

September 2015

BONUSPROGRAMME DER GESETZLICHEN KRANKENKASSEN

**Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten oder Prämienzahlung für Gesunde?
Untersuchung der Verbraucherzentrale NRW**

Kontakt:

Verbraucherzentrale NRW

Mintropstraße 27

40215 Düsseldorf

gesundheit@vz-nrw.de

1. Problemskizze

In aller Regel bieten gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten Bonusprogramme an. Die Versicherten müssen sich dafür gesundheitsbewusst verhalten und ihre Leistungen mittels Bonusheft dokumentieren. Im Gegenzug bekommen sie von ihrer Krankenkasse Geld- oder Sachleistungen. Ziel der Bonusprogramme ist es, die Versicherten zur gesunden Lebensführung zu motivieren (BT Drucksache 15/1525, S. 95). Das erspart den Versicherten vermeidbare Erkrankungen und den Krankenkassen Geld. Finanziert werden sollen diese Extraausgaben laut gesetzlicher Vorgabe (§ 65 a Abs. 3 SGB V) durch mittelfristige Einsparungen, die durch das gesündere Verhalten entstehen. Die Krankenkassen können die Bonusprogramme für ihr Marketing nutzen, um sich gegenüber anderen Krankenkassen durch attraktive Zusatzleistungen abzuheben.

Die Krankenkassen haben seit 2004 die Möglichkeit, Bonusprogramme als freiwillige Leistungen aufzulegen und sind in der konkreten Gestaltung weitestgehend frei. Vorgegeben ist lediglich, dass es sich bei den zu erbringenden Maßnahmen um die regelmäßige Teilnahme an gesetzlich empfohlenen Früherkennungsuntersuchungen handeln muss und/oder an Angeboten zur primären Prävention, sofern sie qualitätsgesichert erbracht werden (§ 65 a Abs. 1 SGB V). Dazu erarbeiten der GKV-Spitzenverband und die Verbände der Krankenkassen auf Bundesebene einheitliche Rahmenbedingungen, die sowohl die Inhalte als auch die Qualitätskriterien der primären Prävention festlegen. Zu den Handlungsfeldern der primären Prävention gehören danach die Bekämpfung von Bewegungsmangel, Fehlernährung, Stress und Suchtmittelkonsum (GKV-Spitzenverband, 2014, Leitfaden Prävention, S. 49 ff.). Mit dem neuen Präventionsgesetz, das der Bundestag am 18.06.2015 verabschiedet hat, werden die Bonusprogramme aufgewertet. Für die Krankenkassen wird die bisherige Freiwilligkeit zur Pflicht, d. h. sie müssen Bonuszahlungen als Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten anbieten, wenn Versicherte Früherkennungsuntersuchungen wahrnehmen und an gesundheitsfördernden Angeboten teilnehmen (BT Drucksache 18/4282, S. 43). Dabei soll besonders darauf geachtet werden, dass nur solche Maßnahmen belohnt werden, die einen Bezug zur Gesundheitsförderung haben.

Typische Maßnahmen, die im Rahmen von Bonusprogrammen honoriert werden, sind

- Teilnahme am Gesundheits-Check-Up alle 2 Jahre
- Teilnahme am Untersuchungsprogramm für Kinder, zehn Untersuchungen bis zum 6. Lebensjahr, eine Untersuchung zwischen dem 12. und 14. Lebensjahr
- Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, z. B. Gebärmutterhalskrebs bei Frauen ab 20 Jahre einmal jährlich, Prostatakrebs bei Männern ab 45 Jahre einmal jährlich, Dickdarmkrebs ab 50 Jahre einmal jährlich, ab 55 Jahre Darmspiegelung alle zehn Jahre oder Bluttest alle zwei Jahre, Hautkrebsvorsorge alle zwei Jahre
- Teilnahme am Mammographie-Screening-Programm für Frauen zwischen 50 und 69 Jahren

- Teilnahme an zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen, für Kinder von 6 bis 18 Jahren zweimal im Jahr, danach einmal im Jahr
- Teilnahme an weiteren vorbeugenden Maßnahmen, die nicht gesetzlich vorgeschrieben sind, wie beispielsweise die professionelle Zahnreinigung
- Teilnahme an allen gesetzlich empfohlenen Impfungen im jeweiligen Alter
- Teilnahme an Kursen zur Bewegung, gesunden Ernährung, Stressbewältigung oder Reduzierung von Nikotin und Alkohol
- Teilnahme an zertifizierten Sportkursen, Fitnessstudios, Sportveranstaltungen und Sportabzeichen

Die Programme geben in der Regel einen Maßnahmenkatalog vor, aus dem die Versicherten auswählen können. Häufig werden auch Mindest- und Höchstgrenzen definiert, eine spezielle Kombination von Leistungen vorgegeben oder es müssen alle Maßnahmen aus einem Katalog erfüllt sein. Erbrachte Leistungen werden von ihren Anbietern (z. B. Ärzte oder Kursleiter) im Bonusheft quittiert und anschließend von den Versicherten bei ihrer Krankenkasse eingereicht.

Die Ausgaben für die Bonusprogramme sind beträchtlich. Die gesetzlichen Krankenkassen gaben 2013 rund 302 Millionen Euro für Bonusprogramme aus, betriebliche Maßnahmen inbegriffen. Ein Jahr danach waren es bereits 394 Millionen Euro (BMG 2014, 2015, endgültige Rechnungsergebnisse, S. 13, S. 8). Das ist mehr als die Krankenkassen für alle Satzungsleistungen nach § 11 Abs. 6 SGB V zusammen ausgeben (2013 203 Millionen Euro, 2014 322 Millionen Euro).

Zweifel an dem Sinn der Bonusprogramme gibt es immer wieder. Fraglich ist, ob mit finanziellen Anreizen dieser Art Vorsorgemuffel und/oder Personen mit niedriger Gesundheitskompetenz ihr Verhalten ändern und damit ihre gesundheitliche Prognose verbessern oder ob nicht gerade die sowieso schon Gesunden von den Programmen profitieren, in dem sie sich ihre regelmäßigen Gesundheitsaktivitäten von der Krankenkasse bezahlen lassen. Das käme indirekt einer versteckten Risikoselektion gleich. Dafür spricht, dass die Bonusprogramme häufig aufwändig und kompliziert sind und der tatsächliche Gegenwert nur schwer durchschaubar ist. Damit wären sie vorrangig für die Personen attraktiv, die sich mit den geforderten Leistungen auskennen, weil sie sie schon nutzen. Außerdem verlangen eine Reihe von Maßnahmen eine finanzielle Vorleistung der Versicherten, z. B. Gesundheitskurse, Vereinsmitgliedschaften oder Mitgliedsbeiträge im Fitnessstudio, die nur zum Teil durch den Bonus wieder ausgeglichen werden. Ein Anreiz besteht dann nur für Personen, die den Beitrag in jedem Fall aufbringen würden, nicht aber für Neueinsteiger und schon gar nicht, wenn diese über wenig Geld verfügen.

2. Fragestellung

Mit dem Marktcheck wird überprüft, ob Bonusprogramme gezielte Anreize für gesunde Versicherte bieten, in dem sie das gesund sein belohnen anstatt eine gesundheitsförderliche Verhaltensänderung. Außerdem werden die Bonusprogramme im Hinblick auf ihren Ertrag und die Nutzungsbedingungen verglichen.

3. Vorgehen

In den Satzungen und auf den Internetseiten der Krankenkassen werden die Maßnahmenkataloge der Bonusprogramme durchgesehen. Überprüft wird, ob es sich bei den geforderten Einzelleistungen um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen handelt, zu denen die Versicherten einen Beitrag leisten müssen oder ob sie lediglich den Nachweis erbringen müssen, dass sie gesund sind. es sich lediglich um den Nachweis handelt, dass jemand gesund ist. Ärztliche Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen gesetzlicher Empfehlungen zählen in diesem Sinne nicht zu den kritischen Variablen. Diese sollen ja gerade mit den Bonusprogrammen gefördert werden und sie dienen in erster Linie nicht dem Nachweis der Gesundheit sondern der Früherkennung und bilden somit auch die Grundlage weitergehender Empfehlungen. Kritisch beurteilt werden jedoch der Nachweis gesunder Einzelwerte, die nicht in ein Programm integriert sind und keine Beratung oder sonstigen Verhaltensanreize zu Folge haben. Dass es sich dabei um den Nachweis der Gesundheit handelt erkennt man daran, dass nicht die Teilnahme an der Untersuchung als solche honoriert wird, sondern das Ergebnis der Messung.

