

# Bonusprogramme als Differenzierungsmerkmal im Wettbewerb der Krankenkassen

*Versichertenbezogene Bonusprogramme der Gesetzlichen Krankenkassen zielen auf die Stärkung der primären (Verhaltens-) Prävention. Als Mehrleistung und Differenzierungsmerkmal im Kassenwettbewerb haben Bonusprogramme unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds an Bedeutung gewonnen. Die Auflage zur Evaluation der Bonusprogramme sichert die Ausgestaltung der Bonusprogramme im Sinne der Solidargemeinschaft. Dank der zentral organisierten Evaluation der Bonusprogramme der Betriebskrankenkassen liegen Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Bandbreite der kassenseitig genutzten Gestaltungsspielräume bei der Auswahl der bonifizierten präventiven Leistungen und Maßnahmen vor. Besonders interessant sind Aussagen zu den längerfristigen Effekten nach sechsjähriger erfolgreicher Teilnahme.*

■ Heiko Friedel, Volker Nürnberg

## 1. Vorbemerkung

Der Gesundheitsfonds soll als zentrale Sammelstelle für die Beitragszahlungen den Preiswettbewerb unter den Gesetzlichen Krankenkassen unterbinden. Die Krankenkassen erhalten aus dem Fonds für jeden Versicherten eine einheitliche Grundpauschale (194,67 € für 2010). Der Morbi-RSA – zeitgleich mit dem Gesundheitsfonds eingeführt – bestimmt die Zu- oder Abschläge. Der Morbi-RSA berücksichtigt die erhöhten Aufwendungen für besonders kostenintensive oder Krankheiten mit chronischem Verlauf (80 Krankheitsbilder). Im Ausgleich durch den Morbi-RSA sind auch Aufwendungen für kassenspezifische Satzungsleistungen und Verwaltung enthalten. Weiterhin werden die Zu- oder Abschläge im Morbi-RSA darüberhinaus nach den altbekannten Kriterien Alter, Geschlecht und der Erwerbsminderung festgesetzt.

Der Fonds räumt den Krankenkassen die Erhebung eines Zusatzbeitrages ein, wenn die zugewiesenen Mittel den Finanzbedarf nicht decken. Der Zusatzbeitrag ist allerdings im Wettbewerb ein Malus, zu dessen Vermeidung auch Fusionen realisiert werden. Wenn die Zuweisungen aus

dem Fonds dagegen den Finanzbedarf übersteigen, können Rückerstattungen geleistet werden – ein Bonus im Kassenwettbewerb. Der (unerwünschte) Preiswettbewerb der Krankenkassen ist damit nicht unterbunden. Das Primat der Vermeidung von Zusatzbeiträgen, resp. die Gewährung von Rückerstattungen verdrängt möglicherweise (innovative) Versorgungslösungen, die ihre positiven ökonomischen Folgen erst auf lange Sicht entfalten.

In dieser Hinsicht wird die übergeordnete Zielsetzung des Gesetzgebers verfehlt, mit der Einführung des Gesundheitsfonds die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung zu erhöhen. Idealtypisch soll diese Zielsetzung vermittelt Vereinheitlichung auf der Einnahmenseite durch Fixierung des Beitragssatzes und zugleich Konzentration des Wettbewerbs auf die Angebotsseite, d.h. die Erbringung von Gesundheitsleistungen, erreicht werden. An dieser Konzentration auf die Angebotsseite ist auch der Morbi-RSA ausgerichtet: Er soll Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten setzen und Nachteile, die sich aus unterschiedlichen Versichertenstrukturen bei den Kassen ergeben, ausgleichen. Der o.g. Preiswettbewerb wird strukturell einerseits mit dem Morbi-RSA durch die Zuschläge für die berücksichtigten Krankheitsbilder, andererseits durch die mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz erweiterten selektivvertraglichen Möglichkeiten zu Verträgen mit Leistungsanbietern abgemildert.

