gesundheit und das Gesundheitsverhalten. Basierend auf epidemiologischen Studien sind in Deutschland jährlich 27,8% der erwachsenen Bevölkerung von einer psychischen Erkrankung betroffen (Jacobi et al. 2016). Aufgrund der weiten Verbreitung von Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen und Demenzerkrankungen kommt diesen Krankheitsbildern eine besondere Relevanz zu (RKI 2015).

Auch wenn epidemiologische Daten nur einen geringen, aber statistisch signifikanten Anstieg psychischer Erkrankungen zeigen (Bayer 2019), deuten statistische Krankenkassendaten auf eine deutliche Zunahme von Diagnosen, Behandlungen und Krankheitstagen aufgrund psychischer Erkrankungen innerhalb der vergangenen 20 Jahre hin. Dabei führen eine höhere Sensibilität, eine gewachsene Beeinträchtigung durch die individuellen Krankheitsfolgen sowie zunehmend bessere therapeutische Angebote dazu, dass psychische Erkrankungen eher als solche erkannt werden (DGPPN 2018).

Die psychische Gesundheit wird von zahlreichen Risikofaktoren (etwa Lebensführung, berufliche Belastung, schwerwiegende Lebensereignisse und Persönlichkeitsfaktoren) beeinflusst. Hieraus ergeben sich zahlreiche Ansatzpunkte für die Prävention psychischer Erkrankungen sowie zur Förderung der psychischen Gesundheit innerhalb der Bevölkerung.

Mit steigender Lebenserwartung der Bevölkerung nimmt auch die Zahl der **Krebserkrankungen** in Deutschland zu. Derzeit sind diese nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen die zweithäufigste Todesursache. Die Entstehung von Tumorerkrankungen ist multifaktoriell bedingt. Die aussichtsreichste Strategie zur Vorbeugung erfordert eine Kombination verschiedener Maßnahmen der Verhaltens- und Verhältnisprävention und der Gesundheitsförderung. Hohes Präventionspotenzial weisen die Bereiche Ernährung, Bewegung und Körpergewicht auf (RKI 2016a). Zugleich macht die Behandlung deutliche Fortschritte. Dies führt dazu, dass – auch wenn eine vollständige Heilung selten garantiert werden kann – in einer zunehmenden Zahl an Fällen eine Chronifizierung der Erkrankung erreicht werden kann. Zugleich kann ein größerer Teil der Behandlung ambulant erfolgen.

4.1.6 Gesundheitstourismus und verwandte Bereiche

4.1.6.1 Allgemeines und Abgrenzung

Der Gesundheitstourismus in Deutschland erlebte 1950 mit der Aufnahme von Heilmittelbehandlungen in den Regelleistungskatalog der Sozialversicherungen einen großen Aufschwung, von dem insbesondere die Kurorte profitierten. Jedoch folgten 1989 und 1993 Gesetzesreformen, welche zu einem Paradigmenwechsel im Gesundheitstourismus führten. Aufgrund der beschlossenen Eingrenzung finanzieller Zuschüsse für ambulante und stationäre Kuren veränderte sich das Nachfrageverhalten deutlich und führte zu erheblichen Umsatzeinbrüchen der Kurorte (MWVLW RLP 2018).

In den letzten Jahren gewinnt die Gesundheit und das damit verbundene Interesse an Gesundheitstourismus jedoch wieder zunehmend an Bedeutung. Dies ist primär auf den demografischen Wandel verbunden mit einem wachsenden Gesundheitsbewusstsein und dem Streben nach einem gesunden Lebensstil zurückzuführen. Das Werteverständnis der Bevölkerung hat sich laut einer Analyse der Diskussionsbeiträge in deutschsprachigen Social-Media-Kanälen verändert. So steht bei der Mehrheit der in Deutschland lebenden Personen noch vor „Familie“ und „Erfolg“ die „Gesundheit“ als wichtigster Wert (Kantar 2020).

Aufgrund der fehlenden Erstattungsfähigkeit von Kuren und stationärer Rehabilitation steigt die Nachfrage nach privat finanzierten Gesundheitsleistungen, was zu einer Verschiebung der Leistungen aus dem ersten in den zweiten Gesundheitsmarkt führt. Anbietern von gesundheitsrelevanten Angeboten wie bspw. Kurorten wird ein neuer Markt eröffnet, dessen diverse Segmente aufgrund unterschiedlicher Ausprägungen und Zielgruppen vorerst voneinander abzugrenzen sind (Quack und Wölfle 2018).

Der Markt des Gesundheitstourismus lässt sich in insgesamt fünf Segmente unterteilen, welche in Abbildung 31 ersichtlich sind. Aufgrund ihrer besonderen Bedeutung für die Region Fichtelge-

birge wird im Folgenden der Schwerpunkt auf die Abgrenzung zwischen Wellness, Medical Wellness und Kurtourismus gelegt. Ebenso soll dies zur Eingrenzung der diversen Trends und Zukunftsthemen im Gesundheitstourismus beitragen, da sich Motive und Ziele des jeweiligen Marktsegments sowie die Zielgruppe unterscheiden können.

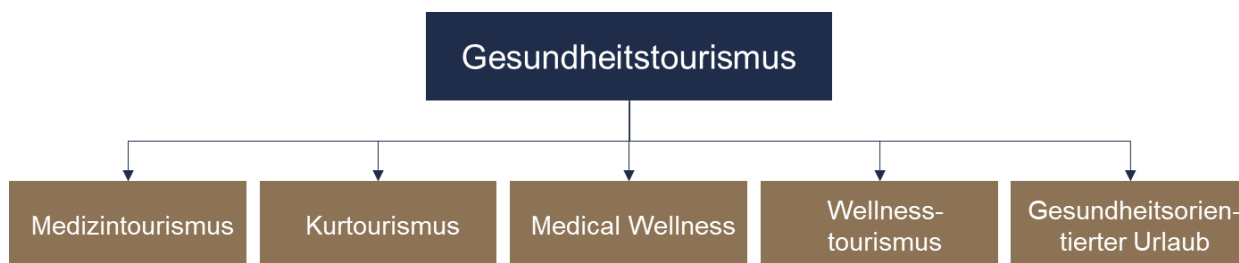


Abbildung 31: Differenzierung des Begriffs 'Gesundheitstourismus'

Quelle: Quack und Wölfle 2018, eigene Darstellung

Der Begriff Kur wird von Deutschen Heilbäderverband definiert als eine komplexe, ärztlich geleitete Übungsbehandlung zur Prävention, Rehabilitation und Therapie, welche stets mit einem Orts- und Milieuwechsel verbunden sein soll. Die Kur legt den Fokus auf eine sich wiederholende therapeutische Behandlung mit den in den Heilbädern und Kurorten ortsgebundenen Heilmitteln und steht unter ständiger medizinischer Betreuung (DHV und DTV 2005).

Die Eigenschaften des Medical Wellness sind primär eine Kombination fundierter medizinisch-therapeutischer Anwendungen und Wellness. Merkmale sind ärztliche Beteiligung und Mitwirkung medizinisch kompetenten Personals, die Verbesserung der Lebensqualität, die Stärkung der Gesundheit aber auch der Genuss. Zur besseren Übersichtlichkeit ist nachfolgend eine Abgrenzung der beiden Begrifflichkeiten angeführt (Tabelle 8).

Abgrenzungskriterium	Medical Wellness	Kur- und Rehatourismus
Zielgruppe	Gesunde und Kranke, eher nicht indikationsorientiert	Kranke, indikationsorientiert
Motive	Primärprävention, Gesundheitsförderung, Heilung und Linderung von Krankheiten	Heilung, Linderung, sekundäre und tertiäre Prävention
Ziele	Allgemeines Wohlbefinden, gesundheitsbewusster Lebensstil, Beanspruchte Bewegung, Ernährung	Vom Arzt mit dem Patienten spezifisch definierte medizinische Betreuung im Vordergrund
Angebote	Entspannung	Gesundheitsbildung
Entscheidungsart	Eigeninitiative / Freiwilligkeit	Ärztlich Einweisung, Genehmigung durch Krankenkassen
Aufenthaltsdauer	Ein Wochenende bis 2 Wochen	Meistens mindestens 3 Wochen
Finanzierung	Vorwiegend Selbstzahler	Mehrheitlich über Grund- und Zusatzversicherung oder finanzieller Zuschuss

Tabelle 8: Abgrenzung von Medical Wellness und Kur- und Rehatourismus

Quelle: Lanz Kaufmann 2002, eigene Darstellung

Der Begriff Wellness ist sehr breit gefasst. Lanz Kaufmann (2002) beschreibt Wellness als „[...] einen Gesundheitszustand der Harmonie von Körper, Geist und Seele. Wesensbestimmende Elemente sind Selbstverantwortung, Fitness und Körperpflege, gesunde Ernährung, Entspannung, geistige Aktivität/Bildung sowie soziale Beziehungen und Umwelt“ (Lanz Kaufmann 2002, S. 22). Nach dieser Definition lassen sich daher viele Angebote im Gesundheitstourismus dem Wellnessbegriff zuordnen. Laut dem Global Wellness Institute macht das Segment Wellness insgesamt 13,7% des weltweiten Tourismusumsatzes aus. In Europa ist Deutschland dabei der größte Markt (Global Wellness Institute 2015). Zielgruppen von Wellnessangeboten sind primär Alleinstehende und Paare ohne Kind (32 %) sowie situierte und gebildete Best Ager (28 %). Reiseziele sind überwiegend Heilbäder und Kurorte, die Verweildauer liegt bei durchschnittlich sechs Übernachtungen, die zu drei Vierteln in einem Hotel getätigt werden. Die Interessen der Wellnesstouristen sind neben den klassischen Wellnessanwendungen ebenso Lifestyle-Themen wie Aktiv und Fitness sowie Therapieformen mit ortsgebundenen Heilmitteln wie Thermalwasser (PROJECT M GmbH und KECK Medical 2015).

Die detaillierte Betrachtung der drei Segmente lässt erkennen, dass eine Abgrenzung der Begrifflichkeiten nicht vollständig stattfinden kann. Es existiert eine Vielzahl an Überschneidungen, unter anderem sind alle drei Bereiche bspw. für die Primär- und Sekundärprävention von Bedeutung. Zudem ist auch auf der Nachfrageseite eine Verschmelzung der Interessen an Sport, Erholung und Gesundheit zu erkennen.

4.1.6.2 Gesundheitstourismus

Der Gesundheitstourismus wird in Zukunft von verändernden Parametern und Rahmenbedingungen geprägt sein. Dazu gehören sowohl Innovationen im Bereich der Medizin und der Digitalisierung, der demografische Wandel als auch ein Wandel der Werte und Ansprüche der Gesellschaft. Der demografische Wandel stellt den ersten wichtigen Faktor dar. Aufgrund einer immer älter werdenden Gesellschaft, auch bedingt durch den medizinisch-technischen Fortschritt, werden sich die Kosten im Gesundheitswesen in den nächsten Jahren zunehmend erhöhen. Die Sozialversicherungssysteme können die steigenden Ausgaben nur bedingt refinanzieren, weshalb Versicherte in Zukunft vermehrt angehalten werden, sich selbst ihrer Gesundheit anzunehmen. Zusätzlich sind die Ansprüche auf eine vollumfängliche Rente immer öfter mit Unsicherheiten behaftet und es wird davon ausgegangen, dass insbesondere die Generation der Baby Boomer auch noch nach Erreichen des Renteneintrittsalters einer Arbeit nachgehen wird. Aus diesem Grund nimmt der Erhalt der eigenen Gesundheit durch Prävention und einen gesunden Lebensstil eine immer größere Rolle in der Bevölkerung ein (Leicher 2018).

Infolgedessen nimmt auch die Nachfrage nach Selbstzahlerleistungen aus dem zweiten Gesundheitsmarkt zu Themen wie Präventions-, Fitness- und Wellnessangeboten stetig zu. Durch das

wachsende Interesse der Bevölkerung, an der eigenen Gesundheit aktiv mitzuwirken, entwickelt sich der zweite Gesundheitsmarkt zu einem Wachstumsmarkt mit steigender Wirtschaftskraft (Matusiewicz 2019). So betrug der Konsum von individuell finanzierten Gesundheitsleistungen anteilig am Gesamtkonsum für Gesundheitsleistungen im Jahr 2019 bereits 30%. Jeder dritte Euro entstand somit aus privat finanziertem Konsum (BMWi 2020).

Vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft wird auch die Zahl der chronischen Erkrankungen wie die chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Diabetes oder rheumatoide Arthritis weiter wachsen, was zu einer steigenden Nachfrage nach Sekundär- und Tertiärprävention, also bspw. Therapien zur Früherkennung, Verhinderung der Verschlimmerung einer Erkrankung, führt. Zusätzlich werden sich dadurch die Anforderungen an die Urlaubsorte ändern. Eigenschaften wie Barrierefreiheit oder eine ausreichende medizinische Grundversorgung am Urlaubsort werden in den Vordergrund rücken. Kurorte, die sich auf einzelne Erkrankungen und Bedürfnisse spezialisieren und die besonderen Anforderungen berücksichtigen, können sich dabei einen deutlichen Wettbewerbsvorteil schaffen (BMWi 2011).

Zudem findet ebenso ein Wertewandel in der Gesellschaft Richtung mehr Nachhaltigkeit, Regionalität und einem Wunsch nach Entschleunigung und Ruhe statt. Durch den Anstieg psychischer Erkrankungen, oftmals hervorgerufen durch eine ständige Erreichbarkeit, den komplexer werdenden Strukturen und einem zunehmenden Druck, steigt das Bedürfnis nach überschaubaren Strukturen und Einfachheit. Gleichzeitig gewinnt der Erhalt der mentalen Gesundheit an Bedeutung. Regionale Produkte, regionale Küche, Auszeit- und Ruheangebote im ländlichen Raum, Urlaube im „Offline-Modus“ sind Beispiele, wie sich Anbieter an die Entwicklung anpassen können. Damit einher geht auch die Etablierung eines neuen Marktes in Form von sogenannten Lichtschutzgebieten. So soll es Erkenntnisse geben, dass nächtliche Dunkelheit eine positive Wirkung auf das Schlafverhalten und die Gesundheit von Menschen ausübt. Aus diesem Grund nutzen Tourismusorte diese Ausweisung zur Vermarktung und werben mit der nächtlichen Dunkelheit ohne Lichtverschmutzung – wie sie in Städten meist üblich ist – als Kulturgut (Leicher 2018).

4.1.6.3 Bewegung in der Natur sowie Kur- und Heilwälder

Neben den in Kapitel 4.1.6.2 erläuterten Trends im Gesundheitstourismus wächst zudem die Bedeutung der Bewegung in der Natur und damit einhergehend auch die Nachfrage nach Outdoor Aktivitäten (Abbildung 32). Eine Umfrage des Zukunftsinstituts hat ergeben, dass fast die Hälfte der Befragten in Deutschland Sport am häufigsten in der freien Natur macht. Gleichzeitig nimmt die Nachfrage nach Trainingsangeboten in geschlossenen Räumen wie Fitnessstudios kontinuierlich ab. Sport mit Geräten weicht den freien Flächen und der Nutzung von Parkbänken oder umgefallenen Bäumen als natürliches Trainingsmittel (Hertle und Muntschick 2016).

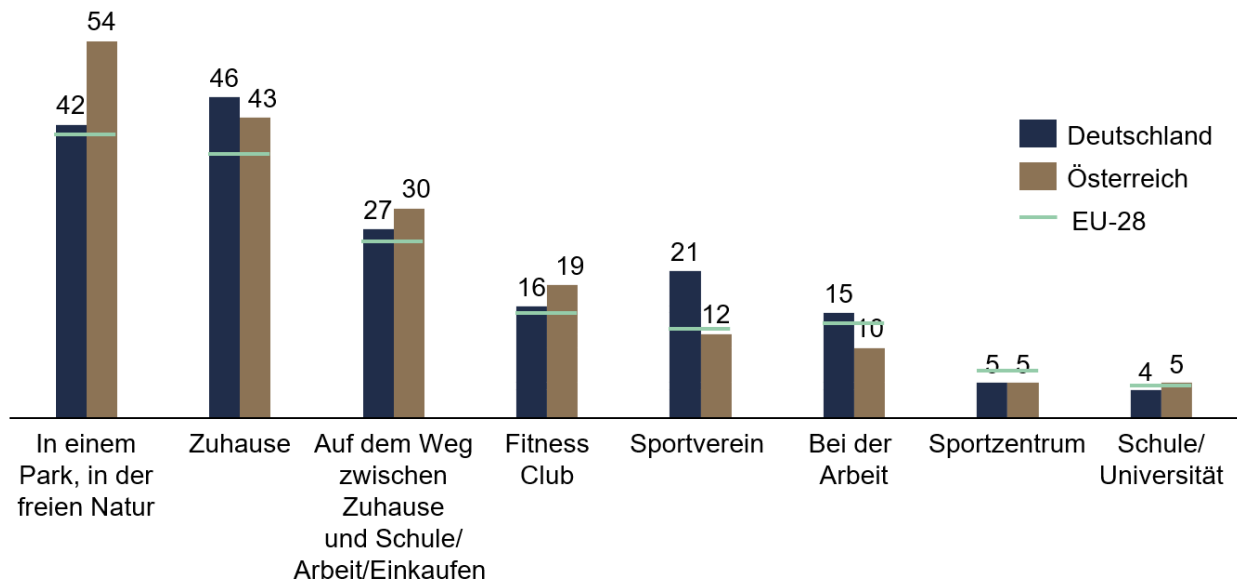


Abbildung 32: Orte, an denen Menschen Sport treiben oder sich körperlich betätigen im europäischen Vergleich

Quelle: Hertle und Muntschick 2016, eigene Darstellung

Dahingehend nimmt auch der Wald und seine vermeintliche gesundheitsfördernde Wirkung im Gesundheitstourismus in den letzten Jahren eine größer werdende Bedeutung ein. Immer häufiger wird der Wald Teil diverser Therapieangebote. Anbieter wie Rehaeinrichtungen sowie Heilbäder und Kurorte greifen das Thema bewusst in ihrem Marketing auf. Für viele Kurorte ist die Natur bereits seit Beginn Teil der Therapie, da die Bewegung und die damit verbundene Nutzung des Waldes als Bestandteil der Kneipp'schen Lehre gilt. Diverse Studien, primär aus Japan, geben zudem Hinweise auf gesundheitsfördernde Einflüsse durch einen Aufenthalt im Wald. Darunter fallen beispielsweise Stressreduktion, psychische Stabilisierung, ein grundsätzlicher Erholungseffekt sowie eine verbesserte Schlafqualität. In Japan ist die Waldmedizin als eigene Disziplin und das sogenannte Waldbaden als Therapieform anerkannt (Schuh und Immich 2013).

In Deutschland wurde im Jahr 2016 der erste Kur- und Heilwald auf Usedom durch eine sogenannte Kur- und Heilwaldverordnung des Landes Mecklenburg-Vorpommern zertifiziert. Dem folgten mehrere Projekte und Initiativen verschiedener Länder und Gemeinden. Ebenso befassen sich die Sozialversicherungen vermehrt mit den Effekten von Waldaufenthalten (MWVLW RLP 2018). Auch das Bayerische Wirtschaftsministerium beschäftigt sich seit 2019 mit dem Thema und betreut gemeinsam mit der Ludwig-Maximilians-Universität München und dem bayerischen Heilbäder-Verband ein Projekt, um gemeinsam Kriterien für Kur- und Heilwälder sowie individuelle Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsangebote in Verbindung mit dem Wald zu entwickeln.

Insbesondere in der Region Fichtelgebirge bieten die zahlreich vorhandenen Waldlandschaften die Chance zur Entwicklung neuer Angebote für Themen wie mentale Gesundheit, Stressreduktion oder Innere Balance und tragen so zu einer Schärfung des Profils bei. Eine strategische Ausrichtung im Bereich der Kur- und Heilwälder scheint aus diesem Grund zielführend. Nach erfolgreicher Interessensbekundung sind bereits alle vier Gemeinden als Pilotgemeinden Teil des Projekts und haben somit die Weichen für eine mögliche Neuausrichtung bereits gestellt (Tourist-Information Bad Berneck 2019).

4.1.7 Digitalisierung

Auch die Digitalisierung trägt zu einem Wandel des Anspruchsverhaltens im Gesundheitstourismus bei. Werden Reisen von der älteren Bevölkerung heute überwiegend noch über Reisebüros gebucht, buchen jüngere Altersgruppen bereits primär selbst über das Internet. Dieser Trend wird sich auch in Zukunft fortsetzen, weshalb die digitale Präsenz von Tourismusanbietern und deren Angebot für die Zukunft unabdingbar sein wird – auch um mit potenziellen Kunden in Austausch treten zu können. Unternehmen forschen bereits heute an voll automatisierten digitalen Informationszentren, welche in kürzester Zeit individuelle Angebote mit einer Vielzahl an Vergleichsoptionen bieten und dabei Alter, Geschlecht sowie persönliche Präferenzen berücksichtigen können. Aus diesem Grund werden Ansprüche an Qualität, Sicherheit und Service inkl. einem reibungslosen und einfachen Prozess bei Buchung, Anreise, Unterkunft und Abreise zunehmen.

Neben den vielzähligen Herausforderungen, die die Digitalisierung mit sich bringt, eröffnen sich für Anbieter im Gesundheitstourismus auch neue Chancen, insbesondere in der Angebotsentwicklung und Kundenbindung. So ermöglichen digitale Anwendungen bspw. eine eigenständige Erfassung und Verwaltung von Gesundheitsdaten, was dazu führt, dass medizinische Versorgung von einzelnen Kliniken oder Ärzten räumlich entkoppelt werden und somit auch auf gesundheitstouristischen Reisen stattfinden kann.

Zudem können digitale Anwendungen entwickelt werden, welche zu Themen wie Sport, Ernährung oder zu indikationsspezifischen Bereichen passgenaue Trainingspläne erstellen und gleichzeitig relevante Informationen liefern. Künstliche Intelligenz bietet hierbei erhebliche Potenziale für individuell gestaltbare Gesundheits- und Fitnessangebote. Die Anwendungen können in die Therapieangebote integriert werden oder darüber hinaus für ortsunabhängige Kooperationen mit weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen genutzt werden. Zudem ist es möglich, dem Gast eine unkomplizierte Nachbetreuung anzubieten, was zu einer verbesserten Kundenbindung führen kann. Das Potenzial ist vor allem dann hoch, wenn sich Anbieter unterschiedlicher Bereiche vernetzen und gemeinsam eine kundenorientierte Lösung etablieren, wie bspw. ein Sportprogramm für Diabetiker, welches von einem Physiotherapeuten und einem Diabetologen gemein-

sam entwickelt wurde. Sinnvoll und zielführend sind digitale Anwendungen im Bereich Gesundheitstourismus insbesondere dann, wenn sie ortsunabhängig und unter Beteiligung aller relevanten Akteure entwickelt wurden (BMW 2011).

4.2 Wettbewerber im Bereich Kur

Bei Berücksichtigung des jeweils höchsten Prädikates einer Gemeinde gibt es in Bayern insgesamt 360 anerkannte Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte (374 inklusive Heilquellen- und Moorkurbetriebe sowie Staatsbäder) (Tabelle 9).

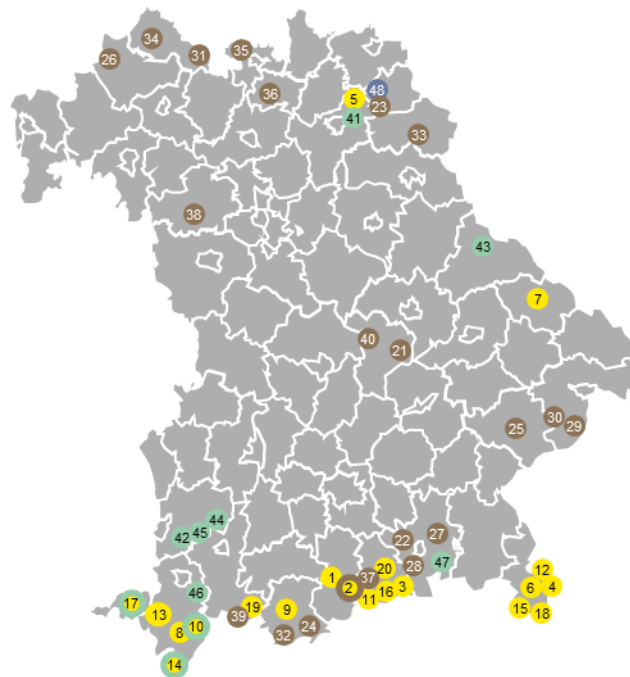
Prädikat	Zahl der anerkannten Gemeinden
Heilbad	2*
Kneippheilbad	5
Schrothheilbad	1
Heilklimatischer Kurort	13**
Kneippkurort	3
Schrothkurort	0
Luftkurort	81
Erholungsort	236
insgesamt	360
nachrichtlich: Heilquellen- und Moorkurbetriebe	9
Staatsbäder	5
Gezählt wird nur das jeweils höchste Prädikat einer Gemeinde. * Bei der Zählung ist zu beachten, dass Bad Brückenau sowohl Heil- als auch Staatsbad ist. Es wird in der Übersicht deshalb doppelt aufgeführt. ** Der Markt Berchtesgaden wurde mit der Gemeinde Bischofswiesen, dem Markt Marktschellenberg, dem Markt Ramsau b. Berchtesgaden und der Gemeinde Schönau a. Königssee als Mitglieder des Fremdenverkehrsverbandes des Berchtesgadener Landes zusammen als Heilklimatischer Kurort anerkannt. Die in der Übersicht aufgeführten 13 Prädikate umfassen somit 17 Gemeinden.	

Tabelle 9: Übersicht über die Anzahl der anerkannten Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte in Bayern

Quelle: STMI 2020, eigene Darstellung

Bayern weist insgesamt 47 hochprädikatisierte Kurorte auf (Abbildung 33). Evident wird, dass ein Teil der hochprädikatisierten Orte mehrere Anerkennungen erfüllt. So verfügt beispielsweise Bad Tölz sowohl über die Anerkennung des Heilklimatischen Kurortes, als auch über die Anerkennung eines Heilbades. Abzugrenzen von den hochprädikatisierten Gemeinden sind Luftkurorte und Erholungsorte nach den §§ 10 und 11 (BayAnerkV), wie es zum Beispiel Weißenstadt ist.

1	Bad Heilbrunn	18	Schönau am Königssee	35	Bad Rodach
2	Bad Tölz	19	Schwangau	36	Bad Staffelstein
3	Bayrischzell	20	Tegernsee	37	Bad Wiessee
4	Berchtesgaden	21	Bad Abbach	38	Bad Windsheim
5	Bischofsgrün	22	Bad Aibling	39	Füssen
6	Bischofswiesen	23	Bad Alexandersbad	40	Neustadt an der Donau
7	Bodenmais	24	Bad Bayersoien	41	Bad Berneck
8	Fischen im Allgäu	25	Bad Birnbach	42	Bad Grönenbach
9	Garmisch-Partenkirchen	26	Bad Brückenau	43	Bad Kötzing
10	Bad Hindelang	27	Bad Endorf	44	Bad Wörishofen
11	Kreuth	28	Bad Feilnbach	45	Ottobeuren
12	Marktschellenberg	29	Bad Füssing	46	Oy-Mittelberg
13	Oberstaufen	30	Bad Griesbach	47	Prien am Chiemsee
14	Oberstdorf	31	Bad Königshofen	48	Weißstadt¹
15	Ramsau	32	Bad Kohlgrub		
16	Rottach-Egern	33	Bad Neualbenreuth		
17	Scheidegg	34	Bad Neustadt a. d. Saale		



Heilklimatischer Kurort
 Heilbad
 Kneippheilbad, Kneippkurort, Moorkurbetrieb, Schrottheilbad
 Erholungsort

¹ Da Weißstadt eine der betreffenden Gemeinden ist wird diese hier aufgeführt, auch wenn kein Hochprädiat vorliegt.

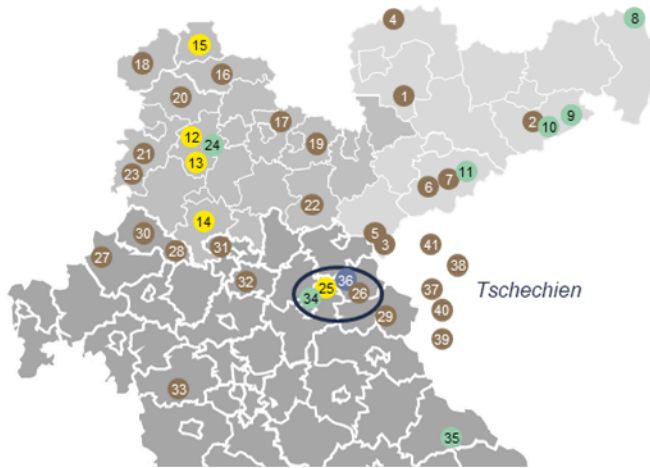
Abbildung 33: Anerkannte Kurorte in Bayern

Quelle: STMI 2020, eigene Darstellung

In Fichtelgebirge gibt es neben Bad Alexandersbad, Bad Berneck und Bischofsgrün keine weiteren hochprädiatisierten Gemeinden. Weißstadt als Erholungsort und Warmensteinach als Luftkurort ergänzen das Bild der Region. Im Regierungsbezirk Oberfranken fokussiert sich das Kurgeschehen – mit Ausnahme von Bad Staffelstein – ausschließlich auf das Fichtelgebirge. In etwas großräumigerer Betrachtung zeigt sich, dass Bischofsgrün einziger Heilklimatischer Kurort in Nordbayern ist. Anders als etwa bei der pflegerischen-gesundheitlichen Versorgung, wo es einer relativ wohnortnahen Versorgung bedarf, ist das Einzugsgebiet im Bereich der Kur und des Gesundheitstourismus aufgrund der Bereitschaft auch zu weiteren touristischen Reisen deutlich größer und damit die Wettbewerbssituation schärfer.

So sind im Bereich der Kneippheilbäder Bad Kötzingen (Bayern) und Bad Tabarz (Thüringen) relevante und nächstgelegene Wettbewerber zu Bad Berneck (Abbildung 34). Eine Vielzahl anerkannter – und zum Teil deutlich größerer – Heilbäder sind in Nordbayern, Sachsen, Thüringen und Tschechien zu verorten und damit in relativ kurzer Wegzeit zu erreichen. Auch die Fülle an namhaften Kurwettbewerbern im Süden Bayerns sind zwar geografisch weiter entfernt, aufgrund steigender Mobilität und Erreichbarkeit aber durchaus relevante Wettbewerber. Für die

vier prädikatisierten Gemeinden im Fichtelgebirge ist es umso wichtiger im Verbund geschlossen aufzutreten und sich mittels klarer Profilierung herauszustellen.



