

GESUNDHEITSÖKONOMIK

Anreizkomponenten von Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen

Kommunikation als unterschätzte Erfolgskomponente

Viviane Scherenberg^{1,2} • Gerd Glaeske²

¹ABS Computer GmbH – Fachagentur für edv-gestütztes Marketing

²Zentrum für Sozialpolitik, Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung,
Universität Bremen

Kontakt

Dipl.-Betriebsw. Viviane Scherenberg, MPH
ABS Computer GmbH – Fachagentur für edv-gestütztes Marketing
Katenerberger Straße 4
42115 Wuppertal

Tel.: Phone: +49 (0) 202 / 37 147 - 24

Fax: +49 (0) 202 / 37147 - 49

E-Mail: vs@marketing-by-abs.com

vscherenberg@zes.uni-bremen.de

Zusammenfassung

Ziel: Die Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) sollen insbesondere Risikogruppen durch monetäre Anreize zu gesundheitsbewussten Verhaltensweisen stimulieren, um schlummernde präventive Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen. Erste Studien deuten darauf hin, dass Mitnahmeeffekte (guter Risiken) vor Präventionseffekten dominieren. Ziel des Beitrags ist es, die Erfolgsfaktoren von Anreizsystemen darzustellen.

Methodik: Um den Stand der aktuellen Forschung zu identifizieren, wurde eine Literaturanalyse vorgenommen. Da die gesetzlich geforderten Effizienznachweise nur die Kosten-Nutzen-Verhältnisse abbilden und keine übergreifenden Lerneffekte hinsichtlich einer optimierten Ausgestaltung zulassen, wurden ebenfalls Studien aus dem kommerziellen Bereich einbezogen, um mögliche Erfolgsfaktoren und den Forschungsbedarf identifizieren zu können.

Ergebnisse: Die Ergebnisse der Literaturanalyse machen deutlich, dass nicht allein die Kernelemente der Bonusprogramme, sondern Zusatzelemente (Erinnerungssysteme, Abbau von Barrieren) eine bedeutende Rolle spielen, um die Teilnahmeraten von Präventionsinterventionen zu erhöhen.

Schlussfolgerung: Zur Stimulierung gesundheitsbewussten Verhaltens sollte zukünftig verstärkt das Augenmerk auf den Abbau von Informations-, Wissens- und Fähigkeitsbarrieren gelegt werden.

Schlüsselwörter: Bonusprogramm, Krankenkassen, Kommunikation, Prävention, Anreize, Motivation

Incentives in statutory health insurance bonus schemes

Communication as an underrated precondition of success

Abstract

Aim: Bonus schemes within German statutory health insurance (GKV) use monetary incentives to promote health-conscious behaviour, particularly amongst risk groups. The idea is to exploit a latent potential for participation in money-saving preventive measures. First studies suggest that incidental effects (good risks) are more common than prevention effects. The purpose of the article is to present factors contributing to the successfulness of incentive schemes.

Methods: To outline the findings of current research, an analysis of the literature was carried out. By law, sickness funds in Germany have to report on savings made. This kind of report portrays cost-efficiency but does not provide an assessment of general learning with regard to optimal practice. The analysis therefore also included studies from commercial areas in order to identify possible success factors and research needs.

Results: The results of the literature analysis show that not only do the core elements of bonus schemes play a significant role, but additional elements (reminder systems, removing barriers) also help to increase the participation rate in prevention measures.

Conclusion: In order to stimulate health-conscious behaviour, more attention should in future be paid to the removal of barriers to information, knowledge, and empowerment.

Keywords: Bonus schemes, Health insurance funds, Communication, Prevention, Incentives, Motivation

Einleitung

Die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKVn) haben per Gesetz den Auftrag, den allgemeinen Gesundheitszustand zu verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen zu erbringen (§ 20 SGB V). Dieser Paragraf verdeutlicht, dass die Förderung der Gesundheit und die Prävention von Krankheiten integraler Bestandteil des GKV-Leistungskatalogs ist. Seit dem 01.01.2004 – im Zuge der Einführung des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) – dürfen die GKVn ihren Kunden im Rahmen dieser Aufgabe Boni für gesundheitsbewusstes Verhalten offerieren (§ 65a SGB V). Die Intention dieser neuen Option für die GKVn war es, das System erfolgreicher Anreiz-

modelle (à la Payback & Co.) aus der Privatwirtschaft auf das Gesundheitswesen zu übertragen und so einerseits den Wettbewerb um die beste gesundheitliche Versorgung zu stärken und andererseits das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten zu fördern. Hierbei können sich die Bonusprogramme sowohl auf das Zurückdrängen von Krankheiten (Vermeidungsstrategie) als auch auf die Förderung von gesundheitlichen Ressourcen (Promotionsstrategie) beziehen. Dies ist nicht verwunderlich, denn wurden die genannten Strategien in der Vergangenheit noch als Entweder-oder-Intervention angesehen, begreifen neuere Ansätze die Gesundheitsförderung als bedeutende komplementäre Strategie der Primärprävention (Glaeske et al. 2003: 9). Vor diesem Hintergrund können Bonuspro-

gramme im Gesundheitswesen als langfristig angelegte Intervention zur Prävention (Minderung gesundheitsschädigender Risikofaktoren) und Gesundheitsförderung (Stärkung gesundheitsfördernder Schutzfaktoren) definiert werden, die von den GKVn eingesetzt werden, um gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Kunden mithilfe von (materiellen) Anreizen (Boni) positiv zu beeinflussen bzw. zu bestätigen (Scherenberg/Greiner 2008: 16).

In Anbetracht der Tatsache, dass Präventionswirkungen erst langfristig Früchte tragen, bleibt beim aktuellen Status offen, inwiefern Bonusprogramme im Gesundheitswesen tatsächlich dazu beitragen das Verhalten der Versicherten „nachhaltig“ zu beeinflussen. Auch bleibt offen, wie hoch das präventive Rationalisierungspotenzial bei systematischer Erschließung der schlechten Risiken ist oder

werden, ist in der Wissenschaft als Präventionsdilemma bekannt (Hurrelmann 2003: 118, Bauer 2005: 73ff). Im Rahmen von Bonusprogrammen wird die daraus resultierende „Mitnahme“ von Boni bereits gesundheitsbewusster Versicherter wiederum als Mitnahmeeffekt bezeichnet (Ärzteblatt 2004: 107).

Ziel des vorliegenden Artikels ist es daher, die Ursachen dafür zu ergründen, was nicht gesundheitsbewusste Versicherte möglicherweise von einer Teilnahme abhält und welche Faktoren für eine Teilnahme an Präventionsprogrammen bedeutend sind. Hierzu werden die unterschiedlichen (motivationalen) Komponenten von Bonusprogrammen zur Steuerung von gesundheitsbewussten Verhaltensweisen dargestellt. Zusätzlich soll ein Überblick über den aktuellen Stand der Forschung dazu beitragen, Transparenz darüber zu schaf-

Merkmalsunterschiede der Bonusprogramm-Nutzung	Teilnehmer	Nicht-Teilnehmer
• Anteil der Befragten, die regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen	44 %	25 %
• Anteil der Befragten, die regelmäßig Sport treiben	72 %	60 %
• Anteil der Befragten, die noch nie geraucht haben	50 %	43 %

Tabelle 1: Merkmalsunterschiede zwischen Teilnehmer und Nichtteilnehmer von Bonusprogrammen
Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Schnee (2007: 6f)

sein kann. Der Sachverständigenrat für Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen schätzt die schlummernden Rationalisierungspotenziale für das gesamte Gesundheitswesen auf ca. 25 bis 30 % der derzeitigen Gesundheitsausgaben (SVRG 2001: 25). Denn eine Umfrage der Bertelsmann Stiftung konnte bestätigen, was von Experten bereits vor Initiierung der Programme bereits befürchtet wurde (Ärzteblatt 2004: 107): Bonusprogramme scheinen die eigentliche Zielgruppe zu verfehlen, denn wie die Tabelle 1 zeigt, werden Bonusprogramme im Gesundheitswesen tendenziell eher von bereits gesundheitsbewussten Versicherten genutzt.

