

**Adrian W.T. Dostal
Gabriele Dostal**

Gesundheitsregionen und -städte - Netzwerke und Kooperationen mit Potential

**Ergebnisse einer empirischen Befragung von Entscheidern des
Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes im Spannungsdreieck
von Daseinsvorsorge, Gesundheitstourismus und
Wirtschaftsförderung**

Vilsbiburg 2013

Inhalt

Vorwort	5
---------------	---

Kapitel A

Faktor Gesundheit und Initiativen rund um Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte

1. Gesundheit im engeren und weiteren Sinne	9
2. Initiatoren und Anlässe wichtiger Programme	12
2.1. Gesundheitsregionen	13
2.2. Gesundheitsstädte	19
2.3. Innovativer Gesundheitstourismus und Tourismus in ländlichen Regionen	21
2.4. LandZukunft	26

Kapitel B

Akteure und Kooperationen im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt

1. Branchen und Sektoren des Gesundheitsmarktes	31
1.1. Der Erste und Zweite Gesundheitsmarkt im Überblick	31
1.2. Kooperationen zwischen Märkten und Unternehmen	36
2. Finanzierer des Gesundheitsmarktes	40
2.1. Gesetzliche und private Krankenversicherer	40
2.2. Selbstzahler und Privathaushalte	47

Kapitel C

Untersuchungsimpuls, Zielsetzung und Befragungskonzept

1. Untersuchungsimpuls und Strukturen heutiger Gesundheitsregionen	53
2. Untersuchungsziel und Konzept der Online-Umfrage	57
3. Sample und Struktur der Umfrageteilnehmer	59

Kapitel D

Ergebnisse der Befragung von Entscheidern des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkts

1.	Markttransparenz Gesundheitsregionen und -städte	65
1.1.	Generelle Bekanntheit beider Kooperations-/Netzwerkformen	65
1.2.	Namentliche Bekanntheit von Gesundheitsregionen und -städten	68
1.3.	Schätzung der Anzahl von Gesundheitsregionen/-städten	74
1.4.	Zwischenfazit	76
2.	Definitionen und Bekanntheit von Gesundheitsregionen und -städten	78
2.1.	Definitionsvielfalt und Typisierung	78
2.2.	Verteilung der identifizierten Typen von Gesundheitsregionen/-städte	85
2.3.	Zwischenfazit	95
3.	Initiatoren, Formen, Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten	96
3.1.	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten	96
3.2.	Rechtsformen und Organisationsstrukturen	104
3.3.	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten	107
3.4.	Zwischenfazit	115
4.	Geschäftsmodelle und Schwerpunktsetzungen von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten	117
4.1.	Schwerpunktsetzungen und Zielsetzungen im Überblick	117
4.2.	Best-Practice- und Best-Nutzen-Kombinationen als Checkliste für Akteure	124
4.3.	Inhaltliche Schwerpunkte von Verbraucher-orientierten Gesundheits- regionen und -städten im Besonderen	128
4.4.	Zwischenfazit	134
5.	Teilnahme, -gründe und Hindernisse sowie Erwartungen bei einer Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt	135
5.1.	Umfang Teilnahme/Mitgliedschaft	135
5.2.	Gründe für die Teilnahme/Mitgliedschaft	138
5.3.	Hinderungsgründe für die Nicht-Teilnahme/Nicht-Mitgliedschaft	142
5.4.	Erwartungen an eine Teilnahme/Mitgliedschaft	146
5.5.	Zwischenfazit	152
6.	Vermarktung von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten	154
6.1.	Medien-Mix für die Vermarktung von Verbraucher-orientierten Gesundheitsregionen/-städten	154
6.2.	Hindernisse bei der Vermarktung	161

6.3.	Exkurs: Gesundheitsmärkte Wellness, Gesundheitsvorsorge/Prävention und Gesundheitsreisen	167
6.4.	Zwischenfazit	168
7.	Künftige Entwicklung von Gesundheitsregionen und -städten	169
7.1.	Entwicklungsdynamik und eigener Markt der Akteure	169
7.2.	Bevorzugte Teilnehmerstruktur von Gesundheitsregionen/-städten	176
7.3.	Optimales Einzugsgebiet einer Gesundheitsregion/-stadt	182
7.4.	Zwischenfazit	184

Kapitel E

Zusammenfassung und Ausblick: Chancen und Perspektiven	187
---	------------

Kapitel F

Anhang

1.	Liste von Gesundheitsregionen	201
2.	Abkürzungsverzeichnis	204
3.	Abbildungsverzeichnis	205
4.	dostal-Schriften (Auszug)	211

men liegen. Die zweifellos erkennbare Dynamik wird zu einer Zunahme und (weiteren) Ausdifferenzierung der Profile von Gesundheitsregionen führen. Im Bereich der Gesundheitsstädte könnte es - mit einer deutlichen Verzögerung - vielleicht ebenfalls zu einer solchen Entwicklung kommen.

2. Untersuchungsziel und Konzept der Online-Umfrage

Stichworte: Erkenntnisfortschritt, Kooperation, Netzwerk
Transparenz, State of the art
Unterstützungsstrategien
Potentiale, Entwicklungsrichtung
Produktivitätssteigerung, Wettbewerbsfähigkeit, Wohlstand
Schlussfolgerungen, Empfehlungen
Teilnehmer, Akteure, Initiatoren, Promotoren, Multiplikatoren
Umfrageteilnehmer

Die wesentlichen Untersuchungsziele der durchgeführten Online-Umfrage bei den hochrangigen Entscheidern aus dem gesamten Gesundheitsmarkt sind:

- Erreichen eines deutlichen *Erkenntnisfortschritts* zu zwei zukunftsweisenden Erscheinungsformen von *Kooperationen* und *Netzwerken* der Gesundheitswirtschaft.
- Schaffen von *Transparenz* bei gleichzeitiger Verdichtung des *State of the art* von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten hinsichtlich ihrer Erscheinungsformen und Varianten.
- Identifikation von möglichen Hinterungsgründen und Barrieren für die Mitwirkung bei Gesundheitsregionen und -städten einschl. Ableiten möglicherweise notwendiger *Unterstützungsstrategien*.
- Identifikation weiterer *Potentiale* und *Entwicklungsrichtungen* bestehender, geplanter und ggf. durch diese postal-Studie angeregte neue Gesundheitsregionen und -städte.
- Abschätzen des Mitwirkungspotentials von Gesundheitsregionen und -städten in volkswirtschaftlicher Hinsicht im Sinne des 6. Kontratieff Gesundheit: *Produktivitätssteigerung* mit Hilfe von Gesundheit, Ausbau der *Wettbewerbsfähigkeit* und Erhalt des *Wohlstands* im Lande.
- Ableitung zusätzlicher, empirisch belegbarer *Schlussfolgerungen* und *Empfehlungen* vor dem Hintergrund der bereits bestehenden Erkenntnisse insbesondere für die
 - über 6.000 *Teilnehmer* an bereits bestehenden Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten,
 - interessierten *Akteure* aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt, insbesondere diejenigen, die bereits über ein Mitwirken an Gesundheitsregionen und -städten nachdenken,
 - (künftigen) *Initiatoren*, *Promotoren* und *Multiplikatoren* von Gesundheitsregionen und -städte aus Unternehmen, Wirtschaftsförderungsgesellschaften,

Tourismusverbänden sowie der Politik und Verwaltung auf lokaler, regionaler und überregionaler Ebene einschl. Bund und Länder.

