

Adrian W.T. Dostal
Gabriele Dostal

Produktivitätsfaktor Gesundheit: Märkte, Trends und Potentiale für Prävention, individuelle und betriebliche Gesundheitsförderung

**Marktspezifika und Ergebnisse einer Online-Umfrage in der
zunehmend vernetzt agierenden Gesundheitswirtschaft
in Deutschland**

Vilsbiburg 2015

Vorwort

Inhalt

Einleitung	11
------------------	----

Kapitel 1

Einführung

1.1 Impulse für die Untersuchung	15
1.2 Vom sektoralen Gesundheitswesen zum vernetzten Gesundheitsmarkt	23
1.3 „Gesundes Deutschland 2030“ und 6. Kondratieff	26
1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Untersuchung	28

Kapitel 2

Prävention und Gesundheitsförderung im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt

2.1 Von der „Verlängerung des menschlichen Lebens“ zur „Gesundheit“	29
2.2 Sozialstaat vs. Eigenverantwortung des Verbrauchers	33
2.3 Sozialstaatliche Regelungen und Finanzierung	35
2.3.1 Klassische Prävention	35
2.3.2 Gesundheitsförderung und Krankenkassen	38
2.3.3 Einzelinitiativen, Selbsthilfegruppen und Präventionsgesetz	41
2.3.4 Finanzierung staatlicher Interventionen	44
2.4 Formen der eigenverantwortlichen und betrieblichen Gesunderhaltung	47
2.4.1 Eigenverantwortliches und Individuelles Gesundheitsmanagement (IGM)	47
2.4.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)	53
2.4.3 Informationsquellen und -verhalten der Verbraucher	59
2.5 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Untersuchung	60

Kapitel 3

Märkte, Akteure und Angebotsgestaltung von Präventions- und Gesundheitsangeboten der Gesundheitswirtschaft

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung im Ersten Gesundheitsmarkt	65
3.2 Prävention und Gesundheitsförderung im Zweiten Gesundheitsmarkt	75
3.2.1 Wellness und Lifestyle	75
3.2.2 Ernährung und Functional Food	79

3.2.3 Sport, Fitness und Wandern	82
3.2.4 Heilpraktiker, Homöopathie und Naturheilkunde	89
3.2.5 Personal Trainer, IGM-Anbieter, Coachs und sonstige Anbieter	92
3.2.6 Gesundheitstouristik, Gesundheitsreisen und Gesundheitsurlaub	96
3.3 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Untersuchung	100

Kapitel 4

Kooperationsformen und Netzwerke im Gesundheitsmarkt mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung

4.1 Informelle (lose) Organisationsformen von Kooperationen und Netzwerke	105
4.2 Horizontale Kooperationen auf der gleichen Wertschöpfungsebene	110
4.3 Vertikale und laterale Kooperationen und Netzwerke	112
4.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Untersuchung	116

Kapitel 5

Online-Umfrage 2014

5.1 Konzept und Vorgehen	119
5.2 Struktur des Samples und Engagement im Markt	120
5.3 Stand und Richtung der Vernetzung von Akteuren und Angeboten	131
5.4 Zusammenfassung	142

Kapitel 6

Empirische Ergebnisse zur individuellen Prävention und Gesundheitsförderung

6.1 Zielgruppen und Demographie, Milieus, Gesundheits- und Konsumtypen	147
6.2 Anreizsysteme und Finanzierungsmodalitäten	165
6.3 Informationsmittler und Mediennutzung	176
6.4 Vorreitermärkte der Individualprävention	179
6.5 Zusammenfassung	183

Kapitel 7

Empirische Ergebnisse zur Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF/BGM)

7.1 Zielgruppen und Auswahlkriterien	187
--	-----

7.2	Motive der BGF-/BGM-Adressaten	192
7.3	Anreizsysteme und Finanzierungsmodalitäten	201
7.4	Erfolgreiche Einstiegsangebote	209
7.5	Auswahlkriterien der Kunden und Vermarktungsargumente	216
7.6	Mindestgrößen der Unternehmen für den Einsatz von BGF/BGM	224
7.7	Nachhaltigkeit von BGF/BGM beim Kundenunternehmen	229
7.8	Treiber und Vorreitermärkte für BGF/BGM	231
7.9	Zusammenfassung	234

Kapitel 8

Zusammenfassung und Handlungsempfehlungen für den schnellen Leser: Chancen und Perspektiven für die Gesundheitswirtschaft

8.1	Zusammenfassung und erste Handlungsempfehlungen	239
8.1.1	Ausgangssituation Prävention und Gesundheitsförderung	239
8.1.2	Märkte, Akteure und Gestaltung von Präventions- und Gesundheitsangeboten ..	241
8.1.3	Kooperationsformen und Netzwerke im Gesundheitsmarkt mit Schwerpunkt Prävention und Gesundheitsförderung	243
8.1.4	Struktur des empirischen Samples und Vernetzungsstand und -richtung der Akteure	244
8.1.5	Umfrage-Ergebnisse zur Individuellen Prävention und Gesundheitsförderung ..	247
8.1.6	Umfrage-Ergebnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF/MGM)	250
8.2	Zentrale Kernfakten zur Steigerung des Produktivitätsfaktors Gesundheit	254
8.3	Handlungsempfehlungen für die Anbieter zur Hebung des Produktivitätsfaktors Gesundheit	255

Anhang

1.	Abkürzungsverzeichnis	263
2.	Glossar	265
3.	Abbildungsverzeichnis	273
4.	Tabellenverzeichnis	283
5.	dostal-Publikationen	287

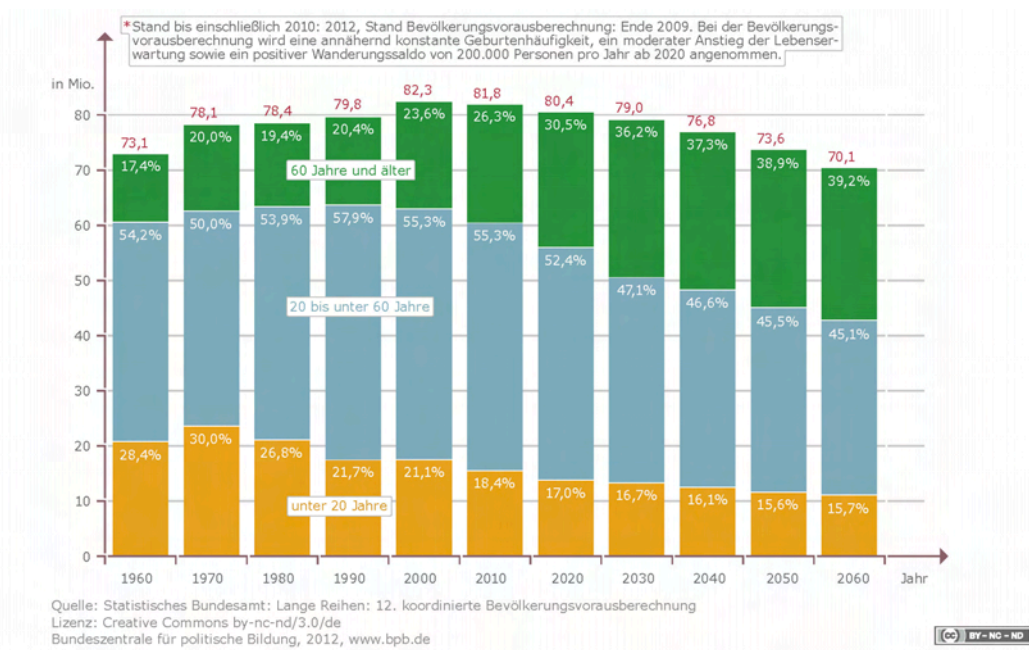
Kapitel 1

Einführung

1.1 Impulse für die Untersuchung

Die drei Impulse für die neue Untersuchung wurden in ihrer Dramatik und Unausweichlichkeit in den letzten zehn Jahren Zug um Zug sichtbar und waren allgemeiner Gegenstand in der öffentlichen Diskussion, auch wenn diese häufig immer wieder völlig verdrängt wurde. Nachdem das Thema *Rentnerschwemme* als politisch inkorrekt verbannt wurde, taucht es aktuell durch den heraufziehenden *Facharbeitermangel* wieder auf und zeigt, dass die Entwicklung der *Bevölkerungsstruktur* nahezu unumkehrbar ihren Lauf nimmt: Demnach steigt die Bevölkerungsgruppe der über 60 Jährigen von 26,3 Prozent in 2010 auf bereits 30,5 Prozent in 2020 und 39,2 Prozent in 2060 an (Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1: Bevölkerungsentwicklung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2060*



Seit 2011 ist demzufolge etwa jeder zweite Deutsche bereits älter als 50 Jahre. Sie stellen die Mehrheit der Wahlberechtigten, besitzen 60 Prozent des Vermögens aller Haushalte und geben mehr Geld aus als die jüngeren Altersgruppen. Für die Hochaltrigen ab 80 Jahren wird sogar von einem sogen. vierten Lebensalter gesprochen.¹ Da man sich offensichtlich schon lange mit den immer weniger werdenden Kindern abgefunden hat, wird nunmehr deutlich, dass im gleichen Zeitraum von 2010 bis 2060 die 20-60jährigen von bereits

¹ vgl. Bleibst, G., Binkert, H., INSA-Generationenstudie 50plus, in: Binkert, H. (Hrsg.), INSA-Studie 50plus. Bewußter leben, Erfurt, 2014, S. 16f.

1.4 Zusammenfassung und Schlussfolgerungen für die Untersuchung

Ergebnis 1.1: Die sinkende Geburtenrate und die Überalterung der Gesellschaft machen es zwingend notwendig durch ein Mehr an Gesundheit die Frühverrentung zu stoppen. Prävention und das Individuelle und Betriebliche Gesundheitsmanagement müssen sich an dieser Notwendigkeit letztendlich messen lassen.

Ergebnis 1.2: Mit der verstärkten Hinwendung aller Aktivitäten zur ganzheitlichen Gesundheit rücken die nicht-medizinischen Angebote aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt („Alle Leistungen, die Kostenträger als Gesundheitsausgaben nicht übernehmen“) in den Vordergrund.

Ergebnis 1.3: Die einzelnen Branchen aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt beeinflussen sich gegenseitig in deutlichem Umfang. Eine singuläre Betrachtung des Ersten bzw. des Zweiten Gesundheitsmarktes ohne Berücksichtigung des jeweils anderen Marktes ist damit (nicht nur) für die Fragestellungen zum Produktivitätsfaktor Gesundheit ausgeschlossen.

Ergebnis 1.4: Die großen Trends in Richtung Vernetzung und Kooperation sowie der langen Welle des „6. Kondratieff“ unterstützen diese Bemühungen: Es können Brücken vom medizin-kompetenten Gesundheitswesen in den angebotsoffeneren Zweiten Gesundheitsmarkt gebaut werden.

Ergebnis 1.5: Die Ergebnisse der Online-Umfrage 2014 sollen den *State of the Art* der Akteure aus dem Gesundheitsmarkt zu den beiden untersuchten Themenfeldern ebenso aufzeigen wie das von Anbieter- und Kostenträgerseite gesehene Agieren von Verbrauchern und Unternehmen.

Kapitel 3

Märkte, Akteure und Kunden von Präventions- und Gesundheitsangeboten der Gesundheitswirtschaft

3.1 Prävention und Gesundheitsförderung im Ersten Gesundheitsmarkt

Das *Gesundheitswesen (Erster Gesundheitsmarkt)* und der *Zweite Gesundheitsmarkt* (entspricht dem, was man ausdrücken kann mit: „Alles was die *Kostenträger/Krankenkassen* nicht für Gesundheit zahlen.“) lassen sich aus den bereits angeführten Gründen nur in den zentralen Teilbereichen des staatlichen Gesundheitswesens klar nach *Sektoren (Teilmärkte)* abbilden. Die äußeren und inneren *Abgrenzungen* beim Zweiten Gesundheitsmarkt sind dagegen deutlich komplexer und durch die sich häufig ändernden Akteure und Angebote auch schwieriger.¹⁴⁶ Viele Anbieter sind in teilweise noch stärkerem Maße in mehreren Branchen bzw. Teilmärkten oder auch nur teilberuflich tätig. Letztendlich können auch neue bzw. anders konfigurierte Märkte entstehen. Anders als im tradierten Gesundheitswesen wirken sich hier *Trends* und *Verbraucherwünsche* massiv aus.

Als vorläufiges Ergebnis, bzw. als *Zwischenergebnis*, lassen sich derzeit für den Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt insgesamt 29 Teilmärkte finden.¹⁴⁷ Die folgende Darstellung der 29 Teilmärkte versucht die Volumina, Beschäftigten und Unternehmen einzeln anzugeben. Die Angaben basieren - je nach Verfügbarkeit - auf den Jahren 2008 - 2011 (vgl. Tabelle 3.1).¹⁴⁸ In grau sind diejenigen unterlegt, die - ohne Gewichtung am Umsatzanteil - im untersuchten Bereich Prävention und Gesundheitsförderung engagiert sind.

