



**Chancen und Grenzen der Bonifizierung von
Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen
Krankenversicherung:**

eine theoretische und empirische Analyse

Bd. 1 - 2

vorgelegt von

Dipl. Päd. Nicole Knaack

als Dissertation zur Erlangung des Grades einer Doktorin der Philosophie

(Dr. phil.)

in der

Fakultät Organisationspsychologie

der Universität Dortmund

Dortmund

2007

Begutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil Michael Kastner
Begutachter: Prof. Dr. phil. Bernd Gasch

**Chancen und Grenzen der Bonifizierung von
Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen
Krankenversicherung:**

eine theoretische und empirische Analyse

Band 1: Theoretische Analyse

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne fremde Hilfe selbständig verfasst und nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Wörtliche oder dem Sinn nach entnommene Ausführungen sind unter Angabe der Quellen kenntlich gemacht.

Dipl. Päd. Nicole Knaack

Dortmund, 30.05.2007

Abstract

Die Bonifizierung von Präventionsleistungen der Krankenkassen im deutschen Gesundheitswesen ist mit dem Ziel verbunden, die Teilnahmequote zu erhöhen. Indem mehr Menschen als bisher, die Angebote zur Prävention wahrnehmen, soll sich langfristig die Fallzahl der Krankheiten, deren Entstehung auf eine ungesunde Lebensweise zurückzuführen ist, reduzieren. Mit diesem Vorgehen verspricht sich der deutsche Gesetzgeber eine Kostenreduktion im Gesundheitssystem, die vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung in Deutschland und anderen Industrienationen immer dringlicher wird.

Bonifizierung dient als Verstärkung erwünschten Verhaltens. In Deutschland wird diese Methode mehr und mehr im Marketing von Betrieben eingesetzt. Dies wurde möglich, nachdem bis dahin bestehende gesetzliche Beschränkungen bei der Vergabe von Rabatten aufgehoben wurden.

Der Trend, mit Rabatten und Sachprämien Menschen emotional zu beeinflussen und als Kunden an ein Unternehmen zu binden, wurde weitgehend wissenschaftlich unreflektiert auf die Beeinflussung von Gesundheitsverhalten übertragen.

In dieser Arbeit wird die Methode Bonifizierung auf seine Anwendbarkeit in der Prävention und Gesundheitsförderung überprüft. Zunächst aus der Perspektive der Wettbewerbsorientierung und schließlich vor gesundheits- und motivationspsychologischen Hintergrund wird die Methode theoretisch analysiert. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Erfahrungen aus der Wirtschaft nicht eins zu eins auf die Anwendung in der Gesundheitspsychologie übertragen lassen.

Die Befragung der Teilnehmer eines Gesundheitskurses bei einer Krankenkasse zeigt, dass tendenziell Zielgruppen erreicht werden, die eines solchen Anreizes zur Verhaltensänderung nicht bedürfen.

In der Arbeit wurden Erkenntnisse aus der Motivationspsychologie auf die Belohnung der Teilnahme an Gesundheitskursen übertragen und als zu überprüfende Thesen formuliert.

Abstract (engl.)

In the German health care system, incentives offered by health insurance carriers for health promotion efforts are intended to increase the participation rate. Because people increasingly are taking advantage of such offers, eventually there should be a reduction in the number of illnesses related to an unhealthy lifestyle. With this approach, German lawmakers hope to see a reduction in health care costs which, in light of demographic developments in Germany and other industrialized nations, is becoming increasingly urgent.

Incentives serve to reinforce desired behavior. German businesses increasingly use this method in marketing. This became possible once legal restrictions on the issuance of rebates were lifted. The trend of using rebates and rewards to influence people emotionally and to tie customers to a company was applied, without scientific verification, to influence health-related behavior.

In this paper, the use of incentives in wellness care and the promotion of good health is examined. This method is analyzed theoretically first from the perspective of competition and then against a psychological background as it relates to health and motivation. It was evident that the experiences from business cannot be applied equivalently in the context of health psychology. Questioning participants in a wellness class at a health insurer revealed a tendency to reach a target audience that does not need incentives in order to change behavior. In this paper, concepts from motivational psychology were applied to the rewarding of the participants in health classes and formulated as theses to be tested.

Gliederung		Seite
	Geleit	10
0.	Problemstellung und Aufbau der Arbeit	12
Teil A	Analyse der Methode Bonus	23
A1	Ziel und Inhalt von Bonifizierungsprogrammen	23
A1.1	Bonifizierungsprogramme als Instrument zur Kundenbindung	23
A1.2	Mechanik der Bonifizierungsprogramme	40
A1.2.1	Bedeutung der Einlöseschwelle	44
A1.2.2	Bedeutung der Prämien	47
A2	Schlussfolgerung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	54
Teil B	Theoriegeleiteter Ansatz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	61
B1	Bonifizierung als Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen	61
B1.1	Ausgabenentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung	64
B1.1.1	Ausgabenentwicklung unter Berücksichtigung der Kompressionsthese	72
B1.1.2	Ausgabenentwicklung unter Berücksichtigung der Medikalisierungsthese	74
B1.2	Kostensteuerung durch Prävention von Herz-Kreislauf- Erkrankungen	80
B1.2.1	Kostenfaktor Herz-Kreislauf-Erkrankungen	80
B1.2.2	Nutzenaspekte der Prävention von Herz-Kreislauf- Erkrankungen	85
B1.2.3	Schätzung des Einsparpotentials durch Prävention von Herz- Kreislauf-Erkrankungen	91
B1.3	Schlussfolgerungen für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	93
B2	Erhöhung der Partizipation am Gesundheitssport als Ziel der Bonifizierung in der GKV	94

B2.1	Ausgangssituation im deutschen Gesundheitswesen	95
B2.2	Ziel und Inhalt von Gesundheitssport	101
B2.3	Ausgangssituation für die Techniker Krankenkasse (TK)	105
B2.5.	Schlussfolgerungen für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	109
B3	Wissenschaftliche Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	111
B3.1	Faktoren zur Erklärung von Gesundheitsverhalten und deren Bedeutung für die Bonifizierung	112
B3.1.1	Persönlichkeitsmerkmale als Gesundheitsressource	112
B3.1.2	Soziale Unterstützung	115
B3.1.3	Das Gefühl der Kohärenz	119
B3.1.4	Gesundheitsbezogene Kognitionen	120
B3.1.5	Kontrollüberzeugung und Kompetenzerwartung	122
B3.1.6	Selbstwirksamkeitserwartung	132
B3.1.7	Selbstwertschätzung	141
B3.1.8	Schlussfolgerung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	147
B3.2	Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in gesundheitspsychologischen Modellen	148
B3.3	Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in motivationspsychologischen Modellen	153
B3.3.1	Bedeutung der Motivation und Motive für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	153
B3.3.2	Bedeutung der intrinsischen und extrinsischen Motivation für das Gesundheitsverhalten	158
B3.3.3	Wechselwirkung zwischen Belohnung und intrinsischer Motivation	164
B3.3.4	Bedeutung der Ziele für das Gesundheitsverhalten	173
B3.3.5	Bedeutung der Volition für das Gesundheitsverhalten	173
B3.3.6	Das Motivations- und Volitionsmodell von Fuchs zur Erklärung der Sportpartizipation	179

B4	Diskussion der theoretischen Analyse	183
Teil C	Analyse der Programme zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in der GKV unter besonderer Berücksichtigung einer Evaluationsstudie Nordic Walking / Nordic-e-Walking	187
C1	Organisationsstruktur ausgewählter Bonifizierungsprogramme	189
C1.1	Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) – Schleswig - Holstein	193
C1.2	BARMER –Ersatzkasse	195
C1.3	Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)	196
C1.4	Techniker Krankenkasse (TK)	198
C1.5	Kundenerwartungen	202
C1.6	Fazit	204
C2	Beschreibung der Studie	205
C2.1	Der TK-Kurs "Nordic-e-Walking"	206
C2.2	Messzeitpunkte	209
C2.3	Stichprobe	211
C3	Erhebungsinstrumente	213
C4	Hypothesenbildung	216
C4.1	Arbeitshypothesen	217
C4.2	Wissenschaftliche Hypothesen	219
C5	Methoden	221
C6	Empirische Überprüfung der Hypothesen	222
C7	Diskussion der empirischen Analyse	252
D	Schlussbetrachtung und Ausblick	260
D1	Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten	267
D2	Aus der Analyse abgeleitete Forschungsfragen	269
D3	Schlusslicht	273

E	Literaturverzeichnis	274
F	Anlagen	321
Anlage 1	Tabellen	321
Anlage 2	Gesetz §20 SGB V	343
Anlage 3	Gesetz §65a SGB V	345
Anlage 4	Erhebungsinstrumente	347
Anlage 5	Abbildungsverzeichnis	410
Anlage 6	Tabellenverzeichnis	413
Anlage 7	Abkürzungsverzeichnis	418
Anlage 8	Dank	419

Geleit

Das Rationale am Menschen sind die Einsichten, die er hat.
Das Irrationale ist, dass er nicht danach handelt.
Friedrich Dürrenmatt

Bonifizierungsprogramme erfreuen sich einer allgemeinen Akzeptanz bei Kunden in unterschiedlichen Branchen, wie beim Konsumgüterkauf und im Dienstleistungssektor. Die theoretische Analyse zeigt, dass sich in Deutschland nach dem Wegfall des Rabattgesetzes 2001 Rabatt- und Bonifizierungsprogramme rasch verbreiteten. Im Marketingmix werden sie aktuell immer häufiger als Instrument zur Kundenbindung¹ und Neukundengewinnung eingesetzt.

Dabei hat das wohl bekannteste deutsche Bonifizierungsprogramm der Deutschen Lufthansa *Miles and More* weitgehend die allgemeine Einstellung zu Bonifizierungsprogrammen in Deutschland geprägt (Schmengler, Thieme, 1995; Lauer, 2004). "Wer fliegt - erhält Bonuspunkte", "wer viel fliegt - bekommt Sonderleistungen" – so die Botschaft der Deutschen Lufthansa. *Miles und More* kann als Trendsetter für Bonusprogramme in Deutschland gelten. So war die Struktur dieses Programms auch Vorbild für das Bonifizierungsprogramm der Techniker Krankenkasse, das in Zusammenarbeit mit der Universität Bielefeld und der Unternehmensberatung "Boston Consulting" im Jahr 2003 konzipiert wurde.

Inwieweit die in der freien Marktwirtschaft entstandene Methode "Bonifizierung" Gesundheitsverhalten beeinflusst, wurde vor der Einführung der gesetzlichen Grundlage zur Bonifizierung von Präventionsangeboten (§65a SGB V) weder hinreichend wissenschaftlich untersucht, noch lagen ausreichend Erfahrungen mit Bonus-Malusregelungen in der Gesundheitsförderung vor. Offensichtlich war sich der Gesetzgeber dieser besonderen Situation bewusst und verpflichtete die Krankenkassen, den Erfolg ihrer Programme nachzuweisen.

Die Aufwendungen für die Bonifizierung sollen durch erzielte Einsparungen ausgeglichen werden. Investitionen für die von den Kassen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) relativ frei zu gestaltende Sonderleistung sollen durch leistungsseitige Einsparungen kompensiert werden. Der Fortbestand der Bonifizierungssysteme ist an diese Anforderung gekoppelt.

Es liegen wenige Erfahrungen mit Bonifizierungsprogrammen im Zusammenhang mit der Beeinflussung von Gesundheitsverhalten vor. Bisher wurde die Frage, welche Zielgruppen durch diese Angebote erreicht werden sollen, nicht in einem gesundheitspsychologischen Zusammenhang diskutiert. Es bestehen Zweifel daran, ob sich Menschen durch Prämienangebote "ködern" und zur gesundheitsförderlichen

¹ Unter Kundenbindung wird die Verlängerung der Dauer der Kundenbeziehung verstanden, unter Neukundengewinnung die Erhöhung der Anzahl der Kundenbeziehungen.

Veränderung ihrer Lebensweise anregen lassen. Vor diesem fachlichen Hintergrund entstand die Arbeit.

Es wird erörtert, ob die Aussicht auf Sonderleistungen Menschen in ihrer Motivation stärken kann, dauerhaft ihre bisherigen ungesunden Gewohnheiten wie Rauchen, kalorienreiche Ernährung, Bewegungsmangel oder unzureichende Stresskompensation durch gesundheitsförderliche Lebensgewohnheiten zu ersetzen. Es sind Zielgruppen zu bestimmen, für die ein Anreiz durch Bonifizierung sinnvoll ist.

Während die Arbeit entstand, sammelten die Kassen erste Erfahrungen mit ihren Bonifizierungsprogrammen. Sie wurden von den Erwartungen ihrer Kunden an solche Programme zum Teil völlig überrascht². Bereits kurz nach deren Einführung zeigten die Kundenreaktionen z.B. bei der Techniker Krankenkasse (TK), dass ein Bonus häufig als Belohnung im "Nachhinein" interpretiert wird und nicht als Anreiz für die Änderung der bisherigen Lebensweise wahrgenommen wird. Der Bonus wird von den Versicherten eher als Belohnung verstanden, auf die man laut Programm oder Leistungskatalog ein Anrecht habe. Welche Auswirkung eine solche Haltung auf die angestrebte nachhaltige Wirkung von Gesundheitsförderungsprogrammen hat, ist noch völlig unbekannt.

Jeder möge sich vor Beginn der Beschäftigung mit dieser Arbeit fragen, ob er / sie bereit wäre, für eine Sonderleistung der Krankenkasse alte, lieb gewonnene Verhaltensweisen aufzugeben. Wenn ja, sollten Sie sich vor der Lektüre die Frage stellen, welche Sonderleistung beispielsweise dauerhaft vom Rauchen, vom Fahrstuhl fahren oder von der fettreichen, mit Antibiotika "verseuchten" aber schmackhaften Currywurst in der Kantine abhalten könnte?

Welche Prämie müsste Ihnen in Aussicht gestellt werden, damit Sie Ihr Gewicht überprüfen lassen und an Ihre Krankenkasse melden, um anschließend für Ihren "Body Maß Index" (BMI) eine Belohnung zu erhalten?

Sofern Sie gesundheitsschädliche Gewohnheiten nicht zu Ihrem Verhaltensrepertoire zählen, fragen Sie sich, weshalb Sie nie mit dem Rauchen begonnen haben, die Treppe zu Fuß nehmen und was Sie motiviert, dies immer wieder aufs Neue so und nicht anders zu tun.

Das Ergebnis Ihrer Überlegung ist das Geleit zur Lektüre dieser Arbeit.

² Gespräche im Rahmen der Abstimmung der Ersatzkassen zur Evaluation der Leistungen nach §65a SGB V

0. Problemdarstellung und Aufbau der Arbeit

In Deutschland sind die Lebensgewohnheiten zunehmend durch monotone Bewegungsabläufe und Bewegungsarmut geprägt. Dies resultiert zu einem Teil aus einer fortschreitenden technisierten Lebensweise mit Mangel an Anreizen³ und Gelegenheiten zur Bewegung.

Kinder orientieren sich an den Lebensgewohnheiten ihrer Eltern und laufen deshalb Gefahr, deren negative Einstellung zur Bewegung zu übernehmen. Bewegungsunlust wird von den ersten Lebensjahren an zu einer gesundheitsgefährdenden Gewohnheit.

In der Öffentlichkeit wurde das Bild des jugendlichen *Couch Potatoe*⁴ entworfen und diskutiert.

Bewegungsmangel leistet u.a. der Entstehung von Herz-Kreislauf- und Muskel-Skeletterkrankungen sowie von Übergewicht als wesentlichen Risikofaktor für Diabetes Typ II Vorschub (vgl. Bramlage (u.a.), 2006). Diese Erkrankungen werden als Folge einer unzulänglichen Beanspruchung des Herzkreislaufsystems und des Bewegungsapparates mit frühzeitigen Abnutzungserscheinungen sowie Durchblutungsmängeln an Herz und Gehirn interpretiert.

Solche *Zivilisationskrankheiten* führen zu psychischen, physischen und ökonomischen Belastungen des Einzelnen und der Gesellschaft.

Selbst wenn die Bedeutung des Bewegungsmangels für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Vergangenheit vereinzelt relativiert wurde (Powel, 1987, 1994; Brown, 1990; Rost, 2005), wird die Bedeutung der körperlichen Aktivität im Sinne des *Gesundheitssports*⁵ zur Verhütung wichtiger Zivilisationskrankheiten immer wieder neu bestätigt. Nach Schätzungen aus den USA sind ca. 250 000 Todesfälle im Jahr dem Mangel an körperlicher Aktivität

³ wird auch als *incentive* einer Situation bezeichnet: subjektiver Wert der Folgen einer Situation

⁴<http://www.swr.de/buffet/teledoktor/krankheit/id=257074/nid=257074/did=288348/zwi08l/index.html> - 15.01.07; und "ard – extra" vom 22.01.2007

⁵ zur Begriffsbestimmung siehe Kapitel B2.2

zuzurechnen. Das sind etwa 23 % aller durch chronische Erkrankungen bedingten Todesfälle (RKI⁶, 2006).

Einer Schätzung des Robert-Koch-Instituts zufolge, sterben jährlich 6500 Menschen frühzeitig aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Diese Todesfälle wären bei einem moderaten körperlichen Training der betroffenen 40-60jährigen Männer vermeidbar gewesen (RKI, 2006).

Das Ziel der Primärprävention und Gesundheitsförderung ist es, dieser Entwicklung entgegen zu wirken. Primärprävention umfasst dabei alle zielgerichteten Interventionen⁷, die eine bestimmte gesundheitliche Schädigung verhindern können, weniger wahrscheinlich machen oder verzögern. Gesundheitsförderung hat das Ziel, gesundheitliche Ressourcen zu stärken sowie Gesundheit und Wohlbefinden zu steigern (Altgeld, Kolip, 2004).

In Deutschland orientiert sich der Gesetzgeber an der salutogenen Sichtweise der WHO⁸ (BzGA, 1999) zum Erhalt von Gesundheit. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Gesundheitsreform im Jahre 2000 die Primärprävention⁹ als Leistung der gesetzlichen Krankenkassen mit dem §20 SGB V neu definiert. So wurde der Prävention im deutschen Gesundheitssystem der Stellenwert eingeräumt, welchen sie bis zum Inkrafttreten des Beitragsentlastungsgesetzes im Jahre 1996 innehatte und durch die Gesetzesnovellierung 1997 verlor.

Die Krankenkassen haben sich im Zuge der Umsetzung ihres gesetzlichen Auftrages auf einheitliche Ziele und Vorgehensweisen verständigt¹⁰. Danach "zielen Maßnahmen nach §20 Abs. 1 SGB V darauf ab, den allgemeinen

⁶ s. unter Robert-Koch-Institut in der Literaturliste

⁷ Intervention: Im Gegensatz zur Beratung wird bei der Intervention aktiv und geplant in das Geschehen eingegriffen.

⁸ WHO-Gesundheitsdefinition 1948: Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.

⁹ Die Prävention ist auf die Verhinderung und Früherkennung von Krankheiten und gesundheitlichen Schäden ausgerichtet. ("Prae-venire" wird übersetzt als "einer Sache zuvor kommen".) Je nach Zeitpunkt der Intervention handelt es sich um Primordialprävention oder auch Gesundheitsförderung, Primärprävention, Sekundärprävention und Tertiärprävention. In der öffentlichen Diskussion werden diese Ansätze häufig nicht differenziert. Unterschiedliche Präventionsansätze erfordern jedoch unterschiedliche Vorgehensweisen, weshalb eine solche Differenzierung sinnvoll ist. Die Krankenkassen in Deutschland haben mit dem §20 SGB V den Auftrag zur Primordial- und Primärprävention erhalten.¹⁰ Gesundheitsförderung nach §20 SGB V - *Leitfaden Prävention* der Spitzenverbände: 2. korrigierte Auflage vom 15. Juni 2006 / <http://infomed.mdsev.de/sindbad.nsf/0/d4fedbc7cf40681cc1257178002b2a41?OpenDocument> – 15.01.2007

Gesundheitszustand der Versicherten zu verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten" (vgl. *Leitfaden Prävention* – Stand Juni 2006)¹¹. Seit dem Bestehen der gesetzlichen Regelung zur Unterstützung der präventiven Aktivitäten durch die gesetzlichen Krankenkassen wurde eine "policy Arena"¹² (Rütten, 1998b) für die Gesundheitsförderung geschaffen. Sie trug zur Ressourcengewinnung auf der Seite der so genannten Leistungserbringer sowie der Sportanbieter bei. Sie stärkt das Bewusstsein in der Öffentlichkeit, dass Lebensführung und Gesundheit in einem Zusammenhang stehen (s. Analyse von Rütten, 1998a, S.12-13; 1999).

Im Gutachten des "Sachverständigenrates für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen" wurde der Grundsatz formuliert¹³, dass schon ein zielgerichtetes, wohldosiertes Bewegungstraining von 30 min pro Tag Schutz vor den häufigsten Zivilisationskrankheiten bieten kann. Damit orientieren sich die Krankenkassen am Stand der internationalen Public-Health-Diskussion, die bei Empfehlungen zur körperlichen Aktivität auch die zur Alltagsbewältigung ausgeübten Tätigkeiten berücksichtigt.

Der *protektive*¹⁴ Effekt eines moderaten regelmäßigen Ausdauertrainings gilt als evident (USDHHS, 1999)¹⁵.

Es wurde eine gesundheitspolitischen Aufgabe der Krankenkassen, die Teilnahme am Gesundheitssport und an den Angeboten zur Verhaltensänderung in den Handlungsfeldern Ernährung, Umgang mit Suchtmitteln sowie Stressbewältigung und Entspannung zu fördern.

Der Anreiz der Versicherten in den gesetzlichen Krankenkassen zur Teilnahme am Gesundheitssport soll dazu beitragen, dass alltäglicher Bewegungsmangel ausgeglichen, Erkrankungsrisiken reduziert und der Entstehung von Krankheiten vorgebeugt wird.

¹¹ Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 1 SGB V vom 21.Juni 2000 in der Fassung vom Juni 2006 zugleich *Leitfaden Prävention*

¹² Der Begriff "Policy Arena" bezieht sich auf das Umfeld, in dem der Politikinhalt durchgesetzt werden muss. Sie wird durch die Erwartungen derer bestimmt, die von dem betreffenden Politikinhalt betroffen sind. - <http://userpage.fu-berlin.de/~coffu/politikarena.doc> – vom 23.03.07

¹³ <http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405660.pdf> – Nummer 198 – vom 23.03.2007

¹⁴ lat. *protegere* = schützen

¹⁵ Berlin und Colditz haben 27 Studien in einer Metastudie analysiert (USDHHS, 1999).

Ziele des Gesundheitssports sind die Stärkung der individuellen Leistungsfähigkeit, die Verbesserung des Körper- und Gesundheitsbewusstseins sowie die Steigerung des Wohlbefindens. Dies geht einher mit einer Steigerung der Ressourcen zur individuellen Gesunderhaltung und der individuellen Kompensation von beeinträchtigenden Situationen bzw. Verhältnissen. Dieser Zusammenhang wird in Kapitel B2 dargestellt.

Bewegung und Gesundheit sind im Bewusstsein der Bevölkerung fest miteinander verbunden (vgl. Knoll, 1997). Die Bevölkerung bringt das Sporttreiben in direkten Bezug zur Gesunderhaltung (Berlin, Colditz, 1990). Die relative geringe Verbreitung gesundheitssportlicher Aktivitäten steht jedoch im Gegensatz zum dokumentierten allgemeinen Gesundheitsbewusstsein.

Obwohl die subjektiven Aussagen über das Ausmaß gesundheitssportlicher Betätigung im Erwachsenenalter davon abhängen, was unter *sportlich aktiv* verstanden wird, ist von einer eher geringen sportlichen Aktivität der Gesamtbevölkerung auszugehen.¹⁶ Aufgrund der Zunahme von Krankheiten, die sich auf Bewegungsmangel zurückführen lassen, wird ein verbreiteter Widerspruch zwischen persönlicher Wissens- (*educaded*), Einstellungs- und Handlungsebene (*doing*) vermutet.

Für die professionelle Beeinflussung von Gesundheitsverhalten ist deshalb die Frage wichtig, welche Motive zum erwünschten Verhalten führen.

- Was bringt Menschen dazu, sich so oder so zu verhalten?
- Welche Motive können als Anreiz zur gesundheitssportlichen Aktivität genutzt werden?
- Welche persönlichen Motive können für Interventionen genutzt werden?
- Wie lässt sich Motivation steigern?

Eine im Zusammenhang mit der Aufnahme körperlicher Aktivität aufschlussreiche Motivliste stammt aus dem Jahr 1938 (Murray, 1938). Diese Motive spiegeln den Geist, der in jener Zeit in Europa herrschte, wieder. Damals wurde der Wunsch nach Zurschaustellung, sozialen Kontakten, Aggression,

¹⁶ In den Studien variieren die Definitionen von "einmal monatlich" bis "mehrmals wöchentlich" aktiv sein

Spielen und Leistung bei der Aufnahme sportlicher Betätigung als entscheidende Motive genannt.

Heute werden den sportlich Aktiven eher Abenteuerlust, Risikobereitschaft, das Streben nach Gesundheit bzw. Leistungsfähigkeit, nach sozialem Kontakt, nach Leistung, Fitness und Gesundheit, Erholung, Bewegungsfreude und Natur, nach ästhetischem Ausdruck mit Schönheit und Eleganz sowie Abbau von Spannungen und Stress im Lebensalltag und die asketische Erfahrung in der Wettkampfsituation als entscheidende Motive zugeordnet (Neumann, 1978; Fuchs, 1997; Gabler, 2002, S.26-29).

Auch wenn Motivklassifikationen an heutige Gegebenheiten und Lebensgewohnheiten angepasst wurden, konnte bisher die Frage, wie die Motive zur Sportpartizipation entstehen und wie die Nachhaltigkeit der Teilnahme am Gesundheitssport unterstützt werden kann, nicht endgültig beantwortet werden.

Es besteht beispielsweise keine übereinstimmende Auffassung darüber, inwieweit sich etwa durch äußere Anreize wie eine in Aussicht gestellte Belohnung (Bonus) oder Bestrafung (Malus) Prozesse in Gang setzen lassen, die dauerhaft zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten und insbesondere zur Bindung an Gesundheitssport führen, um die es in dieser Arbeit geht.

1,7% (MDS, 2007, S. 104)¹⁷ der Versicherten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nutzten im Jahre 2005 entweder im Rahmen der Kostenerstattung oder als Sachleistung qualitätsgesicherte Angebote zur individuellen Gesundheitsförderung und Primärprävention. In 2003 waren es 0,9% und in 2004 waren es 1,1% der GKV-Versicherten (MDS, ebenda). Dies kann insgesamt als geringfügige Teilnahme bezeichnet werden.

Vor dem Hintergrund der stetigen Ausgabensteigerung in der GKV wurde in Deutschland mit Wirkung zum 1. Januar 2004 der rechtliche Rahmen für die Bonifizierung von Versicherten im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung geschaffen. Diese diente dem Ziel, mehr Versicherte als bisher für qualitätsgesicherte primärpräventive Aktivitäten der Krankenkassen zu gewinnen. Zu diesem Zeitpunkt war Bonifizierung für die Gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland kein absolut neues Thema. So wird die regelmäßige Inanspruchnahme zahnärztlicher Untersuchungen durch einen höheren Zuschuss bei der Kostenübernahme für Zahnersatz bereits seit einigen Jahren von der GKV bonifiziert. Die Krankenkassen gehen davon aus, dass

¹⁷ individueller Ansatz

diese Bonusregelung die Beteiligung an der zahnärztlichen Früherkennung erhöht hat. Nach wie vor ist der Kostenzuschuss für Zahnersatz (§§55 Abs.1 SGB V/GMG) vom Nachweis der Bemühung um die Gesunderhaltung der Zähne abhängig.

Mit der Einführung des Paragraphen 65a SGB V (siehe Anlage 3) ging der Gesetzgeber noch einen Schritt weiter. Seit 2004 dürfen die gesetzlichen Krankenkassen Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§25 und 26 SGB V (Früherkennung) und die Teilnahme an qualitätsgesicherten Leistungen zur primären Prävention bonifizieren. Darüber hinaus können sowohl Arbeitgeber als auch Angestellte bei Nutzung der Angebote zur betrieblichen Gesundheitsförderung einen Bonus erhalten. In Tabelle 1 sind die Ansätze zur Bonifizierung in der GKV zusammengefasst.

Rechts- grundlage	Inhalt	Anspruchsberechtig- ung	Bonusart	Finanzierung
§65a Abs. 1	Krankheitsfrüherkennung und Primärprävention	Versicherte der GKV, die Leistungen nach §§25 und 26 sowie Gesundheitsförderung nach §20 SGB V in Anspruch nehmen	freie Gestaltung durch Kasse	Leistungseinsparung
§65a Abs. 2	Hausarztzentrierte Versorgung integrierte Versorgung DMP	Teilnehmer an den genannten Versorgungsmodellen	Zuzahlungs-ermäßigung Beitragsermäßigung	durch die Beiträge
§65a Abs. 3	Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung	Arbeitgeber und teilnehmende Versicherte	freie Gestaltung durch Kasse	durch die Beiträge / Leistungsausgaben
§55 Abs. 1	Erhöhung des Festzuschusses bei Zahnersatz	Versicherte, die die Untersuchungen nach §22 Abs. 1 regelmäßig in Anspruch genommen haben bzw. nach Vollendung des 18. Lebensjahres mind. 1 mal je Kalenderjahr an der zahnärztlichen Untersuchung teilgenommen haben	Erhöhung des Zuschusses	durch die Beiträge / Leistungsausgaben
§84 Abs. 4a	Bonus an Vertragsärzte	Vertragsärzte bei denen das Richtgrößenvolumen nicht überschritten ist	Bonuszahlung	Anteil der in den Gesamtverträgen vereinbarten Vergütungen

Tabelle 1: Übersicht über Bonusansätze in der GKV, in Anlehnung an Reichelt (u.a.) 2003

Darüber hinaus bieten Krankenkassen ihren Versicherten Selbstbehaltmodelle¹⁸ an, bei denen die "Nichtinanspruchnahme" von Leistungen an eine Sonderleistung gekoppelt ist.

Bei der Formulierung des §65a Abs. 1 SGB V, auf die sich diese Arbeit bezieht, wurden Vorsorgemaßnahmen wie das Impfen¹⁹, Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen und die Vorsorge für Schwangere²⁰ nicht berücksichtigt. (Reichelt, Knaack, Dopslaff (u.a.), 2003). Eine zielgruppenspezifische²¹ und damit bedarfsgerechte Differenzierung der Bonifizierung sieht das Gesetz nicht vor. Die Bonifizierung obliegt den Kassen und wird nach kassenintern gesetzten Schwerpunkten eingeführt und kommuniziert.

Die Kassen nutzen ihren gesetzlichen Spielraum aus, indem sie auch die Inanspruchnahme von Leistungen bonifizieren, die im Gesetz nicht explizit vorgesehen sind. Hierzu zählen beispielsweise die Früherkennungsuntersuchungen für Schwangere oder die Mitgliedschaft in einem Sportverein.

Hinsichtlich der Durchführung der Bonifizierung haben die Kassen Beschränkungen zu berücksichtigen. So etwa bei der Datenerhebung und Auswertung persönlicher Daten. Daten dürfen lediglich über die Teilnahme an entsprechenden Maßnahmen erhoben werden. Daraus ergibt sich, dass Daten zur Lebensführung weder als Voraussetzung für den Bonus genannt noch erhoben werden dürfen. Die Bonifizierung stützt sich folglich ausschließlich auf das dokumentierte Teilnahmeverhalten an qualitätsgesicherten primärpräventiven Angeboten.

¹⁸ <http://www.die-gesundheitsreform.de/glossar/selbstbehalt.html> - vom 16.02.07

¹⁹ Eine Bonifizierung dieser Leistungsanspruchnahme könnte möglicherweise die Defizite in den Impfraten verringern. Impfungen sind förderungswürdig, da sie vor schweren Infektionskrankheiten, vor möglichen Komplikationen auch bei Grundkrankheiten und in der Schwangerschaft vor Schäden beim ungeborenen Kind schützen. Hohe Durchimpfungsraten könnten Infektionsketten unterbrechen und helfen, einzelne Krankheitserreger regional oder flächendeckend zu eliminieren. Deutschland weist im internationalen Vergleich unzureichende Impfraten auf. Wünschenswert wären eine höhere Durchimpfungsrate bei Kindern und eine Intensivierung der Auffrischungsimpfungen im Jugend- und Erwachsenenalter. Als unzureichend gelten ebenfalls (mit Stand 2005) Indikationsimpfungen für so genannte Risikogruppen wie Ältere oder gesundheitlich Beeinträchtigte.

²⁰ Die Intensivierung der Vorsorge führte in den vergangenen Jahrzehnten in Verbindung mit der stark verbesserten perinatalen akutstationären Versorgung zu einem erheblichen Rückgang der perinatalen Morbidität und Mortalität in Deutschland und einer deutlichen Abnahme der Risikoschwangerschaften.

²¹ Zielgruppen sind mittels des Einsatzes des kommunikationpolitischen Instrumentes anzusprechende Adressaten der Kommunikation. Sie werden auch als Rezipienten bezeichnet. Rezipienten nehmen die Botschaften auf und verarbeiten sie. Damit können einzelne Personen ebenso gemeint sein, wie Institutionen. In der Gesundheitspsychologie wird unter einer Zielgruppe eine Menge von Personen mit ähnlichen Eigenschaften und Bedarf und Bedürfnissen verstanden (vgl. Bruhn, Homburg 2000, S.383).

Für die Bonifizierung dürfen nach §65a Abs. 1 bis 3 SGB V Finanzmittel der GKV eingesetzt werden. Nach einer Anlaufphase von höchstens drei Jahren bis 2007 sollen die Bonusmaßnahmen nach Abs. 1 und 2 allerdings nicht mehr aus den allgemeinen Beitragsmitteln getragen werden. Sie müssen sich dann aus den durch die Präventionsmaßnahmen erzielten Einsparungen finanzieren. Von dieser Finanzierungsregelung ausgenommen ist der Bonus im Zusammenhang mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nach §65a Abs. 3 SGB V.

Es ist davon auszugehen, dass diese Regelung ein Ausufern von Bonifizierungen verhindern sollte.

Die Krankenkassen wurden zudem gesetzlich verpflichtet, über die erzielten Einsparungen gegenüber ihrer Aufsichtsbehörde mindestens alle drei Jahre Rechenschaft abzulegen²².

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass die Teilnahme an den bonifizierten Maßnahmen effektiv und effizient ist und zu einer Kostenreduktion führt. Dieser Ansatz berücksichtigt nicht, dass Einspareffekte als Resultat der Gesundheitsförderung nach §20 SGB V bisher noch nicht ausreichend nachgewiesen werden konnten (Rosenbrock, 2002b).

Es ist ferner anzunehmen, dass bereits existierende und erprobte Rabatt²³ und Bonifizierungsprogramme dem Gesetzgeber und letztlich den GKV-Kassen als Vorbild bei der Gestaltung und Umsetzung ihrer Bonifizierungsprogramme dienten. Zumindest für die TK, bei der die Studie durchgeführt wurde, kann dies mit Sicherheit gesagt werden. Das gesetzlich verankerte Ziel, mit dem Bonus einen Anreiz zur Nutzung qualitätsgesicherter Präventionsangebote zu schaffen, wird vom ursprünglichen Ziel der Bonifizierungssysteme überlagert.

Vor dem Hintergrund dieser Zielüberlagerung wird im **Teil A** dieser Arbeit auf die Mechanik von Bonifizierungsprogrammen eingegangen und deren Bedeutung für den Einsatz in der GKV analysiert.

²² Bonifizierungen dürfen nicht durchgeführt werden, wenn Einsparungen bei den Leistungsausgaben durch die bonifizierten Präventionsangebote nicht nachgewiesen werden können.

²³ vgl. hierzu Sebastian, Maessen, 2002

Bis zum Inkrafttreten des §65a SGB V im Januar 2004 wurden Bonifizierungsprogramme als Instrument im Marketingmix mit dem Ziel der Kundenbindung eingesetzt. Damit geraten die Krankenkassen automatisch in das Spannungsfeld von marktwirtschaftlich ausgerichteter Managementpraxis und gesundheitspolitisch motivierter Leistungsgestaltung. Die im Teil A der Arbeit durchgeführte "Standortbestimmung" ist zum Gesamtverständnis der Methode Bonifizierung erforderlich: Später wird darauf in der Diskussion der Studienergebnisse und der Herleitung von Perspektiven zurückgegriffen.

Derzeit können sich die Krankenkassen bei der Gestaltung ihrer Bonifizierungsprogramme noch nicht an Ergebnissen einer systematischen Analyse von Bonus-Malus-Regelungen im Kontext ihrer Anwendung im Gesundheitswesen orientieren. Deshalb sollen im **Teil B** Chancen und Grenzen sowie Vor- und Nachteile der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten aufgezeigt und mit Erkenntnissen der Gesundheitspsychologie und Motivationspsychologie in Beziehung gesetzt werden. Dabei wird hauptsächlich der Frage nachgegangen, ob ein Bonus geeignet ist, protektive²⁴ Faktoren zu steigern und den Motivationsprozess zur Aufnahme einer gesundheitssportlichen Aktivität positiv zu beeinflussen.

Dieser Analyse vorangestellt wird der gesundheitspolitische Ansatz, dass die Erhöhung der Teilnahmezahlen in der Primärprävention zur Kostenreduktion im Gesundheitswesen beiträgt. Diese Grundannahme wird in Kapitel B1 erläutert und unter Berücksichtigung von Datenmaterial des Statistischen Bundesamtes, des Robert-Koch-Institutes und der TK beispielhaft für die Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen hergeleitet.

Die zentrale Fragestellung dieser Arbeit ist es, ob der Einsatz von Bonifizierungen als Anreizsteigerung bei der Partizipation von Gesundheitssport gesundheitspsychologisch erklärbar ist. Es werden Zielgruppen für die Bonifizierung spezifiziert. Aus der theoretischen Analyse sollen Fragen abgeleitet werden, die richtungweisend für die Erforschung der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten sein können.

²⁴ die Gesundheit schützende Faktoren

Die Notwendigkeit einer solchen Analyse ergibt sich aus der Tatsache, dass die Bonifizierung von GKV-Gesundheitsleistungen bisher nicht ausreichend gesundheitswissenschaftlich begründet wurde.

Im Rahmen einer Feldstudie (**Teil C** der Arbeit) sollen Forschungsthesen überprüft werden.

In einem quasiexperimentellen Studiendesign (Iserloh, Hagemann, Kastner, Knaack, 2002) wurden Teilnehmer eines TK-Gesundheitskurses zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten befragt. Die Daten wurden mit Unterstützung der Techniker Krankenkasse in den TK-Kursen *Nordic-Walking* und *Nordic-e-Walking* in den Jahren 2004-2005 erhoben. Mit der Befragung von Teilnehmern des Gesundheitskurses "Walking / Nordic-Walking" in Verbindung mit einem sechsmonatigen Internetcoaching sollen erste Tendenzen über das Zusammenwirken einer Bonifizierung und Bindung an das gewünschte Gesundheitsverhalten ermittelt werden. Dabei wird die Kosteneinsparung aufgrund einer gesundheitsförderlichen Verhaltensänderung vorausgesetzt und in der vorliegenden Studie nicht weiter untersucht.

Diese Arbeit soll einen Beitrag leisten, die bisher unzureichende wissenschaftliche Fundierung der Belohnung von ausgewählten gesundheitsförderlichen Aktivitäten offen zu legen und gleichzeitig die Grenzen der vom Gesetz vorgegebenen Kosten-Nutzen-Betrachtung zu verdeutlichen.

Außerdem soll ein über die Gesetzgebung hinausgehender möglicher Nutzen der Bonifizierung für die Unternehmenspolitik und Wettbewerbsfähigkeit der Krankenkassen aufgezeigt werden.

Aus der Analyse verhaltenstheoretischer und motivationspsychologischer Ansätzen werden in **Teil D** Schlussfolgerungen für die Umsetzung des §65a SGB V gezogen und Forschungsfragen für die wissenschaftliche Analyse des Bonusnutzens im Gesundheitswesen formuliert.

Die beschriebene Herangehensweise für diese Arbeit wird in der folgenden Graphik (Abbildung1) dargestellt.

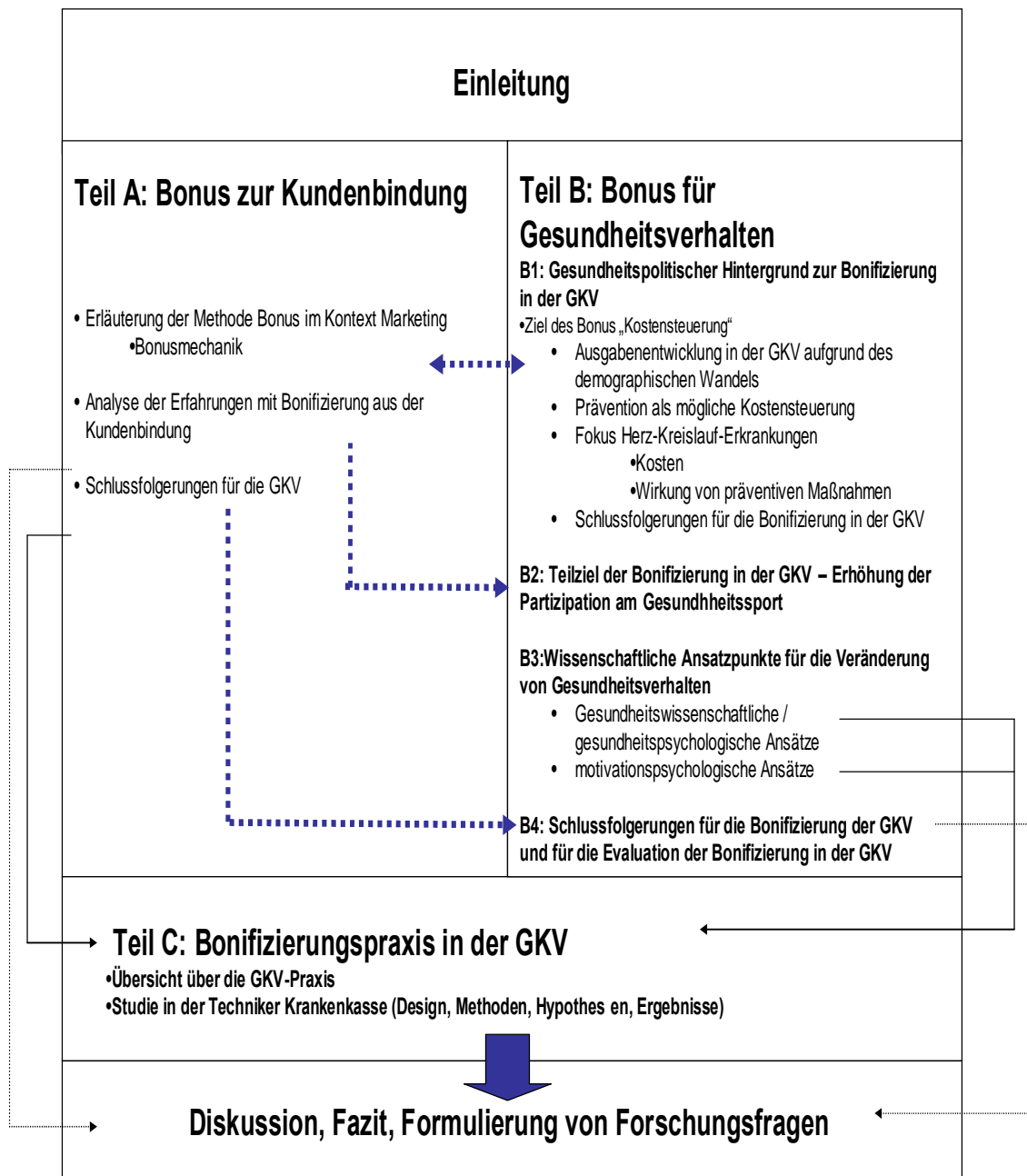


Abbildung 1: Aufbau der Arbeit, eigene Darstellung

Teil A Analyse der Methode Bonus

A1 Ziel und Inhalt von Bonifizierungsprogrammen

Wie bereits in der Einleitung zum Thema beschrieben, sind Zielsetzungen und Inhalte von Bonifizierungsprogrammen im Zusammenhang mit deren Einsatz im Gesundheitswesen kaum kommentiert. Sie wurden als Instrument des Marketingmix²⁵ im Zusammenhang mit Strategien zur Unternehmensentwicklung und weniger in Bezug auf ihre Bedeutung bei der Motivation zur Verhaltensänderung ausgewertet.

Zum besseren Verständnis des in der Einleitung beschriebenen Spannungsfeldes soll Bonifizierung zunächst aus der Perspektive analysiert werden, welche die Bonifizierungsprogramme hervorgebracht hat.

A1.1 Bonifizierungsprogramme als Instrument zur Kundenbindung

Im Jahre 2001 wurde das deutsche Rabattgesetz an das europäische Wettbewerbsrecht angeglichen. Deutsche Unternehmen konnten von diesem Zeitpunkt an ihren Kunden systematisch Rabatte im Rahmen von Kundenbindungsprogrammen anbieten (vgl. Lauer, 2004, S.12).

Zunächst wurden die Begriffe Rabatt und Bonus noch synonym verwendet. Im Laufe der darauf folgenden zwei Jahre wurden in Deutschland unter dem Begriff Bonus immer häufiger komplexe Kundenbindungsstrategien subsumiert. Sie umfassen nicht nur Preisnachlässe sondern auch Sonderleistungen, z.B. zusätzliche Dienstleistungen.

Im deutschsprachigen Raum wurden Bonus- und Rabattleistungen bis 2001 kaum theoretisch analysiert. Die wichtigsten zusammenfassenden Arbeiten in Deutschland stammen von Künzel (2003), Lauer (2004, S.4), Glusac (2005) und Müller (2006).

Lauer definiert Bonifizierungsprogramme als ein "systematisches zusätzlich zur jeweiligen Kernkompetenz bestehendes Angebot von Unternehmen". Kunden

²⁵ Marketingmix: Beim Marketingmix geht es um die Kombination und Koordination der Marketinginstrumente (Preis, Platzierung, Promotion, Produktgestaltung) mit dem Ziel, vorher gesetzte Marketingziele zu erreichen.

können für bestimmte erwünschte Verhaltensweisen spezifisch kreierte Werteinheiten wie Bonuspunkte erhalten, sammeln und ab einer bestimmten Größenordnung (*Einlöseschwelle*) in Vorteile (*Bonifizierung*) umwandeln. Der Kunde wird damit an ein erwünschtes *Konsumverhalten* und an das *Unternehmen* gleichermaßen gebunden.

Der Grund für diese Belohnungen war hauptsächlich die zu erwartende Gewinnmaximierung durch den Aufbau von langfristigen Kundenbeziehungen.

Ähnlich wie bei Lauer (2004) wird auch bei Ploss (2002a, S.16) das Kriterium *systematische Verhaltensbeeinflussung* durch Bonus mit dem Ziel der *Kundenbindung* assoziiert.

Ploss zeigt, dass es für den Begriff *Bonus* aufgrund der Neuartigkeit des Themas bisher keine allgemein anerkannte Definition gibt.

Eine Übersicht der Definitionen findet sich bei Künzel (2003, S.25). Künzel (2003) kommt im Anschluss an seine Systematisierung unterschiedlicher Bonusdefinitionen zu einem Definitionsvorschlag, bei dem die gewinnbringende *Kunden–Unternehmen–Beziehung* deutlicher herausgestellt wird als dies ein Jahr später bei Lauer (2004) der Fall ist:

"Ein Bonifizierungsprogramm ist ein langfristig ausgelegtes Marketinginstrument, das von einem oder mehreren Unternehmen eingesetzt wird, damit die Kunden als Mitglieder des Programms aufgrund von Belohnungen, die in Relation zum bisherigen Einkaufsverhalten stehen, stärker an das Unternehmen gebunden sind."
(Künzel, 2003, S.27)

Künzels Definition kann als grundlegend sowohl für den deutschen als auch für den englischsprachigen Sprachraum eingestuft werden.

Viel stärker noch weist allerdings der von Krüger bis 1999 verwendete Begriff *Loyalitätsprogramm* (Krüger, 1999, S.20) auf das Ziel der *Kundenbindung* durch Bonifizierung hin. Ganz gleich welches Verfahren bei der Bonifizierung angewendet wird, ein Bonusprogramm²⁶ lässt sich zusammenfassend beschreiben als:

"... langfristig ausgelegtes Marketinginstrument, das von einem oder mehreren Unternehmen eingesetzt wird, damit die Kunden als Mitglieder des Programms aufgrund von Belohnungen, die in Relation zum bisherigen

²⁶ In der Literatur setzt sich der Begriff Bonusprogramm durch (vgl. Künzel, 2003, S. 27). In dieser Arbeit wird der Begriff "Bonifizierungsprogramm" verwendet. Damit sind sowohl Programme mit dem Ziel der Kundenbindung als auch Programme zur Veränderung des Gesundheitsverhaltens gemeint.

Einkaufsverhalten stehen, stärker an das Unternehmen gebunden werden können." (Künzel, 2003, S. 27)

Trotz unterschiedlicher Begrifflichkeiten ähneln sich die Ziele und Inhalte der angebotenen Bonifizierungsprogramme.

Im Folgenden sollen die allgemeinen Ziele und Inhalte solcher Programme skizziert werden.

a) Ziele der Bonifizierungsprogramme

Es wurde gesagt, dass Bonifizierungsprogramme ursprünglich im Produktmarketing eingesetzt wurden. Im deutschsprachigen Raum ist in diesem Zusammenhang die Verwendung von Rabattmarkenheftchen bekannt. Sie sollten den Kauf von Produkten dokumentieren und im Nachhinein zu einem Preisnachlass führen. In der DDR hatten die Marken darüber hinaus eine politische Bedeutung. Die Bindung der Kunden an den staatlich organisierten KONSUM sollte den Umsatz bei den noch vereinzelt existierenden privaten Händlern reduzieren.

Diese Form des Rabatts ist heute beispielsweise in Cafés (z.B. Tchibo) in Form von *Abstempelkarten* verbreitet.

Während das Rabattmarkensystem in den USA in Form von Coupons verbreitet ist, schlugen erste Versuche, diese Form der Bonifizierung in Deutschland zu etablieren, fehl. So stellte der Axel-Springer-Verlag seine Rabattzeitung *Cent plus*²⁷ kurze Zeit nach dem ersten Erscheinen wieder ein. Der Verlag begründete dies mit geringen Einlösequoten und geringer Effizienz²⁸.

Coupons fanden v.a. über Nachlassmarken Eingang in den deutschen Handel. Diese Nachlasscoupons werden mit dem Produkt erworben und können beim Kauf eingelöst werden, was zu einem Preisnachlass führt. Die dokumentierten Einlösequoten liegen bei etwa 10%²⁹. Die Daten sind allerdings nicht valide.

Ende der neunziger Jahre wurden Bonifizierungsprogramme verstärkt für den Dienstleistungssektor genutzt. Ihre Verbreitung in den USA und in Deutschland

²⁷ <http://www.axelspringer.de/inhalte/pressese/inhalte/pressenzeitschriften/1143.html> vom 11.05.07

²⁸ http://onetoone.de/index.php?we_objectID=6843 vom 11.05.07

²⁹ <http://www.handelsblatt.com/news/Default.aspx?p=200040&t=ft&b=1122877> vom 20.01.07

zeigt, dass sich das Dienstleistungsmarketing zunehmend auf *anbieterorientierte Kundenbindung* konzentriert.

Bei der anbieterorientierten Kundenbindung geht es nicht um kurzfristige Geschäftsabschlüsse, sondern um die Gestaltung langfristiger ertragreicher Beziehungen zwischen Kunden und Unternehmen (Meyer, Oevermann, 1995). Die Intensivierung der geschäftlichen Beziehung³⁰ mittels Kundenbindung setzt systematische Kundenanalyse, Maßnahmeplanung und Realisierung sowie Controlling als Teilschritte einer langfristigen Planung voraus.

Auch Versicherungsunternehmen erkannten die Bedeutung der Kundenbindung. So gaben in einer Befragung durch Mummert Consulting (2004) 30% der befragten Versicherungsunternehmen an, dass sie ihre Investitionen im Bereich Kundenbindung im Vergleich zum Vorjahr (2003) steigern wollten. Nur 13% der befragten Unternehmen gingen davon aus, dass ihre Ausgaben in diesem Bereich sinken würden. Darüber hinaus gaben 79% der befragten Unternehmen an, dass die Kundenbindung in ihrer Marketingstrategie bis 2006 eine "sehr hohe Bedeutung" haben wird.

Die Entwicklung der Bonifizierungsprogramme ist eng mit dem Ziel der Unternehmen verbunden, ihre Kunden **langfristig** zu binden. Das resultiert aus der gegenwärtig vorherrschenden Marktsituation, deren wichtigstes Kennzeichen eine rückläufige Wachstumsrate ist. Vor diesem Hintergrund bemühen sich Unternehmen verstärkt, Neukunden zu gewinnen und die bereits bestehenden Kundenverhältnisse im Rahmen von *Kundenbindungsaktivitäten* zu intensivieren (Lohse, Schulenburg, 2003, S.496).

Kundenbindung gilt im Vergleich zu Instrumenten der Neukundengewinnung als besonders effizient und lohnend für das Unternehmen. Maßnahmen zur Neukundengewinnung bzw. des Vertriebs sind vergleichsweise teuer³¹ (Reichheld, 1991, Tomczak, 1998; Diller, 2000; 2005; Dittrich, 2000).

³⁰ Beziehungsmarketing: Ziel des Beziehungsmarketings ist der Aufbau und die Pflege von langfristigen Beziehungen zwischen Kunden und Unternehmen, indem die Bedürfnisse des Kunden durch Produkte / Dienstleistungen optimal erfüllt werden. Vom Beziehungsmarketing profitieren sowohl Unternehmen (Absatzsteigerung) als auch Kunde (Erweiterung von Kernleistungen). Während bei der Neukundenakquisition vor allem die Qualität des outputs den Erfolg bestimmt, ist es beim Beziehungsmanagement die Qualität der Interaktion zwischen Kunden und Unternehmen vgl. Hennig-Thurau, Hansen, 2000, S.5)

³¹ In der Kreditkartenbranche beispielsweise wird ein Betrag von 51 US-Dollar für die Neukundengewinnung angenommen (Reichheld, 1991). Demgegenüber gehen Schätzungen davon aus, dass für die Pflege des

Durch Kundenbindungsaktivitäten werden Geschäftsbeziehungen enger und ertragreicher, sofern sie sich vor allem an mittel- und langfristig profitable Kundengruppen³² richten (Barnes, 1977; Meyer, Blümelhuber, 2000, S.107 ff.).

Dieser Zusammenhang lässt sich auf den Einsatz der Bonifizierungssysteme in Krankenversicherungen übertragen.

Wichtigen Kundengruppe einer gesetzlichen Krankenversicherung sind Versicherte, deren eingebrachte Beitragsmittel³³ im Laufe ihrer Mitgliedschaft höher als die Aufwendungen für Leistungen und Verwaltung sind und deren Zufriedenheit dazu beiträgt, das Unternehmensimage und dessen Fortbestand zu stärken. Daraus ergibt sich für die Krankenkassen das Ziel, gerade diese Kundengruppe an das Unternehmen zu binden und damit die Solidargemeinschaft zu stärken. Wie von anderen Unternehmen auch können die Bonusprogramme von Krankenkassen zur Bindung der für die Solidargemeinschaft stärkenden Kundengruppen genutzt werden.

Eine Analyse in der TK zeigt deskriptiv keinen Unterschied zwischen Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern (vgl. Abb.2). Die Kündigungsquote ist insgesamt in der Gruppe mit hohem Kundenwert am höchsten. Bonusteilnehmer kündigen in dieser Gruppe tendenziell seltener.

In den Gruppen mit mittleren und niedrigeren Kundenwert lässt sich dieser Unterschied nicht beobachten. Die These, dass der Bonus keinen Einfluss auf das Kündigungsverhalten hat, kann daraus jedoch nicht abgeleitet werden.

Kundenpotenzials nur 15-20% der Aufwendungen erforderlich sind, die für die Kundenakquise aufgewendet werden müssten (Lauer, 2004, S.22).

³² Kunden besitzen für das Unternehmen einen unterschiedlichen finanziellen Wert. Profitabel sind Kunden mit einem "hohen Kundenwert" (Stahl, Hinterhuber (u.a.), 2000). Die Segmentierung der Kunden nach ihrem Kundenwert ist die Voraussetzung für gezieltes Kundenbindungsmanagement. Der Kundenwert steigt mit der Dauer der Kundenbeziehung und mit dem Ausmaß der gekauften Güter (vgl. Gierl, Kuberl, 1997). Ein zufriedener Kunde hat für das Unternehmen einen höheren Wert als ein unzufriedener Kunde. Ein zufriedener Kunde empfiehlt das Unternehmen im Schnitt dreimal weiter, ein unzufriedener Kunde gibt seine Unzufriedenheit an durchschnittlich 12 Personen weiter. Auf diese Weise steigt der Wert des Kunden, wenn er für die Erreichung der Unternehmensziele einen Beitrag leisten kann (Lauer, 2004, S.25-26).

³³ Die Finanzierungsbasis der GKV sind zu 97% die beitragspflichtigen Einnahmen (Wille, Igel, 2002, S. 111 ff.).

Kündigerquoten in den Markt (2005 bis einschl. 15.09.05)
Vergleichsgruppe Mitglieder aus dem Bestand mit Dauer >= 18 Monate

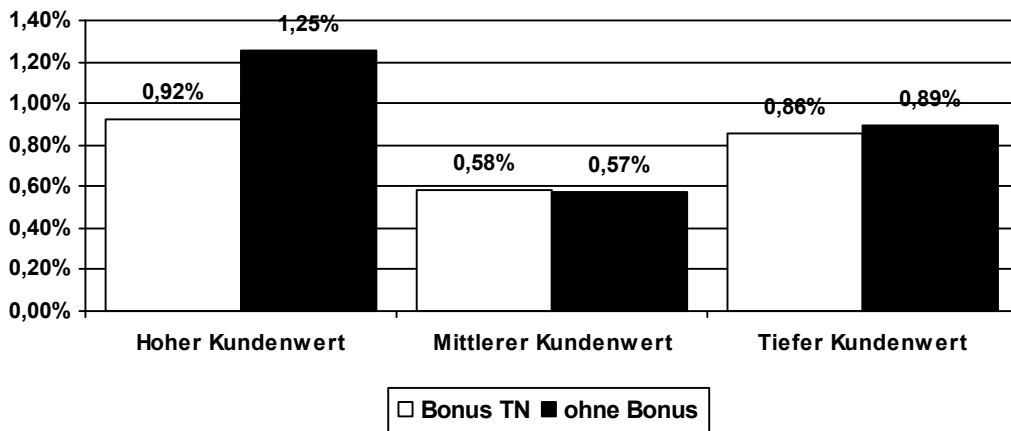


Abbildung 2: Quelle: Techniker Krankenkasse, 2006

b) Nutzen

Aufgrund der in Aussicht gestellten Prämien werden klassische Bonifizierungsprogramme der *ökonomischen Kundenbindung* zugeordnet (vgl. Zusammenfassung bei Künzel, 2003, S.33). Sie gilt als für Kunden und Unternehmen gleichermaßen lohnend. So gelang es beispielsweise *American Express* aufgrund eines Bonifizierungsprogramms seine Umsätze um 30% zu erhöhen (Künzel, 2003, S.42). Da die Dokumentation der Gewinne von Betrieben nicht systematisch nachvollzogen werden können, kann ein solches Beispiel eher als Hinweis auf den Nutzen aber nicht als Nachweis des Nutzens gelten.

Herauszustellen ist, dass Kundenbindung mehr bedeutet als die Möglichkeit zum Punkte sammeln (vgl. Rittweger³⁴, 2000, S.78). Rittweger warnt sogar vor der Vampirmentalität der Kunden, die dazu führen könne, dass Kunden das Unternehmen ausnutzen. Geiz und Gier der Kunden scheinen Antriebskräfte zu sein, die den Umsatz langfristig ruinieren. Deshalb sollten Unternehmen beachten, so Rittweger (2000, S.79), dass nicht der Spareffekt, sondern

³⁴ Geschäftsführer bei Loyalty Partner. Diese Firma hat das Bonifizierungsprogramm Payback konzipiert. Rittweger war Unternehmensberater bei Roland Berger und gründete 1998 die Firma Loyalty Partner.

individuelle Ansprache, Emotionalisierung und Ausrichtung der Produktpalette an Kundenbedürfnissen³⁵, Kunden langfristig an das Unternehmen bindet.

Künzel (2003, S.209) ermittelte in seiner Studie eine hohe Bereitschaft zur Weiterempfehlung des Unternehmens aufgrund von Zufriedenheit mit dem Bonifizierungsprogramm. Damit wurden frühere Studien von Dowling und Uncles (1997, S.78) bestätigt. Es sollte das Ziel des Unternehmens sein, bei der Einführung von Bonifizierungsprogrammen Kundenbedürfnisse zu kennen und durch entsprechende Ausgestaltung zu befriedigen. Auf diese Weise wird das Bonifizierungsprogramm zu einem eigenen Produkt des Unternehmens, das ähnlichen Produktrisiken unterliegt wie andere Produkte auch.

In Anlehnung an Meffert und Backaus (1994) beschreibt auch Hennig (2002, S.23) Arten der nachfrageorientierten Kundenbindung, bei der die Kunden freiwillig oder aufgrund einer vertraglichen Regelung an das Unternehmen gebunden werden sollen. Hierzu zählt die emotional – soziale Kundenbindung aufgrund von *Zufriedenheit*³⁶. Diese spielt auch im Verhältnis zwischen den Versicherten und ihrer Krankenkasse eine Rolle. Die Zufriedenheit mit dem Leistungsspektrum einer Krankenkasse trägt maßgeblich dazu bei, ob die Kunden bereit sind, ihrer gewählten Krankenkasse bei subjektiv wahrgenommener und objektiver Verschlechterung des Preis-Leistungsspektrums die Treue zu halten und somit die Solidargemeinschaft langfristig zu stärken.³⁷ Auf diese Weise lässt sich Kundenbindung, insbesondere der freiwillig Versicherten, als sozialpolitische Aufgabe interpretieren, der auch das Bonifizierungsprogramm dienlich sein könnte.

³⁵ Bedürfnis beschreibt die Abweichung zwischen status quo und einem Ziel oder Soll innerhalb des Motivationsprozesses. Bedürfnisse sind demzufolge subjektiv. Häufig werden Bedürfnis und Wunsch gleichgesetzt.

³⁶ Ein effektives Kundenbindungsmanagement lässt sich vor allem über die gezielte Steuerung der Kundenbindungsdeterminanten erreichen. Zufriedenheit ist die wichtigste Determinante der Kundenbindung. Zufriedenheit entsteht durch eine hohe Produkt- und Servicequalität, eine adäquate Kommunikation sowie eine kundennahe Distributionspolitik (Trumpfheller, 2005, S.350). Zufriedenheit lässt sich beispielsweise messen an Vertrauen, Treue zum Unternehmen, Bereitschaft zur Weiterempfehlung und Kaufbereitschaft.

Wilhelm Busch: "Sokrates der alte Greis sagte oft in tiefen Sorgen: Ach, wie viel ist doch verborgen, Was man immer noch nicht weiß. Und so ist es. Doch indessen darf man eines nicht vergessen: Eines weiß man doch hienieden, nämlich, wenn man **unzufrieden**" (vgl. Künzel, 2005, S.2).

³⁷ Angabe bezieht sich auf eine TK-eigene Befragung. Die Ergebnisse liegen der Autorin vor, wurden aber nicht veröffentlicht.

Schlussfolgerung:

Es wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass jedes Angebot einer Krankenkasse die Kundenzufriedenheit beeinflussen vs. beeinträchtigen kann. Diesem Ansatz folgend, müssen Krankenkassen bestrebt sein, ihre Bonifizierungsprogramme gemäß §65a SGB V an konkreten Kundenwünschen zu orientieren. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Versicherten einer Krankenkasse diese auch vor dem Hintergrund bereits außerhalb des Versichertenverhältnisses gewonnenen Erfahrungen mit Bonifizierungsprogrammen beurteilen.

Die Krankenkassen sind bei der Ausgestaltung ihrer Programme von den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängig und können deshalb nur eingeschränkt auf konkrete Bedürfnisse ihrer Kunden eingehen. Die gesetzliche Regelung räumt zwar Spielräume bei der Ausgestaltung der Bonifizierungsprogramme in der GKV ein, gleichzeitig legt sie die Kassen darauf fest lediglich die Teilnahme an "qualitätsgesicherte Angeboten" zu bonifizieren. Damit werden alle in Eigenverantwortung durchgeführten gesundheitsförderlichen Aktivitäten wie das morgendliche Joggen im Wald, der tägliche Verzehr gesundheitsförderlicher Lebensmittel oder der dauerhafte Verzicht auf Zigaretten von der Bonifizierung ausgeschlossen³⁸. Eine Bonifizierung der eigenverantwortlich ausgeführten Gesundheitsförderung ist somit ausgeschlossen, obwohl sie gesundheitspolitisch erwünscht und aus gesundheitspsychologischer Perspektive das eigentliche Ziel der Gesundheitsförderung ist (vgl. *Leitfaden Prävention*- Stand Juni 2006).

c) Inhalte

Das charakteristische Merkmal von Bonifizierungsprogrammen ist wie bereits oben beschrieben die **nachträgliche Belohnung** mit Geld-, Sach- oder Leistungsprämien. Sofern das gewünschte Verhalten, wie Umsatztätigung oder Vertragsabschluss, gezeigt wurde, erhalten Kunden eine wie auch immer geartete Sonderleistung oder einen Rabatt als Anerkennung. Auf diese Weise

³⁸ Der gesetzliche Rahmen (§65a SGB V (Abs. 2) in der Fassung vom 01.01.2004) begrenzt die Bonifizierungsprogramme auf die Förderung der Teilnahme an *qualitätsgesicherten* Präventionsangeboten. Die TK ging bei der Konzeption ihres Bonusprogrammes davon aus, dass sich dieser Begriff an den Aussagen des Leitfadens Prävention der Spitzenverbände der Krankenkassen orientiert (vgl. auch B1.2.2 in dieser Arbeit).

besteht für Kunden mit besonders hohem Umsatz die Chance, niedrigere Einzelpreise zu erzielen als Kunden mit einem geringeren Umsatz (vgl. Künzel, 2003, S.33). Geiz als Grundmotiv zur Teilnahme an Bonifizierungsprogrammen lässt sich deshalb nur mit Blick auf den Einzelpreis annehmen. Auch die Kampagne "Geiz ist geil" der Firma Saturn wird letztlich der Erhöhung des Umsatzes wegen und nicht der Verstärkung der Eigenschaft Geiz durchgeführt. Sie soll nicht den Kauf grundsätzlich verhindern, sondern auf kostengünstige Einkaufsmöglichkeiten hinweisen. Es soll mit dieser Kampagne der **potentielle Käufer** und nicht der **potentielle Konsumverweigerer** angesprochen werden. Der Slogan bezieht sich deshalb wohl eher auf das im Alltagsverständnis so genannte "Schnäppchenjagen" und weniger auf umsatzschädlichen Geiz.

Bei der Bonifizierung geht der Anreiz für erwünschtes Kauf- oder Nutzungsverhalten demzufolge von der im Nachhinein zu erwartenden Belohnung aus. Sie ist zugleich Anreiz für den Kunden, die bestehende *Kunde-Geschäfts-Beziehung* aufrecht zu erhalten.

Die Bonifizierung gemäß §65a SGB V belohnt Versicherte ebenfalls nachträglich für einen quasi - Umsatz in einem ausgewählten Leistungssektor und die damit unterstellte erwünschte Verhaltensänderung. Kunden, die häufiger qualitätsgesicherte primärpräventive Angebote nutzen, können eher ökonomische Vorteile durch Bonifizierung erreichen, als Kunden, die weniger aufgeschlossen für diese Art der Angebote zur Gesunderhaltung sind.

Die Bonifizierung für die Zahnvorsorge wurde vom Gesetzgeber klarer strukturiert. Bonifizierung, Bonusauslöser und Bonus stehen in einem engen Zusammenhang, so dass sich der Erfolg der Bonifizierung dokumentieren lässt und dem Kunden transparent gemacht werden kann. Der Vorteil ist zudem, dass das Verfahren kassenübergreifend geregelt ist und die Versicherten aller gesetzlichen Krankenkassen eine einheitliche Bonusregelung erleben.

Beim *Selbstbehaltmodell*, wie es auch von der TK angeboten wird (Felder, Werblow, 2006), findet über die Kopplung der Bonusregelung mit einer Malusregelung eine Selbstselektion statt. Der Anreiz bezieht sich auf die Nichtinanspruchnahme von Leistungen. Folglich fällt die Entscheidung für einen Selbstbehalt gesunden Personen leichter als chronisch Erkrankten, die davon

ausgehen müssen, dass sie den Bonus ohnehin nicht erreichen können³⁹. Dennoch konnten Effekte erwartungsgemäß hinsichtlich eines veränderten und erwünschten "Konsumverhaltens" nachgewiesen werden (ebenda).

Es besteht bei der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten nach §65a SGB V die Chance, jene Personen zu erreichen, die sich von Anreizsystemen wie dem Selbstbehaltmodell der TK⁴⁰ nicht ansprechen lassen oder aufgrund der Beschränkung des Angebotes auf freiwillig Versicherte nicht angesprochen werden dürfen.

d) Kundenkommunikation

Die wichtigsten Kommunikationsträger in Bonifizierungsprogrammen sind nach Lauer (2004, S.131) Kontoauszug, Kundenmagazine zur Information über das Bonifizierungsprogramm, der Internetauftritt sowie öffentlichkeitswirksame Berichte über Sonderaktionen oder Prämienerrichtung. Lauer (2004) zählt auch Mitgliedertreffen von Kundenclubs zu diesen "wichtigen Kommunikationsträgern".

Die Möglichkeit zur positiven Kommunikation auf der Grundlage der Bonifizierungsprogramme ergibt sich aus deren Inhalt. Indem eine Belohnung als Sonderleistung in Aussicht gestellt wird, treten auch die Kassen als *gebende Institution* auf.

Die Belohnung für das erwünschte Verhalten lässt sich als Sonderleistung der Krankenkasse kommunizieren. Die versprochene Belohnung stellt gleichzeitig eine Verbesserung des Preis-Leistungs-Verhältnisses in Aussicht. Auf diese Weise kann für eine positive Grundhaltung des Versicherten gegenüber der Krankenkasse gesorgt werden. Eine solche "positive Stimmung" setzt nach Künzel (2003) allerdings voraus, dass die Kundenerwartungen mit dem Angebot übereinstimmen.

³⁹ Nur wenn die Versicherten ihre Ausgaben reduzieren, führen Selbstbehalte zu Kosteneinsparungen (vgl. Felder, Werblow, 2006, S.16).

⁴⁰ http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/dossiers/tk_programme/tk240/tk240.html - vom 16.02.07

Schlussfolgerung:

Es wurde gesagt, dass die gesetzlichen Rahmenbedingungen den Inhalt und die Ziele der GKV-Bonifizierung weitgehend vorgeben. Die Berücksichtigung vorher analysierter Kundenbedürfnisse trägt wesentlich zum Erfolg der Bonusangebote bei. Die Krankenkassen können aber nur innerhalb der gesetzlich gesetzten Grenzen Kundenbedürfnisse berücksichtigen.

Hierbei handelt es sich um einen wesentlichen Unterschied zwischen Bonifizierungsangeboten im Marketingmix der Firmen und der GKV.

Im Gegensatz zu Krankheitsthemen wirkt das Thema *Gesundheit* und *Vorbeugung* positiv und kann mit Lebensfreude assoziiert werden. Auch die TK bevorzugt bei der Kommunikation mit Kunden Themen, die positive Gefühle auslösen können. Auf der Grundlage einer pseudoprivaten Kommunikation lässt sich gleichzeitig eine emotionale Bindung an das Bonifizierungsprogramm und das Unternehmen aufbauen. Hierfür stehen die Botschaften einiger Kassen der GKV, wie: "*Gesundheit – denk an dich!*" (BKK), mit denen *Verbundenheit* mit dem Kunden vermittelt wird. Diese Emotionalisierung wiederum gilt als eine Voraussetzung für das aus Unternehmenssicht erwünschte "*Nicht Wechseln Wollen*" – Bedürfnis (Bliemel, Eggert, 1998, S.39; Diller, 2000).

Der hier skizzierte Prozess zeigt, dass sich durch Kommunikation zum Bonifizierungsprogramm soziale Bedürfnisse wie *feelings of familiarity*, *social support* und *friendship* erfüllen und damit erwünschte Wechselbarrieren aufbauen lassen (vgl. Lauer 2004, Künzel, 2003).

Über die Kommunikation hinaus ist es möglich, Bonifizierungsprogramme oder Kundenclubs gezielt als Wechselbarriere im Sinne des "*Nicht Wechseln Könnens*" einzusetzen (Diller, 2000). Hierzu eignet sich insbesondere die Differenzierung der Bonushöhe (Lauer, 2004).

d) Bonifizierungsprogramme als Identifikationsplattform für den Kunden

Künzels Studie (2003) zeigte, dass die Identifikation von Bonusnutzern mit dem betreffenden Unternehmen höher ist als bei Kunden, die nicht am Programm teilnehmen (Künzel, 2003, S.196). Das geht so weit, dass Bonusnutzer das Bonifizierungsprogramm als eigenständige Marke interpretieren. Kunden, die sich eher mit dem Bonifizierungsprogramm als mit dem Unternehmen

identifizieren, würden sich beispielsweise weniger als Kunden von *Lufthansa* oder *Apollo*, sondern eher als Nutzer von *Miles and More* (Lufthansa, 2005) oder als *Paybackkunde*⁴¹ verstehen. Auf diese Weise erfüllen die Bonifizierungsprogramme eine wichtige Funktion bei der Kommunikation zwischen Unternehmen und Kunden (Lauer, 2004, Künzel, 2003).

Bonifizierungsprogramme werden zum Medium eines Identifikationsprozesses, bei denen sich die Kunden selbst zu Dauerkunden umdefinieren (Lauer, 2004; Künzel, 2003). Auch Mohme (1993) beschreibt wie Künzel (2003, S.16) und Ploss (2002) Kundenkarten (*Cards*), mit denen die Teilnahme am Bonifizierungsprogramm dokumentiert wird, als *Beleg für die Zugehörigkeit* des Kunden zu einer "Sondergruppe".

Übertragen auf die GKV kann die vom Unternehmen erwünschte *Identifikation mit der Krankenkasse* durch Teilnehmerunterlagen, wie durch ein *Bonusnachweiseft*⁴² oder durch *Teilnehmerkarten* erreicht werden. Ähnlich wie *Cards* lassen sich *Scheckhefte*, die zum Zeitpunkt der Recherche 2006 bei verschiedenen Kassen üblich sind, als Identifikationsgrundlage interpretieren.

Die *Cards* der Firmen Marktkauf, Obi, Budnikowski oder Lufthansa unterscheiden sich zum Beispiel von den *Scheckheften bzw. Nachweissystemen* der Krankenkassen in ihrer Zielrichtung nur geringfügig. Während mit der *Card* beim Kauf oder Inanspruchnahme einer Dienstleistung der Bonus zeitgleich verbucht wird⁴³, lösen die Bonusschecks der Krankenkasse die Dokumentation der Bonifizierung zeitversetzt aus. Bei der TK besitzen sie die Funktion eines *Antragsformulars auf Bonifizierung* analog zum früheren *Krankenschein*. Auf diese Weise können sie gleichzeitig als Erinnerung an das Präventionsangebot interpretiert werden. Sie werden demzufolge zum Medium innerhalb einer positiven Gesundheitskommunikation zwischen Bonusanbieter und Versicherten.

⁴¹ Im Jahre 2000 waren es 16 Unternehmen mit insgesamt 3,3 Mio Kunden, die am Bonuspaket "Payback" teilnehmen. Zu 67% gehört das Unternehmen Payback der Deutschen Lufthansa (vgl. Rittweger, 2000, S.78); vgl. auch die Homepage von Payback <http://www.bayback.de>; <http://www.payback.de/pb/partner/id/282/index.html> vom 11.05.07

⁴² Bonushefte sind Broschüren, in denen die Teilnahmebedingungen erläutert und die gleichzeitig als Nachweis für die Bonifizierung genutzt werden.

⁴³ z.B. Gutschrift von Bonussammelpunkten bei Lufthansa, Bahncard, Budnikowsky, Karstadt u.a.

Vereinzelte Initiativen von Ärzten, diese Schecks als "Bürokratie und überholt einzustufen" sind demzufolge unter dem Aspekt der Aufklärungs- oder Erinnerungsfunktion als kritisch einzustufen.

f) Bonushöhe

Eine ökonomische Wechselbarriere entsteht insbesondere dann, wenn das *Warten auf die Prämie oder Belohnung* an eine Mitgliedschaft gekoppelt ist. In diesem Fall wird der Prozess des *Ansparens von Bonuspunkten* bei Abbruch der Kundenbeziehung mit dem Verlust der Prämie beendet. Die Bonusanwartschaft geht in diesem Fall für den Kunden verloren. Der Wechsel wird zu einem konkreten Verlust.

Bonifizierungsprogramme, die neben kurzfristigen Erfolgserlebnissen lange Ansparezeiten berücksichtigen, können so zu einem Instrument der langfristigen Kundenbindung werden. Vor diesem Hintergrund wird deutlich, dass Bonifizierungsprogramme über das reine *Sales Promotion*⁴⁴ hinausgehen können.

Bonifizierungsprogramme werden deshalb darauf ausgerichtet, dass Kunden weniger das kurzfristige "Schnäppchenjagen" als eine längerfristige Aufrechterhaltung der Kundenbeziehung verfolgen. Dem Bestreben der Unternehmen, langfristig Kunden zu binden, steht jedoch das Bedürfnis der Kunden gegenüber, kurzfristig Vorteile durch die Bonifizierung realisieren zu wollen.

Kunden, die solche kurzfristigen Vorteile von einem Bonifizierungsprogramm erwarten, erreichen in üblichen Bonifizierungsprogrammen die Schwelle einer Prämierung oft nicht zu ihrer Zufriedenheit (Künzel, 2003, S.26). Um dennoch den Wunsch der Kunden nach "schnellen Erfolgen" zu entsprechen, setzen Unternehmen so genannte *Incentives* ein. Als *Incentives* werden Sonderprämierungen bezeichnet, mit denen die Kundenbeziehung kurzfristig intensiviert werden soll. Sie sind gleichzeitig Werbung für das Bonifizierungsprogramm (Diller, 2000, S.319). Sie werden für eine begrenzte Zeit angeboten und im Sinne von Sonderaktionen beworben.

⁴⁴ Beim Sales Promotion werden Umsätze zu festgelegten Zeitpunkten kurzfristig erhöht, wie das etwa bei Sonderverkäufen oder Kampagnen der Fall ist.

Für Krankenkassen, die im Wettbewerb⁴⁵ stehen, bietet sich der Einsatz von Bonifizierungsprogrammen zum Aufbau erwünschter Wechselbarrieren an. Während Versicherungsschutz und Leistungsanspruch bei einem Kassenwechsel innerhalb der GKV grundsätzlich unberührt bleiben, lässt sich der Umgang mit Bonusanwartschaften flexibel den Interessen einer Krankenkasse anpassen.

Um Wechselbarrieren in der GKV aufzubauen, konzentrieren sich Kassen bei ihren Kundenbindungsaktivitäten auf die Erhöhung der Servicequalität (vgl. Bogner, Loth, 2004, S.12 und 75 ff.) und den Ausbau ihrer Satzungsleistungen (ebenda, S.73). Dabei gilt die Servicequalität als wichtigste Wechselbarriere in Dienstleistungsunternehmen (Bogner, Loth, 2004)⁴⁶. Würden im Fall eines Wechsels von einer Krankenkasse zur anderen Anwartschaften auf die Bonifizierung verloren gehen, kann das Bonifizierungssystem neben dem Beitragssatz ebenfalls zur ökonomischen Wechselbarriere werden. Hierbei gilt der Grundsatz: je länger die Ansparzeit desto höher die Wechselbarriere. Es ist davon auszugehen, dass lange Ansparzeiten zu einer für Kunden wirklich interessanten Prämie bzw. Sonderleistung führen müssen. Die Kombination aus Ansparzeit und Prämiengestaltung kann die ökonomische Wechselbarriere (vgl. Abbildung 3) also nur dann positiv beeinflussen, wenn die Prämien vom Kunden als erstrebenswert und interessant beurteilt werden.

⁴⁵ Die im Gesundheitsstrukturgesetz angelegte Wettbewerbsorientierung der Krankenkassen führte bisher nicht zu dem erwünschten Leistungs- und Qualitätswettbewerb und deutlicher Unterscheidung zwischen den Kassen der GKV. Klare Wettbewerbsparameter fehlen im Gesetz. Die Ausgestaltung des Wettbewerbs bleibt Hoheit der Kassen. Das führte zu einer für den Kunden kaum durchschaubaren Zurschaustellung von angeblichen Sonderleistungen. So ist der Beitragssatz das einzige verlässliche Unterscheidungsmerkmal zwischen den Kassen. Wählt aber der Kunde die Kasse nach dem Beitragssatz, wird der Wettbewerb nicht zwangsläufig zu einer höheren Qualität führen.

⁴⁶ Im Kundenmonitoring aus dem Jahr 2001 (vgl. Bogner, Loth, 2004, S.12) gaben Versicherte als Gründe für ihr Zufriedenheitsurteil mit ihrer gesetzlichen Krankenkasse an erster Stelle Freundlichkeit (14%) an, danach folgen Schnelligkeit (11,4%), Service (11,2%) und fachliche Beratung (11%). Erst danach folgt das Preis-Leistungsverhältnis (10,4%).

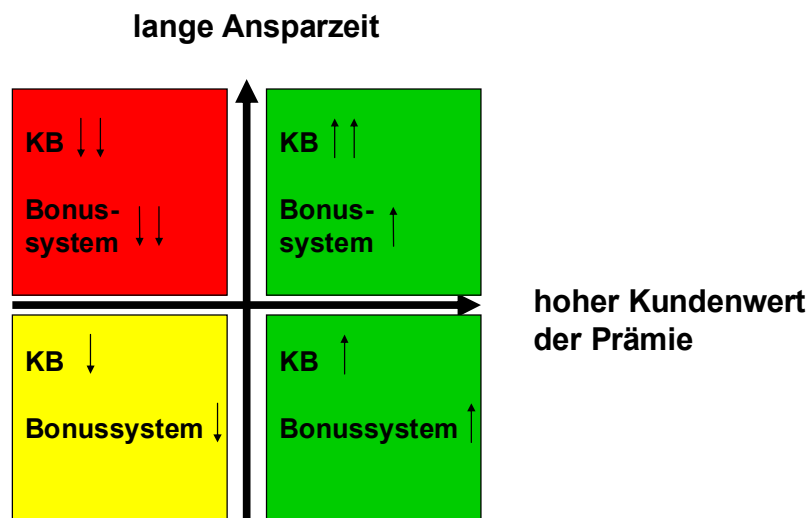


Abbildung 3: Portfolio für die Kundenbindung (KB) in Abhängigkeit von Ansparzeit und Prämienwert und erwartete Bewertung des Bonifizierungssystems; eigene Darstellung

Das Portfolio (vgl. Abbildung 3) veranschaulicht den Ansatz, dass die Kombination aus Prämienattraktivität und Ansparzeit zu einer Erhöhung der Wechselbarriere führt.

Schlussfolgerung:

Die tatsächliche Wirkung von Bonusanwartschaften auf die Wechselbereitschaft von Versicherten in der GKV wurde bisher nicht empirisch überprüft. In nachfolgenden Studien ist dies zu berücksichtigen.

Wie bereits ausgeführt, werden Kundenbindungsangebote insbesondere für Kundengruppen eingesetzt, die einen hohen Wert (*Customer-lifetime-Value*) für das Unternehmen darstellen. Der Erfolg ist von der passenden Ansprache der Zielgruppe abhängig (Lauer, 2004; Hennig, 2002). Die gesetzlichen Krankenkassen unterliegen zwar dem Diskriminierungsverbot und sind dem

Solidaritätsprinzip verpflichtet (Bogner, Loth, 2004, S.62), können jedoch über ihre Kommunikationspolitik ausgewählte Zielgruppen ansprechen.

Zielgruppensegmentierung ist insbesondere dann gesundheitspolitisch erstrebenswert, wenn bestimmte Zielgruppen in entsprechende Angebote gesteuert werden sollen. Dies ist beispielsweise bei der Steuerung in DMP-Programme⁴⁷ der Fall.

Die Leistungsgestaltung der GKV folgt dabei dem Prinzip, wirksam, nützlich und wirtschaftlich oder anders ausgedrückt, effizient und effektiv zu sein⁴⁸.

Übertragen auf die GKV-Bonifizierungsprogramme lässt sich eine Auswahl von speziellen Zielgruppen dann rechtfertigen, wenn es hierfür eine gesundheitswissenschaftliche Begründung gibt. Solche Differenzierungen können sich beispielsweise aus den Besonderheiten der Lebensphasen, dem Alter und Geschlecht, Vorerkrankungen oder den Verhältnissen im Setting ableiten lassen. Sie sind gesundheitswissenschaftlich weitgehend akzeptiert.

g) Bonifizierungskooperationen

Bonuskooperationen wie das Angebot "*Payback*" steigern die Zufriedenheit der Kunden, da sie die Chance auf Erreichen der Prämie erhöhen (Verbeck, 2000). Bonifizierungsprogramme, die von mehreren Unternehmen gleichzeitig genutzt werden, führen zu erreichbaren *Bonussschwellen*, ohne das einzelne Unternehmen zu stark zu belasten. Auf diese Tatsache wird das Interesse der Unternehmen an Bonuskooperationen zurückgeführt (vgl. Lauer, 2000), ohne dass der Erfolg bisher ausreichend empirisch belegt werden konnte.

Für die GKV ist ein übergreifendes Bonifizierungssystem nach dem Vorbild von *Payback* denkbar. Qualitätsgeprüfte Anbieter könnten innerhalb eines übergreifenden Bonifizierungsprogramms auf vertraglicher Grundlage zusammengefasst werden. Dies käme einer "Kassenzulassung" von Anbietern zur Gesundheitsförderung gleich. Wenn sich die GKV-Kassen auf die Bonifizierung geprüfter Anbieter beschränken würden, wäre das ein Vorgehen analog zur Abstimmung bezüglich der Kostenerstattung von Präventionsangeboten. Beispielsweise kann das Training in Sportvereinen, die

⁴⁷ Disease Management Programme: Mit dieser Leistungssteuerung wird das Ziel verfolgt, Gesundheitschancen z.B. durch Behandlungsoptimierung zu erhöhen und Kosten durch Qualitätssicherung zu senken.

⁴⁸ Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V

das Qualitätssiegel *Sport pro Gesundheit* tragen, von allen Kassen einheitlich bonifiziert werden. Auch Vertragspartner der Krankenkassen können in einem übergreifenden Bonifizierungssystem berücksichtigt werden.

Der praktischen Umsetzung eines solchen Verfahrens steht das Bestreben der einzelnen Kassen nach Wettbewerb entgegen. Zudem kann ein übergreifendes GKV-Bonifizierungsprogramm mit einer abgestimmten Auswahl von Angeboten den ausgewählten Leistungsanbietern einen erheblichen Marktvorteil verschaffen.

Zum anderen fällt für die Kassen in diesem Fall die werbewirksame Kommunikation der Bonifizierungsprogramme weg. Ein vereinheitlichtes Programm läuft demzufolge Gefahr an Attraktivität für die Kundenbindung zu verlieren. Die von den Kassen im jeweiligen Corporate Design⁴⁹ gestaltete Bewerbung ihrer Bonusangebote wird dann zugunsten eines übergreifenden "Bonusdesigns" - vergleichbar mit dem Untersuchungsnachweisheft für die Zahnvorsorge - aufgegeben. Kassen mit einer starken Marke, wie BARMER, TK, DAK oder AOK, können dann den eigenen Markenwert in einem gemeinschaftlichen Bonifizierungsprogramm nicht mehr oder nur abgeschwächt kommunizieren (vgl. hierzu auch Lauer, 2004, S.122).

h) Nutzen für Leistungsanbieter im Gesundheitswesen

Systematische Werbung der Krankenkassen für die Anbieter im Bereich der Gesundheitsförderung ist im Zusammenhang mit der Bonifizierung nicht dokumentiert. Eine Partnerschaft zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse bei der Bewerbung der Bonifizierung und der qualitätsgesicherten Vorsorge- und Präventionsleistungen ist jedoch theoretisch denkbar und kann als gesundheitspolitisch sinnvoll eingestuft werden. In einer gemeinschaftlichen Bewerbung können sich Sportvereine, Fitnesscenter oder Ärzte für gesunde Verhaltensweisen aussprechen. Eine gesetzliche Aufforderung für derartige Kooperation ist erforderlich, fehlt aber noch zum Zeitpunkt der theoretischen Analyse.

Es ist davon auszugehen, dass die "Werbekooperation" für die Leistungserbringer ebenso wie für Krankenkassen förderlich ist. Ärzte, denen

⁴⁹ Formale Vorgaben für die Integration von Kommunikationsmaßnahmen finden sich heute in unternehmensindividuellem Corporate Design schriftlich fixiert. Das CD wird z.B. bei Mediawerbung, Verkaufsförderung, Public Relation und immer häufiger auch bei interner Kommunikation von den Unternehmen berücksichtigt (Bruhn, Homburg, 2000, S.71). Corporate Design ist die gestalterische Komponente der Corporate Identity. Ziel dieser Vorgaben ist es, eine eindeutige Wahrnehmbarkeit, Unverwechselbarkeit und Wiedererkennbarkeit.

anpreisende Werbung gemäß §27 Abs. 3 MBO-Ä untersagt ist, können ihre Patienten mit Hinweisen auf die Bonifizierung über Vorsorgemöglichkeiten in der Arztpraxis informieren. Die Information über Bonifizierungsprogramme wird somit zur Marketingplattform innerhalb des Gesundheitswesens ausgebaut (vgl. hierzu auch Elste, 2004, S. 65-105). Krankenkassen können auf diese Weise über Partnerschaften, Kooperationen und Vorteile des jeweiligen Angebots berichten. Regionale Partnerschaften zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen sind in diesem Zusammenhang denkbar und können den Krankenkassenkunden eine vertraute regionale Präsenz vermitteln oder als "Nähe zum Kunden" kommuniziert werden. Es konnten keine Hinweise ermittelt werden, die darauf deuten, dass dieses Potential der Bonusprogramme von den Leistungsanbietern bzw. -erbringern oder von den Krankenkassen erkannt wurde.

In diesem Kapitel wurden wesentlichen Faktoren der Bonifizierungsprogramme beschrieben. Lauer (2004) fasst die Funktion der einzelnen Faktoren in der so genannten *Bonusmechanik* zusammen.

Zunächst wird diese Bonusmechanik dargestellt und aus der Marketingperspektive analysiert. Danach soll diese auf die GKV übertragen und daraus Grundsätze für die Umsetzung von Bonifizierungsprogrammen in der GKV abgeleitet werden.

A1.2 Mechanik der Bonifizierungsprogramme

Die Abbildung 3 zeigt die Grundmechanik von Bonifizierungsprogrammen nach Lauer (2004). Die GKV-Besonderheiten wurden in der Graphik ergänzt (in der Abbildung farbig unterlegt).

Die Wirkkette startet mit dem Anreiz durch das Bonifizierungsprogramm und mündet in das erwünschte Verhalten. Bezogen auf die GKV-Bonifizierung kann das z.B. die Beteiligung an einer Vorsorgeuntersuchung oder an einem qualitätsgesicherten Angebot zur Primärprävention und Gesundheitsförderung sein.

Es wurde in Kapitel A1.1 dieser Arbeit ausgeführt, dass sowohl für rein marktwirtschaftlich orientierte Unternehmen als auch für die GKV gilt, dass

Kundenbindung in Abhängigkeit von Kundenzufriedenheit entsteht (Künzel, 2003). Sie lässt sich in Bezug auf das Bonifizierungsprogramm dann erreichen, wenn die Höhe der Einlöseschwelle, die Gestaltung der Prämien und das erwünschte Verhalten die Erwartungen der Kunden erfüllt oder sogar übertrifft (vgl. Lauer, 2004).

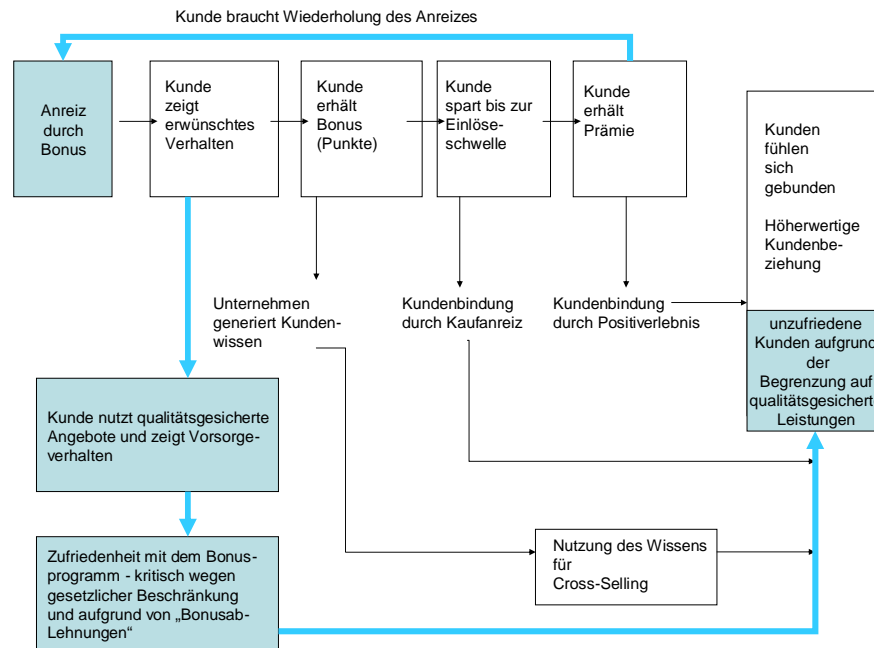


Abbildung 4: Grundmechanik der Bonifizierungsprogramme unter Berücksichtigung der GKV-Besonderheiten: Quelle: nach Lauer, 2004, S.5 und eigene Ergänzung

Wie in Abb. 4 dargestellt, ist die Bonifizierung bei Krankenkassen ein kritischer Aspekt für die Kundenzufriedenheit. Die Gefahr der Unzufriedenheit mit dem System Bonus und schließlich mit der Krankenkasse besteht insbesondere dann, wenn eigenverantwortlich durchgeführte Aktivitäten, für die ein Nachweis der Qualitätssicherung nicht erbracht werden kann, von der Bonifizierung des Gesundheitsverhaltens ausgeschlossen sind. Dies gilt z.B. für Joggen im Wald, einen Schwimmbadbesuch oder die Beteiligung an einer privat organisierten Laufgruppe. Sofern die Kunden ihre Erwartungen an die GKV-Bonifizierungsprogramme an üblichen Programmen aus dem Marketingmix orientieren, kann die Belohnung im Nachhinein für alle gesundheitsförderlichen Aktivitäten erwartet werden. Übernahme von Eigenverantwortung für Gesundheit ist zwar das eigentliche Ziel der Angebote gemäß §20 SGB V (vgl. Leitfaden Prävention), darauf richtet sich aber die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

nach §65 SGB V nicht. Diese vom Gesetzgeber vorgenommene Differenzierung, ist vor dem Hintergrund der Bonusstruktur im Marketingmix schwer zu kommunizieren. Dieser Logik folgend können nur jene Versicherten ein Anrecht auf Bonifizierung von Gesundheitsverhalten erwerben, die ihr bisheriges Verhalten ändern wollen und sich deshalb z.B. für die Teilnahme an einem Nichtraucherkurs oder Ernährungskurs entschieden haben, der im Sinne des Gesetzes als qualitätsgesichertes Angebot im Rahmen der Primärprävention gilt.

Schlussfolgerung:

Bonifizierung von dauerhaftem Gesundheitsverhalten widerspricht dem Grundsatz der Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen (vgl. Leitlinie für Prävention). Als wesentliches Kriterium für Qualität von Gesundheitsförderung gilt die Nachhaltigkeit der Angebote oder anders ausgedrückt, die Übernahme von selbst gesteuerten und eigenverantwortlichem Gesundheitsverhalten durch die Teilnehmer.

Der Kundenwunsch nach dauerhafter Belohnung wird deshalb als Widerspruch zur Förderung der Eigenverantwortlichkeit durch Angebote der Primärprävention identifiziert.

Auch beim Mitnahmeeffekt von Bonifizierungen durch Teilnehmer an erwünschten Gesundheitsangeboten bleibt die gewünschte Anreizwirkung aus. Das Verhalten wird bereits ohne Bonifizierung gezeigt. Mitnahmeeffekte sind folglich unerwünscht, wenn das Ziel *Teilnahmesteigerung* in Verbindung mit Kostenreduktion erreicht werden soll. Diese Tatsache steht möglicherweise im Gegensatz zur Kundenerwartung.

Bei Kunden, die eines Anreizes zur Verhaltensänderung oder zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten nicht bedürfen, führt die Bonifizierung möglicherweise zur Unzufriedenheit mit dem Unternehmen. Dies wäre ein Effekt, der mit den Marketingstrategien der Krankenkassen kaum zu vereinbaren sein dürfte. Die Kassen werden folglich gegensteuern müssen. Dies ist z.B. durch Kulanzentscheidungen möglich. D.h. Kunden erhalten auch dann eine Bonifizierung wenn die Leistung nicht wie im Gesetz gefordert einem qualitätsgesicherten Angebot zugeordnet werden kann und die gesundheitliche

Wirkung nicht nachgewiesen ist. In Abbildung 5 ist dieser Zusammenhang graphisch dargestellt.

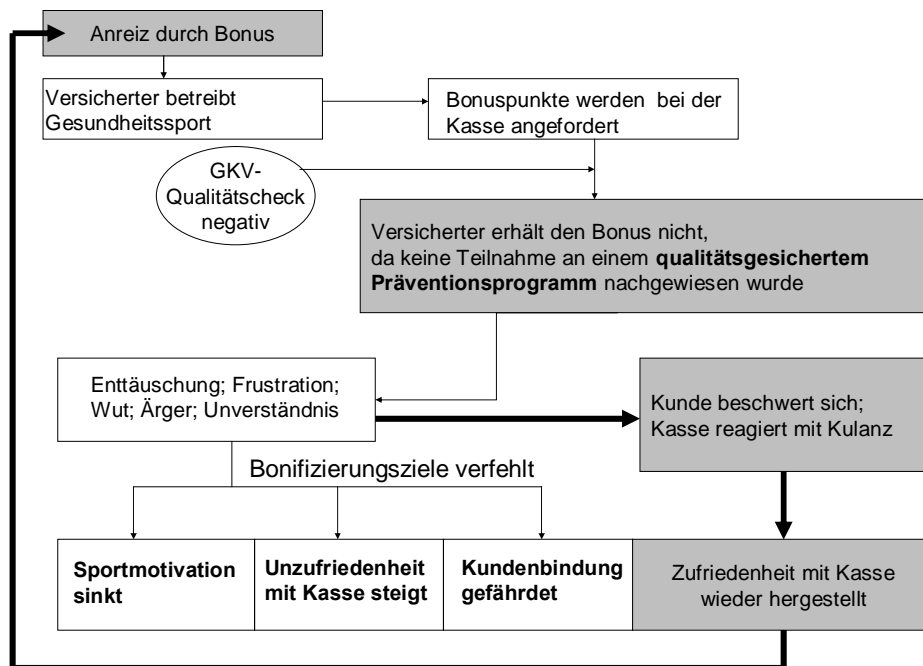


Abbildung 5: Kundenunzufriedenheit bei "Nichtbonifizierung" des intrinsischen Gesundheitsverhalten, eigene Darstellung

Abbildung 5 zeigt die Ausgangssituation, bei der ein Kunde nachhaltig und eigenmotiviert (intrinsisch motiviert) Sport treibt. Ein Anreiz in Form einer Bonifizierung ist nicht erforderlich. Nach dem Vorbild der Bonifizierungsprogramme zur Kundenbindung erwartet der Kunde den beworbenen Bonus, sofern er am Bonusprogramm teilnimmt im Nachhinein. Wenn die qualitativen Voraussetzungen zur Bonifizierung nicht erfüllt sind, lehnt die Krankenkasse in der Regel die Bonifizierung ab und verweist auf die notwendige Qualitätssicherung der Angebote. Das kommt einer Eingrenzung der Bonifizierung gleich und wird möglicherweise als Willkür der Krankenkasse interpretiert.

Die Reaktion der Kunden hängt von deren Ausgangserwartungen ab. Erwartet der Kunde eine Bonifizierung des eigenverantwortlichen Gesundheitsverhaltens, folgt bei Ablehnung Enttäuschung oder Ärger aufgrund von Frustration. Die TK geht davon aus, dass etwa 1% aller Bonifizierungen aufgrund vorausgegangener

Beschwerden zur Abwendung der Kundenunzufriedenheit vorgenommen werden müssen. Mit den Kapiteln B1.3, B3 und B4 wird diese Problemstellung nochmals aufgegriffen und aus gesundheitspsychologischer Perspektive erörtert.

Im nachfolgenden Kapitel A1.2.1 wird ein weiterer Parameter der Bonusmechanik hinsichtlich seiner Bedeutung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten analysiert.

A1.2.1 Bedeutung der Einlöseschwelle

Es wurde gesagt, dass über die variable Gestaltung der Einlöseschwellen die Bindung an das Bonifizierungsprogramm erhöht werden kann.

Lauer (2004, S.97) geht bei der Bewertung der Einlöseschwelle noch einen Schritt weiter. Er interpretiert Einlöseschwelle und Prämienattraktivität als wesentliche Unterscheidungskriterien von Bonifizierungsprogrammen.

Lauer (2002, 2004) klassifiziert die Bonifizierungsprogramme und unterscheidet dabei sechs Prämienklassen. Eine hohe Einlöseschwelle wird als Risiko eingestuft. Hohe Prämienattraktivität und eine Mischkalkulation der Einlöseschwelle fördern hingegen die Akzeptanz der Bonifizierungsprogramme (vgl. Abbildung 6).

Prämienattraktivität	hoch	Appettitanreger	Motivatoren	Imageschädiger
	niedrig	Imagesenker	Sortimentsergänzer	Irrelevant
		niedrig	hoch	zu hoch
		Höhe der Einlöseschwelle		

Abbildung 6: sechs Prämienklassen nach Lauer, 2004, S.97

Schlussfolgerung:

In der Studie dieser Arbeit wird nach der Attraktivität der Sachprämien gefragt. In späteren Studien ist zu überprüfen, inwieweit die Akzeptanz des Bonusprogramms einer Krankenkasse auch von der Einlöseschwelle abhängt.

In den Bonifizierungsprogrammen zur Kundenbindung sind gestaffelte Einlöseschwellen üblich (Lauer, 2004, S.94). Sie können auch in der GKV speziellen, ausgewählten Zielgruppen zur Verfügung gestellt werden. So lässt sich bei Personen mit Vorerkrankungen die Teilnahme an tertiärpräventiven Leistungen⁵⁰ bonifizieren, was aber eine Gesetzesnovellierung voraussetzt⁵¹. So könnten beispielsweise Personen mit orthopädischen Erkrankungen einen Sonderbonus erhalten, wenn sie regelmäßig im Fitnesscenter, Sportverein oder Rehabilitationszentrum an einem für sie geeigneten Training teilnehmen. Auf diese Weise können Bonifizierungsprogramme der Krankenkassen die *Compliance* der Patienten bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen unterstützen und Teil eines Behandlungskonzeptes werden. Voraussetzung hierfür ist die oben dargelegte einheitliche Vorgehensweise analog zur Bonifizierung der Zahnvorsorge.

Schlussfolgerung:

Der gesetzliche Rahmen zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten klammert tertiärpräventive Angebote aus. Eine gesetzliche Novellierung lässt sich gesundheitswissenschaftlich begründen. Die Kopplung der Bonifizierung an Behandlungsstandards ist eine derzeit nicht genutzte Dimension der Bonifizierung. Einspareffekte können für diese Form der Bonifizierung unmittelbar gemessen werden.

⁵⁰ Tertiärprävention zielt auf die Vermeidung von Rückfällen und Chronifizierung ab. Die Überschneidung von rehabilitativen und präventiven Interventionen dient der Verbesserung des Wohlbefindens chronisch Kranker, Vermeidung von Folgeerkrankungen, Minderung von dauerhaften Funktionseinbußen und fördert den Umgang mit der Erkrankung.

⁵¹ Der §65a Abs. 1 SGB V bezieht sich ausschließlich auf die Teilnahme an "qualitätsgesicherten Leistungen zur Primärprävention" und kann nicht als Anreiz zur Teilnahme an tertiärpräventiven Leistungen interpretiert werden. Aufgrund der gesetzlichen Rahmenbedingung ist es Krankenkassen demzufolge nicht möglich, tertiärpräventive Angebote zu bonifizieren.

Die Krankenkassen dürfen ihre Einlöseschwellen selbst bestimmen und damit zwischen Belohnung einer dauerhaften Beteiligung an gesundheitsförderlichen Angeboten oder einer kurzfristigen Zielerreichung wählen.

Je höher die Schwelle zum Erreichen einer Prämie gesetzt wird,

- desto länger muss das gewünschte Verhalten gezeigt werden,
- desto häufiger muss die Teilnahme an Leistungen zur Gesundheitsvorsorge gemäß §§25, 26 SGB V oder qualitätsgesicherten Angeboten zur Primärprävention nachgewiesen werden.

Kann der Kunde die Einlöseschwelle mit geringem Aufwand erreichen, ist die Zeitspanne zwischen *Anreiz setzen* und *Belohnung erhalten* entsprechend kurz (vgl. Abbildung 6) oder der Bonus entsprechend hoch.

Fazit:

Bonifizierung im Gesundheitswesen ist mit sich widersprechenden Zielen verbunden. Das Ziel *Kundenbindung* und das Ziel *Leistungssteuerung* stellen unterschiedliche inhaltliche Anforderungen an die GKV - Bonifizierung.

Das ursprüngliche Bonifizierungsziel *Kundenbindung* wird im Gesetzestext (vgl. Anlage 3) nicht angesprochen. Der Transfer der Methode Bonus in das Gesundheitswesen trägt diesem Aspekt der Belohnung, die sich von anderen Belohnungsarten wie Lob und Anerkennung unterscheidet, nicht ausreichend Rechnung.

Hinsichtlich der Ziele *Leistungssteuerung und Verhütung von Erkrankung* durch Gesundheitsförderung und primärpräventive Interventionen ist davon auszugehen, dass die Einlöseschwelle möglichst hoch zu setzen ist. Mit einer hohen Einlöseschwelle können die Nutzer der GKV - Bonifizierungsprogramme möglichst lange an erwünschte Verhaltensweisen gebunden werden. Dieser Effekt lässt sich auch mit wiederholter Bonifizierung erreichen. Wiederholt einen Anreiz setzen ist als kritisch einzustufen. Zum einen ist eine "Dauerbonifizierung" als kontraproduktiv bei der Entstehung intrinsisch motivierten Gesundheitsverhaltens einzuordnen (vgl. hierzu Kapitel B3) und zum anderen sind aufgrund der wiederholten Prämierung höhere Kosten für die Kassen zu

erwarten. Sollen demzufolge Kosten für die Bonifizierungsprogramme kalkulierbar bleiben, ist die Einlöseschwelle sehr genau zu kalkulieren.

Wird die Einlöseschwelle niedrig angesetzt, erhalten die Versicherten relativ zeitgleich zur erwünschten Teilnahme ihre Belohnung. Aufgrund des kurzfristig erreichten Erfolges wird die Bindung an das Instrument Bonifizierung und die Kundenzufriedenheit erhöht (Künzel, 2003, S.190 ff.; Künzel, 2005; vgl. Abbildung 6).

Die Nachhaltigkeit der Primärprävention und die daran gekoppelte erwünschte kostenseitige Einsparung im Gesundheitswesen als Bonusziele in der GKV stehen bei dieser Interpretation (vgl. Lauer, 2004, S.93 ff.) nicht im Fokus.

In Kapitel A.1.2.2. soll die Bedeutung der Prämienart in der Bonusmechanik herausgearbeitet werden.

A1.2.2 Bedeutung der Prämienart

Durch die Beteiligung an Bonifizierungsprogrammen lassen sich Einzelpreise reduzieren. So entsteht für den Kunden ein ökonomischer Nutzen. Darüber hinaus stellt die Prämienart für den Kunden einen ideellen Nutzen dar.

Prinzipiell sind die Kassen auch bei der Gestaltung ihrer Prämien nicht an Vorgaben gebunden. Sie haben zum Zeitpunkt der Analyse schwerpunktmäßig Sachprämien nach dem Vorbild des Vielfliegerprogramms *Miles and More* im Angebot.

Bezüglich des Nutzens unterscheidet Lauer (2004, S.44) vier Hauptgruppen der Bonusprämien:

- Prämien als Rabatt mit Reduktion von Einzelpreisen
- Prämien mit Lustgewinn
- Prämien, die den persönlichen Status verändern
- Sonderleistungen als Zusatzgewinn in Form einer Sachleistung

In den Abbildungen 7 und 8 sind diese Bonusdimensionen graphisch dargestellt.

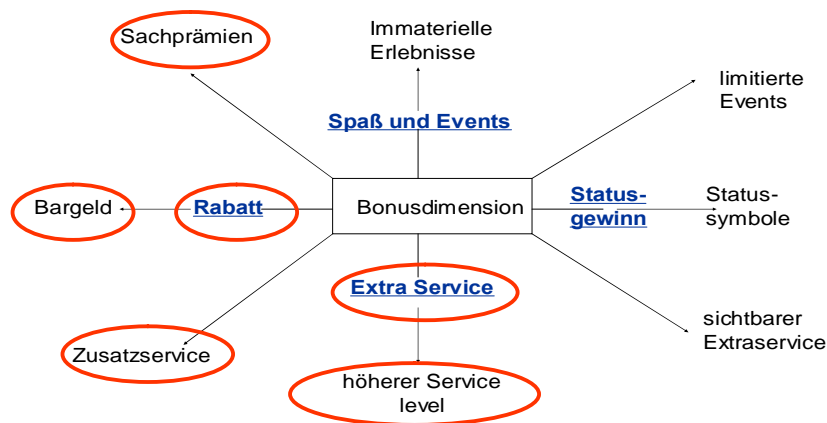


Abbildung 7: Prämien mit **ökonomischen Nutzen**⁵², eigene Darstellung in Anlehnung an Lauer, 2004, S.44

In Abbildung 7 sind Prämienarten mit ökonomischem durch Kreise gekennzeichnet.

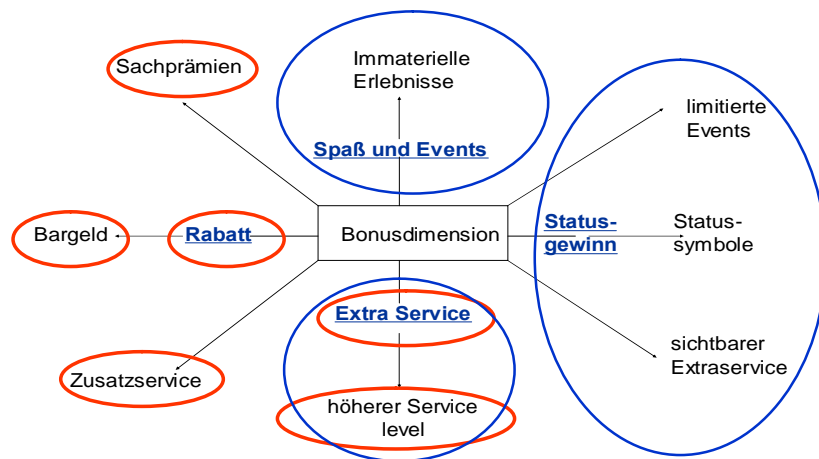


Abbildung 8: Prämien mit **immateriellen Nutzen**, eigene Darstellung in Anlehnung an Lauer, 2004, S.44

⁵² Prämien, die vor allem einen ökonomischen Nutzen verschaffen, wurden in der Abbildung 7 rot gekennzeichnet. Prämien, die einen immateriellen Nutzen bringen, wurden in der Abbildung 8 blau gekennzeichnet.

In Abbildung 8 wurden Prämienarten mit immateriellem zusätzlich gekennzeichnet.

Prämien wie die Reduktion der Selbstbeteiligung oder Erweiterung von Krankengeldzahlungen sowie Zusatzleistungen, zu denen die Erstattung der so genannten IGE-Leistungen⁵³ oder bevorzugte Behandlung im Krankenhaus gezahlt werden, gehören zum *Kerngeschäft* von Krankenkassen. Sie wurden bei Einführung der Programme im Januar 2004 und zum Zeitpunkt der theoretischen Analyse nicht angeboten. Gründe hierfür konnten nicht ermittelt werden. Auch für die gesetzliche Regelung zu Wahlleistungen⁵⁴ in der GKV ist eine Verknüpfung zwischen Leistungshöhe und Gesundheitsverhalten denkbar obgleich auch hierüber keine Erfahrungen vorliegen.

Eine mögliche Erklärung für die Zurückhaltung der Kassen bei der Verknüpfung zwischen Kerngeschäft und Bonifizierung ist eine möglicherweise bestehende Unsicherheit über die Wirkung der Prävention. Sofern die Prävention nicht den erwünschten Effekt erbringt, sind langfristig "anzusparende" Prämien, die von den Kunden im Erkrankungsfall abgefordert werden, nicht eindeutig finanziell kalkulierbar. Eine empirische Überprüfung dieser These ist erforderlich.

a) emotionaler und ökonomischer Nutzen von Prämien

Abbildung 8 zeigt, dass Bonifizierungsprogramme sowohl den emotionalen als auch den ökonomischen Nutzen von Prämien bei der Programmgestaltung berücksichtigen sollten.

Die emotionale Wirkung wird auf positive Gefühle, die mit dem Empfang der Prämie gekoppelt sind (z.B. Abenteuer, Anerkennung, Entspannung, Genuss, Image, Beachtung), zurückgeführt. Nach Lauer (2004, S.44-45) ist eine scharfe Trennung zwischen ökonomischem und emotionalen Nutzen nicht möglich. Eine materielle Prämie zu erhalten ist demzufolge auch gleichzeitig mit einem emotionalen Nutzen verbunden.

⁵³ IGe– Leistungen: IGeL bedeutet "individuelle Gesundheitsleistungen". Es handelt sich um Behandlungen die wünschenswert sind, von den Kassen aber nicht übernommen werden dürfen. "Auch wenn Ihre Krankenkasse Ihnen im Einzelfall gerne z. B. eine reisemedizinische Beratung oder eine Tauchuntersuchung oder kosmetische Operation bezahlen würde, geht das nicht, weil die Leistungen vom Gesetzgeber genau festgelegt sind". Quelle: <http://www.krankenkasse.de/documents.pl?op=display&did=66> vom 16.01.07

vgl. auch Arbeitsgruppe Alternative Wirtschaftspolitik: Gesundheitspolitik: Solidarität statt Privatisierung und Marktorientierung. <http://www.memo.uni-bremen.de/docs/sm0213.pdf> vom 20.05.07, S. 16

⁵⁴ vgl. zum Begriff "Wahlleistungen" Wille, 2001, S. 47-61

Künzel (2003, S.183) konnte zeigen, dass der ökonomische Nutzen von den Bonusteilnehmern hoch bewertet wird. Lauer (2002, 2004) fand heraus, dass Bonifizierungsprogramme am ehesten mit *Rabatt* assoziiert werden. Hierzu zählen sowohl Geld- als auch Sachprämien. Als nachteilig bewertet Künzel (2003, S.44), dass diese Prämienart nicht zu einer starken emotionalen Bindung an das Bonifizierungsprogramm führt. Die Kunden setzen sie als grundlegend in Bonifizierungsprogrammen voraus.