Mit der durchgeführten Online-Umfrage sollten insbesondere folgende Fragen geklärt werden:

- Was wird unter den beiden Begriffen, Erscheinungs- bzw. Organisationsformen Gesundheitsregion und Gesundheitsstadt verstanden?
- Welche konkreten Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte sind bekannt und in welcher Rechtsform werden diese betrieben?
- Wer sind die Impulsgeber/Initiatoren von beiden Organisationsformen?
- Welche erkennbaren Zielsetzungen und Schwerpunkte verfolgen Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte?
- Welche Zielsetzungen und Schwerpunkte werden von den befragten Entscheidern erwartet?
- Welche Angebote sollten Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte mit dem Fokus Verbraucher (als Wohnbevölkerung und/oder Gäste) bereithalten?
- Mit welchen Medien sollen Gesundheitsregionen und -städte versuchen, diese Verbraucher als Wohnbevölkerung bzw. als (Urlaubs-)Gäste zu erreichen bzw. bei diesen auch bekannter zu machen?
- Mit welchen Angeboten müssen Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte die Entscheider aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt für eine Beteiligung überzeugen?
- Was sind bisher die ausschlaggebenden Gründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion bzw. -stadt gewesen?
- Welchen Nutzen erwarten Entscheider aus dem Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten?
- Was sind die wichtigsten Hinderungsgründe bzw. Schwierigkeiten von Gesundheitsregionen - und -städte um ihre jeweiligen Zielgruppen zu erreichen?
- Zu welchen Themenbereichen werden in den nächsten Jahren (neue) Gesundheitsregionen und -städte entstehen bzw. sich weiterentwickeln?
- Welche Branchen der Gesundheitswirtschaft sollten bei den Gesundheitsregionen bzw. Gesundheitsstädten (vordringlich) mitwirken?
- Was sind nach Meinung der Entscheider die geeignetsten räumlichen Erstreckungsgebiete von Gesundheitsregionen bzw. -städten?

Grundlage für die Auswahl und Ansprache der Umfrageteilnehmer war die Datenbank von dostal-beratung[®] mit Entscheidern aus allen Branchen des Ersten und Zweiten Gesundheitsmarktes einschl. aller Kostenträger und B2B-Märkte (vgl. Abb. 8).

Nach dem Zufallsprinzip wurden an ausgewählte Entscheider Einladungsmails zur Teilnahme an der Umfrage versandt. Die einzelnen Branchen wurden dabei nicht nach ihrem Marktvolumen gewichtet, da dies auf Basis der derzeit verfügbaren, abgrenzbaren und zuordenbaren Marktdaten (noch) nicht möglich ist.

Die Einladungsmails für die dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 wurden am 5.2.2013 versandt. Sie waren mit einem individuellen Link versehen, so dass Doppel- oder Mehrfachteilnahmen ausgeschlossen waren. Neben zahlreichen geschlossenen wurden auch einige offene Fragen gestellt. Zudem hatten die Experten auch die Möglichkeit ihre geschlossenen Antworten zu begründen. Am 19.2.2013 wurden die Teilnehmer mit einem einmaligen Erinnerungsschreiben nochmals kontaktiert. Die Befragung wurde am 28.3.2013 abgeschlossen.

3. Sample und Struktur der Umfrageteilnehmer

Stichworte: Repräsentativität Gesamtmarkt
Top-Thema
Aktualität, Bedeutung

Insgesamt nahmen 541 hochrangige Entscheider an der Studie teil. Zur folgenden Auswertung herangezogen wurden die Teilnehmer, denen entweder konkrete Gesundheitsregionen/-städte bekannt waren oder Teilnehmer, welche die Begriffe Gesundheitsregion/-stadt kannten und etwas damit verbinden konnten, auch wenn ihnen spontan kein konkreter Name einfiel. Damit konnten die (recht lückenhaften Antworten/Abbrüche) von etwa 60 - 70 weiteren Teilnehmern nicht berücksichtigt werden.

Abb. 27: Anzahl der antwortenden Entscheider nach Funktionen (in Prozent)

Funktion	in Prozent
Vorstand/Sprecher des Vorstandes/Geschäftsführer/Inhaber/Präsident/Direktor	49,5
Bereichs-/Hauptabteilungsleiter/Chefarzt	3,1
Abteilungsleiter/Einrichtungsleiter/Stellv. Abteilungsleiter	19,2
Referent/Projektleiter / Assistent	22,0
Politiker/Bürgermeister	0,6
Fehlende Angabe	5,5
Gesamt	100,0

Quelle: dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 (n = 541)

Nahezu jeder zweite Teilnehmer (49,%) ist Mitglied der obersten Führungsebene eines Unternehmens, einer Organisation oder Institution (Abb. 27). Als Mitglied des Top-Managements oder auch Inhaber sind diese für die strategischen und unternehmenspolitischen Entscheidungen zuständig. Weitere 22,3% der Teilnehmer (3,1 + 19,2%) sind als Bereichs-, Hauptabteilungsleiter, Chefarzt oder Abteilungs-/Einrichtungsleiter oder vereinzelt auch stellvertretende Abteilungsleiter dem oberen bzw. mittleren Management zuzuordnen und dabei für Entscheidungsvorbereitungen bzw. Umsetzungen zur Zielerreichung zuständig.

Die Umfrageteilnehmer konnten insgesamt 17 unterschiedlichen Branchen/-gruppen aus der Gesundheitswirtschaft zugeordnet werden. Für die Darstellung wurden einzelne Gesundheitsbranchen wie z.B. Apotheken, Sanitätshandel, Drogerien usw. als Gruppen zusammengefasst (Abb. 28).

Abb. 28: Anzahl der antwortenden Entscheider nach Branchen/-gruppen (in Prozent)

Gesundheits-Branchengruppe	in Prozent
Allgemein-, Fachärzte, Ärztenetze, Ärzte-MVZ	3,2
Gesundheitshandel (Apotheken, Sanitätshäuser, Drogerien)	2,2
Ernährung & Functional Food	1,4
Zahnärzte, Dentalhandel	2,7
Sport & Fitness	3,4
Gesundheitsregion, Gesundheitsstadt	2,2
Gesundheitstourismus	12,4
Heilmittelanbieter & Naturheilkunde	4,0
Out-Sourcing-Partner (IT, Agenturen, Facility--Management, Sonstige)	10,4
Kostenträger	9,2
Krankenhäuser, Krankenhaus-MVZ	16,2
Medizintechnik	3,6
Pflege	7,6
Pharma, Pharmahandel	3,4
Prävention & Rehabilitation	4,7
Wellness	1,1
Wirtschaftsförderung & Investoren	5,8
Ohne Branchennennung	6,7
Gesamt	100,0

Quelle: dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 (n = 541)

Am häufigsten teilgenommen haben die Bereiche Krankenhäuser/Krankenhaus-MVZ (16,2%), der Gesundheitstourismus (12,4%), Out-Sourcing-Partner (10,4%), Kostenträger (9,2%) und der Bereich Pflege (7,6%). Immerhin bereits 2,2% der Teilnehmer gaben als Branche „Gesundheitsregion/-stadt“ an. N = 36 Teilnehmer, d.h. insgesamt 6,7% machten keine Branchenangabe.

Insgesamt gesehen kann hinsichtlich der Unternehmensgrößen von einer Viertelung des Samples gesprochen werden (Abb. 29). So sind kleinere Unternehmen mit bis zu zehn Mitarbeitern mit 22,4% vertreten, 26,8% der Unternehmen haben zwischen elf und 100 Mitarbeiter, 22,0% zwischen 101 und 1.000 Mitarbeiter und 23,3% der Unternehmen haben 1.000 und mehr Mitarbeiter. Somit vertritt jeder zweite Teilnehmer an der Umfrage (kumulierte 49,%) ein Unternehmen, eine Organisation oder Institution mit bis zu 100 Mitarbeitern.

