



Geschenkgutschein

## Gutfühls Sternchen und Powerpoints

Was bringen die Bonusprogramme  
der Krankenkassen?

*Viviane Scherenberg und Gerd Glaeske*

Waren es in der Urzeit Beeren, Früchte und Pilze, so sammelt der gesundheitsbewusste Homo sapiens von heute Healthmiles, Gutfühls Sternchen oder Powerpoints von den Gesetzlichen Krankenkassen ein. Doch wie erfolgreich sind deren Bonusprogramme wirklich? Woran misst sich dieser Erfolg? Und worauf kommt es wirklich an, wenn es um die positive Beeinflussung von Gesundheitsverhalten und damit um „gesundheitliche Erfolge“ geht?

**E**twa 85 Prozent der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) bieten ihren Versicherten die Möglichkeit, an einem Bonusprogramm teilzunehmen.

Im Rahmen der Bonusprogramme können die Versicherten Sachprämien, Gutscheine oder auch Barprämien bis zu 360 Euro erhalten. Krankenkassen-Vergleiche (z.B. von der Stiftung Warentest) weisen den Versicherten mittels Rankings den Weg, wo die höchsten Prämien ergattert werden können. Es gibt Geld-

prämien, Sachprämien wie ein Fußsprudelbad oder ein Blutdruckmessgerät, Reiseprämien, „Events“ mit Gesundheitsbezug wie ein „Nordic Walking-Wochenende im Bergischen Land“ oder „Allgäuer Wohlfühltag“ von der Barmer Ersatzkasse.

Gewährt werden kann ein Bonus, wenn die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen (nach § 25 und § 26 des Sozialgesetzbuches V) oder anderen Präventionsmaßnahmen, an Hausarztmodell, Integrierter Versorgung, Betrieblicher Gesundheitsförderung oder Disease Management Programmen nachgewiesen wurde. Bei der Festlegung der Bonifizierungskriterien für „gesundheitsbewusstes Verhalten“ sind die GKVn sehr kreativ, so dass kassenübergreifend eine enorme Vielzahl an Kriterien festgestellt werden kann. Diese Kriterien beziehen sich auf die Bereiche Gesundheit (wie etwa Früherkennungsuntersuchung, Sportkurse), Information und Bildung (zum Beispiel Gesundheitsnewsletter-Abonnement, virtuelle Ernährungsberatung), Gesellschaft (Blutspende, Erste-Hilfe-Kurs), Kosteneinsparung (Inan-

---

*„Der typische Bonusprogramm-Teilnehmer ist weiblich, ohnehin schon gesundheitsbewusst und gehört der Oberschicht an.“*

---

spruchnahme von IGeL-Leistungen) oder Marketing (wie Mitgliederwerbung).

Bezüglich der Wirksamkeit gibt es allerdings erst wenige Erkenntnisse. Dabei ist die Auswahl und Höhe der Be-punktung der Bonifizierungskriterien entscheidend. So sollte beispielsweise eine aktive Blutspende, da sie ebenfalls der Früherkennung von Krankheiten dienen kann, höher honoriert werden als das bloße Vorhandensein eines Organspende-Ausweises. Im Moment zählen beide aber noch gleich viel.

### Wie wirksam sind die Programme?

Über die Effizienz dieser Programme müssen die GKVn spätestens nach Ablauf von drei Jahren bei der jeweiligen Aufsichtsbehörde Rechenschaft ablegen. Diese gesetzliche Vorgabe nach § 65a SGB V soll dazu beitragen, dass Bonusprogramme nicht als Marketinginstru-

ment zur Kundenbindung und Neukundengewinnung, sondern in erster Linie als Präventionsinstrument zur Förderung gesundheitlicher Verhaltensweisen eingesetzt werden. Hierzu müssen die GKVn nachweisen, dass sich die finanziellen Aufwendungen mittel- bis langfristig durch Einsparungen ausgleichen lassen. Ist dies nicht der Fall, dürfen die Kassen ihren Versicherten keinen Bonus gewähren. Laut Aussagen des Bundesversicherungsamtes wurde von den Kassen bis dato kein Rechenschaftsbericht eingereicht, der nicht die gesetzlichen Anforderungen erfüllte. Die Auswertungen der Kassen sind – bis auf wenige Pressemeldungen – für die Öffentlichkeit leider nicht zugänglich.