Sachsen		Thüringen		Nordbayern		Tschechien ²	
1	Bad Lausick	12	Finsterbergen	25	Bischofsgrün	37	Franzensbad
2	Bad Gottleuba	13	Friedrichroda	26	Bad Alexandersbad	38	Karlsbad
3	Bad Brambach	14	Masserberg	27	Bad Brückenau	39	Konstantinsbad
4	Bad Düben	15	Neustadt/Harz	28	Bad Königshofen	40	Marienbad
5	Bad Elster	16	Bad Frankenhausen	29	Bad Neualbenreuth	41	St. Joachimsthal
6	Bad Schlema	17	Bad Sulza	30	Bad Neustadt a.d. S.		
7	Wolkenstein	18	Heiligenstadt	31	Bad Rodach		
8	Bad Muskau	19	Bad Klosterlausnitz	32	Bad Staffelstein		
9	Bad Schandau	20	Bad Langensalza	33	Bad Windsheim		
10	Berggießhübel	21	Bad Liebenstein	34	Bad Berneck		
11	Wiesbaden	22	Bad Lobenstein	35	Bad Kötzting		
		23	Bad Salzungen	36	Weißstadt¹		
		24	Bad Tabarz				

Heilklimatischer Kurort
 Heilbad
 Kneippheilbad, Kneippkurort, Moorkurbetrieb, Schrottheilbad

 Erholungsort

¹ Da Weißstadt eine der betreffenden Gemeinden ist wird diese hier aufgeführt, auch wenn kein Hochprädiat vorliegt.

² Aufgelistet sind nur die tschechischen Kurorte, die sich in einem 120 km Umkreis von Bischofsgrün befinden.

Abbildung 34: Anerkannte Kurorte in überregionaler Schau

Quelle: Zusatzversorgungskasse Wiesbaden 2006; STMI 2020; SMWA 2018, eigene Darstellung

5 Zusammenführung der Teilergebnisse und Ableitung potenzieller Zielgruppen

Bereits für die vorangehenden, eher deskriptiven Kapitel, noch mehr jedoch für die folgenden analytischen Kapitel und die Ableitung von Empfehlungen, war die regelmäßige Abstimmung mit allen beteiligten Gemeinden, dem Auftraggeber der Studie sowie weiteren Stakeholdern wie Vertretern aus dem Bereich des Tourismus zentraler Bestandteil der Projektarbeit. So wurden in insgesamt drei Workshops jeweils die vorliegenden Zwischenergebnisse präsentiert und diskutiert sowie das weitere Vorgehen abgestimmt. Im Zuge dieser Abstimmungen wurde beispielsweise eine Anpassung der Schwerpunkte festgelegt, wenn dies auf Basis der zwischenzeitlich gewonnenen Erkenntnisse zweckmäßig erschien. Alle wesentlichen Änderungen des Projektplans und der in der Potenzialanalyse behandelten Aspekte wurden auf diesem Weg konsentiert. Gleiches gilt für die Festlegung der im Weiteren erarbeiteten Szenarien und die bewusste Entscheidung, die Immobilie der Höhenklinik Bischofsgrün nicht vertieft zum Gegenstand des Gutachtens zu machen und kein eigenes Szenario zu entwickeln, um eine für die Bemühungen um eine Nachnutzung kontraproduktive Vorfestlegung zu vermeiden. Insbesondere die vertretenen Bürgermeister konnten im Zuge der Workshops sowie in den bei Bedarf durchgeführten bilateralen Austauschen Aspekte einbringen, die aus ihrer Sicht für ihre jeweilige Kommune von besonderer Bedeutung sind. Auch konnte so sichergestellt werden, dass in den Kommunen bereits laufende Planungen und Projekte aufgegriffen und Ideen der Autoren frühzeitig auf Plausibilität mit den Bedingungen vor Ort geprüft werden konnten.

Im Sinne einer SWOT-Analyse erfolgt im folgenden Kapitel eine Auseinandersetzung mit den Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken für die relevanten Akteure. Den Ausgangspunkt bilden dabei die Bestandaufnahme der in der Region vorhandenen Angebote und Ressourcen (insb. Kapitel 2), die Inhalte aus den Workshops, die rund 20 geführten Interviews mit relevanten Akteuren sowie die Analyse relevanter externer Faktoren (insb. Kapitel 4). So findet eine klare Verknüpfung von allgemeinen Trends in der Medizin und grundsätzlichen Zukunftsthemen der Gesundheit mit der Situation vor Ort statt. Abschließend können aus diesen Betrachtungen zentrale Zielgruppen und in den weiteren Kapiteln weiterführende Strategien für die Entwicklung von Profilen und Szenarien abgeleitet werden.

5.1 Bewertung interner und externer Faktoren

Die folgenden Übersichten zeigen eine verdichtete Darstellung der eigenen bzw. internen Stärken und Schwächen der vier Gemeinden und der Region. Chancen und Risiken, welche durch externe Faktoren, wie Trends in den Bereichen Tourismus und Medizin, wirtschaftliche Rahmenbedingungen oder Umwelteinflüsse, determiniert werden und tendenziell auf alle vier Orte zutreffen,

werden in die Übersicht der Gesamtregion miteinfließen. Dies erlaubt einen Überblick über die Stärken und Schwächen und ermöglicht zugleich eine Einordnung mit den Risiken und Chancen des Marktumfelds.

5.1.1 Bad Alexandersbad

Bad Alexandersbad verfügt durch zwei prägende gesundheitsrelevante Einrichtungen bereits über ein kur- und erholungsgerechtes Profil. Zudem besteht eine breite Akzeptanz in der Bevölkerung zu dem Thema Gesundheitstourismus. Auch ist die Motivation, neue Angebote und Produkte zu entwickeln, bei den relevanten Akteuren deutlich ausgeprägt. Schwächen lassen sich insbesondere in der vorhandenen Infrastruktur sowie der schwachen wirtschaftlichen Lage feststellen (Tabelle 10).

<i>Bad Alexandersbad</i>	
Stärken	Schwächen
Kur- und erholungsgerechtes Ambiente	Mangelnde Infrastruktur, insbesondere fehlende Nahversorgung im Bereich Lebensmittel, sowie fehlende Gastronomieangebote
Klare Profilierung, auch im Konsens der örtlichen Bevölkerung	Schwierige wirtschaftliche Lage
Unterstützung und Umsetzungswille der Politik	
Hohes Maß an bürgerlichem Engagement	
Nachfrage nach Wohnungen / Eigentum steigt	

Tabelle 10: Stärken und Schwächen – Bad Alexandersbad

Quelle: eigene Darstellung

5.1.2 Bad Berneck

Durch Eigenschaften wie Ruhe, Naturbelassenheit und Romantik besitzt Bad Berneck ein Alleinstellungsmerkmal in der Region, welches gleichzeitig einen Beitrag zu einer klaren Profilbildung liefert. Ebenfalls basieren auf diesen Eigenschaften bereits diverse Angebote, auf deren Grundlage eine optimale Weiterentwicklung und Schärfung des Profils des Ortes stattfinden kann. Die mögliche Nichterfüllung der Voraussetzungen für eine Rezertifizierung als Kneippheilbad stellt die größte Bedrohung für den Ort dar und wird durch die schwache Infrastruktur, eventuelle Nachfolgeproblematiken für diverse Einrichtungen sowie dem sanierungsbedürftigen Stadtkern weiter verschärft. Hinzu kommt, dass sich mehrere Befragte unsicher zeigten, ob die Bereitschaft, für den Tourismus in hinreichendem Umfang einzustehen, wirklich in der notwendigen Breite vorhanden ist (Tabelle 11).

<i>Bad Berneck</i>	
Stärken	Schwächen
Einziges Kneippheilbad in Nordbayern	Absehbare/drohende Nichterfüllung der Voraussetzungen zur anstehenden Rezertifizierung des Kurortes
Historischer Charakter inkl. Burgenlandschaft, Ruinenweg und romantischem Stadtkern	Keine klare Profilierung, keine einheitliche Überzeugung für Tourismus einzustehen
Silent Places, Wanderwege, Waldlandschaften	Schwache Infrastruktur und Nachfolgeproblematiken
Hochwertige Gastronomie	Kritische Leerstände
	Schwierige wirtschaftliche Lage

Tabelle 11: Stärken und Schwächen – Bad Berneck

Quelle: eigene Darstellung

5.1.3 Bischofsgrün

Bischofsgrün als einziger heimklimatischer Kurort Nordbayerns stärkt seine Position durch ein großes Leistungsportfolio an diversen Sportangeboten für jede Jahreszeit. Außerdem wirkt der Ort durch eine Vielzahl verschiedener Anbieter und gastronomischer Angebote sehr lebendig und ist durch einen ansprechenden Ortskern auch für Familien durchaus ansprechend. Der Wegfall der Höhenklinik birgt jedoch das Risiko, dass Besucherströme sukzessive weniger werden, was sich wiederum nachteilig auf angesiedelte Einzelhändler und Gastronome auswirken könnte. Zudem fehlt es dem Ort an einer klaren Profilierung und Außendarstellung, es existieren keine zielgruppenspezifischen Angebote, wodurch der Ort ein eher schwaches Image aufweist (Tabelle 12).

<i>Bischofsgrün</i>	
Stärken	Schwächen
Einziges Heilklimatisches Kurort Nordbayerns	Wegfall der Höhenklinik
Aktivnahe Tourismusangebote, insb. im Bereich Sport, Fitness und Ruhe	Keine klare Profilierung
Vergleichsweise niedriger Verschuldungsgrad	Schwaches Image
Gastronomisches Angebot ausreichend vorhanden	Kritische Leerstände
Ansprechender Ortskern	Schwierige wirtschaftliche Lage

Tabelle 12: Stärken und Schwächen – Bischofsgrün

Quelle: eigene Darstellung

5.1.4 Weißenstadt

Weißenstadt ist durch den Einstieg privater Investoren ein wirtschaftsstarker Ort mit klarer, strategisch durchdachter Profilbildung. Stärken lassen sich insbesondere in den qualitativ hochwertigen Angeboten mit gutem Preis-Leistungs-Verhältnis sowie einer optimalen Marketingstrategie für eine breite Zielgruppenansprache feststellen. Dem gegenüber stellen etwa die in eher geringer Anzahl vorhandenen touristischen Angebote im Stadtkern Schwächen des Ortes dar (Tabelle 13).

<i>Weißensstadt</i>	
Stärken	Schwächen
Klare Profilierung durch die Einrichtungen, die den Ort nachhaltig prägen	Wenig touristische Infrastruktur im Stadtkern
Einstieg privater Investoren	Strukturwandel hin zum Tourismus für ehemalige Industrieregion eher schwierig
Qualität im attraktiven Preis-Leistung-Verhältnis	Schwierige wirtschaftliche Lage
Steigende Nachfrage auch bei jungen Zielgruppen sowie sehr hohe Auslastung der Einrichtungen	Trennung von Thermenlandschaft am See und Stadtkern aufgrund der Lage
Positive Außenkommunikation	Nicht ausreichend zur Verfügung stehender Baugrund und attraktiver Wohnraum
Zunehmend gefragter Wohnraum auch für junge Familien	

Tabelle 13: Stärken und Schwächen – Weißensstadt

Quelle: eigene Darstellung

5.1.5 Fichtelgebirge

Die Region Fichtelgebirge verfügt über einen großen Naturschatz und ein breites Leistungsspektrum an diversen Angeboten, Einrichtungen, Freizeitaktivitäten und Sehenswürdigkeiten. Die Zielgruppen sind sehr heterogen und die Angebote stillen die Bedarfe junger, berufstätiger Paare ebenso wie die der Familien oder der Generation 65plus. Dies führt wiederum dazu, dass die Region über keine klare Außendarstellung bzw. Spezialisierung verfügt und eine unzureichende Position in der bayerischen Tourismusbranche besetzt. Die bisherige Vermarktung erfolgte primär über die Kurorte und -betriebe, die jedoch in ihrer traditionellen Rolle sukzessive an Bedeutung verlieren. So ist das Image bereits deutlich geschwächt, was auch dazu führt, dass die Region keine besonders attraktive und selbstbewusste Außenpräsentation vornimmt. Eine weitere Schwäche ist die unzureichende Kommunikation unter den vier Gemeinden sowie das Fehlen von Eigeninitiativen innerhalb der Orte, was jedoch unter den Gesichtspunkten der schwierigen wirtschaftlichen Lage von essenzieller Bedeutung für eine zukunftssträchtige Weiterentwicklung der Region ist. Ein weiterer Schwachpunkt ist die mangelnde Infrastruktur, inklusive fehlender Beschilderungen sowie ein unzureichendes öffentliches Nahverkehrsangebot.

Ausbaufähige Chancen finden sich insbesondere in dem derzeitigen Wandel der Gesellschaft hin zu mehr Natur, Ruhe und Unberührtheit wieder. Dieser Wandel kann durch externe Umweltflüsse wie Klimawandel und steigenden Temperaturen im Sommer sowie damit einhergehender

schlechter Luft im städtischen Raum begünstigt werden. Auch die Veränderungen in der Morbiditätsstruktur hin zu mehr chronischen und mentalen Erkrankungen sowie die steigende Nachfrage nach präventiven Angeboten stellt für das Fichtelgebirge eine große Chance dar. Die zukünftige Entkoppelung medizinischer Versorgung vom eigenen Zuhause aufgrund der fortschreitenden Digitalisierung befeuert den Wandel in der Nachfrage im Gesundheitstourismus zusätzlich und bringt primär für ländliche Regionen erhebliche Vorteile. Jedoch ist diese Chance zugleich als Risiko zu sehen, da sich das Nachfrage- und Anspruchsverhalten diverser Kundengruppen verändert und Anbieter solcher Leistungen diese Veränderung frühzeitig erkennen und in ihre Angebote integrieren müssen.

Zusätzliche externe Risiken des Umfeldes sind naturbedingte Einflüsse, die den Naturschatz des Fichtelgebirges zerstören könnten, wie etwa sterbende Wälder aufgrund von Borkenkäferplagen (Tabelle 14).

<i>Region Fichtelgebirge</i>	
Stärken	Schwächen
Breites Angebotsspektrum im Bereich Sport, Gesundheit und Kultur (Aktivurlaub bis hin zu Familienurlaub)	Kur als veralteter, unattraktiver Begriff
„Naturschatz Fichtelgebirge“: Gut erhaltene Natur, weitläufige Waldbestände, saubere Luft und Wasser, angenehmes Klima	Schwaches Image
Verbesserte Koordination und Verknüpfung der Angebote durch das Projektteam ILE sowie Etablierung einer Corporate Identity	Keine attraktive und selbstbewusste Außenpräsentation, auch aufgrund fehlender Profilierung bzw. Schwerpunktbildung
Bevölkerung ist wieder stolz auf „ihre“ Region	Unzureichende Infrastruktur (Gastronomie, Hotel, ÖPNV etc.)
	Fehlende Eigeninitiative innerhalb der Orte
	Trennung der Gemeinden
Chancen	Risiken
Steigende Nachfrage nach unberührter Natur, Ruhe, „Digital Detox“, Regionalität und Nachhaltigkeit	Naturbedingte Einflüsse, etwa sterbende Wälder; saisonale Erscheinungen wie die Borkenkäferplage
Naturbedingte Einflüsse, z.B. heiße Sommer, schlechtere Luft in den Städten	Veränderung der Anspruchshaltung der Touristen (preiswert vs. hochklassig)
Wachsende Zahl chronischer Erkrankungen führt zu steigender Nachfrage nach Sekundär- und Tertiärpräventionsangeboten	Fortwährende Nachfolgeproblematiken
Steigende Bereitschaft für Selbstzahlerleistungen, daher große Potenziale auf dem zweiten Gesundheitsmarkt	Dynamische Entwicklung der Digitalisierung im Tourismus
Räumliche Entkoppelung der medizinischen Versorgung aufgrund von Digitalisierung	

Tabelle 14: Stärken und Schwächen sowie Chancen und Risiken – Region Fichtelgebirge

Quelle: eigene Darstellung

5.2 Implikationen für Zielgruppen

Unter Berücksichtigung der Strukturveränderungen im Gesundheitssystem sowie der Prognosen zur zukünftigen Morbiditätsstruktur, lassen sich potenzielle Bedarfe identifizieren, die bei einer künftigen Neuausrichtung der Region berücksichtigt werden sollten. Die Verknüpfung dieser Erkenntnisse mit den sich abzeichnenden Zukunftsthemen des Gesundheitstourismus sowie den erfassten Stärken und Schwächen der vier Gemeinden und der Region ermöglicht die Definition relevanter Zielgruppen mit hohem Potenzial.

So wird deutlich, dass insbesondere der demografische Wandel und die sich daraus vollziehenden Verschiebung der Altersstruktur zugunsten der Älteren dazu führt, dass diese Gruppe auch

für den Tourismus immer mehr an Relevanz gewinnt. Zwar ist das Krankheitsbild Älterer oftmals durch Multimorbidität sowie Chronifizierung von Akuterkrankungen geprägt, jedoch bleibt die ältere Generation trotz krankheitsbedingter Einschränkungen immer länger mobil (RKI 2016b).

So verändern sich auch deren Bedürfnisse, der Erhalt der eigenen Gesundheit wird immer wichtiger und es werden vermehrt Urlaubsangebote angefragt, die auf die Wünsche und Bedürfnisse der Generation 65plus ausgerichtet sind.

Für die Region Fichtelgebirge weist diese größer werdende Zielgruppe aufgrund ihres Nachfrageverhaltens großes Potenzial auf. Die Region bietet einige spezifische gesundheitsfördernde und präventive Angebote für die Generation und spiegelt mit ihrem Kurortcharakter eine optimale Urlaubsdestination mit ausreichend medizinischer Infrastruktur wider. Auch wenn die traditionelle Kur immer mehr an Bedeutung verliert, so wird ein prädikatisierter Ort weiterhin mit der Kompetenz der Erhaltung oder Verbesserung der Gesundheit assoziiert. So schafft jede einzelne Prädikatisierung der vier Gemeinden einen deutlichen Mehrwert für eine erfolgreiche Ansprache dieser Zielgruppe.

Daneben spielt die Gesundheitsvorsorge auch für die jüngere berufstätige Zielgruppe verstärkt eine Rolle, wenn auch überwiegend im aktiveren Sinn. Diese möchte das meist sportlich geprägte Angebot aktiv mitgestalten und individuell auf die eigenen Bedürfnisse anpassen können. Außerdem leiden jungen Erwachsenen zunehmend an psychische Erkrankungen, primär die Diagnose Depression steigt in den letzten Jahren kontinuierlich an (RKI 2016b). Die Generation ist immer häufiger Stresserscheinungen und Reizüberflutungen ausgesetzt, weshalb die eigene mentale Gesundheit für diese Zielgruppe zunehmend an Bedeutung gewinnt. Themen wie Ruhe, Entspannung und Ausgeglichenheit sind vermehrt Eigenschaften, welche insbesondere für den Urlaub nachgefragt werden.

Auch hier ist das Fichtelgebirge durch sein breites Leistungsspektrum an diversen Sportarten und Angeboten in der vielfältigen Natur bereits sehr gut aufgestellt und kann gleichzeitig seine Kompetenzen in den Bereichen Ruhe und Entspannung im ländlichen Raum vollends ausschöpfen. Aus diesem Grund stimmen die Bedürfnisse der Gruppe mit den Angeboten der Region überein und bei entsprechendem Marketing sowie ausreichend zielgruppenspezifischen Angeboten kann mit hohem Nachfragepotenzial gerechnet werden.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die zwei aufgeführten Zielgruppen, unter Berücksichtigung der zukünftigen Entwicklungen auf dem Gesundheitsmarkt, großes Potenzial aufweisen und aus diesem Grund mit in das Konzept einer potenziellen Neuausrichtung bzw. Weiterentwicklung einfließen sollten. Nichtsdestotrotz ist das Fichtelgebirge facettenreich aufgestellt und verfügt über zahlreiche Angebote aus unterschiedlichen Bereichen für unterschiedliche Kundengruppen. Diese Heterogenität sollte sicherlich auch bei neuen Konzeptüberlegungen nicht

ganz außen vorgelassen werden und es sollten geeignete Maßnahmen getroffen werden, auch Zielgruppen wie Familien mit der Neuausrichtung anzusprechen.

5.3 Zwischenfazit

Das Fichtelgebirge verfügt grundsätzlich über eine gute touristische Grundlage, insbesondere durch das Vorhandensein natürlicher Heilmittel und ausreichend medizinisch-therapeutischer Infrastruktur. In Verbindung mit der Natur, den großflächigen Wäldern sowie den vielfältigen Sportmöglichkeiten ergeben sich Potenziale zur Weiterentwicklung und Professionalisierung gesundheitstouristischer Angebote.

Jedoch lässt sich derzeit kein einheitlicher Fokus der Angebote erkennen. Zusätzlich ist die Region geschwächt durch die schwierige wirtschaftliche Lage, aufgrund derer Investitionen in die Weiterentwicklung verhindert werden. Auch das noch nicht ausreichend geschärfte Image, die Abwanderung in den städtischen Raum sowie die damit einhergehende Nachfolgeproblematiken diverser relevanter Einrichtungen tragen zu einer Schwächung der Positionierung des Fichtelgebirges im Gesundheitstourismus bei.

Aus diesem Grund gilt es, der Region Alleinstellungsmerkmale zu verschaffen und eine Positionierung zu erreichen, durch die sich das Fichtelgebirge vom Wettbewerb abgrenzt. Ziel ist es, innovative und zielgruppenspezifische Angebote zu etablieren, die ein neues Bild der Kur schaffen und die schwindende Bedeutung der traditionellen Kur kompensieren. Dazu empfiehlt es sich, die vielfältigen regionalspezifischen Möglichkeiten mit den bereits getätigten Investitionen zu verknüpfen, spezifische, evtl. ortsübergreifende Produkte und Pauschalangebote zu entwickeln und diese unter einer neuen Dachmarke erfolgreich zu vermarkten. Mit Blick auf den Markt kann die Bandbreite hierbei von Entspannungs- und Aktivangeboten des Segments Erholungsurlaub mit (mental-)gesundheitlichem Mehrwert bis hin zu zeitgemäßen Angeboten der Primärprävention liegen. Dabei sollten die aktuellen Trends und Entwicklungen im Bereich des Gesundheitstourismus stets berücksichtigt und miteingebracht werden.

Es bleibt festzuhalten, dass die Strategie, sich als (hoch-)prädikatisierte Kurorte bzw. Erholungs-ort vom Wettbewerb abzuheben, zweckmäßig und richtig erscheint. Zugleich muss in jeder beteiligten Gemeinde Klarheit darüber herrschen, dass die hierfür notwendige Abgrenzung von klassischen Wellness-Angeboten nur durch großes und nachhaltiges Engagement beim Schärfen des eigenen Profils erreicht werden kann. Die in Kapitel 4.1.6 dargestellte Abgrenzung verdeutlicht, dass der Anspruch, ein Kurort zu sein, mit entsprechenden hochwertigen Angeboten ausgefüllt werden muss, die nicht nur pro forma erfüllt, sondern tatsächlich in einer für den Gast ansprechenden Form genutzt werden können.

6 Profilentwicklung der Region und zugehörigen Kur- bzw. Erholungsorte

6.1 Vorbemerkung

Die Trends und Entwicklungen im Gesundheitstourismus führen dazu, dass sich auf der Anbieterseite Strukturen, Prozesse und Angebote verändern werden bzw. werden müssen. Der Markt hat sich sukzessive von einem kurgeprägten Anbietermarkt zu einem Nachfragemarkt entwickelt und diesen Veränderungen sollte frühzeitig mit innovativen Ansätzen begegnet werden. Jedoch stehen einige Kurorte und Heilbäder aufgrund teils eher starrer Organisationen oder vertraglichen Verpflichtungen vor der Herausforderung, flexibel reagieren zu können. Dadurch werden sich diese unterschiedlich erfolgreich auf dem Markt platzieren können. Die möglichen Entwicklungsarten können nach dem Leitfaden für Gesundheitstourismus des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie (2011) folgendermaßen typisiert werden:

Typ 1: Sehr gut aufgestellte Kurorte und Heilbäder mit bereits bestehenden gesundheitstouristischen Infrastrukturen und einer erfolgreichen Profilbildung mit vorhandener, starker Eigenmarke. Kontinuierliche Qualitätssicherung und stetige Angebotsentwicklungen stehen dabei im Vordergrund. Eine klare Spezialisierung auf einzelne Marktsegmente hat bereits stattgefunden.

Typ 2: Durchschnittlich gut aufgestellte Kurorte und Heilbäder mit weniger gesundheitstouristischen Aktivitäten, die jedoch als Ergänzung eine gesundheitstouristische Profilentwicklung anstreben, um bspw. eine Optimierung der Auslastung zu erreichen.

Typ 3: Kurorte, die allgemein sowie in Bezug auf den Gesundheitstourismus eher schlecht aufgestellt sind. Diese weisen meist mangelnde Qualität, fehlende innovative Ansätze sowie schlechte Infrastruktur auf und befinden sich an eher unattraktiven oder ungünstig gelegenen Standorten. Schwerpunktsetzung oder Profilentwicklung fehlen.

Für Kurorte und Heilbäder wird entscheidend sein, mit welcher Motivation sie der Entwicklung begegnen und inwieweit und mit welcher Intensität Ressourcen für die Entwicklung neuer, innovativer Ansätze eingesetzt werden.

Die Ansätze, welche zu einer erfolgreichen Marktdurchdringung und -platzierung entsprechend dem Typ 1 führen sollen, können sich in folgende Bereiche gliedern:

Kernkompetenz

Ortsgebundene Heilmittel – die wesentliche Kernkompetenz der Kurorte und Heilbäder – sollten in den Mittelpunkt rücken. In Verbindung mit der unten genannten Spezialisierung kann so ein Alleinstellungsmerkmal geschaffen werden.

Spezialisierung

Kurorte sollen sich in ihrer Profilbildung auf einen Bereich fokussieren. Eine Spezialisierung kann auf bestimmte Indikationen, Zielgruppen oder Unternehmen erfolgen. Die Einführung einer eigenen Marke rundet die Spezialisierung ab.

Qualität

Es soll eine konsequente und kontinuierliche Qualitätsorientierung durch Qualifizierung und Zertifizierung aller Anbieter entlang der Dienstleistungskette stattfinden.

Interkommunale Kooperation

Vernetzung von Anbietern und Kurorten, um Synergieeffekte zu heben, Ressourcen effizient einzusetzen und Potenziale bestmöglich auszuschöpfen (BMW 2011).

Nimmt man die Ergebnisse aus Kapitel 0, so zeigt sich, dass die Kurorte des Fichtelgebirges in Teilen noch dem Typ 3 zuzuordnen sind, da klar definierte und kommunizierte Profile im Hinblick auf den kurrelevanten Kern fehlen oder (noch) nicht vollständig umgesetzt sind. Zugleich gibt es Teilbereiche, in denen bereits zentrale Elemente von Typ 2 erreicht wurden bzw. eine Strategie zur Umsetzung erkennbar ist. Für Typ 1 fehlt in den meisten Fällen noch eine feste Verankerung von Qualitätssicherung und Angebotspflege sowie der Profil- bzw. Markenentwicklung.

In Bezug auf die oben aufgeführten Ansätze werden im Folgenden die vorhandenen Ressourcen sowie damit sinnvollerweise korrespondierenden Kompetenzen der vier Kur- bzw. Erholungsorte sowie der Region Fichtelgebirge aufgezeigt und mögliche Zielgruppen sowie eine potenzielle Spezialisierung abgeleitet. Auf Basis dieser Ausführungen wird dem folgend eine Zielvision für die Profile der jeweiligen Orte und der Region definiert, welche gegenwärtige positive Eigenschaften mit möglichen zukunftsweisenden Konzepten verbindet. Die Zielvision bedient sich dabei den oben aufgeführten Ansätzen und entspricht einer optimalen Ausgangslage für eine erfolgreiche Entwicklung zum Typ 1 gemäß des Leitfadens für Gesundheitstourismus.

6.2 Profil: Region Fichtelgebirge

Ressourcen

Die Region Fichtelgebirge erstreckt sich über 60 Gemeinden, darunter befinden sich die vier prädikatisierten Orte Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt. Das Spektrum an natürlich vorkommenden Heilmitteln des Wassers, des Klimas und des Moores begründet die Breite der Prädikate. Von besonderer gesundheitlicher Relevanz ist die gute Luftqualität, die sich insbesondere in der Gemeinde Bischofsgrün zeigt und diesen Ort als einzigen Heilklimatischen Kurort in Nordbayern auszeichnet. Die Region prägt sich wesentlich durch ihren Naturschatz, charakterisiert durch unterschiedliche Topografien: Weite Waldbestände, ebenso wie

Felsformationen, Berg- und Hügellandschaften, Burgen, Seen, Flüsse und Moore zeichnen das Fichtelgebirge. Begründet durch die Weitläufigkeit und geringe Urbanisierung ist auch die Ruhe von zentraler Bedeutung unter dem Gesichtspunkt der Gesundheit und Erholung. Eine weitere umweltbedingte Ressource des Fichtelgebirges stellen – auch vor dem Hintergrund des Klimawandels – die vergleichsweise geringeren Umgebungstemperaturen dar, die im gesundheitlichen Kontext eine besonders gute körperliche Verträglichkeit begründen. Die Region schließt mit ihren prädikatisierten Orten auch mehrere Leuchttürme ein, die aufgrund der jeweiligen ortsspezifischen Ressourcen ein breites Spektrum an gesundheits- und kurrelevanten Einrichtungen abbilden.

Kompetenzen

Entsprechend weitgefasst ist das vorhandene Kompetenzspektrum. Es fokussiert insbesondere die gezielte Anwendung der natürlich vorhandenen Heilmittel und weiterer Naturressourcen. Dabei ist die Region aufgrund der Gesundheitseinrichtungen und -professionen – darunter auch Kurärzte – befähigt, gesundheitsfördernde und präventive Angebote zu erbringen. In Teilen besteht auch Kompetenz zur Erbringung einer kurativen Versorgung verschiedenster Indikationen.

Zielgruppe

Die Vielschichtigkeit an gesundheitsrelevanten Ressourcen und Kompetenzen begründet die Heterogenität der Zielgruppen im Fichtelgebirge. Dennoch kann der naturnahe Gesundheitstourist – verortet auf dem zweiten Gesundheitsmarkt – als charakteristisch für die Region beschrieben werden. Der naturnahe Gesundheitstourist im Fichtelgebirge ist bereit, für seine Gesundheit und sein Wohlbefinden ein moderates Budget auszugeben und dafür eine sehr gute Qualität zu erhalten.

Zielvision

Das positive Zukunftsbild des Fichtelgebirges zeichnet eine Region mit vier aufeinander abgestimmten prädikatisierten Orten. Dabei wird das Spektrum der Prädikate der Kur- und Erholungsregion durch Gewinnung des Prädikats „Heilbad“ in Weißenstadt aufgewertet. Als Gegenpol zum allgemeinen Trend der Schnelllebigkeit und anderorts dichten touristischen Orten versteht sich das Fichtelgebirge als bewusst entschleunigte Region. Die Breite an professionellen gesundheitstouristischen Produkten – etwa das Waldbaden und Klimawandern – werden mittels einer konsistenten Marke abgebildet und gleichermaßen professionell vermarktet. Die Infrastruktur entspricht dem allgemeinen touristischen Standard und den steigenden Ansprüchen eines selbstzahlenden Gesundheitsgastes. Dabei bilden die ansprechende Erscheinung der einzelnen Gemeinden, die Angebotsvielfalt im Einzelhandel und der Gastronomie sowie die gute Erreichbarkeit Kernelemente der touristischen Infrastruktur. Im Gesamten ist das Fichtelgebirge eine selbstbe-

wusste Region, die für sich selbst überzeugt und dabei überregionale Bekanntheit und Touristeneinzug genießt. Für den naturnahen Gesundheitstourist aus Nah und Fern stellt das Fichtelgebirge eine attraktive Destination dar. Gleichfalls wird das gesundheitstouristische Profil der Region von der Bevölkerung vor Ort getragen und weiterentwickelt.