Im System der Betriebskrankenkassen zeigen sich allerdings Besonderheiten. Die geringe Größe vieler Kassen schränkt die Möglichkeiten zur Nutzung der eröffneten

---

*Dr. Heiko Friedel, Institut für Prävention und Gesundheitsförderung an der Universität Duisburg-Essen. Lehrbeauftragter für empirische Sozialforschung an der Universität Osnabrück  
Dr. Volker Nürnberg, Geschäftsführer der Team Gesundheit GmbH, Lehrbeauftragter für Gesundheitsmanagement an der TU München*

Spielräume bei der Vertragsschließung mit Leistungsanbietern oder mit Arzneimittelherstellern ein. Fusionen sind ein Ausweg, um mehr Verhandlungsmacht zu erlangen. Die Zahl der Betriebskrankenkassen geht daher am deutlichsten zurück.

## 2. Mehrleistung Bonusprogramme

In dieser „neuen Kassenrealität“ sind alle Leistungen, resp. Mehrleistungen und -werte interessant, die Differenzierung und Individualisierung ohne zusätzliche Aufwendungen erlauben. Diese Leistungen können den Status einer Regelleistung bekommen, wenn sie von den Versicherten als relevantes Merkmal zur Differenzierung zwischen den Anbietern angesehen werden. Forciert wird diese Wahrnehmung durch bspw. Vorteilsrechner bei den Krankenkassen, die den Preisvorteil bei Inanspruchnahme dieser Mehrleistungen und -werte kalkulieren. Versichertenbezogene Bonusprogramme – als Gestaltungsmerkmal der Privaten Krankenversicherung 2004 auch für die Gesetzliche Krankenversicherung eingeführt – mit dem Fokus auf (primäre) Verhaltensprävention sind in diesem Zusammenhang ein zentrales Differenzierungsmerkmal zwischen den Kassen.

Aus Sicht der Kassen können mithilfe dieser Bonusprogrammen gezielt Anreize gesetzt und Steuerungswirkungen angestrebt werden. Die Ausgestaltung und Ausrichtung der Bonusprogramme muß sich allerdings am Gebot der Wirtschaftlichkeit ausrichten. Der Gesetzgeber verpflichtet die Kassen zur Evaluation ihrer Bonusprogramme – die Gewährung der Boni ist damit an den mittelfristigen Nachweis von Einsparungen und Effizienzsteigerungen durch die Bonusprogramme selbst geknüpft.

Allerdings ist aus Sicht der Versicherten zuerst die Aussicht auf eine Mehrleistung relevant – die tatsächliche Inanspruchnahme keineswegs logische Konsequenz: In einer Stichprobe aus 200.000 Mitgliedern von 70 Betriebskrankenkassen haben im dreijährigen Betrachtungszeitraum ca. 2 % der Versicherten erfolgreich an einem versichertenbezogenen Bonusprogramm teilgenommen. Auf der Betrachtungsebene der einzelnen Kassen zeigt sich allerdings mit unter 1 % bis deutlich über 10 % eine beträchtliche Spannweite, die eben den unterschiedlichen Anreizen und angestrebten Steuerungswirkungen zuzuschreiben ist. Die Inanspruchnahme von Leistungen der primären Prävention ist aber generell gering – als Vergleichszahl sei an dieser Stelle auf die durchschnittliche Inanspruchnahme von bezuschussten qualitätsgesicherten Leistungen der Primärprävention gemäß § 20 SGB V mit 1,1 % aller GKV-Versicherten verwiesen.

## 3. Datengrundlage

Mindestens alle drei Jahre nach der Einführung eines Bonusprogrammes ist Rechenschaft über die erzielten Einsparungen abzulegen. Für nahezu alle Betriebskrankenkassen mit einem versichertenbezogenem Bonusprogramm hat

die Team Gesundheit GmbH diese Rechenschaftsberichte erstellt. Damit besteht die Möglichkeit, Aspekte der inhaltlichen Ausgestaltung der Bonusprogramme längsschnittlich auf ihre ökonomischen Auswirkungen zu untersuchen. So können bspw. auch Bonusprogramme nach ihren Anreizen und beabsichtigten Steuerungswirkungen sowie nach ihrer Wirtschaftlichkeit unterschieden werden.