### Die Programme sind beliebt

Laut Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsumfragen der Bertelsmann Stiftung kennen bis zu 75 Prozent der Bundesbürger GKV-Bonusprogramme. Die Teilnehmerzahlen von Deutschlands größten Krankenkassen bestätigen ihre Beliebtheit: So hatten die Techniker Krankenkasse und die DAK bisher mehr als 500.000 TeilnehmerInnen, während sich bei der BEK „seit Programmstart“ rund 800.000 Versicherte (etwa zehn Prozent) beteiligten.

Wie hoch die tatsächliche Teilnehmerzahl „präventiver“ Bonusprogramme bundesweit oder das Aktivitätsniveau und die Fluktuationsrate der Versicherten innerhalb solcher Programme sind, lässt sich nicht sagen. Nach Aussagen der Kassen erfreuen sich Bonusprogramme aber nicht nur immer größerer Beliebtheit, sondern tragen erheblich zur Senkung der Leistungsausgaben bei. Die Einsparungen variieren dabei stark: Während die Einsparungen für das Jahr 2005 bei der Barmer Ersatzkasse bei 97,14 Euro pro „aktivem“ Teilnehmer lagen, kam die Bundesknappschaft – als GKV mit dem höchsten Altersdurchschnitt – auf rund 180 Euro pro Teilnehmer.

Aussagen darüber, wie die unterschiedlichen Einsparungsdifferenzen zustande kommen, sind aufgrund der Vielzahl möglicher Einflussfaktoren nicht möglich. Denn eine Rolle können ganz unterschiedliche Aspekte gespielt haben: Versichertenstruktur, Auswahl der Prämien, Auswahl und Gewichtung der Bonifizierungskriterien, Festlegung von

Mindestanforderungen und Erfüllungszeitpunkten sowie der Kommunikationsprozess beziehungsweise die „Werbung“ für das Bonusprogramm.

Neben den unterschiedlichen Versichertenstrukturen und Gestaltungen der Programme führt die Dynamik des Krankenkassenmarktes zum Beispiel durch Fusionen dazu, dass eine Identifizierung von „Erfolgsfaktoren“ und ein übergreifender „Erfolgsvergleich“ schier unmöglich sind. Zudem lassen die differenzierten und isolierten Auswertungen ohne Standardkriterien keine Vergleichbarkeit der Programme zu.

### Die Zielgruppe wird nicht erreicht

Unklar ist, ob die Versicherten die unterschiedlich hohen Anforderungen aufgrund der jeweiligen individuellen Ausgangslage wie Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten und Alter überhaupt erfüllen können und damit überhaupt die Möglichkeit hätten, die Prämie jemals zu erreichen.

Denn ungeachtet der positiven Pressemeldungen von den Kassen herrscht Einigkeit darüber, dass Prävention und Gesundheitsförderung oft daran scheitern, dass der so genannte healthy user effect zum Tragen kommt. Das heißt: Ohnehin gesundheitsbewusste Menschen nehmen an den Maßnahmen teil, während die Zielgruppen mit dem derzeit schlechtesten Gesundheitsverhalten wie Rauchen, Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, schlechter Ernährung und damit der höchsten Krankheitswahrscheinlichkeit kaum erreicht werden.

Die Gesundheitsmonitor-Bevölkerungsumfrage vom Herbst 2006 bestätigte dies: Der typische Bonusprogramm-Teilnehmer ist weiblich, ohnehin schon gesundheitsbewusst und gehört der Oberschicht an. Ein wirklicher gesundheitlicher und damit ökonomischer Nutzen würde aber erst dann entstehen, wenn insbesondere die (Hoch-)Risikogruppen erreicht werden könnten.

### Idealwerte als Mindestanforderung

Insbesondere sozial benachteiligte Menschen wie Arbeitslose sind stark von Krankheit und Tod infolge von chronisch-degenerativen Erkrankungen betroffen. Die Neufassung des § 20 SGB V im Rahmen der Gesundheitsreform 2000 sollte diesem Umstand Rechnung tra-

gen. So haben die Kassen seither den gesetzlichen Auftrag, dass Maßnahmen zur Prävention „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen“ leisten sollen. Barrieren, die gerade diese Zielgruppen mit dem höchsten Präventionspotenzial von einer Teilnahme abhalten, sollten daher möglichst vermieden werden.

Gerade bei ungünstigen gesundheitlichen Ausgangslagen können aber Idealzustände, die als Mindestanforderungen formuliert werden, als unüberwindbare Hürde empfunden werden: So zum Beispiel, wenn stark übergewichtige Menschen Normalgewicht erreichen oder starke Raucher Nichtraucher werden sollen. Das Gleiche gilt für medizinische Idealwerte bei Cholesterin, Blutdruck und Blutzucker.