Die Angaben der Jahre sind zwangsläufig unterschiedlich, da beispielsweise (endgültige) Statistikangaben einen Nachlauf von mehreren Jahren z.B. im Rahmen der *Gesundheitsberichterstattung* haben oder Untersuchungen zu Teilmärkten zu ganz unterschiedlichen Anlässen, Interessenlagen und Zeitpunkten veröffentlicht und (zumeist kostenpflichtig) erst später verfügbar werden.¹⁴⁹ In dieser Gesamtdarstellung enthalten sind direkt oder indirekt auch die Bereiche individuelle und betriebliche Prävention, Gesundheitsvorsorge und -förderung in zahlreichen Teilmärkten bzw. Branchen (i.d.R. jedoch meist nur anteilig und in einer nicht näher abgrenzbaren Größenordnung).

¹⁴⁶ vgl. Kartte, J.; Neumann, K., 2009, S. 762.

¹⁴⁷ vgl. Dostal, Adrian W.T., Dostal, Gabriele, 2012, S. 59ff.

¹⁴⁸ vgl. ebenda, S. 61. Durch die Einführung sogen. Satellitenkonten bei den Statistiken der Bundesamtes für Statistik (destatis) werden zahlreiche Gesundheitsbranchen, wie z.B. der Sportbereich seit etwa 2013, zunehmend transparenter und genauer erfasst. Vgl. auch den Abschlussbericht hierzu von Ostwald, D. A., Heeger, D., Hesse, S., Knippel, J., Perltz, W.-D., Henke, K.-D., Troppens, S., Richter, T., Kim, Z.-G., Mosetter, H. (2014), Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssatellitenkontos zu einer Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung: Abschlussbericht. Berlin, 2014.

¹⁴⁹ Die nur einschätzbaren Zahlen sind kursiv dargestellt. Bei den Marktvolumina wurde versucht für den jeweiligen Teilmarkt Werte in Euro anzugeben. Wegen Überschneidungen zu anderen Teilmärkten usw. kann häufig jedoch nur ein \geq Wert angegeben werden. Eine Konsolidierung einzelner Zahlen ist dabei generell nur in Ansätzen möglich, da die (Teil)Marktvolumina, Beschäftigten und Unternehmen einiger Teilmärkte auch in den Größen anderer Teilmärkte enthalten sind: Beispielsweise überschneidet sich der Teilmarkt Medizinische Versorgungszentren (MVZ) mit den Teilmärkten Krankenhaus und Allgemein-/Fachärzte und Pharmahersteller sind mit den Teilmärkten Pharmagroßhandel/-importeure und Apotheken verbunden.

Tabelle 3.1: Gesundheitswirtschaft nach Branche, Volumina, Beschäftigten und Unternehmen

	Branche	Marktvolumen (Mrd. Euro)	Beschäftigte (abs.)	Unternehmen (abs.)
1.	Gesetzliche Krankenkassen	175,7 (2010)	145.000 (2009)	154 (7/2011)
2.	Private Krankenversicherungen	21,1 (2009)	40.900 (2009)	> 47 (2011)
3.	Sonstige Kostenträger/Vers.	20,3 (2009)	21.888 (2009)	48 (2010)
4.	Stationäre medizinische Versorgung (Krankenhäuser)	77,1 (2009)	1.096.520 (2009)	rd. 780 (2010)
5.	Med. Versorgungszentren (MVZ)	rd. 2,5 (2010)	rd. 30.000 (2010)	1.567 (6/2010)
6.	Stationäre Prävention, Rehabilitation	rd. 24,0 (2010)	rd. 320.000 (2010)	rd. 26.000 (2010)
7.	Stationäre und ambulante Pflege	rd. 30,0 (2009)	rd. 970.000 (2009)	rd. 24.200 (2007)
8.	Allgemein- und Fachärzte	rd. 42,8 (2009)	rd. 687.000 (2009)	88.722 (2010)
9.	Zahnärzte und Kieferorthopäden	rd. 20,0 (2008)	rd. 290.000 (2008)	rd. 45.060 (2009)
10.	Heilmittelanbieter	rd. 8,9 (2009)	rd. 360.000 (2009)	rd. 110.000 (2007/2008)
11.	Naturheilkunde und Homöopathie	rd. 0,7 (2010)	rd. 16.000 (2010)	rd. 14.000 (2010)
12.	Sanitätshandel, Orthopädiehandwerk	rd. 3,4 (2009/2010)	rd. 40.000 (2009/2010)	rd. 4.200 (2009/2010)
13.	Akustik- und Optikhandel	rd. 4,9 (2010)	rd. 54.000 (2010)	rd. 12.000 (2010)
14.	Apotheken	rd. 25,6 (2010)	153.000 (2009)	18.324 (2009)
15.	Drogerien und Branchennaher Handel (anteilig)	16,8 (2009)	> 130.000 (2010)	rd. 2.700 (2010)
16.	Homecare, Hol- und Bring-Dienste	rd. 10,0 (2007/2008)	> 125.000 (2007/2008)	rd. 1.200 (2007/2008)
17.	(Medical) Wellness, Lifestyle und Gesundheitsreisen	76,0 (2005)	rd. 100.000 (2005)	rd. 3.500 (2005)
18.	Sport und Fitness	15,0 (2008)	rd. 430.000 (2008)	rd. 102.000 (2008)
19.	Ernährung und Functional Food	12,5 (2008)	rd. 161.000 (2008)	rd. 30.000 (2008)
20.	Pharmahersteller einschl. Biotechnologie	45,2 (2009)	rd. 146.000 (2009/2010)	rd. 1.723 (2009/2010)
21.	Pharmagroßhandel und -importeure (Gesamtumsatz)	rd. 23,9 (2009)	12.300 (2007)	rd. 22 (2007/2009)
22.	Medizinische Labore (inkl. GH)	rd. 6,8 (2009)	rd. 82.000 (2009)	rd. 250 (2007)
23.	Zahntechniklabore, -industrie (Zahnersatz, Material-, Laborkost.)	rd. 6,3 (2009)	rd. 200.000	rd. 1.500 (2010)
24.	Medizinprodukte-, Hilfsmittelhersteller	rd. 25,3 (2009)	rd. 320.000 (2009)	rd. 25.500 (2008)
25.	Logistik, Catering	rd. 1,5 (2010)	rd. 50.000 (2010)	rd. 1.000 (2010)
26.	ICT-, Hard-, Softwareunternehmen	(rd. 5,0; 2010)	(rd. 80.000; 2010)	(rd. 1.500; 2010)
27.	Agenturen, Verlage und Verbraucherportale (anteilig)	(rd. 4,0 - 6,0) (2010)	(rd. 10.000) (2010)	rd. 2.000 (2010)
28.	Weiterbildung und Wissenschaft (anteilig)	(rd. 1,0) (2010)	rd. 10.000 (2010)	rd. 1.000 (2010)
29.	Investoren (anteilig)	rd. 5,0 (2010)	rd. 2.000 (2010)	rd. 1.000 (2010)
	Gesamtmarkt (2008 - 2010)	> 400,0	> 5.400.000	> 500.000

Kapitel 5

Online-Umfrage 2014

5.1 Konzept und Vorgehen

Die jährliche Expertenbefragung von healthpanel.de, der Befragungsplattform der Marktforscher von dostal-beratung[®] für Entscheider im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt erfolgte auch 2014 wieder als geschlossene Online-Befragung. Die vorausgegangenen methodisch ähnlichen Untersuchungen zur Vernetzung der Teilmärkte im deutschen Gesundheitssystem (2010), zu Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsreisen und Wellness (2011) sowie zu Gesundheitsregionen (2012) zeigten jeweils die ungeheure Dynamik in diesen Bereichen auf.

Für die Umfrage wurden stichprobenartig relevante Entscheider in Unternehmen, Betrieben, Praxen, Behörden und Verbänden aus den folgenden, teilweise zusammengefassten Teilmärkten angeschrieben (vgl. Tabelle 3.1):

- Kostenträger, wie z.B. gesetzliche und Private Krankenversicherung, Berufsgenossenschaften (1. , 2. und 3.)
- Stationäre medizinische Versorgung (4.)
- Medizinische Versorgungszentren (5.)
- Stationäre Prävention, Rehabilitation (6.)
- Stationäre und ambulante Pflege (7.)
- Allgemein- und Fachärzte (8.)
- Zahnärzte und Kieferorthopäden (9.)
- Heilmittelanbieter (10.)
- Naturheilkunde und Homöopathie (11.)
- Sanitätshandel, Orthopädiehandwerk (12.)
- Akustik- und Optikhandel (13.)
- Apotheken (14.)
- Wellness, Lifestyle und Gesundheitsreisen (17.)
- Sport, Bewegung und Fitness (18.)
- Ernährung und Functional Food (19.)
- Pharmahersteller und -handel (20. und 21.)
- Zahntechniklabore, -industrie (23.)
- Medizinprodukte- und Hilfsmittelhersteller (24.)

Nach dem Zufallsprinzip wurden an 6.016 ausgewählte Entscheider Einladungsmails versandt. Die einzelnen Teilmärkte wurden dabei nicht nach ihrem Marktvolumen oder anderen Kriterien gewichtet, da dies auf Basis fehlender abgrenzbarer bzw. zuordenbarer und damit auch brauchbarer Marktdaten kaum möglich ist (vgl. Kapitel 1.3 und Kapitel 3).

Zur Analyse nach *Branchenzugehörigkeit* können die Teilnehmer der Online-Umfrage zu *sechs Branchengruppen* zusammengefasst werden. Damit sind neben der erforderlichen inneren Zusammengehörigkeit auch die notwendigen Fallzahlen für aussagekräftige Ergebnisse für den *zweiten Filter* möglich:

- Kostenträger (17,2 Prozent)
- Stationäre medizinische Versorgung, stationäre Prävention/Rehabilitation und stationäre und ambulante Pflege (19,2 Prozent)
- Ambulante medizinische Versorgung, Apotheken (18,7 Prozent)
- Heilmittel, Naturheilkunde, Ernährung (12,8 Prozent)
- Wellness, Sport (16,6 Prozent)
- Sonstige Dienstleister, B2B-Anbieter (15,5 Prozent).

Als *dritter Filter* wird die *Unternehmensgröße* herangezogen. Für die Gesundheitswirtschaft typisch ist dabei die Spreizung der Unternehmensgrößen gemessen an der Anzahl der Mitarbeiter (vgl. Tabelle 5.2). Diese geht von Einzel- und Kleinbetrieben bis zehn Mitarbeiter wie Praxen von Ärzten, Heilpraktikern, Naturheilkundlern, Physiotherapeuten²⁸⁶ über mittelgroße Unternehmen bis 500 Mitarbeiter hin zu großen Unternehmen mit 500 oder mehr Mitarbeitern, wie z.B. Krankenhaus- und Pflegekonzerne oder Wellness-Ketten.

Tabelle 5.2: Anzahl der Antworten bei der Online-Umfrage 2014 nach Unternehmensgröße in Prozent

Unternehmensgröße	in Prozent	kumulierte Prozent (ger.)
Einzelbetrieb	4,8	4,8
bis 10 Mitarbeiter	15,3	20,1
bis 50 Mitarbeiter	15,1	35,2
bis 100 Mitarbeiter	11,6	46,8
bis 500 Mitarbeiter	16,2	63,0
bis 1.000 Mitarbeiter	10,4	73,4
über 1.000 Mitarbeiter	16,6	90,0
keine Angaben	9,9	99,0

Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 517)

Für die Auswertung ergeben sich demnach *vier Raster* (Prozent jeweils gerundet):

- Einzelbetriebe/Unternehmen/Praxen bis 10 Mitarbeiter (20,1 Prozent),
- Unternehmen zwischen 11 und 100 Mitarbeitern (26,7 Prozent),
- Unternehmen zwischen 101 und 500 Mitarbeiter (16,2 Prozent) und
- Unternehmen über 500 Mitarbeiter (27 Prozent).