6.3 Profil: Bad Alexandersbad

Ressourcen

Bad Alexandersbad als kleinstes bayerisches Heilbad profitiert insbesondere von seinen ortsgebundenen Heilmitteln Heilwasser und Naturmoor und ist durch diese das einzige Mineral- und Moorheilbad Oberfrankens. Daneben tragen weitere natürlich vorkommenden Ressourcen, wie die weitläufigen Wälder im Umkreis der Gemeinde, die unberührte Natur, aber auch die historischen Gebäude im Stadtkern, wie das Kurhaus und das Marktgräfliche Schloss, zu einer hohen Attraktivität des Ortes bei. Diese Ressourcen werden von der Gemeinde bereits seit vielen Jahren vielversprechend eingesetzt, wodurch der Ort sukzessive Kompetenzen im Bereich Gesundheitstourismus erworben und stetig weiterentwickelt hat.

Kompetenzen

Bad Alexandersbad nutzt die vorhandenen ortsgebundenen Heilmittel, um die traditionelle mit der modernen Badekultur zu verknüpfen und darauf aufbauend den Themenbereich Prävention in den Mittelpunkt seiner Aktivitäten zu setzen. Das Resultat ist eine Einrichtung, welche für Touristen und Bevölkerung als Leuchtturm mit überregionaler Strahlkraft definiert werden kann. Im Alexbad verbinden sich primär die Themenbereiche Heilmittel, Natur und Sport, wodurch den Gästen eine Vielzahl an gesundheitsrelevanten Angeboten und therapeutischen Behandlungen geboten werden. Die Kompetenzen im Bereich Prävention werden zudem durch Aktivitäten im Bereich der Osteopathie ergänzt. Die Angebote der Freien Akademie für Osteopathie bieten ein großes Portfolio an Weiterbildung für Osteopathen aus ganz Deutschland, was dem Ort ein gewisses Alleinstellungsmerkmal verschafft und diesen zusätzlich weiter belebt.

Zielgruppe

Durch den Einsatz der ortsgebundenen Ressourcen und der dadurch entstandenen Kompetenzen zeichnet sich für Bad Alexandersbad eine Fokussierung im Bereich des aktiven Gesundheitstourismus, ergänzt durch eine Spezialisierung im Bereich Osteopathie ab. Aufgrund dieser Verknüpfung bildet sich eine Positionierung für Bad Alexandersbad, welche den Fokus auf innovative, ganzheitliche und aktive Gesundheitsangebote legt.

Als Zielgruppe gelten dadurch zum einen die breite regionale Bevölkerung, welche die Angebote im Sinne des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) oder privat nutzen kann. Zum anderen spricht diese Fokussierung insbesondere die aktive Zielgruppe mittleren Alters an, die aktiv

an der Erhaltung ihrer Gesundheit interessiert ist und dies gerne mit innovativen Ansätzen ergänzt. Zusätzlich dient die Fokussierung der Stärkung des osteopathischen Schwerpunktes, wodurch die Zielgruppe um die Osteopathen in Ausbildung oder mit Interesse an Weiterbildung erweitert wird.

Zielvision

Aus den oben aufgeführten Aspekten ergibt sich für die Gemeinde Bad Alexandersbad eine Zielvision, welche die ortsgebundenen Heilmittel sowie die Kompetenzen im Bereich Gesundheit, Sport und Osteopathie vereint betrachtet und in Verbindung mit potenziellen weiteren Angeboten optimal darstellt. So ist eine Positionierung als erstes osteopathisches Heilbad Bayerns möglich. Ein wichtiger Baustein für die Zielvision bildet dabei die Freie Akademie für Osteopathie. Die Gemeinde hat sich durch die aktive Förderung der Einrichtung als Zentrum der Osteopathie in Bayern – oder gar in Deutschland – etabliert. Fort- und Weiterbildungsangebote für Osteopathen wurden erweitert und durch spezielle Schulungen ergänzt, was der Gemeinde ein Alleinstellungsmerkmal verschafft und zusätzlich zu steigender Nachfrage nach Übernachtungsmöglichkeiten führt. Verstärkt wird diese Position zusätzlich durch die Eröffnung des Reha-Zentrums mit Unterstützung der Bertold und Brigitte Hollering Stiftung.

Weiterhin steht das Alexbad als Mittelpunkt der aktiven Prävention für überregionale Strahlkraft. Es werden Angebote für Touristen und die Bevölkerung generiert, welche von BGM-Kursen über diverse Trainingseinheiten bis hin zu physiotherapeutischen Behandlungen reichen. Die Angebote konzentrieren sich primär auf eine aktive Prävention und werden durch osteopathische Ansätze ergänzt. Eine erfolgreiche Verknüpfung von Natur und Fitness führt zu einem attraktiven Portfolio an Fitnesskursen in der Natur, die erfolgreiche Zertifizierung als Kur- und Heilwald rundet die Auswahl ab und erlaubt durch das Waldbaden ein weiteres naturnahes Angebot.

Die Vitalisierung des Stadtkerns durch Erweiterung des gastronomischen Angebots, welches bspw. die heimische Küche inkl. den heimischen Kräutern in den Fokus setzt, rundet das Angebot ab. Zudem werden neue Angebote strategisch geplant sowie in strukturierter Form durch die Akteure und Einrichtungen umgesetzt, was zu einer Professionalisierung der Produkte führt.

6.4 Profil: Bad Berneck

Ressourcen

Die Gemeinde Bad Berneck profitiert von einer Vielzahl natürlich vorhandener Ressourcen, welche, als Gesamtheit betrachtet, eine klare Positionierung der Gemeinde ermöglichen.

Bad Berneck ist umgeben von reichhaltiger Natur, dichten Wäldern sowie der Ölschnitz, eines der größten Fließgewässer im Fichtelgebirge, welches durch den ortseigenen Kurpark und die

historische Altstadt fließt. Ein dendrologischer Garten, diverse naturbelassene Wanderwege sowie sogenannte Silent Places wurden etabliert, um die vielfältige Natur erlebbar zu machen. Diese natürlichen Gegebenheiten gepaart mit zahlreichen historischen Elementen, wie den mittelalterlichen Burgruinen, verleihen Bad Berneck eine Art Romantik und Unberührtheit, was dem Ort ein Alleinstellungsmerkmal zuteilwerden lässt.

Kompetenzen

Durch die aktive Einbindung der aufgezeigten Ressourcen in die gesundheitstouristischen Aktivitäten hat sich die Gemeinde im Laufe der Zeit Kompetenzen angeeignet, welche primär mit der Kneipp'schen Lehre in Verbindung stehen und dem Ort bereits im Jahr 1950 das Prädikat „Kneippheilbad“ verschafft haben. Dieses Prädikat füllt Bad Berneck mit Leben, indem die Kneipp'sche Lehre dem Gast in einer Vielfalt von Kontexten und Aktivitäten vermittelt wird. Außerdem werden die Kneipp'schen Prinzipien auch in Gastronomie und Hotellerie umgesetzt. Die drei Ressourcen Botanik, Wasser und Geschichte verbindet Bad Berneck in einem breitem Angebotsportfolio aus sanften sportlichen Aktivitäten und therapeutischen Anwendungen.

Durch die Bündelung der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen stärkt Bad Berneck seine Positionierung zu einem Ort der inneren Ruhe und Ausgeglichenheit. Der Ort verknüpft die Themen Innere Balance, Bewegung und gesunde und bewusste Ernährung, was wiederum in Einklang mit der Kneipp'schen Lehre steht und somit die Schwerpunktsetzung des Ortes abrundet.

Zielgruppe

Durch die Fokussierung entsteht ein Nutzen, welcher primär die Zielgruppe der Best Ager anspricht, die Interesse an Prävention und sanfter Bewegung in der Natur mit überschaubaren Schweregrad haben. Zudem ist der Ort für Menschen ausgerichtet, die nach Entschleunigung und Ausgeglichenheit suchen und dieses mit einem gesunden Lebensstil verbinden möchten. Eine weitere Zielgruppe sind die historisch interessierten Entdecker, die auf der Suche nach verwunschenen und romantischen Orten sind.

Zielvision

Auf Basis der vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen lassen sich Zielvisionen für Bad Berneck ableiten, welche einen ganzheitlichen Blick auf die Gemeinde zulassen und bereits bestehende Angebote mit potenziellen weiteren Zukunftsfeldern ergänzt. Im Ergebnis soll aus diesen Zielvisionen eine einheitliche Außendarstellung mit klarer Positionierung für Bad Berneck hervorgehen.

Eine wichtige Säule der Zielvision ist ein starkes Angebot hochqualitativer therapeutischer Behandlungen mit Fokus auf Prävention, Ausgeglichenheit und Entspannung, welches im Einklang mit der Lehre von Kneipp steht. Die erfolgreiche Vernetzung mit externen Dienstleistern – auch

aus anderen Kurorten – ermöglicht die Erbringung zusätzlicher Dienstleistungen und sorgt dabei für ein ganzheitliches Angebot. Zudem lebt Bad Berneck von der kreativen Gastronomie, die gesunde und bewusste Ernährung in den Mittelpunkt stellt. Hierzu werden diverse Kurse angeboten, welche von qualifizierten Ernährungsberatern oder Heilkräuter-Spezialisten begleitet werden. Fokus ist die eigene Entdeckung der heimischen Kräuter, ihrer Wirkung und deren Einsatz in der heimischen Küche zur Unterstützung einer gesunden und ausgeglichenen Ernährung. Dadurch schafft die Gemeinde eine zweite wichtige Säule, die ein weiteres kurrelevantes Angebot darstellt. Außerdem bieten neu etablierte Wanderwege mit unterschiedlichen Schwerpunkten abwechslungsreiche Bewegungsmöglichkeiten für die verschiedenen Zielgruppen. So setzt eine Route den Fokus auf die sportliche Aktivität in der Natur und führt als Waldsportpfad durch diverse Trainingseinheiten unterschiedlicher Schweregrade. Ein weiterer Pfad konzentriert sich auf das Thema gesunde Ernährung und Heilkräuter und bindet diese in die Aktivität mit ein. Anhand einer Beschilderung sollen Gäste die Möglichkeit erhalten, diverse regionale Kräuter und deren Wirkung entlang des Weges zu erforschen, um dadurch die Säulen Bewegung und gesunde Ernährung miteinander zu verknüpfen. Eine weitere Route setzt den Fokus auf Ruhe und Entschleunigung und führt durch den Kurpark inkl. Kneippbecken, Silent Places, Wälder, verwunschene unberührte Plätze sowie den dendrologischer Garten. Ein Burgenpfad rundet das Angebot für die Zielgruppe der Entdecker, Romantiker und Historiker weiter ab. Ein Meditationspark bildet ein passendes Angebot für Menschen mit Interesse an autogenem Training oder Meditation. Die Zertifizierung als Kur- und Heilwald stellt zudem eine weitere sinnvolle Ergänzung zu dem bereits bestehenden Angebot dar und stärkt als weitere Säule im Gesundheitstourismus die Positionierung der Gemeinde.

Nicht zuletzt trägt eine erfolgreiche Sanierung der Uferpromenade zur Steigerung der Attraktivität bei Touristen bei und rundet das Angebot vollständig ab.

6.5 Profil: Bischofsgrün

Ressourcen

Der Heilklimatische Kurort Bischofsgrün liegt zentral im Fichtelgebirge und gehört zum Landkreis Bayreuth. Die besondere Güte der Luft stellt für den Kurort die zentrale Ressource dar. Ihre hohe Qualität wird durch die dezentrale Höhenlage und die intakte Natur gefördert. Besonders prägend ist die Lage der Gemeinde am Ochsenkopf an den zwei höchsten Erhebungen des Fichtelgebirges: Dem touristisch im Hinblick auf verschiedenste Sport- und Freizeitangebote intensiv erschlossenen Ochsenkopf (1024 m ü. NHN) sowie dem noch etwas höheren, auch aufgrund seiner vormals militärischen Nutzung weitgehend unberührten Schneeberg (1051 m ü. NHN). Die Gon-

delanlage des Ochsenkopfes erlaubt einen generationenübergreifenden Zugang bis in die Höhenlagen des Mittelgebirges. Die umliegenden Wälder sowie das markante Höhenprofil bilden ein facettenreiches Gesamtbild, das im Sommer wie im Winter eine breitgefächerte Nutzung erlaubt.

Kompetenzen

Die besondere Lage des Kurortes am touristischen Zentrum Ochsenkopf führt dazu, dass Bischofsgrün in seinem Profil zwei Dimensionen adressiert: Zum einen den Kurort mit einem klaren gesundheitlichen Anspruch, zum anderen den Ort für Freizeit- und Sportaktivitäten für die ganze Familie. Beide Dimensionen werden für sich klar definiert und referenzieren sich wechselseitig.

Als Kurort hat Bischofsgrün ein klares Kompetenzfeld entwickelt, das die Wirkungen heilklimatischer Luft auf einzelne Organsysteme sowie Indikationsbereiche nutzbar macht. Hierfür sind Kompetenzen für somatische wie psychische Indikationsbereiche vorhanden. Für Kurgäste und Gesundheitstouristen können spezifische Angebotspakete zusammengestellt werden, in welchen das Heilmittel Luft eine zentrale Rolle spielt.

Als Urlaubdestination jenseits des Gesundheitstourismus ist Bischofsgrün im Verbund mit den anderen Ochsenkopfgemeinden in der Lage naturnahe Freizeit- und Sportangebote zu entwickeln und auf ein breites Zielpublikum abzustimmen. Dabei herrscht ein umfassendes Verständnis, wie ein generationenübergreifendes Angebot zu gestalten ist, welches auch für unterschiedliche Leistungsniveaus (sportliche) Aktivitäten in der Natur erlaubt.

Zielgruppe

Zunächst adressiert jede Dimension eine eigene Zielgruppe. Für Bischofsgrün als Kurort lässt sich diese aus den Heilanzeigen für Heilklimatische Kurorte ableiten. Diese beziehen sich insbesondere auf Erkrankungen der Atemwege, Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten sowie bestimmte Hautkrankheiten. Als Freizeit- und Sportdestination wird ein generationenübergreifendes Publikum angesprochen, welches naturnah und abseits der großen Ströme des Massentourismus seinen Urlaub bzw. seine Freizeit gestalten will.

Querverweise zwischen diesen Dimensionen lassen eine weitere Schärfung möglicher Zielgruppen zu. So erlauben die zahlreichen Freizeitangebote gerade für Kinder- und Jugendliche die Verknüpfung eines gesundheitsfördernden Aufenthalts mit einem klassischen Familienurlaub. Entsprechend können beispielsweise analog zu Zielgruppen von Mutter-/Vater-Kind-Kuren im Selbstzahlerbereich ganze Gruppen erschlossen werden.

Zielvision

Die Zielvision für Bischofsgrün muss lauten, beide Dimensionen zu stabilen Säulen zu entwickeln. Ein umfassendes gesundheitsbezogenes Angebot, das konkret mit dem Heilmittel Luft arbeitet,

steht für den Heilklimatischen Kurort. Als einziger Heilklimatischer Kurort Nordbayerns ist dieses Alleinstellungsmerkmal regional und überregional bekannt. Wer sich durch den Ort bewegt oder sich in seiner Unterkunft aufhält, trifft regelmäßig auf Informationen und Angebote, die sich mit dem Heilmittel Luft sowie den Atmungsorganen und ihrer Relevanz für die physische und psychische Gesundheit auseinandersetzen. Im Ort ist ein entsprechendes Kursangebot verankert, das von Touristen wie Einheimischen angenommen wird und durch entsprechende räumliche Ressourcen auch wetterunabhängig ein ganzjähriges Angebot ermöglicht.

Der Aktivtourist, der primär wegen der umfangreichen Gelegenheiten für Freizeit- und Sportaktivitäten nach Bischofsgrün kommt, findet ein breites Spektrum an Angeboten vor, die sich durch eine naturnahe Umsetzung auszeichnen. Die Angebote sind dabei hochwertig und auch in Bezug auf die Infrastruktur wettbewerbsfähig mit den anderen deutschen Mittelgebirgen. Das derzeit entstehende BLSV-Camp Nordbayern unterstreicht die sportorientierten Facetten. Auch im Winter gibt es ein umfassendes Angebot, das auch ohne Schnee eine sportliche Betätigung erlaubt.

Die Verknüpfungspunkte zwischen den beiden Dimensionen sind allgemein bekannt und werden von den Verantwortlichen in beide Richtungen aktiv gepflegt. Einzelne Angebote sind dezidiert entwickelt, um das Potenzial der gemeinsamen Einbeziehung der beiden Dimensionen maximal zu nutzen. Bei anderen Angeboten erfolgt eine konsequente Referenzierung durch entsprechende Querverweise.

Auch Familien mit Kindern fühlen sich in Bischofsgrün am richtigen Ort, unabhängig davon, welche Dimension für sie der primäre Grund bei der Wahl des Urlaubszieles war. Dies wird auch an diversen kleinen Aspekten deutlich, wie einer Gestaltung des Ortskerns, der auch für kleine Kinder Beschäftigungsmöglichkeiten bietet, oder eine leichte Auffindbarkeit gut gepflegter Spielplätze.

6.6 Profil: Weißenstadt

Ressourcen

Weißenstadt ist ein seit 1975 prädikatisierter Erholungsort, der mitten im Naturpark Fichtelgebirge gelegen ist. Neben dem Tourismus sind die etablierten gewerblichen Strukturen (Industrie, Land- und Forstwirtschaft) ein wichtiger Pfeiler der regionalen Entwicklung. Das charakteristische Element und zugleich die naturgegebene Ressource ist das Wasser. So ist die Stadt eingebettet im Tal der Eger und verfügt über den Weißenstädter See mit einem vier Kilometer langen Uferweg. Der Weißenstädter See und seine Umgebung bilden ein Naherholungsgebiet. Darüber hinaus verfügt die Stadt über ein natürliches Vorkommen des Edelgases Radon mit Heilwasserqualität. Zudem wird aus 1.835 Metern Tiefe Schwefel-Thermalwasser gefördert, dessen Mineralisation durch einen starken Fluoridgehalt geprägt ist. In direkter Nähe zum Weißenstädter See sind zwei

Leuchttürme – das Siebenquell und das Kurzentrum Weißenstadt – verortet. Letzteres ist als Heilquellenkurbetrieb anerkannt, in dem die Anwendung des Heilwassers etwa durch Therapiebecken, Wannenbädern und Inhalation stattfindet. Beide Leuchttürme zeichnen sich durch eine sehr gute Auslastung aus und ergänzen sich durch die jeweiligen Zielgruppenausrichtungen ideal.

Kompetenzen

Begründet in den ortsgebundenen Heilmitteln liegen die spezifischen Gesundheitskompetenzen in der Linderung von Beschwerden etwa aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates und chronischen Schmerzzuständen, z. B. bestimmte entzündlichen Gelenk- und Wirbelsäulenerkrankungen (Morbus Bechterew und rheumatoide Arthritis), degenerativen Erkrankungen der Gelenke (Arthrose) und Weichteilrheumatismus. Auch Erkrankungen der Atemwege, z. B. Asthma bronchiale und Hautkrankheiten, z. B. Schuppenflechte (Psoriasis) und Sklerodermie können durch den professionellen Einsatz der Heilmittel gelindert werden. Neben dieser kurativen Ausrichtung sind weitere Kompetenzen im Bereich von Gesundheitsförderung, Prävention und Wellness verortet. Dies zeigt sich insbesondere im Wissen über die Anwendung von traditioneller und moderner Badekultur und -landschaften sowie von Saunen- und Kälteanwendungen. Ergänzend sind die Einrichtungen befähigt, Fitnessangebote, Physiotherapie und kosmetischen Behandlungen zu erbringen. Weitere Kompetenzen lassen sich durch gute Servicequalität, hohe Kundenorientierung und Zielgruppenausrichtung charakterisieren.

Zielgruppe

Die primären Zielgruppen lassen sich zunächst dem zweiten Gesundheitsmarkt zuordnen. Konkret richtet sich Weißenstadt aufgrund der vorhandenen natürlichen Ressourcen, den zwei Leuchttürmen sowie ihren Kompetenzen auf den selbstverantwortlichen Gast aus, der „echte“ Gesundheitsangebote kombiniert mit 4-Sterne-Qualität erfahren möchte. Gesundheitstouristen in Weißenstadt suchen Erholung und haben meist eine Affinität zu Wasser und wasserbasierten Anwendungen, wobei sich die Zielgruppen zwischen den zwei zentralen Einrichtungen differenzieren: während das Siebenquell eher ein moderneres, jüngeres Publikum adressiert, finden sich im Kurzentrum Weißenstadt eher über 60-jährige Personen (auch viele Stammkunden) wieder.

In Unterscheidung zu den drei weiteren prädikatisierten Gemeinden im Fichtelgebirge hält Weißenstadt ein überdurchschnittlich großes Angebot für im Innenraum Entspannung- und Erholungssuchende. Dennoch lockt Weißenstadt aufgrund seiner ruhigen Lage inmitten des Fichtelgebirges auch naturaffine Besucher, die die Kombination von Erholung und Aktivität sowohl im Freien als auch in den Leuchttürmen suchen.

Zielvision

Das anvisierte Zukunftsbild von Weißenstadt geht über die aufgezeigten Ressourcen und Kompetenzen hinaus, indem diese um weitere Aspekte ergänzt werden, die zu einer stärkeren überregionalen Positionierung der Stadt und der Region Fichtelgebirge beitragen. Wesentliche Säule der Zielvision ist die Anerkennung als „Heilbad“ und damit eine Aufwertung ausgehend vom bestehenden Prädikat „Erholungsort“. In der Gesamtschau der prädikatisierten Gemeinden der Region stellt Weißenstadt so in Ergänzung zu Bad Berneck und Bad Alexandersbad ein drittes Heilbad im Fichtelgebirge. Dabei zeichnet die Anerkennung des fluoridhaltigen Schwefel-Thermalwassers als zweite Heilquelle das Zielbild von Weißenstadt. Zudem hält die Stadt zwei zur Anwendung des Heilwassers zugelassene Zentren einschließlich der physikalischen Therapie vor, welche wichtige Bausteine im Prozess der Höherprädikatisierung darstellen. Zur Stärkung des gesundheitstouristischen Charakters verkörpert Weißenstadt einen städtischen Charakter mit starkem Ortskern und -infrastruktur auf, der zum Genießen und Flanieren einlädt, um so den Ansprüchen eines Gastes und Touristen des zweiten Gesundheitsmarktes gerecht zu werden.

7 Entwicklung möglicher Szenarien für die Region

7.1 Vorbemerkung

Die nachfolgenden Entwicklungsszenarien beschreiben drei Varianten, welche basierend auf den vorangegangenen Untersuchungen, Chancen im zukünftigen Gesundheitsmarkt transparent machen und Potenziale, welche sich aus den künftigen Bedarfen und Nachfrageentwicklungen ergeben adressieren (Abbildung 35). Zudem sind alle drei Szenarien dazu bestimmt, die Region Fichtelgebirge in ihrer Außendarstellung als Gesundheitsregion mit den vier hochprädiagnostizierten Orten als Ankerpunkt zu stärken und durch gezielte Handlungen eine aktive Weiterentwicklung voranzutreiben. Ebenfalls unterstützt die klare Positionierung eine aktive Abgrenzung von anderen Tourismusdestinationen. So kann die Region den zukünftigen Veränderungen im Markt frühzeitig mit entsprechenden Angeboten entgegenzutreten. Die praxisnahen Szenarien stellen die Umsetzbarkeit der verschiedenen Optionen sicher und erleichtern eine objektive Entscheidungsfindung. Dabei kann jedes Szenario für sich allein verwirklicht werden. Alle drei Szenarien verfolgen das Ziel einer zukunftssicheren Weiterentwicklung der Region, ergänzen sich teilweise, bauen jedoch nicht zwingend aufeinander auf, sondern sind unabhängig voneinander umsetzbar.



Abbildung 35: Gesamtschau der Szenarien für die Region

Quelle: eigene Darstellung

7.2 Mentale Gesundheit als (zusätzlicher) Schwerpunkt

7.2.1 Ausgangssituation

Wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, rückt die Bedeutung der mentalen Gesundheit für die heutige Gesellschaft immer weiter in den Vordergrund. So zählen Erkrankungen der Psyche, wie Depressionen, Angst- oder Schlafstörungen, zu den häufigsten Ursachen für krankheitsbedingte Fehlzeiten mit steigender Tendenz. Insbesondere chronische Stressbelastungen und Schlafstörungen können zur Entstehung psychischer Erkrankungen beitragen (RKI 2016b). Aus diesen gesellschaftlichen Entwicklungen lässt sich eine steigende Nachfrage nach präventiven Angeboten in diesem Bereich ableiten. Der Bedarf an therapeutischen Maßnahmen scheint auch in den kommenden Jahren weiter zu steigen und insbesondere der Früherkennung von erhöhter Stressbelastung wird eine entscheidende Rolle zugeschrieben (RKI 2016b).

Die einzelnen vier Gemeinden in der Region bedienen bereits ein Angebotsportfolio im Bereich der mentalen Gesundheit und es finden zielgerichtete Erweiterungen statt. Jedoch sind diese aktuell vereinzelt, ohne übergreifende Koordination oder strategische Ausrichtung vorzufinden.

7.2.2 Kernelemente

Bad Alexandersbad, Bad Berneck und Weißenstadt sind durch die ausgewiesenen Heilanzeigen auf die Behandlung von Burnout, Stressfolgen und Erschöpfungszuständen spezialisiert (BHV o. J.). Die Lehre von Kneipp bezieht die Säule der Inneren Balance und Lebensordnung intensiv in die therapeutischen Behandlungen mit ein. Neben den bereits bestehenden Angeboten finden in den einzelnen Gemeinden zudem Überlegungen zur zukünftigen Weiterentwicklung im Bereich der mentalen Gesundheit statt. So zählen die Gemeinden Bad Alexandersbad und Bad Berneck zu den Pilotgemeinden für die Zertifizierung von sogenannten Heilwäldern. Ziel ist es, Kriterien für Kur- und Heilwälder zu entwickeln, eine neue Ausbildung zum Waldgesundheitstrainer zu etablieren und individuelle Präventions-, Therapie- und Rehabilitationsangebote in Verbindung mit dem Wald zu entwickeln (Stadt Bad Berneck 2019). Durch das sogenannte Waldbaden sollen insbesondere Themen wie Achtsamkeit und Entspannung in den Fokus rücken und den Teilnehmern zu einer inneren Ruhe und einer Verminderung des eigenen Stresslevels verhelfen (Gemeinde Bad Alexandersbad o. J.b).

Die Angebote werden derzeit vereinzelt von den individuellen Gemeinden angeboten. Ziel sollte daher sein, die Spezialisierung anzugleichen und eine gemeinsame Außendarstellung, inklusive einer eigenen Marke, zu schaffen. Zusätzlich zum Image als Gesundheitsregion sollte eine wirkungsvolle Erweiterung zum Thema mentale Gesundheit stattfinden.

Um eine Marke erfolgreich zu etablieren und die Außenwirkung der vier prädikatisierten Gemeinden zu vereinheitlichen, benötigt es ein strategisches Vermarktungskonzept. Darüber hinaus ist

zu empfehlen, die bereits ortsansässigen Dienstleister dauerhaft in den Aufbau einer nachhaltigen interkommunalen Zusammenarbeit und die Vermarktung miteinzubeziehen und gleichzeitig eine Akzeptanz in der Bevölkerung für die Spezialisierung zu schaffen. Die Region soll als in sich geschlossene Gemeinschaft ihre Marke ganzheitlich nach außen vertreten. Dazu gehört eine klar differenzierbare Positionierung mit passenden Angeboten für eine vorab definierte Zielgruppe. Die bestehenden Einrichtungen und Akteure sollten ihr Angebot auf mentale Gesundheit abstimmen und ihr Portfolio entsprechend ergänzen. Dabei sollte eine klare Linie mit dem Fokus auf mentale Gesundheit, Entschleunigung, Stressbewältigung und gesunden Lebensstil verfolgt werden. Ebenso sollten die ortsgebundenen Heilmittel in das Leistungsspektrum miteinfließen, um die Vorteilhaftigkeit der Prädikatisierungen deutlich hervorzuheben. Die angebotenen Leistungen der einzelnen Gemeinden und Einrichtungen sollten die neue Markenidee in attraktive, für die Zielgruppe relevante Produkte übersetzen, um dadurch eine Verbindung zwischen formulierter Markenvision und konkreter Umsetzungen zu schaffen (Oette 2018).

Die Verknüpfung von spezialisierten Angeboten, interkommunaler Zusammenarbeit und einheitlicher Außendarstellung führt zu einem Alleinstellungsmerkmal des Fichtelgebirges und verbessert so nachhaltig das Image der Region. Weiterhin ist durch die steigende Krankheitslast im Bereich der psychischen Erkrankungen ein erhebliches Potenzial vorhanden, welches durch die bereits vorhandenen Ressourcen und Kompetenzen optimal ausgeschöpft werden kann. Eine gemeinsame Vermarktung fördert den Bekanntheitsgrad der Region und die Gemeinden profitieren von Synergieeffekten. So werden Besucherströme wieder gezielt in die Region gesteuert und die Orte wiederbelebt. Durch die Etablierung neuer Angebote können außerdem Arbeitsplätze in den Bereichen Gesundheit, ebenso wie Gastronomie oder Einzelhandel erhalten und geschaffen werden, was vor dem Hintergrund der Schließung der Höhenklinik eine optimale Ausgangssituation darstellt.

7.3 Leuchtturmprojekte

7.3.1 Ausgangssituation

Die Höhenklinik Bischofsgrün gilt für die Gemeinde ebenso wie für die Region Fichtelgebirge als Leuchtturm mit überregionaler Strahlkraft und als Multiplikator, der die Wirtschaftskraft der Region stärkt. Die Schließung der Klinik zieht somit weitreichende Konsequenzen nach sich, die die Wirtschaftlichkeit ebenso wie die Attraktivität und die Bekanntheit des Standortes nachhaltig negativ beeinflussen werden. Hinzu kommt, dass die Region als ausgewiesene Gesundheitsregion von Einrichtungen dieser Art profitiert, um ihre Marke zu stärken, passende gesundheitsrelevante Angebote anzubieten und weiterhin als attraktiver Ort für die angestrebte Zielgruppe zu gelten. So

zeigt sich der Wegfall der Klinik zusätzlich als Hürde für die Weiterentwicklung der Region als Gesundheitsregion.

Es ist daher zu klären, welche Schritte notwendig sind, um die durch den Wegfall der Höhenklinik entstandenen Problembereiche zu kompensieren. Ziel sollte es sein, langfristig eine Möglichkeit zu schaffen, die Wertschöpfung in der Region zu halten, weiterhin ein überregionales Angebot im Bereich des Gesundheitstourismus zu bieten und wohnortnahe Arbeitsplätze zu sichern. So soll auch die Wohn- und Lebensqualität in der Region erhalten bleiben.

Eine Überlegung stellt dabei die Schaffung eines neuen Leuchtturms dar, welcher dem Bedarf und der zukünftigen Entwicklung des Gesundheitstourismus gerecht werden kann und nachhaltig eine steigende und überregionale Nachfrage sicherstellt. Eine neue Einrichtung als möglicher Leuchtturm sollte die bereits bestehenden Angebote sinnvoll ergänzen, um ein ganzheitliches Angebot zu schaffen und die Region als Gesundheitsdestination zu stärken.