Variablen

Zunächst wird erfasst, welche Varianten des Bonusprogramms angeboten werden. In einem zweiten Schritt wird der Wert der einzelnen Programme erhoben und in einem dritten Schritt die dafür notwendigen Leistungen. Diese Angaben dienen der Beschreibung der Bonusprogramme und einer Übersicht über ihre Vielfalt.

Um eine Vergleichsmöglichkeit zu schaffen wird außerdem der maximal erreichbare Geldbetrag pro Jahr erfasst, den Versicherte auf ihr Konto überwiesen bekommen können. Geldwerte, die in Sachprämien, weitere individuelle Gesundheitsleistungen oder Versicherungen investiert werden können, bleiben dabei außen vor. Diese Geldwerte liegen nominal häufig über den Geldbeträgen, der tatsächliche Gegenwert der Sachleistungen ist jedoch schwer ermittel- und vergleichbar. Außerdem gibt es eine Reihe von Programmen, die mit Punkten arbeiten, so dass der Geldwert nicht bekannt ist. Vereinzelt gibt es Programmvarianten, die einen Geldbetrag ausschließlich für die Teilnahme an einer Reihe von Selbstzahlerleistungen ausschütten. Sie werden hier außer Acht gelassen. Außerdem werden für diese Variable nur die Programmvarianten für Einzelpersonen berücksichtigt, nicht für die ganze Familie. Auch gesonderte Programme für Kinder gehen nicht in die Wertung ein, weil diese häufiger über mehrere Jahre – und meistens unterschiedlich viele - angelegt sind.

Somit wird der maximale Betrag erfasst, den ein Mitglied im Laufe eines Jahres als Geldleistung ausgezahlt bekommen kann.

Als nächstes wird die Anzahl der Maßnahmen ermittelt, die für den maximalen Geldwert erbracht werden müssen. Sofern das nicht vorgegeben ist, sondern die Versicherten aus einer Reihe von Maßnahmen auswählen können, die unterschiedlich bepunktet sind oder je nach Alter und Geschlecht unterschiedlich gewählt werden können, wird der Mittelwert zwischen minimal und maximal denkbarer Anzahl von Leistungen zugrunde gelegt.

Aus dem Maßnahmenkatalog wird die Art und Anzahl der Werte erfasst, die im Sinne dieser Untersuchung lediglich Gesundheit dokumentieren ohne dass sie eine gesundheitsfördernde Verhaltenskomponente beinhalten. Sie heißen im Folgenden „gesunde Werte“.

Dann wird der monetäre Gegenwert der gesunden Werte ermittelt. Manche Bonusprogramme legen genau fest, welche Maßnahme welchen Geldwert hat. In diesen Fällen lässt sich auch der Anteil der gesunden Werte an der maximalen Geldprämie ausmachen.

Programmvorgaben hinsichtlich der Kombination von Leistungen werden dabei berücksichtigt. Wenn zum Beispiel zwei Maßnahmen erforderlich sind und mindestens eine muss aus dem Bereich der Präventionskurse kommen und die andere ist frei wählbar, kann der Anteil gesunder Werte maximal 50 Prozent betragen, selbst wenn zwei oder mehr gesunde Werte laut Maßnahmenkatalog möglich wären.

Weiterhin wird erfasst, inwieweit Bonuspunkte in das Folgejahr übertragen werden können und bis wann sie einlösbar sind. Dabei wird auch auf die Formulierung geachtet, bis wann der Anspruch geltend gemacht werden muss, wenn jemand kündigt.

Besonderheiten, die während der Recherche auffallen, werden notiert.

Stichprobe:

Als Stichprobe dient rund die Hälfte der größten in NRW geöffneten gesetzlichen Krankenkassen. Grundlage bildet die Liste der Krankenkassen auf der Internetseite des GKV-Spitzenverbandes mit Stand vom 27.04.2015. Die Liste enthält 65 Krankenkassen. Für jede einzelne wird die Anzahl der Versicherten über die Jahresrechnungsergebnisse von 2013 bzw. falls über die Internetseiten erhältlich auch durch aktuellere Angaben ermittelt und die Rangfolge absteigend sortiert. Die ersten dreißig Krankenkassen gehen in die Stichprobe ein.

Durchführung:

Die Durchsicht der Satzungen und der Internetseiten erfolgte im Zeitraum vom 05.05.2015 bis zum 18.06.2015. Zum Zeitpunkt der Recherche wurde die Satzung heruntergeladen und die Paragraphen, die die Bonusprogramme betreffen, durchgesehen. Alle Informationen zu den relevanten Variablen werden während der Durchsicht auf einem Begleitbogen notiert und anschließend in eine Excel-Liste übertragen. Anschließend erfolgte die Durchsicht der Internetseiten. Abweichungen zwischen den Angaben auf den Internetseiten und der Satzung wurden als Besonderheiten notiert.

4. Ergebnisse**Aufwand und Ertrag der Bonusprogramme**

Der maximale Geldbetrag, den Versicherte über ihr Bonusprogramm bekommen können, kann nur für 28 der dreißig untersuchten Krankenkassen ermittelt werden. Zwei Krankenkassen nennen keinen maximalen Betrag. Die Werte reichen von dreißig bis sechshundert Euro. Bei näherem Hinsehen ist jedoch der Gegenwert von 600 Euro im Jahr unrealistisch, da der Maßnahmenkatalog nicht genügend Maßnahmen für die erforderliche Punktzahl zur Verfügung stellt. Der Wert kann nur dadurch zustande kommen, dass Bonuspunkte über mehrere Jahre gesammelt werden, was in diesem Programm möglich ist. Allerdings gibt es auch Bonusprogramme mit eher durchschnittlichen Bonuszahlungen, die jedoch ebenfalls in einem Jahr kaum erreichbar sind. Im Mittel der Krankenkassen bekommen Versicherte maximal 170 Euro pro Jahr.

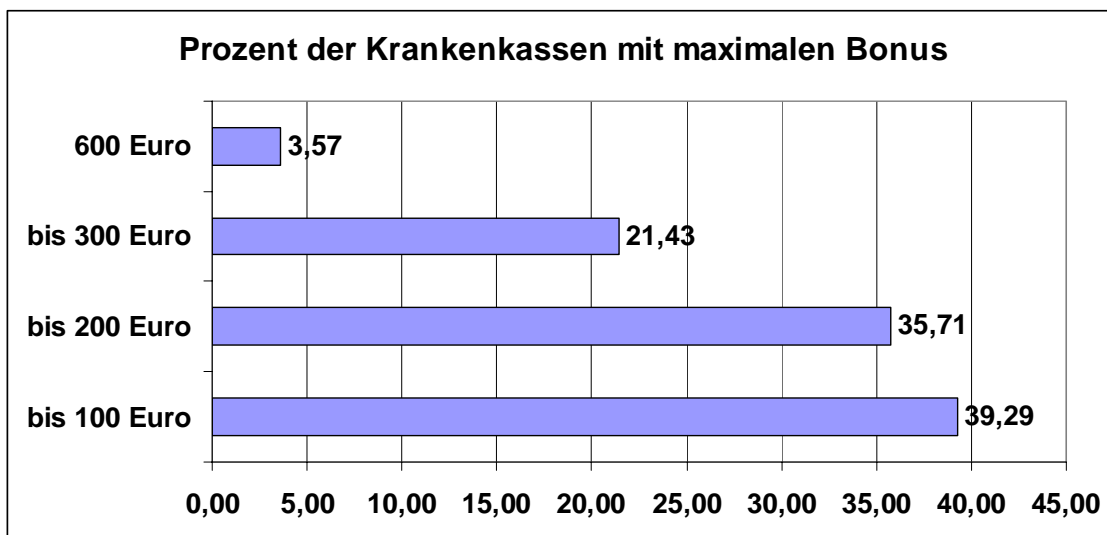


Abb.1: Prozent der Krankenkassen in Klassen der maximalen Bonuszahlungen (N=28).