Schlussfolgerung:

Der empirische Nachweis, dass Kunden psychologischen Nutzen durch bevorzugte Behandlung höher als den ökonomischen Nutzen bewerten, ist noch nicht abgeschlossen (Müller, 2006, S.11). Er ist in weiteren Studien für den Einsatz im Gesundheitswesen noch zu erbringen.

b) Extraservice

Innerhalb der Sachprämien nimmt der *Extraservice*⁵⁵ eine besondere Stellung ein.

Extraservice basiert auf dem ursprünglichen Produkt- und Dienstleistungsangebot des Unternehmens. Bei dieser Art von Belohnung wird für den Kunden ein enger Bezug zwischen Kernkompetenz des Unternehmens und Bonusleistung suggeriert. Lauer(2004, S.48) bezeichnet sie als Vorzugsbehandlung, die häufig mit dem Erwerb eines höheren Kundenstatus verbunden ist. Extraservices bringen sowohl einen ökonomischen als auch einen emotionalen Nutzen und gelten deshalb neben der Statusprämie als besonders geeignet für die Bonifizierung (Ploss, 2002; Künzel, 2003; Lauer, 2004). Auch die Kundenakzeptanz dieser Prämien gilt im Zusammenhang mit Kundenbindungsprogrammen als besonders hoch. Es fehlt jedoch bisher an validen Erkenntnissen über die Akzeptanz dieser Prämienart im Zusammenhang mit deren Einsatz im Gesundheitswesen.

Die positive Einschätzung der Kundenbindung für diese Prämienart resultiert aus einem besonders hohem Maß an Kundenzufriedenheit, welche durch diese Prämienart ausgelöst wird (Lauer, 2004, S.48). Diese Erkenntnis muss auch von

⁵⁵ Extraservice, der zur bevorzugten Behandlung des Kunden führt, wurde in Deutschland zum Beispiel bei der Lufthansa als "*Senator-card*" oder bei der Deutschen Bahn AG als *bahncomfort-Kunde* bekannt.

Krankenkassen berücksichtigt werden, sofern sie das Ziel einer hohen Kundenzufriedenheit verfolgen. So kann bei den Krankenkassen der GKV beispielsweise die Reduzierung von Zuzahlungen, die Beitragssatzsenkung oder eine besondere Dienstleistung - wie sie oben beschrieben wurde - einen *Extraservice* darstellen und auf einen bestimmten Kundenkreis mit einem entsprechenden Gesundheitsverhalten beschränkt werden. Es ist davon auszugehen, dass auch die Kundengruppe, die eine Bonusanwartschaft nicht verfolgt, diese Möglichkeit positiv beurteilt. Das ist empirisch zu überprüfen.

Die TK stufte in ihrem Konzept (Reichelt (u.a.), 2003) zur Einführung des TK-Bonusprogramms den emotionalen Nutzen einer Prämie ursprünglich höher als den ökonomischen Nutzen ein. Sie verzichtete zunächst auf die Auszahlung von Geldprämien.

Nach Einführung der Geldprämie im September 2005 zeigte sich allerdings, dass diese Prämienart von den TK-Versicherten am häufigsten von allen Prämienarten abgerufen wird. Damit bestätigt sich das Ergebnis der repräsentativen TK-Versichertenbefragung aus dem Jahre 2002, bei der die TK-Versicherten die Geldprämie am häufigsten als Wunschprämie nannten (vgl. Auer, Knaack, Hildebrandt, 2003).

c) Statusprämie

Auch die *Statusprämie* trägt zur Kundenbindung (Lauer, 2004, S.50-52, Wittbrodt, 1995, S.71-73) bei. Beispielsweise wurde bei der Deutschen Lufthansa ein Kofferanhänger für "*Vierflieger*" eingeführt. Der somit ausgewiesene Status *Vierflieger* führt zu einer sich potenzierenden Sonderbehandlung durch alle Mitarbeiter des Unternehmens. Sobald auf dem Flughafen der Kofferanhänger entdeckt wird, erhält der Kunde von den Mitarbeitern eine bevorzugte Betreuung.

Übertragen auf die Leistungen einer Krankenkasse ist folgendes Szenario denkbar: Der erarbeitete Status löst eine bevorzugte Krankenbehandlung aus, die mit den Kassen gesondert abgerechnet und als Prämie gebucht wird. Variationen sind möglich: So kann diese Bonusart an die Art oder Dauer der gesundheitsförderlichen Aktivität geknüpft werden, wie die langjährige aktive Mitgliedschaft in einem Fitnessstudio oder Sportverein. Versicherte, die nachhaltig für die Erhaltung ihrer Gesundheit aktiv sind, beispielsweise

schwerpunktmäßig im Bereich der Bewegung, können einen besonderen Versicherungsstatus oder Wahltarif erhalten.

Eine Art Status lässt sich auch für sportmedizinisch begründete Fitnessstufen vergeben, die im Rahmen eines *Gesundheits-Checkup* zu ermitteln sind. Die Bonifizierung erfolgt in diesem Fall auf der Grundlage einer ärztlichen Befürwortung, die vertraglich zu regeln ist. Ärztliche Begutachtung kann auch an empfohlene Vorsorgeuntersuchungen - wie den *check up 35* – gekoppelt werden. Nicht der Teilnahmenachweis löst dann die Bonifizierung aus, sondern die ärztliche Begutachtung, ohne dass die Kasse eine Information über die Ergebnisse der Untersuchung erhalten muss. Diese Form stellt wie bei der "Teilnahmebonifizierung" eine Belohnung im Nachhinein dar. Der Unterschied besteht darin, dass hier das "Ergebnis des Gesundheitsverhaltens" und nicht die angenommene oder unterstellte Wirkung der Teilnahme an mehr oder weniger wirksamen Kursangeboten bonifiziert wird.

Die Darstellung einer solchen Prämierung muss allerdings einer ethischen Prüfung unterzogen werden. Es ist hier nicht hinreichend diskutiert, inwieweit dieser Bonifizierungsansatz Chancenungleichheit im Gesundheitswesen verstärkt.

Für diese Prämienart bleibt das wirtschaftliche Risiko für die Krankenkasse in dem Maße kalkulierbar, wie sich die Wahrscheinlichkeit eines Leistungsfalls durch das praktizierte Gesundheitsverhalten reduziert. Gleichzeitig wird so den Kassen ein Anreiz gegeben, Bonifizierungsprogramme nicht ausschließlich als Kundenbindungsinstrument einzusetzen, sondern in ihr Präventionskonzept mit dem Ziel der Leistungssteuerung zu integrieren.

Bei *Miles and More* ist der besondere Status an ein definiertes Zeitintervall, innerhalb dessen die Punkte zu erwerben und einzulösen sind, gebunden. Auch diese Praxis kann auf die Krankenkassenpraxis übertragen werden. So kann ein besonderer Versichertenstatus auf Zeit erworben werden. In einem jeweils vorher zu definierenden Zeitfenster erwerben Versicherte ihre Bonusanwartschaft als Sonderleistung, indem sie außertariflichen Leistungen in Anspruch nehmen können.

Diese Beispiele zeigen, dass sich der Bonus für Gesundheitsverhalten deutlicher an das Kerngeschäft⁵⁶ einer Krankenkasse koppeln lässt, als das zum Zeitpunkt dieser Analyse der Fall ist.

Schlussfolgerung:

Die Krankenkassen haben vielfältige Möglichkeiten, die Bonifizierung für Gesundheitsverhalten und ihr Kerngeschäft miteinander zu verbinden. Das Risiko, dass der Krankenkasse aufgrund derartiger Sonderleistungen zusätzliche Kosten entstehen, sinkt mit der steigenden Zahl gesunder Lebensjahre ihrer Versicherten.

Diese These ist in Langzeitstudien empirisch zu überprüfen.

Ein Bonus, der diesem Ansatz folgt, kann als *Wahltarif* innerhalb der GKV angeboten werden. Ein "Bonustarif" transportiert die gesundheitspolitische Botschaft: *"Wenn Sie bereit sind, von der Krankenkasse empfohlene Gesundheitsangebote zu nutzen oder aktiv etwas zu Ihrer Gesunderhaltung beitragen, ist Ihre Krankenkasse bereit, im Krankheitsfall mehr als gesetzlich festgelegt für Sie zu leisten"* (vgl. hierzu auch Kapitel B1.2.2).

Steigt die Nachfrage an dieser Bonusart, eröffnen sich für Leistungserbringer neue Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Krankenkassen. Gleichzeitig ist ein Anreiz für die Leistungsanbieter gesetzt, gesundheitsförderliche Aktivitäten ihrer Patienten und deren Bonifizierung zu unterstützen.

Die genannten Gestaltungsmöglichkeiten zeigen, dass die Bonusmechanik (Lauer, 2004; Künzel, 2003) mehr Möglichkeiten zur Anreizsetzung im Gesundheitswesen bietet, als in den ersten beiden Jahren nach Einführung der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten genutzt wurden.

Es wurde gesagt, dass die Krankenkassen bei der Umsetzung des §65a SGB V (Stand 2004) im Spannungsfeld zwischen Marketing und Prävention agieren. Die Auswirkungen auf die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten sollen im folgenden Kapitel diskutiert werden.

⁵⁶ Versicherung des Krankheitsfalles

A2 Schlussfolgerungen für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

Mit der Gesetzgebung zur Bonifizierung vom 01.01.2004 wird primär der Anreiz für jenes Verhalten geschaffen, dem eine Kosten senkende Wirkung unterstellt wird⁵⁷. Damit wird individuellem Verhalten eine gesundheitspolitische Bedeutung zugewiesen, was in Kapitel B1 ausgeführt wird. Es wurde gesagt, dass die Kassen im Gesetz zur Qualitätssicherung verpflichtet werden und damit ihr Entscheidungsspielraum begrenzt bleibt. Dies kann auch auf die wechselvolle Entwicklungsgeschichte der Gesundheitsförderung und Prävention in der GKV zurückgeführt werden. Den Krankenkassen wurde 1996 vorgeworfen, durch Marketingorientierung ihrer Angebote weniger das Ziel der Leistungssteuerung als den Wettbewerb unter den Kassen zu fördern. Haenecke (2001) kommt in seiner Analyse der GKV-Unternehmensziele zu dem Ergebnis, dass vor allem kasseninterne, also hauptsächlich unternehmerische Ziele wie Kundenbindung oder Kundengewinnung bei der Umsetzung des §20 SGB V (Gesundheitsförderung und Prävention) im Vordergrund stehen. Damit wird der GKV allgemein unterstellt, eher interne, wirtschaftliche Interessen bei der Stärkung der Primärprävention als ethische und gesundheitspolitische Ziele zu verfolgen.

Da die Kosten und der etwaige wirtschaftliche Nutzen der Prävention nicht zeitgleich anfallen können, ist eine solche Herangehensweise des GKV-Kassenmanagements grundsätzlich nachvollziehbar.

Rosenbrock (2002b) weist darauf hin, dass bei den Kassen verständlicherweise ein objektives Interesse an einer guten Risikomischung ihrer Mitglieder besteht. Unabhängig von der Kassenart stehen die Unternehmensziele Kassenfortbestand und Kassengröße, d.h. Entwicklung der Mitgliederzahlen und Risikoselektion bei der Ausgestaltung der Prävention im Vordergrund. Das ökonomische Interesse der Kassen müsste folglich sein, mit attraktiven Leistungen - wie der Prävention - Zielgruppen anzusprechen, bei denen ein

⁵⁷ Vgl. hierzu das Gutachten des Sachverständigenrates zur konzertierten Aktion im Gesundheitswesen, 2001, Bd. 1 - <http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405660.pdf> vom 23.03.07

hoher Deckungsbeitrag⁵⁸ absehbar ist (vgl. Wille, 1999; Wille, Resch, 2004; vgl. hierzu Kapitel A1.1) dieser Arbeit).

Der gesetzliche Auftrag, mit der Finanzierung von Maßnahmen zur Primärprävention und Gesundheitsförderung insbesondere die sozialbedingte Chancenungleichheit bei der Gesunderhaltung auszugleichen, rückt bei dieser Sichtweise allerdings in den Hintergrund. Positiv ist, dass neben der Durchführung und Finanzierung der Angebote die Entwicklung von Interventionen zur Verbesserung der Strukturqualität⁵⁹ und die Wirksamkeitsevaluation der Präventionsangebote in das Kerngeschäft der Kassen mit einbezogen werden können (Walter, Drupp, Schwartz, 2002).

Eine Verknüpfung zwischen Maßnahmen zur Kundenbindung und Impactförderung hinsichtlich Vorsorge, Prävention, Gesundheitsmanagement bzw. Disease Management Programmen gilt als legitim, wenn das Ziel, ausgabenseitige Einsparungen im Gesundheitswesen zu fördern, trotz aller Marketinginteressen ernsthaft verfolgt wird.

Bis zur Einführung des §65a SGB V wurden Belohnungssysteme nach dem Vorbild der Kundenbindungsangebote nicht systematisch im Gesundheitswesen eingesetzt. Es liegen bisher keine gesundheitswissenschaftlichen oder gesundheitspsychologischen Erkenntnisse über den Einsatz von Belohnungssystemen dieser Art vor. In dieser Arbeit soll eine erste theoretische Analyse erfolgen und Forschungsfragen abgeleitet werden.

Im ersten Schritt werden in Tabelle 2 Ergebnisse vorliegender Studien zur Bonifizierung als Kundenbindungsinstrument hinsichtlich ihres Transfers auf die GKV bewertet.

⁵⁸ Der **Deckungsbeitrag** (auch **Bruttogewinn**) ist im betriebswirtschaftlichen Rechnungswesen die Differenz zwischen den variablen Erlösen und den variablen Kosten. Es handelt sich also um den Betrag, der zur Deckung der Fixkosten zur Verfügung steht. (Oberender, Zerth, Hebborn, 2006, 34-42)

⁵⁹ Strukturqualität bezieht sich auf die Voraussetzungen, die für die Erbringung einer hohen Leistungsqualität erforderlich sind (z.B. Anzahl und Qualifikation der Mitarbeitenden, technische und bauliche Infrastruktur, Zusammenarbeitsformen, Organisationsstruktur). Quelle: <http://qualitaet.insel.ch/strukturqualitaet.html> - 03.01.2007

wissenschaftlich überprüfte These / Studienergebnis	Autor	Abgeleitete Konsequenz für GKV
<p>Der ökonomische Nutzen von Bonifizierungsprogrammen wird von den B+ hoch bewertet.</p> <p>Für 81% von n=1062 ist der erwartete ökonomische Nutzen das Hauptmotiv zur Teilnahme(Künzel, 2003).</p>	<p>Künzel, 2003 Berry,1995</p>	<p>Ökonomischer Nutzen erhöht die Bereitschaft am Bonifizierungsprogramm teilzunehmen.</p> <p>Zur Bindung an ein Bonifizierungsprogramm ist ein wahrnehmbarer ökonomischer Nutzen nötig. Der Nutzen muss nicht zwingend als monetärer Betrag erkennbar sein (Bsp.: Bonifizierung der Zahnvorsorge gem. §55 SGB V, sondern als ökonomischer Nutzen einzuordnen sein. Dies kann durch Sachprämien oder Geldprämien erreicht werden.</p> <p>Sofern es eine Verbindung zwischen Bonus- und Malusregelung gibt wie beim Selbstbehaltmodell (vgl. Felder, Werblow, 2006) der TK kann von einer Selbstselektion ausgegangen werden. An dieser Art Bonifizierungsprogramm würden sich eher gesunde Personen beteiligen.</p>
<p>Der ökonomische Nutzen hat einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit dem Bonifizierungsprogramm.</p>	<p>Künzel, 2003</p>	<p>Bindung an das GKV- Bonifizierungsprogramm lässt sich über interessante Prämien erzeugen. Zu überprüfen ist, ob die Höhe des Bonus / Art der Prämie, aus der sich der ökonomische Nutzen ableiten lässt, eine Auswirkung auf die Zufriedenheit mit dem Bonifizierungsprogramm und der anbietenden Krankenkasse hat. Es ist zu überprüfen, ob die Höhe des ökonomischen Nutzens einen Einfluss auf die Zufriedenheit hat.</p>

wissenschaftlich überprüfte These / Studienergebnis	Autor	Abgeleitete Konsequenz für GKV
<p>Der ökonomische Nutzen führt nicht dauerhaft zu Wettbewerbsvorteilen beim Unternehmen.</p>	<p>Berry, 1995</p>	<p>Als Wettbewerbsvorteile bei der Krankenkasse gelten die Bindung der Versicherten mit einem hohen Deckungsbeitrag an die jeweilige Kasse sowie die Senkung der Ausgaben für die Behandlung von vermeidbaren Zivilisationskrankheiten.</p> <p>Wenn Versicherte immer schneller höhere Prämien erreichen, ist das Ziel der Einsparung aufgrund hoher zu erwartender Investitionen gefährdet.</p>
<p>Bonifizierungsprogramme haben einen sozialen Nutzen aufgrund der Kommunikationsmöglichkeiten, die sie bieten.</p>	<p>Berry, 1995 Klingenberg, 2002</p>	<p>Für Krankenkassen bieten Bonifizierungsprogramme eine positiv besetzte Kommunikationsplattform. Die Angebote zur Prävention lassen sich über das Bonusprogramm kommunizieren. Der Bekanntheitsgrad der Präventionsangebote steigt in dem Maße wie die Bekanntheit der Bonifizierungsgründe steigt.</p>
<p>Der soziale Nutzen hat keinen Einfluss auf die Zufriedenheit der B+ mit dem Bonifizierungsprogramm.</p> <p>Mitgliedschaft in einem Bonusprogramm beeinflusst Kundenbindung positiv, sofern das Bonusprogramm als positiv erlebt wird.</p>	<p>Künzel, 2002/2003</p>	<p>Kundenbindungsaspekte sind als Erfolg für Bonifizierungsprogramme in der GKV zu werten.</p> <p>Kundenbindung kann erzielt werden, wenn das Angebot Bonusprogramm von den Versicherten in seiner Gesamtheit als positiv beurteilt wird. Kassen, die mit dem Bonusprogramm die Kundenbindung erhöhen wollen, müssen die Erwartungen ihrer Kunden an solche Programme erfüllen.</p>
<p>Wird die Prämie direkt im Anschluss an das erwünschte Verhalten gewährt, wird der Nutzen des Bonifizierungsprogramms höher eingeschätzt.</p>	<p>Yi, Jeon, 2003</p>	<p>Für die Zufriedenheit mit dem Bonifizierungsprogramm empfiehlt es sich, Prämien, die direkt im Anschluss an das erwünschte Verhalten gewährt werden, zu ermöglichen.</p> <p>Ein "Prämienmix" mit geringen und hohen Einlöseschwellen lässt höhere Zufriedenheit und daraus resultierend Kundenbindung vermuten.</p>

wissenschaftlich überprüfte These / Studienergebnis	Autor	Abgeleitete Konsequenz für GKV
Die Wahl der Sach- und Geldprämien ist vom Aufwand abhängig, die Einlöseschwelle zu erreichen. Sachprämien werden bei niedrigem Aufwand und Geldprämien eher bei hohem Aufwand gewählt. Geldprämien sind dabei eher als funktional einzustufen und Sachprämien als "hedonistisch" mit einem erhöhten "Spasfaktor".	Kivetz, Simonson, 2002a	Geldprämien sollten an höhere Einlöseschwellen gekoppelt sein. Die Einlöseschwellen sind an den jeweiligen Aufwand anzupassen.
Hedonistische Prämien werden in ihrem wahren Geldwert häufig überschätzt.	Liston-Heyes, 2002	Sachprämien können einen höheren ökonomischen Nutzen suggerieren. Ein Prämienmix ist empfehlenswert.
Die Erhöhung der Einlöseschwelle / Erreichungsschwelle und des Prämienwertes führt zu einer höheren Motivation.	Jeffrey, 2002	Das GKV –Bonifizierungsprogramm braucht Einlöseschwellen, die an die angenommene Grundmotivation angepasst sind. Wollen die Kassen eine hohe Motivation für Gesundheitsverhalten erreichen, sind hochwertige Prämien einzusetzen. "Bonusramsche" reduziert die Motivation. Ein Prämienmix ist empfehlenswert.
Sachprämien führen zu einer höheren Kundenbindung als Geldprämien, da sie länger im Gedächtnis bleiben. Güter, die selten selbst gekauft werden eignen sich besser als Sachprämie als Güter, die selbst gekauft werden.	Jeffrey, 2002	Sachprämien sind für die Kundenbindung geeignet. Ein Prämienmix ist empfehlenswert. Sachprämien, die sich an der Kernkompetenz der Versicherung (z.B. Sonderleistungen, Reduktion von Selbstbehalt etc.) orientieren, sind empfehlenswert.
Geld und Sachprämien führen nicht zu einer emotionalen Bindung an das Unternehmen.	Lauer, 2004	Diese These steht im Gegensatz zur These von Jeffrey (2002). Deshalb sollte die These in differenzierten Studien mit Kohorten von GKV-Kunden überprüft werden.
Erhöhung der Bonusanforderung (Erreichen der Einlöseschwelle) führt dazu, dass B+ die Attraktivität des Programms höher bewerten.	Kivetz, Simonson, 2002a	Die Attraktivität des Programms scheint zu sinken, je leichter es wird, die Einlöseschwelle zu erreichen. Es ist ein Mix zu empfehlen.

wissenschaftlich überprüfte These / Studienergebnis	Autor	Abgeleitete Konsequenz für GKV
<p>An Bonifizierungsprogrammen nehmen überdurchschnittlich viele Kunden teil, die bereits eine hohe Kundenbindung haben.</p>	<p>Diller, 1997</p>	<p>Dieses Ergebnis stellt die Effektivität der Bonifizierung hinsichtlich der Kundenbindungswirkung grundsätzlich in Frage. Es konnten keine Bestätigungen der Ergebnisse im Gesundheitswesen ermittelt werden.</p> <p>Es ist zu überprüfen, ob, der gesundheitsförderliche Effekt durch Mitnahmeeffekte ebenso geschwächt wird wie der Kundenbindungseffekt.</p> <p>Die Kassen sollten überprüfen, ob die erwünschten Kundengruppen durch das Bonifizierungsprogramm erreicht werden. Durch gezielte Bewerbung, Ansprache und Sonderbonifizierungen lässt sich die erwünschte Zielgruppe erreichen. Dies ist empirisch zu überprüfen.</p> <p>Bei der empirischen Überprüfung sollten Kundenbindungszielgruppen und gesundheitswissenschaftliche Zielgruppen unterschieden werden.</p>
<p>Der Anstieg der Kaufhäufigkeit ist bei B+ und B- gleich, sofern Produkte beworben werden.</p>	<p>Sharp, 1997</p>	<p>Die Bewerbung der Präventionsangebote im Zusammenhang mit der Kommunikation zum Bonifizierungsprogramm kann bereits Impact erhöhenden Effekt haben.</p> <p>Dies ist für das jeweilige Angebot empirisch zu überprüfen, da die Art der Bewerbung einen Einfluss haben könnte. Werbung für Gesundheitsförderungsangebote könnte den gleichen Effekt auf die Teilnahmefrequenz haben wie die Bonifizierung – das ist empirisch zu überprüfen.</p>
<p>Die Kundenbindung steigt, wenn das Bonifizierungsprogramm auch bei Partnerunternehmen eingesetzt wird.</p>	<p>Verbeck, 2000</p>	<p>Verbecks Erkenntnis bezieht sich auf die leichtere Erreichbarkeit von Einlöseschwellen.</p> <p>Der Nutzen ist weniger für die Krankenkasse als für die Leistungserbringer zu vermuten. Es gibt hierfür keine gesicherten Hinweise.</p>

wissenschaftlich überprüfte These / Studienergebnis	Autor	Abgeleitete Konsequenz für GKV
<p>Langfristige ökonomische Wettbewerbsvorteile durch Bonifizierungsprogramme wurden bisher nicht dokumentiert.</p> <p>Kurzfristige Wettbewerbsvorteile sind beispielsweise für</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tesco (UK) mit 30% Steigerung des Umsatzes pro Kunde; Verdopplung des Aktienwertes (Stand 2001) dokumentiert 		<p>Erst eine zielgruppenspezifische langfristige Evaluation kann zu der Aussage führen, dass Impactsteigerungen auf den Bonus zurückzuführen sind.</p> <p>Es ist zu überprüfen, ob die Teilnahme am Bonus tatsächlich mit einer gesunden Lebensweise einhergeht und dadurch langfristig Kosten im Gesundheitswesen eingespart werden können.</p> <p>Eine Kostenevaluation ist auf Langfristigkeit anzulegen.</p>

Tabelle 2: Ableitung von Leitlinien für die Einführung von Bonifizierungsprogrammen in der GKV (Personen, die einen Bonus erhalten = B+; Personen, die keinen Bonus erhalten = B-); eigene Darstellung

Da Bonifizierung des Gesundheitsverhaltens vom deutschen Gesetzgeber als Steuerungsinstrument im Gesundheitswesen eingesetzt wurde (vgl. §65a SGB V), erfolgt im Kapitel B1 ein Exkurs auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Daran lässt sich die Möglichkeit zur Kostensteuerung durch Bonifizierung von Gesundheitsverhalten erkennen.

Inwieweit das erwünschte gesundheitspolitische Ziel durch Prävention und Gesundheitsförderung erreicht werden kann, ist darzulegen. Die Herleitung erfolgt vor dem Hintergrund der Studie (vgl. Teil C) exemplarisch am Beispiel der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch Gesundheitssport.

Teil B Theoriegeleiteter Ansatz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

In Teil A der Arbeit wurde bereits ausgeführt, dass die Bonifizierung nicht als Instrument zur Kundenbindung, sondern als Kostensteuerungsinstrument und damit als ein Baustein zur Sicherung der Finanzierbarkeit⁶⁰ des deutschen Gesundheitswesens eingeführt wurde. Im Kapitel B1 der Arbeit werden der gesundheitspolitische Ausgangspunkt und die Zielsetzung der Bonifizierungsprogramme im deutschen Gesundheitswesen sowie der inhaltliche Rahmen für die Gestaltung der Bonifizierungsprogramme in der GKV aufgezeigt.

B1 Bonifizierung als Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen

Immer häufiger wird im Zusammenhang mit der Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens von einer *Kostenexplosion* gesprochen (Herder-Dorneich, 1980, S.132; Oberdieck, 1998; Kühn, 2001; Kolip, 2002; Schlander, Schwarz, Thielscher, 2005; Beske, Drabinski, 2005)⁶¹. Vor diesem Hintergrund wird nachvollziehbar, dass der Gesetzgeber alle Reformoptionen ausnutzt, um eine Kostenbegrenzung zu erreichen (Wille, 1998, Wille, Igel, 2002). Neben den Einnahmen bestimmen die Ausgaben die gegenwärtige Kostenentwicklung. Diese werden durch vier Komponenten bestimmt (vgl. Drabinski, 2003, S.20). Sie sollen der weiteren Analyse vorangestellt werden.

- Kosten für medizinische, pflegerische Dienstleistung:
Hierzu zählen die Kosten für Dienstleistungen im Rahmen der Gesundheitsförderung, Rehabilitationsmaßnahmen und Aufwendungen für Heil- und Hilfsmittel sowie Leistungen ohne Morbiditätsbezug wie die Haushaltshilfe, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch oder Empfängnis-Verhütung.

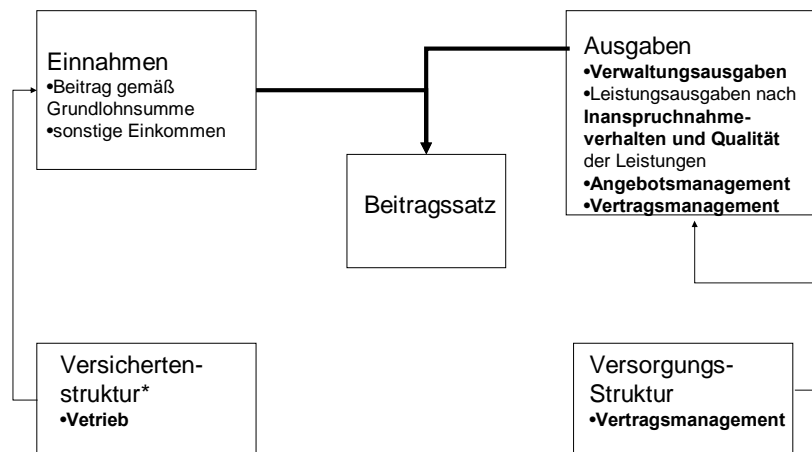
⁶⁰ Finanzierbarkeit meint die Bereitschaft der GKV-Mitglieder zahlend am Solidarausgleich teilzunehmen und Leistungen in Anspruch nehmen zu können.

⁶¹ Mindestens seit 1974 lassen sich Versuche nachweisen, die so genannte "Kostenexplosion" zu quantifizieren – vgl. Herder-Dorneich (1980, S.132)

Die Kosten werden beeinflusst durch den medizinisch technischen Fortschritt⁶², durch die Preisentwicklung auf dem Gesundheitsmarkt und das Inanspruchnahmeverhalten der GKV-Versicherten.

- Altersstruktur der Versicherten, da der Gesundheitszustand in der Regel negativ mit dem Alter korreliert – unter dem Stichwort "demographische Entwicklung" diskutiert.
- Gesellschaftliche Normen, Wohlstand und Anspruchshaltung; daraus resultiert die Angebotsstruktur und das Inanspruchnahmeverhalten.
- Effektivität und Effizienz der Leistungen aufgrund der Qualität vs. Ineffektivität und Ineffizienz.

Aus den genannten Komponenten wurden die Möglichkeiten zur Kostensteuerung abgeleitet. Sie sind in der Abbildung 9 zusammengefasst.



* - nach dem 2005 gültigem Finanzierungsmodell der GKV

Abbildung 9: Ansatzpunkte für das Kostenmanagement (fett) der Krankenkassen; eigene Darstellung auf der Grundlage von Oberender, Zerth, Hebborn (2006)

Mit Abbildung 9 wird gezeigt, dass die Beeinflussung der Leistungsinanspruchnahme und deren kostenseitige Wirkung (Ausgaben) in dem

⁶² Die Wachstumsrate der GKV-Ausgaben wird von Beske, Drabinski (2005) auf 1% p.a. bis 2050 unterstellt.

bis 2005 gültigem Finanzierungssystem als wesentliches Steuerungsinstrument im deutschen Gesundheitswesen gelten.

Zum Angebotsmanagement sind auch Regelungen über Selbstbeteiligung⁶³ und Selbstbehalte zu zählen, die allerdings durch gesetzliche Rahmenbedingungen strukturiert werden. Auch sie steuern letztlich das Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen (vgl. Breyer, Zweifel, 1999). Die Wirkung von Selbsthalten und Selbstbeteiligung auf das Inanspruchnahmeverhalten von GKV-Leistungen soll in dieser Arbeit nicht weiter analysiert werden. Die Vielzahl der gesetzlichen Steuerungsversuche zeigt, dass das Thema *Kostenexplosion* seit dem Kostendämpfungsgesetz 1977 bis heute auf der politischen Tagesordnung steht. Abbildung 10 verdeutlicht, dass es trotz der gesetzlichen Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung und Ausgabensteuerung nicht zu einer nachhaltigen Veränderung in der seit Ende der siebziger Jahre beobachteten Beitragsentwicklung gekommen ist⁶⁴.

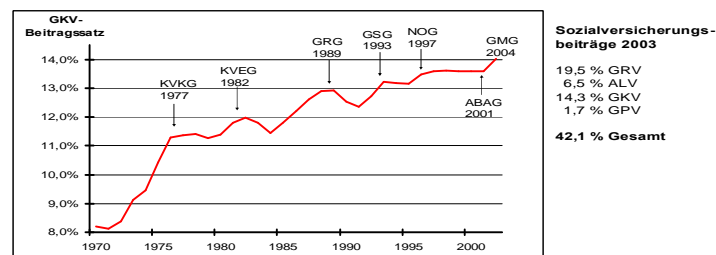


Abbildung 10: Auswirkung der Kostendämpfungsregelungen auf die Beitragsentwicklung (TK: Reichelt, 2003)

⁶³ Bei Selbstbeteiligung im engeren Sinne handelt es sich um eine Zuzahlung nach Inanspruchnahme einer Versicherungsleistung. Andere Beteiligungen des Versicherten an der Finanzierung der Gesundheitsdienstleistungen wie die Zahlung von Versicherungsbeiträgen oder die private Kostendeckungen von Leistungen, die nicht im Leistungskatalog der GKV enthalten sind, werden nicht unter diesem Begriff gefasst (vgl. auch Schulenburg, 1987).

⁶⁴ 1977: Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz; 1982: Kostendämpfungs-Ergänzungsgesetz; 1983/84: Haushaltsbegleitgesetze; 1989: Gesundheitsreformgesetz (GRG); 1993: Gesundheitsstrukturgesetz (GSG); 1996: Gesetz zur Stabilisierung der Krankenhausausgaben 1996; 1996-97: Beitragsentlastungsgesetz; 1998: GKV-Finanzstärkungsgesetz; 1999: Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der Gesetzlichen Krankenversicherung; 2000: GKV-Gesundheitsreform 2000; 2001: Festbetrags-Anpassungsgesetz (FBAG) und Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz (ABAG); 2002: Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen und Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der GKV 2003; 2004: Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG)

Die immer nur kurzfristige "kostendämpfende" Wirkung der aufgeführten Gesetze macht deutlich, dass eine endgültige effektive Strukturänderung im Gesundheitswesen zur Behebung bestehender Kostendeckungsprobleme noch nicht stattgefunden hat.

Dem von Jahr zu Jahr schnelleren Anstieg der Gesundheitsausgaben steht das stagnierende reale Wirtschaftswachstum in Deutschland gegenüber (Braun, Kühn, Reiners, 1998; Kolip, 2002, S.12; Drabinski, 2003; Schlander, Schwarz, 2005; Oberender, 2006).

Drabinski (2003) bezieht in seine Analyse der Beitragssatzentwicklung die Wiedervereinigung Deutschlands als beeinflussende Komponente ein. Da diese die Arbeitslosenzahlen erhöht hat, wird davon ausgegangen, dass die Beitragssätze im Zeitraum 1997-2003 ohne Wiedervereinigung jährlich um 0,024 Beitragssatzpunkte gesunken wären (vgl. Drabinski, 2003, S.29; Hof, 2001, S.250).

Obwohl diese Schätzung hypothetisch ist, macht Drabinski (ebenda) deutlich, dass ein entscheidender Faktor für die Diskussion der "Kostenexplosion im Gesundheitswesen" die wirtschaftliche Entwicklung ist. Ihr Einfluss soll in dieser Arbeit nicht näher betrachtet und bewertet werden.

B1.1 Die Ausgabenentwicklung in der GKV unter Berücksichtigung der demographischen Entwicklung

In Abbildung 11 ist das kontinuierliche Wachstum der Gesundheitsausgaben seit 1992 dargestellt. Stagnation war lediglich im Zeitraum zwischen 1996 und 1997 im Zusammenhang mit dem Beitragsentlastungsgesetz zu erkennen. Mit diesem Gesetz wurde auch die Prävention gemäß §20 SGB V aus dem Leistungskatalog der Krankenkassen gestrichen.

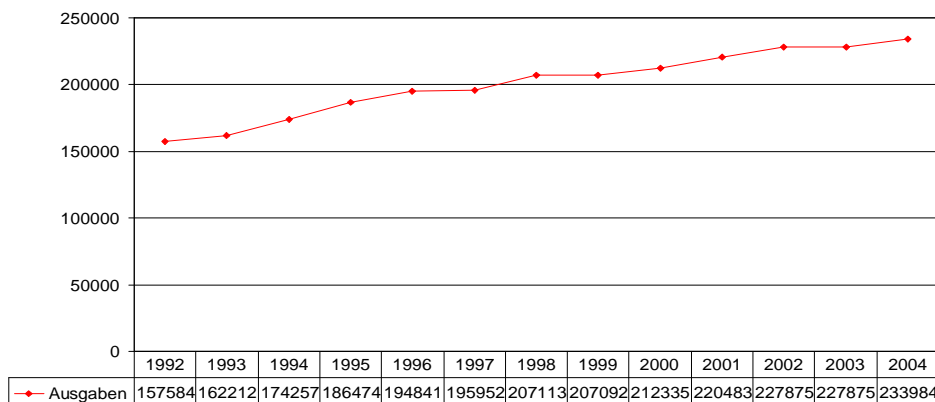


Abbildung 11: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992-2004.
Quelle: Daten des Robert Kochinstituts (RKI, 2006).

Die Ausgabenseite lässt sich aus der Kundenperspektive mit der Variable *Nachfrage*⁶⁵ und aus der Perspektive der Leistungserbringer mit der Variable *Angebote*⁶⁶ (Adam, Henke, 1993; Kolip, 2002, S.13) erklären (vgl. Abbildung 12).

⁶⁵ Zur Nachfragerseite gehören die demographische Entwicklung (Anstieg der Lebenserwartung), die Veränderung in den Familienstrukturen (Singlehaushalte), die Veränderung des Krankheitsspektrums, mangelndes Kostenbewusstsein, verändertes Konsumverhalten einhergehend mit einem höheren Anspruchsdenken sowie Leistungsmissbrauch.

⁶⁶ Neben dem medizinisch-technischen Fortschritt (neue Methoden, Spezialisierung) gehört hierzu auch eine verbreitete Praxis der Leistungserbringer, die unter dem Stichwort "Overdoctoring" in der gesundheitswissenschaftlichen Literatur diskutiert wird. Dazu zählt insbesondere die Verordnung überflüssiger Untersuchungsmethoden. Auch die Erweiterung des Leistungsangebotes in der GKV wird als kostentreibend angeführt. Das Sachleistungsprinzip trägt zu einer gewissen Konsumhaltung bei, die mit einem Mangel an Kostenbewusstsein bei den Versicherten einhergeht.

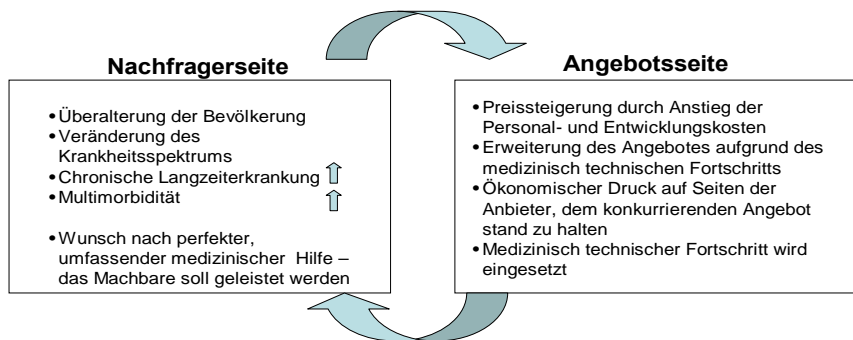


Abbildung 12: Beeinflussung der Kosten im Gesundheitswesen durch Nachfrager- und Angebotsseite; Darstellung nach Oberender, Hebborn, Zerth, 2006

Die in Abbildung 12 zusammengefassten Variablen lösen unterschiedliche Mechanismen bei der Ausgabenentwicklung und -steuerung aus. Ihr komplexes Zusammenwirken führt zu voneinander abweichenden Abschätzungen der Kosten im deutschen Gesundheitssystem und der GKV-Beitragssatzentwicklung. So liegen Schätzungen, die den medizinisch-technischen Fortschritt (Breyer, Felder, 2004, S.1) und die Inflationsrate (Niehaus, 2006a und b) berücksichtigen, deutlich höher als Ausgabenschätzungen, die sich auf rein demographische Veränderungen⁶⁷, also die Entwicklung von Geburten- und Mortalitätsrate beziehen (vgl. Cassel, 2001).

Kühn (2001, S. 13) ordnet die Analysen des Zusammenhangs zwischen demographischer Entwicklung und *Kostenexplosion* als "apokalyptische Übertreibungen" ein. Der Ausgabenanstieg wäre auch bei gleich bleibender Bevölkerungsstruktur vorhanden, so Kühn (ebenda).

⁶⁷ Der demographische Wandel vollzieht sich in einem doppelten Alterungsprozess. Geringe Geburtenzahlen führen zu Jahrgängen mit einer hohen Anzahl von Alten und geringer Anzahl von Jungen. Außerdem genießen die Alten eine Zunahme an gesunden Lebensjahren.

Auch Hof (2001) berechnet einen eher geringen Einfluss der demographischen Entwicklung auf die Beitragssatzentwicklung (0,4 bis 2,0% - verteilt auf 15 bis 25 Jahre).

Dennoch gibt es Argumente für eine Ausgabensteigerung in Abhängigkeit von der Altersstruktur der Bevölkerung. Die "Hochbetagten ab 70" gelten als besonders kostenintensiv. Differenziert nach Altersgruppen verschlechtert sich der Gesundheitszustand mit steigendem Alter zunehmend, was zu der "Verschlechterungs- oder Medikalisierungsthese" geführt hat.

Breyer, Felder (2004) und Postler (2003) rechnen mittelfristig mit einem Beitragssatz zwischen 16,5% und 39,5 %⁶⁸. Sie gehen somit von einer mittleren Beitragssatzerhöhung aus. Danach werden sich die GKV-Beitragssätze bis 2050 auf ca. 23% und die Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in der GKV von 2596.-- € im Jahre 2002 auf 3102.-- € bis zum Jahre 2050 erhöhen⁶⁹.

Hinsichtlich der Einnahmenseite⁷⁰ werden als bestimmende Faktoren neben der demographischen Entwicklung die Lebensarbeitszeit, die Lohnentwicklung und Rentenhöhe, die Vollbeschäftigungsrate bzw. Höhe der Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung angeführt.

Es gilt als gesichert, dass die demographische Entwicklung in Korrelation mit der Beschäftigungssituation tendenziell zu einer sinkenden Einnahmebasis in der Sozialversicherung führen wird⁷¹. Somit wirkt sich die "demographische Entwicklung" doppelt auf die Finanzsituation in der GKV aus.

Zunahme der Lebenszeit und damit Verschiebung der Ausgabendichte und die Abnahme der erwerbstätigen Bevölkerung aufgrund von Überalterung, Arbeitslosigkeit und geringen Geburtenraten wirken auf Einnahme- und Ausgabenseite der Gesetzlichen Krankenversicherung gleichzeitig. Dies wird in Abbildung 13 veranschaulicht.

⁶⁸ Der durchschnittliche Beitragssatz betrug im Jahre 2005 13%.

⁶⁹ sofern die wirtschaftliche Entwicklung und die Alterstruktur auf dem gegenwärtigen Stand bleiben

⁷⁰ Die gesamten Einnahmen der GKV bestehen aus Mitgliedsbeiträgen und sonstigen Einnahmen wie aus Vermietung und Verpachtung. Letztere haben allerdings eine geringe Bedeutung.

⁷¹ Der für das Jahr 2040 prognostizierte Beitragssatz variiert in zahlreichen Gutachten der letzten Jahre zwischen 15% und 30%. Das Ausmaß des prognostizierten Anstiegs ist abhängig von der jeweils angewandten Methodik und den zugrunde gelegten Rahmendaten bzw. Berücksichtigung von medizinischem Fortschritt, Geburtenentwicklung, Erwerbsquoten, Zuwanderung, Morbidität, Mortalität.

Problembereich Kostendeckung im Gesundheitswesen führt zu Steuerungsversuchen

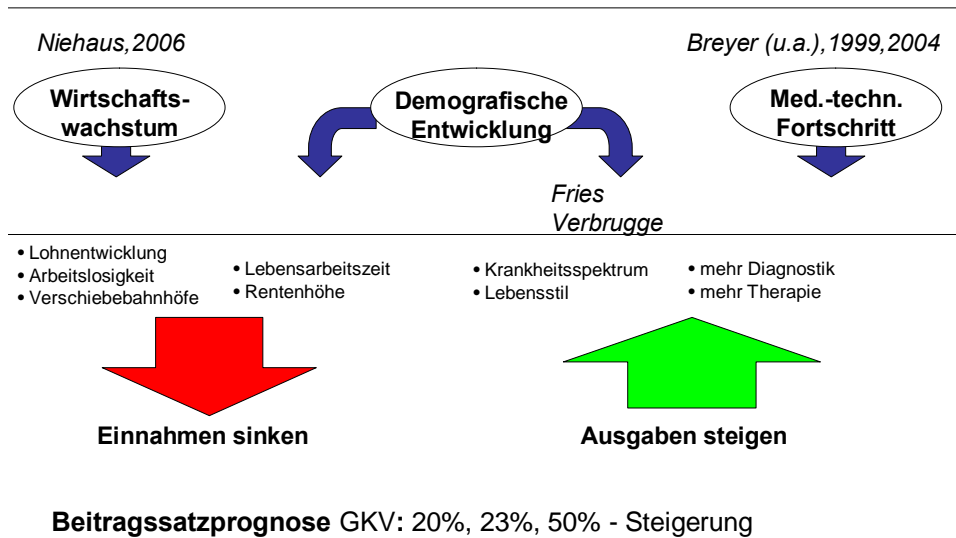


Abbildung 13: Problemfelder der GKV-Finanzierung, Quelle: TK, 2004; eigene Ergänzungen

Da wie oben ausgeführt die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten als Steuerungsinstrument an der Ausgabenseite ansetzt, wird in der nachfolgenden Diskussion vor allem diese Perspektive eingenommen.

Die Berechnungen von Buttler (1998) und die Analyse von Hof (2001) zeigen, dass die absolute Auswirkung der demographischen Entwicklung nicht zu hoch bewertet werden darf. Hof (2001, S.32) geht davon aus, dass der demographische Wandel in den Jahren zwischen 1970 und 1995 einen Ausgabenzuwachs von lediglich ca. 0,7% auslöste. Dennoch rechnet auch Hof (2001, S.260) mit einem zukünftigen Beitragssatz von 20% - 26% zur Kranken- und Pflegeversicherung. Diese Schätzung steht augenscheinlich im Widerspruch zum bisherigen Verlauf.

Seit 1995 lassen sich die Gesundheits- und Krankheitskosten für einzelne Lebensphasen analysieren. Obwohl Gesundheitswissenschaftler (Badura, 1997) immer wieder auf das Problem hingewiesen haben, können Kassenmanager erst seit Vorliegen von empirischen Daten auf diese Zusammenhänge reagieren (vgl. Hof, 2001, S.250).

Hof (2001, S.250) schreibt:

"Nach diesen für den Risikostrukturausgleich erhobenen Daten verursachte ohne Berücksichtigung von Krankengeldzahlungen im Jahre 1997 ein 40-jähriger Mann (Frau) Gesundheitsausgaben in Höhe von 1858 DM (2223 DM). Im Alter von 90 Jahren hingegen waren für Männer (Frauen) Leistungsausgaben von 9019 DM (8650 DM) erforderlich, also mithin das 4- bis 5- fache."

Als problematisch wird die Ausgabenentwicklung bereits für die Altersgruppe ab 60 bewertet. Dies zeigte sich bei den dokumentierten Ausgaben zwischen 1970 und 1992. Die Gesamtausgaben stiegen für berentete Mitglieder unverhältnismäßig an, nämlich um mehr als das Neunfache (962%) und damit doppelt so stark wie die Ausgaben für die Mitglieder im Erwerbsalter (Garms-Homolova, 2002).

Auch diese Tendenz wird hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Ausgabensituation im Gesundheitswesen unterschiedlich diskutiert.

In Oberdiecks (1998) Analyse wird die durch Medizintechnik⁷² beeinflusste Erweiterung des medizinischen Leistungsangebotes für die Ausgabendynamik verantwortlich gemacht. Danach steigen die Kosten der Medizintechnik schneller als das Bruttosozialprodukt. Leistungsanbieter werden nahezu gedrängt, die neuesten Techniken und Methoden anzuwenden, wenn sie auf dem Gesundheitsmarkt "überleben" wollen ⁷³ (vgl. auch Wörtz (u.a.), 2002).

Die Verlängerung der Lebenserwartung und höhere Lebensqualität aufgrund von Senkung der Morbidität lässt sich nicht allein mit medizinischen Interventionen begründen. Ein erheblicher Teil der Erhöhung der Lebensqualität im Alter wird auf eine allgemein gesundheitsförderliche Lebensweise (Kolip, 2002, S.15) und

⁷² Die Entwicklung der Medizintechnik wird wesentlich von äußeren Faktoren wie Innovationsstand und Qualitätswettbewerb auf dem Medizinmarkt bestimmt. Das weltweite Innovationsniveau von medizinisch technischen Entwicklungen wird als hoch eingeschätzt (Oberdieck, 1998, S.72) und beeinflusst das Fortschritttempo in Deutschland. Oberdieck (ebenda) weist auf eine starke Bereitschaft zur Übernahme von medizinisch technischen Entwicklungen im deutschen Gesundheitswesen hin. Der Qualitätswettbewerb zwischen den Leistungsanbietern fordert geradezu den Einsatz neuester Techniken und Methoden in der stationären und ambulanten Versorgung heraus. Der Austausch von Geräten und Verfahren wird damit nicht – wie marktwirtschaftlich üblich – von Abschreibungszeiten oder möglicher Gewinnmaximierung mit den üblichen anbieterzentrierten Risiken bestimmt, sondern von einer *angebotsinduzierten Nachfrage* (Oberdieck, 1998, S.73).

⁷³ Aufgrund des medizinisch-technischen Fortschritts konnte die Medizin die Rolle als "Lebensverlängerer" einnehmen. Gleichzeitig steigt durch die verbesserte medizinische Versorgung das Risiko, dass sich das Krankheits- und Behinderungsspektrum aufgrund von Alterungsprozessen erweitert (Schwartz, 1987, S.222).

verbesserte Lebensverhältnisse zurückgeführt⁷⁴. Die im Vergleich zu Beginn des 20. Jh. verbesserten Lebensbedingungen und Lebensweisen⁷⁵ beeinflussen die demographische Entwicklung erheblich. Diese ist in allen Industriestaaten durch Alterung und die so genannte "Bevölkerungsschrumpfung" (Ulrich, 2003) aufgrund niedriger Geburtenraten gekennzeichnet⁷⁶.

Es steht also lediglich fest, dass es in der Bundesrepublik Deutschland immer mehr Ältere⁷⁷ geben wird. Das Verhältnis zwischen Alt und Jung verändert sich zu einem überproportional hohen Anteil an alten Menschen in der Gesellschaft. 1971 wurden in Deutschland zum letzten Mal mehr Menschen geboren als Todesfälle registriert (vgl. auch Oberdieck, 1998; Beske, Drabinski, 2005).

2001 wurden bereits knapp 100 000 Todesfälle mehr als Neugeborene gezählt. Dieser Trend kann für alle G7-Staaten⁷⁸ beobachtet werden.

Das Medianalter⁷⁹ liegt derzeit bei 40 Jahren. In Deutschland liegt das Durchschnittsalter bei 41 Jahren. Es wird davon ausgegangen, dass der Medianwert in Zukunft steigt und deutlich über dem Durchschnittsalter liegen wird (Kruse (u.a.), 2002). In allen Prognosen zur Bevölkerungsstruktur bis 2050 wird davon ausgegangen, dass es in Zukunft zu einer Überrepräsentation der Altersgruppe 55 bis 75 kommt (vgl. Abbildung 14).

⁷⁴ Hierzu zählen die Berücksichtigung von Hygieneregeln und Empfehlungen zur Vorsorge, z.B. zur Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen, die Einführung von Prophylaxemaßnahmen sowie Maßnahmen im Rahmen des Umweltschutzes.

⁷⁵ Die Verlängerung der Lebenserwartung und höhere Lebensqualität aufgrund von Senkung der Morbidität lässt sich jedoch nicht allein mit medizinischen Interventionen begründen. Ein erheblicher Teil der Erhöhung der Lebensqualität im Alter wird auf eine allgemein gesundheitsförderliche Lebensweise (Kolip, 2002, S.15) und verbesserte Lebensverhältnisse zurückgeführt

⁷⁶ Als Ursache für die demographische Entwicklung gilt jedoch nicht nur Alterung der Bevölkerung sondern auch die persönliche Entscheidung gegen die Elternschaft. In Deutschland hat sich die grundlegende Änderung der Altersstruktur in den letzten 100 Jahren vollzogen. 1910 war der Altersaufbau der Bevölkerung eine tadellose Pyramide: viele junge Menschen, weniger Mittellalte, viel weniger Alte und eine starke Gruppe Heranwachsende. Die Versorgung alter Menschen galt als relativ sicher.

⁷⁷ Die Bevölkerungsentwicklung bis 2050 wird auf der Grundlage der 10. Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes, 2003 in zwei Varianten unterteilt (Beske, Drabinski, 2005). In allen Szenarien wird von einer konstanten Geburtenrate (1,4 Kinder je Frau) ausgegangen. Die Varianten unterscheiden sich in der berechneten Lebenserwartung.

⁷⁸ Frankreich, Großbritannien, Italien, Japan, Kanada, USA., Deutschland

⁷⁹ Unter Medianalter versteht man den statistischen Wert, der die Bevölkerung in zwei gleich große Gruppen teilt.

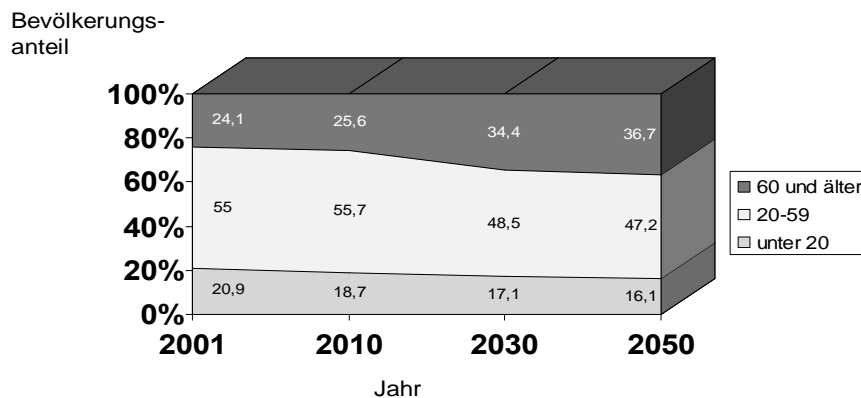


Abbildung 14: Entwicklung des Bevölkerungsanteils nach Statistischem Bundesamt, 2003

Auch der Zusammenhang zwischen demographischer Entwicklung und steigender Morbidität wird zunehmend kontrovers diskutiert (Zweifel, Felder, Meier, 1996; Oberdieck, 1998, S.103).

Bisher galten neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Einschränkung des Seh- und Hörvermögens, Krankheiten des Bewegungsapparates, Krebserkrankungen, Stoffwechselerkrankungen – insbesondere Diabetes – und Lungenerkrankungen, als typische somatische Alterserscheinungen. Die Bedeutung der Prävention als Steuerungsinstrument wurde bisher vor allem aufgrund der Möglichkeit zur Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Lungenkrebs, Erkrankungen des Bewegungsapparates und Diabetes Typ 2 als hoch bewertet. Vor dem Hintergrund der Medikalisierungs- und Kompressionsthese ist die Funktion von Prävention als Kostensteuerungsinstrument differenziert zu bewerten.

In der **Medikalisierungsthese** (Grunenberg, 1977; Verbrugge, 1984) und **Kompressionsthese** (Fries, 1980a und 2000; Niehaus, 2006b) wird Abnahme bzw. Zunahme von Morbidität in den gewonnen Lebensjahren gegensätzlich bewertet. Danach ist eine lineare Entwicklung, bei der die Ausgaben ausufern würden, nicht sicher.

B1.1.1 Ausgabenentwicklung unter Berücksichtigung der Kompressionsthese

Nach der **absoluten Kompressionstheorie**⁸⁰ nimmt die Zeitspanne zwischen erstmaligen Ausbruch der irreversiblen Morbidität und Mortalität absolut betrachtet ab. Der Ausbruch der zum Tod führenden Erkrankung wird hinausgezögert. Somit verbringen Menschen einen immer kürzer werdenden Zeitraum mit Erkrankungen, die schließlich zum Tode führen.

Die soziale Bedeutung der Kompression von Erkrankung lässt sich leicht nachvollziehen. Diesem Ansatz zufolge ist eine gesunde Lebensweise in Kombination mit einer gezielten medizinischen lebensverlängernden Betreuung die Voraussetzung für eine lang anhaltende Gesundheit und ein langes Leben. Ungesunde Lebensweise hingegen führt zu einer Verkürzung der gesunden Lebensspanne. Es dürfte folglich im persönlichen Interesse jedes Einzelnen liegen, Morbidität auf einen möglichst kurzen Zeitraum vor dem Tod zu komprimieren. So trägt neben wirtschaftlicher Sicherheit die Gesundheit und geistige Fitness wesentlich zum Wohlbefinden⁸¹, respektive zur Verbesserung der Lebensqualität älterer Menschen bei (Kastner, 2004).

Auch Kühn (2001; 2004; 2005) relativiert Aussagen über die Auswirkung der demographischen Entwicklung auf die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. Erhöht sich die Lebenserwartung, setzen Krankheit und Pflegebedürftigkeit später ein. Die für die Pflege- und Krankenversicherung kostensintensive Lebensspanne wird verkürzt. Oberdieck (1998) ging in seiner Berechnung der Gesundheitsausgaben von dem Ansatz aus, dass chronische Alterskrankheiten zukünftig überproportional zunehmen. Danach würde die Zunahme von chronischen Zivilisationserkrankungen und Multimorbidität zur Erhöhung der

⁸⁰ Die **relative Kompressionstheorie** stellt den Zeitraum einer irreversiblen Morbidität ins Verhältnis zur gesamten Lebensspanne.

⁸¹ Für den Begriff Wohlbefinden existiert keine allgemeingültige Definition. Allgemein anerkannt ist der Vier-Faktoren-Ansatz des subjektiven Wohlbefindens (Mayring, 1991). Danach wird nach aktuellem Wohlbefinden: *Freude und Glück* sowie habituellem Wohlbefinden: *Belastungsfreiheit und Zufriedenheit* unterschieden. (Abel, 1991). Hinweise für eine operationale Definition von Wohlbefinden liefern Gesundheitsmodelle mit salutogenem Ansatz (Zusammenfassung in Dlugosch, 1994). Schlicht (1994) unterscheidet aktuelles körperliches Wohlbefinden, aktuelles psychisches Wohlbefinden, habituelles körperliches Wohlbefinden und habituelles psychisches Wohlbefinden.

Kosten für medizinische Betreuung führen. Dieser Ansatz entspricht der **Medikalisierungsthese** (Verbrugge, 1984).

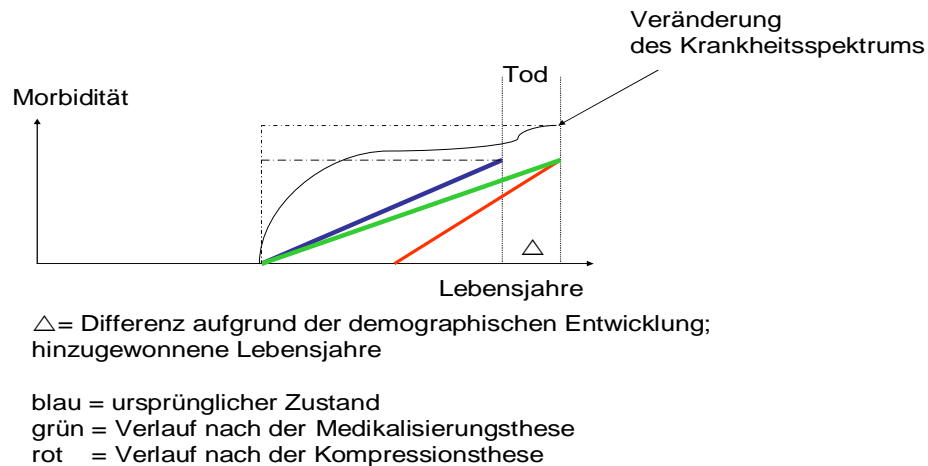


Abbildung 15: Medikalisierungsthese und Kompressionsthese, eigene Darstellung in Anlehnung an Fries, 2000 und Verbrugge 1984

In höheren Altersgruppen steigt der Anteil an Personen, die sich im letzten Lebensjahr oder kurz vor dem Tod befinden. Für diese Personengruppe sowie für die Pflegebedürftigen (vgl. Abbildung 15) sind höhere Gesundheitsausgaben bekannt. Diese Tatsache ist damit zu begründen, dass die Möglichkeit zum Hinauszögern des Todes durch den Einsatz von Medizintechnik (Wörtz (u.a.), 2002) häufiger genutzt wird. Kostenintensive Behandlungen nehmen demzufolge nicht grundsätzlich zu, sondern sie werden durch den medizinischen Fortschritt auf die Zeit vor dem Tode *komprimiert*. In der Logik der Kompressionsthese, führt eine gesundheitsförderliche Lebensweise nicht automatisch zur Kostenreduktion.

Niehaus (2006b) kommt zu dem Schluss, dass eine Kompression der Morbidität keine Entlastung für die Ausgabenentwicklung bringt.

B1.1.2 Ausgabenentwicklung unter Berücksichtigung der Medikalisierungsthese

Mit der demographischen Entwicklung geht eine Erhöhung des Anteils Pflegebedürftiger einher. Berechnungen der Universität Bayreuth zur Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger sind in Abbildung 16 dargestellt. Danach erwarten Oberender und Zerth (2006) bis zum Jahre 2050 eine Verdreifachung der absoluten Pflegefälle.

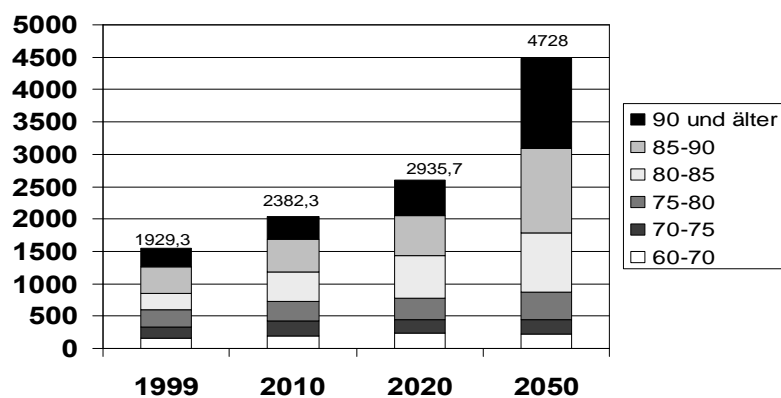


Abbildung 16: Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Tsd.) – Quelle: Oberender, Hebborn, Zerth, 2006

Vertreter der Medikalisierungsthese (Verbrugge, 1984; Krämer, 1996; Rieser, 2001) gehen wie Oberdieck (1998) davon aus, dass gewonnene Lebensjahre mit einem Anstieg an Morbidität und damit einem überproportionalen Anstieg der Gesundheitskosten einhergehen. Der Anteil kranker Menschen würde sich in Relation zur Gesamtbevölkerung stetig erhöhen, so dass die Ausgaben des Gesundheitswesens stetig ansteigen. Daraus resultierende Zusatzbelastungen müssten die Solidargemeinschaft in den gesetzlichen Krankenkasse sowie die Arbeitgeber tragen⁸² (Breyer, Felder, 2004, S.4).

⁸² In der Fachliteratur wird häufig ausgeführt, dass diese Entwicklung zu "Lasten der Krankenkassen geht". Das lässt sich damit begründen, dass, denn letztlich schwächt ein hoher Beitragssatz die Position der Krankenkasse im Wettbewerb. In erster Linie geht die Kostenentwicklung jedoch zu Lasten jedes einzelnen GKV-Versicherten sowie der Arbeitgeber, von denen die steigenden Beiträge zur Hälfte aufgebracht werden

Da für die Medikalisierungsthese die empirische Evidenz fehlt, werden zunehmend Mischformen zur Ausgabenabschätzung herangezogen.

Beim **bi-modalen-Konzept** (Kane (u.a.), 1990) wird prognostiziert, dass sich mit steigendem Bildungsstand und entsprechender Lebensweise der Gesundheitszustand von Generation zu Generation verbessert. Es wird davon ausgegangen, dass sich der Anstieg gesundheitlich beeinträchtigter Menschen auf alle Altersgruppen gleich verteilt. Gleichzeitig findet, bezogen auf die Gesamtbevölkerung, ein "absoluter Anstieg" sowohl gesunder als auch multimorbider und pflegebedürftiger **alter** Menschen statt (vgl. hierzu auch Abbildung 16).

Wenn feststeht, dass die Gesundheitsausgaben kurz vor Eintritt des Todes stark ansteigen, dann kann es das Ziel der Prävention sein, diese akut morbide Zeit und den Einsatz der half-way-technologies⁸³ zu verkürzen. Kosteneinspareffekte würden sich aus der Vermeidung von Chronifizierung und Multimorbidität sowie aus dem Hinauszögern des Krankheitsbeginns ableiten lassen.

müssen. Bei zusätzlicher Berücksichtigung der Entwicklung der Arbeitslosenzahlen geht diese Entwicklung zu Lasten der Gesamtgesellschaft.

⁸³ Medizinische Technologie, mit der die Sterbezeit verlängert wird.

Schlussfolgerung:

Trotz unterschiedlicher Ansätze bei der Berechnung des zukünftigen Beitragssatzes, machen sowohl Medikalisierungs- als auch Kompressionsthese vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklung deutlich, dass eine weitere Kostensteigerung im Gesundheitswesen zu erwarten ist. Kostensteigerung aufgrund des medizinisch technischen Fortschritts ist bei dieser Annahme berücksichtigt. Aufgrund dieser Entwicklung sind gesundheitspolitische Steuerungsversuche nachvollziehbar.

Um Kosteneinspareffekte auf präventive Interventionen zurückführen zu können, sind empirische Langzeitstudien nötig. Mit ihnen ist das Teilnahmeverhalten⁸⁴ und Gesundheitsverhalten⁸⁵ bis zum Zeitpunkt des Todes im Verhältnis zu den Kosten verursachenden Erkrankungen zu ermitteln⁸⁶. Dies zeigt die Analyse der Kompressionsthese deutlich.

Folglich lassen sich Einspareffekte aufgrund von Bonifizierungen von Gesundheitsverhalten nicht in einem Zeitraum von drei Jahren messen. In diesem Zeitraum können allenfalls Kostenentwicklungen für eine bestimmte Kohorte dokumentiert werden. Dabei bleiben Abhängigkeiten zwischen Gesundheitsverhalten und auftretenden Erkrankungen und der daraus resultierenden Kosten unberücksichtigt. So kann die Aufforderung des Gesetzgebers zur Ausgabendokumentation im Zusammenhang mit der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten eher als Versuch interpretiert werden, grundsätzlich Ausgabentransparenz zu erzeugen.

Es wurde gesagt, dass der mögliche Beitrag der Prävention⁸⁷ zur Finanzierbarkeit des deutschen Gesundheitswesens als noch nicht ausreichend erforscht gilt. Dennoch wird die Prävention über die gesetzlich geregelte Bonifizierung bereits als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument in der

⁸⁴ Teilnahmeverhalten. Inanspruchnahme von Leistungen zur Gesundheitsförderung und Bindung an gesundheitsförderliche Aktivitäten, die eigenverantwortlich durchgeführt werden

⁸⁵ gemeint ist damit die Lebensweise: bspw. Konsum von Suchtmitteln; körperliche Aktivität, Ernährungsweise

⁸⁶ Die Studien werden immer durch die Tatsache erschwert sein, dass Gesundheit nicht allein die Folge von präventivem Handeln ist.

⁸⁷ Primärprävention und Gesundheitsförderung

GKV eingesetzt. Dies erscheint zunächst als Widerspruch. In optimistischen Schätzungen wird von einem Einspareffekt durch Prävention bis zu 30% der Gesundheitsausgaben ausgegangen. Dabei wird vorausgesetzt, dass geeignete Interventionen zur Verfügung stehen und von der jeweiligen Zielgruppe wahrgenommen werden⁸⁸ (Martin-Diener (u.a.), 1999).

Die nachhaltige Wirkung der Prävention wurde im Zusammenhang mit der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten quasi als allgemein anerkannt unterstellt⁸⁹. In diesem Kontext ist das politische Bemühen zu verstehen, mehr Menschen als bisher für vorbeugende Angebote zu interessieren. Mit dieser gesundheitspolitischen Ausrichtung erhöht sich zumindest die Wahrscheinlichkeit, die prognostizierte Ausgabenentwicklung durch Reduktion der Fallzahlen langfristig einzudämmen.

Bonifizierung hat die Steigerung der Inanspruchnahme von Primärprävention und Gesundheitsförderung und damit Erhöhung des Impact⁹⁰ zum Ziel. Der Impact ist auch von der Nachhaltigkeit, der Compliance und Adherence⁹¹ abhängig. So spielt bei der Erfüllung der gesundheitspolitischen Zielsetzung neben der Quantität der Angebote auch ihre Qualität eine entscheidende Rolle.

Der Zusammenhang zwischen Wirksamkeit des Angebots und gesundheitspolitischem Erfolg wird wie in Kapitel A ausgeführt im Gesetz zwar durch den Hinweis **qualitätsgesichert** berücksichtigt. Er bleibt jedoch unspezifisch, weil der Bezug zu konkreten Qualitätsanforderungen im §65a SGB V nicht explizit hergestellt wurde. Die Forderung nach Qualitätssicherung kann

⁸⁸ Der gewünschte Effekt auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung ergibt sich aus dem mathematischen Produkt der "Wirksamkeit eines Angebotes" und dem "Erreichungsgrad". Das bedeutet, dass ein sehr wirksames Programm, das von wenigen Personen in Anspruch genommen wird, einen geringen Effekt auf die Gesundheit der Gesamtbevölkerung hat. Hingegen hat ein Angebot mit geringer Wirksamkeit und einem hohen Erreichungsgrad, sehr wohl eine Auswirkung auf die Bevölkerung. Dieser Umstand wurde bei der Diskussion 1996 über die gesundheitsförderlichen Aktivitäten der AOK nicht berücksichtigt.

⁸⁹ Bei dieser Bewertung bleiben andere Nutzenaspekte der Prävention, wie Erhöhung von Lebensqualität, Bindung an eine soziale Gruppe und Erhöhung der Arbeitsleistung, unberücksichtigt.

⁹⁰ Impact: engl. Auswirkung. In den Gesundheitswissenschaften versteht man unter Impact das Produkt aus Rekrutierungsrate (Teilnehmer in Prozent von N) UND Effektivitätsrate (Quote der Teilnehmer mit tatsächlich veränderten Verhalten).

⁹¹ Unter Compliance (engl. Befolgung, Unterwürfigkeit) wird die Einhaltung der Behandlungsvorschriften verstanden. Der Begriff Adherence (engl. Anhängen, Festhalten, Fähigkeit sich zu Fügen) ersetzt den Begriff Compliance zunehmend. Damit soll ausgedrückt werden, dass der Behandlungserfolg nicht allein vom Therapeuten sondern auch vom Patienten abhängig ist. Während Compliance aussagt, dass der Patient Vorschriften befolgt, wird bei Adherence auf den Patienten als "Koproduzenten" (Badura (u.a.), 1999, S.20) von Gesundheit gesetzt. Die Behandlung wird als eine gemeinsame Strategie verstanden, die das Ergebnis einer vorangegangenen Abstimmung zwischen Therapeut und Patienten ist.

folglich von den Kassen bei der Ausgestaltung ihrer Bonifizierungsprogramme unterschiedlich ausgelegt werden.

Mit dem §65a SGB V wird weder Bezug auf die zwischen den Krankenkassen abgestimmten Handlungsfelder für die Prävention genommen, noch existiert ein Verweis auf die auf Spitzenverbandsebene vereinbarten Qualitätskriterien zur Umsetzung der Prävention durch die Krankenkassen. Somit können die Kassen Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung auch dann bonifizieren, wenn sie nicht den Qualitätsrichtlinien für Prävention und Gesundheitsförderung (*Leitfaden Prävention*) entsprechen.

Eine Differenzierung der rechtlichen Rahmenbedingungen durch präzisierende Formulierungen, z.B. mit einem Hinweis auf den *Leitfaden Prävention* oder auf die Bonifizierung von tertiärpräventiven Angeboten wäre wie oben ausgeführt empfehlenswert. Für Letztere können kostenreduzierende Effekte einfacher nachgewiesen werden als dies bei der Nutzung von primärpräventiven Angeboten der Fall ist (Günster, Klose, Waltersbacher, 2003). Grundsätzlich werden mit der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten zunächst die Aktivitäten zur Primärprävention, wozu sowohl die Angebote zur Verhaltensänderung als auch Vorsorgeuntersuchungen zu zählen sind.

Wollen Krankenkasse die in Kapitel A1 beschriebene kundenbindende Funktion von Bonifizierungsprogrammen in ihre Marketingkonzepte integrieren, werden sie sich gleichzeitig für die Stärkung der Primärprävention als Inhalt der Bonifizierungsprogramme einsetzen müssen. Dies kann vor dem Hintergrund der beschriebenen demographischen Entwicklung und dem damit im Zusammenhang stehenden Krankheitsspektrum aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht als positiv bewertet werden. So ergibt sich eine produktive Verbindung zwischen gesundheitspolitischer Steuerung, gesundheitswissenschaftlich begründeter Versorgung und Marketingaktivitäten der Krankenkassen.

Schlussfolgerung:

Es ist festzuhalten, dass Einsparmöglichkeiten durch Primärprävention bisher als nicht nachgewiesen gelten. Ein Nachweis, dass die Bonifizierung der Teilnahme an qualitätsgesicherten Angeboten der Primärprävention einen erwünschten Effekt auf die Ausgabenentwicklung erbringt, lässt sich unter Berücksichtigung der Kompressions- und Medikalisierungsthese erst mit langfristig angelegten empirischen Erhebungen validieren. **In welcher Höhe Einsparungen durch Präventionsangebote erwartet werden können, ist von deren Inhalt und Zielsetzung und und Qualität der Durchführung sowie ihrer nachhaltigen Wirkung abhängig.**

Es kann der Effekt eintreten, dass Kassen parallel zum Ausbau ihrer Bonifizierungsprogramme ihr Präventionsangebot erweitern, um Kundenwünsche zu erfüllen und die Attraktivität des Bonusprogramms zu erhalten. Dabei besteht die Gefahr, dass die Krankenkassen mit Blick auf die Zufriedenheit ihrer Kunden mit dem jeweiligen Bonusprogramm mehr und mehr vom Grundsatz der Qualitätssicherung in der Prävention abweichen werden.

Es ist deshalb in weiteren Studien zur GKV-Bonifizierung zu überprüfen, ob sich seit der Einführung des §65a SGB V das Angebot der Krankenkassen gemäß §20 SGB V verändert hat und dies in einem direkten Zusammenhang steht. Es ist insbesondere zu überprüfen, ob die Bonifizierung von den Kassen für "**nicht qualitätsgesicherte**" Angebote angewendet wird.

Diese Arbeit bezieht sich auf eine Befragung von Teilnehmern eines TK-Angebotes zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Kurse Nordic-Walking und Nordic-e-Walking wurden exklusiv für die TK entwickelt (Mommert-Jauch, Helbig, 2002). Beide Angebote zielen auf den Ausgleich von Bewegungsmangel und Reduktion der Risiken durch Bewegungsmangel ab.

Deshalb wird im nachfolgenden Kapitel B1.2 auf die Nutzenaspekte der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen eingegangen. Zunächst werden Herz-Kreislauf-Erkrankungen hinsichtlich der damit verbundenen Ausgaben im Gesundheitswesen in Kapitel B1.2.1 analysiert. Diese werden bekannten

Nutzenaspekten der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Kapitel B1.2.2 gegenübergestellt.

Es soll gezeigt werden, dass es gesundheitspolitisch sinnvoll ist, die Teilnahme an nachhaltig wirksamen Präventionsangeboten zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu steigern, auch wenn der grundsätzliche Nachweis über Einspareffekte durch Prävention noch aussteht.

B1.2 Kostensteuerung durch Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, insbesondere Herzinfarkte, Schlaganfälle und Krankheiten des cerebro-vaskulären Systems, gelten als epidemiologisch bedeutsame Krankheitsbilder. Sie gelten als erheblicher Kostenfaktor für das Gesundheitswesen, was im nachfolgenden Kapitel B1.2.1 aufgezeigt wird.

B1.2.1 Kostenfaktor Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wegen der in Deutschland getrennten sozialversicherungsrechtlichen Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigung für die ambulante und der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Versorgung liegen keine einheitlichen Morbiditätsstatistiken vor.

Die Autoren des *Leitfadens Prävention*⁹² nehmen in ihren Begründungen der Handlungsfelder Bezug auf den Gesundheitsbericht Wiesbaden, 1998⁹³ (Leitfaden Prävention, 2006, S.13). Der Bericht über die Krankheitskosten des Statistischen Bundesamts für das Jahr 2002 (2004) bestätigt die darin dargelegte kostenseitige Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für das deutsche Gesundheitssystem.

Für Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems (ICD IX) wurden 2004 laut Gesundheitsbericht des Statistischen Bundesamtes (Statistisches Bundesamt,

⁹² Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen: Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 1 SGB V vom 21.Juni 2000 in der Fassung vom Juni 2006 zugleich *Leitfaden Prävention*

2004) insgesamt 35,3 Mrd. EUR ausgegeben (vgl. Tabelle 3) – das sind 15,8% der dokumentierten Gesamtkosten⁹⁴ (Böhm (u.a.), 2004) im deutschen Gesundheitswesen.

	Insgesamt in Mrd. €	unter 15	15- 30	30-45	45- 65	65-85	über 85
Herz-Kreislaufsystem	35,3	135	377	1758	9604	19079	4402
Hypertonie	8,1	7	46	411	2922	4236	510
ischämische Herzkrankheit	6,9	6	19	255	2262	3872	570
akuter Herzinfarkt	1,2	1	4	72	422	628	111
rezidivierender Herzinfarkt	0,02	0	0	1	5	12	3
Herzinsuffizienz	2,7	4	4	18	262	1610	837
Zerebrovaskuläre Krankheit	7,8	15	33	187	1186	4667	1720
Hirninfarkt	1,9	3	9	59	390	1196	317
Schlaganfall	2	1	2	18	236	1321	454
Venen, Lymphgefäße, Lymphknoten	2,7	28	98	418	1002	1031	146

Tabelle 3: Altersverteilung der Kosten für die ICD IX Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Mio. EUR (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)

Betroffen sind vor allem Menschen ab dem mittleren Lebensalter, d.h. 45 Jahre und älter.

Auch innerhalb der TOP 5 – Erkrankungen in Deutschland belegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen einen hohen Rang in der Ausgabenliste. Die Gesamtausgaben für die 45 bis 65jährigen belegen mit 15,2% den zweiten Platz (vgl. Tabelle 4). Dies entspricht dem allgemeinen Trend, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei beiden Geschlechtern im Alter zunehmen (vgl. MONICA-Register in Meier, 2001, S.45).

Krankheit	Kosten in % von 63,3 Mrd.
Verdauungssystem	18,2
Herz-Kreislaufsystem	15,2
Muskel-Skelett	14,4
Neubildungen	8,4
psychische Verhaltensstörungen	8,2
Stoffwechselerkrankungen	7,1

Tabelle 4: Kosten für die Altersgruppe 45-65jährige (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2005)

53% (= 19.079 Mio. EUR) der Gesamtkosten für Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems entfallen auf die Altersgruppe 65-85 Jahre. Dies entspricht der in

⁹⁴ Gesundheitsausgaben 2002 für die ambulante bzw. stationäre und teilstationäre Versorgung, den Gesundheitsschutz und die Verwaltungsleistungen sowie den Gesundheitsausgaben u.a. der privaten Haushalte. Nicht darin enthalten sind die in der Gesundheitsausgabenrechnung nachgewiesenen Ausgaben für Ausbildung und Forschung sowie die im Gesundheitssektor getätigten Investitionen.

Kapitel B1.1.1 skizzierten Kompressionsthese. In Tabelle 3 wird diese zeitliche Komprimierung der Kosten für die Altersgruppe über 65 ebenfalls deutlich.

Die Analyse der Kosten pro Krankheitsart und Einwohner bestätigt die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankungen für die Ausgabenentwicklung in der GKV.

Die jährlichen durchschnittlichen Pro-Kopf-Ausgaben betragen bei Frauen 460 EUR und bei Männern 400 EUR (vgl. Tabelle 5). Damit stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen an erster Stelle der jährlichen Pro-Kopf-Ausgaben.

Krankheit	Kosten für Männer	Kosten für Frauen
Kreislaufsystem	400	460
Verdauungssystem	330	420
Muskel-Skelett	230	380
Verhaltensstörungen, Depression	210	330
Neubildungen	160	190
Endokrine, Stoffwechsel	130	180
Atmungssystem	150	150
Verletzungen und Vergiftungen	110	140

Tabelle 5: Kosten pro Krankheit in EUR pro Einwohner (hochgerechnet für ein Jahr) – (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)

In Tabelle 6 werden die stationären und ambulanten Behandlungskosten gegenübergestellt.

Krankheit	stationär / teilstationär	ambulant
Kreislaufsystem	15,5	15
Verdauungssystem (davon Zahnarzt)	5,6	23,1 (18,8)
Muskel-Skelett	9,8	11,7
psychische Störungen	13,6	6,1
Neubildungen	9,6	3,7
Stoffwechsel, Endokrine	2,3	9,0
Atmungsorgane	3,7	6,7
Verletzungen und Vergiftungen	6,2	2,6

Tabelle 6: Kosten ambulant / stationär nach Krankheiten in Mrd. EUR (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)

Im Vergleich mit anderen Krankheiten nehmen Herz-Kreislauf-Erkrankungen den ersten Platz bei den Kosten für stationäre Behandlung ein. Bei den ambulanten Kosten nehmen sie den zweiten Platz ein.

Nicht nur in Deutschland gehören Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu den volkswirtschaftlich bedeutsamen Erkrankungen. Auch in anderen Industrienationen zählen sie zur häufigsten Todesursache (Statistisches Bundesamt 2005, American Heart Association, 2005; Dorner, Rieder, 2005). In einem europäischen 7-Länder-Vergleich⁹⁵ wurden für Deutschland Kosten für einen stationären Aufenthalt pro Myokardinfarkt von 2462 EUR errechnet (Dorner, Rieder, 2005). Deutschland liegt damit auf Platz zwei.

Die Analyse verlorener Lebensjahre durch frühzeitigen Tod unterstreicht die wirtschaftliche Bedeutung der Erkrankung. Bei der Ursachenbestimmung stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern wiederum an erster und bei Frauen an zweiter Stelle (vgl. hierzu Tabelle 7).

Krankheitsklasse	Frauen	Männer
Kreislaufsystem	1584	1834
Neubildungen	1607	1609
Verletzungen und Vergiftungen	873	1857
psychische Verhaltensstörungen	1067	894
Muskel –Skelett	788	889
Atmungssystem	405	436
Verdauungssystem	330	437
Nervensystem (ICD VI)	300	274

Tabelle 7: Verlorene Lebensjahre in 1000 Jahren für den Zeitraum 2002 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)

Ein weiterer Indikator für die Bedeutung der Herz-Kreislauf-Erkrankung bei der Kostenentwicklung ist die Entwicklung der Arzneimittelverordnungen. Sie kann exemplarisch an den Arzneimitteldaten der Techniker Krankenkasse gezeigt werden.

2004 entfiel der größte Teil der Verordnungen auf Präparate zur Behandlung von Herz-Kreislauf-Problemen. Jeder siebte TK-Versicherte Mann nahm 2004 solche Präparate ein. Den männlichen Erwerbspersonen konnten die meisten der verordneten Tagesdosen von Blutdruckmitteln und Lipidsenkern zugeordnet werden. In der Altersgruppe der 60-65jährigen erhielt jeder zweite bei der TK versicherte Mann eine entsprechende Verordnung, d.h. 45,8%. Gemäß der in Kapitel B1.1.2 beschriebenen Medikalisationsthese erhöhen sich die Ausgaben

⁹⁵ Deutschland, Schweden, Schweiz, Italien, Niederlande, Frankreich, UK

für die höheren Altersgruppen exponentiell, was vor dem Hintergrund der beschriebenen demographischen Entwicklung zu dem oben beschriebenen ausgabeninduzierten Kostenproblem führt.⁹⁶

Hervorzuheben ist, dass bei den TK-Versicherten die Anzahl der Gesamtverordnungen⁹⁷ rückläufig ist. So waren es im Vergleich zu 2003 in 2004 insgesamt 20% weniger Medikamente, die den TK-Versicherten verordnet wurden. Das Verordnungsvolumen der Herz-Kreislauf-Medikamente blieb hingegen auf nahezu unverändertem Niveau⁹⁸. Dieser Trend lässt einen relativen Anstieg der Arzneimittelausgaben für die ICD IX vermuten (TK-Gesundheitsreport, 2005, S.50-51⁹⁹).

In 2006 bilden die Verordnungen bei TK-versicherten Männern zur Behandlung des kardiovaskulären Systems, gemessen an der Zahl der Tagesdosen, die häufigste Medikation nämlich 65,5 Tagesdosen je Versicherungsjahr¹⁰⁰.

Während alle anderen Präparate vor allem Frauen verordnet werden, werden die Präparate zur Bekämpfung der Risikofaktoren für koronare Herzerkrankung¹⁰¹ mehrheitlich von Männern genutzt (TK-Gesundheitsreport, 2006, S.76-79).

Die in diesem Kapitel genannten Fallzahlen weisen auf das mögliche Einsparpotential hin, wenn Prävention mit einer Reduktion der Fallzahlen einhergeht und dadurch eine Reduktion der Ausgaben¹⁰² erreicht werden kann. Die WHO hat das Gesundheitsziel formuliert, die Sterblichkeit bei den Herz-Kreislauf-Erkrankungen in der Altersgruppe der unter 65jährigen bis zum Jahre

⁹⁶ Eine Analyse der altersgruppenspezifischen Verbrauchs- und Kostendaten außerhalb der TK bestätigt diesen Alterseffekt. Hohe, im Alter notwendige Krankheitsausgaben werden zum großen Teil auf die höhere Bedeutung chronischer Erkrankungen im Alter zurückgeführt (Kruse, Gaber (u.a.), 2002).

⁹⁷ Seit der Gesundheitsreform zum 01.01.2004 sind rezeptfreie Arzneimittel (abgesehen von wenigen Ausnahmen) von der Bezuschussung durch die GKV ausgenommen. Außerdem wird dieser Trend auch mit der Einführung der Praxisgebühr begründet. Es ist davon auszugehen, dass die Praxisgebühr eine Auswirkung auf die Höhe der Verordnungen hat. Valide Daten hierzu liegen nicht vor.

⁹⁸ Vgl. TK-Gesundheitsreport 2004. Hrsg. von der Techniker Krankenkasse

⁹⁹ s. unter Techniker Krankenkasse im Literaturverzeichnis

¹⁰⁰ Als Vergleichswert kann die Tagesdosis von 31,2 je Versicherungsjahr bei den TK-versicherten Frauen herangezogen werden.

¹⁰¹ Hierzu zählen z.B. Lipidsenker und antithrombotische Mittel.

¹⁰² Darüber hinaus können Fallkosten durch Strukturänderungen, zu denen die Festbetragsregelung und die Einführung einer Fallpauschale zählen oder durch Verkürzung der Behandlungsdauer und Begrenzung kostenintensiver medizinischer Versorgung sowie durch Ausweichen auf kostengünstigere Behandlungsmethoden gesenkt werden.

2020 um weitere 40% zu senken (WHO, 2002a). Geht man von der Annahme aus, dass die verbreiteten Interventionen ausreichend effektiv und effizient sind, um die Inzidenz und Prävalenz¹⁰³ zu senken, würde eine Teilnahmesteigerung wesentlich zur Erreichung dieses Zieles beitragen können. Allein eine Kosteneinsparung von 10% bei der Altersgruppe 15 – 65 würde im deutschen Gesundheitssystem zu einem Einsparpotential von **1174 Mio. EUR** führen.

In diesem Kapitel wurde gesagt, dass die Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein wesentlicher Kostenfaktor im deutschen Gesundheitswesen sind. Die Motivation zur Vorbeugung dieser Erkrankungen zu erhöhen, ist ein nachzuvollziehender gesundheitspolitischer Schritt, sofern der gesundheitliche und damit wirtschaftliche Nutzen der Inanspruchnahme präventiver Angebote vorausgesetzt wird.

Im folgenden Kapitel sollen die sozialmedizinischen Nutzenaspekte der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen aufgezeigt werden.

B1.2.2 Nutzenaspekte der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die bedeutsamen verhaltensbezogenen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind Bewegungsmangel, nicht bedarfsgerechte Ernährung, Rauchen und fehlende Stressbewältigungskompetenz (s. Zusammenfassungen in Berkman, Breslow, 1983; Paffenbarger, 1990 und 1993; Vögele, 1993; Hahn, Renner, Schwarzer, 1996; Blair (u.a.), 1995; Knoll, 1997; Banzer, Knoll, Bös, 1998;). Als wichtige biochemisch-physiologische Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten arterieller Bluthochdruck, hohe Blutfettwerte, Diabetes mellitus und Übergewicht. Ihre Entstehung lässt sich teilweise ebenfalls aus den verhaltensbezogenen Risikofaktoren ableiten (vgl. auch Bengel, Strittmatter, Willmann, 2001).

Stampfer (u.a.) (2000) führt aus, dass ca. 80% der akuten koronaren Erkrankungen verhindert werden könnten, wenn ein geringeres Risikoprofil¹⁰⁴

¹⁰³ relative Häufigkeit einer Diagnose

¹⁰⁴ bezogen auf die typischen Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

vorhanden wäre. Diese Schätzung kann als "sehr optimistisch" eingestuft werden.

Soziale Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen¹⁰⁵ gelten ebenfalls als hinreichend belegt. So etwa der Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit, d.h. Bedingungen der sozialen Umwelt (Marmot (u.a.), 2002; Siegrist, 2004,) und Krankheitsgenese¹⁰⁶.

Zur Reduktion der biochemisch-physiologischen Risikofaktoren trägt die nachhaltige Lebensstiländerung¹⁰⁷ und somit Reduktion der verhaltensbezogenen Risikofaktoren bei.

Insgesamt sind seit 1975 die Mortalitätsraten für kardiovaskuläre Erkrankungen mit frühzeitigem Herztod um 24-28% gesunken. Etwa 45% dieser Reduktion wird auf die Verbesserung der Behandlung und Entwicklung neuer Therapien zurückgeführt. Der größere Teil (55%) wird mit der Reduktion von Risikofaktoren, also einer vergleichsweise gesünderen Lebensweise, in Verbindung gebracht¹⁰⁸. Als hinreichend belegt gilt, dass eine bedarfsgerechte Ernährung in Verbindung mit einem gesundheitsförderlichem Bewegungsverhalten sowie ein gesundheitsförderlicher Umgang mit Stresssituationen bei jüngeren und älteren Menschen eine *substanzielle Blutdrucksenkung* und eine *signifikante Cholesterollowerkung* bewirken können (Genkinger (u.a.), 2004; Roussoul, Richter 2006).

Die positive Wirkung des Gesundheitssports¹⁰⁹ auf die seelische bzw. emotionale, physische und psychische Gesundheit gilt seit längerer Zeit als nachgewiesen (Knoll, 1997). Bereits für junge Menschen im zweiten Lebensjahrzehnt konnten signifikant positive psychosoziale Effekte, wie der

¹⁰⁵ Lange Zeit galt der Herzinfarkt als typische "Managerkrankheit". Während in Großbritannien 1970 soziale Schichtunterschiede noch relativ gering ausgeprägt waren, zeigt sich gegen Ende des 20. Jh. bereits ein sozialer Gradient. Je höher die soziale Schichtzugehörigkeit, desto niedriger die frühe Koronarsterblichkeit. Auch die bekannte Whithall Studie weist eine dreifach höhere Sterblichkeitsrate bei Un- und Angeleserten im Vergleich zu den leitenden Angestellten nach, wobei Zugehörigkeit zur "unteren Schicht" mit höherer Arbeitsbelastung einhergeht. Als Ursache wird unter anderem auch das unterschiedliche Verhalten bei der eigenverantwortlichen Gesundheitsvorsorge angenommen. Hierzu gehört, dass an- und ungelernete Arbeiter seltener und später den Arzt aufgesucht haben und seltener an Vorsorgeuntersuchungen teilnahmen.

¹⁰⁶ Marmot (2002) bezieht sich bei seiner Herleitung auf die höhere Belastung durch Arbeit aufgrund der schichtspezifischen Arbeitsverteilung.

¹⁰⁷ Lebensstil: Unter dem Begriff wird in der Public Health-Forschung ein typisches kollektives Muster der Lebensführung verstanden (Rütten, 1998a, S.356).

¹⁰⁸ Dabei wird der Reduktion des Zigarettenkonsums die entscheidende Rolle (Dorner, Rieder, 2005) zugewiesen.

¹⁰⁹ zur Definition siehe Kapitel B2

Abbau von Stresssymptomen, durch Sport gemessen werden (Bundesamt für Sport Schweiz, 1999).

Auch bei der Vorbeugung koronarer Herzkrankheiten, Bluthochdruck und Osteoporose gibt es für körperliche Aktivitäten¹¹⁰ eine Reihe nachgewiesener Effekte (vgl. Tab. 8; Paffenbarger (u.a.), 1986, 1990; Wannemethee, Sharper 1992, Schott, Simons, 1993; Bouchard (u.a.), 1994; Schlicht, 1994; Knoll, 1997; Bös, Brehm, 1998a; Manson (u.a.), 1999; Braumann, Reer, Schuhmacher, 2001; Samitz, Mensink, 2002, S.35-44).

Die Tabelle 8 gibt einen Überblick über ausgewählte empirische Ergebnisse zur Wirkung der körperlichen Aktivität (Sport und Alltagsbewegung) auf das Herz-Kreislauf-System. Es handelt sich dabei zwar nicht um eine vollständige Auflistung (vgl. auch Schlicht, Kanning, Bös, 2003) aber um eine ausreichende Begründung für die Steuerung der Versicherten in qualitätsgesicherte Bewegungsangebote.

Von den Hauptbeanspruchungsformen¹¹¹ steht die auf Ausdauer¹¹² ausgerichtete körperliche Aktivität in ihrer präventiven Bedeutung an erster Stelle (Schott, Simons, 1993; Bouchard, (u.a.) 1994; Hollmann, Hettinger, 2000; Zintl, Eisenhut, 2001; Woll, Bös, 2004). Das Ausdauertraining gewinnt für die Prävention von Stoffwechselerkrankungen, Hypertonie, Hirnleistungsstörungen und Krankheiten des Bewegungsapparates immer mehr an Bedeutung¹¹³. Die physiologische Wirkung hinsichtlich kardiovaskulärer, metabolischer, endokrinologischer, hämodynamischer Parameter ist gut belegt (siehe Zusammenfassung in Folkins, Sime, 1981; Bouchard (u.a.), 1990; Weineck, 1992; Schott, Simons, 1993; Club of Cologne, 1996; Metaanalyse in Knoll, 1997; Bös, Brehm, 1998a). Auch bei Personen mit Beschwerden oder Grunderkrankungen lassen sich ausreichend gesundheitsförderliche Effekte bei Kombinationsangeboten nachweisen (Janssen, Kolenda, Rieckert, 1997).

¹¹⁰Der Begriff "körperliche Aktivität" wird vom Sport unterschieden. Während sich körperliche Aktivität (physical activity) als Oberbegriff auf jede körperliche Bewegung bezieht, bezeichnet Sport eine bestimmte Untergruppe. In dieser Arbeit wird der Begriff Gesundheitssport verwendet. Vgl. Kapitel B2.2

¹¹¹ Hauptbeanspruchungsformen: Kraft, Ausdauer, Beweglichkeit, Koordination, Flexibilität, Schnelligkeit

¹¹² Ausdauer hinsichtlich sportlicher Betätigungen ist die Fähigkeit "einer sportlichen Belastung physisch und psychisch möglichst lange widerstehen zu können, d.h. eine bestimmte Leistung über einen möglichst langen Zeitraum aufrecht erhalten zu können und/oder sich nach sportlichen, psychophysischen Belastungen möglichst rasch zu erholen".

¹¹³ s. Dtsch Med Wochenschr 2002; 127(19): S.1039 – 1041

Besonders deutlich wird die protektive Wirkung von Bewegung und Sport in der Altersgruppe ab 55. Vor allem von Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems sind die körperlich aktiven Älteren deutlich weniger betroffen (Kruse, 1993).

Studie	nachgewiesene Effekte / Ergebnisse
1986 –Paffenbarger (u.a.)	6 Meilen zu Fuß pro Woche und Treppensteigen (36 Etagen pro Woche) senken das relative koronare Mortalitätsrisiko.
1994 – Woll, Bös	Bei wöchentlich 1000 zusätzlich verbrauchten kcal durch gesundheitssportliche Aktivität lässt sich die Wahrscheinlichkeit eines Herzinfarktes um ca. 20 % reduzieren.
1995 – Blair	Hinreichend dosierte ¹¹⁴ körperliche Aktivität führt zu einer Reduktion des koronaren Mortalitätsrisikos um 44%.
1998 – Appel (u.a.)	Mit der Aneignung und Anwendung von Stressbewältigungskompetenzen kann eine Senkung der Schlaganfall-Mortalität um gut 30% sowie ein Rückgang der Herzinfarkt-Mortalität um über 20% erreicht werden.
1990; 1999 – Manson (u.a.)	Moderates Herz-Kreislauf-Training kann die Neuerkrankungsrate von Herz-Kreislauserkrankungen um 30-40% reduzieren.
2000 – Liu (u.a.)	Eine bedarfsgerechte Ernährungsweise kann das Risiko der Entstehung kardiovaskulärer Erkrankungen zwischen 20-30% reduzieren.
2001 – Braumann (u.a.) 1991 – Paffenbarger (u.a.)	Regelmäßige Teilnahme am Gesundheitssport führt über eine Beeinflussung verschiedener Risikofaktoren zu einer Reduzierung des Koronarrisikos und insgesamt zu einer Lebensverlängerung.
2003 – Appel (u.a.)	Eine bedarfsgerechte Ernährungsweise kann das Schlaganfallrisiko bis zu 30% reduzieren.
2004 – Paffenbarger (u.a.)	Der zusätzliche wöchentliche Energieverbrauch von 1000-2000 kcal durch Gesundheitssport führt zu einer Reduzierung des Mortalitätsrisikos von 24% bis 33%.
2004 – Appel (u.a.) 2001 – Vessby (u.a.) 1990 – Berlin, Colditz	Das kardiovaskuläre Sterberisiko gilt bei körperlich inaktiven Personen als etwa doppelt so hoch wie bei sportlich aktiven Personen
2006 – Zeiselmeier	Regelmäßiges Ausdauertraining führt zur Erhöhung der Sauerstoffaufnahme, Vergrößerung des Herzminutenvolumens, Abnahme der Herzfrequenz sowie zur Verbesserung der Kapillarisation, der intramuskulären Blutverteilung und der Sauerstofftransportkapazität. Auch der Medikamentenkonsum lässt sich durch eine veränderte Lebensweise reduzieren ¹¹⁵ .

Tabelle 8: Übersicht über Studien, mit denen sich der Nutzen der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen belegen lässt

¹¹⁴ hinreichend dosiert: 3-6 Metabolische Einheiten

¹¹⁵ Im Rahmen der Studie an der Univ. Dortmund wurde die Wirkung des Nordic-Walking und Nordic-e-Walking auf den Medikamentenkonsum untersucht. Siehe hierzu die Dissertation unveröffentlichtes Manuskript von Maliezeffski (2007)

Die amerikanische *Framingham Studie* (Allaire, LaValley, O'Connor, 1999)¹¹⁶ belegt, dass bei entsprechenden präventiven Interventionen die Lebensqualität für die Altersgruppe 55-70jähriger steigt, wobei den Interventionen durch natürliche Alterungsprozesse¹¹⁷ Grenzen gesetzt sind. In Abhängigkeit von einem individuell angepassten Maß¹¹⁸ an Trainingsumfang und Trainingsintensität stellt die Steigerung der körperlichen Aktivität ein hohes Potential bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar.¹¹⁹ In Tabelle 9 wird das Potential der körperlichen Aktivität zur Prävention verschiedener Krankheiten und zur Lebenserwartung bewertet

Lebenserwartung	△△△
Risiko von kardiovaskulären Erkrankungen	▽▽▽
Blutdruck	▽▽
Risiko an Darmkrebs zu erkranken	▽
Risiko an Diabetes mellitus zu erkranken	▽▽▽
Beschwerden durch Arthrose	▽
Knochendichte im Kindes und Jugendalter	△△
Risiko alterbedingter Stürze	▽▽
Kompetenz zur Alltagsbewältigung im Alter	△△
Kontrolle des Körpergewichts	△

Tabelle 9: Zusammenfassung der Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit/ US-Department of Health and Human Services, Sallis (Quelle: RKI, 2006)

¹¹⁶ The Framingham Study: In dieser Verlaufsstudie wurden 4500 Männer regelmäßig untersucht. Als wesentliche Risikofaktoren für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden vor allem Bluthochdruck, Übergewicht und erhöhte Cholesterinwerte analysiert. Später kamen zu den vor allem somatischen Risikofaktoren auch die verhaltensbezogenen Risikofaktoren. Diese bedingen die Entstehung der somatischen Risikofaktoren (Stress, Bewegungsmangel, Persönlichkeitsstrukturen).

¹¹⁷ Die altersphysiologischen Veränderungen der verschiedenen Organe äußern sich in einer Verminderung der Funktionsfähigkeit des Organismus. Die Verletzungsgefahr und Frakturhäufigkeit steigt. Wird die Kraft nicht regelmäßig trainiert, muss mit einer Abnahme der Muskelmasse von bis zu 40 % gerechnet werden. Bis zum 60. Lebensjahr reduziert sich die Muskelmasse um etwa 20%, bis zum 75. Lebensjahr um 30 %. Der Verlust der elastischen Fasern führt zu einer Abnahme der Dehnbarkeit der Arterien. Die Folge ist der kontinuierliche Anstieg der Pulswellengeschwindigkeit in der Aorta und daraus resultierend eine höhere Belastung des Herzens. Die Koronararteriosklerose ist mit zunehmendem Alter eher die Regel als die Ausnahme. Die Atmungsorgane sind mit zunehmendem Alter durch alterstypische Funktionsänderungen belastet (Disposition für Bronchitis und Belastungsasthma)

¹¹⁸ Während andere Beanspruchungsformen besonderen individuellen Bedingungen unterliegen, ist das Ausdauertraining leicht an die jeweilige Ausgangsdisposition des Sporteinsteigers anzupassen

¹¹⁹ Bedeutung von körperlicher Aktivität für kardiale und zerebrale Funktionen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 53, 2001, 1, S.27-28

Legende zu Tabelle 9:

einige Hinweise, dass körperliche Aktivität ¹²⁰ die Variable steigert	△
moderate Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable steigert	△△
starke Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable steigert	△△△
einige Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt	▽
moderate Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt	▽▽
starke Hinweise, dass körperliche Aktivität die Variable senkt	▽▽▽

Die Zusammenfassungen in den Tabellen 8 und 9 zeigen, dass die Reduktion des Risikos für kardiovaskuläre Erkrankungen durch sportliche Aktivität als evident anzusehen ist. Zahlreiche Interventionsstudien (RKI, 2006) belegen, dass das Training von Ausdauer in Kombination mit Kraft und Koordination bei Menschen mit einem Alter über 50¹²¹ zu positiven Effekten im Herz-Kreislaufsystem, der Lunge und des Bewegungsapparates, des Stoffwechsels und des Immunsystems führt. Dem altersbedingten Verlust der Leistungsfähigkeit von Herz und Kreislauf kann mit einem systematischen Ausdauertraining entgegen gewirkt werden.

Gruppenangebote (Alfermann, Lampert (u.a.), 1994) fördern zudem die soziale Interaktion und tragen zusätzlich zur Steigerung der Lebensqualität bei. Das Gesundheitsverhalten der Älteren kann z.B. durch Förderung des Kontrollerlebens und der Selbstsicherheit (Janssen, 1994) optimiert werden.

Auch für das betriebliche Setting liegen valide Daten vor. Im Rahmen des betriebsbezogenen *WHO European Collaborative Trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease*, erhielten die Teilnehmer in einem Zeitraum von 5 – 6 Jahren Empfehlungen für gesundes Verhalten (körperliche Bewegung, bedarfsgerechte Ernährung und Nichtrauchen). In der Interventionsgruppe konnte im Vergleich zur Kontrollgruppe bei den Teilnehmern eine Reduktion der tödlichen Herzinfarkte um 21% und der nichttödlichen Infarkte um 26% erreicht werden (Kornitzer (u.a.) 1983). In England war eine Verringerung der neu aufgetretenen Angina pectoris um 36% nachweisbar (Rose, Marmot, 1981).

¹²⁰ Das Robert-Koch Institut berücksichtigt bei dem Begriff körperliche Aktivität die Alltagsbewegung und die Beteiligung am Sport

¹²¹ Beim Training ist der Gesundheitszustand des alternden Menschen kritisch zu berücksichtigen.

In einigen Interventionsstudien wurde bei Herz-Kreislauf-Patienten die sportliche Aktivität erfolgreich mit einer Veränderung des Lebensstils kombiniert (Kolenda, 2005). Durch konsequente bedarfsgerechte Ernährung¹²², durch tägliche Yogaübungen, körperliche Aktivität und durch den Aufbau eines starken sozioemotionalen Zusammenhalts in Sportgruppen konnte eine nachhaltige Partizipation am Gesundheitssport und Verbesserung des Gesundheitszustandes¹²³ erreicht werden.

Neben den Interventionen zur Reduktion und Primärprävention von verhaltensbezogenen Risikofaktoren wurde die präventive Wirkung für Strukturveränderungen im Setting nachgewiesen. Angebote zur Stärkung der Gesundheitsressourcen (vgl. Zusammenfassung bei Beutel, 1989) und gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelten (Settings), wie die Schaffung von bewegungsförderlichen Strukturen in Schulen und Betrieben, leisten einen wichtigen Beitrag zur Reduktion der Risikofaktoren. Dabei geht es nicht allein um den Abbau von Gesundheitsbelastungen, sondern auch um die Stärkung jener Faktoren, die den Umgang mit Belastungen ermöglichen. Dazu zählen insbesondere die Stärkung der Selbstwirksamkeit, der Ich-Stärke und die soziale Unterstützung (Fuchs, Schwarzer, 1994b; Fuchs, 1997; Schwarzer, 1997, 2004; vgl. auch B3.1.2).

Die Interventionen müssen Körper, Geist und Lebenswelt – also den ganzen Menschen – betreffen (Kastner, 2004). Da die Verhaltens- und Konsummuster die Entstehung und den Verlauf der Herz-Kreislauf-Erkrankungen maßgeblich beeinflusst (Willich (u.a.), 2001), zielt jedoch ein großer Teil der primärpräventiven Interventionen auf die Veränderung des Verhaltens ab.

B1.2.3 Schätzung des Einsparpotentials durch Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Oberdieck (1998, S.108) beziffert die Gesamteinsparung bei multimodaler Intervention mit Gewichtskontrolle, bedarfsgerechter Ernährung, Nichtrauchen und angemessene Bewegung auf jährlich 1.043 Mio. DM (=500 Mio. EUR) bei der Behandlung von Herzinfarkten.

¹²² Eine bedarfsgerechte Ernährung kann eine 20-30%ige Reduktion des Risikos zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie ein Rückgang der Schlaganfallinzidenz um knapp 30% bewirken (vgl. Appel (u.a.), 2003).

¹²³ Zum Begriff Gesundheitssport siehe Kapitel B2.2 der Arbeit.

Programme, die eine Blutdrucksenkung¹²⁴ erzielen, würden zur einer Gesamteinsparung bei der Behandlung von ischämischer Herzkrankheit um 2240 Mio. DM (=1120 Mio. EUR) führen. Oberdieck bezog sich bei seiner Berechnung auf Kostenstatistiken aus 1998. Auch wenn Oberdiecks Schätzung nicht aktuell ist, werden seine Berechnungen in der aktuelleren Literatur als "grundlegend" zitiert (Schwartz, 2000).

Hinsichtlich des Arbeitsausfalls und der Krankheitslast aufgrund vorzeitiger Mortalität nach Herzinfarkten findet sich bei Oberdieck eine Zusammenfassung verschiedener Schätzungen. Danach lassen sich ca. 25% der Fälle durch geeignete Interventionen, die zur Partizipation von Gesundheitssport führen und den Ausgleich von Bewegungsmangel zum Ziel haben, vermeiden (Kornitzer (u.a.), 1983; Oberdieck, 1998, S.110).

Im Rahmen einer betriebsbezogenen Kontrollstudie der WHO¹²⁵ konnte eine Reduktion der tödlichen Herzinfarkte für Belgien von 21% und der nichttödlichen Herzinfarkte von 26% erreicht werden. Damit wären etwa ein Viertel aller Herzinfarkte vermeidbar und die Schätzungen von Oberdieck (1998, S.111) bestätigt.

Für Deutschland werden die vermeidbaren frühzeitigen Todesfälle aufgrund eines Herzinfarktes auf 6 500 p.a. geschätzt, vorausgesetzt ca. 50% der Männer im Alter von 40-70 Jahren würden einer körperlichen Aktivität nachgehen (Schwartz, 2000, S.9).

Kanadische Wissenschaftler schätzten zum Ende des letzten Jahrtausends, dass durch körperliche Inaktivität 2,5% ihrer Gesamtausgaben für die Gesundheitsversorgung entstehen. Würden nur 10% der Inaktiven nachhaltig an Gesundheitssport gebunden, wäre von einer Kostenreduktion von 100 Mio. EUR pro Jahr auszugehen. Für die Schweiz werden Einsparungen von 1,6 Milliarden Schweizer Franken angegeben und für Österreich jährliche Einsparungen von 270 Mio. EUR durch sportliche Aktivität (Schwartz, 2000).

Der von Appel (2003) geschätzte Rückgang der Schlaganfallinzidenz durch wirksame, qualitätsgesicherte und nachhaltige Prävention würde die Gesundheitsausgaben in Deutschland um ca. 309 Mio. EUR pro Jahr reduzieren.

¹²⁴ um durchschnittlich 5,3 mm Hg systolisch und 3 mg Hg diastolisch

¹²⁵ WHO-European Collaborative Trial in the Multifactorial Prevention of Coronary Heart Disease

Trotz der nachgewiesenen Wirkungen wird die Effektivität primärpräventiver Interventionen vielfach angezweifelt (Rosenbrock; Gerlinger, 1998, 2004). Kritisiert wird die fehlende Nachhaltigkeit der Interventionen. Deshalb wird zunehmend gefordert, die Veränderung der Strukturen im jeweiligen Setting bei den Interventionen zu berücksichtigen (Rosenbrock, 2006; Schwartz, 2006)¹²⁶.

Auch wenn sich eine konkrete Bezifferung des Einsparvolumens für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht gesichert ableiten lässt, kann von einem erheblichen Einsparpotenzial in der GKV durch die Reduktion von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgegangen werden.

Die Teilnahmesteigerung bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist folglich ein wesentliches gesundheitspolitisches Ziel und für die Kostenträger erstrebenswert. Deshalb kann die Erhöhung der Teilnahme an qualitätsgesicherten Präventionsangeboten sowie die Sicherung der Nachhaltigkeit dieser Interventionen als gesamtgesellschaftliches Anliegen und Anliegen der Kostenträger eingestuft werden.

B1.3 Schlussfolgerung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

Die TK beteiligt sich an einer zwischen einigen Kassen abgestimmten Fall-Kontrollstudie. Verglichen werden Bonusteilnehmer – unterschieden nach *Bonusanforderern* und *Bonuseinreichern* – in einem Matchingverfahren mit Versicherten, die bei gleichem soziodemographischem Profil keine Bonusnutzer sind. Damit wird die im Gesetz formulierte Forderung nach kostenseitiger Transparenz erfüllt. Ob der Ausgabenstatus einer ausgewählten Gruppe von Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern tatsächlich auf die Teilnahme an Präventionsangeboten und / oder Bonifizierung zurückzuführen ist, bleibt dabei ungeklärt. Versicherte, die einen Bonus erhalten, aber nicht an

¹²⁶ Weder ausschließlich verhaltenspräventive Angebote noch die alleinige Ausrichtung auf Organisationsentwicklung scheint Erfolg zu haben. Deshalb wird mehr und mehr im Rahmen der *New Public Health* die reine Verhaltensintervention von *settingorientierter Verhaltensprävention* abgelöst. Die Inhalte der Angebote berücksichtigen mehr und mehr bestehende gesundheitliche Problemfelder und Beschwerden, wie Schmerzen und Vorerkrankungen. Trotz dieser Entwicklung stellen Verhaltensangebote ODER reine Organisationsentwicklung das Hauptangebot im Setting dar.
<http://www.mhhannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/Tagungen/Rosenbrock.pdf> - vom 21.01.07
<http://www.mhhannover.de/fileadmin/institute/epidemiologie/Stiftungslehrstuhl/downloads/Tagungen/Schwartz.pdf> - vom 21.01.07

qualitätsgesicherten Angeboten teilgenommen haben, verfälschen die Aussage über die Einsparmöglichkeiten durch Prävention – respektive Bonifizierung. Kostenstatistiken können folglich keinen Hinweis geben, inwieweit Leistungsausgaben, die nach erfolgter Bonifizierung anfallen, im Zusammenhang mit einer vorher durchgeführten Präventionsmaßnahme stehen oder nicht. So können beispielsweise Eltern, die bei der Techniker Krankenkasse versichert sind, die U-Untersuchungen für ihre Kinder bonifizieren lassen. Der Anreiz durch Bonifizierung richtet sich an die Erwachsenen, die als verantwortliche Erziehungsberechtigte die Früherkennungsuntersuchungen(U2-U9) für ihre Kinder initiieren¹²⁷. Der Bonus kann im Anschluss an die Untersuchung von den Erwachsenen entgegen genommen werden. Spätere Leistungsaufwendungen für die Eltern stehen dann nicht mit der bonifizierten Vorsorgeuntersuchung im Zusammenhang, obwohl die Bonifizierung gesundheitspolitisch sinnvoll war. Die Eltern werden als "Bonusempfänger" geführt. Ob jemand *Bonuseinreicher* und *Bonusempfänger* ist, sagt deshalb letztlich nichts über die Art und Weise seiner Aktivität im Bereich der Primärprävention aus.

Nachdem die Notwendigkeit zur Steigerung der Beteiligung am Gesundheitssport aus der gesundheitspolitischen Perspektive hergeleitet wurde, soll im Kapitel B2 gesundheitswissenschaftlich argumentiert werden. Es wird zunächst gezeigt, dass die Partizipation am Gesundheitssport als unzureichend einzustufen ist. Die Situation in der Techniker Krankenkasse wird in die Analyse einbezogen.

B2 Erhöhung der Partizipation am Gesundheitssport als Ziel der Bonifizierung in der GKV

Fast 50% der Bevölkerung in den Industrienationen wird als körperlich inaktiv eingestuft. Diese körperliche Inaktivität bezieht sich sowohl auf das Berufsleben als auch die Alltags- und Freizeitgestaltung (Powel, Blair, 1994; Morris, 1996). Deshalb ist der Frage nachzugehen, ob die Gründe für eine mangelnde Sportbeteiligung sich durch Bonifizierung kompensieren lassen und der daraus resultierende Anreiz stark genug ist, dieses Defizit auszugleichen.

¹²⁷ Die erste Untersuchung wird unmittelbar nach der Geburt vorgenommen (U1).

In die Analyse fließen allgemeine Daten sowie Daten der Techniker Krankenkasse, bei der die Studie durchgeführt wurde, ein.