Die Umsetzung eines solchen Vorhabens ist in der Regel nicht ohne externen Investor möglich. Neben der Klärung rechtlicher Rahmenbedingungen sowie der Durchführung passender Marktanalysen und Machbarkeitsstudien besteht die Herausforderung meist darin, die Interessenlage der Gemeinde mit der des Inventors in Einklang zu bringen. Insbesondere, wenn das Investment als Teil eines Gesamtkonzepts im Sinne der Gesundheitsregion gesehen wird.

Unter Berücksichtigung zukünftiger Entwicklungen im Gesundheitswesen und dem Gesundheitstourismus sollen im nächsten Schritt zwei Szenarien aufgezeigt werden, welche der Zielvorstellung der Gemeinde entsprechen, eine potenzielle Wachstumschance haben und durch ihren Leuchtturmcharakter positiv zur Entwicklung der Gesundheitsregion beitragen können.

7.3.2 Leuchtturm Pflegehotel

7.3.2.1 Ausgangssituation

Deutschland verzeichnet bereits seit Jahren ein überdurchschnittliches Wachstum an Menschen, die vorübergehend oder dauerhaft pflegebedürftig sind. Gründe für den Anstieg spiegeln sich insbesondere im demografischen Wandel und der damit einhergehenden Zunahme an chronischen Erkrankungen wieder (Braeseke et al. 2019a). Die Mehrheit der Pflegebedürftigen weist dabei einen niedrigen Pflegegrad auf und ein Großteil der pflegebedürftigen Menschen wird in häuslicher Pflege und primär durch eigene Angehörige betreut (RKI 2016b). Vor diesem Hintergrund steigt ebenfalls die Nachfrage nach Verhinderungs- und Kurzzeitpflegeplätzen, wodurch es bundesweit vermehrt zu Engpässen bei Pflegeplätzen dieser Art kommt (Braeseke et al. 2019a).

Pflegebedürftige mit niedrigen Pflegegraden sind zudem noch hinreichend mobil und möchten trotz gesundheitlicher Einschränkungen weiterhin am gesellschaftlichen Leben teilhaben und ihre

Bedürfnisse befriedigen. Außerdem erbringen Angehörige nach wie vor den größten Teil aller Pflegeleistungen, so dass weiterhin eine aktive Verbindung zwischen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen besteht. Folglich lässt sich aus den beschriebenen Entwicklungen für die Gesundheitsbranche auch eine erhöhte Nachfrage nach geeigneten Angeboten für gemeinsame Urlaube von Pflegebedürftigen und ihren pflegenden Angehörigen ableiten.

Ein mögliches Konzept, welches die Entwicklungen im zweiten Gesundheitsmarkt sowie das vorhandene Defizit in der Kurzzeit- und Verhinderungspflege adressiert und zugleich die Brücke zum Gesundheitstourismus schlägt, beschreibt die Etablierung eines sogenannten Pflegehotels.

7.3.2.2 Kernelemente

Ein Pflegehotel forciert eine enge Verbindung zwischen Tourismus und Gesundheit und gilt primär als Einrichtung für pflegebedürftige Menschen mit dem Zusatz eines hotelähnlichen Komforts. Weiterhin bieten Pflegehotels meist zusätzliche Angebote für pflegende Angehörige, um einen gemeinsamen Urlaub zu ermöglichen. Zielgruppen können wie folgt definiert werden:

- Pflegebedürftige und pflegende Angehörige, die gemeinsam Urlaub machen möchten
- Pflegebedürftige, bei denen der pflegende Angehörige für eine bestimmte Zeit ausfällt bzw. Entlastung benötigt
- Pflegebedürftige in Krisensituationen bzw. nach einem Krankenhausaufenthalt
- Ältere bzw. chronisch erkrankte Menschen, die im Urlaub auf gewisse Services bzw. Pflegeangebote angewiesen sind

Für diese Zielgruppen stehen insbesondere die Serviceleistungen im Bereich der Pflege im Vordergrund. Nichtsdestotrotz werden auch hier touristische Angebote zu Themen wie Entspannung, Innere Balance oder leichter sportlicher Aktivität nachgefragt. Neben einer umfassenden pflegerischen Versorgung inkl. Vollverpflegung unter Berücksichtigung spezieller Gegebenheiten wie bspw. Diäten sowie Leistungen wie einem Abhol- und Bringservice gehören daher auch Freizeitangebote für Angehörige, gemeinsame Ausflüge von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen oder weiterführende therapeutischen Behandlungen zu einem ganzheitlichen Leistungsportfolio. Ebenso empfiehlt sich eine Beratung zu möglichen Kostenübernahmen durch die Kostenträger (Georg o. J.).

Die spezielle Zielgruppe sowie die sich daraus ergebene Angebotsvielfalt verlangt eine interdisziplinäre Kompetenz des Betreibers. Es sollten daher auch externe Dienstleister in das Angebot miteinbezogen werden. Neben Serviceleistungen wie Frisör, Massage, Krankengymnastik, med. Fußpflege oder Fahrdienst gehören hierzu auch therapeutische Anwendungen wie Physiotherapie, Fango oder osteopathische Behandlungen. Ebenso können Kooperationen mit Einrichtungen wie Bädern, Saunen oder touristischen Angeboten durch externe Dienstleister (z. B. sportliche Aktivitäten wie Spaziergänge, Walking o. ä.) geschlossen werden (Georg o. J.).

Für eine erfolgreiche Umsetzung kann es sinnvoll sein, eine Kooperation mit einem stationären Pflegeheim einzugehen, um durch die Zusammenarbeit eine Überlassung qualifizierter Pflegekräfte zu erreichen. Dies kann sich insbesondere vor dem Hintergrund des akuten Fachkräftemangels als vorteilhaft erweisen. Ziel sollte ein breit aufgestellter Personalpool sein, welcher einen flexiblen Zugriff auf Pflegepersonal und somit ein wirtschaftlich tragbares Angebot ermöglicht, welches zudem den rechtlichen Anforderungen genügt. Zusätzlich wird durch eine Zusammenarbeit eine direkte Konkurrenzsituation innerhalb eines Ortes vermieden. Die Lage des Pflegehotels sollte sich entsprechend im nahen Umfeld des Pflegeheims befinden, um lange Dienstwege zu vermeiden und Synergieeffekte bestmöglich zu nutzen.

Durch die Vielzahl an Heilmitteln, die abwechslungsreiche Natur, die Vielfalt an gesundheitsbezogenen Einrichtungen sowie eine erfolgreiche Außendarstellung als Gesundheitsregion mit vier Prädikaten, kann die Region Fichtelgebirge als attraktiver Standort für ein Pflegehotel eingestuft werden. Durch die Verbindung diverser Angebote und eine enge Zusammenarbeit der Gemeinden kann ein abwechslungsreiches Leistungsportfolio geschaffen werden, welches die Schwerpunkte Prävention, pflegerische Versorgung und Entspannung für eine ältere Generation vereint.

Die Etablierung eines Pflegehotels gestaltet sich in vielerlei Hinsicht als vorteilhaft und adressiert einige der bereits in Kapitel 2.3 aufgeführten kritischen Herausforderungen, welche durch den Wegfall der Höhenklinik auf die Region treffen. Das Einzugsgebiet eines Pflegehotels ist bei gutem Standard deutlich weiter gefasst und verleiht der Einrichtung eine überregionale Strahlkraft (Ritter 2013). Dies lenkt die Besucherströme in die Region und belebt die Gemeinden nachhaltig. Außerdem werden durch den Aufbau eines Pflegehotels neue Arbeitsplätze geschaffen und die Wertschöpfung bleibt größtenteils in der Region erhalten. Darüber hinaus kann ein Pflegehotel dem lokalen Bedarf an Kurzzeitpflegeplätzen nachkommen und dadurch ebenfalls einen Mehrwert für die Bevölkerung schaffen. Die interkommunale Zusammenarbeit, welche ein Pflegehotel forciert, stärkt die Marke Gesundheitsregion Fichtelgebirge und fördert so eine geschlossene Außendarstellung. Durch eine gemeinsame Nutzung der vorhandenen touristischen Infrastruktur können Synergieeffekte gehoben und zukunftsfähige, wirtschaftliche Angebote geschaffen werden. Das Konzept Pflegehotel wird somit den gegenwärtigen und zukünftigen Bedarfen der Region sowie dem Gesundheitstourismus gerecht (Ritter 2013).

7.3.3 Leuchtturm Healing Hotel

7.3.3.1 Ausgangssituation

Wie bereits in Kapitel 4.1 erläutert, erfährt der zweite Gesundheitsmarkt in den letzten Jahren einen deutlichen Aufschwung. Insbesondere Angebote im Bereich Prävention, Ausgeglichenheit, Sport, Ernährung oder Digital Detox, welche zu einer Verbesserung der eigenen Gesundheit beitragen, werden verstärkt nachgefragt (Müller 2009). Gesundheit rückt auch für Urlauber weiter in

den Vordergrund und die Bedürfnisse der oftmals überreizten Gesellschaft entwickeln sich vermehrt hin zu Aufhalten, die einen gesunden Lebensstil fördern. Gleichzeitig gewinnt das Thema Nachhaltigkeit im Tourismus zunehmend an Bedeutung (Heise und Axt-Gadermann 2018).

7.3.3.2 Kernelemente

Einrichtungen, die sich diesen verändernden Gegebenheiten in der Branche annehmen und entsprechende Konzepte entwickelt haben, sind sogenannte Healing Hotels. Diese verfolgen eine bestimmte Philosophie und erfüllen gewisse Kriterien, welche die ganzheitliche Gesundheit in den Mittelpunkt ihrer Leistung stellen (Biging und Ixmeier o. J.). Beispielhaft soll an dieser Stelle auf die Plattform „Healing Hotels of the World“ hingewiesen werden, welche eine Übersicht über Einrichtungen gibt, die sich durch die oben genannten Eigenschaften auszeichnen und das gehobene Premium-Segment adressieren.¹⁵

Angebote aus den Bereichen Gesundheit, Bewegung oder Ernährung, ebenso wie ein ökologisches, naturnahes Baukonzept und die authentische Einbindung der Kultur des jeweiligen Landes sind dort Teil eines holistischen Konzepts (Ingenhoven 2019). Bereits zu Beginn eines Aufenthaltes erhalten Gäste eine persönliche Beratung sowie einen individuellen Behandlungsplan, der durch Gesundheitsexperten entwickelt wird und diverse Behandlungen, Anwendungen und Coachings zu Themen wie Ernährung, Fitness und Lifestyle beinhaltet. Das Ziel der Healing Hotels ist es, dem Gast ein verstärktes Bewusstsein für seine körperliche Verfassung zu vermitteln und gemeinsam mit ihm seine Gesundheit zu verbessern. Das Thema selbstverantwortliche und proaktive Gesundheitsförderung steht somit im Zentrum des Konzeptes (Biging und Ixmeier o. J.).

Für die Region Fichtelgebirge bietet es sich an, gewisse Ansätze des Modells der Healing Hotels in die eigene Konzeptionierung neuer Hotelangebote miteinfließen zu lassen. Sicherlich sind Angebotsportfolio und Zielgruppen nicht in Gänze übertragbar, jedoch ist ein holistischer, gesundheitsbezogener Ansatz unter Einbeziehung der natürlich vorhandenen Ressourcen, den bereits bestehenden Angeboten im Bereich der Prävention und den Kompetenzen der einzelnen Gemeinden und Einrichtungen durchaus auf die Region anwendbar und zielführend.

Die Etablierung einer Einrichtung in Anlehnung an das Konzept eines Healing Hotels bildet eine sinnvolle Ergänzung zu der bereits bestehenden Schwerpunktsetzung der Region. Die Lage mit den vielfältigen Naturgegebenheiten stellt einen idealen Ausgangspunkt für ein passendes Bau-

¹⁵ Siehe hierzu: www.healinghotelsoftheworld.com

konzept dar. Eine entsprechende Architektur mit schlichter Ausstattung, ökologischen Baumaterialien und offenen Räumen mit Panoramablick ist in der unberührten Landschaft des Fichtelgebirges umsetzbar und rundet das Konzept ab (Ingenhoven 2019).

Durch ein überregionales Einzugsgebiet profitieren neben möglichen Kooperationspartnern wie das Alexbad oder das Siebenquell auch weitere Dienstleister und Anbieter touristischer Produkte in der Region. Weiterhin werden analog zu dem Szenario Pflegehotel auch hier neue lokale Arbeitsplätze geschaffen. Gäste beleben zudem die Region und tragen zu einer steigenden Wirtschaftskraft bei. Ebenfalls stärkt dieser mögliche Leuchtturm den Bekanntheitsgrad der Region und besitzt die Eigenschaft, die Marke Gesundheitsregion Fichtelgebirge über Bayern hinaus verbreiten zu können. So trägt auch dieses Szenario dazu bei, die Defizite, welche durch den Wegfall der Höhenklinik für die Region entstehen, bestmöglich zu kompensieren.

7.4 Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt

7.4.1 Status quo: Problemaufriss bestehender Versorgungsstrukturen

Herausforderungen hinsichtlich der bestehenden Versorgungsstrukturen im Fichtelgebirge lassen sich in zwei Dimensionen identifizieren. Eine Dimension umfasst die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung als solche, die zweite beschreibt die Kongruenz von Gesundheitsversorgung mit dem (gesundheits-)touristischen Profil der Region.

Kongruenz von Gesundheitsversorgung und Gesundheitstourismus

Bisher zeigen sich in der Region kaum Berührungspunkte zwischen den gesundheitstouristischen und gesundheitsversorgenden Strukturen im engeren Sinne. Dabei haben die Bereiche insbesondere hinsichtlich der präventiven und gesundheitsfördernden Perspektive starke inhaltliche Schnittmengen. Dies birgt große Potenziale für Synergien und gemeinsame Angebote, die beiden Gruppen – sowohl der Bevölkerung als auch den Touristen – zur Verfügung gestellt werden. Dies mildert auch die Gefahr, dass bei voneinander separierten Angeboten kritische Mengen zur wirtschaftlichen Erbringung nicht erreicht werden. Vielmehr sollte also eine integrierte Struktur geschaffen werden.

Ferner wirbt die Region nach außen stark mit dem Begriff „Gesundheit“ und versteht sich bereits im Status quo explizit als Gesundheitsregion. Damit solch eine Bezeichnung authentisch und glaubhaft ist, muss diese auch mit den Erfahrungen der Bevölkerung übereinstimmen. Dies setzt voraus, dass die Basisversorgung – also eine als positiv und qualitativ hochwertig wahrgenommene gesundheitliche Grundversorgung inklusive Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention – vorgehalten wird.

Gesundheitsversorgung als solche

Die gesundheitliche Grundversorgung der Bevölkerung sicherzustellen und zu verbessern ist ein kontinuierlicher Prozess, der auf die Gegebenheiten vor Ort angepasst sein und auf neue Rahmenbedingungen reagieren muss. Dies bedeutet auch, bestehende Strukturen zu hinterfragen und bei Bedarf anzupassen. Während sich das Gesundheitswesen auch im Fichtelgebirge mit diversen Herausforderungen konfrontiert sieht, ist zugleich die medizinische und pflegerische Versorgung für die Einwohner einer Region von besonders großem Wert. Auch die Ergebnisse der im Rahmen des Modellprojektes „Smartes Fichtelgebirge“ durchgeführten Bürgerbefragung untermauern dies: Als eines von zwölf Handlungsfeldern war die Resonanz im Themenbereich Gesundheit besonders groß (Landkreises Wunsiedel i. Fichtelgebirge 2020).

Häufig sind Herausforderungen einer gesundheitlichen Versorgungsproblematik besonders in ländlichen Regionen wie dem Fichtelgebirge ausgeprägt: Zum einen ist die Region im Besonderen durch den demografischen Wandel betroffen (siehe Kapitel 2.1.2.1). Auch das überdurchschnittliche Arztalter und die drohende Unterversorgung im hausärztlichen Bereich verdeutlichen die Problemlage (siehe Kapitel 2.2.4.1). Auch in der Bürgerbefragung wurde insbesondere die (haus-)ärztliche Versorgungslage vor dem Hintergrund des demografischen Wandels als zentrale Herausforderungen der Region identifiziert. Zugleich steigt mit wachsendem Lebensalter das Multimorbiditätsrisiko (DEGAM 2017), welches auch mit der vergleichsweise sehr hohen Prävalenz von Pflegebedürftigkeit in der Region Fichtelgebirge einhergeht (Abbildung 4, S. 15). Darüber hinaus können die im bayerischen Vergleich sehr hohen Hospitalisierungshäufigkeiten infolge von Herzinfarkten auch auf einen noch unzureichenden Zugang zur ärztlichen Grundversorgung und Präventionsangeboten in der Region hindeuten. Hinzu kommt, dass in Deutschland ein Verständnis von gesundheitlicher Versorgung überwiegt, „(...) demzufolge Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege nacheinander geschaltete Maßnahmen darstellen“ (Schwartz und Helou 2000, S.134). Des Weiteren ist die Versorgung auf akute Krankheitsereignisse ausgerichtet und gestaltet sich als eine sequenzielle Krankenversorgung, die speziell den Bedürfnissen chronisch Erkrankter wenig entspricht (SVR Gesundheit 2001). Wesentliche Probleme basieren auf der Fragmentierung der Sektoren, welche die gesundheitliche, soziale und pflegerische Versorgung betreffen und so häufig Schnittstellenprobleme erzeugen. Dies begründet auch bestehende Defizite etwa in der Koordination und verdeutlicht die Notwendigkeit einer integrierten Gesundheitsversorgung. Wesentlich dabei ist die Verbesserung der Patientenorientierung im Gesundheitswesen (SVR Gesundheitswesen 2012).

Die veränderten Bedarfslagen der Bevölkerung und die bestehenden Versorgungsproblematiken gilt es zu adressieren. Dabei sind internationale Diskurse über eine Neuausrichtung von gesund-

heitlichen Versorgungsstrukturen seit vielen Jahren präsent und fokussieren insbesondere Potenziale von integrierten, kooperativen Versorgungsmodellen (Schaeffer und Hämel 2016). Der SVR Gesundheit hat angesichts der komplexen Herausforderungen bereits 2014 Lösungsansätze für eine integrierte, multiprofessionelle Gesundheitsversorgung in ländlichen Regionen aufgezeigt. Dabei wurde das Konzept von lokalen Gesundheitszentren zur Primär- und Langzeitversorgung vorgeschlagen (SVR Gesundheit 2014). Die Robert Bosch Stiftung verfolgt diesen Ansatz und fördert patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung (PORT-Zentren) als alternative, neue Möglichkeit der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland (Raslan 2019).

7.4.2 Konzept und Elemente einer integrierten Gesundheitsregion

Auch für das Fichtelgebirge stellt das Modell einer regional vernetzten Versorgung einen denkbaren und richtigen Lösungsansatz zur Adressierung der Herausforderungen einer gesundheitlichen Grundversorgung in der Region dar¹⁶. Ankerpunkt eines solchen Versorgungskonzeptes stellt dabei – angelehnt an die Empfehlung des SVR (2014) – ein im Fichtelgebirge verortetes Gesundheitszentrum dar. Dieses bündelt vor Ort Versorgungsleistungen – etwa ärztlicher, pflegerischer oder koordinativer Art – und dient außerdem als Vernetzungsstelle zu weiteren Versorgern in der Region. Ein solches Zentrum wäre damit erste Anlaufstelle in gesundheitsbezogenen Fragen für die Bevölkerung vor Ort. Dort kann aus einer Hand eine koordinierte, umfassende und beständige Gesundheitsversorgung erbracht werden und so auch zur Stärkung der Region von innen heraus beitragen.

Ein solcher Versorgungsansatz greift wesentliche Bestandteile des Konzeptes der Primärversorgung auf. Primärversorgung ist dabei nicht mit der hausärztlichen Versorgung gleichzusetzen. Vielmehr handelt es sich um einen grundlegenden konzeptionellen Ansatz, der deutlich weiter greift und ein breites Spektrum von Inhalten abdeckt – beginnend bei Angeboten zur sozialen Teilhabe über die akute Behandlung von Erkrankungen bis hin zu einer Langzeitversorgung chronisch Erkrankter. Die WHO (1978) beschreibt Primärversorgung als die „erste Ebene, auf der Einzelpersonen, Familien und die Gemeinschaft in Kontakt mit dem [...] Gesundheitssystem treten [...] und stellt das erste Element eines kontinuierlichen Prozesses der Gesundheitsversorgung dar.“ Ein solches Gesundheitszentrum würde somit eine Versorgung über alle Altersgruppen Lebensphasen hinweg berücksichtigen. Explizit sollen dabei Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch der Unterstützung und Begleitung chronisch kranker Men-

¹⁶ Die in diesem Szenario beschriebene Gesundheitsregion ist – trotz inhaltlicher Schnittmengen – nicht gleichzusetzen mit dem vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege initiierten Konzept der Gesundheitsregionen bzw. Gesundheitsregionen^{plus}.

schen zur Gesunderhaltung integriert und mit der medizinisch-pflegerischen Versorgung zusammengeführt werden. Auch vor dem Hintergrund der Schließung der Höhenklinik würde durch Realisierung eines solchen zukunftsgerichteten Versorgungskonzeptes die Region gestärkt und eine Vorreiterrolle mit gewisser Strahlkraft entstehen.

Eine integrierte Primär- und Langzeitversorgung lässt sich unter anderem durch folgende zentrale Elemente charakterisieren:

Ausrichtung am regionalen Bedarf

Gesundheitliche Bedarfe unterscheiden sich nicht nur regional, sondern auch zwischen den Menschen innerhalb einer Region. So soll das Angebot der integrierten Gesundheitsregion genau auf die Situation im Fichtelgebirge zugeschnitten sein. Dabei soll der Bedarf an Angeboten zur Sicherstellung einer gesundheitlichen Grundversorgung explizit das Konzept der sozialen Determinanten der Gesundheit aufgreifen und ergibt sich im Kern aus dem Gesundheitszustand der Bevölkerung und den sozioökonomischen Kontextfaktoren (UWPHI und Robert Wood Johnson Foundation o. J.; WHO 1978). So sollen neben den medizinisch-pflegerischen Bedarfen auch nichtmedizinische Bedarfe wie Gesundheitsbildung und soziale Integration abgebildet werden.

Interprofessionelle Versorgung und Fallsteuerung

Zur Erbringung einer gesundheitlichen Grundversorgung bedarf es zunächst eines Hausarztes und klassischer Verwaltungstätigkeiten, die idealerweise im Gesundheitszentrum – und damit direkt vor Ort – erbracht werden. Um aber dem Konzept der Primärversorgung gerecht werden zu können, damit etwa eine koordinierte Versorgung von chronisch Erkrankten und Multimorbiden gelingen kann, bedarf es eines interprofessionellen Teams und zugleich einer Erweiterung von tradierten pflegerischen Handlungsfeldern. So bedarf es weiterqualifizierter Pflegekräfte (auch andere Berufe sind denkbar), die neben der Patientenversorgung im engeren, klinischen Sinne auch eine zentrale Patientensteuerungsfunktion haben (Casemanagement). Auch Aufgabenfelder mit strategischer Ausrichtung, etwa Aufbau und Pflege eines Versorgungsnetzwerkes, sind denkbar.

Je nach den konkreten, zu erhebenden Bedarfen und Ressourcen gilt es, weitere Gesundheitsprofessionen, etwa Physiotherapeuten oder eine (Pflege-)Beratungsstelle in das Gesundheitszentrum zu integrieren. In jedem Fall werden (sozialversicherungspflichtige) Arbeitsplätze nicht nur gebündelt, sondern auch neu geschaffen. Neben den unmittelbar in der Versorgung Beschäftigten betrifft dies auch sekundäre (z. B. angegliederte Apotheke, Patientenfahrdienste) und tertiäre (z. B. Reinigungsdienste) Leistungsbereiche.

Integration des Gesundheitstourismus

Der starke Fokus des Versorgungsmodells auf Gesundheitsförderung und Prävention bietet gute Anknüpfungspunkte zum Gesundheitstourismus. So können hier neben der Versorgung der lokalen Bevölkerung auch Angebote für Gesundheitstouristen der Region geschaffen werden. Zudem gilt es, die originär gesundheitstouristischen Angebote auch der Bevölkerung sichtbar und zugänglich zu machen. Exemplarisch sei hier auf das gemeinsame Heilklimawandern und Waldbaden, das Besuchen von Vorträgen über die Lehre der Osteopathie / der Kneipp'schen Lehre und Koch- und Ernährungskursen (Kräuter und heimische Küche) verwiesen, die sinnvoll für beide Gruppen angeboten werden können.

Vernetzung und Kooperation

Die Versorgung der Bevölkerung im Fichtelgebirge – einschließlich der Koordination der umfassenden Betreuung von chronisch Erkrankten – bringt komplexe Herausforderungen mit sich, da in den verschiedenen Versorgungsphasen wechselnde medizinische und nichtmedizinische Professionen im Vordergrund stehen und dies die Integration unterschiedlichster Leistungen erfordert. Gesundheitsbezogenen Problemen und Bedarfen kann demnach nur gemeinsam und sektorenübergreifend begegnet werden. Das Gesundheitszentrum kann dabei nicht alle benötigten Strukturen selbst vorhalten und ist keinesfalls als Alleinversorger für die Menschen in der Region zu verstehen. Damit eine Versorgung auch über die Grenzen des Ankerpunktes hinweg gelingen kann, ist eine umfassende Vernetzung nach außen, d. h. zu allen relevanten Stakeholdern der Region erforderlich (Abbildung 36).

Zu nennen seien hier beispielsweise Koordinierungsstellen der Gesundheitsregionen, Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser, nichtärztliche Gesundheitsberufe, Pflege- und beratende Angebote, Apotheken und Sanitätshäuser, Angebote für Kinder und Jugendliche ebenso wie Krankenkassen, Vereine, Ehrenamt und Wohlfahrtsverbände. Netzwerkpartner im Bereich Gesundheitstourismus sind beispielsweise die Tourismuszentrale Fichtelgebirge, Betreiber der Kureinrichtungen und -anbieter. Da das Zusammenwirken verschiedenster interner und externer Akteure einen hohen Kommunikationsbedarf erzeugt, kann es sinnvoll sein, diese mit einer entsprechenden digitalen Infrastruktur zu unterstützen. Hierdurch lassen sich Kompetenzen zusammenführen, die in der Region eher dezentral verteilt sind (Krüger-Brand 2013).

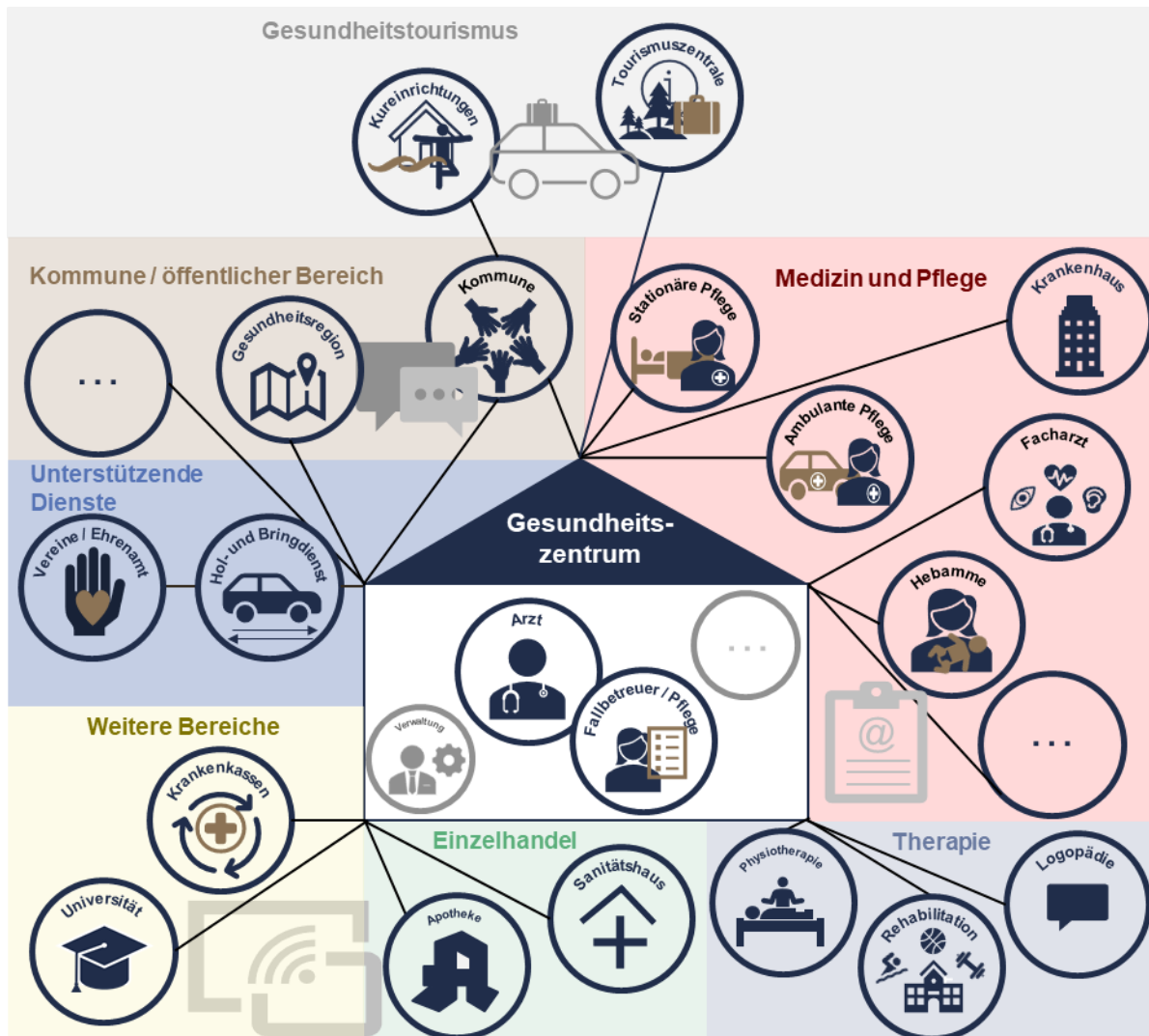


Abbildung 36: Schematische Darstellung möglicher Netzwerkpartner eines Gesundheitszentrums zur integrierten Versorgung

Quelle: eigene Darstellung

Effekte

Effekte eines solchen Versorgungsansatzes in der Region lassen sich in verschiedenen Dimensionen erwarten. Zum einen kann die gesundheitliche Versorgung als solche von unten heraus gestärkt werden und langfristig zur Verbesserung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung vor Ort beitragen. Zum anderen geht damit im Hintergrund der Schließung der Höhenklinik der Erhalt von Arbeitsplätzen und Wertschöpfung sowie von Kompetenz in der Gesundheitsversorgung einher. Darüber hinaus kann die Region durch die Realisierung eines solchen zukunftsgerichteten Versorgungskonzepts eine Vorreiterrolle einnehmen und so zur Stärkung der Region beitragen.

8 Handlungsempfehlungen

8.1 Vorbemerkung

Die vorliegende Analyse beschäftigt sich eingehend mit dem Status quo der vier Gemeinden Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt, der Tourismusregion Fichtelgebirge sowie den spezifischen, durch die Schließung der Höhenklinik Bischofsgrün entstehenden Herausforderungen. Die Ergebnisse der Analyse erlauben die Entwicklung von Profilen, die eine Zielvision darstellen, und von Szenarien, die konkrete mögliche Entwicklungsrichtungen skizzieren. Um die Profile sowie die Szenarien verwirklichen zu können, sollen im Folgenden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert werden.