Das beschriebene und bereits bekannte Phänomen, dass Präventionsmaßnahmen mitunter ihr Ziel verfehlen und eher von ohnehin gesundheitsbewussten Menschen genutzt

werden, welche Erkenntnisse über Bonusprogramme vorliegen und in welchen Bereichen erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Hintergrund

Anreizsysteme und damit auch GKV-Bonusprogramme sind hochkomplexe Gebilde, deren Wirkungen von einer Vielzahl einzelner Faktoren abhängen. Zu diesen Faktoren zählen u. a. die Höhe und die Erstrebenswertigkeit der Belohnung, der Umfang wählbarer Prämien, die Erfüllungswahrscheinlichkeit der in Aussicht gestellten Belohnung sowie eine einfache Programmhandhabung (O'Brien/Jones 1995: 76). Werden Anreizsysteme initiiert, so geht es grundsätzlich immer darum, bestehende Koordinations- und Motivationsprobleme bei der jeweiligen

Zielgruppe zu überwinden oder mit anderen Worten darum,

- 1) das Wissen und die Fähigkeit zur Zielerfüllung und
- 2) die Bereitschaft zur Zielerfüllung positiv zu beeinflussen (Milgrom/Roberts 1992: 25ff).

Für die Ausgestaltung der Bonusprogramme stehen zur Überwindung der angesprochenen Probleme unterschiedliche Elemente zur Verfügung, die sich grob in Kernleistungen („core service level“) und Zusatzleistungen („secondary service level“) unterteilen lassen (Kotler/Bliemel 1995: 660-663; Meffert 2000: 333; Meffert/Bruhn 2006: 392; Normann 2000: 77). Die Abbildung 1 gibt einen Überblick über die unterschiedlichen direkten und indirekten Komponenten von GKV-Bonusprogrammen sowie deren Funktionsweisen, die im Folgenden beschrieben werden.

Die direkten Ausgestaltungselemente (oder auch Kernleistungen (1)) können als die eigentlichen Basis- und Leistungskomponenten der GKV-Bonusprogramme verstanden werden, deren Ausgestaltung drei Bereiche umfasst:

- a.) Kriterien: Die Kriterien (z. B. Teilnahme an Vorsorge-Check-ups) sind maßgeblich für die Zielerreichung der Programme verantwortlich. Während die Anzahl der Kriterien bzw. der Umfang der Auswahlmöglichkeit der Anforderungen die Steuerungsintensität beeinflusst, kann die Steuerungsrichtung mithilfe der Kriteriengewichtung und Kriterienfestlegung (sogenannte Pflicht- und Mindestkriterien) vorgenommen werden. Die Erfüllungsmöglichkeit, der Schweregrad der Anforderungen sowie der zeitliche Aufwand für die Erbringung

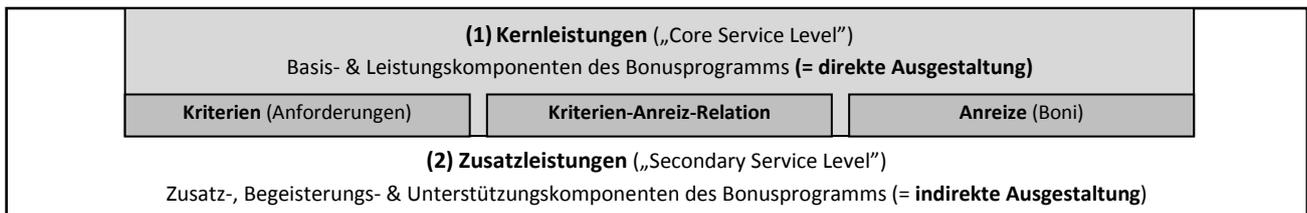


Abbildung 1: Programmsystematik von GKV-Bonusprogrammen
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Scherenberg/Greiner 2008: 99

Während Kernleistungen alle internen Komponenten des Bonusprogramms (bzw. die interne Programmsystematik) widerspiegeln, können unter Zusatzleistungen alle Programm begleitenden Value-Added-Service-Leistungen subsumiert werden, die letztlich die eigentlichen Kernleistungen des Programms unterstützen. Bezogen auf die spezifischen gesundheitsfördernden Zielsetzungen der GKV-Bonusprogramme zählen zu den unterstützenden Zusatzleistungen alle Maßnahmen, die das „Können“ und „Wollen“ der Versicherten (wie z. B. persönliche Ernährungsberatung, Online-Coaching zur aktiven Stressbewältigung) positiv beeinflussen.

der Anforderungen bezogen auf die damit verbundenen Boni hingegen entscheiden darüber, ob die Programme von den Versicherten als gerecht wahrgenommen werden. Der Kosten-Nutzen-Index der ausgewählten Anforderungen ist wiederum dafür verantwortlich, in welchem Maße präventive Rationalisierungspotenziale überhaupt freigesetzt werden können. Bei der Auswahl der Kriterien spielen insofern sowohl motivationale Effekte als auch die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit (Kosten-Nutzen-Index) der Kriterien für die Effektivität und die Effizienz der Bonusprogramme eine entscheidende Rolle (Leisering 2004: 32f). Hinsichtlich des Kosten-Nutzen-Index unterscheidet das

Institute of Medicine zwischen wirksamen („proven interventions“) und theoretisch vielversprechenden („promising interventions“) Präventionsinterventionen (Smedley/Syme 2000: 9). Summa summarum sollte die Auswahl der Kriterien daran gekoppelt werden, inwiefern diese von der Zielgruppe (je nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage) erfüllt werden kann (unabhängig vom aktuellen Statuszustand z. B. Body-Mass-Index) und in welchem Maße sie einen direkten Einfluss auf die gesundheitliche Zielsetzung ausübt (Scherenberg

b.) Kriteriums-Anreiz-Relation: Die Kriteriums-Anreiz-Relation stellt indes das Bindeglied zwischen den Anforderungen und Belohnungen dar (Ringlsetter 1997: 122). Unter Berücksichtigung des Faktors Zeit wird definiert, wie das Verhältnis zwischen den Kriterien und der Höhe der in Aussicht gestellten Anreize ist. Die Kopplung der Anforderungen (als unabhängige Variable) an die Anreize (als abhängige Variable) spiegelt die Zuordnung des Anreizwertes zu einer Handlung des Versicherten wider (Kossbiel 1994: 78).

Arten gesundheitsbezogener Bonifizierungskriterien	
Verhaltensorientierte Anforderungen („Input-Kriterien“)	Belohnung gesundheitsbezogener <u>Aktivitäten</u> → dauerhaft (z. B. Sportkurse) → einmalig (z. B. Check-ups nach § 25 SGB V) Belohnung wissensbezogener <u>Aktivitäten</u> → dauerhaft (z. B. Online-Coaching zur Stressbewältigung) → einmalig (z.B. einmalige Ernährungsberatung)
Ergebnisorientierte Anforderungen („Output-Kriterien“)	Belohnung von <u>Statuszuständen</u> → ergebnisorientiert (z. B. Body-Mass-Index, Nichtraucherstatus) → erhaltensorientierte (z. B. Impfpass-Status)

Abbildung 2: Arten gesundheitsbezogener Bonifizierungskriterien
 Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Scherenberg/Greiner 2008: 54

/Greiner 2008: 134).