Diese Verteilung spiegelt sowohl die unterschiedlichen Unternehmensgrößen der teilnehmenden Gesundheitsbranchen wie z.B. Krankenhaus vs. Arztpraxis, Reha-Klinik vs.

Befragte aus den klassischen medizinischen Bereichen der Individualversorgung, wie z.B. Ärzte, Zahnärzte, Apotheken, Heilmittelerbringer und Naturheilkundler geben lediglich zu 41,8% an, dass sie konkrete Gesundheitsregionen/-städte kennen. Damit bilden sie zusammen mit dem Bereich Sport, Fitness und Wellness (44,0%) die beiden Branchengruppen, in denen konkrete Gesundheitsregionen/-städte am wenigsten bekannt sind.

Ein Zusammenhang zwischen Befragten der unterschiedlichsten Entscheidungsebenen und der Bekanntheit konkreter Gesundheitsregionen/-städte (vgl. Abb. 35) besteht ebenso wenig wie zwischen Befragten unterschiedlicher Unternehmensgrößen (vgl. Abb. 36).

Abb. 36: Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Unternehmensgröße (in Prozent)

Bekanntheit/Unternehmensgröße	Gesamt	bis 10 MA	11 - 100 MA	101 - 1.000 MA	über 1.000 MA
Konkrete Gesundheitsregion/ -stadt bekannt	53,6	59,5	57,2	60,5	50,0
Kenne nur die Begriffe, keine konkreten Namen	46,4	40,5	42,8	39,5	50,0

Quelle: dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 (n = 511)

Unterschiede nach den formalen Rasterkriterien Branche, Unternehmensgröße und Entscheidungsebenen existieren demnach bei der Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städte nicht: Die erkennbaren Defizite der Kommunikation von Gesundheitsregionen/-städten schlagen vielmehr selbst auf einen (geringen) Teil deren Mitglieder durch.

1.2. Namentliche Bekanntheit von Gesundheitsregionen und -städten

Stichworte: Regionale Bekanntheit
Kommunikations-, Vermarktungsarbeit

Insgesamt wurden von den Befragten 83 verschiedene Gesundheitsregionen/-städte genannt. Von diesen genannten Gesundheitsregionen/-städten bzw. konkreten Kurorten können lediglich 15 Regionen, Städte und Orte zwischen sechs und 26 Nennungen auf sich vereinen. Hierunter ist kein traditioneller Kurort vertreten.

Am häufigsten wurden genannt (n = 201):

- Gesundheitsregion KölnBonn e.V. (15,4%)
- Gesundheitsstadt Berlin GmbH (12,9%)
- Gesundes Kinzigtal GmbH - Managementgesellschaft für Integrierte Versorgung für die Region Ortenaukreis (10,9%)
- Netzwerk Gesundheitswirtschaft Berlin Brandenburg - HealthCapital (8,5%)

- Partnerschaften für die Gesundheitswirtschaft OWL, ZIG - Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft Ostwestfalen-Lippe (6,0%)
- Gesundheitsregion Mecklenburg-Vorpommern e.V. (5,5%)
- Gesundheitsregion Allgäu c/o Allgäu GmbH - Gesellschaft für Standort und Tourismus (5,5%)
- Gesundheitsregion Aachen - Aachener Gesellschaft für Innovation und Technologietransfer AGIT mbH (5,0%)
- Netzwerk Gesundheitswirtschaft Münsterland (4,5%)
- Metropolregion Rhein-Neckar „MRN-Raum für Gesundheit“ (4,5%)
- Gesundheitsmetropole Ruhr - MedEcon Ruhr GmbH (4,5%)
- Gesundheitsregion Dreiländereck - Passauer Land (3,5%)
- Gesundheitsregion Europäische Metropolregion Nürnberg (EMN) - Medical Valley Europäische Metropolregion Nürnberg (3,5%)
- Gesundheitsstadt Erlangen (3,5%)
- Kompetenzzentrum Gesundheitstourismus Schleswig-Holstein (3,0%)

22 Gesundheitsregionen/-städte wurden drei- bis fünfmal genannt (vgl. Abb. 37).

Abb. 37: Mittelfeld der namentlich genannten Gesundheitsregionen/-städte

Gesundheitsregion/-stadt	in Prozent
Gesundheitswirtschaft Hannover e.V.	2,5
GbR Gesundheitslandschaft Vulkaneifel	2,5
Gesundheitsregion Osnabrück-Emsland	2,5
Gesundheitsregion Nordhessen c/o Regionalmanagement NordHessen GmbH	2,0
Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH - GesundheitsMetropole Hamburg	2,0
Gesundheitsregion Hamburg e.V.	2,0
Gesundheitsregion Landkreis Garmisch Partenkirchen	2,0
Gesundheitsregion Bayreuth	2,0
Gesundheitswirtschaft Nordwest e.V.	2,0
Gesundheitsnetzwerk Wesen-Ems; GewiNet Kompetenzzentrum Gesundheitswirtschaft e.V.	2,0
Bayerisches Golf- und Thermenland e.V. c/o Tourismusverband Ostbayern e.V.	2,0
Gesundheitswirtschaft Rhein-Main e.V. c/o FuP Kommunikations-Management GmbH	1,5
Gesundheitsregion Vogtland, Tourismusverband Vogtland e.V.	1,5
Bad Wörishofen	1,5
Brancheninitiative Gesundheitswirtschaft Südwestfalen e.V.	1,5
Gesundes Land am Tegernsee	1,5
Gesundheitsregion Marburg-Biedenkopf	1,5
Scheidegg Tourismus	1,5
Gesundheitsregion Bad Reichenhall - Wirtschaftsförderungsgesellschaft Berchtesgadener Land mbH	1,5
Gesundheitsregion Würzburg - Bäderland Bayerische Rhön AG	1,5
Gesundheitsregion Saar e.V.	1,5
Gesundheitsregion Thüringen (GRT) c/o Trägerwerk Soziale Dienste AG	1,5

Quelle: dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 (n = 201, Mehrfachnennungen)

- „Die Stadt Alzenau bezeichnet sich als Gesundstadt, da gezielt die Ansiedelung von Betrieben die im Bereich der Gesundheitsfürsorge tätig sind gefördert wird. Darüber hinaus gibt es jährlich Gesundheitstage etc.“
- „Stadt, in der für die Bürger in Form von Veranstaltungen gesunde Lebensführung erfahren können und dies auch durch evtl. Punktesystem belohnt wird - Punkte bringen z.B. Eintrittskarte ins Schwimmbad.“
- „Eine Stadt, die ihre Akteure und Aktivitäten im Gesundheitswesen, Politik etc vernetzt, um eine gesundheitsbewusstere Lebensweise zu fördern, die Gesundheitsversorgung zu optimieren und dafür entsprechende Projekte und Rahmenbedingungen schafft und vernetzt.“
- „Eine Stadt, z.B. Berlin, die sich im Rahmen des ‚Gesunde-Städte-Programms‘ WHO bzw. nationale Ebene dazu bekennt, Maßnahmen zu ergreifen, die Gesundheit im Sinne der WHO-Definition in dieser Stadt fördern.“
- „Eine Kommune, die sich verschiedener Ansätze bedient, um Infrastruktur und Dienstleistungen gesundheitsförderlich auszurichten.“

Hier ist festzustellen, dass sowohl bei den eher plakativen als auch bei den detaillierteren Definitionen *aktive* als auch *passive* Beschreibungen auftreten. Gleichzeitig werden intensiv (lokal-)politische *Intentionen* und *Zielsetzungen* von Gesundheitsstädten zum Ausdruck gebracht. Ebenso wird aber deutlich, dass zahlreiche Entscheider mit dem Begriff Gesundheitsstadt weniger anfangen konnten.