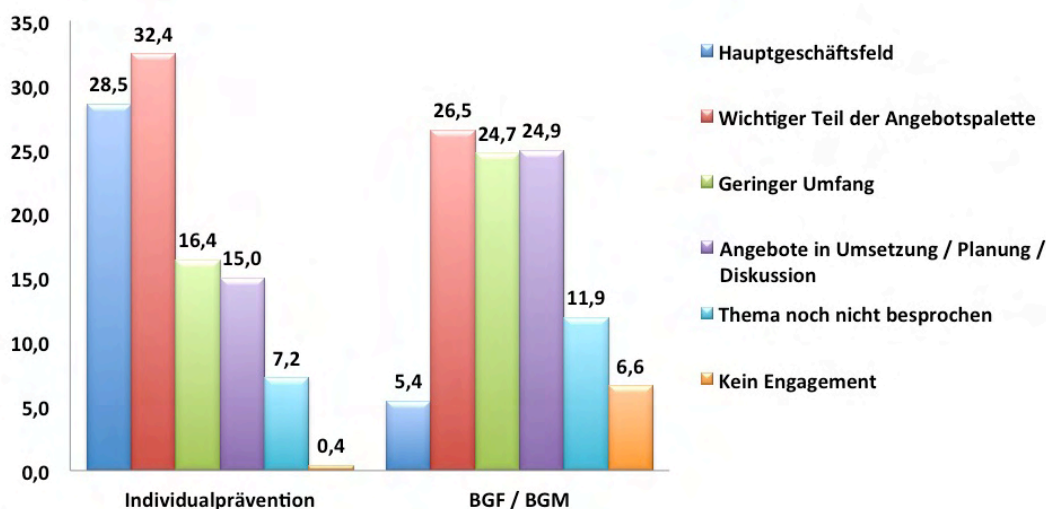
²⁸⁶ Diese Größenordnung führt nicht zuletzt dazu, dass sich solche Akteure der Gesundheitswirtschaft nicht als Unternehmer fühlen die einen Betrieb führen, da sie „nur“ eine Praxis haben. Nicht zuletzt die (betriebs-) wirtschaftliche Praxis und der Markt hebt allerdings zunehmend diese Scheindifferenzierung faktisch auf.

Aufgrund der niedrigen Fallzahlen bei „keine Angaben“ zur Unternehmensgröße (n = 51) werden diese Antworten nicht als fünfte Rasterung aufgeführt.

Als *vierter Filter* folgt das *Engagement* der Akteure in den untersuchten Themenfeldern. Die Teilnehmer wurden nach der Stärke ihres Engagements in den beiden Marktsegmenten Individualprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF/BGM) befragt (vgl. Abbildung 5.1). Die Ergebnisse spiegeln sehr deutlich die unterschiedlichen Entwicklungsstadien der beiden Märkte wider.

So geben für die *Individualprävention* 28,5 Prozent der Befragten an, dass dies für ihr Unternehmen das *Hauptgeschäftsfeld* ist. Für 32,4 Prozent stellt die Individualprävention einen wichtigen Teil ihrer Angebotspalette dar und 16,4 Prozent weisen ihr einen geringen Umfang zu. 22,6 Prozent der Unternehmen bieten aktuell keine Angebote zur Individualprävention an. Allerdings werden davon in 15,0 Prozent der Unternehmen aktuell entsprechende Angebote diskutiert oder befinden sich bereits in der Planungs- oder Umsetzungsphase. In 7,2 Prozent der Unternehmen wurden mögliche Angebote zur Individualprävention noch nicht besprochen. 0,4 Prozent der befragten Akteure haben sich derzeit gegen ein Engagement im Bereich Individualprävention entschieden.

Abbildung 5.1: Engagement der befragten Unternehmen in den Bereichen Individualprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF / BGM) in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 517, Doppelnennungen)

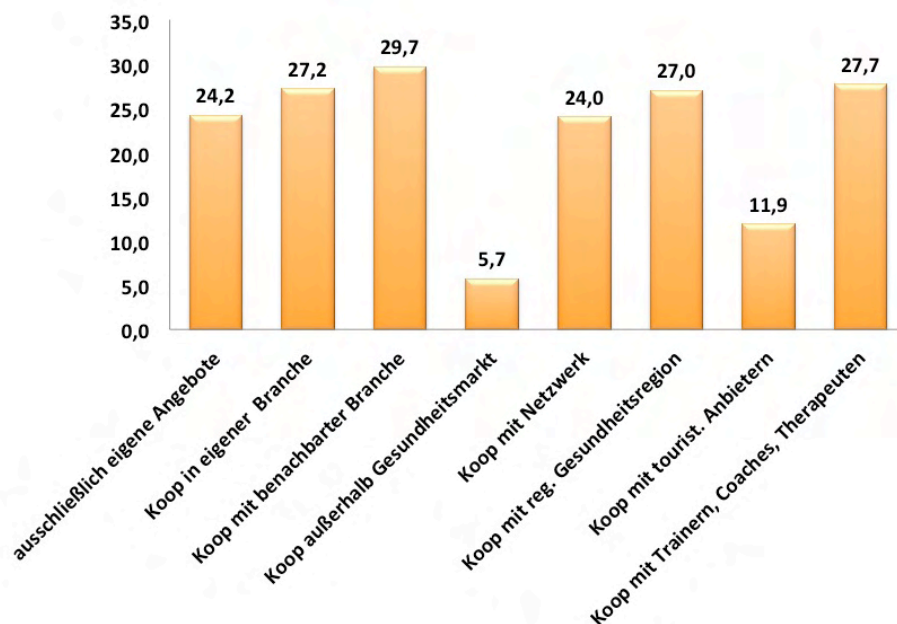
Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF/BGM) sind im Gegensatz zum Markt der Individualprävention nur zu 5,4 Prozent *Hauptgeschäftsfeld* der befragten Unternehmen, für 26,5 Prozent bilden sie immerhin einen wichtigen Teil der Angebotspalette und in 24,9 Prozent nehmen entsprechende Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF/BGM) lediglich einen geringen Umfang des Geschäfts ein.

- Vor dem Markteinstieg von der Diskussion bis zur Umsetzung konkreter Angebote (15,0 bzw. 24,9 Prozent).

5.3 Stand und Richtung der Vernetzung von Akteuren und Angeboten

Die *Vernetzungstiefe* bei Anbietern von Individualprävention ist hoch (vgl. Abbildung 5.8). Lediglich 24,2 Prozent der Leistungsanbieter bieten ausschließlich *eigene Angebote* an. Die übrigen 75,8 Prozent der Anbieter nennen durchschnittlich zwei Kooperationsrichtungen. Dabei stehen mit 29,7 Prozent Kooperationen mit benachbarten Branchen ganz knapp an der Spitze.

Abbildung 5.8: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 512)

Kooperationen mit Einzelanbietern (z.B. Trainern, Coaches, Therapeuten) liegen mit 27,7 Prozent knapp dahinter. In der eigenen Branche und innerhalb von Gesundheitsregionen wird mit 27,2 und 27,0 Prozent kooperiert. Kooperationen mit touristischen Anbietern (11,9 Prozent) und Kooperationen außerhalb des Gesundheitsmarktes (5,7 Prozent) bilden die Schlusslichter.

Als Vernetzungspartner werden bei den zusätzlichen offenen Nennungen zahlreiche Branchengruppen angegeben. Die Angaben lassen sich wie folgt zusammenfassen (vgl. Tabelle 3.1):

- | | |
|--|------------|
| • Klassische medizinische Gesundheitsbranchen (4. - 10.) | 35 Prozent |
| • Gesundheitswesen, -wirtschaft insgesamt (1. - 29.) | 15 Prozent |
| • Sport, Bewegung, Fitness (18.) | 13 Prozent |

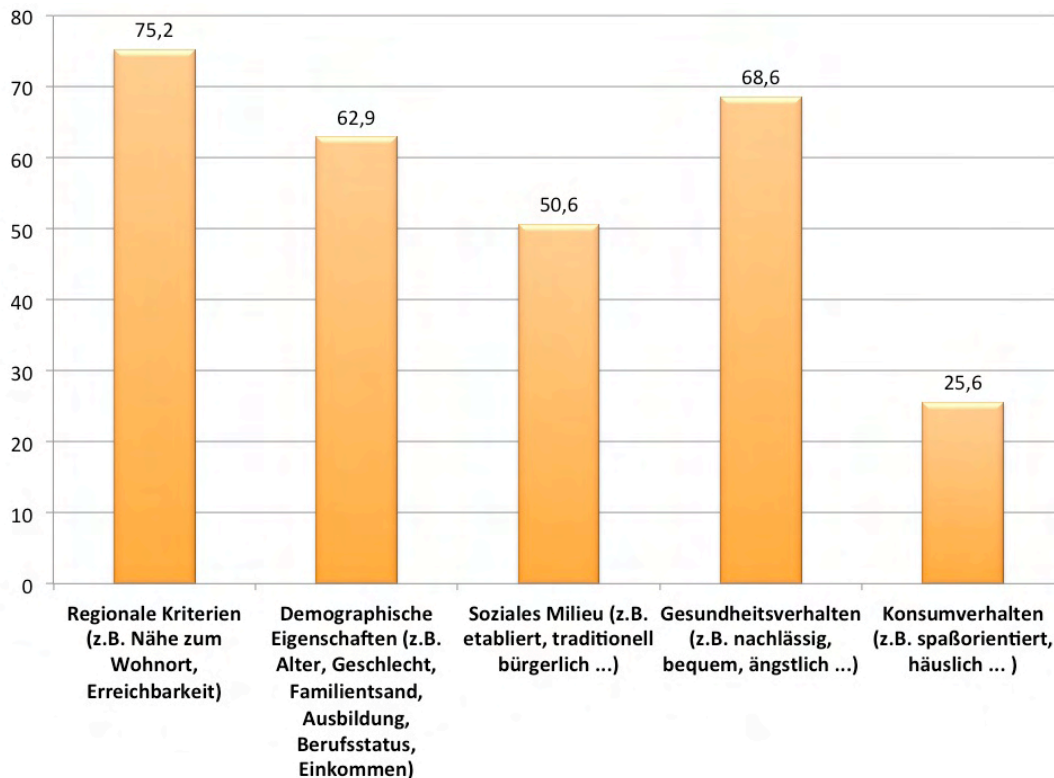
Kapitel 6

Empirische Ergebnisse zur individuellen Prävention und Gesundheitsförderung

6.1 Zielgruppen, Demographie, Milieus, Gesundheits- und Konsumtypen

Für die Online-Umfrage 2014 war vor allem von Interesse, ob und anhand welcher *Kriterien* die *Marktteilnehmer* ihre *Zielgruppen* bei *Angeboten* zur individuellen Prävention und Gesundheitsförderung definieren. Denn: „Auch wenn sich heute in zahlreichen betrieblichen Marketing- und Media-Plänen nach wie vor rein demographisch definierte Zielgruppen finden - bestenfalls garniert durch einige isolierte lebensstilistische Merkmale, ist es mittlerweile eine Binsenweisheit des Zielgruppenmanagements (die zu wiederholen man sich fast scheut), dass demographische Variablen Konsumverhalten und Markenpräferenzen nicht ausreichend erklären können. Seine Zielgruppen tatsächlich zu kennen, bedeutet zu verstehen, welche Alltagsgewohnheiten, Umgebungsbedingungen, Motive und Bedürfnisse, vor allem aber: welche grundsätzliche Werte, Lebensziele, Einstellungen und ästhetischen Orientierungen das individuelle Verhalten prägen.“²⁹²

Abbildung 6.1: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention in Prozent



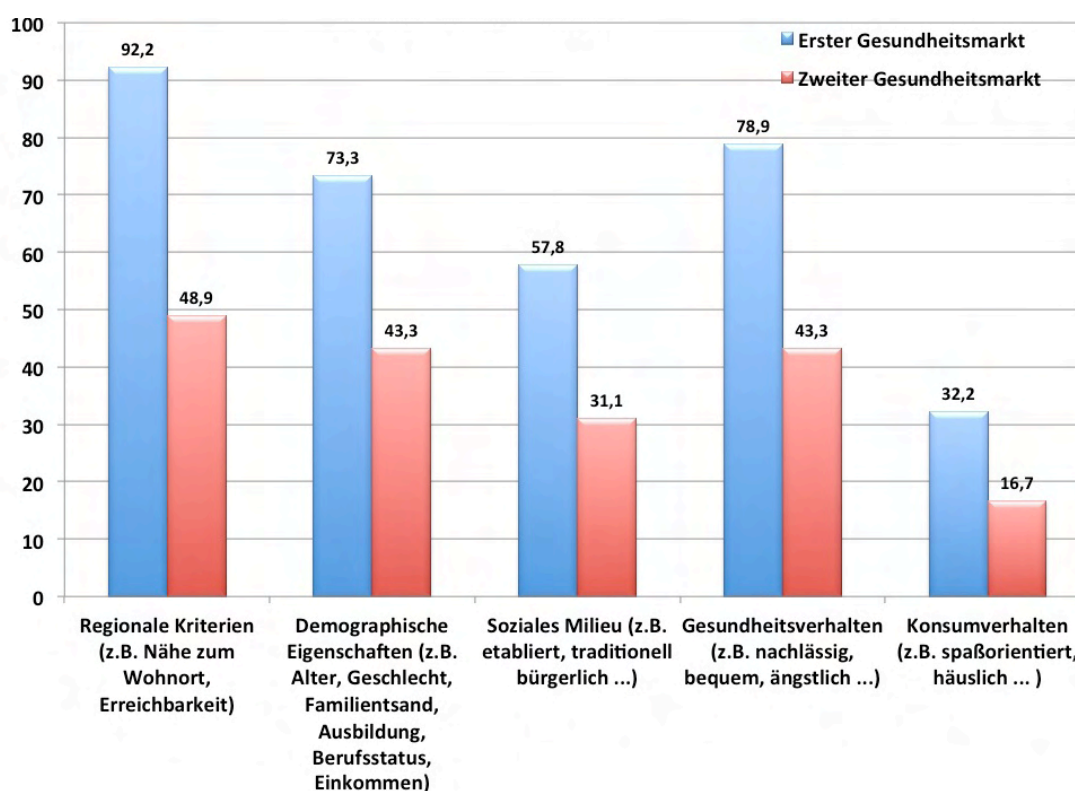
Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 512)

²⁹² Ascheberg, C., Milieuforschung und Transnationales Zielgruppenmarketing, in: Aus Politik und Zeitgeschichte, 44 - 45/2006, 30. Oktober 2006, S. 18ff.