Denn wie die Abbildung 2 verdeutlicht, können sich Bonusprogramme sowohl auf das gesundheitsbewusste Verhalten („Input-Kriterien“) als auch auf die Ergebnisse einer gesundheitsbewussten Lebensstilführung („Output-Kriterien“) beziehen (Wischer 2005: 71). Verhaltensorientierte Anforderungen, die sich sowohl auf das Gesundheitsverhalten als auch auf wissensbezogene Aktivitäten beziehen, können nach dem zeitlichen Horizont langfristige oder einmalige Aktivitäten belohnen. Ergebnisorientierte Anforderungen wiederum berücksichtigen eher quantitative Maßgrößen bzw. eine „mögliche“ Erfolgsdimension der gesundheitlichen Verhaltensaktivitäten.

c.) Anreize: Die Erfüllung der Anforderung führt bei den Versicherten zu Belohnungen, die sich in Sach- oder Geldprämien äußern. Aktiviert wird die Verhaltensänderung bei den Versicherten dann, wenn ein bestimmter Nutzen erzielt wird bzw. die Prämien entsprechend einen hohen Attraktivitätsgrad aufweisen, der zu einer persönlichen Bedürfnisbefriedigung beiträgt. Hierbei spielen zunehmend Aspekte wie Sicherheit und Zuverlässigkeit eine Rolle. Insbesondere trifft dies auf jene Versicherten(-gruppen) zu, die sich aufgrund einer sozialen Benachteiligung in einer ungünstigen Lebenslage befinden. Denn die stetigen Auslagerungen aus dem GKV-Leistungskatalog verursachen Ängste und Unsicherheiten, die zu einem Anstieg des Sicherheitsbedürfnisses führen. Geht es wiederum neben der materiellen Bedürf-

nisbefriedigung darum, dass Bonifizierungen dazu beitragen die Eigenverantwortung zu steigern, sollte darauf geachtet werden, dass anreizorientierte Bonifizierungen vor allem als (materielle) Äußerungen der Wertschätzung wahrgenommen werden (Frey 1997: 84). Ein Beispiel aus dem kommerziellen Bereich sind sogenannte Statuslevel (Lauer 2004: 94), die je nach Teilnahmeengagement (Präventionsstatuslevel z. B. in Gold, Silber und Bronze) dazu führen sollen, Stolz für die eigene Leistung zu entwickeln. Auch symbolische Belohnungen tragen (wie unerwartete „kleine“ Gesten der Anerkennung) zur Motivationssteigerung bei und aktivieren gleichzeitig die intrinsische Motivation (Rheinberg 2006: 338).

Anzumerken ist, dass sich die Programmgestaltung in erster Linie auf die beschriebenen Kernleistungen bezieht. Die gesundheitlichen Wirkungen wiederum, die mithilfe von Bonusprogrammen erzeugt werden sollen, unterliegen auf individueller Ebene Schwierigkeiten, da die Verhaltensänderung stark von externen Faktoren (z. B. persönliche Situation) beeinflusst wird. Folglich geht es bei der Stimulierung gesundheitsbewusster Verhaltensweisen nicht allein um das „Wollen“, sondern auch um das „Können“ der Versicherten. Dieser Aspekt fällt besonders dann ins Gewicht, wenn es um die Überwindung fest verankerter behavioraler Risikofaktoren mit psychologischen Abhängigkeiten (z. B. Rauchen) geht. Vor diesem Hintergrund können die hinter den Kernleistungen der Bonusprogramme stehenden unterstützenden Serviceleistungen der Kassen als bedeutende Faktoren eingestuft werden, die sich auf die Zielgruppenbedürfnisse zur „Problemlösung“ beziehen sollten.

Material und Methode

Um den Stand der aktuellen Forschung zu identifizieren, wurde eine Literaturanalyse vorgenommen. Da aufgrund des zeitlichen

Vorsprungs Studien im Bereich kommerzieller Bonusprogramme umfangreicher als im Gesundheitswesen vorliegen, wurden ebenfalls Studien aus dem kommerziellen Bereich einbezogen. Wie eingangs beschrieben war das Ziel der Literaturanalyse, die motivationalen Aspekte näher zu durchleuchten. Studien, die sich eher auf wirtschaftliche Aspekte beziehen, wurden daher nicht in die Analyse einbezogen. Hierbei handelt es sich im Gesundheitswesen respektive um die Wirtschaftlichkeitsnachweise, die die GKVn gemäß § 65a SGB V bei ihrer zuständigen Aufsichtsbehörde (z. B. Bundesversicherungsamt bei bundesunmittelbaren Kassen) vorlegen müssen. Hierzu wurden seitens des Bundesversicherungsamtes folgende Mindestanforderungen definiert (Bundesversicherungsamt 2005: 2ff):

- Durchführung einer nicht-randomisierten kontrollierten Fall-Kontroll-Studie inkl. eines Vorher-/Nachhervergleichs unter Einbeziehung aller Teilnehmer (Vollerhebung)
- Anwendung eines gematchten Kontrollgruppenverfahrens (Kontrollgruppen müssen ausreichend groß sein und wesentlichen soziodemografischen Merkmalen der Teilnehmer entsprechen)
- Einbeziehung aller Kosten (Boni, Ausgaben für die Einrichtung und den Betrieb des Bonusprogramms sowie der Dokumentation und Evaluation)
- Darlegung aller bekannten Ausgaben (Krankengeldzahlungen, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausbehandlungen, Heilmittel inkl. Daten zu § 20 SGB V (Präventionsleistungen, Rehabilitationsmaßnahmen z. B. Kuren oder ergänzenden Leistungen zur Rehabilitation)
- Nichtberücksichtigung von Transferleistungen aus dem Risikostrukturausgleich

Anzumerken ist, dass es sich hierbei um anbieterorientierte Rechenschaftsberichte handelt, die in erster Linie nur etwas über das Kosten-Nutzen-Verhältnis des jeweiligen Bonusprogramms aussagen und weitgehend (bis auf wenige PR-Meldungen) für die Öffentlichkeit (und damit der Wissenschaft) nicht zugänglich sind. Zudem können mit den bilanzierenden Wirtschaftsnachweisen weder konkrete Aussagen über teilnahmefördernde oder teilnahmehinderliche Faktoren getroffen werden, noch kann daraus geschlossen werden wie (z. B. gerecht) die Bonusprogramme tatsächlich von welcher (potenziellen) Versicherten(-gruppe) wahrgenommen werden. Sind die Kassen nicht in der Lage mittel- bis langfristig bisher nicht gesundheitsbewusste Versicherte zu erreichen und damit nachzuweisen, dass sich die Bonusprogramme aus Einsparungen (z. B. Krankengeldzahlungen, Arzneimittelverordnungen, Krankenhausbehandlungen oder Heilmittel) refinanzieren, dürfen die GKVn ihren Versicherten keinen Bonus gewähren. Diese Tatsache unterstreicht die Notwendigkeit, sich eindringlich mit den motivationalen Wirkungen und der Effektivität – und nicht nur mit der ökonomischen Effizienz der Programme (als Basis für die Effizienz) – auseinanderzusetzen.

Anhand der dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien konnten für den vorliegenden Artikel 19 relevante Arbeiten in die Literaturrecherche einbezogen werden. Eine Übersicht der Studien(-ergebnisse) findet sich in der Tabelle 2. Die Grundlage bildete eine Literaturrecherche in zugänglichen öffentlichen Datenbanken (u.a. DIMDI, JADE, AHRQ, Google). Darüber hinaus wurden Studien aus Referenzlisten bestehender Arbeiten in die Suche einbezogen und auf die Relevanz des Anliegens für den Artikel überprüft. Zu nennen sind an dieser Stelle insbesondere die Arbeiten von Müller (2003), Glusca (2005) und Hoffmann (2008). Suchbegriffe, die bei

der Recherche in deutscher und englischer Sprache – mit unterschiedlichen Und- bzw. Oder-Bedingungen – zum Tragen kamen, sind u. a. bonus, bonus program, patient, customer, behavior, financial incentive, monetary incentives, efforts, prevention, health promotion.