Um die zahlreichen und unterschiedlichen Definitionen für die weitere Untersuchung handhaben zu können, wurden die 383 Definitionen von Gesundheitsregion und die 326 Definitionen von Gesundheitsstadt genauer (inhaltlich) analysiert um daraus für eine Gruppierung, sprich *Typisierung* das jeweils im Kern Gemeinsame zu erfassen.

Aus der Zusammenfassung aller vorliegenden 709 Definitionen nach Stichworten und Hauptinhalten ließen sich damit folgende neun *Typen* von *Gesundheitsregionen* und *Gesundheitsstädten* ableiten:

Typ 1: Region/Stadt mit aktiver spezifischer Vernetzung mit Gesundheitstourismus (einschl. der Landschaft) für Gäste und Wohnbevölkerung

Beispiele für diesen Typus von Gesundheitsregionen bzw. -städten sind:

- „Ein geographisch bzw. touristisch definierter Raum, der sich dem Thema Gesundheit verschrieben hat. Diese Region zeichnet sich durch eine sehr gute gesundheitstouristische Infrastruktur, ein Netzwerk innerhalb der Gesundheitsanbieter sowie durch ein auf gesundheitliche Themen fokussiertes Marketing aus.“
- „Eine fest definierte Region/Landschaft hat ein Handlungskonzept „Gesundheitsregion“ erstellt und setzt die notwendigen Maßnahmen zum Erhalt und Ausbau der gesundheitspezifischen Infrastruktur, Prävention, Reha und nachhaltiges Gesundheitsmanagement (Ärztliche Versorgung, medizinische Einrichtungen, Wellness- und Erholung) für Bürger, aber auch Gäste (REHA, Gesundheitstourismus etc.) um.“

- „Region mit klassischen Kuranwendungen, Gesundheitstour. Angebote wie Wandern mit ärztliche Begleitung oder Blutdruckmesser..., Ernährung, intakte Natur, Wasser, Quellen, vernetzte Angebote, Präventivangebote, ...“

Typ 2: Vorhandensein von Versorgungsangeboten (Daseinsvorsorge) für die Wohnbevölkerung

Beispiele für diesen Typus von Gesundheitsregionen bzw. -städten sind:

- „Zusammengefasst eine Region (z.B. Landkreis), die sich strategisch mit der Versorgung der Bürger auseinandersetzt und somit ein umfassendes medizinisches Angebot bereithält.“
- „Eine Region, die sich mit dem Thema Gesundheit intensiv befasst.“
- „Regionale Gesundheitsversorgung.“⁷⁴

Typ 3: (Vernetzte) Region/Stadt mit wirtschaftlicher Bedeutung der Gesundheitsbranche (einschl. Forschung)

Beispiele für diesen Typus von Gesundheitsregionen bzw. -städten sind:

- „Eine Region, in der die Gesundheitsbranche eine große wirtschaftliche Bedeutung hat. Eine Region, in der das *Cluster Gesundheit* professionell vernetzt wird und Kernkompetenzen im Gesundheitsbereich dadurch klar herausgearbeitet werden.“
- „Eine Region, deren wirtschaftliche Entwicklung signifikant von der Gesundheitswirtschaft abhängt und die Kompetenzen entlang der Wertschöpfungsketten der Gesundheitswirtschaft aufweist.“
- „Region, in der Gesundheitswirtschaft essentiell zu Beschäftigung und Einkommen beiträgt“

Typ 4: Region/Stadt mit aktiver Vernetzung der Gesundheitsangebote (i.d.R. bezogen auf den Ersten Gesundheitsmarkt) für die Wohnbevölkerung

Beispiele für diesen Typus von Gesundheitsregionen bzw. -städten sind:

- „Region in der definierte Gesundheitsversorgungsaufgaben umfassend berufsgruppenübergreifend im Netzwerk durchgeführt werden.“
- „Vernetzte Gesundheitsstrukturen, die in einer Stadt gemeinsam auftreten, werben und verbesserte Gesundheitsstrukturen gewährleisten.“
- „Vernetzung diverser Gesundheitsleistungen (Krankenhäuser, Ärzte, etc.) in einer Region.“

Typ 5: Vernetzung zur Gesundheitsförderung/Prävention für die Wohnbevölkerung

⁷⁴ Vgl. hierzu die Ausführungen zu Kapitel A 2.1. und die Abgrenzung zu Ärzte- bzw. Praxisnetzen.

Dass im Gegensatz zu Vorgesagtem die Rolle der Initiatoren für die verschiedenen Typen von Gesundheitsregionen/-städten deutlich unterschiedlich ist, zeigt, dass die Befragten aus ihren individuellen Einzelerfahrungen heraus antworteten und nicht aufgrund einer gruppenspezifischen Gesamterfahrung im Markt.

3.2. Rechtsformen und Organisationsstrukturen

Stichworte: Organisierte regionale/lokale Zusammenarbeit
 Unschärfe, Unverbindlichkeit
 Stellenwert, Kommunikationsdefizite/-arbeit
 Zielsetzungen, Intentionen

73,8% der Befragten, denen konkrete Gesundheitsregionen/-städte bekannt sind, können die Frage nach den Rechtsformen von Gesundheitsregionen/-städten beantworten. Mit 26,2% ist der Anteil der Befragten, die diese Frage nicht beantworten können allerdings recht hoch. Auf die Frage „Wissen Sie in welcher Rechtsform/Organisationsstruktur die Ihnen bekannten Gesundheitsregionen/-städte geführt werden?“ gab jeder Antwortende durchschnittlich 2,5 Antworten (vgl. Abb. 64). Dies spricht für eine große Vielfalt in der Praxis.

Die recht unkonkrete Rechts-/Organisationsform „organisierte regionale/lokale Zusammenarbeit“ wird mit 68,2% mit weitem Abstand an erster Stelle genannt und führt durch die damit (unbewusst) intendierte *Unschärfe* bzw. *Unverbindlichkeit* im (organisatorischen) Profil wohl mitunter auch zu den bereits mehrfach angesprochenen *Kommunikationsdefiziten*.

Abb. 64: Rechtsformen bestehender Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)

Rechtsformen	in Prozent
Organisierte regionale/lokale Zusammenarbeit	68,2
Looser Verbund/offenes Netzwerk	43,9
Verein	34,6
Ohne Angabe	26,2
Wirtschaftsförderungsgesellschaft	22,4
Behörde/Eigenbetrieb/Stadt/Kommune/Kommunalverband	17,8
Geschlossenes Netzwerk (z.B. Ärztenetz)	16,4
Tourismusbüro	15,9
Internetportal	12,1
Kapitalgesellschaft	9,3
Kammerorganisation (z.B. Arbeitskreis mit Koordination durch IHK)	6,1
Genossenschaft	3,7
Ohne Angabe	26,2

Quelle: dostal-healthpanel Frühjahrsumfrage 2013 (n = 290, Mehrfachnennungen)

4. Geschäftsmodelle und Schwerpunktsetzungen von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten

Im Folgenden wird der Zusammenhang zwischen Zielgruppen einer Gesundheitsregion/-stadt und spezifischen Schwerpunktsetzungen vorgestellt. In einem weiteren Schritt werden die neun Typen von Gesundheitsregionen/-städten dahingehend untersucht, inwieweit sie eine Nutzenorientierung für (potentielle) Teilnehmer bieten bzw. für heutige Mitglieder bereits ausüben. Als pragmatische Möglichkeit den Akteuren hier eine Entscheidungshilfe zu geben, werden Best-Practice- und Best-Nutzen-Kombinationen vorgestellt. Im letzten Teil werden die Verbraucher-orientierten Gesundheitsregionen bzw. -städte betrachtet. Wobei auch hier die besten Positionierungsansätze dargestellt werden.