B2.1 Ausgangssituation für das deutsche Gesundheitswesen

Die Menschen sind sich der Bedeutung ihrer Gesundheit für die Lebensqualität ganz offensichtlich bewusst. Befragt nach wichtigen Lebensbereichen gaben 85% der deutschen Bevölkerung an, dass ihre Gesundheit einen wichtigen Stellenwert im Leben einnimmt (Statistisches Bundesamt, 1999). 90% der Erwachsenen äußerten sich bei einer repräsentativen Befragung dahingehend (Pahmeier, 1998, S. 124), dass Sport wichtig für die Gesundheit sei.

Hierzu passen veröffentlichte Zahlen über die Mitgliedschaft in deutschen Fitness-Studios. 1990 wurden etwa 1,7 Mio. Menschen als Mitglieder registriert. 1998 war diese Zahl bereits auf 3,9 Mio. angestiegen (Rampf, Brehm, 1999, 2000).

Die Zahl der Aussteiger innerhalb eines Jahres liegt jedoch in Relation zu den Einsteigern erheblich höher. Die Zahl variiert zwischen 60% und 140%¹²⁸ (Brehm, 1997; Brehm, Eberhardt, 1995; Rampf, Brehm, 2000).

Als wichtigste Hauptgründe für den Ausstieg werden in der Studie von Rampf und Brehm (2000, S.10) zu hohe Mitgliedskosten (19%), Rahmenbedingungen im Studio (18%) und persönliche Gründe wie familiäre oder berufliche Verpflichtungen genannt. 36% der Aussteiger beenden mit dem Abbruch ihres Trainings jegliche Fitnessaktivität (vgl. Rampf, Brehm, 2000, S.13). Insgesamt $\frac{3}{4}$ aller Mitglieder in einem Studio denken darüber nach, ihre Aktivitäten völlig zu beenden. Rampf, Brehm (2000, S.14) schlussfolgern, dass fast jedes Mitglied ein potentieller Aussteiger ist. Dabei spielt v.a. mangelnde Selbstmotivation eine Rolle¹²⁹.

Hohe Dropout-Quoten sind nicht nur für das primärpräventive Setting dokumentiert. Schlicht, Kanning, Bös (2003) werteten 10 Studien, die sich auf

¹²⁸ 140% resultieren aus der Tatsache, dass Mitglieder mehrmal pro Jahr ein und wieder aussteigen.

¹²⁹ Rampf, Brehm (2000, S.19) empfehlen daher den Betreibern von Fitnessstudios eine motivierende Betreuung der Kunden und deren soziale Einbindung in das Setting Fitnessstudio.

rehabilitative Settings beziehen, aus. Untersucht wurden die Teilnehmerrate und die Dropout-Quoten in den Herzsportgruppen. Die Teilnehmerraten lagen zwischen 20 % und 40%, die Dropout-Quoten zwischen 11% und 60%¹³⁰.

Übergreifende Studien zur Sportpartizipation in Deutschland kommen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen (Schwartz, 2000, S.8). Nur 10-20% derjenigen Personen, die Sport als gesundheitsförderlich einschätzen¹³¹, gelten als so sportlich aktiv¹³², dass von einer langfristigen gesundheitsförderlichen Wirkung ausgegangen werden kann (Schwarzer, 1997, S.219).

Zuverlässige epidemiologische Daten zum Ausmaß gesundheitsförderlicher sportlicher Aktivität bei Erwachsenen in Deutschland können dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 (Mensink, 2002) und dem Gesundheitsbericht des Robert Koch Instituts (2006) entnommen werden. Sie verdeutlichen, dass die Mehrheit der Bevölkerung keinen sportlichen Aktivitäten nachgeht. Dabei sind Männer im Durchschnitt sportlich aktiver als Frauen¹³³.

Stunden pro Woche	Gesamt	Männer	Frauen
über 4	7,7	10,5	5,1
2 – 4	11,6	13,0	10,3
1-2	18,0	16,1	19,8
unter 1 (gelegentlich)	15,9	16,6	15,3
kein Sport	46,7	43,8	49,5

Tabelle 10: Sportliche Betätigung 1998 in Deutschland im Alter zwischen 18 und 79 Jahren – insgesamt und nach Geschlecht (Angaben in Prozent) Quelle: Mensink, 2002, S.S128)

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass die positiven Effekte des Gesundheitssports noch nicht voll ausgeschöpft werden konnten. Diese These wird auch im Gutachten über die Gesundheitsausgaben für chronische Kranke (Schwartz, 2000, S.8) unterstützt. Danach sinkt die Sportpartizipation bei den Männern mit zunehmendem Alter. Während 52% der bis zu 30jährigen Männer zwei und mehr Stunden in der Woche Sport treiben, sind es bei den 70 –

¹³⁰ Zahlen wurden auf – bzw. abgerundet.

¹³¹ Während mit der Befragung zur *körperlichen Aktivität* auch alltägliche Bewegungsaktivitäten erfasst werden, berücksichtigen Fragen zur *sportlichen Aktivität* ausschließlich Bewegungsaktivitäten im Rahmen sportlicher Freizeitbetätigung und / oder des Leistungssports.

¹³² hinsichtlich Trainingsumfang, Trainingsintensität und Trainingshäufigkeit

¹³³ Dabei hat sich der Geschlechtsunterschied gegenüber den Daten von 1990 / 92 verringert. Der Unterschied betrug 1998 **6%** gegenüber gemessenen rund **9%** aus 1990/92.

79jährigen nur noch 30%. Bei den Frauen sinkt der Anteil von ca. 40% bei bis 30jährigen auf 22% bei den 70-79jährigen Frauen.

Sporttreiben zählt offenkundig zu den Aktivitäten, deren regelmäßige dauerhafte Ausübung vielen Menschen Schwierigkeiten bereitet und mit Verzicht und Anstrengung assoziiert wird (Pahmeier, 1994; Wagner, 2000; Fuchs, 2003, 2005; Göhner, Fuchs, 2007). Die meisten Personen, die das Sporttreiben innerhalb des Gesundheitssports wieder aufgeben, tun dies innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn der Aktivität oder direkt zum Ende eines abgeschlossenen Angebotes, zu denen auch Bewegungskurse der Krankenkassen zählen (Dishman, 1981, 1987,1993; Martin, Rappaport, Dubbert, 1987, Wills, Campbell, 1992, McAuley, 1993; Pahmeier, 1994; Wagner, 2000). Nach Budde und Keck (1996, 1999) sowie Fuchs (2003, 2005) liegen die Abbruchraten bei gesundheitsorientierten Sportprogrammen etwa bei 40 – 60 % Zum Abbruch neigen insbesondere Personen, bei denen das Sporttreiben aus medizinischer Sicht indiziert ist. In ihrer Followup-Studie zeigten Budde und Keck (1996,1999) für Herzpatienten folgende Verläufe nach Entlassung aus der Klinik:

Zeitraum nach Entlassung	aktive Patienten
5 Monate	28 %
2 Jahre	19 %
4 Jahre	15 %

Tabelle 11: Aktivitäten nach Entlassung aus der Klinik nehmen ab; eigene Darstellung nach Budde und Keck, 1999

Zu den Veröffentlichungen über die Nachhaltigkeit der Sportpartizipation zählen die Studien von Libb und Clements (1969) und der *Adherence*¹³⁴ – *Forschung* (Engström, 1991; Bull, 2001)¹³⁵. Die *Ontario Exercise-Heart Collobaration Study* (Oldridge, Donner, Buck, (u.a.), 1983) verfügt über valide Daten der Nachhaltigkeit von sportlicher Betätigung bei Rehabilitationspatienten. Danach

¹³⁴ festhalten, befolgen – (Haisch, Weitkunat, Wildner, 1999)

¹³⁵ Unter Adherence ist die aktive Beteiligung des Patienten am Prozess der Gesunderhaltung und Krankheitsbewältigung zu verstehen. Entgegen der mit "Compliance" ausgedrückten Hoffnung auf passives Befolgen von Arztanweisungen, wird mit "Adherence" die vom Patienten selbstgesteuerte Auswahl unter geeigneten gesundheitsförderlichen und -wiederherstellenden Strategien und Verhaltensweisen betont. Adherence unterstützt insbesondere die selbstkontrollierte Bewältigung chronischer Krankheiten im individuellen psychosozialen Kontext.

halten sich 6 Monate nach Beendigung der Rehabilitation nur noch 53% der Patienten an das empfohlene Pensum gesundheitssportlicher Aktivität, 46,5% brachen das Training ab (vgl. Schlicht, Kanning, Bös, 2003, S.31).

Schlicht, Kanning, Bös (2003) liefern eine Zusammenfassung der wichtigsten Studien über Teilnehmerate und Dropout-Quote. Danach wurden in den dokumentierten Studien (N=10) zwischen 15 und 58% Dropout-Quoten registriert, wobei die Messzeitpunkte in den Studien unterschiedlich gewählt wurden. Außerdem fassen die Autoren Studien (N=29) zusammen, mit denen Determinanten der Teilnahme vs. Abbruch ermittelt werden konnten.

Die aus der Metastudie abgeleitete Matrix von Schlicht, Kanning, Bös (2003, S.51), zusammengefasst in Tabelle 12, stellt die förderlichen und hinderlichen Determinanten für die Aufnahme der körperlichen Aktivität im Rahmen der Tertiärprävention gegenüber.

Lokation	förderlich für die Teilnahme	hinderlich für die Teilnahme
Internal	<ul style="list-style-type: none"> • Positive Konsequenzerwartung und hoher wahrgenommener Nutzen • wahrgenommene Selbstwirksamkeit • Nichtraucher • Aktivität wird als Vergnügen und Spaß wahrgenommen • Soziale Kompetenz • Geschlecht: männlich • Erwerbstätig • körperliche Aktivität wird als Freizeitbeschäftigung interpretiert 	<ul style="list-style-type: none"> • Mangel an Interesse; Nutzen wird nicht wahrgenommen • Organisatorische Barrieren wie Zeit, Raum etc. • höheres Lebensalter • Arbeitslosigkeit • Geringe Schulbildung; fehlende Einsicht in den Sinn • Niedrige Schichtzugehörigkeit • Externale gesundheitliche Kontrollüberzeugung
external	Soziale Unterstützung (familiär, professionell)	<ul style="list-style-type: none"> • finanzielle Schwierigkeiten • medizinische Probleme • mangelnde Unterstützung

Tabelle 12: förderliche und hinderliche Faktoren für die Sportteilnahme; Darstellung nach Schlicht, Kanning, Bös (2003, S.51)

Diese Kriterien können auch auf die Partizipation am Gesundheitssport mit primärpräventiver Ausrichtung übertragen werden (vgl. hierzu Kapitel B3 dieser Arbeit). Dishmann (1985), Dishman, Sallis (1985) und Sallis, Owen (1999) haben insgesamt ca. 300 Studien zur Aneignung und Aufrechterhaltung der sportlichen Aktivität ausgewertet. Danach gelten als wichtigste Einflussfaktoren auf die Sportpartizipation

- soziale Unterstützung¹³⁶,
- Selbstwirksamkeit¹³⁷,
- wahrgenommener Nutzen bzw. die wahrgenommenen Nachteile des Verhaltens¹³⁸,
- Spaß an der Bewegung,
- intrinsisch¹³⁹ motiviertes Streben des Menschen nach Bewegung,
- angemessene Intensität der Angebote, d.h., wenig Anstrengung und Vermeidung von Überforderung sowie das
- Körpergefühl.

(vgl. auch Fuchs, 2003; Lippke, Vögele, 2006)

Ansätze zur Erklärung der Sportpartizipation, d.h. Aufnahme und nachhaltige sportliche Aktivität, werden durch zwei grundsätzliche Forschungsrichtungen repräsentiert. Hierzu zählt die angloamerikanische *Social-Cognition-Forschung* (Rutter, Quine, 2002) und die europäische *Volitionsforschung*¹⁴⁰ (Heckhausen, 1980, 1989, 2003; Gollwitzer, 1999; Kuhl, 2001; Schwarzer, 2001; Fuchs, 1999 bis 2006; Göhner, Fuchs, 2007). Sie werden an dieser Stelle der Arbeit angeführt und mit dem Kapitel B3.3. unter Einbeziehung der Bonifizierung von Verhalten differenziert bewertet.

Gründe, die eine Barriere bei der Planung, Ausführung und Aufrechterhaltung¹⁴¹ (Wagner, 2000) von gesundheitssportlicher Aktivität darstellen, lassen sich auf Persönlichkeitsmerkmale und persönliche Motive zurückführen. Andere angegebene Hinderungsgründe wie Zeitmangel oder schlechtes Wetter, lassen sich auch auf Merkmale der Persönlichkeit wie Unflexibilität oder Ablenkbarkeit zurückführen. Persönlichkeitsmerkmale wurden deshalb auch in der Studie der TK ermittelt, um sie in Beziehung mit dem Teilnahmeverhalten und der Bewertung der Bonusangebote in Beziehung setzen zu können.

¹³⁶ vgl. Kapitel B3.1.2

¹³⁷ vgl. Kapitel B3.1.5 und B3.1.6

¹³⁸ vgl. Kapitel B3.1.4

¹³⁹ Das Verhalten wird "intrinsisch motiviert" bezeichnet, wenn es um seiner selbst willen geschieht. Personen handeln aus eigenem Antrieb. Das Verhalten ist selbstbestimmt. Intrinsische Impulse sind beispielsweise Lust auf Abenteuer, Spass und Freude an der Handlung.

¹⁴⁰ Volition = Wille; gemeint sind Prozesse der willentlichen Steuerung bei der Umsetzung einer Absicht in eine Handlung und deren Durchführung.

¹⁴¹ Unter Aufrechterhaltung versteht Wagner (2000) die immer wieder erneute Durchführung einer einmal aufgenommenen sportlichen Aktivität. Aufrechterhaltung bezieht sich auch auf die Regelmäßigkeit der sportlichen Aktivität. Der amerikanische Begriff der exercise adherence wird mit Aufrechterhaltung übersetzt.

Fuchs (2006) führt aus, dass es *lageorientierten Personen*¹⁴² schwerer fällt, miteinander konkurrierende Wünsche, Ziele, Impulse oder Anreize voneinander abzuschirmen und deshalb ein Abbruch der sportlichen Aktivität wahrscheinlich ist.

Vorzeitiges Abbrechen bzw. Dropout kann auch in der Aktivität selbst begründet sein (Brehm, Sygusch, 2003, S.487) und hat damit folglich weniger mit Compliance zu tun. Hierzu zählen trainingsinterne Faktoren wie inkompetente Trainer unangemessener Trainingsumfang oder unzureichend an die persönlichen Voraussetzungen angepasste Trainingsintensität (vgl. Brehm, Eberhardt, 1995). Sie lassen sich weniger durch Anreizsysteme als durch Qualitätssteigerung der Angebote kompensieren.

Pahmeier (1998, S.128) beschreibt darüber hinaus Ausstiegsfaktoren, die in der persönlichen Verfassung begründet sind. So können Übergewicht (Alfermann, 1986; Sallis (u.a.), 1992; Alfermann, 2005), eine schlechte seelische Verfassung und Lebensstilfaktoren wie die Arbeitszeit, Familiendynamik (Dishman, 1981; Sallis (u.a.), 1992; Brehm, Pahmeier, Tiemann (u.a.), 2002) oder Genussmittelkonsum die Motivation, an einem Sportprogramm teilzunehmen, erheblich reduzieren. Immer häufiger wird das positive emotionale Erleben der sportlichen Aktivität als günstig für die Aufrechterhaltung angesehen. Negative Empfindungen hingegen wie Langeweile, Unzufriedenheit, Überforderung, Angst oder Scham steigern die Wahrscheinlichkeit eines Abbruchs (Brehm, Pahmeier, 1990; McAuley, 1993).

Um die Wirkung eines externen Anreizes auf die Sportpartizipation zu verstehen, sind die einzelnen Schritte bei der Übernahme bzw. Aneignung und Aufrechterhaltung von Sportverhalten zu identifizieren.

Gesundheitswissenschaftliche und motivationspsychologische Ansätze zeigen, dass in diesem Prozess die oben genannten Determinanten eine Rolle spielen. Von ihnen ist es abhängig, ob die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten die Motivation zur Aufnahme von körperlicher Aktivität beeinflussen kann. Diese Determinanten sollen im Kapitel B3 mittels der Analyse von ausgewählten theoretischen Ansätzen ermittelt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bonifizierung bewertet werden.

¹⁴² Lageorientiert ist Verhalten wenn die Analyse vergangener, gegenwärtiger oder zukünftiger Situationen im Mittelpunkt mentaler Prozesse steht.

Schlussfolgerung:

Mit der GKV-Bonifizierung ist nicht nur die Teilnahme an einem Einstiegsangebot, sondern auch die Aufrechterhaltung der körperlichen Aktivität zu fördern. Dies wurde im Gesetz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten bisher nicht ausdrücklich erwähnt. Die dauerhafte gesundheitssportliche Aktivität - z.B. in einem Sportverein oder Fitnesscenter- zu bonifizieren ist sinnvoll, da diese nicht auf die dauerhafte Bindung an Kassenangebote sondern auf eigenverantwortlich durchgeführten Gesundheitssport abzielt. Diese inhaltliche Empfehlung geht davon aus, dass sich durch wiederholte Bonifizierung motivierende Anreize setzen lassen.

In dieser Arbeit wird der Begriff *gesundheitssportliche Aktivität* oder *Gesundheitssport* verwendet.

Im folgenden Kapitel werden die Kriterien von qualitätsgesicherten *Gesundheitssport* zusammengefasst. Sie wurden bei der Konzeption des TK-Kurses *Nordic-Walking* und *Nordic-e-Walking* berücksichtigt und bilden somit die inhaltliche Grundlage für die vorliegende Studie.

B2.2 Ziel und Inhalt von Gesundheitssport

Unter dem Begriff *körperliche Aktivität* wird jede Aktivität, die eine Steigerung des Energieumsatzes zur Folge hat, verstanden, während *Gesundheitssport* zweck- und zielgebunden ist.

Da die Verwendung des Begriffs *Gesundheitssport* in der Fachliteratur nicht einheitlich ist (vgl. Balz, 1993; Knoll (u.a.), 1997, S.17-20; Beckers, Brux, 1993; Bös, Brehm, 1998b) soll dies zunächst begründet werden.

Eine Systematik der gesundheitssportlichen Aktivitäten in der Freizeit findet sich bei Wopp (1995). Danach lassen sich Aktivitäten nach Zielgruppen (Alter, Geschlecht), Organisationsformen (z.B. in Volkshochschule, Krankenkasse, Sportverein), Methoden (systematisches Training, Coaching usw.), soziale Bezüge (Gruppe, einzeln), ökonomische Zielsetzung (kommerziell, gemeinnützig) und ökologische Bedingungen (Sporthalle, Wald, Sportplatz) sowie Orientierungen (alternativ, breitensportlich) unterscheiden. Je nach

Perspektive lässt sich eine solche Systematik erweitern. Sie erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.

Eine andere Systematisierung stellt weniger die Angebotsstruktur als die Motive zur sportlichen Aktivität in den Vordergrund (Rittner, Breuer, 2000, S.21). Je nach Sporterleben und Motivlage unterscheidet Fuchs Gesundheitssport, Leistungssport, Erlebnissport, Freizeitsport und Funsport voneinander (Fuchs, 2003, S.16-17).

Während im sportwissenschaftlichen Verständnis der Begriff der *sportlichen Aktivität* an Bedeutung gewinnt, bleibt für den Kontext der Gesundheitsförderung der Begriff *Gesundheitssport* aktuell (Brehm, Bös, Opper, Saam, 2002). Nicht jede *sportliche Aktivität* kann gleichermaßen als gesund angesehen werden. So sind nach Brehm und Sygusch (2003) bestmögliche Leistungen eines Sportlers häufig mit Verletzungen und gesundheitlichen Schäden aufgrund zu hoher Trainings- und Wettkampfbelastung verbunden. Bös, Brehm (1998a) nehmen deshalb bei ihrer Definition von Gesundheitssport Bezug auf die Zielgruppe¹⁴³, d.h., dass die Definition aus der Frage abgeleitet wird, welche Aktivität sich für welche Zielgruppe eignet.

Nach der Definition der *Kommission Gesundheit des Deutschen Sportbundes* und des *Deutschen Sportärztebundes* handelt es sich bei *Gesundheitssport*.

"(...) um eine aktive, regelmäßige und systematische körperliche Belastung mit der Absicht, Gesundheit in all ihren Aspekten, d.h. somatisch wie psychosozial, zu fördern, zu erhalten oder wiederherzustellen" (Fuchs, 2003, S.6).

Bös und Brehm (1998a, S.7-14) sowie Brehm und Gradel (2006) stimmen darin überein, dass gesundheitssportliche Betätigung (*physical exercise*) sich vor allem durch die Zielsetzung und den damit verbundenen Methoden des Trainings, dem Umfang und der Intensität im Leistungssport unterscheidet. Danach zielt *Gesundheitssport* vor allem auf:¹⁴⁴

- die Stärkung von physischen, psychischen und sozialen Gesundheitsressourcen,

¹⁴³ Beispielsweise eignet sich Joggen eher für Personen, die keine Gelenkbeschwerden haben.

¹⁴⁴ Diese Zielsetzungen fanden als Präventionsprinzipien in den Katalog der Spitzenverbände der Krankenkassen Eingang.

- die Reduktion von Beschwerden,
- den Ausgleich von Bewegungsmangel und damit Reduktion von Risikofaktoren, die durch Bewegungsmangel begünstigt werden.

Diese Zielsetzung wurde im TK-Konzept *Walking* und *Nordic-Walking* (Mommert Jauch, Helbig, 2002), das dem TK-Konzept *Nordic-e-Walking* zugrunde liegt, berücksichtigt.

Gesundheitssport lässt sich als Element des New Public Health Ansatzes verstehen, der verschiedene Erklärungsmodelle von Gesundheit und Krankheit vernetzt. New Public Health zielt zum einen auf die Stärkung der Gesundheitsressourcen, verbunden mit einer Meidung und Minderung von Risikofaktoren¹⁴⁵ sowie mit einer möglichst effektiven Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden ab. Danach ist *Gesundheitssport* für Gesunde wie Kranke geeignet und soll eine Bindung an vielseitige gesundheitswirksame Aktivitäten aufbauen (Schnoor, 2005), vergleiche Abbildung 17.

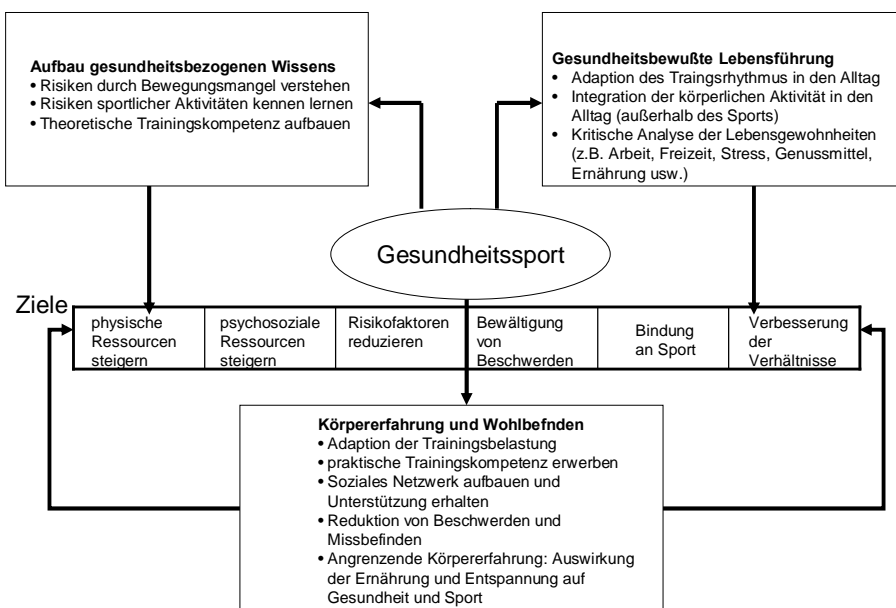


Abbildung 17: Ziele im Gesundheitssport; eigene Darstellung

¹⁴⁵ Unter Risiken werden jene Faktoren (Determinanten) verstanden, die das Risiko an einer bestimmten Krankheit zu erkranken erhöhen. (Schneeweiß, 1995, S.73, Faltermaier, 2005, S.53-56) Im epidemiologischen Sinne meint Risiko, die statistische Wahrscheinlichkeit, dass bei Vorliegen eines oder mehrerer bestimmten Merkmale eine bestimmte Population erkranken wird (Brand und Brand, 2003). Mit dem Risikofaktorenmodell wird die Entstehung von Krankheiten theoretisch erklärt. Die Krankheiten ergeben sich danach aus dem Zusammenwirken verschiedener Risikofaktoren. Hierzu zählen die somatischen (z.B. erhöhter Cholesterinwert), die psychosozialen (z.B. soziale Isolation, Stress) und die verhaltensbedingten (Bewegungsmangel, falsche Ernährung) Risikofaktoren.

Gesundheitssport ist geplant und zweckvoll. Mit dem Attribut *geplant* wird unterstrichen, dass der Aktivität eine bewusste Gesundheitszielsetzung voraus geht. *Zweckvoll* bezieht sich auf die effektvollen Methoden. Die jeweilige Stärke sportbezogener Zielintention ist nach Fuchs (2003, S.6) im Wesentlichen von den zu erwartenden Konsequenzen und von der Verhaltenskontrolle abhängig. Dieser Zusammenhang wird im Kapitel B3 dieser Arbeit näher erläutert. Fuchs betont, dass die jeweilige Motivlage (Fuchs, 2003) bei der Bewertung der *sportlichen Aktivität* zu berücksichtigen ist. Sport wird erst dadurch zum *Gesundheitssport*, wenn ihm sowohl ein bewusst formuliertes Gesundheitsziel als auch die Auswahl einer angemessenen Methodik und Sportart zugrunde liegt. Für die Umsetzung der Gesundheitsförderung (Brehm, Pahmeier, Tiemann, 2002; Brehm, Pahmeier, 1992) in den Krankenkassen wurden unter Berücksichtigung der genannten Kriterien sechs Kernziele (Brehm, Bös, Opper, Saam, 2002; Brehm, Gradel, 2006)¹⁴⁶ des *Gesundheitssports* herausgearbeitet (Brehm, Janke (u.a.), 2005, *Leitfaden Prävention*, Stand Juni 2006). Die Krankenkassen haben sich verpflichtet, mit ihren Angeboten diese Kernziele anzusteuern, um Handlungskompetenz¹⁴⁷ und Eigenverantwortung bei den Teilnehmern der Bewegungsprogramme zu erzielen.

<p>Kernziel 1: Stärkung physischer Gesundheitsressourcen (insbesondere die Faktoren gesundheitsbezogener Fitness Ausdauer Kraft, Dehnfähigkeit, Koordinationsfähigkeit, Entspannungsfähigkeit)</p>
<p>Kernziel 2: Stärkung psychosozialer Gesundheitsressourcen (insbesondere Handlungs- und Effektwissen, Selbstwirksamkeit, Stimmung, Körperkonzept, Soziale Kompetenz und Einbindung)</p>
<p>Kernziel 3: Verminderung von Risikofaktoren (insbesondere solche des Herz-Kreislauf-Systems sowie des Muskel-Skelettsystems)</p>
<p>Kernziel 4: Bewältigung von psychosomatischen Beschwerden und Missbefinden¹⁴⁸</p>
<p>Kernziel 5: Aufbau von Bindung an gesundheitssportliche Aktivität (bezogen auf die Zielgruppe)</p>
<p>Kernziel 6: Verbesserung der Bewegungsverhältnisse (u.a. durch den Aufbau kooperativer Netzwerke beim Zugang zu einer gesundheitssportlichen Aktivität und bei deren Weiterführung)</p>

Tabelle 13: Kernziele der Gesundheitsförderung und Primärprävention in der GKV für das Handlungsfeld Bewegung; Darstellung in Anlehnung an Leitfaden Prävention – Stand Juni 2006.

¹⁴⁷ Handlung: planmäßiges Verhalten

¹⁴⁸ Im Original "Missbefindenszuständen" (*Leitfaden Prävention* - Stand Juni 2006)

Die in Tabelle 13 aufgeführten Kernziele waren der Ausgangspunkt für das Evaluationsdesign des Programms *TK-Walking/Nordic-Walking* und *TK-Nordic-e-Walking* (Iserloh, Hagemann, Kastner, Knaack, 2002).

Mit Kernziel 5 wird die Bedeutung der *Nachhaltigkeit* bzw. *Aufrechterhaltung* regelmäßiger gesundheitssportlicher Aktivität für die Gesundheitsförderung betont. Vor dem Hintergrund hoher Dropoutquoten (Sack, 1980; Bastian, Sendzik, 1987; Dishman, 1985, 1991, 1993, 1994; Brettschneider, Bräutigam, 1990; Pahmeier, 1998; Wagner, 2000) werden bei der Planung der TK-Gesundheitsförderungsangebote Nachhaltigkeitsfaktoren wie das Internet-Coaching berücksichtigt. Dennoch sind die Angebote von Krankenkassen wie oben ausgeführt als Einstieg in eigenverantwortliches Handeln zu interpretieren. Bezogen auf das Teilnahmeverhalten, werden auch bei der Techniker Krankenkasse die in Kapitel B2.1 beschriebenen Defizite registriert. Im folgenden Kapitel wird die Ausgangssituation der Techniker Krankenkasse skizziert.

B2.3 Ausgangssituation bei der Techniker Krankenkasse

Seit 2001 dokumentiert die TK die Teilnahme ihrer Versicherten an qualitätsgesicherten Bewegungsangeboten. Hierzu zählen die Nutzung der Angebote zur Reduzierung von Risiken aufgrund von Bewegungsmangel und der Ausgleich von Bewegungsmangel. Abbildung 18 zeigt, dass die absoluten Teilnehmerzahlen seit Beginn der Dokumentation 2002 stetig gestiegen sind.

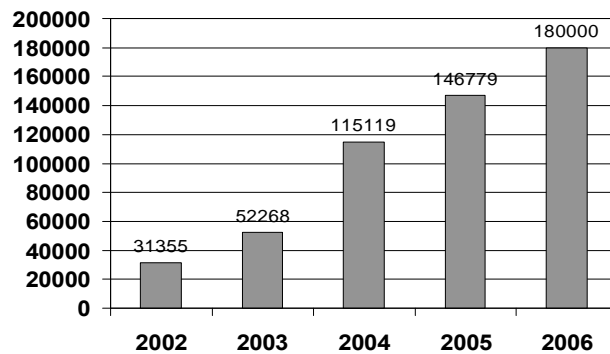


Abbildung 18: TK-Teilnehmer an Präventionsangeboten in den Jahren 2002-2006 ohne Settingförderung und Kampagnen; eigene Darstellung

Der Trend zur stärkeren Nutzung von Bewegungsangeboten wird für die TK-Versicherten seit 1992¹⁴⁹ dokumentiert.

Abbildung 19 zeigt, dass die Mehrheit (65-75%) aller registrierten TK-Teilnehmer an qualitätsgesicherten Präventionsangeboten ein Bewegungsangebot wählten. Diese Zahlen lassen eine im Vergleich zu den anderen Handlungsfeldern, erhöhte Bereitschaft der TK-Versicherten zur Nutzung der Bewegungsangebote vermuten.

¹⁴⁹ Die Dokumentation berücksichtigt allerdings nur Versicherte, die für ihre Teilnahme an Präventionsangeboten bei der TK eine Kostenerstattung erhalten oder das Angebot der TK wahrgenommen haben. TK-versicherte Personen, die eigenverantwortlich Gesundheitssport betreiben und zu keiner Zeit eine Kostenerstattung bei ihrer Krankenkasse beantragen, gehen nicht in die Dokumentation ein. Bei einer repräsentativen Versichertenbefragung (Auer, Knaack, Hildebrandt, 2003) gab jeder vierte TK-Versicherte an, aktiv etwas für seine Gesundheit zu tun, z.B. das Rauchen aufgegeben zu haben, sich gesund zu ernähren oder auf Bewegungsausgleich zu achten.

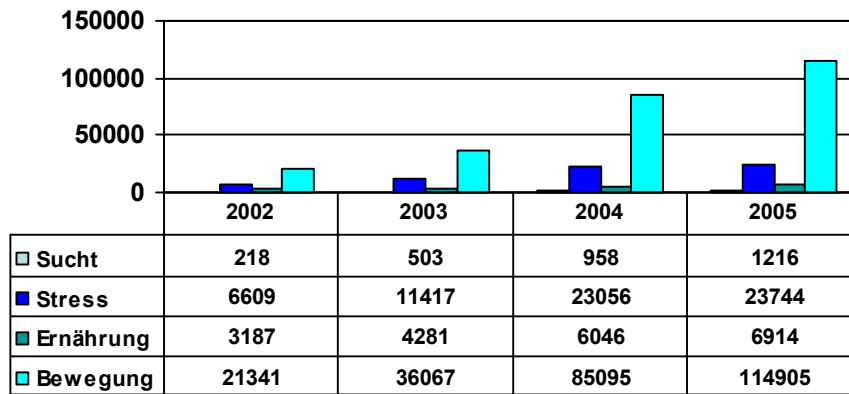


Abbildung 19: TK-Teilnehmer an Präventionsangeboten in den Jahren 2002-2005; selektiert nach Handlungsfeldern gemäß Leitfaden Prävention – Stand Juni 2006; eigene Darstellung

Nach Einführung des TK-Bonifizierungsprogramms im Januar 2004 verdoppelte sich die Gesamtzahl der Teilnehmer nahezu (Steigerung 120%). Diese sprunghafte Erhöhung der absoluten Teilnahmen von 2003 auf 2004 (vgl. Abbildung 19) lässt sich jedoch nicht eindeutig auf die Bonifizierung zurückführen.

So wurden in den Jahren 2004 und 2005 eine Reihe neuer TK-Angebote zur Gesundheitsförderung eingeführt, zu denen auch das *Walking*, *Nordic-Walking* und *Nordic-e-Walking* zu zählen sind. Die Steigerung der TK-Teilnahmequote in 2004 ist damit nicht eindeutig interpretierbar und vielmehr multifaktoriell zu begründen.

Die Steigerung der Teilnehmerquote in 2006 ähnelt der in 2004, obwohl der Einflussfaktor *neue Angebote* keine Auswirkungen mehr haben dürfte. Hier könnte zwar ein Zusammenhang zwischen erhöhter Inanspruchnahme und Bonifizierung vermutet werden, er lässt sich jedoch nicht eindeutig belegen.

Insgesamt nutzen TK-Versicherte das Gesundheitsförderungsangebot ihrer Krankenkasse nur geringfügig. So sind insgesamt lediglich **3%** aller TK-Versicherten Nutzer von qualitätsgesicherten Angeboten zur individuellen Gesundheitsförderung und Prävention. **2%** aller TK-Versicherten nutzen die qualitätsgesicherten Angebote des Gesundheitssports.

Die Beteiligung der TK-Versicherten am Bonifizierungsprogramm liegt insgesamt bei knapp **10%**. 10% der Bonusteilnehmer¹⁵⁰ haben im Jahr 2005 einen Nachweis des Sportvereins und 4% einen Nachweis ihres Fitnesscenters zur Bonifizierung bei der TK eingereicht. Das sind insgesamt 81 918 Fälle bzw. 1,9% der TK-Versicherten seit Einführung des Bonifizierungsprogramms.

Ein weiteres Defizit in der Teilnehmerstruktur der Techniker Krankenkasse wird bei der Analyse der Alters- und Geschlechtsverteilung deutlich. Jüngere Zielgruppen bis zum Alter von 35 Jahren sind im Vergleich zum TK-Bestand bei den Nutzern der TK-Präventionsangebote unterrepräsentiert (vgl. Abbildung 20). D.h., dass die Teilnehmer der Präventionsangebote durchschnittlich älter sind als die TK-Versicherten insgesamt.

Die Teilnehmer des Angebotes Nordic-e-Walking, mit denen die Studie durchgeführt wurde, waren im Durchschnitt 4 Jahre jünger als die Teilnehmer des Walkingkurses ohne anschließendes Coaching.

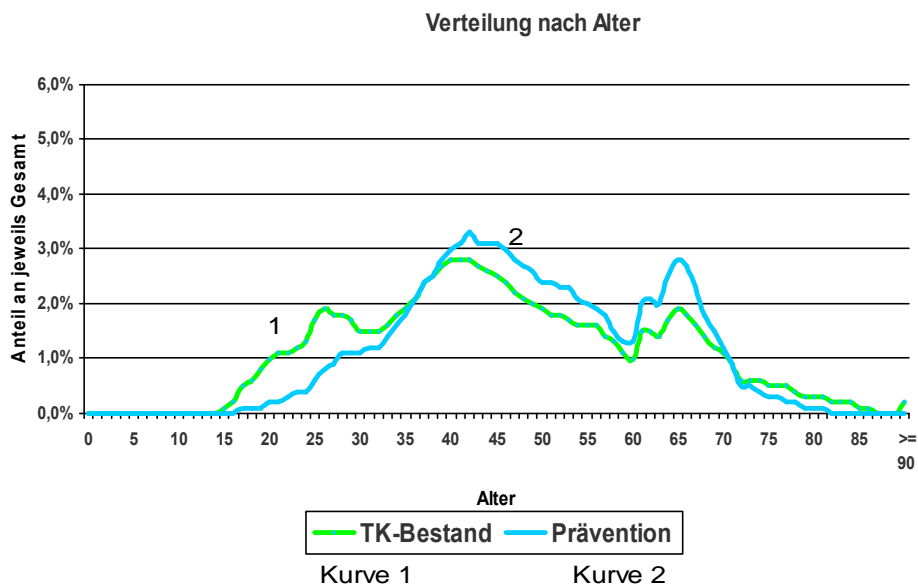


Abbildung 20: Altersverteilung der Teilnehmer von Präventionsangeboten (Quelle: Techniker Krankenkasse)

¹⁵⁰ Einreichen eines Nachweises über die Teilnahme und Dokumentation der entsprechenden Bonuspunkte auf dem persönlichen Bonuskonto

B2.5 Schlussfolgerung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

Die bisherige Analyse bezog sich auf den Organisationsrahmen der Bonifizierung im Gesundheitswesen. Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten wurde in Beziehung zum ursprünglichen Einsatzgebiet Marketing gesetzt und hinsichtlich ihrer gesundheitspolitischen Zielsetzung als Steuerungsinstrument diskutiert (vgl. Abbildung 21).

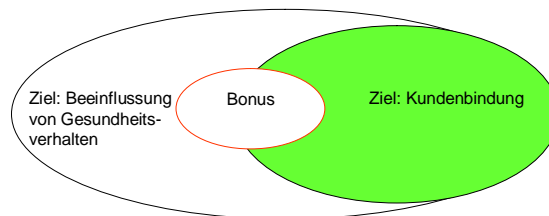


Abbildung 21: Bonifizierung im Gesundheitswesen mit seinen Schnittstellen; eigene Darstellung

Dabei wurde als wesentliches Ziel der Bonifizierung die Erhöhung der Teilnahme an geeigneten und wirksamen Angeboten der Primärprävention als Voraussetzung für die Kostenreduktion im Gesundheitswesen herausgearbeitet. Der Hinweis im Gesetz auf die Teilnahme an *qualitätsgesicherten Maßnahmen* wurde als nicht ausreichend diskutiert. Dem Gesetz fehlen Präzisierungen, mit der die Gestaltung der Bonusprogramme vereinheitlicht und vergleichbar wird. Die vorgenannten Schlussfolgerungen enthalten Vorschläge für die Präzisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen und können als Grundlagen für gesundheitspolitisches Handeln eingeordnet werden.

Die Versicherten der Techniker Krankenkasse nehmen individuelle qualitätsgesicherte Angebote zur Primärprävention nur in geringem Maß wahr. Daraus ergibt sich für die TK die Notwendigkeit, die Teilnahme an geeigneten

primärpräventiven Angeboten zu steigern. Inwieweit die Bonifizierung ein geeignetes Mittel zur Motivation für die Änderung von Gesundheitsverhalten ist, wurde bisher nicht empirisch überprüft und gilt als offene Frage. In Kapitel B3 dieser Arbeit ist herauszuarbeiten, inwieweit vorhandene gesundheitswissenschaftliche und gesundheitspsychologische Ansätze Hinweise über die Wirkung der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten geben können (vgl. Abbildung 22).

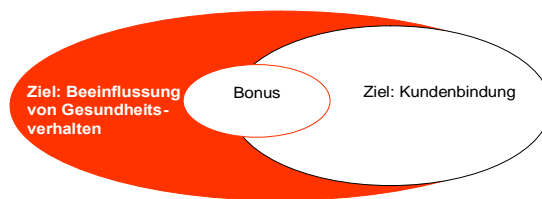


Abbildung 22: Bonifizierung im Gesundheitswesen mit seinen Schnittstellen; eigene Darstellung

Für die Analyse wird ein anerkanntes hermeneutisches Verfahren (Haag, 1994, S.44; 1999, S.7) gewählt. Zentrale Technik bei Haag (1994, S.3 und 1999, S.36) ist die Interpretation¹⁵¹ mit dem Ziel, den verborgenen Sinn aufzudecken und die Bedeutung des Untersuchungsgegenstandes für die Schaffung eines theoretischen Bezugsrahmens herauszuarbeiten. Auf diese Weise lassen sich Hypothesen (vgl. Haag, 1999, S.6) für die weitere Forschung herleiten.

Der inhaltlichen Darstellung der theoretischen Ansätze folgt die kritische Einordnung in den jeweiligen wissenschaftlichen Kontext. Im Anschluss an die Analyse werden Thesen und Forschungsfragen als Grundlage für weitere empirische Studien formuliert.

Die Auswahl der Theorien orientiert sich an den Kernzielen des Gesundheitssports in Krankenkassen (vgl. Tabelle 13) sowie an den genannten

¹⁵¹ Interpretation bezeichnet einen Prozess, dessen Tätigkeiten sich aus der lateinischen Bedeutung des Wortes ableiten lassen: dolmetschen, auslegen, erklären, deuten, verstehen und beurteilen.

Einflussfaktoren auf die Sportpartizipation (vgl. auch Fuchs, 2003; Lippke, Vögele, 2006).

B3 Wissenschaftliche Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

Innerhalb der *psychology exercise – Forschung* wurden verschiedene Verhaltensmodelle hinsichtlich ihrer Anwendbarkeit für die Erklärung der Sportpartizipation untersucht:

1954	Rotter	Theorie der Kontrollüberzeugungen
1966	Rosenstock	Health Belief Modell
1980	Ajzen, Fishbein ¹⁵²	Theorie des geplanten Verhaltens
1984	Prochaska, Di Climente	Transtheoretisches Modell
1985	Rogers	Theorie der Schutzmotivation
1985	Marlatt	Modell des Rückfallprozesses
1986	Bandura	sozial kognitive Theorie
1991	Deci, Ryan	Theorie der Selbstdetermination
1992a und b	Schwarzer	HAPA-Modell (Prozessmodell gesundheitlichen Handelns)
1993	Carpenter, Keeler, Scanlan, Schmidt, Simons	Sport-Commitment-Modell
1997	Fuchs	MAARS Modell – Motivation, Aneignung und Aufrechterhaltung regelmäßiger Sportaktivität
2001	Fuchs	Berliner Sportstadienmodell
2006	Fuchs	MO-VO (Motivation und Volition)
2007	Fuchs, Göhner	

Tabelle 14: Übersicht über die für die Sportpsychologie relevanten gesundheitswissenschaftlichen Modelle; eigene Darstellung

Nachfolgend werden insbesondere die Modelle in die Analyse einbezogen, die sich für die Erklärung der Aufnahme von gesundheitssportlicher Aktivität als besonders geeignet erwiesen haben. Die Modelle beziehen Faktoren des

¹⁵² Vgl. im Literaturverzeichnis 1980b

Gesundheitsverhaltens ein, die im Kapitel B3.1 vorgestellt und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten bewertet werden.

B3.1 Faktoren zur Erklärung von Gesundheitsverhalten und deren Bedeutung für die Bonifizierung

Die gesundheitswissenschaftlichen und sportpsychologischen Modelle beziehen sich auf unterschiedliche Faktoren (Variablen), mit denen das Gesundheitsverhalten vorhergesagt werden soll. Hierzu zählen insbesondere

- Persönlichkeitsmerkmale,
- die soziale Unterstützung,
- das Gefühl der Kohärenz¹⁵³,
- gesundheitsbezogene Kognitionen, wie die wahrgenommene Bedrohung durch eine Krankheit,
- Kontrollüberzeugung
- Konsequenzerwartung
- Kompetenzerwartung – insbesondere Selbstwirksamkeitserwartung- und Selbstwertgefühl¹⁵⁴.

Diese Variablen gelten als protektive Faktoren. Das heißt, sie sind Determinanten von Gesundheit und beeinflussen darüber hinaus den Prozess der Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten, wie die Bindung an Gesundheitssport.

B3.1.1 Persönlichkeitsmerkmale als Gesundheitsressource

Gesundheitsressourcen wurden in dem Modell der Salutogenese des amerikanisch-israelischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky zunächst als allgemeine *Widerstandressourcen* (*generalized resistance resources*) verstanden.

Dabei sind *persönliche Ressourcen* nicht nur auf die individuelle Bewältigung von Belastungen bezogen, sondern sie sind Voraussetzung gesundheitsförderlicher Aktivitäten (Faltermaier, 2005, S.157). In seiner Studie mit Überlebenden der Shoa fand Antonovsky dauerhaft verfügbare Kräfte, die positiven Einfluss auf die Gesundheit und auf die Aufnahme des gesundheitsförderlichen Verhaltens

¹⁵³ Kohärenz (coherence): Korrelation zwischen zwei Messungen derselben Eigenschaft in einer Situation. Bei Antonovsky (1979) ist Kohärenz die Einsicht, dass die Dinge einen Sinn ergeben. Antonovsky (1979) versteht darunter eine spezielle Lebenseinstellung (Wydler, Kolip, Abel, 2000, S.22)

¹⁵⁴ Self – esteem: Bewertung der eigenen Person

nehmen (Waller, 1995, S.20ff.; Lorenz, 2004). Diese *Gesundheitsressourcen* ergeben sich aus den Merkmalen einer Person, ihrem sozialen Lebensgefüge und der Umwelt. Sie werden auch als *personale und soziale Kapazitäten* oder *personale und soziale Kompetenzen* bezeichnet.

Ein Mensch ist *sozial kompetent*, wenn seine individuellen Fähigkeiten und Fertigkeiten ausreichen, um die Anforderungen einer Situation zu meistern. In der Regel folgt dem Erkennen der Situation eine der Situation angemessene Handlung. Die Interaktionspartner begegnen sich mit gegenseitiger Wertschätzung und verhalten sich lösungsorientiert.

Zur sozialen Kompetenz werden allgemein prosoziales Verhalten, Empathie, Verträglichkeit und Zuverlässigkeit gezählt. Sack (1982) führte eine Metaanalyse von 117 Originalarbeiten, bei denen die gesundheitssportliche Aktivität in Beziehung zu Persönlichkeitsmerkmalen gesetzt wurde, durch. Danach scheint es spezielle Sportlerpersönlichkeiten zu geben (Sack, 1975, 1982; Fuchs 1997). Die Aufnahme sportlicher Aktivität hängt in hohem Maße von den Eigenschaften Extraversion¹⁵⁵ und Neurotizismus ab (vgl. auch Fuchs, 1997, S.10).

Extraversion und Neurotizismus werden in Eysencks (1947) Persönlichkeitsmodell beschrieben. Eysenck (vgl. ebenda) geht davon aus, dass Persönlichkeiten einer hierarchischen Struktur folgen. Diese Struktur ist gekennzeichnet durch *spezifische, immer gleich bleibende Handlungen, habituelle Reaktionsmuster, Eigenschaften und Dimensionen der Persönlichkeit*. Sie werden auch als *Typen* bezeichnet (Pervin, Cervone, John, 2005, S.317-368).

In diesem Modell gelten extravertierte Personen als eher aktiv, optimistisch, impulsiv und kontaktfreudig. Niedrige Werte werden introvertierten Personen zugeordnet, die eher als bedächtig, zurückhaltend und vorsichtig gelten.

¹⁵⁵ Extraversion: von lat. *extra* »außerhalb« und *vertere* »wenden«; Extravertierte Personen zeichnen sich durch eine nach außen gewendete Haltung aus. Sie empfinden den Austausch und das Handeln innerhalb sozialer Gruppen als anregend. Typisch extravertierte Eigenschaften sind *gesprächig, bestimmt, aktiv, energisch, dominant, enthusiastisch, oberflächlich* und *abenteuerlustig*.

Obwohl die Gegensätze Extraversion und Intraversion als zentrale Persönlichkeitsmerkmale gelten, sind die als typisch geltenden Kriterien umstritten. Extravertierten Persönlichkeiten wird allgemein ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Aufmerksamkeit unterstellt (Ashton, Lee, Paunonen, 2002). Sie gelten als herzlich, gesellig, durchsetzungsfähig, aktiv und erlebnishungrig. Andere Autoren (vgl. Brebner, 1985) sahen eine ausgeprägte motorische Unruhe als zentrales Verhaltensmerkmal der Extraversion an.

Für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten ist der Hinweis von Lucas und Diener (2001) interessant. Danach neigen introvertierte Personen eher dazu, in Belohnungssituationen positive Gefühle zu erleben. Ihnen wird eine hohe Sensitivität für Belohnung unterstellt. Wenn extravertierte Personen als affin für sportliche Aktivitäten gelten, könnte die Bonifizierung theoretisch tatsächlich zu einem Erfolg führen, indem sie introvertierte, weniger sportaffine Persönlichkeiten anspricht.

Arbeitshypothese:

Es ist empirisch zu überprüfen, ob mit der Bonifizierung tatsächlich eher introvertierte Personen erreicht werden können und sie einen Anreiz zur Aufnahme von gesundheitssportlichen Aktivitäten und schließlich zur Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens erhalten.

Da Verträglichkeit und Zuverlässigkeit als protektive Faktoren gelten, ist zu überprüfen, ob es durch die Bonifizierung gelingt, Personen mit geringer Ausprägung dieser Persönlichkeitsmerkmale durch Bonifizierung in den Gesundheitssport zu steuern.

Inwieweit sich Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer in ihren Persönlichkeitsmerkmalen unterscheiden ist zu untersuchen.

In dieser Arbeit werden Teilnehmer des TK-Kursangebotes *Nordic-e-Walking* (12 Wochen-Kurs) und des Walking-Kurses (10 Wochen-Kurs) befragt. Es werden aus diesen Kohorten Teilnehmer des Bonifizierungsprogramms (B⁺) den Nichtteilnehmern (B⁻) gegenübergestellt und hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale verglichen. Anhand des standardisierten Fragebogens

"NEO – big five"¹⁵⁶, werden die Merkmale Neurotizismus, Offenheit, Verträglichkeit, Extraversion und Gewissenhaftigkeit betrachtet.

Personen mit hohen Neurotizismuswerten werden als launisch, ängstlich, depressiv, ruhelos, reizbar, emotional und eigensinnig beschrieben (Asendorpf, 2004). Sie beklagen häufiger Ärger und Ängste und neigen zu Schuldgefühlen, sind gespannt und berichten über körperliche Schmerzen. Dabei gilt die erhöhte Stress- und Krankheitsanfälligkeit dieser Personen nicht als pathologisch.

Personen mit niedrigen Werten gelten eher als ausgeglichen, ruhig und wirken unbekümmert. Neurotizismus wird als wichtig für die Antriebsstärke bei einer Handlung eingestuft (vgl. Fuchs, 1997, S.12). Zu hohe und zu niedrige Werte sind *dysfunktional* bei der Sportaufnahme, so Fuchs. Ein mittlerer Wert sei hingegen optimal.

Bei Untersuchungen von sportlich Aktiven und Nichtaktiven ergab sich für die Neurotizismuswerte kein einheitliches Bild. Eysenck (u.a.) (1982) geht von hohen Extraversions- und niedrigen Neurotizismuswerten bei sportlich Aktiven aus.

Der GKV-Bonus sollte demzufolge gerade jenen Personengruppen einen Anreiz geben, die aufgrund ihrer Introvertiertheit¹⁵⁷ als weniger aktiv gelten.

Arbeitshypothese:

Es ist zu untersuchen, ob Personen, mit niedrigen Extraversions- und Neurotizismuswerten sich durch Anreizsysteme ansprechen lassen und das Bonifizierungsprogramm der GKV eher nutzen.

B3.1.2 Soziale Unterstützung

Im Lebensweisenkonzept¹⁵⁸ von Wenzel (1991) wird Verhalten als *folgerichtige Reaktion* auf die bestehenden Lebensbedingungen interpretiert. Allgemeine

¹⁵⁶ NEO-Big Five wurde auf der Grundlage des Persönlichkeitsmodells von Gordon Alpoert, Odberg entwickelt. Das **NEO-Fünf-Faktoren Inventar (NEO-FFI)** ist ein heute international gebräuchlicher Persönlichkeitstest für Jugendliche und Erwachsene. Dabei handelt es sich um ein multidimensionales Persönlichkeitsinventar, welche fünf Faktoren umfassen Die Validierung des Verfahrens erfolgte über umfangreiche faktorenanalytische Studien. Das NEO-FFI wurde von Peter Borkenau und Fritz Ostendorf (1993) ins Deutsche übersetzt.

¹⁵⁷ **Introversion** (von lat. *intra* »innerhalb« und *vertere* »wenden«) ist der Gegenpol zu Extraversion. Introvertierte Charaktere beobachten in sozialen Gruppen eher als selbst zu handeln. Typische Eigenschaften sind *still, sorgfältig, scheu, reflektierend* und *zurückgezogen*.

Werte, Normen und Interaktionsmuster schaffen den Rahmen, in dem individuelles Verhalten zu interpretieren ist. Daraus lässt sich ableiten, dass die Motivation zum Gesundheitssport von äußeren Faktoren beeinflussbar ist. Als wesentlicher äußerer Faktor für die Aufnahme und Aufrechterhaltung der Teilnahme am Gesundheitssport hat Fuchs (1997, 2005)¹⁵⁹ die soziale Unterstützung herausgearbeitet.

In der *Social Support Forschung* wird *soziale Unterstützung* als eine der wirksamsten Gesundheitsressourcen überhaupt charakterisiert (Fuchs, 1997, S.53; Faltermaier, 2005, S.106;).

Fuchs (1997, S.43) zeigt, dass sportliche Aktivität immer auch Sozialverhalten ist. Zum einen gibt es Sportarten, die sich nur in der Gemeinschaft ausüben lassen, z.B. Fußball, Handball, Volleyball, Tennis. Zum anderen gibt es sportliche Aktivitäten, wie Joggen oder Walken, welche sowohl allein als auch in einer Gruppe durchgeführt werden können. Fuchs führt aus, dass von sportlicher Betätigung in der Gruppe ein hoher Reiz ausgeht (Fuchs, 1997, S.58, 152). Die Slogans des deutschen Sportbundes "*Im Verein ist Sport am schönsten*" oder "*Sportverein – für alle ein Gewinn*" (Fuchs, 2002) werben beispielsweise für den Anschluss an Gemeinschaften, deren Merkmale und Wirkung auf die Sportpartizipation hinreichend untersucht wurden (Carron, 1994; Bierhoff-Alfermann, 2006).

Danach hat neben Beziehungen zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern, die Gruppenstruktur, die Gruppenkohäsion oder auch "Zusammenhalt der Teilnehmer" sowie Gruppenprozesse Einfluss auf die Sportbeteiligung (vgl.

¹⁵⁸ In Zusammenarbeit mit der WHO wurde von Wenzel seit 1986 das **Lebensweisenkonzept** entwickelt. Es wird auch *ökologisch - soziales Konzept* genannt. Danach entwickelt sich die persönliche Gesundheit im Wechselspiel zwischen Individuum und der sozialen Gruppe. Gesundheit wird als eine besondere Lebensweise, als Gesamtheit der Bedeutungsmuster und Ausdrucksformen verstanden, die sich in einer Gruppe als Normen herausgebildet haben. Sie schließen auch Bewältigungsmuster des einzelnen Gruppenmitglieds ein. Entscheidendes Kriterium für die individuelle Realisation von Gesundheit ist der vorgegebene Handlungsspielraum. Darunter wird das komplexe Zusammenspiel von Verhaltensweisen, Einstellungen und sozialen Bedingungen verstanden. Gesundheit wird zur kulturellen Leistung einer Gruppe, die sich auf das Leben des Einzelnen auswirkt. Gesundheitsverhalten oder Krankheitsverhalten ist damit weitgehend erlerntes soziales Verhalten. Positiv an diesem Konzept ist, dass erstmals Lebensbedingungen als eine Bedingung von Gesundheit und Krankheit angesehen werden. Mit der Beeinflussung der Verhältnisse scheint es möglich zu werden, auch schwer erreichbare Zielgruppen durch Interventionen zu erreichen und ihre Bedingungen für Gesundheit zu beeinflussen. Vgl. <http://www.ph-freiburg.de/gespaed/geserz-schule/va4550.htm> - 02.01.2007

¹⁵⁹ Abgesehen von Fuchs gibt es keine weiteren spezifischen aussagekräftigen Studien im deutschsprachigen Raum zu diesem Thema. Die Studien beziehen sich zudem v.a. auf die Wirkung von sozialer Unterstützung von Kindern und Jugendlichen. Dishman (1985) untersuchte den Einfluss des Ehepartners auf die Sportpartizipation; Stephens, Craig (1990) konnten die positive ermunternde Bedeutung von Freunden herausfinden.

Fuchs, 1997, S.59). Fuchs führt aus, dass die Wahrnehmung der Gruppenkohäsion positiv mit der Sportpartizipation assoziiert wird (Fuchs, 1997, S.61).

"Dort wo die Mitglieder einer Sportgruppe ein Gefühl der sozialen aufgabenbezogenen Zusammengehörigkeit und Zugehörigkeit entwickelt haben, sinkt die Wahrscheinlichkeit von Absentismus, Zuspätkommen oder Abbruch der Sportteilnahme (Drop out)." (Fuchs, 1997, S.61)

Fuchs (1997, S.43) nennt eine Reihe von sozialen Mechanismen, die für die Sportpartizipation als *soziale Unterstützung* wirksam sind:

- Ermutigung vs. Entmutigung in der Lebenswelt
- Praktische Unterstützung bei der Organisation und Durchführung
- Lernen durch Beobachtung und Imitation
- Gezielte Förderung des psychosozialen Wohlbefindens

Fuchs bezeichnet *Social Support* als Mediator¹⁶⁰ bei der Aufnahme gesundheitssportlicher Aktivitäten (Fuchs, Leppin, 1992; Fuchs, 1997, S.53). Damit bleiben Teilnehmer am Gesundheitssport autonom in ihren Entscheidungen bzw. unabhängig von der Gruppe und das individuelle Verhalten bleibt bedeutsam im Prozess der Sportpartizipation.

Fuchs verwendet den Begriff *Mediation* nicht im Sinne der Streitschlichtung, sondern hebt darauf ab, dass Gruppe und Einzelner gleiche Ziele haben. *Social Support* vermittelt zwischen den Parteien. Ein innerer Konflikt "*werde ich aktiv oder nicht*" lässt sich durch den Einfluss der Gruppe einfacher lösen (vgl. Schwarzer, 1997, 2004). Zu den wirksamen emotionalen Faktoren gehören beispielsweise Lob, Verständnis, Trost, Nachsicht, Wärme. Als instrumentelle Faktoren wirken insbesondere konkrete Hilfestellung und Vorbildwirkung beim Training.

¹⁶⁰ Der **Mediator** (lateinisch "Mittler") bezeichnet den *Vermittler* in einem Kommunikationsprozess, der Mediation genannt wird. Mediation ist eine Sonderform der Streitschlichtung. Im Unterschied zu anderen Arten der Streitschlichtung gibt der Mediator keine eigenen Anregungen zur Lösung des Streites. Mediation dient der gütlichen Einigung zwischen den Parteien, fragt nicht nach der "Schuld", sondern danach, wie die Parteien in Zukunft miteinander umgehen wollen (lösungs- und zukunftsorientiert) (Alexander, Gottwald, 2006).

Schlussfolgerung:

Bezogen auf die in dieser Arbeit dargestellte Prämiensystematik von Lauer (2004; vgl. Abbildung 8) wird deutlich, dass Anerkennung und Zuwendung wirkungsvolle Formen der Bonifizierung sein können.

Bezüglich der Lernmöglichkeiten spielt das Beobachtungslernen in Sportgruppen¹⁶¹ eine große Rolle. Das Modellverhalten wird im Gedächtnis gespeichert und später in der Phase der *motorischen Reproduktion* abgerufen (Fuchs, 1997, S.45)¹⁶².

Sowohl *Dropout-Verhalten* als auch *Dabeibleiben*, können je nach Konstellation und Beziehungsgefüge von der Zugehörigkeit zu einer Sportgruppe abhängen. Die empirischen Belege sind vielfältig, geben aber noch keinen genauen Hinweis über die wirkenden Mechanismen (Faltermaier, 2005, S.160; House, 1981). Sie basieren auf der Erkenntnis, dass Netzwerke einen disziplinierenden und kontrollierenden Einfluss auf das eigene Verhalten haben und auf diese Weise erwünschte gesundheitsbezogene Verhaltensweisen fördern¹⁶³ (vgl. Caplan, 1974; Berkman, Syme, 1979; House, 1981; Zusammenfassung in: Faltermaier, 1994, S.45-48; Waller, 1995, S.35-38; Meyers, Grosser, Hoppe-Graff (u.a.) 2005, S.690ff.).

Generell wird durch *soziale Unterstützung*¹⁶⁴ die Stärkung des Selbstwertgefühls und der internalen Kontrollüberzeugung¹⁶⁵ erreicht. Sie gilt als Basis zur

¹⁶¹ Sportgruppen: Hierunter sind nicht nur institutionalisierte Gruppen wie beispielsweise im Verein, Fitnesscenter oder Gesundheitskurs zu verstehen. Auch die Familie oder private Subgruppen zählen dazu, sofern gemeinsam Sport betrieben wird (vgl. hierzu auch King, Blair (u.a.), 1992).

¹⁶² Selbst- und Fremdkorrektur führen schrittweise zur Annäherung an das erwünschte Verhalten. Bei externer Verstärkung (positive Verhaltenskonsequenz) erfolgt eine fortwährende Motivation, das "Neuerlernte" zu wiederholen. Auch die Beobachtung, dass andere Personen mit ihrem neu erlernten Verhalten positive Erfahrungen machen oder Verstärkung erhalten, erhöht die Bereitschaft, neu erworbene Fähigkeiten und Fertigkeiten nachhaltig anzuwenden.

¹⁶³ House (1981) unterscheidet positive Effekte sozialer Bindungen nach

- emotionaler Unterstützung, die Wertschätzung und Akzeptanz bietet,
- instrumenteller Unterstützung in Form von finanziellen und anderen Hilfen,
- informationelle Unterstützung zur Weitergabe von Informationen und Einschätzungsunterstützung für Bewertungs- und Lösungshilfen.

Nach Caplan (1974) beinhaltet soziale Unterstützung

- die psychosozialen Hilfen durch wichtige Bezugspersonen, wonach psychische Ressourcen mobilisiert werden und dabei helfen, emotionale Belastungen zu bewältigen,
- praktische Hilfen als Entlastung zur Bewältigung von Aufgaben,
- finanzielle und materielle Unterstützung,
- kognitive Orientierung zur Hilfe in schwierigen sozialen Situationen.

Übernahme von Eigenverantwortung für die Gesundheit und letztendlich als Voraussetzung für eine nachhaltige sportliche Aktivität. D.h., dass die beobachteten Zusammenhänge zwischen sozialer Unterstützung im jeweiligen Setting und Bindung an den Gesundheitssport auf die Stärkung protektiver Faktoren wie der Selbstwirksamkeitserwartung zurückzuführen ist. Diese Tatsache wird derzeit nicht ausreichend bei der Stärkung der Settings berücksichtigt (vgl. auch Wankel, Mummery (u.a.), 1994).

Schlussfolgerung:

Vor diesem Hintergrund lässt sich die Bonifizierung der Mitgliedschaft in Sportvereinen durch die GKV bekräftigen¹⁶⁶. Über den Anschluss an bestehende Qualitätssiegel wie "Sport pro Gesundheit" kann auch für Vereine und Fitnessstudios eine Qualitätssicherung erfolgen¹⁶⁷.

In späteren Studien ist zu überprüfen, ob die Bonifizierung die Bindung an Sportgruppen erhöhen kann. Es ist zu untersuchen, ob der Bonus als soziale Unterstützung wahrgenommen wird und quasi als virtueller Ersatz für die Teilnahme an Sportgruppen erlebt wird.

B3.1.3 Das Gefühl der Kohärenz

Aus der Einsicht, dass Dinge einen Sinn ergeben, folgt die Motivation, Dinge zu tun oder zu unterlassen (Becker, 1982).

Das Gefühl der *Kohärenz*, das in Antonovskys Modell der Salutogenese beschrieben wurde¹⁶⁸, drückt aus, in welchem Ausmaß eine Person ein "durchgehendes überdauerndes" und "dennoch dynamisches" Gefühl der

¹⁶⁴ Positive Effekte sozialer Unterstützung werden als Ergebnis von emotionaler Unterstützung, die sich in Wertschätzung und Akzeptanz ausdrückt, aus instrumenteller Unterstützung in Form von finanziellen und materiellen Hilfen und informationeller Unterstützung bei der Bewertung und Bewältigung von Aufgaben und Situationen gesehen.

¹⁶⁵ Internale Kontrollüberzeugung: Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten, Erwünschtes zu erreichen und Unerwünschtes zu vermeiden.

¹⁶⁶ Bei der TK findet keine qualitative Bewertung der Sportvereine und Fitnessstudios, deren Mitgliedschaft bonifiziert wird, statt. Ohne Qualitätssicherung fällt die Mitgliedschaft in einem Angler- oder Tanzverein ebenfalls unter die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten.

¹⁶⁷ Dies wird bereits bei der BARMER – Ersatzkasse praktiziert.

¹⁶⁸ Antonovsky sieht die zentrale Kraft zur erfolgreichen Bewältigung von Spannungen und Stressoren im "Gefühl der Kohärenz" ="sense of coherence" (SOC) (Faltermaier, 1994, S.45-48).

Zuversicht hat. Eine Vielzahl von Autoren haben ihr Analysen und Theorien darauf aufgebaut (vgl. hierzu die Zusammenfassungen in Becker, P., 1982; Antonovsky, 1990; Bengel, 1993, S.37-41; Lohaus, 1993, S.51-61; Wydler, Kolip, Abel, 2000; Lorenz, 2004; Becker, H., 2004; Faltermaier, 1994 und 2005, S.144ff.). Es ist heute schwer, einen aktuellen Gesundheitswissenschaftler zu finden, der sich nicht auf dieses Modell bezieht. Die Kommentatoren nutzen das Modell, da es den ressourcenorientierten Ansatz von Gesundheitsförderung unterstreicht, auch wenn Antonovskys Parameter sich teilweise nur unzureichend als Grundlage einer empirischen Analyse eignen. Die Autoren beziehen sich darauf, dass -

- Ereignisse im Leben strukturiert erklärbar und vorhersehbar sind, (*Verstehbarkeit = comprehensibility*)¹⁶⁹
- Ressourcen verfügbar sind, um Anforderungen gerecht zu werden, (*Manageability = Bewältigbarkeit, Handhabbarkeit*)¹⁷⁰
- Anforderungen als Herausforderungen angesehen werden können, die es wert sind, sich dafür einzusetzen (*Meaningfulness = Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit*)¹⁷¹.

Schlussfolgerung:

Ob der Bonus einen Einfluss auf die Sportpartizipation bei Personen mit niedrigem SOC nimmt, ist in weiteren Studien zu überprüfen. Ferner ist zu untersuchen, ob der Bonus als Herausforderung wahrgenommen wird und die Bedeutsamkeit der Prävention für das eigene Leben steigt.

Da das *Gefühl der Kohärenz* schwer operationalisierbar ist (Geyer, 2000; Wydler, Kolip, Abel, 2000), wurde auf eine Analyse in dieser Studie verzichtet.

B3.1.4 Gesundheitsbezogene Kognitionen

¹⁶⁹ Antonovsky meint mit Verstehbarkeit ein kognitives Verarbeitungsmuster, wonach alltägliche Stimuli und Situationen einen Sinn machen und als klare, geordnete Informationen verstanden werden

¹⁷⁰ Das Gefühl der Handhabbarkeit wird als kognitiv-emotionales Verarbeitungsmuster betrachtet und beschreibt die Überzeugung eines Menschen, Anforderungen bewältigen zu können. Man erkennt, dass bestimmte Ressourcen vorhanden sind, mit denen Probleme bewältigt werden können. Das Gegenteil wäre die Einnahme der Opferrolle.

¹⁷¹ Das "Gefühl von Bedeutsamkeit" als motivationale Komponente sieht Antonovsky als den wichtigsten Aspekt des Kohärenzgefühls an, denn ohne das Erleben von Sinnhaftigkeit neigt der Mensch dazu, das Leben vor allem als Last zu empfinden und jede weitere sich stellende Aufgabe als eine Qual.

Faltermeier (1994, S.77) wertet 109 Modelle aus, in denen kognitive Variablen herangezogen werden, um präventives Verhalten zu erklären. Danach haben sich folgende kognitiven Variablen als besonders aussagefähig erwiesen:

- Wahrnehmung von Krankheit und deren Konsequenzen
- Wahrgenommene Bedrohung durch Krankheit
- Wissen über Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf
- Kenntnis über Möglichkeiten der gesundheitlichen Versorgung. Hierzu zählen Behandlung, Vorsorge sowie Prävention.
- Persönliche Haltung oder Einstellung zu Einrichtungen des Gesundheitssystems

Die Wahrnehmung von Bedrohung und das Wissen über Krankheiten münden in der persönlichen Einschätzung des persönlichen Risikos. Dabei können sie über- oder unterbewertet werden, was sich in einem "unrealistischen Optimismus" ¹⁷² äußern kann (Weinstein 1984; Schwarzer; 1993; Zusammenfassung in Bengel, 1993, S.37-41 und Faltermaier, 1994, S.78).

Die persönliche Risikowahrnehmung als Anreiz für gesundheitliches Handeln ergibt sich bei diesem Ansatz aus der subjektiven Bedeutsamkeit und der Eintrittswahrscheinlichkeit eines Ereignisses (*Erkrankungswahrscheinlichkeit*) (Schwarzer, Renner, 1997, S.44). Von der Risikowahrnehmung sind die Variablen *perceived susceptibility (bin ich betroffen?)* und *perceived severity (welche Konsequenzen erwarten mich?)* abhängig (Faltermaier, 2005, S.176). Folgende Ausprägungen sind möglich:

- defensiver Optimismus
 - unrealistischer Optimismus
 - Unterschätzung
 - Überbewertung oder das Gefühl der Unverwundbarkeit
- differenzierter Optimismus
 - realistische Einschätzung

Schwarzer (1993) unterscheidet zwischen "defensivem Optimismus", als Unterschätzung von gesundheitlichen Risiken, und "funktionalem Optimismus"

¹⁷² Ein Optimist ist ein Mensch, der denkt, dass wir in der bestmöglichen Welt leben. Der Pessimist befürchtet, dass das stimmt.

¹⁷³ (vgl. auch Faltermaier, 1994 S.77-88). Er geht davon aus, dass neben der realistischen Einschätzung auch der funktionale Optimismus zu einer günstigen Beurteilung der Handlungsmöglichkeiten führen kann. Die Gefahr der Überschätzung der eigenen Handlungsfähigkeit ist jedoch immer gegeben.

Die Grundannahme, dass die wahrgenommene Gesundheitsbedrohung und der wahrgenommene Nutzen von Gesundheitsverhalten zur Änderung des Verhaltens führen, fand Eingang in das Health-Belief-Modell (Rosenstock, 1966; Becker, 1974). Ein Metaanalyse von 147 Studien (Harrison (u.a.), 1992) belegte allerdings, dass damit Gesundheitsverhalten nicht vorausgesagt werden kann. Als Ansatzpunkt für die Bonifizierung lässt sich lediglich die in das Modell passende *Information über die Präventionsangebote und das Bonifizierungsangebot* formulieren.

Arbeitshypothese:

Es ist zu überprüfen, ob die Kenntnis des Bonusprogramms auch zur Teilnahme an dem Bonusprogramm führt. Es wird vermutet, dass Teilnehmer, die das Bonusprogramm kannten und zu Beginn des Kurses (Messzeitpunkt T_0) auch Teilnehmer des Bonusprogramms sind, den Bonus eher als Anregung zur Teilnahme empfinden als Personen, die zu Beginn des Kurses nicht teilgenommen haben. Der Nutzen des Bonusprogramms wird demzufolge von jenen Teilnehmern stärker empfunden, die sich für die Teilnahme am Bonusprogramm entschieden haben.

Von der kognitiven Bewertung des Bonusprogramms als Nutzen kann noch nicht auf eine Anreizwirkung geschlossen werden. Dies ist nachfolgenden Studien zu überprüfen.

B3.1.5 Kontrollüberzeugung und Kompetenzwahrnehmung

Kontrollüberzeugungen wurden in vielen Forschungsansätzen berücksichtigt (Gochman, 1971; Kirscht, 1972; Langer, Rodin, 1976; Wallston und Wallston, 1982; Felton, Revenson, 1984a und b; Siegrist, 1985; Deci, Ryan, 1985 und 1991; Wolf, Reicherts, 1986; Wallston, 1989; Lohaus, Schmitt, 1989; Bischoff, Zenz, 1989; Kuhl, Beckmann, 1994). Sie gehören zu den

¹⁷³ Funktionaler Optimismus beinhaltet eine generalisierte Kompetenzerwartung.

handlungstheoretischen Persönlichkeitskonstrukten, abgeleitet aus dem Erwartungs-Wert-Theoretischen Handlungsmodell (Rotter, 1966 und 1982).

Wer sich für seine Gesundheit selbst verantwortlich fühlt und diese weniger unter Kontrolle von externen Kräften wie Ärztekompentenz, Schicksal, Glück sieht, sondern unter seine eigene Kontrolle stellt, beeinflusst seine Gesundheit selbst.

In seiner Theorie der willentlichen Handlungssteuerung bezeichnet Kuhl (2001, S.225) Selbstkontrolle und Selbstregulation¹⁷⁴ als zwei unterschiedliche Formen der volitionalen Steuerung. Durch Selbstregulation und Selbstkontrolle werden Handlungsabsichten trotz äußerer und innerer Hindernisse umgesetzt (Gollwitzer, 1999; Kuhl, 2001). Aufgrund ihrer Bedeutung für die Motivation und Volition werden die beiden Komponenten an dieser Stelle differenziert dargestellt.

a) Selbstregulation

In der selbstregulativen Steuerungslage werden die persönlichen Ziele flexibel an die Selbstrepräsentationen, d.h. Repräsentation eigener Wünsche und Bedürfnisse, angepasst (Grossarth-Maticsek, 2002). Innere Stimmen, die abträglich beim Erreichen der persönlichen Ziele sind, werden durch Selbstkontrolle unterdrückt. Diese Selbstkontrolle kann als "innere Diktatur" bezeichnet werden (vgl. Baumann, Kuhl, 2005, S.363). Das Selbst mit allen seinen Wünschen und Bedürfnissen wird vorübergehend "unterdrückt", um Ablenkungen bei der Zielerreichung abzuwehren. Voraussetzung hierfür ist eine ausgereifte Planungsfähigkeit. Sie ermöglicht, persönliche Ziele zu formulieren und zu planen.

Übertragen auf die Bonifizierung heißt das:

"Sobald es einen Bonus für Nordic-Walking gibt, werde ich an einen Kurs teilnehmen." Oder "Sobald ich den Bonus erhalten habe, werde ich eine andere Sportart ausprobieren, für die es ebenfalls einen Bonus gibt."

Eine Person kann mehrere Ziele haben. Zwischen den oben genannten Zielen und dem Ziel *"Ich werde Walken, damit ich gesund bleibe"* können Konflikte

¹⁷⁴ Mit Selbstregulation ist die selbstbezogene Motivaton gemeint. D.h. Menschen haben die Fähigkeit, sich selbst zu motivieren und sich selbst Ziele zu setzen, daraus Strategien abzuleiten und ihr Verhalten forlaufend ergebnisorientiert an die Zielerreichung anzupassen.

bestehen (vgl. Reiss, 2004). Wenn ein Walker einen Bonus haben möchte, aber für das dauerhaft erwünschte Walken keinen Bonus erhält, wird er zwangsläufig auf andere Aktivitäten ausweichen müssen oder jede Möglichkeit zur Wiederholung nutzen.

Wenn das eine Ziel durch ein anderes Ziel gefährdet wird, kommt es zu Selbstdisziplin, meint Kuhl (2001). Sich zwingen bei der Sache zu bleiben, setzt aber voraus, dass eine Einsicht in das primäre Ziel vorhanden ist. Personen, die eine hohe Selbstdisziplin aufbringen, können demzufolge dennoch der Versuchung erliegen und die konkurrierende Tätigkeit aufnehmen, wenn der konkurrierende Anreiz groß genug ist.

Schlussfolgerung:

Die persönliche Einsicht, dass das Handeln ohne Bonifizierung besser ist als mit Bonifizierung, kann vor dem Hintergrund der in Kapitel A1 beschriebenen Bonusmechanik bei den Teilnehmern des Bonusprogramms nicht vorausgesetzt werden.

Die Gesundheitsziele, die zur Partizipation am Gesundheitssport führen, können mit dem Ziel einen Zusatznutzen als Kunde einer Krankenkasse zu erhalten, konkurrieren. Insofern kann die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten als ein Konstrukt bezeichnet werden, dass für intrinsisch motivierte Gesundheitssportler mehr innere Konflikte und Frustrationspotential schafft, als Nutzen.

Ihr tägliches Joggen im Wald führt aufgrund der gesetzlichen Beschränkung nicht zum Zusatznutzen Bonus. Auch als Nichtraucher werden sie nicht belohnt. Ein Raucher, der als Teilnehmer eines Nichtraucherurses vorgibt, sein Nikotinkonsum einzuschränken, kann hingegen den angebotenen Zusatznutzen erwerben.

Es ist in späteren Studien empirisch zu überprüfen, wie sich diese angenommene Frustration auf die Kundenbindung und auf die Motivation zum Gesundheitsverhalten auswirkt.

b) internale vs. externale Kontrollüberzeugung

Personen, die in belastenden Situationen überzeugt von ihrer eigenen Einflussmöglichkeit sind, haben ein geringeres Risiko an physischen und psychischen Erkrankungen zu leiden. Der bekannte Zusammenhang eines

hohen Selbstwertgefühls und dem Vorhandensein von effektiven Coping¹⁷⁵-Stilen, unterstreicht diesen Ansatz (Greve, Krampen, 1986; Klauer, 2002; Becker, N.P., 2005; Faltermaier, 2005). Einige Autoren unterscheiden zwischen internaler, sozial-externaler und fatalistisch-externaler Kontrollüberzeugung (siehe Zusammenfassung in Faltermaier, 1994, S.77-78)¹⁷⁶.

Intrinsisch¹⁷⁷ motiviert nehmen Personen dann gesundheitssportliche Aktivitäten auf, wenn sie sich im Sinne der "internen Kontrolle" in Bezug auf die Zielerreichung als ausreichend kompetent wahrnehmen.

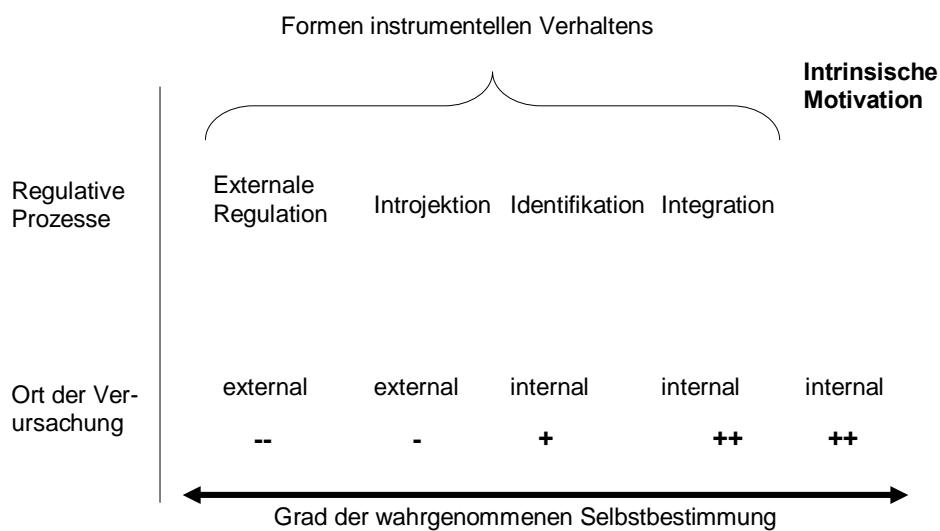


Abbildung 23: Stufen der Handlungsregulation von Ryan, 1995, S.406 nach Krapp, Weidenmann, 2006

Die in Abbildung 23 dargestellten Stufen der Handlungsregulation veranschaulichen den Prozess der Internalisierung von Werten und Handlungszielen bis zur intrinsischen Motivation (höchste Stufe).

¹⁷⁵ Coping: Sich ständig verändernde Bemühung spezifische externe und interne Anforderungen zu bewältigen.

¹⁷⁶ Bei der internalen Kontrolle ist eine Person davon überzeugt, den Gesundheitszustand durch eigenes Handeln beeinflussen zu können. Bei der sozial-externalen Kontrollüberzeugung wird der Gesundheitszustand durch fremdes Handeln wie Pflegepersonal oder Therapeuten kontrollierbar gemacht. Die *fatalistisch-externale Kontrollüberzeugung* sagt aus, dass der Gesundheitszustand für die Person ausschließlich schicksals- und zufallsabhängig ist (Lohaus, 1993, S.51-61).

¹⁷⁷ vgl. Kapitel B3.3.3

Auf der untersten Stufe findet die externale Handlungsregulation statt. Die betreffende Person führt die Handlung lediglich aufgrund der externalen Kontrolle durch.

Sobald Verstärker¹⁷⁸, wie die Bonifizierung im Anschluss an die Teilnahme wegfällt, unterbleibt die Handlung.

Ich walke, damit ich einen Bonus erhalte; Ich erhalte keinen Bonus mehr also walke ich auch nicht mehr.

Deshalb ist es nach der Bonifizierung notwendig, im Verhaltensänderungsprozess die nachfolgenden Stufen zu erreichen.

Auf der zweiten Stufe hat die Person die "äußeren Anforderungen" schon verinnerlicht. Lässt die Person auf dieser Stufe das Verhalten weg, treten bereits Scham- oder Schuldgefühle auf.

Ich müsste eigentlich walken, damit ich im Training bleibe.

Erste und zweite Stufe entsprechen der extrinsischen Motivation¹⁷⁹ wie sie in Abbildung 24 dargestellt ist.

¹⁷⁸ Verstärker sind Reize, die spontan auf gezeigte Reaktionen oder Handlungen folgen. Mit diesen Reizen soll die Wiederholung angeregt oder die Auftretenswahrscheinlichkeit erhöht werden. Positive Verstärker werden als angenehm erlebt, negative Verstärker wie Sanktionen lösen aversive Reize aus. Durch Weglassen einer Handlung reagiert die Person auf den negativen Verstärker.

¹⁷⁹ vgl. Kapitel B3.3.3

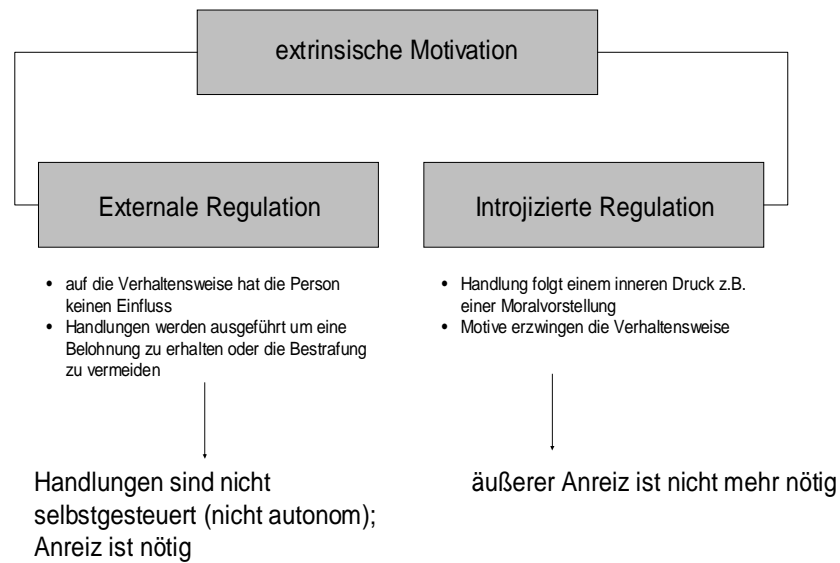


Abbildung 24: Stufe eins (externale Regulation) und Stufe zwei (introjierte Regulation) der Handlungsregulation; eigene Darstellung

Die dritte Stufe wird erreicht, wenn die Person sich mit den gestellten Aufgaben identifiziert und sie zur eigenen Sache macht.

Ich walke, weil ich gesund bleiben will.

Die vierte Stufe der Handlungsregulation wird erreicht, wenn die Handlungsziele dauerhaft in die Wertestruktur der Person übergegangen sind. Sie werden zum Bestandteil des Selbstkonzeptes.

Ich bin ein Walker.- Warum? – Walken tut mir gut. Ich brauche den Bonus nicht mehr.

Dritte und vierte Stufe entsprechen der intrinsischen Motivation (vgl. Kapitel B3.3.3). Es handelt sich aber noch um Vorstufen der intrinsischen Motivation. Die *integrierte Regulation* ist die Form der extrinsischen Motivation mit dem höchsten Grad an Selbstbestimmung. Ziele und Normen, die von außen gesetzt sind,

werden in die eigene Handlungsstrategie integriert. Die Personen identifizieren sich und passen ihr Selbstkonzept ¹⁸⁰an die von außen gesetzten Forderungen an.

Dabei ist folgender Ansatz für das Verständnis von Bonifizierung wichtig: Im Unterschied zum intrinsisch motivierten Verhalten besitzt Verhalten, das auf integrierte Regulation beruht, eine instrumentelle Funktion, auch wenn sie freiwillig ausgeführt wird. Dieses Verhalten geht einher mit einer hohen Bewertung der von außen gesetzten Handlungsergebnisse.

Schlussfolgerung:

Auch dieses Modell verdeutlicht nochmals die vorhergehende Schlussfolgerung. Ein Angebot an Verstärkern kann Personen mit hoher Selbstregulierung irritieren. Neid auf Prämien könnte zu einem inneren Konflikt führen. So lässt sich zumindest theoretisch herleiten, dass Prämien als Störungen von bisher intrinsisch motiviertem Verhalten gelten können, obwohl dieses Verhalten wie bereits ausgeführt das eigentliche Ziel der Gesundheitsförderung nach §20 SGB V ist.

Ein Nichtraucher muss plötzlich erkennen, dass ein Raucher in Bezug auf die Erreichung von Prämien im Vorteil ist. Die Teilnahme an der Raucherentwöhnung bringt dem Raucher begehrte Punkte ein, die für den Nichtraucher unerreichbar bleiben. Rückmeldungen von Versicherten zeigen, dass dieses Problem besteht. Die Auswirkungen dieser Art "*Irritationen*" auf das Gesundheitsverhalten wurden jedoch bisher nicht empirisch untersucht.

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass der Mensch nach Selbstregulation strebt. "Der Mensch scheint eine gewisse Freude daran zu haben, steuernd in Prozesse einzugreifen", sagt Fuchs (1997, S.30). Vergleiche hierzu Abbildung 25:

¹⁸⁰ vgl. auch das Konzept vom dynamischen Selbst nach Markus, Wurf (1987)

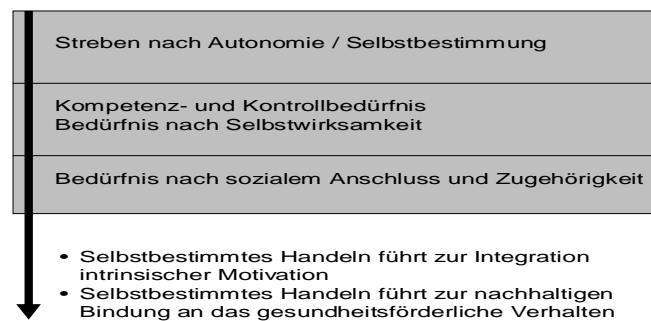


Abbildung 25: Selbstbestimmtes Handeln als Grundbedürfnis des Menschen; eigene Darstellung

Die von Fuchs (ebenda) genannte Freude regt zur Ausübung neuer oder anstrengender Tätigkeiten an. White (1959) schlussfolgert in seinem Modell der *Effectance Motivation Theory*, dass erfolgreiche Meisterungsversuche gleichzeitig neue Impulse für Erfahrungswiederholung sind: *"das mache ich gleich noch einmal"*. Dieser Aspekt wurde in der Theorie der Kompetenzerwartung von Harter (1981, 1982, 1986) berücksichtigt. Dabei bedeutet die positive Verstärkung von Meisterungsversuchen keine Erhöhung der Abhängigkeit von externer Bekräftigung. Sie führt über die Verinnerlichung eines Selbstbelohnungssystems schließlich zu einer hohen inneren Kompetenzeinschätzung.

Auf der anderen Seite führt Missbilligung der Meisterungsversuche zu einer eher extrinsisch¹⁸¹ motivierten Orientierung mit niedriger Kompetenzerwartung. Je niedriger die Kompetenzerwartung, desto notwendiger wird der äußere Anreiz.

Kuhl, Beckmann (1994, S.11-39) beschreiben Handlungskontrollstrategien, mit denen konkurrierende Handlungstendenzen priorisiert werden:

Beispiele:

- c) Training statt Shopping
- d) Training statt Treffen mit Freunden usw.

Welche Kontrollstrategien, wie Konzentrations-, Aufmerksamkeits-, Emotions- und Enkodierstrategie zur Anwendung kommen, ist diesem Ansatz folgend von der Persönlichkeit abhängig.

¹⁸¹ vgl. Kapitel B3.3.3

Lageorientierte Personen, so Kuhl (1996), würden eher ihren sportlichen Misserfolg bewerten, ihr Unglück oder ihr Missgeschick bedenken ohne Aktivitäten zur Veränderung ihrer Situation zu planen und durchzuführen. Personen mit *Handlungsorientierung*¹⁸² hingegen (Kuhl, 1996; 2001, S.165 und 267ff.), setzen Handlungsziele erfolgreicher um. Bezogen auf die Sportpartizipation wird für diese Personengruppe ein nachhaltigeres Training erwartet (vgl. auch Fuchs, 1997).

Arbeitshypothese:

Es lässt sich daraus ableiten, dass lageorientierte Personen eher einen äußeren Anreiz zur Teilnahme an Gesundheitssport bzw. zur Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens benötigen.

Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten könnte theoretisch ein solcher Anreiz sein.

Es soll überprüft werden, ob es hinsichtlich Lage – vs. Handlungsorientierung Unterschiede bei Teilnehmern und Nichtteilnehmern des Bonusprogramms gibt. Aus gesundheitspolitischer Perspektive mit dem in dieser Arbeit dargestellten Ziel der Kostensteuerung wäre es wünschenswert, dass die Bonusteilnehmer zur lageorientierten Personengruppe gehören.

Diese Schlussfolgerung zeigt, dass die Bewertung des Einsatzes von Bonifizierung von Gesundheitsverhalten nicht pauschal als positiv oder negativ erfolgen kann. Ob ein solches Angebot erfolgreich sein kann, hängt wesentlich von der Zielgruppe ab. Ob sich die erwünschten Zielgruppen tatsächlich ansprechen lassen, soll in der Studie überprüft werden.

Deutlich werden auch die Zielgruppenkonflikte. Zur optimalen Kundenbindung – wie sie in Kapitel A1 dargestellt wurde – ergibt sich die Notwendigkeit, hauptsächlich handlungsorientierte Personen an das Bonifizierungsprogramm und an die Krankenkasse als deren Anbieter zu binden, da ihre Wechselbereitschaft reduziert werden soll. Im Hinblick auf das nachhaltige Training aus gesundheitswissenschaftlicher und – politischer Sicht sollen eher lageorientierte Personen durch Bonifizierung erreicht werden.

¹⁸² Handlungsorientiert ist Verhalten, wenn die Entscheidungsprozesse auf die Erreichung eines angestrebten Zustandes gerichtet sind.

An dieser Stelle wird erneut deutlich, dass die "Methode Bonifizierung" im Gesundheitswesen im Spannungsfeld sich widersprechender Ziele steht.

Schlussfolgerung:
 Es ist davon auszugehen, dass handlungsorientierte Personen bei auftretender Unzufriedenheit mit ihrer Krankenkasse eher bereit sind, die Kasse zu wechseln. Deshalb besteht bei dieser Kundengruppe eher die Notwendigkeit, sie an die Leistungen des Unternehmens zu binden und die Wechselbereitschaft zu reduzieren. Ob diese These aufrechterhalten werden kann, ist in späteren Studien zu überprüfen. Ferner ist zu prüfen, ob sich handlungsorientierte Personen bei gleichzeitiger Wechselbereitschaft durch das Bonifizierungsangebot vom Kassenwechsel abhalten lassen.

Dem Ansatz der Kompetenzmotivation nach Harter (1981, 1982) folgend, können Belohnungssysteme dazu beitragen, Meisterungsversuche zu initiieren.

Extrinsisch motiviertes Verhalten geht nach ausreichender Wiederholung in intrinsisch motiviertes Verhalten über (vgl. Harter, 1981, S.218 und Abbildung 26). Wesentliche Voraussetzung hierfür ist, dass die Meisterungsversuche zu positiven Erfahrungen und zur Motivation führen, die Handlung zu wiederholen und schließlich beizubehalten.

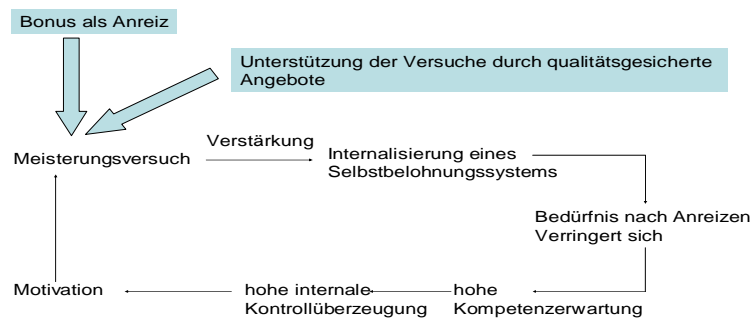


Abbildung 26: Einfluss des Bonus auf den Zyklus der Kompetenzmotivation bei positiver Verstärkung nach Harter (1982). Quelle: eigene Darstellung

Meisterungsversuche könnten durch Bonifizierungsprogramme unterstützt werden, indem die Belohnung die Wiederholung nach gescheiterten Versuchen unterstützt. Die Bonifizierung wirkt dann quasi als *Verstärkung* für die Meisterungsversuche. Auf diese Weise könnten Personen an Gesundheitssport gebunden werden. Anhand eines Vergleichs zwischen unterschiedlichen Bonifizierungsangeboten lässt sich diese These empirisch überprüfen.

Es ist davon auszugehen, dass Bonifizierung den nachhaltigen Verhaltensänderungsprozess unterstützen kann, sofern sie als kurzfristiger Anreiz eingesetzt wird. Da es das Ziel der Gesundheitsförderung ist, Personen aus der Abhängigkeit von extrinsischen Anreizen heraus in die intrinsische Motivation zu führen, ist die zeitliche Begrenzung der Bonifizierung zu beachten. Keine der in Kapitel C1 beschriebenen Bonusprogramme berücksichtigt dies explizit.

Schlussfolgerung:

In nachfolgenden Studien ist zu überprüfen, ob die Verdrängung der intrinsischen Motivation stattfindet und durch den Einsatz unterschiedlicher Anreizstärke und –dauer reduziert werden kann. Es ist zu überprüfen, ob mit der Wiederholung der Meisterungsversuche die Anreizwirkung des Bonus nachlässt und die Wiederholung der Bonifizierung schließlich in intrinsische Motivation führt.

Harters Konzept (1982) ist eng verwandt mit dem von Bandura (1977b, 1982, 1986) entwickelten Konzept der Selbstwirksamkeit (*self –efficacy-theory*). Die Studien zu dieser Theorie belegen die Schlüsselfunktion der Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung für die Aufnahme von Handlungen. Je stärker das Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten ist, desto wahrscheinlicher wird die Ausführung der entsprechenden Handlung (Bandura, 1988; Jerusalem, 1990).

B3.1.6 Selbstwirksamkeitserwartung

Die Selbstwirksamkeit meint selbstbezogene Gedanken, die das Verhalten, die Kognitionen und Emotionen beeinflussen. Die Gedanken werden unterschieden in Selbstwirksamkeitserwartungen (*ich kann es schaffen*) und in Konsequenzerwartungen (*wenn ich es geschafft habe, dann passiert ...*). Unter

Konsequenzen werden Folgen verstanden, die von der betreffenden Person sowohl als positiv oder negativ interpretiert werden können.

Der verhaltenssteuernde Einfluss der Selbstwirksamkeit bezüglich *Initiation, Anstrengung oder auch Energieeinsatz und Persistenz*¹⁸³ von Handlungen sowie deren Bedeutung für die Gesundheit wurde vielfach diskutiert (Bandura, 1977b, S.86 bis 97; Jerusalem, 1990; Schunk, 1991; Stevens, Bavette, Gist, 1993; Gist, Mitchell, 1992; Eden, Aviram, 1993). Empirisch überprüft wurde das Konstrukt u.a. im Zusammenhang mit der Entstehung von Nikotinabhängigkeit und der Entwöhnung vom Tabakkonsum (Schwarzer, 1997, S.217). Danach werden Risikoverhaltensweisen, zu denen das Rauchen zählt, von Personen mit einem hohen Selbstwirksamkeitswert nachhaltiger aufgegeben als von Personen mit einem niedrigen Wert (Schwarzer, 1997). Die Selbstwirksamkeit¹⁸⁴ erwies sich auch als entscheidender Faktor bei der Beeinflussung der Sportpartizipation (Pahmeier, König, 1997; Fuchs, 1997, S.84 ff.; Stephens, 2002; Fuchs, 2003). Darüber hinaus wird Selbstwirksamkeit in anderen Kontexten als protektiver Faktor wie den Umgang mit Belastungen und Schwierigkeiten diskutiert (Zusammenfassung bei Leary, MacDonald, 2003). Diese Diskussion bezieht sich auf die von Bandura (1997) eingeführte "Wirksamkeitserwartung". Damit ist die Einschätzung gemeint, auch dann erfolgreich sein zu können, wenn Schwierigkeiten oder Hindernisse auftauchen.

Auf die Motivation hat die Selbstwirksamkeit wie oben schon genannt eine Doppelwirkung (vgl. Bandura, 1992). Zum einen beeinflusst sie die Auswahl von Situationen, in die man sich begibt. Zum anderen bestimmt sie das Ausmaß der akzeptierten Anstrengung.

¹⁸³ Die **Persistenz** (aus lat. *persistere*: "verharren") bezeichnet allgemein etwas mit dauerhafter Beschaffenheit oder Beharrlichkeit oder das langfristige Fortbestehen einer Sache.

¹⁸⁴ Selbstwirksamkeit (self efficacy = Kompetenzerwartung) gilt neben der Konsequenzerwartung als eine der tragenden Säulen der sozial kognitiven Lerntheorie von Bandura (1986). Das Selbstwirksamkeitskonzept geht auf das behavioristische Denkmodell mit seiner Beschränkung auf beobachtbares Verhalten zurück. Im klassischen Reiz-Reaktionsschema wird davon ausgegangen, dass die Reaktion eines Organismus Konsequenzen ("outcome") zur Folge hat. Diese sind verantwortlich dafür, ob Verhalten aufrechterhalten oder geändert wird.

Personen mit hoher Selbstwirksamkeit¹⁸⁵ setzen sich höhere Ziele, halten die Zielbindung länger aufrecht und investieren mehr Anstrengung in die Lösung einer Aufgabe. Bei der Überwindung von Schwierigkeiten halten sie länger durch (Schwarzer, 1993; Bandura, 1977b, 1992).

Bandura (1982) hat gezeigt, dass als Erfolg erlebte Lernschritte zu höheren Erfolgserwartungen führen. Es entsteht die Erwartung, Umweltereignisse und das eigene Handeln kontrollieren zu können.

Die Annahme erfolgreich handeln zu können, wird der intrinsischen Motivation zugeordnet. Da die Personen Ergebnisse ihres Handelns eher auf ihre eigene Anstrengung zurückführen, werden erfolgreiche Resultate folglich die intrinsische Motivation steigern.

Schlussfolgerung:

Nach diesem Ansatz kann die Bonifizierung für Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit ein Anreiz zur Änderung des Gesundheitsverhaltens sein und Defizite bei der Eigenmotivation ausgleichen.

Die persönliche Überzeugung, zur Durchführung eines Trainingsprogramms fähig zu sein, stellt eine wesentliche Voraussetzung für die Planung, Ausführung und Aufrechterhaltung einer sportlichen Aktivität dar (vgl. auch Schnoor, 2005, S.8).

Bandura (1979, 1981; Bandura, Locke, 2003) geht davon aus, dass eine Person vor der eigentlichen Realisierung der Handlung zunächst die eigenen Fähigkeiten einschätzt und anschließend die Wirkung der Handlung prognostiziert (*subjektive Prognose*).

"... judgement of the likely consequence such performance will produce." (Bandura, 1977b)

Bandura (1977a, b, 1979, 1981, 1992) unterscheidet, wie bereits oben ausgeführt, in seiner Selbstwirksamkeitstheorie (*self efficacy-theory; Situations-Handlungs-Erwartung*) zwei motivationale Komponenten der Verhaltenssteuerung:

¹⁸⁵ Die prognostische Valenz der Selbstwirksamkeitserwartung wurde in einer Reihe von Studien nachgewiesen (zusammengefasst in Krapp, 2001; s.a. Prochaska, 1984).

- die Konsequenzerwartung (*outcome expectancy*) und die
- Kompetenzerwartung (oder auch *Handlungs-Ergebnis-Erwartung*).

Die Konsequenzerwartung beinhaltet die Einschätzung über die Konsequenz bzw. Wirkung, welches ein Verhalten haben wird. Sie kann sich auf körperliche, soziale und selbst-evaluative Konsequenzen beziehen. Die Beispiele in Tabelle 15 verdeutlichen, dass das Bonifizierungsprogramm am ehesten den sozialen Konsequenzen zugeordnet werden kann.

Körperlich	Stressabbau nach Fitnesstraining; Entspannung nach einem Dauerlauf.
Sozial	Positive und negative Verstärkung in der Lebenswelt als Anerkennung und Bestrafung. Prämie durch Bonifizierungsprogramm als Anerkennung durch die Krankenkasse.
selbstevaluativ	Zugewinn an Selbstwirksamkeit aufgrund vorangegangener Bewältigungsversuche (analog der in Abbildung 27 dargestellten Mechanik der Motivationskompetenz nach Harter)

Tabelle 15: Bezugsebenen für die Konsequenzerwartung mit Beispielen, eigene Darstellung

Schlussfolgerung:

Vor dem Hintergrund der Bonifizierung formulieren die Teilnehmer der Gesundheitsangebote persönliche Ziele, die sich an den grundsätzlichen Zielen der bonifizierten Leistungen orientieren müssen.

Weichen die persönlichen Ziele von den Inhalten und Zielen des Bonifizierungsprogramms ab, verweigert das System – in diesem Fall die Krankenkasse – die Bonifizierung.

Dies kann zur Enttäuschung über das soziale System führen. Die entstehende Unzufriedenheit mit dem System GKV-Bonifizierung wird auf das Unternehmen übertragen (vgl. Abbildung 5). Diesem unerwünschten Effekt kann gegengesteuert werden, indem die Bonifizierungsziele umfassend kommuniziert werden.

Über den Zusammenhang zwischen Information und Zufriedenheit mit dem Bonifizierungssystem liegen bisher keine empirischen Ergebnisse vor

Bandura hat die Begriffe *efficacy* und *outcome* nicht genau abgegrenzt (Eastman, Marzillier, 1984; Kirsch, 1985; Jerusalem, 1990, S.39). Er räumt ein, dass beide Komponenten eng miteinander verbunden sind (Jerusalem, ebenda). Aus handlungstheoretischer¹⁸⁶ Sicht geht es darum, ob eine Person ein Problem erfolgreich bewältigen kann. Wenn beide Voraussetzungen – nämlich positive Kompetenzerwartung und positive Konsequenzerwartung – gegeben sind, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Personen sich mit einer Situation auseinandersetzen, Verhaltensweisen nachhaltig verändern oder lösungsorientiert handeln (vgl. auch Pahmeier, König, 1997; Schwarzer, 1997, 2004). Ist die Kompetenzerwartung (*Selbstwirksamkeitserwartung*) negativ, kann die Konsequenzerwartung ebenfalls negativ sein. In diesem Fall kommt es nicht zur erfolgreichen Handlung. Bei einer positiven Konsequenzerwartung hingegen, gibt es Handlungen, die man zwar selbst nicht beherrscht – aber beispielsweise erlernen könnte. Hier wirkt die Konsequenzerwartung als Stimulator. An dieser Stelle kann der Bonus ansetzen.

Mit dem Bonifizierungsprogramm kann eine positive soziale Konsequenz wie Einsparung oder Belohnung in Aussicht gestellt werden. In Abbildung 27 wurde dargestellt, dass das Ergebnis von beiden Erwartungen abhängt.

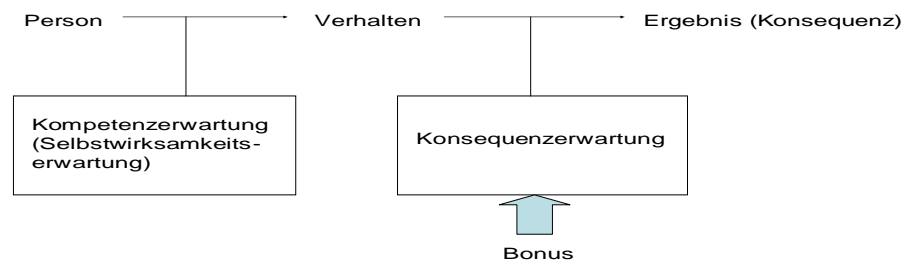


Abbildung 27: Der Einfluss von Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung. Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Bandura (1977b)

¹⁸⁶ Während die Verhaltenstheorie einen strikt kausalen Zusammenhang zwischen Reiz, Kognition und Reaktion sieht, relativiert die Handlungstheorie dies und geht nur von wahrscheinlichen Zusammenhängen zwischen dem Menschen und seinen Handlungen aus (Rudolph, 2003).

In einigen Studien (zusammengefasst in Pahmeier, König, 1997) erwies sich die Selbstwirksamkeit als Schlüsselvariable, mit der körperliches Aktivitätsniveau, zumindest für das erste Trainingsstadium, vorausgesagt werden kann (Dzewaltowski, Noble, Shaw, 1990; McAuley 1993). Einen wesentlichen Beitrag zur Analyse der sportspezifischen Selbstwirksamkeit haben Fuchs, Schwarzer (1994) und Pahmeier, König (1997) geleistet. Danach ist die Selbstwirksamkeitserwartung eine wesentliche Determinante für die persönliche Überzeugung, das körperliche Training trotz widriger Umstände nachhaltig durchführen zu können (Fuchs, Schwarzer, 1994b). Personen mit hohen Selbstwirksamkeitswerten sind sportlich aktiver als andere. Sie trainieren regelmäßiger und nachhaltiger (Pahmeier, König, 1997).

Hoch selbstwirksame Personen sind fast dreimal so häufig sportlich aktiv wie niedrig selbstwirksame (Fuchs, Schwarzer, 1994b). Vor allem für die Aufnahme und bei Beginn des Trainings ist die Wirksamkeitskomponente von Bedeutung.

Arbeitshypothese:

Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung benötigen den Anreiz durch ein Bonifizierungsprogramm nicht. Sie sind eher bereit, Verhalten zu ändern und nachhaltig beizubehalten. Es wird vermutet, dass die Determinante Selbstwirksamkeitserwartung durch die in Aussicht gestellte Prämierung nicht gesteigert werden kann, sondern eine Steigerung erst durch die Teilnahme an geeigneten Interventionen möglich ist.

Es wird davon ausgegangen, dass Personen, die einen Bonus wählen, eher niedrige Selbstwirksamkeitswerte haben und deshalb einen extrinsischen Anreiz "suchen". Ferner ist davon auszugehen, dass Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten einen Bonus benötigen. Für ein erfolgreiches Bonifizierungsangebot ergibt sich die Notwendigkeit, insbesondere Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten zu erreichen.

Es ist zu überprüfen, ob sich Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer tatsächlich voneinander unterscheiden.

Die modernen Motivationstheorien¹⁸⁷ (vgl. Pintrich, Schunk, 1996; Gollwitzer, 1991; Rheinberg, 2000; 2004a und b) betrachten den Zweck bzw. Wert und die

¹⁸⁷ Noch bis Mitte des 20. Jh. galt die Motivationsforschung als Kernstück der Psychologie. Die Rolle von Motiven bzw. Motivationsprozessen wird dabei im Sinne von Handlungsursachen betrachtet. Motive werden

Intention der Handlung (*Handlungsabsicht*). Damit wird die Auffassung Banduras von der herausragenden Bedeutung der Selbstwirksamkeit im Handlungsgeschehen relativiert. Neben Interesse, Anstrengung und Einfluss der sozialen Beziehungen wird die Bedeutung der Emotionen¹⁸⁸ für den Handlungsablauf betrachtet.

Im sozial kognitiven Prozessmodell von Schwarzer (1997) wurden die verschiedenen Determinanten des Gesundheitsverhaltens in ein Modell integriert, das Motivation und Volition berücksichtigt (Ernst, 2004). Danach führen wahrgenommene Risiken zur Einsicht, dass zwischen dem eigenen Verhalten und der Gesundheit ein Zusammenhang besteht (vgl. Kapitel B.3.3). Die Risikowahrnehmung basiert auf der Bewertung des Schweregrades von potentiellen Erkrankungen und der Beurteilung der eigenen Verwundbarkeit (*Vulnerabilität*) (Schwarzer, 2004, S.685). Der Zusammenhang zwischen einer Handlung und einer Aktivität muss dabei erkannt werden, bevor die Handlungsbereitschaft entsteht:

"Wenn ich regelmäßig Sport treibe, reduziere ich mein persönliches Risiko für eine koronare Herzkrankheit." (vgl. Schnoor, 2005, S.15)

Die Wahrnehmung des Risikos und die Handlungsergebniserwartung führen bereits zu einer schwachen Handlungsintention (Schlicht, Schwenkmezger, 1995, S.5). Diese wird gestärkt, wenn die subjektive Überzeugung hoch ist, die protektive Handlung auch ausführen zu können. Dies gilt für Situationen, die neu und unvorhersehbar sind oder die schwierige, stressreiche Elemente enthalten.

allgemein als leitende, antreibende Komponenten des menschlichen Handelns interpretiert. Motivationsvariablen werden als die wichtigsten Verhaltensdeterminanten angesehen.

In der Motivationspsychologie werden grundsätzlich zwei Perspektiven eingenommen. Die eine Perspektive betrachtet die unbewussten (unreflektierte) Prozesse. Sie sind gekennzeichnet durch physiologische und emotionale Reaktionen (Verhaltensimpulse). Die andere Perspektive analysiert bewusst gesteuerte Willensprozesse.

Bei den kognitionstheoretischen Ansätzen wird die Informationsverarbeitung analysiert. Dazu gehören Analysen der Lernprozesse, Denkprozesse, Erinnerungsprozesse und Problemlöseprozesse.

Beim klassischen Motivationsmodell spielt das Zusammenwirken von Motiven und Anreizen eine wesentliche Rolle. [Verhalten = f (Anreiz, Wert)]

Heckhausen geht davon aus, dass die Erwartung in die Motivation einfließt. Hierzu gehören Ergebniserwartung, Handlungserwartung und Folgerwartung. Die Ergebnis-Erwartung spielt z.B. im Risikowahlmodell eine Rolle. (vgl. Atkinson, 1975b) [Verhalten = f (Anreiz des Erfolgs, Wahrscheinlichkeit des Erfolgs)]).

Jeder Erwartungstyp hat einen Einfluss darauf, ob und zu welcher Handlung es schlussendlich kommt.

¹⁸⁸ Emotion: Eine genetische und erworbene motivationale Prädisposition, auf bestimmte interne und externe Zustände mit Gefühlen, physiologischen Veränderungen und Verhalten zu reagieren (Carlson (u.a.), 2001).

Die Motivationsphase schließt mit einer Zielintention ab, mit der die Absicht, z.B. gesundheitssportlich aktiv zu sein, entsteht. Absichten reichen jedoch nicht aus, um Handlungen zu realisieren (Schwarzer, 1997, S.88). Nach der Zielplanung treten Personen in die Volitionsphase ein. Dieser Zusammenhang wird in Kap. B3.3.5 weiter ausgeführt.

Die Abwägung von Risiko und Vulnerabilität¹⁸⁹ wurde im Health-Belief-Modell aufgegriffen (vgl. Kapitel B3.1.4). Danach zeigen Individuen nur dann präventive Verhaltensweisen, wenn der Nutzen einer Maßnahme den erwarteten Aufwand (Kosten) übersteigt bzw. die Nachteile nicht höher eingeschätzt werden. Die Entscheidung für gesundheitsförderliches Verhalten folgt der subjektiven Beurteilung der Krankheit. Wahrgenommen wird die Bedrohung, die von einer Krankheit aufgrund der Gefährlichkeit oder der persönlichen Anfälligkeit für die Krankheit ausgeht. Außerdem werden die persönlichen Barrieren¹⁹⁰ bei der Überwindung der Krankheit eingeschätzt. Diese subjektive Beurteilung ist gleichzeitig Anstoß für die Handlung. Dieser *Anstoß (cues of action)* für eine Handlung kann Ansatzpunkt für das Bonifizierungsprogramm in der GKV sein. Dabei darf der Stimulus nicht zu hoch sein. Die wahrgenommene Bedrohung darf Handlungsalternativen nicht vollständig verdrängen. Mit Angst erzeugenden Appellen findet schnell eine Überstimulation statt. Aufgrund von Abwehrmechanismen motivieren diese nur in begrenztem Maße Menschen zu präventivem Verhalten (Schwarzer, 1997, S.55-57).

Im Prozess des persönlichen Abwägens von Nutzen und Nachteilen der Handlungsalternativen wird wie bereits ausgeführt die Bonifizierung als zusätzlicher Nutzen interpretiert und damit als erwünschte Unterstützung bei Entscheidungsprozessen interpretiert.

In diesem Fall werden Handlungsmotive, die im Zusammenhang mit der Sportpartizipation genannt wurden, von wirtschaftlichen Motiven wie Geiz oder Sparsamkeit verdrängt. Diese Motive können auch aus Persönlichkeitsstrukturen folgen und nur primär wirtschaftlich ausgerichtet sein. Dieser Aspekt soll hier jedoch nicht weiter untersucht werden.

¹⁸⁹ **Vulnerabilität** (lateinisch *vulnus*, Wunde) bedeutet "Verwundbarkeit" oder "Verletzbarkeit".