Ergebnisse

Die Durchsicht der Studienergebnisse macht deutlich, dass bislang wenig gesicherte Erkenntnisse zu Bonusprogrammen vorliegen. Angesichts der differenzierten Aufgabenstellung „kommerzieller“ und „präventiver“ Bonusprogramme sind die Erkenntnisse kommerzieller Studien nur bedingt auf das Gesundheitswesen übertragbar. Allerdings geben diese interessante Impulse zur Ausgestaltung und zeigen noch einmal deutlich, wie hochkomplex und vielfältig die Thematik der Anreizsteuerung ist. Deutlich wird bei einem Vergleich der Studienergebnisse, dass im kommerziellen Bereich Studien identifiziert werden konnten, die sich bereits mit den Wirkungen unterschiedlichster (motivationaler) Gestaltungsvariablen beschäftigen, während im Gesundheitswesen hier noch erheblicher Forschungsbedarf besteht.

Besonders auffallend ist, dass gerade im Gesundheitswesen – im Vergleich zum kommerziellen Bereich - die Bedeutung von monetären Anreizen für eine Verhaltensänderung keine zentrale Rolle zu spielen scheint. Denn Studien, die sich auf anreizorientierte Präventionsinterventionen beziehen, konnten wichtige Erkenntnisse darüber liefern, dass bei der Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen materielle Anreize nicht als die ausschlaggebenden Faktoren für eine erfolgreiche Verhaltenssteuerung identifiziert werden konnten. So konzentrierte sich der durch die Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) veranlasste Health Technology Assessment-Bericht (kurz HTA-Bericht) auf die Teilnahmehindernisse (Jepson et al. 2000:

9). Der HTA-Bericht ermittelte, dass ökonomische (z. B. Bargeld) und psychologische (z. B. Belohnungen) Anreize eher unwirksam sind. Der Abbau von finanziellen Barrieren sowie der Einsatz von Erinnerungssystemen (z. B. Einladungen zu Terminen, Mailings, Telefonanrufe) wirkte sich hingegen förderlich auf die Teilnehmerate an Vorsorgeuntersuchungen aus (Jepson et al. 2000: 74ff.). Zusammengefasst wird die Teilnehmerate laut Jepson et al. von fünf statistisch signifikanten Faktoren beeinflusst:

1. soziodemografische Faktoren,
2. Gesundheitswissen und Gesundheitsverhalten,
3. Zugangsbarrieren,
4. soziale Beeinflussung sowie
5. Gesundheitszustand (Jepson et al. 2000: 15).

Auch der HTA-Bericht von Walter et al. (initiiert vom DIMDI) bestätigte, dass (insbesondere telefonische) Einladungen (vor schriftlichen Remindern) die Teilnehmerate von Früherkennungsmaßnahmen begünstigen, ökonomische Anreize hingegen zeigten widersprüchliche Ergebnisse (Walter et al. 2006: 114). Der übergreifende Untersuchungsbericht des BKK-Bundesverbandes (über 40 BKK-Bonusprogramme) kann die Erkenntnisse der vorangestellten HTA-Berichte über die positive Wirkung vom Abbau finanzieller Barrieren bestätigen. So wiesen Bonusprogramme mit finanziellen Befreiungen oder Gutscheinen im Vergleich zu Programmen mit Geld- und Sachprämien eine höhere Effizienz auf (BKK Bundesverband 2008: 218). Die Erkenntnis, dass ökonomische Anreize allein nicht ausschlaggebend für gesundheitliche Verhaltensaktivitäten sind, bestätigte ebenfalls Knaack in ihrer Studie zum Bonusprogramm der Techniker Krankenkasse (TK). Denn nur für 10,3 % der befragten Bonusprogramm-Teilnehmer der TK war der Bonus für die Gesundheitsaktivität (Teilnahme an einem Nordic-Walking-Kurs) von Bedeutung, wäh-

rend der Bonus für 63,5 % der Teilnehmer gänzlich irrelevant war (Knaack 2007: 239f).

Die Analyse zeigt, dass kommerzielle und „präventive“ Bonusprogramme zwar theoretisch auf die gleiche Grundsystematik zurückgreifen, die Anforderungen und Rahmenbedingungen jedoch nicht miteinander zu vergleichen sind. Denn während bei GKV-Bonusprogrammen die aktuelle Ausgangslage (z. B. aktueller Gesundheitszustand) wesentlich ist, spielt sie bei kommerziellen Bonusprogrammen eine untergeordnete Rolle. Dies zeigt gleichermaßen die Grenzen der GKV-Bonusprogramme auf: Bonusprogramme setzen lediglich bei der gesundheitlicheren Lebensführung, sprich der Verhaltensprävention an. Hingegen versuchen verhältnisorientierte Interventionen durch strukturelle und prozessuale Veränderungen gesundheitsförderlicher Settings (z. B. Schulen), die Ursachen für gesundheitsschädliche Lebensführungen positiv zu beeinflussen. Damit wird deutlich, dass eine erfolgreiche Verhaltensprävention immer eng an die Verhältnisprävention geknüpft ist (Glaeske et al. 2003: 16).

Angesichts des dargestellten Stands der Forschung kann zusammenfassend angemerkt werden, dass für GKV-Bonusprogramme noch ein erheblicher Forschungsbedarf besteht, im Hinblick auf Untersuchungen:

1. zur (dauerhaften) Akzeptanz von GKV-Bonusprogrammen,
2. zu Wirksamkeitshemmern von GKV-Bonusprogrammen,
3. zu teilnehmerförderlichen und -hinderlichen Faktoren von GKV-Bonusprogrammen
4. zur Steuerbarkeit verschiedener (Risiko-) Zielgruppen der GKVn,
5. zu Mitnahme- und Selbstselektionseffekten von (potenziellen) Teilnehmern von GKV-Bonusprogrammen,

6. zur öffentlichen Wahrnehmung der (potenziellen) Teilnehmer (Gerechtigkeit usw.) von GKV-Bonusprogrammen und
7. hinsichtlich des Einflusses kommunikativer und instrumenteller Unterstützungen auf das Teilnehmerverhalten von GKV-Bonusprogrammen.

Diskussion

Es wird zudem zur Diskussion gestellt, ob die Motivation menschlichen Verhaltens tatsächlich überwiegend extern begründet ist (Frey 1997: 27). Offen bleibt zum aktuellen Stand auch, ob und in welchem Maße extrinsische Anreize (bzw. Boni) als wichtige kurzfristige Treiber dafür fungieren, dass Handlungen überhaupt in Angriff genommen werden. Denn aus der Forschung ist bekannt, dass umso anspruchsvoller die gesundheitliche Verhaltensumstellung (z. B. Nikotinverzicht, Gewichtsabnahme) ist, desto weniger kann auf intrinsische Motivation langfristig verzichtet werden (Frey/Ostloh 2002: 37f).

Kontrovers wird in diesem Zusammenhang zudem diskutiert, inwiefern extrinsische Anreize zu einer Reduzierung der intrinsischen Motivation führen. Denn laut Deci weisen externe Anreize mehrere Effekte auf: „Every reward (including feedback) has two aspects, a controlling aspect and an informational aspect which provides the recipient with information about his competence and self-determination“ (Cusella 1980: 367 zit. n. Deci 1975). Auch Bonusprogramme können sowohl kontrollierend als auch unterstützend wahrgenommen werden und intrinsische Motivation zerstören (Verdrängungseffekt) oder fördern (Verstärkungseffekt). Zwar existiert aufgrund mangelnder solider Messverfahren noch kein wissenschaftlicher Beleg über den vermuteten Verdrängungseffekt, doch unter der Annahme, dass der Verdrängungseffekt bei Kindern besonders ausgeprägt ist, scheint eine falsche Konditionierung der heranwachsenden Generation bedenklich (Deci et al.

