

Adrian W.T. Dostal

Gabriele Dostal

Innovative Konzepte und ihre Grundlagen für eine moderne gesundheitliche Versorgung auf dem Lande

Chancen für Kommunen und Akteure aus
Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt

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

ISBN-Nummer 978-3-9816272-5-1

Herausgegeben von
dostal & partner management-beratung gmbh, Vilsbiburg 2016

im Auftrag der Xundland[®]-Akademie, Vilsbiburg

dostal & partner management-beratung gmbh
Abt. Publikationen
Bahnhofstraße 5
D - 84137 Vilsbiburg
Email: publikationen@dostal-partner.de
www.dostal-partner.de
www.xundland-akademie.de

© Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck und sonstige Formen der Vervielfältigung - auch auszugsweise - sind nicht gestattet.

Die Schutzgebühr für die CD-ROM beträgt € 189,00 € inkl. 19% MWSt. im Inland.

Inhalt

Einleitung

Ausgangssituation und moderne gesundheitliche Versorgung	9
--	---

Kapitel 1

Transparenz der ärztlichen Versorgung in Deutschland

1.1	Verfügbare Datengrundlagen für die ärztliche Versorgung und zugrundeliegende Systematik	19
1.1.1	Hausärztliche Versorgung	20
1.1.2	Allgemeine fachärztliche Versorgung	21
1.1.3	Spezialisierte und gesonderte fachärztliche Versorgung	22
1.2	Regionale Anpassungsmöglichkeiten	23
1.2.1	Bestehende Möglichkeiten	23
1.2.2	Anpassung der Mittelbereiche – Beispiel KV Bayern	25
1.2.3	Verhältniszahl und Demographie-Faktor – Beispiel KV Hessen	28
1.3	Bedarfsplanung und Versorgungsgrade	29

Kapitel 2

Prognosegrundlagen für die ärztliche Versorgung der Zukunft

2.1	Ärztebedarf zur Sicherung bestehender Arztsitze	33
2.2	Bevölkerungsvorausberechnung und Ärztebedarf	37
2.2.1	Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes	37
2.2.2	Bevölkerungsvorausberechnung – Beispiel Niedersachsen	39
2.2.3	Bevölkerungsvorausberechnung – Beispiel Bayern	40
2.2.4	Bevölkerungsvorausberechnung – Beispiel Baden-Württemberg	42
2.2.5	Ärztebedarf auf Basis von Bevölkerungsvorausberechnungen Beispiel Baden-Württemberg	44
2.3	Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Ärztebedarf	45
2.4	Auswirkungen von Gesundheitsvorsorge und Prävention auf den Ärztebedarf	47
2.4.1	Staatliche Gesundheitsvorsorge und Prävention	47
2.4.2	Gesundheitsförderung und Krankenkassen	49
2.4.3	Verbraucher und Prävention	51
2.4.4	Wirkungszusammenhänge Prävention und Krankheit	56

Kapitel 3

Ärztliche Versorgung im ländlichen Raum: Beispielhafte Ausrichtungen und Herangehensweisen im Rahmen des Gesundheitswesens

3.1	Initiativen der Kassenärztlichen Vereinigen und ihres Umfeldes	60
3.1.1	Stiftung zur Förderung ambulanter ärztlicher Versorgung	61
3.1.2	RegioPraxisBW-Praxen	62
3.1.3	Zielgruppenorientierte Ansprache	63
3.1.4	Nichtärztliche Praxisassistentinnen	65
3.2	Beispielhafte Ärzte-Initiativen für die ländliche Region	67
3.2.1	Die LandArztMacher	67
3.2.2	MuM – Medizin und Mehr eG	68
3.2.3	Gesundes Kinzigtal GmbH	62
3.3	Staatliche Initiativen	71
3.3.1	Ausgewählte Konzepte für eine generationen- und populationsbezogene Versorgung	71
3.3.2	Gesunde Städte Netzwerk	72
3.3.3	Gesundheitsregionen	75
3.3.2.1	Definition und Abgrenzung	66
3.3.2.2	Gesundheitsregion ^{PLUS} in Bayern	81
3.3.2.3	Gesundheitsregionen in Niedersachsen	85

Kapitel 4

Historische Entwicklung der relevanten Medizin und Zweitem Gesundheitsmarkt

4.1	Heilkunde und Medizin bis um 1800	89
4.2	Folgen im 19. Jahrhundert und moderne Schulmedizin	94
4.3	Zweiter Markt im Umfeld von Prävention und Gesundheitsvorsorge	96
4.4	Heutige Marktstrukturen „Gesundheit“	99

Kapitel 5

Konzepte mit Vernetzungen zwischen Gesundheitswesen und Zweitem Gesundheitsmarkt: Best Practice mit unterschiedlichen Impulsen und Initiatoren

5.1	Gesundheitsregionen und -städte	103
5.1.1	GesundLand Vulkaneifel	103
5.1.2	Präventionsnetzwerk Ortenaukreis	105

5.1.3 Präventions- und Gesundheitsregion Xundland® Vils-Rott-Inn	106
5.1.4 Zukunftsregion Starnberg-AmmerSee	108
5.1.5 Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von morgen (InDiGeR)	111
5.2 Kleinräumige / lokale Initiativen	114
5.2.1 Gesundheitsnetzwerk Barleben + Niedere Börde e.V.	114
5.2.2 Gesundheitshütte Mannebach	114
5.2.3 „Länger besser leben“-Initiative der BKK24	116
5.2.4 CittaSlow	118
5.3 Sonstige gesundheitswirksame Initiativen	119
5.3.1 LoS! Lebensphasenorientierte Selbsthilfekompetenz	119
5.3.2 Lebensphasenorientierter Tarifvertrag	121

Anhang

1. Abkürzungsverzeichnis
2. Glossar
3. Abbildungsverzeichnis
4. Tabellenverzeichnis
5. dostal-Publikationen

Einleitung

Ausgangssituation und moderne gesundheitliche Versorgung

Wir befinden uns nach Auffassung zahlreicher Experten in der Moderne, auf dem Weg zu einer Gesundheitsgesellschaft. Der „Megatrend Gesundheit“ erreicht gar eine neue Etappe zwischen Kultur und Kult um Geist und Körper. Demnach wird gesund und fit zu sein auch immer mehr eine gesellschaftliche Aufgabe und ein Statussymbol des Einzelnen. Gesundheitskultur rückt damit vom Gesundheitssystem ab.¹ Einige sprechen sogar davon, dass wir mit dem Beginn des 21. Jahrhunderts das Kapitel zu einer neuen Gesundheitsrevolution aufgeschlagen haben.