Der Aufwand gestaltet sich je nach Bonusprogramm sehr unterschiedlich. Unter den 28 Krankenkassen, die einen maximalen Geldwert angeben, befinden sich zwei mit einem extrem unrealistisch hohen Aufwand, der dafür betrieben werden müsste. Neben der Krankenkasse, die maximal eine Bonuszahlung von 600 Euro ermöglicht, befindet sich eine weitere mit maximal 200 Euro, die für diesen Gegenwert mindestens 27 Maßnahmen pro Jahr verlangt. Diese beiden Krankenkassen werden in der weiteren Analyse nicht weiter betrachtet. Die verbleibenden Krankenkassen verlangen für den maximalen Geldwert drei bis zwanzig Maßnahmen. Darüber hinaus kann es vorkommen, dass Krankenkassen, die für die maximale Bonuszahlung sehr viele Maßnahmen verlangen, damit ihren Katalog bereits ausschöpfen, so dass Versicherte je nach Alter und Geschlecht die erforderliche Punktzahl gar nicht erreichen können, weil für ihre Zielgruppe keine ausreichenden Maßnahmen möglich sind.

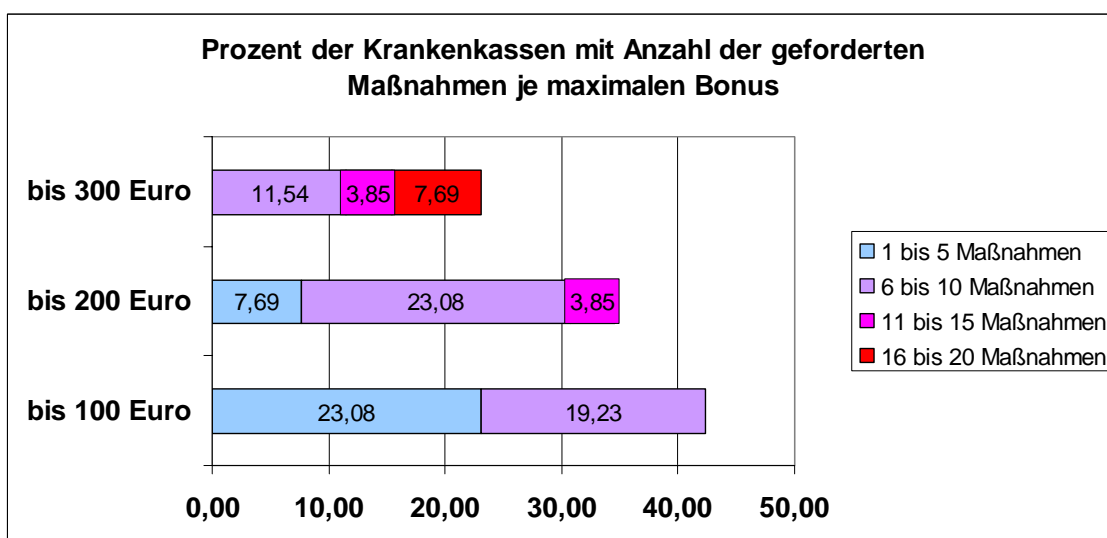


Abb.2: Prozent der Krankenkassen in Klassen der maximalen Bonuszahlungen unterteilt nach dafür erforderlichen Maßnahmen (N=26).

Mit dem erzielbaren Geldbetrag steigt auch der Anspruch an die zu erbringenden Leistungen. Bis zu einem Bonus von 100 Euro müssen die Versicherten in etwas mehr als der Hälfte der in diese Kategorie fallenden Krankenkassen maximal fünf Maßnahmen im Jahr nachweisen. Die andere Hälfte fordert bis zu zehn Einzelmaßnahmen. Bei einer Summe von 200 Euro verlangen zwei Drittel der Krankenkassen sechs bis zehn Maßnahmen, eine Krankenkasse sogar 15 Maßnahmen. Bei einem noch höheren Ertrag sind bis zu zwanzig Maßnahmen notwendig.

Der Aufwand lässt sich jedoch anhand der Anzahl der Maßnahmen nur ungefähr schätzen, da die einzelnen Maßnahmen sehr unterschiedlich sind.

Art und Anzahl gesunder Werte

Zwanzig von dreißig hier untersuchten Krankenkassen haben mindestens eine Maßnahme im Bonusprogramm, die kein gesundheitsförderliches Verhalten verlangt, wie z. B. die Teilnahme an einer Früherkennungsuntersuchung oder an einem Gesundheitskurs, sondern lediglich einen gesunden Wert abfragt. Ein Drittel verzichtet gänzlich auf die Bonifizierung gesunder Einzelwerte. Bei den meisten Krankenkassen werden zwei gesunde Werte als Maßnahmen honoriert. Vier lassen nur einen gesunden Messwert gelten, vier Krankenkassen sogar fünf. Letztere sind ausnahmslos große Krankenkassen mit über einer Million Versicherten.

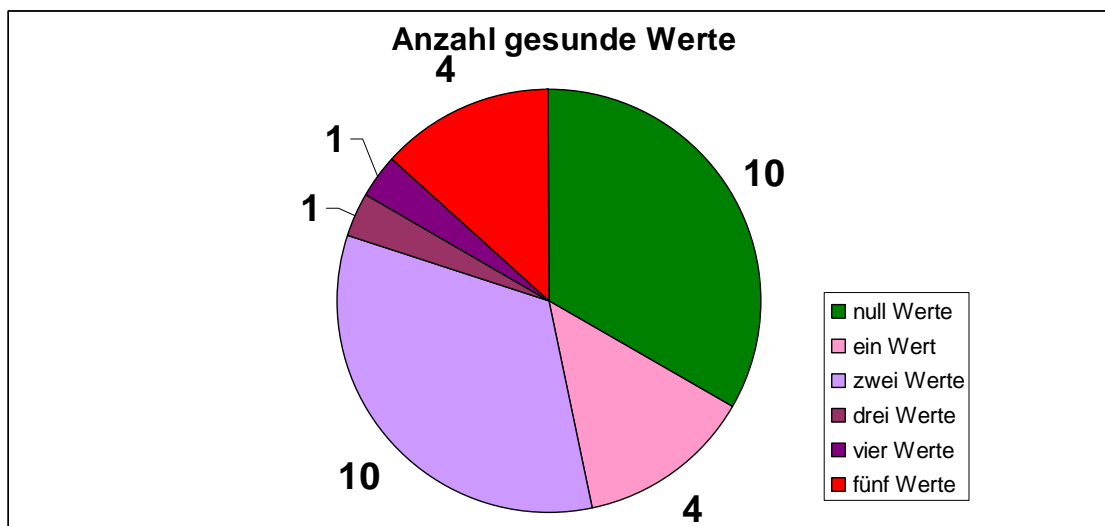


Abb.3: Anzahl der Krankenkassen, die keinen, einen, zwei, drei, vier oder fünf gesunde Messwerte im Rahmen ihrer Bonusprogramme anrechnen (N=30).

Insgesamt sind 51 bonifizierbare Messwerte im Normbereich in die Berechnung eingegangen. Am häufigsten belohnen die Krankenkassen ein gesundes Körpergewicht, an zweiter Stelle steht der Nachweis, Nichtraucher zu sein. Weitere normgerechte Einzelwerte, die im Bonusheft anerkannt werden, sind der Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin.