¹⁹⁰ Individuelle Barrieren können z.B. Gewohnheiten oder Abhängigkeiten sein. Weitere Barrieren ergeben sich aber auch aus sozialen Lebensbedingungen, z.B. Arbeits-, Wohn- und Ernährungsverhältnissen. (vgl. Hurrelmann, 1998, S. 378-379; Schwarzer, 1997, S.54)

Die Aufnahme gesundheitssportlicher Aktivitäten folgt dann von einer zweckrationalen¹⁹¹ Position aus.¹⁹² Die Ergebnisse der von Abel, (1997) und Abele, Weitkunat (1998) durchgeführten Studie¹⁹³ zeigen, dass Rationalitätsorientierung einen signifikanten Einfluss auf das Sportverhalten hat. Dabei wird die *zweckrationale* Orientierung¹⁹⁴ insgesamt deutlich höher bewertet als die *wertrationale*¹⁹⁵ Ausrichtung. Während zweckrationale Orientierung die Sportpartizipation unterstützt, wird wertrationale Einstellung mit einer die Motivation hemmende Einflussnahme auf das Sportverhalten assoziiert (Abel, ebenda).

Schlussfolgerung:

Mit dem Bonusangebot sollen eher Personen mit wertrationaler Ausrichtung erreicht werden. Empirisch zu überprüfen ist, ob diese Gruppe sich tatsächlich von dem Angebot ansprechen lässt.

Nach dem Ansatz von Abel und Weitkunat werden Prämien empfohlen, die zweckrationales Handeln hervorbringen. Das sind insbesondere Prämien, die einen starken Gesundheitsbezug haben.

Für die motivationalen Prozesse sind insbesondere subjektive Kompetenzen entscheidend, welche gleichzeitig als protektive Faktoren gelten können.

Die Selbstwirksamkeit oder Selbstwirksamkeitserwartung wurde in folgenden gesundheitswissenschaftlichen Modellen integriert:

- Sozial kognitive Theorie nach Bandura (1977a und b)
- Health-Belief-Modell als *wahrgenommene Wirksamkeit des Gesundheitsverhaltens* (Sheeran, Abraham, 1996)
- Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen, 1985, 2002) in der *wahrgenommenen Verhaltenskontrolle*; beschrieben als Konstrukt aus wahrgenommener Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeitserwartung

¹⁹¹ Zweckrational ist eine Handlungsorientierung dann, wenn eine Kosten-Nutzen-Abwägung bzw. die Bewertung von Effektivitätskriterien entscheidend für die Handlungsrichtung ist. Hingegen bedeutet gemäß der Handlungstheorie von Max Weber (Abel, Weitkunat, 1998) Wertrationalität die Orientierung an ideellen Werten.

¹⁹² zur Messung der Zweckrationalität vgl. Abel, Weitkunat (1998).

¹⁹³ Telefonische Befragung von 1351 Personen im Alter von 55 -65 Jahren; 58% davon vollständige Interviews

¹⁹⁴ Man sollte sich nach Möglichkeit gesund verhalten weil: - fördert Wohlbefinden, - gehört zum ordentlichen Leben, - erhöht Leistungsfähigkeit, - verbessert Aussehen, -dient dem Gemeinwohl

¹⁹⁵ Die Menschen sollten gesundheitsschädigendes Verhalten vermeiden weil: - läuft der Natur zuwider, - belastet die Krankenkassen, -gibt Elend, -niemand sich schaden soll.

- Theorie der Schutzmotivation (Rogers, 1983) als Kernvariable neben wahrgenommenen Schweregrad, Vulnerabilität und Handlungswirksamkeit.
- Prozessmodell gesundheitlichen Handelns – HAPA (Schwarzer, 1992b) als beeinflussender Faktor der Intention neben Handlungsergebniserwartung und Risikowahrnehmung. Die Risikowahrnehmung gibt den Anstoß zur Handlung, die Selbstwirksamkeit ist entscheidend ob eine Intention zur Verhaltensänderung gebildet wird.

Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten, die sich aus den theoretischen Ansätzen dieser Modelle ergeben, sind in Kapitel B3.2 / Tabelle 16 dargestellt.

B3.1.7 Selbstwertschätzung

Während das Konzept der Selbstwirksamkeit in zahlreichen¹⁹⁶ Studien und für verschiedene Handlungsfelder empirisch überprüft wurde, ist die Einbindung des Konstruktes *Selbstwertschätzung* in Theorien zur Entstehung von Gesundheitsverhalten relativ neu (vgl. Greve, 2000, S.15-36).

Die theoretischen Überlegungen zum Selbstwert¹⁹⁷ gehen davon aus, dass Menschsein grundsätzlich mit der Fähigkeit zur Selbstreflexion verknüpft ist (vgl. Schütz, 2003, S.3).

"What we think about ourselves is probably the central concept in our conscious lives."
(McGuire, Padawer-Singer, 1976 zitiert in Schütz, Sellin, 2006, S.7)

Nach Baumeister, Campbell, Krueger (2003; 2005) setzt sich die Selbstwertschätzung einer Person aus verschiedenen selbstbezogenen Bewertungen zusammen. Dabei wurde häufig der Quotient aus Erfolg und Anspruch gebildet. D.h. geringe Ansprüche an sich selbst, verschaffen eher die Überzeugung erfolgreich zu sein.

¹⁹⁶ dokumentiert durch über 500 Veröffentlichungen (vgl. Schwarzer, 2001)

¹⁹⁷ Das Selbst stellt eine "soziale Konstruktion" dar. Andere Menschen liefern Informationen über das "Selbst". Es entsteht ein Selbstkonzept, welches das geamte Wissen über die eigene Person einschließt. Selbstdefinition ist für das Erleben von Individualität, Besonderheit und Identität entscheidend. Abweichungen von einem Real-Selbst und einem Idealselbst führt zur Selbstdiskrepanz. Selbstbezogen motiviert sind Handlungen dann, wenn sich damit die Aussicht auf Selbstaufwertung verbindet. Den positiven Informationen über das Selbst wird mehr Aufmerksamkeit geschenkt als negativ geltenden Informationen.

Neuere Definitionen der Selbstwertschätzung beziehen sich auf das Ausmaß an positiver Selbstbewertung (Schütz, 2005, S.3). Positive Selbstbewertung gilt dabei als protektiver Faktor. Unter *positiver Selbstwertschätzung* versteht Schütz sowohl kognitive Aspekte im Sinne von Selbstbeurteilung als auch affektive¹⁹⁸ Aspekte im Sinne von Gefühlen zu sich selbst. Positive Selbstwertschätzung kann auch *als Liebe zu sich selbst* gelten.

Baumeister und Leary (1995) betonen die Abhängigkeit der Selbstbeurteilung von der Bewertung durch andere. Die eigene Meinung von sich selbst hängt danach vom Gefühl ab, akzeptiert und anerkannt zu sein. Shavelson, Hubner, Stanton, (1976) haben eine Hierarchie der Selbstwertfacetten geschaffen. Da sie Grundlage für die Befragung der Teilnehmer des TK-Kurses Nordic-e-Walking und Walking sind, werden sie in der Abbildung 28 dargestellt.

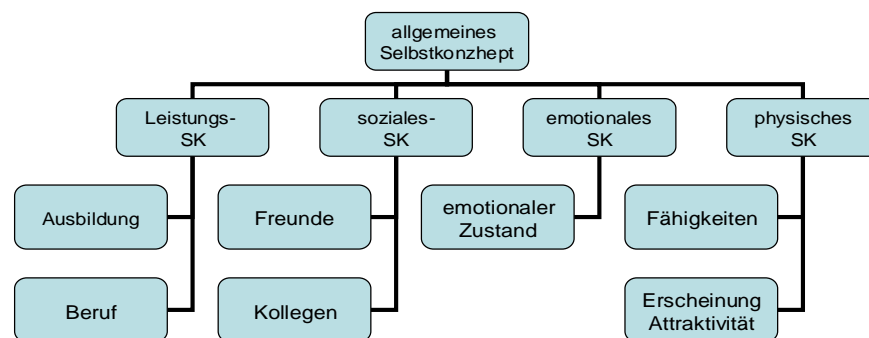


Abbildung 28: Selbstkonzepthierarchie nach Shavelson, Hubner, Stanton (1976); Darstellung: nach Schütz, 2005, S.5

¹⁹⁸ affective = gefühlsmäßig

Die Bedeutung der einzelnen hier genannten Facetten für die persönliche Selbstwertschätzung ist personenabhängig. Situative Erfahrungen und Wahrnehmungen aus den in Abbildung 28 genannten Bereichen verstärken oder verändern dabei das Bild von sich selbst. Anders ausgedrückt: Hohe Selbstwertschätzung beruht auf der Erfahrung mit erfolgreichem Handeln sowie einer positiven Beurteilung der eigenen Fähigkeiten in den genannten Zusammenhängen.

Ehrlinger und Dunning (2003) zeigen, dass Menschen mit einer hohen Selbstwertschätzung mehr leisten als Menschen mit niedrigen Werten. Dabei ist jedoch zu beachten, dass diese Menschen nicht so viel leisten, wie sie von sich annehmen. D.h. wer sich selbst positiv beurteilt, beurteilt seine eigenen Handlungen tendenziell besser als sie sind. Dieser Zusammenhang konnte in mehreren Studien empirisch nachgewiesen werden (zusammengefasst in Mabe, West, 1982) und wurde von Schütz (2006) aufgegriffen. Auf der anderen Seite konnte gezeigt werden, dass Selbstzweifel und Misserfolgserfahrungen niedrige Selbstwerte verstärken.

Personen, die ihre Fähigkeiten überschätzen, laufen Gefahr, dass sie Erfolg für selbstverständlich halten und zu wenige Ressourcen für den eigenen Erfolg einsetzen. Das Ausbleiben des Erfolges wird auf andere Bereiche projiziert und z.B. mit schlechten Rahmenbedingungen oder der Unfähigkeit anderer beteiligter Personen erklärt (Helmke, 1992).

Baumeister, Leary (1993) zeigen, dass hohe positive Selbsteinschätzung dazu führt, Ziele zu hoch zu setzen oder Aufgaben zu unterschätzen. Am günstigsten für die Leistung scheint eine geringfügige Selbstüberschätzung zu sein (vgl. Schütz, 2005). Angemessenes Lob und angemessener Tadel (Schütz, 2005; Dweck, 1999) sind als Anreiz anerkannt. Dabei wirkt sich verhaltensbezogenes Lob¹⁹⁹ günstiger für den Ansporn aus als eigenschaftsbezogenes Lob²⁰⁰.

¹⁹⁹ Das hast Du gut gemacht.

²⁰⁰ Du bist gut. Dein Gewicht ist hervorragend.

Schlussfolgerung:

Versteht man die Bonifizierung als eine Art Lob, so ist die Anreizwirkung am höchsten, wenn das Gesundheitsverhalten direkt im Anschluss belohnt wird und nicht die körperlichen Attribute wie der BMI oder das Gewicht. Mit Körperwerten wird kein Handeln belohnt, sondern allenfalls Handlungsergebnisse. Es würde sich also um ein eigenschaftsbezogenes Lob handeln.

Auch wenn die Wirkung dieser physischen Parameter auf die Gesundheit unterschiedlich diskutiert wird, lässt sich die erwünschte "geringfügige Selbstüberschätzung" nicht durch die Belohnung eines Körpermaßes erreichen. Dieser theoretische Ansatz ist in späteren Studien empirisch zu überprüfen.

Selbstwertgefühl wird als intrapersonale Gesundheitsressource interpretiert. In einer Reihe von Studien (N=23; Schütz, 2003, S.34) wurde Selbstwertgefühl als protektiver Faktor bewertet und als Ressource für Wohlbefinden und Gesundheit nachgewiesen (Zusammenfassung in Schütz, ebenda). In weiteren Studien (N=10, Schütz ebenda) wurde hohes Selbstwertgefühl als Motivation zur Leistung verstanden. Auch hier zeigte sich, dass massive Überbewertung der eigenen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu einem Absinken des Leistungsniveaus führt. Für die gesundheitswissenschaftliche Bewertung des Konstruktes Selbstwertgefühl ist der Zusammenhang zwischen Selbstwertgefühl und selbst schädigendem Verhalten interessant. Schütz (2003, S.35) führt aus, dass in 30 Studien (Stand 2003) niedriges Selbstwertgefühl als Risikofaktor für Suchtverhalten, selbst gefährdendes Sexualverhalten, Suizidalität und psychosomatische Erkrankungen erkannt wurde. So kann Suchtverhalten als individueller Versuch gelten, beschädigtes Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Interventionen, aus denen Personen mit höheren Selbstwerten hervorgehen, können folglich als präventive Maßnahme gelten. In Programmen zur Gewaltprävention, wie bei der Prävention von sexuellem Missbrauch, wird mit der Stärkung von Selbstwertgefühl erfolgreich gearbeitet (Schröter, 1994). Auch im Zusammenhang mit Unfallprävention wird die Erhöhung des Selbstwertgefühls als wirksame Maßnahme diskutiert (vgl. Schütz, 2003, S.36; Schlag, 1993).

Schütz (2003, S.36) führt aus, dass selbst schädigendes Verhalten nicht zwingend mit niedrigem Selbstwert korreliert. Vielmehr führt die Verteidigung

eines zu hohen Selbstwertes häufig zu selbst schädigendem Verhalten. Es lässt sich daher der Schluss ziehen, dass Interventionen dann präventiv erfolgreich sind, wenn sie zu einer individuellen Ausbalancierung des Selbstwertgefühles führen. Es konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, ob dies in Gruppenangeboten, wie sie in den Krankenkassen üblich sind, möglich ist.

Schlussfolgerung:

Es wurde gesagt, dass Zweifel an den eigenen Fähigkeiten und die Angst, die Situation nicht bewältigen zu können, dazu führen, dass gesetzte Ziele unter dem eigentlichen Leistungsniveau bleiben. Wenn man diesem Ansatz folgt, muss der Anreiz zur Verhaltensänderung durch Bonifizierung sich insbesondere an Personen mit **niedrigem Selbstwert** richten. Der in Aussicht gestellte Anreiz durch Bonifizierung kann dann dazu führen, dass eine Handlung aufgenommen wird, für die es sonst keine Bereitschaft gegeben hätte. Folglich ist es im Sinne der erwünschten Wirkung von Bonusprogrammen in der GKV, wenn diese Personen sich durch die Bonifizierung zur Teilnahme an qualitätsgesicherten Angeboten motivieren lassen.

Die Qualität der Präventionsangebote determiniert deren möglichen Erfolg. Sofern diese Angebote zur Verhaltensänderung beitragen und sich nicht auf die Verteilung von Rezepten und Tipps oder die Vermittlung von Techniken beschränken, zeigen sie einen individuellen Weg aus dem Dilemma der sich wiederholenden Selbstenttäuschung.

Zur Überprüfung des Selbstwertes der Bonusnutzer in der Techniker Krankenkasse wurde die Selbstwertskala MWS von Schütz, Sellin (2006) eingesetzt. Schütz, Sellin (2006, S.11 und 26) konstruierten die Selbstwerthierarchie (vgl. Abbildung 29) in Anlehnung an Shavelson, Hubner, Stanton (1976) wie sie in Abbildung 28 dargestellt ist.

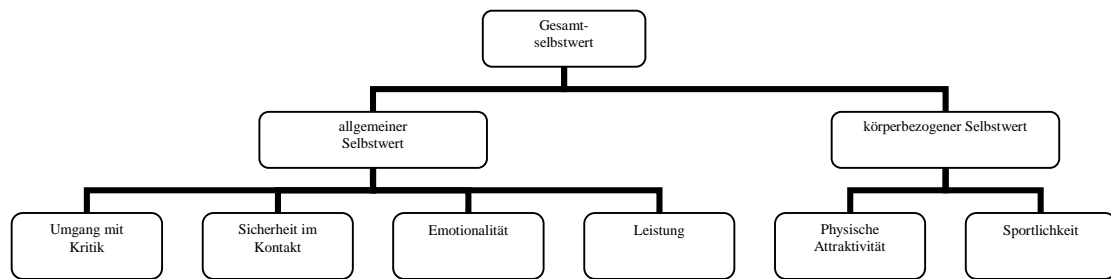


Abbildung 29: Allgemeiner und körperbezogener Selbstwert in Anlehnung an Hubner und Stanton (1976); Darstellung nach Schütz, Sellin, 2006, S.26; Umgang mit Kritik und Sicherheit im Kontakt lassen sich als soziale Kompetenz zusammenfassen.

Arbeitshypothese:

Durch Bonifizierung sollen insbesondere Personen mit niedrigem Selbstwert erreicht werden, da sie eines Anreizes zur Sportpartizipation bedürfen. In dieser Arbeit wird überprüft, ob sich Bonusteilnehmer und Nichteilnehmer tatsächlich hinsichtlich ihres Selbstwertes unterscheiden.

B3.1.8 Schlussfolgerung für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

In der Tabelle 16 sind die in Kapitel B3.1 beschriebenen Komponenten und die daraus abgeleiteten theoretischen Ansätze für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten zusammengefasst.

Faktor	Theoriegeleiteter Ansatz für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten
Persönlichkeitsmerkmale und Einstellungen	Prämiengestaltung: Unterstützung von zweckrationalen Verhalten durch Prämien, die das Gesundheitsverhalten unterstützen
soziale Unterstützung	Bonifizierung kann als soziale Unterstützung wahrgenommen werden. Voraussetzung ist die Kommunikation als soziale Unterstützung.
Gefühl der Kohärenz	Bonifizierung sollte den Sinn für Gesundheitsverhalten nicht ersetzen.
Kompetenzerwartung Selbstwirksamkeit	<p>Zielgruppe: Personen mit geringen Selbstwirksamkeitswerten</p> <p>Angleichung der persönlichen Gesundheitsziele an die Ziele und inhaltlichen sowie finanziellen Rahmenbedingungen der GKV-Bonifizierung durch Kommunikation der Bonifizierungsinhalte.</p> <p>Bonifizierung von "Wiedereinsteigern" zur Unterstützung der Meisterungsversuche.</p> <p>Kurzfristige Anreizsetzung durch zeitliche Begrenzung der Bonifizierung und Incentives.</p>
Kontrollüberzeugung	<p>Zielgruppe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • handlungsorientierte Personen bei Kundenbindung • lageorientierte Personen als Anreiz für Gesundheitsverhalten
Gesundheitsbezogene Kognition	Sekundärziel: Im Rahmen der Kommunikation zum Bonifizierungsangebot kann über Prävention aufgeklärt

Faktor	Theoriegeleiteter Ansatz für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten
Selbstwertschätzung	<p>werden</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zielgruppe: Personen mit geringer Selbstwertschätzung • Belohnung des Gesundheitsverhaltens und nicht der Körperwerte wie BMI; Gewicht, Blutdruck etc.

Tabelle 16: Theoriegeleiteter Ansatz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten; eigene Darstellung

Im folgenden Kapitel B3.2 sollen gesundheitspsychologische Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten herausgearbeitet werden.

B3.2 Ansatzpunkte für Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in gesundheitspsychologischen Modellen

Die Frage, was Menschen dazu veranlasst einen gesunden Lebensstil zu wählen, welche Verhaltensweisen ihren Alltag bestimmen oder was letztlich dazu führt, einen Gesundheitskurs zu besuchen, ist auch eine Frage nach ihrer Motivation respektive nach ihren Motiven.

Der Anreiz durch einen Krankenkassenbonus wird vom Gesetz (§65a Abs. 2 SGB V) als erste von mehreren Stufen der Verhaltensänderung gesehen. Der Bonus soll wesentlich zur "exercise compliance" bzw. "exercise adherence" beitragen.

In der Public Health Forschung wird seit den 80iger Jahren die "exercise compliance"²⁰¹ systematisch erforscht. Um Gesundheitshandeln zu erklären, wurden Modelle der Verhaltensforschung genutzt. Mit ihnen lässt sich auch die Motivation zur Sportpartizipation (Determinanten der Sportteilnahme in: Fuchs, 1999) und deren Nachhaltigkeit erklären.

²⁰¹ Begriff aus Public Health Report, Vol. 100, Heft 2, 1985

"Zu den ältesten wie modernsten Anschauungen über die Funktion von Motivationsvariablen gehört die Auffassung, dass sie Verhalten auslösen oder initiieren." (Thomae, 1983b, S.3)

In der wissenschaftlichen Auseinandersetzung besteht keine Übereinstimmung zur spezifischen Rolle der Motivation im Verhalten (Thomae, 1983a und b). Die Beteiligung der Motivation an der *Verhaltensregulation* gilt aber als unstrittig.

Schack, Lander (1999) sehen in der Motivation, neben Emotionen und Kognition eine der Strukturkomponenten des Verhaltens. Dieser Ansatz ist in der Abbildung 30 dargestellt.

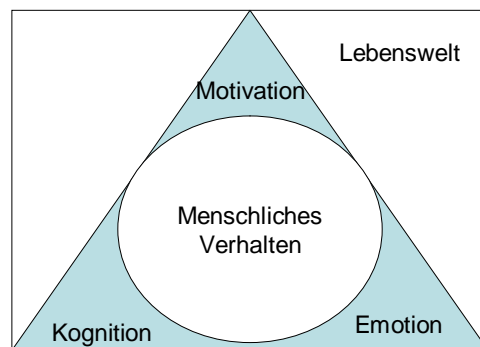


Abbildung 30: Struktur des menschlichen Verhaltens nach Schack, Lander, 1999; eigene Darstellung

In der Tabelle 17 sind gesundheitspsychologische Modelle, die motivationale Aspekte berücksichtigen, genannt. Die Auswahl beschränkt sich auf die Modelle, die aus gesundheitswissenschaftlichen Theorien abgeleitet wurden oder wie das Transtheoretische Modell auf gesundheitswissenschaftlichen empirischen Überprüfungen basieren und in der Literatur zur Erklärung der Sportpartizipation herangezogen wurden. Aus den Kernelementen der Theorien wurden mögliche Ansatzpunkte für die GKV-Bonifizierung abgeleitet

Theoretisches Modell	Kernelemente	Ansatzpunkt für Bonifizierung gemäß theoretischem Modell
<p>Theory of Planned Behaviour/ reasoned action</p> <p>Ajzen und Fishbein, 1975 und 1980b</p>	<p>Hauptelemente sind</p> <ul style="list-style-type: none"> • Einstellung gegenüber dem Verhalten, • die subjektiv wahrgenommene Norm • Verhaltenskontrolle <p>Dabei wirken die Elemente persönliche Einstellung²⁰² und Norm auf die Verhaltensabsichten.²⁰³</p> <p>Die Motivation des Menschen, der Norm zu entsprechen, führt zur Verhaltensabsicht und schließlich zum erwünschten Verhalten.</p> <p>Bevor Menschen körperlich aktiv werden definieren sie ihre Intention als Plan. Emotionale Bewertungen und persönliche Überzeugungen verbinden sich bei der Abwägung, ob das eigene Verhalten als positiv oder negativ gilt.</p>	<p>Ziele der Bonifizierung müssten als subjektive Norm wahrgenommen werden, beispielsweise als Aufforderung zur Kosteneinsparung durch Bonus-Malusregelung. Sobald diese Norm internalisiert ist und als subjektive Norm wahrgenommen wird, entsteht der Wunsch nach sportlicher Aktivität, um der Norm zu entsprechen. (<i>Ich unterstütze die Solidargemeinschaft, wenn ich sportlich aktiv bin</i>). Der Internalisierung des Bonuszieles setzt eine Zielgleichheit voraus: Bonusziel und persönliches Ziel entsprechen einander. Dadurch wird ein Anreiz zur Handlung gesetzt. Da das Verhalten umso wahrscheinlicher wird, je eher sich die Person das Verhalten zutraut, kann die Bonifizierung unterschiedliche Themenfelder ansprechen. Es wird Mitgliedschaft im Sportverein ebenso belohnt wie die Teilnahme am Schnupperkurs.</p> <p>Bisher keine empirische Überprüfung.</p>
<p>Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory)</p> <p>Rogers, 1975, 1983, 1985</p>	<p>In diesem Modell geht es hauptsächlich um die "kognitive Verarbeitung von Informationen, die die Gesundheit bedrohen" und somit das Gesundheitsverhalten beeinflussen.</p> <p>Kernelemente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • wahrgenommener Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung 	<ul style="list-style-type: none"> • Personen mit niedrigen Selbstwirksamkeitswerten • Personen mit "geringer" und "normaler" Vulnerabilität • Belohnung beeinflusst die Nutzenabwägung und wird als Anreiz zur

²⁰² Mit Einstellung ist die Bewertung des jeweiligen Verhaltens gemeint, die positiv oder negativ ausfallen kann.

²⁰³ Zur Veranschaulichung soll hier ein Beispiel angeführt werden. Ein Raucher beabsichtigt das Rauchen aufzugeben, also sein Verhalten zu ändern (Intention, Absicht), wenn er eine positive Einstellung zum Nichtrauchen besitzt (positive Bewertung der Gesundheitsfolgen, negative Bewertung von Krankheitsfolgen), wenn er davon überzeugt ist, die Situation unter Kontrolle zu haben (Verhaltenskontrolle) und gleichzeitig für ihn wichtige Bezugspersonen sein Nichtrauchen positiv bewerten (subjektive Norm). (vgl. Schwarzer, 1997, S.57-60)

Theoretisches Modell	Kernelemente <ul style="list-style-type: none"> • wahrgenommene Verletzlichkeit (Vulnerabilität) • wahrgenommene Wirksamkeit einer Handlung zur Reduktion der Bedrohung • Selbstwirksamkeitserwartung <p>Die Bedrohungseinschätzung ist eine Kosten-Nutzen-Analyse wie beim Health-Belief-Modell. Extrinsische Belohnung erhöht den Nutzen. Der wahrgenommene Nutzen des vorweggenommenen gesundheitsförderlichen Verhaltens beeinflusst das Verhalten. Die Gesundheitsbedrohung wird bewältigt, wenn der Nutzen als ausreichend hoch wahrgenommen wird.</p>	Ansatzpunkt für Bonifizierung gemäß theoretischem Modell <p>Gesundheitsförderung interpretiert. Die extrinsische Motivation muss dauerhaft erhalten bleiben; geldwerte Sachpreise sind als kritisch hinsichtlich der Ausgabensteuerung einzustufen.</p>
Prozessmodell präventiven Handelns	Kernelemente: <ul style="list-style-type: none"> • defensiver und funktionaler Optimismus als Grundlage für Einschätzung der gesundheitlichen Risiken <p>Die Faktoren Anfälligkeit, Verwundbarkeit, Schweregrad und Kosten-Nutzen-Abwägung einer präventiven Aktivität gehen in den Entscheidungsprozeß mit ein und können somit indirekt die Wahrscheinlichkeit des Vorsorgeverhaltens positiv oder negativ beeinflussen.</p> <p>Als weiterer wichtiger Einflussfaktor werden Haltungen und Empfehlungen aus der sozialen Umwelt angesehen.</p>	Ansatzpunkt für die Bonifizierung ist die Einstellung der Umwelt als Verstärker im Bewertungsprozess der Situation. <p>Durch die Kommunikation zu Bonifizierungsmöglichkeiten wird implizit eine Empfehlung für gesundheitsförderliches Verhalten abgegeben. Die in Aussicht gestellte Belohnung kann als positive Haltung bzw. Einstellung der Umwelt interpretiert werden.</p> <p>Der Prozess wiederholt sich – Bonifizierung wäre auf Langfristigkeit angelegt.</p> <p>Bisher gibt es keine empirische Überprüfung.</p>
Transtheoretisches Modell (TTM) stages of change ²⁰⁴ Prochaska, 1984	Das Transtheoretische Modell (TTM) ist ein integratives Stadienmodell, welches die Prozesse und Prinzipien von Verhaltensänderung beschreibt und dabei die zeitliche Perspektive der Veränderungen des problematischen Verhaltens berücksichtigt <p>Kernelemente sind die</p>	Bonifizierung kann der ersten Stufe der stages of change als wirksame Beeinflussung des Prozesses zugeordnet werden. In dieser Stufe sind gemäß dem TTM-Modell Personen "sorglos" (=Precontemplation).

²⁰⁴ Es wurde für die Raucherentwöhnung entwickelt. Inwieweit es auf andere Handlungsfelder als die Beeinflussung von Suchtverhalten anwendbar ist wurde noch nicht abschließend wissenschaftlich geklärt.

Theoretisches Modell	Kernelemente	Ansatzpunkt für Bonifizierung gemäß theoretischem Modell
	Veränderungsstufen ²⁰⁵ : <ul style="list-style-type: none"> • Sorglosigkeit, • Bewusstwerden, • Vorbereitung, • Handlung, • Aufrechterhaltung und • Stabilisierung 	<p>Es fehlt die Intention, in den nächsten 6 Monaten identifiziertes Problemverhalten zu verändern.</p> <p>Der Anreiz geht zunächst von der in Aussicht gestellten Prämierung aus. Da alle Stufen durchlaufen werden, geht extrinsisch motiviertes Verhalten in den nachfolgenden Stufen schrittweise in intrinsisch motiviertes Verhalten über.</p> <p>Prozessziel ist die Übernahme der Eigenverantwortung. D.h., das Modell fordert eine zeitliche und inhaltliche Begrenzung der Bonifizierung.</p> <p>Bisher gibt es keine empirische Überprüfung.</p>

Tabelle 17: Gesundheitspsychologische Modelle; Transfer der Kernelemente für einen theoriegeleiteten Ansatz zur Bonifizierung; eigene Darstellung

Das TTM gehört zu den *Stadienmodellen* und bezieht die Erkenntnisse der Motivations- und Volitionsforschung ein (vgl. Zusammenfassung in Beckmann, 1996). Diese gibt Antworten auf die Frage, was letztlich zur Teilnahme an einem Gesundheitskurs und zur Aufrechterhaltung des einmal gelernten Verhaltens führt. Gefragt wird, welche Ziele, Wünsche, persönlichen Interessen und Persönlichkeitsparameter das Gesundheitsverhalten bedingen.

In Stadienmodellen wird die Verhaltensänderung als mehrstufiger Prozess interpretiert. Oldenburg, Glanz und French (1999) haben darauf hingewiesen, dass verhaltensorientierte Programme ihre Wirkung dann verfehlen, wenn Personen, sich ihrer gesundheitsabträglichen Lebensweise nicht bewusst sind. Hierzu zählt auch Verhalten, von dem die Personen ausgehen, dass es gesundheitsförderlich sei, wie beim unkontrollierten Konsum von industriell hergestellten Vitaminen und Mineralien oder beim Durchführen ernährungsphysiologisch einseitig ausgerichteter Radikaldiäten.

²⁰⁵ Um eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erreichen, ist der Durchlauf aller Stufen notwendig, da sonst das Rückfallrisiko in alte Verhaltensweisen erhöht ist.

Welche Bedeutung in diesem Handlungsgefüge Anreizsysteme haben können, soll im folgenden Kapitel herausgearbeitet werden.

Hierbei lassen sich Überlegungen zu motivationalen Aspekten der Sportteilnahme nutzen (Rethorst, 1992; Pahmeier, 1994; Quinten, 1994; Schwarzer, 1997; Fuchs, 1997, 2005; Radinger, 2001; Brehm, Bös, Opper, Saam, 2002; Rütten, 2005; Göhner, Fuchs, 2007).

B3.3 Ansatzpunkte für Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in motivationspsychologischen Modellen

Die Motivationspsychologie beschäftigt sich im Wesentlichen mit den Gründen und Zielen, auf denen menschliches Handeln beruht. Motivation gilt als komplexes Phänomen, für das es keine allgemeingültige wissenschaftliche Definition gibt (Kehr, 2004).

Motive und Anreize werden zur Erklärung des Phänomens Motivation benutzt und als hoch generalisierte Konstrukte bezeichnet (Schneider, Schmalt, 2000, S.98). Während Motive und Anreize das Handlungsthema bilden, stellen Anliegen, Streben und Ziele die konkrete Form einer Handlung dar. Die emotionale Bewertung des Handlungsergebnisses, auf der Grundlage des Vergleichs zwischen Ziel und Ergebnis, kann – sofern eine Diskrepanz erkannt wurde – erneut Anreiz für den Beginn eines Motivationsprozesses sein.

B3.3.1 Beeinflussung der Motivation und Motive durch Bonifizierung

Motivation ist keine Eigenschaft des Menschen, sondern wird vielfach als das Ergebnis eines Prozesses, der physische und psychische Aktivitäten steuert, interpretiert (Heckhausen, 1989, S.9-11). Demzufolge ist nicht die Motivation, sondern deren Effekt, eine Aktivität zu bevorzugen, messbar (Zimbardo, Gerrig 1995, S.408). Ein solcher Effekt könnte die Teilnahme am Bonusprogramm oder die Teilnahme an einer gesundheitssportlichen Aktivität sein.

Als richtunggebender Faktor führt Motivation in einer Situation zur Handlungsentscheidung und Realisierung.

Hinsichtlich der Funktion lässt sich Motivation mit folgenden Teilprozessen beschreiben:

- **Aktivierung:** Prozess, der die Handlung / das Verhalten in Bewegung setzt.
- **Richtungssteuerung:** wenn das Handlungsziel²⁰⁶ erreicht ist, dann ändern sich die Motive
- **Intensivierung:** die Handlung / das Verhalten kann gründlich oder weniger gründlich ausgeführt werden / ausgeprägt sein.
- **Durchhalten:** Beständigkeit führt dazu, dass die Handlung / das Verhalten auch dann aufrechterhalten wird, wenn es Schwierigkeiten gibt.

Nach Thomae (1983b, S.19) wird der Motivationsbegriff nicht benötigt, um die Auslösung von Verhalten zu erklären, wohl aber ergeben sich immer neue Hinweise auf Beziehungen zwischen Motivationsvariablen und Veränderungen des Verhaltens bezüglich Intensität, Richtung und Form. Die Charakterisierung der Teilprozesse macht deutlich, dass persönliche Eigenschaften Determinanten der Motivation sein können. Das eigene "Wollen, Können und Dürfen", Intelligenz, Emotionalität, die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, wie sie bereits ausführlich beschrieben wurde, und die Interpretation von Handlungsanreizen gilt als wichtigste Beeinflussungsgrößen im Motivationsprozess (vgl. Niermeyer, 2006).

Die Ichbeteiligung im Motivationsprozess wurde in zahlreichen Studien – teilweise experimentell – nachgewiesen (Alper, 1946; Kausler, 1951; Izard, 1971; Schneider, 1973; McClelland, 1975; Deci, Ryan, 1991; Rudolph, 2003, S.26). Das bedeutet, dass Motivationsprozesse, wie sie durch Bonifizierung initiiert werden sollen, von der jeweiligen Disposition der Personen mit beeinflusst werden.

²⁰⁶ Ein Ziel ist ein positiv bewerteter Endzustand, den eine Person für erreichbar hält und für dessen Erreichen sie bereit ist, Anstrengungen und Kosten auf sich zu nehmen.

Schlussfolgerung:

Es ist anzunehmen, dass es Persönlichkeiten gibt, die eher auf Bonifizierung ansprechen als andere. Ebenso gibt es Persönlichkeitstypen, die als Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen gelten. Das erfordert Methoden zur Unterstützung des gesundheitsförderlichen Verhaltens und der Bonifizierung die sich an Personenprofilen orientieren. Profiling wurde bisher in der praktischen Gesundheitsförderung nicht eingesetzt.

Weniger am Prozess orientiert ist die Aussage, dass Motivation ein *Zustand* sei: "*Ich bin motiviert*". Hier wird Motivation als Endzustand betrachtet, der über einen längeren Zeitraum stabil bleiben kann. Setzt man "Verhaltensbereitschaft" synonym mit Motivation, so gibt sie die Richtung des Handelns, das Ausrichten auf Ziele an. Das vordergründige Ziel der Bonusteilnehmer könnte sein, eine Sachprämie zu erreichen. Die eigentlichen Gesundheitsziele würden dabei in den Hintergrund rücken.

In der neueren Motivationsforschung (Heckhausen, 1989, Gabler, 2002, S.44ff.) werden Motive²⁰⁷ als Personenmerkmale und situative Bedingungen (Aufgabe, Anreize, die anziehend oder abstoßend wirken) zur Erklärung der Motivation herangezogen.

Schneider, Schmalt (2000) stellen die Grundzüge der Motivation unter Berücksichtigung von Bewertung und Erwartung wie folgt dar: In diesem Modell sind Motive und Anreize eng aufeinander bezogen. Schneider, Schmalt (ebenda) nennen Anreize "situative Momente, die ein Motiv ansprechen" (2000, S.17).

²⁰⁷ Ein Motiv bezeichnet in der Psychologie eine relativ stabile Persönlichkeitseigenschaft, die durch eine Vorliebe für bestimmte Arten von Zielen zum Ausdruck kommt. Synonym wird oft der Begriff Bedürfnis (*engl.* need) verwendet. Primäre Motive wie das Nahrungs- und das Kältevermeidungsmotiv, die auf physiologischen Vorgängen beruhen, werden von sekundären Motiven unterschieden, die stärker auf psychologische Prozesse zurückgehen.

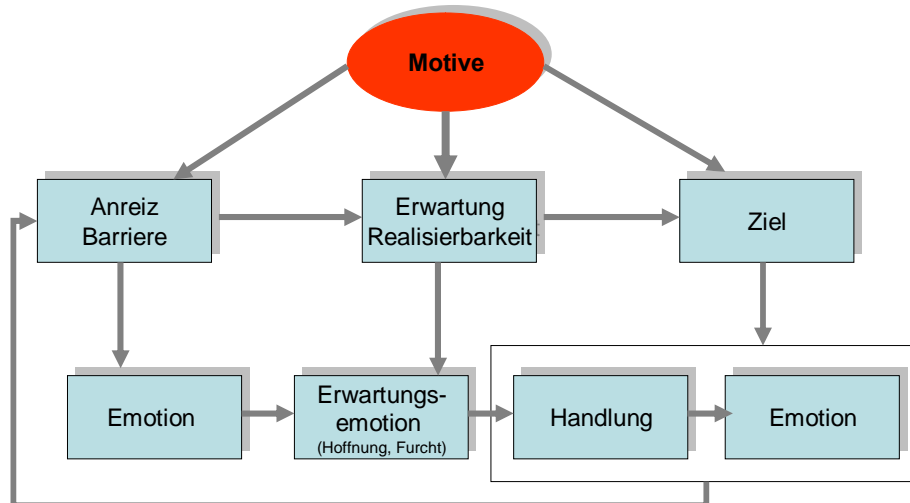


Abbildung 31: Schema eines Erwartungs-Wert-Modells Quelle: Schneider, Schmalt, 2000. S.15

Nach traditioneller Auffassung wird das *Motiv* einer Person durch thematisch entsprechende *Anreize* in der Umwelt *angeregt*. Beispielsweise wird das Leistungsmotiv dann angeregt, wenn die Person die Aussicht wahrnimmt sich mit einem Gütemaßstab messen zu können. Diese Aussicht ist der Anreiz, der zur Motivation führt, die Handlung durchzuführen oder zu meiden. Der Prozess ist daran gebunden, dass der Anreiz auf ein geeignetes Motiv wie Streben nach Erfolg trifft.

Konsequenterweise müsste dieser Zusammenhang in der graphischen Darstellung (vgl. Abbildung 32) berücksichtigt werden.

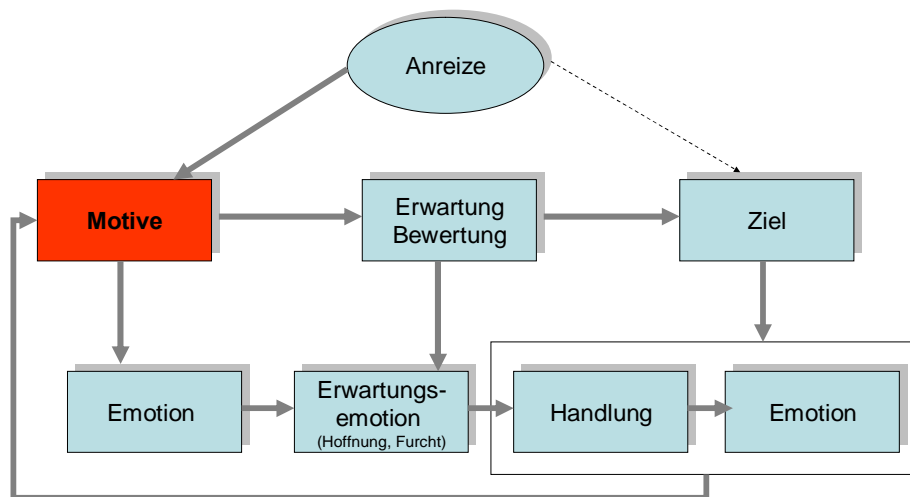


Abbildung 32: Anreize sprechen Motive an; eigene Darstellung auf der Grundlage von Abb. 31

In diese Darstellung wurden Motiv und Anreiz in der Darstellung (vgl. Abbildung 31) durch die Autorin vertauscht. Diese Darstellungsweise greift die Aussage von Schneider, Schmalt (2000, S.15) auf, dass ein Motiv nur dann wirksam wird, wenn es vorher durch einen Anreiz aktiviert wurde. Der Anreiz schließt die Bonifizierung, um die es in dieser Analyse geht, ein.

Schlussfolgerung:

Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten gilt als Anreiz. Konsequenterweise müsste der Anreiz *Bonifizierung* auf ein geeignetes Motiv treffen, damit es schließlich zur Aufnahme der gesundheitssportlichen Aktivität kommt. Bonifizierung kann aber auch die Nennung von Zielen (wie oben beschrieben) initiieren. Bei dieser Interpretation ist der Bonus grundsätzlich auf seine Anreizwirkung beschränkt und ersetzt die Motivation nicht.

Als mögliche Motive für die Nutzung eines Bonifizierungsprogramms können beispielsweise Geiz, Gier oder Sparsamkeit vermutet werden.

In späteren Studien ist zu überprüfen, ob Geiz und Sparsamkeit zur Nutzung der Bonifizierung und der qualitätsgesicherten Angebote der Gesundheitsförderung motivieren. Es ist ferner herauszufinden welche Prämien bei welchen persönlichen Zielen und welcher Motivation als Anreiz empfunden wird.

Die Zielsetzung der Gesundheitsförderung, wozu die nachhaltige Beteiligung und Erhöhung der Eigenverantwortung gehört, ist an die Aktivierung intrinsischer Motivation gekoppelt. Intrinsische Motivation zu fordern und extrinsische Anreize zu setzen, scheint ein Widerspruch zu sein. Im nachfolgenden Kapitel B3.3.3 werden deshalb die Prinzipien der intrinsischen und extrinsischen Motivation einander gegenübergestellt und mit der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in Beziehung gesetzt.

B3.3.2 Bedeutung der intrinsischen und extrinsischen Motivation für das Gesundheitsverhalten

In der psychologischen Theoriebildung (Gollwitzer, 1993; Deci, Koestner, Ryan, 1999; Ryan, Deci, 2000; Rheinberg, 2000; vgl. auch Zusammenfassung in Heckhausen, 1989, S. 469-472) wurde dem engen Zusammenhang zwischen Anreiz und Motiv entsprochen. In der pädagogischen Theoriebildung (vgl. Schiefele, Köller, 2001, S.304) wird ebenfalls zwischen *Primärmotivation* (intrinsisch) und *Sekundärmotivation* (extrinsisch) unterschieden. Als primär oder intrinsisch wird die von innen kommende Motivation bezeichnet. Primäre Motive gelten als angeboren und von der Persönlichkeit abhängig. Sekundäre Motive

gelten als erlernt bzw. erworben. Bei den primären Motiven folgt der Antrieb zu einer Handlung dem Interesse oder Drang zu der Sache an sich, wie etwa beim angeborenen Trieb sich fortzupflanzen. Nachfolgend werden die Interpretationen von Csikszentmihalyi, Klinger und de Charms angeführt, da sie als grundlegend bewertet werden können.

Die klassische Forschung zur *autotelischen* oder **intrinsischen Motivation** geht davon aus, dass der Anreiz für eine Handlung auch in positiven Erfahrungen während der Tätigkeit selber bestehen kann. Ein solcher innerer Tätigkeitsanreiz kann das von Csikszentmihalyi (2000) beschriebene Flow-Erleben²⁰⁸ oder das Erleben von Autonomie sein.

Intrinsisch motivierte Personen können ganz in ihrer Handlung aufgehen (*flow-Effekt*) (Deci, 1975; Csikszentmihalyi, 2000).

"Flow ist ein freudvolles Aktivitätsgefühl, das völlig in der Sache, mit der man sich beschäftigt aufgeht; eine Aufmerksamkeit, die ganz von der Sache absorbiert wird und die eigene Person vergessen lässt." (Csikszentmihalyi, 1975)

Der Ort der Kontrolle (*locus of control*) ist bei der beschriebenen Konstellation die Person selbst. Auch Verstärkung erfährt die Person aus sich selbst heraus. Intrinsisch motiviertes Verhalten geschieht um seiner selbst willen. Solches Verhalten kann als selbstbestimmt (deCharms, 1968) (*personal causation and self determination*), eigenverantwortlich oder zweckfrei bezeichnet werden (McReynolds, 1971; Deci, Ryan, 1993, Csikszentmihalyi, 2000; Heckhausen,

²⁰⁸ Kriterien des Flow –Erlebens: Man weiß jederzeit, was zu tun ist; Handlungsablauf ist "wie von selbst", Selbst und Tätigkeit verschmelzen miteinander, es ist keine willentliche Konzentration nötig; trotz hoher Belastung wird die Situation bewältigt. "Flow" bezeichnet das völlige Aufgehen in einer Tätigkeit, in der Handlung und Bewusstsein miteinander verschmelzen. Selbstvergessen konzentrieren sich die Menschen auf die ausgeübte Tätigkeit. Das besondere Erleben führt zu einer erhöhten Leistungsbereitschaft, was sich auch in besseren Ergebnissen im Sport oder beim Lernen ausdrücken kann.

Kriterien:

- Handlungsanforderungen und Rückmeldungen werden als klar und interpretationsfrei erlebt, so dass man jederzeit und ohne nachzudenken weiß, was jetzt zu tun ist.
- Man fühlt sich optimal beansprucht und hat trotz hoher Anforderung das sichere Gefühl, das Geschehen noch unter Kontrolle zu haben.
- Der Handlungsablauf wird als glatt erlebt; ein Schritt geht flüssig in den nächsten über, als liefe das Geschehen gleitend wie aus einer inneren Logik ab.
- Man muss sich nicht willentlich konzentrieren, vielmehr kommt die Konzentration wie von selbst, ganz so wie die Atmung.
- Es kommt zur Ausblendung aller Kognitionen, die nicht unmittelbar auf die jetzige Ausführungsregulation gerichtet sind.

2003)²⁰⁹. Klinger (1971) führt als Beispiel für die *Zweckfreiheit intrinsisch motivierten Handelns* das Spiel des Kindes an. Auch die Unterscheidung der intrinsischen Motivation in tätigkeits- oder gegenstandsorientiert folgt dem Verständnis, dass der Prozess um seiner selbst willen ausgeführt wird (Schiefele, Köller, 2001, S.304-306; Krapp; Weidenmann, 2006, S.217). Bei der tätigkeitsorientierten intrinsischen Motivation gibt die Tätigkeit an sich den Anreiz: "*Ich walke, weil Walken so schön ist.*" Bei der gegenstandsorientierten intrinsischen Motivation ist ein Interesse für den Lerngegenstand ausschlaggebend: "*Ich gehe in den Kurs, weil ich das Walken richtig lernen will.*"

Reiss (2000, 2004, 2005) hat die Definitionen zur intrinsischen Motivation kritisch bewertet, schließt sich aber in seiner Analyse der verhaltensanalytischen Sichtweise an. Danach wird intrinsisch motiviertes Verhalten durch Verstärker aufrechterhalten, wobei auch Gesundheit und Entspannung als Verstärker gelten.

Reiss (2005) bezeichnet das Konzept der intrinsischen Motivation als unlogisch und widersprüchlich. Seine Kritik bezieht sich insbesondere auf die bis dahin akzeptierte Vermischung von *Verhalten* und *Ziel*. Nach Reiss (2005) gibt es kein Verhalten, das um seiner selbst willen ausgeführt wird, sondern es dient der Befriedigung von Bedürfnissen. Diese Bedürfnisse können ganz unterschiedlicher Art sein. Reiss (2005) verbindet die Bedürfnisse mit Zielen und den daran geknüpften natürlichen Verstärkern. Menschen können demzufolge sich widersprechende Ziele verfolgen, die ganz unterschiedlichen Bedürfnissen dienen. Selbst wenn alle ein gleiches Ziel verfolgen, entspringen sie individuellen Bedürfnissen und Motiven.

Diese Sichtweise eröffnet neue Perspektiven bei der Beurteilung der Wirkung von extrinsischen Anreizen auf das Verhalten. Sie erscheint neu da sie den Konflikt zwischen intrinsischer Motivation und extrinsischer Motivation (vgl. Kapitel B3.3.4) in Frage stellt. Nach Reiss (2004, 2005) könne es keinen Konflikt zwischen Motivationen, sondern nur zwischen Zielen geben.

Reiss (2000) teilt das Verhalten der Menschen in zwei Bereiche. Dabei bezieht er sich auf Aristoteles (Reiss, 2004, S. 186). Der erste Bereich beinhaltet das

²⁰⁹ Ich treibe Sport, weil es mir Spaß macht / weil es mir gut tut.

Erreichen von Zwischenzielen. Dies nennt er *Mittel*. Übersetzt sind es extrinsisch motivierte Handlungsweisen. Das Endziel der Handlung ist hingegen intrinsisch motiviert. Danach wäre Walken, um gesund zu bleiben, das Endziel und die Bonifizierung ein Zwischenziel. Beide Ziele entspringen unterschiedlichen fundamentalen Bedürfnissen des Menschen *Vitality* und *Saving*²¹⁰. Ein anderes Motiv, das mit Bonifizierung in Zusammenhang gebracht werden kann, ist das Motiv *Status*, bei dem es um soziale Stellung und Anerkennung geht. Reiss (2004) geht auch davon aus, dass es ein grundsätzliches Motiv zur *körperlichen Bewegung (physical exercise)* gäbe.

Kritik an diesen Motivklassen resultiert aus der Tatsache, dass sie einseitig auf genetische bzw. evolutionäre Entwicklung zurückzuführen sind. Der Einfluss der Erziehung als bewusste Führung und Anleitung sowie Sozialisation auf die Entstehung persönlicher Motive und das Handeln bleiben dabei unberücksichtigt. Bisher hat sich der philosophische Ansatz von Reiss (2000, 2004, 2005) in der empirischen Forschung nicht bestätigt. Deshalb wird seine Kritik an der Polarisierung von extrinsischer und intrinsischer Motivation bei der weiteren theoretischen Analyse vernachlässigt.

Schlussfolgerung:

Wenn eigenverantwortliches Handeln an intrinsisch motiviertes Verhalten gekoppelt ist, kann der extrinsische Anreiz durch Bonifizierung von Gesundheitsverhalten als Widerspruch zur Qualitätsleitlinie für Prävention interpretiert werden.

Es wurde bereits ausgeführt, dass der Parameter "*Überführung in die Eigenverantwortlichkeit*" ein wesentliches Ziel der Gesundheitsförderung und Primärprävention in der GKV ist. Wird davon ausgegangen, dass eigenverantwortliches Risikoreduzierendes Gesundheitsverhalten intrinsisch motiviert ist, wird erneut die These unterstützt, dass die Bonifizierung lediglich als kurzzeitiger Anreiz zur Verhaltensänderung eingesetzt werden darf.

Hebb, Fiske, Maddi, Piaget, Berlyne betrachten Verhalten als intrinsisch motiviert, sofern eine Regulation zur Beibehaltung oder Wiederherstellung eines Funktionsniveaus nötig wird (zusammengefasst in Thomaе, 1983a, b und c).

²¹⁰ Desire to collect, value of freaguality = Anhäufung materieller Güter

Die Theorie zum intrinsisch motivierten Verhalten von deCharms (1976) sieht Menschen als handelnde und die Umwelt gestaltende Persönlichkeiten an. Das entspricht dem von Fuchs (2003) oben beschriebenen Ansatz, dass Menschen in der Regel offensichtlich mit Freude ihr Leben gestalten. Demnach strebt der Mensch sich als wirksam beeinflussend zu erleben. Das damit verbundene Tun wird als Selbstbestimmung empfunden. Selbstbestimmung wiederum kann als wesentlicher Parameter der Eigenverantwortung interpretiert werden.

Führt ein äußerer Anreiz zur Motivation und schließlich zur Handlung z.B. zur Teilnahme am Gesundheitssport, handelt es sich um extrinsisch motivierte Personen. Sekundär oder **extrinsisch motiviertes Verhalten** beruht auf dem Streben nach äußerer Belohnung und Anerkennung oder dem Streben, eine Bestrafung zu vermeiden. Als *extrinsisch motiviert* werden Handlungen bezeichnet, bei denen Ziel und Zweck der Handlung nicht übereinstimmen (Heckhausen, 2003, S.455ff).

Neben der *externalen Regulation* kann extrinsisch motiviertes Handeln durch innere Kräfte und Druck kontrolliert und erzwungen werden, was als *introjizierte Regulation* bezeichnet wird. Die Aussage "*Ich putze mir die Zähne, weil es sich so gehört!*" weist auf introjizierte Regulation hin.

Belohnungen können unter Umständen intrinsisch motiviertes Verhalten schmälern. Die Bedeutung des *Korruptionseffekts* für die Aufnahme und Änderung von Gesundheitsverhalten wird im Kapitel B3.3.4 beschrieben.

Heckhausen (2003) liefert Kriterien, an denen extrinsisch motivierte Personen zu erkennen sind.

Bei intrinsisch motiviertem Verhalten sind Handlung und Handlungsziel gleich. Heckhausen (2003) bezeichnet diese Übereinstimmung als *Gleichthematik* oder *sachinhärente Beziehung*. Extrinsisch motiviertes Verhalten hingegen ist dadurch gekennzeichnet, dass Mittel und Zweck nicht übereinstimmen: "*ich laufe, damit ich einen Marathon durchhalte; ich laufe, um einen Bonus zu erhalten.*" Auffällig dabei ist, dass Handlungsziel und Handlung oft nicht differenzierbar sind.

Nach Deci, Ryan (1975) werden extrinsisch motivierte Handlungen, mit *instrumenteller Absicht* durchgeführt, um eine von der *Handlung separierte Konsequenz* zu erreichen. Der extrinsisch motivierten Handlung liegt die Absicht zugrunde, positive Folgen herbeizuführen oder negative Folgen zu vermeiden.

Beispiel:

"Ich möchte den Bonus erhalten. Deshalb nehme ich am Kurs teil."

"Ich nehme am Kurs teil, damit ich nicht mehr als unsportlich gelte."

"Ich höre mit dem Rauchen auf, damit ich Geld spare."

In Tabelle 18 sind die Kriterien für extrinsisch und intrinsisch motivierte Verhaltensweisen zusammengefasst, wie sie trotz der Kritik durch Reiss (siehe oben) und Rheinberg (2006), der die intrinsische Motivation als "Phantom" bezeichnet, in der Literatur diskutiert werden. Dabei wird der Bezug zur Bonifizierung hergestellt.

extrinsisch motivierte Verhaltensweisen	intrinsisch motivierte Verhaltensweisen
<ul style="list-style-type: none">• Handlungen, werden mit instrumenteller Absicht durchgeführt• fremde Ziele werden verfolgt – Bonus mit dem Ziel der Kundenbindung ist ein außerhalb der Person bestehendes Ziel• angestrebte Konsequenzen sind von der Handlung unabhängig – z.B. Geldprämie vs. Gesundheit• Ich nehme am Coaching teil, weil ich damit einen höheren Bonus erhalte	<ul style="list-style-type: none">• Verhalten gilt als selbstbestimmt / autonom• Eigene Wünsche und Ziele werden umgesetzt – z.B. "Ich Walke, weil Walken mir so gut gefällt und mir so gut tut"; "Ich nehme am Coaching teil, weil ich damit meine Ziele leichter erreiche."
<ul style="list-style-type: none">• Verhalten wird erst aufgrund eines Anreizes oder einer Bedrohung gezeigt – z.B. ohne Bonus keine Teilnahme am Gesundheitssport• fehlende Spontaneität – z.B. Auswahl der Aktivitäten nach genauer Prüfung der zu erwartenden Bonifizierung• Verhalten braucht fortwährend (instrumentelle) Verstärker – z.B. Bonus wird dauerhaft gewünscht	<ul style="list-style-type: none">• Bonus- oder Malus-Anreize sind nicht nötig• das erwünschte Verhalten wird auch ohne Ausschüttung von Prämien gezeigt• Bonus wird mitgenommen – ist aber aus gesundheitspolitischer Perspektive unnötig und damit eine Fehlinvestition der Krankenkasse hinsichtlich der erwünschten Kostensteuerung
<ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeit und Motive: Gier, Geiz, Wunsch nach Anerkennung und Lob, Bedürfnis nach Selbstaufwertung	<ul style="list-style-type: none">• Persönlichkeit und Motive: Neugier, Exploration, Interesse, Eigenverantwortung• Selbstwirksamkeit und Selbstkontrolle

Tabelle 18: Gegenüberstellung von extrinsisch und intrinsisch motivierten Verhaltensweisen; eigene Darstellung

DeCharms (1968), Deci (1975), Lepper, Greene (1978) beschreiben einen Überlagerungseffekt, wenn eine Handlung, die zunächst intrinsisch gesteuert war, plötzlich zusätzlich zum Beispiel mit einer Geldprämie belohnt wird. Dabei wird in den Studien (Metaanalyse von Deci, Koestner, Ryan, 1999) häufig von einer einmaligen Belohnung ausgegangen. Der Aspekt der Dauerbelohnung

wurde hingegen nicht hinreichend untersucht, um daraus einen theoretischen Schluss ziehen zu können. Es wird ferner davon ausgegangen, dass der Effekt unabhängig von der Zielgruppe und dem Inhalt der Belohnung (vgl. auch Rudolph, 2003, S.200) wirkt, obwohl er hauptsächlich in Experimenten mit Kindern zur Untersuchung der Lernmotivation beschrieben wurde. Danach ist die Schwächung der intrinsischen Motivation quasi die Folge einer persönlichen "Fehlinterpretation". Dann nämlich, wenn der belohnende Stimulus als Auslöser des Verhaltens angesehen wird, führt diese Fehlinterpretation zu einer Schwächung der Sichtweise, man selbst habe das Verhalten gewollt und ausgelöst: *"Ich habe mit dem Rauchen aufgehört, damit meine Krankenkasse Geld spart."*

An dieser Stelle wird die Kritik am Konzept der Korrumpierung nachvollziehbar (vgl. Kapitel B3.3.4).

Sofern der Überlagerungseffekt tatsächlich vorhanden ist, hat er bei der Ausgestaltung der Bonifizierungsprogramme in der GKV eine Bedeutung. Deshalb soll im folgenden Kapitel dieser Effekt erörtert werden.

B3.3.3 Wechselwirkung zwischen Belohnung und intrinsischer Motivation

DeCharms (1968) formulierte die These, dass die Belohnung das Gefühl der Selbstbestimmung (*self determination*) schwächt. Sie stellt einen neuen Anlass dar, der neben der bereits intrinsischen Motivation zu einer Art *Überveranlassung* führt. So lässt sich durch nachträgliche Belohnung die intrinsische Motivation schwächen.

- Wird für etwas, dass man zunächst aus freiem Antrieb macht, eine Belohnung gegeben, **wird die intrinsische Motivation geschwächt.**
- Wird für etwas, dass wegen einer Belohnung gemacht wurde, die Belohnung nachträglich entzogen, **kann sich die intrinsische Motivation verstärken.**

Wenn die Belohnung wegfällt, entsteht zunächst eine Spannung. Tut man etwas, für das es keine Belohnung gibt, wird das Verhalten als Belohnung uminterpretiert. Lepper, Greene, Nisbett (u.a.) (1973) haben diesen Effekt bei Kindern beobachtet, die für eine gestellte Aufgabe belohnt wurden bzw. nicht

belohnt wurden. Danach führen die Überwachung der Aufgabenerledigung und die anschließende Belohnung zu einer Reduktion der intrinsischen Motivation.

Dieser Effekt wurde in verschiedenen experimentellen Settings überprüft (Feingold, Mahoney, 1975; Deci, Ryan, 1985; Heckhausen, 2003; Mintz, Wallace, 2005). In den Experimenten wurde übereinstimmend gezeigt, dass intrinsische Motivation durch extrinsische Motivation verdrängt wird.

Lepper, Greene, Nisbett (u.a.) (1973) stellten fest, dass von außen gesetzte Belohnungen die Durchführung einer Aufgabe, die ohnehin schon als attraktiv eingestuft wurde und somit intrinsisch motiviert war, beeinflusst. Auch bei Lepper (ebenda) ist die zentrale Aussage, dass durch extrinsische Verstärkung die intrinsische Motivation zerstört wird. Lepper bezeichnet diesen Zusammenhang als *Overjustification Effect* und kommt zu einer Differenzierung von Belohnungen, die teilweise von anderen Autoren bestätigt wurde. Es gibt jedoch keinen endgültigen Erklärungsansatz für das Zusammenwirken von extrinsischer und intrinsischer Motivation (vgl. Rudolph, 2003, S.200).

Folgt man dem Ansatz von Deci (1975), so entscheidet die persönliche Bewertung der Belohnung über die Verdrängung der intrinsischen durch die extrinsische Motivation. Kommt eine Person zu dem Schluss, dass die Belohnung die Ursache für das eigene Verhalten ist, wird intrinsische Motivation verdrängt oder geschwächt. Bewertet die Person hingegen die Belohnung als Information, dass das eigene Verhalten ein Erfolg war, so bleibt die intrinsische Motivation erhalten. Die Person wird den Erfolg der Handlung auf das eigene Verhalten zurückführen und nicht auf die Belohnung. Für den nachhaltigen Erfolg von Gesundheitskursen ist der Erhalt des intrinsisch motivierten Verhaltens anzustreben. Es liegt also im Interesse des Systems GKV-Bonifizierung, dass Personen den Bonus erhalten, ohne den Erfolg der Gesundheitsförderung auf das Bonussystem zu übertragen, sondern auf ihre Entscheidung beispielsweise zur Sportpartizipation.

Schlussfolgerung:

Es lässt sich die These ableiten, dass Bonifizierung die kurzfristig oder befristet gesetzt und wieder entzogen werden, eher zur langfristige Veränderung von Gesundheitsverhalten beitragen als Dauerprämierungen.

Auch hier wird deutlich, dass die Ziele Kundenbindung (vgl. Kapitel A1) und Verhaltensänderung unterschiedliche Herangehensweisen bei der Ausgestaltung

der Programme fordern. Während im Hinblick auf das Ziel Kundenbindung auch hohe Einlöseschwellen nötig sind, fordert die Vermeidung des unerwünschten Korrumpierungseffektes kurzfristige Incentives. Wird die Bonifizierung gezielt auch als Information über den Nutzen von Prävention eingesetzt, besteht die Chance für eine individuelle "Neu-Interpretation". Trotz des extrinsischen Anreizes können die Bonusteilnehmer den Erfolg im Anschluss an die Sportpartizipation als Ergebnis ihres eigenen Handelns bewerten. Eine empirische Überprüfung dieser theoretischen Herleitung ist in späteren Studien erforderlich.

Heckhausen (2003, S.41) hat zahlreiche Untersuchungen zum Korrumpierungseffekt zusammengefasst. Diese sollen hinsichtlich ihrer Auswirkung für das GKV-Bonifizierungsprogramm bewertet werden.

a) Materielle Entlohnung bringt einen höheren Korrumpierungseffekt hervor:

Die Kennwerte für intrinsische Motivation werden stärker geschwächt wenn es sich um materielle Belohnung handelt (Anderson, Manogogian, Reznick, 1976; Dollinger, Thelen, 1978). Die Kennwerte werden weniger stark geschwächt, wenn es sich um verbale oder symbolische Belohnung handelt. Lob wirkt sich auf die intrinsische Motivation steigernd und Tadel wirkt sich beeinträchtigend aus (Deci, 1971; Deci, Casico, Krusell, 1975, Heckhausen, 2003, S.461).

Bei der Erstellung des Konzepts zur Einführung des TK-Bonifizierungsprogramms (Reichelt, Knaack, Dopslaff (u.a.), 2003) wurde dieser Zusammenhang berücksichtigt und auf die Bonifizierung mit einer Geldprämie verzichtet. Die Sachprämien sollten im ursprünglichen Konzept einen Symbolwert erhalten und gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen. Aufgrund des bestehenden Wettbewerbsdrucks führte die TK knapp zwei Jahre nach Start ihres Bonifizierungsprogramms eine Geldprämie in Höhe von 60 EUR ein. Nicht die Erhöhung zur Motivation für Gesundheitsförderungsangebote, sondern unternehmerische Zielsetzungen, wie die Befriedigung von Kundenbedürfnissen (vgl. hierzu Kapitel A1), waren Gründe für diese nachträgliche Änderung. Die hohe Akzeptanz dieser Prämienart zeigt sich auch in der Anzahl der Anforderungen durch die TK-Versicherten.

68% der im Jahr 2006 abgerufenen Prämien waren Geldprämien.

Bei Start des TK-Bonifizierungsprogramms wurde davon ausgegangen, dass sich über Sachprämien ein symbolischer Wert eher suggerieren lässt als bei einer Geldprämie.²¹¹ Wie bereits ausgeführt ist die Wechselwirkung zwischen symbolischem Wert der Prämie und Aufnahme noch nicht hinreichend empirisch untersucht worden.

b) Erwartete Belohnungen korrumpieren mehr als unerwartete:

(Lepper, Greene, Nisbett, 1973; Bestätigung durch Metaanalyse von Tang, Hall, 1995)

Schlussfolgerung:

Gemäß dieser Aussage lässt sich durch Überraschungseffekte der Korrumpierungseffekt reduzieren. Infrage kommen Überraschungsprämien, zu denen Einkaufsgutscheine, Gewinncoupons oder ein persönliches Coaching zu zählen sind.

c) Betontheit einer Belohnung wirkt beeinträchtigender als fehlende Betontheit: (Ross, 1975)

Schlussfolgerung:

Würde bei der Kommunikation zum Bonifizierungsprogramm der GKV weniger die Belohnung in den Vordergrund gestellt werden, sondern beispielsweise mehr die Freude am Gesundheitssport oder an gesunder Ernährung, könnte dieser Aussage zufolge der Korrumpierungseffekt reduziert werden. Eine empirische Überprüfung ist nötig.

d) Belohnungen steigern die Zufriedenheit mit einer Aufgabe:

(Calder, Shaw, 1975; Boggiano, Ruble, 1979; Boggiano, Main, 1988; Boggiano, Pittman, 1992, S. 77-114;).

²¹¹ TK-Beispiele:TK- Personal Trainer, Reduzierung der Eigenbeteiligung bei Gesundheitsförderungsangeboten, Sportkleidung, rückengerechter Schulranzen, Sportgerät

Calder, Shaw (1975) haben in einem Versuch Schülern gleiche Tätigkeiten in einer interessanten und in einer langweiligen Version angeboten. Nach der Belohnung zeigte sich, dass die uninteressante Aufgabe mehr Zufriedenheit als die interessante Aufgabe weckte.

Schlussfolgerung:

Inwieweit der in Aussicht gestellte Bonus zu einer höheren Zufriedenheit mit Gesundheitskursen führt, wurde bisher nicht empirisch untersucht. Die Kursevaluation ergibt für die TK-Kurse hohe Ausgangswerte hinsichtlich Zufriedenheit mit den Angeboten²¹². Durch eine Maßnahme wie den Bonus können diese sich nicht wesentlich steigern lassen.

Eine Steigerung der Zufriedenheit bezogen auf eine Einzelmaßnahme, könnte immer dann als Ziel von Bonifizierung formuliert werden, wenn das Gesundheitsverhalten mit Anstrengung wie bei der Raucherentwöhnung verbunden wäre. Angebote, die ohnehin ein hohes Zufriedenheitspotential erwarten lassen, können demzufolge grundsätzlich von der Bonifizierung ausgeschlossen werden.

e) Die Belohnung führt zur Abwertung der intrinsisch motivierten Handlung: (Deci, Ryan, 1985; Bestätigung in den Metaanalysen von Rummel, Feinberg, 1988 und Wiersma, 1992)

Gemäß der Theorie der kognitiven Bewertung (*cognitive evaluation theory*) führt die in Aussicht gestellte Belohnung zum Gewährwerden einer möglichen Befriedigung (*awareness of potential satisfaction*). "Wenn dabei Kompetenzgefühle und Selbstbestimmung vermindert erscheinen, fällt die intrinsische Motivation ab", meint Heckhausen (2003, S.462).

Deci (1971) lieferte experimentelle Bestätigungen zum Korrumpierungseffekt. Eine Meta-Analyse (Deci, Ryan, 1999) mit 128 Studien zeigte bedeutsame negative Effekte aufgrund von Belohnungen auf die intrinsische Motivation.

²¹²Seit 1994 führt die TK am Ende eines jeweiligen Kursangebotes eine Zufriedenheitsbefragung bei ihren Kunden durch. Bei dieser Erhebung geben zwischen 80 -90 % der Teilnehmer an, dass sie mit dem Angebot sehr zufrieden sind und sie dadurch Impulse für ihre Lebensführung erhalten haben. Quelle: Die TK-Auswertungen liegen der Verfasserin vor.

Cameron, Banko, Pierce (2001) haben den Korrumpierungseffekt relativiert. Ihre Metastudie von 145 Studien zeigte, dass der Korrumpierungseffekt nur unter sehr spezifischen Bedingungen zur Wirkung kommt. Den Autoren zufolge lässt sich ein Absinken der intrinsischen Motivation in Folge von Belohnungen in der Regel auf den falschen Einsatz von Verstärkern zurückführen. Intrinsische Motivation kann demnach verstärkt werden, wenn die Anerkennung sich direkt auf das vorhandene Interesse bezieht. Dies ist z.B. bei Lob der Fall, das am ehesten im face to face Kontakt gegeben werden kann. Überträgt man diese Erkenntnis auf das Verfahren der GKV-Bonifizierung erscheint ein gesundheitlicher Bezug der Prämien sinnvoll.

Schlussfolgerung:

Prämien, mit einem starken Bezug zum erwünschten Verhalten, wie der TK-Personal-Trainer, können den Korrumpierungseffekt abschwächen.

Eine empirische Überprüfung dieses Ansatzes ist notwendig.

Schiefele, Köller (2001, S.305) relativieren den Korrumpierungseffekt ebenfalls. Sie interpretieren extrinsische Motive als Glieder einer Motivationskette, an deren Ende eine intrinsische Motivation steht. Dieser Ansatz entspricht der Theorie der Internalisierung von Handlungszielen. Danach können vorerst extrinsisch motivierte Ziele intrinsisch **internalisiert** werden²¹³. Hierbei spielt die soziale Erwünschtheit eine wesentliche Rolle. Von außen herangetragene Ziele werden nach und nach als eigene Ziele angesehen (Schiefele, Köller, 2001, S.308 ff.)

Die von außen erwünschten Handlungen werden außerdem nur ausgeführt, wenn es eine innere oder äußere Kontrollinstanz beispielsweise von Schuldgefühlen aufgrund einer Malusregelung gibt. So lässt sich die stringente Teilnahme der Versicherten am Zahnvorsorgeprogramm erklären, denn diese ist an den Selbstbehalt beim Zahnersatz gekoppelt. Die Zuzahlungshöhe ist dabei abhängig von der Beteiligung an der Vorsorge. Hierbei wird aber nicht das Hygieneverhalten, das wesentlich zur Erhaltung der Zahngesundheit beiträgt

²¹³ An die extrinsische Handlungsregulation schließt sich die *Introjektion* an. Ein wichtiges Kriterium ist hierbei, dass bei Vernachlässigung die Person mit Schamgefühl im Sinne von: "ich habe die Norm nicht eingehalten, obwohl ich das hätte tun sollen" reagiert. In der nächsten Etappe der Internalisierung wird das erwünschte Verhalten in das eigene Selbstkonzept integriert. (Krapp, Weidenmann, 2001, S.232 ff.)

mit einer Bonus-Malus-Regelung angeregt, sondern die regelmäßige Teilnahme an der Früherkennungsuntersuchung²¹⁴.

Schlussfolgerung:

Es ist empirisch zu überprüfen, ob konsequente Malusregelungen wie sie in den Selbstbehaltmodellen zur Anwendung kommen im Zusammenhang mit Versicherungsleistungen eher zum erwünschten Verhalten motivieren als in Aussicht gestellte nachträgliche Belohnungen. Hierfür sind vergleichende Studien sowie gesetzliche Grundlagen erforderlich.

Auch wenn die Kritik am Modell der intrinsischen und extrinsischen Motivation Hoffnung auf den Erfolg der Bonifizierung macht, ist eine vollständige positive Einschätzung der Bonuswirkung in Bezug auf die Veränderung von Gesundheitsverhalten nicht angezeigt.

Schlussfolgerung:

Die unerwünschte Verdrängung der intrinsischen Motivation zur Teilnahme am Gesundheitssport²¹⁵ durch die Bonifizierung gemäß §65a SGB V kann erst nach einer differenzierten empirischen Überprüfung ausgeschlossen werden. Bis dahin ist Bonifizierung als kontraproduktiv für die nachhaltige Veränderung von Gesundheitsverhalten einzustufen.²¹⁶

Eine positive Wirkung ist dann zu erwarten, wenn der Steigerung der Teilnahmebereitschaft aufgrund des extrinsischen Anreizes die intrinsische Motivation nachfolgt.

²¹⁴ Es wird davon ausgegangen, dass allein schon die frühzeitige Behandlung und regelmäßige Intervention des Zahnarztes kostenreduzierend wirkt. Der Unterschied zur Bonifizierung nach §65a SGB V ist die Kopplung der Bonifizierung an eine direkte ärztliche Kontrolle mit dessen Nachweis.

²¹⁵ gemäß §20 SGB V und *Leitfaden Prävention* - Stand Juni 2006

²¹⁶ TK-Versicherte, die sich im Jahr 2006 wegen ihrer Unzufriedenheit mit dem TK-Bonifizierungsprogramm an die Kundenbetreuung gewendet haben, berichten von diesem Effekt. Sofern eigenmotiviertes Gesundheitsverhalten zur Bonifizierung nicht anerkannt wird, fühlen sich die Kunden in ihrer Autonomie eingeschränkt. Sie fühlen sich unverstanden, betrogen und geben vor zukünftig nicht mehr gesund leben zu wollen. Sie geben auch an, dass ihre Motivation zur eigenverantwortlichen Gesundheitsförderung seit der Bonifizierung gesunken ist. Es handelte sich dabei um Einzelfälle. Beratungsgespräche konnten die Verärgerung über den Bonusansatz in der GKV kompensieren.

f) Intrinsische Motivation wird zugunsten der externen Kontrolle abgebaut:

(Deci, Ryan, 1991; Kuhl, 2001)

Auch Deci, Ryan (1991) untersuchten die Bedingungen, unter denen die extrinsische Motivation die intrinsische Motivation verdrängt. Ihrer Meinung nach wird intrinsische Motivation geschwächt, wenn der Kontrollbereich (*Locus of control*)²¹⁷ von innen nach außen verlagert wird.

Beim *locus of control* geht es um die Frage, wie eine Person aus verschiedenen Verhaltensweisen des eigenen Verhaltensrepertoires in einer Situation das Verhalten auswählt. Entscheidend für die Auswahl ist die Erwartung der Verhaltenskonsequenzen. Dabei werden spezifische von generalisierten Erwartungen unterschieden. Während sich spezifische Erwartungen auf die jeweilige Situation beziehen, sind generalisierte Erwartungen durch Lernprozesse "generalisiert" worden. So führen auch in völlig neuen Situationen generalisierte Erwartungen zur Verhaltensauswahl. Kontrollüberzeugung²¹⁸ ist eine solche generalisierte Erwartung.

Die Erwartung, dass in einer bestimmten Situation ein Verstärker auftritt, hängt davon ab, ob Personen eher zu interner oder externer Kontrolle²¹⁹ neigen (Mielke, 1982; 1996, S.2).

Bonifizierungssysteme können der externen Kontrolle zugeordnet werden. Die Aufnahme der gesundheitsförderlichen Aktivitäten folgt dann weniger dem Selbstzweck als den Kontrollmechanismen des Systems. Im Idealfall werden jene Aktivitäten aufgenommen, für die ein eigener Anreiz gefehlt hätte. Die in den Bonifizierungsprogrammen gemäß §65a SGB V geforderte Qualitätssicherung und Kontrolle der Aktivitäten ersetzt nach diesem Ansatz die bisher internen Kontrollmechanismen. Eine empirische Überprüfung dieser Aussage wurde bisher nicht durchgeführt.

²¹⁷ Das Konstrukt der Kontrollüberzeugung wurde von Rotter (1966) eingeführt. Im angloamerikanischen Raum hat sich der Begriff locus of control durchgesetzt, während im deutschsprachigen Raum von internaler und externaler Kontrolle der Verstärkung gesprochen wird (vgl. Kapitel B2.1 und B3.1.5 b in dieser Arbeit).

²¹⁸ Es handelt sich dabei um die Erwartung einer Person, dass bestimmte Lebenssituationen oder Ereignisse beeinflussbar sind oder nicht.

²¹⁹ Heckhausen, Schulz (1998) sahen in dem Bedürfnis nach Kontrolle ein zentrales Motiv für menschliches Handeln. Erfolgreichem Handeln geht die Handlungsauswahl, die Fokussierung auf die Handlung und die Kompensation von Misserfolg voraus. Ziel der Kontrolle ist die Anpassung an die Umwelt und Bewahrung der eigenen Bedürfnisse.

Bei der sekundären Kontrolle wird die Aufmerksamkeit auf das aktuelle Ziel und vorhandene Lösungsstrategien gelenkt.

Erlebt eine Person ein Ereignis als Konsequenz des eigenen Handelns und Verhaltens, spricht man von interner Kontrolle. Wird das Ereignis als Folge von Zufällen, Schicksal oder dem Handeln anderer Personen interpretiert, handelt es sich um externe (auch externale) Kontrolle. Kommt es bei Situationen zu einer Umkehr der Kontrolle, wird bisher intrinsisch motiviertes Verhalten verdrängt.

Jene Kunden einer Krankenkasse, die intrinsisch motiviert gesundheitssportlich aktiv sind, benötigen den Bonus aus gesundheitspolitischer Sicht nicht. Sofern sie kein Interesse an den zu bonifizierenden Angeboten zeigen, jedoch die Sachprämien begehren, entsteht ein Konflikt zwischen den persönlichen Zielen (vgl. Kapitel B1.3).

In nachfolgenden Studien ist der Zusammenhang zwischen Erwartungshaltung der Kunden gegenüber der Bonifizierung und der Motivation zur Verhaltensänderung sowie Aufrechterhaltung des Gesundheitsverhaltens näher zu untersuchen.

Es wurde dargelegt, dass Motive und Anreize zur Handlungsmotivation führen. Da "automatische" Motivationsprozesse eher unwahrscheinlich sind, sehen verschiedene Autoren die Willensbildung als entscheidendes motivierendes Element bei Handlungen an (Heckhausen, Gollwitzer, 1987; Kuhl, 2001; Goschke, 2002; Petzold, Sieper, 2003, 2006). Der Willen ist für die Fortdauer des spezifischen Verhaltens (*Persistenz*) wichtig. Danach führen Intention und Volition dazu, dass *aversive*²²⁰ Tätigkeiten ausgeführt werden können.

Gerade das präventive Handeln, wie die Teilnahme am Gesundheitssport, Veränderung der Ernährungsgewohnheiten oder auch Verzicht auf Nikotin kann als anstrengend empfunden werden, sofern es für die jeweilige Person mit Unlustgefühlen oder Verzicht verbunden ist (Rosenbrock, 2005; Göhner, Fuchs, 2007).

Trotz individuell persönlicher Barrieren und Unlustgefühlen kann es aufgrund von Willenssteuerung zur erwünschten Handlung kommen, ohne dass ein äußerer Anreiz wie eine Bonifizierung vorhanden war.

Im folgenden Kapitel B3.3.5 soll die Bedeutung der Volition für die Handlungssteuerung herausgearbeitet und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bonifizierung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten bewertet werden.

²²⁰ aversiv bedeutet gegensätzlich

B3.3.5 Die Bedeutung der Ziele für das Gesundheitsverhalten

Persönliche Ziele äußern sich in einem Anliegen oder einer Bestrebung der Menschen. Persönliche Ziele betreffen die unterschiedlichsten Lebensbereiche. Sie können sich auf das Erreichen von Fähigkeiten oder Lebensstationen beziehen. Ziele können kurzfristig oder auch langfristig gesetzt werden. Nahe und ferne Ziele unterscheiden sich dabei in ihrer Bedeutsamkeit für die Lebensplanung.

Menschen entscheiden sich für Ziele und verfolgen sie. Zielorientierung ist eine Art *Bindung an einen ausgewählten Anreiz*.

Neben den kognitiven und persönlichkeitspsychologischen Theorien zählen auch motivationale und volitionale Theorien zu den Zieltheorien (Gollwitzer, Brandstätter, 1995). Darüber hinaus erklären Inhaltstheorien Unterschiede im "zielführenden Handeln" mit unterschiedlichen "Zielinhalten". Nach Locke, Latham (1990) können Ziele nur dann effektiv erreicht werden, wenn sie konkret formuliert wurden. Konkrete Formulierungen (ich will zweimal in der Woche walken, ich will die Geldprämie erreichen) unterscheiden sich von vagen Zielen (ich will aktiv sein; ich will einen Bonus erhalten). Nach Locke, Latham (1990) führen die eindeutigen Ziele zur Umsetzungsplanung (z.B. Trainingsplanung) und Zielerreichung. Dieser Prozess an die "Willensbildung" gebunden ist. Volitionale Prozesse sollen im folgenden Kapitel skizziert und hinsichtlich ihrer Bedeutung für die Bonifizierung bewertet werden.

B3.3.5 Die Bedeutung der Volition für das Gesundheitsverhalten

"Es ist wahr, ich möchte alle vierzehn Achttausender besteigen. Niemand zwingt mich dazu. Nicht meine Sponsoren, nicht die Erwartungshaltung der Öffentlichkeit, nicht meine Konkurrenten, ich will es." Reinhold Messner; (zitiert nach Rethorst, 1999)

Der menschliche Wille ermöglicht es nach Rensch (1988, S. 30 ff.) und Bischof (1991),

- in unangenehmen Situationen auszuhalten,
- trotz widriger Umstände weiterzumachen,
- bei Anstrengung durchzuhalten und schließlich
- Handlungen abzuschließen oder zu vollenden und gesetzte Ziele zu erreichen.

Nach der Theorie der motivationalen Steuerung (Heckhausen, Gollwitzer, 1987) verhalten Menschen sich zielgerichtet. Der Wille (*Volition*)²²¹ führt dazu, dass aus einer Absicht eine Handlung und diese bis zur Zielerreichung durchgehalten wird. Der Wille ermöglicht eine Handlungsrealisierung trotz innerer und äußerer Widerstände. Dabei wird nur soviel Willensanstrengung aufgebracht, dass der Widerstand gerade überwunden werden kann. Damit es zur Handlung kommt, muss eine Intention, d.h. Handlungsabsicht, entstehen. Nach der Intention wird die Handlung realisiert. Die Realisierung wird zunächst vorbereitet, d.h. es wird auf eine passende Gelegenheit für die Handlungsrealisierung gewartet. Typisch sind in diesem Zusammenhang Äußerungen wie *"morgen beginne ich mit dem Training"*; *"der Kurs startet in zwei Wochen – ich melde mich heute zum Training an"*. Vor der Intention steht der Wunsch, das Ziel zu erreichen.

Im Sport war die Kraft des Willens schon immer ein zentraler beachteter Aspekt (Beckmann, 1999)²²². Aus dem Leistungssporttraining ist bekannt, dass beim Prozess, die Realisierbarkeit zu antizipieren, motivationale Selbstbilder eine Rolle spielen. Hierzu zählen auch Vorlieben, und grundsätzliche Ziele und Motive. Die Willensstärke ist somit abhängig von der Persönlichkeit und dem Entwicklungsstand der jeweiligen Person. Damit wird deutlich, dass Volition eine sich verändernde Größe ist und je nach persönlicher Reife variiert.

Ach (1910) hat den Willen als Fähigkeit verstanden, die eigenen Absichten gegen äußere Widerstände durchzusetzen²²³. Kuhl (2001) versteht hierunter eine

²²¹ Der Prozess, die Realisierbarkeit der Handlung vorwegzunehmen, wird in der Motivationspsychologie als Volition oder auch Willensbildung bezeichnet

²²² Die Überwindung der Widerstände wird je nach Volitionsstärke als Anstrengung erlebt. Dies entspricht dem *Schwierigkeitsgesetz der Motivation*. Typisch für die notwendigen kognitiven Anstrengungen, um die Handlung zu vollenden, sind

- Selbstermahnungen,
- Neubewertungen,
- Unterdrücken aversiver Vorstellungen,
- Akzentuieren positiver Folgen. (Rensch 1988; Bischof, 1991)

²²³ Ach (1910) hat schon sehr früh untersucht, was geschieht, wenn Menschen gegen ihre festen Gewohnheiten handeln müssen und dabei vier Aspekte der Volition formuliert.

- Das *gegenständliche Element* entspricht einer genauen Vorstellung von dem, was zu tun ist.
- Das *aktuelle Moment* schafft Konzentration auf die Tätigkeit und führt zur klaren Absichtsbekundung.
- Das *zuständige Moment* ist die erlebte Anstrengung als überdauernder Zustand.
- Das *anschauliche Moment* der Volition ist die Spannungsempfindung, die nach Entspannung strebt.

Komponente der Zielverfolgung: die willentliche Steuerung (Selbstkontrolle). Sie wurde bereits im Kapitel B3.1.5 dieser Arbeit genannt.

Heckhausen, Gollwitzer (1987) unterscheiden im Rubikonmodell²²⁴ vier Handlungsphasen der Volition, in denen bestimmte Aufgaben bis zur Zielerreichung zu bewältigen sind. Hierzu gehören die Tätigkeiten abwägen, planen, handeln und bewerten. Für die vier Phasen haben die Autoren unterschiedliche kognitive Bewusstseinslagen identifiziert, die für die Erfüllung der jeweilig anstehenden Aufgabenstellung die Voraussetzung ist. In Tabelle 19 werden die volitionalen Prozesse, die zur erfolgreichen Umsetzung einer Intention²²⁵ führen, zusammengeführt und grundsätzlich erläutert. Mit der Tabelle 20 werden diese daraufhin für die Bonifizierung adaptiert.

Prädezisionale Phase (auch prädezisionale <i>Motivation</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • erfüllbare Wünsche werden ausgewählt; der Wunsch wird auf seinen Wert hin überprüft; die Konsequenzen der Realisierung (Erwartung) werden beurteilt <ul style="list-style-type: none"> ○ einem Wunsch wird eine Präferenz eingeräumt ○ die Auswahl folgt den Kriterien der Realisierbarkeit ○ die Auswahl folgt den Kriterien der Wünschbarkeit gemäß Wert, Nutzen und Kosten ○ Verfügbarkeit der Ressourcen wie Mittel, Zeit, Angebote ○ Personen sind realitätsorientiert
präaktionale Volitionsphase (Gelegenheits- und Durchführungsvorsätze)	<ul style="list-style-type: none"> • Der Wunsch wird in eine Intention oder Handlungsabsicht umgewandelt. <ul style="list-style-type: none"> ○ es werden Vorsätze gefasst – wann, wo und wie lange die Handlung durchgeführt werden soll
aktionale Volitionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Realisierung der Ziele ist abhängig von der Volitionsstärke. Die Anstrengungsbereitschaft hängt von der Volitionsstärke ab. • Nicht immer führt die stärkste Intention zur Handlung – weitere Beeinflussung erfolgt z.B. durch günstige Gelegenheit oder Dringlichkeit
postaktionale Volitionsphase	<ul style="list-style-type: none"> • Es wird überprüft, ob das Handlungsergebnis dem intendierten Ziel entspricht. • ggf. werden neue Vorsätze gefasst, die für die Zielerreichung angemessener sind

Tabelle 19: Die vier Volitionsphasen nach Heckhausen, Gollwitzer, 1987

²²⁴ Im Rubikonmodell werden motivationale und volitionale Komponenten der Handlungssteuerung und Handlungsausführung integriert.

²²⁵ Intention bedeutet Absicht

Die positiven und negativen Aspekte des Handlungsziels und der Handlungsrealisierung werden ausführlich *abgewogen*. Motivation betrifft also das Abwägen von Wünschen und Erwartungen sowie die Bewertung von Handlungskonsequenzen wie erwarteter Erfolg oder Misserfolg. Die Erfolgsaussichten werden realistisch eingeschätzt. Auf diese Weise kommt es zur Wahl von Handlungszielen, die attraktiv und gleichzeitig realisierbar sind. Der Übergang (*Rubikon*)²²⁶ der Motivationstendenzen zur Volition hängt von der Realisierbarkeit des Wunsches ab.

Volitional gesteuert sind neben der Handlungsplanung (*Vorbereitung*) die Handlungsrealisierung und die Verstärkung der Anstrengung bei auftretenden Schwierigkeiten. Die Intentionen zur Durchführung lässt es zu, dass selbst bei Widerständen, die Handlung aufrechterhalten wird (Gollwitzer, 1996). In der Tabelle 20 wurden die Schritte des Rubikonmodells (Heckhausen, 1989; 2003) auf die durch die Bonifizierung ausgelöste "Aufnahme der gesundheitsförderlichen Aktivität" übertragen.

Arbeitshypothese:

Bisher wurde nicht geklärt, ob die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten die volitionale Handlungssteuerung beeinflusst. Die Autorin geht davon aus, dass Bonifizierung den Prozess bis zur Intentionsbildung unterstützt. Wenn dem so ist, werden Bonusteilnehmer häufiger als Nichtteilnehmer Aussagen bestätigen, die das Bonusprogramm bis zur Intentionsbildung als Unterstützung charakterisieren.

²²⁶ *Rubikon*: Fluss in Norditalien, dessen Verlauf zur Zeit Cäsars die Grenze zwischen Gallien und Italien markierte. Die Überschreitung des Rubikon durch die Römer im Jahre 49 v. Chr. leitete den Bürgerkrieg ein. Dieses Ereignis fand Eingang in die Redewendung "den Rubikon überschreiten". Die Metapher drückt aus, dass ein bedeutender Schritt vollzogen wird.

<p>Wunsch</p>	<p>Ich möchte abnehmen Ich möchte schlank sein Ich möchte schön sein Ich möchte jünger sein Ich möchte die Prämie xyz aus dem Bonifizierungsprogramm, ich möchte die Einlöseschwelle erreichen.</p>
<p>Motivation prädezipional</p> <p>Abwägen: Wünsche werden ernsthaft erwogen</p>	<p>Ich sollte mehr joggen / walken. Lässt sich das machen? Ich sollte weniger rauchen. Ob ich das schaffen könnte? Ich könnte mehr für meine Gesundheit tun. Wenn ich mein Ziel erreicht hätte, könnte ich fit und schön sein. Ich könnte Sport treiben, um die Bonusprämie zu erhalten. Das sollte nicht so schwer sein. Die Ziele haben einen unverbindlichen Charakter. Die Personen sind realitätsorientiert.</p> <p>Aussage im Fragebogen: Das TK-Bonusprogramm hat mich zur Teilnahme motiviert Das TK-Bonusprogramm hat mich maßgeblich beeinflusst, mich für den Kurs anzumelden.</p>
<p>Präaktionale Volition</p>	<p>Sport ist wirklich der richtige Weg. (Fazittendenz)²²⁷ Ich wollte schon immer mal Sport treiben, das ist eine gute Gelegenheit. Die Würfel sind gefallen. Ich treibe mehr Sport, halte mich fit und eine Prämie bekomme ich außerdem! Ich werde mir die Prämie holen.</p> <p>Aussage im Fragebogen: Die Bonuspunkte sind eine wichtige Motivation beim Training.</p>
<p>Intentionsbildung²²⁸</p>	<p>Ich werde mir meinen Wunsch erfüllen, indem ich an einem Trainingsprogramm teilnehme. Vielleicht bietet sich bald eine Gelegenheit. Ich werde meine Absicht umsetzen, indem ich dreimal wöchentlich trainiere.</p> <p>Für die Teilnahme am Nordic-e-Walkingkurs gibt es mehr Punkte als für andere Aktivitäten– das lohnt sich. Ich werde am e-Walking teilnehmen. Das Angebot der TK ist eine gute Gelegenheit.</p> <p>Aussage im Fragebogen: Die Punktezahl war ausschlaggebend für meine Teilnahme am Kurs.</p>
<p>Vorbereitung/ Planung</p>	<p>Ich werde meine Absicht umsetzen.</p>

²²⁷ Die *Fazittendenz* gibt an, wie stark die Tendenz ist, eine bestimmte Handlung zu realisieren. Sie ist umso stärker, je mehr eine Person zur Erkenntnis kommt, dass alle Fragen geklärt sind. Es wird eine *Intention* gebildet und der *Rubikon*, mit der festen Absicht überschritten, eine bestimmte Handlung auszuführen.

²²⁸ In dieser Phase sind die Personen *realisierungsorientiert*.

Handlung (Realisierung) aktionale Volition	Ich trainiere dreimal wöchentlich – einmal im Kurs und zweimal eigenverantwortlich. Ich besuche den Kurs.
Ziel	Ich habe meine Ziele erreicht: Wunschgewicht und Einhaltung des Trainingsplanes. Ich habe meine Bonuspunkte erhalten.
Evaluation Reflektion/Bewertung (postaktionale Volition)	Was ist gut gelaufen? Was könnte verbessert werden? Was will ich ändern? Muss ich Ziele korrigieren? Welche Kurse bringen weitere Bonifizierungserfolge? Ich habe die Prämie noch nicht – ich muss weiterhin bei meiner Kasse einen Kurs machen. ODER: Das Sporttreiben hat mir gut gefallen. Es tut mir gut. Auch wenn ich keinen Bonus mehr erhalte, werde ich Sport treiben.

Tabelle 20: Transfer des *Rubikonmodells* auf das Bonifizierungsprogramm; eigene Darstellung

B3.3.6 Das Motivations- und Volitionsmodell von Fuchs "MoVo"

Das MoVo-Modell (vgl. Abbildung 33) von Fuchs, Seelig, Krause (2005) gehört zu den aktuellen Stadienmodellen, die aus dem Motivations-Volitionsansatz (Heckhausen, 1980; Heckhausen, Gollwitzer, 1987; Kuhl, 2001; Goschke, 2002; Petzold, Sieper, 2003) abgeleitet sind.

In diesem Modell findet die Motivation zum Sporttreiben ihren Ausdruck in der "Zielintention" (Fuchs, 2005, S.6). Als Absichtsbekundung entspricht die "Zielintention" der präaktionalen Phase der Volition. Fuchs (2005) versteht wie Kuhl (2001) die Handlungsziele als Ergebnis motivationaler Prozesse und knüpft mit seinem Modell sowohl an die Social-Cognition-Forschung als auch an die Volitionsforschung an.

Die Aufnahme und die Bindung an Gesundheitsverhalten hängt beim MOVO-Modell von fünf psychologischen Faktoren ab (vgl. Göhner, Fuchs, 2007, S.10):

- Zielintention / Intensionsstärke
- (hoher) Selbstkonkordanz
- (realistische) Implementierungsintention / oder -strategie
- wirksame Strategie zur Handlungskontrolle und Intensionsabschirmung
- positive Konsequenzerwartung

Abwägen und Auswählen zwischen konkurrierenden Wünschen führt zum Handeln (vgl. auch Kuhl, 2001). Die Stärke der "sportbezogenen Zielintention" erklären Göhner, Fuchs (2007) in Abhängigkeit von der

- Konsequenzerwartung (erwartete Vor- und Nachteile des Verhaltens) – (vgl. auch Bandura, 1977b; Rothmann, 2000) und der
- perzipierten²²⁹ Verhaltenskontrolle (vgl. auch Biddle, Nigg, 2000). Dies entspricht der Selbstwirksamkeitserwartung, bei der die Überzeugung, das erwünschte Verhalten auch ausführen zu können, das Handeln beeinflusst.

Des Weiteren führen Göhner, Fuchs (2007) die Sportbindung auf die "Selbstkonkordanz" (vgl. auch Ryan, Deci, 2000; Houser-Marko, Sheldon, 2001)

²²⁹ perzipieren = wahrnehmen

zurück. Die Selbstkonkordanz zeigt, in welchem Ausmaß die Ziele mit den persönlichen Werten und Interessen der Person übereinstimmen. Personen sind in ihrer Zielerreichung umso erfolgreicher, je stärker die Selbstkonkordanz ist (Koestner, Lekes, Powers, Chicoine zusammengefasst in Fuchs, 2005). Demnach bringen Ziele im Sport, die mit den persönlichen Werten übereinstimmen (selbstkonkordante Ziele) eine größere Bereitschaft zur Aufnahme und Bindung an den Gesundheitssport hervor. Anders ausgedrückt: die Selbstkonkordanz ist im "intrinsischen Modus" am höchsten (vgl. Houser-Marko, Sheldon, 2001; Seelig, 2005).

Anstrengungen werden eher akzeptiert wenn sie mit einer konkreten Zielerreichung verbunden sind. Der Schritt von der Zielintention zur Handlung wird über "Implementierungsintentionen" (Gollwitzer, 1999; Fuchs, 2005, S.7) vollzogen.

Die Trainingspläne beim Nordic-e-Walking können als Impulse für die Implementierung verstanden werden. Aus *"Du sollst morgen um 18:00 Uhr trainieren"* wird *"Ich will morgen Abend um 18:00 trainieren."* Auf diese Weise wird die Handlung durch eine konkrete Vorgabe unterstützt. Innere und äußere Störfaktoren wie z.B. unvorhergesehene Ereignisse, schlechte Stimmung usw. müssen abgeschirmt werden (Allmer, 2002; Kuhl, 2001, Schwarzer, 2005). Damit greift Fuchs (2005) den bereits beschriebenen Ansatz von Kuhl (2001) auf.

Fuchs (2005) macht für diesen Prozess Kontrollmechanismen verantwortlich. Hierzu gehört erstens die Aufmerksamkeitskontrolle, mit der Informationen über konkurrierende Intentionen ausgeblendet werden und zweitens die kognitive Umstrukturierung, durch die eine Neubewertung der Situation möglich wird (vgl. Abbildung 33).

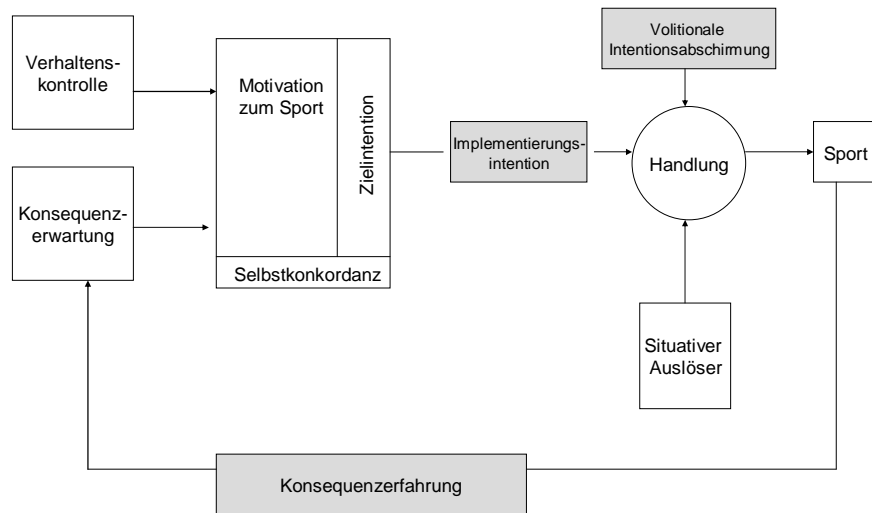


Abbildung 33: MO-VO –Prozessmodell; Quelle: Göhner, Fuchs, 2006, S.10

Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten kann am ehesten den "situativen Auslösern" zugeordnet werden. Die Aufnahme der gesundheitssportlichen Aktivität ist die Handlung, die durch Implementierungsintention und Intentionsabschirmung gesteuert wird. Für die nachhaltige Sportbindung formuliert Fuchs (2005) in Anlehnung an Rothmann (2000) das Konstrukt der Konsequenzerfahrung.

"Ob eine Sporthandlung auch weiterhin gezeigt wird, hängt letztlich davon ab, wie zufrieden die Person mit den Konsequenzen der bisherigen Sporthandlungen ist."
(Fuchs, 2005, S.8)

Schlussfolgerung:

Personen, die aufgrund einer Bonifizierung eine sportliche Aktivität aufgenommen haben, werden nach diesem Ansatz die Bonifizierung bei ihrer Konsequenzbewertung berücksichtigen. Geht man davon aus, dass die Zufriedenheit über die Konsequenzen zu einem Teil aus der Bonifizierung resultiert, ist zu überprüfen, ob sich die Motivation, die Handlung fortzusetzen, auf den Wunsch nach erneuter Bonifizierung oder auf das Ergebnis der sportlichen Aktivität (z.B. ich fühle mich fit) bezieht.

Hinweise aus empirischen Untersuchungen gibt es hierfür bisher nicht

B4 Diskussion der theoretischen Analyse

Die theoretische Analyse hat gezeigt, dass die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten gesundheitspsychologischen Erkenntnissen unterzuordnen ist, sofern damit nicht nur das Ziel Kundenbindung sondern Unterstützung der Primärprävention verfolgt wird.

Es sind Zielgruppen mit der Bonifizierung anzusprechen, bei denen von einer geringen Eigenmotivation zum Gesundheitsverhalten ausgegangen werden kann. Hierzu zählen Persönlichkeiten mit einer tendenziell geringen Ausprägung der Merkmale Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung, Zuverlässigkeit, Verlässlichkeit, Extraversion, Neurotizismus, Vulnerabilität. Während die theoretische Analyse für das Ziel der Kundenbindung ergibt, dass eher handlungsorientierte Personen mit der Bonifizierung an das Unternehmen gebunden werden müssen, sind es aus gesundheitspsychologischer Perspektive die eher lageorientierten Persönlichkeiten. Eine differenzierte Kundenansprache, die auf die Persönlichkeit der Kunden abstellt, ist für das Angebot der Krankenkassen kaum denkbar. Es muss also dem Zufall überlassen bleiben, ob mit der Bonifizierung Kundengruppen erreicht werden, für die das Angebot ein sinnvoller zusätzlicher Anreiz zur Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens darstellt. Es kann allenfalls empirisch überprüft werden, ob diese Kundengruppen sich für das Angebot interessieren. Außerdem kann der Versuch unternommen werden, diese Zielgruppen in geeigneter Weise anzusprechen. Hierzu konnten in der Literatur jedoch keine konkreten Empfehlungen gefunden werden. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung zur Gesundheitskommunikation bezieht sich allenfalls auf demographische Zielgruppen und nicht auf Persönlichkeitsstile.

Dennoch ist die herausgearbeitete Anforderung an die Zielgruppe für die Praxis relevant. Sie zeigt auf, dass die Methode Bonus je nach Zielstellung – Kundenbindung oder Veränderung von Gesundheitsverhalten – bei den Zielgruppen zu unterschiedlichem Erfolg führt und andere Gestaltungsvoraussetzungen abfordert. Sie weist zumindest theoretisch auf die Tatsache hin, dass sich die positiven Erfahrungen mit der Marketing – Methode

Bonifizierung nicht undifferenziert auf gesundheitspsychologische Prozesse übertragen lassen.

Sowohl hinsichtlich der Kundenbindung als auch für das Ziel der Übernahme von Gesundheitsverhalten hat die Analyse gezeigt, dass ein Prämienmix empfehlenswert ist. Neben ökonomischen Vorteilen eignen sich Anerkennung und Zuwendung in Form besonderer Serviceangebote zur Bonifizierung. Diese Form der Bonifizierung wurde als förderlich für den Prozess der Verhaltensänderung identifiziert.

Die Bonifizierung von ansonsten intrinsisch motivierten Gesundheitsverhalten ist trotz berechtigter Kritik am so genannten Korrumpierungseffekt als problematisch für die Übernahme des Gesundheitsverhaltens respektive Sportpartizipation einzustufen. Sie ist nicht nur aus ökonomischer Sicht überflüssig, da ein Anreiz nicht gebraucht wird, sondern verdrängt bisheriges erwünschtes Verhalten.

Als hinderlich für das Gesundheitsverhalten kann auch die Konkurrenz zwischen sich widersprechenden Zielen angesehen werden. Sofern sich Versicherte der Krankenkassen zur Nutzung der Bonusangebote entscheiden, werden sie damit konfrontiert, dass nicht ihr dauerhaftes eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten, sondern die Nutzung ausgewählter Angebote zu einer Belohnung führt. Das Streben nach optimaler Bonifizierung steht dem Ziel der Prävention, die Teilnahme an Kassenleistungen zu begrenzen, gegenüber. Für Personen mit hoher Selbstregulierung ist die Bonifizierung eher als Störung in einem bis dahin funktionierenden Prozess der Eigenmotivation anzusehen.

Ausgehend von den gesundheitswissenschaftlich relevanten Modellen wurden für den Erfolg der Bonifizierung im deutschen Gesundheitswesen förderliche und hemmende Faktoren hergeleitet. Hierfür gibt es in der Literatur keine Vorbilder.

Die Anreizwirkung scheint am höchsten zu sein, wenn das Verhalten und nicht die Ergebnisse oder die Anmeldung zu einer Krankenkassenleistung bonifiziert werden. Auch eigenschaftsbezogene Anerkennungen gelten als kontraproduktiv im Motivationsprozess. Hierzu ist die Belohnung eines bestimmten Gewichtes oder ein bestimmter BMI zu zählen.

Die Diskussion, dass intrinsisch motiviertes durch extrinsisch motiviertes Verhalten Motivation verdrängt wird, fordert eine bestimmte Gestaltung der Bonusprogramme. Es lässt sich theoretisch begründen, dass mit häufigen kurzfristigen Incentives, deren Wiederholung nicht möglich ist, und einem klaren Gesundheitsbezug der Prämien diese Wirkung kompensiert werden kann. Ein solches Vorgehen steht allerdings im Widerspruch zur Methode Bonus, wie sie im Rahmen der Kundenbindung eingesetzt wird. Während im Marketingmix auch langfristige Bonifizierungen und höhere Einlöseschwellen die erwünschte Bindung an das Unternehmen sichern, ist bei der Übernahme von Gesundheitsverhalten der extrinsische Anreiz auf einen möglichst kurzen Zeitrahmen zu begrenzen.

Nutzen verspricht die Bonifizierung auch als Medium innerhalb der Gesundheitskommunikation. Die Kommunikation über das Bonifizierungsangebot verschafft die Möglichkeit, die Themen Gesundheitsvorsorge, Lebensstiländerung und "Angebotspalette" der Krankenkassen positiv zu transportieren. Sofern dabei vordergründig die Freude am Gesundheitsverhalten, beispielsweise am Gesundheitssport, und nicht die in Aussicht gestellte Belohnung vermittelt wird, lässt sich der Prozess der Handlungsübernahme bis zur Intentionsbildung unterstützen. Schon die mit dem Angebot zur Bonifizierung übermittelten Informationen können vom Kunden als Nutzen wahrgenommen werden.

Diese theoretische Analyse stellt eine Basis für nachfolgende empirische Überprüfungen dar und kann als grundlegend eingestuft werden. Dennoch fehlt den hier genannten Aussagen der empirische Beleg.

Mit der vorliegenden Studie kann allenfalls ein Hinweis auf den Status quo gegeben werden, als ein Nachweis über alle hier hergeleiteten theoretischen Ansätze zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten. Die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit dem Thema Bonifizierung steht hier noch am Anfang. Deshalb werden im Anschluss an die Auswertung der Studienergebnisse die in der theoretischen Analyse hergeleiteten Forschungsfragen zusammengefasst. Sie zeigen eine Perspektive für die notwendige wissenschaftliche Überprüfung der Bonuswirkung auf.

Im nachfolgenden Teil C dieser Arbeit werden zunächst die Bonifizierungsangebote der größten Krankenkassen dargestellt. Damit wird ein praktischer Einblick in die Umsetzung des §65 a SGB V gewährt.
Im Anschluss daran folgt die Darstellung der Studienergebnisse.

**Chancen und Grenzen der Bonifizierung von
Gesundheitsverhalten in der Gesetzlichen
Krankenversicherung:**

eine theoretische und empirische Analyse

Band 2: empirische Analyse und Anlagen

Teil C Analyse der Programme zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten in der GKV unter besonderer Berücksichtigung einer Evaluationsstudie Nordic Walking / Nordic-e-Walking

Es wurde in dieser Arbeit bisher die These vertreten, dass Bonifizierungsangebote im Gesundheitswesen sich nicht an den Modellen zur Entstehung und Veränderung von Gesundheitsverhalten orientieren. Die Kassen haben vielmehr bei der Initiierung ihrer Bonifizierungsangebote bestehende Kundenbindungsangebote adaptiert. In dieser Arbeit wurden deshalb aus motivations- und gesundheitspsychologischen Modellen Thesen für die Umsetzung von Bonifizierungsprogrammen im Gesundheitswesen hergeleitet. Außerdem wurden Zielgruppen beschrieben, für die ein extrinsischer Anreiz zur Verhaltensänderung gesundheitswissenschaftlich begründbar ist.

Während der Planung der Evaluation des TK-Kurses "Walking, Nordic-Walking und Nordic-e-Walking" entstand das Gesetz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten.

Die TK, bei der die Studie durchgeführt wurde, hatte den Anspruch, die Bonifizierung möglichst effektiv und effizient einzusetzen und sich dabei an den Zielen der Prävention in der GKV zu orientieren. Im Rahmen ihrer Studie zur Evaluation des Nordic-e-Walking wurden deshalb Fragen an die Versicherten gestellt, mit denen die Einstellung der Teilnehmer zur Bonifizierung in der GKV allgemein und die Zufriedenheit mit dem TK-Bonusprogramm ermittelt werden sollten.

Da wegen der Neuartigkeit des Themas im Gesundheitswesen nicht auf erprobte Fragebögen zurückgegriffen werden konnte, kooperierte die TK bei der Erarbeitung der Erhebungsinstrumente für den Bonus mit der Hochschule für angewandte Wissenschaften, Hamburg. Dabei hat sich gezeigt, dass die Erhebungsinstrumente zur Zufriedenheitsbefragung aufgrund der Erfahrungen mit dem Programm im Laufe der Studie an die Verhältnisse angepasst werden mussten. Die Auswertung in dieser Arbeit bezieht deshalb lediglich die Fragestellungen ein, die im Verlauf der Studie unverändert geblieben sind.

Zur Überprüfung, ob die aus der Theorie ableitbaren Zielgruppen erreicht werden konnten, wurden die Erhebungsinstrumente der Universität Dortmund genutzt, die auch für die Wirksamkeitsanalyse des Nordic-e-Walking eingesetzt wurden. Trotz der für die Studie ungünstigen Ausgangssituation sollten in der Teilstudie zur Bonifizierung erste inhaltliche Erfolgs- und Zufriedenheitsparameter ermittelt und überprüft werden.

Zunächst wird eine Standortbestimmung für das TK-Bonusprogramm durchgeführt. Bei der Skizzierung des TK-Bonusprogramms bleibt unberücksichtigt, ob die TK den zunächst eingeschlagenen Weg der gesundheitswissenschaftlich ausgerichteten Programmgestaltung zukünftig beibehält oder eher Ziele des Marketings verfolgen wird.

Im Kapitel C1 werden die Inhalte der GKV-Bonusprogramme der größten deutschen Krankenkassen skizziert. Die qualitative Darstellung beschränkt sich auf das Angebot nach dem individuellen Ansatz in der Primärprävention. Sie bezieht die Bonifizierung der Leistungen nach §25 und 26 (Vorsorge), die Bonifizierung von Betrieben und die Selbstbehaltregelungen nicht in die Analyse ein.

C1 Organisationsstruktur ausgewählter GKV-Bonifizierungsprogramme

Einige Krankenkassen verbinden mit ihrem Bonifizierungsprogramm ein Punktesammelverfahren nach dem Vorbild der in Kapitel A1 beschriebenen Kundenbindungsangebote (BARMER, DAK, HEK, IKK – Hamburg, BKK Melitta, BKK Securvita, GEK, TK, AOK – Rheinland-Pfalz). Daneben bieten einige Kassen, wie die Techniker Krankenkasse, Selbstbehaltprogramme an, die nicht Gegenstand der qualitativen Analyse und Bewertung sind.

In Tabelle 21 sind für die ausgewählten Kassen der GKV die Angebote aufgelistet, welche bonifiziert werden. Die Angebotsliste verdeutlicht, dass die Kassen die Rahmenbedingung zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten unterschiedlich auslegen und eigene Schwerpunkte bei der Ausgestaltung der Programme setzen.

Unter der Position "eigene Kurse §20 SGB V" sind Gesundheitsförderungsangebote zusammengefasst, die zu den kassenspezifischen Programmen zählen. Angebote, an deren Kosten sich die Kassen beteiligen, wurden unter der Rubrik "Kurse §20 SGB V mit Bezuschussung" berücksichtigt.

Angebot	AOK RPF	TK	DAK	BARMER	GEK	HEK	IKK HH	BKK Melitta	BKK Securvita	Summe
Zahnvorsorge		x	x			x			x	3
Zahnvorsorge Kinder und Jugendliche		x		x		x	x	x		4
Professionelle Zahnreinigung		x	x						x	2
Mammographie					x	x				2
Krebsvorsorge Frau	x	x	x		x	x	x	x	x	8
Krebsvorsorge Mann	x	x			x	x	x	x	x	7
Darmspiegelung m/w					x	x				2
Check up 35	x	x	x	x	x	x	x	x	x	9
Mutterschaftsvorsorge	x	x	x	x		x		x	x	6
Geburtsvorbereitung			x			x				2
Rückbildungsgymnastik			x		x					
Eltern-Kind-Turnen /VHS			x							2
Schutzimpfung	x		x	x				x		
U1-U9	x	x		x	x	x	x	x	x	8
J1	x	x		x	x	x	x	x	x	8
Von der Kasse angebotene Kurse nach §20 SGB V	x	x	x				x			4
Kurse §20 SGB V mit Bezuschussung		x	x	x	x	x	x	x	x	8
Prävention ohne Bezuschussung				x						1
Aktive Mitgliedschaft im Sportverein	x	x	x	x					x	5
Aktive Mitgliedschaft im Fitnesscenter	x	x	x	x						4
Hochschulsport	x	x								2
Sportabzeichen / Fitnesstest	x		x	x	x		x	x	x	7
Schüler und Jugendsportabzeichen	x			x		x				3
Dt. Schwimmbadabzeichen				x		x				2
Teilnahme an einem			x	x					x	3

Angebot	AOK RPF	TK	DAK	BARMER	GEK	HEK	IKK HH	BKK Melitta	BKK Securvita	Summe
Sportwettkampf										
Teilnahme an Bundesjugendspielen	x									1
Blutspende			x							1
Organspendeausweis			x							1
Erste Hilfe Kurs	x									1
Nichtrauchernachweis	x									1
BMI-Nachweis	x									1
Teilnahme an DMP ²³⁰		x				x			x	3
Fahrsicherheitstraining	x									1
Kurs Abbau Prüfungsstress		x	x							2
Integrierte Versorgung						x				1
Teilnahme an BGM ²³¹		x					x			2
Blutzuckermessung in Apotheken und beim Arzt									x	1
Gesundheitscoaching im Internet		x								
Blutdruckmessung in Apotheken und beim Arzt									x	1
Summe	18	18	18	14	11	16	10	12	19	37

Tabelle 21: bonifizierte Angebote; Stand der Veröffentlichung durch die Krankenkassen, Juni 2006; eigene Darstellung²³²

Von 37 Gesundheitsförderungsangeboten insgesamt werden von den Kassen durchschnittlich 15 Angebote bonifiziert. An der Spitze der ausgewählten Kassen liegt die Securvita mit 19 Angeboten (von 37), gefolgt von der AOK – Rheinland – Pfalz, der TK und der DAK (jeweils 18). Die geringste Anzahl bonifizierter Angebote wurde für die IKK-Hamburg (10) ermittelt.

