

HWTK Discussion Paper Series

HWTK Discussion Paper 2016/3

Anreiz- und Selektionsprobleme im Gesundheitssport

Gabriele Mielke

Opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect views of HWTK.

Editor in chief:

Prof. Dr. Gabriele Mielke
E-Mail: gabriele.mielke@hwtk.de
Phone: +49 30 206176-79

Editorial Board:

Prof. Dr. Christian Arnold
Prof. Dr. Heike Bähre
Prof. Dr. Elisabeth Baier
Prof. Dr. Udoy M. Ghose
Prof. Dr. Ulrich John
Prof. Dr. Dorit Kluge
Prof. Dr. Dr. Hermann Knödler
Prof. Dr. Peter Mantel
Prof. Dr. Hartmut Sangmeister
Prof. Dr. Christian Schultz

IMPRESSUM

© Hochschule für Wirtschaft, Technik und Kultur (HWTK), 2016

Hochschule für Wirtschaft, Technik und Kultur (HWTK)
Friedrichstraße 189
10117 Berlin
Phone: +49 30 206176-85
Fax: +49 30 206176-71
<http://www.hwtk.de>

HWTK Discussion Paper Series:
ISSN-Print 2364-5876
ISSN-Internet 2364-5881

Discussion Papers can be downloaded free of charge from the HWTK website:
<http://www.hwtk.de/discussionpapers>

Anreiz- und Selektionsprobleme im Gesundheitssport

*Gabriele Mielke**

Abstract:

Die Akteure im Gesundheitswesen haben die präventiv gesundheitsfördernde Wirkung und den damit verbundenen volkswirtschaftlichen Nutzen von Sport und Bewegung erkannt und die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) entsprechende Ansätze in ihren Vorsorgeprogrammen sowie Beitragsstrukturen aufgenommen. Indessen ist sowohl nach anekdotischer Evidenz als auch einigen empirischen Befunden die Effektivität und Effizienz sportbasierter Präventivmaßnahmen fraglich. Ursächlich hierfür scheint, dass die sportfernen Zielgruppen, bei denen die Programme die höchste gesundheitspolitische Produktivität entfalten würden, nicht im intendierten Maße erreicht werden. Aus institutionenökonomischer Sicht liegen offensichtliche Informationshemmnisse zwischen den Akteuren vor, welche wiederum in agenturtheoretischer Auslegung auf die bekannten negativen Wirkungen von Informationsasymmetrien auf individuelle Anreize (moral hazard) sowie unerwünschte (Selbst-)Auswahlprozesse (Präselektion, adverse selection) schließen lassen.

Keywords:

Principal-Agenten Theorie, Anreiz, Selektionsproblem, Gesundheitssport, Prävention, Rückensport, Krankenkassen, GKV, Nutzen

* Prof. Dr. Gabriele Mielke
Hochschule für Wirtschaft, Technik und Kultur
+49 (0) 30 206176-79
+49 (0) 30 206176-71
gabriele.mielke@hwtk.de

Einleitung

Die Gesundheitspolitik sowie die Akteure im Gesundheitswesen haben die präventive Wirkung und den damit verbundenen volkswirtschaftlichen Nutzen von Sport und Bewegung im Grundsatz anerkannt (vgl. u.a. Deitersen-Wieber & Kurscheidt, 2010; WHO, 2003; Walter, Drupp & Schwartz, 2002). Die Notwendigkeit vorbeugender gesundheitsfördernder Maßnahmen wird vor dem Hintergrund steigender Lebenserwartungen, einer alternden Bevölkerung und der zunehmenden Dominanz chronischer Krankheiten deutlich. Die Gesundheitsvorsorge wird demzufolge einheitlich als eine gesellschaftliche Aufgabe angesehen, wobei die Programme noch verstärkt wissenschaftlich zu evaluieren sind (siehe z.B. Kuhnert, 2008).