Bei dieser Revolution öffnet sich der Blick primär auf die Förderung der Gesundheit in den vielfältigen Lebenswelten des modernen Alltags.² Damit wird schlagartig der Zusammenhang von wirtschaftlich tragbarer ärztlicher Versorgung auf dem Lande und einem länger als bisher leistungs- und auch arbeitsfähig bleiben deutlich (Stichwort: Rente mit 67 bzw. 70 Jahren): Um diese Herausforderungen zu lösen, reicht die Hoffnung auf ausreichend viele ärztliche „Nachrücker“ nicht aus. Moderne Konzepte sind gefordert.

Gleichzeitig verstärkt sich die seit über 40 Jahren bereits heraufziehende Herausforderung einer sich dramatisch verschlechternden demographischen Entwicklung durch den notwendigen Abbau des bereits auf über 5.000 Mrd. Euro angestiegenen staatlichen Schulden- und Verpflichtungsberges. Bei der Diskussion rund um das Thema Demographie steht allerdings bislang überwiegend der allseits überbetonte steigende Umfang der mit dem steigenden *Altenquotienten* einhergehenden zunehmenden ärztlichen *Reparaturleistungen* im Fokus.

Dieser Sichtweise folgt auch die falsche und – aus Sicht der Jüngeren letztendlich provokanten – gesellschaftspolitische Entwicklung der Rente ab 63 statt nachhaltiger gesundheitlicher Prävention und Vorsorge ab dem Kindesalter. Als zentrale Demographie-Lösungsansätze sind vielmehr – davon wollen die Verantwortlichen bis heute nichts wissen – zu sehen: Mehr in eigene Kinder investieren³ und die gesundheitliche Ermöglichung

¹ vgl. Anthes, D. et al., Zukunftsregion Starnberg-AmmerSee. Perspektiven und Szenarien, hrsg. Konversionsmanagement gfw Starnberg mbh und Zukunftsinstitut Österreich GmbH, Starnberg, 2016, S. 54.

² vgl. Kickbusch, I.; Hartung, S., Die Gesundheitsgesellschaft. Konzepte für eine gesundheitsförderliche Politik, 2. vollständig überarb. Aufl., Bern, 2014, S. 21.

³ Nach einer Mitteilung des Statistischen Bundesamtes ist die Alterung der Bevölkerung, trotz immer wieder gegenteiliger Behauptungen, durch die hohe Zuwanderung in den Jahren 2014 und 2015 nicht umkehrbar. vgl. https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2016/01/PD16_021_12421.html, Abruf: 6. Mai 2016. Nach Auffassung des Wirtschaftsexperten Werner Sinn, muss schlichtweg mehr Zeit in Kindererziehung gesteckt und das Kinderbekommen im Rentensystem in seiner Bedeutung ausreichend berücksichtigt werden, vgl. hierzu u.a. <http://www.bild.de/geld/wirtschaft/wirtschaft/mit-liebe-aus-der-rentenfalle-39663940.bild.html>, Abruf: 20. Mai 2016.

Zudem stellen gerade auch die komplexen Planungsstrukturen der Kassenärztlichen Vereinigungen in diesem Bereich für branchenferne Akteure häufig ein nahezu unüberwindbares Hindernis dar. Diese Planungsstrukturen und ihre jüngste Entwicklung werden für die hausärztliche und die allgemeine fachärztliche Versorgung ebenso dargestellt, wie die regionalen Anpassungsmöglichkeiten. Zwei Beispiele machen dies praktisch deutlich. Die Darstellung der Bedarfsplanung und der *Versorgungsgrade* leitet über zu den Möglichkeiten der Prognose künftiger Arztbedarfe.

Tabelle E.1: Verantwortlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung im mittleren Alter in Prozent (N = 1.093)

Verantwortlichkeit	„Stimme zu“	„Teils, teils“	„Stimme nicht zu“
Ich selber	73	23	4
Krankenkassen (Kostenträger)	40	45	15
Hausarzt	36	43	21
Gesundheitsamt	25	39	46
Arbeitgeber	14	40	46

Quelle: IAT Forschung Aktuell 7/2011

Die Prognosegrundlagen für die ärztliche Versorgung der Zukunft werden aus drei Betrachtungswinkeln dargestellt (siehe Kapitel 2). Als Erstes steht die notwendige Nachbesetzung bestehender Arztsitze im Fokus, die in den nächsten zehn Jahren aufgrund Alters von den jetzigen Arztsitzinhabern abgegeben werden. Als Zweites wird dargestellt, wie sich die zahlenmäßige Entwicklung der Bevölkerung auf die benötigte Anzahl an Ärzten auswirkt. Hierfür werden die von Bundesland zu Bundesland unterschiedlichen herangezogenen Szenarien und Darstellungsweisen an drei Beispielen erläutert. Als Drittes wird auf die altersabhängige Anzahl der Arztbesuche und ihre Folgen für den Arztbedarf eingegangen. Im letzten Teil von Kapitel 2 werden die vorhandenen Ansätze der Gesundheitsvorsorge und Prävention angesprochen und erste Wirkungszusammenhänge zwischen eigenaktiver Prävention und Krankheit dargestellt.

Wie unterschiedlich die Vorgehensweisen bzw. Schwerpunktsetzungen und damit letztendlich auch Intransparenz der heutigen als auch künftig zu erwartenden Situation in den einzelnen Bundesländern, sprich nahezu identischen Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, verdeutlicht Kapitel 3. Hier werden beispielhafte Ausrichtungen und Herangehensweisen der betreffenden Kassenärztlichen Vereinigungen zur Lösung des Nachbesetzungsbedarfs vorgestellt. Des Weiteren werden drei beispielhafte innovative Konzepte zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung auf dem Lande durch die niedergelassenen Ärzte selbst beschrieben und die verschiedenen staatlichen Initiativen zur Gesundheitsversorgung angesprochen.

Der bereits in Kapitel 2 angesprochene Aspekt der Krankheitsvermeidung wird in Kapitel 4 weiter vertieft. Hierbei wird die Entwicklung der *Schulmedizin* und des Gesundheitswesens ebenso aufgezeigt, wie die Wurzeln des Zweiten Gesundheitsmarktes. Um die ärztliche Versorgung und die, i.d.R. nicht-medizinischen Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt einander zuordnen zu können, wird in einer knappen medizinisch-historischen Synopse versucht, deren beider Herkunft, ihre trennende und nun wieder zusammenführende Entwicklung zusammenzustellen. Diese Darstellung soll unterstreichen, wie selbstverständlich es sein müsste/sollte bzw. könnte, den Zweiten Markt bei den innovativen Konzepten einzubeziehen und diese dadurch zu erweitern. Die Darstellung wird auch in den aktuellen Kontext der Pekinger *WHO*-Deklaration „Traditionelle Medizinsysteme“ von 2008 gestellt (Kapitel 4). Als Ergänzung des Gesundheitsangebots für die (gesunden) Verbraucher und Patienten (Person, bei der ein Krankheitsfall bereits eingetreten ist) bietet sich der zweite Gesundheitsmarkt vor allem an, um durch Krankheitsvermeidung, -linderung oder verzögerten Krankheitseintritt „Druck aus dem kostenintensiven Krankheitsversorgungssystem zu nehmen“.