## 4. Positionierung im Wettbewerb

Der Stellenwert der Bonusprogramme als Wettbewerbsparameter zeigt sich oftmals schon in ihrer Präsenz bei der Selbstdarstellung der Krankenkassen. Bonusprogramme werden als Instrument zur Bindung, Akquise und auch zur Wiedergewinnung von Versicherten genutzt. Eine Ausrichtung auf spezifische Teilkollektive der Versicherten erfolgt durch einzelne Maßnahmen (z.B. zertifizierter Fitness-Test), Beschränkung auf Maßnahmengruppen (z.B. ausschließlich Maßnahmen zur Vorsorge und zur sportlichen Aktivität), die Art der Prämie (z.B. Zuschuss zu IGEL-Leistungen oder Bargeldleistung), die Höhe der Prämie, die Regelung des Zugangs über das Alter (z.B. Bonusprogramme für ältere Versicherte ab 65 Jahren), u.ä.

Im System der Betriebskrankenkassen zeigt sich eine ausgeprägte Vielfalt der Bonusprogramme, die nachfolgend anhand einiger Kennzahlen, resp. Kriterien illustriert wird.

Die Bonusprogramme der Betriebskrankenkassen sehen mehrheitlich Pflichtmaßnahmen vor (32,6 % ohne Pflichtmaßnahmen). Auf der Grundlage aller berücksichtigten 138 Bonusprogramme sind durchschnittlich 2,5 Pflichtmaßnahmen vorgegeben. Berücksichtigt man nur die Bonusprogramme, in denen Pflichtmaßnahmen auch vorgesehen sind, beläuft sich der Mittelwert auf 3,7. Wahlmaßnahmen werden mehrheitlich (auch zusätzlich zu den Pflichtmaßnahmen) angeboten – lediglich 14,2 % der Bonusprogramme sehen keine Wahlmaßnahmen und damit ausschließlich Pflichtmaßnahmen vor. Im Durchschnitt –wieder auf der Grundlage aller 138 Bonusprogramme – können die Programmteilnehmer unter 6,6 Maßnahmen wählen. Wenn Wahlmaßnahmen für die Bonusgewähr erforderlich sind (99 der 138 Bonusprogramme), werden durchschnittlich 2,5 Nachweise verlangt.

Bei der Art der angebotenen Maßnahmen überwiegt deutlich der Bereich Vorsorge – 95,6 % der Bonusprogramme haben mind. eine Vorsorgemaßnahme wie etwa die Gesundheits-, Krebs- und Kinderuntersuchungen, usw. Es folgen die eigenverantwortliche Prävention (qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention, Ernährungsberatungen, BKK-Gesundheitsaktionen, usw.) und Sport (Mitgliedschaft im Sportverein, Sportabzeichen, Teilnahme an Laufveranstaltungen, usw.) mit 79 und 78,3 %. 63 % der Programme bonifizieren Maßnahmen zum optimalen Körpergewicht (BMI im oder Veränderung des BMI zum gewünschten Bereich). Der Nichtraucherstatus oder Bemühungen, das Rauchen aufzugeben, werden in 40,6 % der Bonusprogramme belohnt. Es folgen medizinische Sonderleistungen mit 27,5 %. Hierunter sind Leistungen zusam-

Abbildung 1: Vielfalt der BKK Bonusprogramme (138 Bonusprogramme zum 01.01.2010)