Grundsätzliches

Eine Realisierung der hier beschriebenen Profile und Szenarien kann nur gelingen, wenn diese Vision von den politischen Verantwortlichen sowie der Bevölkerung mitgetragen und aktiv unterstützt wird. An vielen Stellen ist der skizzierte Weg nicht trivial, müssen Hürden überwunden und auch Rückschläge in Kauf genommen werden. Um diese Strecke erfolgreich meistern zu können, ist ein gemeinsames Verständnis und eine breite Unterstützung des angestrebten Ziels wichtig.

Diese erforderliche große Breite der Unterstützung steht in einem Kontrast zu den wenigen, die diese Analyse erstellt haben. Zwar bilden neben umfangreichen Datenanalysen und Recherchen zahlreiche Gespräche mit Vertretern der Gemeinden die Basis für die Entwicklung der Profile und Szenarien. Im Entwicklungsprozess müssen jedoch diverse Priorisierungen, Einschränkungen und Entscheidungen vorgenommen werden, die das Ergebnis prägen und die es kritisch zu hinterfragen gilt.

Entsprechend ist es ein elementarer Schritt, dass sich die einschlägigen Gremien in den Gemeinden mit diesem Gutachten kritisch auseinandersetzen und auch in einen Diskurs mit der Bevölkerung treten.

Nicht empfehlenswert ist in diesem Kontext eine pauschale Entscheidung für oder gegen die Empfehlungen in ihrer Gänze. Vielmehr sollten die einzelnen Aspekte diskutiert und in größeren Kontext gesetzt werden. Dabei können auch Anpassungsbedarfe deutlich werden. Sollte ein Punkt sich als nicht um- oder durchsetzbar erweisen, sollte jedoch stets versucht werden, diesen Punkt nicht zu streichen, sondern konstruktiv durch eine überarbeitete Version zu ersetzen. Dieses Vorgehen ist auf Ebene der Gemeinde und auf Ebene der Region erforderlich, um am Ende weiterhin ein konsistentes und abgestimmtes Gesamtkonzept zu verfolgen. Die Verantwortlichen sind dann mit der Umsetzung der Schritte zu mandatieren und mit den nötigen insb. personellen Ressourcen auszustatten.

Aufbauend auf bereits existierenden Strukturen sollte ein gemeindeübergreifendes und niederschwelliges Projektcontrolling verankert werden, welches sicherstellt, dass Projekte nicht versanden. Dieses könnte durch eine Form der kollegialen Intervision begleitet werden, im Zuge derer einmal im Jahr die Bürgermeister der vier Kommunen im Rahmen eines Workshops den Fortschritt der einzelnen Projekte präsentieren, diskutieren und das weitere Vorgehen abstimmen.

In Abstimmung mit den Beteiligten wird auf eine initial angedachte Formulierung von konkreten Businessplänen verzichtet, da diese erst in weiter fortgeschrittenen Stadien der Planung sinnvoll sind. Dafür wird in den Handlungsempfehlungen auf diverse Aspekte eingegangen, die über die Inhalte eines Businessplans deutlich hinausgehen. Wenn auf Ebene der Kommunen Entscheidungen zur Konkretisierung der diversen im aufgespannten Handlungsraum möglichen Optionen vorgenommen wurden, kann dann die Erstellung spezifischer Businesspläne erfolgen.

Entsprechend wäre auch die Prognose zu konkreten Euro-Beträgen, die von Kommunen oder Investoren aufzubringen wären, in diesem Stadium nicht seriös möglich, da dies ganz erheblich von Festlegungen der Kommunen sowie den Interessen und Angeboten Dritter (Investoren, Ärzte, Hotelbetreiber etc.) sowie konkreten Formen der Umsetzung (z. B. Kommune als Träger einer Einrichtung versus Kommune als Förderer oder Kauf vs. Neubau vs. Sanierung einer Immobilie) abhängt. Entsprechend wurde vielmehr eine qualitative Einschätzung der auf die Kommunen zukommenden Aufwendungen vorgenommen und sichergestellt, dass die Handlungsempfehlungen auch im gegebenen Setting (eher kleine und ländlich geprägte Kommunen mit unterdurchschnittlicher Finanzkraft) realistisch erscheinen. Zur Einordnung der Dimension wurden hierzu in den Kommunen in den letzten Jahren umgesetzte Projekte herangezogen. In den Workshops wurde mit den Beteiligten diskutiert, in welchen existierenden Kooperations- und Organisationsformaten welche Verantwortlichkeiten sinnvoll angesiedelt werden sollten. Auch hier muss an dieser Stelle offenbleiben, ob durch eine Aktualisierung der Priorisierung bestehender und potenziell neuer Aufgaben sowie der Ausschöpfung von Effizienzpotenzialen aus einer stärkeren Kooperation die Umsetzung mit bestehenden personellen Ressourcen erfolgen soll oder eine Aufstockung dieser anzustreben ist. In allen Handlungsempfehlungen wurde versucht, möglichst viel des bereits Existierenden aufzugreifen und insbesondere auch Potenziale für niederschwellige Engagements zu skizzieren, um die Handlungsempfehlungen auch bzgl. der einzusetzenden Ressourcen realistisch zu halten. Entsprechend handelt es sich häufig um zahlreiche kleine Maßnahmen, die in der Summe jedoch das Potenzial haben, signifikante Fortschritte zu erreichen.

8.2 Konkrete Handlungsempfehlungen für die Profile

8.2.1 Bad Alexandersbad

Im Abgleich mit dem Ziel-Profil von Bad Alexandersbad sowie den erarbeiteten Stärken und Schwächen des Ortes lassen sich für das Erreichen der Zielvision Handlungsempfehlungen ableiten.

Es sei im Vorfeld erwähnt, dass Bad Alexandersbad bereits einige zukunftsweisende Maßnahmen und Weiterentwicklungsszenarien angestoßen hat, um den Entwicklungen im Gesundheitstourismus gerecht zu werden. So befindet sich der Ort bereits sehr nah an dem erarbeiteten Zielprofil. Aus diesem Grund sollten primär die bereits angestoßenen Projekte weiterverfolgt, priorisiert und professionalisiert werden. Auch aufgrund der Tragweite und Größe der Projekte, wie bspw. das Reha-Zentrum für Kinder mit onkologischen Erkrankungen, sollte die Konzentration der Akteure auf die bereits vorhandenen Aktivitäten intensiviert werden, anstatt weitere neue Ideen zu entwickeln und umzusetzen. Ebenfalls sollten die zusätzlichen Herausforderungen, welche aufgrund der demografischen Entwicklung auf die Region in Zukunft treffen, nicht außer Acht gelassen werden. Wie bereits in Kapitel 2.1.3 beschrieben, wird insbesondere Bad Alexandersbad zukünftig mit einer kritischen Überalterung der Bevölkerung konfrontiert sein und sollte daher frühzeitig geeignete Maßnahmen zur Stärkung des organischen Ortswachstums treffen. Auch hier wird Bad Alexandersbad zeitnah Konzepte zu Themen wie dem Ausbau der Kita-Plätze entwickeln müssen, was eine weitere Rechtfertigung dafür ist, keine zusätzlichen Großprojekte anzunehmen, sondern bereits vorhandene Projekte optimal umzusetzen und den Herausforderungen von Basisthemen frühzeitig entgegen zu wirken.

Für die Zielvision von Bad Alexandersbad als zertifiziertes osteopathisches Heilbad mit der Freien Akademie für Osteopathie als das Schlüsselzentrum der Osteopathie empfiehlt es sich zum einen die Aktivitäten im Bereich der Osteopathie weiter voranzutreiben und gleichzeitig die Besucherfrequenzen für die bestehenden Einrichtungen und den Ort gezielt zu lenken und zu optimieren.

Handlungsempfehlung 1: Ausbau der osteopathischen Angebote

Es ist zielführend, das Portfolio an Fort- und Weiterbildung der Freien Akademie für Osteopathie mit zusätzlichen – eventuell in Deutschland einmaligen – Schulungsangeboten weiter zu stärken, mit dem Ziel die Einrichtung als ein Schlüsselzentrum für Osteopathie in Bayern oder gar in ganz Deutschland zu entwickeln. So schafft sich der Ort primär ein Alleinstellungsmerkmal, steigert seinen Bekanntheitsgrad und erhöht durch die steigende Teilnehmeranzahl gleichzeitig seine Besucherfrequenzen, was komplementär zu dem Ziel steigender Besucherzahlen im Ort steht.

Zusätzlich zu der Konzeptionierung des geplanten Reha-Zentrums für Kinder durch die Brigitte und Bertold Hollering-Stiftung, sollte außerdem das Potenzial eines Angebots zur Mutter-/Vater-

Kind-Kur mit osteopathischem Schwerpunkt geprüft werden. Die erweiterte Angebotsstruktur kann als sinnvolle Ergänzung zum Reha Angebot dienen und ein zusätzliches wirtschaftliches Standbein für die Einrichtung und den Ort darstellen.¹⁷

Verantwortlich für die Umsetzung könnte hier die Leitungsebene der FAFO in enger strategischer Zusammenarbeit mit der Region sein. Der Zeitplan sollte eher mittelfristig geplant werden, da insbesondere die Etablierung des Reha Zentrums zeit-, kosten- und abstimmungsintensiv ist.

Handlungsempfehlung 2: Erhöhung der Besucherfrequenz

Eine gezielte Lenkung von Besucherströmen aus anderen Regionen oder Tourismusdestinationen dient als Maßnahme zur Steigerung der eigenen Wirtschaftskraft. So können verstärkte Marketingmaßnahmen bspw. in der Nachbarstadt Bayreuth dazu dienen, die dortigen Gäste vermehrt auf die Region aufmerksam zu machen und in die Region zu lenken. Zielgruppenspezifische Tages- und Pauschalangebote oder Kooperationen mit anderen Anbietern in der Umgebung können die Attraktivität des Ortes bzw. der Einrichtungen wie dem ALEXBAD hervorheben. Die gezielte Bündelung aufeinander abgestimmter Freizeitaktivitäten für einen bestimmten Zeitrahmen sowie eine detaillierte Auflistung möglicher Abfahrtszeiten des ÖPNV rundet das Angebot ab und erleichtert Touristen die Organisation ihres Besuches in Bad Alexandersbad und den dazugehörigen Einrichtungen.

Gleichzeitig kann die Schaffung eines gastronomischen Angebots mit Mindestverfügbarkeiten während der Schlüsselzeiten, ggf. durch Bäckerwagen o.ä. den Aufenthalt von Einzelgästen, Familien oder ganzen Touristengruppen verlängern und kommt auch dem Bedarf der Teilnehmer diverser Weiterbildungen in der FAFO nach.

Für die Konzeptionierung gebündelter Angebote sowie deren Umsetzung können Mitarbeiter des ALEXBAD und weiterer gesundheitsrelevanter Einrichtungen in Zusammenarbeit mit der Gemeinde hinzugezogen werden. Die monetären Ausgaben sind eher in einem kleinen Volumen zu erwarten, primär ist mit einem erhöhten Personalaufwand für Konzeptentwicklungen etc. zu rechnen. Die Umsetzung sollte mit einem kurz- bis mittelfristigen Zeithorizont geplant werden.

8.2.2 Bad Berneck

Die Zielvision von Bad Berneck sieht eine einheitliche Außendarstellung mit klarer Positionierung im Sinne eines zertifizierten Kneippkurortes mit den Schwerpunkten Ruhe, Unberührtheit und Romantik vor. Im Vordergrund steht dabei eine zukunftssichere Prädikatisierung durch ausreichend vorhandene kurrelevante Einrichtungen und Angebote sowie hochqualitative therapeutische Behandlungen mit Fokus auf Prävention, Innere Balance und Bewegung, welche im Einklang mit der Lehre von Kneipp stehen.

¹⁷ Nachrangig, erst laufende Großprojekte

Für die Erhaltung des Prädikats ist es essenziell, ein belastbares und zukunftsorientiertes Konzept vorweisen zu können. Aus diesem Grund zentralisieren sich die Handlungsempfehlungen allesamt auf die Sicherstellung der Prädikatisierung.

Handlungsempfehlung 1: Entwicklung eines Konzepts und Etablierung weiterer kurrelevanter Einrichtungen

Zur Sicherung des bestehenden Prädikats ist es vorerst wichtig, eine Status-quo Analyse der derzeitigen kurrelevanten Einrichtungen bzw. deren Betreiber durchzuführen und einen Abgleich mit den gegebenen Anforderungen vorzunehmen. Auf Basis der Erkenntnisse kann im nächsten Schritt ein Konzept zur Sicherung des Kurbetriebs zum Erhalt der Prädikatisierung folgen. Zusätzlich können hier Überlegungen zu weiteren kurrelevanten Einrichtungen als zusätzliches Standbein der Prädikatisierung miteinfließen. Außerdem sollte geprüft werden, ob mögliche Kooperationen mit weiteren Einrichtungen, ggf. auch überregional, zur Schaffung eines ausreichenden kurrelevanten Angebots oder aber auch einer anfänglichen Überbrückung möglich sind. Das Konzept sollte zudem einen Fahrplan zur zeitnahen Suche geeigneter Investoren bzw. Betreiber beinhalten, um die Umsetzung unter Berücksichtigung der zeitkritischen Umsetzung voranzutreiben.

Die Investoren- bzw. Betreibersuche liegt dabei in der Verantwortung der Gemeinde und es ist ein starkes Mandat des Stadtrates notwendig. Aufgrund der fehlenden finanziellen Mittel sollte das Vorhaben mit einem minimalen monetären Aufwand angestoßen werden und erfordert vermehrten Personalaufwand für die Planungs- bzw. Ausschreibungsleistung. Die Erstellung des Konzepts muss aufgrund anstehender Rezertifizierung kurzfristig erfolgen.

Handlungsempfehlung 2: Erweiterung der kurrelevanten Angebote

Die Sicherung des Prädikats sollte neben der Aufrechterhaltung kurrelevanter Einrichtungen auch eine Erweiterung der kurrelevanten Angebote beinhalten. Diese sollten systematisch auf Basis der fünf Säulen der Kneipp'schen Lehre weiterentwickelt werden und können neben den Themen Innere Balance und Bewegung um weitere Schwerpunkte wie bspw. Ernährung und Heilkräuter ergänzt werden. So wäre es möglich, das Thema gesunde Ernährung in Zusammenarbeit mit ortsansässigen Gastronomen sowie ggf. unter Einbezug externer Ernährungsberater, Experten für Heilkräuter etc. als weitere Säule in das Angebotsportfolio von Bad Berneck mitaufzunehmen. Ebenfalls kann als weiterer Baustein eine Erweiterung und Fokussierung der Wanderwege zu diversen Themenfeldern der Kneipp'schen Lehre stattfinden.

Für eine klare Außendarstellung mit Fokus auf die Prädikatisierung und die Lehre von Kneipp sollte dabei konsequent ein klarer Bezug zwischen dem jeweiligen Angebot und einer der fünf

Säulen geschaffen werden. So sollten Flyer, Internetauftritt und Marketingmaßnahmen aufeinander abgestimmt und ggf. ergänzt werden, um dem Kunden eine geeignete Übersicht über passende Kneipp-Angebote zu verschaffen.

Die Umsetzung erfordert die aktive Mitarbeit relevanter Akteure sowie eine zentrale Steuerung der verschiedenen Angebote zur Schaffung einer klaren und verständlichen Außendarstellung des Ortes mit dem Schwerpunkt auf die Kneipp'schen Prinzipien. Dies kann u.a. durch die Bildung von Arbeitsgruppen unter der Leitung der Gemeinde und unter Beteiligung ortsansässiger Gastronomen und Hoteliers erfolgen. Die Etablierung neuer Angebote sowie Steuerung und Koordination erfordert dabei einen hohen Personalaufwand. Investitionen sind dagegen insbesondere für den Ausbau der Wanderwege zu erwarten. Die Umsetzung kann bei optimaler Planung kurz- bis mittelfristig erfolgen.

Handlungsempfehlung 3: Sanierung des Stadtkerns

Neben den kurrelevanten Einrichtungen und Angeboten sollte ein Kneippkurort ebenfalls einen sogenannten Kurortcharakter vorweisen, was unter anderem durch einen ansprechenden Stadtkern erfüllt werden kann. Aus diesem Grund ist es für Bad Berneck essenziell die baulichen Maßnahmen im Stadtkern und primär die Bemühungen zur Sanierung der Uferpromenade weiter voranzutreiben.

Hier liegen die Zuständigkeit und Verantwortlichkeit bei der Gemeinde, die bereits in der Vergangenheit große Bemühungen unternommen hat, eine Sanierung voranzutreiben. Hier empfiehlt es sich, weiterhin kontinuierlich mögliche Förderinitiativen zu prüfen.

Handlungsempfehlung 4: Erzeugen eines Momentums lokaler Initiativen

Viele der bereits genannten Empfehlungen sind schwierig ohne finanzielle Mittel umsetzbar. Die fehlenden eigenen Mittel für Investitionen erfordern daher alternative Ansätze wie eine Einbettung von kleinen Einzelinitiativen und Projekten in ein Gesamtkonzept wie bspw. ein „Neustart Bad Berneck 2025“. Es sollte eine Definition gemeinsamer Zielmarken mit lokalem Gastgewerbe und Kurbetrieben stattfinden, um diese mit in die Verantwortung zu nehmen. Daneben ist eine Mandatierung eines Projektleiters neben dem Bürgermeister zur Gesamtkoordination bezogen auf die Handlungsempfehlungen zur Sicherung des Kurbetriebs als zielführend anzusehen. Zur Konzeptentwicklung besteht außerdem die Möglichkeit der Einbindung von Hochschulen aus der Region. Die begrenzten eigenen finanziellen Mittel für Investitionen erfordern alternative Ansätze und große Ausdauer. Das Aufleben lokaler Initiativen führt dabei zu einer positiven Wahrnehmung, auch durch kleine erfolgreiche Projekte.

Der Anstoß zur Umsetzung sowie zur Bestellung eines Projektleiters sollte von der Gemeinde erfolgen. Mit den ersten Konzeptüberlegungen sollte zeitnah begonnen werden und diese einer regelmäßigen Prüfung unterzogen werden. So sind Meilensteine im halbjährigen Rhythmus und

eine definierte Zielmarke für das Gesamtkonzept 2025 ein bewährtes Mittel, um das Großprojekt erfolgreich voranzubringen und umzusetzen.

8.2.3 Bischofsgrün

Die Zielvision für Bischofsgrün sieht vor, dass der Heilklimatische Kurort beide Säulen – Freizeit- und Sporttourismus ebenso wie Kur- und Gesundheitstourismus – in gleicher Intensität adressiert. Bisher ist die erste Säule mit Hinblick auf konkrete Angebote deutlich stärker ausgeprägt als die gesundheitsbezogene zweite Säule. Auch werden die Potenziale bereits vorhandener Ansätze für die Zielgruppe „Familien“ noch nicht umfänglich ausgeschöpft. Entsprechend werden im Folgenden zwei Handlungsempfehlungen formuliert, die diese Punkte adressieren.

Handlungsempfehlung 1: Neukonzeptionierung der Säule „Heilklimatischer Kurort“

Bewusst wird die Handlungsempfehlung als „Neukonzeptionierung“ betitelt. Es soll dadurch auch ein Bewusstsein geschaffen werden, dass ein Heilklimatischer Kurort nur mit einem ganzheitlichen Konzept nachhaltig verankert werden kann. Dieses Konzept soll bereits existierende Angebote aufnehmen, bündeln und bestehende Lücken durch neue Inhalte befüllen. Hierbei ist zu berücksichtigen, dass nach der initialen Erstellung des Konzepts die Pflege dieses Konzepts eine Daueraufgabe ist, die entsprechend institutionalisiert werden sollte.

Nach einer kritischen Auseinandersetzung mit der Zielvision und einer Bestandsaufnahme der bestehenden Angebote gilt es, Optionen zu identifizieren, wie ein möglichst umfassendes Spektrum an Angeboten verfügbar gemacht werden kann. Ein Teil davon sollte explizit auf die Heilanzeigen abgestimmt werden. Ferner sollten möglichst weitreichend Synergien mit dem Angebot der anderen Gemeinden im Fichtelgebirge hergestellt werden, um auch Bereiche abdecken zu können, die möglicherweise die eigenen Ressourcen übersteigen. Auch gesundheitsfördernde Angebote, die eher den Freizeit- und Sportaktivitäten zuzurechnen sind, können entsprechend eingebunden werden. Wichtig ist ein abgestimmtes Portfolio, das dem (potenziellen) Gast unmittelbar verdeutlicht, wie er seinen Aufenthalt in Bischofsgrün rund um bzw. mit dem Heilmittel Luft gestalten kann. Wo immer möglich sollte dem Thema Luft und Heilklima noch mehr Präsenz im öffentlichen Raum gegeben werden.

Ein weiterer Ansatzpunkt könnte ein strukturiertes, gesundheitspädagogisches Angebot sein, welches an die dahingehende Tradition mit der Höhenklinik Bischofsgrün anknüpft. Diese edukativen Elemente stellen ferner eine mögliche Brücke zur integrierten Gesundheitsregion dar, die – wenn sie sich dem Konzept der Primärversorgung verschreibt – im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention einen Schwerpunkt hat. Auch hier bietet sich eine explizite Öffnung der Angebote für Einwohner wie Touristen an. Es sollte möglichst berücksichtigt werden, dass neben den naheliegenden Tätigkeiten im Freien auch Optionen für Innenraumaktivitäten geschaffen

werden, die auch in anhaltenden Schlechtwetterperioden eine Beschäftigung mit dem Thema Luft und Atmung ermöglicht.

Die inhaltliche Arbeit und Bündelung der Angebote zu aufeinander abgestimmten Paketen muss dann mit einer entsprechenden Kommunikationsstrategie verknüpft werden, die sowohl nach außen (Akquise) als auch an die Gäste vor Ort gerichtet ist. Auch auf der Website sollte nicht nur ein Verweis auf Einrichtungen erfolgen, sondern – wie bereits heute für Fit4Life – eine konkrete Verknüpfung zu konkreten Angeboten erfolgen. Im Idealfall wird ferner eine direkte Verbindung zwischen Heilanzeigen und dazu passenden Angeboten hergestellt. Insgesamt ist zu prüfen, wie auch im Internet der Heilklimatische Kurort eine stärkere Präsenz als im Status quo erhalten kann. Bei der Gemeinde liegt die zentrale Verantwortung, den Prozess anzustoßen und kontinuierlich nachzuverfolgen. Die Pflege des Profils eines Heilklimatischen Kurortes ist eine Daueraufgabe, die in der Gemeinde fest zu verankern ist. Da die Umsetzung zum allergrößten Teil nur durch die Partner im Gesundheits- und Tourismussektor erfolgen kann, sind diese frühzeitig mit einzubeziehen. Die Passung des erarbeiteten Konzepts sowie der Stand der Umsetzung sind jährlich zu überprüfen, ggf. sind Anpassungen vorzunehmen. Für die Gemeinde entstehen im ersten Schritt außer personellen Ressourcen keine signifikanten Aufwendungen. Die Konzeptionierungsphase sollte ferner innerhalb eines halben Jahres gut durchführbar sein, sodass für die folgende Saison erste Umsetzungen angestrebt werden können.

Handlungsempfehlung 2: Erschließung der Zielgruppe „Gesunde Familie“

Bischofsgrün wirbt bereits heute als „das Familiendorf im Fichtelgebirge“ um Familien als Zielgruppe – ein äußerst plausibler Ansatz, blickt man auf das reichhaltige Freizeit- und Sportprogramm. Die Zielgruppe lässt sich jedoch auf Familien erweitern, die ein besonderes Bedürfnis nach Gesundheitsförderung haben. Hierfür können beispielsweise Angebote entwickelt werden, die sich explizit an Familien richten, bei denen nur ein Teil einen spezifischen Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen hat. Entsprechend kann für Kinder und Jugendliche ein Freizeitangebot „ohne Eltern“ zusammengestellt werden, sodass diese ihren eher gesundheitsorientierten Bedürfnisse nachgehen können. Umgekehrt sind spannende Angebote für Kinder denkbar, die sich nach Freizeit anfühlen, aber dennoch gesundheitsfördernde Komponenten haben. Diese sind entsprechend herauszustellen.

Auch hier bietet sich die Kooperation mit den anderen prädikatisierten Gemeinden des Fichtelgebirges an. In Bad Alexandersbad entstehen beispielsweise derzeit Angebote, die sich ganz explizit auch an Kinder mit ihren Familien richten. Um nicht im Abstrakten zu bleiben und für den Gast greifbar zu werden, müssen auch in diesem Kontext konkrete Pakete ausgearbeitet werden, die dann entsprechend kommuniziert und niederschwellig in Anspruch genommen werden können. Auf diese Weise können auch Unterkünfte „Kinderbetreuung“ anbieten, die sonst für derartige

Maßnahmen deutlich zu klein wären. Gerade zur Hauptsaison sollte ein derartiges Angebot – u.U. auch aus der lokalen und regionalen Bevölkerung – gut nachgefragt werden.

Es ergeben sich naheliegende Verknüpfungen zum Szenario Mentale Gesundheit und ebenso zum Szenario Gesundheitsregion. Insgesamt könnte eine Zielgruppe angesprochen werden, die für eine von der Krankenkasse finanzierte Mutter/Vater-Kind-Kur (noch) nicht in Frage kommt, die jedoch im Sinne des zweiten Gesundheitsmarktes auch so schon gesundheitsfördernde Maßnahmen wahrnehmen will.

Für den Ort an sich wäre es in diesem Kontext sinnvoll zu prüfen, wie im Ortskern die Aufenthaltsqualität für Familien mit (kleinen) Kindern erhöht werden kann. So reichen häufig wenige, kleine aber geschützte Räume, in denen sich Kinder sicher bewegen können (z.B. gut einsehbares, vom Verkehr geschütztes Spielgerät), während die Eltern einen Kaffee trinken, um die Aufenthaltsqualität für alle deutlich zu steigern. Auch sollten Spielplätze leicht – und auch online – auffindbar sein.

Auch in diesem Fall sollte die Gemeinde den Prozess anstoßen, ist aber für die Umsetzung auf die Bereitschaft der Akteure im Gesundheits- und Tourismussektor angewiesen. Entsprechend sind die Kosten überschaubar. Sollte die Entscheidung getroffen werden, diese Zielgruppe zu adressieren gilt es analog zur Handlungsempfehlung 1, die entsprechenden konzeptionellen und inhaltlichen Arbeiten entsprechend durch eine Kommunikationsstrategie zu komplementieren. Auch der zeitliche Rahmen ist analog in eine initiale Phase von ca. 6 Monaten und eine auf die nächste Saison gerichtete Umsetzung gegliedert.

8.2.4 Weißenstadt

Das Delta hin zur Zielvision von Weißenstadt umfasst zwei zentrale Bereiche. Wesentliche Säule ist die Aufwertung des Prädikates hin zum „Heilbad“ inklusive der Anerkennung der zweiten Heilquelle. Zum zweiten wird das Aneinanderwachsen von Ortskern und der zwei Leuchtturm-Einrichtungen am Weißenstädter See anvisiert. Hinsichtlich der angestrebten Prädikataufwertung zeigt sich, dass bereits umfassende Bemühungen und Aktivitäten unternommen wurden und werden, so dass hier keine im Kern neue Handlungsempfehlungen ausgesprochen werden. Explizit empfohlen wird, sowohl die Anerkennungsverfahren des fluoridhaltigen Schwefel-Thermalwassers als zweite Heilquelle als auch die Anerkennung des Siebenquell als zweiten Heilquellenkurbetrieb des Ortes zur Anwendung des Heilwassers einschließlich der physikalischen Therapie weiter zu visieren und voranzubringen.

Die dynamische Entwicklung des (Gesundheits-)Tourismus in den zurückliegenden Jahren erfordert jedoch auch, die Interdependenzen zu etablierten gewerblichen Strukturen (Industrie, Land- und Forstwirtschaft) in die Betrachtung mit einzubeziehen. In beiden Bereichen ist die weitere

Entwicklung so zu gestalten, dass das gemeinsame Interesse an einer intakten Natur- und Kulturlandschaft im Vordergrund steht, Konflikte und Gegensätze möglichst vermieden werden und nicht durch das Prosperieren eines Wirtschaftszweiges die Überlebensfähigkeit eines anderen in Frage gestellt wird.

Handlungsempfehlung: Aneinanderwachsen von Ortskern und Thermen

Die zwei Leuchttürme am Weißenstädter See sind vom wesentlich höher gelegenen Stadtkern separiert gelegen. Vom Siebenquell ist ein Fußweg von rund 20 Minuten erforderlich, um in den Stadtkern zu gelangen, vom Kurzentrum aus auch einige Minuten länger. Insbesondere im Hinblick auf das ältere Gästeaufkommen des Kurzentrums und der häufig eingeschränkten Mobilität Älterer kann sowohl die Länge des Weges als auch insbesondere die Höhendifferenz eine besondere Herausforderung darstellen und womöglich auch darin münden, dass Thermengäste den Besuch des Stadtkerns gänzlich meiden. Um das touristische Profil der Stadt zu stärken, bedarf es einer engeren Verzahnung beider Bereiche. Eine höhere Besucherfrequenz des Stadtkerns würde zu dessen Belebung beitragen – Einkaufs- und gastronomische Angebote vorausgesetzt – auch zur wirtschaftlichen Stärkung der Stadt beitragen.

Dies kann insbesondere durch das Schaffen entsprechender Transfermöglichkeiten realisiert werden. Aufgrund der Breite der Thermen-Gästeschaft und der über das Jahr unterschiedlichen Witterungsbedingungen im Fichtelgebirge scheint dabei das Vorhalten verschiedener Transfer- bzw. Mobilitätsmittel zielführend. Zunächst kann ein einfacher Fahrradverleihservice in Anlehnung an die in immer mehr Städten populären „Bike-Sharing“ Konzepte etabliert werden. Abweichend vom Konzept in Großstädten – wo häufig eine völlig flexible Ausleihe und Abgabe möglich ist – sollten die Mieträder in diesem Kontext an definierten Standorten ausgeliehen und abgestellt werden können. Standorte sollten insbesondere am tendenziell von Jüngeren besuchten Siebenquell, aber auch am Kurzentrum und an einer zentralen Stelle im Stadtkern eingerichtet werden. Durch einfache Buchungsoptionen – direkt installiert am jeweiligen Fahrrad und an den Rezeptionen der Einrichtungen – können die Räder von Gästen genutzt werden. Denkbar ist Anschaffung, Besitz und Wartung durch die Gemeinde, ggf. die Gesell GmbH als Betreiber der zwei Leuchttürme und in Kooperation mit (lokalen) Fahrradgeschäften. Die Anschaffungs- und Wartungskosten dürften hier als überschaubar beziffert werden, die Umsetzung relativ schnell erfolgen.

Als zweite Transferoption empfiehlt sich eine Variante, die sowohl witterungsfest ist als auch Gäste mit eingeschränkter Mobilität oder etwa Familien mit Kinderwagen anspricht. Hier kann eine Art Minibus etabliert werden, der zeitlich getaktet zentrale Haltepunkte (Kurzentrum – Siebenquell – Stadtkern) anfährt. Die Taktung sollte dem Gästeaufkommen (saisonal, nach Wochentagen) nach angepasst werden. Die Realisierung kann in Kooperation mit lokalen Fahrdiensten /

Busunternehmen erfolgen; zu prüfen ist, ob die Verkehrsgemeinschaft Fichtelgebirge einzubeziehen ist. Um eine entsprechende Auslastung / Nutzungsgrad beider Transfermittel zu erreichen, bedarf es der entsprechenden Kommunikation / Werbung gegenüber den Gästen, ggf. bereits in der Ansprache potenzieller Gäste. Jeweils zu klären bleibt, ob die Transferoptionen den Gästen kostenfrei zur Verfügung gestellt werden. Zumindest hinsichtlich der Fahrräder ist dies ausdrücklich zu empfehlen. Andernorts kostet das Mietfahrrad rund zwei Euro je Stunde (Verbraucherzentrale Bundesverband 2019).