Mittlerweile hat sich nämlich die *allgemeine Konsumentenforschung* u.a. in Richtung *Lebensstilforschung* fortgesetzt. Demnach sind es von *Außen* an ihn herangetragene *Trends* und *Megatrends*, welche dem einzelnen Verbraucher dabei helfen, *Werte, Wünsche* und *Bedürfnisse* für sich zu entwickeln und daraus *Lebensentwürfe* abzuleiten.²⁹³ Allerdings scheint es dabei so, dass gerade die beiden Untersuchungsthemen Prävention und Gesundheitsförderung nur eine untergeordnete Rolle bei einer weiterführenden *Typisierung* spielen.²⁹⁴

Die befragten Entscheider aus allen Gesundheitsmärkten wurden deshalb gebeten, neben Demographie und räumlicher Erreichbarkeit auch mögliche Typisierungen nach *Gesundheitsverhalten*, sozialen Milieus oder Konsum-Gewohnheiten zu bewerten (vgl. Abbildung 6.1). Hauptkriterium für die *zielgerichtete Ansprache* der Verbraucher mit Angeboten zur Individualprävention ist an erster Stelle erwartungsgemäß für 75,2 Prozent der Teilnehmer die *regionale Nähe*. 68,6 Prozent der Antwortenden segmentieren den Markt anhand des *Gesundheitsverhaltens* der Verbraucher und 62,9 Prozent der Entscheider geben an, dass sie sich bei der Ansprache der Verbraucher an den *demographischen Merkmalen* wie Alter, Geschlecht, Familienstand usw. orientieren.

Abbildung 6.2: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 512)

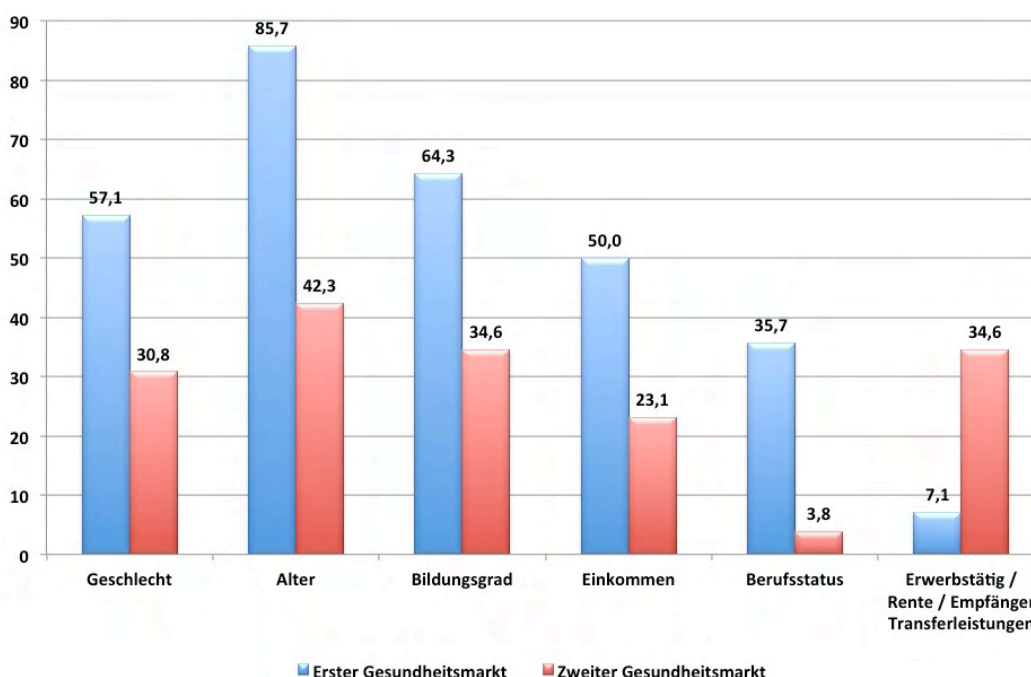
²⁹³ Man beachte diese Ausgangssituation, die letztendlich unterstellt, dass der Einzelne auch zu den untersuchten Themenfeldern von „zu Hause“ kaum mehr etwas „mitbekommt“ und nur nach Außen schaut, was gerade „In“ ist. Dies wird auch bei der vorliegenden dostal-Studie zu berücksichtigen sein.

²⁹⁴ vgl. u.a. Wenzel, E., Dziemba, O., Langwieser, C., *Wie wir morgen leben werden. 15 Lebensstiltrends, die unsere Zukunft prägen werden*, München, 2012, S. 11ff.

Gleichzeitig zeigen die Detailergebnisse, dass die Akteure aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt die *demographischen Kriterien* recht ähnlich werten (vgl. Abbildung 6.8). Auf den ersten Blick wird deutlich, dass Anbieter aus dem Ersten Gesundheitsmarkt mehr demographische Kriterien zur Markt- und Zielgruppensegmentierung verwenden als Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt. Bis auf zwei Ausnahmen stimmen sie jedoch hinsichtlich der Rangfolge der Kriterien überein. Lediglich die demographischen Kriterien Berufsstatus und „Erwerbstätig/Rente/Empfänger Transferleistungen“ werden unterschiedlich gesehen. Für Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt spielt im Gegensatz zu den Anbietern aus dem Ersten Gesundheitsmarkt der Berufsstatus mit 3,8 zu 35,7 Prozent nur eine untergeordnete Rolle. Genau umgekehrt wird mit 34,6 zu 7,1 Prozent die Bedeutung der „Teilnahme am Erwerbsleben/Rente/Transferleistungen“ gesehen. Hier schlägt offensichtlich die Bezahlungsabwicklung bei Selbstzahlerangeboten voll durch: Wichtig ist, er kann „aus eigener Tasche“ zahlen.

Die unterschiedliche Bedeutung des Berufsstatus spiegelt demgegenüber möglicherweise die sogen. *Zwei-Klassen-Medizin* wider:²⁹⁷ Je höher der Berufsstatus umso wahrscheinlicher handelt es sich um einen PKV-Kunden. Für diese sind z.B. Wartezeiten angeblich kürzer und sie sind womöglich affiner gegenüber IGeL-Angeboten.

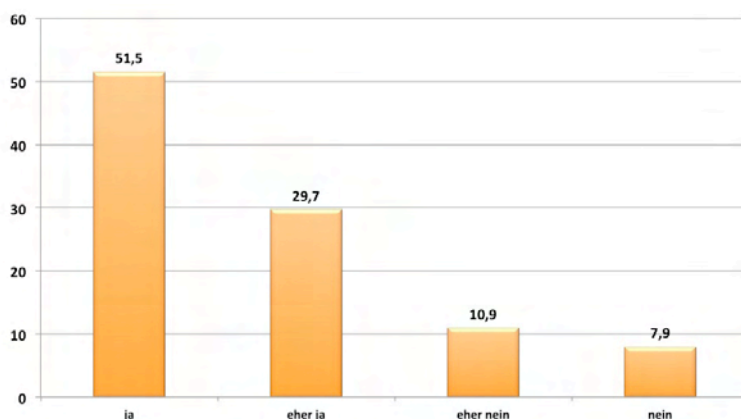
Abbildung 6.8: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention auf Basis demographischer Kriterien nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 322)

²⁹⁷ Privatversicherte hätten nach gängiger (politischer) Meinung demnach eine bessere medizinische Versorgung und kürzere Wartezeiten bei Arztterminen. Auch die laut verschiedenen statistischen Erhebungen unterschiedliche Lebenserwartung von gesetzlich und privat versicherten Patienten wird als Beleg ins Feld geführt. Wohlhabendere Bevölkerungsgruppen wären oftmals gebildeter und verhalten sich deshalb auch gesundheitsbewusster, vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Zwei-Klassen-Medizin>, Abruf: 22. August 2014.

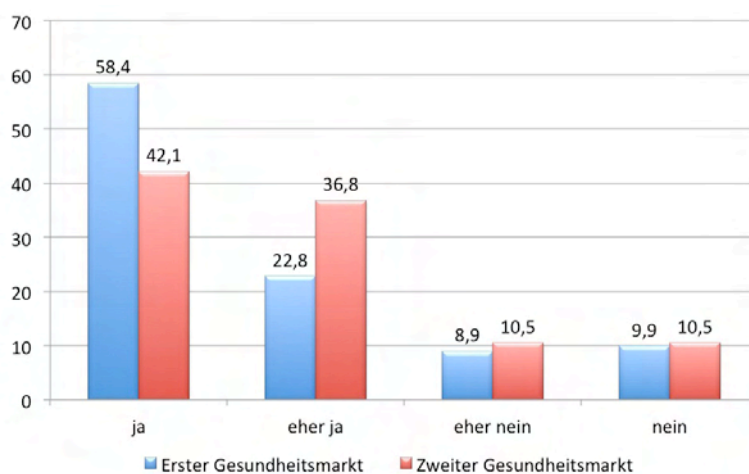
Abbildung 6.17: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 512)

Grundsätzlich sind sich die Befragten aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt darin einig, dass ein Anreizsystem sein muss (vgl. Abbildung 6.18). Dem stimmen die Befragten aus dem Ersten Gesundheitsmarkt mit insgesamt 81,2 Prozent und die aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt mit 78,9 Prozent deutlich zu.

Abbildung 6.18: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent



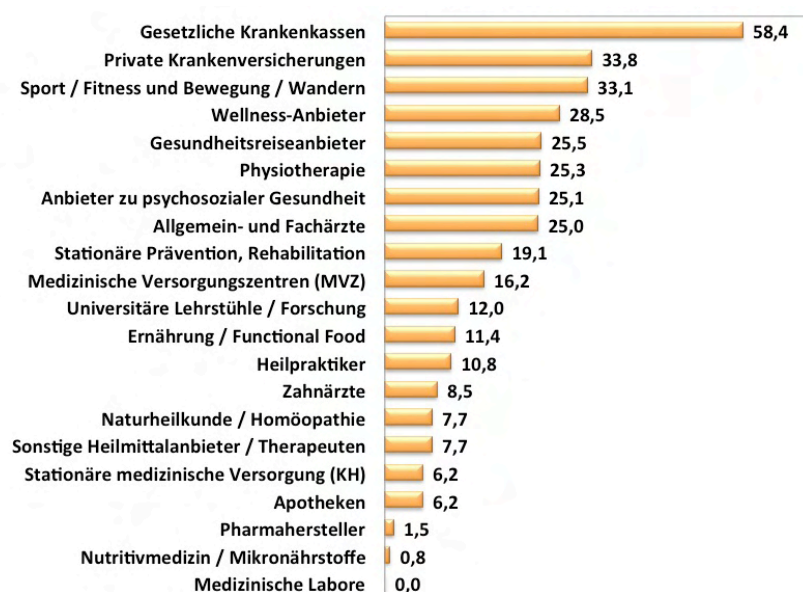
Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 512)

Offensichtlich sind jedoch die standardisierten Angebote aus dem Ersten Gesundheitsmarkt (vgl. Kapitel 2.3) so positioniert, dass die Anbieter eine Belohnung für die Teilnahme nahezu für unabdingbar halten (58,4 Prozent). Eher überraschend ist dagegen die Übereinstimmung bei der Verneinung der Notwendigkeit von Anreizsystemen. Insgesamt tendiert zu dieser Auffassung nur jeder Fünfte der Befragten. Der gesehene große *Bedarf an Anreizsystemen* für die Verbraucher stellt für die Akteure damit eine enorme Herausforderung da. Sie überrascht gleichzeitig nicht vor dem Hintergrund des Ringens zwischen *Sozialstaat* und der Notwendigkeit einer *Eigenverantwortung* des Verbrauchers (vgl. Kapitel 2.2)

Die Frage nach den TOP 5 *Treiberbranchen* für Individualprävention zeigt die nach wie vor dominante Rolle der Gesetzlichen Krankenkassen (vgl. Abbildung 6.35). 58,4 Prozent der befragten leistungsanbietenden Unternehmen sprechen diesen eine treibende Rolle für Individualprävention zu. Damit honorieren sie die Gatekeeper-Rolle der Kostenträger, ohne deren inhaltlich restriktive Präventionspolitik zu beachten. Diese Gatekeeper-Rolle wird durch das aktuelle Präventionsgesetz weiter gefestigt. Mit weitem Abstand folgen die Privaten Krankenversicherungen mit 33,8 Prozent, die Bereiche Sport/Fitness und Bewegung/Wandern mit zusammen 33,1 Prozent, Wellness-Anbieter mit 28,5 Prozent und Gesundheitsreiseanbieter mit 25,5 Prozent.