Um den „roten Faden“ zu Prävention und Gesundheitsvorsorge aufzugreifen, steht das Thema einer massiven Intensivierung von „Prävention“ und „Gesundheitsförderung“ an erster Stelle. Beide Handlungsfelder beziehen dabei insbesondere die Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt ein. Dies liegt darin begründet, dass diese Leistungen bei den bisherigen GKV-Ausgaben nur einen Anteil von einigen Prozent haben. Eine Steigerung ist kaum mehr zu erwarten, wie das erst jüngst – nach einer Vorarbeit von über zehn Jahren – verabschiedete Präventionsgesetz für ein gesetzlich geregeltes Volumen von rd. 700 Mio. Euro jährlich zeigt. Zum weiteren Verständnis auch der wirtschaftlichen Bedeutung des Zweiten Gesundheitsmarktes werden die zugehörigen Branchen mit ihren jeweiligen Marktvolumina dargestellt. Ein Blick auf diese Branchen zeigt, wo entsprechende Anknüpfungspunkte zum Gesundheitswesen bestehen, und welche Vernetzungen im Sinne einer gesundheitlichen Versorgung auf dem Lande sich anbieten.

Da bereits erkennbar ist, dass künftig trotz des *Sicherstellungsauftrages* der Kassenärztlichen Vereinigungen (§ 75 SGB)²² eine „gleiche“ Versorgung wie heute, nicht mehr dauerhaft realisiert werden kann, werden anschließend beispielhafte Konzepte zur Bewältigung der Herausforderungen vorgestellt (siehe Kapitel 5). Sowohl für die Akteure des Gesundheitswesens, des Zweiten Marktes, aber auch für Investoren und kommunale Entscheider in der Fläche gibt es bereits eine Reihe innovativer Konzepte.

²² Der Abs. 1 lautet hierzu: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Kommt die Kassenärztliche Vereinigung ihrem Sicherstellungsauftrag aus Gründen, die sie zu vertreten hat, nicht nach, können die Krankenkassen die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 87a vereinbarten Vergütungen teilweise zurückbehalten. Die Einzelheiten regeln die Partner der Bundesmantelverträge.“

Für die hausärztliche Versorgung gilt die bundesweit einheitliche Verhältniszahl von einem Hausarzt auf 1.671 Einwohner, die jedoch regional angepasst werden kann (siehe Kapitel 2.3).

Abbildung 1.1: Mittelbereiche in Deutschland 2013



Quelle: Laufende Raumbewertung des BBSR, Geometrische Grundlage: BKG, Gemeinden, 31. Dezember 2013.

1.1.2 Allgemeine fachärztliche Versorgung

Unter der Arztgruppe „allgemeine fachärztliche Versorgung“ werden Augenärzte, Frauenärzte, Orthopäden, Psychotherapeuten, Kinderärzte, Chirurgen, Hautärzte, HNO-Ärzte, *Nervenärzte*, Orthopäden und Urologen zusammengefasst.

Die Bedarfsplanung dieser Arztgruppe erfolgt weiterhin auf Grundlage der 295 Landkreise³¹ und der 107 kreisfreien Städte³² in Deutschland (vgl. Abbildung 1.2). Hierbei wird davon ausgegangen, dass für die allgemeine fachärztliche Betreuung eine geringere räumliche Nähe als für die hausärztliche Betreuung erforderlich ist. Dabei wurden die bislang definierten zehn Kreistypen auf fünf Kreistypen reduziert, die auf dem Umfang der Mitversorgung des Umlandes basieren. Diese wird für Großstädte stärker in die Berechnungen

³¹ Davon existieren alleine in Bayern 71, in Baden-Württemberg 35, in Nordrhein-Westfalen 31, in Rheinland-Pfalz 24, in Hessen 21 und in Thüringen 17 Landkreise.

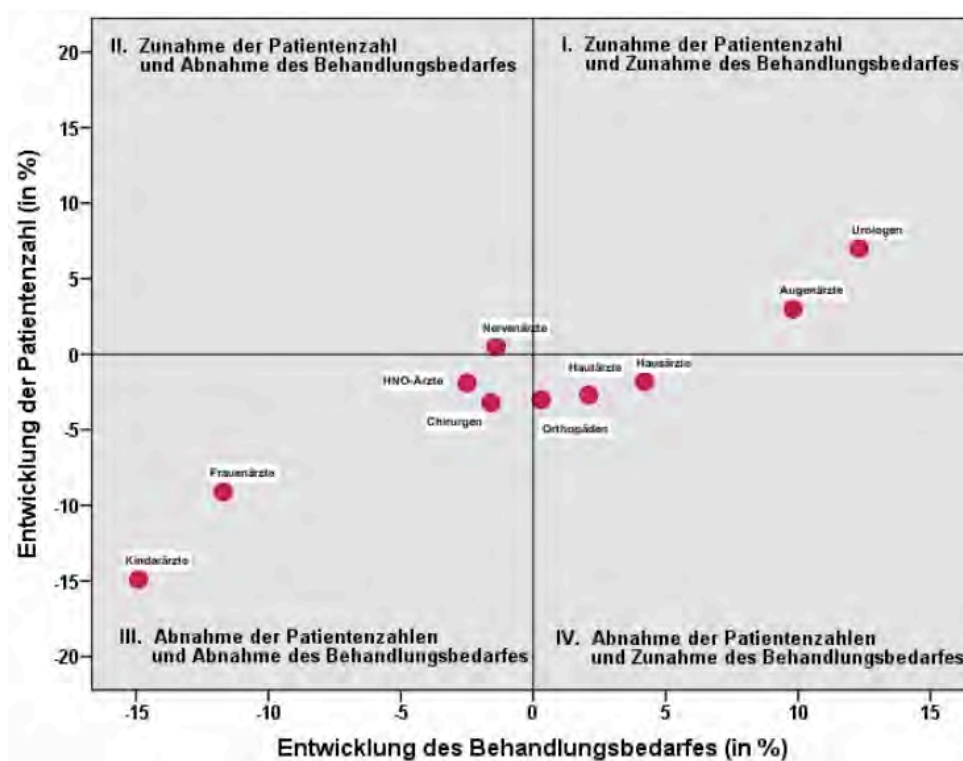
³² Davon existieren alleine in Bayern 25 und in Nordrhein-Westfalen 22 sowie in Rheinland-Pfalz 12 kreisfreie Städte.