Die Techniker Krankenkasse liegt wie die DAK mit 18 Angeboten über dem Durchschnitt.

²³⁰ Disease Management Programm

²³¹ Betriebliches Gesundheitsmanagement

²³² auf Grundlage der jeweiligen homepage-Veröffentlichung

Hinsichtlich der Prämiengestaltung lassen sich unterschiedliche Herangehensweisen bei den ausgewählten Kassen erkennen (vgl. Tabelle 22). Insbesondere die GEK, HEK, IKK-HH und TK hatten zum Zeitpunkt der Analyse ihre Kernkompetenzen bei der Prämierung – wie in Kapitel A1 beschrieben – mit der Prämierung verbunden (in der Tabelle blau gekennzeichnet). Die hochwertigste Prämie ist der *Personal-Trainer* der Techniker Krankenkasse.

	AOK RPF	TK	DAK	BARMER	GEK	HEK	IKK HH	BKK Melitta	BKK Securvita	Summe
Sachprämien	x	x	x	x	x				x	6
Geldprämie in EUR	x	60		30		x				4
Personal Trainer		x								1
Gutschein			x						x	2
Befreiung von der Praxisgebühr						x				1
Scheckheft zum Punktesammeln	x	x	x		x		x	x	x	8
Kinderangebot	x	x	x	x		x				5
begrenzte Eintauschmöglichkeit							x			1
begrenzte Punktegültigkeit	x			x				x	x	4
maximale Prämie in EUR	120	650	180				250			
Zuzahlungs-Ermäßigung					x	x	x		x	4
Gesundheitsreise					x					1
IGE-Leistungen		x				x				1
Brillengutschein						x				1
Familien können Punkte gemeinsam sammeln		x						x		

Tabelle 22: Prämienangebot der Kassen, eigene Darstellung – Stand Mai 06

Nachfolgend werden die Bonifizierungsprogramme der drei größten Ersatzkassen beschrieben. Für die Allgemeinen Ortskrankenkassen wird auf die Angebote des bevölkerungsstarken²³³ Bundeslandes Rheinland-Pfalz und des bevölkerungsschwachen²³⁴ Bundeslandes Schleswig-Holstein Bezug

²³³ August 2006: 4.506.000 Einwohner

²³⁴ Juli 2006: 2.832.912 Einwohner

genommen. Die AOK-SWH hat ihr Bonifizierungsprogramm im Mai 2006 in das Kassenangebot aufgenommen. Die anderen Programme sind bereits seit 2004 im Einsatz.

Die Beschreibung der Bonifizierungsprogramme der ausgewählten Kassen bezieht sich auf den Stand 10/2006.

C1.1 Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK)-Schleswig Holstein

Die Allgemeinen Ortskrankenkassen bonifizieren vor allem Angebote aus ihrem eigenen Gesundheitsförderungsprogramm (Behringer, 2006). Die AOK – Rheinland – Pfalz schließt Gesundheitsförderungsangebote, die von anderen Institutionen – insbesondere Kassen – durchgeführt werden, von der Bonifizierung nach §65a SGB V aus. Dies lässt die Kundenbindungsausrichtung des Bonifizierungsangebotes bei der AOK – Rheinland Pfalz erkennen. Die Kunden werden über den Anreiz der Bonifizierung in die eigenen Angebote gesteuert. In ihren Angeboten ist die AOK aufgrund der Ausstattung und besonderen Schulung der Kursleiter für die Versicherten präsent. Dieser Ansatz entspricht der Bonusmechanik wie sie in Kapitel A1 dargestellt wurde.

Eine Ausnahme bilden bei der AOK – Schleswig – Holstein die Angebote des Hochschulsports sowie die Aktivitäten in Sportvereinen und Fitnesscentern.

Für regelmäßige Beteiligung am Hochschulsport, wie Laufen, Ballsport, Schwimmen können Versicherte eine Bonifizierung erhalten. Jüngere Studenten können zusätzlich Bonuspunkte sammeln, wenn sie sich an den Bundesjugendspielen beteiligen.

Somit bonifiziert die AOK die Beteiligung an einem Leistungswettbewerb. Dies steht im Gegensatz zu der in Kapitel B2.2 dargestellten inhaltlichen Ausrichtung beim Gesundheitssport. Leistungsnachweise wie der Walking-Test oder Lauf- und Sportabzeichen dokumentieren zwar eine momentane Fitness, nicht aber die Teilnahme an qualitätsgesicherten Angeboten zur Primärprävention, wie es das Gesetz vorschreibt.

Ebenfalls im Widerspruch zur gesetzlichen Rahmenbedingung steht die Bonifizierung des BMI²³⁵ wie sie bei der AOK – Schleswig – Holstein durchgeführt wird. Wie beim Leistungsnachweis, wird damit ein momentaner Körperzustand, nicht aber die Teilnahme an einem qualitätsgesicherten Angebot der Primärprävention bonifiziert. Auf welche Weise Personen, diesen BMI erreichen, spielt dabei keine Rolle. Es haben also auch Personen eine Chance, den Bonus "mitzunehmen", die diesen auf gesundheitsabträgliche Weise erreicht haben. Hierzu zählen beispielsweise einseitige Ernährung und Diäten, der langfristige unkontrollierte Konsum von industriell hergestellten Formuladiäten oder auch chirurgische Eingriffe.

Die AOK – Schleswig Holstein bonifiziert die Mitgliedschaft in einem Sportverein unabhängig von der dort betriebenen Sportart. Auf diese Weise kann z.B. die Beteiligung an Tanzen, Angeln oder Schach unter die Bonifizierung fallen. Allerdings ist vereinzelt ein Nachweis über die aktive Beteiligung im Verein zu erbringen.

Die AOK – Schleswig – Holstein weicht auch dann von der Forderung nach Qualitätssicherung ab, wenn sie Sonderaktionen im Sinne von Öffentlichkeitskampagnen bonifiziert. Diese Incentives eignen sich – wie in Kapitel A1.1 beschrieben – zur Bindung an das Bonifizierungsprogramm. Unumstritten ist, dass über diese Aktionen Informationen über gesundheitsbewusste Lebensweisen kommuniziert werden können. So wurde beispielsweise von der AOK – Schleswig – Holstein "*eine Woche mit dem Rad zur Arbeit*" und die Teilnahme an den *AOK-Nordic-Walking-Wochen* bonifiziert. Die gesundheitsförderliche Wirkungsweise des Nordic-Walking gilt als hinreichend nachgewiesen (Bös, 1994; Mommert-Jauch, 2003). Der wissenschaftliche Nachweis der gesundheitsförderlichen Wirkung von Walking und Nordic-Walking bezieht sich jedoch auf die Teilnahme an Kurskonzepten, die sich in der Regel über einen Zeitraum von sechs Wochen erstrecken. Soll die Bonifizierung langfristig zu Kosteneinsparungen führen – wie in Kapitel B1 beschrieben – ist die Bonifizierung der Teilnehmer einer solchen Kampagne an die zu erzielende Einsparmöglichkeit anzupassen.

²³⁵ Der BMI wird aus Körpergewicht und Größe errechnet. Formel: BMI= Gewicht : Größe ²

Außerdem werden eine Reihe von Aktivitäten bonifiziert, deren gesundheitsförderliche Wirkung als nachgewiesen gilt, die aber weder im §20 SGB V, noch im §25 oder 26 SGB V, aufgeführt sind. D.h., dass für die Bonifizierung im engeren Sinne keine gesetzliche Rahmenbedingung geschaffen wurde. Hierzu zählen insbesondere:

- Impfungen²³⁶,
- die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen für Schwangere
- Fahrsicherheitstraining²³⁷
- die Teilnahme an Erste Hilfe Kursen für Kinder

In den folgenden Kapiteln werden die Bonifizierungsprogramme der beiden größten Ersatzkassen BARMER-Ersatzkasse (BARMER) und Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) skizziert.

C1.2 BARMER – Ersatzkasse

Die BARMER bekennt sich offen dazu, die Teilnahme an Präventionskursen, die nicht qualitätsgesichert sind, zu bonifizieren. Die BARMER orientiert sich jedoch bei ihrer Auswahl an primärpräventiven Angeboten an den im Leitfadens Prävention²³⁸ empfohlenen Handlungsfeldern. Außerdem werden Gripeschutzimpfungen bonifiziert.

Versicherte der BARMER erhalten eine höhere Bonifizierung, sofern sie an Gesundheitsförderungskursen ohne Kostenbeteiligung der Kasse teilgenommen haben. Damit bewertet die BARMER die Eigenmotivation der Versicherten höher verzichtet aber gleichzeitig auf die geforderte Qualitätssicherung.

Die Steuerung in eigene Angebote mit Kundenbindungswirkung bleibt bei der BARMER nachrangig. Es liegen keine Informationen darüber vor, welche

²³⁶ In Schleswig Holstein wird die Teilnahme an folgenden Impfungen bonifiziert: Diphtherie, Tetanus, Influenza, Pneumokokken, Keuchhusten, Kinderlähmung, Mumps, Masern, Röteln, HIB, Hepatitis B. Hinsichtlich der Zielgruppen gelten besondere Bestimmungen. Stand: 10/2006

²³⁷ Die AOK Schleswig Holstein bonifiziert die Teilnahme an Fahrsicherheitstraining für Versicherte zwischen dem 15. und 26. Lebensjahr

²³⁸ http://www.barmer.de/barmer/web/Portale/Versichertenportal/Leistungen_20und_20Beitr_C3_A4ge/Bonusprogramm/Bonusf_C3_A4hige_20Aktivit_C3_A4ten/BonuspunktlisteCID_39078.html – 30.12.2006

Auswirkungen dieser Ansatz auf die Motivation zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten hat.

Die BARMER bonifiziert die Mitgliedschaft in Sportvereinen und Fitnessstudios, verbindet dies aber mit dem Nachweis der institutionellen Qualitätssicherung. Dies sind insbesondere Qualitätssiegel der Gesundheits-Akademie Berlin (GAB) (Beringer, 2006, S.40) und Sport pro Gesundheit. Wie auch bei der AOK – Schleswig – Holstein erhalten Versicherte der BARMER auf der Grundlage von Leistungsnachweisen – insbesondere Sportabzeichen – einen Bonus.

Mit dem speziellen Prämienangebot für Kinder, z.B. durch das Spiel *"Junior Flingo und Doktor Hauschka"* bezieht die BARMER die zielgruppenspezifische Ansprache in ihr Kommunikationskonzept ein und schafft eine Plattform für altersgemäße Prävention.

C1.3 Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK)

Die Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) will ihren Versicherten mit ihrem Programm *"gesundAktivBonus"*

"...einen Motivationsschub geben zur Aktivität anregen und dabei Punkte sammeln." ²³⁹,

Damit vereint die DAK in ihrem Ansatz die in den Kapiteln A1, B1 und B3 beschriebenen Zielrichtungen der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten.

Im Mittelpunkt der Kommunikation zur Bonifizierung wird der inhaltliche Aspekt, die Motivation zur Verhaltensänderung, gestellt. Die Versicherten sollen sich nicht nur *"über die Bonuspunkte freuen"*, sondern auch über *"die erreichten Gesundheitsziele"*.

Damit geht die DAK auf den Prozess der Änderung von Gesundheitsverhalten – wie im Kapitel B3 beschrieben – bei ihrer Kommunikation ein.

Wie auch die Techniker Krankenkasse (Stand 10/2006) setzt die DAK ein Scheckheft ein, mit dem Versicherte ihre erreichten Bonifizierungen nachweisen

²³⁹ <http://www.dakgesundaktivbonus.de/dak/index.htm> - 04.01.2007

können. Entsprechend dem Vorbild der Kundenbindungsangebote (vgl. Kapitel A1) arbeitet die DAK mit einem Punktesammelverfahren.

Der Bonus-Scheck wird vom jeweiligen Leistungserbringer abgezeichnet. Die erreichten Punkte werden auf einem Punktekonto bei der DAK protokolliert. Über ein Online-Konto können die Versicherten ihren aktuellen Punktestand verfolgen (vgl. hierzu Behringer, 2006).

Neben der Teilnahme an Gesundheitsförderungsangeboten bonifiziert die DAK den Besitz eines Organspendeausweises und die Beteiligung an Blutspenden. Hiermit erweitert die DAK die gesundheitspolitische Funktion der Bonifizierung, wie sie in Kapitel B1 dargestellt wurde. Der Besitz eines Organspendeausweises kann die Haltung zur Solidargemeinschaft dokumentieren und hat somit gesundheitspolitische Bedeutung. Findet eine Organspende statt, ist eine Verkürzung der Leidenszeiten und Behandlungszeiten von Erkrankten, die nicht zwangsläufig zur Versichertengemeinschaft gehören müssen, möglich. Hinsichtlich der nachzuweisenden Kosteneinsparung durch Bonifizierung sind keine Ergebnisse zu erwarten. Die Verantwortung für die Solidargemeinschaft und die gesundheitspolitische Verantwortung eines jeden einzelnen kann auf diese Weise kommuniziert werden.

Die DAK bonifiziert die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchung für Kinder und Jugendliche nicht. Damit folgt die DAK dem insgesamt gegenläufigen Trend in den Ersatzkassen, für die im Vergleich zum AOK – Klientel eine höhere Teilnahme an den empfohlenen Untersuchungen dokumentiert wird. Wie in den Kapiteln A1 und B3 dargestellt, entspricht dieses Vorgehen dem Ziel von Bonifizierungssystemen. Anreize sind zielgruppenspezifisch zu setzen. D.h., dass Anreize zur Steuerung in bestimmte Leistungen eingesetzt werden, für die eine geringe Inanspruchnahme nachgewiesen wurde. Vor dem Hintergrund der aufgezeigten Wettbewerbsswirkung der Bonifizierungsangebote ist ein solcher Schritt zunächst als positiv einzustufen. Allerdings liegen keine Erkenntnisse über die Beurteilung des Programms in der Öffentlichkeit vor. Es bleibt also unklar, ob dieser Unterschied von den Kunden wahrgenommen wird.

C1.4 Techniker Krankenkasse (TK)

Im TK-Konzept (Reichelt, Knaack, Dopsloff (u.a.), 2003)²⁴⁰ zur Umsetzung des §65a SGB V heißt es, dass die Versicherten durch Bonifizierung motiviert werden sollen, qualitätsgesicherte Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen in Anspruch zu nehmen. Durch die Bonifizierung will die TK die Überwindung von Schwellenängsten und persönlichen Widerständen, die häufig Hinderungsgrund bei der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen und Präventionsleistungen sind, unterstützen. Es liegen keine empirischen Untersuchungen vor, ob dieses Ziel erreicht wird.

Versicherte sollen insbesondere motiviert werden, nachhaltig wirksame Angebote stärker in Anspruch zu nehmen. Hieraus ergibt sich eine unterschiedliche Bewertung der Angebote im TK-Bonusprogramm.

Die TK folgt dem Ansatz, dass Bonifizierungen allenfalls Anreize setzen können. Mit ihrer Zielsetzung nimmt die TK darauf Bezug, dass dauerhafte Unterstützung gesundheitsbewusster Lebensweisen, nicht zu den Aufgaben einer Krankenkasse zählt.

Die TK wählte aus den Leistungen zur Primärprävention und Vorsorge Angebote zur Bonifizierung aus und legte dabei ein differenziertes Bewertungsraster zugrunde (Reichelt, Knaack, Dopsloff (u.a.), 2003). Die Parameter zeigen Möglichkeiten auf, wie Bonifizierung von Gesundheitsverhalten an objektivierbaren Größen ausgerichtet werden kann.

Die Angebote wurden hinsichtlich

- ihrer Wirksamkeit und Effizienz (40%),
- ihrem Potenzial zur Steigerung der Inanspruchnahme (20%),
- der vorhandenen Nachhaltigkeitsfaktoren wie e-Coaching, Nachtreffen (20%),
- ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung (10%) und
- dem Potenzial zur Kostensteuerung (10%)

bewertet.

²⁴⁰ Die Auswahl der Leistungen sowie die Höhe des Bonus erfolgten bei der TK nach Grundsätzen, die in Kooperation mit der Univ. Bielefeld (Günthert, Reinhardt) und der Universität Berlin (Busse) entwickelt wurden.

Die Prozentzahlen in Klammern geben die bei der Bewertung der Angebote berücksichtigte Gewichtung der einzelnen Parameter an.

- *Wirksamkeit und Effizienz*²⁴¹ der Maßnahmen wurde am höchsten bewertet. Damit verfolgte die TK das Ziel, die knappen Ressourcen für wirksame und effiziente Angebote einzusetzen und die gesetzliche Forderung nach Qualitätssicherung zu erfüllen. Die Bewertung der einzelnen Angebote orientierte sich daran, ob wissenschaftlich fundierte Aussagen über die Wirksamkeit und die Kosten-Nutzen-Relation der Angebote getroffen werden können. Dies ist längst nicht für jede heute von der GKV finanzierte Leistung der Fall²⁴².
- Bei dem Parameter *Potenzial zur Steigerung der Inanspruchnahme* wurde darauf abgestellt, wie hoch die aktuelle Inanspruchnahme innerhalb der TK in der jeweiligen Zielgruppe ist und in welchem Maße das Potenzial zur Steigerung der Inanspruchnahme bewertet wird. Hiermit war der Ansatz verbunden, dass die Bonifizierung geeignet ist, das Inanspruchnahmeverhalten zu beeinflussen.
- Mit dem Parameter *Nachhaltigkeit des Angebotes* wurde die unterstellte langfristige Wirkung von generierbaren Effekten berücksichtigt. Insbesondere im Bereich der Primärprävention handelt es sich hierbei um eine neue Dimension, der die TK im Rahmen der Entwicklung eigener ausgewählter Präventionsangebote Rechnung trägt. Hierzu zählen auch die TK-Angebote "Nordic walking und Nordic-e-Walking".

Es wurde berücksichtigt, dass die erwünschte Nachhaltigkeit nicht bei jeder Intervention erreichbar ist. Gerade die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten wirken nur, wenn die entsprechenden kurzfristigen Wiederholungsintervalle eingehalten werden. Ein einmal attestierter Negativbefund kann sich leider schon nach kurzer Zeit ins Gegenteil verkehren.

²⁴¹ Bei der Bewertung wurde die beiden Begriffe Effektivität (=Wirksamkeit oder Zielerreichung) und Effizienz (=Aufwandoptimierung) in einem Bewertungskriterium zusammengefasst. Eine Maßnahme kann effizient sein (also kostengünstig bzw. aufwandsarm), gleichzeitig aber nicht zielführend, also ineffektiv. Es ist folglich zu prüfen, ob die zu bonifizierende Maßnahme (z.B. Kurs oder Früherkennung) mit möglichst geringem Aufwand zum gewünschten Ziel führen kann.

²⁴² So ist im Rahmen der Diskussion um evidenzbasierte Medizin bekannt, dass für eine nicht geringe Zahl von jahrzehntelang durchgeführten Standardmaßnahmen der Nachweis der Wirksamkeit unterstellt wird der Nachweis der Evidenz jedoch fehlt. Für Yoga, Tai Chi, und Qi Gong wurde der Wirksamkeitsnachweis nicht abschließend erbracht, dennoch wurden diese Angebote in den Katalog aufgenommen.

Früherkennung wirkt zudem nicht präventiv, sondern ist die Basis für eine frühzeitige Behandlung.

Beim *Potenzial zur Kostensteuerung bei gleich hoher Qualität* geht es darum, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu bonifizieren. Sind zwei Maßnahmen hinsichtlich ihrer Qualität gleichgestellt, soll die Inanspruchnahme des kostengünstigeren Angebotes bonifiziert werden.

Mit dem Parameter *Gesundheitspolitische Bedeutung* des Angebotes berücksichtigt die TK dem Umstand, dass es Interventionen gibt, für die zwar die Wirksamkeit angenommen und mit theoretischen Analysen hergeleitet werden kann, ein empirischer Nachweis aber fehlt.

Wie die Beschreibungen für die hier aufgeführten Krankenkassen zeigt, liegt die TK im "Trend" wenn sie die Aktivitäten in Sportvereinen bei der Bonifizierung berücksichtigt. Obwohl die Bonifizierung im Gesetz so nicht vorgesehen ist, kann sie als gesundheitswissenschaftlich begründet eingestuft werden. Dies wurde im Kapitel B3 dieser Arbeit ausführlich dargestellt. Dennoch ist es nicht das Ziel der TK, alle auf Dauerhaftigkeit angelegten gesundheitssportlichen Aktivitäten in Sportvereinen oder Fitnesscentern zu finanzieren oder zu bonifizieren. Die TK formulierte (Reichelt, Knaack, Dopschaff (u.a.), 2003) den Anspruch, die Mitgliedschaft in Sportvereinen nur dann mit einer Bonifizierung zu unterstützen, wenn damit der Übergang in Folgeangebote erleichtert wird. Dies entspricht der Ausrichtung der Primärprävention in den Krankenkassen. Der Anspruch an die Qualität der Primärprävention und deren Einbindung in das Konzept der Leistungs- und Kostensteuerung, musste jedoch dem Anspruch der Versicherten weichen, die vor dem Hintergrund der Bonusmechanik – wie in Kapitel A1 beschrieben – uneingeschränkte Belohnung für ihre Aktivitäten erwarten.

Die TK hat ansatzweise gesundheitswissenschaftliche Aspekte bei der Konzeption des Programms berücksichtigt. Der Bonus sollte im Verhältnis zum jeweiligen persönlichen Aufwand der Verhaltensänderung stehen. Hierzu zählt z.B. die Überwindung von persönlichen Schwellen (Widerstände, Angst, gefordertes Durchhaltevermögen, Anforderungen an die Umstellung der Lebensgewohnheiten und Aufwand). Verhaltensweisen, die einen vergleichsweise hohen persönlichen Einsatz erfordern, sollen entsprechend höher belohnt werden als solche, die mit einem geringen Aufwand in den

Lebensalltag integrierbar sind. Vor diesem Hintergrund ist die höhere Bonifizierung der Teilnahme an einem Coachingprozess im Internet (1500 Bonuspunkte) zu erklären. Die Teilnahme an Kursen ohne Coaching wird hingegen mit 1000 Bonuspunkten bewertet.

Wie bei der Mitgliedschaft in Kundenclubs (vgl. Kapitel A1), ist die Teilnahme am TK-Bonusprogramm an eine schriftliche Erklärung gebunden. Ein Widerruf dieser Erklärung oder das Ende des Versicherungsverhältnisses führen auch zum Ende der Teilnahme.

Für jeden Teilnehmer wird ein persönliches Bonuspunktekonto geführt, auf dem die eigenen bzw. die Bonuspunkte der unter 15jährigen Teilnehmer²⁴³ gutgeschrieben werden.

Bonuspunkte des Mitgliedes und seiner mitversicherten Angehörigen können zusammen eingelöst werden. Für Versicherte ab dem 15. Lebensjahr setzt dies jedoch das Einverständnis des erziehungsberechtigten TK-Mitglieds voraus.

Die Bonuspunkte können ab 3000 Punkte gegen eine Prämie eingetauscht werden. Das Prämienangebot verändert sich laufend. Dabei orientiert sich die TK an den Wünschen, Bedürfnissen und am Geschmack ihrer Kunden. Ab erreichten 6000 Punkten können die Teilnehmer eine Geldprämie wählen.

Mit 650 € Gegenwert ist – wie bereits erwähnt – ein *Personal Trainer* die hochwertigste wählbare Prämie. Über die Erwartungen der Versicherten an die Prämiengestaltung liegen z.T. widersprüchliche Ergebnisse vor.

Bei der TK dürfen Bonuspunkte ohne zeitliche Begrenzung angesammelt werden.

Die Bonuspunkte verfallen in Anlehnung an §19 Abs. 1 SGB V – Erlöschen des Leistungsanspruchs- zum Ende der Mitgliedschaft bzw. zum Ende des Versicherungsschutzes. Wechselt ein mitversicherter Angehöriger in eine eigene Mitgliedschaft bei der TK bzw. ein Mitglied in eine TK-Familienversicherung bleibt

²⁴³ Gemäß §36 SGB I können Versicherte, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, Anträge auf Sozialleistungen stellen sowie Sozialleistungen entgegennehmen, sofern diese Handlungsfähigkeit nicht ausdrücklich durch den gesetzlichen Vertreter eingeschränkt wurde. Dementsprechend können Versicherte ab vollendetem 15. Lebensjahr die erreichten Bonuspunkte bei der TK selbst einlösen. Dies gilt auch für Bonuspunkte, die vor Vollendung des 15. Lebensjahres erzielt wurden. Für Versicherte vor vollendetem 15. Lebensjahr sowie für ältere Versicherte, deren Handlungsfähigkeit eingeschränkt wurde, kann die Einlösung durch den gesetzlichen Vertreter erfolgen.

die Bonusanwartschaft erhalten. Eine Mitnahme der Bonuspunkte nach Ende des Versicherungsschutzes, ist ebenso ausgeschlossen wie die Anrechnung erworbener Bonuspunkte in anderen Krankenkassen der GKV.

C1.5 Kundenerwartungen

Über die Erwartungen der Kunden an die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten ist nur wenig bekannt.

In einer Repräsentativbefragung der GEK 2003 gaben mehr als 80% der befragten Versicherten an, dass sie vor allem mit dem Bonus höhere Leistungszuschüsse verbinden. Dies kann als Veto für die Kernaufgaben der Krankenversicherung gewertet werden.

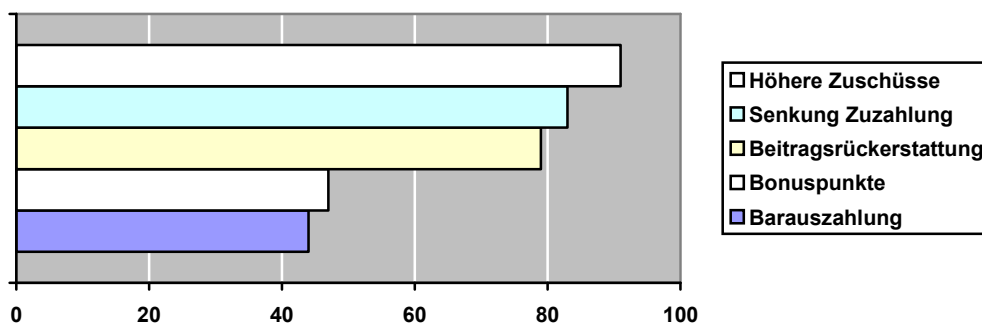


Abbildung 34: Repräsentativbefragung der GEK aus dem Jahre 2003

Die Möglichkeit monetäre Anreize (Barauszahlung) zu nutzen, wurde eher schlecht bewertet. Dagegen schneiden die Senkung der Zuzahlung sowie die Beitragsrückerstattung deutlich besser ab. Das lässt sich mit der Bereitschaft von GKV-Versicherten erklären, höhere Beiträge zu akzeptieren, wenn der Leistungsumfang an sich stabil bleibt oder sogar zunimmt.²⁴⁴

Eine Befragung von TK-Versicherten 2003 bestätigte die Akzeptanz der Versicherten von Zuzahlungskürzungen und Geldprämien in Abhängigkeit von gesundheitsförderlichen Aktivitäten. TK-Versicherte bewerten Geldprämien

²⁴⁴ Beitragserhöhung statt Leistungskürzung?. Ergebnisse aus Befragung durch Continentale a.G. in Zusammenarbeit mit Meinungsforschungsinstitut Emnid, 2003

höher als andere Versicherte. Die Befragung zeigt jedoch lediglich eine Tendenz. Mangels anderer Studien soll diese hier angeführt werden.

Frage 21: "Für die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsangeboten sollen in Zukunft Bonuspunkte vergeben werden. Ich nenne Ihnen nun vier mögliche Prämien, die Sie für diese Bonuspunkte erhalten können. Sagen Sie mir bitte anschließend, welche Art der Prämie für Sie persönlich am attraktivsten ist."

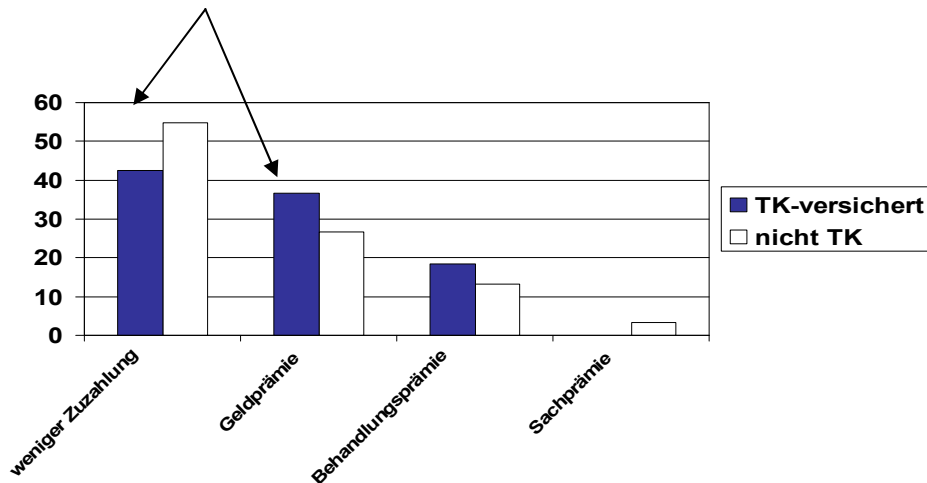


Abbildung 35: TK-Studie Zusatzversicherung, 2003: Prämienpräferenzen

Eine repräsentative Versichertenbefragung der TK zeigte, dass die Versicherten Bonifizierungen im Zusammenhang mit Beitragskürzung als wünschenswert beurteilen.

67,8% der Befragten waren der Meinung, dass Versicherte, die Präventionsangebote wahrnehmen, einen Bonus in der Beitragszahlung von der Krankenkasse erhalten sollten. Für die Minderheit von 32,2% kam diese Regelung nicht in Betracht. Möglicherweise fehlte den Ablehnern auch nur eine genaue Vorstellung davon, wie der gemeinte Bonus in der Beitragszahlung geregelt werden (Auer, Knaack, Hildebrand, 2003, S.52) könnte.

Diese Ergebnisse zeigen, dass die Datenlage, vor deren Hintergrund die Krankenkassenprogramme entstanden als dürftig eingestuft werden können. Noch vor Abschluss der Kosten-Nutzen-Analyse sollten Kenntnisse über den

Umgang der Versicherten mit dem neuen Angebot gewonnen und ausgewertet werden.

Im Rahmen des Forschungsprojektes Health-Coaching an der Universität Dortmund wurde deshalb eine erste Befragung von Kursteilnehmern zu den Bonifizierungsangebot der TK durchgeführt.

C1.6 Fazit

Der Vergleich zwischen den Bonusprogrammen der ausgewählten Kassen zeigt, dass es keine wesentlichen strukturellen Unterschiede zwischen den Kassen gibt. Die hier beschriebenen Kassen orientierten sich an den Bonusangeboten wie sie in Kapitel A1 beschrieben wurden. Mehr oder weniger bilden sie die Bonusmechanik, wie sie Lauer (2004) skizziert hat, ab.

Auffällig ist, dass insbesondere die AOK stark von der gesetzlichen Vorgabe abweicht, die Nutzung der Leistungen gemäß § 20 SGB V sowie 25 und 26 SGB V zu bonifizieren. Die AOK legt den Hinweis, dass es sich um qualitätsgesicherte Angebote der Primärprävention handeln muss, sehr weit aus. Insbesondere die Teilnahme an Leistungswettbewerben fällt nicht unter den Gesundheitssport, wie er in Kapitel B2.2 beschrieben und definiert wurde.

Völlig aus dem Rahmen fällt die Bonifizierung von Fahrsicherheitstrainings durch die AOK. Es kann einer solchen Maßnahme eine unfallvermeidende Wirkung unterstellt werden. Es lässt sich aus der derzeitigen Prioritätensetzung im Gesundheitswesen aber nicht ableiten, dass der Erwerb der Verkehrstüchtigkeit zu den zentralen Aufgaben einer gesetzlichen Krankenkasse zu zählen hat. Nicht alle der Gesundheit dienlichen Aktivitäten können von einer Krankenkasse finanziert oder bonifiziert werden. Dem Gesetz fehlt hier die klare Richtung. Weder ist ein eindeutiges Bekenntnis zur Teilnahmesteigerung an qualitätsgesicherten Leistungen vorhanden - denn Spielräume bleiben offen, noch gibt das Gesetz zu erkennen, dass der Einsatz als Wettbewerbsinstrument erwünscht ist und der positive Effekt der Bonifizierung auf die Kundenbindung von den Kassen ausgeschöpft werden darf (vgl. Glusac, 2006).

In Kapitel A1 wurde herausgearbeitet, dass die Zufriedenheit der Kunden mit dem Bonusangebot einen Einfluss auf die erwünschte Anreizwirkung des Angebotes hat.

Die in Kapitel C1.5 genannten Kundenerwartungen wurden bis zum Zeitpunkt der Analyse nicht aufgegriffen. So wurde der Schritt, mit der Bonifizierung eine Reduktion von Zuzahlungen zu verbinden, von den Kassen noch nicht nachvollzogen, obgleich die Neuformulierung des § 65a SGB V für 2007 eine Berücksichtigung der Zuzahlungsreduktion für Härtefälle vorsieht. Obgleich die gesetzliche Präzisierung zu begrüßen ist, wirft diese Regelung Probleme auf, die nicht Gegenstand dieser Analyse sein sollen.

C2 Beschreibung der Studie

Wie bereits beschrieben führte die Universität Dortmund für die TK eine Wirksamkeitsanalyse für den TK-Kurs *Nordic-e-Walking* durch. Als Kontrollgruppe wurden Teilnehmer des TK-Kurses *Nordic-Walking* ohne anschließendes Coaching im Internet in die Studie einbezogen.

Islerloh (u.a.) (2003) nennen die Kombination aus Kursangebot und anschließendem darauf aufbauenden Health Coaching *complementary coaching*. Im Unterschied zum *blended learning (vermishtes Lernen)*, das ebenfalls eine Kombination von face-to-face Einheiten und Interaktion mit elektronischen Medien ist, werden die Teilnehmer des e-Coaching bei der Erprobung und Vertiefung des Erlernten, d.h. Integration der erworbenen Verhaltensweisen in die bisherige Lebensweise durch gezielte Internet-Interventionen unterstützt. Während elektronische Medien beim *blended learning* vor allem der Wissensvermittlung dienen, ist das Ziel des *complementary coaching*, die auf den Lernprozess abgestimmte Unterstützung im Prozess der auf nachhaltige Wirkung ausgerichteten Verhaltensänderung.

Die Teilnehmer des TK-Gesundheitscoach – Modul Walking bestimmen durch Angabe ihrer persönlichen Ziele, ihres Trainingsstandes und ihrer Trainingsfortschritte weitgehend die teilautomatisierten Empfehlungen durch den Internetcoach. Im konkreten Fall handelt es sich bei dem Programm um das Health-Coaching Angebot der Firma xx-well.com, Berlin, das die TK mit einigen exklusiven Änderungen ihren Kunden zur Verfügung stellt. Das Modul *Nordic-e-Walking* entstand in Kooperation mit der Universität Dortmund und der TK. Dabei wurde die Grundstruktur des Coachingprogramms weitgehend genutzt und um

die Kursinhalte sowie die Berücksichtigung der persönlichen Ziele beim Trainingsplan erweitert.

Auf diese Weise wurden Erkenntnisse der Motivation und Volitionsforschung, wie sie in Kapitel B3 ausführlich beschrieben wurden, als "Motivationalelement" in das adaptierbare Programm integriert.

Das TK-Kurskonzept (Iserloh (u.a.), 2002) des *Nordic-e-Walking-Kurses* folgt dem Konzept zur Verhaltensänderung im Transtheoretischen Modell (Prochaska, di Clemente, 1984) sowie dem Motivations-Volitionsmodell (Heckhausen, Gollwitzer 1987; Göhner, Fuchs, 2007).

Nach dem Transtheoretischen Modell festigt sich einmal übernommenes Verhalten innerhalb von sechs Monaten²⁴⁵. Die Chance der Nachhaltigkeit des Angebotes wird durch aktive Rückfallprophylaxe erhöht (Keller, 1999).

"Die Stufe der *Aufrechterhaltung* wird wie die vorangegangenen Stufen als aktive Phase verstanden, in der das Zielverhalten durch Beibehalten der in der Handlungsphase gezeigten Strategien weiter konsolidiert wird und aktive Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe ausgeübt werden (Keller, 1999, S.22).

Dieser zeitlichen Voraussetzung wurde entsprochen, in dem das Inernetcoaching im Anschluss an den Nordic-Walking-Kurs auf sechs Monate begrenzt wurde.

Im nachfolgenden Kapitel wird der Kursinhalt dargestellt.

C2.1 Der TK-Kurs "Nordic-e-Walking"

Zunächst erwerben die Teilnehmer beim *Nordic-e-Walking* die Trainingskompetenzen für *Walking*²⁴⁶ und *Nordic-Walking* im face-to-face-Kontakt. In Vorbereitung auf das sich anschließende *e-Coaching*²⁴⁷ legen die Teilnehmer für ihre gesundheitssportliche Aktivität kurzfristige und langfristige

²⁴⁵ Dieser Zeitraum ist auf der Grundlage der Erfahrungen bei der Raucherentwöhnung gewählt worden und hat sich auch in anderen Bereichen bewährt. (Keller, 1999, S.22)

²⁴⁶ Walking ist schnelles Gehen mit Armeinsatz ohne das typische Hüftwackeln der Wettkampfsportart "Gehen". Es eignet sich als Einstiegssportart für Untrainierte ebenso wie für ältere Personen. Die körperliche Belastung der Gelenke, Sehnen, Bänder und der Wirbelsäule ist wesentlich geringer als beispielsweise beim Jogging

²⁴⁷ vgl. http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/03_fit_and_well/05_gesundheitscoaching/gesundheits_coaching_nav.html und www.xx-well.com

Ziele fest. Deren Einhaltung wird während des *e-Coaching* überprüft und durch geeignete Hinweise zur Trainingsdurchführung unterstützt²⁴⁸.

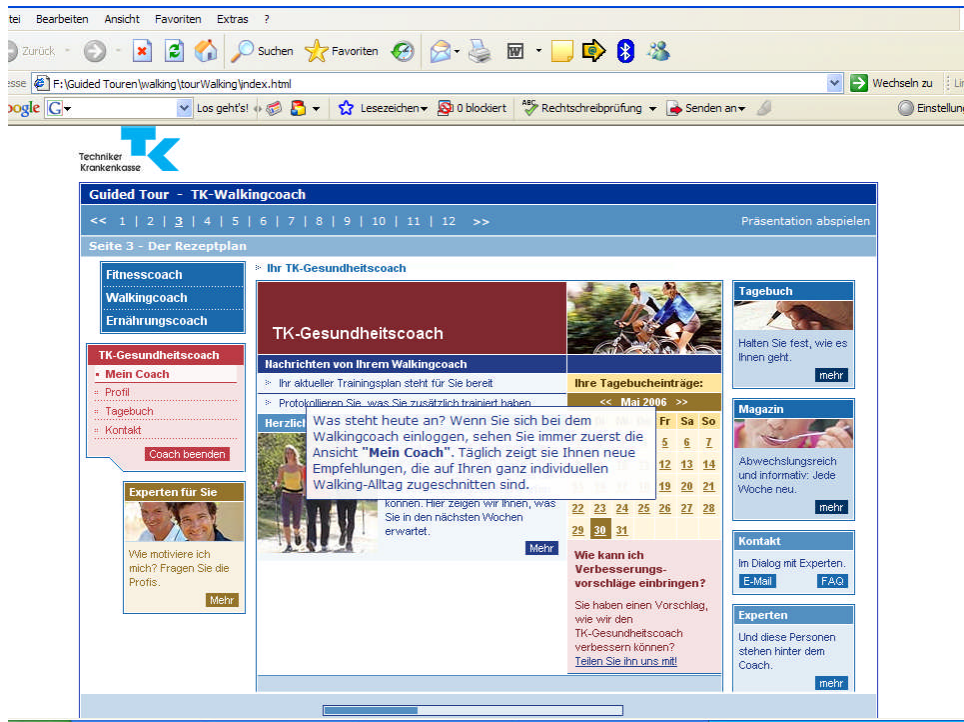


Abbildung 36: Der TK-Gesundheitscoach Nordic-Walking: Seite "Mein Coach"

Da bei diesem Angebot der Teilnehmer nach einer sechswöchigen Seminarphase 6 Monate lang am Coaching teilnimmt, erhielten die Bonusteilnehmer für ihren vergleichsweise hohen persönlichen Einsatz in 2004 insgesamt 1500 Bonuspunkte für die erfolgreiche Beteiligung. Das waren 500 Bonuspunkte mehr als bei einer Teilnahme am "normalen" Kurs *Walking* und *Nordic-Walking* ohne Coaching. Ob sich die höhere Punktezahl auf die Motivation zur Kursteilnahme und somit auf die Wahl des *Complementary Coaching* auswirken würde, war zum Zeitpunkt der Bonusfestlegung nicht sicher. Es wurde von der These ausgegangen, dass eine vergleichsweise höhere Punktezahl für die Versicherten interessant ist und sie sich deshalb für das völlig neuartige Angebot, für das es keine Vorbilder gibt, entscheiden.

²⁴⁸ Im gesundheitsorientierten Training ist die angemessene Belastung von zentraler Bedeutung. Verschiedene Studien zeigen, dass viele Sportler beim Ausdauertraining (z.B. Joggen) aus falschem Ehrgeiz zu intensiv trainieren. Die subjektive Wahrnehmung der tatsächlichen Belastung unterscheidet sich im erheblichen Maße von der objektiv messbaren. Die Gefahr der Überlastung ist beim Walken auf ein Minimum reduziert. Da man stets einen Fuß auf dem Boden behält ist die Stoßbelastung relativ gering. Auch die Gefahr von Arthrosen und Gelenkentzündungen ist durch Walking reduziert (vgl. Bös, Saam, 2002).

Die Dokumentation der regelmäßigen Teilnahme wurde von der Autorin²⁴⁹ über ein Online-Rätsel, das sich dem Teilnehmer nur erschloss, wenn das Coaching im Internet regelmäßig genutzt wurde, geregelt. Damit unterschied sich die Bonifizierung des Angebotes *Nordic-e-Walking* von anderer TK-Bonifizierung zum einen durch die höhere Punktzahl und zum anderen durch den direkten und überprüfbaren Nachweis der Teilnahme am Internetprogramm²⁵⁰. Die Bonuspunkte wurden von der TK automatisch nach Erhalt der Rätselauflösung auf dem individuellen Bonuskonto des Versicherten verbucht. Voraussetzung hierfür war die Teilnahme am Bonifizierungsprogramm der TK²⁵¹.

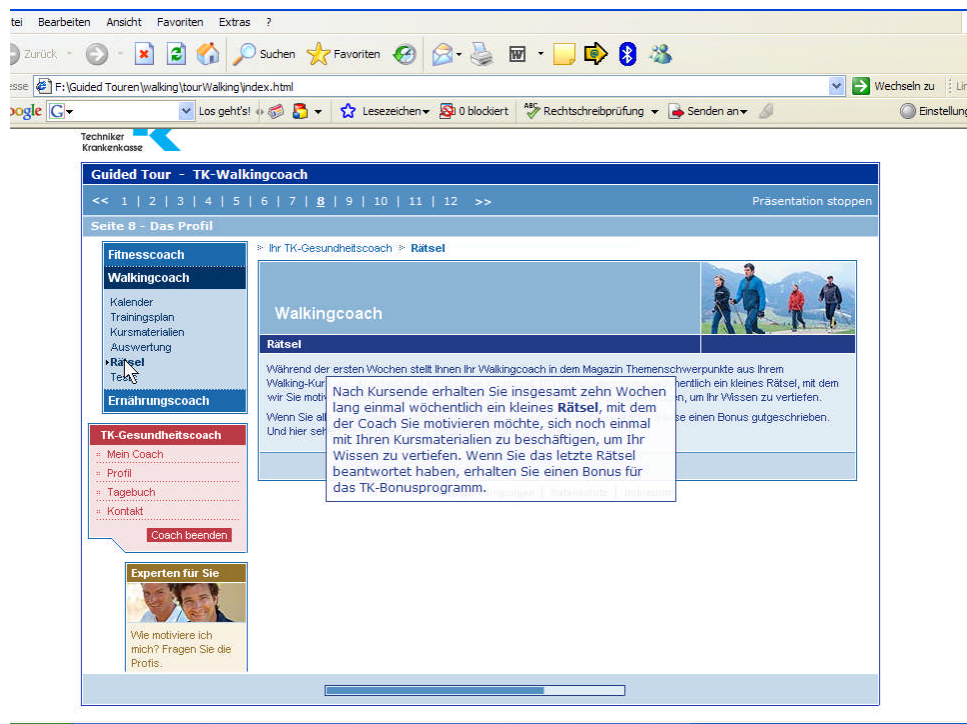


Abbildung 37: Der TK-Gesundheitscoach Nordic-Walking: Seite "Mein Coach"

²⁴⁹ Die technische Umsetzung nahm die Firma xx-well.com, Berlin vor.

²⁵⁰ Die Bonuspunktezahl wurde 2006 auf die verändernde Coachingumgebung in der TK angepasst. Seit dem erhalten Teilnehmer des Kurs e-Walking 1000 Punkte für die Teilnahme am Kurs, 1000 Punkte für die Lösung des Rätsels und weitere 1000 Punkte nach 20 Logins innerhalb von 12 Monaten. Damit ist der Kurs Moving das Angebot, mit dem die meisten Bonuspunkte innerhalb des TK-Bonifizierungsprogramms erworben werden können. Zum Zeitpunkt der Drucklegung dieser Arbeit wurde die Bonifizierung des TK-Gesundheitscoach erneut umgestellt. Die Bonifizierung für die regelmäßige Teilnahme entfällt aufgrund des hohen Verwaltungsaufwandes zum 01.01.2008.

²⁵¹ Vgl. http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/03_fit_and_well/07_bonusprogramm/bonus_navi.html

C2.2 Messzeitpunkte

Iserloh (u.a.) (2002) haben die Untersuchung im quasi-experimentellen Studiendesign konzipiert. D.h., während eine Gruppe von Teilnehmern ein Präventionsangebot *Nordic-Walking* (face-to-face) erhält, wird einer anderen Gruppe *Nordic-e-Walking* (face-to-face plus Coaching im Internet) angeboten. Hierdurch sollte, die Wirkung des Präventionsprinzips *Health-Coaching mit Internetunterstützung* festgestellt und mit den Ergebnissen einer Vorher-Nachher-Erhebung verglichen werden.

Iserloh (u.a.) (2002) konzipierten die Studie als Prae-Post-Messung (T_0 und T_1) zum Erfassen der Direktwirkung des TK-Kurses *Nordic-Walking* und zwei Follow-up Fragebögen (Messzeitpunkte T_2 und T_3) zur Erhebung nachhaltiger Effekte im Vergleich zwischen den Gruppen ohne Coaching und mit Coaching.

Die Fragen zur Bonifizierung in der GKV wurden den Erhebungsinstrumenten F1-F4 beigefügt.

Der Studienverlauf mit den vier Messzeitpunkten ist in der Abbildung 36 dargestellt.

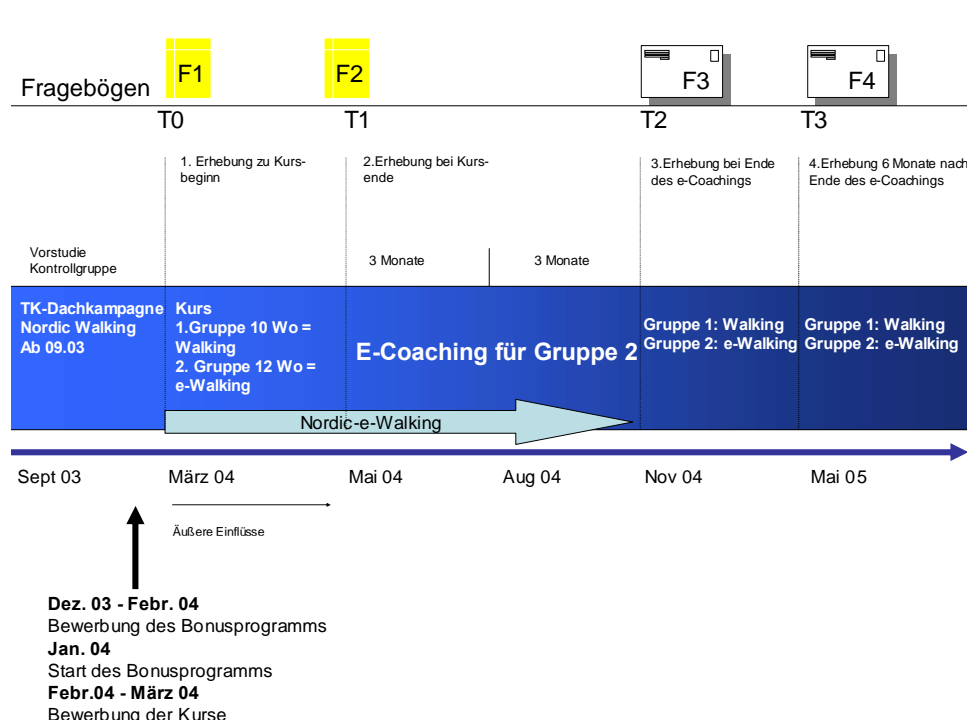


Abbildung 38: Studiendesign TK-Studie Walking / Nordic-e-Walking. Darstellung: Iserloh, 2002

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der TK-Kurse *Nordic-Walking* und *Nordic-e-Walking* erhielten zu den beschriebenen vier Messzeitpunkten jeweils einen Fragebogen. Die Fragebögen F1 (nf1 und ef1) und F2 (nf2 und ef2) wurden im Kurs direkt ausgegeben und nach der Beantwortung wieder eingesammelt. Die Fragebögen F3 (nf3 und ef3) und F4 (nf4 und ef4) wurden an die Teilnehmer per Post verschickt. Über ein Codesystem, das die Anonymität der Kursteilnehmer wahrte, wurden die Daten der Fragebögen nach der Rücksendung zusammengeführt.

Mit Beginn des TK-Projektes *Nordic-e-Walking* startete im Januar 2004 zeitgleich die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten auf der Grundlage des neu eingeführten TK-Bonusprogramms.

Ob ein Kursteilnehmer auch am Bonusprogramm teilnimmt, oblag ausschließlich seiner eigenen Entscheidung. Die TK hat darauf keinen Einfluss genommen. Es ist davon auszugehen, dass die Entscheidung für oder gegen die Teilnahme am Bonusprogramm in der Person selbst begründet ist.

Im Unterschied zum reinen experimentellen Design gleichen sich die Gruppen nicht in allen Merkmalen. Eine zufällige Zuteilung von Teilnehmern war nicht möglich, da sich die Interessenten direkt für die Kurse *Nordic-Walking* bzw. *Nordic-e-Walking* anmelden. Um beide Gruppen auch bezüglich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale vergleichen zu können, wurden diese neben den biografischen Daten während der ersten Erhebung zum Zeitpunkt T_0 mit erfragt.

Obwohl Felduntersuchungen im Allgemeinen eine hohe externe Validität (Generalisierbarkeit) aufweisen, gehen die Autoren des Studiendesigns (Iserloh (u.a.) 2002) von einer geringeren internen Validität (Gültigkeit) aus.

Eine Kontrolle möglicher Störfaktoren durch Elimination war nicht möglich. Für die Überprüfung der Wirksamkeit des e-Coaching wurden allerdings Störvariablen erfasst, die für die Teilstudie Bonus nicht ausgewertet wurden. Hierzu zählen insbesondere Störvariablen für das Training.

Die Nacherhebung sechs Monate nach Beendigung des Kurses liefert die entscheidenden Indikatoren für die Wirksamkeit des e-Coaching, da direkt nach

dem Kurs nur der Output erfasst werden kann. Die Nacherhebung lässt einen Rückschluss darauf zu, inwieweit sich das Gesundheitsverhalten, der Gesundheitsstatus und insgesamt die Lebensqualität langfristig durch das Präventionsprinzip Health-Coaching mit Internetunterstützung ändern. Mit diesen Erhebungen wurden die Einstellungen und Meinungen der Kursteilnehmer zum TK-Bonusprogramm mit abgefragt.

C2.3 Beschreibung der Stichprobe

In dieser Arbeit werden Teilnehmer des TK-Kursangebotes *Nordic-e-Walking* (12 Wochen-Kurs) und des Walking-Kurses (10 Wochen-Kurs) befragt.

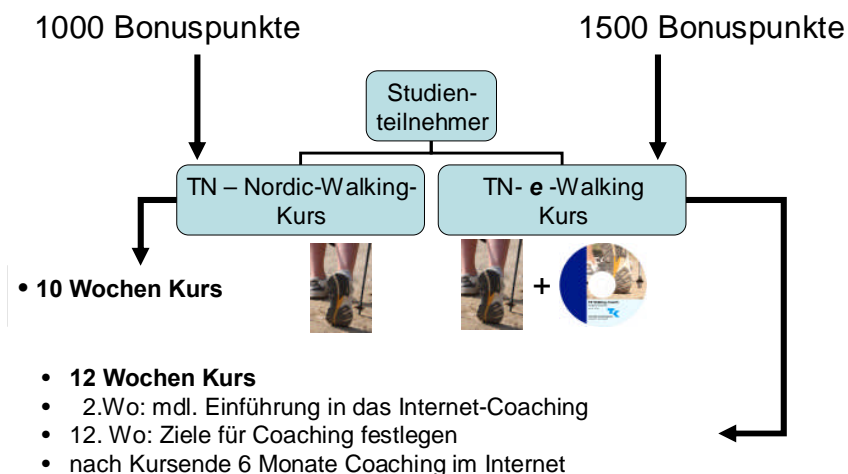


Abbildung 39: inhaltliche Gegenüberstellung der Kurse Nordic-Walking und e-Walking

Es werden aus diesen Kohorten Teilnehmer des Bonifizierungsprogramms (B⁺) den Nichtteilnehmern (B⁻) gegenübergestellt.

In der Auswertung werden die Aussagen und Merkmale der Teilnehmer und Nichtteilnehmer am TK-Bonusprogramm miteinander verglichen.

Teilnehmer, die angegeben haben, nicht bei der TK versichert zu sein, wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

In Tabelle 23 und 24 sowie Abbildung 37 sind die Kurstypen und Vergleichsgruppen dargestellt.

Kohorte I: Teilnehmer des Walkingkurs	Kohorte II : Teilnehmer des Nordic-e-Walking - Kurs
Nordic-Walking mit Bonifizierung	Nordic-e-Walking mit Bonifizierung
Teilnehmer erhalten einen Bonus von 1000 Punkten	Teilnehmer erhalten einen von Bonus 1500 Punkten
Walking- und Nordic-Walking-Kurs über 10 Wochen	Walking- und Nordic-Walking-Kurs über 12 Wochen plus 6 Monate e-Coaching

Tabelle 23: Kohorten der TK-Studie "Nordic-e-Walking"

Hinsichtlich der "Teilstudie Bonus" ist das Unterscheidungsmerkmal Bonushöhe relevant.

Es ergeben sich für die "Teilstudie Bonus" folgende in Tabelle 24 dargestellte Vergleichsgruppen der in Tabelle 23 aufgeführten Gesamtkohorte bestehend aus Kohorte I und II.

Vergleichsgruppe	Bonusteilnehmer (1)	Bonusteilnehmer (2)	Nichtteilnehmer am Bonusprogramm (3)	Nichtteilnehmer am Bonusprogramm (4)
Kursname	Nordic-Walking mit Bonifizierung	Nordic-e-Walking mit Bonifizierung	Nordic-Walking mit Bonifizierung	Nordic-e-Walking mit Bonifizierung
Bonifizierung im Kurs	1000 Punkte	1500 Punkte	1000 Punkte	1500 Punkte
Kursinhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Walking- und Nordic-Walking • Kurs über 10 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Walking- und Nordic-Walking • Kurs über 12 Wochen • plus 6 Monate e-Coaching 	<ul style="list-style-type: none"> • Walking- und Nordic-Walking • Kurs über 10 Wochen 	<ul style="list-style-type: none"> • Walking- und Nordic-Walking • Kurs über 12 Wochen • plus 6 Monate e-Coaching
Bezeichnung	B+	B+	B-	B-
Fragebögen	nf1 – nf4	ef1-ef4	nf1-nf4	ef1-ef4

Tabelle 24: Vergleichsgruppen in der Teilstudie Bonus

C3 Erhebungsinstrumente

Die Erhebungsinstrumente zur Evaluation des *Nordic-e-Walking* enthalten standardisierte Fragebögen und Fragen über die Einstellung zur Bonifizierung in der Techniker Krankenkasse. Die standardisierten Fragebögen sind in der Tabelle 23 beschrieben.

Fragebogen	Beschreibung	Autor, Jahr
<p>Hakemp90</p>	<p>Gemessen werden individuelle Unterschiede in der Handlungs- bzw. Lageorientierung. Die Werte geben Aufschluss darüber, inwieweit eine Person fähig ist, Affekte zu regulieren. Die Erfassung erfolgt über drei Skalen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prospektiv: Handlungsbereitschaft oder Zögern, wenn die Ausführung einer Absicht besteht • Handlungs- oder Lageorientierung nach Misserfolg oder bei aversiven Ereignissen • Handlungs- oder Lageorientierung während der Tätigkeitsausübung: Aufgehen in einer Tätigkeit oder Wechseln zu anderen Aktivitäten <p>(vgl. Kapitel B3.1.5-a dieser Arbeit)</p> <p>Im Fragebogen wurde nur die erste Skala eingesetzt, da diese für die Wirkungsevaluation des e-Coaching relevant war (Iserloh, 2002).</p> <p>Die Skalen bestehen aus 12 Items. Die Probanden können sich nach einer Situationsbeschreibung für ein handlungs- oder lageorientiertes Verhalten entscheiden. Für die Berechnung der Testwerte werden die handlungsorientierten Antworten pro Skala aufsummiert. Der Summenwert des Testwertes für die Handlungsorientierung liegt zwischen 0 und 12.</p> <p>Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) =.70 - .80</p>	<p>Kuhl (1994)</p>
<p>MSWS</p>	<p>Mit der multidimensionalen Selbstwertkala werden Facetten des Selbstwertes erfasst. Auf der Grundlage einer multidimensionalen Selbstbeschreibungsskala werden folgende Facetten erfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Emotionale Selbstwerteinschätzung 2. Sicherheit im Kontakt 3. Umgang mit Kritik 4. Leistungsbezogene Selbstwertschätzung 5. Selbstwertschätzung zur physischen Attraktivität 6. Selbstwertschätzung zur Sportlichkeit 7. <p>(vgl. Kapitel B3.1.7 dieser Arbeit)</p>	<p>Schütz, Sellin (2006)</p>

Fragebogen	Beschreibung	Autor, Jahr
	<p>Die Items werden unter zwei Aspekten abgefragt:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wie sehr treffen die Fragen auf die Person zu? • Wie häufig treffen die Fragen auf die Person zu? <p>Aus den ersten vier Skalen wird der allgemeine und aus den beiden letzten Skalen wird der körperbezogene Selbstwert errechnet. Interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) der Gesamtskala =.93</p>	
NEO-FFI	<p>In der Studie wurde die deutsche Übersetzung des "Neo-Big-File Factor Inventory (NEO FFI)" von Paul Costa und Robert McCrae (1989) eingesetzt.</p> <p>Es handelt sich um ein faktorenanalytisch konstruiertes Fragebogenverfahren. In jeder Persönlichkeitsdimension werden mit insgesamt 60 Items folgende Dimensionen erfasst:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Neurotizismus (nervös, ängstlich, unsicher) 2. Extraversion (gesellig, heiter, kontaktfreudig) 3. Offenheit für Erfahrung (kreativ, wissbegierig, neugierig, phantasievoll) 4. Verträglichkeit, Liebenswürdigkeit (mitfühlend, altruistisch, verständnisvoll) 5. Gewissenhaftigkeit (zuverlässig, ordentlich, ehrgeizig, pünktlich). <p>(vgl. Kapitel B3.1.1 dieser Arbeit)</p> <p>Diese fünf Dimensionen individueller Unterschiede tauchen bei Faktorenanalysen mit hoher Regelmäßigkeit auf. Sie haben sich unter verschiedenen Studienbedingungen als robust erwiesen. Interne Konsistenz der Skalen (Rosenbergskala): $r=.71$ und $r=.85$</p>	<p>Costa, McCrae (1989)</p> <p>siehe Borkenau, Ostendorf (1993)</p>
SSA	<p>Selbstwirksamkeitsskala zur sportlichen Aktivität – zur Messung der sportspezifischen Selbstwirksamkeitserwartung. Die Skala umfasst 12 Items, welche mögliche Barrieren darstellen, die der Ausführung einer geplanten Sportaktivität entgegenstehen (vgl. Schnoor, 2005). Die Barrieren stammen aus drei Bereichen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. physische Befindlichkeit (müde, niedergeschlagen, besorgt, verärgert, angespannt) 2. soziale Bedingungen (Freunde zu Besuch, andere Personen wollen etwas unternehmen, Beanspruchung durch die Familie oder Partner) 3. äußere Umstände (schlechtes Wetter, viel Arbeit zu erledigen, interessantes Fernsehprogramm) <p>(vgl. Kapitel B3.1.6 dieser Arbeit)</p> <p>Die Skalierung ist siebenstufig von "gar nicht sicher" bis</p>	<p>Fuchs, Schwarzer (1994b)</p>

Fragebogen	Beschreibung	Autor, Jahr
	"ganz sicher". Interne Konsistenz der Skalen (Cronbachs Alpha) =.89 Als Validitätshinweise gelten die positiven Korrelationen mit Indikatoren des Befindens (Ängstlichkeit, Depressivität, Ärger). Vgl. Fuchs, Schwarzer, 1994	
	Messung der globalen Motivation	Vallerand (1970)

Tabelle 25: Beschreibung der Erhebungsinstrumente; eigene Darstellung

Dem Fragebogen vorangestellt wurden die Einverständniserklärung sowie eine Erläuterung über die Codierung der Fragebögen.

Messzeitpunkt 1 (T₀): Vor Beginn des Kurses wurden die demographischen Variablen erhoben. Hierzu zählen Alter, Geschlecht, Beruf, Versicherungsstatus, Höhe des persönlichen monatlichen Bruttoeinkommens, Schulabschluss, Zuordnung zum Bundesland.

Danach wurde das Sportverhalten und Kategorien der persönlichen Fitness erfragt. Mit 12 Items wurden die Häufigkeit und die Intensität der sportlichen Aktivität sowie eine persönliche Einschätzung der Fitness abgefragt. Ergänzend wurden Vitalparameter wie Herzfrequenz, Blutdruck, Body Mass Index und Cholesterinwert abgefragt.

Es folgten die Items der in Tabelle 23 beschriebenen Fragebögen, eine Abfrage der persönlichen Ziele, ein Schmerzfragebogen, sowie die Fragen zum Bonussystem.

Messzeitpunkt 2 (T₁): Mit dieser Befragung – direkt im Anschluss an den Kurs Nordic-Walking – wurde die Zufriedenheit des Kunden mit dem Kurs ermittelt. Hierfür wurde der *TK-Zufriedenheitsfragebogen* eingesetzt. Zusätzlich wurde erneut das Sportverhalten und der Fitnessstatus abgefragt. Anschließend folgen die Items der Selbstwertskala MSWS, der Fragebogen zum Schmerz und Fragen zum Bonusprogramm.

Zum **Messzeitpunkt 3 (T₂)**:

6 Monate nach Ende des Kurses endete auch das Coaching mit dem TK-Walking-Coach. Abgefragt werden Trainingsgewohnheiten, Stand der persönlichen Zielerfüllung, Items zur Selbstwertschätzung MSWS, Fragen zum Schmerz und Sportverhalten sowie zur Bonifizierung.

Dieser Fragebogen zum **Messzeitpunkt4 (T₃)** erneut 6 Monate nach Ende des Coaching verschickt.

Die Erhebungsinstrumente für die Gruppe wurden nicht aus einer theoretischen Analyse der Methode "Bonifizierung" abgeleitet, da es eine solche bis dahin nicht gab. Dies hat sich als nachteilig für die Studie erwiesen. Hypothesen sowie Befragungsinstrumente resultieren aus dem damaligen Problembewusstsein und den Fragestellungen, die bei der Konzeption der ersten Bonifizierungsprogramme entstanden.

C4 Hypothesenbildung

Die Hypothesen entstanden zum Zeitpunkt der Studienplanung im Jahr 2003. Zu dieser Zeit bereiteten die Krankenkassen die Einführung auf der Grundlage eines ersten Gesetzentwurfes vor. Sowohl die Arbeitshypothesen als auch die wissenschaftlichen Thesen spiegeln das Problembewusstsein aus dieser Anfangszeit wieder. Es stellte sich insbesondere die Frage, ob diese Art von Angebote überhaupt geeignet sei, jene Personengruppen zu anzusprechen, die sich ansonsten nicht oder nur wenig für die Angebote zu Gesundheitsförderung interessieren.

Die Hypothesen betreffen drei Hauptblöcke und wurden aus den Arbeitshypothesen abgeleitet. Die nachfolgend genannten Arbeitshypothesen entstanden ebenfalls bereits vor der Studie. Sie sind das Ergebnis des damaligen Kenntnis- und Erfahrungsstandes mit Bonifizierungsangeboten für Gesundheitsverhalten. Aus der theoretischen Analyse wurden weitere Arbeitshypothesen abgeleitet, die nicht Gegenstand der Untersuchung waren. Sie sind in Kapitel D3 zusammengefasst.

C4.1 Arbeitshypothesen

- 1 Es wird davon ausgegangen, dass sich Teilnehmer des Bonusprogramms von Nichtteilnehmern nicht unterscheiden. Das Bonusangebot wird demzufolge von allen Teilnehmergruppen der Gesundheitsförderungsangebote gleichermaßen genutzt. Der Reiz, der von Bonusprogrammen der Krankenkassen ausgeht, wird von Frauen und Männern, unterschiedlichen Altersgruppen und unabhängig vom Bildungsstand wahrgenommen und mündet in der Teilnahme am Programm.

Es wird erwartet, dass Kursteilnehmer, die nicht am Bonusprogramm teilnehmen, mehrheitlich das Programm nicht kennen. Das heißt, dass ihrer Anmeldung beim Kurs **nicht** zwangsläufig eine bewusste Entscheidung gegen das Bonusprogramm vorausgegangen ist. Wer das Angebot nicht kennt, kann nicht teilnehmen und der trifft weder eine Entscheidung für noch gegen das Bonifizierungsangebot. Nichtteilnehmer können deshalb nicht als Bonusgegner bezeichnet werden.

- 2 Die TK verfolgt das Ziel, ihr Bonusangebot als eine Besonderheit oder Zusatzleistung zu kommunizieren. Es wird davon ausgegangen, dass diese Kommunikation dazu führt, dass die Kunden tatsächlich die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten als eine Idee der TK interpretieren. Sie gehen nicht davon aus, dass auch andere Krankenkassen ein ähnliches "Produkt" anbieten.

Diese Arbeitshypothese folgt der Erfahrung, dass Kunden der GKV keine detaillierten Kenntnisse vom Sozialversicherungssystem in Deutschland besitzen. Trotz der Einheitlichkeit des Leistungskatalogs verbinden sie mit der Wahl ihrer gesetzlichen Krankenkasse die Entscheidung für einen besonderen Beitragssatz oder ein besonderes Leistungsangebot.

Es ist zu überprüfen, ob die Attraktivität der TK bei ihren Versicherten durch das Bonusangebot steigt.

- 3 Um wie beschrieben die gewünschte Impacterhöhung zu erreichen, müssen möglichst viele Kunden vom Bonusangebot angesprochen werden. Entscheidend für die Kommunikation zum Bonusprogramm ist die

Frage, was Versicherte dazu veranlasst, ein sachprämiensorientiertes Angebot zu nutzen. Es ist zu überprüfen, ob Bonusteilnehmer *bonusaffine Personen* sind. Als bonusaffin gelten solche Teilnehmer, die mit anderen Bonusangeboten Erfahrungen haben und möglicherweise ihre Teilnahme am Krankenkassenbonus einer inneren "Bonus" – Logik folgt.

Ferner ist zu fragen, ob die speziellen Sachpreise bei der TK möglicherweise einen Reiz ausüben, das Bonusangebot zu nutzen. Sofern die Sachprämien von beiden Gruppen (B⁺ und B⁻) gleich bewertet werden, kann davon ausgegangen werden, dass ein solcher Reiz nicht oder nur sehr gering vorhanden ist.

-
- 4** Die Motivation zur Teilnahme am Gesundheitssport ist das zentrale Ziel der Bonifizierung nach §65a SGB V. Es wird davon ausgegangen, dass sich die Teilnahme am Kurs nicht durch ein solches Angebot steigern lässt. Weder der Bonus noch die unterschiedliche Höhe der Bonuspunkte motiviert zur Kursteilnahme.

-
- 5** Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten kann nur dann die in dieser Arbeit beschriebene gesundheitspolitische Zielsetzung erfüllen, wenn dadurch Personen erreicht werden, die sich ohne die Aussicht auf den Bonus nicht für die Teilnahme am Gesundheitssport entschlossen hätten.

Die theoretische Analyse hat gezeigt, welche Zielgruppen angesprochen werden müssten, um die Wahrscheinlichkeit eines präventiven Nutzens zu erhöhen. Danach ist es wahrscheinlich, dass sich Personen mit geringer Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale Zuverlässigkeit, Verträglichkeit, Offenheit, Neurotizismus und Extraversion weniger für die Aufnahme des Gesundheitssports interessieren. Es wird angenommen, dass es nicht gelingt, diese Personen durch den Bonus zu erreichen. Vielmehr wird die Bonifizierung auch von Personen genutzt, die eines solchen Anreizes nicht bedürfen und u.a. aufgrund ihres eigenverantwortlichen, intrinsisch motivierten Gesundheitshandelns gesund bleiben.

Für diese letzt genannte Personengruppe können in einer Kostenanalyse

zwar **geringe Ausgaben** aber **keine Einsparungen** ermittelt werden.

Es soll deshalb darüber hinaus gefragt werden, ob Personen mit **geringer Ausprägung** von protektiven Faktoren wie Selbstwirksamkeit und Handlungsorientierung sowie Selbstwertschätzung sich durch den Bonus ansprechen lassen und ihn häufiger nutzen als Personengruppen mit einer hohen Ausprägung dieser Faktoren.

Tabelle 26: Arbeitshypothesen

C4.2 Wissenschaftliche Hypothesen

Die Hypothesen werden drei inhaltlichen Blöcken zugeordnet. Mit Block 1 werden Hypothesen formuliert, die sich auf den Bekanntheitsgrad der Methode Bonifizierung bei den Krankenkassen beziehen.

Block 2 der Hypothesen bezieht sich auf den zu klärenden Zusammenhang zwischen Bonifizierung und Kursteilnahme. Mit Block 3 werden vorhandenen Gesundheitsressourcen (protektive Faktoren) von Bonusteilnehmern den Nichtteilnehmern gegenübergestellt. Es soll die Frage beantwortet werden, ob die in der Arbeit hergeleiteten Zielgruppen für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten tatsächlich erreicht werden können.

Block1	Nutzung und Beurteilung des TK-Bonusprogramms
OH ₁₋₁	Die Teilnehmer der Gruppen B ⁺ und B ⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht.
OH ₁₋₂	Die Teilnehmer der Gruppen B ⁺ und B ⁻ betrachten das Bonussystem <u>nicht</u> mehrheitlich als eine Besonderheit der Techniker Krankenkasse. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen B ⁺ und B ⁻ .
OH ₁₋₃	Es gibt keine Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Gruppen B ⁺ und B ⁻ hinsichtlich der Bewertung der Sachprämien.
OH ₁₋₄	Die Attraktivität der TK als Krankenkasse steigt bei B ⁺ und B ⁻ aufgrund der

Bonifizierung nicht

Block 2	Zusammenhang zwischen Bonusteilnahme und Partizipation von Gesundheitssport
----------------	--

OH₂₋₁ Nutzer des TK-Bonusprogramms (B⁺) benutzen andere Bonus- oder Rabattsysteme nicht häufiger als Kursteilnehmer, die das TK-Bonusprogramm nicht nutzen (B⁻).

OH₂₋₂ Der Bonus ist nicht ausschlaggebend für die Kursanmeldung. Die TN der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich in ihrer Einstellung nicht.

OH₂₋₃ Die Bonushöhe ist nicht ausschlaggebend für die Kurswahl. Es gibt keine Unterschiede zwischen Nordic-Walkern (1000 Bonuspunkte) und Nordic-e-Walkern (1500 Bonuspunkte).

OH₂₋₄ Die Bonuspunkte motivieren nicht zum "Dabeibleiben"; Walker (1000 Punkte) und e-Walker (1500 Punkte) unterscheiden sich nicht

Block 3:	Gesundheitsressourcen der Bonusteilnehmer
-----------------	--

OH_{3-1 - NEO} Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades der fünf Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

OH_{3-2 -SWS} Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades des Gesamtselbstwertes mit seinen Facetten.

OH_{3-3 SSA} Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Selbstwirksamkeit mit seinen Facetten.

OH_{3-4-hakemp} B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich Handlungs- vs. Lageorientierung.

OH_{3-5 Motivation} B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer generalisierten Motivation.

Tabelle 27: Hypothesen; eigene Darstellung (B⁺ = Teilnehmer des Bonusprogramms und B⁻ = Nichtteilnehmer des Bonusprogramms)

C5 Methoden

Die Datenanalyse erfolgte mit dem Programm SPSS Version 14.0 für Windows. Die Auswertungen wurden zunächst deskriptiv auf der Basis der Häufigkeitsverteilung, Kreuztabellen, Mittelwerttabellen und Korrelation (nach Spaerman) durchgeführt. Zur Überprüfung der statistischen Signifikanz wurden der t-Test nach Student und der Chi-Quadrat Test für Gruppenvergleiche bei unabhängigen Stichproben, sowie die verteilungsfreien Verfahren Mann-Whitney-U-Test und Kruskal-Wallis-Test (K-W-Test) angewendet.

Das Signifikanzniveau ist bei $p=0,05$ angesetzt.

Für den Vergleich von abhängigen Stichproben kamen der Wilcoxon-Test sowie der Chi-Quadrat Test nach McNemar zum Einsatz. Die Wahl des Signifikanz-Tests folgt dem Skalenniveau der Variablen (vgl. Bühl, Zöfel, 2002, S.287).

Beim Vergleich von unabhängigen Stichproben wurde zunächst die zu vergleichenden Variablen auf Normalverteilung bzw. Gleichverteilung überprüft.

Bei normalverteilten **unabhängigen Stichproben** kamen parametrische Tests (z.B. t-Test beim Vergleich von Mittelwerten und Varianzanalysen) zur Anwendung. Bei nicht normalverteilten unabhängigen Stichproben wurden nichtparametrische Tests eingesetzt (z.B. Chi Quadrat, Mann-Whitney-U-Test).

Sofern sich die Fragestellungen auf mehrere abhängige Variablen und Messwiederholung beziehen, wurden multivariate Varianzanalysen bzw. mehrdimensionale Varianzanalysen angewendet, insbesondere die Bereinigung der alpha-Fehler – Adjustierung nach Bonferroni.

Zur Bestimmung der Reliabilität der entwickelten Instrumente wurde Cronbachs Alpha als Maß interner Konsistenz benutzt.

Die Übereinstimmungsvalidität der Skalen und Tests wurde anhand der bivariaten Korrelationen der jeweiligen Summenscores ermittelt. Trotz gewisser methodologischer Bedenken wurden in allen Fällen Pearson Produkt-Moment-

Korrelationen berechnet. Die Berechnungen erfolgten stets auf der Basis der jeweiligen Ausgangsskala, d.h. der noch nicht faktoranalytisch überprüften Skala.

Unterschiede zwischen den Mittelwerten der einzelnen gleichverteilten Teilstichproben wurden mit Hilfe von Varianzanalysen auf Signifikanz überprüft.

C6 Empirische Überprüfung der Hypothesen

a) Stichprobenbeschreibung

Es haben sich an der Studie 1103 Kursteilnehmer beteiligt. Zum Messzeitpunkt 2 (T_1) waren noch 760 Teilnehmer beteiligt, zum Zeitpunkt 3 (T_2) noch 609 Teilnehmer. Zum Zeitpunkt 4 (T_3) lagen durchlaufende Daten von 314 Teilnehmern vor.

Durchlaufende Daten zu T_0	1103
Durchlaufende Daten zu T_1	760
Durchlaufende Daten zu T_2	609
Durchlaufende Daten zu T_3	314

Tabelle 28: Durchlaufende Daten

Für die Teilstudie Bonus konnten insgesamt Fragebögen von **N=385 Personen** ausgewertet werden. Das sind **35%** der Studienteilnehmer insgesamt, die Fragen über das Bonusprogramm beantwortet haben.

b) Bonusteilnahme

Die Frage nach der Bonusteilnahme haben insgesamt **357 TN** (92,7%) der Stichprobe (N=385) beantwortet. Im Folgenden wird bei der Angabe der prozentualen Antworten von der **Grundgesamtheit N=357** ausgegangen.

T ₀ : bonus8-Ich bin Teilnehmer des TK-Bonusprogramms		
Gruppen	n	% von n=357
Bonusteilnehmer B ⁺	241	67,5
Nichtteilnehmer B ⁻	116	32,5
Gesamtstichprobe	357	100

Tabelle 29: (bonus8) – Ich bin Teilnehmer des TK-Bonusprogramms

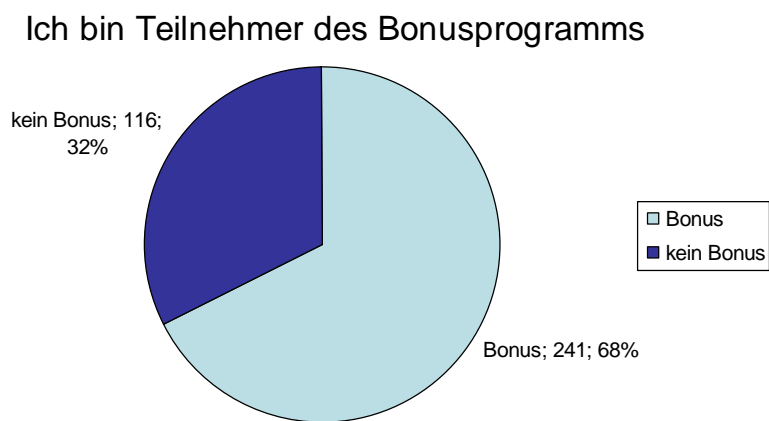


Abbildung 40: Anteil der Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer (n=357 = 92,7% von N=385)

Den Teilnehmern wurde die Frage gestellt, ob Ihnen das Bonusprogramm bereits vor Beginn der Kurse Walking / Nordic-Walking oder Nordic-e-Walking bekannt war. 92,2% der TN (von N=385) haben diese Frage beantwortet.

T ₀ : bonus3 – Das Bonusprogramm war mir vor Kursbeginn bekannt						
Gruppen	ja	%	nein	%	Gesamt	%/ n=355
Bonusteilnehmer B ⁺	170	82,5	36	17,47	206	58
Nichtteilnehmer B ⁻	71	47,65	78	52,3	149	42
Gesamtstichprobe	241	67,88	114	32,11	355	100

Unterschied zwischen B⁺ und B⁻ ist hoch signifikant $p=0.00$ ***

Tabelle 30: (bonus 3) – Das Bonusprogramm war mir vor Kursbeginn bekannt

82,5% (n=170) der Bonusteilnehmer antworteten mit ja, das Programm war ihnen bereits bekannt. Auch 47,65% (n=71) der Kursteilnehmer (TN), die zum Zeitpunkt T₀ nicht am Bonusprogramm teilnahmen (B⁻), kannten das TK-Bonusprogramm bereits vor Beginn der Kurse. Der großen Mehrzahl der Kursteilnehmer war demzufolge das Programm bereits vor Beginn des Kurses bekannt.

17,4% (n=36) der Bonusteilnehmer (B⁺) haben das Programm erst im Kurs kennen gelernt. Die Mehrheit aus der Gruppe B⁻ (52,3%; n= 78 TN) hat das Bonusprogramm der TK erst im Kurs kennen gelernt.

Der Unterschied zwischen B⁺ und B⁻ ist hoch signifikant ($p=0.00$ ***). Es geben mehr Bonusteilnehmer an, dass ihnen das Programm vor Kursbeginn bekannt war.

c) Struktur der Studienteilnehmer

HYPOTHESE: 0H₁₋₁

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich der Merkmale Alter, Geschlecht.

Alter der Bonusteilnehmer

N=357 TN haben die Fragen nach dem Alter und dem Geschlecht beantwortet (=100% von N=357).

T₀ Gruppe	Mittelwert Alter	n	s (x)
Bonusteilnehmer B ⁺	48	241	11,279
Nichtteilnehmer B ⁻	50	116	10,976
Gesamtstichprobe	49	357	

Unterschied zwischen B⁺ und B⁻ ist nicht signifikant ($p=0.298$)

Tabelle 31: (demoa) – Alter

Die Bonusteilnehmer sind durchschnittlich 48 Jahre alt. Die Nichtteilnehmer sind 50 Jahre alt. Zwischen den Gruppen besteht hinsichtlich des Alters kein signifikanter Unterschied ($p=0.298$)

Geschlecht

Geschlecht	männlich	%	weiblich	%	n
Bonusteilnehmer B ⁺	74	30,8	167	69,2	241
Nichtteilnehmer B ⁻	40	34,5	76	65,5	116
Gesamtstichprobe	114	32,0	243	68,0	357

Unterschied zwischen B⁺ und B⁻ ist nicht signifikant ($p=0.48$) (Chi Quadrat nach Pearson)

Tabelle 32: (demob) – Geschlecht der Teilnehmer

Der *Kolmogorov Smirnov-Test bei einer Stichprobe*²⁵² zur Überprüfung der Verteilung hat ergeben, dass Männer und Frauen normal verteilt sind. Es gibt keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich des Geschlechtes zwischen den Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern ($p=0.48$).

Schulabschluss

Die Frage nach dem Schulabschluss haben zum Messzeitpunkt T₀ insgesamt n=353 Studienteilnehmer von N=357 beantwortet (=98,8%).

Die TN konnten aus fünf vorgegeben Antworten auswählen. Die TN waren aufgefordert, den höchsten Schulabschluss anzukreuzen, so dass nur eine Antwortmöglichkeit bestand.

²⁵² Test auf Normalverteilung nach Bühl, Zöfel, 2005

T ₀ : Schulabschluss						
	B ⁺	%/n=238	B ⁻	%/n=115	n	%/N=357
Haupt- und Volksschule	23	10	14	13	37	10,3
Mittlere Reife	62	26	27	23	89	24,9
Fachhochschule	19	8	8	7	45	12,6
Abitur	26	11	19	16	45	12,6
Hochschule	108	45	47	41	155	43,4
Gesamt	238	100	115	100	353	98,8

Unterschied zwischen B⁺ und B⁻ ist nicht signifikant (p=0.55) (Chi Quadrat nach Pearson)

Tabelle 33: (demoe): Schulabschluss der Teilnehmer

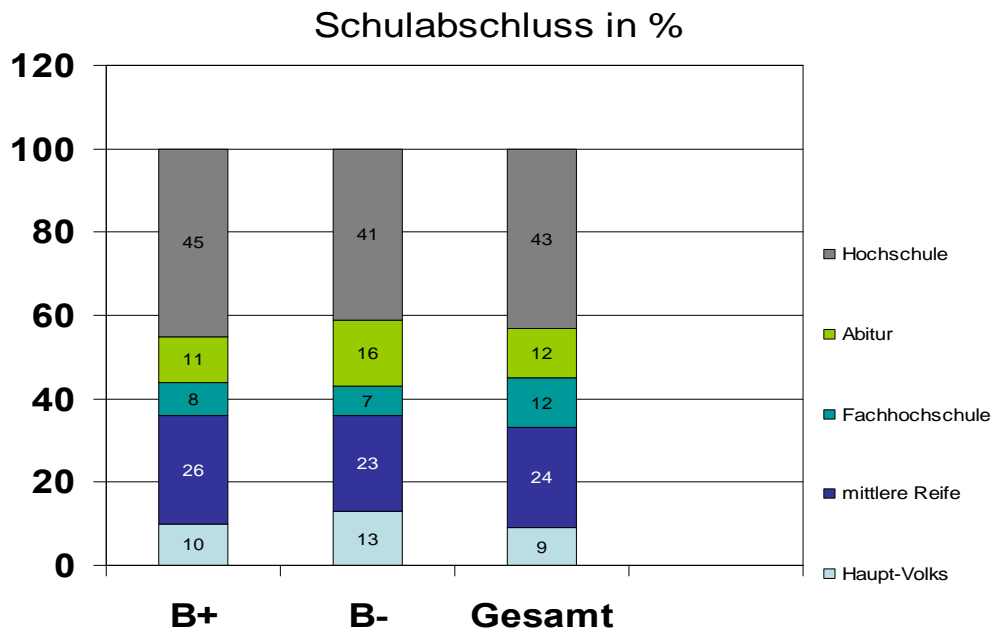


Abbildung 41: (demoe) –Schulabschluss der Teilnehmer

Über die Hälfte der Studienteilnehmer hat einen Fachhochschul- oder Hochschulabschluss (=55%). Es besteht kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Aussagen zur Schulbildung zwischen den Gruppen B⁺ und B⁻ (p=0.55). Der *Kolmogorov Smirnov-Test bei einer Stichprobe* ergibt Gleichverteilung der Stichprobe. Das heißt es gibt keine Besonderheiten

hinsichtlich der Verteilung des Schulabschlusses in der Gesamtkohorte und den Gruppen B⁺ und B⁻.

Zusammenfassung

Alter	B+ = 48 B- = 50 TN = 49
Geschlecht	B+ = 31% m / 69 w B- = 34% m / 66 w TN = 32% m / 68 w
Schulabschluss	B+ = 53 % Hochschulabschluss B- = 48 % Hochschulabschluss TN = 51 % Hochschulabschluss

Tabelle 34: Die Stichprobe im Überblick

Die in Tabelle 34 zusammengefassten Daten lassen darauf schließen, dass die Studie nicht repräsentativ für andere Kassen ist. Die Ergebnisse lassen sich allenfalls als Tendenz interpretieren.

Der hohe Anteil der Studienteilnehmer mit einem Hochschulabschluss sowie Geschlecht und Alter entsprechen der Verteilung in den übrigen TK-Kursen gemäß § 20 SGB V.

d) Sporterfahrung

Die Frage nach der Sporterfahrung haben zum Messzeitpunkt T₀ insgesamt n=354 Studienteilnehmer von N=357 beantwortet (=99,1%).

Die TN konnten aus vier vorgegebenen Antworten auswählen. Die TN waren aufgefordert eine der vorgegebenen Antworten anzukreuzen. Die TN hatten die Wahl zwischen sehr gut, gut, mittelmäßig und schlecht.

Zur Sporterfahrung gehören folgende Fragen:

- **T₀–sport1:** Wie hoch schätzen Sie Ihre Fitness vor Beginn des Kurses ein?
- **T₀–sport2:** Wie häufig trieben Sie vor Beginn des Kurses in der Woche Sport?
- **T₀–sport3:** Wie lange dauerte durchschnittlich eine Trainingseinheit vor Beginn des Kurses?
- **T₀–sport4:** Haben Sie bereits an Bewegungskursen einer Krankenkasse teilgenommen?
- **T₀–sport5:** Sind Sie seit mehr als einem Jahr Mitglied in einem Fitnesscenter oder Sportverein?

Wegen der geringen Zellenbesetzung (Antworten "sehr gut" < 5) sind für die Auswertung die Aussagen "sehr gut" und "gut" zusammengeführt worden. Die Antworten sport2 und sport3 sind den Bewertungen gut, mittelmäßig und schlecht zugeordnet worden. Dabei wurde die Empfehlung zum Training des TK-Gesundheitscoach zugrunde gelegt.

sport1	gut	%	mittel-mäßig	%	schlecht	%	n	p
B+	69	28,99	130	54,62	39	16,39	238	
B-	30	25,86	69	59,48	17	14,66	116	0.688
sport2	gut	%	mittel-mäßig	%	schlecht	%	n	p
B+	71	29,58	111	46,25	58	24,17	240	
B-	31	26,72	53	45,69	32	27,59	116	0.744
sport3	gut	%	mittel-mäßig	%	schlecht	%	n	p
B+	36	18,95	117	61,58	37	19,47	190	
B-	10	11,24	52	58,43	27	30,34	89	0.067
sport4	ja		nein					
B+	81	33,61	160	66,39			241	
B-	27	23,28	89	76,72			116	0.047
sport5	ja		nein					
B+	90	37,50	150	62,5			240	
B-	32	27,59	84	72,41			116	0.065

Tabelle 35: Sportverhalten

Die Ergebnisse zeigen, dass die Teilnehmer der Kurse Nordic-Walking und Nordic-e-Walking im mittleren Fitnessbereich liegen. Sie sind überwiegend körperlich aktiv, entsprechen dabei aber eher nicht den Empfehlung zum Trainingsumfang. Die Frage nach der Mitgliedschaft in einem Fitnesscenter oder Sportverein beantwortet die Mehrheit mit "nein".

Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen B⁺ und B⁻. Aufgrund der ungleichen Verteilung von Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern ist die ermittelte Signifikanz von sport4 zu vernachlässigen.

e) Ist das TK-Bonusprogramm etwas Besonderes?

HYPOTHESE: 0H₁₋₂ –

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ betrachten das Bonussystem nicht mehrheitlich als eine Besonderheit der Techniker Krankenkasse. Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen B⁺ und B⁻.

Unter "Besonderheit" wird subsumiert, dass die Teilnehmer davon ausgehen,

- die TK hat das erste Bonusprogramm der Krankenkassen entwickelt,
- dies geschieht unabhängig von gesetzlichen Regelungen quasi aus Initiative der TK
- das Angebot ist einzigartig – es gibt ein solches Programm nur bei der TK.

Sofern die Kunden hiervon ausgehen, können sie das TK-Bonusprogramm als besonderes Leistungsangebot wahrnehmen. Unter dieser Voraussetzung ist es der TK als Unternehmen möglich, mit Unterstützung einer geeigneten Kommunikation sich vom Leistungsspektrum anderer Krankenkassen abzuheben und sich somit einen Marktvorteil zu verschaffen (vgl. Kapitel A1).

Zur Überprüfung der Hypothese wurden den Teilnehmern zu T₀ folgende Items genannt.

- T₀ – *bonus4* Die TK hat das erste Bonusprogramm für Krankenkassen entwickelt.
- T₀ – *bonus5* Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden.
- T₀ – *bonus7* Ein Bonusprogramm für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK.

Item *bonus 4* wurde von insgesamt n=354 TN beantwortet (= 99,1 % /N=357).

Item: bonus4		stimmt		weiß nicht		stimmt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺	86	35,8%	148	61,7%	6	2,5%	240	
Nichtteilnehmer B ⁻	18	15,8%	93	81,6%	3	2,6%	114	
Gesamt	104	27,5%	241	64,7%	9	2,3%	354	

Tabelle 36: (bonus4) – Die TK hat das erste Bonusprogramm für die Krankenkassen entwickelt

Aufgrund der zu geringen Zellenbesetzung (stimmt nicht < 10) ist eine Berechnung zum Nachweis der statistischen Signifikanz von der Gleichverteilung in den Zellen nicht möglich. Die Antworten "stimmt nicht" und "weiß nicht" wurden deshalb in den Variablen bonus 4_1, bonus5_1 zusammengefasst.

Item: bonus4_1		stimmt		weiß nicht stimmt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺	86	35,8%	154	64,2%	240	
Nichtteilnehmer B ⁻	18	15,8%	96	84,2%	114	
Gesamt	104	27,5%	240	67,8%	354	

Tabelle 37: (bonus4_1) - Die TK hat das erste Bonusprogramm für die Krankenkassen entwickelt (transformiert)

Die Mehrheit der Teilnehmer (67,8%/ n=354) lehnt die Aussage ab oder kann sie nicht eindeutig beantworten.

Der Vergleich zwischen den Gruppen B+ und B- ergibt, dass Bonusteilnehmer zu Beginn des Kurses, der gleichzeitig auch Start des Bonusangebotes war, hoch signifikant häufiger (**p=0.000*****) mit "stimmt, die TK hat das erste Bonusprogramm der Krankenkassen entwickelt" antworten.

Item *bonus 5* " Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden" wurde von insgesamt n=351 TN beantwortet (= 98,3 % / von N=357). Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf die Variable

bonus5_1, bei der die Antworten *weiß nicht* und *stimmt nicht* zusammengefasst wurden.

Item: bonus5_1					
	stimmt		weiß nicht stimmt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺	52	22%	186	78%	238
Nichtteilnehmer B ⁻	16	14,2%	97	85,8%	113
Gesamt	68	19,4%	283	80,6%	351

Tabelle 38: (bonus5_1) – Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden (transformiert)

Die Antworten zeigen, dass die große Mehrheit (80,6%/n=351) der Teilnehmer der Stichprobe der Aussage nicht zustimmt oder nicht weiß ob sie stimmt.

Der Vergleich zwischen den Gruppen B+ und B- ergibt, dass es keinen signifikanten Unterschied (**p=0.09**) zwischen den Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern gibt. Beide Gruppen antworten gleich.

Item *bonus 7* "Ein Bonusprogramm für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK" wurde von insgesamt n=353 TN beantwortet (= 98,8% / von N=357). Die nachfolgende Auswertung bezieht sich auf die Variable bonus7_1, bei der die Antworten *weiß nicht* und *stimmt nicht* zusammengefasst wurden

Item: bonus7_1					
	stimmt		weiß nicht stimmt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺	17	7,6	221	92,4	238
Nichtteilnehmer B ⁻	2	1,7%	113	98,3%	115
Gesamt	19	5,4%	334	94,6	353

Tabelle 39: (bonus7) – Einen Bonus für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK

Die Antworten zeigen, dass die große Mehrheit (94,6%) der Teilnehmer der Stichprobe n=353 der Aussage nicht zustimmt oder nicht weiß, ob sie stimmt.

Hier kann man wegen der geringen Zellenbesetzung bei Nichtteilnehmer (stimmt < 5) keine statistische Signifikanz mit Chi Quadrat nach Pearson berechnen.

Aufgrund der geringen Beantwortungsquote der Fragen zu T_2 und T_3 wurde auf eine Verlaufsanalyse verzichtet.

f) Werden die Sachprämien als attraktiv wahrgenommen?

HYPOTHESE: $0H_{1-3}$

Es gibt keine Unterschiede zwischen den Teilnehmern der Gruppen B^+ und B^- hinsichtlich der Bewertung der Sachprämien.

Zur Überprüfung der Hypothese wurden den Teilnehmern folgende Fragen gestellt:

- T_0 -*bonus111* Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachprämien?
- T_3 – *f4k41* Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachprämien?

Die TN konnten diese Fragen mit einer sechsfach abgestuften Skala von 1 (sehr attraktiv) bis 6 (wenig) beantworten.

Für die Auswertung wurden die Antworten zusammengefasst: sehr attraktiv 1 und 2; mittel 3 und 4; überhaupt nicht attraktiv 5 und 6. Die Anzahl der Teilnehmer, die diese Frage beantworten, nimmt zum Zeitpunkt T_3 stark ab. Zum Messzeitpunkt T_0 haben $n=268$ TN die Frage *bonus111* beantwortet (75%/N=357). Zum Messzeitpunkt T_3 haben $n=140$ TN die Frage *f4k41* beantwortet (39,2%/N=357).

Item: bonus111								
	sehr		mittel		überhaupt nicht		n	% von N= 268
Bonusteilnehmer B ⁺	56	27,2%	111	53,8%	39	18,9%	206	76,8
Nichtteilnehmer B ⁻	5	8,1%	36	58,0%	21	33,9%	62	23,1
Gesamt	61	22,8%	147	54,9%	60	22,3%	268	100
Item: f4k41								
	sehr		mittel		wenig		n	% von N=140
Bonusteilnehmer B ⁺	22	19%	56	48,3%	38	32,7%	116	82,8
Nichtteilnehmer B ⁻	6	25%	9	37,5%	9	37,5%	24	17,2
Gesamt	28	20%	65	46,4%	47	33,6%	140	100

T₀: p=0.02 **

T₃: p=0.60 ns (Chi Quadrat Test nach Pearson)

Tabelle 40: (bonus111 und f4k41)- Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?

Zum Zeitpunkt T₀ fanden deutlich mehr Bonusteilnehmer als Nichtteilnehmer, dass die Sachprämien der TK attraktiv sind. Die Unterschiede bei der Bewertung zwischen den Gruppen B⁺ und B⁻ waren höchst signifikant (**p=0.01****).

Zum Zeitpunkt T₃ war der Unterschied zwischen den Gruppen B⁺ und B⁻ nicht mehr signifikant (**p=0.60**). Für den Zeitpunkt T₃ kann die Nullhypothese nicht abgelehnt werden. Aufgrund der geringen Zellenbesetzung kann das Ergebnis lediglich als Tendenz gelten.

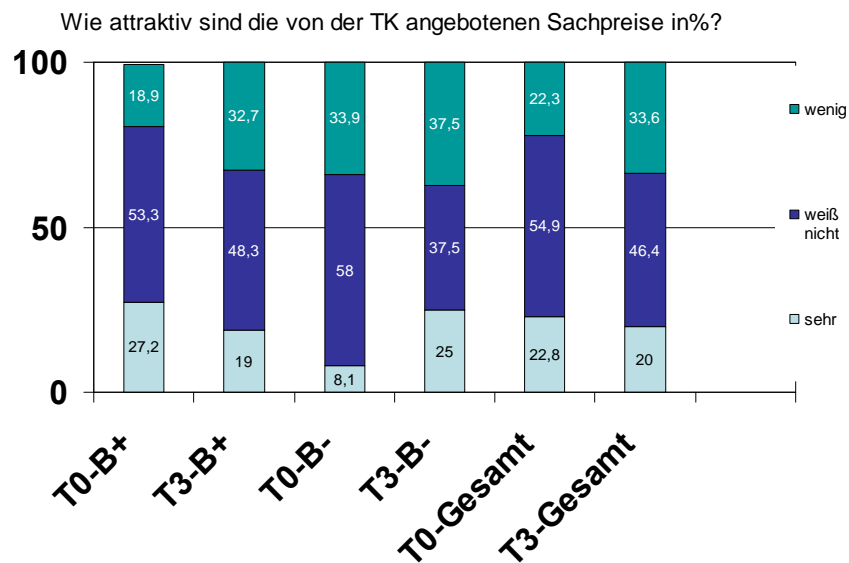


Abbildung 42: Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?

g) Wird die TK aufgrund der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten attraktiv?

HYPOTHESE: 0H₁₋₄

Die Attraktivität der TK als Krankenkasse steigt bei B⁺ und B⁻ aufgrund der Bonifizierung nicht.

Zur Überprüfung der Hypothese wurden den Teilnehmern Fragen zu zwei Messzeitpunkten gestellt.

- T₀ – *bonus112*: Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?
- T₃ – *f4k42*: Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?

Die TN konnten diese Fragen auf einer Skala von 0 bis 6 beantworten.

Zum Messzeitpunkt T₀ haben 286 TN (80,1% / N=357) die Frage *bonus112* beantwortet. Zum Messzeitpunkt T₃ haben 139 TN / von N=385 die Frage *f4k42* beantwortet (36,1 %).

Item: bonus112							
	Sehr		weiß nicht		wenig		n
Bonusteilnehmer B ⁺	87	39,7%	92	42,0%	40	18,3%	219
Nichteilnehmer B ⁻	15	22,4%	27	40,3%	25	37,3%	67
Gesamt	102	35,6%	119	41,7%	65	22,7	286
Item: f4k42							
	Sehr		weiß nicht		wenig		n
Bonusteilnehmer B ⁺	25	21,7%	53	46,1%	37	32,2%	115
Nichteilnehmer B ⁻	5	20,8%	11	45,9%	8	33,3%	24
Gesamt	30	21,6%	64	46,0%	45	32,4%	139

T₀: (p=0.02**)

T₃: (p=0.99 ns) Chi Quadrat nach Pearson

Tabelle 41: (bonus 112 und f4k42): Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?

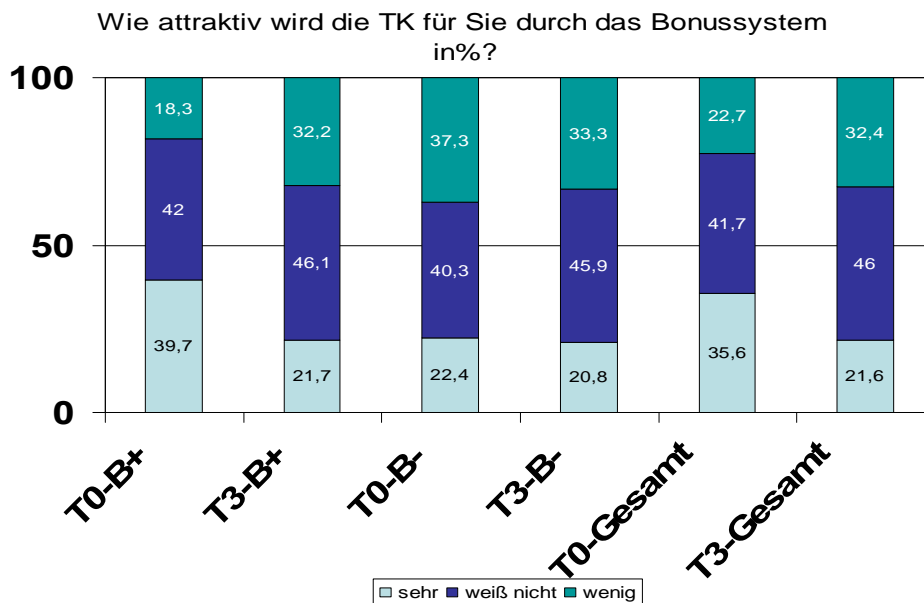


Abbildung 43: Wie attraktiv wird die TK für Sie durch das Bonussystem?

35,6% (n=102) aller Teilnehmer (Stichprobe n=286) beurteilen das Bonifizierungsangebot zum Messzeitpunkt T₀ positiv. Diese Einschätzung verändert sich zu Messzeitpunkt T₃.

Zum Zeitpunkt T_0 fanden deutlich mehr ($n=87$) Bonusteilnehmer als Nichtteilnehmer ($n=15$), dass die TK durch das Bonussystem attraktiv wird. Die tendenziell bessere Beurteilung durch die Gruppe der Bonusteilnehmer im Vergleich zur Gruppe der Nichtteilnehmer war zum Zeitpunkt T_0 hoch signifikant ($p=0.02^{**}$).

Zum Messzeitpunkt T_3 waren es nur noch 21,6% der antwortenden Kursteilnehmer ($n=139$), die das Programm positiv beurteilen. Die Zellenbesetzung zum Zeitpunkt T_3 lässt lediglich eine tendenzielle Interpretation zu. Zum Zeitpunkt T_3 war der Unterschied zwischen den Gruppen B^+ und B^- nicht mehr signifikant ($p=0.99$).

h) Nutzen Teilnehmer des TK-Bonusprogramms auch andere Rabattsysteme?

HYPOTHESE: $0H_{2-1}$

Nutzer des TK-Bonusprogramms (B^+) benutzen andere Bonus- oder Rabattsysteme nicht häufiger als Kursteilnehmer, die das TK-Bonusprogramm nicht nutzen (B^-).

Zur Überprüfung der Hypothese wurde den Teilnehmern zum Zeitpunkt T_0 folgende Frage gestellt:

- T_0 -bonus2: Nutzen Sie andere Bonus- oder Rabattsysteme?

Die Kursteilnehmer hatten die Möglichkeit mit ja oder nein zu antworten. Insgesamt haben $n=350$ (=98%/ $N=357$) Kursteilnehmer die Frage beantwortet. Davon waren 237 TN Nutzer des TK-Bonusprogramms (=68%). 113 TN (=32%) nutzten das TK-Bonusprogramm nicht.

bonus2						
	Ja	%	nein	%	n 237	% von N=350
Bonusteilnehmer B ⁺	100	42,2	137	57,8	237	67,7
Nichtteilnehmer B ⁻	35	31	78	69	113	32,3
Gesamt	135	38,5	215	61,4	350	100

T₀: (p=0.04*) Qi Quadrat nach Pearson

Tabelle 42: (bonus 2)– Nutzen Sie andere Bonus- oder Rabattsysteme?

42,2% der Kursteilnehmer, die auch Bonusteilnehmer sind, beantworteten die Frage *bonus2* mit *ja*. Hingegen waren es nur 31% der Nichtteilnehmer am TK-Bonusprogramm, die auch andere Bonus- oder Rabattsysteme nutzen.

Kursteilnehmer der Gesamtkohorte, die zur Gruppe der Bonusteilnehmer gehören, nutzen signifikant (**p=0.04***) häufiger andere Bonusprogramme.

i) War die Bonifizierung ausschlaggebend für die Kursanmeldung?

HYPOTHESE: 0H₂₋₂

Der Bonus ist nicht ausschlaggebend für die Kursanmeldung. Die TN der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich in ihrer Einstellung nicht.

Zur Überprüfung der Hypothese wurden den Teilnehmern zum Zeitpunkt T₀ folgende Fragen gestellt:

- T₀– *bonus114*: Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?
- T₀– *bonus117* Wie sehr ist der Bonus ausschlaggebend für die Kursanmeldung?

Die Frage *bonus114* wurde von insgesamt n=289 TN (=75%/N=385) beantwortet. Davon sind 218 TN (= 75%) Teilnehmer des TK-Bonusprogramms und 71 TN (=24%) Nichtteilnehmer.

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit die Fragen mit einer sechsfach abgestuften Skala (1 =sehr bis 6 =wenig) zu beantworten. Für die Auswertung

wurden die Antworten zusammengefasst: sehr 1 und 2; mittel 3 und 4 überhaupt nicht 5 und 6.

bonus114		sehr		Mittel / weiß nicht		überhaupt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺		92	42,2%	91	41,7%	35	16,1%	218
Nichtteilnehmer B ⁻		17	23,9%	24	33,9%	30	42,2%	71
Gesamt		109	37,7%	115	39,8%	65	22,5%	289

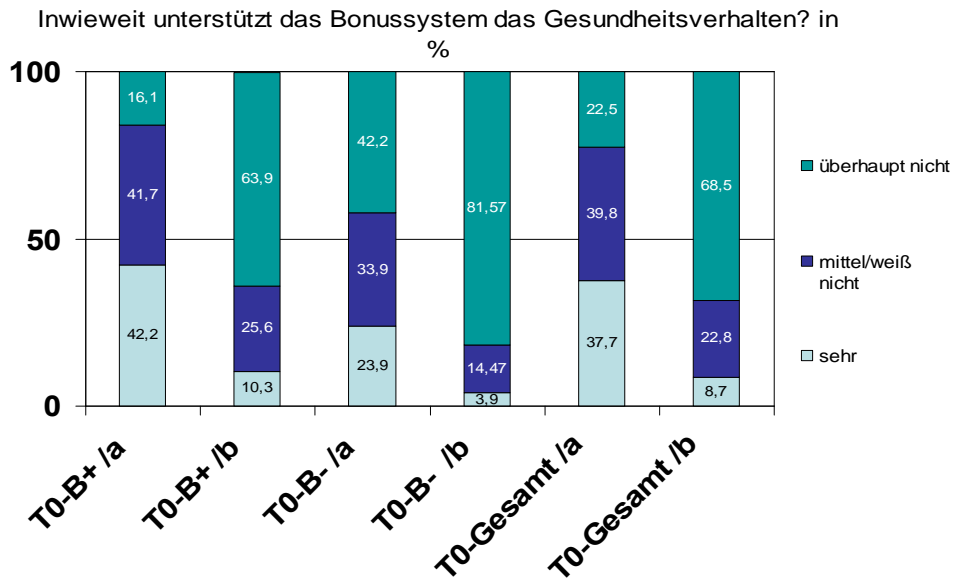
p=0.00 *** Chi Quadrat nach Pearson

Tabelle 43: (bonus114): Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?

42,2% der Kursteilnehmer aus der Gruppe der Bonusteilnehmer (n=218) gibt an, dass der Bonus sie dabei unterstützt, etwas für ihre Gesundheit zu tun. In der Gruppe der Nichtteilnehmer (n=71) sind es nur rund 24%. Dieses Ergebnis war zu erwarten, da Nichtteilnehmer kaum eine Unterstützung von einem Bonusprogramm empfinden können.

Dennoch sind es 16,1% der Bonusteilnehmer, die nicht davon ausgehen, dass ein solches Programm sie dabei unterstützt, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Diese Gruppe der Bonusteilnehmer nutzt das Bonusprogramm, zweifelt aber gleichzeitig dessen Wirkung an.

Der Unterschied zwischen den Teilnehmern der Gruppen B⁺ und B⁻ ist höchst signifikant (**p=0.00*****), d.h. die Nichtteilnehmer des Bonusprogramms geben häufiger an, dass ihre Gesundheitsaktivitäten durch den Bonus eher nicht oder gar nicht unterstützt werden.



a=Inwieweit unterstützt das Bonussystem dabei etwas für die Gesundheit zu tun?
b=Inwieweit war das Bonussystem ausschlaggebend für die Kursanmeldung?

Abbildung 44: Inwieweit unterstützt das Bonussystem das Gesundheitsverhalten

Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?

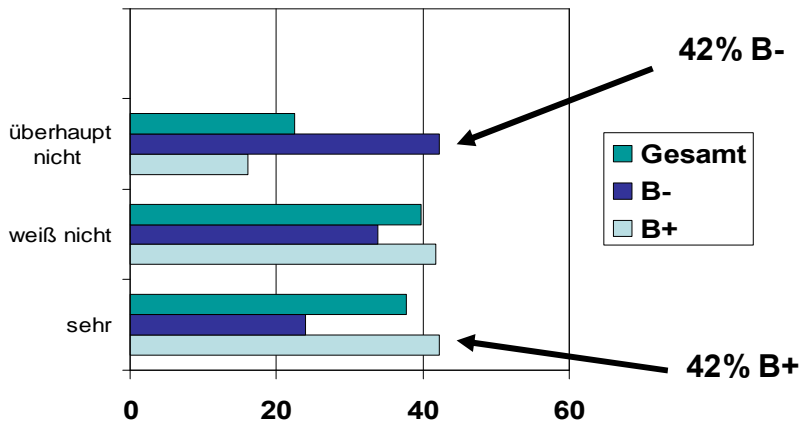


Abbildung 45: Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun

Die Frage *bonus117*, wie ausschlaggebend der Bonus für die Kursanmeldung ist, konnte ebenfalls auf einer sechsfach abgestuften Skala (1= sehr bis 6 = wenig)

beantwortet werden. Für die Auswertung wurden die Antworten zusammengefasst: sehr: 1 und 2; mittel: 3 und 4 überhaupt nicht: 5 und 6. Die Frage wurde von n=298 Kursteilnehmern (=83,4%/ N=357) beantwortet. Davon waren 222 TN (=74,4%) Bonusteilnehmer und 76 TN (=25%) Nichtteilnehmer.

bonus117		sehr		mittel weiß nicht		überhaupt nicht		n
Bonusteilnehmer B ⁺	23	10,3%	57	25,6%	142	63,9%	222	
Nichtteilnehmer B ⁻	3	3,9%	11	14,47%	62	81,5%	76	
Gesamt	26	8,7%	68	22,8%	204	68,5%	298	

Tabelle 44: (bonus117) – Wie sehr ist der Bonus ausschlaggebend für Ihre Kursanmeldung?

Wie sehr war die Bonifizierung ausschlaggebend für Ihre Kursanmeldung?

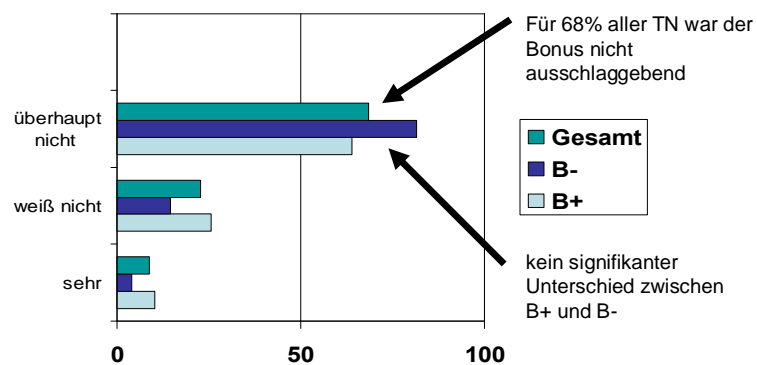


Abbildung 46: Wie sehr war die Bonifizierung ausschlaggebend für Ihre Kursanmeldung?

Die Mehrzahl (68,5%) der TN (n=298) gibt an, dass der Bonus nicht ausschlaggebend für die Kursanmeldung war.

Nur eine kleine Gruppe von Teilnehmern gibt an, dass der Bonus Einfluss auf ihre Kursanmeldung genommen hat.

8,7% (n=26) aller Kursteilnehmer (n= 298) antworten zum Messzeitpunkt T_0 auf einer sechsfach abgestuften Skala mit 1 oder 2. Sie gaben an, dass der Bonus ausschlaggebend für die Kursanmeldung war.

Dieses Ergebnis zeigt allenfalls eine Tendenz.

Aufgrund der geringen Zellbesetzung und der extremen Schiefverteilung der Häufigkeiten in den Zellen kann keine Gleichverteilung zwischen den Gruppen Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer ermittelt werden.

j) War die Höhe der Bonuspunkte ausschlaggebend für die Kursanmeldung?

HYPOTHESE: H_{2-3}

Die Bonushöhe ist nicht ausschlaggebend für die Kurswahl. Es gibt keine Unterschiede zwischen Nordic-Walkern (1000 Bonuspunkte) und Nordic-e-Walkern (1500 Bonuspunkte).

Zur Überprüfung der Hypothese wurde den Kursteilnehmern, die zum Zeitpunkt T_0 auch Bonusteilnehmer sind, folgende Frage gestellt. Diese Frage bezieht sich auf die Zuordnung der Kursteilnehmer auf die beschriebenen Kohorten Walking und Nordic-e-Walking. Während die Teilnehmer ohne Coaching 1000 Bonuspunkte erhielten, konnten die Teilnehmer mit Coaching 1500 Bonuspunkte erwerben.

- T_0 – *bonus118* Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl?

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit mit einer sechsfach abgestuften Skala zu antworten (1= sehr bis 6 = wenig). Für die Auswertung wurden die Antworten zusammengefasst: sehr 1 und 2; mittel 3 und 4 überhaupt nicht 5 und 6.

Da es sich nunmehr um den Vergleich zwischen den Kohorten Walking und Nordic-e-Walking handelt, ist bei der Berechnung der prozentualen Beantwortung der Frage *bonus118* N=385 zugrunde zu legen. Insgesamt wurde die Frage von n=221 Kursteilnehmern beantwortet (57,4%/ N=385). Davon

gehörten 114 TN (51,6%/ n=221) dem Kurs mit 1000 Bonuspunkten (Walking / Nordic-Walking) und 107 TN (48,4% /von n=221) dem Kurs mit 1500 Bonuspunkten (Nordic-e-Walking) an.

bonus118							
Gruppe	sehr		mittel weiß nicht		überhaupt nicht		n
Walker (nf1)	12	10,5%	27	23,7%	78	68,4%	114
e-Walker (ef1)	6	5,6%	26	24,3%	75	70,1%	107
Gesamt	15	6,8%	53	24%	153	69,2%	221

(p=0.796)

Tabelle 45: (bonus118) Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl?