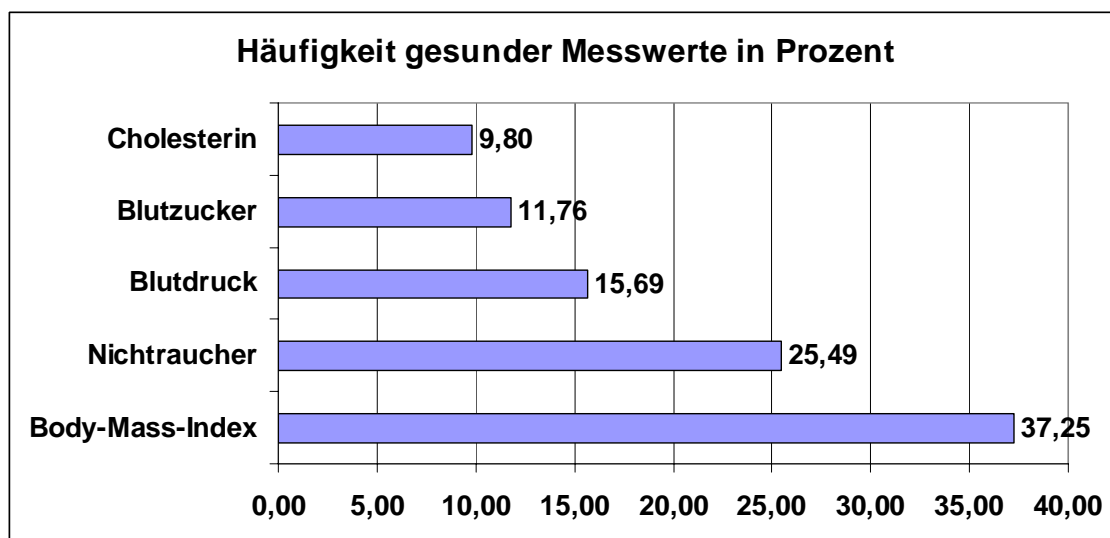


Abb.4: Häufigkeit, mit der gesunde Messwerte in den Bonusprogrammen der Krankenkassen enthalten sind (N=51).

Bei dem Body-Mass-Index (BMI) müssen die Versicherten nachweisen, dass ihr Wert im Normbereich liegt. Alternativ wird auch das Verhältnis von Taille zur Größe anerkannt (Waist-to-Height-Ratio WtHR). Der Beleg erfolgt meistens durch die Unterschrift eines Arztes oder Apothekers. Eine Annäherung an den Normbereich honoriert lediglich eine Krankenkasse.

Beim Nichtraucherstatus fordern die meisten Krankenkassen, dass ein Arzt feststellt, dass die Versicherten seit mindestens sechs Monaten Nichtraucher sind.

Eine Krankenkasse stellt es den Versicherten frei, in diesem Zusammenhang auch nachzuweisen, dass sie einen Nichtraucherkurs belegt haben. Vorgeschrieben ist das jedoch nicht. Es wird nicht hinterfragt, ob die betreffende Person jemals geraucht hat. Ein Beispiel aus einer Satzung:

Als gesundheitlicher Erfolg in Bezug auf den Faktor Nichtraucherstatus gilt die Feststellung durch Bescheinigung einer / eines an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden oder nach § 13 Absatz 4 SGB V berechtigten Ärztin / Arztes, wonach davon ausgegangen werden kann, dass die / der Versicherte Nichtraucher(in) ist.

Unklar ist, was bei diesem Satzungsauszug mit gesundheitlichem Erfolg gemeint ist, da lediglich festgestellt wird, dass die betreffende Person Nichtraucher ist. Noch einfacher ist es für die Versicherten, wenn sie sich den Nichtraucherstatus selbst attestieren: Ein Beispiel aus einer Broschüre:

Nichtraucher: Sie können eigenständig Ihren Nichtraucherstatus nachweisen. Die ... behält sich vor, diesen Status zu prüfen. Oder weisen Sie durch einen Stempel Ihres Arztes nach, dass Sie Nichtraucher sind.

Auch für die übrigen Messwerte Blutdruck (teilweise in Kombination mit Puls), Blutzucker und Cholesterin können ohne weiteren Bezug zu einer Untersuchung als Einzelnachweis erbracht werden, häufig durch Messung in der Apotheke.

Wert der gesunden Messwerte

Bei elf Krankenkassen lässt sich der monetäre Gegenwert der einzelnen Messwerte genau beziffern. Somit können mit dem Einzelnachweis gesunder Messwerte je nach Bonusprogramm 7,5 Euro bis hin zu 100 Euro pro Jahr erwirtschaftet werden.

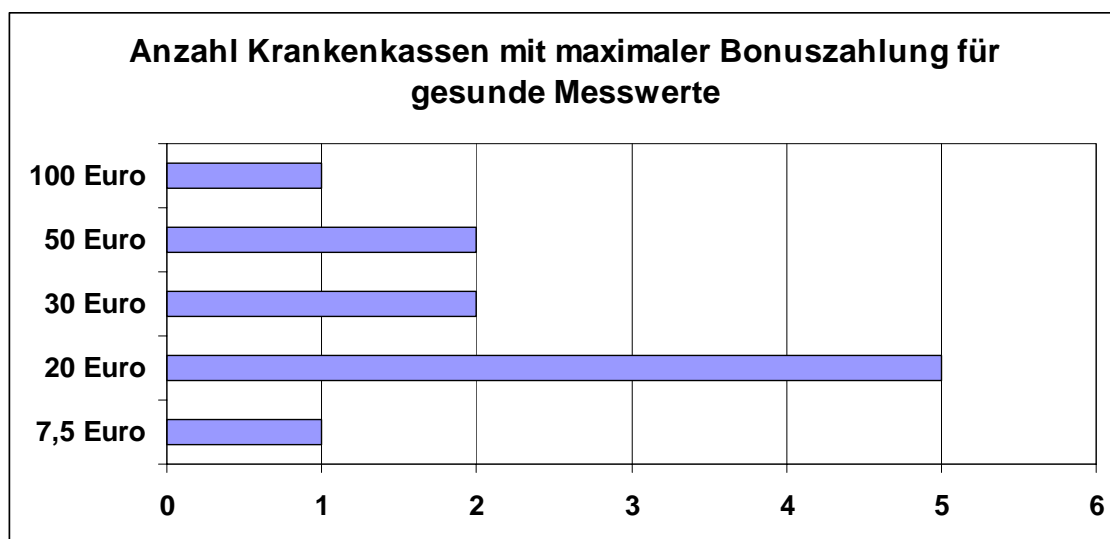


Abb.5: Anzahl der Krankenkassen, die einen bestimmten Betrag als maximalen Bonus für gesunde Messwerte im Rahmen ihrer Bonusprogramme anrechnen (N=11).

Die Beträge machen zwischen 6,7 Prozent und 100 Prozent des maximalen Bonusbetrages aus, im Durchschnitt sind das 29 Prozent.

Übertragbarkeit und Auszahlung von Bonuspunkten

Die Krankenkassen gestalten die Anrechnung der durchgeführten Maßnahmen unterschiedlich. Ein Unterschied betrifft den Leistungszeitraum. In den meisten Fällen dokumentieren und sammeln die Versicherten ihre Maßnahmen im Laufe eines Jahres. Das Bonusjahr ist in vielen Fällen identisch mit dem Kalenderjahr, manchmal zählt das Bonusjahr jedoch auch ab dem Monat, in dem der Versicherte seinen Programmbeitritt erklärt. Sofern im laufenden Jahr noch nicht alle erforderlichen Maßnahmen/Punkte für den Jahresbonus und/oder die anvisierte Prämie erreicht werden konnten, stellt sich für die Versicherten die Frage, ob sie die Punkte über einen längeren Zeitraum sammeln können. Bei den meisten Bonusprogrammen geht das nicht, es gibt jedoch auch Bonusprogramme, die das explizit vorsehen.