Die zahlreichen Anbieter aus dem Ersten Gesundheitsmarkt bewegen sich dagegen nur im Mittelfeld: Als klassische Anbieter folgen die Allgemein- und Fachärzte mit 25,0 Prozent erst auf Rang acht, gefolgt von „Stationärer Prävention, Rehabilitation“ und den Medizinischen Versorgungszentren. Als freie Einzelnennungen wurden zusätzliche Gesundheitsregionen (n = 5) und Gesundheitsämter/öffentlicher Gesundheitsdienst (n = 2) genannt.

Abbildung 6.35: TOP 5 Treiberbranchen für die Individualprävention in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 340)

Die *Dominanz* der gesetzlichen Krankenkassen sowie der privaten Krankenversicherung für den Bereich *Individualprävention* ist mindestens seit 2011 ungebrochen (vgl. Abbildung 6.36). Auch bei der Entscheiderumfrage im Herbst 2011 wurde die GKV bei einer empirischen Umfrage unter Experten als *Hauptgestalter* für den Bereich Individualvorsorge/Prävention genannt.

Die Aussage „GKV schnüren Wellness- und Vorsorgetarife, auch mit Gesundheitsreisen“ lag mit 85,7 Prozent an erster Stelle. Auch die privaten Krankenversicherer wurden mit 69,8 Prozent für „PKV bieten Wellness-, Vorsorgetarife mit eigenen oder zertifizierten Anbietern als bedeutender *gestaltender* Marktteilnehmer genannt. Offensichtlich liegt dabei

- Ergebnis 6.6:** In der Gesamtheit bestätigen die Befragten aus der Praxis die auch wissenschaftlich identifizierten präventionsaffinen und -fernen Bevölkerungsschichten. Der Zweite Gesundheitsmarkt positioniert sich dabei im Bereich der Individualprävention in der bürgerlichen und etablierten Mitte der Gesellschaft mit (traditionellen) Werten wie Lebensqualität, emotionales Wohlergehen, Lebensstil, Benehmen, Understatement, Moral, soziale Regeln und Konventionen, Sicherheit und Lebensstandard. Im engeren Sinne dürften diese Zielgruppen für die Themenfelder Prävention und Gesundheitsförderung etwa 23 Mio. bzw. im weiteren Sinne etwa 33 Mio. Verbraucher umfassen.
- Ergebnis 6.7:** Die Segmentierungsunterschiede der Verbraucher nach Gesundheitstypen zwischen Anbietern aus dem Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt sind gering. Lediglich die Souveränen mit ihrer kritischen Haltung gegenüber der Schulmedizin und ihrer hohen Neigung zu alternativen Heilmethoden (rd. 73 Prozent) sind für die Akteure aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt naturgemäß am attraktivsten. Allerdings weisen nur wenige Ergebnisse auf eine tatsächliche Umsetzung hin.
- Ergebnis 6.8:** Grundsätzlich sind sich die Befragten aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt darin einig, dass ein Anreizsystem in den Feldern Prävention und Gesundheitsförderung sein muss. Nur ein Fünftel spricht sich dagegen aus. Dies bedeutend aber auch, dass die Akteure nicht glauben, dass für den Verbraucher der Erhalt der individuellen Gesundheit als unschlagbares Nutzenargument ausreicht. Hieraus ergibt sich nachdrücklich die Forderung nach breiterer und inhaltlich tieferer Nutzenkommunikation und die Notwendigkeit einfach vermittelbarer Ergebnisse von Wirksamkeitsforschungen ableiten zu können.
- Ergebnis 6.9:** Die steuerliche Absetzbarkeit der Maßnahmen wird von allen Befragten, unabhängig von der jeweiligen Untergruppe als wichtigstes oder wichtiges Anreizsystem genannt. Gerade für Unternehmen mit hohem Marktengagement ist dies die Nummer 1. Nach Anreizen durch den Arbeitgeber als quasi „Nutznießer“ einer Maßnahme zur Individualprävention werden direkte Zuschüsse durch die Krankenkassen präferiert. Deutlich weniger attraktiv sind für die Befragten die von der Politik angepriesenen und von den gesetzlichen Krankenkassen durchgeführten pauschalen Anreize über Bonusmodelle oder Prämienausschüttungen.
- Ergebnis 6.10:** Generell ist branchenübergreifend der eigene Internetauftritt das Kommunikationsmedium Nummer 1 für Angebote zur Individualprävention. Dabei sind Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt etwas moderner hinsichtlich der Wahl ihrer Kommunikationsmedien (z.B. Social Media, Mobile Plattformen). Dass auch Teilbranchen des Zweiten Gesundheits-

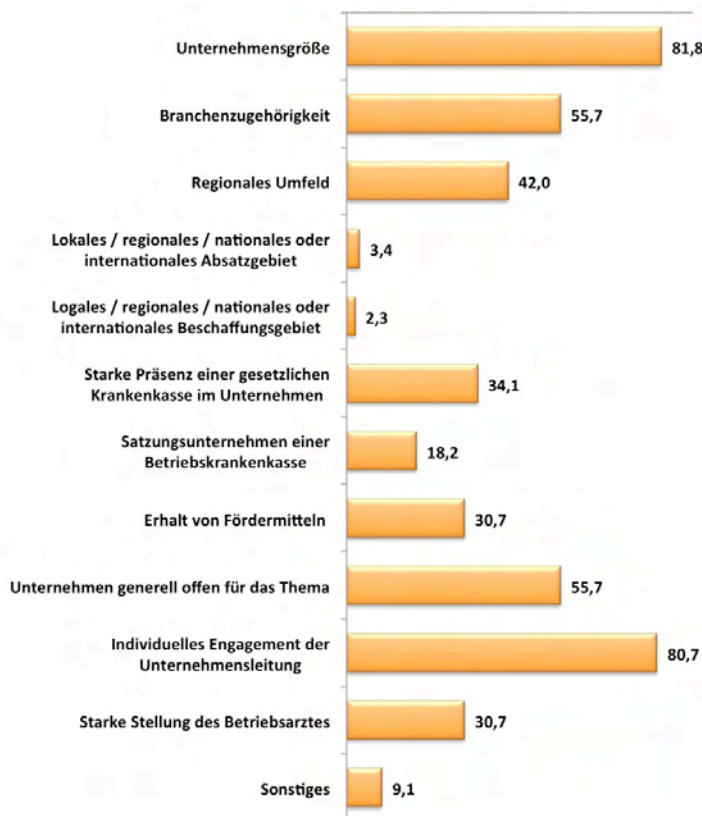
Kapitel 7

Empirische Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement

7.1 Zielgruppen und Auswahlkriterien

Für den Bereich der *Betrieblichen Gesundheitsförderung* und des *Betrieblichen Gesundheitsmanagements* (BGF/BGM) wurde bei der Online-Umfrage 2014, vergleichbar zur Individualprävention, nach den *Kriterien* gefragt, anhand derer für BGF/BGM besonders *aufgeschlossene Unternehmen* zu erkennen sind (vgl. Abbildung 7.1). Auf den ersten Blick wird hier der große klassische Unterschied zwischen B2C- und B2B-Märkten deutlich. Lassen die Verbrauchermärkte klare Segmentierungen in Zielgruppen zu, ist dies bei den B2B-Märkten weniger der Fall. Hier lassen sich viele der möglichen Auswahlkriterien lediglich im Eins-zu-Eins-Kontakt identifizieren.

Abbildung 7.1: Zielgruppenkriterien für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent

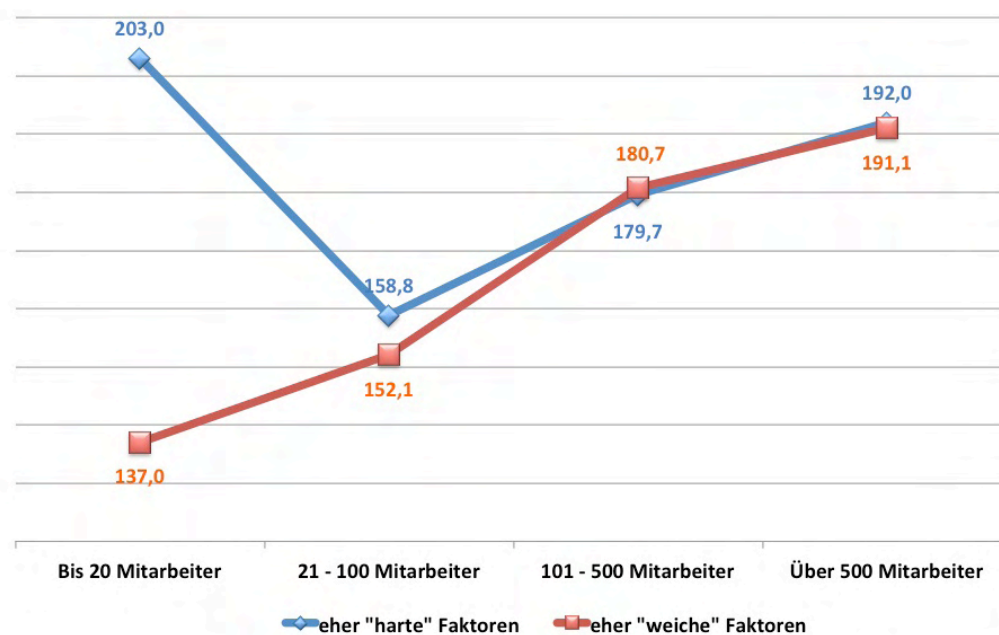


Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 440)

So wundert es nicht, dass zwei der wichtigsten *Auswahlkriterien* genau diese beiden Möglichkeiten widerspiegelt. Von den befragten Marktexperten wurden die *Unternehmensgröße* des Kunden (81,8 Prozent) und das *individuelle Engagement* der Unternehmensleitung (80,7 Prozent) mit weitem Abstand an 1. Stelle genannt. Auf Platz 3 folgen die *generelle Offenheit*

Damit sind erkennbar die *klassischen Motive* der tradierten BGF, die als Erfolgskriterium die Vermeidung von durch die *Kostenträger* bezahlten *Krankheitsbildern* haben nicht mehr ausschließliches Motiv für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen. Das Bewusstsein für den Wert von motivierten Mitarbeiter und die Notwendigkeit sich als attraktiver Arbeitgeber zu positionieren, qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten, haben ab einer bestimmten Unternehmensgröße gleichgezogen.

Abbildung 7.8: Unterschiedliche Blickwinkel für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe des Kundenunternehmens in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 217)

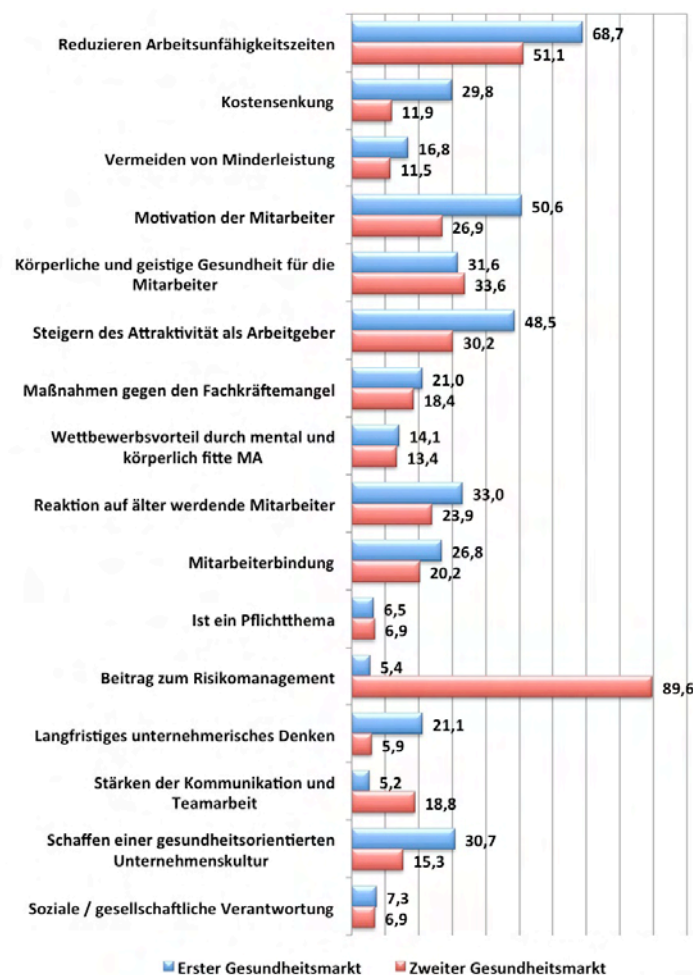
Dass diese *ergänzte Sichtweise* von BGF/BGM auch bei den Anbietern aus dem *Ersten Gesundheitsmarkt* angekommen ist, wird bei einer Splittung der Ergebnisse nach Zugehörigkeit der Befragten zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt deutlich (vgl. Abbildung 7.9). So ist für die Befragten aus dem Ersten Gesundheitsmarkt zwar das Motiv „Reduzieren Arbeitsunfähigkeitszeiten“ mit 68,7 Prozent eindeutig die TOP 1, danach folgen jedoch die modernere Sichtweisen von BGF /BGM „Motivation der Mitarbeiter“ mit 50,6 Prozent und „Steigern der Attraktivität als Arbeitgeber“ mit 48,5 Prozent. Da die Anbieter aus dem *Ersten Gesundheitsmarkt* häufig diese Bedarfe nicht selbst abdecken können, eröffnen sich für *Kleinstanbieter* aus dem *Zweiten Gesundheitsmarkt* große Chancen des sich Einbringens und Kooperierens.