10,5% (n=12) der TN aus der Gruppe der Walker (1000 Punkte) gaben an, dass die Bonushöhe entscheidend für die Kurswahl war. Bei den Nordic-e-Walkern (1500 Punkte) waren 5,6% (n=6) der TN. Sie antworteten mit 1 oder 2 auf der sechsstufigen Skala.

Die Mehrzahl (68,4%; n=78) der Teilnehmer in der Gruppe der Walker gab an, dass die Bonuspunkte nicht entscheidend für die Kurswahl war. Sie antworteten mit 5 oder 6 auf der sechsstufigen Skala. Bei den e-Walkern (1500) Punkte gaben 70,1% (n=75) der Teilnehmer an, dass die Bonuspunkte nicht entscheidend für die Kurswahl waren.

Es gibt hinsichtlich der überprüften Variable *bonus118* keinen signifikanten (**p=0.796**) Unterschied zwischen den Teilnehmern in der Gruppe der Walker (nf1) und den e-Walkern (ef1). Die Bonushöhe scheint sich demzufolge nicht auf die Kurswahl der Bonusteilnehmer ausgewirkt zu haben.

k) Motivieren die Bonuspunkte zum Dabeibleiben?

HYPOTHESE: H_{2-4}

Die Bonuspunkte motivieren nicht zum "Dabeibleiben"; Walker (1000 Punkte) und e-Walker (1500 Punkte) unterscheiden sich nicht.

Zur Überprüfung der Hypothese wurde den Teilnehmern zum Zeitpunkt T_0 folgende Frage gestellt:

- T_0 – *bonus110* Wie sehr motivieren die Bonuspunkte dabei zu bleiben?

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit mit einer sechsfach abgestuften Skala zu antworten (1= sehr bis 6 wenig). Für die Auswertung wurden die Antworten zusammengefasst: sehr 1 und 2; mittel 3 und 4 überhaupt nicht 5 und 6.

Insgesamt wurde die Frage *bonus110* von $n=219$ (= 56,8%) Kursteilnehmern beantwortet. Davon gehörten 52% ($n=114$ / von $n=219$) der TN dem Kurs mit 1000 Bonuspunkten (Walking / Nordic-Walking) und 47,9% ($n=105$ von $n=219$) der TN dem Kurs mit 1500 Bonuspunkten (Nordic-e-Walking) an.

bonus110							
Gruppe	sehr		mittel weiß nicht		Überhaupt nicht		n
nwf1	34	29,8%	43	37,7%	37	32,5%	114
ef1	26	24,8%	34	32,4%	45	42,8%	105
Gesamt	60	27,4%	77	35,2%	82	37,4%	219

Unterschied zwischen Walker und e-Walker ($p=0.28$ ns)

Tabelle 46: (*bonus110*) Wie sehr motivieren die Bonuspunkte dabei zu bleiben?

In beiden Gruppen überwiegt die Meinung, dass der Bonus nicht motiviert, dabei zu bleiben.

29,8% ($n=34/n=114$) der TN aus der Gruppe der Walker (1000 Punkte) gaben an, dass die Bonushöhe motiviert "dabei zu bleiben". Bei den Nordic-e-Walkern (1500 Punkte) waren es 24,3% ($n=26/n=105$) der TN. Sie antworteten mit 1 oder 2 auf der sechsstufigen Skala.

Es gibt hinsichtlich der überprüften Variable *bonus110* zwischen den Teilnehmern der beiden Gruppen keinen signifikanten Unterschied ($p=0.28$).

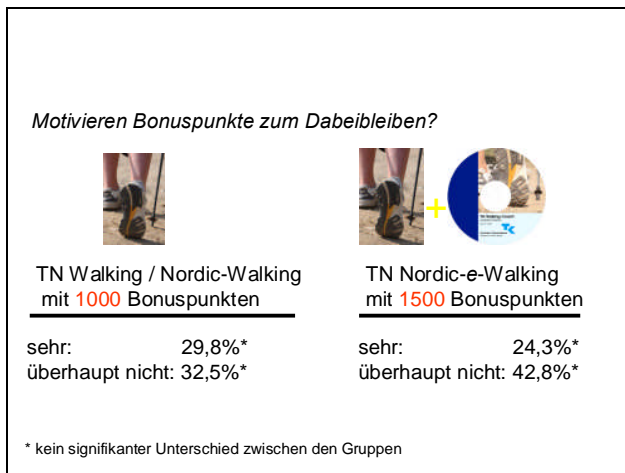


Abbildung 47: Einfluss der Bonushöhe auf die Nachhaltigkeit

I) Werden die erwünschten Zielgruppen durch Bonifizierung erreicht? – Neo-big- Five

HYPOTHESE: 0H₃₋₁ – NEO

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades der fünf Persönlichkeitsmerkmale Neurotizismus, Extraversion, Offenheit, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit.

Zur Überprüfung der Hypothese hatten die Kursteilnehmer 240 Items (NEO-PI-R) zu beurteilen. Auf einer fünffach abgestuften Skala konnten sie ihre Zustimmung bzw. Ablehnung zu den Aussagen geben. Beim Vergleich der Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ werden die berechneten Durchschnittswerte für die Facetten Neurotizismus (N), Extraversion GRUPPE, Offenheit (O), Verträglichkeit (V) und Gewissenhaftigkeit (G) zugrunde gelegt.

Die Items wurden von 330 TN (92,4% / N=357) beantwortet. Davon gehörten 214 TN (64,8%/ n=330) der Gruppe B⁺ und 116 TN (30,1% /n=330) der Gruppe B⁻ an.

Abhängige Variable		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Neurotizismus – Durchschnitt	Kontrast	,521	1	,521	1,310	,253	,004
	Fehler	141,332	355	,398			
Extraversion – Durchschnitt	Kontrast	,132	1	,132	,610	,435	,002
	Fehler	76,648	355	,216			
Offenheit – Durchschnitt	Kontrast	,084	1	,084	,354	,552	,001
	Fehler	84,382	355	,238			
Verträglichkeit – Durchschnitt	Kontrast	,087	1	,087	,601	,439	,002
	Fehler	51,425	355	,145			
Gewissenhaftigkeit - Durchschnitt	Kontrast	,584	1	,584	3,011	,084	,008
	Fehler	68,803	355	,194			

Tabelle 47: Univariate Vergleiche aus der multivariaten Varianzanalyse (NEO), Gruppe B+ und B-

Die Vergleiche beider Gruppen auf den einzelnen Variablen des NEO-Fragebogens ergeben keine Gruppenunterschiede. Der auf der Variable Gewissenhaftigkeit ausgewiesene Wert von $p=0,08$ erlaubt eine trendhafte Aussage. Für die Bonusteilnehmer wurden tendenziell höhere Werte in der Ausprägung Gewissenhaftigkeit ermittelt. Der Trend ($B+ = 2,9$ vs. $B- = 2,81$) ist wohl auf die Größe der Stichproben zurückzuführen (siehe Partielles Eta-Quadrat 0,008)

m) Werden die erwünschten Zielgruppen durch Bonifizierung erreicht? – Selbstwertschätzung

HYPOTHESE: $H_{3-2-SWS}$

Die Teilnehmer der Gruppen B^+ und B^- unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades des Gesamtselfwertes mit seinen Facetten.

Messzeitpunkte	T_0				
	B^+		B^-		P (Zusammenhang linear mit linear)
	N	M	N	M	
Allgemeine SWS	240	3,42	116	3,37	0.51
SWS Physische Attraktivität	240	3,45	116	3,40	0.53
Emotionale SWS	240	3,19	116	3,10	0.18

Körperbezogene SWS	240	3,65	116	3,58	0.19
Soziale SWS-Sicherheit im Kontakt	240	3,02	116	3,04	0.88
Soziale SWS-Umgang mit Kritik	240	3,20	116	3,12	0.55
Leistungsbezogene SWS	240	4,24	115	4,24	0.88
SWS Sportlichkeit	240	3,86	116	3,76	0.13

M= Mittelwert

Tabelle 48: Mittelwert - Selbstwertschätzung

Die Ausgangswerte der Selbstwertschätzung sind für alle Facetten bei beiden Gruppen B⁺ und B⁻ nahezu gleich. Signifikante Unterschiede zwischen Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern zeigen sich nicht.

Die Hypothese **0H_{3-2-SWS}** lässt sich nicht ablehnen.

n) Werden die erwünschten Zielgruppen durch Bonifizierung erreicht? – Selbstwirksamkeit

HYPOTHESE: 0H_{3-3 SSA}

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Selbstwirksamkeit.

Grundlage für die nachfolgende faktorenanalytische Überprüfung der zugrunde liegenden Faktorenstruktur und den anschließenden Reliabilitätsberechnungen nach Cronbachs' Alpha bilden N=385 Probanden.

Die Überprüfung der Selbstwirksamkeitsskala von Schwarzer (SSA) durch eine Hauptkomponentenanalyse ergab für die Gesamtkohorte eine ähnliche Faktorenstruktur wie bei Schwarzer (vgl. Tabelle 25). Für die einzelnen Skalen ergaben sich Reliabilitäten nach Cronbachs' Alpha.

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,830	,839	5

Tabelle 49: Skala 1 Reliabilitätsstatistik

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,764	,766	3

Tabelle 50: Skala 2 Reliabilitätsstatistik

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,655	,655	4

Tabelle 51: Skala 3 Reliabilitätsstatistik

Die geringeren Reliabilitäten für die Faktoren 2 und 3 sind auf die geringe Anzahl von Items zurückzuführen. Aufgrund der geringen Anzahl von Items in der Skala können nur inhaltliche Tendenzen aufgezeigt werden und müssen in weiteren Untersuchungen mit anderen Erhebungsinstrumenten näher analysiert werden.

Die Items zur Selbstwirksamkeit nach Schwarzer wurden von insgesamt n=355 TN (=99,4%/N=357) beantwortet. Davon sind 218 TN (= 75%) Teilnehmer des TK-Bonusprogramms und 71 TN (=24%) Nichtteilnehmer.

Die Teilnehmer hatten die Möglichkeit die Fragen mit einer sechsfach abgestuften Skala (1 =sehr bis 6 =wenig) zu beantworten. Für die Auswertung wurden die Antworten zusammengefasst: sehr: 1 und 2; mittel: 3 und 4, überhaupt nicht; 5 und 6.

Teilnahme am Bonusprogramm	B ⁺			B ⁻			p
	N	M	s(x)	N	M	s(x)	
SSA psychische Befindlichkeit	240	5,14	1,20	115	5,12	1,19	0.89
SSA soziale Bedingungen	240	3,16	1,50	115	2,98	1,46	0.26
SSA äußere Umstände	240	5,07	1,19	115	4,98	1,22	0.50

Tabelle 52: Mittelwert und Streuung und multivariate Signifikanzprüfung der Mittelwertsunterschiede auf den Selbstwirksamkeitskomponenten nach Fuchs, Schwarzer (1994b)

Die Hypothese kann nicht abgelehnt werden. Es gibt zwischen den Gruppen Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Selbstwirksamkeitsausprägung nach Fuchs, Schwarzer (1994b).

o) Werden die erwünschten Zielgruppen durch Bonifizierung erreicht? – Lageorientierung vs. Handlungsorientierung

HYPOTHESE: 0H₃₋₄ hakemp

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich Handlungs- vs. Lageorientierung.

Teilnahme am Bonus	B ⁺			B ⁻			p
	N	M	s(x)	N	M	s(x)	
Hakemp 90							
HO-Gesamtwert	220	7,09	3,08	111	6,42	3,18	0.067

Tabelle 53: Auswertung Hakemp90: Handlungs- vs. Lageorientierung

Die Auswertung zeigt, dass die Bonusteilnehmer dem Trend nach handlungsorientiert sind. Dies ist in weiteren Studien zu überprüfen.

p) Werden die erwünschten Zielgruppen durch Bonifizierung erreicht? – generalisierte Motivation

HYPOTHESE: $0H_{3-5}$ MGM

Die Teilnehmer der Gruppen B⁺ und B⁻ unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer generalisierten Motivation.

Die Motivationsskalen nach Vallerand wurden zum Zeitpunkt T₀ abgefragt.

Sie wurden durch eine Hauptkomponentenanalyse überprüft. Daraus ergab sich für die zugrunde liegende Gesamtstichprobe (N=385) eine neue Faktorenstruktur. Für die einzelnen Dimensionen wurden Reliabilitäten zur Überprüfung der inneren Konsistenz nach Cronbachs' Alpha berechnet.

Aus diesem Grunde ergibt sich eine Neuzusammenstellung der Motivationsitems wie folgt:

Im Allgemeinen tue ich Dinge weil, ...

1) Neugier (intrinsisch motiviert)

- a) ..., weil ich gerne interessante Entdeckungen mache
- b) ..., weil es mich freut zu erleben wie ich immer mehr (Fach-) Wissen erlange
- c) ..., aus Freude, mir neues Wissen anzueignen
- d) ..., aus Freude, die ich verspüre, wenn ich das beherrsche, was ich tue
- e) ..., aus Freude daran, neue Dinge zu erlernen
- f) ..., weil ich mich in Dinge einbringen will, die mir wichtig sind
- g) ..., weil ich gerne verschiedene interessante Sachen lerne

2) Streben nach Anerkennung (extrinsisch motiviert)

- a) ..., weil ich bestimmte Personen nicht enttäuschen möchte
- b) ..., um mir selbst zu helfen, die Person zu werden, die ich gern sein möchte
- c) ...,weil ich von bestimmten Menschen positiver gesehen werden will
- d) ...,weil ich mich andererseits schuldig fühlen würde, wenn ich sie nicht täte
- e) ...,um anderen zu zeigen, wozu ich fähig bin
- f) ..., weil es mich zufrieden macht, wenn ich versuche mich selbst zu übertreffen

3) Unlust (unmotiviert)

- a) ..., weil ich mich selbst ohrfeigen würde, wenn ich sie nicht täte
- b) ..., obwohl ich nicht den Nutzen in dem sehe, was ich tue
- c) ..., obwohl es keinen Unterschied macht, ob ich es tue oder nicht
- d) ..., obwohl ich gar keinen besonderen Grund habe, diese zu tun,
- e) ..., obwohl ich glaube, dass sie nicht die Mühe wert sind

4) Genuss, Selbstbelohnung (intrinsisch motiviert)

- a) ..., um angenehme Gefühle zu empfinden
- b) ..., aufgrund des Wohlbefindens, das ich empfinde, während ich das tue
- c) ..., wegen der angenehmen Gefühle, die ich spüre, wenn ich diese Dinge tue
- d) ..., weil ich mich gut dabei fühle

	M	s(x)	Chronbachs alpha	N
Neugier	43,7	7,09	.862	372
Anerkennung	28,74	7,32	.736	367
Unlust	17,11	5,99	.750	369
Genuss Selbstbelohnung	20,55	4,65	.803	370

Tabelle 54: Reliabilität (Chronbachs Alpha) für Generalisierte Motivation

Die mit der Reliabilitätsanalyse ermittelten Werte für Cronbachs Alpha bestätigen die inhaltliche Konsistenz der Items.

In den Vergleich zwischen den Gruppen Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer wurden insgesamt 335 / N= 357 Kursteilnehmer einbezogen (93,8%). Davon nahmen 228 Kursteilnehmer (68%) am Bonusprogramm teil und 107 (32%) nahmen nicht am Bonusprogramm teil.

Die multivariate Varianzanalyse mit den abhängigen Variablen Neugier, Anerkennung, Unlust und Genuss ergab keine univariaten signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen B⁺ und B⁻ (vgl. Tabelle 58).

	Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms	Mittelwert	Standardabweichung	N
Neugier	ja	44,0526	6,94705	228
	nein	43,3645	7,29486	107
	Gesamt	43,8328	7,05637	335
Anerkennung	ja	22,2281	7,11954	228
	nein	21,2804	7,51200	107
	Gesamt	21,9254	7,24943	335
Unlust	ja	13,2632	5,17798	228
	nein	14,1308	5,14155	107
	Gesamt	13,5403	5,17456	335
Genuss	ja	15,7719	2,77031	228
	nein	15,7757	2,63256	107
	Gesamt	15,7731	2,72313	335

Tabelle 55: Mittelwert und s(x) für generalisierte Motivation

	F	df1	df2	Signifikanz
Neugier	,006	1	333	,939
Anerkennung	,317	1	333	,574
Unlust	,401	1	333	,527
Genuss	,002	1	333	,960

Tabelle 56: Levene Test der Fehlervarianzen für generalisierte Motivation

Die Ergebnisse zeigen, dass es zwischen den Kovarianzmatrizen der beiden Gruppen keine signifikante Abweichung gibt (siehe Tabelle 58).

Box-M-Test	5,631
F	,554
df1	10
df2	210811,24
	3
Signifikanz	,852

Tabelle 57: Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
bonus8	Neugier	34,485	1	34,485	,692	,406	,002
	Anerkennung	65,405	1	65,405	1,245	,265	,004
	Unlust	54,827	1	54,827	2,054	,153	,006
	Genuss	,001	1	,001	,000	,991	,000

Tabelle 58: Unterschiede zwischen B⁺ und B⁻

C7 Diskussion der empirischen Analyse

a) Arbeitshypothese 1

Für die untersuchten Kohorten konnten keine Unterschiede hinsichtlich der demographischen Merkmale in den Gruppen der Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer ermittelt werden.

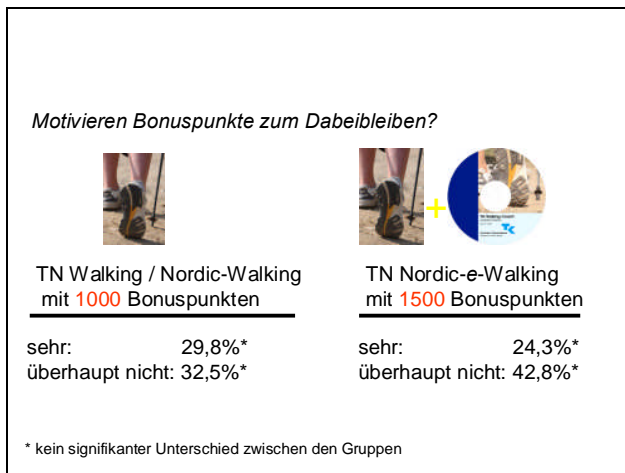
Die große Mehrzahl der Probanden (67,8%) kannte das Bonusprogramm vor Kursbeginn. Dies kann damit zusammenhängen, dass die Teilnehmer eines Gesundheitskurses offensichtlich gut über das TK-Angebot informiert sind. Dies entspricht den bisherigen Erfahrungen mit Kursteilnehmern, nach denen von der TK versicherte Teilnehmer solcher Angebote eher informiert sind über das Leistungsspektrum ihrer Kasse.

Der kleinere Teil (32%) der Kursteilnehmer kam ohne Information über das Bonusprogramm in den Kurs. Interessant ist, dass 47,65 % - also knapp die Hälfte der Nichtteilnehmer am Bonusprogramm- eine Information über das Programm hatten. Die Information über das Programm reicht folglich nicht aus, um auch einen Anreiz zur Teilnahme zu schaffen. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe trotz der Information über die Bonifizierung aus anderen Motiven heraus am Kurs teilnimmt.

Hinsichtlich Alter, Geschlecht und Schulbildung spiegeln die Teilnehmer des Kurses, die eine Angabe über die Bonifizierung gemacht haben, die Verteilung in anderen Kursen bei der TK wieder. Das Angebot wird mehrheitlich von Frauen und Personen der Altersgruppe 40 – 50 wahrgenommen.²⁵³ Auch hinsichtlich Schulbildung entspricht die Aufteilung in den Kursen Nordic-Walking und Nordic-e-Walking der Verteilung in anderen Gesundheitskursen. Der Vergleich zwischen den Gruppen B⁺ und B⁻ zeigte lediglich für die Frage nach der Bekanntheit des Programms vor Kursbeginn einen signifikanten Unterschied.

Dies ist aber keine Besonderheit. Es erscheint folgerichtig, dass bei Kursbeginn mehrheitlich die Bonusteilnehmer vor Beginn des Kurses über das Angebot informiert waren. Ein allgemeiner Rückschluss auf den Bekanntheitsgrad des Bonusprogramms lässt sich aus dieser errechneten Signifikanz nicht ziehen.

²⁵³ vgl. Auer, Knaack, Hildebrandt, 2003



I) Arbeitshypothese 2

Zu Beginn des Kurses gehen die Bonusteilnehmer signifikant häufiger davon aus, dass die TK das erste Bonusprogramm für Krankenkassen entwickelt hat. Die Interpretation des Ergebnisses muss vorsichtig erfolgen. Es kann nicht der Schluss gezogen werden, dass diese Aussage aufgrund eines gelungenen Marketings zustande kam. Da in der öffentlichen Berichterstattung zwischen Selbstbehalten und Bonusangeboten nicht eindeutig unterschieden wird, können Effekte infolge der Berichterstattung durch die Medien das Ergebnis beeinflussen haben.

Wichtig ist die Erkenntnis, dass die Kunden des Programms tendenziell ein solches Angebot als etwas "Besonderes" eingestuft und dieses Angebot als Engagement der TK bewertet haben. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutung des Bonifizierungsangebotes für die Kundenbindung.

Die große Mehrheit der Kursteilnehmer geht nicht davon aus, dass die TK völlig frei ist bei der Gestaltung ihres Angebotes. Positiv ausgedrückt: die Kunden schätzen richtig ein, dass die TK an Vorgaben gebunden ist.

Ungünstig bei der Interpretation wirkt sich aus, dass das zugehörige Item (*Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden*) negativ formuliert wurde.

Obwohl die Mehrheit der Teilnehmer davon ausgeht, dass die TK die erste Kasse mit Bonusprogramm ist, spricht sich nur ein geringer Teil (5,4%) der Teilnehmer eindeutig für die Annahme aus, dass die TK die einzige Kasse mit Bonifizierung ist. Zwischen der positiven Bewertung "die TK ist die erste" und der

Bewertung "die TK ist die einzige" scheint kein Zusammenhang zu bestehen. Wegen der geringen Zellenbesetzung kamen nur deskriptive Verfahren zur Anwendung. Das Ergebnis lässt sich lediglich als Tendenz interpretieren.

Die Frage ob die TK durch die Bonifizierung attraktiv wird, lässt sich trotz des hoch signifikanten Unterschieds der Beantwortung bei Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern nur unter Vorbehalt beantworten. Die Beantwortung des Items lässt im Laufe der Studie erheblich nach (80,1% der Kursteilnehmer antworten zur T_0 und 36,1% antworten zu T_3). Auch die Bewertung verändert sich im Laufe der Studie. Während zu Kursbeginn, 39,7% der Bonusteilnehmer der Meinung sind, dass die TK aufgrund der Bonifizierung sehr attraktiv ist, sind es zum Ende der Studie nur noch 21,7%.

Es scheint so zu sein, dass das Angebot der Sachprämien einen Einfluss auf das Image der TK bei ihren Kunden hat. Die im Laufe der Zeit gewonnene Erfahrung der Bonusteilnehmer mit dem zu Kursbeginn noch völlig neuartigem Angebot führt eher zu einer Abnahme der positiven Beurteilung. Auch hier ist eine weitere empirische Überprüfung der ermittelten Tendenz nötig.

m) Arbeitshypothese 3

Auch hinsichtlich der Frage nach der Attraktivität der Sachprämien kann aufgrund der geringen Zellenbesetzung nur eine vorsichtige Interpretation des Ergebnisses erfolgen. Die Bonusteilnehmer bewerteten zum Zeitpunkt des Kursbeginns im Vergleich zu den Nichtteilnehmern die Sachprämien hoch signifikant häufiger als attraktiv. Dies kann daraus resultieren, dass den Nichtteilnehmern, die Sachprämien nicht bekannt waren. Dafür spricht die hohe Zellenbesetzung im mittleren Bereich.

Zum Messzeitpunkt T_3 antworten nur noch rund die Hälfte der Probanden auf das genannte Item. Die festgestellte Abnahme der Attraktivität der Sachprämien im Verlauf der Studie lässt sich deshalb nur als Tendenz einstufen. Danach scheint es so zu sein, dass die Attraktivität der Sachprämien im Laufe der Zeit tendenziell abgenommen hat. Als Grund hierfür kann die wachsende Transparenz von Einlöseschwelle, Aufwand und Wert der Prämien vermutet werden. Diese Interpretation bedarf einer empirischen Überprüfung.

Bezogen auf die Arbeitshypothese 3 kann keine Aussage darüber gemacht werden, ob die Attraktivität der TK durch das Bonussystem steigt. Hierzu ist eine

differenziertere Fragestellung, wie sie auch für andere Kundenbindungssysteme eingesetzt wurde, zu empfehlen (vgl. Glusac, 2006).

TK-Bonusteilnehmer nutzen signifikant häufiger auch andere Bonusprogramme. Dies bestätigt die These, dass es bonusaffine Personen gibt. Es ist zu erwarten, dass diese Personengruppe auch eher bereit sein wird, das Angebot mit anderen zur Kundenbindung dienenden Programmen zu vergleichen.

Hier besteht die Gefahr, dass die beschriebenen rechtlichen Restriktionen, die bei der Gestaltung der Programme zu berücksichtigen sind, dazu führen können, dass die Wirkung auf die Kundenbindung kontraproduktiv ist.

Die wissenschaftliche Erkenntnis, dass Bonusprogramme auf die Kundenbindung einen Einfluss nehmen (vgl. Glusac, 2006 sowie Kapitel A1 dieser Arbeit), ist bei der Gestaltung der Programme zu berücksichtigen. Eine weitere differenzierte empirische Überprüfung dieses Zusammenhangs bei der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten ist notwendig.

n) Arbeitshypothese 4

16,1% der Bonusteilnehmer, gehen nicht davon aus, dass das Bonusprogramm sie dabei unterstützt, etwas für ihre Gesundheit zu tun. Diese Gruppe der Bonusteilnehmer nutzt das Bonusprogramm, zweifelt aber gleichzeitig dessen Wirkung an. Bei den Bonusteilnehmern geht erwartungsgemäß fast die Hälfte (42,2%) davon aus, dass das TK-Programm sie bei ihren Aktivitäten unterstützt. Interessant ist, dass rund ebenso viel Probanden (41,7%) nicht genau wissen ob sie eine Unterstützung empfinden oder die Unterstützung nicht hoch einschätzen. Die Beantwortung des zugehörigen Items ist bei den Gruppen B⁺ und B⁻ unterschiedlich ($p=0.00^{***}$). Es war zu erwarten, dass Personen, die an einem Bonusprogramm teilnehmen grundsätzlich eher davon ausgehen, dass das Programm sie unterstützt. Aufschlussreicher ist deshalb die Frage, ob die Probanden sich durch das Bonusprogramm aktiviert fühlten. Dies würde - wie in der Arbeit beschrieben- der eigentlichen Zielrichtung der Bonifizierung entsprechen.

Die Antworten zeigen, dass Personen, die davon ausgehen, dass der Bonus sie dabei unterstützt, etwas für ihre Gesundheit zu tun, die Bonifizierung nicht unbedingt als Grund für die Kursanmeldung ansehen.

Die Frage nach der Kursanmeldung ist konkreter und stärker am Ziel der Bonifizierungsprogramme orientiert als das allgemeine "etwas für die Gesundheit tun". Während eine große Gruppe (42,2%) der Bonusteilnehmer bereit ist, dies zu bestätigen, sind es bei der konkretisierten Fragestellung nur noch 10,3% der Bonusteilnehmer.

Es besteht also die Tendenz, dass das Bonusprogramm seine gesundheitspolitische Zielsetzung verfehlt. Der Unterschied zwischen den Bonusteilnehmern und Nichtteilnehmern ist signifikant ($p=0.04^*$). Es geben nur 3% der Nichtteilnehmer an, dass das Bonusprogramm den Ausschlag für die Kursanmeldung gegeben habe. Es wäre zu überprüfen, ob dabei die Kommunikation über das Bonusprogramm respektive die Kursübersicht den Ausschlag gegeben hat.

Die Fragestellung, wie der Bonus gestaltet sein muss, damit er zu dem erwünschten Anreiz führt, sollte anhand der vergebenen Bonuspunkte untersucht werden. Dazu wurden wie beschrieben die Gruppen Walking / Nordic-Walking (1000 Bonuspunkte) und Nordic-e-Walking (1500 Bonuspunkte) miteinander verglichen.

Aufgrund der geringen Zellenbesetzung ist auch hier nur eine tendenzielle Interpretation zulässig.

Das Ergebnis liefert keinen Hinweis darauf, dass die Höhe der Punktezahl ausschlaggebend für die Kurswahl war.

Auch somit bestätigt sich die Tendenz, dass das Bonusprogramm keinen großen Einfluss auf die Wahl des Gesundheitsangebotes nimmt.

Da die Bonuspunkte bei den e-Walkern gestaffelt vergeben wurden, 1000 Punkte nach dem Kurs und 500 Punkte nach Beendigung des Coaching, wurde nochmals konkret gefragt, ob die Höhe der Punkte einen Einfluss auf das "Dabeibleiben" genommen habe.

In beiden Gruppen überwiegt die Meinung, dass der Bonus nicht dazu motiviert, dabei zu bleiben. Methodisch nachteilig ist, dass diese Frage nur zu Beginn des Kurses abgefragt wurde. Da sich der Wortlaut der Fragestellung zu Messzeitpunkt T_3 minimal geändert hat, wurde auf die Auswertung zum Messzeitpunkt T_3 verzichtet.

o) Arbeitshypothese 5

Mit der Studie sollte die zentrale Fragestellung untersucht werden, ob mit dem Bonifizierungsangebot gesundheitswissenschaftlich hergeleitete Zielgruppen, die eines extrinsischen Anreizes bedürfen, erreicht werden können.

Untersucht wurden die Parameter Persönlichkeit, Selbstwirksamkeit, Selbstwertschätzung, Lageorientierung vs. Handlungsorientierung und generalisierte Motivation.

Zwischen den beiden Gruppen B⁺ und B⁻ wurden keine Unterschiede festgestellt werden. Die in Kapitel B3 herausgearbeiteten erwünschten Zielgruppen konnten folglich nicht erreicht werden. Es ist demnach nicht zu erwarten, dass mehrheitlich Personen am Bonusprogramm teilnehmen, die eines Anreizes zur sportlichen Aktivität bedürfen. Diese Interpretation wird gestützt durch die Befragung des Sportverhaltens. Die Teilnehmer sind ihrer Struktur nach mehrheitlich an körperlicher Aktivität interessiert, was sich auch in der Wahl des Kurses ausdrückt sowie in der Aussage über ihr eigenständig durchgeführtes Training. Das entspricht mehrheitlich nicht den Empfehlungen für ein effektives Ausdauertraining. Es ist also folgerichtig, dass die Teilnehmer bei bestehenden Trainingserfahrungen sich Impulse – welcher Art auch immer - in einem Kurs einer Krankenkasse holen wollen.

Das Bonusprogramm hat damit seinen Anreiz verfehlt. Es kann davon ausgegangen werden, dass diese Gruppe auch ohne Angebot einer Bonifizierung am Kurs teilgenommen hätte. Es wird empfohlen, die Fragen zur sportlichen Aktivität vor Kursbeginn dauerhaft in die Kursabfrage zu integrieren, um diese Tendenz zu bestätigen.

Bonusteilnehmer sind in ihrer Tendenz etwas handlungsorientierter als Nichtteilnehmer. Auch wenn nur ein tendenzielles Ergebnis vorliegt, dass einer weiteren empirischen Überprüfung bedarf, ist dieser Unterschied nachvollziehbar. Handlungsorientierung führt offensichtlich zu Beginn der Bonuseinführung auch zur Teilnahme am Programm. Hinsichtlich der Kundenbindung ist dieser Trend positiv zu bewerten. Die Zielgruppe "handlungsorientierte Personen" ist an das Unternehmen stärker zu binden, da von dieser Gruppe eine höhere Wechselbereitschaft erwartet wird. Hinsichtlich der Altersverteilung wird jedoch deutlich, dass es sich eher um Zielgruppen

handelt, die zur Versichertengruppe mit einer geringen Wechselbereitschaft in der TK gehören.

p) kritische Bewertung der Studie

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen Tendenzen auf und können nicht als abschließend eingestuft werden.

Wie bereits erwähnt, war die Ausgangssituation für die Erhebung dürftig.

Da bisher die Methode Bonus nicht unter gesundheitswissenschaftlichen Fragestellungen erörtert wurde, hat die Studie einen eher explorativen Charakter eingenommen. Darüber darf auch die Formulierung der Hypothesen vor Beginn der Studie nicht hinweg täuschen. Als nachteilig hat sich erwiesen, dass die Erhebung einer bereits geplanten Studie zugeordnet war. Das hat die Formulierung der Arbeitshypothesen auf die erhobenen Variablen eingeschränkt. Fragen, mit denen die Versicherten das Bonusprogramm der TK beurteilen sollten, sind nicht in die Auswertung für diese Arbeit eingeflossen. Sie beziehen sich ausschließlich auf das Angebot der TK und liefern keine schlüssigen Hinweise für die Umsetzung der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten allgemein. Darüber hinaus haben sie allenfalls deskriptiven Charakter, da die Frageformulierung nicht wie üblich in einer Praestudie getestet wurde.

Die Erhebungsinstrumente, die in die Auswertung eingeflossen sind, wurden hingegen in einer Vorstudie geprüft.

Da sich die Studie auf ein spezielles Handlungsfeld innerhalb der Gesundheitsförderung und Prävention bezieht und dabei wiederum auf ein ausgewähltes Kursangebot für eine bestimmte Versichertengruppe, lassen sich die Ergebnisse nicht verallgemeinern. Die zu treffenden Aussagen haben sich demzufolge der Beschränkung unterzuordnen, dass sie weder eine breite Bevölkerungsgruppe berücksichtigen noch unterschiedliche Interessen der Kursteilnehmer, die sich auf die Wahl der Kurse niederschlägt, einbezieht.

Problematisch bei der Auswertung war die Tatsache, dass die Mehrzahl der Probanden sich für die Teilnahme am Bonusprogramm entschieden hat. Bei zukünftigen Studien ist auf eine bessere "Mischung" der Kohorten zu achten.

Aufgrund der Länge des Fragebogens und aufgrund der Dauer der Studie hat das Antwortverhalten im Laufe der Studie nachgelassen. Aus diesem Grund wurde für jede einzelne Frage das Antwortverhalten angegeben. Die teilweise geringe Zellenbesetzung zeigt, dass ein Ausschlussverfahren aller unvollständig beantworteten Fragebögen nicht in Betracht gezogen werden konnte.

Trotz erheblicher methodischer Bedenken hat sich die Autorin für die Auswertung der vorliegenden Daten entschlossen. Sie geben Hinweise und Orientierung für nachfolgende Erhebungen, die sich nicht nur auf eine Kostenanalyse, sondern auf Ermittlung der Qualifizienz²⁵⁴ beziehen. Damit wird auch die Wirkungsanalyse (Was kann mit dem Bonus erreicht werden?) im Sinne einer Ergebnisevaluation und Qualitätsaspekte im Sinne der Prozessoptimierung (Welcher Bonus ist geeignet? Wie wirkt der Bonus am besten?) berücksichtigt. Ferner ist die Beeinflussung der Motivations- und Volitionsprozesse durch extrinsische Belohnung im Zusammenhang mit der Übernahme von Gesundheitsverhalten weiter zu erforschen. Hierzu macht die Autorin im Kapitel D Vorschläge.

²⁵⁴ Qualifizienz: Kastner (2006) berücksichtigt mit diesem Begriff Effizienz (das Wirksame mit optimalen Ressourcen erreichen), inhaltliche Werte und instrumentelle Aspekte (welches Vorgehen ist ökonomisch). Damit vereint Kastner Effektivität, die sich auf die Qualität und Wirkung bezieht (Günthert, 1996) mit der Effizienz. Kastner berücksichtigt dabei, dass Wirkung und Qualität voneinander zu unterscheidende Aspekte in einem Prozess und bei einer Ergebnisbeurteilung sind. Kastner schlägt vor, bei der Beurteilung wertschöpfender Prozesse den Mitteleinsatz, die Qualität und die Wirkung zu berücksichtigen. Auf dieser Grundlage lassen sich beispielsweise auch ethische Aspekte in die Analyse einbeziehen. Bisher wurde diese Begriffsschöpfung noch nicht in der Fachliteratur berücksichtigt. Es bleibt zu wünschen, dass dieser Begriff Beachtung findet.

D Schlussbetrachtung, Ausblick

Die gesetzliche Regelung zur Bonifizierung in der GKV (§65a SGB V) impliziert, dass ein Bonus für gesundheitsförderliches Verhalten und die Nutzung bestimmter strukturierter und qualitätsgesicherter Leistungen die notwendige Kosten dämpfende Wirkung hat. Eine zielgruppenspezifische Gestaltung der Bonifizierung ist nötig, um die Impacterhöhung wie erwünscht zu erreichen. Dies wurde in Kapitel B4 der Arbeit im Anschluss an die theoretische Analyse diskutiert.

Mit der Bonifizierung von Gesundheitsleistungen und der daran gekoppelten Teilnahmesteigerung soll eindeutig die Ausgabenseite gesteuert werden. Eine höhere Teilnahmequote soll die Wahrscheinlichkeit von Leistungs-inanspruchnahme reduzieren und damit zu geringeren Leistungskosten aufgrund von Morbidität und frühzeitigem Tod im Erwerbsalter führen. Ein Nachweis über die Richtigkeit dieser Schlussfolgerung wurde bisher nicht erbracht.

Die Frage, in welchem Zeitraum finanzielle Auswirkungen in Form von Einsparungen nach erfolgter Bonifizierungen überhaupt messbar sind, wurde bei der Gesetzgebung nicht ausreichend berücksichtigt, sondern in der Formulierung aus 2003 pauschal auf einen drei Jahreszeitraum festgelegt. Der Gesetzgeber vernachlässigt mit seiner Forderung nach Belegen über erzielte Einsparungen die Frage, ob die Bonifizierungen der Krankenkassen, Anreize zur erwünschten Verhaltensänderung bzw. zur Veränderung des Teilnahmeverhaltens geben.

Obwohl Erfahrungen mit Bonifizierungen hauptsächlich aus Programmen zur Kundenbindung hervorgegangen sind, spielt die Bedeutung der Bonifizierung für das Unternehmensmarketing im Wortlaut des §65a SGB V keine Rolle. Für die Krankenkassen, die von den Möglichkeiten zur Kundenbindung durch Bonifizierungsprogramme – und damit dem eigentlich Ziel von Bonifizierung – profitieren wollen, ist der gesetzlich geforderte Kosten-Evaluierungsansatz (vgl. hierzu auch Evaluationsansatz ISEG, 2005 als kontraproduktiv einzustufen. Es wäre daher erforderlich gewesen, mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz 2007, den §65a SGB V zu präzisieren. Dies ist nicht erfolgt und es bleibt abzuwarten,

ob dieser Schritt bei den nachfolgenden Gesetzesnovellierungen berücksichtigt wird.

Die Diskussion zur Wirksamkeit von Prävention hat gezeigt, dass Kosten-Nutzen-Betrachtungen auf der Grundlage von Langzeitstudien zu erfolgen haben, bei denen auch der "Anlass zur Bonifizierung" berücksichtigt werden muss. Es fehlt bisher²⁵⁵ an einem Konsens zwischen den einzelnen Krankenkassen für Erfolgsparameter der Bonifizierung, mit der die gesetzlich geforderte Analyse erweitert werden kann.

Die in dieser Arbeit hergeleiteten Erfolgsparameter für die Bonifizierung wurden in der Tabelle 59 zusammengefasst:

Parameter für kurzfristige Erfolge	Parameter für langfristige Erfolge
Zufriedenheit mit der Einlöseschwelle Bereitschaft, die Prämierung aufzuschieben.	Höhe der Aufwendung für die Einlösung von Prämien aus dem Kerngeschäft (zum Beispiel Sonderbehandlung bei Krankenhausaufenthalt)
Die erwünschten Zielgruppen werden Bonusteilnehmer <ul style="list-style-type: none"> • Kundenbindungszielgruppen • gesundheitswissenschaftlich relevanten Zielgruppen. 	Ursprünglich extrinsisch motiviertes Verhalten lässt sich in intrinsisches Verhalten überführen - Bonusnutzer sind keine Dauerkunden des Bonusprogramms.
Zufriedenheit mit den Prämien.	Kosten und Nutzen Vergleich: Teilnahme am Gesundheitsprogramm erfolgte aufgrund der Bonifizierung UND <ul style="list-style-type: none"> • seit der Teilnahme haben sich die Fehltage reduziert ODER • hat sich der Arzneimittelkonsum reduziert ODER • haben sich die Kosten für Rehabilitation, Heil- oder Hilfsmittel reduziert ODER
Reduzierung der Wechselbereitschaft	
Erhöhung der Inanspruchnahmerate von Gesundheitsangeboten bei Bonusteilnehmern.	

²⁵⁵ Dezember 2007

geringe Mitnahmerate	<ul style="list-style-type: none"> Ursache für Fehlzeiten, Rehabilitation, Heilbehandlung, Hilfsmittellieferung gehört nicht zu den durch Prävention vermeidbaren Erkrankungen oder Beschwerden.
----------------------	---

Tabelle 59: Parameter für die Messung von kurzfristigen und langfristigen Erfolge von Bonifizierungssystemen in der GKV

Es ist in weiteren Studien zu überprüfen, ob es eine Korrelation zwischen Bonifizierung und Kosten reduzierendem Gesundheitsverhalten gibt. Bei der Evaluation von Bonifizierung ist zu berücksichtigen, dass sich Effektivität und Effizienz respektive Qualifizierung (Kastner, 2006) der Bonifizierung nur bei Teilnahme an vergleichbaren Angeboten bestimmen lassen²⁵⁶.

Qualitätsgesicherten Angeboten (nach §20 SGB V und *Leitfaden Prävention*) kann eher die Kosten reduzierende Wirkung unterstellt werden als die Teilnahme an Aktivitäten, für deren Wirksamkeit kein Nachweis vorliegt oder deren Wirksamkeit zweifelhaft ist. Damit wird nicht bewertet, ob die Bonifizierung solcher Aktivitäten, die außerhalb des Kassenangebotes als die Gesundheit stärkend und ebenfalls als Krankheiten vermeidend gelten können, zu Einsparungen führen oder nicht.

Da die Bonifizierung aller gesundheitsförderlichen Eigeninitiativen mit der Gefahr der Leistungsauslieferung verbunden ist, kann dies nicht im Sinne der Kostensteuerung sein. Hohe Investitionen für die Bonifizierungsprogramme wären eine unerwünschte Begleiterscheinung.

Zukünftig sind verstärkt Angebote zu bonifizieren deren Wirksamkeit und Effizienz nachgewiesen ist bzw. sich wissenschaftlich herleiten lässt. Außerdem ist die Bindung an das Gesundheitsverhalten und deren Auswirkung zu belohnen. Dies lässt sich am ehesten durch die ergebnisorientierten Selbstbehaltseregelungen erreichen. Bei der prozessorientierten Bonifizierung sind hingegen Zielgruppen anzusprechen, bei denen von einer eingeschränkten Motivation zum Gesundheitsverhalten ausgegangen werden kann.

²⁵⁶ Das heißt im Umkehrschluss: Führt die Bonifizierung nicht zu Einsparungen im Leistungssektor, können hierfür unterschiedliche Gründe verantwortlich sein. Hierzu zählen etwa die mangelnde Angebotsqualität, die Kurzfristigkeit der Interventionen, die fehlende Compliance, die bestehenden Verhältnisse. Die Frage "Bonus erhalten?" im Evaluationsdesign von ISEG sagt z.B. nicht aus, ob der Bonus für Impfen, Blutspende, den Versuch der Lebensstiländerung oder eine Vorsorgeuntersuchung erhalten wurde. Ein Rückschluss auf den kostenseitigen Erfolg von Bonifizierungsprogrammen setzt demzufolge eine differenzierte Analyse voraus.

Die empirische Analyse dieser Arbeit zeigt, dass die Zielgruppen, die in der theoretischen Analyse hergeleitet wurden, sich kaum eigenständig für das Bonussystem interessieren. Insbesondere das Ergebnis der Analyse zur Handlungsorientierung vs. Lageorientierung sollte in weiteren Studien Beachtung finden. Danach sind Bonusprogramme eher für handlungsorientierte Personen, also wechselfertige Kunden gemacht. Das erklärt auch die Positivevaluation der Bonusprogramme im Zusammenhang mit Kundenbeziehungsmanagement (vgl. auch Glusac, 2006; Müller, 2006). Für die Zielrichtung Leistungskosten zu reduzieren, ist aber gerade die gegensätzlich orientierte Personengruppe anzusprechen.

In zukünftigen Studien über die Kosteneinsparung durch Teilnahme an Prävention und Bonifizierung sind Kohorten nach der Art der wahrgenommenen Angebote zu differenzieren. Damit wird berücksichtigt, dass nicht die Bonifizierung zu Einsparungen führen kann, sondern die Wirkung der wahrgenommenen Präventionsangebote.

Die in dieser Arbeit dargestellte Kompressions- und Medikalisierungsthese weist auf die Notwendigkeit hin, längerfristige Beobachtungszeiträume bei der Evaluation zuzulassen. Je gesünder die bonifizierte Teilnehmer der Gesundheitsförderung und Primärprävention sind, desto größer ist die Zeitspanne zwischen Nutzung der Angebote respektive Bonifizierung und dem möglichen Nachweis einer Einsparung von Leistungen zu kalkulieren.

Der Kosten reduzierende Erfolg bei den Leistungsausgaben in der GKV-Bonifizierung lässt sich im Gegensatz zum Erfolg für das Marketing, eher auf der Grundlage einer konsequenten Qualitätskontrolle der *Bonusauslöser* erreichen.

Im ersten Schritt könnte mit einer verpflichtenden übergeordneten, einheitlichen Evaluation die motivierende Wirkung verschiedener Bonifizierungsprogramme verglichen und die Auswirkung auf die Kundenbindung in der GKV ermittelt werden. Hierbei ist der Tatsache Rechnung zu tragen, dass die Auswertung der Krankenkassendaten um Befragung, insbesondere zur Nachhaltigkeit des einmal erworbenen Verhaltens, zu ergänzen ist.

Die Analyse möglicher Mitnahmeeffekte hat eine große Bedeutung bei der Erfolgsanalyse. Die Überprüfung, ob ein Teilnahmenachweis tatsächlich das gesundheitsförderliche Training oder nur die Zahlung beispielsweise von Mitgliedsbeiträgen dokumentiert, erfordert jedoch einen erheblichen Verwaltungsaufwand. Deshalb ist hierfür eine Stichprobenforschung zu empfehlen. Eine Vollerhebung wie sie derzeit für die Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt wird, erscheint nicht der Autorin nicht durchführbar.

Mitnahmeeffekte bedeuten, dass die Versicherten den Bonus für Angebote in Anspruch nehmen, die sie auch ohne Bonifizierung genutzt hätten. In diesem Fall wird das ursprüngliche Ziel, einen Anreiz zur Teilnahme zu setzen, verfehlt. Hinsichtlich der Kostensteuerung ist für diese Fälle kein Nutzen zu erwarten, da für diese Versicherten Investitionen getätigt werden, die sonst nicht angefallen wären. Während bei den auf Gewinnmaximierung und Kundenbindung ausgerichteten Bonifizierungsprogrammen Mitnahmeeffekte bereits als Erfolg des Bonifizierungsprogramms gelten, sind sie im Gesundheitswesen "kontraproduktiv".

Führt die Teilnahme am bonifizierten Gesundheitsförderungsangebot nicht zur erwünschten Verhaltensänderung, bleibt den Kassen der mögliche Nutzen aufgrund einer stärkeren emotionalen Bindung des Kunden an das Unternehmen (vgl. Teil A der Arbeit). Der jeweilige Schwerpunkt des Nutzens der GKV-Bonusprogramme nach § 65a SGB V gibt die Richtung für deren Finanzierung vor.

Der Anreiz von Gesundheitsverhalten ist als Investition im Leistungssektor zu behandeln. Eine Bonifizierung mit dem Ziel der Kundenbindung muss als legitimes Marketinginstrument finanziert werden. Damit fällt die Bonifizierung unter den gedeckelten Verwaltungskostenhaushalt einer Krankenkasse. Trotz der sich ergebenden Finanzierungsprobleme eröffnet diese Herangehensweise neue Möglichkeiten für die Bonifizierung. Ihre Beschränkung auf die qualitätsgesicherten Angebote wäre in diesem Fall grundsätzlich in Frage zu stellen.

Für die GKV-Kunden bedeuten die Bonusangebote ihrer Kassen, dass sie mit Programmen konfrontiert werden, die von ihnen als Kunden oder User eine völlig

unterschiedliche Umgangsweise erfordern. Während in den "üblichen" Bonifizierungsprogrammen Mitnahmeeffekte erwünscht sind, sollen sie für die Teilnahmesteigerung an primärpräventiven Angeboten vermieden werden. In den üblichen Bonifizierungsprogrammen wird deren Nutzen zwischen Unternehmen und Kunden kalkulierbar geteilt. Bei der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten²⁵⁷, erhält der Kunde einen Nutzen im Sinne eines Vorschusses. Für das Unternehmen Krankenkasse wird der Nutzen erst in einer fernen Zukunft deutlich und hängt vom weiteren Verhalten des Kunden ab. Hier wird deutlich, dass die Kasse mit der prozessorientierten Bonifizierung bisher noch nicht ermittelte Risiken eingeht.

Kalkulierbar sind hingegen ergebnisorientierte Bonifizierungen, zu denen die Selbstbehalte zu zählen sind.

In diesen Selbstbehaltregelungen wird dem Kunden vermittelt, dass die Vermeidung eines konkreten Leistungsfalles, wie Arztbesuch, zur Bonifizierung führt. In diesem Fall geht der Bonifizierung eine bewusste Entscheidung des Versicherten voraus, eine GKV-Leistung in Anspruch zu nehmen oder eben nicht. Diese Entscheidung ist nicht zwangsläufig an Gesundheit oder einen als gesund definierten momentanen Körperzustand geknüpft. Bei anderen Selbsthalten, wie bei der Bonifizierung von Zahnvorsorge, stehen Bonus und Verhalten in einem überprüfbaren und damit ebenfalls kalkulierbaren Zusammenhang. Die Überprüfung der Zahngesundheit führt dazu, dass frühzeitig die indizierte Behandlung eingeleitet werden kann. Die Wahrscheinlichkeit, kostenintensivere Leistungen in Anspruch nehmen zu müssen, reduziert sich mit der frühzeitigen Diagnose. Der Zusammenhang zwischen Teilnahme an der Früherkennung, Vermeidung des Leistungsfalles und Belohnung bleibt sowohl für den Kunden als auch für die Kasse transparent.

Welche Motive dazu führen, Bonusprogramme zu nutzen oder sich ihnen zu verweigern, wurde bisher nicht ausreichend untersucht. Inwieweit beispielsweise der Wunsch, Geld zu sparen oder sogar Geiz, Menschen motiviert, Teilnehmer von Bonifizierungsprogrammen zu werden, wurde bisher nicht diskutiert. Die Unterscheidung der Programme nach Zielgruppen und ihren Motiven, könnte zu einem wirkungsvollen Marketingmix führen. Die Programme würden sich

²⁵⁷ Auf der Grundlage des §65a SGB V Stand vom 01.01.2004 – siehe Anlage 3.

hinsichtlich ihrer Prämien, der Kommunikation und der bonifizierten Angebote unterscheiden. Auf diese Weise gäbe es beispielsweise nicht nur das (TK)-Bonusprogramm, sondern unterschiedliche (TK)-Bonusaktionen oder *Incentives* (vgl. Kapitel A.1.1 dieser Arbeit), für jeweils unterschiedliche Zielgruppen und daran angepasste Kommunikationskonzepte.

Hohe zu erwartende Dropout-Quoten beim Gesundheitssport fordern dazu auf, einen Anreiz zur Nutzung von Nachhaltigkeitsfaktoren einzuführen. Hierunter fallen beispielsweise die Teilnahme am Coaching, Telefoncounseling oder an Nachtreffen sowie der Nachweis des dauerhaften Trainings im Sportverein oder Fitnesscenter.

Wer eine langfristige Bindung an gesundheitsförderlichen Aktivitäten nachweist, könnte zusätzlich bei Sonderbonifizierungen berücksichtigt werden.

Im folgenden Kapitel werden die abgeleiteten Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten zusammengefasst.

Das Ergebnis der empirischen Studie hat gezeigt, dass Persönlichkeiten, die eines Anreizes zur Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens bedürfen nicht automatisch erreicht werden. Deshalb sind die Programme differenziert auszugestalten.

Im Kapitel D1 werden konkrete Umsetzungsempfehlungen gegeben, die auch zur Präzisierung der Gesetzgebung führen können.

D1 Ansatzpunkte für die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten

Anforderungen an die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten nach §65a SGB V lassen sich mit den nachfolgenden Formulierungen präzisieren.

- Die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten ist zielgruppenspezifisch anzubieten. Es sind insbesondere schwer zugängliche Zielgruppen mit der Bonifizierung zu erreichen.
- Bei der Auswahl der zu bonifizierenden Angebote und bei deren Bewertung sind die Parameter Nachhaltigkeit, Effektivität, Effizienz und Steigerungspotential zu berücksichtigen.
- Die Auswahl der bonifizierten Angebote ist der jeweiligen Aufsichtsbehörde mit gesundheitswissenschaftlichen oder gesundheitspsychologischen Kriterien zu begründen.
- Die Veränderung des Teilnahmeverhaltens aufgrund von Bonifizierung ist zu dokumentieren.
- Die Bonifizierung ist nicht allein auf die Teilnahmesteigerung zu begrenzen.

Die theoretische Analyse gibt Hinweise für die inhaltliche Ausgestaltung der Bonusprogramme. An dieser Stelle wird lediglich auf die Inhalte eingegangen, die für Programme mit eindeutig kostenreduzierender Ausrichtung bedeutsam sind. Eine Berücksichtigung im Gesetz ist hinsichtlich der Zielrichtung empfehlenswert.

- Die Bonushöhe orientiert sich an den nachgewiesenen Effekten der Präventionsangebote. Es sind ausschließlich Angebote, für die ein Wirksamkeitsnachweis vorliegt, zu bonifizieren.
- Langzeiteffekte werden bei der Bemessung der Einlöseschwelle berücksichtigt.
- Die Bereitschaft, kostengünstigere Behandlungsmethoden zu wählen, wird bonifiziert.
- Die eigenverantwortliche Nutzung von Unterstützungsangeboten wird bonifiziert, sofern auf eine Kostenerstattung der Maßnahme verzichtet wird.
- Die Inanspruchnahme von Angeboten bei bestehenden Indikationen (z.B. Gesundheitsorientiertes Training im Fitnesscenter bei bestehender Vorschädigung der Wirbelsäule) wird bonifiziert.

- Die Teilnahme am Rehabilitationssport wird bonifiziert
- Der Nachweis einer langjährigen Bindung an gesundheitsförderliche Aktivitäten wird bonifiziert.
- Die Anmeldung in einem Sportverein oder Fitnesscenter wird bonifiziert.
- Die Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnesscenter wird bonifiziert, sofern der Verein oder das Fitnesscenter für zwei zusammenhängende Jahre das regelmäßige Training nach einem Trainingsplan bestätigt (Motivation zum Dabeiblieben).

Die aus der Analyse in dieser Arbeit resultierenden Forschungsfragen wurden im Kapitel D2 zusammengefasst und den theoretisch abgeleiteten Ansatzpunkten für die Bonifizierung in der GKV gegenübergestellt.

D2 Aus der Analyse abgeleitete Forschungsfragen

In dieser Arbeit wurden auf der Grundlage theoretischer und empirischer Analysen Forschungsfragen formuliert, die nicht in der durchgeführten Studie berücksichtigt wurden. Sie sind in späteren Studien aufzugreifen und empirisch zu überprüfen. Die Tabelle 58 enthält eine Zusammenfassung der hergeleiteten Forschungsfragen. Ihnen wurden die in dieser Arbeit abgeleiteten theoretischen Ansätze gegenübergestellt.

In dieser Arbeit theoretisch abgeleiteter Ansatz	In dieser Arbeit hergeleitete Forschungsfrage
<p>Prämien, die als attraktiv wahrgenommen werden, reduzieren die Wechselbereitschaft.</p> <p>Lange Ansparzeiten werden akzeptiert, wenn die in Aussicht gestellte Prämie eine hohe Attraktivität hat und einen subjektiv hohen Wert für den Kunden.</p> <p>Prämien, die eine starke Nähe zur Kernkompetenz der Krankenkasse aufweisen, reduzieren die Wechselbereitschaft stärker als andere Prämien.</p> <p>Prämien, die einen Zusatznutzen zum Versicherungsumfang darstellen, werden als attraktiv wahrgenommen, auch wenn sie mit einer hohen Einlöseschwelle verbunden sind.</p> <p>Handlungsorientierte Personen reduzieren ihre Wechselbereitschaft aufgrund von Bonifizierung eher als lageorientierte Personen.</p>	<p>Welcher Zusammenhang besteht zwischen Bonusanwartschaft und Bereitschaft zum Wechsel der Mitgliedschaft in eine andere Krankenkasse.</p>
<p>Wenn die Prämie in direktem Zusammenhang mit dem erwünschten Verhalten steht, ist die Motivation am höchsten.</p>	<p>Hat die Gestaltung der Prämien eine Auswirkung auf die Erhöhung der Motivation zur Teilnahme an Primärprävention und Gesundheitsförderung?</p>
<p>Psychologischer Nutzen der Bonifizierung wird höher bewertet als ökonomischer Nutzen.</p> <p>Bonifizierungsprogramme mit einem</p>	<p>Gibt es Unterschiede bei der Bewertung des Bonusnutzens? Welche Auswirkung hat psychologischer vs. ökonomischer Nutzen von Bonifizierung auf die Bewertung des</p>

In dieser Arbeit theoretisch abgeleiteter Ansatz	In dieser Arbeit hergeleitete Forschungsfrage
<p>hohen psychologischen Nutzen werden als attraktiver eingestuft, als Bonifizierungsprogramme mit ökonomischem Nutzen.</p> <p>Die Motivation zum erwünschten Gesundheitsverhalten unterscheidet sich nicht bei ökonomischen und psychologischen Nutzen der Bonifizierung.</p>	<p>Bonifizierungsangebotes?</p> <p>Wirkt sich die Bewertung des Bonifizierungsangebotes auf die Motivation zum Gesundheitsverhalten aus?</p>
<p>Die Leistungsausgaben pro Versicherte sinken, wenn die Qualität der bonifizierten Angebote einem hohen Standard entspricht.</p> <p>Die Leistungsausgaben für einen Versicherten sinken, wenn das bonifizierte Verhalten nachhaltig ist.</p> <p>Die Dokumentation der Leistungsausgaben erfordert Langzeitstudien.</p>	<p>Gibt es einen Zusammenhang zwischen Nutzen von Bonifizierungsprogrammen und Qualität der bonifizierten Maßnahmen?</p>
<p>Die Kassen werden ihr Angebot stärker bewerben und erweitern, um eine Grundlage für die Bonifizierung zu schaffen.</p> <p>Kassen, die ihr Angebot zur Prävention und Gesundheitsförderung gezielt zur Werbung nutzen, werden eher auf nicht qualitätsgesicherte Angebote / Maßnahmen ausweichen.</p> <p>Der Wettbewerb zwischen den Kassen führt nicht zwangsläufig zu mehr Qualität, sondern senkt den Qualitätsanspruch an die Leistungen.</p> <p>Das Leistungsspektrum wird eher am Bedürfnis und weniger am Bedarf der Versicherten ausgerichtet.</p>	<p>Verändert sich durch die Möglichkeit zur Bonifizierung gemäß §65a SGB V das Angebot der Krankenkassen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung?</p>
<p>Geiz und Sparsamkeit erhöhen die Affinität zu Bonifizierungsangeboten.</p> <p>Geiz und Sparsamkeit beeinflussen die Bewertung von Bonifizierungsangeboten.</p> <p>Personen, die als geizig oder sparsam kategorisiert werden, nehmen</p>	<p>Erhöhen die Motive Geiz und Sparsamkeit die Nutzungswahrscheinlichkeit von Bonifizierungsangeboten?</p> <p>Lässt sich über die Motive Geiz und Sparsamkeit die Nutzungswahrscheinlichkeit von Bonifizierungsprogrammen</p>

In dieser Arbeit theoretisch abgeleiteter Ansatz	In dieser Arbeit hergeleitete Forschungsfrage
<p>bonifizierte Gesundheitsförderungsangebote eher als nicht bonifizierte Angebote war.</p> <p>Die Effektivität von Gesundheitsförderungsangeboten ist nicht von der Motivation zur Teilnahme an den Angeboten abhängig.</p>	<p>voraussagen?</p> <p>Erhöhen die Motive Geiz und Sparsamkeit die Bereitschaft, bonifizierte Gesundheitsangebote wahrzunehmen?</p> <p>Ist die Effektivität von Gesundheitsförderungsangeboten und Primärprävention abhängig von den Motiven zur Teilnahme an diesen Angeboten?</p>
<p>Die Ablehnung von "beantragten" Bonifizierungen wirkt sich negativ auf die Kundenbindung aus.</p> <p>Die Ablehnung von "Leistungsanträgen" und "Bonifizierungsanträgen" werden von den Kunden unterschiedlich bewertet.</p> <p>Die Ablehnung der Bonifizierung wird eher als ungerechtfertigt eingestuft als die Ablehnung von Leistungsanträgen.</p> <p>Nach der Ablehnung einer Bonifizierung wird eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten eher aufgegeben als nach der Ablehnung einer Leistung.</p>	<p>Wie wirkt sich die Ablehnung des Bonifizierungsbegehrens auf die Kundenbindung aus?</p>
<p>Die Bonifizierung wird als soziale Unterstützung wahrgenommen und interpretiert.</p> <p>Personen, die an Sportangeboten ohne Bonifizierung teilnehmen und Personen, die an Sportangeboten mit Bonifizierung teilnehmen unterscheiden sich in ihrer Bindung an den Sport nicht.</p>	<p>Hat Bonifizierung im Gesundheitswesen die Funktion der sozialen Unterstützung?</p>
<p>Die Bonifizierung übt einen Anreiz aus. Sie wird als Herausforderung erlebt.</p> <p>Durch die Bonifizierung steigt die Bedeutung der Prävention im Lebensalltag nicht. Erwünschte Verhaltensänderung ergibt sich aus der Qualität der Angebote und nicht aus der Bonifizierung.</p>	<p>Inwieweit kann Bonifizierung von Gesundheitsverhalten die Einsicht in den Sinn des erwünschten Handelns erhöhen?</p>
<p>Bonifizierung von Gesundheitsverhalten reduziert bisher vorhandene intrinsische Motivation.</p>	<p>Inwieweit verdrängt die Bonifizierung intrinsisch motiviertes Gesundheitsverhalten?</p>

In dieser Arbeit theoretisch abgeleiteter Ansatz	In dieser Arbeit hergeleitete Forschungsfrage
<p>Bonifizierung reduziert die Überführung in eigenverantwortliches Gesundheitsverhalten.</p> <p>Intrinsisch Motivierte nehmen die Bonifizierung ebenso in Anspruch wie Bonusmotivierte.</p> <p>Die Teilnahme am Gesundheitssport ist eher das Ergebnis persönlicher Motive. Der Bonus spielt beim Anreiz zur Veränderung von Gesundheitsverhalten eine untergeordnete Rolle.</p> <p>Die Anreizstärke, wie Höhe des Bonus, Attraktivität der Prämie, Einlöseschwelle, hat eine Auswirkung auf die Reduktion von intrinsisch motivierten Verhalten. Je höher der Anreiz, desto stärker die Reduktion.</p>	
<p>Die Prämierung von Körperwerten führt nicht zu Veränderung von Gesundheitsverhalten.</p>	<p>Welchen Einfluss hat die Prämierung von Körperwerten wie BMI oder Blutdruck auf das erwünschte Gesundheitsverhalten?</p>

Tabelle 60: Forschungsfragen und theoretische Ansätze aus dieser Arbeit; eigene Darstellung

D3 Schlusslicht

Jenen Lesern dieser Arbeit, denen die Bonifizierung von Gesundheitsverhalten "nicht ganz durchdacht" erscheint, sei an dieser Stelle eine Geschichte von **Berthold Brecht** mit auf den Weg gegeben:

"Mitchell war Kapitän eines dieser Schiffsgiganten, die zwischen Brasilien und England laufen, eines so genannten schwimmenden Hotels... Mit ihm passierte nun etwas sehr Merkwürdiges. Gegen Ende der Reise zu, nicht sehr weit mehr entfernt von Schottland, stieß das Schiff im Nebel auf einen Fischkutter, übrigens nicht durch die Schuld Mitchells oder seiner Leute. Aber der Riesenkahn, er hieß Astoria, wurde leck und schluckte Wasser. Die Herren im Navigationsraum begutachteten den Schaden und kamen zu dem Entschluss, SOS-Rufe auszuschicken. Sie berechneten die Zeit, die das Schiff sich halten könnte, auf nicht mehr als eine Stunde, und das Schiff hatte vollbesetzte Kabinen.

Die SOS-Rufe wurden gesendet und ein, zwei Schiffe kamen heran. Die Passagiere wurden auf sie verladen. Während sich die Verwandten seiner Passagiere vor den Büros der Transatlantik vor Freude um den Hals fielen, erlebte Mitchell böse Stunden. Er war mit seinen Offizieren und der Mannschaft auf der Astoria geblieben, die überraschenderweise, allen Voraussagen zum Trotz, nicht gesunken war. Sie sank auch in den nächsten Stunden nicht und erreichte ohne weitere Zwischenfälle den Hafen.

Mitchell sah dieses Verhalten seines Kahns mit gemischten Gefühlen. Er studierte in wahrer Verzweiflung die Lage des Kastens und das Vordringen des Wassers im Schiffsinnen. Es war ihm sehr unangenehm, dass das Mistschiff nicht sank ...

Am nächsten Tag machte er sich auf seinen schweren Weg. Seine Erwartungen waren nicht gerade hoch gespannt, als er in die Büros seiner Gesellschaft, der Transatlantik, kam. Er hatte zu früh, also ohne Not, fremde Hilfe angefordert, sehr teure fremde Hilfe, aber der Empfang, der ihm bereitet wurde, war schlimmer als alles, was er erwartet hatte....Mitchell war entlassen."

Aber was wäre ihm wohl geschehen, hätte er keine SOS-Rufe gesendet und das Schiff wäre – mit all seinen Passagieren an Bord – gesunken? (Zitiert nach Jungermann, Pfister, Fischer, 2005, S.322)

Mit der Bonifizierung von Gesundheitsverhalten müssen zunächst Erfahrungen gesammelt werden. Ob es sich um eine geeignete Methode handelt, lässt sich erst nach einer längeren Erprobungsphase eindeutig sagen.

E Literaturverzeichnis

A

- Abel, T. (1991):**
Measuring health lifestyles in a comparative analysis. In: *Social Science and Medicine*, 32, 1991, 8, pp. 899-908
- Abel, T. (1997):**
Gesundheitsverhaltensforschung und Public Health. In: Weitkunat, J.H.; Kessler, M. (Hrsg.): *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern, 1997. S. 56-61
- Abel, T.; Weitkunat, R. (1998):**
Zur Bedeutung der Zweckrationalität für gesundheitsrelevanten Sport und körperliche Aktivität. In: *Public Health und Sport*. Stuttgart, 1998, S. 241-257
- Abele, A.; Becker, P. (Hrsg.) (1994):**
Wohlbefinden – Theorie, Empirie, Diagnostik. Weinheim, 1994
- Abele, A.; Brehm, W. (1990):**
Gesundheit als Anreiz für freizeitsportliche Aktivitäten im Erwachsenenalter. In: Körndle, H. (u.a.): *Der Beitrag der Sportpsychologie zur Zielbestimmung einer modernen Erziehung und Ausbildung im Sport*. Köln, 1990. S. 193-208
- Abele, A.; Brehm, W.; Gall, T. (1994):**
Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In: Abele, A.; Becker, P. (Hrsg.): *Wohlbefinden – Theorie, Empirie, Praxis*. Weinheim, 1994, S. 279-297
- Abele, A.; Brehm, W.; Pahmeier, I. (2005):**
Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln. In: Schwarzer, R.: *Gesundheitspsychologie*. Göttingen, 1997. S. 117-149
- Ach, N. (1910):**
Über den Willensakt und das Temperament. Leipzig, 1910
- Adam, H.; Henke, K-D. (1993):**
Gesundheitsökonomie. In: Hurrelmann, K.: *Gesundheitswissenschaften*. Weinheim, 1993. S. 347-360
- Agras, W.S.; Berkowitz, R.I.; Arnow, B.A.; Telch, C.F.; Marnell, M.; Henderson, J. (1996):**
Maintenance following a very-low-calorie diet. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1996, pp. 610-613
- Ahrens, D.; Günthert, B. (2005):**
Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden, 2005
- Ajzen, I.**
- (1985):** From intentions to actions, a theory of planned behavior. In: Kuhl, J.; Beckmann, J. (Hrsg.): *Action control*. Berlin, 1985. pp-11-39
 - (1991):** The Theory of planned behaviour. In: *Organizational Behavior and human decision processes*, 50, 1991, pp.179 – 211
 - (2002):** Perceived behavioral control, self-efficacy, locus of control and the theory of planned behavior. In: *Journal of Applied Social Psychology*, 32, 2002, pp. 665-683
- Ajzen, I.; Baumeister, R.F.; Campbell, J.D.; Krueger, J.I. (u.a.) (2001):**
Nature and operation of attitudes. In: *Annual Review of Psychology*, 52, 2001, pp. 27-58
- Ajzen, I.; Fishbein, M.**
- (1975):** *Belief, Attitude, Intention and Behavior*. London, 1975
 - (1980a):** *Understanding attitudes and predicting social Behaviour*. Milton, Prentice-Hall – Englewood Cliffs, New York, 1980
 - (1980b)** Predicting and understanding consumer Behavior: Attitude-behaviour correspondence. In: Ajzen, I., Fishbein, M.: *Understanding attitudes and predicting social Behavior*. Milton, Prentice-Hall – Englewood Cliffs, New York, 1980. pp 148-172
 - (2000)** Attitudes and the attitude-behaviour relation. In: *European Review of Social Psychology*, 2000, 10, pp. 1-33

- Ajzen, I.; Madden, T.J. (1986):**
Prediction of goal-directed behavior: Attitudes, intentions, and perceived behavioural control. In: Journal of Experimental Social Psychology, 22, 1986, pp. 453-474
- Albring, M.; Wille, E. (Hrsg.) (2003):**
Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmeschwäche und Koordinierungsproblemen. Frankfurt a.M., 2003 (Allokation im marktwirtschaftlichen System; Bd. 48)
- Alexander, N.; Gottwald, W. (u.a.) (2006):**
Mediation in Germany. In: Alexander, N. (Hrsg.): Global Trends in Mediation. Köln, 2006. S. 179-212
- Alfermann, D.**
(1986): Befindlichkeitsveränderung beim Sport. In: Sportwissenschaft, 26, 1986, S. 402-406
(2005): Sportpsychologie. Aachen, 2005
- Alfermann, D.; Haag, H. (2006):**
Themenfelder der Sportwissenschaft. Schorndorf, 2006
- Alfermann, D.; Lampert, T. (u.a.) (1994):**
Psychosoziale Folgen des Sporttreibens – erste Ergebnisse eines Feldexperiments. In: Alfermann, D.; Scheid, V. (Hrsg.): Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Köln, 1994. S. 271-285
- Alfermann, D.; Scheid, V. (Hrsg) (1994):**
Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Köln, 1994
- Allaire, S.H.; LaValley, M.P.; O'Connor, G.T. (u.a.) (1999):**
The Framingham Heart Study. In: American Journal of Public Health, 89, 1999, pp. 1678-1683
- Allmer, H.**
(1990): Gesundheitsverhalten als internationales und volitives Geschehen. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, 2005. S. 117-130
(2001): Zur Kluft zwischen Vorsatz und Handeln – Bedingungen der Vorsatzbildung und der Vorsatzrealisierung. In: Hackfort, D. (Hrsg.): Handlungspsychologische Forschung für die Theorie und Praxis der Sportpsychologie. Köln, 2001. S. 11-34 (Betrifft Psychologie und Sport; Bd. 37)
(2002): Soll ich oder soll ich nicht. In: Brennpunkte der Sportwissenschaft, 22, 2002, S. 83-102
- Allport, G.; Odbert, H. (1936):**
Trait-names. Princeton (NJ), 1963 (Psychological Monographs; 47, Whole No. 211)
- Alper, T.G. (1946):**
Task-orientation vs ego-orientation in learning and retention. In: American Journal of Psychology, 59, 1946, pp. 236-248
- Alsted, J. (2005):**
A model of human motivation for sociology. Frankfurt a. Main, 2005
- Altgeld, Th., Kolip, P. (2004):**
Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K., Klotz, Th., Haisch, J. (Hrsg): Lehrbuch der Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, 2004. S. 41-51
- Amelang, M. (1996):**
Temperaments und Persönlichkeitsunterschiede. Göttingen, 1996 (Enzyklopädie Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 8, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung; Bd. 3)
- Ameling, M.; Schmidt-Rathjens, C. (2000):**
Kohärenzsinn als Prädiktor und Suppressor bei der Unterscheidung von Gesundheit und Krankheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8, 2000, 3, S. 85-93
- American Heart Association (2005):**
Heart Disease and Stroke Statistics-2005 Update. Dallas (TX), 2005
- Ammereller, E. (2005):**
Rationale Motivation. Paderborn, 2005

- Appel, L.J. (u.a.)**
(2003): Effects on comprehensive lifestyle modification on blood pressure control. In: JAMA, 2003, 289, pp. 2083-2093
(2004): Comprehensive Lifestyle modification and blood pressure control. In: Journal of Clinical Hypertension, 6, 2004, 7, pp. 383-390
- Appel, L.J.; Charleston, J.; Whelton, P.K. (1998):**
 Seven-Year Incidence of Hypertension in a Cohort of Middle-Aged African Americans and Whites. In: Hypertension, 1998, 31, pp. 1130-1135
- Appel, L.J.; Moore, T.J. (u.a.) (1997):**
 A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. In: New England Journal of Medicine, 1997, 336, pp. 1117-1124
- Anderson, J.R.; Manoogian, S.T.; Reznick, S. (1976):**
 Undermining and enhancing of intrinsic motivation in school. In: Journal of Psychology and Social Psychology, 35, 1976, 5, pp. 915-922
- Antonovsky, A.:**
(1979): Health, stress and coping. San Francisco, 1979
(1987): Unraveling the mystery of health. San Francisco, 1987
(1990): Personality and Health. In: Friedmann, H. (Hrsg.): Personality and disease. New York, 1990. pp. 155-177
(1997): Salutogenese; zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen, 1997
- Ardell, D.B. (1985):**
 The history and future of wellness. New York, 1985
- Ashton, M.C.; Lee, K.; Paunonen, S.V. (2002):**
 What is the central feature of extraversion? In: Journal of Personality and Social Psychology, 83, 2002, pp. 245-252
- Asendorpf, J.B.**
(2004): Psychologie der Persönlichkeit. Berlin, 2004
(2005): Soziale, emotionale und Persönlichkeitsentwicklung. Göttingen, 2005 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 5, Entwicklungspsychologie; Bd. 3)
- Atkinson, J.W.**
(1975a): Achievement motive and test anxiety conceived as motives to approach success and motive to avoid failure. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 60, 1960, pp. 643-658
(1975b): Einführung in die Motivationspsychologie. Stuttgart, 1975
- Atkinson, J.W.; Birch, D.A. (1958):**
 Motives in fantasy, action and society. Princeton, 1958
- Auer, S.; Knaack, N.; Hildebrand, H. (2003):**
 Bedarfs- und Bedürfnisermittlung von Primärpräventionsmaßnahmen im Rahmen der GKV. Hamburg: Techniker Krankenkasse, 2003 (unveröffentlicht)

B

- Badura, B. (1997):**
 Ergänzungsstudiengang Public Health Techniker Krankenkasse – Vorlesungsskript. Hamburg: Techniker Krankenkasse, 1997 (unveröffentlicht)
- Badura, B. (u.a.) (2004):**
 Fehlzeiten-Report – 2004. Berlin, 2004
- Badura, B. (2005):**
 Strategie und Konzeptwechsel in der betrieblichen Gesundheitspolitik. In: Kirch, W.; Badura, B.: Prävention. Heidelberg, 2005. S.23-53
- Badura, B.; Hart, D.; Schellschmidt, H. (1999):**
 Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Baden-Baden, 1999
- Badura, B.; Grande, G.; Janssen, H.; Schott, Th. (1994):**
 Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. München, 1995

- Balz, E. (1993):**
Gesundheitssport – ein Unwort. In: Sportwissenschaft, 23, 1993, S. 308-311
- Bamberg, S. (2002):**
Helfen Implementationsintentionen, die Lücke zwischen Absicht und Verhalten zu überwinden? In: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 33, 2002, S. 83-102
- Bamberg, S.; Ajzen, I.; Schmidt, P. (2003):**
Choice of travel mode in the theory of planned behaviour; the roles of past behavior, habit and reasoned action. In: Basic and Applied Social Psychology, 25, 2003, pp.175-188
- Bandura, A.**
- (1977a): Social learning theory. Englewood Cliffs. New York, 1977
 - (1977b): Self efficacy: In: Psychological Review, 1977, 84, pp. 191-215
 - (1978): The self system in reciprocal determinism. In: American Psychologist, 33, 1978, pp. 344-358
 - (1979): Sozial-kognitive Lerntheorie. Stuttgart, 1979
 - (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt a.M., 1981
 - (1982): Self-efficacy mechanism in human agency. In: American Psychology, 1982, 37, pp. 122-147
 - (1986): Social foundation of thoughts and action: a social cognitive theory. Cliffs (NJ), 1986
 - (1988): Self efficacy conception of anxiety. In: Anxiety Research, 1, 1988, pp. 77-98
 - (1989): Human agency in social cognitive theory. In: American Psychologist, 44, 1989, pp. 1175-1184
 - (1991): Social cognitive theory of self – regulation. In: Organizational Behavior and Human Decision Process, 50, 1991, pp. 248-287
 - (1992): A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In: DiClemente, R.J. (Hrsg.): Adolescents and AIDS. Newbury Park (CA.), 1992. pp. 25-59
 - (1997): Self-efficacy: The exercise of control. New York (NY), 1997
 - (2000): Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory. In: Norman, P.; Abraham, C.; Conner, M. (Eds.): Understanding and changing health behaviour. Amsterdam, 2000, pp. 299-339
- Bandura, A.; Cervone, D. (1983):**
Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal system. In: Journal of Personality and Social Psychology, 45, 1983, pp.1017-1028
- Bandura, A.; Cioffi, D.; Taylor, C. B.; Brouillard, M.E. (1988):**
Perceived self-efficacy in coping with cognitive stressors and opioid activation. In: Journal of Personality and Social Psychology, 55, 1988, pp. 479-488
- Bandura, A.; Locke, E.A. (2003):**
Negative self-efficacy and goal effects revisited. In: Journal of Applied Psychology, 88, 2003, pp. 87-99.
- Bandura, A.; Schunk, D.H. (1981):**
Cultivating competence, self-efficacy and intrinsic interest through proximal self-motivation. In: Journal of Personality & Social Psychology, 41, 1981, pp. 586-598
- Bankoff, E.A. (1983):**
Aged parents and their widowed daughters. In: Journal of Gerontology, 38, 1983, pp. 226-230
- Banzer, W.; Knoll, M.; Bös, K. (1998):**
Sportliche Aktivität und physische Gesundheit. In: Bös, K.; Brehm, W.: Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998a, S.17-32
- Baric, L. (1999):**
Gesundheitsförderung im Setting. Gamburg, 1999
- Barnes, J.G. (1977):**
Closeness, Strength and Satisfaction. In: Psychology and Marketing, 14, 1977, 12, pp. 765-790
- Basilowski, M. (2006):**
Vorhersage des voraussichtlichen Trainingserfolgs bei einem Nordic-Walking-Kurs auf der Basis veränderlicher Personenmerkmale. Dortmund, Universität, Unveröffentlichte Diplomarbeit, 2006
- Basler, H.D. (u.a.) (Hrsg.)(1985):**
Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart, 1985
- Bastian, H. K.; Sendzik, H. M. (1987):**
Fluktuation im Hochschulsport. Ahrensburg, 1987

- Baumann, A.E. (2004):**
Updating the evidence that physical activity is good for health; an epidemiological review 2000-2003.
In: Journal of Science and Medicine in Sport, 7, 2004, 1, Supplement, pp. 6-19
- Baumann, H.**
(1991): Handlungskompetenz im Alter – was kann Sport dazu beitragen? In: Oswald, W.D.; Lehr, U. (Hrsg.): Altern, Veränderung und Bewältigung. Bern, 1991. S. 52-60
(1992): Altern und körperliches Training. Bern, 1992. S. 34-41 (Angewandte Alterskunde; Bd.1)
- Baumann, N.; Kuhl, J.**
(2002): Intuition, affect and personality. In: Journal of Personality and Social Psychology, 83, 2002, pp. 1213-1223
(2005): Selbstregulation und Selbstkontrolle. In: Weber, H.; Rammsayer, Th. (Hrsg.): Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen, 2005. S.362-372
- Baumann, N.; Quirin, M. (2006):**
Motivation und Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 2006, 2, S. 46-53
- Baumeister, R.F. (1988):**
The optimal margin of illusion. In: Journal of Social and Clinical Psychology, 8, 1988, pp. 176-189
- Baumeister, R.F.; Campbell, J.D.; Krueger, J.I. (u.a.) (2003):**
Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? In: Psychological Science in the Public Interest, 4, 2003, 1, pp. 1-44
- Baumeister, R.F.; Campbell, J.D.; Krueger, J.I.; Vohs, K.D. (2005):**
Mythos Selbstbewusstsein. In: Spektrum der Wissenschaft, 2005, August, S. 24
- Baumeister, R.F.; Leary, M.R. (1995):**
The need to belong. In: Psychological Bulletin, 1995, 117, pp. 497-529
- Baur, J. (1982):**
Zur Bewegungssozialisation in der Herkunftsfamilie. In: Sportwissenschaft, 12, 1982, S. 121-151
- Beblo, M. (2005):**
The unification bonus (malus) in postwall Eastern Germany. [www.zew.de/de/publikationen - vom 12.02.2005](http://www.zew.de/de/publikationen-vom-12.02.2005)
- Beck, U. (1998):**
Betrieblicher Wandel in der Risikogesellschaft. Frankfurt a. Main, 1998
- Becker, H. (2004):**
Salutogenese und das Sense of Coherence-Modell – Vorlesungsskript. <http://seminarserver.fb14.uni-dortmund.de/metz-goeckel/Gesundheitspsychologie/antonowski.pdf> - vom 04.03.2006
- Becker, M.H. (1974):**
The health belief model and personal health behavior. Thorofare (NJ), 1974
- Becker, N.P. (2005):**
Coping, Lebensqualität und soziale Unterstützung im Verlauf bei Herztransplantationspatienten. Heidelberg, Universität, Dissertation, 2005
- Becker, P.**
(1982): Psychologie der seelischen Gesundheit. Bd.1. Göttingen, 1982
(1988): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. In: Zeitschrift für Differentielle Psychologie, 1988, 9, S. 13-18
(1992): Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Paulus, P. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Köln, 1992. S. 91-108
(1995): Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Göttingen, 1995
(1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie. Göttingen, 1997. S. 517-534
- Becker, P.; Bös, K.; Mohr, A.; Woll, A.; Tittelbach, S. (2000):**
Eine Längsschnittstudie zur Überprüfung biopsychosozialer Modellvorstellungen zur habituellen Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 3, 2000, S. 94-110
- Becker, P.; Bös, K.; Opper, E.; Woll, A.; Wustermann, A. (1996):**
Vergleich von Hochgesunden, Normal- und Mindergesunden in gesundheitsrelevanten Variablen (GRV). In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 4, 1996, S. 55-76

- Beckers, E.; Brux, A. (1993):**
Zur Definition von Gesundheitssport. In: Sportwissenschaft, 23, 1993, S. 312-314
- Beckmann, J.**
(1996): Entschlußbildung. In: Kuhl, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation, Volition und Handlung. Göttingen, 1996. S. 411-426
(1999): Volition und sportliches Handeln. In: Motivation und Sport – vom Planen zum Handeln – Kongressbericht. Leipzig, 1999, S.13-26
- Bedeutung** von körperlicher Aktivität für kardiale und zerebrale Funktionen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 53, 2001, 1, S. 27-28
- Beier, G.; Kratzer, H. (Hrsg.) (1991):**
Beiträge zur psychischen Regulation sportlicher Handlungen. Festschrift anlässlich des 65. Geburtstages von Prof. Dr. Paul Kunath. Köln, 1991
- Beitragserhöhung** statt Leistungskürzung? Die Reform der GKV – Mehrheit für Beitragserhöhung statt Leistungskürzung. In: Continentale Studie, 2003, S. 28 ff.
- Bellach, B.; Hermann-Kunze, E. (1995):**
Ernährungsverhalten im Ost-West-Vergleich. In: Tätigkeitsbericht des Robert-Koch-Institutes 1994. München, 1995. S. 147-149
- Bengel, J.(1993):**
Gesundheit, Risikowahrnehmung und Vorsorgeverhalten. Göttingen,1993. S. 37-41
- Bengel, J.; Belz-Merk, M. (1997):**
Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In: Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie. Göttingen, 1997. S. 23-41
- Bengel, J.; Strittmatter, R.; Wilmann, H. (2001):**
Was erhält Menschen gesund? Köln, 2001 (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung; Bd.6)
- Beringer, S. (2006):**
Inanspruchnahme von Bonussystemen in der gesetzlichen Krankenversicherung. Lübeck, unveröffentlichte Bachelorarbeit, University of Applied Sciences, 2006
- Berkman, L.F.; Breslow, L. (1983):**
Health and ways of living. Oxford, 1983
- Berkman, L.F.; Syme, S.L. (1979):**
Social networks, host resistance and mortality. In: American Journal of Epidemiology, 109, 1979, pp. 186-204
- Berlin, J.A.; Colditz, G.A. (1990):**
A meta-analysis of physical activity in the prevention of coronary heart disease. In: American Journal of Epidemiology, 132, 1990, pp. 612-628
- Berry, L.L. (1995):**
Relationship Marketing of Services – growing Interests. In: Journal of the Academy of marketing Science. 23, 1995, 4, pp. 236-245
- Berlyne, D.E. (1960):**
Conflict, arousal and curiosity. New York, 1960
- Beske, F.; Drabniski, Th. (2005):**
Finanzierungsdefizite in der gesetzlichen Krankenversicherung. Prognose 2005 – 2050. Kiel, 2005
- Beske, F.(2006):**
Das GKV-Moderndiesierungsgesetz – GMG und seine Auswirkungen. Kiel, 2006
- Beutel, M. (1989):**
Was schützt Gesundheit? Zum Forschungsstand und der Bedeutung von personalen Ressourcen in der Bewältigung von Alltagsbelastungen und Lebensereignissen. In: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 39, 1989, 9-10, S. 452-462
- Biddle, S.J. H.; Nigg, C.R. (2000):**
Theories of exercises behavior. In: International Journal of Sport Psychology, 31, 2000, pp. 290-304
- Bierhoff-Alfermann, D. (2006):**
Handbuch Sportpsychologie. Stuttgart, 2006

- Bischof, N. (1991):**
Emotionale Verwirrungen. In: Psychologische Rundschau, 40, 1991, S.188-205
- Bischoff C.; Zenz H. (Hrsg) (1989):**
Patientenkonzepte von Körper und Krankheit. Bern, 1989
- BKK :** http://www.bkkgesundheit.de/kontakt/presse/news.lasso?a=ne02_124 vom 01.04.2007
- Blair, S.N.**
- (1992): How much physical activity is good for health? In: Annual Review of Public Health, 13, 1992, pp. 99-126
 - (1993): Physical activity, physical fitness and health. In: Research quarterly for exercise and Sport, 64, 1993, S. 365-376
 - (1994): Körperliche Aktivität, körperliche Fitness und Gesundheit. In: The Club of Cologne (Hrsg.): Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Köln, 1994.
 - (1995): Changes in physical fitness and all-cause mortality. In: JAMA, 1995, 273, pp. 1093-1098
- Blair, S .N.; Connelly, J.C. (19 96):**
How much physical activity should we do? In: Research Quarterly for Exercise and Sport, 67, 1996, pp. 193-205
- Blair, S.N.; Dunn, A.L.; Marcus, B.H.; Carpenter, R.A.; Jaret, P. (2001):**
Active living every day. Champaign (IL), 2001
- Bliemel, F.W.; Eggert, A. (1998):**
Kundenbindung eine neue Sollstrategie? In: Marketing ZFP, 20, 1998, 1, S. 37-46
- Bodhungen, T. v. (2005):**
Vertrags-, kartell- und wettbewerbsrechtliche Aspekte von Kundenbindungssystemen in Form von Bonussystemen. München, 2005
- Böhm, K.; Cordes, M.; Forster, Th.; Krah, K. (Hrsg.) (2004):**
Der Bericht "Krankheitskosten 2002". Wiesbaden, 2004
- Boggiano, A.K.; Main, D.S. (1988):**
Childrens preference for challenge. In: Journal of Personality and Social Psychology, 54, 1988, pp. 131-141
- Boggiano, A.K.; Pittman, T.S. (Hrsg.) (1992):**
Achievement and motivation. Cambridge, 1992
- Bogginao, A.K.; Ruble, D.N. (1979):**
Competence and overjustification effects. In: Journal of Personality and Social Psychology, 37, 1979, pp. 1462-1468
- Bogner, Th., Loth, J. (2004):**
Marketing für Krankenkassen. Bern, 2004
- Bös, K. (1994):**
Handbuch für Walking, schnelle Schritte zu einer gesunden Lebensweise. Aachen,1994
- Bös, K.; Gröben, F. (1993):**
Sport und Gesundheit. In: Sportpsychologie, 7, 1993, S. 9-16
- Bös, K.; Brehm, W.**
- (1998a): Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998
 - (1998b): Zur Konzeption des Handbuches. In: Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998, S. 7-14
- Bös, K.; Saam, J.**
- (2001): Tipps für Walking. Aachen, 2001
 - (2002): Walking. Bindlach, 2002
- Bös, K.; Woll, A.**
- (1994a): Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 2, 1994, S. 25-48
 - (1994b): Das Salutogenese-Modell. In: Alfermann, D.; Scheid, V. (Hrsg.): Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Köln, 1994. S. 29-53
 - (1997): Prävention und Gesundheitsförderung. In: R.Schwarzer: Gesundheitspsychologie.Göttingen, 1997. S. 517-534

- Becker, P. (1995):**
Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle. Göttingen, 1995
- Becker, P. (2001):**
Das Fünffaktorenmodell der Persönlichkeit. In: Wirtschaftspsychologie, 3, 2001, S. 18-26
- Bonus** gut alles gut? Crowding out effect bei monetären Anreizsystemen.
http://www.fhso.ch/pdf/human/snp28_bonus.pdf - vom 10.02.07
- Boos, A. (1991):**
Effizienz von Bonus-Malus-Systemen. Mannheim, Universität, Dissertation, 1991
- Borkenau, P.; Ostendorf, F. (1993):**
NEO-Fünf-Faktoren-Inventar (NEO-FFI) nach Costa und McCrae. Handanweisung. Göttingen, 1993
- Bouchard, C. (u.a.)**
(1990): Exercise, fitness and mental Health. Champaign (IL), 1990
(1994): Physical Activity, Fitness and Health. In: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign (IL), 1994
- Bouchard, C. (1996):**
Körperliche Aktivität Fitness und Gesundheit. In: Club of Cologne: Gesundheitsförderung und Körperliche Aktivität. Köln, 1996. S.42-55
- Boyd, N.F.; Stone, J.; Vogt, K.N. (u.a.) (2003):**
Dietary fat and breast cancer risk revisited. In: British Journal of Cancer, 89, 2003, pp. 1672-1685
- Bramlage, P.; Böcking, W.; Kirch, W. (2006):**
Übergewicht und kardiovaskuläre Folgeerkrankungen. In: Kirch, W.; Badura, B: Prävention. Berlin, 2006. S. 429-442
- Braumann, K.-M.; Reer, R.; Schuhmacher, E. (2001):**
Die Einschätzung der Bedeutung von Sport und Bewegung als Mittel der Therapie bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Hamburg. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 52, 2001, 5, S. 175-179
- Bronfenbrenner, U. (1981):**
Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart, 1981
- Brand, H.; Brand, A. (2003):**
Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz, F.W.; Badura, B. (u.a.) (Hrsg.): Handbuch Public Health. München, 2003. S. 367-375
- Braun, B.; Kühn, H.; Reiners, H. (1998):**
Das Märchen von der Kostenexplosion. Stuttgart, 1998
- Brebner, J. (1985):**
Personality theory and movement. In: Kirkcaldy, B.D. (Hrsg.): Individual differences in movement. Lancaster (UK), 1985. pp. 27-41
- Breckenkamp, J., Laaser, U. (2001):**
Freizeitinteressen und subjektive Gesundheit. Wiesbaden, 2001 (Materialien zur Bevölkerungswissenschaft; 102b)
- Brehm, W.**
(1997): Qualität im Gesundheitssport. In: Schulke, H.-J. (u.a.): Gesundheitssport und Public Health. Freiburg, 1997. S.55 ff.
(2005): Gesundheitssport – Kernziele, Programme, Evidenzen. In: Kirch, W.; Badura, B.: Prävention. Heidelberg, 2005. S. 243-265
- Brehm, W.; Bös, K.; Opper, E.; Saam, J. (2002):**
Gesundheitssportprogramme in Deutschland. Schorndorf, 2002
- Brehm, W.; Eberhard, J. (1995):**
Dropout und Bindung im Fitness-Studio. In: Sportwissenschaft, 25, 1995, 2, S.174-186
- Brehm, W.; Gradel, Ch. (2006):**
Gesund durch Gesundheitssport. Weinheim, 2006
- Brehm, W.; Janke, A.; Sygusch, R.; Wagner, P. (2005):**
Gesund durch Gesundheitssport. Abschlussbericht zum DfG Projekt "Qualitäten von Gesundheitssport unter den Voraussetzungen eines bewegungsarmen Lebensstils". Weilheim, 2005

- Brehm, W.; Pahmeier, I.**
(1990): Aussteigen oder Dabeibleiben? In: Spectrum der Sportwissenschaft, 2, 1990, S. 33-56
(1992): Gesundheitsförderung durch sportliche Aktivierung als gemeinsame Aufgabe von Ärzten und Krankenkassen und Sportvereinen. Bielefeld, 1992
- Brehm, W.; Pahmaier, I.; Tiemann, M.(u.a.) (2002):**
 Psychosoziale Ressourcen – Stärkung von psychosozialen Ressourcen im Gesundheitssport. Frankfurt a.M., 2002
- Brehm, W.; Rütten, A. (2004):**
 Chancen, Wirksamkeit und Qualität im Gesundheitssport – wo steht die Wissenschaft? In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, 2004, S. 90-96
- Brehm, W.; Sygusch, R. (2003):**
 Prävention in Sportvereinen. In: Jerusalem, M., Weber, H. (Hrsg.): Psychologische Gesundheitsförderung, Diagnostik und Prävention. Göttingen, 2003. S. 479-459
- Brehm, W.; Sygusch, R., Hahn, U. (u.a.) (2001):**
 Qualitäten von Gesundheitssport unter der Voraussetzung eines bewegungsarmen Lebensstils. Ergebnisbericht I. Bayreuth, 2001 (Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft; Heft 8)
- Brehm, W.; Wagner, P.; Sygusch, R.; Hahn, U.; Schönung, A. (2005):**
 Health Promo-tion by means of Health Sport. In: Scandinavian Journal of Medicine and Science in Sports, 15, 2005, 1, pp. 13-20
- Brettschneider, W.D.; Bräutigam, M. (1990):**
 Sport in der Alltagswelt von Jugendlichen. Ritterbach, 1990
- Breyer, F.**
(1999a): Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt. Greifswald, Universität, Dissertation, 1999
(1999b): Lebenserwartung, Kosten des Sterbens und die Prognose der Gesundheitsausgaben. Konstanz, 1999
- Breyer, F.; Felder, S. (2004):**
 Lebenserwartung und Gesundheitsausgaben im 21. Jh. – neue Berechnung unter Berücksichtigung der Sterbeausgaben. Magdeburg, 2004 (Universität Magdeburg und Universität Konstanz: Working Paper Series; Nr.5)
- Breyer, F.; Ulrich, V. (1999):**
 Gesundheitsausgaben, Alter und medizinischer Fortschritt. Greifswald, 1999 (Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 1)
- Breyer, F.; Zweifel, P. (1999):**
 Gesundheitsökonomie. Berlin, 1999
- Brian, M. (u.a.) (1999):**
 Einstellung und Verhalten der Schweizer Bevölkerung bezüglich körperlicher Aktivitäten. In: Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie 47, 1999, 4, S. 165-169
- Brown, J.S. (1962):**
 The Motivation of Behavior. In: The American Journal of Psychology, 75, 1962, 4, pp. 699-701
- Brown, J.D. (1990):**
 Exercise, fitness and mental health. In: Bouchard, C.; Shepard R.J. (u.a.): Exercise, fitness and health. Champaign (IL), 1990. pp. 607-626
- Bruhn, M.; Homburg, C. (2000):**
 Handbuch Kundenbindungsmanagement. Wiesbaden, 2000
- Bruhn, M.; Tilmes, J. (1994):**
 Social Marketing. Stuttgart, 1994
- Bruns, A. (2005):**
 Kundenbindung und Verkauf. Renningen, 2005
- Brunstein, J.B.; Maier, G. (1996):**
 Persönliche Ziele. In: Psychologische Rundschau, 47, 1996, S. 146-160
- Budde, H.G.; Grün, O.; Keck, M.(1993):**
 Motivation der Patienten der Arbeitnehmerrentenversicherung zur Teilnahme an der ambulanten Herzgruppe (AHG). In: Deutsche Rentenversicherung, 1993, 4-5, S. 184-191

- Budde, H.G.; Keck, M.**
(1996): Zusammenhänge zwischen beruflicher Perspektive und Gesundheitsverhalten nach stationär kardiologischer Rehabilitation. In: Herz, Kreislauf, 28, 1996, S. 169-172
(1999): Vier-Jahresteilnahmepersistenz in einer ambulanten Herzgruppe. In: Prävention-Rehabilitation, 11, 1999, 2, S. 55-60
- Büchner, I. (2001):**
 Beeinflussung kardiovaskulärer Risikofaktoren durch Interventionsmaßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen, Universität, 2001
- Bühler, A. (2005):**
 Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Köln, 2005
- Bull, S. (2001):**
 Adherence issues in sport and exercise. Chichester (UK), 2001
- Bullinger, H.-J. (2001):**
 Gesundheit, Wellness, Wohlbefinden. Bielefeld, 2001
- Bundesamt für Sport Schweiz (1999):**
 Fakten zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter. In: Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie. 47, 1999, 4, S. 175-180
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1999):**
 Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Köln, 1999
- Busse, R. (u.a.) (2005):**
 Gesundheitspolitik in Industrieländern. Gütersloh, 2005
- Buttler, G. (1998):**
 Die Auswirkungen der demographischen Entwicklung auf die Kosten im Gesundheitswesen. Vortrag in der Hauptversammlung der Deutschen Statistischen Gesellschaft am 8.10.1998. Lübeck, 1998
- BzgA** s. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

C

- Calder, B.J.; Staw, B.M. (1975):**
 The interaction of intrinsic and extrinsic motivation. In: Journal of Personality and Social Psychology, 31, 1975, pp. 76-80
- Cameron, J.; Banko, K.; Pierce, W.D. (2001):**
 Pervasive negative effects of rewards on intrinsic motivation; the myth continues. In: The Behavior Analyst, 24, 2001, pp. 1-44
- Campbell, M.K.; DeVellis, B.M.; Strecher, V.J.; Ammerman, A.S.; DeVellis, R.F.; Sandler, R.S. (1994):**
 Improving dietary behaviour. In: American Journal of Public Health, 84, 1994, pp. 783-787
- Caplan, G. (1974):**
 American Handbook of psychiatry. New York, 1974
- Carlson, J.J. (u.a.) (2001):**
 Self efficacy, psychosocial factors and exercise behaviour in traditional vs modified cardiac rehabilitation. In: Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 21, 2001, pp. 363-373
- Carpenter, P.J.; Keeler, B.; Scanlan, T.K.; Schmidt, G.W.; Simons, J.P. (1993):**
 An introduction to the sport commitment Model. In: Journal of Sport and Exercise Psychology, 15, 1993, pp. 1-15
- Carron, A.V. (1994):**
 Group dynamics in Sport. In: Serpa, S. (u.a.): International perspectives on sport and exercise psychology – World Congress of Sport Psychology 1993. Morgantown WV, 1994, pp. 79-110
- Cassel, D.**
(2001): Demographischer Wandel – Folgen für die gesetzliche Krankenversicherung. In: Wirtschaftsdienst, 81, 2001, 2, S.87-91
(2004): Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen Baden-Baden, 2004 (. Tagungsband des Ausschusses für Gesundheitsökonomie des Vereins für Sozialpolitik)

- Chalupa, M. (2001):**
Warum ist Wellness wichtig? Wien, 2001
- Christiani, A. (2005):**
111 Motivationstipps für persönliche Höchstleistung. Heidelberg, 2005
- Club of Cologne (Hrsg.) (1994, 1996):**
Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Köln, 1994 und 1996
- Col'in's, W.A. (Hrsg.)(1981):**
Aspects of the development of competence. Hillsdale (NJ), 1981 (Minnesota Symposia on Child Psychology; vol. 14)
- Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.) (1996):**
Predicting health behaviour. Buckingham (UK), 1996
- Conzelmann, A. (2001):**
Sport und Persönlichkeitsentwicklung. Schorndorf, 2001
- Csikszentmihalyi, M.**
(2000): Das flow-Erlebnis. Stuttgart, 2000
(2003): Flow im Beruf. Stuttgart, 2003

D

- Deutsche Angestellten Krankenkasse (DAK) (2005):**
Gesundheit beginnt im Kopf. Hamburg, 2005
- Daly, J.; Sindone, A.P.; Thompson, D.R.; Hancock, K.; Chang, E.; Davidson, P. (2002):**
Barriers to participation in and adherence to cardiac rehabilitation programs. In: Progress in Cardiovascular Nursing, 17, 2002, pp. 8-17
- Daug, R. (u.a.) (1996):**
Kognition und Motorik. Hamburg, 1996
- deCharms, R.**
(1968): Personal causation. New York, 1968
(1976): Enhancing motivation. New York, 1976
- Deci, E.L.**
(1971): Effects of extrinsically mediated rewards on intrinsic motivation. In: Journal of Personality and Social Psychology, 18, 1971, pp. 105 – 115
(1975): Intrinsic Motivation. New York, 1975
- Deci, E.L.; Casico, W.F.; Krusell, J. (1975):**
Cognitive evaluation theory and some comments on the Calder and Staw critique. In: Journal of Personality and Social Psychology, 31, 1975, pp 81-85
- Deci, E.L.; Koestner, R.; Ryan, R.M. (1999):**
A meta-analytic review of experiments examining the effects of extrinsic rewards on intrinsic motivation. In: Psychological Bulletin, 125, 1999, pp. 627-668
- Deci, E.L.; Ryan, R.M.**
(1985): Intrinsic motivation and self determination in human behaviour. New York, 1985
(1991): A motivational approach to self. In: Dienstbier, R.A. (Hrsg.): Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln (NE), 1991. pp. 237-288
- Deutsche Gesellschaft für Kardiologie (2003):**
Positionspapier zur Primärprävention kardiovaskulärer Erkrankungen. In: Zeitschrift für Kardiologie, 92, 2003, S. 522-524
- Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit / Enquete-Kommission Demographischer Wandel (2002):**
Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft auf den Einzelnen und die Politik. Berlin, 2002

- Diabetes Prevention Program Research Group (2002):**
Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. In: New England Journal of Medicine, 2002, 346, pp. 393-403
- Dieckert, J., Wopp, C (Hrsg.) (2002):**
Handbuch Freizeitsport, Schorndorf, 2002
- Dickhuth, H.H.; Schlicht, W. (1997):**
Körperliche Aktivität in der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – eine Standortbestimmung. In: Sportwissenschaft, 1997, 27, S. 9-22
- Dinold, M.; Gerber, G.; Reinelt, T. (Hrsg.)(2003):**
Aufeinander Zubewegen durch Bewegung, Spiel und Sport. Wien, 2003
- Dienstbier, R.A.; Appley, H. (1991):**
Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln (NE), 1991
- Dierck, R. (1999):**
Kundenbindungssysteme und Bonus-Meilen. In: Wettbewerb in Recht und Praxis, 45, 1999, 6, S. 616-617
- Dietz, W. H. (2004):**
Overweight in childhood and adolescence. In: New England Journal of Medicine, 2004, 350, pp. 855-857
- Diller, H.**
(1997): Was leisten Kundenklubs. In: Marketing ZFP, 19,1997, 1, S.33-41
(2000): Preispolitik. Stuttgart, 2000
(2005): Innovative Marketingführung. Nürnberg, 2005
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (1994):**
Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Bern, 1994
- Dimo, F.C. (2001):**
Übersichten – körperliche Aktivität und Krebs. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 52, 2001, 9, S. 238-344
- Dishman, R.K.**
(1981): Self Motivation and adherence to habitual physical exercise. In: Journal of Behavior Medicine, 4, 1981, 4, pp. 421-38.
(1982): Compliance / adherence in health-related exercise. In: Health-Psychology, 1982, 1, pp. 237-267
(1985): Medical Psychology in exercise and sport. In: Medical Clinic of North America, 69, 1985, 1, pp.123-143
(1987): Exercise Adherence and habituell Physical Activity. In: Morgan, W.P.; Goldston, S.E.: Exercise and mental health. Washington, 1987. pp. 57-84
(1991): Increasing and maintaining exercise and physical activity. In: Behavior Therapy, 22, 1991, pp. 345-378
(1993): Exercise adherence. In: Singer, R.N., Murphy, M.; Tenant, L.K. (Hrsg.): Handbook of research on sport psychology. New York, 1993. S. 778 ff.
(1994): The measurement conundrum in exercise adherence research. In: Medicine and Science in Sports and exercise, 26, 1994, pp. 1382-1390
- Dishman, R.K.; Sallis, J.F.; Orenstein, D.R. (1985):**
The determinants of physical activity and exercise. In: Public Health Reports, 100, 1985, pp.158-171
- Dittrich, S. (2000):**
Kundenbindung als Kernaufgabe im Marketing. St. Gallen, Universität, Dissertation, 2000
- Dlugosch, G.E. (1994):**
Modelle in der Gesundheitspsychologie. In: Schwenkenmezger, P.; Schmidt, L.R. (Hrsg.): Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, 1994, S.101-116
- Dollinger, S.J.; Thelen, M.H (1978):**
Overjustification and children's intrinsic motivation. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1978, 36, pp. 1259-1269
- Dorner, T.; Rieder, A. (2005):**
Epidemiologie der koronaren Herzkrankheit und Bedeutung für die Prävention. In: Journal für Kardiologie, 2005, 12, Supplement B, S. 13-15
- Dowling, G.R.; Uncles, M. (1997):**
Do Customers Loyalty Programs really work? In: Sloan Management Review, 38, 1997, 4, pp. 71-82

- Drabinski, Th. (2003):**
Der Einfluss der Wiedervereinigung auf die Entwicklung des Beitragssatzes der gesetzlichen Krankenversicherung. Kiel, 2003
- Draksal, M. (2005):**
Psychologie und Höchstleistung. Leipzig, 2005
- Drupp, M. (2000):**
Bonusprojekt in Niedersachsen – Mehr Gesundheit, weniger Kosten. In: Gesundheit und Gesellschaft, 2000, 12, S. 52-56
- Drygas, W.; Jegler, A.; Kunski, H. (1988):**
Study on threshold dose of physical activity in coronary heart disease prevention. Part I: Relationship between leisure time physical activity and coronary risk factors. In: International Journal of Sports and Medicine, 1988, pp. 275-278.
- Dubbert, P. M. (2002):**
Physical activity and exercise; Recent advances and current challenges. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 2002, pp. 526-536
- Dufaux, B.; Liesen, R. (u.a.) (1979):**
Über den Einfluss eines Ausdauertrainings auf die Serum Lipoproteine unter besonderer Berücksichtigung der Alpha Lipoproteine (HDL) bei jungen und bei älteren Personen. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 1979, 30, S. 123-129
- Drupp, M.; Osterholz, U. (1998):**
Prospektiver Beitragsbonus. In: Müller, R.; Rosenbrock, R.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Sankt Augustin, 1998, S. 349-351
- Dweck, C.S. (1999):**
Self-theories – their role in motivation, personality, and development. New York, 1999
- Dzewaltowski, D.A.; Noble, J.; Shaw, J. (1990):**
Physical Activity Participation. In: Journal of Sport and Exercise Psychology, 1990, 12, pp. 388-405

E

- Ebrahim, S.; Smith, G.D. (1997):**
Systematic review of randomized controlled trials of multiple risk factor interventions for preventing coronary heart disease. In: British Medical Journal, 1997, 314, pp. 1666-1674
- Eastman, C.; Marzillier, J.S. (1984):**
Theoretical and methodological difficulties in Bandura's self-efficacy theory. In: Cognitive Therapy and Research, 8, 1984, 3, pp. 213-229
- Eden, D.; Aviram, A. (1993):**
Self efficacy training to speed re-employment. In: Journal of Applied Psychology, 78, 1993, pp. 352-360
- Edlin, G. (1996):**
Health and Wellness. Boston, 1996
- Ehrlinger, J.; Dunning, D. (2003):**
How chronic self view influence (and potentially mislead) estimates of performance. In: Journal of Personality and Social Psychology, 84, 2003, pp. 5-17
- Eichberg, S. (2002):**
Sportaktivität, Fitness und Gesundheit im Lebenslauf. Heidelberg, Universität, Dissertation, 2002
- Elkeles, T.(u.a.) (Hrsg.) (1991):**
Prävention und Prophylaxe. Berlin, 1991
- Elste, F. (2004):**
Marketing und Werbung in der Medizin. Berlin, 2004
- Engström, L.M. (1991):**
Exercise adherence in sport for all from youth to adulthood. In: Oja, P. (u.a.): Sport for All. Amsterdam, 1991. pp. 473-483

- Engel, U.; Hurrelmann, K. (1989):**
 Psychosoziale Belastung im Jugendalter. Berlin, 1989
- Engeser, S. (2005):**
 Lernmotivation und volitionale Handlungssteuerung. Potsdam, Universität, Dissertation, 2005
- Ernst, A. (2004):**
 Chancen und Grenzen von Bonusprogrammen zur Förderung von Gesundheitsressourcen durch die gesetzliche Krankenkasse. Hamburg, Hochschule für angewandte Wissenschaften, unveröffentlichte Diplomarbeit, 2004
- Etnier, J.L. (u.a.) (1997):**
 Themfluence of physical fitness and exercise upon cognitive functioning. In: Journal of Sport Exercise and Psychology, 1997, 19, pp. 249-277
- Eysenck, H.J. (1947):**
 Dimensions of personality. London (UK), 1947
- Eysenck, H.J. (u.a.) (1982):**
 Sport and personality. In: Advances in Behavior, Resarch and Therapy, 4, 1982, pp.1-52
- Eysenck, H.J. (1990):**
 Type A behavior and coronary heart disease. In: Journal of Social Behavior and Personality, 5, 1990, S. 25-44

F

- Faltermaier, T.**
 (1994): Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim, 1994
 (2005): Gesundheitspsychologie. Stuttgart, 2005
- Faltermaier, T. (u.a.) (2002):**
 Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters. Stuttgart, 2002
- Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M. (1998):**
 Gesundheit im Alltag. Weinheim, 1998
- Fakten** zur gesundheitlichen Bedeutung von Bewegung und Sport im Jugendalter (1999):
 In: Schweizerische Zeitschrift für Sportmedizin und Sporttraumatologie, 47, 1999, 4, S. 175-180
- Feingold, B.D.; Mahoney, M.J. (1975):**
 Reinforcement on intrinsic intrest. In: Behavior Therapy, 1975, 6, pp. 367-377
- Felder, S.; Werblow, A. (2006):**
 Anreizwirkungen wählbarer Selbstbehalte. Baden-Baden, 2006
- Felton, B.J.; Revenson, T.A.**
 (1984a): Coping with cronic illness. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology and aging, 2, 1984, pp. 164-170
 (1984b): Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among cronicly ill adults. In: Social Science and Medicine, 18, 1984, pp. 889-898
- Fickel, N. (1995):**
 Auswirkungen der Bevölkerungsentwicklung in der Bundesrepublik Deutschland auf die Ausgaben im Gesundheitswesen. Erlangen, Universität, 1995
- Fink, U.(2003):**
 Gesundheitsreform-2003. Baden-Baden, 2002
- Fischer, H.-H. (2005):**
 Motivieren, Entscheiden und Wollen aus ethologischer und psychologischer Sicht. Eschborn, 2005
- Fishbein, M.; Guenther-Grey, C.; Johnson, W.; Wolitski, R.J.; McAlister, A.; Rietmeijer, C.A. (1997):**
 Using a theory-based community intervention to reduce AIDS risk behaviours. In: Goldberg, M.E.; Fishbein, M.; Middlestadt, S. (Hrsg.): Social marketing. Mahwah (NJ), 1997. pp. 123-146
- Fiske, S.; Taylor, S. (1991):**
 Social Cognition. Singapur, 1991
- Flick, U. (1998):**
 Wann fühlen wir uns gesund? Weinheim, 1998

- Folkins, S.H., Sime, W.E. (1981):**
Physical fitness training and mental health. In: American Psychologist, 36, 1981, 4, pp. 373-389
- Frank, U. (2002):**
Subjektive Gesundheitsvorstellungen und gesundheitsförderlicher Lebensstil von Herzinfarktpatienten und -patientinnen. Freiburg (Breisgau), Universität, Dissertation, 2000
- Franzkowiak, P. (1998):**
Dokumente der Gesundheitsförderung. Mainz, 1998
- Friederich, A. (2004):**
Kosten sparen durch gesunde Mitarbeiter in einem gesunden Unternehmen. Offenburg, 2004
- Friedmann, H.S. (Hrsg.) (1990):**
Personality and disease. New York, 1990
- Friedrich, D.N. (2005):**
Solidarität und Wettbewerb in der Krankenversicherung. Eichstätt, Universität, Dissertation, 2005
- Fries, J.F.**
(1980a): The compression of morbidity. In: Health and Society, 31, 1980, 3, pp. 397-419
(1980b): Aging, Natural Death and the Compression of Morbidity. In: New England Journal of Medicine, 303, 1980, pp.130-135
(1992): Strategie for reduction of morbidity. In: American Journal of Clinical Nutrition, 55, 1992, pp. 1208-1214
(2000): Compression of morbidity in the elderly. In: Vaccine, 18, 2000, pp.1584-1589
- Fritz, S. (2005):**
Ökonomischer Nutzen weicher Kennzahlen. Zürich, 2005
- Fröck, M. (2004):**
Die GKV im Wettbewerb. Bayreuth, Universität, 2004
- Funk, T. (2005):**
Die Wirkung von Bonusprogrammnetzwerken. Wiesbaden, Universität, Dissertation Universität, 2005
- Fuchs, R.:**
(1994a): Änderungsdruck als motivationales Konstrukt. In: Zeitschrift für Sozialpsychologie, 2, 1994, 25, S. 95-107
(1994b): Konsequenzerwartungen als Determinante des Sport- und Bewegungsverhaltens. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 2, 1994, 4, S. 269-291
(1997): Psychologie und körperliche Bewegung. Göttingen, 1997
(1999): Motivation, Volition und alltägliches Sporttreiben. In: Motivation und Volition im Sport – vom Planen und Handeln. Leipzig, 1999, S. 41-53 (Kongressbericht)
(2001): Entwicklungsstadien des Sporttreibens. In: Sportwissenschaft, 31, 2001, 3, S. 255-281
(2002): Körperliche Aktivitätsprogramme. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H.: Gesundheitspsychologie von A-Z. Göttingen, 2002. S. 303-306
(2003): Sport, Gesundheit und Public Health: Göttingen, 2003
(2005): Körperliche Aktivität. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, 2005. S. 447-465
(2006): Motivation zum Freizeit- und Gesundheitssport. In: Strauß, B.; Tietjens, M. (Hrsg.): Handbuch Sportpsychologie. Schorndorf, 2006. S. 270-278
- Fuchs, R.; Göhner, W. (2007):**
Änderung von Gesundheitsverhalten. Göttingen, 2007
- Fuchs, R.; Göhner, W.; Seelig, H. (2007):**
Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils. Göttingen, 2007
- Fuchs, R.; Hahn, A.; Jerusalem, M. (u.a.) (1989):**
Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens. Berlin, 1989
(Arbeitsberichte des Instituts für Psychologie der FU-Berlin; Nr.11)
- Fuchs, R.; Hahn, A.; Schwarzer, R. (1994):**
Effekte sportlicher Aktivität auf Selbstwirksamkeitserwartung und Gesundheit in einer stressreichen Lebenssituation. In: Sportwissenschaft, 24, 1994, 1, S. 67-81
- Fuchs, R.; Kleine, D. (1995):**
Vulnerabilität als Bedingungsfaktor des Sporttreibens; Schlussfolgerungen für die Sport- und Gesundheitsförderung. In Schlicht, W., Schwenkmezger, P. (Hrsg.): Gesundheitsverhalten und Bewegung. Schorndorf, 1995. S. 79-94