4.1. Schwerpunktsetzungen und Zielsetzungen von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten im Überblick

Stichworte: Zielgruppen

Erfahrungen, Erwartungen

Zielgruppen-Orientierung

Initiatoren, Teilnehmer, Mitglieder, Interessenten, Akteure

Inhaltliche Vorstellung

Abgefragt wurden die Einschätzungen der Entscheider aus dem gesamten Gesundheitsmarkt zu den folgenden - sich aus den Vorab-Analysen (vgl. Kapitel A und Kapitel B) ergebenden - potentiell sechs wichtigsten *Zielgruppen* von Gesundheitsregionen:

- Verbraucher
- Medizinische Leistungserbringer aus dem Ersten Gesundheitsmarkt
- Anbieter für Wellness, Bewegung, Ernährung, Psyche usw. (Zweiten Gesundheitsmarkt)
- Zuliefer- und Dienstleistungsunternehmen
- Wissenschaft und Forschung
- Region/Stadt allgemein

Für diese sechs potentiellen Zielgruppen von Gesundheitsregionen/-städten wurden jeweils vier dazu geordnete unterschiedliche inhaltliche Schwerpunktsetzungen formuliert und abgefragt.

Demnach dienen nach den *Erfahrungen* und bei nicht vorliegender Praxiskenntnis *Erwartungen* der befragten Entscheider Gesundheitsregionen und -städte, die auf den Verbraucher ausgerichtet sind, überwiegend der medizinischen Vorsorge der Wohnbevölkerung und der Förderung des Gesundheitsbewusstseins/Vorsorgeverhaltens (jeweils 70,8%, vgl. Abb. 79a). Touristische Aspekte stehen mit 52,4% und 44,5% mit deutlichem Abstand erst an zweiter bzw. dritter Stelle.

deutliche Verknüpfungen mit dem neuen Projekt LandZukunft des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) an (vgl. Kapitel 2.4).⁷⁹

Die Unterstützung ansässiger Unternehmen durch betriebliche Gesundheitsvorsorge wird leicht überdurchschnittlich von Typ 5 (Vernetzung zur Gesundheitsförderung/Prävention für die Wohnbevölkerung) aufgegriffen.

Insgesamt zeigt sich, dass die Entscheider für die identifizierten sechs Zielgruppen Verbraucher, Medizinische Leistungserbringer aus dem Ersten Gesundheitsmarkt, Anbieter für Wellness, Bewegung, Ernährung, Psyche usw. (Zweiter Gesundheitsmarkt), Zuliefer- und Dienstleistungsunternehmen, Wissenschaft und Forschung sowie Region/Stadt allgemein deutlich unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bereits erfahren haben bzw. solche erwarten.

Darüber hinaus ist transparent geworden, dass alle neun Typen von Gesundheitsregionen/-städten über eine deutliche *Zielgruppen-Orientierung* und Schwerpunktsetzungen verfügen. Dies spricht von Seiten der *Initiatoren, Teilnehmer, Mitglieder, Interessenten* und damit der *Akteure* insgesamt, für eine klare *inhaltliche Vorstellung* hinsichtlich der Gesundheitsregion bzw. -städte.

4.2. Best-Practice- und Best-Nutzen-Kombinationen als Checkliste für Akteure

Stichworte: Marktfähigkeit
Geschäftsmodelle
Nutzenpotential
Attraktivität
Integrationsgrad

Verschiebt man den Betrachtungswinkel von den Zielgruppen weg und setzt den jeweiligen Typ der Gesundheitsregion/-stadt in den Mittelpunkt, so können für die neun Typen der Gesundheitsregionen/-städte die jeweils *marktfähigsten* inhaltlichen Schwerpunktsetzungen und damit *Geschäftsmodelle* identifiziert werden.

Dementsprechend sind die jeweiligen Typen für ganz bestimmte Zielsetzungen geradezu prädestiniert. Sie verfügen damit sowohl über ein hohes *Nutzenpotential* für die Akteure, als auch über eine (potentiell) nachhaltige *Attraktivität* für diese. Beides ermöglicht einen hohen *Integrationsgrad* für solche Kooperations- und Netzwerkformen.

⁷⁹ Dies war auch der Grund dieses - auf den ersten Blick vollkommen artfremde Projekt als staatliche Initiative aufzunehmen. Der scheinbare Unterschied liegt nur darin, dass allgemein, wenn von Wirtschaftsförderung gesprochen wird - aus ministeriellen Zuständigkeitsgründen - fälschlicherweise nie auch gleichzeitig - wenn Anlässe wie hier dem Gesundheitstourismus - von Förderung der Landwirtschaft bzw. ländlicher Räume gesprochen wird.

Umgekehrt liegen die *Teilnahmeraten* von Befragten, welche formalere, klare Rechtsformen wie Genossenschaft oder Kapitalgesellschaft kennen bei 87,5% bzw. 75,0%. Dies gilt auch für Befragte, welche Kammerorganisationen als bekannte Rechts-/Organisationsform von Gesundheitsregionen/-städten angeben. Sie nehmen zu 76,9% teil.

Auch die *Teilnahmequoten* von Befragten mit Kenntnis der Rechts-/Organisationsformen „Behörde/Eigenbetrieb/Stadt/Kommune/Kommunalverband“, „Tourismusbüro“ und „Verein“ nehmen leicht überdurchschnittlich zu 71,1%, 70,6% und 70,3% an einer Gesundheitsregion/-stadt teil.

Der hohe Anteil der befragten Entscheider aus dem gesamten Gesundheitsmarkt, die bereits an einer Gesundheitsregion/-stadt teilnehmen, unterstreicht die gesamten Ergebnisse der Umfrage nicht nur als *kompetent* sondern für die Situation beider Kooperations- und Netzwerkformen auch als einmalig. Die Ergebnisse beruhen auf Erfahrungen, Einschätzungen und Praxiserfahrungen aus „berufenem Munde.“

Insgesamt dominieren Unternehmen bis 100 Mitarbeiter die Mitgliederstruktur von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten. Das Thema Rechts-/Organisationsform scheint vor dem Hintergrund eines recht „jungen Alters“ vieler Kooperationen und Netzwerke gerade für Nicht-Teilnehmer ein Low-Interest-Thema zu sein. Daher ist zu vermuten, dass es für die Entscheidung pro oder kontra Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt einen niedrigen *Stellenwert* einnimmt (vgl. Abb. 92).

5.2. Gründe für eine Teilnahme/Mitgliedschaft

Stichworte: Weiche, harte Entscheidungsgründe
Obligatorische Teilnahme
Strukturpolitik
Innen-, Außenperspektive
Kommunikationsdefizite
Überzeugende Konzepte
Motivunterschiede

Auf die Frage nach den Gründen, die für die eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt ausschlaggebend waren, fielen durchschnittlich 1,4 Antworten (vgl. Abb. 89).

Dabei sind die *Gründe* für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt deutlich weniger „hart“ und rational sowie weniger breit gestreut als die Erwartungen (vgl. Kapitel 5.4.), welche Nicht-Teilnehmer an eine Gesundheitsregion/-stadt hätten. So nennen alleine 25,6% den Teilnahmegrund „als Mediziner/Angehöriger einer gesundheitsnahen Branche ist die Teilnahme *obligatorisch*“.