Die Anbieter aus dem *Zweiten Gesundheitsmarkt* greifen hier mit ihrem TOP 1-Motiv „Beitrag zum Risikomanagement“ das Motiv auf, dass nach Ansicht aller Befragten ausschließlich den Kleinstunternehmen als Motiv für BGF-/BGM-Maßnahmen zugeschrieben wird. Daneben ragen die „Stärkung der Kommunikation und Teamarbeit“ und die „Körperliche und geistige Gesundheit für die Mitarbeiter“ etwas heraus. Insgesamt wirkt es aber so, dass auf Seiten zahlreicher Anbieter aus dem *Zweiten Gesundheitsmarkt*, noch

eine relativ *wenig breite Reflektion* in Richtung zielführende Argumentation im aktuellen Markt vorhanden ist.

Dies wird durch die Auswertung aus den beiden unterschiedlichen Blickwinkeln bestätigt. Während Anbieter aus dem Ersten Gesundheitsmarkt mit 208,0 und 209,1 Prozent sowohl die harten als auch die weichen Motive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen erkennen, bevorzugen Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt mit 233,5 Prozent gegenüber 151,0 Prozent eindeutig „harte“ Motive, d.h. auch *Akquisitionsargumente*. Hier ist zu hinterfragen, ob dies ggf. durch die generell bestehende relative Kleinteiligkeit im Zweiten Gesundheitsmarkt hervorgerufen wird.

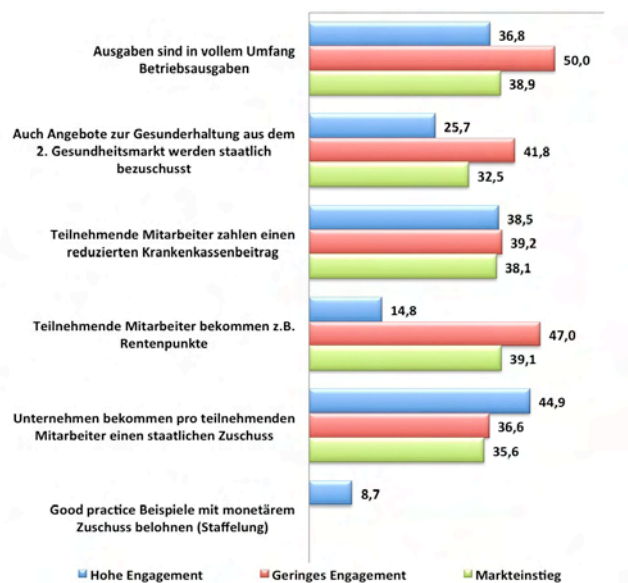
Abbildung 7.9: Erkannte Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 217)

Aufgrund der geringen Fallzahlen können die Aussagen zu den *Zielgruppenmotiven* gesplittet nach *Branchengruppen* der Anbieter lediglich als Trendaussagen verstanden werden (vgl. Abbildung 7.10). Hier fällt die Branchengruppe der stationären medizinischen Versorgung, Reha, Pflege mit dem breitesten Blickwinkel auf die Zielgruppenmotive auf: Das *Argumen-*

Abbildung 7.23: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Engagement der Anbieter in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 246)

Befragte aus Unternehmen mit geringem *Marktengagement* sehen mit 50,0, 47,0 und 41,8 Prozent die Belohnung z.B. durch *Rentenpunkte* für die teilnehmenden Mitarbeiter, die volle Absetzbarkeit der Ausgaben und die staatliche Bezuschussung auch von Angeboten aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt leicht überdurchschnittlich. *Markteinsteiger* zeigen keine über- oder unterdurchschnittlichen Präferenzen.

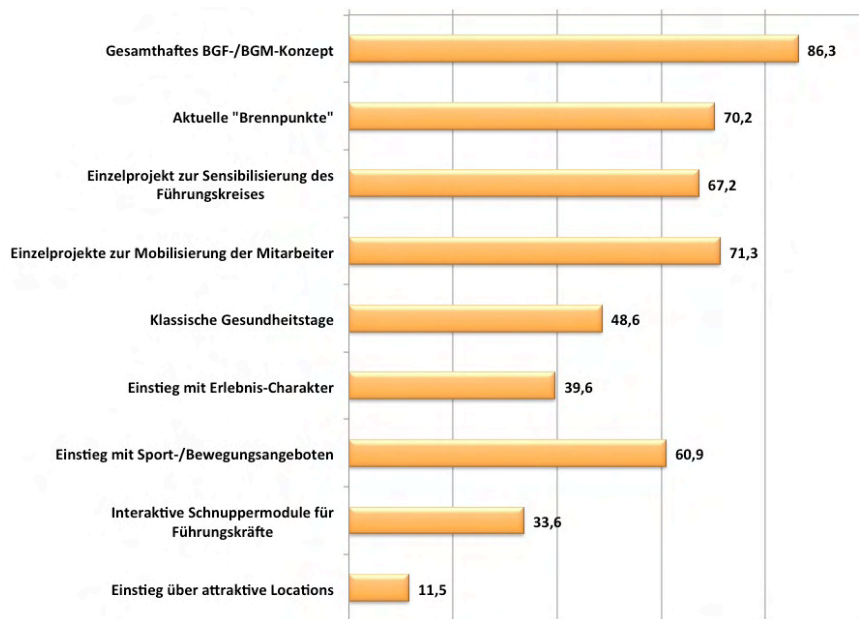
7.4 Erfolgreiche Einstiegsangebote

Die Anbieter wurden gebeten, die ihrer Meinung nach *erfolgreichen Einstiegsangebote* für BGF-/BGM-Maßnahmen in Unternehmen zu benennen (vgl. Abbildung 7.24). 86,3 Prozent der befragten Akteure empfahlen den Einstieg über ein *gesamthafes BGF-/BGM-Konzept* für das jeweilige Unternehmen und betonten damit die notwendige Nachhaltigkeit der Maßnahmen.

Aber auch *Einzelprojekte* zur *Mobilisierung* der Mitarbeiter (71,3 Prozent), zur *Sensibilisierung* der Führungskräfte (67,2 Prozent) und der Einstieg über *aktuell erkannte Brennpunkte* (70,2 Prozent) werden in recht hohem Maße empfohlen. Mit 60,9 Prozent trifft dies auch auf Einstiege mit *Sport- und Bewegungsprogrammen* zu.

Dagegen werden die in der öffentlichen Wahrnehmung recht häufig besprochenen *klassische Gesundheitstage* (vgl. Kapitel 2.4.2), bei denen eher die Abwehr von GKV-relevanten Krankheiten mit 48,6 Prozent und Aktionen, die von ihrem *Erlebnis-Charakter* (39,6 Prozent) oder einer *attraktiven Location* (11,5 Prozent) leben, als weniger zielführend betrachtet.

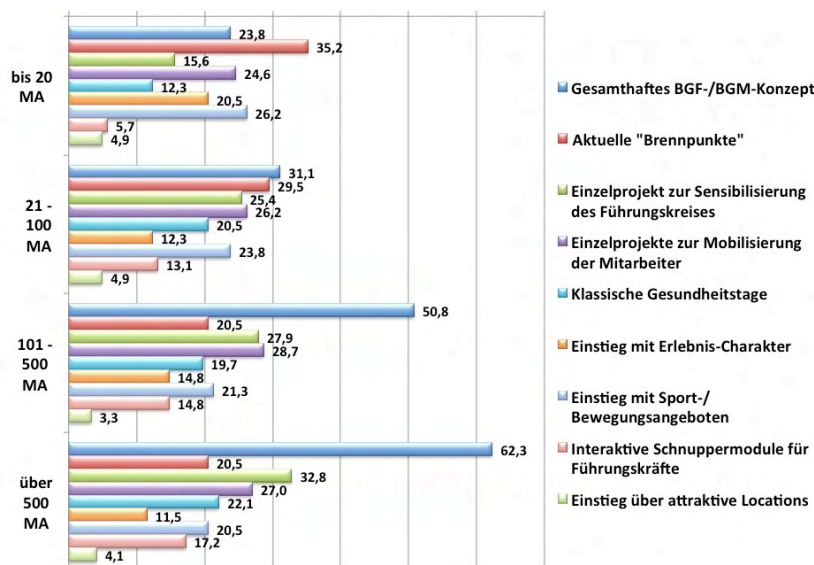
Abbildung 7.24: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 366)

Dabei zeigt die Frage nach den *Einstiegsargumenten* einen deutlichen Bezug zur Größe der *Kundenunternehmen* (vgl. Abbildung 7.25). So wird z.B. der Einstieg über ein *gesamthafes BGF-/BGM-Konzept* vor allem für größere Unternehmen mit 101 - 500 Mitarbeiter (50,8 Prozent) und Großunternehmen mit über 500 Mitarbeitern (62,3 Prozent) vorgeschlagen. Dies überrascht kaum, da in diesen Unternehmensgrößen per se häufiger mittel- oder langfristige Konzepte das unternehmerische Handeln bestimmen.

Abbildung 7.25: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Kundenunternehmen in Prozent



Quelle: dostal-healthpanel 2014 (n = 366)

Allerdings werden auch *Einzelprojekte* zur *Sensibilisierung* des *Führungskreises* (27,9 bzw. 32,8 Prozent) sowie der *Mitarbeitersensibilisierung* (28,7 bzw. 27 Prozent) für diese Unternehmensgrößen durchaus als Einstieg vorgeschlagen.

Für den Einstieg bei kleinen *Kundenunternehmen* bis 20 Mitarbeiter wird dagegen mit 35,2 Prozent der Einstieg über *aktuelle Brennpunkte* empfohlen. Dies wird mit 29,5 Prozent auch noch für Unternehmen mit 21 - 100 Mitarbeitern empfohlen. Generell ist für letztere Unternehmensgröße kein deutlich präferierter Einstieg zu erkennen. Deutlich ist aber, dass Einstiege über *attraktive Locations* (4,9 Prozent), *interaktive Schnuppermodule* für Führungskräfte (13,1 Prozent) und ein Einstieg mit *Erlebnis-Charakter* (12,3 Prozent) für diese Unternehmensgröße nach Ansicht der Experten weniger erfolgreich sein werden.

Bei Kleinunternehmen mit bis 20 Mitarbeitern zählen aber auch *Einzelprojekte* zur Mobilisierung der Mitarbeiter (24,6 Prozent), der Einstieg über *Sport- und Bewegungsangebote* (26,2 Prozent) und Aktionen mit *Erlebnis-Charakter* (20,5 Prozent) durchaus zu möglichen Einstiegsaktionen.

Tabelle 7.3: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Kundenunternehmen, Rangfolge

	bis 20 Mitarbeiter	21 - 100 Mitarbeiter	101 bis 500 Mitarbeiter	über 500 Mitarbeiter
Gesamthafte BGF-/BGM-Konzept	4	1	1	1
Aktuelle „Brennpunkte“	1	2	5	5
Einzelprojekt zur Sensibilisierung des Führungskreises	6	4	3	2
Einzelprojekte zur Mobilisierung der Mitarbeiter	3	3	2	3
Klassische Gesundheitstage	7	6	6	4
Einstieg mit Erlebnis-Charakter	5	8	7	8
Einstieg mit Sport-/Bewegungsangeboten	2	5	4	5
Interaktive Schnuppermodule für Führungskräfte	8	7	7	7
Einstieg über attraktive Locations	9	9	9	9

Ein Blick auf die Rangfolge der (empfohlenen) Einstiegsangebote zeigt, dass eine deutliche *Splittung* zwischen „kleineren“ Kundenunternehmen bis 20 Mitarbeiter und „größeren“ Kundenunternehmen über 20 Mitarbeiter (vgl. Tabelle 7.3). Während für Erstere Einzelprojekte attraktiver sind, ist für Unternehmen über 20 Mitarbeiter das Angebot eines gesamthaften Konzept mit nachhaltiger Wirkung attraktiver. Unternehmen bis 100 Mitarbeiter wollen dabei eher aktuelle Brennpunkte gelöst haben, größere Unternehmen setzen eher auf die Sensibilisierung des Führungskreises.