Die Belohnung positiver Entwicklungen hingegen, bei der auch ein Annäherungswert an den Body-Mass-Index honoriert wird, kann auch schwergewichtige Versicherte motivieren. Dies bietet zum Beispiel die BKK Securvita an.

Programme, die die Anstrengung nicht hinreichend berücksichtigen, sind nicht nur demotivierend, sondern ökonomisch unangemessen. Dies ist auch der Fall, wenn es den gleichen Bonus für das dauerhafte Mitmachen in einem Sportverein und das Ausfüllen eines Organspende-Ausweises gibt. Es wäre also sinnvoll, neben der Teilnahmebereitschaft auch die Teilnahmefähigkeit zu berücksichtigen. Darüber hinaus müssten die Anforderungen nach ihrer gesicherten Wirksamkeit (zum Beispiel Polio-Schutzimpfungen) ausgewählt werden.

Zudem sollten neben der Ausgangslage geschlechts- und altersspezifische Gesundheits- und Verhaltensaspekte beachtet werden: Schon lange klagen die Kassen beispielsweise darüber, dass Männer als „Präventionsmuffel“ im Vergleich zu Frauen seltener zu Vorsorgeuntersuchungen gehen. Zielgruppenspezifische Programme gehen auf diese Aspekte ein.

### Barrieren überwinden statt mit Prämien locken

Ob finanzielle Anreize allein auf Dauer dazu beitragen, die Versicherten zu mobilisieren, bleibt fraglich. Denn diverse Berichte über die Inanspruchnahme von Früherkennungsmaßnahmen ka-

men zu dem Schluss, dass sich nicht die materiellen Anreize förderlich auf die Teilnehmerate auswirkten, sondern vor allem der Abbau von finanziellen Barrieren sowie der Einsatz von Erinnerungssystemen wie telefonischen oder postalischen Einladungen zu Terminen. Es scheint, dass präventive und ökonomische Erfolge davon abhängen, wie es gelingt, Informations-, Wissens- und Fähigkeitsbarrieren bei den Versicherten zu überwinden. Zumal die gesundheitliche Eigenverantwortung aus innerer Überzeugung sowohl für die Versicherten als auch für die Kassen den größten Nutzen stiften würde.

Da Gesundheit maßgeblich von den Lebensbedingungen beeinflusst wird, braucht es ein Zusammenspiel von Verhaltensprävention und Verhältnisprävention – sprich die Gesundheitsförderung in Schulen, Kindergärten, Betrieben, Gemeinden. Ein Gesetz, das Prävention als gesamtgesellschaftliche Aufgabe definieren sollte, ist 2005 leider gescheitert.

### Soziale Verantwortung

Von Bonusprogrammen könnten erhebliche Präventionsimpulse ausgehen. Richten die GKVn ihre Programme auf jene Versicherten mit dem größten Präventionspotenzial aus – also gerade auf diejenigen, die im Moment noch kaum erreicht werden – können sie Einsparungen erzielen und ihre Versicherten am Erfolg teilhaben lassen. Hinderlich sind der derzeitige Wettbewerbsdruck und die Reformen, die die Kassen unter Druck setzen, sich den sich ständig ändernden Rahmenbedingungen anzupassen.

Wird der Fokus auf kurzfristige Erfolge gerichtet, geraten die erst langfristig sichtbaren Auswirkungen, zum Beispiel eine dauerhafte Verringerung der Krankheitslast, mehr und mehr in den Hintergrund. ■

#### Viviane Scherenberg

geb. 1971, ist Doktorandin am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. vscherenberg@zes.uni-bremen.de

#### Gerd Glaeske

geb. 1945, ist Professor am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) der Universität Bremen. gglaeske@zes.uni-bremen.de

## Bücher zum Thema Prävention



2008. 172 S.,  
34 Abb., 20 Tab.,  
Kt € 34.95 /  
CHF 59.00  
ISBN 978-3-456-84603-3

Viviane Scherenberg /  
Wolfgang Greiner

### Präventive Bonusprogramme

Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas

Wie können Bonusprogramme zum gesundheitsbewussten Verhalten der Bevölkerung beitragen?



Lehrbuch  
Gesundheitswissenschaften.  
1. Nachdruck  
2009 der 2.,  
überarb. Aufl.  
2007. 422 S.,  
42 Abb., 36 Tab.,  
Kt € 29.95 /  
CHF 49.90  
ISBN 978-3-456-84486-2

Klaus Hurrelmann / Theodor Klotz /  
Jochen Haisch (Hrsg.)

### Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung – die entscheidende Ressource unseres Gesundheitssystems

[www.verlag-hanshuber.com](http://www.verlag-hanshuber.com)

HUBER