7.2. Bevorzugte Teilnehmerstruktur von Gesundheitsregionen/-städten

Stichworte: Kern-, Muss-Gruppe
Kann-, punktuelle Teilnehmer
Erwartungshaltung
Diversifikation
Fokus ganzheitliche Gesundheit

Die Entscheider aus dem Gesundheitsmarkt sollten im Anschluss an die von ihnen eingeschätzte Entwicklungsdynamik auch beantworten, welche Branchen und Bereiche des Gesundheitsmarktes sich ihrer Meinung nach an Gesundheitsregionen/-städten beteiligen sollten. Zur Auswahl standen den Befragten der Online-Umfrage insgesamt 23 Branchen bzw. Teilmärkte (vgl. Kapitel B 1.).

Die Antworten der Befragten lassen sich zu den drei Gruppen *Kern-* bzw. *Muss-Gruppen*, *Kann-Teilnehmer* und *punktuelle Teilnehmer* zusammenfassen.

Die erste kann man mit *Kern-* bzw. *Muss-Gruppen* bezeichnen. Zu ihr gehören (vgl. Abb. 120):

- Stationäre Einrichtungen aus dem Ersten Gesundheitsmarkt wie Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen (89,7%)
- Ambulante Einrichtungen aus dem Ersten Gesundheitsmarkt wie Ärzte, Physiotherapeuten (87,4%)
- Gesetzliche Krankenkassen (86,9%)
- Unternehmen aus dem Bereich Sport, Fitness und Bewegung (81,5%).

Mit weitem prozentualem Abstand folgen *Kann-Teilnehmer*, die teils notwendig, teils nicht notwendig sind mit mittleren Werten von 66,1% bis 46,5%:

- Ernährung, Bio-Lebensmittel, Functional Food (66,1%)
- Ambulante und stationäre Pflege (62,2%)
- (Medical)Wellness (60,9%)
- Touristische Anbieter (60,2%)
- Naturheilkundler, Homöopathen, sonstige Heilmittelanbieter (57,6%)
- Regionale/kommunale Behörden (56,8%)
- Medizinprodukte-, Hilfsmittelhersteller und sonstige Ausstatter medizinischer Einrichtungen (53,0%)
- Sanitätshandel und sonstiger branchennaher Handel (51,9%)
- Forschungs- und Weiterbildungseinrichtungen (51,7%)
- Strukturförderorganisationen (49,9%)
- Apotheken (48,1%)
- Gesundheitsreiseanbieter (46,8%)
- Heilmittelanbieter (46,5%).

E. Zusammenfassung und Ausblick: Chancen und Perspektiven

Der Gesundheitsmarkt in Deutschland mit einem geschätzten Volumen von über 400 Mrd. Euro und mit über 5,4 Millionen Beschäftigten in über 500.000 Unternehmen ist nicht nur die größte Branche (vgl. Kapitel B 1.), sondern steht auch vor enormen Herausforderungen. Gleichzeitig wird erwartet, dass durch den Faktor Gesundheit der bisherige Wohlstand erhalten bleibt, wenn nicht sogar nochmals ausgebaut wird.

Diese Herausforderungen, zu denen auch notwendige Effizienzsteigerungen in zahlreichen Bereichen gehören, bieten aber auch enorme Chancen, die sich nicht zuletzt durch ein geändertes Gesundheitsbewusstsein und damit durch einen erweiterten Gesundheitsbegriff begründen lassen (vgl. Kapitel A 1.).

Neben dem Ersten Gesundheitsmarkt (Gesundheitswesen bzw. Gesundheitssystem) ist seit über einem Jahrzehnt - zunächst kaum wahrgenommen - ein Zweiter Gesundheitsmarkt hinzugetreten, der von Selbstzahlern getragen wird. Daneben hat sich letztendlich auch der gesamte Zuliefer- und Out-Sourcing-Bereich für den Gesundheitsmarkt zu einer enormen Größe und wahrgenommenen Bedeutung entwickelt.

Befördert nicht zuletzt von diesen Ausgangsbedingungen, wächst der gesamte Gesundheitsmarkt zusammen. Dazu kommen - neben brancheninternen und branchenübergreifenden Strukturveränderungen, die sich mit den beispielhaft angeführten Begriffen wie Angebotsvielfalt, Marktkonzentration, Filialisierung und Zusammenarbeit entlang der Wertschöpfungsketten umschreiben lassen - auch die gezielte Förderpolitik auf allen staatlichen Ebenen (Bund, Länder, Landkreise, Kommunen usw.) in zahlreichen politischen Handlungsfeldern. Diese Felder sind u.a. Gesundheit im engeren Sinne, Soziales, Wirtschaft, Inlands-/Incomingtourismus und Landwirtschaft.

Um bei diesen Herausforderungen und damit auch im Wettbewerb nachhaltig bestehen und sich mit den eigenen Potentialen, Ressourcen und Fähigkeiten einzubringen zu können, werden Kooperationen und Netzwerke sowohl im Ersten Gesundheitsmarkt als auch im Zweiten Gesundheitsmarkt zum Muss für die Akteure (vgl. Kapitel B 1.).

Um die Bedeutung der potentiellen Akteure nochmals zu verdeutlichen, werden in einem Zwischenschritt die heutigen Akteure im Gesundheitsmarkt dargestellt. Dabei gilt der Darstellung der Kostenträger als besonders sichtbare Financiers des Ersten Gesundheitsmarktes, ein besonderes Augenmerk (vgl. Kapitel B 2.1.)

Erkennbar ist, dass die mitunter spektakulären Formen von Kooperationen und Netzwerken im Gesundheitsmarkt, die Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte in ihrer Bedeutung sichtbar zugenommen haben: Deren Anzahl zeigt von Jahr zu Jahr.

Der Stand der Entwicklung (State of the art) und ihre künftige Ausrichtung stehen daher im Mittelpunkt dieser postal-Studie „Gesundheitsregionen und -städte in Deutschland.

Ergebnisse einer Umfrage bei Entscheidern des Gesundheitsmarktes im Spannungsdreieck von Daseinsvorsorge, Gesundheitstourismus und Wirtschaftsförderung.“

Die wichtigsten politischen Initiativen unterschiedlicher (Bundes)Ministerien und erste wenige Abhandlungen aus Literatur und Forschung zum Thema Gesundheitsregion/-stadt (z.B. hinsichtlich ihrer möglichen Typisierungen) werden deshalb vorgestellt und soweit möglich, Ersterer auch bewertet. Fest steht tatsächlich, dass diese Initiativen in ihren Bereichen zahlreiche Projekte erfolgreich auf den Weg gebracht haben (vgl. Kapitel A 2.).

Versucht man diese Ausgangssituation für die vorliegende dostal-Studie heranzuziehen, so wird die bislang erkennbare unterschiedliche Motivlage der jeweiligen Initiatoren und ihr Verständnis bei bisherigen Gesundheitsregionen bzw. -städten deutlich:

- Wie die steigende Bedeutung von Gesundheit im engeren wie im weiteren Sinne und damit auch der Umfang der volkswirtschaftlichen Gesamtleistung der Gesundheitswirtschaft beflügelt nicht zuletzt auch das Thema Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädte die Akteure in Unternehmen, Organisationen und Institutionen.
- Das Touristen-, Kur-, (ländliche) Gemeinde- oder Stadtmarketing sowie die Wirtschafts-/Landwirtschaftsförderung möchten mehr (Gesundheits-)Touristen gewinnen, die Einnahmen der Betriebe erhöhen und in Folge auch mehr Arbeitsplätze schaffen. Sie wollen dazu auch EU-, Bundes- oder Landesfördertöpfe nutzen.
- Zahlreiche Akteure wollen Gesundheitsregionen bzw. -städte haben, die vorranglich auf der Vorstellung basieren, dass durch Kooperationen und Vernetzungen Effizienz- und Innovationspotentiale erschlossen und attraktive und zielgruppenspezifische Angebote erst ermöglicht werden.
- Weitere Akteure wollen Gesundheitsregionen bzw. -städte entwickeln, in der die Gesunderhaltung der Wohnbevölkerung in ihrem häuslichen Umfeld, im öffentlichen Raum oder an ihrem Arbeitsplatz konsequent im Fokus der Bemühungen steht.
- Wiederum andere Akteure wollen solche Regionen/Städte konzipieren um ein Zusammenführen von Versorgungsdienstleistern und produzierenden Unternehmen nebst Know-how-Transfer, Entwicklung neuer Verfahren und Produkte mittels Forschung und Entwicklung im Sinne eines Clusters zu ermöglichen.