2.3 Auswirkungen des demographischen Wandels auf den Ärztebedarf

Neben der regionalisierten Bevölkerungsvorausberechnung ist natürlich auch die künftige Nutzungsrate von ärztlichen Einrichtungen – hier vor allem hausärztlicher Praxen – für die Bedarfsplanung relevant. Die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz hat hier beispielsweise mit ihrer Publikation „Zukünftiger Bedarf an vertragsärztlicher Versorgung in Rheinland-Pfalz – Projektion der Patientenzahlen und des zeitlichen Behandlungsbedarfs in der vertragsärztlichen Grundversorgung für das Jahr 2030“ einen wesentlichen Baustein geliefert. Die folgenden Parameter werden dabei für den Prognosezeitraum als konstant angenommen:

- Altersspezifische Inanspruchnahme und zeitlicher Behandlungsbedarf,
- Krankheitslasten und Morbiditätsspektren der Bevölkerung und
- *Lebensstile* und sozio-ökonomische Situation der Bevölkerung.

Abbildung 2.6: Entwicklung der Patientenzahlen und des zeitlichen Behandlungsbedarfes von 2010 bis 2030 in Rheinland-Pfalz nach Fachgruppen in Prozent



Quelle: KV RLP

Zu diesen Annahmen heißt es: „Sicherlich sind mit diesen Annahmen nicht unerhebliche Modellunsicherheiten verbunden, doch lassen sich insbesondere die Auswirkungen des

Entwicklung ist auch die Erreichbarkeit der Arztpraxen durch die alternde Bevölkerung gerade in ländlichen Gebieten zu lösen. Gerade ältere Frauen verfügen im Vergleich zu gleichaltrigen Männern seltener über einen Pkw (vgl. Abbildung 2.7).

„Entfällt die Pkw-Verfügbarkeit, verändern sich die Wegezeiten (Hin- und Rückweg) zum Teil drastisch: So betrug für 5 Prozent der Bewohner des Kreises Mansfeld-Südharz und für 15 Prozent des Kyffhäuserkreises die Wegezeit zur nächstgelegenen Hausarztpraxis mehr als zwei Stunden, wenn sie den Öffentlichen Verkehr oder das Fahrrad nutzten oder zu Fuß gingen. In einer anderen Untersuchung für den Kyffhäuserkreis benötigten die Befragten im Mittel eine knappe halbe Stunde für den Weg zu ihrer Hausarztpraxis, wenn sie den Öffentlichen Nahverkehr (Bus) nutzten, und knapp 15 Minuten, wenn sie selbst mit dem Pkw fuhren.“⁵⁹

2.4 Auswirkungen von Gesundheitsvorsorge und Prävention auf den Ärztebedarf

2.4.1 Staatliche Gesundheitsvorsorge und Prävention

Mit der klassischen Prävention im engeren Sinne gestaltet der Sozialstaat das Gesundheitssystem gezielt als Teil der *Daseinsvorsorge*. Von individueller Gesundheitsvorsorge und *Gesundheitsförderung* ist dagegen erst in letzter Zeit zunehmend die Rede. Der Sozialstaat bedient sich zur Daseinsvorsorge zentralistischer Akteure. Der *Gemeinsame Bundesausschuss* (G-BA) ist dabei das Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern und setzt für rund 90 Prozent der Verbraucher die standardisierten Rahmenbedingungen für die Leistungen bzw. Angebote der relevanten Akteure aus dem Gesundheitswesen.⁶⁰

Diese Standardisierung greift in den letzten Jahren auch zunehmend in den Markt der individuellen Gesundheitsvorsorge ein. Eine zentrale Prüfstelle Prävention (Kooperationsgemeinschaft zur kassenartenübergreifenden Prüfung von Präventionsangeboten nach § 20 Abs. 1 SGB V) zertifiziert Anbieter und qualitätsgeprüfte Kurse, welche durch die gesetzlichen Krankenkassen bezuschusst werden.⁶¹

Generell unterscheidet die gesetzliche Krankenversicherung als einschränkender Normengeber drei Arten der *Prävention*:

⁵⁹ ebenda

⁶⁰ Der G-BA bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der GKV für über 70 Millionen Versicherte und legt damit fest, welche Leistungen der medizinischen (*sic!*) Versorgung von der GKV erstattet werden. Die verabschiedeten Richtlinien des G-BA haben den Charakter untergesetzlicher Normen. Sie gelten für die GKV und deren Versicherte, behandelnde Ärzte sowie andere Leistungserbringer und sind für diese verbindlich (§91 Abs. 6 SGB V).

⁶¹ vgl. <https://www.zentrale-pruefstelle-praevention.de>, Abruf: 7. März 2016.

fachpraktischer Unterricht angelegt, wobei große Anteile über sogenannte Kompetenzbescheinigungen durch den Arbeitgeber bestätigt werden. Dies ist wichtig, da zahlreiche notwendige Kompetenzen, wie Ehrlichkeit, Kritikfähigkeit, Zuverlässigkeit usw., nicht im Unterricht erworben werden können. Die Präsenzzeit umfasst dadurch nur 106 Unterrichtseinheiten. Bei Zweifeln an den Kernkompetenzen der Weiterzubildenden wird die Möglichkeit der Hospitation angeboten.¹⁰⁰

Mit dieser Weiterbildung wird

- der Hausarzt vom eigenen Praxisteam inner- und außerhalb der Praxis auch bei hochqualifizierten Tätigkeiten unterstützt und entlastet,
- der Patient vom vertrauten Praxispersonal betreut und versorgt, das oft schon über Jahre seine Kranken- und Lebensgeschichte kennt,
- die Berufszufriedenheit der Medizinischen Fachangestellten gesteigert und letztendlich die Hausarztpraxis als zentraler Ort der Patientenversorgung gestärkt.¹⁰¹

3.2 Beispielhafte Ärzte-Initiativen für die ländliche Region

3.2.1 Die LandArztMacher

Bei diesem innovativen Projekt haben sich vier Haus- und allgemeine Fachärzte im Arberland (Landkreis Regen, Bayerischer Wald) zum Thema Ärztemangel in ländlichen Regionen zusammengeschlossen. Sie wollen damit ausgleichen, dass im häufig techniklastigen universitären Studium die eigenverantwortliche Arbeit als Landarzt nur eine nachrangige Rolle spielt.