- Fuchs, R.; Leppin, A. (1992):**
Sportliche Aktivität, sozialer Rückhalt und Lebensstress als Determinanten der psychischen Gesundheit. In: Sportpsychologie, 6, 1992, S. 13-19
- Fuchs, R.; Schwarzer, R.**
(1994a): Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung. In: Schneewind, K.A. (Hrsg.): Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Göttingen, 1994. S. 403-432
(1994b): Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität. In: Zeitschrift für Differentielle und diagnostische Psychologie, 15, 1994, 3, S. 141-145
- Fuchs, R.; Seelig, H.; Killian, D. (2005):**
Selbstkonkordanz und Sportteilnahme. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 13, 2005, S. 126-138
- Fuchs, R.; Seelig, H.; Krause, M. (2005):**
Motivationale und volitionale Strategien eines sportlich aktiven Lebensstils in der Reha Klinik – MoVo-Intervention. Freiburg, 2005 (unveröffentlichtes Manuskript)

- Funk, T. (2005):**
Die Wirkung von Bonusprogrammnetzwerken auf das Cross buying Verhalten. Wiesbaden, 2005

G

- Gabler, H. (2002):**
Motive im Sport. Schorndorf, 2002
- Gabler, H.; Nitsch, J.R. (u.a.) (1986):**
Einführung in die Sportpsychologie. Teil 1. Grundthemen. Schorndorf, 1986
- Garces, E.; Duncan, T.; Currie, J. (2002):**
Longer Term Effects of Head Start. In: American Economic Review, 92, 2002, 3, pp. 999-1012
- Garms-Homolova, V. (2002):**
Assesment für die häusliche Versorgung und Pflege. Bern, 2002
- Gemeinsame** und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs.1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000. in der korrigierten Fassung vom 15. Juni 2006 (zugleich Leitfaden Prävention).
<http://www.aok.de/hes/download/pdf/hes-leitfaden-praevention-2006.pdf?sid=a74aa9efa923b8b8d887b5c11d11ede0> – vom 03.03.2007
- Genkinger, J.M.; Platz, E.A.; Hoffman, S.C. (u.a.) (2004):**
Fruit, vegetable, and antioxidant intake and all-cause, cancer, and cardiovascular disease mortality in a community-dwelling population. In: Washington County, Maryland American Journal of Epidemiology, 12, 2004, Dec 15; 160, pp. 1223-1233.
- Geyer, S. (2000):**
Antonovskys sense of coherence – ein gut geprüftes und empirisch bestätigtes Konzept? In: Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T.: Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim, 2000. S. 71-83
- Gierl, H.; Kuberl, T.M. (1997):**
Möglichkeiten zur Ermittlung des Kundenwertes. In: Link, J. (u.a.) (Hrsg.): Handbuch Database Marketing. Ettlingen, 1997. S. 174-189
- Giering, A. (2000):**
Der Zusammenhang zwischen Kundenzufriedenheit und Kundenloyalität. Wiesbaden, Universität, Dissertation, 2000
- Gist, M.E.; Mitchell, T.R. (1992):**
The influence of self-efficacy on the development of its determinants and malleability. In: Academy of Management Review, 17, 1992, 2, pp.183-211
- Glaeske, G. (2003):**
Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Bonn, 2003
(Gesprächskreis Arbeit und Soziales)
- Glusac, N. (2005):**
Der Einfluss von Bonusprogrammen auf das Kaufverhalten und die Kundenbindung von Konsumenten. Wiesbaden, 2005

- Glynn, S.M. (1986):**
The development and validation of an eating self-efficacy scale. In: *Therapy and Research*, 10, 1986, pp. 403-420
- Gochmann, D.S. (1971):**
Some steps towards a psychological matrix for health behavior. In: *Canadian Journal of Behavioral Science*, 1971, 3, pp. 88-101
- Göhner, W.; Fuchs, R.(2007):**
Änderung des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, 2007
- Goldberg, M.E.; Fishbein, M.; Middlestadt, S. (Hrsg.) (1997):**
Social marketing. Mahwah (NJ), 1997
- Gollwitzer, P.M.**
- (1987): Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität. In: Heckhausen, H. Gollwitzer, P.M.: *Jenseits des Rubikon*, New York, 1987. S. 176-189
 - (1991): *Abwägen und Planen*. Göttingen, 1991
 - (1993): Goal achievement. In: *European review of social psychology*, 4, 1993, pp. 141-185
 - (1994): Zielbegriffe und -theorien in der heutigen Psychologie. Vortrag auf dem 39.Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie. Hamburg, 1994
 - (1996): The volitional benefits of planning. In: Gollwitzer, P.M.; Bargh, J.A.: *The psychology of action*. New York, 1996. pp. 287-312
 - (1999): Implementation intentions. In: *American Psychologist*, 54, 1999, pp. 493-503
- Gollwitzer, P.M.; Bargh, J.A. (1996):**
The psychology of action. New York, 1996
- Gollwitzer, P. M.; Brandstätter, V.**
- (1995): Motivation. In Manstead, A.S.R.; Hewstone, M. (Hrsg.): *The Blackwell Dictionary of Social Psychology* Oxford, 1995. pp. 397-403
 - (1997): Implementation intentions and effective goal pursuit. In: *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1997, pp. 186-199
- Gollwitzer, P.M.; Sheeran, P.; Webb, T.L. (2005):**
The interplay between goal intentions and implementation intentions. In: *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 2005, pp. 87-98
- Gollwitzer, P.M.; Sheeran, P.(2004):**
Implementation intentions and goal achievement: A meta-analysis of effects and processes. *Advances in Experimental Social Psychology*.
<http://gsbwww.uchicago.edu/research/workshops/behavioral/Gollwitzer.pdf> - vom 03.03.07
- Goschke, Th. (2002):**
Volition und kognitive Kontrolle. In: Müsseler, J.; Prinz, W.: *Allgemeine Psychologie*. Heidelberg, 2002. S.271-335
- Grau, I.; Bischoff, H.W. (Hrsg.) (2003):**
Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin, 2003
- Greene, D. (1974):**
Immediate and subsequent effects of differential rewards systems on intrinsic motivation in public school classrooms. *Dissertation Abstracts*, 35. (UMI Nr. 75-68544)
- Greene, H.; Killan, L. (2006):**
Qualitäten der Gesundheitsförderung – Konzepte für die Praxis. Berlin, 2006
- Greve, W.**
- (1991): Kann und soll wissenschaftliche Psychologie wertfrei sein? Trier, 1991
 - (1994): *Handlungserklärung*. Bern, 1994
- Greve, W. (Hrsg.) (2000):**
Psychologie des Selbst. Weinheim, 2000
- Greve, W.; Krampen, G. (1986):**
Selbstkonzepte eigener kommunikativer Kompetenzen. Trier, 1986
- Greve, W.; Wippermann, D. (1990):**
Nur Leib oder auch Seele? Trier, 1990. (Trierer psychologische Berichte; Bd. 17; Heft 4)
- Grossarth-Maticek, R. (2002):**
Selbstregulation, Autonomie und Gesundheit. Berlin, 2002

- Grossman, J.B.; Tierney, J.P. (1998):**
Does mentoring work? In: Evaluation Review, 22, 1998, pp. 403-426
- Gründel, J.(1963):**
Die Lehre von den Umständen der menschlichen Handlung. Münster, 1963 (Beiträge der Gesellschaft zum Studium der Philosophie und Theologie des Mittelalters; 59)
- Grunenberg, E.M. (1977):**
The Failure of Succes. In: Milbank Memorial Fund Quarterly , 55, 1977, pp. 3-2
- Gruppe, O.(1990):**
Sportkultur zwischen Bildungsgut und Körperkult. In: Gruppe, O.: Kulturgut oder Körperkult? Tübingen, 1990. S. 87-111
- Günster, Ch.; Klose, J.; Waltersbacher, A. (u.a.) (2003):**
Prävention auf dem Prüfstand. Evaluation von sekundär- und tertiärpräventiven Angeboten der AOK-Schleswig-Holstein. Bonn, 2003 (Wido; Bd. 49)
- Güntherth, B.J.(1999):**
Rationalisierung, Rationierung und Prioritätensetzung im Gesundheitswesen. In: Laaser, U.; Schwalbe, A. (Hrsg.): Das Gesundheitswesen in Deutschland - von der Kosten - zur Nutzenorientierung. Lage, 1999. S. 51-77

H

- Haag, H.**
- (1994): Terminologische Klärung forschungsrelevanter Begriffe. In: Strauß, B.; Haag, H (Hrsg.): Forschungsmethoden – Untersuchungspläne – Techniken der Datenerhebung in der Sportwissenschaft. Schorndorf, 1994. S. 3-44
 - (1999): Hermeneutik als erkenntnistheoretischer Bezugsrahmen zur Auswertung von Daten – kodiert in Worten. In: Strauß, B.; Haag, H; Kolb, M. (Hrsg.): Datenanalyse in der Sportwissenschaft, Hermeneutische und statistische Verfahren. Schorndorf, 1999. S. 7-39
- Hackfort, D. (Hrsg.) (2001):**
Handlungspsychologische Forschung für die Theorie und Praxis der Sportpsychologie. Köln, 2001 (Betrifft Psychologie und Sport; 37)
- Hackfort, D.; Munzert, J.; Seiler, R. (2000):**
Handeln im Sport als handlungspsychologisches Modell. Heidelberg, 2000
- Haenecke, H. (2001):**
Unternehmensziele von Krankenkassen – eine empirische Analyse. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2, 2001, S. 27-33
- Hagedorn, H.; Bös, K.(1984):**
Handeln im Sport. Bremen, 1984 (Vorträge, Referate und Diskussionen des 6. Sportwissenschaftlichen Hochschultages in Bremen)
- Hahn, A.; Renner, B.; Schwarzer, R. (1996):**
Health risk perception of smokers. Berlin, 1996
- Haisch, J.; Weitkunat, R.; Wildner, M. (1999):**
Wörterbuch Public Health Gesundheitswissenschaften. Bern, 1999
- Haisch, J.; Zeitler, H.-P. (1991):**
Gesundheitspsychologie. Heidelberg, 1991
- Harrison, J.A. (u.a.) (1992):**
A meta analysis of studies of the health belief model with adults. In: Health Education Research, 7, 1992, pp. 107-116
- Harter, S.**
- (1981): A model of mastery motivaton in children. In: Collin's, W.A: (Hrsg.): Aspects of the development of competence. Hillsdale (NJ), 1981. pp. 215-255
 - (1982): The perceived competence iddl for children. In: Child development, 53, 1982, pp. 87-97
 - (1986): Manual for the self-perception profile for adolescents. Denver, 1986
 - (1992): The relationship between perceived competence, affect, and motivational orientation within the classroom: Process and patterns of change. In: Boggiano, A.K.; Pittman, T.S. (Hrsg.): Achievement and motivation. Cambridge, 1992. pp. 77-114

- Hartmann, W.; Kreutzer, R.T.; Kuhfuß, H. (2004):**
Kundenclubs & More. Wiesbaden, 2004
- Haskell, W.L. (2000):**
Sport, Bewegung und Gesundheit. In: Der Orthopäde, 29, 2000, 11, pp. 930-935
- Haug, C.V. (1991):**
Gesundheitsbildung im Wandel. Bad-Heilbrunn, 1991
- Hebb, D. (1975):**
Einführung in die moderne Psychologie. Weinheim, 1975
- Heckhausen, H. (1980, 1989, 2003):**
Motivation und Handeln. Berlin (u.a.), 1980, 1989 und 2003
- Heckhausen, H.; Gollwitzer, P.M. (Hrsg.) (1987):**
Jenseits des Rubikon. Berlin, 1987
- Heckhausen, J.; Schulz, R. (1998):**
Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control. In: Heckhausen, J.; Dweck, C.S. (Hrsg.): Motivation and self-regulation across the life span. New York, 1998. pp. 50-77
- Helmke, A. (1992):**
Selbstvertrauen und schulische Leistungen. Göttingen, 1992
- Henke, K.-D. (2003):**
Wie lassen sich Gemeinwohl und Wettbewerb in der Krankenversicherung miteinander verbinden?
<http://www.wv.tu-berlin.de/diskussionspapiere/dp02-03.pdf> - vom 03.03.07
- Hennig, A. (2002):**
Branchenübergreifende Rabattsystem im Handel und deren Evaluation. Aachen, 2002
- Henning-Thurau, T.; Hansen, U. (Hrsg.) (2000):**
Relationship Marketing – Gaining Competitive Advantage through Customer Satisfaction and Customer Retention. Berlin, 2000
- Herder-Dorneich, P. (1980):**
Gesundheitsökonomik. Stuttgart, 1980
- Hermann, T., Tack, W.H., Weinert, F.E. (2000):**
Motivation. Stuttgart, 2000
- Hermes, K. (2004):**
Medical Wellness als exemplarische Darstellung bei der Adaption von Wellnesskonzepten aus den USA in Deutschland. Hamburg, Hochschule für angewandte Wissenschaften, unveröffentlichte Diplomarbeit, 2004
- Hermey, B. (2004):**
Lebensstil und Gesundheit. Bielefeld, Universität, Dissertation, 2004
- Hertel, L.**
- (1992):** Wellness und Gesundheitsförderung in den USA. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, 4, 1992, S. 36-46
 - (2003a):** Der große Wellness-Guide. Düsseldorf, 2003
 - (2003b):** Zahlen, Daten und Fakten zum Wellnessmarkt. November, 2003
www.wellnessverband.de/infodienst/zahlen_daten_fakten- vom 03.03.07
- Heseker, H.; Adolf, T.; Eberhardt, W.; Hartmann, S.; Kübler, W.; Schneider, R. (1994):**
Lebensmittel- und Nährstoffaufnahme Erwachsener in der Bundesrepublik Deutschland. Niederkleen, 1994 (VERA-Schriftenreihe; Bd. 3)
- Heusser, P. (2002):**
Gesundheitsförderung – eine neue Zeitforderung. Bern (u.a.), 2002
- Hinterhuber, H.; Matzler, K. (Hrsg.)(2000):**
Kundenorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden, 2000
- Höfling, S. (2001):**
Gesundheitsoffensive Prävention. München, 2001

- Höhnke, O. (2003):**
Coaching zum selbstbewussten Bewegen. Bremerhaven, 2003
- Hohmann, A.; Lames, M.; Letzelter, M. (2002):**
Einführung in die Trainingswissenschaft. Wiebelsheim, 2002
- Hof, B. (2001):**
Auswirkungen und Konsequenzen der demographischen Entwicklung für die gesetzliche Kranken- und Pflegeversicherung. Verband der privaten Krankenversicherung e.V. Köln, 2001
- Hoffmeister, H. (Hrsg.) (1995):**
Die Gesundheit der Deutschen. Berlin, 1995
- Hofstetter, C.R.; Sallis, J.F.; Hovell M.F. (1990):**
Some health dimensions of self-efficacy. In: Social Science and Medicine, 31, 1990, pp. 1051-1056
- Hollmann, W.; Hettinger, Th. (2000):**
Sportmedizin. Stuttgart, 2000
- Horn, T.S. (1992):**
Advances in sport psychology. Champaign (Ill.), 1992
- Horx, M. (2002):**
Die acht Sphären der Zukunft. München, 2002
- House, J.S. (1981):**
Work stress and social support. Massachusetts, 1981
- Houser-Marko, L.; Sheldon, K.M. (2001):**
Self-concordance, goal attainment and the pursuit of happiness. In: Journal of Personality and Social Psychology, 80, 2001, pp. 152-165
- Hu, F.B.; Li, T.Y.; Colditz, G.A.; Willet, W.C.; Manson, J.E. (2003):**
Television watching and other sedentary behaviors in relation to risk of obesity and type 2 diabetes mellitus in women. In: Journal of the American Medical Association, 2003, 289, pp. 1785-1791
- Hurrelmann, K.**
(2000): Gesundheitssoziologie. Weinheim, 2000
(2002a): Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Bern, 2002
(2002b): Einführung in die Sozialisationstheorie. Weinheim, 2002
(2003): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim, 2003
- Hurrelmann, K.; Klotz, Th.; Haisch, J. (Hrsg.) (2004):**
Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern, 2004
- Hurrelmann, K.; Lösel, F. (1990):**
Health Hazards in Adolescence. New York, 1990
- Huwiler, H.; Martens, A. (2003):**
Gesundheitsmanagement – eine Investition ins Humankapital. Zürich, 2003

I/J

- Illing, K.**
(2002): Medical Wellness und Selbstzahler. Berlin, 2002
(2003): Neue Produkte und neue Märkte für Kliniken. Kulmbach, 2003 (Special Medical Wellness; 22)
- Institut der Deutschen Wirtschaft (Hrsg.) (2005):**
Deutschland in Zahlen. Köln, 2005
- Iserloh, B.; Hagemann, T.; Kastner, M.; Knaack, N. (2002):**
Studiendesign. Dortmund, Universität, unveröffentlichtes Manuskript, 2002
- Iserloh B.; Hagemann, T.; Kastner, M.; Knaack, N. (2003):**
TK-Kurskonzept Nordic-e-Walking. Hamburg, 2003 (unveröffentlicht)
- Israel, A.C. ; Weinstein, J.B.; Prince, B. (1985):**
Eating behavior, eating style, and childrens' weight status: failure to find an obese eating style. In: International Journal of Eating Disorders, 4, 1985, pp.113-119

- Izard, C.E. (1971):**
The Face of emotion. New York, 1971
- Janssen, J.P.**
(1983): Aktivierung, Motivation, Handlung und Coaching im Sport. Schorndorf, 1983
(1994): Gesundheit und Sport im Alter. In: Alfermann, D.; Scheid, V. (Hrsg.): Psychologische Aspekte von Sport und Bewegung in Prävention und Rehabilitation. Köln, 1994. S. 54-57
(2001): Lebensstil und Gesundheitsförderung. Kiel, 2001
- Janssen, J.P.; Kolenda, K.-D.; Rieckert, H. (Hrsg) (1997):**
Rehabilitation bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen – quo vadis? Kiel, 1997
- Jeffrey, R.W. (u.a.) (2002):**
Longterm maintenance of weight loss. In: Health Psychology, 19, 2000, pp. 5-16
- Jerusalem, M. (1990):**
Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Stresserleben. Göttingen, 1990
- Jerusalem, M. (2001):**
Empirisch evaluierte Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9, 2001, S. 67-85
- Jerusalem, M.; Hopf, D. (2002):**
Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim, 2002 (Zeitschrift für Pädagogik; Bd. 44, Beiheft)
- Jerusalem, M.; Pekrun, R. (1999):**
Emotion, Motivation und Leistung. Göttingen, 1999
- Jerusalem, M.; Weber, H. (2003):**
Psychologische Gesundheitsförderung. Göttingen, 2003
- Jordan, J. (u.a.) (2003):**
Expertise für die Status-Konsensuskonferenz Psychokardiologie. Frankfurt, 2003
- Jungermann, H.; Pfister, H.-R.; Fischer, K. (2005):**
Die Psychologie der Entscheidung. München, 2005

K

- Kahl, H.; Hölling, H.; Kamtsiuris, P. (1999):**
Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. In: Das Gesundheitswesen, 61, 1999, Sonderheft 2, S. 163-168
- Kaluza, G. (1999):**
Optimismus und Gesundheit. In: Psychomed, 1999, 11, S. 51-57
- Kaluza, G. (2006):**
Psychologische Gesundheitsförderung und Prävention im Erwachsenenalter. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 2006, 4, S. 171-196
- Kaluza, G.; Keller, S.; Basler, H.-D. (2001):**
Beanspruchungsregulation durch Sport? In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 9, 2001, S. 26-31
- Kaminski, G. (1983):**
Potentielle Beiträge handlungstheoretischer Konzeptionen zur Neuorientierung motivationspsychologischer Perspektiven im Sport. In: Janssen, J.P.: Aktivierung, Motivation, Handlung und Coaching im Sport. Schorndorf, 1983. S. 146-158
- Kaminski, G. (1994):**
Konzentration im Sport aus transaktionalistischer Sicht. In: Psychologie und Sport, 1994, 1, S. 43-55
- Kane, R.L.; Levans, J.G. (1990):**
Improving the Health of Older People. New York (u.a.), 1990
- Kane, R.L.; Radoserich, D.M.; Kaupel, J.W. (1990):**
Compression of Morbidity. In: Kane, R.L.; Levans, J.G.: Improving the Health of Older People. New York, 1990. pp. 30-49

- Kanning, M. (2006):**
Änderungsprozesse und Strategien zur Aufrechterhaltung von körperlich-sportlicher Aktivität. Stuttgart, Universität, Dissertation, 2006
- Kastner, M.**
(2004): Die Zukunft der Work-Life-Balance. Kemmern, 2004
(2006): Wie Sinnggebung Leistung fördert. In: Horvarth, P. (Hrsg.): Wertschöpfung braucht Werte. Stuttgart, 2006. S. 45-52
- Kausler, D.H. (1951):**
A study of the relationship between ego involvement and learning. In: Journal of Psychology, 1951, 32, pp. 225-230
- Keller, S. (1999):**
Motivation und Verhaltensänderung. Freiburg, 1999
- Keller, B. (2003):**
Mentales Training in der Gesundheitsförderung. Zürich, Universität, Dissertation, 2003
- Keller, S.; Kaluza, G.; Basler, H.D. (2001):**
Motivierung zur Verhaltensänderung – Prozessorientierte Patientenedukation auf der Grundlage des Transtheoretischen Modells. In: Psychomed, 13, 2001, S. 101-111
- Keller, T. (2002):**
Beziehungsmanagement im Arzt-Patienten-Verhältnis. Wiesbaden, 2002
- Kehr, H. (2004):**
Motivation und Volition. Göttingen, 2004
- Kelley, D.E.; Goodpaster, B.H. (2001):**
Effects of exercise on glucose homeostasis in Type 2 diabetes mellitus. In: Medicine and Science in Sports and Exercise, 33, 2001, 6, pp. 495-501
- Kelley, G.A. (1955):**
The psychology of personal constructs. New York, 1991
- Kelley, H.H.; Thibaut, J.W. (1978):**
Interpersonal relations. New York, 1978
- Kenyon, G.S. (1968):**
A conceptual model for characterizing psychical activity. In: Research Quarterly, 39, 1968, pp. 96-105
- Kickbusch, I. (2003):**
Gesundheitsförderung. In: Schwartz, F.W. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München, 2003. S.181-189
- Kickbusch, I. (2003):**
Gesundheitsgesellschaft zwischen Markt und Staat. Vortrag an der TU Berlin am 24.06.2003.
http://www.wellnessverband.de/infodienste/beitraege/040418_gesundheitsgesellschaft.php - vom 03.03.07
- King, A.C.; Blair, S.N. (u.a.) (1992):**
Determinants of physical activity and intervention in adults. In: Medicine and Science in Sports and Exercise, 24, 1991, pp. 221-236
- Kirch, W.; Badura, B. (2005):**
Prävention. Heidelberg, 2005
- Kirch, W.; Kliemt, H.(1996):**
Rationalisierung im Gesundheitswesen. Regensburg, 1996
- Kirsch, I.(1985):**
Self-Efficacy and Expectancy. In: Journal of Personality and Social Psychology, 49, 1985, pp. 824-830
- Kirscht, J.P. (1972):**
Perceptions of control and health beliefs. In: Canadian Journal of Behavioral Science, 1972, 4, pp. 225-237
- Kivetz, R.; Simonson, I.**
(2002a): Earning the Right to Indulge. In: Journal of Marketing Research, 39, 2002, 5, pp.155-170
(2002b): Self control for the righteous. In: Journal of Consumer Research, 29, 2002, pp. 199-217

- Klauer, K.J. (2002):**
Handbuch kognitives Training. Göttingen, 2001
- Klingenberg, B. (2002):**
Kundennutzen und Kundentreue, Dissertation, München, 2002
- Klinger, E.**
(1971): Structure and functions of fantasy. New York, 1971
(1992): A commentary on Kuhl's theory of self regulation. In: Applied Psychology, 41, 1992, pp. 135-138
- Klinger, E.; Murphy, M.D. (1994):**
Action orientation and personality. In: Kuhl, J.; Beckmann, J.: Volition and personality. Seattle, 1994. pp. 79-93
- Klose, J.; Schnellschmidt, H. (2001):**
Finanzierung und Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Bonn, 2001
- Kloth, U. (2006).**
Bonusprogramme als Instrument zur individuellen Gesundheitsförderung. Bachelorarbeit an der Hochschule Magdeburg Stendahl 2006 – unveröffentlicht.
- Klusen, N.; Straub, C.; Meusch, A. (Hrsg.) (2004):**
Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Baden-Baden, 2004
- Knaack, N.; Margraf, I. (2004):**
Gesundheitsmanagement. Hamburg, 2004 (unveröffentlichte TK-Broschüre)
- Knappe, E.; Arnold, R. (2002):**
Pauschalprämie in der Krankenversicherung. München, 2002
- Kniehl, A. (1998):**
Motivation und Volition. Wiesbaden, 1998
- Knoll, M. (1997):**
Sporttreiben und Gesundheit – eine kritische Analyse vorliegender Befunde. Schorndorf, 1997
- Knoll, N.; Scholz, U.; Rieckmann, N. (2005):**
Einführung in die Gesundheitspsychologie. Basel, 2005
- Koch, A.**
(1996a): Warum treiben nicht mehr Erwachsene Sport? In: Sport Praxis, 37, 1996, 2, S. 35-42
(1996b): Warum treiben wir Sport? In: Sport Praxis, 37, 1996, 1, S. 39-49
- Koestner, R.; Lekes, N.; Powers, T.A.; Chicoine, E. (2002):**
Attaining personal goals; Self-concordance plus implementation intentions equals success. In: Journal of Personality and Social Psychology, 83, 2002, pp. 231-244.
- Kolenda, K.-D. (2005):**
Sekundärprävention der koronaren Herzkrankheit: Effizienz nachweisbar. In: Deutsches Ärzteblatt 102, Ausgabe 26 vom 01.07.2005, Seite A-1889 / B-1596 / C-1503
- Kolip, P. (2002):**
Gesundheitswissenschaften. Weinheim, 2002
- Kornitzer, M. (u.a.) (1983):**
Belgian heart disease prevention project: incidence and mortality results. In: Lancet, 1983 May 14, 1 (8333), pp.1066-1070
- Krampen, G.**
(1979): Differenzierungen des Konstrukts der Kontrollüberzeugung. Deutsche Bearbeitung und Anwendung der IPC-Skalen. In: Zeitschrift für experimentelle und angewandte Psychologie, 26, 1979, S. 573-595
(1991): Fragebogen zur Kompetenz- und Kontrollüberzeugung. Göttingen, 1991
- Krämer, W. (1996):**
Hippokrates und Sisyphus. <http://www.studgen.uni-mainz.de/manuskripte/kraemer.pdf> vom 01.04.07
- Krapp, A.; Weidenmann, B. (2001, 2006):**
Pädagogische Psychologie. Weinheim, 2001 und Basel, 2006

- Krapp, A.; Ryan, R. (2002):**
Selbstwirksamkeit und Lernmotivation. In: Jerusalem, M.; Hopf, H. (Hrsg.): Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. Weinheim, 2002. S. 54-82
- Krawinkel, E. (2004):**
Körperliche Aktivität bei kardiovaskulären Erkrankungen. Greven, 2004
- Kreuter, H.; Klaes, L.; Hoffmeister, H.; Laaser, U. (1995):**
Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen – Ergebnisse und Konsequenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Studie. Weinheim, 1995
- Kroj, G.; Utzelmann, H.; Winkler, W. (Hrsg.)(1993):**
Psychologische Innovationen für die Verkehrssicherheit. Bonn, 1993
- Krüger, T. (1999):**
Loyalitätsprogramme als sinnvolle Investition. In: Direktmarketing, 1999, 4, S. 20-22
- Kruse, A.**
(1993): Das Rehabilitationspotenzial älterer Menschen. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 1993, 25, S. 231-237
(2002): Gesund altern. Baden-Baden, 2002
- Kruse, A.; Gaber, E.; Heuft, G.; Oster, P.; Schulz-Nieswandt, F. (2002):**
Gesundheit im Alter. Gesundheitsbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Berlin, 2002
- Kühn, H.**
(1999): Eine neue Gesundheitsmoral? Anmerkungen zur lebensstilbezogenen Prävention und Gesundheitsförderung. In: Schlicht, W.; Dickhuth, H.: Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität. Schorndorf, 1999. S. 205-224
(2001): Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung und das Instrument der Budgetierung. Berlin, 2001. http://www.attac.de/archiv/gesundheit_finanzierbarkeit.pdf_vom_01.04.07
(2004): Demographischer Wandel und demographischer Schwindel. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, 2004, 6, S. 742-751 und http://www.wz-berlin.de/ars/ph/download/demogrwandel.pdf_vom_20.05.07
(2005): Demographischer Wandel und GKV. In: Die Krankenversicherung, 2005, 6/7, S. 178-223
- Kuhl, J.**
(1990): Kurzanweisung zum Fragebogen HAKEMP-90. Osnabrück, Universität, Fachbereich Psychologie, 1990 (unveröffentlichtes Manuskript)
(1994): Wille und Freiheitserleben. Osnabrück, 1994
(1995): Handlungs-Lageorientierung. In: Sarges, W. (Hrsg.): Managementdiagnostik. Göttingen, 1995. S.303-316
(2001): Motivation und Persönlichkeit. Göttingen, 2001
- Kuhl, J.; Beckmann, J. (Hrsg.) (1985):**
Action control. Heidelberg, 1985
- Kuhl, J.; Beckmann, J. (1994):**
Volition and personality. Seattle, 1994
- Kuhl, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.) (1996):**
Motivation, Volition und Handlung. Göttingen, 1996 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 4, Motivation und Emotion; Bd. 4)
- Kuhlmann, E.; Kolip, P. (1998):**
Lust und Freude am Leben. In: Flick, U.: Wann fühlen wir uns gesund? Weinheim, 1998. S. 105-118
- Künzel, S. (2003):**
Das Bonusprogramm als Instrument zur Kundenbindung. Berlin, 2003
- Künzel, M. (2005):**
Integrative Ansätze zur Markenwerbung. Frankfurt a.M., 2005

L

- Laaser, U.; Schwalbe, A. (Hrsg.)(1999):**
Das Gesundheitswesen in Deutschland – von der Kosten- zur Nutzenorientierung. Lage, 1999
- Lamprecht, F.; Johnen, R.(1997):**
Salutogenese. Frankfurt a.M., 1997

- Lander, H.-J. (1988):**
Über das Verhältnis von Kognition, Emotion und Motivation aus allgemeiner psychologischer Sicht. Berlin (DDR), 1988
- Landmann, M. (2005):**
Selbstregulation, Selbstwirksamkeit und berufliche Zielerreichung. Darmstadt, Technische Universität, Dissertation, 2005
- Langer, E.J.; Rodin, J. (1976):**
The effects of choice and enhanced personal responsibility for the aged. In: Journal of Personality and Social Psychology, 1976, 34, pp. 191-198
- Lauer, Th.**
- (2000):** Kunden binden, Kostensenken – die Potenziale von Bonusprogrammen nutzen. In: Absatzwirtschaft 10, 2000, S. 68-72
 - (2002):** Bonussysteme richtig gestalten. In: Harvard Business Manager, 3, 2002, S. 98-106
 - (2004):** Bonusprogramme. Berlin, 2004
- Lauterbach, K. W.**
- (2000)** Sozialökonomische Aspekte der Therapie kardiologischer Erkrankungen. München, 2000
 - (2002):** Arzneimitteltherapie – Über-, Unter- und Fehlversorgung. Stuttgart, 2002
- Lauterbach, K. W.; Schrappe, M. (2004):**
Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence based Medicine. Stuttgart, 2004
- Lauterbach, M. (2005):**
Gesundheitscoaching. Heidelberg, 2005
- Leary, M.R.; MacDonald, G. (2003):**
Individual differences in self esteem. In: Leary, M.R.; Tangney, J.P. (Hrsg.): Handbook of self and identity. New York, 2003. S.401-418
- Leary, M.R.; Tangney, J.P. (Hrsg.) (2003):**
Handbook of self and identity. New York, 2003
- Leon, A.S.; Franklin, B.A.; Costa, F.; Balady, G.J.; Berra, K. (2005):**
Cardiac rehabilitation and secondary prevention of coronary heart disease. In: Circulation, 111, 2005, S. 369-376
- Leitfaden Prävention** s. Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder
- Lepper, M.R.; Greene, D. (Hrsg.) (1978):**
The hidden costs of reward. Hillsdale (NJ.), 1978
- Lepper, M.R.; Greene, D.; Nisbett, R.E. (u.a.) (1973):**
Undermining children's intrinsic with extrinsic reward. In: Journal of Personality and Social Psychology, 28, 1973, pp. 129-173
- Lepper, M.R. (1983):**
Extrinsic reward and intrinsic motivation. In: Levine, J.M. (Hrsg.): Teacher and student perceptions. Hillsdale (NJ), 1983. pp. 281-317
- Leppin, A.; Schwarzer (1997):**
Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Göttingen, 1997. S. 349-376
- Levine, J.M. (Hrsg.) (1983):**
Teacher and student perceptions. Hillsdale (NJ), 1983
- Libb, J.W.; Clements, C.B. (1969):**
Token reinforcement in an exercise program for hospitalized geriatric patients. In: Perceptual and Motor Skills, 28, 1969, S. 957-958
- Lindsley, O.R. (1957):**
Operant behavior during sleep. In: Science, 126, 1957, pp. 1290-1292
- Lindsley, O.R.; Steimer, B.F. (1957):**
The reinforcement of cooperation between children. In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 52, 1957, pp. 100-102

- Link, J. (u.a.) (Hrsg.) (1997):**
Handbuch Database Marketing. Ettlingen, 1997
- Lippke, S.; Vögele, C. (2006):**
Sport und körperliche Aktivität. In: Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. Heidelberg, 2006. S. 195-216
- Liston-Heyes, C. (2002):**
Pie in the Sky? In: Journal of Environmental Economics and Management, 41, 2002, 1, pp. 1-12
- Liu S.; Man son J.E.; Lee, I.M. (u.a.) (2000):**
Fruit and vegetable intake and risk of cardiovascular disease. In: American Journal of Clinical Nutrition, 4, 2000 Oct. 72, pp. 922-928
- Locke, E.A.; Latham, G.C. (1990):**
A theory of goal setting and task performance. Engelwood Cliffs, NJ, 1990
- Löwel, H.; Lewis, M.; Keil, U.; Hormann, A.; Bolte, H. D.; Willich, S. (1995):**
Zeitliche Trends von Herzinfarkt-morbidität, -mortalität, 28-Tage-Letalität und medizinischer Versorgung. In: Zeitschrift für Kardiologie, 84, 1995, S. 596-605
- Lohaus, A. (1993):**
Gesundheitsförderung und Krankheitsbewältigung im Kindes- und Jugendalter. Göttingen, 1993
- Lohaus, A.; Schmitt, G.M. (1989):**
Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen und Gesundheit (KKG). Göttingen, 1989
- Lohse, A. (2003):**
Integration schwach strukturierter Daten in betriebswirtschaftliche Prozesse am Beispiel des Kundenservice. Dresden, Universität, Dissertation, 2003
- Lohmann, M. (1999):**
Gesundheit ein Urlaubsziel? In: Heilbad und Kurort, 4, 1999, 53, S. 104-106
- Lohse, U.; Schulenburg, J.-M. Graf v.d. (2003):**
Versicherungsunternehmen im Wandel. In: Wiedmann, K.-P. (u.a.): Ertragsorientiertes Zielkundenmanagement für Finanzdienstleister. Wiesbaden, 2003. S. 487-505
- Lorenz, R. (2004):**
Salutogenese. München, 2004
- Lucas, R.E.; Diener, E. (2001):**
Understanding extraverts enjoyment of social situations. In: Journal of Personality and Social Psychology, 80, 2001, pp. 294-310
- Lufthansa (2005):**
Lufthansa exclusive. In: Miles and More – Mitgliederzeitschrift für HON Circle Member, Senatoren und Frequent Traveller. Jg. 2005

M

- Mabe, P.; West, S.G. (1982):**
Validity of self evaluation of ability. In: Journal of Applied Psychology, 67, 1982, pp. 280-296
- Macht, K. (1975):**
Problem Unterrichtsmotivierung – intrinsisch contra extrinsisch. Wien, 1975
- Maliezefski, A. (2007):**
Trainingskompetenz – Gestärkt durch Complementary-Coaching? Dortmund, Universität, Dissertation, 2007 (Unveröffentlichtes Manuskript)
- Manson, J.E.; Colditz, G.A.; Stampfer, M.J. (u.a.) (1990):**
A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. In: New England Journal of Medicine, 1990, 322, pp. 882-889
- Manson J.E. (u.a.) (1999):**
Physical activity and coronary heart disease in women. Boston, 1999

- Manstead, A.; Hewstone, M.; Fiske, S.; Hoggs, M.; Reis, H.; Samin, G. (Hrsg.) (1995):**
The Backwell Encyclopedia of Social Psychology. Cambridge, 1995
- Marcus, B.H.; Dubbert, P.M.; Forsyth, L.H.; McKenzie, T.L.; Stone, E.J.; Dunn, A.L. (2000):**
Physical activity behavior change. In: Health Psychology, 19, 2000, pp. 32-41
- Marcus, B.H.; Owen, N. (1992):**
Motivational readiness, self-efficacy and decision-making for exercise. In: Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, pp. 3-16
- Markus, H.; Wurf, E. (1987):**
The dynamic self-concept. In: Annual Review of Psychology, 38, 1987, pp. 299-317
- Marlatt, G.; Nathan, P. (Hrsg.) (1979):**
Alcoholism. Berlin, 1979
- Marlatt, G.A. (1985):**
Cognitive factors in the relapse process. In: Marlatt, G.A.; Gordon, J.R. (Hrsg.): Relapse prevention. New York, 1985, pp. 128-200
- Marlatt, G.A.; Gordon, J.R. (Hrsg.) (1985):**
Relapse prevention. New York, 1985
- Marmot, M.G. (u.a.) (2002):**
Work and coronary heart disease. In: Stansfeld, S.A.; Marmot, M.G.: Stress and Heart. London, 2002. pp. 50-71 (zugleich Whitehall Studie)
- Martin, J.E.; Rappaport, N.B.; Dubbert, P.M. (1987):**
Exercise in cardiovascular disease. In: Behavior Modification, 11, 1987, pp. 329-347
- Martin-Diener, E.; Suter, Th.; Somaini, B. (1999):**
Computergestützte Interventionsprogramme. In: Keller, S.: Motivation zur Verhaltensänderung. Freiburg, 1999. S. 129-158
- Martens, J.U.; Kuhl, J. (2005):**
Die Kunst der Selbstmotivierung. Stuttgart, 2005
- Masche, U. (2002):**
Die Jugendgesundheitsberatung J 1 im System der Gesundheitsversorgung. Bielefeld, Universität, Dissertation, 2002
- Mayring, Ph. (1991):**
Psychologie des Glücks. Stuttgart, 1991
- McAuley, E. (1993):**
Self-efficacy and the maintenance of exercise participation in older adults. In: Journal of Behavioral medicine. 16, 1993, February 1, pp. 103-113
- McAuley, E.; Courneya, K.S. (1992):**
Self-efficacy relationships with affective and exertion responses to exercise. In: Journal of Applied Social Psychology, 22, 1992, pp. 312-326
- McClelland, D.C. (1975):**
Power – the inner experience. New York, 1975
- McClelland, D.C. (Hrsg.) (1976):**
The achieving society. New York, 1976
- McClelland, D.C. (1985):**
Human motivation. Glenview (IL), 1985
- McReynolds, P. (1971):**
The nature and assessment of intrinsic motivation. In: McReynolds, P. (Hrsg.): Advances on psychological assessment. Vol. 2. Palo Alto, 197, S. 155-177
- MDS (Medizinischer Dienst der Krankenkassen)(2007):**
Dokumentation 2005. Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung. Essen, 2007

- Meffert, H.; Backaus, K. (1994):**
Beziehungsmarketing. Münster, 1994
- Meier, E. (2001):**
Prävention – Allheilmittel oder Placebo? Strukturelle und individuelle Ansätze am Beispiel der Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Trier, Universität, Dissertation, 2001
- Meissner, A. (1996):**
Training volitionaler Prozesse an kritischen Punkten der sportlichen Handlung am Beispiel des sportlichen Gehens. Leipzig, Universität, Dissertation, 1996
- Mensink, G.B. (1999):**
(1999): Körperliche Aktivität. In: Gesundheitswesen, 61,1999, Sonderheft 2, S. 126-131
(2002): Körperliches Aktivitätsverhalten in Deutschland. In: Samitz, G.; Mensink, G.B (Hrsg.): Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München, 2002. S. 35-44
(2003): Bundesgesundheitsurvey – körperliche Aktivität, aktive Freizeit. Berlin, 2003
- Mensink, G.B. (Hrsg.) (2002):**
Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin, 2002 (Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes)
- Mensink, G.B.; Beitz, R.; Burger, M.; Bisson, S. (2000):**
Lebensmittelkonsum in Deutschland. In: Ernährungsumschau, 47, 2000, S. 328-332
- Mensink, G.B.; Burger, M.; Beitz, R. (2002):**
Energie und Makronährstoffe. In: Mensink, G.B. (Hrsg.): Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin, 2002. S. 17-40
- Mensink, G.B.; Hintzpeter, B.; Beitz, R.; Burger, M. (2002):**
Lebensmittelkonsum. In: Mensink, G.B. (Hrsg.): Was essen wir heute? Ernährungsverhalten in Deutschland. Berlin, 2002. S. 82-114
- Meusel, H. (1999):**
Sport für Ältere. Stuttgart, 1999
- Meyer, A.; Blümelhuber, C. (2000):**
Relationship Marketing Success through Investments in Services. In: Henning-Thurau, T.; Hansen, U. (Hrsg.): Relationship Marketing – Gaining Competitive Advantage through Customer Satisfaction and Customer Retention. Berlin, 2000. pp. 107-125
- Meyer, A.; Oevermann, D. (1995):**
Kundenbindung. In: Tietz, B.: Handwörterbuch des Marketing. Stuttgart, 1995. S. 1340-1351
- Meyer-Probst, B.; Reis, O. (2000):**
Risikofaktoren und Risikobewältigung im Kontext. In: Frühförderung interdisziplinär, 2000, 19, S. 109-118
- Meyers, D.; Grosser, Ch.; Hoppe-Graff, S. (u.a.) (2005):**
Psychologie. Berlin (u.a.), 2005
- Mielck, A. (2000):**
Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bern, 2000
- Mielke, R.**
(1982): Externe und Interne Kontrollüberzeugung. Bern, 1982
(1996): Multidimensional models of acculturation. Bielefeld, Universität, Dissertation, 1996
- Mintz, C.; Wallace, M.D. (2005):**
A behavior analytic analysis of reinforcement on intrinsically motivated academic performance motivated academic performance. In: Paper presented at the 31st Annual Convention of the Association for Behavior Analysis, Chicago, (IL), 2005 (o. Seitenangabe)
- Mohme, J. (1993):**
Der Einsatz von Kundenkarten im Einzelhandel. Frankfurt a.M., Universität, Dissertation Universität, 1993
- Morgan, R.M. (u.a.) (2000):**
Patronage and Loyalty Strategies. In: Hennig-Thurau, T.; Hansen, U.: Relationship Marketing. Berlin, 2000. S. 71-88

- Mommert-Jauch, P. (2003):**
Walking als Maßnahme zur Gewichtsreduktion. Karlsruhe, Universität, Dissertation, 2003
- Mommert-Jauch, P; Helbig, B.(2002):**
TK-Kurskonzept Walking und Nordic-Walking. Techniker Krankenkasse Hamburg, 2002
- Morris, J.N. (1996):**
Körperliche Aktivität gegen Herzinfarkt. In: Club of Cologne (Hrsg.): Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität. Köln, 1996. S. 104-116
- Motivation und Volition im Sport (1999):**
Kongressbericht. Leipzig, 1999
- Müller, B.M. (1997):**
Leistungsmotivation und Kontrollüberzeugung. München, Universität, Dissertation Universität, 1997
- Müller, M. (2005):**
Gesundheit und Ernährung – public health nutrition. Stuttgart, 2005
- Müller, R.; Rosenbrock, R. (1998):**
Betriebliches Gesundheitsmanagement Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Sankt Augustin, 1998
- Müller, S. (2006):**
Bonusprogramme als Instrumente des Beziehungsmarketings. Nürnberg, 2006 (Schriften zum innovativen Marketing; Bd. 15)
- Mühlenkamp, H. (1999):**
Die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung. Lüneburg, Hochschule, Dissertation Hochschule, 1999
- Mühlenbruch, S. (2002):**
Gesundheitsförderung im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Bremen, Universität, Dissertation, 2002
- Mühlhausen, K.H. (2002):**
Der Mitgliederwettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Baden-Baden, 2002
- Müsseler, J.; Prinz, W.(2002):**
Allgemeine Psychologie. Heidelberg, 2002
- Mummert Consulting (Hrsg.) (2004):**
Branchenkompass 2004 – Gesundheitswesen – aktuelle Entscheiderbefragung. Frankfurt a. M., 2004
<http://www.steria-mummert.at/presse/publikationen/studien/health-care-studien/branchenkompass-2004-gesundheitswesen vom 07.04.07>
- Murray, H.A. (1938):**
Exploration in personality. New York, 1938
- Muthny, F.A. (u.a.) (2001):**
Gesundheits- und erkrankungsbezogene Kontrollüberzeugungen Gesunder. In: Zeitschrift f. Gesundheitspsychologie, 2, 2001, 3, S.194-215
- Myers, D.G. (2005):**
Psychologie. Heidelberg, 2005

N

- Nachfragemodell Gesundheitswesen (2002):**
Teil 1: Schätzung der Gesundheitsausgaben aufgrund der demographischen Entwicklung. Wien, 2002
Teil 2: Determinanten der Gesundheitsausgaben sowie Schätzungen der österreichischen Gesundheitsausgaben bis 2050. Wien, 2002
- Naidoo, J. (2003):**
Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Gamburg, 2003
- NEO-FFI**
siehe Borkenau
- Neubauer, G. (1993):**

Bonus und Festbetrag als wettbewerbliche Instrumente in der Hörhilfeversorgung. Bayreuth, 1993

- Neumann, O. (1978):**
Art, Maß und Methode von Bewegung und Sport bei älteren Menschen. Stuttgart, 1978
(Schriftenreihe des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit; 31)
- Niehaus, F.**
(2006a): Alter und steigende Lebenserwartung. Köln, 2006
(2006b): Auswirkungen des Alters auf die Gesundheitsausgaben. WIP-Diskussionspapier, 2006
- Niermeyer, R. (2006):**
Motivation. Kienbaum-Unternehmensberatung. Planegg, 2006
- Nitsch, J.R.**
(1984): Handlungstheoretische Grundannahmen. In: Hagedorn, H.; Bös, K.: Handeln im Sport. Vorträge, Referate und Diskussionen des 6. Sportwissenschaftlichen Hochschultages in Bremen, 1984. S. 26-41
(1991): Handlungstheorie und empirische Forschung. In: Singer, R. (Hrsg): Sportpsychologische Forschungsmethodik. Köln, 1991. S. 26-42
(1996): Intention und Handlungsregulation. In: Daus, R. (u.a.): Kognition und Motorik. Vom 19.-21.01.1995 in Saarbrücken. Hamburg, 1996. S. 69-86
- Nolting, H.-P.; Paulus, P. (1996):**
Pädagogische Psychologie. Stuttgart, 1996
- Nübling, R. (2006):**
Reha-Motivation und Behandlungserwartung. Bern, 2006
- Nutbeam, D.; Harris, E. (2001):**
Theorien und Modelle der Gesundheitsförderung. Gamburg, 2001

O

- Oberender, P. (1996a):**
Rationalisierung und Rationierung im Gesundheitswesen. Gräfelfing, 1996
- Oberender, P. (Hrsg.) (1996b):**
Alter und Gesundheit. Baden-Baden, 1996 (Gesundheitsökonomische Beiträge; 26)
- Oberender, P.; Hebborn, A.; Zerth, J. (2006):**
Wachstumsmarkt Gesundheit. Stuttgart, 2006
- Oberdieck, V. (1998):**
Beitragssatzexplosion in der gesetzlichen Krankenversicherung – demographische und medizintechnische Determinanten der Beitragssatzdynamik. Berlin, 1998
- Oelgart, N. (2006):**
Sozialkapital, Kultur und ihr Einfluss auf die wirtschaftliche Entwicklung. Hamburg, 2006
- Oerter, R.; Montada, L. (2002):**
Entwicklungspsychologie. Weinheim, 2002
- Oettingen, G.**
(1997): Psychologie des Zukunftsdenkens. Göttingen, 1997
(2000): Expectancy effects on behavior depend on self-regulatory thought. In: Social Cognition, 18, 2000, pp. 101-129
- Oettingen, G.; Hönig, G.; Gollwitzer, P.M. (2000):**
Effective self-regulation of goal attainment. In: International Journal of Educational Research, 33, 2000, pp. 705-732
- Oettingen, G.; Mayer, D. (2002):**
The motivating function of thinking about the future. In: Journal of Personality and Social Psychology, 83, 2002, pp. 1198-1212
- Oettingen, G.; Pak, H.; Schnetter, K. (2001):**
Self-regulation of goal-setting. In: Journal of Personality and Social Psychology, 80, 2001, pp. 736-753
- Oggier, W. (1996):**
Steuerungsmechanismen beim Ausgabenwachstum der Kantone. Bern, 1996

- Oja, P. (u.a.) (1991):**
Sport for All. Amsterdam, 1991
- Oldenburg, B.; Glanz, K.; French, M. (1999):**
The application of staging models to the understanding of health behaviour change and the promotion of health. In: Psychology and Health, 14, 1999, pp. 503-516.
- Oldridge, N.B.; Donner, A.P.; Buck, C.W. (u.a.) (1983):**
Predictors of dropout from cardiac exercise rehabilitation. In: The American Journal of Cardiology, 51, 1983, pp. 70-74
- Opp, G. (2007):**
Was Kinder stärkt – Erziehung zwischen Risiko und Resilienz. München, 2007
- Opper, E. (1998):**
Sport ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle? Aachen, 1998
- Oswald, W.D.; Lehr, U. (Hrsg.) (1991):**
Altern, Veränderung und Bewältigung. Bern, 1991

P

- Paffenbarger, R.S.**
- (1986): Physical activity, other life-style patterns, cardiovascular disease and longevity. In: Acta Med Scand, 711, 1986, pp. 85-91
 - (1990): Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In: Bouchard, C. (u.a.): Exercise, fitness and mental health. Champaign (IL), 1990, pp. 33-48
 - (1991): Körperliche Aktivität, Leistungsfähigkeit, koronare Herzkrankheit und Lebenserwartung. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin., 42, 1991, S.60-66
 - (1993): The association of changes in physical –activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. In: New England Journal of Medicine, 328, 1993, pp. 538-545
 - (2004): Physical Activity Epidemiology Human Kinetics. Champaign, (Ill.), 2004. pp. 488
- Paffenbarger, R.S.; Hyde, R.T.; Wing, A.L. (1986):**
Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. In: New England Journal of Medicine, 314, 1986, pp. 605-613
- Pahmeier, I.**
- (1994): Sportliche Aktivität als Bewältigungshilfe bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Thun, 1994
 - (1998): Barrieren und Bindungen an gesundheitssportlicher Aktivität. In: Bös, K.; Brehm, W.: Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998a. S. 124
- Pahmeier, I.; König, A. (1997):**
Zur Bedeutung der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit für die Teilnahme an Gesundheitssportprogrammen. In: Psychologie und Sport, 4, 1997, 4, S. 135-150
- Pawlik, K. (1996):**
Grundlagen und Methoden der differentiellen Psychologie. Göttingen, 1996 (Enzyklopädie Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 8, Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung; Bd. 1)
- Paulus, P. (Hrsg) (1992):**
Prävention und Gesundheitsförderung. Köln, 1992
- Pelikan, J.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (1993):**
Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. München, 1993
- Perspektiven für die Prävention (2005):**
http://www.tk-online.de/centaurus/generator/tk-online.de/s03_presse-center/08_publicationen/archiv_publicationen/publikationen_im_archiv/zukunftskongress_maerz05_pdf.property=Data.pdf – vom 18.03.07
- Pervin, L.; Cervone, D.; John, O.P. (2005):**
Persönlichkeitstheorien. Stuttgart, 2005

- Pester, R. (2005):**
Die wettbewerblichen Rechtsbeziehungen im Mitgliederwettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen. Hamburg, 2005
- Petzold, H.G.; Sieper, J. (2003):**
Der Wille in der Psychotherapie. Göttingen, 2003
- Petzold, H.G.; Sieper, J. (Hrsg.) (2006):**
Der Wille, die Neurobiologie und die Psychotherapie. Bielefeld, 2006
- Pfaff, A. (2002):**
Exkurs: Auswirkungen des demographischen Wandels auf die Beitragssatzentwicklung. In: Deutscher Bundestag, Referat Öffentlichkeitsarbeit / Enquete-Kommission Demographischer Wandel: Herausforderungen unserer älter werdenden Gesellschaft auf den Einzelnen und die Politik. Berlin, 2002, S. 416-420
- Piaget, J. (1994):**
Theorien der modernen Erziehung. München, 1994
- Pintrich, P.R. (1996):**
The role of motivation in promoting and sustaining self-regulated learning.
<http://www.ece.uncc.edu/succeed/journals/PDF-files/ijer-12.pdf> - vom 07.04.07
- Pintrich, P.R.; Schunk, D.H. (1996):**
Motivation in Education. Englewood Cliffs,(NJ.), 1996
- Ploss, D.**
(2001): Rabatt- und Bonusprogramme. Hamburg, 2001
(2001a): Deutschland – ein Kundenkarten Entwicklungsland. In: Direkt Marketing, 37, 2001, S. 18-19
(2001b): Kundenkarten. Hamburg, 2001 – http://www.loyalty-hamburg.de/downloads/Band_05_Gr_Kundenkarten.pdf - vom 07.04.07
(2002a): Handbuch E-Mail-Marketing. Bonn, 2002
(2002b): Kundenkarten sind im Kommen. In: aquisa, 2002, 6, - http://www.loyalty-hamburg.de/akt_presse_ueb.html vom 07.04.07
- Postler, A. (2003):**
Modellrechnungen zur Beitragssatzentwicklung in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Duisburg, 2003 (Diskussionsbeiträge der Fakultät für Wirtschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen; 298)
- Powel, K.E. (u.a.) (1987):**
Physical Activity and the incidence of coronary heard disease. In: Annual Review of Public Health, 8, 1987, S. 253-287
- Powel, K.E., Blair, S.N. (1994):**
The public health burdens of sedentary living habits. In: Medicine Science in Splxcercise, 26, 1994, 7, pp. 851-856
- Prochaska, J.O.; DiClemente, C.C. (1984):**
Self change processes, self efficacy and decisional balance across five stages of smoking cessation. In: Progress in Clinical and Biological Research, 156, 1984, pp. 131-140
- Prochaska, J.O.; Velicer, W.F. (1997):**
The Transtheoretical Model of behaviour change. In: American Journal of Health Promotion, 12, 1997, pp. 38-48
- Prochaska, J.O.; Keller, S., Wayne, F.(1999):**
Das Transtheoretische Modell – eine Übersicht. In: Keller, S.: Motivation zur Verhaltensänderung. Freiburg, 1999. S. 17-40
- Priemuth, K. (2002):**
Motivation und Volition. Frankfurt a. Main, 2002

Q / R

- Quinten, S.(1994):**
Das Bewegungsselbstkonzept und seine handlungsregulierende Funktionen. Köln, 1994

- Quine, L.; Rutter, D.; Arnold, L. (2001):**
Persuading school-age cyclists to use safety helmets. In: British Journal of Health Psychology, 6, 2001, pp. 327-345
- Radinger, A. (2001):**
Die Optimierung der Motivation und Volition von Fitnessanfängern. Frankfurt a.M., Universität, Dissertation, 2001
- Rampf, J., Brehm, W. (1999; 2000):**
Dropout und Bindung im Fitness-Studio. Hamburg, 1999 (zugleich Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft; Bd. 6, 2000)
- Rammsayer, T.; Weber, H. (Hrsg) (2004):**
Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen, 2004
- Reichelt, P.**
(2003): Strategie des Bereiches Leistungen der Techniker Krankenkasse. Hamburg, 2003 (unveröffentlicht)
(2004): Präsentation Sozial Politischer Ausschuss der Techniker Krankenkasse. Hamburg, 2004 (unveröffentlicht)
- Reichelt, P.; Knaack, N.; Dopslaff, A.; Günthert, B.; Reinhard, P.; Busse, Th. (2003):**
Fachkonzept zur Einführung eines Bonussystems in der Techniker Krankenkasse. Hamburg, 2003 (unveröffentlicht)
- Reichheld, Z. (1991):**
Defections; Quality Comes to Services. In: Harvard Business Review, 1991, 5, pp. 105-111
- Reiss, S.**
(2000): Who am I? The 16 basic Desires that Motivate Our Actions and Define Our Personality. New York, 2000
(2004): Multifaceted nature of intrinsic motivation; the theory of 16 basic desires. In: Review of General Psychology, 2000, 8, pp. 179-193
(2005): Extrinsic and intrinsic motivation at 30. In: The Behavior Analyst, 28, 2005, pp. 1-14
- Reiss, S.; Sushinsky, L.W. (1976):**
The competing response hypothesis of decreased play effects. In: Journal of Personality and Social Psychology, 33, 1976, pp. 233-244
- Renneberg, B.; Hammelstein, Ph. (2006):**
Gesundheitspsychologie. Berlin, 2006
- Rensch, B. (1988):**
Probleme genereller Determiniertheit allen Geschehens. Berlin, 1988
- Rethorst, S.**
(1992): Kognitionen und Emotionen in sportlichen Leistungssituationen. Köln, 1992
(1999): Um Erfolg zu haben ist jedes Mittel recht. In: Motivation und Volition im Sport. Leipzig, 1999. S. 97ff.

- Rheinberg, F.**
(1995, 2000): Motivation. Stuttgart, 1995 und 2000
(2004a): Intrinsische Motivation und Flow-Erleben (pdf-Datei). Unter <http://www.psych.uni-potsdam.de/people/rheinberg/files/Intrinsische-Motivation.pdf>, Stand: 2004 – vom 18.03.2007
(2004b): Motivationsdiagnostik. Göttingen, 2004
(2006): Motivation. Stuttgart, 2006
- Richtlinien** des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien) vom 24.8.1989 in der Fassung vom 11.12.2000
- Rieser, S. (2001):**
 Bewältigung des demographischen Wandels. In: Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 5 vom **02.02.2001**, Seite A-220; B-174; C-176
- Rink, K. (1994):**
 Motivationale und volitionale Determinanten des Leistungshandelns. Giessen, Universität, Dissertation, 1994
- Rimann, M.; Udris, I. (1998):**
 Kohärenzerleben: Zentraler Bestandteil von Gesundheit und Gesundheitsressource? In: Schüffel, W. (u.a.) (Hrsg.): Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden, 1998. S. 351-364
- Rittner, V.; Breuer, Ch. (2000):**
 Soziale Bedeutung und Gemeinwohlorientierung des Sports. Köln, 2000
- Rittweger, A. (2000):**
 Interview mit Payback-Chef Alexander Rittweger. In: Werben und Verkaufen, 2000, 35, S. 78-81
- RKI** s. Robert-Koch-Institut
Robert-Koch-Institut (2006):
 Gesundheit in Deutschland. Berlin, 2006
- Rogers, R.W.**
(1975): A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. In: Journal of Psychology, 91, 1975, pp. 93-114
(1983): Cognitive and physiological processes on fear appeals and attitude change, In: Cacioppo, J.R.; Petty, R.E. (Hrsg.): Social Psychology. New York, 1983. pp. 153-176
(1985): Attitude change and information integration in fear apples. In: Psychological Reports, 56, 1985, pp. 179-182
- Rolf, J.; Masten, C.D.; Nüchterlein, K.H.; Weintraub, S. (1990):**
 Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge, 1990
- Rolfsmeier, A. (2004):**
 Gesundheitsförderung durch Sport an einer Hochschule. Bielefeld, Universität, Dissertation, 2004
- Rose, G.; Marmot, M.G. (1981):**
 Social class and coronary heart disease. In: British Heart Journal, 45, 1981, pp. 13-19
- Rosenbrock, R.**
(1994): Präventionspolitik. Berlin, 1994
(1983): Betriebliches Gesundheitsmanagement Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung. Sankt Augustin, 1998
(1999): Neue Wege zu alten Zielen? Berlin, 1999
(2000): Prävention durch Krankenkassen. In: Prävention, 2000, 3, S. 69-72
(2002a): Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin: Kann die soziale Krankenversicherung in der Marktwirtschaft überleben? 2002: www.attac.de/sozsich/rf/rosenbrock-gkv-marktgesellschaft.pdf – vom 18.03.07
(2002b): Krankenkassen und Primärprävention – Anforderungen und Erwartungen an die Qualität. In: Walter, U.; Drupp, M.; Schwartz, F.W.: Prävention durch Krankenkassen. München, 2002. S. 40-57
(2005): Rechnet sich die Prävention? In: Perspektiven für die Prävention. Hamburg, 2005. S. 30-31
(2006): Wirksamkeit und Qualität in der Primärprävention. In: Greene, H.; Killan, L. (u.a.): Qualitäten der Gesundheitsförderung – Konzepte für die Praxis. Berlin, 2006. S. 1079-1116
- Rosenbrock, R.; Gerlinger, Th. (1998, 2004):**
 Gesundheitspolitik. Bern, 1998, 2004

- Rosenstock, I.M. (1966):**
Why people use health services. In: Milbank Memorial Foundation Quarterly, 1966, 44, pp. 94-95
- Ross, M. (1975):**
Saliency of reward and intrinsic motivation. In: Journal of Personality and Social Psychology, 32, 1975, pp. 245-254
- Ross, J.R. (1997):**
Frequent Shopper Programs becoming entrenched in Supermarket Industry. In: Stores, 2, 1997, pp. 32-35
- Rost, D. (2001):**
Handwörterbuch der Pädagogischen Psychologie. Weinheim, 2001
- Rost, R.(2005):**
Sport und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten. Köln, 2005
- Rothmann, A.J. (2000):**
Toward a theory-based analysis of preventive maintenance. In: Health Psychology, 51, 2000, pp. 64-69
- Rotter, J.B.**
(1954): Social learning and clinical psychology. Engelwood Cliffs, 1954
(1966): Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. In: Psychological Monographs, 80, 1966, 609 (die gesamte Nummer)
(1982): The development and application of social learning theory. New York, 1982
- Roussoul, F.; Richter, V. ; Thiery, J. (2006):**
Kardiovaskuläres Risiko und Faktoren der Ernährungs- und Lebensweise im Jugendalter. Poster für den 1. Dt. Präventionskongress Dresden, 2006
- Rudolph, U. (2003):**
Motivationspsychologie. Weinheim, 2003
- Rummel, A.; Feinberg, R. (1988):**
Cognitive evaluation theory. In: Social Behaviour and personality, 16, 1988, pp. 147-167
- Rütten, A.**
(1996): Sportpolitik. Stuttgart, 1996
(1998a): Public Health und Sport. Stuttgart, 1998
(1998b): Sportliche Aktivität und öffentliche Gesundheit. In: Bös, K.; Brehm, W.: Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998a. S. 52-62
(1999): Health Promotion Policy in Europe. München, 1999
(2002): Nachhaltige Gesundheitsförderung. Stuttgart, 2002
(2003): Investition und Gesundheit. Stuttgart, 2003
(2005): Körperliche Aktivität. Berlin: 2005 (Gesundheitsberichterstattung des Bundes; 26)
- Rutter, M. (1990):**
Psychosocial resilience and protective factors In: Rolf, J.; Cicchetti, D.; Nüchterlein, K.H.; Weintraub, S. (u.a.): Risk and protective factors in the development of psychopathology. Cambridge, 1990. pp. 181-214
- Rutter, D.; Quine, L. (2002):**
Changing health behaviour. Buckingham (UL), 2002
- Ryan, R.M. (1995):**
Psychological needs and the facilitation of integrative processes. In Journal of Personality, 63, 1995, pp. 398-427
- Ryan, R.M.; Deci, E.L. (2000):**
Self Determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well being. In: American Psychologist, 55, 2000, 1, pp. 68-78

S

- Sachverständigen Gutachten (2005):**
Sachverständigen Gutachten zur Qualität der Gesundheitsförderung. 2005. Abschnitt Prävention, Nr. 160

- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2000):**
Gesundheitsvorsorge und Krankenversicherung 2000. Sondergutachten. Baden-Baden, 1995 –
<http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurz95.pdf> - vom 03.03.2007
- Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen (2001):**
Gutachten 2000 / 2001 des Sachverständigenrats für die Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit
und Wirtschaftlichkeit. Band1 – Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation. Bonn,
2001. <http://dip.bundestag.de/btd/14/056/1405660.pdf> - vom 18.03.2007
- Sack, H.G.**
(1975): Sportliche Betätigung und Persönlichkeit. Ahrensburg, 1975
(1980): Die Fluktuation Jugendlicher im Sportverein. Frankfurt, 1980
(1982): Sport und Persönlichkeit. In: Thomas, A. (Hrsg.): Sportpsychologie – ein Handbuch in
Schlüsselbegriffen. München, 1982. S. 148-165
- Sack, P.M.; Lamprecht, F. (1997):**
Lässt sich der "sense of coherence" durch Psychotherapie beeinflussen? In: Lamprecht, F.; Johnen,
R.: Salutogenese. Frankfurt a.M., 1997. S. 186-193
- Sallis, J.F.; Hovell, M.F.; Hofstetter, C.R. (u.a.) (1992):**
Explanation of vigorous physicalactivity during two years using social learning variables. In: Social
Science and Medicine, 34, 1992, pp. 25-32
- Sallis, J.F.; Owen, N. (1999):**
Physical acticity and behavioral medicine. Thousand Oaks (CA.), 1999
- Salmon, J.; Owen, N.; Crawford, D.; Bauman, A.; Sallis, J. F. (2003):**
Physical activity and sedentary behaviour. In: Health Psychology, 22, 2003, pp. 178-188
- Samitz, G; Mensink, G. (Hrsg.) (2002):**
Körperliche Aktivität in Prävention und Therapie. München, 2002
- Sanders, G.S.; Suls, J. (1982):**
Social psychology of health and illness. Hillsdale (NY), 1982
- Sarges, W. (Hrsg.):**
Managementdiagnostik. Göttingen, 1995
- Sebastian, K.-H.; Maessen, A. (2002):**
Preis- und Preisnachlasskonzepte. In: Die Betriebswirtschaft, 62, 2002, 5, S. 547-553
- Schack, Th.; Lander, H.-J. (1999):**
Informationsverarbeitung und mentale Kontrolle. In: Motivation und Volition im Sport.
Kongressbericht. Leipzig, 1999. S. 84-90
- Scherer, K. (Hrsg.) (1990):**
Psychologie der Emotionen. Göttingen, 1990 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C,
Theorie und Forschung: Serie 4, Motivation und Emotionen, Bd.3)
- Scheithauer, H.; Petermann, F. (1999):**
Zur Wirkungsweise von Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und
Jugendlichen. In: Kindheit und Entwicklung, 8, 1999, S. 3-14
- Schiefele, U. (1996):**
Motivation und lernen mit Texten. Göttingen, 1996
- Schiefele U.; Köller, O. (2001):**
Intrinsische und extrinsische Motivation. In: Rost, D.: Handwörterbuch der Pädagogischen
Psychologie. Weinheim, 2001. S. 304-310
- Schiefele, U.; Schreyer, I. (1992):**
Intrinsische Lernmotivation und Lernen. München, 1992
- Schlag, B. (1993):**
Thematisierung des Selbst. In: Kroj, G., Utzelmann, H., Winkler, W. (Hrsg.): Psychologische
Innovationen für die Verkehrssicherheit. Bonn, 1993, S. 121-129
- Schlender, M.; Schwarz, O.; Thielscher, Ch. (2005):**
Gesundheitsausgaben in Deutschland , 2005 –
http://www.michaelschlender.com/pnp/publications_en/Schlender%20et%20al%20-%20Finanzierbarkeit%20-Print%20-%200406.pdf – vom 04.04.07

- Schlender, M.; Schwarz, O.(2005):**
 Finanzierbarkeit steigender Gesundheitsausgaben. In: Gesundheitsökonomisches Qualitätsmanagement, 2005; 10, S. 178-187 –
http://www.michaelschlender.com/pnp/publications_en/Schlender-Schwarz-Finanzierbarkeit-GesoeqQualmanag-Reprint-2005.pdf - vom 07.04.07
- Schlicht, W.**
 (1994): Sport und Primärprävention. Göttingen, 1994
 (1995): Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport. Schorndorf, 1995 (Wissenschaftliche Schriftenreihe des Deutschen Sportbundes; Bd. 25)
 (1998): Sportliche Aktivität und Gesundheitsförderung. In: Bös, K.; Brehm, W.: Gesundheitssport – ein Handbuch. Schorndorf, 1998a. S. 44-51
 (2000): Gesundheitsverhalten im Alltag – auf der Suche nach einem Paradigma. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 8, 2000, 2, S. 49-60
 (2004): Beweg dein Leben! Stuttgart, 2004
- Schlicht, W.; Dickhuth, H.(1999):**
 Gesundheit für alle – Fiktion oder Realität. Schorndorf, 1999
- Schlicht, W.; Kanning, M.; Bös, K. (2003):**
 Psychosoziale Interventionen zur Beeinflussung des Risikofaktors Bewegungsmangel. Stuttgart, 2003 (Statuskonferenz Psychokardiologie; Bd. 10)
- Schlicht, W.; Schwenkmezger, P. (1995):**
 Gesundheitsverhalten und Bewegung. Schorndorf, 1995
- Schmengler, H.J.; Thieme, M. (1995):**
 Die Bedeutung eines Bonusprogramms im Marketing einer Luftverkehrsgesellschaft. In: Marketing ZFP, 17, 1992, 2, S. 130-135
- Schmidt, J. (2002):**
 Therapie und Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen mit ACED-Hemmern. Bremen, 2002
- Schmidt, L. R. (1998):**
 Zur Dimensionalität von Gesundheit und Krankheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 6, 1998, S. 1-2
- Schmid, S.; Keller, S.; Jäkle, C. (u.a.) (1999):**
 Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität – eine Längsschnittstudie zum Transtheroretischen Modell. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 7, 1999, 1, S. 21-26
- Schneeweiß, B. (1995):**
 Das neue große Gesundheitsbuch. München, 1995
- Schneewind, K.A. (Hrsg.) (1994):**
 Psychologie der Erziehung und Sozialisation. Göttingen, 1994, S. 403-432 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Serie 1, Pädagogische Psychologie; Bd.1)
- Schneider, K. (1973):**
 Motivation und Erfolgsrisiko. Göttingen, 1973
- Schneider, K.; Rheinberg, F.(1996):**
 Erlebnissuche und Risikomotivation. In: Amelang, M: Temperaments- und Persönlichkeitsunterschiede. Göttingen, 1996. S. 407-439
- Schneider, K.; Schmalt, H.-D.(2000):**
 Motivation. Stuttgart, 2000
- Schneider, M. (1988):**
 Möglichkeiten und Auswirkungen der Förderung von Zahnprophylaxe und Zahnerhaltung durch Bonussysteme. Köln, 1988
- Schneider, W.; Sodian, B. (Hrsg.) (2006):**
 Kognitive Entwicklung. Göttingen, 2006 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 5, Entwicklungspsychologie; Bd. 2)
- Schnoor, M. (2005):**

Der Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das Trainingsverhalten von Frauen und Männern beim Gesundheitssport am Beispiel des Nordic Walking. Hamburg, Hochschule für angewandte Wissenschaften, unveröffentlichte Diplomarbeit, 2005

- Schöffski, O.; Schulenberg, J.M. Graf. V.d. (Hrsg.) (2000):**
Gesundheitsökonomische Evaluationen. Berlin, 2000
- Schorr, A. (1986):**
Bericht über den 13. Kongress für angewandte Psychologie (Bd. II). Bonn, 1986
- Schott, N.; Simons, B. (1993):**
Sportliche Aktivität als Coping-Strategie. Frankfurt a.M., 1993
- Schröter, M.(1994):**
Ich sage Nein: Therapeutische Ansätze, Gedanken, Ideen und Wege zum Thema Missbrauch im Kindergarten. In: Sozialtherapie, 10, 1994, S. 44-49
- Schüffel, W. (Hrsg) (1998):**
Handbuch der Salutogenese. Wiesbaden, 1998
- Schütz, A.**
(2003): Psychologie des Selbstwertgefühls. Stuttgart, 2003
(2005): Je selbstsicherer desto besser? Basel, 2005
- Schütz, A.; Hoge. L.(2003):**
Schuldzuschreibungen in Partnerschaften. In: Grau, I.; Bischoff, H.W. (Hrsg.): Sozialpsychologie der Partnerschaft. Berlin, 2003. S. 457-480
- Schütz, A.; Sellin, I. (2006):**
MSWS-Multidimensionale Selbstwertkala. Göttingen, 2006
- Schulenburg, J.M. Graf v.d. (1987):**
Selbstbeteiligung, Theoretische und empirische Konzepte für die Analyse ihrer Allokations- und Verteilungswirkungen. Tübingen, 1987
- Schulke, H.-J. (1996):**
Zur Differenzierung von Public Health und Sport. In: Rütten, A.: Public Health und Sport. Stuttgart, 1996. S. 131-156
- Schulke, H.-J. (u.a.) (1997):**
Gesundheitssport und Public Health. Freiburg, 1997. S. 55
- Schunk, D.H. (1991):**
Self Efficacy and Academic Motivation. In: Educational Psychologist, 26, 1991, 3&4, pp. 207-231
- Schwartz, F.W. (1987):**
Mehr Prävention in der Gesetzlichen Krankenversicherung? In: Sozialer Fortschritt, 1987, 10, S. 221-224
- Schwartz, F.W. (Bearb.) (2000):**
Gutachten Gesundheitsausgaben für chronische Krankheiten in Deutschland. Lengerich, 2000
- Schwartz, F.W. (Hrsg.) (2003):**
Das Public-health Buch. München, 2003
- Schwartz, F.W. (2006):**
Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik. Hannover, November 2006. <http://www.gesundheit-nds.de/downloads/20.11.06.vortrag.schwartz.pdf> - vom 18.03.07
- Schwartz, F.W.; Badura, B. (u.a.) (Hrsg.) (2003):**
Handbuch Public Health. München, 2003
- Schwartz, F.W.; Grobe, Th. (2003):**
Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Berlin, 2003
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1992a):**
Self efficacy. Washington (DC.), 1992
- Schwarzer, R. (1992b):**
Self efficacy in the adaption and maintenance of health behavior. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Self efficacy. Washington (DC.), 1992. pp. 217-243

- Schwarzer, R. (1993):**
Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingung für Gesundheitsverhalten. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1, 1993, 1, S. 7-31
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (1997):**
Gesundheitspsychologie. Göttingen, 1997
- Schwarzer, R. (2001):**
Social-cognitive factors in changing health-related behaviour. In: Current Directions in Psychology Science, 10, 2001, pp. 47-51
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (2004):**
Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Göttingen, 2004
- Schwarzer, R. (Hrsg.) (2005):**
Gesundheitspsychologie. Göttingen, 2005. S. 447-465 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 10, Gesundheitspsychologie; Bd. 1)
- Schwarzer, R.; Hahn, A. (1994):**
Gesundheitsbeschwerden, wie Stress und Ressourcen die Symptombelastung verändern. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.: Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis – psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen. München, 1994. S.183-197
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M. (1989):**
(1989): Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In: Krampen, G. (Hrsg.): Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen. Göttingen, 1989. S. 127-133
(2004): Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis – psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen. München, 1994
- Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (2002):**
Gesundheitspsychologie von A-Z. Göttingen, 2002
- Schwarzer, R.; Renner, B.**
(1997): Risikoeinschätzung und Optimismus. In: Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie. Göttingen, 1997. S. 43-66
(2000): Social-cognitive predictors of health behavior. In: Health Psychology, 19, 2000, pp. 487-495
- Schwenkenmezger, P.; Schmidt, L.R. (Hrsg.) (1994):**
Lehrbuch der Gesundheitspsychologie. Stuttgart, 1994
- Seelig, H. (Hrsg.) (2005):**
Selbststeuerung im Sport. Bericht über die Tagung der Arbeitsgemeinschaft für Sportpsychologie in Freiburg, 2005. Hamburg, 2005 (Schriften der Deutschen Vereinigung für Sportwissenschaft; 147)
- Serpa, S. (u.a.) (1994):**
International perspectives on sport and exercise psychology. Fitness Information Technology, 1994
- Sharp, S. (1997):**
Loyalty Programs and their Impact on repeat – purchase Loyalty patterns. In: International of Research in Marketing, 14, 1997, pp. 473-486
- Sharper, A.G.; Wannemethee, G. (u.a.) (1991):**
Physical activity and stroke in middle aged british men. In: British Heart Journal, 66, 1991, 5, pp. 384-394
- Shavelson, R.J.; Hubner, J.J.; Stanton, G.C. (1976):**
Selfconcept. In: Review of Educational Research, 46, 1979, pp. 407-441
- Sheeran, P.; Abraham, C. (1996):**
The health belief model. In: Conner, M.; Norman, P (Hrsg.): Predicting health behavior. Buckingham (UK), 1996. pp. 23-61
- Siegenführ, T. (1993):**
Optimale Gesundheitsinvestitionen in das Humankapital. Freiburg, Breisgau, Universität, Dissertation, 1993
- Siegrist, J.**
(1985): Koronargefährdendes Verhalten. In: Basler, H.D. (u.a.) (Hrsg.): Klinische Psychologie und körperliche Krankheit. Stuttgart, 1985. S. 79-89
(1997): Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, F.; Johnen, R.: Salutogenese. Frankfurt a.M., 1997. S. 99-10
(2004) Soziale Determinanten von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Paderborn, 2004

- Silva; J.M.; Weinberg, R.S. (Hrsg.) (1984):**
Psychological Foundations of Sports. Champaign (US), 1984
- Singer, R.N. (Hrsg.) (1991):**
Sportpsychologische Forschungsmethodik. Köln, 1991
- Singer, R.N. (u.a.) (Hrsg.) (2001):**
Handbook of Sportpsychology. New York, 2001
- Sokolowski, K.**
(1993): Emotion und Voilition. Göttingen, 1993
(1994): Wille und Bewusstheit. Wuppertal, 1994
- Spaderna, H.; Weidner, G. (2006):**
Psychosoziale Aspekte und Gesundheitsverhalten bei Herzinsuffizienz. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 14, 2006, 4, S. 145-157
- Stadler, G.; Oettingen, G.; Gollwitzer, P.M. (2005):**
Gesundheit beginnt im Kopf. Hamburg, 2005. <http://www.dak.de/content/filesopen/DAK-Ergebnisbericht%20aktuell.pdf> – vom 18.03.2007
- Stahl, H.K.; Hinterhuber, H. (u.a.) (2000):**
Kundenzufriedenheit und Kundenwert. In: Hinterhuber, H.; Matzler, K. (Hrsg.): Kundenorientierte Unternehmensführung. Wiesbaden, 2000. S. 177-196
- Stampfer, M.J.; Hu, F.B.; Colditz, M.J. (u.a.) (2002):**
Physical activity and risk of stroke in women. In: Journal of the American Medical Association, 2000, 283, pp. 2961-2967
- Stampfer M.J.; Hu F.B.; Manson J.E.; Rimm E.B.; Willett W.C. (2000):**
Primary prevention of coronary heart disease in woman through diet and lifestyle. In: New England Journal of Medicine, 2000, 343, pp. 16-22
- Stansfeld, S.A.; Marmot, M.G. (2002):**
Stress and Heart. London, 2002
- Statistisches Bundesamt (1999-2002):**
Datenreport ... Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland. Wiesbaden, 1999-2002
- Statistisches Bundesamt**
(2003): Bevölkerung Deutschlands von 2002-2050. Wiesbaden, 2003 (CD-ROM)
(2004): Gesundheit: Krankheitskosten 2002. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2004
(2005): Todesursachen in Deutschland 2003. Fachserie 12; Reihe 4 / Statistisches Bundesamt, 2005
- Steinmann, L. (2005):**
Gesundheitskosten in der alternden Gesellschaft. Zürich, 2005
- Stephens, A.; Apples, A. (1989):**
Stress, personal control and health. Chichester, 1989
- Stöckel, S.; Walter, U. (2002):**
Prävention im 20. Jahrhundert. Weinheim, 2002
- Stephens, T. (1994):**
Physical Activity, Fitness and Health. In: International Proceedings and Consensus Statement. Champaign (Ill.), 1994. pp. 146-159
- Stephens, T.; Craig, C. (1990):**
The well-being of canadiens. Ottawa, 1990
- Stephens, T.; Kaisermann, M.J.; McCall, D.J. (u.a.) (2002):**
Scool based smoking prevention. In: Chronic Diseases in Canada, 21, 2002, pp. 62-67
- Stevens, C.K.; Bavette, A.G.; Gist, M.E. (1993):**
Gender differences in the acquisition of salary negotiation skills. In: Journal of Applied Psychology, 78, 1993, pp. 723-735
- Strauß, B.; Haag, H. (Hrsg.) (1994):**
Forschungsmethoden – Untersuchungspläne – Techniken der Datenerhebung in der Sportwissenschaft. Schorndorf, 1994

Strauß, B.; Haag, H.; Kolb, M. (Hrsg.) (1999):
Datenanalyse in der Sportwissenschaft. Schorndorf, 1999

Strauß, B.; Tietjens, M. (Hrsg.) (2006):
Handbuch Sportpsychologie. Schorndorf, 2006

Sygusch, R.; Brehm, W.; Wagner, P.; Janke, A. (2005):
Gesundheitssport – Effekte und deren Nachhaltigkeit bei unterschiedlichem Energieverbrauch. In: Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 2005, S. 318-326

Syme, S.L. (1994):
Social environment and health. In: Daedalus, 123, 1994, 4, pp. 79-86

T

Tang, S.; Hall, V.C. (1995):
The overjustification effect. In: Applied Cognitive Psychology, 9, 1995, pp. 365-404

Techniker Krankenkasse

(2003): Satzung der Techniker Krankenkasse in der Fassung von 2003

(2003): Unternehmensstrategie. Hamburg, 2003 (unveröffentlicht)

(2005): Gesundheitsreport 2005. Hamburg, 2005 (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK; Bd. 8)

(2006): Gesundheitsreport 2006. Hamburg, 2006 (Veröffentlichungen zum Betrieblichen Gesundheitsmanagement der TK; Bd. 11)

Thomae, H.

(1983a): Motivationsbegriffe und Motivationstheorien. In: Thomae, H. (Hrsg.): Theorien und Formen der Motivation. Göttingen, 1983. S. 1-61

(1983b): Psychologie der Motive. Göttingen, 1983. (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 4: Motivation und Emotion; Bd.2)

(1983c): Theorien und Formen der Motivation. Göttingen, 1983 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich C, Theorie und Forschung: Serie 4: Motivation und Emotion; Bd.1)

Thomas, A. (Hrsg.) (1982):
Sportpsychologie – ein Handbuch in Schlüsselbegriffen. München, 1982

Thomas, A. (1995):
Einführung in die Sportpsychologie. Göttingen, 1995

Tomczak, T. (u.a.) (1998):
Best Practice in Marketing – empirische Erfolgsstudie zum aufgabenorientierten Ansatz. St. Gallen, 1998 (Fachbericht für Marketing; 98, 2)

Thyen, U.; Kirchhofer, F.; Wattam, C. (2000):
Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. In: Gesundheitswesen, 62, 2000, S. 311–319

Trumpfheller, J. (2005):
Kundenbindung in der Versicherungswirtschaft. Karlsruhe, 2005

U

Ulrich, V.

(2000): Medizinisch-technischer Fortschritt, demographische Alterung und Wachstum der Gesundheitsausgaben. In: Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, 5, 2000, S. 163-172

(2003): Demographische Effekte auf Ausgaben und Beitragssatz in der GKV. In: Albring, M., Wille, E. (Hrsg.): Die GKV zwischen Ausgabendynamik, Einnahmeschwäche und Koordinierungsprobleme. Frankfurt a.M., 2003. S. 59-81

USDHHS (US Department of Health and Human Services) (1999):
Promoting physical activity. A guide for community action. Champaign (IL), 1999

V

- Vallerand, R.J.; Rousseau, F.L. (2001):**
Intrinsic und extrinsic motivation in sport and exercise. In: Singer, R.N. (u.a.): Handbook of Sportpsychology. New York, 2001. pp.389-416
- Verbrugge, L.M. (1984):**
Longer Life but Worsening Health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 62, 1984, pp. 474-519
- Verbeck, A. (2000):**
Kooperative Innovation. Zürich, ETH, Dissertation, 2000
- Vessby, B.; Unsitupa, M.; Hermansen, K. (u.a.) (2001):**
Substituting dietary saturated for monounsaturated fat impairs insulin sensitivity in healthy men and women. In: Diabetologia, 44, 2001, pp. 312-319
- Vetter, H. (2007):**
Philosophische Hermeneutik. Frankfurt a.M., 2007
- Videka-Sherman, L.; Liebermann, M.A. (1985):**
The effects of self help and psychotherapy intervention of child loss. In: American Journal of Orthopsychiastry, 55, 1985, pp.70-81
- Vögele, C. (1993):**
Psychosozialer Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In: Spektrum der Wissenschaft, 1993, 5, S. 100-106
- Vogt, L.; Neumann, A. (Hrsg.) (2006):**
Sport in der Prävention. Köln, 2006

W

- Wagner, P.**
(2000): Aussteigen oder Dabeibleiben. Darmstadt, 2000
(2003): Gesundheitsförderung und Prävention durch körperliche Aktivität – Wo steht die Wissenschaft? In: Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 44, 2003, 2, S. 96-110
- Wagner, P.; Singer, R.**
(2003a): Gesundheitsförderung und Prävention durch körperliche Aktivität – Wo steht die Wissenschaft? In: Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge, 44, 2003, 2, S. 96-110
(2003b): Zur Beziehung von körperlich-sportlicher Aktivität und Gesundheit bei verschiedenen Bevölkerungsgruppen. In: Dinold, M.; Gerber, G.; Reinelt, T. (Hrsg.): Aufeinander Zubewegen durch Bewegung, Spiel und Sport. Kongressbericht des 13. Internationalen Symposiums Adapted Physical Activity, Juli 2001 in Wien. Wien, 2003
- Wagner, P.; Singer, R.; Woll, A.; Tittelbach, S.; Börs, K. (2004):**
Der Zusammenhang von habitueller körperlicher Aktivität und Gesundheit. In: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 12, 2004, 4, S. 139-147
- Wankel, L.M.; Mummery, W.K. (u.a.) (1994):**
Prediction of physical activity intention from social psychological variables. In: Journal of Sport and Exercise Psychology, 7, 1994, pp.51-64
- Wallace, H.M.; Baumeister, R.F. (2002):**
The performance of narcissists rises and falls with perceived opportunity for glory. In: Journal of Personality and Individual Differences, 6, 2002, pp. 575-579
- Waller, H. (1995):**
Gesundheitswissenschaften. Stuttgart, 1995
- Wallston, K.A. (1989):**
Assesment of control in health-care settings. In: Steptoe, A.; Apples, A: Stress, personal control and health. Chichester, 1989. pp. 85-105
- Wallston, K.A.; Wallston, B.S. (1982):**
Who is responsible for your health? In: Sanders, G.S.; Suls, J.: Social psychology of health and illness. Hillsdale (NY), 1982. pp. 65-95
- Walter, U.; Drupp, M.; Schwartz, F.-W. (2002):**
Prävention durch Krankenkassen. München, 2002

- Wankel, L.M. (u.a.) (1994):**
Prediction of physical activity intention from social psychological variables. In: Journal of Sport and Exercise Psychology, 16, 1994, pp. 56-69
- Wannamethee, G., Sharper, A.G. (1992):**
Physical activity and stroke in British middle aged men. In: British. Med. Journal, 304. 1992, pp. 597-601
- Weber, H.; Rammsayer, Th (Hrsg.) (2005):**
Handbuch der Persönlichkeitspsychologie und Differentiellen Psychologie. Göttingen, 2005
- Weineck, J.**
(1992): Körperliche Fitness durch Sport im Alter – ein wichtiger Faktor zur Dämpfung der Kosten im Gesundheitswesen. In: Baumann, H. (Hrsg.): Altern und körperliches Training. Bern, 1992. S. 34-41
(2000): Bewegung und Sport – wozu? Forchheim, 2000
- Weiner, B. (1986):**
An attributional theory of motivation an emotion. New York, 1986
- Weiner, B.**
(1994): Motivationspsychologie. Weinheim, 1994
(1995): Intrinsic Motivation. In: Manstead, A.; Hewstone, M.; Fiske, S.; Hoggs, M.; Reis, H.; Samin, G. (Hrsg.): The Backwell Encyclopedia of Social Psychology. Cambridge, 1995, p. 341
- Weinert, F.E. (Hrsg.) (1996):**
Psychologie des Lernens und der Instruktion. Göttingen, 1996 (Enzyklopädie der Psychologie: Themenbereich D, Praxisgebiete: Serie 1, Pädagogische Psychologie; Bd. 2)
- Weinstein, N.D. (1984):**
Why it won't happen to me. In: Health Psychology, 3, 1983, pp. 431-457
- Weinstein, N.D.; Rothman, A.J.; Sutton, S.R. (1998):**
Stage theories of health behaviour. In: Health Psychology, 17, 1998, pp. 290-299
- Weimar, D. (2005):**
Stress und Flow-Erleben. Düsseldorf, Universität, Dissertation, 2005
- Weitkunat, J.H.; Kessler, M. (Hrsg.) (1997):**
Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern, 1997
- Wenzel, E. (1991):**
Zur Entwicklung der Leitbilder von Gesundheit und Prävention. In: Elkeles, T. (u.a.) (Hrsg.): Prävention und Prophylaxe. Berlin, 1991. S. 29-50
- Werle, J.; Woll, A.; Tittlbach, S. (2006):**
Gesundheitsförderung, körperliche Aktivität und Leistungsfähigkeit im Alter. Stuttgart, 2006
- White, R.W. (1959):**
Motivationreconsiderd, the Concept of Competence. In: Psychological Review, 66; 1959, pp. 297-333
- WHO**
(2002a): Health 21 – for all in the 21 century (European health for all Series, Nr. 5) - <http://www.euro.who.int/document/ehfa5-e.pdf> - vom 9.07.07
(2002b): Der europäische Gesundheitsbericht. Kopenhagen, 2002 – <http://books.google.de/books?id=CXLqWqTEk0AC&dq=World+Health+Organization+%26+Europe+2002&pg=PP1&ots=qwNmtuAp44&sig=CKVFgyKs6buXiGGkl4McXMMsnwA&prev=http://www.google.de/search%3Fhl%3Dde%26q%3DWorld%2BHealth%2BOrganization%2B%2526%2BEurope%2B2002%26btnG%3DSuche%26meta%3D&sa=X&oi=print&ct=result&cd=2#PPP1,M1> – vom 9.04.07
- Widmeyer, W.N.; Brawley, L.R.; Carron, A.V. (1992):**
Group dynamics in sport. In: Horn, T.S.: Advances in sport psychology. Champaign (IL.), 1992. pp. 163-180
- Wiedmann, K.P. (u.a.) (2003):**
Ertragsorientiertes Zielkundenmanagement für Finanzdienstleister. Wiesbaden, 2003
- Wiersma, U.J. (1992):**

The effects of extrinsic rewards in intrinsic motivation. In: Journal of occupational and organizational psychological, 65, 1992, 2, pp. 101-114

- Wild, N. (2004):**
Elektronische Kommunikation im Gesundheitswesen. Hamburg, 2004
- Wilhelm, A.(1999):**
Einstellung und Motivation zur Sportteilnahme. In: Sportwissenschaft 29, 1999, 4, S. 427-439
- Willich, S. N.; Müller-Nordhorn, J.; Kulig, M. (u.a.) (2001):**
Cardiac risk factors, medication, and recurrent clinical events after acute coronary disease. In: European Heart Journal, 22, 2001, pp. 307-313
- Wille, E.**
(1998): Zukünftige finanzielle Absicherung des Krankheitsrisikos. In: Arbeit und Sozialpolitik, 52,1998, S. 16-27
(1999): Entwicklung und Perspektiven der Sozialversicherung. Mannheim, 1999
(2000): Reformbedarf bei der Beitragsgestaltung. In: Wirtschaftsdienst, 80, 2000, S. 263-265
(2001) Basis- und Zusatzversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dezember, 2001.- <http://elib.uni-stuttgart.de/opus/volltexte/2004/1889/pdf/AB199.pdf> vom 20.05.07
(2002): Konfliktfeld Arzneimittelversorgung. Frankfurt a.M., 2002
- Wille, E.; Igel, Ch. (2002):**
Zur Reform der Beitragsgestaltung, insbesondere der Pflichtversicherungsgrenze in der GKV: eine empirische Analyse, Gutachten im Auftrag des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. Mannheim, 2002
- Wille, E.; Resch, S. (2004):**
Risikoselektion trotz Risikostrukturausgleich. In: Klusen, N.; Straub, C.; Meusch, A. (Hrsg.): Steuerungswirkungen des Risikostrukturausgleichs. Baden-Baden, 2004. S. 13-36
- Wills, J.D.; Campell, L.F. (1992):**
Exercise psychology. Champaign (Ill.), 1992
- Winkler-Metzke, C.; Steinhausen, H.C. (1999):**
Risiko-, Protektions- und Vulnerabilitätsfaktoren für seelische Gesundheit und psychische Störungen im Jugendalter. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1999, 28, S. 95-104
- Wittbrodt, E. J. (1995):**
Kunden binden mit Kundenkarten, Kundenbindungssysteme entwickeln, einführen, steuern. Berlin, 1995
- Wittmann, G. (2003):**
Clubmodelle - ertragssteigernde Mehrwertkonzepte für das Privatkundengeschäft deutscher Banken. Regensburg, 2003
- Wörtz, M.; Perleth, M.; Schöffski, O.; Schwartz, F.W. (2002):**
Innovative Medizinprodukte im deutschen Gesundheitswesen. Baden-Baden, 2002
- Wolf, W.; Reicherts, M. (1986):**
Psychische Gesundheit bei Jugendlichen. In: Schorr, A.: Bericht über den 13. Kongress für angewandte Psychologie (Bd.II). Bonn, 1986, S. 440-447
- Woll, A. (2004):**
Diagnose körperlich-sportlicher Aktivität, Fitness und Gesundheit. Berlin, Universität, Dissertation, 2004
- Woll, A.; Bös, K.**
(1994): Gesundheit zum Mitmachen. Schorndorf, 1994
(2002) Fitness und Gesundheit. In: Dieckert, J., Wopp, C (Hrsg.): Handbuch Freizeitsport, Schorndorf, 2002. S. 242-251
(2004): Wirkung von Gesundheitssport. In: Bewegungstherapie und Gesundheitssport, 20, 2004, 2, S. 97-106
- Woll, A.; Bös, K.; Becker, P. (1996):**
Der Stellenwert von sportlicher Aktivität in einem integrativen Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit. In: Rütten, A.: Public Health und Sport. Stuttgart, 1996. S.157-180
- Wollring, U. (2005):**
Gymnastik im Herz- und Alterssport. Aachen, 2005
- Wopp, Ch. (1995):**
Entwicklungen und Perspektiven des Freizeitsports. Aachen, 1995
- Wydler, H.; Kolip, P.; Abel, T. (2000):**
Salutogenese und Kohärenzgefühl. Weinheim, 2000

Wydra, G. (1996):
Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln. Schorndorf, 1996

Y / Z

Yi, Y.; Jeon, H. (2003):
Effects of Loyalty Programs on Value Perception, Program Loyalty and Brand Loyalty. In: Journal of the Academy of Marketing Science, 31, 2003, 3, pp. 229-240

Zeiselmeier, A. (2006):
Die Kinetik der Sauerstoffaufnahme bei Belastungsbeginn in Relation zum Herzfrequenzanstieg und der aeroben Sauerstoffkonzentration. Rottweil, Universität, Dissertation, 2006

Zigler, E.; Muenchow, S. (1992):
Head Start. The Inside Story of America's Most Successful Educational Experiment. New York, 1992

Ziemainz, H.; Wagner, P.; Rütten, A. (2001):
Sportunterricht und (sportbezogene) Selbstwirksamkeit. In: Leipziger Sportwissenschaftliche Beiträge 42, 2001, 1, S. 133-145

Zimbardo, P.; Gerrig, R. (1995, 2004):
Psychologie. München, 1995 und 2004

Zintl, F.; Eisenhut, A. (2001):
Ausdauertraining. München, 2001

Zweifel, P.; Felder, S. (Hrsg.) (1996):
Eine ökonomische Analyse des Alterungsprozesses. Bern, 1996

Zweifel, P.; Felder, S.; Meier, M. (1996):
Demographische Alterung und Gesundheitskosten – eine Fehlinterpretation. In: P. Oberender (Hrsg.): Alter und Gesundheit. Baden-Baden, 1996. S. 373-386 (Gesundheitsökonomische Beiträge; 26)

Zweifel, P.; Waser, O. (1992):
Bonus options in health insurance. Dordrecht (u.a.), 1992

Literatur zu statistischen Verfahren und Methoden

Amelang, M.; Zielinski, W. (u.a.) (2002):
Psychologische Diagnostik und Intervention. Berlin, 2002

Beller, S. (2004):
Empirisch forschen lernen. Bern, 2004

Bomdsdorf, E. (2006):
Deskriptive Statistik. Lohmar, 2006

Bortz, J.; Döring, N. (2002):
Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin, 2002

Brosius, F. (2007):
SPSS für Dummies. München, 2007

Bühl, A.; Zöfel, P. (2002; 2005):
SPSS 12. München, 2002 und 2005

Kammermeyer, F. (2003):
Statistik. Berlin, 2003

Rudolf, M. (2004):
Multivariate Verfahren. Göttingen, 2004

Rumsey, D. (2004):
Statistik für Dummies. Bonn, 2004

F Anlagen

Anlage1 Tabellen

Geschlecht

	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Geschlecht * Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms	357	92,7%	28	7,3%	385	100,0%

Tabelle 61: Geschlecht * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms Kreuztabelle / Verarbeitete Fälle

		Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms		Gesamt
		ja	nein	
(demob)				
Geschlecht	Männlich	74	40	114
	Weiblich	167	76	243
Gesamt		241	116	357

Tabelle 62: Geschlecht * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)	Punkt-Wahrscheinlichkeit
Chi-Quadrat nach Pearson	,514(b)	1	,473	,545	,275	
Anzahl der gültigen Fälle	357					

Tabelle 63: (demob) Chi-Quadrat-Test

	Wert	95%-Konfidenzintervall	
		Untere	Obere
Quotenverhältnis für Geschlecht (Männlich / Weiblich)	,842	,526	1,348
Für Kohorten-Analyse Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms = ja	,945	,805	1,108
Für Kohorten-Analyse Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms = nein	1,122	,822	1,532
Anzahl der gültigen Fälle	357		

Tabelle 64: (demob) Risikoschätzer

Schulabschluss

(demoe)	Gültig		Fälle Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Schulabschluss * Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms	353	91,7%	32	8,3%	385	100,0%

Tabelle 65: (demoe) Verarbeitete Fälle

		Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms		Gesamt
		ja	nein	
Schulabschluss	Haupt-/ Volksschule	23	14	37
	Mittlere Reife	62	27	89
	Fachhochschulreife	19	8	27
	Abitur	26	19	45
	Abschluss (Fach) Hochschule	108	47	155
Gesamt		238	115	353

Tabelle 66: Schulabschluss * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms
Kreuztabelle

			Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Nominal- bzgl. Nominalmaß	Unsicherheitskoeffizient	Symmetrisch	,004	,005	,851	,565(c)
		Schulabschluss abhängig	,003	,004	,851	,565(c)
		Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms abhängig	,007	,008	,851	,565(c)
Nominal- bzgl. Intervallmaß	Eta	Schulabschluss abhängig	,018			
		Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms abhängig	,093			

Tabelle 67: (demoe) Richtungsmaße

Ist das TK-Bonusprogramm eine Besonderheit der Krankenkassen?

- $T_0 - \text{bonus4}$ Die TK hat das erste Bonusprogramm für Krankenkassen entwickelt.
- $T_0 - \text{bonus5}$ Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden.
- $T_0 - \text{bonus7}$ Ein Bonusprogramm für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK.

(bonus4_1/ transformiert)	Fälle					
	Gültig		Fehlend		Gesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
Ich bin Teilnehmer/in des TK-Bonusprogramms * bonus4_1	354	91,9%	31	8,1%	385	100,0%

Tabelle 68: (bonus4_1/ transformiert) - Verarbeitete Fälle

		bonus4_1		Gesamt
		1,00	2,00	
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	86	154	240
	nein	18	96	114
Gesamt		104	250	354

Tabelle 69: Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus4_1 Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	14,966(b)	1	,000		
Anzahl der gültigen Fälle	354				

Tabelle 70: (bonus4) Chi-Quadrat-Test

Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus5_1 Kreuztabelle

		bonus5_1		Gesamt
		1,00	2,00	
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	52	186	238
	nein	16	97	113
Gesamt		68	283	351

Tabelle 71: (bonus5_1/transformiert) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus5_1 Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,900(b)	1	,089		
Anzahl der gültigen Fälle	351				

Tabelle 72: (bonus5) - Chi-Quadrat-Test

Ein Bonusprogramm für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK

		bonus7_1		Gesamt
		1,00	2,00	
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	17	221	238
	nein	2	113	115
Gesamt		19	334	353

Tabelle 73: (bonus7) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus7_1 Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	4,446(b)	1	,035		
Anzahl der gültigen Fälle	353				

Tabelle 74: (bonus7) Chi-Quadrat-Test

Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?

		Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise			Gesamt
		sehr attraktiv	-	überhaupt nicht attraktiv	
T ₀ -bonus111					
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	56	111	39	206
	nein	5	36	21	62
Gesamt		61	147	60	268

Tabelle 75: (bonus111) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise Kreuztabelle

T ₀ -bonus111	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,557(a)	2	,002
Anzahl der gültigen Fälle	268		

Tabelle 76: (bonus111) - Chi-Quadrat-Test

		Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?			Gesamt
		sehr attraktiv	-	überhaupt nicht attraktiv	
T ₃ -bonusf4k1					
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	22	56	38	116
	nein	6	9	9	24
Gesamt		28	65	47	140

Tabelle 77: Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise? Kreuztabelle

T ₃ -bonusf4k1	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,993(a)	2	,609
Anzahl der gültigen Fälle	140		

Tabelle 78: (bonusf4k1) - Chi-Quadrat-Test

Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?

		Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?			Gesamt
		sehr	-	--	
T ₀ -bonus112					
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	87	92	40	219
	nein	15	27	25	67
Gesamt		102	119	65	286

Tabelle 79: (bonus112) - Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
T ₀ -bonus112			
Chi-Quadrat nach Pearson	12,551(a)	2	,002
Anzahl der gültigen Fälle	286		

Tabelle 80: (bonus112) - Chi-Quadrat-Test

		Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?			Gesamt
		sehr	-	überhaupt nicht	
T ₃ -bonusf4k2					
Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	ja	25	53	37	115
	nein	5	11	8	24
Gesamt		30	64	45	139

Tabelle 81: (bonusf4k2) - Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
T ₃ -bonusf4k2			
Chi-Quadrat nach Pearson	,016(a)	2	,992
Anzahl der gültigen Fälle	139		

Tabelle 82: (bonusf4k2) - Chi-Quadrat-Test

Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl?

		Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl?			Gesamt
		sehr	-	überhaupt nicht	
Fragebogentyp	ef1	9	27	78	114
	nwf1	6	26	75	107
Gesamt		15	53	153	221

Tabelle 83: Fragebogentyp * Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl? Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
bonus 118			
Chi-Quadrat nach Pearson	,456(a)	2	,796
Anzahl der gültigen Fälle	221		

Tabelle 84: (bonus118) - Chi-Quadrat-Test

Wie sehr motivieren die Bonuspunkte Sie, "dabeizubleiben"?

		Wie sehr motivieren die Bonuspunkte Sie, "dabeizubleiben"?			Gesamt
		sehr	-	überhaupt nicht	
bonus110					
Fragebogentyp	ef1	34	43	37	114
	nwf1	26	34	45	105
Gesamt		60	77	82	219

Tabelle 85: Fragebogentyp * Wie sehr motivieren die Bonuspunkte Sie, "dabeizubleiben"? Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	2,534(a)	2	,282
Anzahl der gültigen Fälle	219		

Tabelle 86: (bonus110) - Chi-Quadrat-Test

Sportverhalten vor Beginn des Kurses

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,749(a)	2	,688
Likelihood-Quotient	,751	2	,687
Zusammenhang linear-mit-linear	,036	1	,850
McNemar-Bowker-Test	.	.	.(b)
Anzahl der gültigen Fälle	354		

Tabelle 87: (sport1) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Fitness vor Kursbeginn

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	,590(a)	2	,744
Likelihood-Quotient	,588	2	,745
Zusammenhang linear-mit-linear	,571	1	,450
McNemar-Bowker-Test	.	.	.(b)
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 88: (sport2) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Häufigkeit sportlicher Aktivitäten vor Kursbeginn Kreuztabelle

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	5,404(a)	2	,067
Likelihood-Quotient	5,418	2	,067
Zusammenhang linear-mit-linear	5,341	1	,021
Anzahl der gültigen Fälle	279		

Tabelle 89: (sport3)- Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Dauer pro Trainingseinheit vor Kursbeginn

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,963(b)	1	,047		
Kontinuitätskorrektur(a)	3,489	1	,062		
Likelihood-Quotient	4,075	1	,044		
Exakter Test nach Fisher				,050	,030
Zusammenhang linear-mit-linear	3,952	1	,047		
Anzahl der gültigen Fälle	357				

Tabelle 90: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse

		Wert	Asymptotischer Standardfehler(a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Intervall- bzgl. Intervallmaß	Pearson-R	,105	,050	1,996	,047(c)
Ordinal- bzgl. Ordinalmaß	Korrelation nach Spearman	,105	,050	1,996	,047(c)
Anzahl der gültigen Fälle		357			

Tabelle 91: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse - Chi - Quadrat

		Wert
Nominal- bzgl. Intervallmaß	Eta	
	Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms abhängig	,105
	Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse abhängig	,105

Tabelle 92: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse - Eta -Wert

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (2-seitig)	Exakte Signifikanz (1-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,412(b)	1	,065		
Kontinuitätskorrektur(a)	2,986	1	,084		
Likelihood-Quotient	3,480	1	,062		
Exakter Test nach Fisher				,074	,041
Zusammenhang linear-mit-linear	3,403	1	,065		
Anzahl der gültigen Fälle	356				

Abbildung 48: (sport5) -Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Sind Sie mehr als einem Jahr Mitglied in einem Sportverein/Fitnesscenter

SWS – Selbstwertschätzung (Schütz)

	Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	Mittelwert	Standardabweichung	N
emotionale Selbstwertschätzung - Durchschnitt	ja	3,1998	,64904	240
	nein	3,1000	,58839	115
	Gesamt	3,1675	,63094	355
soziale Selbstwertschätzung - Sicherheit im Kontakt - Durchschnitt	ja	3,0479	1,26745	240
	nein	3,0423	1,26984	115
	Gesamt	3,0461	1,26644	355
Soziale Selbstwertschätzung - Umgang mit Kritik - Durchschnitt	ja	3,2073	1,28875	240
	nein	3,1067	1,22647	115
	Gesamt	3,1747	1,26806	355
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt	ja	4,2493	,45040	240
	nein	4,2422	,40542	115
	Gesamt	4,2470	,43578	355
Selbstwertschätzung physische Attraktivität - Durchschnitt	ja	3,4538	,64307	240
	nein	3,3994	,66371	115
	Gesamt	3,4362	,64939	355
Selbstwertschätzung Sportlichkeit - Durchschnitt	ja	3,8660	,63386	240
	nein	3,7652	,58595	115
	Gesamt	3,8334	,61973	355
allgemeine Selbstwertschätzung - Durchschnitt	ja	3,4261	,68832	240
	nein	3,3728	,68300	115
	Gesamt	3,4088	,68609	355
körperbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt	ja	3,6599	,51780	240
	nein	3,5823	,48400	115
	Gesamt	3,6348	,50772	355
Gesamtselftwert - Durchschnitt	ja	3,5040	,56428	240
	nein	3,4426	,55088	115
	Gesamt	3,4841	,55994	355

Tabelle 93: SWS – Mittelwert / s(x)

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * emotionale Selbstwertschätzung – Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
emotionaleSWS			
Chi-Quadrat nach Pearson	31,411(a)	28	,299
Zusammenhang linear-mit-linear	1,804	1	,179
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 94: emotionale SWS - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * soziale Selbstwertschätzung - Sicherheit im Kontakt - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	25,773(a)	28	,586
Zusammenhang linear-mit-linear	,006	1	,938
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 95: Sicherheit im Kontakt - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Soziale Selbstwertschätzung - Umgang mit Kritik - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	24,100(a)	32	,841
Zusammenhang linear-mit-linear	,345	1	,557
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 96: Umgang mit Kritik - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms *
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	12,358(a)	17	,778
Zusammenhang linear-mit-linear	,021	1	,885
Anzahl der gültigen Fälle	355		

Tabelle 97: leistungsbezogene SWS - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms *
Selbstwertschätzung physische Attraktivität - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	35,519(a)	20	,018
Zusammenhang linear-mit-linear	,386	1	,534
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 98: physische Attraktivität - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms *
Selbstwertschätzung Sportlichkeit - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	27,398(a)	22	,197
Zusammenhang linear-mit-linear	2,204	1	,138
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 99: SWS-Sportlichkeit - Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * allgemeine Selbstwertschätzung - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	253,194(a)	264	,673
Zusammenhang linear-mit-linear	,430	1	,512
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 100: allgemeine SWS- Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * körperbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	45,090(a)	42	,344
Zusammenhang linear-mit-linear	1,703	1	,192
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 101: körperbezogene SWS- Chi-Quadrat-Test

Gesamtselfwert - Durchschnitt

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	279,597(a)	285	,579
Zusammenhang linear-mit-linear	,861	1	,353
Anzahl der gültigen Fälle	356		

Tabelle 102: Gesamtselfwert Durchschnitt- Chi-Quadrat-Test

Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms
***Selbstwertschätzung**

			Wert	Asymptotischer Standardfehler (a)	Näherungsweise T(b)	Näherungsweise Signifikanz
Nominal-bzgl. Nominalmaß	Unsicherheitskoeffizient	Symmetrisch	,161	,006	23,330	,003(c)
		Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms abhängig	,789	,024	23,330	,003(c)
		Gesamtselfstwert - Durchschnitt abhängig	,089	,004	23,330	,003(c)
Nominal-bzgl. Intervallmaß	Eta	Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms abhängig	,886			
		Gesamtselfstwert - Durchschnitt abhängig	,049			

Tabelle 103: SWS - Richtungsmaße

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
bonus8	Pillai-Spur	,011	,671(a)	6,000	348,000	,673	,011
	Wilks-Lambda	,989	,671(a)	6,000	348,000	,673	,011
	Hotelling-Spur	,012	,671(a)	6,000	348,000	,673	,011

Tabelle 104: SWS Multivariate Tests(b)

Tests auf Univariate

Abhängige Variable	Quelle	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
emotionale Selbstwertschätzung - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	140,147	353	,397			
soziale Selbstwertschätzung - Sicherheit im Kontakt - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	567,764	353	1,608			
Soziale Selbstwertschätzung - Umgang mit Kritik - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	568,432	353	1,610			
Leistungsbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	67,222	353	,190			
Selbstwertschätzung physische Attraktivität - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	149,054	353	,422			
Selbstwertschätzung sportlichkeit - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	135,167	353	,383			
allgemeine Selbstwertschätzung - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	166,415	353	,471			
körperbezogene Selbstwertschätzung - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	90,785	353	,257			
Gesamtselbstwert - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	110,697	353	,314			

Tabelle 105: SWS –Test auf Univariate

Selbstwirksamkeit

	Komponente		
	1	2	3
SSA 1 Geplante sportliche Aktivität trotz: Niedergeschlagenheit	,803		
SSA 2 Geplante sportliche Aktivität trotz: Sorgen	,848		
SSA 3 Geplante sportliche Aktivität trotz: Ich ärgere mich	,849		
SSA 4 Geplante sportliche Aktivität trotz: Anspannungen	,728		
SSA 5 Geplante sportliche Aktivität trotz: Müdigkeit	,526	,350	,262
SSA 6 Geplante sportliche Aktivität trotz: Besuch von Freunden		,814	
SSA 7 Geplante sportliche Aktivität trotz: Andere wollen was mit mir unternehmen		,819	
SSA 8 Geplante sportliche Aktivität trotz: Beanspruchung durch Partner/Familie		,799	
SSA 9 Geplante sportliche Aktivität trotz: Ich muss Sport alleine machen			,824
SSA 10 Geplante sportliche Aktivität trotz: Schlechtes Wetter			,765

Tabelle 106: SSA - Rotierte Komponentenmatrix(a)

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,830	,839	5

Tabelle 107: SSA- Reliabilitätsstatistiken

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
ssa_fa1	Zwischen den Gruppen	,588	1	,588	,016	,899
	Innerhalb der Gruppen	12678,358	351	36,121		
	Gesamt	12678,946	352			
ssa_fa2	Zwischen den Gruppen	25,305	1	25,305	1,260	,262
	Innerhalb der Gruppen	6987,612	348	20,079		
	Gesamt	7012,917	349			
ssa_fa3	Zwischen den Gruppen	10,455	1	10,455	,450	,503
	Innerhalb der Gruppen	8185,375	352	23,254		
	Gesamt	8195,831	353			

Tabelle 108: SSA - ONEWAY ANOVA (3 Komponenten fa1; fa2; fa3)

Generalisierte Motivation

Komponente	1	2	3	4
1	,726	,498	,232	,414
2	-,469	,542	,667	-,203
3	,496	-,312	,387	-,712
4	-,080	-,601	,593	,530

Tabelle 109: Komponententransformationsmatrix / Extraktionsmethode:
Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung

	Komponente			
	1	2	3	4
MGM IMS1				,719
MGM ER1		,642		
MGM ID1		,436		
MGM IMK1	,664			
MGM IN1	,327		,500	
MGM IMA1	,783			
MGM AM1			,720	
MGM IMS2				,795
MGM ER2		,764		
MGM ID2	,352	,332		
MGM IMK2	,804			
MGM IN2		,534	,436	
MGM IMA2	,627			
MGM AM2			,756	
MGM IMS3				,809
MGM ER3		,753		
MGM ID3	,494			
MGM IMK3	,823			
MGM IN3		,441	,398	
MGM IMA3	,368	,451		
MGM AM3			,724	
MGM IMS4	,280			,669
MGM ER4		,706		
MGM ID4	,547			
MGM IMK4	,845			
MGM IN4		,367	,401	
MGM IMA4	,419	,415		
MGM AM4			,727	

Tabelle 110: MGM - Rotierte Komponentenmatrix(a)

Komponente	1	2	3
1	,727	,448	,520
2	-,460	,880	-,116
3	,509	,155	-,847

Tabelle 111: Komponententransformationsmatrix / Extraktionsmethode:
Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Neugier =ia4 ia6 ia11 ia13 ia17 ia18 ia24 ia25
Anerkennung=ia2 ia3 ia9 ia12 ia16 ia20 ia22
Unlust =ia5 ia7 ia14 ia21 ia26 ia28
Genuss =ia1 ia8 ia15 ia22

Quelle	Abhängige Variable	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Korrigiertes Modell	Neugier	34,485(a)	1	34,485	,692	,406	,002
	Anerkennung	65,405(b)	1	65,405	1,245	,265	,004
	Unlust	54,827(c)	1	54,827	2,054	,153	,006
	Genuss	,001(d)	1	,001	,000	,991	,000
Konstanter Term	Neugier	556502,067	1	556502,067	11166,153	,000	,971
	Anerkennung	137854,492	1	137854,492	2625,015	,000	,887
	Unlust	54649,311	1	54649,311	2047,417	,000	,860
	Genuss	72478,186	1	72478,186	9744,692	,000	,967
bonus8	Neugier	34,485	1	34,485	,692	,406	,002
	Anerkennung	65,405	1	65,405	1,245	,265	,004
	Unlust	54,827	1	54,827	2,054	,153	,006
	Genuss	,001	1	,001	,000	,991	,000
Fehler	Neugier	16596,153	333	49,838			
	Anerkennung	17487,729	333	52,516			
	Unlust	8888,379	333	26,692			
	Genuss	2476,757	333	7,438			
Gesamt	Neugier	660272,000	335				
	Anerkennung	178595,000	335				
	Unlust	70362,000	335				
	Genuss	85822,000	335				
Korrigierte Gesamtvariation	Neugier	16630,639	334				
	Anerkennung	17553,134	334				
	Unlust	8943,206	334				
	Genuss	2476,758	334				

a R-Quadrat = ,002 (korrigiertes R-Quadrat = -,001)

b R-Quadrat = ,004 (korrigiertes R-Quadrat = ,001)

c R-Quadrat = ,006 (korrigiertes R-Quadrat = ,003)

d R-Quadrat = ,000 (korrigiertes R-Quadrat = -,003)

Tabelle 112: Tests der Zwischensubjekteffekte

NEO-big five

Effekt		Wert	F	Hypothese df	Fehler df	Signifika nz	Partielles Eta- Quadrat
bonus8	Pillai-Spur	,024	1,713(a)	5,000	351,000	,131	,024
	Wilks-Lambda	,976	1,713(a)	5,000	351,000	,131	,024
	Hotelling-Spur	,024	1,713(a)	5,000	351,000	,131	,024
	Größte charakteristische Wurzel nach Roy	,024	1,713(a)	5,000	351,000	,131	,024

Tabelle 113: Neo-big -Five * Ich bin Bonusteilnehmer - Partielles Beta-Quadrat

	Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms	Mittelwert	Standardabw eichung	N
Neurotizismus - Durchschnitt	ja	1,6793	,66139	241
	nein	1,5977	,56220	116
	Gesamt	1,6528	,63124	357
Extraversion - Durchschnitt	ja	2,2811	,46740	241
	nein	2,2401	,45888	116
	Gesamt	2,2678	,46441	357
Offenheit - Durchschnitt	ja	2,5107	,50585	241
	nein	2,4779	,44691	116
	Gesamt	2,5001	,48710	357
Verträglichkeit - Durchschnitt	ja	2,6827	,38955	241
	nein	2,7160	,36122	116
	Gesamt	2,6935	,38039	357
Gewissenhaftigkeit - Durchschnitt	ja	2,9004	,44850	241
	nein	2,8141	,42249	116
	Gesamt	2,8723	,44148	357

Tabelle 114: NEO-big five Mittelwert und s(x)

Box-M-Test	32,126
F	2,103
df1	15
df2	218146,89
	3
Signifikanz	,007

Tabelle 115: NEO-big five - Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen(a)

Abhängige Variable	Quelle	Quadrat summe	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz	Partielles Eta-Quadrat
Neurotizismus - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	141,332	355	,398			
Extraversion - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	76,648	355	,216			
Offenheit - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	84,382	355	,238			
Verträglichkeit - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	51,425	355	,145			
Gewissenhaftigkeit - Durchschnitt	unzureichende Anpassung	,000	0	.	.	.	,000
	Reiner Fehler	68,803	355	,194			

Tabelle 116: NEO – big five - Tests auf Univariate

Anlage 2 Gesetz §20 SGB V

(1)

1 Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen.