Das Sample der Online-Umfrage von 541 befragten Entscheidern aus dem gesamten Gesundheitsmarkt, dem die dostal-Studie zugrunde liegt, bildet in recht hohem Maße sowohl den gesamten Gesundheitsmarkt nach Branchen als auch nach Größenordnungen ab (vgl. Kapitel C). Der hohe Anteil an TOP-Entscheidern und Inhabern sowie der 2. Führungsebene an der Umfrage von zusammen rd. 70%, belegt das insgesamt große Interesse an Gesundheitsregionen und -städten.

Anhang 3 - Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Die bisherigen fünf Kondratieff-Zyklen im Überblick	6
Abb. 2:	Typen ausgewählter Gesundheitsregionen in Deutschland 2011 (in Prozent)	17
Abb. 3:	Nachfrage nach gesundheitsorientierten Urlaubsformen (in Prozent)	22
Abb. 4:	Abgrenzung zwischen Wellness-Tourismus, Medical Wellness- Tourismus und Kurtourismus	23
Abb. 5:	Angebotssparten im Gesundheitstourismus mit fließenden Grenzen zum Ersten Gesundheitsmarkt	24
Abb. 6:	Treiber für Tourismus in ländlichen Räumen	25
Abb. 7:	„Zwiebelmodell“ des Gesundheitsmarktes vom Institut Arbeit und Technik (IAT)	32
Abb. 8:	Übersicht über Marktvolumen, Beschäftigte und Anzahl der Unternehmen in den Teilmärkten des Ersten und Zweiten Gesund- heitsmarktes (Angaben 2008, 2009 oder 2010)	34
Abb. 9:	Abhängigkeit des eigenen Marktes von anderen Teilmärkten (in Prozent)	37
Abb. 10:	Stärke des Einflusses des eigenen Teilmarkts auf das eigene Unternehmen (in Prozent)	37
Abb. 11:	Handlungsoptionen für Unternehmen im Ersten und Zweiten Gesundheitsmarkt (in Prozent)	38
Abb. 12:	Systematisierungskriterien von Kooperationen (Beispiele)	39
Abb. 13:	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung 2007	40
Abb. 14:	Gesundheitsausgaben (Erster Gesundheitsmarkt) nach Ausgabenträgern 2010 (in Prozent)	41
Abb. 15:	Versicherte der GKV nach Kassenarten (in Tsd.)	42
Abb. 16:	Anzahl gesetzlicher Krankenkassen nach Kassenarten 1994 - 2012 (Stand: Ende 2012)	43
Abb. 17:	Gesetzliche Krankenkassen nach Größenklassen 2003 - 2012	43
Abb. 18:	Die regionale Präsenz der AOK Bayern	44
Abb. 19:	Der Verbraucher als Finanzierer des Ersten Gesundheitsmarktes	47
Abb. 20:	Übersicht über Teilmärkte im Zweiten Gesundheitsmarkt und deren künftige Entwicklungen und Potentiale	48
Abb. 21:	Für Gesundheitsinformationen genutzte Medien in Prozent	48
Abb. 22:	Erkennbare Gründungsjahre heutiger Gesundheitsregionen	55
Abb. 23:	Art des Trägers heutiger Gesundheitsregionen	55
Abb. 24:	Anzahl der Mitglieder heutiger Gesundheitsregionen	56
Abb. 25:	Ausdehnung heutiger Gesundheitsregionen	56
Abb. 26:	Erkennbarer Grad der Aktivitäten im Markt heutiger Gesundheitsregionen	56
Abb. 27:	Anzahl der antwortenden Entscheider nach Funktionen (in Prozent)	59
Abb. 28:	Anzahl der antwortenden Entscheider nach Branchen/-gruppen (in Prozent)	60
Abb. 29:	Anzahl der antwortenden Entscheider nach Unternehmensgröße	

	(in Prozent)	61
Abb. 30:	Beteiligung an einer Gesundheitsregion/-stadt der befragten Entscheider (in Prozent)	61
Abb. 31:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	65
Abb. 32:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Teilnahme an Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	66
Abb. 33:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten im Detail	66
Abb. 34:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Gesundheitsbranchen (in Prozent)	67
Abb. 35:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Entscheidungsebenen (in Prozent)	67
Abb. 36:	Konkrete Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Unternehmensgröße (in Prozent)	68
Abb. 37:	Mittelfeld der namentlich genannten Gesundheitsregionen/-städte	69
Abb. 38:	Genannte Gesundheitsregionen/-städte mit Doppel- oder Einzelnennungen	70
Abb. 39:	Unspezifische namentliche Bezeichnung von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	71
Abb. 40:	TOP 15 der genannten Gesundheitsregionen/-städte nach eigener Teilnahme/Nicht-Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	72
Abb. 41/42:	TOP 15 der genannten Gesundheitsregionen/-städte nach Branchengruppen (in Prozent)	73
Abb. 43:	Geschätzte Anzahl bestehender Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)	74
Abb. 44:	Geschätzte Anzahl bestehender Gesundheitsregionen/-städten nach Bekanntheit Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	75
Abb. 45:	Geschätzte Anzahl bestehender Gesundheitsregionen/-städten nach eigener Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	75
Abb. 46:	Geschätzte Anzahl bestehender Gesundheitsregionen/-städten nach Entscheidungsebenen (in Prozent)	76
Abb. 47:	Geschätzte Anzahl bestehender Gesundheitsregionen/-städten nach Unternehmensgröße (in Prozent)	76
Abb. 48:	Definierbarkeit der Begriffe Gesundheitsregion und Gesundheitsstadt (in Prozent)	78
Abb. 49:	Definition der Begriffe Gesundheitsregion/-stadt bei Teilnahme/Mitgliedschaft an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	79
Abb. 50:	Typisierungen von Gesundheitsregionen und Gesundheitsstädten nach Häufigkeit (in Prozent)	86
Abb. 51:	Tatsächliche Verteilung der acht Typen von heutigen Gesundheitsregionen im Vergleich (in Prozent)	88
Abb. 52:	Typisierungsunterschiede von Gesundheitsregionen/-städten nach Marktkennntnis der Befragten (in Prozent)	89
Abb. 53:	Typisierungsunterschiede von Gesundheitsregionen/-städten nach	