Befragte aus dem *Ersten* und *Zweiten Gesundheitsmarkt* beantworten die Frage nach den *erfolgsversprechendsten Einstiegsangeboten* mit einigen Unterschieden (vgl. Abbildung 7.26). So empfehlen Anbieter aus dem *Zweiten Gesundheitsmarkt* zu 100 Prozent ein gesamthafte BGF-/

Markteinsteiger sehen wohl wegen der *Gatekeeper-Rolle* der Kostenträger die *Vorreiterfunktion* für Angebote für Individualprävention eindeutig im Ersten Gesundheitsmarkt. Dies sehen Unternehmen mit geringem Marktengagement dagegen deutlich anders: Für sie ist der Zweite Gesundheitsmarkt überwiegend der Markttreiber. Bei Anbieter mit hohem Marktengagement ist dies etwas weniger ausgeprägt (E 6.12).

Diese Einschätzung der Kostenträger als Vorreiter wird letztendlich nur durch ein Dutzend großer Krankenkassen ausgelöst. Letztendlich sind sie jedoch nur als *Organisator* und gewisserweise auch als *Moderator* für den (zertifizierten) Gesundheitsmarkt aktiv. Die Akteure des *atomisierten* Zweiten Gesundheitsmarktes können da in der Tat nur wenig dagehalten. Die einzige Chance besteht hier durch Vernetzungen, Kooperationen und *gemeinsame Informationsplattformen* ein größeres Gewicht zu erhalten. Die Gesetzlichen Krankenkassen liegen deshalb aktuell bei den TOP 5 Treiberbranchen unangefochten auf Platz 1 (E 6.13)

8.1.6 Umfrage-Ergebnisse zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF/BGM)

Zwischen den *B2C-* und *B2B-Märkten* im Gesundheitsmarkt³¹⁵ zeigen sich deutliche Unterschiede: Die Verbrauchermärkte werden üblicherweise über klare Segmentierungen nach Zielgruppen bearbeitet, dies ist dagegen bei den B2B-Märkten schwieriger. Hier lassen sich viele der möglichen Auswahlkriterien lediglich im *Eins-zu-Eins-Kontakt* identifizieren. Als wichtigste Auswahlkriterien für BGF/BGM werden nahezu unterschiedslos von den Akteuren aus dem gesamten Gesundheitsmarkt das individuelle Engagement der *Unternehmensleitung* und die *Unternehmensgröße* genannt. Zwischen den Branchengruppen gibt es dagegen recht deutliche Unterschiede (E 7.1).

Bei der *Anbieterrasterung* der genutzten *Zielgruppenkriterien* setzen die kleinen Anbieter eher auf eine individuelle Ansprache. Berücksichtigt man den Erhalt von Fördermitteln nicht, wählen Kleinanbieter eher Zielgruppenkriterien, die nahezu ausschließlich im *Eins-zu-Eins-Gespräch* identifiziert und kommuniziert werden können. Auch liegen die sekundär recherchierbaren Kriterien (z.B. Unternehmensgröße, Branchentrends, Geschäftsentwicklung) ggf. mangels Personal- und Know-how-Kapazitäten deutlich niedriger als bei größeren Anbietern (E 7.2).

Vor allem den Anbietern mit hohem Marktengagement ist es gelungen, die Abhängigkeit von „weichen“ und vor allem nicht systematisch identifizierbaren Kriterien zu verringern. Hier zeigt sich wohl ein erster *Schlüssel* für den *Erfolg* dieser Anbieter. Dies wäre insoweit plausibel als sich auch im Laufe der zunehmenden Markterfahrung die *Argumentationsdichte* und Kompetenz in der Kommunikation gegenüber den Kundenunternehmen deutlich z.B. gegenüber Einsteigern abhebt (E 7.3)

³¹⁵ vgl. Näheres zu dieser Einteilung und Zuordnung der einzelnen Teilmärkte in Dostal, A., Dostal, G., 2012, S. 193ff., 677ff.

Zu den erkannten *TOP 5-Motiven* der *BGF-/BGM-Adressaten* zählen über alle Anbieterbranchen die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Motivation der Mitarbeiter, das Steigern der Attraktivität als Arbeitgeber, die Reaktion auf älter werdende Mitarbeiter und die Bindung der Mitarbeiter. Die erkennbar *klassischen Motive* der Gesundheitsförderung, die als Erfolgskriterium die Vermeidung von durch die Kostenträger bezahlten Krankheitsbildern haben, sind nicht mehr ausschließliches Motiv für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen. Das Bewusstsein für den Wert von motivierten Mitarbeiter und die Notwendigkeit als attraktiver Arbeitgeber qualifizierte Mitarbeiter zu gewinnen und zu halten, hat im Sinne der psychosozialen Gesundheit und Teamfähigkeit von Kondratieff nahezu einen gleichen *Stellenwert* (E 7.4).

Anbieter mit mehr als 100 Mitarbeitern (darunter fallen auch alle *marktrelevanten Kostenträger*) nennen demgegenüber als erkannten TOP-Argumente für den Einsatz von BGF/BGM die Reduzierung von Arbeitsunfähigkeitszeiten und das Steigern der Attraktivität als Arbeitgeber. Bei Kleinanbietern bis 10 Mitarbeiter ist es - wohl auch vor dem Hintergrund eigener Erfahrungen beim Ausfall eines *Schlüsselmitarbeiters* - der Beitrag zum *Risikomanagement* (E 7.5).

Die Branchengruppe der stationären medizinischen Versorgung/Reha/Pflege weist den breitesten Blickwinkel auf die Zielgruppenmotive auf: Das *Repertoire* an Argumenten schöpft aus allen Bereichen. Insgesamt zeigen die Ergebnisse, dass gerade auf Seiten zahlreicher Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt noch zielführende (Verkaufs-) Argumentationen gegenüber potentiellen BGF-/BGM-Kunden fehlen. Insoweit ist der oben genannte „Vertriebsumweg“ über Mediziner nachvollziehbar (E 7.6).

Die Unterschiede im Marktengagement der befragten Akteure schlagen sich auf die erkannten Zielgruppenmotive teilweise recht deutlich nieder: Markteinsteiger setzen eher auf „Steigern der Attraktivität als Arbeitgeber“ und „Reaktion auf älter werdende Mitarbeiter“. Die erfahreneren Akteure schöpfen dagegen aus einem breiteren *Argumentationstopf* (E 7.7).

Der Wunsch nach *zusätzlichen Anreizsystemen* für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen ist mit Zwei Drittel gegenüber dem Bereich IGM mit Vier Fünfteln nennenswert geringer. Dabei ragen die Akteure aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt durch ein Plus beim „Ja“ hervor (E 7.8). Der Wunsch nach (staatlichen) Anreizsystemen ist nach Branchengruppen unterschiedlich ausgeprägt: Die *subventionsaffine* Branchengruppe Stationäre medizinische Versorgung/Reha/Pflege sowie die *zuschussaffine* Branchengruppe Wellness/Sport sind die intensivsten *Forderer*. Hingegen kommt von Seiten der Kostenträger, der Branchengruppe Heilmittel/Naturheilkunde/Ernährung sowie der Branchengruppe ambulante Versorgung/Apotheken das bestimmteste „Nein“ zu solchen Anreizsystemen (E 7.9).

Förderungen im Bereich BGF/BGM sind für zahlreiche Anbieter ein *Muss*. Dies gilt sowohl für die kleinsten als auch die größten Anbieter, für Anbieter mit hohem Marktengagement als auch für Markteinsteiger. Anscheinend zeigen die *Markterfahrungen* der Akteure, dass das Bewusstsein für den Nutzen von BGF-/BGM-Maßnahmen immer noch nicht in vollem

3. Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung 1.1: Bevölkerungsentwicklung in absoluten Zahlen, Anteile der Altersgruppen in Prozent, 1960 bis 2060	15
Abbildung 1.2: Entwicklung der gesundheitlichen Gründe für Frühverrentungen 2001 - 2012	18
Abbildung 1.3: Eisbergmodell der Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz	18
Abbildung 1.4: Entwicklung der Staatsverschuldung 1950 - 2013	20
Abbildung 1.5: Gründe für Erwerbstätigkeit im Ruhestand in Prozent	22
Abbildung 1.6: Von der drei- zur sechsphasigen Biographie	22
Abbildung 1.7: Der sechste Kondratjeff	26
Abbildung 2.1: Risikofaktoren und Verlust an Lebenszeit in Jahren	32
Abbildung 2.2: Entwicklung der Prävalenzen (in Prozent)	38
Abbildung 2.3: Teilnehmer an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung	41
Abbildung 2.4: Gesetzesgrundlagen, Kostenträger und Institutionen der Prävention im Ersten Gesundheitsmarkt	46
Abbildung 2.5: Die Gesundheitstypen im Überblick	49
Abbildung 2.6: Aktionsfelder des heutigen BGF-/BGM-Verständnisses	55
Abbildung 2.7: Gesundheitsbezogene Beeinträchtigungen und Auswirkungen im Unternehmen	56
Abbildung 2.8: Ausfallbedingte Arbeitskosten durch Minderleistung	57
Abbildung 3.1: Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz 2000 - 2012 in Mrd. Euro	68
Abbildung 3.2: Gesundheitsausgaben für ärztliche Leistungen in Arztpraxen 1998 - 2012 in Mrd. Euro	69

Abbildung 3.3: Entwicklung Inanspruchnahme eines Gesundheits-Checks-ups von GKV-Anspruchsberechtigten 2007 - 2011 in Prozent	72
Abbildung 3.4: Teilmärkte im Zweiten Gesundheitsmarkt und deren künftige Entwicklungen und Potentiale	76
Abbildung 3.5: Erscheinungsformen von Wellness	77
Abbildung 3.6: Sporttreibende in Deutschland 2007 und 2013	89
Abbildung 3.7: Ausgewählte Gesundheitsdienstberufe 2000 - 2011 (in Tsd.)	90
Abbildung 3.8: Treiberfaktoren für die Marktentwicklung im Teilmarkt Gesundheitsreisen (in Prozent)	98
Abbildung 3.9: Demographische Kernzielgruppen für den unternehmerischen Erfolg bei Wellness, Gesundheitsvorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen im Vergleich in Prozent	100
Abbildung 5.1: Engagement der befragten Unternehmen in den Bereichen Individualprävention und betriebliche Gesundheitsförderung (BGF/BGM) in Prozent	123
Abbildung 5.2: Engagement der befragten Unternehmen bei Angeboten zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten oder Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	124
Abbildung 5.3: Engagement der befragten Unternehmen bei Angeboten zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	125
Abbildung 5.4: Engagement der befragten Unternehmen bei Angeboten zur Individualprävention nach Unternehmensgröße in Prozent	127
Abbildung 5.5: Engagement der befragten Unternehmen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Zugehörigkeit zum Ersten oder Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	128
Abbildung 5.6: Engagement der befragten Unternehmen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Branchengruppen in Prozent	129
Abbildung 5.7: Engagement der befragten Unternehmen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Unternehmensgröße in Prozent	130

Abbildung 5.8: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention in Prozent	131
Abbildung 5.9: Vernetzungsrichtungen bei Angeboten zur Individualprävention und Zugehörigkeit zum Ersten oder Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	132
Abbildung 5.10: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	133
Abbildung 5.11: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention nach unterschiedlichen Unternehmensgrößen in Prozent	135
Abbildung 5.12: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention nach Stärke des Engagements in Prozent	136
Abbildung 5.13: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zu BGF-/BGM in Prozent	137
Abbildung 5.14: Vernetzungstiefe und -richtungen bei Angeboten zu BGF/BGM nach Zugehörigkeit zum Ersten oder Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	138
Abbildung 5.15: Vernetzungstiefe und -richtungen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Branchengruppen in Prozent	139
Abbildung 5.16: Vernetzungstiefe und -richtungen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Unternehmensgröße in Prozent	140
Abbildung 5.17: Vernetzungstiefe und -richtungen bei BGF-/BGM-Angeboten nach Grad des Engagements in Prozent	141
Abbildung 6.1: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention in Prozent	147
Abbildung 6.2: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	148
Abbildung 6.3: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	150