1999: 656ff, Frey 1997: 81). Aber nicht nur die beschriebenen psychologischen Neben- und Spätfolgen und die damit verbundenen finanziellen Folgekosten, sondern auch die Tatsache, dass sich Menschen gerne an ein bestimmtes Reizniveau gewöhnen, kann die permanente (Re-)Motivierung mithilfe von immer aufmerksamkeitsstärkeren materiellen Anreizen auf langfristige Sicht schwierig gestalten.

Ein Lösungsansatz für die beschriebene Problematik stellt die Unterstützung der Kontextsteuerung dar (Willke 1995: 358f), die als Hilfe zur Selbsthilfe (z. B. die gesundheitsförderliche Kompetenzbildung oder der beschriebene Abbau von finanziellen Barrieren) zu verstehen ist. Neben der Vermittlung gesundheitsrelevanten Wissens (Fachkompetenzen) sind alltagstaugliche Unterstützungen zur verhaltensbezogenen Risikomodifikation (Methoden-, Handlungs- und Selbstkompetenzen) ebenfalls relevant. Denn bei der Motivierung gesundheitsbezogenen Verhaltens ist zu beachten, dass die Stärkung der Selbstwirksamkeit primär auf dem Weg zum Ziel bzw. in der Zielerreichung selbst liegt. Eine Verhaltensqualifizierung steigert nicht nur die Selbstwirksamkeit der Individuen, sondern auch die intrinsische Motivation (Rosenstiel 2003: 40ff).

Schlussfolgerung

Von dem Hintergrund der aktuellen Studie lässt sich feststellen, dass Bonusprogramme, die sich ausschließlich auf monetäre Anreize konzentrieren, mitunter langfristig kontraproduktiv sein können, da sie eine Verschwendung knapper Mittel fördern, ohne nachhaltige Effekte zu garantieren. Neben den extrinsischen Anreizen sollte daher verstärkt Wert darauf gelegt werden, Rahmenbedingungen für ein positives Anreizklima zu schaffen, die einen positiven Einfluss auf die intrinsische Motivation (z. B. Einsicht, Überzeugung) haben. Faktoren, die sich förderlich auf die

intrinsische Motivation auswirken, sind Kontextbedingungen wie (Frey 1997: 32ff):

- a) **Beziehung zur Kasse:** Die Beziehungsintensität und das damit verbundene Vertrauensverhältnis beeinflusst nicht unwesentlich die intrinsische Motivation. Je persönlicher die Beziehung und je größer das Vertrauen ist, umso stärker ist die intrinsische Motivation.
- b) **Interesse an der Handlung:** Präventive und gesundheitsförderliche Aktivitäten, die die Versicherten als angenehm empfinden, beeinflussen die intrinsische Motivation positiv, während Handlungen, die mitunter als bedrohlich (z. B. Vorsorge-Check-up) oder als unangenehm (z. B. Sport) empfunden werden, die intrinsische Motivation schmälern können.

eine Stärkung der intrinsischen Motivation wahrscheinlich.

Es wird deutlich, dass auch hier eine ganzheitliche Sichtweise für die Schaffung positiver Anreize von Bedeutung ist. Denn wie die Abbildung 3 verdeutlicht, wird das Verhalten nicht nur von den direkten Anreizen des Bonusprogramms (d. h. der Ausgestaltung der beschriebenen Kriterien, Anreize und Kriterien-Anreiz-Relation), sondern vom ganzheitlichen Wahrnehmungsfeld (sprich vom indirekten und direkten Anreizklima) beeinflusst. Das Image und die damit verbundene Glaubwürdigkeit der jeweiligen Kasse sowie die transportierten Botschaften im Rahmen der präventiven Bemühungen sind entscheidende Faktoren dafür, wie das Verhalten bei den Versicherten ausfällt. Damit wird deutlich,

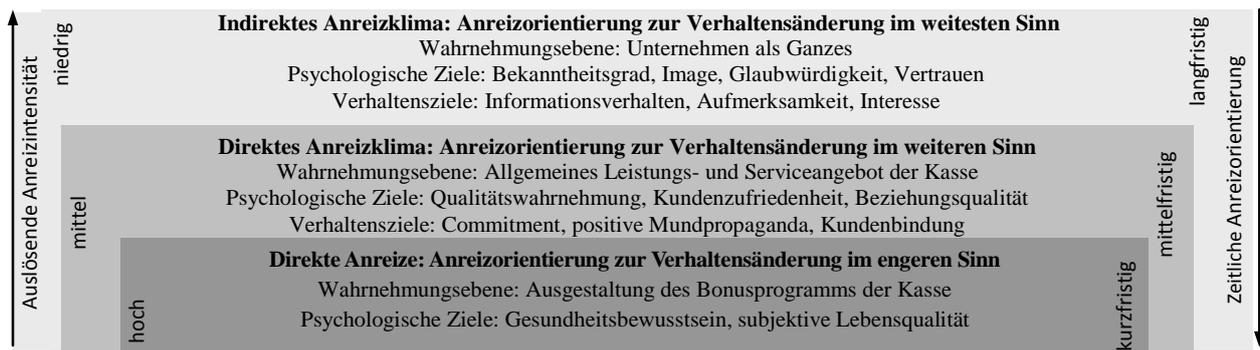


Abbildung 3: Dimensionen der Anreizorientierung
Quelle: Greiner/Scherenberg 2008: 89

- c) **Auswahl der Kriterien und Anreize:** Die Selbstbestimmung der Versicherten bei der Auswahl von Kriterien und Anreizen wirkt sich positiv auf die intrinsische Motivation aus (Zippe 2006: 76). Ferner besteht die Vermutung, dass die intrinsische Motivation umso ausgeprägter ist, je enger die Anreize mit den zu erbringenden Anforderungen verknüpft sind und umso fairer das Programm wahrgenommen wird.
- d) **Übermittelte Botschaft:** Botschaften können die Wahrnehmung und das Verhalten der Versicherten beeinflussen, denn werden die Anstrengungen durch verbale Wertschätzungen besonders gewürdigt, ist

dass die Kommunikation eine wesentliche Schlüsselrolle einnimmt, um das gesundheitsbewusste Verhalten der Versicherten zu stimulieren.

Auch wenn der wissenschaftliche Nachweis des Verdrängungseffekts angesichts fehlender solider Messverfahren nicht eindeutig belegt ist, sollten psychologische Effekte aufgrund der möglichen langfristigen gesundheitlichen und wirtschaftlichen Folgen nicht unberücksichtigt bleiben. Unter der Annahme, dass der Verdrängungseffekt bei Kindern besonders stark ausgeprägt ist, scheint eine falsche Konditionierung der heranwachsenden Generation bedenklich (Deci et al. 1999: 656ff, Frey

1997: 81). Denn gesundheitliches Ziel ist es, präventive Rationalisierungspotenziale auszuschöpfen, um jene Versicherten zu erreichen, die Präventionsangebote bisher am wenigsten genutzt haben (Präventionsdilemma) und damit aktuell eher ein schlechtes Gesundheitsverhalten aufweisen. Erste Erkenntnisse weisen darauf hin, dass in erster Linie nicht jene Versicherte, mit dem größten Präventionsbedarf das Angebot wahrnehmen, sondern der Healthy-User-Effect zum Tragen kommt, da vor allem gesunde Versicherte die monetären Vorteile nutzen (Mitnahmeeffekt). Dieser Mitnahmeeffekt kann als kontraproduktiv angesehen werden, da er das Solidarprinzip der GKV schwächt. Dies führt dazu, dass die Betriebskosten pro Teilnehmer steigen und mögliche Einsparungseffekte nicht ausgeschöpft werden können. Das größte präventive Rationalisierungspotenzial liegt bei (Hoch-)Risikogruppen vor, daher sollten mögliche Selbstselektionseffekte, die entstehen, wenn die Versicherten durch die empfundene Unwahrscheinlichkeit einer Zielerreichung abgeschreckt werden, vermieden werden. Die Ausgestaltung bedarf einer besonderen Rücksichtnahme auf die Sichtweise der Problemlagen potenzieller (Hoch-)Risikogruppen. Gerade Selbstselektionseffekte stellen allerdings noch weitgehend blinde Flecke in Wissenschaft und Praxis dar.