Pflichtmaßnahmen <sup>1</sup>	keine	45 (32,6 %)	Mittelwert (N=138)	2,5
	1 bis 3	47 (34,1 %)	Mittelwert (wenn Pflichtmaß-	3,7 (1,3) <sup>2</sup>
	4 oder 5	35 (25,4 %)	nahmen vorgesehen, N=93)	
	6 bis 8	11 (8 %)		
Wahlmaßnahmen, (angeboten)	keine	19 (14,2 %)	Mittelwert (N=138)	6,6
	2 bis 4	20 (14,9 %)	Mittelwert (wenn Wahlmaß-	7,7 (4,3)
	5 bis 7	48 (35,8 %)	nahmen vorgesehen, N=115)	
	8 bis 10	24 (17,9 %)		
	11 bis 34	23 (17,2 %)		
	miss	4		
Wahlmaßnahmen, An- zahl für Bonus			Mittelwert (wenn Wahlmaßnahmen für Bonus erforderlich, N=99)	2,5 (1,2)
Art der angebotenen Maßnahmen			Vorsorge	95,6 %
			Eigenverantwortl. Prävention	79 %
			Sport	78,3
			Optimales Gewicht	63 %
			Nichtrauchen	40,6 %
			Mediz. Sonderleistungen	27,5 %
			Betriebliche Gesundheitsförd.	21,7 %
			Sonstige	9,7 %
Geldprämie, (Mindestanspruch)			Mittelwert (wenn Geldprämie vorgesehen, N=111)	53 € (42,8)
			P1	5 €
			P5	10 €
			P10	12,5 €
			Q1	25 €
			Median	40 €
			Q2	50 €
			P90	100 €
			P95	150 €
			P99	200 €
Sachprämie			Ausschließlich Sachprämie	27 (19,6 %)
Vertrieb des Bonushefts			Versand an alle Mitglieder	20 (14,5 %)
			Ausgabe auf Anfrage	100 (72,5 %)
			Keine Infos zu Marketing und Vertrieb	18 (13 %)
Marketing: eingesetzte Medien <sup>3</sup>			Mittelwert (N=120)	4,6 (1,5)

1: Nachweise, die für die Bonusgewähr erbracht werden müssen, wenn der Teilnehmer die (Alters-) Voraussetzungen erfüllt.

2: Standardabweichung: mittlere Abweichung vom Mittelwert; ist nur sinnvoll, wenn näherungsweise eine Normalverteilung vorliegt.

3: z.B. Mitgliederzeitschrift, Internetauftritt, Flyer, Auslage von Infomaterial, usw.

mengefaßt, an denen sich der Versicherte im Regelfall beteiligen muß (professionelle Zahnreinigung, zertifizierter Fitness-Test, Auslandsschutzimpfungen, usw.). Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (auch betriebsärztliche Untersuchungen oder Betriebssport) sind in 21,7 % der Bonusprogramme vorgesehen. In 9,7 % der Bonusprogramme sind Leistungen angeboten, die nicht diesen Maßnahmengruppen zugeordnet werden können, wie etwa Blutspende, Einschreibungen ins BKK-Praxisnetz, Teilnahme an Selbsthilfegruppen usw. Bei dieser Betrachtung wird nicht mehr in Pflicht- und Wahlmaßnahmen unterschieden.

Die durchschnittliche minimale Geldprämie beläuft sich auf 53 €. Wenn diese minimalen Geldprämien der 111 Bonusprogramme mit dieser Prämienart der Größe nach geordnet werden, haben die unteren 10 % eine Prämie von maximal 12,5 €, während die oberen 10 % mindestens eine Prämie von 100 € vorsehen. 19,6 % der Bonusprogramme gewähren ausschließlich Sachprämien.

Beim Vertrieb des Bonushefts erfolgt mehrheitlich eine Ausgabe auf Anfrage (72,5 %). Die Vermarktung des Bonusprogrammes wird durch unterschiedlicher Medien sichergestellt – im Durchschnitt werden 4,6 unterschiedliche Medien eingesetzt.

Die Vielfalt der Bonusprogramme im BKK-System kann mit dieser Darstellung nicht erschöpfend dargestellt werden. Die Verteilungen der Pflicht- und Wahlmaßnahmen oder der Geldprämien sowie die teilweise (wenn die Normalverteilung angenähert ist) ausgewiesenen Standardabweichungen bei den Mittelwerten geben immerhin einen Einblick in diese Vielfalt.