Abbildung 6.4: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention nach Größe der Anbieter in Prozent	152
Abbildung 6.5: Zielgruppenkriterien für Angebote zur Individualprävention nach jeweiligem Engagement in Prozent	153
Abbildung 6.6: Zielgruppensegmentierungen für den unternehmerischen Erfolg in Prozent	154
Abbildung 6.7: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention auf Basis demographischer Kriterien in Prozent	154
Abbildung 6.8: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention auf Basis demographischer Kriterien nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	155
Abbildung 6.9: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention auf Basis sozialer Milieus in Prozent	156
Abbildung 6.10: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention auf Basis sozialer Milieus nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	158
Abbildung 6.11: Segmentierung nach sozialen Milieus in den Märkten Wellness, Vorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen in Prozent	159
Abbildung 6.12: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention anhand von Gesundheitstypen in Prozent	161
Abbildung 6.13: Zielgruppenbestimmung für Angebote zur Individualprävention anhand von Gesundheitstypen nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	162
Abbildung 6.14: Segmentierung nach Gesundheitsverhalten in den Märkten Wellness, Vorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen in Prozent	163
Abbildung 6.15: Zielgruppenbestimmung anhand von Konsumtypen für Angebote zur Individualprävention in Prozent	164
Abbildung 6.16: Segmentierung nach Konsumententypen in den Märkten Wellness, Vorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen in Prozent	165

Abbildung 6.17: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention in Prozent	166
Abbildung 6.18: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	166
Abbildung 6.19: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten der Individualprävention nach Branchengruppe in Prozent	167
Abbildung 6.20: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten der Individualprävention nach Anbietergröße in Prozent	168
Abbildung 6.21: Notwendigkeit von Anreizsystemen für die Nutzung von Angeboten der Individualprävention nach Grad des Engagements in Prozent	169
Abbildung 6.22: Art der Anreize für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention in Prozent	170
Abbildung 6.23: Art der Anreize für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	172
Abbildung 6.24: Art der Anreize für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	173
Abbildung 6.25: Art der Anreize für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Anbietergröße in Prozent	174
Abbildung 6.26: Art der Anreize für die Nutzung von Angeboten zur Individualprävention nach Engagement in Prozent	175
Abbildung 6.27: Medien zur Information über Angebote zur Individualprävention in Prozent	176
Abbildung 6.28: Medien zur Information über Angebote zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	177
Abbildung 6.29: Medien zur Information über Angebote zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	178

Abbildung 6.30: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei Individualprävention	179
Abbildung 6.31: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei Angeboten zur Individualprävention nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	179
Abbildung 6.32: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei Angeboten zur Individualprävention nach Branchengruppen in Prozent	180
Abbildung 6.33: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei Individualprävention nach Anbietergröße in Prozent	181
Abbildung 6.34: Vorreiterfunktion bei Individualprävention nach Engagement der Unternehmen in Prozent	181
Abbildung 6.35: TOP 5 Treiberbranchen für die Individualprävention in Prozent ..	182
Abbildung 6.36: Erwartete Entwicklungsrichtungen in den Teilmärkten Gesundheitsreisen, Vorsorge/Prävention und Wellness in Prozent	183
Abbildung 7.1: Zielgruppenkriterien für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	187
Abbildung 7.2: Zielgruppenkriterien der Anbieter aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	188
Abbildung 7.3: Zielgruppenkriterien der Akteure für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen in Prozent	189
Abbildung 7.4: Zielgruppenkriterien der Akteure für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Anbietergröße in Prozent	190
Abbildung 7.5: Zielgruppenkriterien der Akteure für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Engagement in Prozent	191
Abbildung 7.6: Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	193
Abbildung 7.7: Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Kundenunternehmensgröße in Prozent	194

Abbildung 7.8: Unterschiedliche Blickwinkel für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe des Kundenunternehmens in Prozent ..	196
Abbildung 7.9: Erkannte Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	197
Abbildung 7.10: Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen der Anbieter in Prozent	198
Abbildung 7.11: Erkannte Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter in Prozent ..	199
Abbildung 7.12: Erkannte Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Engagement der Anbieter in Prozent	200
Abbildung 7.13: Unterschiedliche Blickwinkel der Anbieter für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Engagement der Anbieter in Prozent	201
Abbildung 7.14: Wunsch nach zusätzlicher Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	202
Abbildung 7.15: Wunsch nach zusätzlicher Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	203
Abbildung 7.16: Wunsch nach zusätzlicher Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen in Prozent	203
Abbildung 7.17: Wunsch nach zusätzlicher Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Anbieter in Prozent ...	204
Abbildung 7.18: Wunsch nach zusätzlicher Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach dem Engagement der Anbieter in Prozent	205
Abbildung 7.19: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	205
Abbildung 7.20: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	206

Abbildung 7.21: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/ BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen in Prozent	207
Abbildung 7.22: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/ BGM-Maßnahmen nach Anbietergröße in Prozent	208
Abbildung 7.23: Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/ BGM-Maßnahmen nach Engagement der Anbieter in Prozent	209
Abbildung 7.24: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	210
Abbildung 7.25: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Kundenunternehmen in Prozent	210
Abbildung 7.26: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	212
Abbildung 7.27: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen der Anbieter in Prozent	213
Abbildung 7.28: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter in Prozent	214
Abbildung 7.29: Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach dem Engagement der Anbieter in Prozent	215
Abbildung 7.30: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	216
Abbildung 7.31: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Kundenunternehmen in Prozent	218
Abbildung 7.32: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	219
Abbildung 7.33: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppe der Anbieter in Prozent	220
Abbildung 7.34: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter in Prozent	222

Abbildung 7.35: Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Engagement der Anbieter in Prozent	224
Abbildung 7.36: Mindestgrößen von Kundenunternehmen für die Einsetzbarkeit von BGF-/BGM-Maßnahmen in Prozent	225
Abbildung 7.37: Mindestgrößen von Kundenunternehmen für die Einsetzbarkeit von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	225
Abbildung 7.38: Mindestgrößen von Kundenunternehmen für die Einsetzbarkeit von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppen der Anbieter in Prozent	226
Abbildung 7.39: Mindestgrößen von Kundenunternehmen für die Einsetzbarkeit von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter in Prozent	227
Abbildung 7.40: Mindestgrößen von Kundenunternehmen für die Einsetzbarkeit von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Marktengagement der Anbieter in Prozent	227
Abbildung 7.41: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei BGF/BGM in Prozent	230
Abbildung 7.42: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei BGF/BGM nach Zugehörigkeit zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt in Prozent	230
Abbildung 7.43: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei BGF/BGM nach Branchengruppen in Prozent	231
Abbildung 7.44: TOP 5 Treiberbranchen für BGF-/BGM-Angebote in Prozent ...	232
Abbildung 7.45: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei BGF/BGM nach Unternehmensgröße der Anbieter in Prozent	232
Abbildung 7.46: Vorreiterfunktion des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes bei BGF/BGM nach Engagement der Unternehmen in Prozent ..	233

4. Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle 1.1: Zugangsalter bei den Versichertenrenten nach Altersgruppen in der alten) BRD 1965 - 2010 in Prozent und Zielszenario 2030	16
Tabelle 1.2: Beweggründe zum vorzeitigen Renteneintritt in Prozent	17
Tabelle 1.3: Geburtenrate und Eheschließungen im Umfeld der Lebens- und Arbeitswelten 1990 - 2012	19
Tabelle 1.4: Stärke des Einflusses anderer Branchen in ausgewählten Präventions- und Gesundheitsförderungsmärkten in Prozent	25
Tabelle 2.1: Ausgewählte Verkürzungs- und Verlängerungsmittel des Lebens durch das eigenverantwortliche Individuum nach der Makrobiotik von C.W. Hufeland	30
Tabelle 2.2: Neue haushaltsaufgaben/-funktionen seit den 1970er Jahren	34
Tabelle 2.3: Primärreduktion als bevölkerungs- und individuenbezogene Risikoreduktion	37
Tabelle 2.4: Interventionsebenen und Kontextbezug von primärpräventiven Interventionen	38
Tabelle 2.5: Durch Prävention und Gesundheitsförderung erschließbare Potentiale	39
Tabelle 2.6: Sozialgesetzbücher und Kostenträger für die staatliche Prävention und Gesundheitsförderung	44
Tabelle 2.7: Gründe von Versicherten einer gesetzlichen Krankenkasse für Bewegungsaktivitäten im Bereich Sport im Rahmen eines Bonusprogrammes	45
Tabelle 2.8: Verantwortlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung im mittleren Alter in Prozent	48
Tabelle 2.9: Sportliche Freizeitaktivitäten der Deutschen in Prozent	51

Tabelle 2.10:	Präventions- und Gesundheitsfördernde Freizeitaktivitäten der Deutschen pro Monat in Prozent	52
Tabelle 2.11:	Arbeitsunfähigkeitsfälle und Arbeitsunfähigkeitstage und Tage je Fall bei Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung 1995 - 2012	53
Tabelle 2.12:	Ausmaß der Interessen-, Informations- und Unsicherheitsprobleme von GKV-Versicherten	59
Tabelle 2.13:	Für Gesundheitsinformationen genutzte Medien in Prozent	60
Tabelle 3.1:	Gesundheitswirtschaft nach Branche, Volumina, Beschäftigten und Unternehmen	66
Tabelle 3.2:	Gesetzliche Krankenkassen nach Größenklassen 2003 - 2014	67
Tabelle 3.3:	Fachgruppenzugehörigkeit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten 2006 - 2010	70
Tabelle 3.4:	Ankünfte und ø Übernachtungen in den deutschen Heilbädern und Kurorten 2000 - 2012, jeweils in Tsd., Unternehmen mit mehr als neun Betten ohne Touristik-Camping	71
Tabelle 3.5:	Nachfrage von Verbrauchern nach bestimmten IGeL-Angeboten 2010 in Prozent	72
Tabelle 3.6:	Ansatzpunkte für die Burnout-Prävention	74
Tabelle 3.7:	Übliche Angebote im Rahmen von Wellness von A-Z	78
Tabelle 3.8a:	Rangliste der 62 Spitzenverbände des DSOB nach Mitgliederzahlen 2008 und 2013	84
Tabelle 3.8b:	Rangliste der 62 Spitzenverbände des DSOB nach Mitgliederzahlen 2008 und 2013	85
Tabelle 3.9:	Studio-, Mitglieder und Umsatz der Fitness-Branche 1990 - 2013	86
Tabelle 3.10:	Wanderintensität nach Alter (Urlaub und Freizeit) in Prozent	87
Tabelle 3.11:	Wanderaffine Gruppen	88

Tabelle 3.12:	Abgrenzung Tourismus, Gesundheitstourismus, Kur-/Rehabilitations-Tourismus, Wellness- und „Auszeit“-Tourismus	96
Tabelle 3.13:	Abgrenzungskriterien zwischen Wellness-/„Auszeit“-Tourismus, Medical Wellness-Tourismus und Kurtourismus	99
Tabelle 3.14:	Verbraucherbotschaften in den Teilmärkten Wellness, Gesundheitsvorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen in Prozent	100
Tabelle 4.1:	Träger von Gesundheitsregionen	109
Tabelle 4.2:	Typen von Gesundheitsregionen	109
Tabelle 4.3:	Die sieben Gesundheitsziele des Kooperationsverbundes gesundheitsziele.de der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V., Köln seit dem Jahr 2000	114
Tabelle 5.1:	Struktur der Teilnehmer nach Gesundheitsbranchen in Prozent.	121
Tabelle 5.2:	Anzahl der Antwortenden bei der Online-Umfrage 2014 nach Unternehmensgröße in Prozent	122
Tabelle 5.3:	Segmentübergreifendes Engagement der befragten Unternehmen in Prozent	130
Tabelle 5.4:	TOP 3 Vernetzungstiefen und -richtungen bei Angeboten zur Individualprävention nach unterschiedlichen Unternehmensgrößen	135
Tabelle 6.1:	TOP 3 Zielgruppenkriterien zur Individualprävention nach Branchengruppen	149
Tabelle 6.2:	TOP 3 Zielgruppenkriterien zur Individualprävention nach Anbietergröße	151
Tabelle 6.3:	Segmentierung nach sozialen Milieus im Zeitreihenvergleich 2011 - 2014, Rangfolge	160
Tabelle 7.1:	Zielgruppenmotive für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe des Kundenunternehmens, Rangfolge	195

Tabelle 7.2:	Art der zusätzlichen Förderung für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter, Rangfolge	208
Tabelle 7.3:	Einstiegsangebote für den Einsatz von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Größe der Kundenunternehmen, Rangfolge	211
Tabelle 7.4:	TOP 5-Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Zugehörigkeit der Anbieter zum Ersten bzw. Zweiten Gesundheitsmarkt, Rangfolge	220
Tabelle 7.5:	Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Branchengruppe der Anbieter, Rangfolge	221
Tabelle 7.6:	Kriterien für die Auswahl von BGF-/BGM-Maßnahmen nach Unternehmensgröße der Anbieter, Rangfolge	223