Festzuhalten ist, dass von Bonusprogrammen und (lt. Angaben der Bertelsmann Stiftung) dem GKV-Instrument mit dem höchsten Bekanntheitsgrad (64 bis 75 %) (Schnee et al. 2007: 3) wichtige Präventionsimpulse ausge-

hen. Um das Präventionspotenzial ausschöpfen zu können, bedarf es allerdings weiterer Forschungen hinsichtlich 1.) nachweislich effizienter Bonifizierungskriterien, 2.) der sinnvollen Ausgestaltung von Bonusprogrammen sowie 3.) langfristiger Wirkungseffekte extrinsischer Anreize. Denn eine nachhaltige Verhaltensänderung hängt im Wesentlichen von der Überwindung bestehender Informations-, Wissens- und Fähigkeitsbarrieren und damit der Fähigkeit zur Zielerfüllung ab.

Ein übergreifender HTA-Bericht, der die Stärken und Schwächen von GKV-Bonusprogrammen ganzheitlich analysiert und sowohl ökonomische, rechtliche, soziale wie ethische Aspekte durchleuchtet, wäre im Sinne der übergreifenden Zielsetzung der Förderung der Gesundheit von ca. 85 % der deutschen Bevölkerung sinnvoll. Dabei ist anzumerken, dass angesichts der verschärften Wettbewerbsbedingungen Bonusprogramme nicht nur Anreizsysteme zur Prävention, sondern bedeutende Instrumente zur Wettbewerbsdifferenzierung, Kundenbindung und Neukundengewinnung darstellen. Der Wille, wichtige Erkenntnisse über eine optimierte Anreizorientierung zur Prävention und Gesundheitsförderung zu gewinnen, trotz der Tatsache, dass die Kassen gesetzlich (lt. § 20 SGB V) zur Zusammenarbeit jenseits des Kassenwettbewerbs angehalten sind (z. B. Leitfaden Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen 2008), hängt somit ebenfalls von den gesetzlich gewollten wettbewerblchen Rahmenbedingungen ab.

<i>Forschungserkenntnisse kommerzieller Programme</i>			
<i>Initiatoren</i>	<i>Untersuchungs-gegenstand</i>	<i>Datengrundlage</i>	<i>Zentrale Ergebnisse</i>
Toh/Rivers /Withiam (USA) 1991	Gründe für die Nicht-Teilnahme an Bonusprogrammen in der Hotellerie	Schriftliche Befragung (n = 426)	Als Hauptmotive für die Nicht-Teilnahme an Bonusprogrammen wurde 1.) die Unbekanntheit des Programms, 2.) das geringe Nachfragevolumen, 3.) die eingeschränkte Wahlfreiheit bzw. Flexibilität und 4.) die Unattraktivität der Prämienangebote identifiziert.
Peterson (USA) 1995	Ermittlung der Teilnahmegründe für ein Bonusprogramm	(persönliche Interviews (n = 43)	Als wichtigster Teilnahmegrund wurden die Preiseinsparungen und die bevorzugte Behandlung als Teilnahmemotiv identifiziert.

<i>Forschungserkenntnisse kommerzieller Programme</i>			
<i>Initiatoren</i>	<i>Untersuchungsgegenstand</i>	<i>Datengrundlage</i>	<i>Zentrale Ergebnisse</i>
Kivetz (USA) 2003	Ermittlung der Prämiensattraktivität abhängig von der Höhe und Sicherheit bei unterschiedlichen Anforderungen zur Prämienhaltung	3 Auswahl-experimente (n = 436, n = 232, n = 311)	Je höher die Anforderungen, um so mehr werden sichere und niedrigere Prämien bevorzugt. Die Präferenz für sichere kleine Prämien folgt bei steigendem Aufwand einer umgekehrten U-Funktion.
Yi/Jeon (Korea) 2003	Wirkung verschiedener Prämienarten auf den Nutzen von Bonusprogrammen.	Experiment (n = 262)	Bei niedrigerem Involvement führen sofortige Prämien zu einem höheren Nutzen als nachträgliche Prämien. Bei hohem Involvement führen direkte Prämien mit Bezug zum Leistungsangebot des Unternehmens zu höherem Nutzen als indirekte Prämien.
Roland Berger (BRD) 2003	Aktueller Status-quo und Bewertung von Maßnahmen kommerzieller Kundenbindungsprogramme.	Interview mit Entscheidungsträgern (n = 82)	Mangelnde Akzeptanz von Kundenbindungsprogrammen ist auf die Unbekanntheit des Programms , der geringe Kundennutzen, die Komplexität des Programms und die Unattraktivität von Prämien zurückzuführen.
Leenheer (Niederlande) 2004	Ermittlung des Verhaltens bei der Einlösung von Prämiegutscheinen und das daraus resultierende Kaufverhalten	Transaktionsdaten-Analyse (n = 45.996)	Prämiegutscheine wirken sich positiv auf das Kaufverhalten aus. Ein Anstieg des Kaufverhaltens steigt nach der ersten Einlösung an. Allerdings ist der Nettoeffekt auf den Customer Life Value negativ.
Lewis (USA) 2004	Auswirkungen eines Bonusprogramms (im Internethandel) auf das Wiederkaufverhalten der Konsumenten	Transaktionsdaten-Analyse (n = 1.058)	Bonusprogramme wirken förderlich auf das Wiederkaufverhalten, wird allerdings in Abhängigkeit der Prämien-schwellen deutlich verändert.
Keh/Lee (China) (2006)	Zusammenhang zwischen der Effektivität verschiedener Anreizstrukturen (und der Zufriedenheit mit den Leistungen des Unternehmens)	Experiment (n = 205)	Direkte Belohnungen wirken auf die Loyalität stärker als indirekte Belohnungen. Während bei zufriedenen Kunden direkte, verzögerte Prämien den stärksten Bindungseffekt aufweisen, bevorzugen unzufriedene Kunden sofortige und direkte Prämien.
Diller und Müller (BRD) 2006	Umfassende Einschätzung der Erfolgswirkung von Bonusprogrammen.	Auswertung von Paneldaten Einkaufsakten (n = 12.000)	Kundenselektionswirkungen und Bindungseffekte sind bei Bonusprogrammen vorhanden. Selektionswirkungen sind umso geringer, je später die Kunden eine Mitgliedschaft eingehen.
Nunes/Drése (USA) 2006	Ermittlung der Auswirkungen eines Startguthabens auf den Motivation der Konsumenten zur Prämienreichung	Feldexperiment (n = 300) Szenariobasierte Befragung (= 146) Feldexperiment (n = 240)	Das Startguthaben erhöht die Motivation und die Wahrscheinlichkeit zur Prämienreichung. Die Autoren titulieren den zugrundeliegenden Effekt der erhöhten Anstrengung als „endowed progress effect“.
Hoffmann (BRD) 2007	Ermittlung der Teilnahme- und Nutzungsakzeptanz von Bonusprogrammen sowie der Loyalitätswirkungen	Telefonisches Interview (n = 273)	Wesentliche Treiber für eine Programmteilnahme sind finanzielle Vorteile sowie Service- und Anerkennungs-/Prestigevorteile . Die Prämienattraktivität, schwierige Prämienreichbarkeit, Änderung der Kaufgewohnheiten beeinflussen die Nutzenakzeptanz.
Jepson et al. (UK) 2000	Determinanten und Interventionen, die zur Steigerung an Früherkennungsprogrammen führen.	HTA-Bericht (n = 65 Studien)	Als wirksam erwiesen sich Einladungen zu Terminen, Briefe, Telefonanrufe, Telefonberatungen und der Abbau von finanziellen Hürden . Unwirksam waren Belohnungen/Anreize. Möglicherweise wirksame: edukative Hausbesuche, opportunistisches Screening, Erinnerungsschreiben und Aufforderungen an Nicht-Teilnehmer.
Kane et al. (USA) 2004	Effektivität und Kosteneffektivität monetärer Anreizsysteme zur Teilnahme an Präventionsprogrammen.	HTA-Bericht (n = 382 Artikel)	13 der 16 Studien weisen eine gesteigerte Teilnehmerate durch die Anreize auf. Bargeld und Coupons sind erfolgreich . Geschenke und Lotterien zeigten überwiegend keine Effekte. Auch Anreize von geringem finanziellem Wert sind effektiv (Dosisabhängigkeit).
Zok WIdO (BRD) 2004	Meinungsumfrage zum GMG (Fokus: Bonusprogramme und Zusatzversicherungen).	Telef. Befragung an GKV-Versicherte (n = 3.020)	Bonusprogramme werden grundsätzlich begrüßt. Das Interesse variiert je nach Alter, Gesundheitszustand und Bildungsniveau.