Positive Effekte lassen sich auch insofern vermuten, dass Gäste, die ggf. auf den PKW zurückgegriffen hätten, nun zu einem weniger stark autofrequentierten Stadtkern beitragen, was dem anvisierten Kur- und Erholungscharakter entspräche.

Darüber hinaus bedarf es – analog der übrigen Gemeinden und allgemein hin bekannt – auch in Weißenstadt städtebaulichen Maßnahmen. Zu verweisen sei hier insbesondere auf die Gehweginstandsetzung um insbesondere Mobilitätseingeschränkten gerecht zu werden. Ein Plus an touristischer Infrastruktur würde zudem durch zusätzliche Gastronomie und Einkaufsmöglichkeiten gewonnen werden, etwa Cafés oder einer Drogerie.

Auch das Erfüllen der vielfach kommunizierten Bedarfe an Baugrund und Wohnraum sowohl für junge Familien als auch als Alterssitz könnte zur Belebung der Stadt beitragen.

8.2.5 Region Fichtelgebirge

Das Zielbild für die Region adressiert zwei wesentliche Handlungsbereiche. Um den steigenden Ansprüchen eines selbstzahlenden Gesundheitsgastes zu entsprechen und konkurrenzfähig zu sein, bedarf es sowohl der Professionalisierung als auch der Weiterentwicklung und Vernetzung der gesundheitstouristischen Produkte – auch interkommunal.

Handlungsempfehlung 1: Professionalisierung der Produkte

Eine Produktprofessionalisierung forciert insbesondere die Erhöhung der Standards auf ein mit vergleichbaren touristischen Regionen ähnliches Niveau. Hier sei primär auf die Privat- und Kleinanbieter der einzelnen Gemeinden, insbesondere der vier Kur- und Erholungsorte zu verweisen. Insgesamt bedarf es der Stärkung der Motivation jener Anbieter, gekoppelt an das Herstellen von Verbindlichkeiten und klaren Verantwortungsbereichen. Dabei ist die anvisierte Erhöhung der Standards – insbesondere im Bereich der Ferienwohnungen – unmittelbar verbunden mit einem für den einzelnen privaten Anbieter als nicht unerheblich wahrgenommenen Investitionsbedarf. Um diese mögliche Hemmschwelle für Investitionen zu reduzieren, empfiehlt es sich in Kooperation mit Hochschulen konkrete Business-Cases zu erarbeiten. Denkbar wäre hier beispielsweise eine Kooperation mit Lehrstühlen aus dem Bereich Marketing & Services (MuSe) der Universität

Bayreuth, die beispielsweise umfassende Erfahrungen in relevanten Bereichen des Dienstleistungsmanagements hat. So kann etwa dem einzelnen Anbieter in verschiedenen Szenarien die Rentabilität seiner konkreten Investitionen vorgelegt werden – sei es die Badsanierung aller Gästezimmer oder die Anschaffung neuer Elektrogeräte seiner Wirtshausküche.

Eine Stärkung der intrinsischen Motivation kann insofern erreicht werden, dass jenen Akteuren gesundheitstouristische „Best Practice Beispiele“ aufgezeigt werden. Sinnvoll scheinen Visitationen im Sinne einer „Vor-Ort-Begehung“. Dabei soll auf Seiten der Anbieter im Fichtelgebirge keinesfalls ein belehrender Eindruck entstehen. Vielmehr geht es darum, Impulse mitzunehmen und eigene Ideen zu generieren, die dann vor Ort umgesetzt werden können.

Sowohl für die Business-Cases als auch die Visitationen eignet sich eine Koordinierung entweder durch die Tourismuszentrale Fichtelgebirge, ggf. auch durch die Geschäftsstelle der ILE in Bischofsgrün. Wohingegen die Business-Cases womöglich im Rahmen von studentischen Arbeiten kostenfrei zu erhalten sind, stellen für die Visitationen und Koordinierungsarbeiten Zeit- und Personalkosten wesentliche Faktoren dar. Die konkrete Umsetzung und die finanziellen Aufwendungen entsprechender Investitionen liegen dann bei den betreffenden Akteuren (Privat- und Kleinanbieter).

Handlungsempfehlung 2: Weiterentwicklung und Vernetzung der Produkte

Bisher begrenzt sich der Aufenthalt eines gesundheitstouristischen Gastes häufig auf eine einzelne Gemeinde; nur die Angebote direkt vor Ort werden vom Gast wahrgenommen. Dabei lassen sich oftmals sinnvolle Komplementäre zwischen den einzelnen Kur- und Erholungsorten finden, die eine viel stärkere Vernetzung der ortsspezifischen Produkte adressieren und in Folge auch das Potenzial zur Weiterentwicklung der Produkte bieten.

Sinnvoll ist hierbei eine Gliederung in eine inhaltliche, logistisch/koordinative und eine digitale Dimension. Die inhaltliche Dimension umfasst zunächst die konzeptionelle Arbeit darüber, inwiefern sich die verschiedenen gesundheitstouristischen Angebote der Kur- und Erholungsorte inhaltlicher Art sinnvoll ergänzen können und wie eine Zusammenführung und Koordinierung gelingen kann. Hier empfiehlt es sich, dass die Vertreter der einzelnen Gemeinden typische „Customer Journeys“ formulieren, welche miteinander stimmige Angebote verschiedener Gemeinden umfassen. Beispielhaft kann das Waldbaden mit der Kräuter-Gastronomie in Bad Berneck sinnvoll zusammengeführt werden als auch der Thermenbesuch in Weißenstadt mit einer Heilklimawanderung am Ochsenkopf. Darüber hinaus kann auch das „Schnüren von Gästepaketen“ für verschiedene Aufenthaltsdauern sinnvoll sein. Aus diesen vorstrukturierten inhaltlich passenden Programmen können Gäste dann einzelne Elemente auswählen, diese sozusagen auf Ihre Vorstellungen hin individualisieren. Damit Angebote gemeindeübergreifend möglichst komfortabel

realisiert werden können, bedarf es der zweiten und dritten Dimension. Hier ist zunächst logistische und koordinative Arbeit erforderlich, die sinnvollerweise an der Tourismuszentrale Fichtelgebirge oder der ILE zu verorten ist. Zu nennen sei hier die zentrale Steuerung, Abwicklung und Koordination der Angebote in Gesamtschau der Region. Im Konkreten sind insbesondere Mobilitätskonzepte zu entwickeln, die in zeitliche Abstimmung der Angebote auch entsprechende Transport-/Transferoptionen schaffen.

Die dritte Dimension adressiert die digitale Vernetzung. Hier gilt es, eine gemeinsame Digitalisierungsstrategie zu entwickeln, die deutlich weiter greift als die Sammlung diverser Apps oder Internetpräsenzen, die inhaltlich kaum Bezüge zueinander herstellen. Vielmehr bedarf es einer gemeinsamen Plattform unter zentraler Koordination, die die Vielzahl der einzelnen Angebote gemeindeübergreifend bündelt und sinnvoll in Beziehung setzt. Hier empfiehlt es sich, Funktionen zu integrieren, womit Angebote – sei es die Hotelübernachtung, eine Kneipp-Anwendung oder die Teilnahme an der geführten Heilklimawanderung inklusive des Bustickets zur Anreise – zentral gebucht werden können. Erstrebenswert ist hier eine starke Verbindlichkeit zur Teilnahme der einzelnen Anbieter, um den Gästen ein möglichst vollständiges Abbild der Angebote in der Region zu schaffen. Zusätzlich sinnvoll wären „smarte“ (Echtzeit-)Verknüpfungen zu platzieren, etwa zur Pünktlichkeitsabfrage des Busses oder zum Wetter in der Zielgemeinde.

Neben der zentralen Koordination bedarf es eines durch die Gemeinden, Landkreise und Tourismusvertreter gemeinsam getragenen Engagements. Zwingend erforderlich ist zudem das Einholen externer Digitalisierungsexpertise, wobei hier Kosten für Entwicklung der Digitalisierungsstrategie und für Lizenzgebühren zu veranschlagen sind.

Die Weiterentwicklung und Vernetzung der Produkte als zweite Handlungsempfehlung ist nicht zwingend in zeitlicher Abfolge zu Handlungsempfehlung 1 zu verstehen, sondern kann unabhängig bzw. parallel dazu erfolgen.

8.3 Konkrete Handlungsempfehlungen für die Szenarien

8.3.1 Szenario Mentale Gesundheit

Wie bereits erläutert, gewinnt der Erhalt der mentalen Gesundheit für die Gesellschaft aber auch für das Gesundheitssystem zunehmend an Relevanz. Präventive Gesundheitsleistungen, primär im zweiten Gesundheitsmarkt und somit im Bereich der Selbstzahler werden vermehrt nachgefragt, wodurch der Markt ein zukunftssträchtiges Potenzial aufweist. Erste Berührungspunkte mit dem Thema der mentalen Gesundheit entstanden für die Region bereits mit der Prädikatisierung der Gemeinden. Insbesondere die Kneipp'sche Lehre greift mit den Säulen Innere Ruhe und Ausgeglichenheit das Thema mit auf. Daneben existieren weitere vereinzelte Angebote sowie ausgewiesene Heilanzeigen im Bereich Burnout, Stressfolgen und Erschöpfungszustände.

Eine Bündelung der bereits bestehenden und zukünftigen Angebote und die Schaffung eines gemeinsamen Fokusses auf mentale Gesundheit erlaubt der Region eine erfolgreiche Positionierung in diesem wachsenden Markt. Die Vereinheitlichung und Weiterentwicklung der Angebote sollte dabei durch ein strategisches Vermarktungskonzept untermauert und professionell begleitet werden, um eine erfolgreiche Umsetzung zu garantieren. Aus diesen Bedingungen leitet sich die Auswahl der folgenden Handlungsempfehlungen ab.

Phase 1: Organisation Arbeitsgruppe und Projektleitung

Eine erfolgreiche Markeneinführung ist zeitintensiv und erfordert ein besonderes Maß an Nachhaltigkeit. Zudem ist die aktive Einbindung ebenso wie die Koordination der handelnden Akteure unabdinglich. Aus diesem Grund sollten die Abläufe für eine erfolgreiche interkommunale und einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit einer Region zentral gesteuert werden, so dass die Marke erfolgreich aufgebaut, koordiniert und zukunftsfähig geführt werden kann. Eine zentrale Steuerung schafft dabei eine effiziente Informationsbündelung, koordiniert die Beteiligten und verfolgt kontinuierlich den Projektfortschritt. Die Projektleitung sollte daher durch eine professionell geführte Destinationsmanagementorganisation oder ein ortsübergreifendes Projektbüro, wie bspw. der TZ Fichtelgebirge, erfolgen.

Daneben ist auch die Gründung einer interkommunalen Arbeitsgruppe mit Vertretern und Akteuren aus der Region zielführend, um Interessen der verschiedenen Gruppen von Beginn an miteinfließen zu lassen und eine allgemeine Akzeptanz aller Beteiligten für das Konzept zu schaffen.

Phase 2: Entwicklung Vermarktungskonzept

Auf Basis diverser Markt- und Zielgruppenanalysen sowie Umfragen in der Bevölkerung und mit Touristen vor Ort sollte zeitnah mit der Erarbeitung eines klaren Vermarktungskonzeptes inkl. eigener Marke begonnen werden. Die Konzeptionierung kann entweder von einer professionellen Marketing-Organisation begleitet oder aber ggf. auch durch Kooperationen mit regionalen Hochschulen stattfinden. Dabei sollte eine frühzeitige Schaffung von Akzeptanz in der Bevölkerung mit in das Konzept einfließen.

Phase 3: Konzeptionierung neuer Angebote sowie Schärfung bestehender Leistungen

Auf Grundlage des erarbeiteten Konzepts erfolgt die Weiterentwicklung bereits vorhandener Produkte sowie die Etablierung innovativer, zeitgemäßer und zielgruppenspezifischer neuer Angebote unter aktiver Einbindung aller handelnden Akteure. Die strategische Planung basierend auf dem Konzept und eine koordinierte Vorgehensweise führen entsprechend zu einer Professionalisierung der Angebote. Zu nennen seien hier exemplarisch Angebote zur Lösung aktueller ge-

sellschaftlicher Probleme wie Zeitmangel, Hektik, Reizüberflutung und den zum Teil daraus entstehenden Krankheitsbildern. Dabei sollten sich auch alle vier Partnerorte dazu verpflichten, Angebote zu benennen und zu entwickeln.

So besitzt beispielsweise Bad Alexandersbad durch die Positionierung im Bereich der Osteopathie eine wertvolle Säule, welche sich dem Thema Mentale Gesundheit durch die ganzheitliche Betrachtung des Menschen bereits annimmt und dadurch optimal ergänzt werden könnte. Auch Einrichtungen wie das Alexbad können durch Angebote wie das Waldbaden eine konkrete Umsetzung der Fokussierung vornehmen und so aktiv an der Vermarktung der Spezialisierung teilnehmen.

Phase 4: Kontinuierliche Überprüfung und Anpassung des Konzeptes

Die neuen Angebote sollten zeitnah in zielgruppenspezifische Kommunikations- und Marketingmaßnahmen überführt werden. Es sollte eine regelmäßige Fortschrittskontrolle mit Festlegung von Zielen und Verantwortlichkeiten durch die Projektleitung oder die Arbeitsgruppe stattfinden. Aktueller Entwicklungen und Trends sind dabei stetig in der Konzeptionierung mitaufzugreifen.

Die Umsetzung dieses Szenarios ist als zeit- und steuerungsintensiv einzustufen und obliegt der Verantwortung der vier Gemeinden unter Einbindung der ortsansässigen Akteure. Dabei sollte insbesondere die Mandatierung einer Projektleitung zeitnah entschieden werden und die darauffolgende Phase 2, also die Vorarbeiten für ein tragbares Konzept, in einer Zeitschiene von 6-12 Monaten stattfinden. Die Operationalisierung des Konzepts in neue Angebote und Produkte erfordert weitere 6-12 Monate. Gleichzeitig beginnen damit die Überprüfung und Anpassung einzelner Leistungen bzw. Vorhaben. Diese Phase ist als ein Kontinuum anzusehen und erfordert eine immer fortwährende Begleitung ohne fixes Enddatum (Abbildung 37).

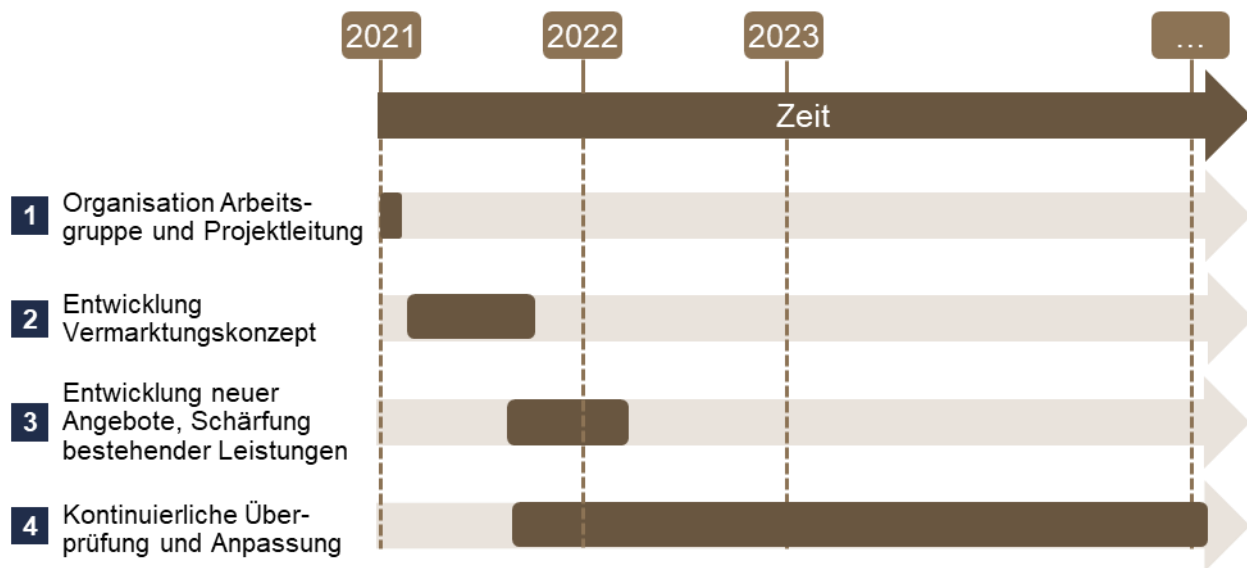


Abbildung 37: Zeitraumen Szenario 1: Mentale Gesundheit als Schwerpunkt der Region

Quelle: eigene Darstellung

Es ist mit kleinvolumigen Investitionen seitens der Gemeinde für die Vergabe des Vermarktungskonzeptes bzw. der Unterstützung durch Experten zu rechnen, sollte sich die Region für eine Hochschulkooperation aussprechen. Der deutlich größere Kostenblock ist dem erhöhten Personalaufwand zuzuschreiben, der ebenfalls durch die Orte getragen wird.

8.3.2 Szenario Leuchtturm

Die beiden Szenarien Etablierung eines Pflegehotels sowie Etablierung eines Healing Hotels erfordern die Hinzunahme eines erfahrenen und für das Konzept geeigneten Investors. Die nachfolgenden Handlungsempfehlungen spiegeln die einzelnen Phasen der Konzeptumsetzung mit Fokus auf die Auswahl eines passenden Investors unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufs wider.

Phase 1: Aufbau Arbeitsgruppe und Projektleitung

Die Etablierung eines Leuchtturms in der Region zeichnet sich durch eine lange Planungs- und Realisierungsdauer, eine gewisse Komplexität, auch aufgrund der Vielzahl der Beteiligten sowie eine hohe gesellschaftliche Bedeutung aus. Aus diesem Grund erfordert dieses Vorhaben ein strukturiertes Projektvorgehen. Im ersten Schritt sollte daher seitens der Region eine geeignete Lenkungsgruppe sowie ggf. ein Gestaltungsbeirat zur Projektkoordination und -begleitung etabliert werden. Die gesamte Ausschreibungs- und Planungsleistung sollte über diese Leitung gesteuert und verantwortet werden.

Phase 2: Erste Konzeptionierung

In Abhängigkeit des ausgewählten Verfahrens, für das sich die Orte zur Suche nach einem geeigneten Investor entscheiden, sollten bereits vorab erste Konzeptvorschläge für das Szenario

erarbeitet werden. Diese sollten zudem bereits erste Zielvorgaben für ein mögliches Investment sowie definierte Rahmenbedingungen der Umsetzung enthalten, so dass die endgültige Umsetzungsidee in Einklang mit den Interessen der vier Gemeinden, bzw. der Region Fichtelgebirge als Gesundheitsregion mit einheitlicher Außendarstellung steht.

Um einem möglichen Scheitern eines Vergabeverfahrens entgegenzuwirken, sollte in dieser Phase auch die Sicht eines potenziellen Käufers, Machbarkeitstudien sowie die Rentabilität des geplanten Konzeptes Beachtung finden. Ist das Vorhaben weder wirtschaftlich tragbar, noch hat es wachstumsfähige Potenziale, wird die Suche nach einem Investor mit hoher Wahrscheinlichkeit scheitern. Auch die Standortfrage sollte möglichst frühzeitig erörtert werden. Exemplarisch sei hier das Szenario Pflegehotel genannt, für das eine passende Platzierung in unmittelbarer Nähe zu einem bestehenden stationären Pflegeheim erhebliche Vorteile bringen kann.

Phase 3: Investoren-/ Betreibersuche

Die Suche nach einem passenden Investor kann für eine Gemeinde auf unterschiedliche Weise stattfinden. Je nach Form der Vergabe unterscheidet sich die Einflussnahme der Gemeinde auf das zukünftige Konzept.

Die Direktvergabe, bei der der Verkauf zu einem fixen Verkaufspreis stattfindet, kommt in seltenen Fällen zum Tragen, primär wenn der Investor über ein relevantes Alleinstellungsmerkmal verfügt oder eine andere Vergabeform erfolglos blieb. Ein Verfahren, welches deutlich häufiger zur Anwendung kommt, ist das sogenannte Bieterverfahren. Dieses ist primär monetär geprägt und der Zuschlag wird entsprechend an den Höchstbietenden erteilt.

Bei beiden Verfahren kann die Gemeinde Voraussetzungen und Zielvorgaben im Kaufvertrag festlegen, zu denen sich der Investor bei der Umsetzung seines Investments verpflichtet. Um die Zielvorgaben bestmöglich zu operationalisieren und eine qualitativ hochwertige Konzeptionierung zu gewährleisten empfiehlt es sich, im Nachgang zum Verkauf einen zusätzlichen Planungswettbewerb durchzuführen oder einen Gestaltungsbeirat zur Projektbegleitung zu etablieren.

Eine weitere Möglichkeit, welches das Konzept in den Mittelpunkt der Vergabeentscheidung stellt, ist die sogenannte Konzeptvergabe. Ziel ist es, bereits in einem frühen Stadium des Verkaufsprozesses ein qualitativ hochwertiges Konzept vorhalten zu können, welches nach vorgegebenen Kriterien eine passgenaue Lösung für den Standort bietet. Der Verkaufspreis kann bei diesem Verfahren durch einen Festpreis bereits fixiert werden, wodurch die Qualität des Konzeptes eine 100%ige Gewichtung für den Zuschlag erfährt. Eine weitere Variante besteht durch das Bestgebotsverfahren, bei dem neben der Qualität des Konzeptes auch das abgegebene Kaufpreisangebot eine Rolle spielt. Eine Empfehlung sieht hier eine durchschnittliche Gewichtung von 70% für das Konzept und 30% für den Kaufpreis vor. Das Konzept selbst wird meist durch den Investor

in Auftrag gegeben und von geeigneten Architekten, Städtebauplanern oder Landschaftsbaugärtnern durchgeführt (Architekten- und Stadtplankammer und Hessischer Städtetag 2017).

Im Falle der Region Fichtelgebirge scheint sich primär das Bieterverfahren oder das Konzeptverfahren anzubieten. Gewisse Eigenschaften, wie ein gesundheitsrelevanter Bezug, die Schaffung von Arbeitsplätzen für die Bevölkerung sowie die Vorgabe einer sinnvollen Ergänzung zu den bisherigen Angeboten in der Region scheinen sich durch den Wegfall der Höhenklinik bereits gefestigt zu haben und sollten aus diesem Grund in die Zielvorgaben miteinfließen. Nichtsdestotrotz ist nicht auszuschließen, dass aufgrund einer zu geringen Nachfrage geeigneter Investoren auch eine Direktvergabe zum Tragen kommt und die Region eine gewisse inhaltliche Flexibilität zeigen muss, um Gespräche mit potenziellen Investoren zu ermöglichen.

Phase 4: Umsetzung

Die endgültige Umsetzung obliegt dem Investor unter Berücksichtigung der vorab festgelegten Voraussetzungen und Zielvorgaben. In Abstimmung mit der Gemeinde und den bereits bestehenden Einrichtungen und Dienstleistern sollte dieser ein tragbares Bebauungskonzept vorweisen können. Für beide Szenarien kommt insbesondere der architektonischen Gestaltung eine entscheidende Bedeutung zu, weshalb frühzeitig ein erfahrenes Architektenbüro hinzugezogen werden sollte.

Für eine erfolgreiche Umsetzung eines solchen Modells ist eine von Beginn an strukturierte Vorgehensweise unabdinglich. So sollten sich die vier Gemeinden zeitnah über eine Auswahl geeigneter Vertreter für die Projektgruppe einschließlich Projektleitung einigen. Die grobe Konzeptionierung und die Definition gewisser Rahmenbedingungen ist durch das Projektbüro gemeinsam mit Vertretern der vier Orte zu fixieren und sollte zeitnah innerhalb von drei bis sechs Monaten nach Aufbau des Projektbüros erfolgen. Auf Basis plausibler Vorarbeiten und Analysen kann im nächsten Schritt die Ausschreibung beginnen. Wie bereits in Kapitel 3 erörtert, ist die Suche nach einem geeigneten Investor durchaus herausfordernd und zeitintensiv. So kann sich der Zeitraum von der initialen Investorensuche bis zur finalen Beauftragung über mehrere Monate bzw. Jahre ausdehnen, je nachdem wie viele Investoren Interesse an der Ausschreibung bekunden. Ebenfalls kann aufgrund fehlender Interessensbekundungen eine Direktvergabe sowie möglichen Änderung der bisherigen Konzeptionierung notwendig werden. Die Konzeptumsetzung obliegt dem Investor. Für die gesamte Durchführung sollte unter optimalen Bedingungen mit einer Laufzeit von durchschnittlich 4-5 Jahren gerechnet werden (Abbildung 38).

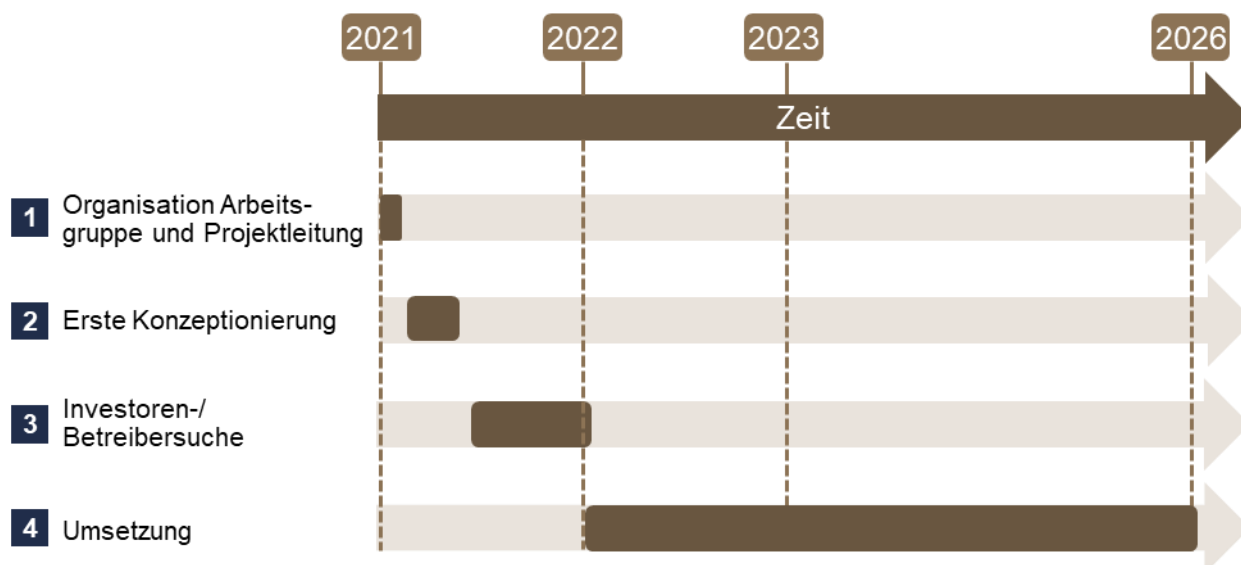


Abbildung 38: Zeitrahmen Szenario 2: Etablierung eines Leuchtturms

Quelle: eigene Darstellung

Die ersten drei Phasen liegen in der Verantwortlichkeit der vier Gemeinden, bzw. des Projektbüros. Hier fallen entsprechende Personalaufwendungen für Planungs-, Abstimmungs- sowie Ausschreibungsleistungen an. Die finale Umsetzung des Konzepts sowie die Organisation der baulichen Maßnahmen liegt in der Verantwortung des Investors und ist mit erheblichen Kosten im 7-stelligen Bereich verbunden.

8.3.3 Szenario Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt

Phase 1: Initiale Findung und Zielkongruenz

Soll das Fichtelgebirge hin zu einer integrierten Versorgungsregion – verzahnt mit Gesundheitsangeboten für Touristen – umgestaltet werden, stellen sich verschiedene (initiale) Fragen. Zunächst muss Klarheit über das Zielvorhaben geschaffen werden. Hierbei scheint es sinnvoll, dass sich eine Kerngruppe aus Impulsgebern, Vertretern der Kommune und engagierten Leistungserbringern zusammenfindet. Zu vermuten sind hier exemplarisch die Bürgermeister betreffender Gemeinden, interessierte Ärzte, die Geschäftsstelle(n) der betreffenden Gesundheitsregionen^{plus}, die Gesundheitsämter und zentrale Tourismusvertreter wie die Tourismuszentrale Fichtelgebirge. Neben Vision und Mission sollte hier die „Ownership“ geklärt, also eine Art „Kümmerer“ definiert werden, der federführend die Kommunikation und Netzwerkarbeit verantwortet.

Bereits in dieser Phase gilt es außerdem die Rolle der Kommune zu klären, wodurch zwangsläufig auch die Frage nach dem zweckmäßigen Standort des Gesundheitszentrums aufgeworfen wird. Folgt man dem Primärversorgungsansatz, sollten Kommunen im Bereich der Gesundheitsversorgung eine wesentliche Rolle einnehmen. Seit 2015 erlaubt der Gesetzgeber Kommunen MVZ zu

gründen. Das räumt der Kommune die Möglichkeit ein, sich selbst aktiv für die ärztliche Versorgung in der Region zu engagieren und zum Beispiel dort auch Ärzte anzustellen. Auch das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege unterstützt explizit Kommunen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren (StMPG 2019); das erste dieser Art in Bayern hat im Juli 2020 in Neunburg vorm Wald den Betrieb aufgenommen (Oberpfalz TV 2020). Dennoch: Die Gründung eines MVZ durch Kommunen stellt diese häufig vor große rechtliche und organisatorische Herausforderungen. Kommunen haben zwar einen Auftrag zur Daseinsvorsorge, der Sicherstellungsauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung liegt jedoch nach § 72 Abs. 1 S. 1 SGB V dezidiert bei den Selbstverwaltungspartnern, also den Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen. So stellt die Gründung des MVZ durch Ärzte die zu priorisierende Variante dar, ist aber häufig aufgrund eines zunehmend geringen Unternehmers ge hemmt. Auch sollte bei zwar initialer MVZ-Gründung durch die Kommune eine spätere Übergabe an Ärzte anvisiert werden. In jedem Fall sollte der Kommune die Rolle eines Koordinators bzw. Moderators zufallen.

Zu prüfen ist, ob Versorgungskonzepte – wie die durch die Robert Bosch Stiftung geförderten PORT-Zentren – für das Fichtelgebirge eine sinnvolle Variante darstellen können und näher betrachtet werden sollten (Raslan 2019; Schmid et al. 2020a, 2020b).