2 Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.

3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2)

1 Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend.

2 Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben.

3 Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3)

Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4)

1 Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben.

2 Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen.

3 Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich.²⁵⁸

4 Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. 5 Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach §18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

Quelle: http://bundesrecht.juris.de/sgb_5/_20.html – 30.01.2007

²⁵⁸ Hervorhebung durch den Autor

Anlage 3 Gesetz §65a SGB V

Bonus für Gesundheitsbewusstes Verhalten

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§25 und 26 oder Qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention²⁵⁹ in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben.

(2) Für Versicherte, die an einer Hausarztzentrierten Versorgung nach §73b, an einem strukturierten Behandlungsprogramm bei chronischen Krankheiten nach §137f oder an einer integrierten Versorgung nach §140a teilnehmen, kann sie in ihrer Satzung für die Dauer der Teilnahme Zuzahlungen, die nach diesem Gesetz zu leisten sind, ermäßigen. Sie kann in ihrer Satzung die Beiträge mit Ausnahme der nicht vom Mitglied zu tragenden Anteile und der Beitragszuschüsse nach §106 des Sechsten Buches sowie §257 Abs. 1 Satz 1 für diese Versicherten ermäßigen; §53 Satz 3 gilt entsprechend.

(3) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

(4) Die Aufwendungen für Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen.²⁶⁰ Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden. Beitragserhöhungen allein deshalb, weil die Krankenkasse in ihrer Satzung Bonusregelungen vorsieht, sind nicht zulässig.

Quelle: http://www.bmi.bund.de/jur.php?sgb_5,65a -30.01.2007

(1) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung bestimmen, unter welchen Voraussetzungen Versicherte, die regelmäßig Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten nach den §§ 25 und 26 oder qualitätsgesicherte Leistungen der Krankenkasse zur primären Prävention in Anspruch nehmen, Anspruch auf einen Bonus haben, der zusätzlich zu der in § 62 Abs. 1 Satz 2 genannten abgesenkten Belastungsgrenze hinaus zu gewähren ist.

²⁵⁹ Hervorhebung durch den Autor

²⁶⁰ Hervorhebung durch den Autor

(2) Die Krankenkasse kann in ihrer Satzung auch vorsehen, dass bei Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Arbeitgeber sowohl der Arbeitgeber als auch die teilnehmenden Versicherten einen Bonus erhalten.

(3) 1Die Aufwendungen für Maßnahmen nach Absatz 1 müssen mittelfristig aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die durch diese Maßnahmen erzielt werden, finanziert werden. 2Die Krankenkassen haben regelmäßig, mindestens alle drei Jahre, über diese Einsparungen gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde Rechenschaft abzulegen. 3Werden keine Einsparungen erzielt, dürfen keine Boni für die entsprechenden Versorgungsformen gewährt werden.

Quelle: http://www.bmj.bund.de/jur.php?sgb_5,65a -24.05. 2007*

* Text nach der Novellierung zum 1.04.2007

Anlage 4 Erhebungsinstrumente

Messzeitpunkt 1 - Vor Beginn des Kurses T₀

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Rahmen einer Studie zur nachhaltigen Entwicklung des Sportverhaltens der Universität Dortmund bitten wir Sie, die folgenden Fragebögen auszufüllen.

Bitte nehmen Sie sich Zeit, lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und füllen Sie den Fragebogen vollständig aus. Antworten Sie so ehrlich wie möglich. Es gibt keine falschen oder richtigen Antworten, und Sie müssen kein Experte /Expertin sein, um den Fragebogen angemessen beantworten zu können. Sie erfüllen den Zweck der Befragung am besten, wenn Sie die Fragen so wahrheitsgemäß wie möglich beantworten.

Bitte kennzeichnen Sie den Fragebogen nicht namentlich. Die Fragebögen werden anonymisiert und vertraulich behandelt. Die erhobenen Daten unterliegen dem Datenschutz.

Zu einem späteren Zeitpunkt werden wir Sie erneut befragen. Um die Ergebnisse vergleichen zu können, codieren Sie Ihren Fragebogen bitte wie folgt:

Geben Sie bitte die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters, dann die des Vornamens Ihrer Mutter und dann Ihren Geburtsmonat (Ziffern) an:

Code ⇨

--	--	--	--	--	--	--

 ⇐ Code

Beispiel Vater: **Otto**; Mutter: **Helga**; Ihr Geburtsmonat: **12**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Arrows in the original image point from the example text to the corresponding boxes in this grid)

Vielen Dank für ihre Mitarbeit

Dipl.-Psych. Ingrid Jäger
UNIVERSITÄT DORTMUND
FB 14, Organisationspsychologie
Lehrstuhl Prof. Dr. phil. Dr. med. Kastner
D-44221 DORTMUND

4. Haben sie bereits an Bewegungskursen einer Krankenkasse teilgenommen?

Ja und zwar bei folgender Krankenkasse

Nein

5. Sind Sie seit mehr als einem Jahr Mitglied in einem Sportverein / Fitnesscenter?

Ja

Nein

6. Rauchen Sie?

Nein

Gelegentlich

Täglich

7. Kennen Sie Ihren Ruhepuls?

NEIN

JA und zwar _____

8. Kennen Sie Ihren Cholesterinwert?

NEIN

JA _____ und _____ zwar

9. Kennen Sie Ihren Blutdruck?

NEIN

JA und zwar _____

10. Kennen Sie Ihr Gewicht?

NEIN

JA und zwar _____

11. Kennen Sie Ihren BMI (Body Mass Index) ?

NEIN

JA und zwar _____

12. Kennen Sie Ihre Körpergröße?

NEIN

JA und zwar _____

13.

Ich bin mir sicher, eine geplante sportliche Aktivität auch dann noch ausführen zu können, wenn...	1 gar nicht sicher	2	3	4 viel- leicht	5	6	7 ganz sicher
a) ...ich mich niedergeschlagen fühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b).... ich Sorgen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c).....ich mich über etwas ärgere	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d).....ich mich angespannt fühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e).....ich müde bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f).....Freunde zu Besuch da sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) ...andere Personen mit mir etwas unternehmen wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h).....meine Familien/mein Partner mich beansprucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i).....ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
j).....schlechtes Wetter ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k).....ich noch viel Arbeit zu erledigen habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l).....ein interessantes Fernsehprogramm läuft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Lesen sie bitte jede der nachfolgenden Aussagen genau durch und überlegen sie, ob diese Aussage auf sie persönlich zutrifft. Zur Bewertung der Aussagen steht ihnen eine fünffach abgestufte Skala zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte spontan an:

SA (starke Ablehnung), wenn Sie der Aussage auf keinen Fall zustimmen oder sie für völlig unzutreffend halten.

A (Ablehnung), wenn Sie der Aussage eher nicht zustimmen oder sie für unzutreffend halten

N (neutral), wenn die Aussage weder richtig noch falsch, also weder zutreffend noch unzutreffend ist.

Z (Zustimmung), wenn Sie der Aussage eher zustimmen oder sie für zutreffend halten.

SZ (starke Zustimmung), wenn Sie der Aussage nachdrücklich zustimmen oder sie für völlig zutreffend halten.

		SA- Starke Ablehnung	A- Ablehnung	N- Neutral	Z- Zustimmung	SZ- Starke Zustimmung
1	Ich bin nicht leicht beunruhigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Ich habe gerne viele Leute um mich herum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ich mag meine Zeit nicht mit Tagträumereien verschwenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Ich versuche zu jedem, dem ich begegne, freundlich zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Ich halte meine Sachen ordentlich und sauber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Ich fühle mich anderen oft unterlegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Ich bin leicht zum Lachen zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Ich finde philosophische Diskussionen langweilig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Ich bekomme häufiger Streit mit meiner Familie und meinen Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Ich kann mir meine Zeit recht gut einteilen, so dass ich meine Angelegenheiten rechtzeitig beenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Wenn ich unter starkem Stress stehe, fühle ich mich manchmal, als ob ich zusammenbräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich halte mich nicht für besonders fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Mich begeistern die Motive, die ich in der Kunst und in der Natur finde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Manche Leute halten mich für selbstsüchtig und selbstgefällig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Ich bin kein systematisch vorgehender Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Ich halte mich nicht für besonders fröhlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		SA- Starke Ablehnung	A- Ablehnung	N- Neutral	Z- Zustimmung	SZ- Starke Zustimmung
17	Ich unterhalte mich wirklich gerne mit anderen Menschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Ich glaube, dass es Schüler oft nur verwirrt und irreführt, wenn man sie Rednern zuhören lässt, die kontroverse Standpunkte vertreten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Ich würde lieber mit anderen zusammenarbeiten, als mit ihnen zu wetteifern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Ich versuche, alle mir übertragenen Aufgaben sehr gewissenhaft zu erledigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Ich fühle mich oft angespannt und nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Ich bin gerne im Zentrum des Geschehens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Poesie beeindruckt mich wenig oder gar nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Im Hinblick auf die Absichten anderer bin ich eher zynisch und skeptisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich habe eine Reihe von klaren Zielen und arbeite systematisch auf sie zu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Manchmal fühle ich mich völlig wertlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Ich ziehe es für gewöhnlich vor, Dinge allein zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Ich probiere oft neue und fremde Speisen aus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Ich glaube, dass man von den meisten Leuten ausgenutzt wird, wenn man es zulässt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Ich verträdele eine Menge Zeit, bevor ich mit einer Arbeit beginne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Ich empfinde selten Furcht oder Angst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Ich habe oft das Gefühl, vor Energie überzuschäumen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Ich nehme nur selten Notiz von den Stimmungen oder Gefühlen, die verschiedene Umgebungen hervorrufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Die meisten Menschen, die ich kenne, mögen mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Ich arbeite hart um meine Ziele zu erreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Ich ärgere mich oft darüber, wie andere Leute mich behandeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Ich bin ein fröhlicher, gut gelaunter Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Ich glaube, dass wir bei ethischen Entscheidungen auf die Ansichten unserer religiösen Autoritäten achten sollten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		SA- Starke Ablehnung	A- Ablehnung	N- Neutral	Z- Zustimmung	SZ- Starke Zustimmung
39	Manche Leute halten mich für kalt und berechnend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	Wenn ich eine Verpflichtung eingehe, so kann man sich auf mich verlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Zu häufig bin ich entmutigt und will aufgeben, wenn etwas schief geht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Ich bin kein gut gelaunter Optimist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Wenn ich Literatur lese oder ein Kunstwerk betrachte, empfinde ich manchmal ein Frösteln oder eine Welle der Begeisterung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	In Bezug auf meine Einstellung bin ich nüchtern und unnachgiebig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Manchmal bin ich nicht so verlässlich oder zuverlässig, wie ich sein sollte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Ich bin selten traurig oder deprimiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Ich führe ein hektisches Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	Ich habe wenig Interesse, über die Natur des Universums oder die Lage der Menschheit zu spekulieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49	Ich versuche stets rücksichtsvoll und sensibel zu handeln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Ich bin eine tüchtige Person, die ihre Arbeit immer erledigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Ich fühle mich oft hilflos und wünsche mir eine Person, die meine Probleme löst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Ich bin ein sehr aktiver Mensch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53	Ich bin sehr wissbegierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54	Wenn ich Menschen nicht mag, so zeige ich ihnen das auch offen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55	Ich werde wohl niemals fähig sein, Ordnung in mein Leben zu bringen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56	Manchmal war mir etwas so peinlich, dass ich mich am liebsten versteckt hätte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57	Lieber würde ich meine eigenen Wege gehen, als eine Gruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58	Ich habe oft Spaß daran, mit Theorien oder abstrakten Ideen zu spielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59	Um zu bekommen, was ich will, bin ich notfalls bereit, Menschen zu manipulieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60	Bei allem was ich tue, strebe ich nach Perfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Im Folgenden geht es um die Beweggründe für ihre Aktivitäten. Bitte beurteilen sie jeden Satz, indem sie jeweils einen Wert von 1 (trifft gar nicht zu) bis 7 (trifft voll zu) ankreuzen.

Im Allgemeinen tue ich Dinge,...

		Trifft gar nicht zu							Trifft voll zu
1.	...um angenehme Gefühle zu empfinden	1	2	3	4	5	6	7	
2.	...weil ich bestimmte Personen nicht enttäuschen möchte	1	2	3	4	5	6	7	
3.	...um mir selbst zu helfen, die Person zu werden, die ich gerne sein möchte	1	2	3	4	5	6	7	
4.	...weil ich gerne interessante Entdeckungen mache	1	2	3	4	5	6	7	
5.	...weil ich mich selbst Ohrfeigen würde, wenn ich sie nicht täte	1	2	3	4	5	6	7	
6.	...weil es mich freut zu erleben, wie ich immer mehr (Fach-)Wissen erlange.	1	2	3	4	5	6	7	
7.	...obwohl ich nicht den Nutzen in dem sehe, was ich tue	1	2	3	4	5	6	7	
8.	...aufgrund des Wohlbefindens, das ich empfinde, während ich diese tue	1	2	3	4	5	6	7	
9.	...weil ich von bestimmten Menschen positiver gesehen werden möchte	1	2	3	4	5	6	7	
10.	...weil ich diese als Mittel gewählt wählte, um meine Ziele zu erreichen	1	2	3	4	5	6	7	
11.	...aus Freude, mir neues Wissen anzueignen.	1	2	3	4	5	6	7	
12.	...weil ich mich andererseits schuldig fühlen würde, wenn ich sie nicht täte	1	2	3	4	5	6	7	
13.	...aus Freude, die ich verspüre, wenn ich das beherrsche, was ich tue	1	2	3	4	5	6	7	
14.	...obwohl es keinen Unterschied macht, ob ich sie tue oder nicht	1	2	3	4	5	6	7	
15.	...wegen der angenehmen Gefühle, die ich spüre, wenn ich diese Dinge tue	1	2	3	4	5	6	7	
16.	...um anderen zu zeigen, wozu ich fähig bin	1	2	3	4	5	6	7	
17.	...weil ich diese wählte, um zu erreichen, was ich mir wünsche	1	2	3	4	5	6	7	
18.	...aus Freude daran, neue interessante Dinge zu lernen	1	2	3	4	5	6	7	
19.	...weil ich mich zwingen, diese zu tun	1	2	3	4	5	6	7	
20.	...weil es mich zufrieden macht, wenn ich versuche, mich selbst zu übertreffen	1	2	3	4	5	6	7	
21.	...obwohl ich gar keinen besonderen Grund habe, diese zu tun	1	2	3	4	5	6	7	
22.	...weil ich mich gut dabei fühle	1	2	3	4	5	6	7	
23.	...um Prestige zu erlangen	1	2	3	4	5	6	7	
24.	...weil ich mich in Dinge einbringen will, die mir wichtig sind	1	2	3	4	5	6	7	
25.	...weil ich gerne verschiedene interessante Sachen lerne	1	2	3	4	5	6	7	
26.	...weil ich mich schlecht fühlen würde, wenn ich sie nicht täte	1	2	3	4	5	6	7	

27. ...weil es mir Spaß macht, mich immer wieder selbst zu beweisen 1 2 3 4 5 6 7
28. ...obwohl ich glaube, dass sie die Mühe nicht wert sind 1 2 3 4 5 6 7

Im Folgenden finden sie Fragen die persönliche Einstellungen und Eigenschaften betreffen. Bitte lesen sie diese sorgfältig durch und beantworten sie sie mit Hilfe der Antwortskala von 1 (gar nicht) bis 7 (sehr)

Bitte entscheiden sie auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = gar nicht bis 7 = sehr), **wie sehr** die folgenden Fragen auf sie zutreffen.

- | | Gar nicht | Sehr |
|---|--|------|
| 1. Zweifeln sie an sich selbst? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 2. Haben sie das Gefühl, dass es keinen Bereich in ihrem Leben gibt, in dem sie „gut“ sind? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 3. Haben sie eine positive Einstellung zu sich selbst? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 4. Empfinden sie Angst oder Beklemmung, wenn Sie alleine einen Raum betreten, in dem schon andere Leute sind, die sich unterhalten? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 5. Haben Sie im Kontakt mit anderen Schwierigkeiten, den passenden Gesprächsstoff zu finden? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 6. Wie sehr machen sie sich Gedanken darüber, ob andere Leute sie als Versager ansehen? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 7. Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es sie, wenn Sie sich vorstellen, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Ihnen haben? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 8. Sind sie mit ihren Leistungen im Beruf zufrieden? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 9. Zweifeln sie an ihren fachlichen Fähigkeiten? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 10. Haben sie das Gefühl, dass die meisten ihrer Bekannten attraktiver sind als sie selbst? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 11. Wie sicher sind Sie sich, dass sie für gut aussehend gehalten werden? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 12. Wenn es bei sportlichen Aktivitäten auf Koordination ankommt – machen Sie sich Sorgen darüber, dass sie schlecht abschneiden könnten? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 13. Sind Sie der Meinung, dass Sie gut tanzen können oder begabt sind für Freizeitaktivitäten, bei denen es auf Koordination ankommt? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |
| 14. Wie nervös werden Sie, wenn Ihnen andere beim Sport zuschauen? | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 | |

15. Sind sie Zufrieden mit ihren sportlichen Fähigkeiten? 1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7

Bitte entscheiden sie nun auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = „nie“ bis 7 = „immer“) **wie häufig** die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.

- | | Nie | | Immer | | | | |
|---|------------|---|--------------|---|---|---|---|
| 16. Wie häufig glauben Sie, dass Sie ein nutzloser Mensch sind? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Wie häufig sind sie so unzufrieden mit sich, dass Sie sich fragen, ob sie ein wertvoller Mensch sind? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. Wie häufig können Sie sich selbst nicht leiden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Wie häufig sind sie mit sich zufrieden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Wie häufig fühlen sie sich gehemmt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Fühlen sie sich häufig unwohl in ihrer Haut, wenn sie neue Leute kennen lernen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Wie häufig macht ihnen Schüchternheit zu schaffen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. Wie häufig machen sie sich Gedanken darüber, dass jemand ihre Arbeit kritisieren könnte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Wie häufig machen sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit ihnen zusammen sind? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. Wie häufig machen sie sich Sorgen darüber, was andere von ihnen denken? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. Wie häufig haben sie das Gefühl wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem sie eine Arbeit abgeschlossen haben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Wie häufig sind sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in ihrer Arbeit erbracht haben? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. Wie häufig haben sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Wie häufig schämen sie sich wegen ihres Aussehens oder ihrer Figur? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Wie häufig wünschen sie sich besser auszusehen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Wie häufig fühlen sie sich attraktiv? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. Wie häufig haben sie schon das Gefühl gehabt, dass andere ihnen sportlich überlegen sind? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

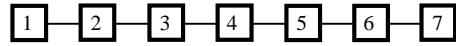
Umgang mit Schwierigkeiten (1)

Es gibt Situationen, in denen es schwer ist, sich überhaupt für eines von mehreren Zielen zu entscheiden. Selbst, wenn man sich für eine Sache entschieden hat, kann es sein, dass einem Zweifel an der Richtigkeit der Entscheidung kommen. Ist schließlich eine Entscheidung getroffen, geht es darum, bestimmte Dinge auch wirklich zu tun. Dabei stellt sich z.B. die Frage nach der besten Gelegenheit (ort, Zeit, etc.), denn nicht immer lassen sich schwierige oder unangenehme Dinge sofort in Angriff nehmen. Es kommt darauf an, sich zur passenden Zeit an den eigenen Vorsatz zu erinnern, was natürlich nicht immer gelingt...

Wenn ich mich entscheiden muss und meine Vorhaben „im Kopf behalten“ will.	So ist es <u>in der letzten Zeit</u> bei mir
--	--

	Fast nie	Fast immer
1. Wenn es nötig ist, schnell eine Entscheidung treffen können.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
2. Hin und her überlegen, wie ich mich entscheiden soll.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
3. Klar spüren, ob meine Entscheidung richtig ist.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
4. Endlos abwägen	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
5. Schnell zu einem Entschluss kommen	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
6. Nach einer Entscheidung Zweifel kriegen.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
7. Mich im Laufe eines Tages mehrfach daran erinnern, was ich noch alles tun will	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
8. Uhren mit Alarmfunktion und andere technische Hilfsmittel benutzen, um mich an wichtige Vorhaben zu erinnern.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
9. Befürchten, dass ich Absichten vergesse.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
10. Den „Knoten im Taschentuch“ und ähnliche Tricks benutzen, um Vergesslichkeit vorzubeugen.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
11. Vorhaben vergessen auszuführen, obwohl ich mehrmals am Tag an sie gedacht habe.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
12. Irgendwelche Dinge mit mir führen, die mich an meine Absicht erinnern, weil sie damit zu tun haben.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
13. Mir innerlich „aufsagen“, was ich noch alles tun will.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
14. Einen Terminkalender oder Notizblock benutzen um meinen „Kopf frei zu haben“ für andere Sachen.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
15. Unsicher sein, ob ich zu passender Gelegenheit auch wirklich an meine Absicht denke.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
16. Es so einrichten, dass ich über meine Absichten „stolpere“, indem ich mir dazu passende Dinge in den Weg lege.	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	

17. Mir im Laufe des Tages mehrmals ein wichtiges Vorhaben „ins Gedächtnis rufen“.



18. Unangenehme aber wichtige Absichten notieren, wenn ich sie nicht gleich umsetzen kann.



Umgang mit Schwierigkeiten (2)

Man hat sich vielleicht zur rechten Zeit an eine Absicht erinnert, und auch schon ein wenig das eigene Vorgehen geplant. Trotzdem kann es natürlich sein, dass es einem schwer fällt, mit der Sache, die man sich vorgenommen hat, auch wirklich anzufangen (z.B. mehr Sport treiben, einen Termin beim Arzt machen, die Steuererklärung anfertigen, den Keller aufräumen u.ä.). Manchmal gelingt es, ohne große Schwierigkeiten zu beginnen, Ein anderes Mal kriegt man einfach den Dreh nicht und wird vielleicht erst aktiv, wenn die Zeit drängt...

Anfangen und „dranbleiben“ bei einer Sache, die mich Überwindung kostet.	So ist es <u>in der letzten Zeit</u> bei mir
--	--

	Fast nie	Fast immer
1. Mich regelrecht aufraffen müssen.	1 2 3 4 5 6 7	
2. Überlegen, wie ich vorgehe.	1 2 3 4 5 6 7	
3. Die Sache sofort anpacken.	1 2 3 4 5 6 7	
4. Warten, bis andere ungeduldig werden.	1 2 3 4 5 6 7	
5. Mir etwas vornehmen, und dann doch nicht dazu kommen.	1 2 3 4 5 6 7	
6. Mich niedergeschlagen fühlen.	1 2 3 4 5 6 7	
7. Mir die notwendigen Einzelschritte klarmachen.	1 2 3 4 5 6 7	
8. Beginnen, ohne zu zögern.	1 2 3 4 5 6 7	
9. Erst in Schwung kommen, wenn es dringend wird.	1 2 3 4 5 6 7	
10. Die Sache bald vernachlässigen.	1 2 3 4 5 6 7	
11. Mich zu lustlos fühlen, um auch nur den Anfang zu machen.	1 2 3 4 5 6 7	
12. Einzelheiten der Sache gedanklich durchgehen.	1 2 3 4 5 6 7	
13. Auf jeden Fall erst mal anfangen.	1 2 3 4 5 6 7	
14. Erst in Schwung kommen, wenn jemand sauer wird.	1 2 3 4 5 6 7	
15. Mir sagen: „Das kannst Du morgen noch erledigen“.	1 2 3 4 5 6 7	
16. Mich schwunglos fühlen.	1 2 3 4 5 6 7	
17. Mir einen Plan machen, wie ich die Sache am besten anpacke.	1 2 3 4 5 6 7	
18. Bei der erstbesten Gelegenheit kraftvoll starten.	1 2 3 4 5 6 7	
19. Unangenehmes erst „in letzter Minute“ erledigen.	1 2 3 4 5 6 7	
20. Nach anfänglichem Eifer nur kurze Zeit „am Ball“ bleiben.	1 2 3 4 5 6 7	

21.	Viel Kraft brauchen, um endlich anzufangen.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Einen Zeitplan entwerfen.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Mit Schwung loslegen.	1	2	3	4	5	6	7
24.	Erst loslegen, wenn jemand Druck macht.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Die Sache vor mir her schieben.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Mich zu kraftlos fühlen um, einfach loszulegen.	1	2	3	4	5	6	7
27.	Festlegen, wie ich vorgehen will.	1	2	3	4	5	6	7
28.	Sofort mit der Sache beginnen.	1	2	3	4	5	6	7
29.	Erst den Anfang kriegen, wenn die Zeit knapp wird.	1	2	3	4	5	6	7
30.	Anfangen, aber dann doch wieder was anderes machen.	1	2	3	4	5	6	7

Umgang mit Schwierigkeiten (3)

Manchmal kann man sich gut auf unangenehme oder schwierige Dinge gut konzentrieren, und ist mit der eigenen Aufmerksamkeit „voll bei der Sache“. Oft ist es aber auch so, dass man sich nicht gut konzentrieren kann, weil man zu angespannt oder aufgeregt ist, oder immer wieder mit den Gedanken abschweift. Dann kann es passieren, dass man schwierige oder unangenehme Dinge vernachlässigt...

Wie ergeht es mir, wenn ich „ganz bei der Sache“ sein will?	So ist es <u>in der letzten Zeit</u> bei mir
---	--

		Fast nie						Fast immer
1.	Bewusst nur auf das Wesentliche achten.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Erst durch eine Herausforderung zu meiner „richtigen Form“ finden.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Wie von selbst das Ziel im Auge behalten.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Unwillkürlich mit meinen Gedanken abschweifen.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Mich nach innerer Anspannung schnell wieder entspannen können.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Gezielt auf alles achten, was für die Sache wichtig ist.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Mich unter Belastung „quicklebendig“ fühlen.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Ganz automatisch nur auf solche Dinge achten, die mich meinem Ziel näher bringen.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Plötzlich mit meinen Gedanken ganz woanders sein.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Störende Nervosität schnell wieder loswerden.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Die Sache mit voller Konzentration angehen.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Besonders in schwierigen Situationen hellwach sein.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Ohne Anstrengung bei der Sache bleiben.	1	2	3	4	5	6	7
14.	Aus heiterem Himmel an völlig andere Dinge denken.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Meine Aufgeregtheit „in den Griff kriegen“ bevor sie hinderlich wird.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Wie mit einem Scheinwerfer nur das Wesentliche „beleuchten“.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Durch auftretende Schwierigkeiten erst so richtig „wach“ werden.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Wie von selbst auf alles achten, was für das Erreichen des Ziels wichtig ist.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Mich schlecht konzentrieren können.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Ganz ruhig werden, wenn Aufregung nur schadet.	1	2	3	4	5	6	7

- | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. | Mich ganz bewusst nur auf das konzentrieren, was im Moment anliegt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Angenehm „in Fahrt kommen“, wenn Hindernisse die Sache schwieriger machen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Mich ohne Mühe auch auf eine schwierige Sache konzentrieren können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Ins Träumen geraten, obwohl ich mich eigentlich auf die Sache konzentrieren will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. | Meine Nervosität ohne weiteres ablegen können. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. | Ganz bewusst meine Konzentration steigern. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. | Durch Schwierigkeiten zu meiner „Höchstform“ angestachelt werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 28. | In der Sache „aufgehen“, ohne mein eigentliches Ziel aus den Augen zu verlieren. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. | Wieder und wieder an ganz andere Sachen denken müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. | Meine Anspannung lockern können, wenn sie zu stören droht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Umgang mit Schwierigkeiten (4)

Wenn man mit einer schwierigen oder unangenehmen Sache zu tun hat, kann es passieren, dass die eigene Stimmung wechselt, oder dass man ganz einfach zu anderen Dingen viel mehr Lust verspürt. Manchmal wendet man dann Strategien an, die einem helfen, trotzdem bei der Sache zu bleiben. Bei anderen Gelegenheiten tut oder denkt man vielleicht Dinge, die es einem sogar noch schwerer machen, bei der Sache zu bleiben, so dass man schließlich schwach wird. Manchmal kann es auch gelingen ein Nachlassen der eigenen Motivation schon im Ansatz zu verhindern...

Wenn ich merke, dass ich die Lust verliere, oder nicht in Stimmung bin.	So ist es <u>in der letzten Zeit</u> bei mir
---	--

	Fast nie	Fast immer
1. Angestachelt sein von der Befürchtung, zu versagen.	1 2 3 4 5 6 7	
2. Mich in die Stimmung bringen, die ich brauche, um weiterzumachen.	1 2 3 4 5 6 7	
3. Durch Gedanken an reizvolle andere Sachen abgelenkt werden.	1 2 3 4 5 6 7	
4. Einer unangenehmen oder schwierigen Tätigkeit auch Positives abgewinnen können.	1 2 3 4 5 6 7	
5. Mir ausmalen, wie schlimm ein Misserfolg sein wird.	1 2 3 4 5 6 7	
6. Mich in eine heitere Stimmung bringen, weil ich dann besser vorankomme.	1 2 3 4 5 6 7	
7. Mich von angenehmeren Dingen ablenken lassen.	1 2 3 4 5 6 7	
8. Daran denken, was ich trotz Schwierigkeiten gut an der Sache finde.	1 2 3 4 5 6 7	
9. An die unangenehmen Folgen des „Nicht-Getan-Habens“ denken.	1 2 3 4 5 6 7	
10. Etwas tun, um eine unangenehme Stimmung loszuwerden, die mich vom Weitermachen abhält.	1 2 3 4 5 6 7	
11. Mühe haben, einer verlockenden Ablenkung zu widerstehen.	1 2 3 4 5 6 7	
12. An schöne Seiten des angestrebten Zieles denken, wenn mein Durchhaltewille nachlässt.	1 2 3 4 5 6 7	
13. Mich von einem „schlechten Gewissen“ antreiben lassen.	1 2 3 4 5 6 7	
14. Gezielt an heitere Dinge denken, um lockerer voranzukommen.	1 2 3 4 5 6 7	
15. Von einem Vorhaben abkommen, indem ich einer verlockenden Ablenkung nachgehe.	1 2 3 4 5 6 7	
16. Gezielt auf die schönen Seiten einer schwierigen Tätigkeit schauen.	1 2 3 4 5 6 7	
17. Daran denken, was passiert, wenn ich es nicht schaffe.	1 2 3 4 5 6 7	
18. Meine Stimmung selbst beeinflussen, dass mir alles leichter von der Hand geht.	1 2 3 4 5 6 7	

- | | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 19. | Mühe haben, meine allmählich auftauchenden anderen Bedürfnisse aufzuschieben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. | Wissen, wie ich wieder Lust an einer langweiligen Sache kriegen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. | Mir vorstellen, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich es nicht schaffe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. | Mich aufheitern, damit dann alles besser klappt. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. | Andere Bedürfnisse so deutlich spüren, das es mir schwer wird, bei der Sache zu bleiben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. | Genau wissen, wodurch ich meinen Spaß an der Sache verstärken kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Langfristige Ziele

Sport bedeutet in erster Linie Spaß, Entspannung und gute Laune. Darüber hinaus ist er nicht nur Selbstzweck, sondern dient dazu, Übergewicht zu reduzieren, das Herz-Kreislauf-System zu trainieren und das allgemeine Wohlbefinden zu steigern. Außerdem kann man z. B. in einer Laufgruppen neue Kontakte knüpfen.

Natürlich stellen sich derartige positive Effekte nicht über Nacht ein, sondern erst im Rahmen eines regelmäßigen Trainings. **Welche langfristigen Ziele verfolgen Sie mit Ihrem Nordic Walking-Training?**

Wir haben unten für Sie eine Liste möglicher Ziele zusammengestellt, die Sie natürlich um Ihre ganz persönlichen Ziele ergänzen können.

- Alkoholkonsum reduzieren
- Medikamenteneinnahme einschränken
- Ernährungsgewohnheiten verändern
- Gewicht reduzieren
- Schlafdefizit vermeiden
- Soziale Kontakte erweitern ; Leute kennen lernen
- Tabakkonsum reduzieren
- geistige Leistungsfähigkeit erhöhen
- körperliche Fitness erhöhen
- körperliches Wohlbefinden steigern
- psychisches Wohlbefinden steigern
- Selbstwertgefühl erhöhen
- den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern
- sich einer Laufgemeinschaft anschließen
- Vereinsmitglied werden
- sonstiges (Ihre persönliche Wahl)

Tragen Sie Ihre langfristigen Ziele, in die nachfolgenden Tabellen ein.

Benutzen Sie für jedes Ihrer langfristigen Ziele eine Tabelle.

Ziel Nr. 1:

	Punkt- wert	Beschreibung
Mein Ziel:	0	
Schlecht wäre:	-1	
Noch schlechtere wäre:	-2	
Besser wäre:	1	

Viel besser wäre:	2	

Ziel Nr. 2:

	Punkt- wert	Beschreibung
Mein Ziel:	0	
Schlecht wäre:	-1	
Noch schlechter wäre:	-2	
Besser wäre:	1	
Viel besser wäre:	2	

Ziel Nr. 3:

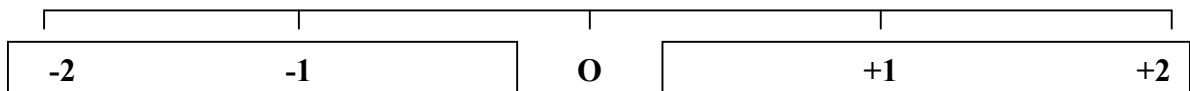
	Punkt- wert	Beschreibung
Mein Ziel:	0	
Schlecht wäre:	-1	
Noch schlechtere wäre:	-2	
Besser wäre:	1	
Viel besser wäre:	2	

Beurteilen Sie sich selbst! Ist Ihr jetziges Verhalten eher im grünen oder im roten Bereich. Kennzeichnen Sie auf der nachfolgenden Skala Ihr jetziges Verhalten durch einen Strich. Wenn Sie mehr Verhaltensweisen zeigen, die ihrem Ziel abträglich sind, werden Sie im negativen (linken) Zahlenbereich ihren Strich setzen. Wenn Sie schon jetzt mehr Verhaltensweisen zeigen, die Sie Ihrem Ziel näher bringen, werden Sie Ihren Strich im positiven Zahlenbereich (rechts) setzen.

zielabweichendes Verhalten

Zielwahl

zielunterstützendes



Umgang mit Ereignissen

Bitte kreuzen sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten an, die eher für Sie zutrifft.

1. Wenn ich weiß, dass etwas bald erledigt werden muss, dann

- muss ich mir oft einen Ruck geben um den Anfang zu kriegen
- fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen

2. Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann

- kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll
- habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung

3. Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann

- kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor
- überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann

4. Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann

- lege ich meist sofort los
- gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache

5. Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann

- überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann
- entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen

6. Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann

- fällt es mir oft schwer mich an die Arbeit zu machen
- fange ich meist ohne weiteres an

7. Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann

- überlege ich oft, wo ich anfangen soll
- fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen

8. Wenn ich zu zwei Dingen große Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann

- beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere
- fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen

9. Wenn ich etwas Wichtiges, aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann

- lege ich meist sofort los
- kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu aufraffe

10. Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann

- denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll
- habe ich keine Probleme loszulegen

11. Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann

- habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen
- bin ich manchmal wie gelähmt

12. Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann

- bringe ich die Sache ohne Schwierigkeiten hinter mich

fällt es mir schwer, damit anzufangen

Schmerz und Fitness

1. Wo haben Sie Ihre Schmerzen? Kreuzen Sie bitte in der Tabelle an, welche Antworten für Sie zutreffen. Beachten Sie die Seitenangabe L (=links) und R (=rechts)

Wo haben Sie Ihre Schmerzen?	L	R
Im Kopf		
Im Gesicht		
Im Nacken		
Im Hals		
In der Schulter		
Im Ellenbogen		
Im Unterarm		
In der Hand		
In den Fingern (1,2,3,4,5)		
In der Brust		
Im Oberbauch		
Im Unterbauch		
In der Seite		
Im Rücken		
Im Kreuz		
Im Steißbein		
In der Hüfte		
In der Leiste		
Im Oberschenkel		
Im Knie		
Im Unterschenkel		
Im Fuß		
In den Zehen (1,2,3,4,5)		
In allen Gelenken		
In den Muskeln		

2. Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie Ihre Schmerzen zwischen den Polen einordnen würden.

Keine (0) _____ (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) maximal

3.

Wann begannen die Schmerzen? Falls Sie sich nicht genau an Daten erinnern können, schätzen Sie den Zeitpunkt bestmöglich.

1 ... vor 1 Woche	<input type="checkbox"/>
2 ... vor mehr als 1 Woche	<input type="checkbox"/>
3 ... vor 1 Monat	<input type="checkbox"/>
4 ... vor mehr als 1 Monat	<input type="checkbox"/>
5 ... vor ½ Jahr	<input type="checkbox"/>
6 ... vor ½ bis 1 Jahr	<input type="checkbox"/>
7 ... vor 1- 2 Jahren	<input type="checkbox"/>

8 ... vor 2-5 Jahren	<input type="checkbox"/>
9 ... vor 5-10 Jahren	<input type="checkbox"/>
10 ... vor mehr als 10 Jahren	<input type="checkbox"/>

4.

Auf welche Ursache führen Sie Ihre Schmerzen zurück?
(Mehrfachnennungen sind möglich)

1 ... auf Krankheit	<input type="checkbox"/>
2 ... auf Operation	<input type="checkbox"/>
3 ... auf Unfall	<input type="checkbox"/>
4 ... auf körperliche Belastung	<input type="checkbox"/>
5 ... auf seelische Belastung	<input type="checkbox"/>
6 ... auf Vererbung	<input type="checkbox"/>
7 ... auf eine andere Ursache und zwar:	<input type="checkbox"/>

8 Für mich ist keine Ursache erkennbar	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

5.

Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben.

Sind Sie durch Ihre derzeitigen Schmerzen bei den folgenden Tätigkeiten eingeschränkt?

Wenn ja, wie stark?

(Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur eine Zahl an)

	TÄTIGKEITEN	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
a)	anstrengende Tätigkeiten, z.B. schnell laufen, schwere Gegenstände heben, anstrengenden Sport treiben	1	2	3
b)	mittelschwere Tätigkeiten, z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf, spielen	1	2	3
c)	Einkaufstaschen heben oder tragen	1	2	3
d)	mehrere Treppenabsätze steigen	1	2	3
e)	einen Treppenabsatz steigen	1	2	3
f)	sich beugen, knien, bücken	1	2	3
g)	mehr als 1 Kilometer zu Fuß gehen	1	2	3
h)	mehrere Straßenkreuzungen weit zu Fuß gehen	1	2	3
i)	eine Straßenkreuzung weit zu Fuß gehen	1	2	3
j)	sich baden oder anziehen	1	2	3

6. Haben Sie bereits Medikamente gegen die Schmerzen eingenommen?
 NEIN
 JA und zwar

Name	Dosis	Seit wann oder wie lange?

- 7 a) Wie häufig haben Sie in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Ihre/n behandelnde/n Arzt/Ärzte aufgesucht? Noch nie ca. Termine

- b) Wie häufig wurden bei Ihnen in den letzten **6 Monaten wegen Ihrer Schmerzen** Behandlungen (z.B. Krankengymnastik, Massagen, Akupunktur etc.) durchgeführt? Noch nie ca. Termine

- c) Wie viele **Ärzte** haben Sie schätzungsweise **wegen Ihrer Schmerzen** insgesamt aufgesucht? keine ca.

8. **Herzerkrankungen** (z.B.: Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzschwäche, Rhythmusstörungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

9. **Kreislaufkrankungen** (z.B.: Hochdruck, Unterdruck, Schlaganfall, Arterienverkalkung, Aneurysma) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

10. **Stoffwechselerkrankungen** (z.B.: Diabetes (Zucker), Gicht, Erhöhung der Blutfettwerte, Schilddrüsen- und andere Hormondrüsen-Erkrankungen) ja nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

11. **Lungenerkrankungen** (z.B.: chronischer Husten, Asthma, Bronchitis,

Emphysem, Tuberkulose, Lungenentzündung)

ja

nein

Welche Erkrankung, in welchem Jahr, bzw. seit wann: _____

Gesundheitssport

1.

Der Blutdruck ist für die Gesundheit umso günstiger...

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1 ... je höher er ist | <input type="checkbox"/> |
| 2 ... je niedriger er ist | <input type="checkbox"/> |
| 3 ... weder höher noch niedriger ist | <input type="checkbox"/> |
| 4 ... weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

2.

Wenn man keine Beschwerden hat, dann ist der Blutdruck ...

- | | |
|--------------------------------|--------------------------|
| 1 ...mittel | <input type="checkbox"/> |
| 2 ...hoch | <input type="checkbox"/> |
| 3 ...niedrig | <input type="checkbox"/> |
| 4 ...keine Antwort ist richtig | <input type="checkbox"/> |
| 5 ...weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

3.

Mit einem ungünstigen Blutdruck ist man stärker anfällig für ..

- | | |
|----------------------------------|--------------------------|
| 1 ...Erkältung | <input type="checkbox"/> |
| 2 ...Allergien | <input type="checkbox"/> |
| 3 ...Herz-Kreislauf-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| 4 ...Krebs | <input type="checkbox"/> |
| 5 ...keine Antwort ist richtig | <input type="checkbox"/> |
| 6 ...weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

4.

Den Blutdruck kann man positiv beeinflussen durch ...

- | | |
|---|--------------------------|
| 1 ...1 mal die Woche Sport treiben | <input type="checkbox"/> |
| 2 ...mehr als 1 mal die Woche Sport treiben | <input type="checkbox"/> |
| 3 ...Entspannung | <input type="checkbox"/> |
| 4 ...Schlaf | <input type="checkbox"/> |
| 5 ...keine Antwort ist richtig | <input type="checkbox"/> |
| 6 ...weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

5.

Der Ruhepuls ist für die Gesundheit umso günstiger...

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| 1 ... je höher er ist | <input type="checkbox"/> |
| 2 ... je niedriger er ist | <input type="checkbox"/> |
| 3 ... weder höher noch niedriger ist | <input type="checkbox"/> |
| 4 ... weiß nicht | <input type="checkbox"/> |

6.

Wenn der Ruhepuls hoch ist, dann ist man ...

- | | |
|-------------------|--------------------------|
| 1 ...untrainiert | <input type="checkbox"/> |
| 2 ...entspannt | <input type="checkbox"/> |
| 3 ...unter Stress | <input type="checkbox"/> |

4 ...keine Antwort ist richtig	<input type="checkbox"/>
5 ...weiß nicht	<input type="checkbox"/>

7.

Den Ruhepuls kann man positiv beeinflussen durch ...

1 ...1 mal die Woche Sport treiben	<input type="checkbox"/>
2 ...mehr als 1 mal die Woche Sport treiben	<input type="checkbox"/>
3 ...Entspannung	<input type="checkbox"/>
4 ...Schlaf	<input type="checkbox"/>
5 ...keine Antwort ist richtig	<input type="checkbox"/>
6 ...weiß nicht	<input type="checkbox"/>

8.

Der Trainingspuls ist optimal ...

1 ...über 100 mmg/Hg	<input type="checkbox"/>
2 ... $(220 - \text{Alter}) \times 75 \%$	<input type="checkbox"/>
3 ...75% vom Maximalpuls	<input type="checkbox"/>
4 ...genau 150 mmg/Hg	<input type="checkbox"/>
5 ...keine Antwort ist richtig	<input type="checkbox"/>
6 ...weiß nicht	<input type="checkbox"/>

9.

Für ein optimales Gesundheitstraining ...

	völlig zutreffend	zutreffend	weder zutreffend noch un- zutreffend	un- zutreffend	völlig un- zutreffend
1 ...sollte man regelmäßig den Blutdruck messen lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ...sollte man den Blutdruck regelmäßig selber messen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ...sollte man jeden Morgen den Ruhepuls messen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ...sollte man bei jedem Training den Puls kontrollieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 ...sollte man einen genauen Zeitplan haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ...sollte man schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ...sollte man einen roten Kopf bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ...sollte man an die Leistungsgrenze kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ...sollte man nach dem Training einen Muskelkater haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ...sollte man ganz entspannt sein können	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 ...sollte man nicht über 150 Schläge Trainingspuls kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ...sollte man beschwerdefrei bleiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ...sollte man mehr als 2 mal wöchentlich trainieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ...täglich eine Stunde trainieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 ...sollte man seinen persönlichen optimalen Trainingspuls ermitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ...sollte man ein Trainingstagebuch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

führen

10. Ergebnisse des Walkingtests

(Teststrecke: 2000 m)

Walkingzeit:

Ausgangspuls (Puls direkt vor
Testbeginn): _____

Belastungspuls (Puls direkt nach
Testende): _____

Bonussystem

1. Befürworten Sie die Einführung von Bonussystemen im Gesundheitswesen?

ja nein

2. Sind Sie Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms?

ja nein

3. Welche Art der Prämien bevorzugen Sie?

- Sachprämie
- Wellnesswochenende
- Beitragssatzermäßigung/Zuzahlungsbefreiung
- Sonstiges: _____

4. Wir möchten mehr darüber erfahren, wie zufrieden Sie mit dem TK- Bonusprogramm sind.

Zur Beantwortung der nachfolgenden 10 Fragen steht Ihnen eine sechsfach abgestufte Skala (Schulnotensystem) zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

		Sehr					Wenig
		1	2	3	4	5	6
1	Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie gut finden Sie, dass die TK ein Bonussystem eingeführt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Inwieweit unterstützt der TK- Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	Wie sehr entspricht das TK-Bonusprogramm Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wie sehr belohnen Bonuspunkte Ihr Gesundheitsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bitte kreuzen Sie die folgenden Aussagen an, wenn Sie voll und ganz oder teilweise zustimmen! (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Das Bonusprogramm hat mich zur Teilnahme am Kurs motiviert.
- Die Punktezahl war ausschlaggebend für meine Teilnahme am Kurs.
- Bei geringerer Punktezahl hätte ich mich für einen anderen Kurs interessiert.
- Die Punktezahl ist entscheidend für meine Kursteilnahme.
- Das Bonusprogramm nimmt keinerlei Einfluss auf die Teilnahme am TK-

Kursangebot.

- Vom TK-Bonusprogramm lasse ich mich nicht beeinflussen.
- Das TK-Bonusprogramm macht neugierig auf Gesundheitsangebote der TK.
- Mich interessiert das TK-Bonusprogramm nicht.
- Das TK-Bonusprogramm ist vollkommen überflüssig.
- Die Bonuspunkte sind eine wichtige Motivation beim Training.
- Die Bonuspunkte sind eine wichtige Motivation beim Coaching. (sofern Sie am Coaching teilgenommen haben)
- Das TK-Bonusprogramm ist reine Geldverschwendung.
- Ohne die TK-Bonuspunkte hätte ich das Training aufgegeben.
- Das Bonusprogramm schafft Vertrauen in die Techniker Krankenkasse.
- Das TK-Bonusprogramm hat mich maßgeblich beeinflusst, mich für den Kurs

anzumelden.

- Das TK-Bonusprogramm ist ein willkommener Zeitvertreib.
- Meine Meinung über das Bonusprogramm ist :

6. Wie oder durch wen haben Sie vom TK- Bonusprogramm erfahren?

- Per Post
- Per Anruf durch die TK
- Durch Freunde, Familienangehörige, Bekannte
- Durch die TK- Mitgliederzeitschrift
- Anderes, nämlich: _____

7. Warum haben Sie sich für die Teilnahme am TK- Bonusprogramm entschieden?

(Mehrfachauswahl möglich)

- mein gesundheitsbewusstes Verhalten wird jetzt belohnt
- das Programm ist eine Motivation mehr für meine Gesundheit zu tun
- attraktive Prämien
- Lust auf Ausprobieren/Neugierde
- Anderes, nämlich: _____

Messzeitpunkt 2 - im Anschluss an den Kurs T₁

Ihre Meinung zum TK-Präventionskurs

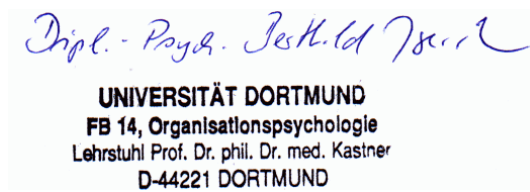
Sehr geehrte Kursteilnehmerin, sehr geehrter Kursteilnehmer,

Sie haben nun Ihren TK-Präventionskurs fast abgeschlossen. Wir hoffen, dass er Ihnen gefallen hat und Sie viele der vermittelten Kursinhalte für sich nutzen können. Damit wir das Angebot an Präventionskursen für Sie weiter verbessern können, bitten wir Sie, sich wenige Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen.

Im zweiten Teil des Fragebogens werden Ihnen Fragen zur Selbsteinschätzung, zum Schmerz und zum Gesundheitssport gestellt. Diese Antworten benötigen wir, um im Rahmen einer Studie Aussagen über die Effekte des Kurses machen zu können

In jedem Fall behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und völlig anonym. Bitte geben Sie deshalb keinen Namen oder Absender an. Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.



Kursnummer (von der Kursleitung auszufüllen):

_____	_____	_____	_____	_____
(Tln. Beg.)	(Tln. End.)	(Typ)	(Gst.)	(Gstprä v.) (Ifd. Nr.)

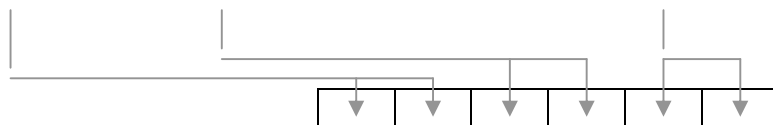
Bitte codieren Sie den Fragebogen. Geben Sie hierzu bitte die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters, dann die des Vornamens Ihrer Mutter und dann Ihren Geburtsmonat (Ziffern) an:

Code ⇒

--	--	--	--	--	--	--	--

 ⇐ Code

Beispiel Vater: **Otto**; Mutter: **Helga**; Ihr Geburtsmonat: **12**



A Allgemeine Fragen zum Kurs

1. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit dem nun fast abgeschlossenen Präventionskurs bei der TK?

- vollkommen zufrieden
 sehr zufrieden
 zufrieden
 weniger zufrieden
 unzufrieden

2. Wann begann der Kurs? Bitte die Monate in Zahlen eintragen. Z.B. 03 2001

Monat: _____ Jahr:

3. Bitte kreuzen Sie an, in welchem Maß Sie den nachfolgenden Aussagen zustimmen.

	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
1 Ich habe wichtige Informationen erhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Ich hätte mehr schriftliche Informationen gebraucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ich habe Hilfen für eine Verhaltensänderung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Ich habe mehr praktische Fähigkeiten erlangt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Ich kann die neuerworbenen Fähigkeiten gut im Alltag einsetzen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Die Kursleitung ist gut auf meine individuellen Fragen eingegangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Die Kursleitung hat sich verständlich ausgedrückt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Das Kurskonzept ist motivierend und interessant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Die Räumlichkeiten und der übrige Rahmen sind ansprechend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Aussagen zu Bewegungskursen [Herz-Kreislauf-Training]: Bitte ebenfalls Ihr Maß

	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
4.a) Ich spüre eine Verbesserung meiner körperlichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.b) Ich werde nach Abschluss des Kurses weiter aktiv bleiben [in einer Sportgruppe oder alleine]	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

an Zustimmung ankreuzen.

5. Würden Sie die TK Gesundheitskurse weiterempfehlen?

- bestimmt wahrscheinlich ja eventuell wahrscheinlich nicht
 bestimmt nicht

6. Gibt es noch etwas, das Sie uns mitteilen möchten?

B Beruf:

- Selbständige/r Angestellte/r Student/in Schüler/in, in
Ausbildung
- Rentner/in Arbeitslos Sonstige

C Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

- TK Barmer AOK
- BKK DAK Andere:

D Wodurch sind Sie auf den Kurs aufmerksam geworden?

- Plakate Brief von Ihrer Geschäftsstelle
- Ich habe mich selbst bei der TK informiert Zeitungsartikel
- Bekannte / Verwandte Internet
- Radio- oder Fernsehsendung TK-Gesundheitsprogramm (Broschüre)
- Arzt Informationen aus "TK aktuell"
- Sonstiges: _____

E Sportverhalten:

Wie hoch schätzen sie ihre derzeitige Fitness ein?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Wie häufig treiben sie derzeit in der Woche Sport?

- Gar nicht
- Einmal pro Woche
- Bis zu dreimal pro Woche
- Mehr als dreimal pro Woche

Wie lange dauert durchschnittlich eine Trainingseinheit?

- Bis zu einer halben Stunde
- Bis zu einer Stunde
- Mehr als eine Stunde

Laufen Sie in der Woche so, wie sie sich es vorher vorgenommen haben?

- Ja
- Nein, ich laufe oft *weniger*, als ich es mir vorgenommen habe
- Nein, ich laufe oft *mehr*, als ich es mir vorgenommen habe

Sind sie in den letzten Wochen einem Sportverein / Fitnesscenter beigetreten?

- Ja
- Nein

Haben sie sich in den letzten Wochen einer Laufgruppe angeschlossen?

- Ja
- Nein

Laufen sie regelmäßig alleine?

- Ja
- Nein

F Gesundheitsverhalten/ -status:

Rauchen Sie?

- Nein
- Gelegentlich
- Täglich

Wie viele Zigaretten rauchen sie jetzt durchschnittlich pro Tag?

_____ Zigaretten pro Tag

Hat sich ihr Rauchverhalten in den letzten Wochen verändert?

- Nein
- Ja, ich rauche mehr und zwar _____ Zigaretten mehr pro Tag
- Ja, ich rauche weniger und zwar _____ Zigaretten weniger pro Tag

Kennen Sie Ihren Ruhepuls?

- Nein
- JA und zwar _____

Kennen Sie Ihren Cholesterinwert?

- Nein
 - _____ JA _____ und _____ zwar
-

Kennen Sie Ihren Blutdruck?

- Nein
- JA und zwar _____

Kennen Sie Ihr Gewicht?

- Nein
- JA und zwar _____

Kennen Sie Ihren BMI (Body Mass Index)?

- Nein
- JA und zwar _____

Haben sie einen Trainingsplan?

- Nein
- JA

Trainieren sie nach diesem Trainingsplan?

Nein

JA

Haben sie im Kurs Wissen über die richtige (Nordic) Walking Technik erworben?

Nein

JA

Glauben sie, die (Nordic) Walking Technik richtig anzuwenden?

Nein

JA

G Selbsteinschätzung:

Im Folgenden finden sie 32 Fragen die persönliche Einstellungen und Eigenschaften betreffen. Bitte lesen sie diese sorgfältig durch und beantworten Sie sie mit Hilfe der Antwortskala von 1 (gar nicht) bis 7 (sehr)

Bitte entscheiden Sie auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = gar nicht bis 7 = sehr), **wie sehr** die folgenden Fragen auf sie zutreffen.

	Gar nicht	Sehr
1. Zweifelnd Sie an sich selbst?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
2. Haben Sie das Gefühl, dass es keinen Bereich in ihrem Leben gibt, in dem Sie „gut“ sind?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
3. Haben Sie eine positive Einstellung zu sich selbst?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
4. Empfinden Sie Angst oder Beklemmung, wenn Sie alleine einen Raum betreten, in dem schon andere Leute sind, die sich unterhalten?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
5. Haben Sie im Kontakt mit anderen Schwierigkeiten, den passenden Gesprächsstoff zu finden?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
6. Wie sehr machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere Leute Sie als Versager ansehen?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
7. Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es Sie, wenn Sie sich vorstellen, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Ihnen haben?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
8. Sind Sie mit ihren Leistungen im Beruf zufrieden?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
9. Zweifelnd Sie an ihren fachlichen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
10. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten ihrer Bekannten attraktiver sind als Sie selbst?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
11. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie für gut aussehend gehalten werden?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
12. Wenn es bei sportlichen Aktivitäten auf Koordination ankommt – machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie schlecht abschneiden könnten?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
13. Sind Sie der Meinung, dass Sie gut tanzen können oder begabt sind für Freizeitaktivitäten, bei denen es auf Koordination ankommt?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
14. Wie nervös werden Sie, wenn Ihnen andere beim Sport zuschauen?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	
15. Sind Sie Zufrieden mit ihren sportlichen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> 1 — <input type="checkbox"/> 2 — <input type="checkbox"/> 3 — <input type="checkbox"/> 4 — <input type="checkbox"/> 5 — <input type="checkbox"/> 6 — <input type="checkbox"/> 7	

Bitte entscheiden Sie nun auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = „nie“ bis 7 = „immer“) **wie häufig** die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.

	Nie	Immer
16. Wie häufig glauben Sie, dass Sie ein nutzloser Mensch sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
17. Wie häufig sind Sie so unzufrieden mit sich, dass Sie sich fragen, ob Sie ein wertvoller Mensch sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
18. Wie häufig können Sie sich selbst nicht leiden?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
19. Wie häufig sind Sie mit sich zufrieden?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
20. Wie häufig fühlen Sie sich gehemmt?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
21. Fühlen Sie sich häufig unwohl in ihrer Haut, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
22. Wie häufig macht ihnen Schüchternheit zu schaffen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
23. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, dass jemand ihre Arbeit kritisieren könnte?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
24. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit ihnen zusammen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
25. Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von ihnen denken?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
26. Wie häufig haben Sie das Gefühl wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem Sie eine Arbeit abgeschlossen haben?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
27. Wie häufig sind Sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in ihrer Arbeit erbracht haben?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
28. Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
29. Wie häufig schämen Sie sich wegen ihres Aussehens oder ihrer Figur?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
30. Wie häufig wünschen Sie sich besser auszusehen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
31. Wie häufig fühlen Sie sich attraktiv?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
32. Wie häufig haben Sie schon das Gefühl gehabt, dass andere ihnen sportlich überlegen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	

H Schmerz und Fitness:

Haben Sie Schmerzen? Kreuzen Sie bitte in der Tabelle an, welche Antworten für Sie zutreffen. Beachten Sie die Seitenangabe L (=links) und R (=rechts)

Wo haben Sie Schmerzen?	L	R
Im Kopf		
Im Gesicht		
Im Nacken		
Im Hals		
In der Schulter		
Im Ellenbogen		
Im Unterarm		
In der Hand		
In den Fingern (1,2,3,4,5)		
In der Brust		
Im Oberbauch		
Im Unterbauch		
In der Seite		
Im Rücken		
Im Kreuz		
Im Steißbein		
In der Hüfte		
In der Leiste		
Im Oberschenkel		
Im Knie		
Im Unterschenkel		
Im Fuß		
In den Zehen (1,2,3,4,5)		
In allen Gelenken		
In den Muskeln		

Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie Ihre Schmerzen zwischen den Polen einordnen würden.

Keine (0)_____ (1)_____ (2)_____ (3)_____ (4)maximal

Nehmen sie gegenwärtig Medikamente gegen die Schmerzen ein?

- Nein
 JA und zwar

Name	Dosis	Seit wann oder wie lange?

I sonstiges:

Halten Sie es für sinnvoll, die Teilnahme an diesem Kurs mit Bonuspunkten zu belohnen, die gesammelt und später gegen Sachwerte eingetauscht werden können?

- Ja
- Nein

Konnten Sie Ihre langfristigen Ziele (Abzunehmen, körperliche Fitness erhöhen, Wohlbefinden steigern etc.) erreichen?

- Ja, ich habe meine Erwartungen stark übertroffen
- Ja, ich habe meine Erwartungen leicht übertroffen
- Ja
- Nur teilweise
- Nein, ich habe keine Verbesserung erzielt

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Gesundheitssport ein?

	Stimmt sehr	Stimmt ziemlich	Stimmt mittelmäßig	Stimmt wenig	Stimmt nicht
Ich weiß, wie ich optimal trainiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meinen Trainingsplan selbst erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie viele Trainingseinheiten pro Woche für mich gesund sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist die ideale Dauer einer Trainingseinheit bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere regelmäßig meinen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meinen optimalen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meine Leistungsgrenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J Ergebnisse des Walkingtests

(Teststrecke: 2000 m)

Walkingzeit: _____

Ausgangspuls (Puls direkt vor Testbeginn): _____

Belastungspuls (Puls direkt nach Testende): _____

(Zeige- und Mittelfinger an die Innenseite des Handgelenks – unterhalb des Daumens – legen und 10 Sekunden lang die Herzschläge zählen. Das Ergebnis mit sechs multiplizieren.)

Nochmals vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung

Ihre

Universität Dortmund, FB 14- LS Kastner, 44221 Dortmund

Messzeitpunkt 3 - im Anschluss an das Coaching T₂

Nachbefragung zum Nordic-Walking Präventionskurs der Techniker Krankenkasse

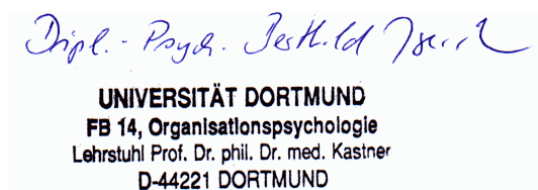
Sehr geehrte Kursteilnehmerin, sehr geehrter Kursteilnehmer,

vor einem halben Jahr haben Sie an einem Präventionskurs (Nordic-Walking) der Techniker Krankenkasse teilgenommen.

Im Fragebogen werden Ihnen Fragen zur Selbsteinschätzung, zum Schmerz und zum Gesundheitssport gestellt. Diese Antworten benötigen wir, um im Rahmen einer Studie Aussagen über die langfristigen Effekte des Kurses machen zu können

In jedem Fall behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und völlig anonym. Bitte geben Sie deshalb keinen Namen oder Absender an. Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.



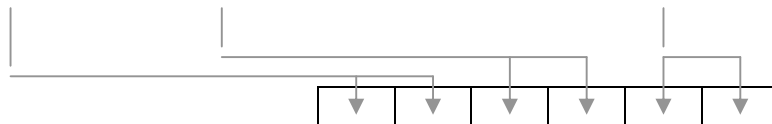
Bitte codieren Sie den Fragebogen. Geben Sie hierzu bitte die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters, dann die des Vornamens Ihrer Mutter und dann Ihren Geburtsmonat (Ziffern) an:

Code ⇒

--	--	--	--	--	--	--	--

 ⇐ Code

Beispiel Vater: **Otto**; Mutter: **Helga**; Ihr Geburtsmonat: **12**



E Sportverhalten:

Wie hoch schätzen sie ihre derzeitige Fitness ein?

- Sehr gut
- Gut
- Mittelmäßig
- Schlecht

Wie häufig treiben sie derzeit in der Woche Sport?

- Gar nicht
- Einmal pro Woche
- Bis zu dreimal pro Woche
- Mehr als dreimal pro Woche

Wie lange dauert durchschnittlich eine Trainingseinheit?

- Bis zu einer halben Stunde
- Bis zu einer Stunde
- Mehr als eine Stunde

Laufen Sie in der Woche so, wie sie sich es vorher vorgenommen haben?

- Ja
- Nein, ich laufe oft *weniger*, als ich es mir vorgenommen habe
- Nein, ich laufe oft *mehr*, als ich es mir vorgenommen habe

Sind sie in den letzten Wochen einem Sportverein / Fitnesscenter beigetreten?

- Ja
- Nein

Haben sie sich in den letzten Wochen einer Laufgruppe angeschlossen?

- Ja
- Nein

Laufen sie regelmäßig alleine?

- Ja
- Nein

F Gesundheitsverhalten/ -status:

Rauchen Sie?

- Nein
- Gelegentlich
- Täglich

Wie viele Zigaretten rauchen sie jetzt durchschnittlich pro Tag?

_____ Zigaretten pro Tag

Hat sich ihr Rauchverhalten in den letzten Wochen verändert?

- Nein
- Ja, ich rauche mehr und zwar _____ Zigaretten mehr pro Tag
- Ja, ich rauche weniger und zwar _____ Zigaretten weniger pro Tag

Kennen Sie Ihren Ruhepuls?

- Nein
- JA und zwar _____

Kennen Sie Ihren Cholesterinwert?

Nein

JA

und

zwar

Kennen Sie Ihren Blutdruck?

Nein

JA und zwar _____

Kennen Sie Ihr Gewicht?

Nein

JA und zwar _____

Kennen Sie Ihren BMI (Body Mass Index)?

Nein

JA und zwar _____

Haben sie einen Trainingsplan?

Nein

JA

Trainieren sie nach diesem Trainingsplan?

Nein

JA

Haben sie im Kurs Wissen über die richtige (Nordic) Walking Technik erworben?

Nein

JA

Glauben sie, die (Nordic) Walking Technik richtig anzuwenden?

Nein

JA

G Selbsteinschätzung:

Im Folgenden finden sie 32 Fragen die persönliche Einstellungen und Eigenschaften betreffen. Bitte lesen sie diese sorgfältig durch und beantworten Sie sie mit Hilfe der Antwortskala von 1 (gar nicht) bis 7 (sehr)

Bitte entscheiden Sie auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = gar nicht bis 7 = sehr), **wie sehr** die folgenden Fragen auf sie zutreffen.

	Gar nicht	Sehr
1. ZweifelN Sie an sich selbst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
2. Haben Sie das Gefühl, dass es keinen Bereich in ihrem Leben gibt, in dem Sie „gut“ sind?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
3. Haben Sie eine positive Einstellung zu sich selbst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
4. Empfinden Sie Angst oder Beklemmung, wenn Sie alleine einen Raum betreten, in dem schon andere Leute sind, die sich unterhalten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
5. Haben Sie im Kontakt mit anderen Schwierigkeiten, den passenden Gesprächsstoff zu finden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
6. Wie sehr machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere Leute Sie als Versager ansehen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
7. Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es Sie, wenn Sie sich vorstellen, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Ihnen haben?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
8. Sind Sie mit ihren Leistungen im Beruf zufrieden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
9. ZweifelN Sie an ihren fachlichen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
10. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten ihrer Bekannten attraktiver sind als Sie selbst?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
11. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie für gut aussehend gehalten werden?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
12. Wenn es bei sportlichen Aktivitäten auf Koordination ankommt – machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie schlecht abschneiden könnten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
13. Sind Sie der Meinung, dass Sie gut tanzen können oder begabt sind für Freizeitaktivitäten, bei denen es auf Koordination ankommt?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
14. Wie nervös werden Sie, wenn Ihnen andere beim Sport zuschauen?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7
15. Sind Sie Zufrieden mit ihren sportlichen Fähigkeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 7

Bitte entscheiden Sie nun auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = „nie“ bis 7 = „immer“) **wie häufig** die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.

	Nie	Immer
16. Wie häufig glauben Sie, dass Sie ein nutzloser Mensch sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
17. Wie häufig sind Sie so unzufrieden mit sich, dass Sie sich fragen, ob Sie ein wertvoller Mensch sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
18. Wie häufig können Sie sich selbst nicht leiden?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
19. Wie häufig sind Sie mit sich zufrieden?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
20. Wie häufig fühlen Sie sich gehemmt?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
21. Fühlen Sie sich häufig unwohl in ihrer Haut, wenn Sie neue Leute kennen lernen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
22. Wie häufig macht ihnen Schüchternheit zu schaffen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
23. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, dass jemand ihre Arbeit kritisieren könnte?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
24. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit ihnen zusammen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
25. Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von ihnen denken?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
26. Wie häufig haben Sie das Gefühl wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem Sie eine Arbeit abgeschlossen haben?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
27. Wie häufig sind Sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in ihrer Arbeit erbracht haben?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
28. Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
29. Wie häufig schämen Sie sich wegen ihres Aussehens oder ihrer Figur?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
30. Wie häufig wünschen Sie sich besser auszusehen?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
31. Wie häufig fühlen Sie sich attraktiv?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	
32. Wie häufig haben Sie schon das Gefühl gehabt, dass andere ihnen sportlich überlegen sind?	1 — 2 — 3 — 4 — 5 — 6 — 7	

H Schmerz und Fitness:

Haben Sie Schmerzen? Kreuzen Sie bitte in der Tabelle an, welche Antworten für Sie zutreffen. Beachten Sie die Seitenangabe L (=links) und R (=rechts)

Wo haben Sie Schmerzen?	L	R
Im Kopf		
Im Gesicht		
Im Nacken		
Im Hals		
In der Schulter		
Im Ellenbogen		
Im Unterarm		
In der Hand		
In den Fingern (1,2,3,4,5)		
In der Brust		
Im Oberbauch		
Im Unterbauch		
In der Seite		
Im Rücken		
Im Kreuz		
Im Steißbein		
In der Hüfte		
In der Leiste		
Im Oberschenkel		
Im Knie		
Im Unterschenkel		
Im Fuß		
In den Zehen (1,2,3,4,5)		
In allen Gelenken		
In den Muskeln		

Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie Ihre Schmerzen zwischen den Polen einordnen würden.

Keine (0) _____ (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) maximal

Nehmen sie gegenwärtig Medikamente gegen die Schmerzen ein?

- Nein
 JA und zwar

Name	Dosis	Seit wann oder wie lange?

I sonstiges:

Konnten Sie Ihre langfristigen Ziele (Abzunehmen, körperliche Fitness erhöhen, Wohlbefinden steigern etc.) erreichen?

- Ja, ich habe meine Erwartungen stark übertroffen
- Ja, ich habe meine Erwartungen leicht übertroffen
- Ja
- Nur teilweise
- Nein, ich habe keine Verbesserung erzielt

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Gesundheitssport ein?

	Stimmt sehr	Stimmt ziemlich	Stimmt mittelmäßi g	Stimmt wenig	Stimmt nicht
Ich weiß, wie ich optimal trainiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meinen Trainingsplan selbst erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie viele Trainingseinheiten pro Woche für mich gesund sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist die ideale Dauer einer Trainingseinheit bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere regelmäßig meinen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meinen optimalen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meine Leistungsgrenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J Bonussystem

6. Befürworten Sie die Einführung von Bonussystemen im Gesundheitswesen?

- ja nein

7. Sind Sie Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms?

- ja nein

8. Welche Art der Prämien bevorzugen Sie?

- Sachprämie
- Wellnesswochenende
- Beitragssatzermäßigung/Zuzahlungsbefreiung
- Sonstiges: _____

9. Wir möchten mehr darüber erfahren, wie zufrieden Sie mit dem TK-Bonusprogramm sind.

Zur Beantwortung der nachfolgenden 10 Fragen steht Ihnen eine sechsfach abgestufte Skala (Schulnotensystem) zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

		Sehr					Wenig
		1	2	3	4	5	6
1	Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Wie gut finden Sie, dass die TK ein Bonussystem eingeführt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Wie sehr entspricht das TK-Bonusprogramm Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Wie sehr belohnen Bonuspunkte Ihr Gesundheitsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K Ergebnisse des Walkingtests

(Teststrecke: 2000 m)

Walkingzeit:

Ausgangspuls (Puls direkt vor Testbeginn): _____

Belastungspuls (Puls direkt nach Testende): _____

(Zeige- und Mittelfinger an die Innenseite des Handgelenks – unterhalb des Daumens – legen und 10 Sekunden lang die Herzschläge zählen. Das Ergebnis mit sechs multiplizieren.)

Nochmals vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung

Ihre

Universität Dortmund, FB 14- LS Kastner, 44221 Dortmund

Messzeitpunkt 4 - Nacherhebung T₃

Nachbefragung zum Nordic-Walking Präventionskurs der Techniker Krankenkasse

Sehr geehrte Kursteilnehmerin, sehr geehrter Kursteilnehmer,

vor etwa drei Viertel bis einem Jahr haben Sie an einem Präventionskurs (Nordic-Walking) der Techniker Krankenkasse teilgenommen. Wie Sie bereits wissen wird der Kurs evaluiert und Sie haben in diesem Zusammenhang bereits Fragebogen ausgefüllt.

In diesem abschließenden Fragebogen werden Ihnen Fragen zur Selbsteinschätzung, zum Schmerz und zum Gesundheitssport gestellt. Bitte antworten Sie die Fragen entsprechend Ihrer momentanen Situation. Diese Antworten benötigen wir, um im Rahmen einer Studie Aussagen über die langfristigen Effekte des Kurses machen zu können.

In jedem Fall behandeln wir Ihre Angaben vertraulich und völlig anonym. Bitte geben Sie deshalb keinen Namen oder Absender an. Ihre Teilnahme an der Befragung ist selbstverständlich freiwillig.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Dipl.-Psych. Ingrid Jochims

UNIVERSITÄT DORTMUND
FB 14, Organisationspsychologie
Lehrstuhl Prof. Dr. phil. Dr. med. Kastner
D-44221 DORTMUND

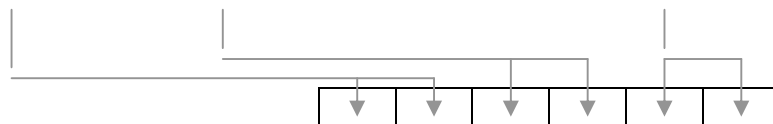
Bitte codieren Sie den Fragebogen. Geben Sie hierzu bitte die ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihres Vaters, dann die des Vornamens Ihrer Mutter und dann Ihren Geburtsmonat (Ziffern) an:

Code ⇒

--	--	--	--	--	--	--

 ⇐ Code

Beispiel Vater: **Otto**; Mutter: **Helga**; Ihr Geburtsmonat: **12**



Haben Sie am Internet- Coaching teilgenommen?

- ja
- nein

E Sportverhalten:

Wie hoch schätzen Sie ihre derzeitige Fitness ein?

- sehr gut
- gut
- mittelmäßig
- schlecht

Wie häufig treiben Sie derzeit in der Woche Sport?

- gar nicht
- einmal pro Woche
- bis zu dreimal pro Woche
- mehr als dreimal pro Woche

Welche Sportarten üben Sie derzeit aus?

Wie lange dauert durchschnittlich eine Trainingseinheit?

- bis zu einer halben Stunde
- bis zu einer Stunde
- mehr als eine Stunde

Laufen Sie in der Woche so, wie Sie sich es vorher vorgenommen haben?

- ja
- nein, ich laufe oft *weniger*, als ich es mir vorgenommen habe
- nein, ich laufe oft *mehr*, als ich es mir vorgenommen habe

Sind Sie in den letzten Wochen einem Sportverein / Fitnesscenter beigetreten?

- ja
- nein

Haben Sie sich in den letzten Wochen einer Laufgruppe angeschlossen?

- ja
- nein

Laufen Sie regelmäßig alleine?

- ja
- nein

F Gesundheitsverhalten/ -status:

Rauchen Sie?

- nein
- gelegentlich
- täglich

Wie viele Zigaretten rauchen Sie jetzt durchschnittlich pro Tag?

_____ Zigaretten pro Tag

Hat sich Ihr Rauchverhalten in den letzten Wochen verändert?

- nein
- ja, ich rauche mehr und zwar _____ Zigaretten mehr pro Tag
- ja, ich rauche weniger und zwar _____ Zigaretten weniger pro Tag

Kennen Sie Ihren Ruhepuls?

- nein
- ja und zwar _____

Kennen Sie Ihren Cholesterinwert?

- nein
 - ja _____ ja _____ und _____ zwar
-

Kennen Sie Ihren Blutdruck?

- nein
- ja und zwar _____

Kennen Sie Ihr Gewicht?

- nein
- ja und zwar _____

Kennen Sie Ihren BMI (Body Mass Index)?

- nein
- ja und zwar _____

Haben Sie einen Trainingsplan?

- nein
- ja

Trainieren Sie nach diesem Trainingsplan?

- nein
- ja

Haben Sie im Kurs Wissen über die richtige (Nordic) Walking Technik erworben?

- nein
- ja

Glauben Sie, die (Nordic) Walking Technik richtig anzuwenden?

- nein
- ja

G AU-Tage/Krankheitsbedingte Arbeitsfehlzeiten

Ihr Berufsstatus:

- | | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Selbständige/r | <input type="checkbox"/> Angestellte/r | <input type="checkbox"/> Student/in | <input type="checkbox"/> Schüler/in, Azubi |
| <input type="checkbox"/> Rentner/in | <input type="checkbox"/> Arbeitslose/r | <input type="checkbox"/> Hausfrau | <input type="checkbox"/> sonstiges |

Wie häufig sind Sie im letzten Jahr (Mai 2004 – April 2005) krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gegangen?

_____ Tage (Anzahl der Tage angeben)

An wie vielen Tagen waren Sie im letzten Jahr (Mai 2004 – April 2005) insgesamt krank?

_____ Tage (Anzahl der Tage angeben)

Wie häufig sind Sie im Jahr vor dem Nordic Walking Kurs krankheitsbedingt nicht zur Arbeit gegangen?

_____ Tage (Anzahl in Tage angeben)

An wie vielen Tagen waren Sie im Jahr vor dem Nordic Walking Kurs insgesamt krank?

_____ Tage (Anzahl in Tage angeben)

H Subjektives Empfinden

Inwieweit hat sich Ihr Wohlbefinden seit dem Nordic Walking Kurs verändert?

Mein Wohlbefinden hat sich...

verschlechtert ← 0 →
verbessert

sehr ziemlich mittel-
mäßig wenig **nicht**
verändert wenig mittel-
mäßig ziemlich sehr

Inwieweit hat sich Ihr Stressempfinden seit dem Nordic Walking Kurs verändert?

Mein Stressempfinden hat sich...

verschlechtert ← 0 →
verbessert

sehr ziemlich mittel-
mäßig wenig **nicht**
veränd
ert wenig mittel-
mäßig ziemlich sehr

Inwieweit hat sich Ihre Gesundheit seit dem Nordic Walking Kurs verändert?

Meine Gesundheit hat sich...

verschlechtert ← 0 →
verbessert

sehr ziemlich mittel-
mäßig wenig **nicht**
veränd
ert wenig mittel-
mäßig ziemlich sehr

Inwieweit hat sich Ihr Sportverhalten seit dem Nordic Walking Kurs verändert?

Mein Sportverhalten hat sich...

verschlechtert ← 0 →
verbessert

sehr ziemlich mittel-
mäßig wenig **nicht**
veränd
ert wenig mittel-
mäßig ziemlich sehr

I Langfristige Ziele

Haben Sie Ihre zu Anfang gesetzten langfristigen Ziele erreicht?

Bitte schreiben Sie Ihre Ziele in die erste Zeile (bis zu 3 Ziele möglich). Kreuzen Sie anschließend an, ob Sie Ihr Ziel erreicht haben, oder ob Sie mehr oder weniger erreicht haben, als Sie sich vorgenommen hatten:

Bitte tragen Sie in dieser Zeile Ihre Ziele ein (Beschreibung)	Ziel 1:	Ziel 2:	Ziel 3:
+2 weit mehr erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
+1 mehr erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 Ziel genau erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-1 Ziel nicht ganz erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-2 Ziel gar nicht erreicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J Selbsteinschätzung:

Im Folgenden finden Sie 32 Fragen die persönlichen Einstellungen und Eigenschaften betreffen. Bitte lesen Sie diese sorgfältig durch und beantworten Sie sie mit Hilfe der Antwortskala von 1 (gar nicht) bis 7 (sehr)

3

Bitte entscheiden Sie auf der Skala von 1 bis 7
(von 1 = gar nicht bis 7 = sehr), **wie sehr** die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.

	1gar nicht	7sehr
1. Zweifelnd Sie an sich selbst?		
2. Haben Sie das Gefühl, dass es keinen Bereich in Ihrem Leben gibt, in dem Sie „gut“ sind?		
3. Haben Sie eine positive Einstellung zu sich selbst?		
4. Empfinden Sie Angst oder Beklemmung, wenn Sie alleine einen Raum betreten, in dem schon andere Leute sind, die sich unterhalten?		
5. Haben Sie im Kontakt mit anderen Schwierigkeiten, den passenden Gesprächsstoff zu finden?		
6. Wie sehr machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere Leute Sie als Versager ansehen?		
7. Wie sehr beschäftigt oder beunruhigt es Sie, wenn Sie sich vorstellen, dass andere vielleicht eine negative Meinung von Ihnen haben?		
8. Sind Sie mit Ihren Leistungen im Beruf zufrieden?		
9. Zweifelnd Sie an Ihren fachlichen Fähigkeiten?		
10. Haben Sie das Gefühl, dass die meisten Ihrer Bekannten attraktiver sind als Sie selbst?		
11. Wie sicher sind Sie sich, dass Sie für gut aussehend gehalten werden?		
12. Wenn es bei sportlichen Aktivitäten auf Koordination ankommt – machen Sie sich Sorgen darüber, dass Sie schlecht abschneiden könnten?		
13. Sind Sie der Meinung, dass Sie gut tanzen können oder begabt sind für Freizeitaktivitäten, bei denen es auf Koordination ankommt?		
14. Wie nervös werden Sie, wenn Ihnen andere beim Sport zuschauen?		
15. Sind Sie Zufrieden mit Ihren sportlichen Fähigkeiten?		

Bitte entscheiden Sie nun auf der Skala von 1 bis 7 (von 1 = „nie“ bis 7 = „immer“) **wie häufig** die folgenden Fragen auf Sie zutreffen.

1nie.....7immer

-
16. Wie häufig glauben Sie, dass Sie ein nutzloser Mensch sind?
-
17. Wie häufig sind Sie so unzufrieden mit sich, dass Sie sich fragen, ob Sie ein wertvoller Mensch sind?
-
18. Wie häufig können Sie sich selbst nicht leiden?
-
19. Wie häufig sind Sie mit sich zufrieden?
-
20. Wie häufig fühlen Sie sich gehemmt?
-
21. Fühlen Sie sich häufig unwohl in ihrer Haut, wenn Sie neue Leute kennen lernen?
-
22. Wie häufig macht Ihnen Schüchternheit zu schaffen?
-
23. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, dass jemand Ihre Arbeit kritisieren könnte?
-
24. Wie häufig machen Sie sich Gedanken darüber, ob andere gerne mit Ihnen zusammen sind?
-
25. Wie häufig machen Sie sich Sorgen darüber, was andere von Ihnen denken?
-
26. Wie häufig haben Sie das Gefühl wirklich gute Arbeit geleistet zu haben, nachdem Sie eine Arbeit abgeschlossen haben?
-
27. Wie häufig sind Sie überzeugt von den Leistungen, die Sie in Ihrer Arbeit erbracht haben?
-
28. Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass Sie anspruchsvollen Aufgaben nicht gewachsen sind?
-
29. Wie häufig schämen Sie sich wegen Ihres Aussehens oder Ihrer Figur?
-
30. Wie häufig wünschen Sie sich besser auszusehen?
-
31. Wie häufig fühlen Sie sich attraktiv?
-
32. Wie häufig haben Sie schon das Gefühl gehabt, dass andere Ihnen sportlich überlegen sind?

K Schmerz und Fitness:

Haben Sie Schmerzen? Kreuzen Sie bitte in der Tabelle an, welche Antworten für Sie zutreffen. Beachten Sie die Seitenangabe L (=links) und R (=rechts)

Wo haben Sie Schmerzen?	L	R
im Kopf		
im Gesicht		
im Nacken		
im Hals		
in der Schulter		
im Ellenbogen		
im Unterarm		
in der Hand		
in den Fingern (1,2,3,4,5)		
in der Brust		
im Oberbauch		
im Unterbauch		
in der Seite		
im Rücken		
im Kreuz		
im Steißbein		
in der Hüfte		
in der Leiste		
im Oberschenkel		
im Knie		
im Unterschenkel		
im Fuß		
in den Zehen (1,2,3,4,5)		
in allen Gelenken		
in den Muskeln		

Wie stark sind Ihre Schmerzen? Bitte machen Sie durch einen senkrechten Strich auf der Linie deutlich, wie Sie Ihre Schmerzen zwischen den Polen einordnen würden.

keine (0) _____ (1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) maximal

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente gegen die Schmerzen ein?

- nein
- ja und zwar

Name	Dosis	Seit wann oder wie lange?

Sonstiges:

Konnten Sie Ihre langfristigen Ziele (abnehmen, körperliche Fitness erhöhen, Wohlbefinden steigern etc.) erreichen?

- ja, ich habe meine Erwartungen stark übertroffen
- ja, ich habe meine Erwartungen leicht übertroffen
- ja
- nur teilweise
- nein, ich habe keine Verbesserung erzielt

Wie schätzen Sie Ihr Wissen über Gesundheitssport ein?

	stimmt sehr	stimmt ziemlich	stimmt mittelmäßi g	stimmt wenig	stimmt nicht
Ich weiß, wie ich optimal trainiere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kann meinen Trainingsplan selbst erstellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiß, wie viele Trainingseinheiten pro Woche für mich gesund sind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mir ist die ideale Dauer einer Trainingseinheit bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kontrolliere regelmäßig meinen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meinen optimalen Trainingspuls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich kenne meine Leistungsgrenze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sie haben regelmäßig trainiert und möchten jetzt natürlich wissen, ob Sie sich verbessert haben. Um Ihre aktuelle Ausdauerleistungsfähigkeit festzustellen, führen Sie bitte den 2000m Walkingtest durch.

(Zur Erinnerung: nach Möglichkeit im Stadion 2000m=5 Runden schnellstmöglich walken, Puls messen direkt vor dem Test und direkt im Ziel: Walkingzeit messen. Puls messen: Zeige- und Mittelfinger an die Innenseite des Handgelenks – unterhalb des Daumens – legen und 10 Sekunden lang die Herzschläge zählen. Das Ergebnis mit sechs multiplizieren.)

Tragen Sie bitte diese Werte hier ein:

M Ergebnisse des Walkingtests

(Teststrecke: 2000 m)

Walkingzeit:

Ausgangspuls (Puls direkt vor Testbeginn):

Belastungspuls (Puls direkt nach Testende):

Wie schätzen Sie die Belastungsintensität während des Walkingtests ein?

Bitte kreuzen Sie die entsprechende Zahl auf der folgenden Skala von 7-19 an, die Ihrem Belastungsempfinden entspricht!

Sehr sehr leicht		Sehr leicht		leicht		Etwas anstr enge nd		schw er		Sehr schw er		Sehr sehr schw er
7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Bonussystem

10. Befürworten Sie die Einführung von Bonussystemen im Gesundheitswesen?

ja nein

11. Sind Sie Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms?

ja nein

12. Welche Art der Prämien bevorzugen Sie?

- Sachprämie
- Wellnesswochenende
- Beitragssatzermäßigung/Zuzahlungsbefreiung
- Sonstiges: _____

13. Wir möchten mehr darüber erfahren, wie zufrieden Sie mit dem TK-Bonusprogramm sind.

Zur Beantwortung der nachfolgenden 10 Fragen steht Ihnen eine sechsfach abgestufte Skala (Schulnotensystem) zur Verfügung. Kreuzen Sie bitte an:

		Sehr					Wenig	
		1	2	3	4	5	6	
1	Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	Wie gut finden Sie, dass die TK ein Bonussystem eingeführt hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5	Wie sehr entspricht das TK-Bonusprogramm Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	Wie sehr belohnen Bonuspunkte Ihr Gesundheitsverhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

14. Bitte kreuzen Sie die folgenden Aussagen an, wenn Sie voll und ganz oder teilweise zustimmen! (Mehrfachnennungen sind möglich)

- Das Bonusprogramm hat mich zur Teilnahme am Kurs motiviert.
- Die Punktezahl war ausschlaggebend für meine Teilnahme am Kurs.
- Bei geringerer Punktezahl hätte ich mich für einen anderen Kurs interessiert.
- Die Punktezahl ist entscheidend für meine Kursteilnahme.
- Das Bonusprogramm nimmt keinerlei Einfluss auf die Teilnahme am TK-Kursangebot.
- Vom TK-Bonusprogramm lasse ich mich nicht beeinflussen.
- Das TK-Bonusprogramm macht neugierig auf Gesundheitsangebote der TK.
- Mich interessiert das TK-Bonusprogramm nicht.
- Das TK-Bonusprogramm ist vollkommen überflüssig.
- Die Bonuspunkte sind eine wichtige Motivation beim Training.
- Die Bonuspunkte sind eine wichtige Motivation beim Coaching. (sofern Sie am Coaching teilgenommen haben)
- Das TK-Bonusprogramm ist reine Geldverschwendung.
- Ohne die TK-Bonuspunkte hätte ich das Training aufgegeben.
- Das Bonusprogramm schafft Vertrauen in die Techniker Krankenkasse.
- Das TK-Bonusprogramm hat mich maßgeblich beeinflusst, mich für den Kurs anzumelden.
- Das TK-Bonusprogramm ist ein willkommener Zeitvertreib.

Meine Meinung über das Bonusprogramm ist :

6. Wie oder durch wen haben Sie vom TK- Bonusprogramm erfahren?

- Per Post
- Per Anruf durch die TK
- Durch Freunde, Familienangehörige, Bekannte
- Durch die TK- Mitgliederzeitschrift
- Anderes, nämlich: _____

7. Warum haben Sie sich für die Teilnahme am TK- Bonusprogramm entschieden?

(Mehrfachauswahl möglich)

- mein gesundheitsbewusstes Verhalten wird jetzt belohnt
- das Programm ist eine Motivation mehr für meine Gesundheit zu tun
- attraktive Prämien
- Lust auf Ausprobieren/Neugierde
- Anderes, nämlich: _____

8. Bitte geben Sie an, wie stark Sie den folgenden Aussagen zustimmen.

	trifft voll und ganz zu	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
1 Es ist sehr gut, dass gesundes Verhalten zusätzlich von meiner Kasse gefördert wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Das Bonusprogramm motiviert mich, etwas mehr für meine Gesundheit zu tun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Die notwendigen Punkte für die Prämien sind in absehbarer Zeit erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Das Programm ist leicht verständlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Der aktuelle Punktestand auf meinem Online-Konto ist mir bekannt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Ich finde es gut, dass das TK- Bonusprogramm über das Internet angeboten wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Ich kenne die Prämien des TK- Bonusprogramms.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Ich werde regelmäßig über die Neuerungen zu Programm und Prämien informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Ich finde es gut, dass das Programm kontinuierlich erweitert/ausgebaut wird.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Ich habe bereits Schecks eingereicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11	Durch das Bonusprogramm habe ich von Angeboten der TK erfahren, die mir vorher nicht bekannt waren (ggf. separate Frage).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ich werde auch zukünftig meine Aktivitäten abstempeln und bepunkten lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Wie beurteilen Sie die Auswahl der Prämien?

- sehr gut eher schlecht
gut schlecht
eher gut

10. WENN ANGABE BEI FRAGE 9 EHER SCHLECHT/SCHLECHT: Welche Art von Prämie vermissen Sie?

11. Wie beurteilen Sie das TK- Bonusprogramm insgesamt?

- sehr gut eher schlecht
gut schlecht
eher gut

12. Würden Sie sich wieder für die Teilnahme am TK- Bonusprogramm entscheiden?

- bestimmt wahrscheinlich nicht
wahrscheinlich ja bestimmt nicht
eventuell

13. Was können wir für Sie besser machen? Was vermissen Sie?

Nochmals vielen Dank für Ihre freundliche Unterstützung

Ihre

Universität Dortmund, FB 14- LS Kastner, 44221 Dortmund

Anlage 5 Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Aufbau der Arbeit, eigene Darstellung	22
Abbildung 2: Quelle: Techniker Krankenkasse, 2006	28
Abbildung 3: Portfolio für die Kundenbindung (KB) in Abhängigkeit von Ansparzeit und Prämienwert und erwartete Bewertung des Bonifizierungssystems; eigene Darstellung.....	37
Abbildung 4: Grundmechanik der Bonifizierungsprogramme unter Berücksichtigung der GKV-Besonderheiten: Quelle: nach Lauer, 2004, S.5 und eigene Ergänzung.....	41
Abbildung 5: Kundenunzufriedenheit bei "Nichtbonifizierung" des intrinsischen Gesundheitsverhalten, eigene Darstellung	43
Abbildung 6: sechs Prämienklassen nach Lauer, 2004, S.97	44
Abbildung 7: Prämien mit ökonomischen Nutzen, eigene Darstellung in Anlehnung an Lauer, 2004, S.44	48
Abbildung 8: Prämien mit immateriellen Nutzen, eigene Darstellung in Anlehnung an Lauer, 2004, S.44	48
Abbildung 9: Ansatzpunkte für das Kostenmanagement (fett) der Krankenkassen; eigene Darstellung auf der Grundlage von Oberender, Zerth, Hebborn (2006).....	62
Abbildung 10: Auswirkung der Kostendämpfungsregelungen auf die Beitragsentwicklung (TK: Reichelt, 2003)	63
Abbildung 11: Entwicklung der Gesundheitsausgaben in Deutschland 1992-2004. Quelle: Daten des Robert Kochinstituts (RKI, 2006).	65
Abbildung 12: Beeinflussung der Kosten im Gesundheitswesen durch Nachfrager- und Angebotsseite; Darstellung nach Oberender, Hebborn, Zerth, 2006.....	66
Abbildung 13: Problemfelder der GKV-Finanzierung, Quelle: TK, 2004; eigene Ergänzungen	68
Abbildung 14: Entwicklung des Bevölkerungsanteils nach Statistischem Bundesamt, 2003	71
Abbildung 15: Medikalisierungsthese und Kompressionsthese, eigene Darstellung in Anlehnung an Fries, 2000 und Verbrugge 1984	73
Abbildung 16: Entwicklung der Zahl Pflegebedürftiger (in Tsd.) – Quelle: Oberender, Hebborn, Zerth, 2006.....	74
Abbildung 17: Ziele im Gesundheitssport; eigene Darstellung.....	103
Abbildung 18: TK-Teilnehmer an Präventionsangeboten in den Jahren 2002- 2006 ohne Settingförderung und Kampagnen; eigene Darstellung	106
Abbildung 19: TK-Teilnehmer an Präventionsangeboten in den Jahren 2002- 2005; selektiert nach Handlungsfeldern gemäß Leitfaden Prävention – Stand Juni 2006; eigene Darstellung	107

Abbildung 20: Altersverteilung der Teilnehmer von Präventionsangeboten (Quelle: Techniker Krankenkasse).....	108
Abbildung 21: Bonifizierung im Gesundheitswesen mit seinen Schnittstellen; eigene Darstellung.....	109
Abbildung 22: Bonifizierung im Gesundheitswesen mit seinen Schnittstellen; eigene Darstellung.....	110
Abbildung 23: Stufen der Handlungsregulation von Ryan, 1995, S.406 nach Krapp, Weidenmann, 2006	125
Abbildung 24: Stufe eins (externale Regulation) und Stufe zwei (introjierte Regulation) der Handlungsregulation; eigene Darstellung	127
Abbildung 25: Selbstbestimmtes Handeln als Grundbedürfnis des Menschen; eigene Darstellung.....	129
Abbildung 26: Einfluss des Bonus auf den Zyklus der Kompetenzmotivation bei positiver Verstärkung nach Harter (1982). Quelle: eigene Darstellung.....	131
Abbildung 27: Der Einfluss von Selbstwirksamkeits- und Konsequenzerwartung. Quelle: eigene Darstellung auf der Grundlage von Bandura (1977b)	136
Abbildung 28: Selbstkonzepthierarchie nach Shavelson, Hubner, Stanton (1976); Darstellung: nach Schütz, 2005, S.5.....	142
Abbildung 29: Allgemeiner und körperbezogener Selbstwert in Anlehnung an Hubner und Stanton (1976); Darstellung nach Schütz, Sellin, 2006, S.26; Umgang mit Kritik und Sicherheit im Kontakt lassen sich als soziale Kompetenz zusammenfassen.....	146
Abbildung 30: Struktur des menschlichen Verhaltens nach Schack, Lander, 1999; eigene Darstellung.....	149
Abbildung 31: Schema eines Erwartungs-Wert-Modells Quelle: Schneider, Schmalt, 2000. S.15	156
Abbildung 32: Anreize sprechen Motive an; eigene Darstellung auf der Grundlage von Abb. 31	157
Abbildung 33: MO-VO –Prozessmodell; Quelle: Göhner, Fuchs, 2006, S.10...	181
Abbildung 34: Repräsentativbefragung der GEK aus dem Jahre 2003.....	202
Abbildung 35: TK-Studie Zusatzversicherung, 2003: Prämienpräferenzen	203
Abbildung 36: Der TK-Gesundheitscoach Nordic-Walking: Seite "Mein Coach"	207
Abbildung 37: Der TK-Gesundheitscoach Nordic-Walking: Seite "Mein Coach"	208
Abbildung 38: Studiendesign TK-Studie Walking / Nordic-e-Walking. Darstellung: Iserloh, 2002.....	209
Abbildung 39: inhaltliche Gegenüberstellung der Kurse Nordic-Walking und e- Walking	211
Abbildung 40: Anteil der Bonusteilnehmer und Nichtteilnehmer (n=357 = 92,7% von N= 385).....	223
Abbildung 41: (demoe) –Schulabschluss der Teilnehmer	226

Abbildung 42: Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?	234
Abbildung 43: Wie attraktiv wird die TK für Sie durch das Bonussystem?	235
Abbildung 44: Inwieweit unterstützt das Bonussystem das Gesundheitsverhalten	239
Abbildung 45: Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun	239
Abbildung 46: Wie sehr war die Bonifizierung ausschlaggebend für Ihre Kursanmeldung?	240
Abbildung 47: Einfluss der Bonushöhe auf die Nachhaltigkeit	244
Abbildung 48: (sport5) -Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Sind Sie mehr als einem Jahr Mitglied in einem Sportverein/Fitnesscenter	330

Anlage 6 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht über Bonusansätze in der GKV, in Anlehnung an Reichelt (u.a.) 2003.....	17
Tabelle 2: Ableitung von Leitlinien für die Einführung von Bonifizierungsprogrammen in der GKV (Personen, die einen Bonus erhalten = B+; Personen, die keinen Bonus erhalten = B-); eigene Darstellung.....	60
Tabelle 3: Altersverteilung der Kosten für die ICD IX Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems in Mio. EUR (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)....	81
Tabelle 4: Kosten für die Altersgruppe 45-65jährige	81
Tabelle 5: Kosten pro Krankheit in EUR pro Einwohner (hochgerechnet für ein Jahr) – (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)	82
Tabelle 6: Kosten ambulant / stationär nach Krankheiten in Mrd. EUR.....	82
Tabelle 7: Verlorene Lebensjahre in 1000 Jahren für den Zeitraum 2002 (Quelle: Statistisches Bundesamt, 2004)	83
Tabelle 8: Übersicht über Studien, mit denen sich der Nutzen der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen belegen lässt.....	88
Tabelle 9: Zusammenfassung der Auswirkungen von körperlicher Aktivität auf die Gesundheit/ US-Department of Health and Human Services, Sallis (Quelle: RKI, 2006)	89
Tabelle 10: Sportliche Betätigung 1998 in Deutschland im Alter zwischen 18 und 79 Jahren – insgesamt und nach Geschlecht (Angaben in Prozent) Quelle: Mensink, 2002, S.S128)	96
Tabelle 11: Aktivitäten nach Entlassung aus der Klinik nehmen ab; eigene Darstellung nach Budde und Keck, 1999.....	97
Tabelle 12: förderliche und hinderliche Faktoren für die Sportteilnahme; Darstellung nach Schlicht, Kanning, Bös (2003, S.51).....	98
Tabelle 13: Kernziele der Gesundheitsförderung und Primärprävention in der GKV für das Handlungsfeld Bewegung; Darstellung in Anlehnung an Leitfaden Prävention – Stand Juni 2006.	104
Tabelle 14: Übersicht über die für die Sportpsychologie relevanten gesundheitswissenschaftlichen Modelle; eigene Darstellung	111
Tabelle 15: Bezugsebenen für die Konsequenzerwartung mit Beispielen, eigene Darstellung	135
Tabelle 16: Theoriegeleiteter Ansatz zur Bonifizierung von Gesundheitsverhalten; eigene Darstellung.....	148
Tabelle 17: Gesundheitspsychologische Modelle; Transfer der Kernelemente für einen theoriegeleiteten Ansatz zur Bonifizierung; eigene Darstellung	152
Tabelle 18: Gegenüberstellung von extrinsisch und intrinsisch motivierten Verhaltensweisen; eigene Darstellung.....	163
Tabelle 19: Die vier Volitionsphasen nach Heckhausen, Gollwitzer, 1987	175

Tabelle 20: Transfer des <i>Rubikonmodells</i> auf das Bonifizierungsprogramm; eigene Darstellung.....	178
Tabelle 21: bonifizierte Angebote; Stand der Veröffentlichung durch die Krankenkassen, Juni 2006; eigene Darstellung	191
Tabelle 22: Prämienangebot der Kassen, eigene Darstellung – Stand Mai 06.	192
Tabelle 23: Kohorten der TK-Studie "Nordic-e-Walking"	212
Tabelle 24: Vergleichsgruppen in der Teilstudie Bonus	212
Tabelle 25: Beschreibung der Erhebungsinstrumente; eigene Darstellung	215
Tabelle 26: Arbeitshypothesen	219
Tabelle 27: Hypothesen; eigene Darstellung (B ⁺ = Teilnehmer des Bonusprogramms und B ⁻ = Nichtteilnehmer des Bonusprogramms).....	221
Tabelle 28: Durchlaufende Daten	222
Tabelle 29: (bonus8) – Ich bin Teilnehmer des TK-Bonusprogramms	223
Tabelle 30: (bonus 3) – Das Bonusprogramm war mir vor Kursbeginn bekannt	224
Tabelle 31: (demoa) – Alter	225
Tabelle 32: (demob) – Geschlecht der Teilnehmer	225
Tabelle 33: (demoe): Schulabschluss der Teilnehmer	226
Tabelle 34: Die Stichprobe im Überblick.....	227
Tabelle 35: Sportverhalten	228
Tabelle 36: (bonus4) – Die TK hat das erste Bonusprogramm für die Krankenkassen entwickelt	230
Tabelle 37: (bonus4_1) - Die TK hat das erste Bonusprogramm für die Krankenkassen entwickelt (transformiert)	230
Tabelle 38: (bonus5_1) – Die TK ist bei der Gestaltung des Bonusprogramms nicht an gesetzliche Vorgaben gebunden (transformiert)	231
Tabelle 39: (bonus7) – Einen Bonus für die Teilnahme an Gesundheitskursen gibt es nur bei der TK	231
Tabelle 40: (bonus111 und f4k41)- Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise?	233
Tabelle 41: (bonus 112 und f4k42): Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	235
Tabelle 42: (bonus 2)– Nutzen Sie andere Bonus- oder Rabattsysteme?.....	237
Tabelle 43: (bonus114): Inwieweit unterstützt der TK-Bonus Sie dabei, etwas für Ihre Gesundheit zu tun?	238
Tabelle 44: (bonus117) –Wie sehr ist der Bonus ausschlaggebend für Ihre Kursanmeldung?	240
Tabelle 45: (bonus118) Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl?.....	242

Tabelle 46: (bonus110) Wie sehr motivieren die Bonuspunkte dabei zu bleiben?	243
Tabelle 47: Univariate Vergleiche aus der multivariaten Varianzanalyse (NEO), Gruppe B+ und B-.....	245
Tabelle 48: Mittelwert - Selbstwertschätzung.....	246
Tabelle 49: Skala 1 Reliabilitätsstatistik.....	246
Tabelle 50: Skala 2 Reliabilitätsstatistik.....	247
Tabelle 51: Skala 3 Reliabilitätsstatistik.....	247
Tabelle 52: Mittelwert und Streuung und multivariate Signifikanzprüfung der Mittelwertsunterschiede auf den Selbstwirksamkeitskomponenten nach Fuchs, Schwarzer (1994b).....	248
Tabelle 53: Auswertung Hakemp90: Handlungs- vs. Lageorientierung.....	248
Tabelle 54: Reliabilität (Chronbachs Alpha) für Generalisierte Motivation.....	250
Tabelle 55: Mittelwert und s(x) für generalisierte Motivation	251
Tabelle 56: Levene Test der Fehlervarianzen für generalisierte Motivation	251
Tabelle 57: Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen	251
Tabelle 58: Unterschiede zwischen B ⁺ und B ⁻	251
Tabelle 59: Parameter für die Messung von kurzfristigen und langfristigen Erfolge von Bonifizierungssystemen in der GKV	262
Tabelle 60: Forschungsfragen und theoretische Ansätze aus dieser Arbeit; eigene Darstellung.....	272
Tabelle 61: Geschlecht * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms Kreuztabelle / Verarbeitete Fälle.....	321
Tabelle 62: Geschlecht * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms Kreuztabelle	321
Tabelle 63: (demob) Chi-Quadrat-Test.....	321
Tabelle 64: (demob) Risikoschätzer	321
Tabelle 65: (demoe) Verarbeitete Fälle	322
Tabelle 66: Schulabschluss * Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms Kreuztabelle	322
Tabelle 67: (demoe) Richtungsmaße	322
Tabelle 68: (bonus4_1/ transformiert) - Verarbeitete Fälle.....	323
Tabelle 69: Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus4_1 Kreuztabelle	323
Tabelle 70: (bonus4) Chi-Quadrat-Test	323
Tabelle 71: (bonus5_1/transformiert) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus5_1 Kreuztabelle.....	324
Tabelle 72: (bonus5) - Chi-Quadrat-Test.....	324
Tabelle 73: (bonus7) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * bonus7_1 Kreuztabelle	324

Tabelle 74: (bonus7) Chi-Quadrat-Test	324
Tabelle 75: (bonus111) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise Kreuztabelle.....	325
Tabelle 76: (bonus111) - Chi-Quadrat-Test	325
Tabelle 77: Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Wie attraktiv sind die von der TK angebotenen Sachpreise? Kreuztabelle	325
Tabelle 78: (bonusf4k1) - Chi-Quadrat-Test	325
Tabelle 79: (bonus112) - Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	326
Tabelle 80: (bonus112) - Chi-Quadrat-Test	326
Tabelle 81: (bonusf4k2) - Wie attraktiv wird die TK für Sie durch dieses Bonussystem?	326
Tabelle 82: (bonusf4k2) - Chi-Quadrat-Test	326
Tabelle 83: Fragebogentyp * Wie entscheidend waren die Bonuspunkte für Ihre Kurswahl? Kreuztabelle	327
Tabelle 84: (bonus118) - Chi-Quadrat-Test	327
Tabelle 85: Fragebogentyp * Wie sehr motivieren die Bonuspunkte Sie, "dabeizubleiben"? Kreuztabelle	327
Tabelle 86: (bonus110) - Chi-Quadrat-Test	327
Tabelle 87: (sport1) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Fitness vor Kursbeginn	328
Tabelle 88: (sport2) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Häufigkeit sportlicher Aktivitäten vor Kursbeginn Kreuztabelle.....	328
Tabelle 89: (sport3)- Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Dauer pro Trainingseinheit vor Kursbeginn	328
Tabelle 90: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse	329
Tabelle 91: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse - Chi - Quadrat	329
Tabelle 92: (sport4) - Ich bin Teilnehmer/in des TK- Bonusprogramms * Teilnahme an einem Bewegungskurs einer Krankenkasse - Eta -Wert....	329
Tabelle 93: SWS – Mittelwert / s(x)	331
Tabelle 94: emotionale SWS - Chi-Quadrat-Test.....	332
Tabelle 95: Sicherheit im Kontakt - Chi-Quadrat-Test.....	332
Tabelle 96: Umgang mit Kritik - Chi-Quadrat-Test	332
Tabelle 97: leistungsbezogene SWS - Chi-Quadrat-Test	333
Tabelle 98: physische Attraktivität - Chi-Quadrat-Test.....	333
Tabelle 99: SWS-Sportlichkeit - Chi-Quadrat-Test.....	333
Tabelle 100: allgemeine SWS- Chi-Quadrat-Test.....	334

Tabelle 101: körperbezogene SWS- Chi-Quadrat-Test	334
Tabelle 102: Gesamtselfwert Durchschnitt- Chi-Quadrat-Test	334
Tabelle 103: SWS - Richtungsmaße	335
Tabelle 104: SWS Multivariate Tests(b)	335
Tabelle 105: SWS –Test auf Univariate.....	336
Tabelle 106: SSA - Rotierte Komponentenmatrix(a)	337
Tabelle 107: SSA- Reliabilitätsstatistiken	337
Tabelle 108: SSA - ONEWAY ANOVA (3 Komponenten fa1; fa2; fa3)	338
Tabelle 109: Komponententransformationsmatrix / Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser- Normalisierung	338
Tabelle 110: MGM - Rotierte Komponentenmatrix(a)	339
Tabelle 111: Komponententransformationsmatrix / Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser- Normalisierung.	339
Tabelle 112: Tests der Zwischensubjekteffekte	340
Tabelle 113: Neo-big -Five * Ich bin Bonusteilnehmer - Partielles Beta-Quadrat	341
Tabelle 114: NEO-big five Mittelwert und s(x).....	341
Tabelle 115: NEO-big five - Box-Test auf Gleichheit der Kovarianzenmatrizen(a)	341
Tabelle 116: NEO – big five - Tests auf Univariate	342

Anlage 7 Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BzgA	Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung
DAK	Deutsche Angestellten Krankenkasse
GEK	Schwäbisch Gemünder Krankenkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HEK	Hanseatische Ersatzkasse
MSWS	Multidimensionale Selbstwertkala
PSI	Personality Systems Interaction
TK	Techniker Krankenkasse

Anlage 8 Dank

Ich möchte mich bei jenen bedanken, die mir diese Arbeit ermöglicht und mich bei ihrem Entstehen unterstützt haben.

Ich danke -

- der **Techniker Krankenkasse**, ohne deren Projektförderung diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.
- Dr. Tim Hagemann Univ. Bielefeld, der die Anregung zu dieser Arbeit gab.
- Prof. Dr. Dr. M. Kastner, Berthold Iserloh, Dr. B. Hinding und Dr. Rolf Otte für die fachliche Betreuung.
- Anja Maliezefski für die kollegiale Zusammenarbeit innerhalb der Forschungsgruppe.
- Dominik Dany von der Statistischen Beratungsstelle der Universität Dortmund.
- meinen Diplomantinnen der **Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg** Annette Ernst, Maike Schnoor sowie Prof. Dr. Krüger für die vielen fachlichen Anregungen.
- Manfred Moeck, Marion Weißer, Christina Poels, Heike Hansen und Ewa Bald für die hilfreichen Korrekturen.
- meinen Chefs Peter Reichelt, Dr. Jens Finnern, Dr. Sabine Voermans, meinen verständnisvollen KollegInnen, insbesondere Maren Tegen, sowie Jürgen dafür, dass sie mir den Rücken gestärkt und dazu beigetragen haben, dass diese Arbeit neben der Berufstätigkeit entstehen konnte.
- Reinhard Fuchs und Wiebke Göhner für die anregenden Gespräche.
- meinen Studenten Sybille Behringer und Ulrich Kloth
- den BibliothekarInnen der Deutschen Bücherei Leipzig, der University of Michigan und der Bibliothek der Techniker Krankenkasse sowie den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der TK- Hausdruckerei.

Ein Dankeschön geht auch an Linden und Steve Thoburn (Brighton, Michigan) sowie Kristine und Jörg Engler-Biermann (Houston, Texas) dafür, dass ich in ihren Räumen Ruhe und Konzentration finden konnte.

Nicole Knaack

Hamburg, Mai 2007