<i>Forschungserkenntnisse präventiver Anreizsysteme</i>			
<i>Initiatoren</i>	<i>Untersuchungsgegenstand</i>	<i>Datengrundlage</i>	<i>Zentrale Ergebnisse</i>
Walter et al. (BRD) 2006	Ermittlung der Verfahren zur Steigerung der Teilnahme an Primärprävention und Früherkennungsuntersuchungen inkl. der Bewertung der Wirksamkeit und Kosteneffektivität der Verfahren.	HTA-Bericht (n = 26, 4 HTA-Berichte und 22 Übersichtsarbeiten)	Bei einzelnen Verfahren sind Einladungen (speziell mit Terminvorgaben) und Erinnerungssysteme jeglicher Art, sowie Empfehlungen von Professionellen wirksam. Ökonomische Anreize zeigen widersprüchliche Ergebnisse , während der Abbau finanzieller Hürden steigend wirkt. Edukative Verfahren sind begrenzt wirksam.
Schnee et al. Bertelsmann Stiftung (BRD) 2007	Nutzung und Einstellung der GKV-Versicherten zu neuen Versorgungs- und Versicherungsformen der GKV.	Bevölkerungsbefragung (n = 6.096)	Bonusprogramme werden eher von weiblichen, gesundheitsbewussten Teilnehmerinnen der Oberschicht genutzt. Bekanntheitsgrad steigt tendenziell und ist am höchsten bei der GEK.
Knaack (TK) (BRD) 2007	Untersuchung der Zusammenhänge zwischen der Teilnahme am Bonusprogramme und des Nordic-Working-Programms der TK	Befragung (n = 385)	Bonifizierungen hatten keinen Einfluss auf die Entscheidung für das Nordic-Working-Programm der TK – weder auf die Teilnehmer noch auf die Nicht-Teilnehmer
Scherenberg/ Greiner (BRD) 2008a+b	Ermittlung der Ausgestaltungsmerkmale (und Justiermöglichkeiten) „präventiver“ Bonusprogramme	Quantitative und qualitative Bestandsaufnahme aktueller Bonusprogramme (n = 153)	Darstellung der Ausgestaltungsmerkmale inkl. der möglichen Wirkungen auf die potenziellen Teilnehmer.
Bödecker/ Friedel/ Friedrichs BKK Bundesverband (BRD) 2008	Übergreifende ökonomische Effekte von 40 BKKn lt. §65a SGBV	(nicht-randomisierte kontrollierte Studie) (n = ca. ca. 170.000)	Bonusprogramme mit finanziellen Befreiungen und Gutscheinen im Vergleich zu Geld- und Sachprämien weisen eine höhere Effizienz auf. Bonusprogramme mit drei (bis vier) Mindestanforderungen (ohne Wahlmöglichkeit) zur Erreichung der Bonifizierung, wiesen das höhere Kosten-Nutzen-Verhältnis auf.

Tabelle 2: Eckdaten ausgewählter Untersuchungen
Quelle: Eigene Darstellung

Referenzen

1. Ärzteblatt (2004): Bonusprogramme: Kassen wollen Prävention fördern. Ausgabe März; 107
2. Bauer U (2005): Das Präventionsdilemma - Potenziale schulischer Kompetenzförderung im Spiegel sozialer Polarisierung. VS Verlag, Wiesbaden
3. Bödecker W, Friedel H, Friedrichs M (2008): Ökonomischer Nutzen der BKK Bonusprogramme. Die BKK, Ausgabe 4; 214-218
4. BVA (2005): Rundschreiben an alle bundesunmittelbaren Krankenkassen zu den „Anforderungen an den Nachweis von Einsparungen nach § 65 a Abs. 4 SGB V durch das Bundesversicherungs-
- amtes vom 19.05.2005“
5. Cusella LP (1980): The Effects of Feedback on Intrinsic Motivation: A Propositional Extension of Cognitive Evaluation Theory from an Organizational Communication Perspective. In: Nimmo D (Hrsg.): Communication Yearbook 4. Transaction Publishers, New Brunswick; 367-387
6. Deci EL (1971): Effects of external mediated rewards on intrinsic motivation. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 18; 105-115
7. Deci EL (1975): Intrinsic Motivation. Plenum Press, New York
8. Deci EL, Koestner R, Ryan RM (1999): A Meta-Analysis Review of Experiments

- Examining the Effects of Extrinsic Rewards on Intrinsic Motivation. *Psychological Bulletin* 1999, Vol. 125, No. 6; 627-668
9. Diller H, Müller St (2006): Lohnen sich Bonusprogramme? Eine Analyse auf Basis von Paneldaten. *Marketing-ZFP – Zeitschrift Forschung und Praxis*, 28. Jg., Heft No 2; 136-146
 10. Dreier M, Lingner H, Wagenblast M (2006): DGSMP-Tagung vom 27.-29.09.2006, Frankfurt/Main, Originalfoliensatz siehe Kongressabstrakt der Zeitschrift „Das Gesundheitswesen“, Ausgabe 68, <http://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2006-948585> (21.10.2009)
 11. Falk A (2001): Homo Oeconomicus Versus Homo Reciprocans: Ansätze für ein Neues Wirtschaftspolitisches Leitbild? Working Paper No. 79, Institute for Empirical Research in Economics University
 12. Frey B (1997): Markt und Motivation: Wie ökonomische Anreize die (Arbeits-) Moral verdrängen. Franz Vahlen Verlag, München
 13. Frey B, Osterloh M (2002): Motivation – der zweispältige Produktionsfaktor. In: Frey B, Osterloh M (Hrsg.): *Managing Motivation*, 2. Auflage. Gabler, Wiesbaden; 19-42
 14. Glaeske G, Francke R, Kirschner K, Kolip P, Mühlenbruch S (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen, Diskussionspapier im Auftrag des Gesprächskreises Arbeit und Soziales der Friedrich-Ebert-Stiftung
 15. Glusac, N (2005): Der Einfluss von Bonusprogrammen auf das Kaufverhalten und die Kundenbindung von Konsumenten - Eine theoretische und empirische Analyse. Deutscher Universitäts-Verlag, Wiesbaden
 16. Hoffmann A (2007): Die Akzeptanz kartenbasierter Kundenbindungsprogramme aus Konsumentensicht – Determinanten und Erfolgswirkungen. Gabler, Wiesbaden
 17. Hsee CK, Yu F, Zhang J, Zang Y (2003): Medium Maximization. *Journal of Customer Research*, Vol. 30; 1-14
 18. Hurrelmann K (2003): *Gesundheitssoziologie - Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*, 5. Auflage, Juventa, Weinheim, München
 19. Jeffrey S (2003): The Benefits of Tangible Non-Monetary Incentives, Executive White Paper. <http://www.incentivecentral.org/pdf/Benefits-IRFfinal.pdf> (21.10.2009)
 20. Jepson R, Clegg A, Forbes C, Lewis R, Sowden A, Kleijnen J (2000): The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review, *Agency of Healthcare Research and Quality*, Vol. 4, No. 14, <http://www.hta.ac.uk/fullmono/on414.pdf> (21.10.2009)
 21. Kane RL, Johnson PE, Town RJ, Butler M (2004): Economic Incentives for preventives care, Evidence Report / Technology Assessment, No. 101, (Prepared by the University of Minnesota Evidence-based Practice Center), AHRQ Publication No. 04-E024-2. Agency of Healthcare Research and Quality, Rockville, <http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/ecinc/ecinc.pdf> (21.10.2009)
 22. Kivetz R, Simonson I (2002): Earning the