Phase 2: Bedarfserhebung

Damit die Angebote auf die konkreten Bedarfe im Fichtelgebirge zugeschnitten sind und lokale Unter- und Überversorgung sowohl im gesundheitlichen als auch im touristischen Sinn vermieden wird, sollten aufbauend auf Phase 1 die Bedarfe ermittelt werden. Hier gilt es zunächst, die zu versorgende Region zu definieren, da erst hierdurch den regionalen Bedarfen die bestehen Angebote gegenübergestellt werden können. Zudem ergeben sich aus der räumlichen Abgrenzung auch Konsequenzen für die (haus-)ärztliche Bedarfsplanung bzw. Niederlassungsmöglichkeiten. Da das anvisierte Gesundheitsverständnis wesentlich weiter greift als die hausärztliche Grundversorgung und explizit auch gesundheitstouristische Bedarfe adressiert werden sollen, ist die Bedarfserhebung entsprechend umfangreich und zugleich möglichst kleinräumig sowie differenziert nach Gesundheitsversorgung im engeren Sinne und dem Gesundheitstourismus vorzunehmen. Zudem ist die Bedarfserhebung stets prospektiv, d. h. mit einem mindestens 5-Jahre-Planungshorizont vorzunehmen. Im Hintergrund der demografischen Entwicklung ist dies sowohl aus Perspektive der veränderten und größeren Bedarfe älterer und zunehmend chronisch Erkrankter als auch des überdurchschnittlichen Arztalters in der Region vorzunehmen.

Geeignete quantitative Datengrundlagen sind insbesondere Daten der Gesundheitserstattung wie etwa durch das Gesundheitsamt oder auch Daten zur Versorgungssituation durch die

KV Bayern oder den Krankenkassen vor Ort. Die quantitative Analyse ist um ein qualitatives Vorgehen zu erweitern, so dass auch latente Bedarfe erfasst werden und sich ein differenzierteres Bild der Situation vor Ort zeigt. Exemplarisch seien hier Gespräche mit den genannten und weiteren regionalen Akteuren wie Haus- und Fachärzte, Pflege- und Therapieanbieter, die Kinder- und Jugendhilfe sowie umliegende Krankenhäuser genannt. In jedem Fall ist zu prüfen, inwiefern hier auf vorangegangene Arbeiten bestehender Initiativen zurückgegriffen werden kann. Die genaue Kenntnis des Bedarfs der Bevölkerung und der Gesundheitstouristen wird dann mit existierenden Angeboten abgeglichen, woraus die Identifikation von Handlungsbedarfen resultiert.

Nach dieser Erhebungsphase sollte klar sein, inwiefern sowohl die Versorgungssituation im engeren Sinne als auch die gesundheitstouristische Verzahnung im Fichtelgebirge durch eine solche integrierte Versorgung mit lokalem Gesundheitszentrum verbessert werden kann. Etwa dadurch, dass eine bessere gemeindeübergreifende Vernetzung die Qualität vorhandener Angebote optimiert oder Lücken im Leistungsangebot geschlossen werden.

Für die initiale Findung, dem Herstellen von Zielkongruenz und der Bedarfserhebung ist mit knapp einem Jahr zu rechnen. Wenn also Phase 1 zum Jahresbeginn 2021 aktiv begonnen wird, kann zu Beginn des Folgejahres die Konzeptionalisierung erfolgen.

Phase 3: Konzeptionalisierung

Die zunächst noch recht abstrakte Vorstellung der integrierten Versorgungssituation mit Gesundheitszentrum ist nun in einen Businessplan zu überführen, der zunächst auf einem allgemeineren Niveau die Idee des Versorgungsmodells konkretisiert. Hier gilt es weitere (Grundsatz-)Fragen final zu klären. Festzulegen ist wer als Träger firmiert, wo das Gesundheitszentrum seinen Ankerpunkt findet und ob die Immobilie gebaut, erworben oder gemietet wird. Beantwortet werden sollte auch, welche Akteure in das Gesundheitszentrum zu integrieren sind und welche Formen der Kooperation mit weiteren Partnern zu etablieren sind. Damit einhergehend stellt sich die Frage, wie Angebote in die Region hineingetragen, also näher an die Menschen vor Ort gebracht werden können. Exemplarisch kann die Variante einer Art Zweigstelle mit Räumlichkeiten für Schulungen und Kursangebote aufgeworfen werden. So können beispielsweise die Diabetikerschulung, die Bewegungsgruppe für Senioren oder Pflegeberatungsangebote auch der Bevölkerung in etwas größerer Entfernung zum Gesundheitszentrum einfach zugänglich gemacht werden.

In dieser Phase bedarf es der Einbeziehung weiterer Stakeholder, insbesondere der Kostenträger, um möglichst frühzeitig Vergütungsthemen auch vor dem Hintergrund selektivvertraglicher Vereinbarungen zu adressieren. Letztlich sollten spätestens hier potenzielle K.O.-Kriterien beschrieben werden – zu nennen sei etwa die Verfügbarkeit eines Arztsitzes.

Phase 4: Konkretisierung und Umsetzung

Der vorerst allgemein gehaltene Businessplan ist hier zu konkretisieren. Hier gilt es zu prüfen, ob anhand der getroffenen Annahmen ein wirtschaftlicher Betrieb des Gesundheitszentrums – und möglicher Zweigstellen – zu erwarten ist. Hier sind verschiedenste Themen zu erarbeiten: Angefangen bei den Grundprämissen, z. B. Größe des Zentrums, Startdatum bis hin zu den anvisierten Leistungen (Art, erwartetes Volumen, Integrationsgrad). Auch die zu erzielenden Erlöse auf Basis der geplanten Leistungen und aus etwaigen Fördertöpfen sowie Personal- und Sachaufwand sind zu quantifizieren. An die Businessplanung schließt sich die konkrete Umsetzung an. Hier gilt es, den Businessplan zu operationalisieren. Zur Orientierung hierfür können einschlägige Leitfäden zur Gründung von MVZ herangezogen werden, welche die wirtschaftlichen und rechtlichen Facetten abbilden (KBV 2018).

Jene Punkte sind um Aspekte wie etwa die Vernetzung zu weiteren Akteuren der Region im Bereich Gesundheitsversorgung und Gesundheitstourismus zu erweitern.

Diese vorerst letzte Phase mündet in der Eröffnung des Gesundheitszentrums, wobei zunächst nicht von einem vollständigen Regelbetrieb ausgegangen werden kann. Vielmehr werden die einzelnen Bestandteile nach und nach in Betrieb genommen und Netzwerkstrukturen werden sich Stück für Stück aufbauen. Die vier Phasen sind nochmals in Abbildung 39 zusammengefasst. Auch wenn der anvisierte 5-Jahres-Plan ambitioniert erscheint und von diversen Faktoren abhängt, kann eine entsprechende Umsetzung bis zum Jahr 2025 gelingen. Wesentliche Meilensteine sind die Sicherung der erforderlichen Arztsitze, die Verfügbarkeit einer Immobilie und letztlich die Eröffnung des Zentrums.

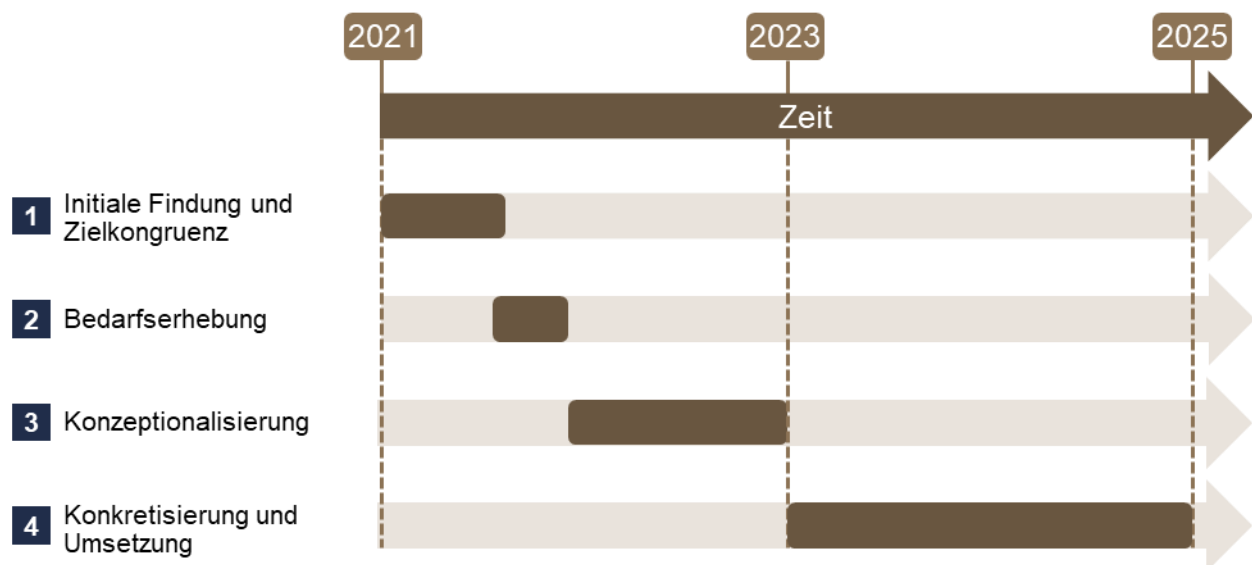


Abbildung 39: Zeitrahmen Szenario 3: Integrierte Gesundheitsregion mit lokalem Gesundheitszentrum als Ankerpunkt

Quelle: eigene Darstellung

8.4 Skizze eines möglichen weiteren Vorgehens

Die Übersicht in Abbildung 40 dient als grober Leitfaden, der seitens der Gemeinden zur Steuerung und Umsetzung erster Schritte herangezogen werden kann. Die finale Abfolge und Priorisierung der einzelnen Aktivitäten sind letztlich durch die Gemeinden bzw. Gremien zu entscheiden, da die Operationalisierung unter deren Leitung und Aufsicht steht. Der zeitliche Ablauf sowie die festgelegten Laufzeiten basieren auf Annahmen und können in der praktischen Umsetzung von mehreren Faktoren beeinflusst werden.

Zur erfolgreichen Umsetzung des Vorhabens sollte eine Projektleitung als zentraler Ansprechpartner benannt werden, bei dem die Informationen zu Arbeitsstand, Fortschritt und Zielerreichung gebündelt werden und der die Einhaltung von Zeitplänen, Meilensteinen und Fristen überblickt. Da die Region bereits Teil diverser Initiativen ist und die Schaffung einer zusätzlichen Plattform das Organisationsvolumen stark ausreizen würde, empfiehlt es sich, die Tourismuszentrale Fichtelgebirge unter der Projektleitung durch seinen Geschäftsführer zu benennen (insbesondere bzgl. der Profile sowie Szenario 1 und 2; für Szenario 3 ist die Projektleitung anzupassen, sobald klar ist, wer sich auf kommunaler Ebene federführend engagiert). Eine Unterstützung bei der operativen Umsetzung in den Arbeitsgruppen kann zusätzlich durch die Umsetzungsbegleiterin der ILE erfolgen.

#	Vorgang	Verantwortlichkeit	Start	Ende	Dauer
1 Vorarbeiten					
1.1	Gutachten verteilen und durchsehen	Alle Gemeinden	Q4/20	Q4/20	3 Monate
1.2	Workshop zum Projektstart, kritische Diskussion der Inhalte, Identifikation von Anpassungsbedarf	Alle Gemeinden	Q1/21	Q1/21	1 Monat
1.3	Projektleitung mandatieren, grundlegende Priorisierung	Alle Gemeinden	Q1/21	Q1/21	1 Monat
1.4	Arbeitsgruppen definieren, Verantwortlichkeiten festlegen, Rollen verteilen	Alle Gemeinden	Q1/21	Q1/21	3 Monate
1.5	Prioritäten und Ziele planen und festlegen	Arbeitsgruppen	Q1/21	Q1/21	3 Monate
...			
2 Höhenklinik					
2.1	Kontakt zu DRV/ Landkreis/ Gemeinde aufnehmen	Bischofsgrün	Q4/20	Q4/20	1 Monat
2.2	Initiales Gespräch führen, Abstimmung der grundsätzlichen Eckpunkte der Zusammenarbeit	DRV/ Landkreis/ Gemeinde	Q1/21	Q1/21	1 Monat
2.3	Interne Klärung möglicher Beiträge der einzelnen Stakeholder	DRV/ Landkreis/ Gemeinde	Q1/21	Q1/21	3 Monate
2.4	Unterzeichnung einer Übereinkunft, die Handlungsräume und Beiträge definiert, Beginn der Umsetzung	DRV/ Landkreis/ Gemeinde	Q1/21	Q2/21	3-6 Monate
...			
3 Umsetzung Zielprofile					
3.1	Diskussionsplattform schaffen	Jeweilige Gemeinde	Q1/21	Q1/21	1 Monat
3.2	Entscheidung über die eigene Zielvision sowie Priorisierung und Operationalisierung der Handlungsempfehlungen treffen	Jeweilige Gemeinde	Q1/21	Q1/21	3 Monate
3.3	Arbeitsgruppen gründen	Jeweilige Gemeinde	Q1/21	Q1/21	1 Monat
3.4	Umsetzung starten	AG, Einbeziehung der Akteure vor Ort	Q2/21		> 1 Jahr
3.5	Umsetzung überprüfen, ggf. nachjustieren	Projektleitung	Q2/21	laufend	> 1 Jahr
...	...				

Abbildung 40: Ablaufplan über Ansätze zur Realisierung der aufgezeigten Szenarien

Quelle: eigene Darstellung

4 Umsetzung Szenarien					
4.1	Arbeitsgruppen (AG) gründen	Alle Gemeinden	Q1/21	Q1/21	1 Monat
4.2	Szenario 1: Kooperationspartner identifizieren, einbeziehen und inhaltliche Arbeit beginnen	Projektleitung	Q1/21	Q1/21	3 Monate
4.3	Szenario 1: Vermarktungskonzept Mentale Gesundheit erarbeiten	AG unter Einbeziehung externer Experten	Q2/21	Q4/21	6-9 Monate
4.4	Szenario 3: Bedarfsanalyse Gesundheitsregion initiieren, u.U. durch ÖGD oder mit externer Unterstützung	Projektleitung	Q1/21	Q1/21	3 Monate
4.5	Szenario 3: Bedarfsanalyse Fichtelgebirge durchführen	AG unter Einbeziehung externer Experten	Q2/21	Q4/21	6-9 Monate
4.6	Szenario 2: Erste Konzeptüberlegung Leuchtturm entwerfen und diskutieren	AG	Q1/22	Q2/22	3-6 Monate
4.7	Szenario 2: Investorensuche starten	Projektleitung	Q2/22	Q2/23	12 Monate
...	...				

Fortsetzung Abbildung 40

Zu Beginn scheint es empfehlenswert, das Szenario Mentale Gesundheit in den Fokus erster Aktivitäten zu setzen, da es mit wenig finanziellen Mitteln und in einem absehbaren Zeitraum umsetzbar ist. Dahingehend wird dieses Szenario im Ablaufplan vorerst priorisiert und in der Zeitschiene nach oben gesetzt.

Das dritte Szenario ist als Langzeitprojekt definiert und erfordert eine intensive Vorlaufzeit. So kann parallel zum Start des ersten Szenarios bereits eine erste Bedarfsanalyse angeschoben werden und zu einem späteren Zeitpunkt nach erfolgreicher Analyse eine Entscheidung dahingehend getroffen werden, wo die Potenziale und Bedarfe am größten sind und welche folgenden Handlungsschritte zu priorisieren sind.

Der zeitliche und organisatorische Ablauf der Leuchtturm-Szenarien ist hingegen stark von extern und insbesondere von dem Erfolg der Suche nach einem geeigneten Investor abhängig, so dass der Start dieses Szenario aufgrund einer erhöhten Personalauslastung seitens der Gemeinden zu einem späteren Zeitpunkt angedacht ist. Jedoch ist bereits zeitnah ein entsprechender Abstimmungsbedarf zwischen den Gemeinden hinsichtlich Verantwortlichkeiten und Personalkapazitäten notwendig. Vor dem Hintergrund einer möglichen langwierigen Investorensuche sollte trotz paralleler Aktivitäten in anderen Handlungsempfehlungen bzw. Szenarien in absehbarer Zeit mit den Konzeptüberlegungen und dem Ausschreibungsprozess begonnen werden.

Neben dem Beginn erster Schritte für die Umsetzung der Szenarien, kann jede Gemeinde parallel bereits erste Diskussionen zur Definition ihrer eigenen Zielvision anstoßen und nachfolgend erste

Entscheidungen zur weiteren Vorgehensweise treffen. Arbeitsgruppen sollten sich den verschiedenen Handlungsempfehlungen annehmen und nach strategischer Planung zeitnah gemeinsam mit den Akteuren vor Ort mit der Umsetzung beginnen.

Der detaillierte zeitliche Ablauf inklusive den detaillierten Handlungsempfehlungen ist im Kapitel 8 den jeweiligen Unterkapiteln zu entnehmen. Hier sind die Schritte einzeln dargestellt und erläutert. Die Übersicht dient als erste Einordnung der Einstiege in die verschiedenen Phasen und gibt erste Empfehlungen, in welcher zeitlichen Abfolge die Aktivitäten umgesetzt werden können.

Es sei an dieser Stelle nochmals betont, dass trotz der Interdependenzen und komplementären Effekte prinzipiell auch alle Szenarien separat umgesetzt werden können. Die Wirkrichtung der einzelnen Maßnahmen unterscheidet sich allerdings, so dass möglicherweise einzelne negative Auswirkungen der Schließung der Höhenklinik in Bischofsgrün weniger stark adressiert werden, wenn nur ein oder zwei Szenarien umgesetzt werden. So wird beispielsweise die wegfallende Wirkung der Rehaklinik als Leuchtturm insbesondere durch das Szenario 2 aufgegriffen. Die Szenarien 1 und 3 haben bei einer gelungenen Umsetzung sicherlich auch überregionale Strahlkraft, aber auf eine andere und weniger effektive Art und Weise, da insbesondere Szenario 3 eine deutlich andere Zielrichtung hat.

9 Fazit

Die Zielstellung der Studie war es vor dem Hintergrund der Schließung der Höhenklinik Bischofsgrün im Jahr 2025 einen Beitrag zur Sicherung der Zukunft der vier prädikatisierten Gemeinden im Fichtelgebirge zu leisten und Potenziale für eine nachhaltige Entwicklung der Kurmedizin und des Gesundheitstourismus darzulegen. Auf Basis einer fundierten Bestandsaufnahme entwickelt die vorliegende Studie Profile für die einzelnen Kommunen Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt sowie die Region Fichtelgebirge. Ferner werden drei Szenarien aufgezeigt, wie eine gemeindeübergreifende Entwicklung der Region erfolgen kann. Für die Annäherung an die als Ziel formulierten Profile wie die Umsetzung der Szenarien werden konkrete Handlungsempfehlungen formuliert.

Keine der Maßnahmen für sich kann den Wegfall der Höhenklinik vollständig und umgehend kompensieren. In der Summe zeigen sie jedoch das große Handlungsspektrum auf, das jede Kommune für sich aber auch die Region in ihrer Gesamtheit hat, um die negativen Auswirkungen aus der Standortschließung zu adressieren. Ganz unabhängig von der konkreten Nachnutzung der Immobilie der Höhenklinik lassen sich die vier prädikatisierten Gemeinden durch die Umsetzung der Handlungsempfehlungen zielgerichtet entwickeln, was wiederum auch die Wirtschaftskraft der Region stärkt und zukunftssichere Arbeitsplätze erzeugt.

Mit etwas Abstand wird zu bewerten sein, ob sich durch die Covid-19 Pandemie Konsequenzen ergeben, die für die weitere Strategie zu berücksichtigen sind. So zeichnet sich bereits jetzt ein etwas anderes Nachfrageverhalten im (Gesundheits-)Tourismus ab, das möglicherweise auch neue Handlungsfelder eröffnet. Andererseits dürfte die Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation mittelfristig auch auf die Finanzkraft der Kommunen durchschlagen und deren Handlungsraum weiter einengen. Alle vorgestellten Handlungsempfehlungen binden in den Kommunen Ressourcen für die Koordination und Umsetzung der Maßnahmen, die es entsprechend zu personalisieren gilt. Es wird jedoch bewusst darauf verzichtet, die Auswirkungen der Covid-19 Pandemie zum Gegenstand dieses Gutachtens zu machen, da zum Zeitpunkt der Bearbeitung (Frühjahr und Sommer 2020) noch nicht absehbar ist, ob und ggf. in welchem Umfang weitere Wellen oder Einschränkungen durch Lockdowns erfolgen werden. Zwar wurde für alle Szenarien sichergestellt, dass sie nicht offensichtlich im Widerspruch zu pandemiebedingt möglichen oder zu erwartenden Entwicklungen stehen. Andererseits dürfte die Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation mittelfristig auch auf die Finanzkraft der Kommunen durchschlagen und deren Handlungsraum weiter einengen. Alle vorgestellten Handlungsempfehlungen binden in den Kommunen Ressourcen für die Koordination und Umsetzung der Maßnahmen, die es entsprechend zu personalisieren gilt. Mit dem Auftraggeber wurde vereinbart, im Sommer 2021 eine

Untersuchung zu den Auswirkungen der Covid-19 Pandemie auf spezifische, die Potenzialanalyse betreffende Fragestellungen durchzuführen.

Die vier Kommunen Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt haben in den letzten Jahren bereits wichtige Schritte zur Weiterentwicklung ihrer Orte und der Region insgesamt in die Wege geleitet. Sie haben damit bereits viele Argumente geliefert, weshalb auch die künftige Entwicklung eine positive sein kann. Die vorliegende Studie gibt ihnen weiteres Material an die Hand, diesen Weg auch weiter erfolgreich zu beschreiten.

Literaturverzeichnis

Albrecht, Martin; Loos, Stefan; Zich, Karsten (2019): Zukunftsfähige Krankenhausversorgung. Simulation und Analyse einer Neustrukturierung der Krankenhausversorgung am Beispiel einer Versorgungsregion in Nordrhein-Westfalen. Hg. v. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh. Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/VV_Bericht_KH-Landschaft_final.pdf, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

AllgäuHIT (2012a): Landkreis arbeitet mit der Unternehmensberatung im Gesundheitswesen zusammen. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Landkreis-arbeitet-mit-der-Unternehmensberatung-im-Gesundheitswesen-zusammen-article5323.html>, zuletzt aktualisiert am 13.04.2012, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2012b): Streit um Marktoberdorfer Krankenhaus geht weiter. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Streit-um-Marktoberdorfer-Krankenhaus-geht-weiter-article8134.html>, zuletzt aktualisiert am 27.09.2012, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2013): Zu viel Defizit: Aus für Kliniken in Marktoberdorf und Obergünzburg beschlossen. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Oberguenzburg-Zu-viel-Defizit-Aus-fuer-Kliniken-in-Marktoberdorf-und-Oberguenzburg-beschlossen-article11277.html>, zuletzt aktualisiert am 19.04.2013, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2014a): Generationenübergreifendes Wohnen als Idee vorgestellt. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Generationenuebergreifendes-Wohnen-als-Idee-vorgestellt-Konkrete-Plaene-fuer-Klinikgelaende-article10003489.html>, zuletzt aktualisiert am 11.02.2014, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2014b): Klinikum Marktoberdorf sucht weiterhin neuen Nutzer. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Klinikum-Marktoberdorf-sucht-neuen-Nutzer-Schon-zum-zweiten-Mal-steht-das-Gebaeude-leer-article10007579.html>, zuletzt aktualisiert am 24.11.2014, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2016): Hubert Schmid kauft Krankenhausareal in Marktoberdorf. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Hubert-Schmid-kauft-Krankenhausareal-in-Marktoberdorf-Neue-Wohnbauflaechen-fuer-die-ostallgaeuer-Kreisstadt-article10016774.html>, zuletzt aktualisiert am 28.07.2016, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AllgäuHIT (2017): Klinik Marktoberdorf ist endgültig abgerissen. Online verfügbar unter <https://www.allgaeuhit.de/Ostallgaeu-Marktoberdorf-Klinik-Marktoberdorf-ist-endgueltig-abgerissen-Unkonventionelle-Methode-bringt-Erfolg-ach-missglueckter-Sprengung-article10021438.html>, zuletzt aktualisiert am 29.05.2017, zuletzt geprüft am 10.07.2020.

Ambrosch, Dirk (2015): Nachnutzung. Krankenhaus Marktoberdorf: Mögliche Käufer wollen Areal nicht als Medizin-Standort. Allgäuer Zeitungsverlag. Online verfügbar unter https://www.all-in.de/marktoberdorf/c-lokales/krankenhaus-marktoberdorf-moegliche-kaeuer-wollen-areal-nicht-als-medizin-standort_a1922851, zuletzt aktualisiert am 29.03.2015, zuletzt geprüft am 09.07.2020.

AOK (2020): AOK Pflege-Navigator. Suche nach Versorgungsangeboten im Bereich Pflege. Online verfügbar unter <https://www.pflege-navigator.de/>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

Architekten- und Stadtplankammer; Hessischer Städtetag (2017): Orientierungshilfe zur Vergabe öffentlicher Grundstücke nach Konzeptqualität. Wiesbaden.

BayAnerkV: Bayerische Anerkennungsverordnung. Zuletzt geändert durch § 1 Abs. 58 der Verordnung vom 26. März 2019 (GVBl. S. 98).

Bayer, Oliver (2019): Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Erwachsenen. Immer mehr psychisch Kranke? In: *InFo Neurologie + Psychiatrie* 21 (12), S. 11.

Bayerischer Heilbäder-Verband (o. J.): Neue Kur - Classic Pauschale. Online verfügbar unter <https://www.gesundes-bayern.de/o-neue-kur-classic-pauschale>, zuletzt geprüft am 14.09.2020.

Bayerischer Heilbäder-Verband (2016): Dramatischer Rückgang der Kuren in Deutschland. Online verfügbar unter <https://www.bayerischer-heilbaeder-verband.de/dramatischer-rueckgang-der-kuren-in-deutschland#:~:text=In%20Bayern%20gibt%20es%20die,%20Verbandes%20e.V.%2C%20Klaus%20Holetschek>, zuletzt aktualisiert am 29.02.2016, zuletzt geprüft am 14.09.2020.

Bayerischer Heilbäder-Verband (2018): Therapiezentrum ErLoLe. Online verfügbar unter <https://www.gesundes-bayern.de/d-therapiezentrum-erlolle>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2018): Sozialversicherungspflichtig beschäftigte Arbeitnehmer in den Gemeinden am 30. Juni Teil II der Ergebnisse der Beschäftigungsstatistik der Bundesagentur für Arbeit 2018. München. Online verfügbar unter https://www.statistik.bayern.de/statistik/gebiet_bevoelkerung/erwerbstaetigkeit/index.html, zuletzt aktualisiert am 24.06.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2019): Gästeübernachtungen in den prädikatisierten Gemeinden in Bayern 2018 nach Gemeindegruppen und Quartiergröße. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt aktualisiert am 24.06.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020a): Demographiespiegel: Gemeinde, Bevölkerung, Altersgruppen, Stichtage. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt aktualisiert am 24.02.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020b): Finanzkraft: Gemeinden, Finanzkraft, Jahr. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt aktualisiert am 24.02.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020c): Realsteuervergleich: Gemeinde, Steuereinnahmen, Gewerbesteuerumlage, Jahre. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt aktualisiert am 24.02.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020d): Schuldenstand: Gemeinden, Schulden, Schuldenarten, Jahr. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt aktualisiert am 24.02.2020, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020e): Tourismus (Kleinbeherbergungsbetriebe und Privatquartiere): Gemeinden, Ankünfte, Übernachtungen, Jahr. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt geprüft am 07.09.2020.

Bayerisches Landesamt für Statistik (2020f): Tourismus: Gemeinden, Ankünfte, Übernachtungen, Herkunft der Gäste, Jahr. Fürth. Online verfügbar unter <https://www.statistikdaten.bayern.de/genesis/online/logon>, zuletzt geprüft am 07.09.2020.

BDO AG Wirtschaftsprüfungsgesellschaft; CBRE GmbH (2015): Reha-Kliniken in Deutschland. Immobilien- und Investmentmarktbericht.

Bensch, Hendrik (2020): Ruf nach Ambulantisierung. In: *f&w* 37 (9), S. 808–811.

BHV (o. J.): Bayerns Heilbäder und Kurorte. Therapien, Heilmittel, Adressen.

Biging, Anne; Ixmeier, Elisabeth (o. J.): Healing Hotels of the World. Pressemappe. Biging, Ixmeier. Online verfügbar unter <https://healinghotelsoftheworld.com/de/presse/>, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

BKK Dachverband (2020): PflegeFinder. Pflegeeinrichtungen suchen und finden. Online verfügbar unter <https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

BMWi (2011): Innovativer Gesundheitstourismus in Deutschland. Leitfaden. Berlin.

BMWi (2020): Gesundheitswirtschaft – Fakten & Zahlen. Ergebnisse der Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung. Online verfügbar unter https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Wirtschaft/gesundheitswirtschaft-fakten-und-zahlen-2019.pdf?__blob=publication-File&v=24, zuletzt geprüft am 16.09.2020.

Bonn, Georg (2019): Vom betriebsorganisatorischen Grobkonzept zur Prozessfeinplanung. In: Hermann Stockhorst, Linus Hofrichter und Andreas Franke (Hg.): Krankenhausbau. Architektur

und Planung, bauliche Umsetzung, Projekt- und Betriebsorganisation. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 113–120.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Lingott, Nina; Rieckhoff, Sandra; Zettl, Annabel; Prinz, Fabian (2019a): Kurzzeitpflege in Bayern. Teil A: Gesamtbericht. Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut. Berlin.

Braeseke, Grit; Pflug, Claudia; Lingott, Nina; Rieckhoff, Sandra; Zettl, Annabel; Prinz, Fabian (2019b): Kurzzeitpflege in Bayern. Teil B: Kreisanalysen. Endbericht für das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. IGES Institut. Berlin.

Bundesagentur für Arbeit (2019): Akademikerinnen und Akademiker. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | April 2019.

Bundesagentur für Arbeit (2020): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt | Mai 2020.

Bundesrechnungshof (2015): Abschließende Mitteilung an die Deutsche Rentenversicherung Nordbayern über die Prüfung des in Bayreuth geplanten Ersatzneubaus der Klinik Herzoghöhe. Hg. v. Bundesrechnungshof. Potsdam. Online verfügbar unter <https://www.bundesrechnungshof.de/de/veroeffentlichungen/produkte/pruefungsmitteilungen/langfassungen/2015/2015-pm-geplanter-ersatzneubau-der-klinik-herzoghoehe-pdf>, zuletzt geprüft am 24.06.2020.

DEGAM (2017): Multimorbidität. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053-047. DEGAM-Leitlinie Nr. 20. Berlin.

Deutscher Bundestag (2015): Stellungnahme des Deutschen Heilbädersverbandes e.V. zum Gesetzentwurf der Bundesregierung. Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG). Drucksache 18/4282. Berlin. Online verfügbar unter <https://www.bundestag.de/resource/blob/370810/48fa0b07548b33f905525d5baabcd1b9/Deutscher-Heilbaederverband-e-V-DHV--data.pdf>, zuletzt geprüft am 14.09.20.

DGPPN (2018): Psychische Erkrankungen in Deutschland: Schwerpunkt Versorgung. Eine Publikation der DGPPN. Berlin.

DHV (2011): Jahresbericht 2011. November 2010 bis Oktober 2011. Berlin.

DHV; DTV (2005): Begriffsbestimmungen – Qualitätsstandards für die Prädikatisierung von Kurorten, Erholungsorten und Heilbrunnen. 12. Aufl. Bonn.

DRV (2019): Reha-Bericht 2019. Die medizinische und berufliche Rehabilitation der Rentenversicherung im Licht der Statistik. Berlin. Online verfügbar unter www.reha-berichte-drv.de, zuletzt geprüft am 05.06.20.