Die Bundesrepublik Deutschland verfügt über ein Gesundheitssystem, an dem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) einen entscheidenden Anteil hat. Etwa 88% der bundesdeutschen Bevölkerung ist gesetzlich krankenversichert (vgl. GKV Spitzenverband, 2016). Die zentrale Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherungen liegt darin, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen und ihren Gesundheitszustand zu verbessern (vgl. Marburger, 2007, S. 57). Zu den Kernzielen der Gesundheitsförderung zählen die Stärkung von physischen und psychosozialen Gesundheitsressourcen, die Verminderung von Risikofaktoren, die Bewältigung von Beschwerden und Missbefinden, die Bindung an gesundheitssportliche Aktivität sowie die Verbesserung der Bewegungsverhältnisse. Vor dem Hintergrund möglicher Kostensenkungspotentiale ist vor allem ein wachsender Stellenwert der Prävention zu beobachten. Das Ziel der Prävention besteht darin, das Gesundheitsverhalten der Versicherten frühzeitig positiv zu beeinflussen, nachhaltig zur Gesundheitsverbesserung beizutragen sowie das Auftreten von möglichen Krankheiten zu verhindern (vgl. Bundesärztekammer: Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern, 2010). Die Aufgaben der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung und Primärprävention werden in §20 SGB V geregelt. So nahmen die gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) entsprechende Ansätze in ihren Vorsorgeprogrammen sowie Beitragsstrukturen (u.a. Bonusregelungen) auf. In §20 des SGB V (Sozialgesetzbuch V, Prävention und Selbsthilfe) heißt es: *„Die Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“* (ebd.). Dadurch soll jede sozialökonomische Schicht mit den Leistungen erreicht werden, auch sozial benachteiligte Gruppen. Zudem sollen bewegungsarme und gesundheitlich nicht vorbelastete Personen dazu animiert werden, sich nachhaltig sportlich zu betätigen. Aufgrund der Regelungen im SGB V wird dem Versicherten eine Finanzierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen über die Krankenkasse ermöglicht. Die jährlichen Ausgaben zur Gesundheitsförderung der gesetzlichen Krankenversicherungen belaufen sich 2014 auf 4,8 Milliarden €. Jeder Versicherte erhält seit 2008, unabhängig von der Krankenkasse, pro Beitragsjahr für zwei thematisch

unterschiedliche Kurse jeweils einen Zuschuss in Höhe von ca. 75 Euro (vgl. Kuhnert, 2008). Darüber hinaus sollen die Präventivmaßnahmen unter volkswirtschaftlichem Gesichtspunkt zu einer allgemeinen Kostensenkung im Gesundheitswesen beitragen, da die Gesundheitsausgaben in Deutschland stetig steigen. Die Ausgaben für Gesundheit betragen im Jahr 2013 314,9 Milliarden Euro. Dies bedeutet einen Anstieg von 12,1 Milliarden Euro oder 4,0% gegenüber dem Jahr 2012. Auf jeden Einwohner entfielen 3.910 Euro. 2014 gab es einen weiteren Anstieg der Gesamtausgaben auf 328 Milliarden € (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015). Die gesetzliche Krankenversicherung ist hierbei der größte Ausgabenträger im Gesundheitswesen. Ihre Ausgaben beliefen sich auf 181,5 Milliarden Euro und lagen somit um 9,1 Milliarden Euro oder 5,3% über den Ausgaben des Vorjahres. Der von der gesetzlichen Krankenversicherung getragene Ausgabenanteil stieg im Vergleich zum Vorjahr um 0,7 Prozentpunkte auf 57,6% (ebd.).

Hohe Krankheitskosten fallen insbesondere für die Behandlung von Rückenbeschwerden an (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2013). Beispielsweise lagen die Krankheitskosten für den Ausfall von Produktion und Bruttowertschöpfung 2013 bundesweit bei über 163 Milliarden Euro, davon entfallen gut 16 Milliarden auf Rückenbeschwerden (Techniker Krankenkasse, 2016). Knapp sieben Prozent der Beschäftigten werden im Jahr aufgrund einer Rückendiagnose krankgeschrieben. Jeder dritte Erwachsene hat nach eigener Aussage ständig oder oft Rückenprobleme. Im Krankheitsfall dauert ein Ausfall wegen Rückenschmerzen statistisch gesehen 17,5 Tage. Das bedeutet nicht nur langwierige Beschwerden für die Patienten, sondern auch hohe Kosten durch Arbeitsausfall für die Unternehmen (ebd.). Rückenschmerzen können demzufolge als das „teuerste Symptom der Industrienationen“ angesehen werden. Unter volkswirtschaftlichem Gesichtspunkt zu einer allgemeinen Kostensenkung ist Präventionssport eine gute Möglichkeit, dieser Volkskrankheit zu begegnen.