- Right to Indulge: Effort as a Determinant of Customer Preferences Toward Frequency Program Rewards. *Journal of Marketing Research*, Vol. 39; 155-170
23. Knaack N (2007): Chancen und Grenzen der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen Krankenversicherung, Dissertation, Universität Dortmund, <https://eldorado.uni-dortmund.de/bitstream/2003/24984/1/diss210108.pdf>, (15.10.2009)
 24. Kossbiel H (1994): Überlegungen zur Effizienz betrieblicher Anreizsysteme. *Die Betriebswirtschaft*, Jg. 94, Nr. 1; 75-93
 25. Kotler Ph, Bliemel Fr (1995): *Marketing-Management – Analyse, Planung, Umsetzung und Steuerung*, 8. Auflage. Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart
 26. Künzel S (2003): *Das Bonusprogramm als Instrument der Kundenbindung – Eine kritische Analyse zentraler Determinanten*. Logos Verlag, Berlin
 27. Leenheer J, Bijmolt THA, van Heerde HJ, Smidts A (2002): Do Loyalty Programs enhance behavioral loyalty? An empirical analysis accounting for program design and competitive effects, Diskussionspapier Nr. 65. Tilburg University, Tilburg
 28. Leisering L (2004): Paradigma sozialer Gerechtigkeit – Normative Diskurse im Umbau des Sozialstaats. In: Liebig St, Lengfeld H, Mau St (Hrsg.): *Verteilungsprobleme und Gerechtigkeit in modernen Gesellschaften*. Campus Verlag GmbH, Frankfurt/Main; 29-68.
 29. Lewis M (2004): The Influence of Loyalty Programs and Short-Term Promotions on Customer Retention. *Journal of Marketing Research*, Vol. 41, No. 3; 281-292
 30. Liston-Heyes C (2002): Pie in the Sky? Real Versus Perceived Values of Air Miles. *Journal of Customer Policy*, Vol. 25; 1-26
 31. Meffert H (2000): *Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung*, 9. Auflage. Gabler, Wiesbaden
 32. Meffert H, Bruhn M (2006): *Dienstleistungsmarketing*, 5. Auflage. Gabler, Wiesbaden
 33. Milgrom PR, Roberts J (1992): *Economics, Organization, and Management*. Prentice Hall International, New Jersey
 34. Müller S (2003): *Bonusprogramme als Instrument des Beziehungsmarketing – Eine Bestandsaufnahme bisheriger Studien*, Arbeitspapier Nr. 115, Universität Erlangen-Nürnberg / Betriebswirtschaftliches Institut
 35. Normann R (2000): *Services Management – Strategy and Leadership in Service Business*, 3. Auflage. John Wiley & Sons Ltd., Chichester
 36. Nunes JC, Dréze X (2006): The Endowed Progress Effect: How Artificial Advancement Increases Effort, <http://pbox.wharton.upenn.edu/documents/mktg/research/PSC.pdf> (15.10.2009)
 37. O'Brien L, Jones Ch (1995): Do rewards really create loyalty? *Harvard Business Review*, No.6, S. 75-83
 38. Peterson RA (1995): Relationship Marketing and the Customer. *Journal of the Academy of Marketing Science*, Vol. 23, No. 4; 278-281
 39. Ringlstetter MJ (1997): *Organisation von Unternehmen und Unternehmensverbindungen (Einführung in die Gestaltung der Organisationsstruktur)*, Oldenbourg Verlag, München

40. Roland Berger Strategy Consultants (2003): Kundenbindungsprogramme in deutschen Unternehmen, http://www.rolandberger.com/pdf/rb_press/public/RB_Studie_Kundenbindung_final_20030509.pdf (15.10.2009)
41. Rosenstiel vL (2003): Motivation managen - Psychologische Erkenntnisse ganz praxisnah. Beltz, Weinheim
42. Scherenberg V, Greiner W (2008): Präventive Bonusprogramme – Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemma. Huber, Bern
43. Schnee M (2007): Neue Versorgungs- und Versicherungsformen in der GKV: Wer kennt sie und wer nutzt Sie?, Gesundheitsmonitor 2/2007, Gütersloh, http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-74D2E5B3-8D2CEF92/bst/GemoHealth_0207_final.pdf, (15.10.2009)
44. SGB V (2008): Gesetzliche Krankenversicherung, vom 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477, 2482), in der Fassung der Bekanntmachung vom 26.03.2007 (BGBl. I S. 378), Rechtsstand 01.04.2007, <http://db03.bmgs.de/gesetze/gesetze> (15.10.2009)
45. Smedley BD, Syme SL (2000): Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. National Academy Press, Washington
46. Spitzenverbände der Krankenkassen (2008): Leitfaden Prävention – Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21.06.2000 in der Fassung vom 02.06.2008, https://www.gkv-spitzenverband.de/upload/Leitfaden_2008_150908_2761.pdf, (15.10.2009)
47. SVRG (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band 1: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, BT-Drs. 14-5660, <http://www.svrgesund.de/Gutachten/Gutacht01/Kurz-f-de.pdf> (15.10.2009)
48. Toh RS, Rivers MJ, Withiam G (1991): Frequent-Guest Programs: Do they fly? Cornell Hotel & Restaurant Administration Quarterly, Vol. 32, No. 2, 46-52
49. Walter U, Krauth C, Wienold M, Dreier M, Bantel S, Droste S (2006): Verfahren zur Steigerung der Teilnehmerate an Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen, Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland, Herausgeber: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (DAHTA), 1. Auflage 2006. http://gripsdb.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta136_bericht_de.pdf (15.10.2009)
50. Wischer T (2005): Ein Modell zur Beurteilung der Effizienz von Anreizsystemen - Erweiterung des Kossbielschen Effizienzansatzes auf Basis des Rubikon-Modells. Reiner Hampp, München
51. Yi Y, Jeon H (2003): Effects of loyalty programs on value perception and brand loyalty. Journal of the Academy of Marketing Service, Vol. 31, No. 3; 229-240
52. Zok K (2005): Bonusprogramme und Zusatzversicherungen in der GKV – Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage unter 3.000 GKV-Mitgliedern des wissenschaftlichen Instituts der AOK. WidO-Monitor, Ausgabe 01/2005; 1-7. http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_wido_monitor/wdo_mon_bonus_032005.pdf (15.10.2009)

Eingereicht: 21.09.2009, Reviewer: Ivonne Honekamp, Michaela Denzler, Gerald Musiol, überarbeitet eingereicht: 18.10.2009, online veröffentlicht: 24.10.2009, Layout: Wilfried Honekamp, Korrektorat: Nicoletta Wojtera.

Zu zitieren als:

Scherenberg V, Glaeske G: Anreizkomponenten von Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenversicherungen - Kommunikation als unterschätzte Erfolgskomponente. Zeitschrift für Nachwuchswissenschaftler 2009/1(1)

Please cite as:

Scherenberg V, Glaeske G: Incentives in (German) statutory health insurance bonus schemes - Communication as an underrated precondition of success. German Journal for Young Researchers 2009/1(1)

URL: <http://www.nachwuchswissenschaftler.org/2009/1/69/>

URN: urn:nbn:de:0253-2009-1-69