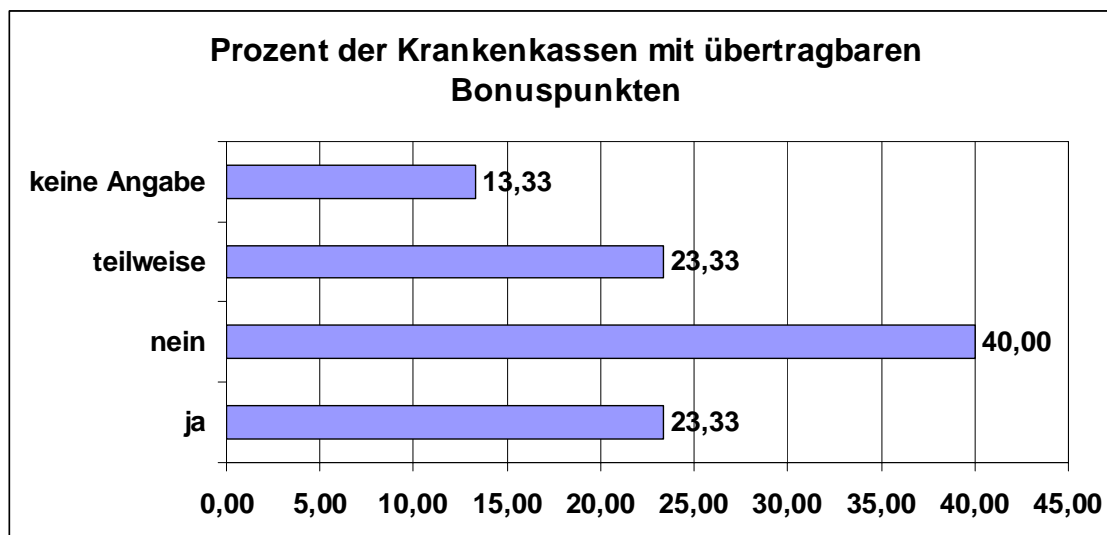


Abb.6: Prozent der Krankenkassen mit Programmen, bei denen Bonuspunkte übertragen werden können (N=30).

Die Übertragbarkeit bezieht sich in den meisten Fällen sowohl auf das Folgejahr als auch auf andere Familienmitglieder, manchmal jedoch auch nur auf eines von beidem, je nach Programm. Die Kategorie teilweise übertragbar meint, dass die Punkte nur innerhalb bestimmter Personengruppen oder Programmvarianten weitergegeben werden können.

Trotz Übertragbarkeit können die Punkte jedoch verfallen, wenn Versicherte nicht weiter aktiv am Programm teilnehmen, d. h. weiter Punkte sammeln. Je nach Krankenkasse kann bereits ein Jahr ohne nachgewiesener gesundheitsförderlicher Aktivität vorhandene Punkte wertlos machen, andere Kassen gewähren zwei Jahre.

Außerdem verfallen die Bonuspunkte, wenn Versicherte ihre Leistungen nicht in einer vorgegebenen Frist geltend machen. Meistens müssen die Leistungsnachweise bis zum 31.03 des Folgejahres eingereicht werden. Es gibt jedoch auch andere Stichtage, z. B. den 31.01, 30.06 oder 31.12 des Folgejahres. Manchmal wird die Nachweisfrist an den Zeitpunkt der Inanspruchnahme der Maßnahme gekoppelt. Darüber hinaus legen die meisten Satzungen fest, ab wann Bonuspunkte verfallen, wenn sie nicht eingelöst werden.

Ein weiterer Grund, weshalb Bonusleistungen verweigert werden können, ist eine Kündigung. Da es sich bei den Bonusprogrammen um Instrumente zur Kundenbindung handelt, machen viele Krankenkassen die Gewährung des Bonus davon abhängig, dass ein ungekündigtes Versicherungsverhältnis vorliegt. Sobald die Kündigung ausgesprochen ist, verfällt der Anspruch, obwohl das Versicherungsverhältnis in aller Regel bis zum Wechsel der Krankenkasse noch zwei bis drei Monate weiterbesteht. Auch Krankenkassen, die ein Ende des Bonusanspruchs mit dem Ende der Versicherung gleichsetzen, verweigern teilweise Bestandteile der Bonuszahlungen, wie z. B. Treue- oder Nachhaltigkeitsboni, die als Extras ab bestimmten Laufzeiten gewährt

werden. Eine Krankenkasse verlangt sogar die Rückzahlung des Bonus, falls dieser im Jahr der Kündigung schon ausgezahlt wurde.

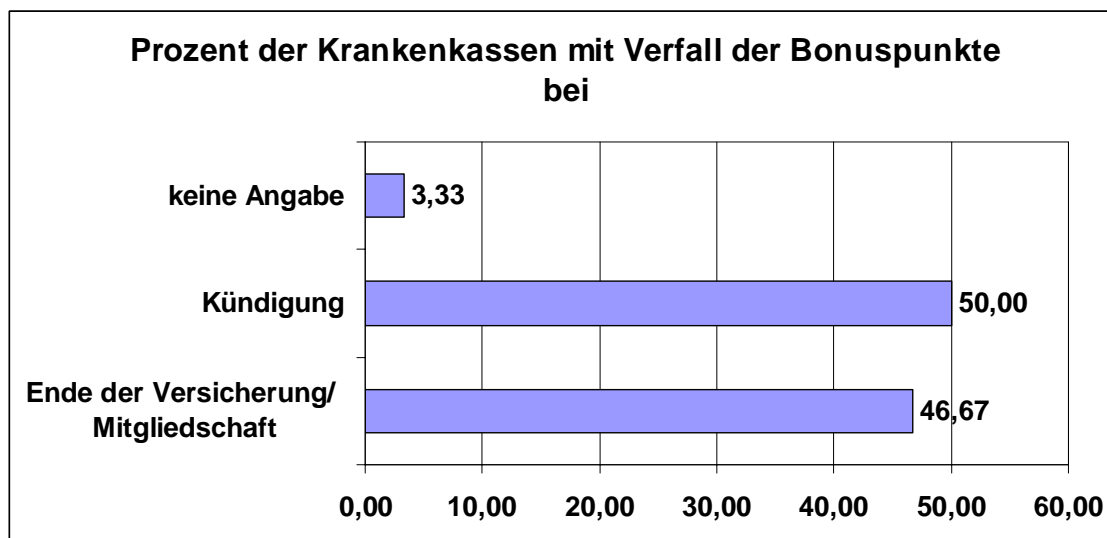


Abb.7: Prozent der Krankenkassen, bei denen der Bonusanspruch mit Versicherungsende bzw. mit der Kündigung endet (N=30).

Besonderheiten

Die konkrete Ausgestaltung der Bonusprogramme erweist sich als sehr unterschiedlich. Die Krankenkassen unterscheiden sich in der Anzahl der Bonusprogramme. Dabei gibt es häufig unterschiedliche Programme je nach Altersgruppe. Aber auch innerhalb der selben oder überlappender Altersgruppen gibt es verschiedene Varianten. Diese unterscheiden sich z. B. danach, ob jemand für sich alleine oder im Familienverbund Punkte sammelt oder nach der Art der anrechenbaren Leistung. Einige Krankenkassen bieten neben dem üblichen Bonusprogramm auch einen sog. Erfolgsbonus für gesundheitsbewusstes Verhalten an. Dafür muss man eine sportliche Betätigung nachweisen und weitere drei bis fünf gesunde Einzelwerte. Eine Krankenkasse verzichtet auch auf die sportliche Aktivität und beschränkt den Erfolgsbonus allein auf den Nachweis normgerechter Parameter. Häufig ist die Bonuszahlung über den Erfolgsbonus leichter zu erreichen, d. h. der Gewinn ist höher, die Berechnung ist weniger kompliziert und/oder es sind weniger Maßnahmen zu erfüllen. Insgesamt bieten fünf Krankenkassen einen sogenannten Erfolgsbonus an. Diese sind identisch mit den Krankenkassen, die eine hohe Anzahl von vier bis fünf gesunden Messwerten anerkennen.