	eigener Teilnahme/Nicht-Teilnahme an einer Gesundheitsregion/ -stadt (in Prozent)	90
Abb. 54:	Typisierungsunterschiede von Gesundheitsregionen/-städten nach Entscheidungsebene der Befragten (in Prozent)	91
Abb. 55:	Typisierungsunterschiede von Gesundheitsregionen/-städten nach Unternehmensgröße (in Prozent)	92
Abb. 56:	Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten nach Branchengruppen (in Prozent)	94
Abb. 57:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	96
Abb. 58:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	97
Abb. 59:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Teilnahme an Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	98
Abb. 60:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Branchengruppen (in Prozent)	99
Abb. 61:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Anzahl Mitarbeiter (in Prozent)	100
Abb. 62:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Entscheidungsebenen (in Prozent)	101
Abb. 63:	Initiatoren von Gesundheitsregionen/-städten nach Typ der Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	102
Abb. 64:	Rechtsformen bestehender Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)	104
Abb. 65:	Rechtsformen bestehender Gesundheitsregionen/-städte nach eigener Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	105
Abb. 66:	Rechtsformen von Gesundheitsregionen/-städten nach Typ der Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	106
Abb. 67:	Rechtsformen heutiger Gesundheitsregionen (abs.)	107
Abb. 68:	Zielgruppen und Mitglieder bestehender Gesundheitsregionen/ -städte (in Prozent)	108
Abb. 69:	Zielgruppen bestehender Gesundheitsregionen/-städte nach Marktkompetenz (in Prozent)	109
Abb. 70:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städte mit aktiver spezifischer Vernetzung mit Gesundheitstourismus (einschl. der Landschaft) für Gäste und Wohnbevölkerung (in Prozent) ...	110
Abb. 71:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten mit Vorhandensein von Versorgungsangeboten für die Wohnbevölkerung (in Prozent)	110
Abb. 72:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten mit Vernetzung mit wirtschaftlicher Bedeutung für die Gesundheitswirtschaft - einschl. Forschung (in Prozent)	111
Abb. 73:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten mit aktiver Vernetzung der Gesundheitsangebote (i.d.R. aus dem 1. Gesundheitsmarkt) für die Wohnbevölkerung (in Prozent)	111
Abb. 74:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten mit Vernetzung zur Gesundheitsförderung/Prävention (in Prozent)	112

Abb. 75:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten als Netzwerk von Akteuren im Gesundheitswesen (in Prozent)	113
Abb. 76:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten aus mehreren Kurorten in der Region bzw. einem Kurort (in Prozent)	113
Abb. 77:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten als Marketingbegriff (in Prozent)	114
Abb. 78:	Zielgruppen und Mitglieder von Gesundheitsregionen/-städten mit Regionalbezeichnung (in Prozent)	115
Abb. 79a:	Schwerpunktsetzungen nach Zielgruppen bestehender Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)	118
Abb. 79b:	Schwerpunktsetzungen und Zielsetzungen bestehender Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)	119
Abb. 80a:	Schwerpunktsetzungen nach Zielgruppen von Gesundheitsregionen/-städte nach Typen (in Prozent)	120
Abb. 80b:	Schwerpunktsetzungen nach Zielgruppen von Gesundheitsregionen/-städte nach Typen (in Prozent)	122
Abb. 81:	Positionierungen Verbraucher-orientierter Gesundheitsregionen/-städte (in Prozent)	129
Abb. 82:	Positionierungen Verbraucher-orientierter Gesundheitsregionen/-städte nach Marktcompetenz (in Prozent)	130
Abb. 83:	Positionierungen Verbraucher-orientierter Gesundheitsregionen/-städte nach Typen (in Prozent)	131
Abb. 84:	Eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	135
Abb. 85:	Eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Unternehmensgröße (in Prozent)	136
Abb. 86:	Eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Entscheidungsebene (in Prozent)	136
Abb. 87:	Eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Branchengruppen (in Prozent)	136
Abb. 88:	Eigene Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Kenntnis der Rechts-/Organisationsform (in Prozent)	137
Abb. 89:	Gründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	139
Abb. 90:	TOP 10 für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Entscheidungsebenen (in Prozent)	140
Abb. 91:	TOP 10 für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Unternehmensgröße (in Prozent)	141
Abb. 92:	Hinderungsgründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	142
Abb. 93:	Hinderungsgründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Entscheidungsebene (in Prozent)	144
Abb. 94:	Hinderungsgründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Unternehmensgröße (in Prozent)	144
Abb. 95:	Hinderungsgründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt nach Branchengruppe (in Prozent)	145
Abb. 96:	Hinderungsgründe für eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/	

	-stadt nach Initiatoren (in Prozent)	146
Abb. 97:	TOP 10 der Erwartungen an eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt von aktuellen Nicht-Teilnehmern (in Prozent)	148
Abb. 98:	Mittelfeld (TOP 11 - 25) der Erwartungen an eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion / -stadt von aktuellen Nicht-Teilnehmern (in Prozent)	149
Abb. 99:	Doppel- und Einzelnennungen der Erwartungen an eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt von aktuellen Nicht-Teilnehmern (in Prozent)	150
Abb. 100:	TOP 10 der Erwartungen an eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt von aktuellen Nicht-Teilnehmern nach Funktionsebene (in Prozent)	151
Abb. 101:	TOP 10 der Erwartungen an eine Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt von aktuellen Nicht-Teilnehmern nach Unternehmensgröße (in Prozent)	152
Abb. 102:	Empfohlene Medien zur Information der Verbraucher an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	155
Abb. 103:	Empfohlene Medien zur Information der Wohnbevölkerung über eine Gesundheitsregion/-stadt nach eigener Teilnahme (in Prozent)	156
Abb. 104:	Empfohlene Medien zur Information von Gästen/Kunden/Patienten von außerhalb über eine Gesundheitsregion/-stadt nach eigener Teilnahme (in Prozent)	158
Abb. 105:	Empfohlene Medien zur Information der Wohnbevölkerung über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Typ Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	159
Abb. 106:	Empfohlene Medien zur Information der (Tourismus-)Gäste/Kunden/Patienten von außerhalb über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Typ Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	160
Abb. 107:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	162
Abb. 108:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	162
Abb. 109:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Entscheidungsebene (in Prozent) ...	163
Abb. 110:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Entscheidungsebene und Teilnahme an einer Gesundheitsregion/-stadt (in Prozent)	164
Abb. 111:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Unternehmensgröße (in Prozent)	165
Abb. 112:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt nach Branchengruppe (in Prozent)	166
Abb. 113:	Hindernisse bei der Information der Verbraucher über eine Gesundheitsregion/-stadt im Vergleich zu Hindernissen bei der	

	Vermarktung für Wellness, Gesundheitsvorsorge/Prävention, Gesundheitsreisen (in Prozent)	167
Abb. 114:	Entwicklungsdynamik von thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	169
Abb. 115:	Entwicklungsdynamik bei thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten nach konkreter Bekanntheit von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	170
Abb. 116:	Entwicklungsdynamik bei thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten nach eigener Teilnahme an Gesundheitsregionen / -städten (in Prozent)	171
Abb. 117:	Entwicklungsdynamik bei thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten nach Entscheidungsebenen (in Prozent)	172
Abb. 118:	Entwicklungsdynamik bei thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten nach Unternehmensgrößen (in Prozent)	173
Abb. 119:	Entwicklungsdynamik bei thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen/-städten nach Branchengruppen (in Prozent)	174
Abb. 120:	Bevorzugte Teilnehmerstruktur von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	177
Abb. 121:	Bevorzugte Teilnehmerstruktur von Gesundheitsregionen/-städten nach eigener Teilnahme (in Prozent)	178
Abb. 122:	Bevorzugte Teilnehmerstruktur von Gesundheitsregionen /-städten nach Richtung der Entwicklungsdynamik (in Prozent)	181
Abb. 123:	Optimales Einzugsgebiet von Gesundheitsregionen/-städten (in Prozent)	182
Abb. 124:	Optimales Einzugsgebiet von Gesundheitsregionen/-städten nach eigener Teilnahme (in Prozent)	183
Abb. 125:	Optimales Einzugsgebiet von Gesundheitsregionen/-städten nach thematischer Richtung der Entwicklungsdynamik (in Prozent)	183