DRV Nordbayern (2020): Persönliche Kommunikation. Bayreuth.

dwif-Consulting (2018): Wirtschaftsfaktor Tourismus für die Region Fichtelgebirge 2017. München.

Fink, Barbara (o.J.): Neue Kur. Online verfügbar unter <https://www.neue-kur.de/>, zuletzt geprüft am 14.09.2020.

FUTURE (2018): ILEK "Gesundes Fichtelgebirge". Erstellt im Auftrag der Kommunen Bad Alexandersbad, Bad Berneck, Bischofsgrün und Weißenstadt. München.

G-BA (2018): Regelungen für die Vereinbarung von Sicherstellungszuschlägen gemäß § 136c Absatz 3 SGB V. (Sicherstellungszuschläge-Regelungen). zuletzt geändert am 19. April 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 22.05.2018 B1, in Kraft getreten am 23. Mai 2018. Berlin.

Gemeinde Bad Alexandersbad (o. J.a): Ärzte & Therapeuten in Bad Alexandersbad. Online verfügbar unter <https://badalexandersbad.de/gesundheit-soziales/aerzte-therapeuten/>, zuletzt geprüft am 26.08.2020.

Gemeinde Bad Alexandersbad (o. J.b): Ausbildung des Bayerischen Heilbäder-Verbandes hat begonnen. Online verfügbar unter <https://badalexandersbad.de/blog/2020/01/09/waldgesundheitstrainer/>, zuletzt geprüft am 21.08.2020.

Gemeinde Bad Alexandersbad (2020): ALEXBAD. Das Heilbad für Ihre Gesundheit. Online verfügbar unter <https://alexbad.de/>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Gemeinde Bischofsgrün (Hg.) (o. J.): Heilklima & Kur in Bischofsgrün. Online verfügbar unter <https://bischofsgruen.de/heilklima/#1544048255688-f38748fc-cca9>, zuletzt geprüft am 26.08.2020.

Georg, Achim (o. J.): Pflegehotel eine neue Marktnische? Georg Consulting. Hamburg. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/15403720-Pflegehotel-eine-neue-marktnische.html>, zuletzt geprüft am 18.08.2020.

Gesundheitshotel Weißenstadt (o. J.): Gesundheit ist Lebensqualität. Medizinisch therapeutische Fachkompetenz für Ihre Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.kurzentrums-weisenstadt.de/gesundheit/>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

GKV-Spitzenverband (2020): GKV Kliniksimulator. Strukturveränderung simulieren. Online verfügbar unter <https://www.gkv-kliniksimulator.de/start/>, zuletzt geprüft am 10.06.2020.

Global Wellness Institute (2015): The Global Wellness Tourism Economy Report 2013 & 2014.

Greiner, Susanne (2020): Ein Pandemiezentrum auf dem Fliegerhorst Penzing. Gerüstet für die zweite Welle. Kreisbote. Online verfügbar unter <https://www.kreisbote.de/lokales/landsberg/pandemiezentrum-fliegerhorst-penzing-13762735.html>, zuletzt geprüft am 25.09.2020.

Hayer, Jens; Karapolat, Nurcan (2016): BFS-Marktreport Rehabilitation 2016. Die Konsolidierung des Marktes schreitet voran. Köln: Bank für Sozialwirtschaft.

Heise, Pamela; Axt-Gadermann, Michaela (Hg.) (2018): Sport- und Gesundheitstourismus 2030. Wie die "Generation plus" den Markt verändert. Wiesbaden: Springer Gabler.

Hertle, Diana; Muntzschick, Verena (2016): Health Trends. Gesundes Leben in der Zukunft. Frankfurt: Zukunftsinstitut (Trendstudie).

IAB (2018): IAB-Kurzbericht. Korrigierte Version vom 24.4.2018. Nürnberg (10).

IfL-Fichtelgebirge (2020): Nordic Parc Fichtelgebirge. Online verfügbar unter <https://www.ifl-fichtelgebirge.de/sitemap/>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Ingenhoven, Christoph (2019): Zu Gast im "Healing Hotel" - Planung und Bau hochwertiger Präventionskliniken am Beispiel der Lanserhof-Häuser Tegernsee und Lans. In: Hermann Stockhorst, Linus Hofrichter und Andreas Franke (Hg.): Krankenhausbau. Architektur und Planung, bauliche Umsetzung, Projekt- und Betriebsorganisation. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 43–49.

Jacobi, Frank; Höfler, Michael; Strehle, Jens; Mack, Simon; Gerschler, Anja; Scholl, Lucie et al. (2016): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul "Psychische Gesundheit" (DEGS1-MH). In: *Der Nervenarzt* 87 (1), S. 88–90. DOI: 10.1007/s00115-015-4458-7.

KAG: Kommunalabgabengesetz. Zuletzt geändert durch Gesetz vom 9. Juni 2020 (GVBl. S. 286).

Kantar (2020): Werte-Index 2020: Gesundheit, Familie und Erfolg sind die drei wichtigsten Werte der deutschen Konsumenten. Hamburg. Online verfügbar unter <https://www.kantar.de/presse/presseinformation.asp?prID=3706>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

KBV (2018): Medizinische Versorgungszentren. Ein Leitfaden für Gründer. 4. Auflage, überarbeitete Ausgabe. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

KBV (2020a): Die Bedarfsplanung - Grundlagen, Instrumente und Umsetzung. Berlin.

KBV (2020b): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Arztdichte (Ärzte je 100.000 EW), 2019. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>, zuletzt geprüft am 09.06.2020.

KBV (2020c): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Durchschnittsalter Ärzte, 2019. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>, zuletzt geprüft am 09.06.2020.

KBV (2020d): Gesundheitsdaten. Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Anteil Ärzte >65 Jahre in %, 2019. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>, zuletzt geprüft am 09.06.2020.

KBV (2020e): Gesundheitsdaten. Versorgungsgrade in den Planungsbereichen in %, 2018. Online verfügbar unter <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17016.php>, zuletzt geprüft am 10.06.2020.

KBV (2020f): Vorsorge/Kur. Online verfügbar unter <https://www.kbv.de/html/34806.php>, zuletzt geprüft am 14.09.2020.

KEWOG Städtebau GmbH (2010): ISEK Ochsenkopf. Interkommunales Städtebauliches Entwicklungskonzept Bischofsgrün, Fichtelberg, Warmensteinach, Mehlmeisel. Online verfügbar unter https://warmensteinach.de/uploads/media/Schlussbericht_Maerz_2010_isek.pdf, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Kneipp- und Gesundheitshaus "radus" (o. J.): Kneipp- und Gesundheitshaus "Radus". Online verfügbar unter <http://radus-gesundheit.de/>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Konrad, Peter; Schmid, Andreas (2018): Regionalökonomische Effekte ländlicher Krankenhäuser am Beispiel Bayerns. In: *Welt der Krankenversicherung* (4), S. 82–88.

Krüger-Brand, Heike E. (2013): Telemedizin: Problem der Infrastruktur. In: *Deutsches Ärzteblatt* 110 (14), S. 10–11.

Landkreises Wunsiedel i. Fichtelgebirge (2020): Smartes Fichtelgebirge. #Freiraum Fichtelgebirge. Online verfügbar unter <https://mach-mit.freiraum-fichtelgebirge.de/de-DE/>, zuletzt geprüft am 12.08.2020.

Lanz Kaufmann, Eveline (2002): Wellness-Tourismus: Entscheidungsgrundlage für Investitionen und Qualitätsverbesserungen. 2. überarbeitete Auflage. Bern: Forschungsinstitut für Freizeit und Tourismus.

Lapp, Otto (2016): Bischofsgrün schließt - Neubau in Bayreuth. Nordbayerischer Kurier. Online verfügbar unter <https://www.kurier.de/inhalt.bischofsgruen-schliesst-neubau-in-bayreuth.25eec087-0143-4b48-95eb-f55cce4fd97e.html>, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

LDBV (2012): Luftaufnahme der Bayerischen Vermessungsverwaltung: Fliegerhorst Landsberg/Lech in Penzing, Landkreis Landsberg am Lech, Bayern. CC BY 3.0 DE. Online verfügbar unter https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Penzing_Fliegerhorst_Landsberg.jpg#filehistory, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Leicher, Martina (2018): Reisen 2030: Virtual Reality oder Back to the Roots – Trends und Prognosen für die nahe Zukunft. In: Pamela Heise und Michaela Axt-Gadermann (Hg.): Sport- und Gesundheitstourismus 2030. Wie die "Generation plus" den Markt verändert. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 51-68.

LGL (2020): Gesundheitsberichterstattung. Gesundheitsindikatoren. Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung. Online verfügbar unter <https://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/index.htm>, zuletzt geprüft am 30.06.2020.

Martin Schöffel Bürgerbüro (2020): Modellprojekt Kurzzeitpflege am Klinikum Selb. Online verfügbar unter https://www.martin-schoeffel.de/lokal_1_1_476_Modellprojekt-Kurzzeitpflege-am-Klinikum-Selb.html#, zuletzt aktualisiert am 12.03.2020, zuletzt geprüft am 02.09.2020.

Matusiewicz, David (2019): Der dritte Gesundheitsmarkt. Eine empirische Studie zur Anwendbarkeit der Share Economy im deutschen Gesundheitswesen. Unter Mitarbeit von Marina Majnarić, Christina Kusch und Linda Kaiser. Essen. Online verfügbar unter https://www.zukunftsinstitut-gesundheitswirtschaft.de/fileadmin/Kundenbereich/Bilder/Studien/Studie_Dritter_Gesundheitsmarkt.pdf, zuletzt geprüft am 16.09.2020.

Monheim am Rhein (o. J.): Gesundheitscampus. Online verfügbar unter <https://www.monheim.de/stadtleben-aktuelles/mitmach-portal/aktuelle-projekte/gesundheitscampus>, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Monheim am Rhein (2018): Der Weg für den neuen Monheimer Gesundheitscampus ist frei. Online verfügbar unter <https://www.monheim.de/stadtleben-aktuelles/news/nachrichten/der-weg-fuer-den-neuen-monheimer-gesundheitscampus-ist-frei-5093>, zuletzt geprüft am 30.09.2020.

Müller, Gerd (2009): Die neue Kur als Wachstumsmotor in Deutschland. Hg. v. Deutscher Heilbäderverband. Online verfügbar unter https://www.deutscher-heilbaederverband.de/fileadmin/user_upload/themen/PDF-Dateien/positionspapiere/2009-grundsatzpapier-die-neue-kur-als-wachstumsmotor.pdf.

MWVLW RLP (2018): Bericht der Landesregierung zum Thema "Gesundheitstourismus". Vorlage EK 17/1 - 76. Mainz.

Oberpfalz TV (2020): Neunburg vorm Wald: MVZ hat Betrieb aufgenommen. Online verfügbar unter <https://www.otv.de/mediathek/video/neunburg-vorm-wald-mvz-hat-betrieb-aufgenommen/>, zuletzt aktualisiert am 13.07.2020, zuletzt geprüft am 17.09.2020.

Oette, Frank (2018): Bad Kissingen zwischen Tradition und Innovation – Deutschlands bekanntester Kurort auf dem Weg zu einer Destinationsmarke? In: Pamela Heise und Michaela Axt-

Gadermann (Hg.): Sport- und Gesundheitstourismus 2030. Wie die "Generation plus" den Markt verändert. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 183–299.

Osman, Ulrike (2020): Konzept für Fliegerhorst im Landsberger Stadtrat vorgestellt. Im Zweckverband entwickeln. Kreisbote. Online verfügbar unter <https://www.kreisbote.de/lokales/landsberg/nachnutzungskonzept-fliegerhorst-landsberger-stadtrat-vorgestellt-13556635.html>, zuletzt geprüft am 25.09.2020.

Preusker, Uwe K.; Müschenich, Markus; Preusker, Sven (2014): Darstellung und Typologie der Marktaustritte von Krankenhäusern Deutschland 2003 - 2013. Gutachten im Auftrag des GKV-Spitzenverbandes. Preusker Health Care OY.

ProAgeMedia: Pflegeheime finden. Online verfügbar unter <https://www.altenheime.de/>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

PROJECT M GmbH; KECK Medical (2015): Kompetenzanalyse der Deutschen Heilbäder und Kurorte.

Quack, Heinz-Dieter; Wölfle, Felix (2018): Aktiv- und Gesundheitstourismus: Begriffe - Motiven - Ausprägungen. In: Pamela Heise und Michaela Axt-Gadermann (Hg.): Sport- und Gesundheitstourismus 2030. Wie die "Generation plus" den Markt verändert. Wiesbaden: Springer Gabler, S. 155–178.

Raslan, Kathrin J. (2019): Patientenorientierte Zentren zur Primär- und Langzeitversorgung. Eine neue Perspektive für die zukünftige Gesundheitsversorgung in Deutschland. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Riedel, Wolfgang; Berewinkel, Jan; Kemper, Lucas; Sakowski, Fabian (2011): Die volkswirtschaftliche Relevanz der Reha-Kliniken in Baden-Württemberg. Im Auftrag der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft e.V. Stuttgart.

Ritter, Praticia (2013): „Deutsches Haus“: Pflege mit Hotelambiente. Zwischen HealthCare und Tourismus. In: *CAREkonkret* (28), S. 8, zuletzt geprüft am 19.08.2020.

RKI (2015): Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und DESTATIS. Berlin.

RKI (2016a): Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin. Online verfügbar unter <https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/3264/28oaKVmif0wDk.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

RKI (2016b): Gesundheit in Deutschland – die wichtigsten Entwicklungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin.

Schaeffer, Doris; Hämel, Kerstin (2016): Kooperative Versorgungsmodelle. Eine international vergleichende Betrachtung. In: Monika Jungbauer-Gans und Peter Kriwy (Hg.): Handbuch Gesundheitssoziologie. Wiesbaden: Springer VS, S. 1–18.

Schmid, Andreas; Günther, Sarah; Baierlein, Jochen (2020a): Vision und Umsetzung eines PORT-Gesundheitszentrums. Gutachten der Oberender AG im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Schmid, Andreas; Günther, Sarah; Baierlein, Jochen (2020b): Vom PORT-Gesundheitszentrum zur regionalen Primärversorgung. Gutachten der Oberender AG im Auftrag der Robert Bosch Stiftung. Robert Bosch Stiftung. Stuttgart.

Schuh, Angela; Immich, Gisela (2013): Kur- und Heilwald in Mecklenburg Vorpommern. Evaluation, zusammenfassender Bericht und wissenschaftliche Expertise. München.

Schwartz, Friedrich W.; Helou, Antonius (2000): Welche Behandlungsansätze und Verfahren sind verzichtbar? In: Michael Arnold, Martin Litsch und Friedrich W. Schwartz (Hg.): Krankenhaus-Report `99. Schwerpunkt: Versorgung chronisch Kranker. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 133–148.

SGB V: Sozialgesetzbuch fünftes Buch. Gesetzliche Krankenversicherung. Zuletzt geändert durch Artikel 15 Abs. 4 und Artikel 18 Abs. 9 des Gesetzes vom 19.05.2020 I 1018.

Siebenquell GesundZeitResort (2020): Therma & Spa. Online verfügbar unter <https://www.siebenquell.com/gesundzeit/>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

SMWA (2018): Staatlich anerkannte Kurorte im Freistaat Sachsen. Online verfügbar unter <https://www.revosax.sachsen.de/vorschrift/17566-Bek-Kurorte#xanl>, zuletzt geprüft am 19.02.2020.

Stadt Bad Berneck (o. J.): Pauschalangebote & Dienstleister. Gesundheitsfinder Bad Berneck. Online verfügbar unter <https://badberneck.de/gesundheits-2/gesundheitsanbieter/>, zuletzt geprüft am 26.08.2020.

Stadt Bad Berneck (2019): Projekt „Wald und Gesundheit“ des Bayerischen Heilbäder-Verbandes startet in 14 bayerischen Heilbädern und Kurorten. Online verfügbar unter <https://badberneck.de/projekt-wald-und-gesundheit-des-bayerischen-heilbaeder-verbandes-startet-in-14-bayerischen-heilbaedern-und-kurorten/>, zuletzt geprüft am 21.08.2020.

Statistisches Bundesamt (2018a): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Betten in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner, Nutzungsgrad), zuletzt aktualisiert am 07.11.2018, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

Statistisches Bundesamt (2018b): Krankenhausstatistik - Grunddaten der Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen. Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Anzahl und je 100.000 Einwohner) sowie Aufenthalte (Fallzahl, Berechnungs-/Belegungstage und Verweildauer), zuletzt aktualisiert am 07.11.2018, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

Statistisches Bundesamt (2018c): Verzeichnis der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 2017. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (2019): Statistisches Jahrbuch. Kapitel 26 Gastgewerbe und Tourismus. Wiesbaden. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Jahrbuch/jb-gastgewerbe-tourismus.pdf?__blob=publicationFile.

Statistisches Bundesamt (2020): Diagnosedaten der Krankenhäuser (Eckdaten der vollstationären Patienten und Patientinnen). Bonn, zuletzt aktualisiert am 05.09.2020, zuletzt geprüft am 04.06.2020.

StMELF: Integrierte Ländliche Entwicklung. Förderwegweiser. Online verfügbar unter <https://www.stmelf.bayern.de/agrarpolitik/foerderung/004010/#:~:text=Eine%20Integrierte%20L%C3%A4ndliche%20Entwicklung%20braucht,das%20gemeinsame%20Integrierte%20L%C3%A4ndliche%20Entwicklungskonzept>, zuletzt geprüft am 21.09.2020.

STMI (2017a): Merkblatt für die Anerkennung / Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen nach Art. 7 Abs. 5 KAG i.V.m. §§ 4,5 und 14 BayAnerkV. Prädikat: Kneippkurort und Kneippheilbad.

STMI (2017b): Merkblatt für die Anerkennung / Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen nach Art. 7 Abs. 5 KAG i.V.m. §§ 8 und 14 BayAnerkV. Prädikat: Heilklimatischer Kurort.

STMI (2017c): Merkblatt für die Anerkennung / Überprüfung der Anerkennungsvoraussetzungen nach Art. 7 Abs. 5 KAG i.V.m. §§ 9 und 14 BayAnerkV. Prädikat: Ort mit Heilquellenkurbetrieb / Ort mit Peloid-Kurbetrieb.

STMI (2017d): Merkblatt für die Anerkennung als nach Art. 7 Abs. 5 KAG und § 11 BayAnerkV. Prädikat: Erholungsort.

STMI (2020): Amtliches Verzeichnis der anerkannten Kurorte, Luftkurorte und Erholungsorte in Bayern. Stand: 02. Januar 2020.

StMPG (2019): Pressemitteilung Nr. 136/GP. Huml unterstützt Kommunen bei der Gründung von Medizinischen Versorgungszentren - Leitfaden hilft bei organisatorischen und rechtlichen Fragen - Bayerns Gesundheitsministerin: Medizinische Versorgung vor Ort sichern. München.

StMPG (2020): Krankenhausplan des Freistaates Bayern. Stand: 1. Januar 2020 (45. Fortschreibung). München. Online verfügbar unter <https://www.bkg-online.de/media/file/54771.05-2020-071-dl.pdf>.

SVR Gesundheit (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Gutachten 2000 / 2001. Baden-Baden: Nomos-Verlag.

SVR Gesundheit (2014): Bedarfsgerechte Versorgung – Bedarfsgerechte Versorgung - Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Bern: Hans Huber.

SVR Gesundheitswesen (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Sondergutachten 2012. Bundestag Drucksache 17/10323 vom 10.07.2012.

Tourismus & Marketing GmbH Ochsenkopf (o. J.): ISEK (Entwicklungskonzept). Online verfügbar unter <https://erlebnis-ochsenkopf.de/isek/isek-entwicklungskonzept.html>, zuletzt geprüft am 28.09.2020.

Tourismuszentrale Fichtelgebirge (o. J.): ILE Gesundes Fichtelgebirge. Online verfügbar unter <https://www.tz-fichtelgebirge.de/de/gesundheit/ile-gesundes-fichtelgebirge/>, zuletzt geprüft am 21.09.2020.

Tourismuszentrale Fichtelgebirge (2017): Das Fichtelgebirge. Zahlen und Fakten. Online verfügbar unter https://www.tz-fichtelgebirge.de/upload/pdf_dateien/Presse/fichtelgebirge_zahlen-und-fakten.pdf, zuletzt geprüft am 21.09.2020.

Tourist-Information Bad Berneck (2019): Projekt „Wald und Gesundheit“ des Bayerischen Heilbäder-Verbandes startet in 14 bayerischen Heilbädern und Kurorten. Online verfügbar unter <https://badberneck.de/projekt-wald-und-gesundheit-des-bayerischen-heilbaeder-verbandes-startet-in-14-bayerischen-heilbaedern-und-kurorten/>, zuletzt geprüft am 03.06.2020.

UWPHI; Robert Wood Johnson Foundation (o. J.): County Health Rankings & Roadmaps. Building a Culture of Health, County by County. 2019 Ranked Measures & Data Sources.

Verbraucherzentrale Bundesverband (2019): Bike-Sharing, zuletzt aktualisiert am 15.10.2019, zuletzt geprüft am 16.09.2020.

Weisse Liste (2020): Weisse Liste - Wegweiser im Gesundheitswesen. Arztsuche. Online verfügbar unter <https://www.weisse-liste.de/de/arzt/arztsuche/>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

WHO (1978): Erklärung von Alma-Ata. Genf.

Wohnen im Alter (2020): Pflege im Heim & Pflege Zuhause. Online verfügbar unter <https://www.wohnen-im-alter.de/pflege>, zuletzt geprüft am 08.07.2020.

Zimmermann, Daniel (2013): Beschlussvorlage Nr. VIII/1269. St. Josef Krankenhaus Monheim am Rhein. Stadt Monheim am Rhein. Online verfügbar unter https://session.monheim.de/bi/vo0050.php?__kvonr=3300.

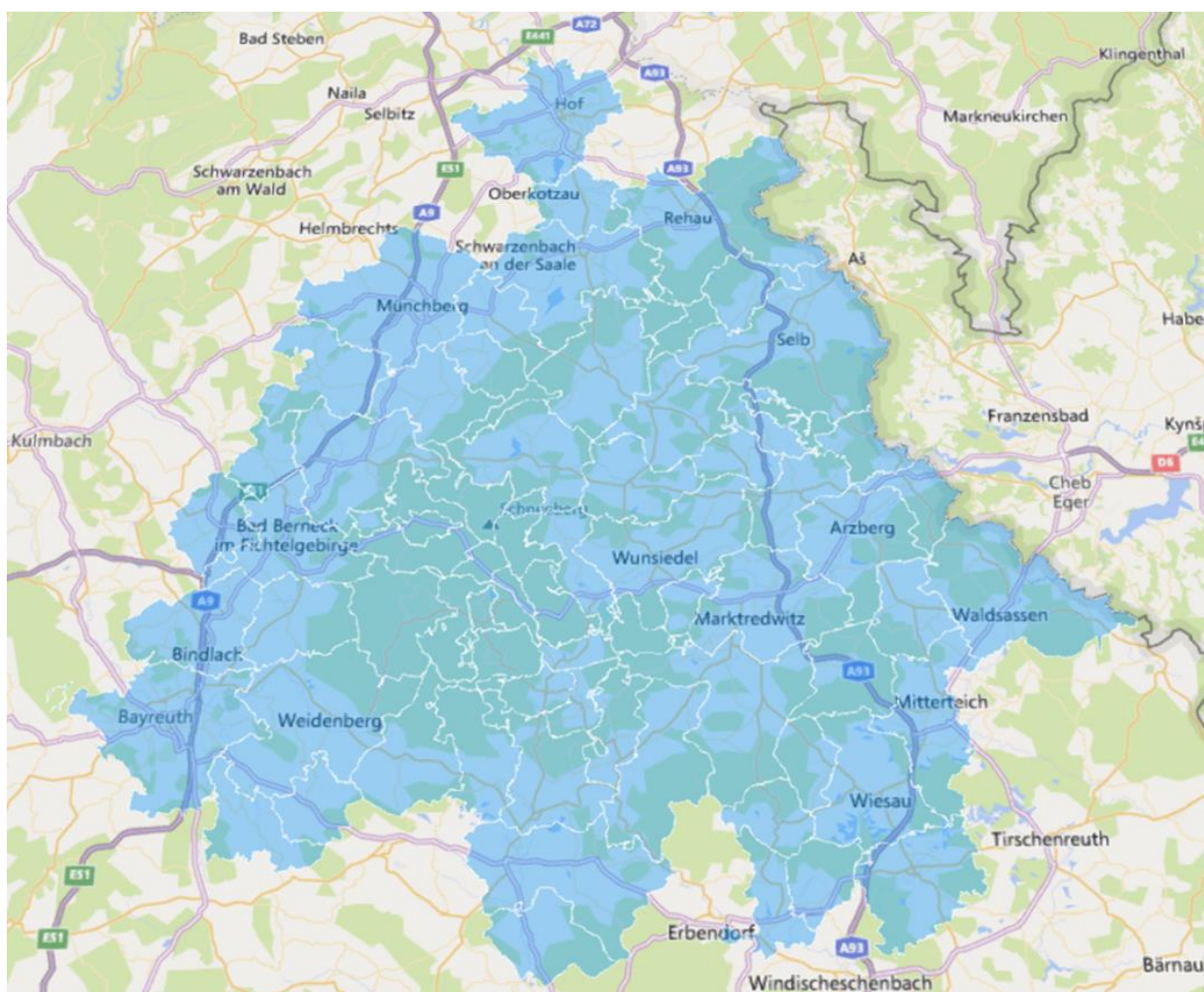
Zimolong, Agnes (2018): Konzentrationsprozesse - Folgen für die Rehabilitation in Deutschland. In: *REHASTimme*, S. 5.

Zusatzversorgungskasse Wiesbaden (2006): Heilkurortverzeichnis. Online verfügbar unter <https://zvk-wi.de/beihilfe-neu/heilkurortverzeichnis.pdf>.

Anlagen

1. Anlage: Topografischer Zuschnitt der Region Fichtelgebirge 1
2. Anlage: Prozentuale und absolute Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der Kur- und Erholungsorte in Altersgruppen 2
3. Anlage: Anteil Ärzte >65 Jahre in %, 2019 2
4. Anlage: Durchschnittsalter Ärzte ausgewählter Arztgruppen in Jahren, 2019 3
5. Anlage: Arztdichte ausgewählter Arztgruppen (Ärzte je 100.000 EW), 2019 3

1. Anlage: Topografischer Zuschnitt der Region Fichtelgebirge



Quelle: eigene Darstellung

2. Anlage: Prozentuale und absolute Bevölkerungsentwicklung 2018–2031 der Kur- und Erholungsorte in Altersgruppen

	2018				2031			
	< 18 Jahre	18 bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre	Gesamt	< 18 Jahre	18 bis 64 Jahre	≥ 65 Jahre	Gesamt
Bad Alexandersbad	142	524	290	956	130	400	400	930
Bad Berneck	689	2.611	1.071	4.371	670	2.350	1.280	4.300
Bischofsgrün	222	1.088	540	1.850	250	970	700	1.920
Weißenstadt	402	1.904	807	3.113	320	1.430	940	2.690
Kur- und Erholungsorte gesamt	1.455	6.127	2.708	10.290	1.370	5.150	3.320	9.840

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik 2020a, eigene Darstellung

3. Anlage: Anteil Ärzte >65 Jahre in %, 2019

Arztgruppe	Stadt Bay-reuth	LKR Bay-reuth	Stadt Hof	LKR Hof	LKR Kulm-bach	LKR Tir-schen-reuth	LKR Wun-siedel	Verg-leich: Bayern
ärztliche Psychotherapeuten	18,2	0	0	0	50	0	0	28,5
Augenärzte	28,6	0	20	14,3	0	20	40	13,8
Chirurgen und Orthopäden	10	12,5	6,3	44,4	30	7,1	9,1	6,7
Frauenärzte	27,8	0	18,2	28,6	0	33,3	25	11,3
Hausärztliche Fachgruppen	16,4	4,6	2,7	30,4	10,9	25,6	23,5	17,4
HNO-Ärzte	0	0	25	0	0	33,3	66,7	11,8
Hautärzte	12,5	0	0	0	25	0	0	8,1
Kinderärzte	7,1	0	14,3	0	0	33,3	20	5,9
Nervenärzte	11,1	25	0	0	0	33,3	0	10,4
Psychologische Psychotherapeuten	4,3	16,7	0	16,7	0	0	16,7	14,5
Urologen	40	100	0	0	25	0	0	7,8

Quelle: KBV 2020d, eigene Darstellung

4. Anlage: Durchschnittsalter Ärzte ausgewählter Arztgruppen in Jahren, 2019

Arztgruppe	Stadt Bay-reuth	LKR Bay-reuth	Stadt Hof	LKR Hof	LKR Kulm-bach	LKR Tir-schen-reuth	LKR Wun-siedel	Verg-leich: Bayern
ärztliche Psychotherapeuten	58	54	61	0	61	53,5	54,7	60,8
Augenärzte	58,2	52	53,8	51,7	53,8	58,4	66,6	53,4
Chirurgen und Orthopäden	51,7	51,9	54,1	62,9	57,4	56,3	55,5	53,7
Frauenärzte	58,3	57,2	53,8	58,9	53,8	51,2	57,1	53,8
Hausärztliche Fachgruppen	54,4	53,6	55,5	59,8	56,3	56,2	56,9	55,4
HNO-Ärzte	52,4	62	54,3	56,5	49,5	61,3	61,7	53,5
Hautärzte	50,9	0	63	52,7	52,3	57,5	57	53,2
Kinderärzte	53,1	60	58,9	55,3	54	54,3	54,8	52,7
Nervenärzte	57,1	62,8	52,5	46	51,2	63	59	54,2
Psychologische Psychotherapeuten	53,4	48,2	48,5	49,7	48,5	46,5	52,8	53,2
Urologen	59	66	55,3	49	58,8	58,5	56,8	53,6

Quelle: KBV 2020c, eigene Darstellung

5. Anlage: Arztdichte ausgewählter Arztgruppen (Ärzte je 100.000 EW), 2019

Arztgruppe	Stadt Bay-reuth	LKR Bay-reuth	Stadt Hof	LKR Hof	LKR Kulm-bach	LKR Tir-schen-reuth	LKR Wun-siedel	Verg-leich: Bayern
ärztliche Psychotherapeuten	14,9	1	4,4	0	2,8	2,7	4,1	9,3
Augenärzte	18,9	1,9	10,9	7,3	6,9	6,9	6,8	7,5
Chirurgen und Orthopäden	40,5	7,7	34,8	9,4	13,9	19,2	15	16,3
Frauenärzte	24,3	4,8	23,9	7,3	12,5	8,2	10,9	14,3
Hausärztliche Fachgruppen	82,4	62,6	80,5	72	76,4	59,1	69,4	70,6
HNO-Ärzte	9,5	1	8,7	2,1	5,6	4,1	4,1	5,1
Hautärzte	10,8	0	2,2	3,1	5,6	2,7	2,7	4,8
Kinderärzte	18,9	1	15,2	4,2	6,9	4,1	6,8	8,9
Nervenärzte	12,2	3,9	17,4	1	6,9	4,1	4,1	6,8
Psychologische Psychotherapeuten	31,1	5,8	43,5	6,3	25	16,5	16,3	32,9
Urologen	6,8	1	6,5	2,1	5,6	2,7	5,4	3,8

Quelle: KBV 2020b, eigene Darstellung