Darüber hinaus unterscheiden sich die Programme nach der Art der Bonifizierung. Je nach Ausgestaltung des Bonusprogramms erhalten die Versicherten eine Prämie in Form von Geldleistungen oder sie sammeln Punkte, die hinterher in Sachleistungen oder Geldgutscheine umgewandelt werden können. Weiterhin wandeln viele Kassen den Bonus in einen Zuschuss um, wenn sich Versicherte zusätzliche Versicherungen oder individuelle Gesundheitsleistungen kaufen. Das können zusätzliche Früherkennungsuntersuchungen sein oder auch Zuschüsse zu Heil- und Hilfsmitteln, z. B. Brillen. Einige Krankenkassen bieten hier nur Zuschüsse für den Abschluss von

privaten Zusatzversicherungen an. Auch die Teilnahme an mehrtägigen Kompaktkursen der Krankenkassen werden mitfinanziert. Die Krankenkassen führen jeweils eine Liste der zuschussfähigen Leistungen, aus der Versicherte wählen können. Manche ermöglichen eine Spende. Die Programme sind unterschiedlich komplex und meistens gibt es bei jeder Krankenkasse verschiedene Varianten des Bonusprogramms. Teilweise können die Prämien auch für Projekte und Vereine gespendet werden.

Sieben Krankenkassen weisen in ihrer Satzung auf die Veränderbarkeit der Bonusprogramme hin. Die Bonusprogramme können ergänzt, verändert oder eingestellt werden. Die Art und Weise, wie die Versicherten davon erfahren, ist unterschiedlich. Manche Krankenkassen erklären eine vollständige Beendigung den Teilnehmenden schriftlich, während Änderungen und Ergänzungen in geeigneter Form bekannt gegeben werden. Einige Krankenkassen beschränken sich auf einen Teil dieser Aussage. Eine Krankenkasse informiert über Änderungen auf einer eigenen Internetseite rund um das Bonusprogramm. Eine andere erklärt, dass bei Änderungen kein Einspruch eingelegt werden kann. Darüber hinaus geben zwei Kassen an, dass das Prämiensortiment Änderungen unterliegt und Abweichungen in Farbe, Form und Ausführung möglich sind.

Bei acht Krankenkassen stimmen die Angaben der Satzung teilweise nicht mit den Angaben auf der Homepage überein. Drei Krankenkassen bieten einen monetären Anreiz für Einsteiger. In einem Fall kann der Bonus als Vorschuss gewährt werden (30 Euro), in einem weiteren werden die ersten beiden Maßnahmen im ersten Teilnahmejahr mit insgesamt 25 Euro extra honoriert. Eine Krankenkasse gewährt ein Startguthaben von zehn Euro. Es gibt auch Krankenkassen, die eine langfristige Teilnahme zusätzlich belohnen.

5. Diskussion der Ergebnisse

Aufwand und Ertrag der Bonusprogramme

Versicherte können je nach Bonusprogramm ein- bis zweihundert Euro erwirtschaften, teilweise auch deutlich mehr. Dabei sind die Höchstgrenzen durchaus kritisch zu betrachten, weil die dafür erforderlichen Leistungen sehr unterschiedlich sind. Mit der Höhe der Geldleistung steigt tendenziell auch die dafür verlangte Anzahl von Nachweisen über gesundheitsförderliche Aktivitäten. Welche und wie viele Aktivitäten für die Versicherten realistisch erscheinen, ist sicher individuell verschieden. Zehn und mehr Einzelaktivitäten dürften jedoch auch für sehr motivierte Gesundheitsbewusste schwer zu erbringen sein. Dazu kommt, dass einige Höchstwerte nur theoretisch bestehen, da alle Maßnahmen für den Maximalbetrag zusammengerechnet werden. Je nach Alter, Geschlecht und Familienstatus kommen jedoch andere Höchstwerte zustande, z. B. gibt es keine jährliche Krebsvorsorgeuntersuchung für Männer unter 45 Jahren (außer dem zweijährlichen Hautkrebsscreening, das aber meistens extra bonifiziert wird) und Punkte für bestimmte Früherkennungsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche können Kinderlose gar nicht sammeln. Manche Krankenkassen

errechnen den Maximalbonus danach, dass Versicherte alle für ihr Alter und Geschlecht *möglichen* Maßnahmen ergriffen haben, andere rechnen einfach alle Maßnahmen aus dem Katalog für den Maximalbonus zusammen, ungeachtet der Frage, ob diese Kombination überhaupt in jedem Fall erbracht werden kann.

Neben dem Aufwand und der Machbarkeit ist weiterhin kritisch zu betrachten, dass ein Teil der bonifizierten Leistungen den Versicherten selbst erstmal Geld kosten. Gesetzlich empfohlene Früherkennungsuntersuchungen oder Impfungen werden zwar von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen, die Teilnahme an Präventionskursen z. B. zur Bewegung, gesunden Ernährung, Stressbewältigung oder Reduzierung von Nikotin und Alkohol, sind meistens erstmal kostenpflichtig. Auch die Teilnahme an zertifizierten Sportkursen und/oder Sportveranstaltungen, Mitgliedsbeiträge für Fitnessstudios oder Vereine kosten Geld. Die Krankenkassen beteiligen sich zwar häufig an diesen Kosten. Die Versicherten müssen jedoch häufig erstmal in Vorleistung gehen. Außerdem sind die Beträge gedeckelt und auf von der Krankenkasse anerkannte Anbieter beschränkt. Manche Krankenkassen unterscheiden die Zuzahlung auch danach, ob es sich um ein kasseneigenes Präventionsangebot oder einen externen Dienstleister handelt. Auch individuelle Gesundheitsleistungen werden teilweise honoriert, wie beispielsweise die professionelle Zahnreinigung oder das Hautkrebscreening zu Zeitpunkten, die nicht von den gesetzlichen Empfehlung abgedeckt sind. Auch diese Maßnahmen werden teilweise von den Krankenkassen im Rahmen ihrer Satzungsleistungen finanziert. Wie hoch der Selbstzahleranteil an den bonifizierbaren Leistungen ist und damit von dem Bonus abgerechnet werden muss, ist je nach Krankenkasse und individueller Inanspruchnahme der Leistungen verschieden. Erschwerend kommt hinzu, dass manche Krankenkassen ihre freiwilligen Leistungen insgesamt deckeln. Wer zum Beispiel einen Bonus von in Höhe von X Euro im Bonusprogramm erzielt, bekommt über die Satzungsleistungen dann noch maximal Leistungen in Höhe von Y Euro. Die angegebenen Höchstgrenzen für ein Bonusprogramm sind somit für den tatsächlich erzielbaren Gewinn nur begrenzt aussagekräftig.

Im Ergebnis müssen Versicherte individuell sehr genau prüfen, wie hoch der Bonus tatsächlich ausfallen wird. Die angegebenen Höchstwerte sind nicht für jede(n) auch erreichbar.

Art und Anzahl gesunder Werte

Zwei Drittel der Krankenkassen honorieren im Rahmen ihrer Bonusprogramme Gesundheit statt gesundheitsbewusstes Verhalten. Am häufigsten werden das Normalgewicht und der Nichtraucherstatus bonifiziert. Übergewicht und Adipositas sind weit verbreitet und stellen ein gesundheitliches Risiko für eine Reihe von Krankheiten dar. Laut Robert-Koch-Institut (2014 a, S. 1) sind in Deutschland 46 Prozent der Frauen und 60 Prozent der Männer übergewichtig oder adipös. In der Folge müssten also Anreize geschaffen werden, das Übergewicht zu bekämpfen. Unter den Krankenkassen in dieser Stichprobe ist jedoch nur eine einzige, bei der es auch für die Annäherung an das Normalgewicht Punkte gibt. Eine Belohnung des Normalgewichts garantiert jedoch noch nicht den Erhalt desselben. Übergewicht und Adipositas sind

nämlich innerhalb der Bevölkerung nicht gleichverteilt. Sie nehmen mit dem Alter deutlich zunehmen und sind in unteren Bildungsgruppen weiter verbreitet. Ein Bonus für Normalgewichtige spricht also vorrangig junge, gesunde und höher gebildete Personen an. Ähnlich verhält es sich mit dem Rauchen. Etwa 28 Prozent der Erwachsenen in Deutschland rauchen (RKI, 2014 b, S. 1-2) und setzen sich damit der Gefahr aus, eine Herz-Kreislauf-, Atemwegs- oder Krebserkrankung zu bekommen. Menschen mit höherer Bildung rauchen jedoch seltener als solche mit geringerer Bildung. Anders als beim Übergewicht nimmt die Raucherquote im hohen Alter ab. Demnach wäre es günstig, gerade jüngeren Versicherten Anreize für das Nichtrauchen zu vermitteln. Was sicher auch stimmt. Allerdings rauchen insgesamt immer weniger Menschen und besonders immer weniger Jugendliche. In den letzten zehn Jahren sank der Raucheranteil unter den Erwachsenen um ca. fünf bis sieben Prozent und bei Jugendlichen sogar um zehn Prozent und mehr. Die gesunkene Popularität des Rauchens macht es für die meisten Versicherten leicht, den Nachweis des Nichtrauchens zu erbringen.