„Viele Projekte beschäftigen sich damit, junge Ärzte auf’s Land „locken“ zu wollen, um dem drohenden Landärztemangel rechtzeitig vorzubeugen. Die darin enthaltenen finanziellen sowie geldwerten Vorteile haben jedoch nicht den erwarteten Effekt. Das Exzellente-Projekt im Arberland verfolgt einen ganz anderen Ansatz – mit Erfolg. Wir haben als langjährige und erfahrene Hochschullehrer die Gewissheit erlangt, dass die meisten jungen Ärzte grundsätzlich die Arbeit auf dem Land sehr hoch schätzen, sie aber zu viele Hindernisse auf dem Weg dorthin erleben und sich deshalb für die zweitbeste Möglichkeit, die Tätigkeit in der Stadt zu entscheiden. Diese Hindernisse einfach aus dem Weg zu räumen und den engagierten angehenden Kolleginnen und Kollegen den Weg zum Traumberuf

¹⁰⁰ vgl. <https://www.verah.de/ueber-verah/informationen-fuer-praxisinhaber>, Abruf: 10. Juni 2016.

¹⁰¹ vgl. <https://www.verah.de>, Abruf: 10. Juni 2016.

schen, Frauen-/Männergesundheit, Schwangerschaft/Geburt, Ernährung/Bewegung/Entspannung sowie Sucht.

Arbeitsgruppe Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung mit den Themen Stärkung des Berufsbildes „Pflege“, Ausbau von Angeboten sowie Aufklärung und Information der Öffentlichkeit.¹³¹

3.3.2.3 Gesundheitsregionen in Niedersachsen

Um die niedersächsischen Landkreise und kreisfreien Städte bei der Gestaltung des regionalen Gesundheitswesens zu unterstützen, wurde das Projekt „Gesundheitsregionen Niedersachsen“ ins Leben gerufen. In den Jahren 2014 - 2017 fördert die Landesregierung gemeinsam mit der AOK Niedersachsen, der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen, den Ersatzkassen sowie dem BKK Landesverband Mitte Niedersachsen die Entwicklung von kommunalen Strukturen und innovativen Projekten, die eine bedarfsgerechte und möglichst wohnortnahe Gesundheitsversorgung zum Ziel haben.

Abbildung 3.6: Staatlich geförderte Gesundheitsregionen in Niedersachsen



Quelle: www.ms.niedersachsen.de

Im Juni 2014 haben sich unter dem Motto „Aus Erfahrungen (Anm., der drei Modellregionen) lernen“ 28 weitere niedersächsische Regionen entschieden (vgl. Abbildung 3.6), Gesundheitsregionen im aufgezeigten Sinne zu werden. Die Koordination erfolgt erneut durch die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V., Hannover.¹³² Hierzu wird eine intensive träger- und sektorenübergreifende Ko-

¹³¹ vgl. <http://www.landkreis-miltenberg.de/Bildung,Soziales-Gesundheit/Gesundheitsregionplus/ZielsetzungundAufgaben.aspx>, Abruf: 10. Mai 2016.

¹³² vgl. www.ms.niedersachsen.de/download/96561/Newsletter.pdf, Abruf: 14. August 2015.

Wurzeln und das „Alter“ von ausgewählten „Vorläufern“ des Zweiten Gesundheitsmarktes anschaulich zusammengetragen (vgl. Tabelle 4.3).¹⁴⁵

Tabelle 4.3: Verlängerungsmittel des Lebens C. W. Hufeland, Branchen, Konzepte und Angebotslinien des Zweiten Gesundheitsmarktes und ihre historische Fundierung

Verlängerungsmittel des Lebens nach C.W. Hufeland	Branchen, Konzepte und Angebotslinien des Zweiten Gesundheitsmarktes	Historische Wurzeln und „Alter“ von ausgewählten „Vorläufern“ des Zweiten Gesundheitsmarktes
Gute physische Herkunft	(Frühkindliche Gesundheitserziehung)	seit dem Mittelalter
Vernünftige physische Erziehung	(Programm „Gute gesunde Schule“), (Schulsport), Sport einschl. B2B-Zuliefermärkte	Schulsport seit Ende des 19. Jh. – aber: gegenläufig ist die Reduzierung der Sportstunden; Sport seit etwa Mitte des 19. Jh.; Boom seit 1970er Jahre
Tätige und arbeitsame Jugend	Gesundheitsfördernde Freizeitangebote - B2B-Zuliefermärkte	2. H. 20 Jh. – gegenläufig: z.B. Adipositas und PC-Gamer
Enthaltensamkeit von dem Genuss der physischen Liebe in der Jugend und außer(halb) der Ehe	Partner-, Lebensberatung, BZgA-Angebot	seit dem Mittelalter
Glücklicher Ehestand	Personal Coaching, Lebensstilberatung	seit dem Mittelalter
Wahrheit des Charakters	Lebensberatung, Selbsterfahrung	seit dem Mittelalter
Der (gesunde, ausreichende, Anm.) Schlaf	Schlaftherapien	wohl seit dem 16./17. Jh.
Körperliche Bewegung	Fitness, Sport, Individuelles und Betriebliches Gesundheitsmanagement, EDV-basierte Gesundheit (IGM Campus) - B2B-Zuliefermärkte (z.B. Sportartikelhersteller, Medizintechnik, Handel: ElektroLeben)	Wandern im Sinne auch von ganzheitlicher Gesundheit 1. H. 19. Jh.; Fitness nach 1960 (davor z.B. im Rennpferdesport geläufig); Sport seit etwa Mitte des 19. Jh., Trimm-dich-Bewegung seit 1970; IGM, BGM usw. seit etwa 1990er Jahre bzw. nach 2000
Genuss der freien Luft	Wandern	Wandern im Sinne auch von ganzheitlicher Gesundheit 1. H. 19. Jh.
Land- und Gartenleben	Lebensstilberatung, Thematisierung in zahlreichen Fachzeitschriften	etwa ab Mitte 18. Jh., Boom ab den 1990er Jahren
Reisen	Bäder-, Wellness-, Bildungsreisen	etwa ab Mitte 18. Jh.
Gute Diät und Mäßigkeit im Essen und Trinken - Erhaltung der Zähne	Fasten, Diät-, Ernährungsberatung, Heilwasser; EDV-basierte Gesundheit (IGM Campus) – Zahnvorsorge-Untersuchungen	seit dem frühen Mittelalter (Hortulus - Klostergartenkultur); wohl vor Mitte des 18. Jh. bzw. nach 2000
Reinlichkeit und Hautkultur	Thermen, Beauty, Bio-Kosmetik	Bäderkultur seit dem Mittelalter (z.B. 1489 hatte Ulm 168 Bäder)
Ruhe der Seele - Zufriedenheit - Lebensverlängernde Seelenstimmungen und Beschäftigungen	Seelische Gesundheit, Entspannung; Sport/körperliche Betätigung; Individuelles und Betriebliches Gesundheitsmanagement, Gesundheit im Betrieb, Burn-out-Prävention	seit dem Mittelalter