Hinter den acht Maßnahmengruppen (Vorsorge bis sonstige Maßnahmen) stehen über 50 unterscheidbare Einzelmaßnahmen. Im Durchschnitt werden 4,1 der acht Maßnahmengruppen in den Bonusprogrammen berücksichtigt (Standardabweichung: 1,9). 8 % der Bonusprogramme berücksichtigen lediglich Maßnahmen aus der Gruppe Vorsorge, 20 % berücksichtigen dagegen Maßnah-

men aus mindestens sechs der o.g. acht Gruppen (alles ohne Abbildung).

## 5. Auswirkungen der Evaluation

Die Vielfalt der Bonusprogramme erklärt sich u.a. vor dem Hintergrund der intendierten Anreizwirkungen für die Versicherten als potenzielle Teilnehmer, resp. als Begünstigte. Krankenkassen können Bonusprogramme – beschränkt durch das Genehmigungsverfahren durch die zuständige Aufsicht – auf ihre Zielsetzungen ausrichten. Nun konnten aber nicht für alle Bonusprogramme im Rahmen der Evaluation der BKK-Bonusprogramme die erforderlichen Einsparungen nachgewiesen werden. In diesen Fällen – fast 15 % der evaluierten Betriebskrankenkassen – ist die Krankenkasse durch die Aufsicht zur Veränderung ihrer Regelungen zum Bonus für gesundheitsbewusstes Verhalten aufgefordert.

Welche Bonusprogramme sind nun erfolgsversprechend? Voraussetzung für den Erfolg des Bonusprogrammes ist ein positiver Nutzen, d.h. die Leistungsausgaben der erfolgreichen Teilnehmer am Bonusprogramm entwickeln sich im dreijährigen Evaluationszeitraum günstiger als die Leistungsausgaben vergleichbarer Nichtteilnehmer. Übersteigt der Nutzen die kassenseitigen Aufwendungen (Prämienzahlungen, Personal-, Entwicklungs- und Verwaltungsaufwendungen) ist eine Einsparung gegeben. Die nachfolgende Abbildung zeigt die Bestimmungsfaktoren eines hohen Nutzens.

Einseitig ausgerichtete Bonusprogramme, bspw. für junge, einkommensstarke Versicherte, haben damit genauso wenig Aussichten auf einen ausreichend hohen Nutzen wie Bonusprogramme, die mit hohen Geldprämien und niederschweligen Anforderungen an die Nachweise Neukunden anwerben oder abwanderungswillige, deckungsbeitragsstarke Altkunden halten sollen. Auch Bonusprogramme, die eher auf Mitnahmen abstellen (z.B. Zahnvorsorgeuntersuchungen, BMI im gewünschten Be-

**Abbildung 2: Bestimmungsfaktoren eines hohen Nutzens**

### *Art und Anzahl der Nachweise*

- Maßnahmen aus den Gruppen Vorsorge, eigenverantwortliche Prävention, Sport und medizinische Sonderleistungen
- Sechs oder mehr Nachweise für Bonusgewähr

### *Prämienart*

- Sachprämien, Zuzahlungsbefreiungen, Gutscheine

### *Teilnehmerstruktur*

möglichst viele ...

- männliche Versicherte
- Versicherte ab 50 Jahren
- Versicherte mit Kindern, resp. Familien

reich und Nichtraucherstatus) sind damit weniger erfolgsversprechend.

## 6. Resümee

Versichertenbezogene Bonusprogramme sind aus Sicht vieler Gesetzlicher Krankenkassen ein Muss, da der Verzicht einen Wettbewerbsnachteil impliziert. Bonusprogramme können dabei gezielt im Wettbewerb eingesetzt werden – insbesondere bei der Verfolgung ökonomischer Zielsetzungen – Sicherung des Kassenfortbestandes, Streben nach der Erhaltung, bzw. der Erhöhung der Kassengröße und Vermeidung von Zusatzbeiträgen. Allein die Aussicht auf einen Bonus kann den negativen Effekt eines (ggf. unvermeidlichen) Zusatzbeitrages konterkarieren.

Die Evaluation von 130 Bonusprogrammen von Betriebskrankenkassen offenbart u.a. eine Vielfalt der inhaltlichen Ausgestaltung. Dies ist auch der Ausdruck unterschiedlicher Zielsetzungen, der intendierten Anreiz- und Steuerungswirkungen. Die Vielfalt der BKK-Bonusprogramme eröffnet aber gleichsam die einzigartige Möglichkeit, nutzenwirksame Komponenten von Bonusprogrammen aufzudecken.