Die Bonifizierung des Gesundseins stellt somit nicht nur keinen Anreiz für gesundheitsbewusstes Verhalten dar, sie konterkariert die zugrunde liegende Absicht der Bonusprogramme. Sie sollen laut § 65 a Abs. 1 SGB V Versicherten einen Bonus gewähren, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen. Leistungen zur primären Prävention sollen laut § 20 Abs. 1 SGB V den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen bringen. Mit der Belohnung von Gesundheit in der Form von bonifizierbaren Einzelwerten wird aber keine Chancengleichheit hergestellt, sondern im Gegenteil die bestehende Ungleichverteilung fortgesetzt. Außerdem werden Raucher oder Übergewichtige diskriminiert, da sie diesen Bonus nicht erhalten können und zwar auch dann nicht, wenn sie es geschafft haben, sich ihrem Ziel zu nähern. Dafür binden die Krankenkassen mit diesen Maßnahmen genau die Versicherten, die für sie günstiger sind, nämlich die Gesunden. Auch die gesetzlich vorgeschriebenen Anforderungen an Früherkennungsuntersuchungen werden mit dem Belohnen einzelner Messwerte unterlaufen. Untersuchungen zur Früherkennung müssen nach § 25 SGB V konkreten Kriterien genügen. Die Details der Untersuchungen werden in Richtlinien festgelegt, damit sie mit der erforderlichen Qualität erbracht werden können. Eine einzelne Messung, die nicht mit dem Ziel einer Früherkennung und darauf folgenden Maßnahmen erfolgt, sondern lediglich quittiert wird, um Geld von der Krankenkasse zu bekommen, ist für die Krankheitsvermeidung unsinnig. Damit stellt sie aber die Frage nach der Legitimation solcher Einzelnachweise.

Wenn auch ein Großteil der Krankenkassen nur vereinzelt gesunde Messwerte bezahlt, gibt es auch einige große Kassen, die mit vier oder fünf Werten sehr viele Einzelmessungen akzeptieren. Besonders kritisch daran ist, dass diese Programmvariante nicht im regulären Bonusprogramm vorgesehen ist, sondern im Rahmen eines sogenannten Erfolgsbonus anerkannt wird. Normalgewicht, Nichtrauchen und gesunde Blutwerte werden jedoch nicht als „Leistung“ honoriert, im Sinne der Hinwendung zu gesunden Werten, sondern schlicht als Feststellung des Status Quo. Insofern ist hier auch kein Erfolg zu verzeichnen. Zwar verlangen die meisten Erfolgsbonusmodelle neben den gesunden Messwerten in den meisten Fällen

den Nachweis einer sportlichen Aktivität. Daraus lässt sich aber noch nicht ableiten, dass gesunde Blutfette und Normalgewicht die Folge eines gesunden Lebenswandels sind. Darüber hinaus zeigt auch der Geldwert der sog. Erfolgsboni, dass hier starke Anreize gesetzt werden, Gesunde zu halten oder zu gewinnen.

Wert der gesunden Messwerte

Der Nachweis gesunder Einzelwerte wird mit 20, 30 oder 50 im Jahr honoriert, vereinzelt auch mehr oder weniger. Im Durchschnitt machen die gesunden Einzelwerte damit knapp ein Drittel des gesamten Bonusbetrags und damit einen nennenswerten Anteil aus.

Bei den Erfolgsbonusmodellen machen die gesunden Messwerte den Löwenanteil an der Prämie aus. Meistens werden für dieses Modell der Nachweis der sportlichen Aktivität plus drei bis fünf gesunde Einzelwerte verlangt. Eine Krankenkasse verzichtet auch auf den Sport. Die Höhe des Bonus liegt zwischen 100 und 210 Euro und damit deutlich höher als die Erträge für die normalen Bonusprogramme bei den selben Kassen. Sie liegen zwischen 30 und 40 Euro. Da die geforderten Messwerte für gesunde Menschen leicht nachgewiesen werden können, erhöht sich somit mit der Erfolgsbonusvariante der finanzielle Anreiz für die sportliche Aktivität gegenüber weniger Gesunden überproportional. Zum Vergleich: Bei den regulären Bonusprogrammen der selben Krankenkassen bekommt man für den Nachweis der regelmäßigen sportlichen Aktivität einen monetären Gegenwert zwischen 4,21 und 10 Euro. Bei einigen dieser Krankenkassen ist zudem der Nachweis der gesunden Messwerte über die regulären Bonusprogramme gar nicht oder nur eingeschränkt möglich. Daraus resultiert, dass weniger gesunde Versicherte Nichtraucher- oder Abnehmkurse und sportliche Betätigung mit relativ geringer Bonifizierung absolvieren müssen, während gesunde Versicherte über die Erfolgsbonusvariante gleich ein Vielfaches mit deutlich geringerem Aufwand ausgeschüttet bekommen können. Diese Sonderregelungen stellen eine Diskriminierung innerhalb der Bonusprogramme zugunsten gesünderer und zulasten beeinträchtigter Versicherter dar.

Übertragbarkeit und Auszahlung von Bonuspunkten

Versicherte müssen beim Einstieg in das Bonusprogramm auf den Zeitraum und die Übertragbarkeit von gesammelten Punkten achten. Ist das Bonusjahr gleich dem Kalenderjahr und der Versicherte steigt später im Jahr ein, kann es passieren, dass er die geforderte Mindestzahl an Maßnahmen nicht mehr erreicht. Wenn die Krankenkasse keine Übertragung der Punkte auf das Folgejahr zulässt, verfallen alle Punkte. Für Familien ist es wichtig zu prüfen, ob sie lieber alle alleine sammeln oder ein gemeinsames Punktekonto anlegen wollen. Für den Fall, dass das Bonusjahr mit der Anmeldung des Versicherten beginnt, besteht die Gefahr, dass man Beginn und Ende des Sammelzeitraums vergisst und daher die Punkte zu spät gutschreiben lässt. Hier müssen Versicherte auf die Bedingungen achten und gegebenenfalls die Anmeldung bis Jahresbeginn abwarten. Hier ist zu kritisieren, dass die meisten Bonusprogramme keine Übertragbarkeit von Punkten vorsehen. Außerdem müssen

Teilnehmer die Regelungen für die Gutschreibefristen und die Gültigkeit der Punkte genau im Blick behalten, um keine Nachteile zu haben.

Die Hälfte der Krankenkassen machen den Anspruch auf den Bonus von einer ungekündigten Mitgliedschaft abhängig. Dieser Umstand ist vielen Verbrauchern nicht klar, da sie ja auch nach einer Kündigung aufgrund der gesetzlichen Kündigungsfristen noch zwei bis drei Monate bei der bisherigen Krankenkasse versichert bleiben. Häufig ist auch der Begriff der Kündigung nicht eindeutig genug, um den genauen Zeitpunkt, ab wann eine Bonusauszahlung noch möglich ist, genau zu bestimmen. In den anderen Fällen bezieht sich der Anspruch über die Begriffe Ende der Versicherung bzw. Ende der Mitgliedschaft auf die Dauer des Versicherungsverhältnisses. Manche Krankenkassen machen aber trotzdem bestimmte Bonusanteile von einem ungekündigten Versicherungsverhältnis abhängig. Hier ist eine eindeutige und unmissverständliche Begrifflichkeit unumgänglich.