Quelle: Eigene Zusammenstellung

¹⁴⁵ Die Darstellung soll nur exemplarisch sein. Zur weitergehenden Vertiefung dieser Darstellung müssten naturgemäß ganze Lehrstühle über Jahre intensiv forschen. Ein solches Forschungsprojekt ist jedoch bislang nicht bekannt geworden.

positive Effekte liefern ist zu bezweifeln. Ähnliches auch gilt für zahlreiche andere Initiativen innerhalb des Gesundheitswesens (vgl. Kapitel 3). Für die Lösung der gesundheitlichen Versorgung auf dem Lande, spielen demnach die Anbieter aus dem Zweiten Gesundheitsmarkt eine wesentliche Rolle, wenn es um eine moderne Versorgung geht.

4.4 Heutige Marktstrukturen „Gesundheit“

Das Gesundheitswesen (Erster Gesundheitsmarkt) und der Zweite Gesundheitsmarkt („Alles was die Kostenträger/Krankenkassen für das was Verbraucher und Betriebe als gesundheitsförderlich und -erhaltend ansehen, nicht bezahlen“) lassen sich, aus den bereits angeführten Gründen, nur in den zentralen Teilbereichen des staatlichen Gesundheitswesens in der Öffentlichkeit und in den Statistiken nach Sektoren bzw. Teilmärkten relativ übersichtlich darstellen. Gleichzeitig wird seit vielen Jahren eine Überregulierung beklagt, die Innovationen und damit auch Veränderungen in diesem Bereich massiv behindert bzw. sogar unmöglich macht.¹⁵⁸

Die Abgrenzungen beim Zweiten Gesundheitsmarkt sind deutlich komplexer. Nicht unerheblich dabei ist der „Input“ von Gesundheitsangeboten aus den weltweiten „Traditionellen Medizinsystemen“. Daneben resultieren die Abgrenzungsprobleme von „Gesundheit“ durch die häufig sich ändernden Akteure und Angebote sowie eine weitgehende Atomisierung („Einzelkämpfer“) der Anbieter.¹⁵⁹ Viele Anbieter sind zur Einkommenssicherung meist in mehreren Teilmärkten tätig. Allgemein zugängliche Statistiken gibt es deswegen nur selten, dagegen gibt es für viele Branchen, wenn auch kaum miteinander vergleichbare, kostenpflichtige Einzeluntersuchungen mit teilweise langjährigen Strukturdaten.¹⁶⁰

Durch die Einführung sogen. Satellitenkonten bei den Statistiken der Bundesamtes für Statistik werden einige weitere Gesundheitsbranchen, wie z.B. der Sportbereich seit 2012/2013 zunehmend transparenter und genauer erfasst.¹⁶¹ Allerdings bleibt die vordringliche Zielrichtung von Statistiken des Gesundheitswesens (Erster Gesundheitsmarkt), nämlich Entscheidungsgrundlagen für die diversen Politiken zu gewinnen, unverändert.¹⁶²

Für den Zweiten Gesundheitsmarkt ist letztendlich keine der Politiken zuständig. Allerdings ist zu begrüßen, dass z.B. der Deutsche Industrie- und Handelskammertag seit Jahren mit seinem jährlich erscheinenden „DIHK-Report Gesundheitswirtschaft“ die erwartete

¹⁵⁸ vgl. Stiftung Gesundheit, in: <https://www.stiftung-gesundheit.de/ueberregulierter-europaeischer-gesundheitsmarkt-bremst-innovationen-aus>, Abruf: 22. November 2015.

¹⁵⁹ vgl. Kartte, J., Neumann, K., 2009, S. 762.

¹⁶⁰ Ein dafür typisches Beispiel aus der Fitness-Branche ist angeführt: <http://www2.deloitte.com/de/de/pages/presse/content/deutsche-fitnessbranche-mit-hoher-dynamik.html>, Abruf: 24. November 2015.

¹⁶¹ vgl. den Abschlussbericht hierzu von Ostwald, D. A., Heeger, D., Hesse, S., Knippel, J., Perlit, 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.

¹⁶² vgl. Vom Gesundheitssatellitenkonto zur Gesundheitswirtschaftlichen Gesamtrechnung, in: <http://www.bmw.de/DE/Mediathek/publikationen,did=609600.html>, Abruf: 25. November 2015.

In den Jahren 2014 bis 2016 ergänzten weitere Bürgerdiskussionen und Entwicklungskonzepte den Planungsstand. Dabei war erkennbar, dass das Thema Gesundheit mit den unterschiedlichsten Begriffen immer wichtiger wurde und sich immer mehr in Richtung ganzheitliche Gesundheit entwickelte. Meist auch, ohne dass den Beteiligten klar war, dass sie den Themenbereich Gesundheit ansprachen (vgl. Abbildung 5.5).

Abbildung 5.6: Faktor Regeneration - Thesen zur Zukunft der Region



Quelle: Zukunftsinstitut / gfw Starnberg GmbH

Diese Ausgangssituation in Feldafing aufgreifend und integrierend entwickelte das Zukunftsinstitut für den Raum Starnberg-Ammersee drei Zukunftsszenarien. Dabei floss das

Thema Gesundheit unter dem Begriff „Regeneration“ mit ein (vgl. Abbildung 5.6).¹⁷⁷ Dieses Szenarium wird 2016 mit einer Feasibility-Study (Machbarkeitsstudie) konkretisiert und erste Schritte für die konkrete Umsetzung definiert.