Durch die Auflage zur Evaluation wird sichergestellt, dass versichertenbezogene Bonusprogramme unter den gegenwärtigen gesetzlichen Vorgaben und den den Kassen eingeräumten Freiräumen im Sinne der Solidargemeinschaft sinnhaft genutzt werden.

Bonusprogramme haben vielmehr das Potenzial, dem Interesse der Solidargemeinschaft dienlich zu sein: Durch die Förderung gesundheitsbewussten Verhaltens können bspw. Versichertengruppen mit dem Risiko höherer Inanspruchnahme positiv beeinflusst werden. Auf diese Weise sind den Krankenkassen Möglichkeiten zu Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in der gesundheitlichen Versorgung in die Hand gegeben. Vermittels Ihrer potenziellen (primär-) präventiven und gesundheitsfördernden Wirkungen können Bonusprogramme für die Krankenkassen selbst ein Instrument sein, die Risikostruktur ihrer Versicherten zu verändern – sekundärpräventiv, in dem der Gesundheitszustand von morbidem Versicherten, die nicht den 80 ausgewählten Krankheiten zugeordnet sind, verbessert wird.

Erfolgreiche Teilnehmer an positiv evaluierten Bonusprogrammen haben eine günstigere Entwicklung in den Leistungsausgaben gegenüber Nichtteilnehmern. Diese Verminderung der Inanspruchnahme im Gesundheitswesen muß allerdings noch in ihrer Nachhaltigkeit belegt werden. Ende des Jahres 2010 werden die ersten Ergebnisse aus dem zweiten Evaluationszyklus – viertes bis sechstes Laufjahr der Bonusprogramme – vorliegen. Auf der Grundlage dieser Ergebnisse können dann auch Aussagen zu den längerfristigen Auswirkungen der Teilnahme an versichertenbezogenen Bonusprogrammen getroffen werden.

## 7. Schlußbemerkung

Die Team Gesundheit Gesellschaft für Gesundheitsmanagement mbH in Essen evaluiert seit 2004 die Bonusprogramme nahezu aller Betriebskrankenkassen. Im nunmehr siebten Jahr der Evaluation liegt ein umfassender Datenbestand mit längsschnittlichen Informationen zur inhaltlichen Ausgestaltung von über 100 Bonusprogrammen und zur Leistungsanspruchnahme von ca. 8 Mio. Versicherten vor, von denen ca. 150 Tsd. bonifiziert wurden.

## Literatur:

- Fuchs, Harry. Zum Defizit der GKV und der künftigen Finanzierung: Der kassenindividuelle Zusatzbeitrag – ein Instrument mit systemverändernder Dimension, in: Soziale Sicherheit, Frankfurt am Main, Bund-Verlag GmbH 2009, 10: 342-348.
- Leopold, Dieter. Gesetzliche Kassen sind im Fusionsrausch, in: Soziale Sicherheit, Frankfurt am Main, Bund-Verlag GmbH 2010, 1: 27-29.
- Nakielski, Hans. Der Gesundheitsfonds krepelt die Finanzen der Kassen um, in: Soziale Sicherheit, Frankfurt am Main, Bund-Verlag GmbH 2008, 10: 325-326.
- Reile, Anke. Gestaltungsoptionen von Krankenkassen bei staatlichen Systemvorgaben. Eine theoriegeleitete Analyse der kasseneigenen Freiräume zur Einnahmen- und Ausgabengestaltung. Berliner Wissenschaftsverlag, Berlin 2007.
- Sozialversicherungsgesetzte 2010. Gesamtausgabe. Stand 1. Januar 2010. CW Haarfeld GmbH. Essen 2010.
- Robert Koch Institut . Gesundheit in Deutschland. Reihe Gesundheitsberichterstattung des Bundes (Primärquelle Statistisches Bundesamt). Berlin 2006.