Besonderheiten

Die Vielfalt der Bonusprogramme erschwert die Orientierung über den tatsächlichen Ertrag und die beste Variante. Schon innerhalb einer Krankenkasse kommen unterschiedliche Möglichkeiten in Betracht, deren jeweilige Vor- und Nachteile auf den ersten Blick schwer durchschaubar sind. Versicherte müssen deshalb bei der Einschreibung in eine Programmvariante sorgfältig prüfen, welches Nutzungsverhalten sie und evt. auch ihre Familie an den Tag legt. Danach kann man dann entscheiden, ob man als Einzelperson oder als Familie Punkte sammelt, wie viele und welche Maßnahmen wahrscheinlich in Betracht kommen und wie hoch der Gewinn unter den konkreten Umständen ausfällt. Dabei sollte auch die Inanspruchnahme sonstiger Satzungsleistungen, z. B. bei der Erstattung von Gesundheitskursen, in Betracht gezogen werden. Außerdem müssen sich Verbraucher die angegebenen Fristen vergegenwärtigen, um nicht wegen verspäteter Nachweise die Boni verweigert zu bekommen. Ein Vergleich der Bonusprogramme als Wahlinstrument für oder gegen eine Krankenkasse ist kaum machbar, da sich die Bonusprogramme sehr stark unterscheiden.

Eine besonderes Problem für die Versicherten besteht darin, dass Bonusprogramme als freiwillige Leistungen jederzeit geändert werden können. Bei Sachprämien kann sich das Sortiment ändern oder die Produkte in Farbe, Form und Ausführung von den Dartstellungen auf der Homepage abweichen. Versicherte können sich also nicht darauf verlassen, eine ganz bestimmte Ausführung eines Produkts zu bekommen. Es lohnt sich also nicht, am Bonusprogramm teilzunehmen, um eine ganz bestimmte Prämie zu erhalten.

Problematischer wird es, wenn die Krankenkasse den Wert der Bonusprogramme oder die zu erbringenden Leistungen ändert ohne dass Versicherte davon etwas wissen. Manche Krankenkassen geben in ihrer Satzung nur ungenaue Hinweise darauf, ob und wie sie die Versicherten über Änderungen unterrichten, andere äußern sich dazu gar nicht. Die Krankenkassen bestimmen grundsätzlich selber darüber, wie sie ihre

Satzung und deren Änderungen öffentlich bekannt machen. Versicherte müssen zwar die Möglichkeit haben, die Änderungen zur Kenntnis zu nehmen. Die genaue Form der Bekanntmachung ist aber gesetzlich nicht festgelegt, so dass hier Veröffentlichungen auf der Homepage, Aushänge in den Geschäftsstellen, Rundschreiben an die Mitglieder oder Informationen in der Mitgliederzeitschrift in Frage kommen. Sicherlich sind nicht alle Kanäle gleich gut geeignet, die Versicherten auch zu erreichen. So ist fraglich, ob heute davon ausgegangen werden kann, dass jeder einen Internetzugang hat oder die Chance hatte, den Aushang in der Geschäftsstelle zu lesen. Satzungen müssen zwar von der zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigt werden. Deshalb können sie im Einzelfall trotzdem rechtswidrige Passagen erhalten. Im Einzelfall können Versicherte dann anhand eines konkreten Sachverhalts gerichtlich prüfen lassen, ob eine bestimmte Regelung in ihrem Fall rechtswidrig ist. Im Ergebnis müssen sich Versicherte jedoch darauf einstellen, dass Bonusprogramme jederzeit geändert werden können und sich im Zweifelsfall danach erkundigen, wie sie davon Kenntnis erhalten.

6. Zentrale Forderungen

Bonusprogramme sollen gesundheitsförderliche Verhaltensweisen der Versicherten stärken. Mit dem Präventionsgesetz werden die Krankenkassen sogar dazu verpflichtet, Bonusprogramme anzubieten. In der Gesetzesbegründung heißt es, dass ein Anspruch auf einen Bonus für gesundheitsförderliches Verhalten besteht, dass entweder auf der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen oder zertifizierten Präventionsangeboten basiert (BT Drucksache 18/4282, S. 43). Da das neue Gesetz den Schwerpunkt der Bonusprogramme stärker von einem Kundenbindungsinstrument hin zu einem Steuerungsinstrument für das Verhalten der Versicherten betont, müssen die Programme auch alle Voraussetzungen erfüllen, um diesem Anspruch gerecht zu werden.

- Der Nachweis, dass einzelne Werte im Normbereich liegen, belohnt nicht das gesundheitsförderliche Verhalten der Versicherten, sondern die Gesundheit der Versicherten. Das entspricht nicht dem Sinn der Bonusprogramme und der Richtung des Präventionsgesetzes sondern stellt vielmehr eine „Halteprämie“ für gesunde Versicherte dar. Hinter den gesunden Messwerten verbirgt sich eine versteckte Form der Risikoselektion. Alle Nachweise gesunder Einzelwerte müssen deshalb von den Krankenkassen aus den Bonusprogrammen gestrichen werden. Die Aufsichtsbehörden sollten Satzungen mit Bonusprogrammen, die Gesundsein honorieren, nicht genehmigen.
- Die unterschiedlichen Programmvarianten dürfen keine Diskriminierung einzelner Personengruppen enthalten, so dass Gesunde leichter oder an eine höhere Prämie gelangen können als gesundheitlich beeinträchtigte Versicherte. Die Krankenkassen und die Aufsichtsbehörden sollten die Satzungen im Hinblick auf diese versteckte Diskriminierung hin überprüfen und entsprechende Programmvarianten ändern bzw. nicht genehmigen.

- Die Krankenkassen müssen bei der Angabe maximaler Bonuszahlungen gewährleisten, dass diese auch erreichbar sind. Für die maximale Prämie müssen ausreichende Maßnahmen zur Verfügung stehen, damit diese innerhalb des Bonuszeitraums auch erreichbar ist. Auch hier müssen alle Versicherten ungeachtet von Alter, Geschlecht oder Gesundheit gleiche Chancen auf den Bonus haben. Darüber hinaus müssen die Krankenkassen in ihren Satzungen eindeutig darlegen, wie sie Programmänderungen bekannt machen und welche Voraussetzungen für die Auszahlung des Bonus gelten. Im Falle einer Kündigung sollten Versicherte bis zum Ende ihrer Versicherung die Möglichkeit haben, den Wert für ihre gesammelten Nachweise einzulösen. Der Gesetzgeber muss die Regelungspflichten der Satzungen soweit präzisieren, dass die Programme gerecht, verlässlich, transparent und gesundheitsförderlich gestaltet sind.

7. Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2014): Gesetzliche Krankenversicherung, Endültige Rechnungsergebnisse 2013, S. 13. URL <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> Eingesehen 27.07.2015

Bundesministerium für Gesundheit (2015): Gesetzliche Krankenversicherung, Endültige Rechnungsergebnisse 2014, S. 8. URL <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/finanzergebnisse.html> Eingesehen 27.07.2015

Deutscher Bundestag (2003): Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG), Drucksache 15/1525. URL <http://www.dipbt.bundestag.de/doc/btd/15/015/1501525.pdf> Eingesehen 27.07.2015

Deutscher Bundestag (2015): Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVG), Drucksache 18/4282. URL <http://www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/042/1804282.pdf> Eingesehen 27.07.2015

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2014): Leitfaden Prävention, Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbands zur Umsetzung der §§ 20 und 20 a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 10. Dezember 2014, S. 49 ff. URL https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp Eingesehen 27.07.2015

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014 a): Übergewicht und Adipositas. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. RKI, Berlin www.rki.de/geda (Stand 25.10.2014). URL http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Uebergewicht_Adipositas/Uebergewicht_Adipositas_node.html Eingesehen 27.07.2015

Robert-Koch-Institut (Hrsg.) (2014 b): Rauchen. Faktenblatt zu GEDA 2012: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2012“. RKI, Berlin www.rki.de/geda (Stand 25.10.2014). URL http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Rauchen/Rauchen_node.html Eingesehen 27.07.2015