5.1.5 Innovative Netzwerke für Dienstleistungen und Gesundheit in Regionen von morgen (InDiGeR)

Mit einem Wettbewerb zu „Gesundheit- und Dienstleistungsregionen von morgen“ hat wiederum das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) einen engen Dialog von Wissenschaft, Wirtschaft, Politik und Bürgern gefordert. Aus 78 Projektskizzen wurden zwölf ausgewählt, die ihre jeweiligen Projekte mit Unterstützung durch eine finanzielle Förderung des Ministeriums von jeweils 50.000 Euro ausarbeiten konnten. Die fünf Siegerregionen werden vier Jahre lang finanziell mit insgesamt 20 Mio. Euro bei der Umsetzung unterstützt. Neben dem vorne bereits vorgestellten Präventionsnetzwerk Ortenau (siehe Kapitel 5.1.2) waren mit Augsburg, Jena, dem QuartiersNETZ Ruhrgebiet und Chemnitz+ vor allem städtische Regionen unter den Siegern.¹⁷⁸

Die ausgewählten Regionen entwickeln und erproben bis 2018, gefördert vom BMBF, präventive und soziale Konzepte für mehr Lebensqualität und Gesundheit vor Ort: „Das Begleitvorhaben INDiGeR spannt einen gemeinsamen Rahmen um die Modellregionen und unterstützt die Vernetzung der beteiligten Akteure untereinander und zum Außenraum. Darüber hinaus erbringt das Begleitvorhaben eigenständige Forschungsleistungen zu zentralen Aspekten innovativer Netzwerke, die für die Menschen in ihren Regionen vor Ort Dienstleistungen rund um die Themen Prävention, Gesundheit und Pflege wirksam und wirtschaftlich erbringen.“¹⁷⁹

Damit macht das BMBF einen weiteren Schritt in die Vernetzung der unterschiedlichsten Branchen zum Thema „Gesundheit“ und treibt die Differenzierung zwischen Gesundheitswesen und ganzheitlicher Gesundheit massiv weiter. So konzentrierte sich die vorherige Förderperiode der „Gesundheitsregionen der Zukunft“ ab 2009 auf die Projekte, im schulmedizinischen Bereich fokussierten Projekte

- „FONTANE“ – Gesundheitsregion der Zukunft Nordbrandenburg auf die Verbesserung der Betreuungsqualität für Herz-Kreislauf-Erkrankte im strukturschwachen ländlichen Raum durch sektorübergreifenden Einsatz moderner Informationstechnologien und biomarkerbasierter Diagnostik- und Therapiesteuerung

¹⁷⁷ vgl. <http://www.konversion-feldafing.de/images/Zukunftsregion-Starnberg-AmmerSee.pdf>, Abruf: 20. Mai 2016

¹⁷⁸ vgl. http://www.indiger.net/?page_id=184, Abruf 25. Mai 2016.

¹⁷⁹ http://www.indiger.net/?page_id=32, Abruf 25. Mai 2016.

standen die beiden Initiativen „Langes Leben im Dorf“ und „Seniorenbegleiter“ (vgl. Abbildung 5.8).

Die seit 2013 eingesetzten beiden Seniorenbegleiterinnen sind ein wichtiges Bindeglied zu den älteren Dorfbewohnern: „Sie besuchen diese und haben ein offenes Ohr für ihre Sorgen und Nöte. Ihnen obliegt die Organisation und Durchführung von gemeinsamen Einkäufen, und Arztbesuchen. Des Weiteren organisieren sie gemeinsame Mittagessen und Kaffeenachmittage.“¹⁸⁶

Erleichtert wird dies auch durch ein „Dorfmobil“, das für alle Altersgruppen nutzbar ist, und einen Bürgerbus im Linienverkehr ersetzt. Laut Aussage der Gemeinde ist „Die Effektivität für die Ortsgemeinde ... immens. Arbeitsvorgänge jeglicher Art werden beschleunigt. Die sich verändernde Altersstruktur wird zu einer noch stärkeren Nutzung führen. Der Anstieg der Spritpreise wird diesen Prozess beschleunigen.“¹⁸⁷ In den letzten 18 Monaten wurden bereits 670 Fahrten durchgeführt.

Abbildung 5.8: „Mannebach im Landkreis Trier-Saarburg



Quelle: www.mannebach.vg-hosting.de

In einer Dorfgesundheitshütte stehen Angebote der Gesundheitsvorsorge für diejenigen zur Verfügung, die ansonsten Fitness-Studios oder Vereine meiden. Eine bei den Bewoh-

¹⁸⁶ <http://www.mannebach.info/>, Abruf 5. Juni 2016.

¹⁸⁷ ebenda

- Abschluss von Verträgen mit regionalen Leistungserbringern für alle Präventionsangebote, die den gesetzlichen Regelungen zur Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung entsprechen.¹⁹¹

5.2.4 CittaSlow

Als letztes Beispiel für kleinräumige und lokale Initiativen wird mit CittaSlow eine Initiative vorgestellt, die eher aus der Hufeland'schen Sicht von Gesundheit resultiert (vgl. Kapitel 4.1). Die Gründungsinitiative erfolgte in Italien 1986 durch italienische Gourmets, die zur „Rettung regionaler Küchentraktionen“ aufriefen. Auslöser hierzu war die Eröffnung eines McDonald's an der Spanischen Treppe in Rom.¹⁹² 1989 gründeten Delegierte aus zwölf Ländern „Slow Food International“. Aus dieser Initiative heraus entstand 1999 das Netzwerk „CittaSlow“, das sich heute bereits über 25 Länder erstreckt. In Deutschland sind 14 Kommunen im Netzwerk (vgl. Abbildung 5.10).

Abbildung 5.10: Internationales CittaSlow-Netzwerk



Quelle: www.cittaslow.org

Das Konzept von CittaSlow setzt auf Entschleunigung: „Der moderne Mensch ist immerfort unterwegs und scheint doch niemals anzukommen. Tempo bestimmt sein Dasein, darunter leidet auf Dauer die Lebensqualität.“¹⁹³ Die Ziele von CittaSlow lassen sich im

¹⁹¹ <http://www.lbl-stadt.de/index.php?id=35>, Abruf 6. Juni 2016.

¹⁹² <http://www.citta-slow.de/index.php/de/chronik>, Abruf 15. Juni 2016.

¹⁹³ Eisner, C., Slow wird zum Prinzip, in: der gemeinderat, 6/2016, S. 28.

3. Abbildungsverzeichnis

	Seite
Abbildung E.1: Der sechste Kondratieff	12
Abbildung 1.1: Mittelbereiche in Deutschland 2013	21
Abbildung 1.2: Landkreise, kreisfreie Städte und Kreisregionen in Deutschland	22
Abbildung 1.3: Raumordnungsregionen in Deutschland 2013	23
Abbildung 1.4: Ebenen und Instrumente der Bedarfsplanung	25
Abbildung 1.5: Planungsbereiche der Hausärztlichen Versorgung in Bayern	25
Abbildung 1.6: 12 Mittelbereiche in Südostbayern nach (altem) Planungsstand 2013	27
Abbildung 1.7: 20 Mittelbereiche in Südostbayern nach (neuem) Planungsstand 2015	28
Abbildung 1.8: Anpassung der Verhältniszahl an die Demographie	28
Abbildung 1.9: Verhältniszahlen der kassenärztlichen Bedarfsplanung	29
Abbildung 1.10: KV-Bedarfsplanung-Planungsblatt mit 18 Spalten (Beispiel)	30
Abbildung 2.1: Beispielhafte Darstellung der aktuellen Versorgungssituation einschl. Altersverteilung	35
Abbildung 2.2: Durchschnittsalter der Hausärzte in den hessischen Gemeinden (Stand 1.10.2014)	36
Abbildung 2.3: Alter der großen Arztgruppen in Baden-Württemberg	37
Abbildung 2.4: Kleinräumige Bevölkerungsvorausberechnung für die Jahre 2019 und 2024	39
Abbildung 2.5: Entwicklung der Außenwanderung Bayerns mit dem restlichen Bundesgebiet und dem Ausland 1974 bis 2034 (in Tsd.)	41
Abbildung 2.6: Entwicklung der Patientenzahlen und des zeitlichen Behandlungsbedarfes von 2010 bis 2030 in Rheinland-Pfalz nach Fachgruppen in Prozent	45
Abbildung 2.7: PKW-Verfügbarkeit bei älteren Menschen mit und ohne gesundheitsbedingte Mobilitätseinschränkungen in ländlichen Kreisen	46
Abbildung 2.8: Teilnehmer an Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheits- förderung	51
Abbildung 2.9: Die Gesundheitstypen im Überblick	54
Abbildung 2.10: Risikofaktoren und Verlust an Lebenszeit in Jahren	57

Abbildung 2.11: Erreichtes betriebswirtschaftliches Zwischenergebnis der BKK24 beim kommunalen Projekt „Länger besser leben.“	58
Abbildung 2.12: Steigerung der Eigenverantwortlichkeit für Gesundheit bei Teilnehmern am kommunalen Projekt „Länger besser leben.“ der BKK24	59
Abbildung 3.1: Beispielhafte Websites von Kassenärztlichen Vereinigungen zur Ansprache junger Ärzte für eine Niederlassung	64
Abbildung 3.2: Typen ausgewählter Gesundheitsregionen 2011 (in Prozent)	78
Abbildung 3.3: Positionierung der Gesundheitsregion Bayreuth	82
Abbildung 3.4: GesundheitsregionenPLUS in Bayern, Stand Frühjahr 2016	82
Abbildung 3.5: Einzurichtende Gremien der GesundheitsregionenPLUS in Bayern	83
Abbildung 3.6: Staatlich geförderte Gesundheitsregionen in Niedersachsen	85
Abbildung 4.1: Teilmärkte im Zweiten Gesundheitsmarkt und deren künftige Entwicklungen und Potentiale	98
Abbildung 5.1: Projektfahrplan Gesundland Vulkaneifel.....	104
Abbildung 5.2: Organisationsstruktur des Präventionsnetzwerks Ortenaukreis (PNO)	106
Abbildung 5.3: Betriebliche Gesundheitsvorsorge – Xundland®-Ansatz	108
Abbildung 5.4: Regionale Gesundheit als Umwidmungsthema einer Liegenschaft in einer Kommune	109
Abbildung 5.5: Nutzungsprioritäten für eine „gesunde“ Lebenswelt	109
Abbildung 5.6: Faktor Regeneration - Thesen zur Zukunft der Region	110
Abbildung 5.7: Vernetzung individueller und gesellschaftsrelevanter Gesundheit in der Gesundheitsregion „VorteilJena“	113
Abbildung 5.8: „Mannebach im Landkreis Trier-Saarburg	115
Abbildung 5.9: „Länger besser leben.“	116
Abbildung 5.10: Internationales CittaSlow-Netzwerk	118
Abbildung 5.11: Zielgruppen und Zielsetzungen für „Lebensphasenorientierte Selbsthilfekompetenz“	120
Abbildung 5.12: Differenziertere Anforderungen an das Arbeitsleben	121

4. Tabellenverzeichnis

	Seite
Tabelle E.1: Verantwortlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung im mittleren Alter in Prozent (N = 1.093)	16
Tabelle 1.1: „Alte“ und „neue“ Mittelbereiche in Südostbayern	26
Tabelle 2.1: Hausarztbedarf zur Bestandssicherung bei altersbedingter Aufgabe von Arztsitzen innerhalb der nächsten 10 Jahre in 20 untersuchten Mittelbereichen Südostbayerns	34
Tabelle 2.2: Varianten der 13. Bevölkerungsvorausberechnung	38
Tabelle 2.3: Bevölkerungsvorausberechnung in acht beispielhaften Kreisen Bayerns bis 2034	42
Tabelle 2.4: Bevölkerungsvorausberechnung in den Gemeinden des Schwarzwald-Baar-Kreises bis 2035	43
Tabelle 2.5: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung („Obere Variante“) im Landkreis Tuttlingen	44
Tabelle 2.6: Rechnerischer Arztbedarf bis 2035 auf Basis der Bevölkerungsvorausberechnung („Obere Variante“) im Landkreis Rottweil	45
Tabelle 2.7: Durch Prävention und Gesundheitsförderung erschließbare Potentiale	50
Tabelle 2.8: Verantwortlichkeit für Prävention und Gesundheitsförderung im mittleren Alter in Prozent (N = 1.093)	53
Tabelle 3.1: Erkennbare Gründungsjahre der Gesundheitsregionen 2013	79
Tabelle 3.2: Art der Träger von Gesundheitsregionen 2013	80
Tabelle 3.3: Anzahl der Mitglieder von Gesundheitsregionen 2013	80
Tabelle 3.4: Ausdehnung der Gesundheitsregionen 2013	80
Tabelle 3.5: Erkennbarer Grad der Aktivitäten im Markt der Gesundheitsregionen 2013	81
Tabelle 4.1: Berufs-/Tätigkeitsvielfalt ausgewählter Persönlichkeiten der Medizingeschichte	90
Tabelle 4.2: Ausgewählte Verkürzungs- und Verlängerungsmittel des Lebens durch das eigenverantwortliche Individuum nach der Makrobiotik von C. W. Hufeland	92

Tabelle 4.3:	Verlängerungsmittel des Lebens C. W. Hufeland, Branchen, Konzepte und Angebotslinien des Zweiten Gesundheitsmarktes und ihre historische Fundierung	93
Tabelle 4.4:	Von einer ganzheitlichen Heilkunde zur Schulmedizin durch Abspaltung neuer Wissenschaftsdisziplinen	94
Tabelle 4.5:	Gesundheitswirtschaft nach Branche, Volumina, Beschäftigten und Unternehmen	101
Tabelle 5.1:	Entwicklungsdynamik von thematisch unterschiedlichen Gesundheitsregionen (in Prozent)	107