Aufgrund der stetig steigenden Anzahl der Personen mit Rückenbeschwerden, wurde die Analyse anhand von Rückenkursen durchgeführt. Das Diskussionspapier widmet sich der Evaluation von GKV-geförderten Präventivsportangeboten im Berliner Stadtteil Charlottenburg-Wilmersdorf in einer institutionenökonomischer Perspektive. Als empirisches Analyseobjekt bieten sich insofern Rückenbeschwerden an, da diesen mit sportbasierter Primärprävention medizinisch wesentlich effektiver begegnet werden kann als mit einer symptomorientierten Therapie und/oder rehabilitativen Maßnahmen. Da die Effektivität und Effizienz der GKV-geförderten Präventivmaßnahmen noch nicht wissenschaftlich erwiesen ist, wurde der Frage nachgegangen, inwieweit die finanzielle Förderung der Rückenschmerzvorsorge durch die Krankenkassen bedarfsgerecht gestaltet ist bzw. ob es sich um eine ineffiziente Investition in die Präventionsförderung handelt. Zudem soll die empirische Erhebung in GKV-geförderten Rückenkursen zeigen, inwieweit sich die aus dem Verhältnis zwischen Krankenkassen und Kursteilnehmern erwachsenden Probleme auch tatsächlich

bei Sportangeboten zur Prävention von Rückenbeschwerden ergeben. Darüber hinaus wurde untersucht, inwieweit durch die GKV-Bezuschussungen die eigentlichen Zieladressaten erreicht werden und die Kursteilnehmer im Anschluss an den bezuschussten Kurs bereit sind, weitere nicht finanziell geförderte Kursangebote in Anspruch zu nehmen. Außerdem stellt sich die Frage, ob die eingangs genannten Kernziele der Gesundheitsförderung erreicht werden.

Präventivsport aus Sicht der Prinzipal-Agenten-Theorie und aktueller Forschungsstand

In der Sozioökonomie des Gesundheitssports existieren u.a. Ansätze der Neuen Institutionenökonomik. Dabei lässt sich die Prinzipal-Agent-Theorie, welche den ökonomischen Vertragstheorien untergeordnet ist, auf den Gesundheitssport übertragen (Vgl. Welge et al., 2008, S. 42f.). So können die Beziehung zwischen zwei Akteuren und die damit verbundenen Probleme analysiert werden. Der Prinzipal (Auftraggeber) und der Agent (Auftragnehmer) gehen über ein Vertragsverhältnis eine Leistung ein. Es wird angenommen, dass beide Akteure eigennutzorientiert handeln und Informationen asymmetrisch verteilt sind, deshalb setzt sich die Prinzipal-Agent-Theorie mit den Verhaltensstrukturen der Akteure auseinander (Vgl. Häckl, 2010, S. 110f.). Folgende Informationsasymmetrien werden unterschieden: ex-post und ex-ante. Kann der Prinzipal die Qualität der Leistungserfüllung vor Vertragsabschluss nicht beurteilen, so ist die Rede von ex-ante Informationsasymmetrien. Hierzu zählen „hidden characteristics“, bei denen der Prinzipal bestimmte Eigenschaften des Agenten nicht kennt. Daraus resultiert die Gefahr der „adverse selection“, die auch als Negativauslese bezeichnet wird. Somit liegt ein ungewolltes Ergebnis vor, da die Akteure mit den gewünschten Eigenschaften aus dem Marktprozess ausscheiden und die mit den unerwünschten Eigenschaften verbleiben (Vgl. Killich et al., 2003, S. 62ff.). Im Gegensatz dazu kann der Prinzipal bei ex-post Informationsasymmetrien nach Vertragsabschluss nicht beurteilen, ob der Agent in seinem Sinne gehandelt hat. Demnach ist es dem Prinzipal nicht oder nur zu hohen Kontrollkosten möglich, den Agenten bei der Aufgabenerfüllung zu beobachten (hidden action). Ein weiterer Typ asymmetrischer Informationsverteilung ist „hidden information“. Hier kann der Prinzipal das Verhalten des Agenten zwar beobachten, ist jedoch aufgrund mangelnder Informationen nicht in der Lage, die Qualität der Leistungserbringung einzuschätzen. In beiden Fällen besteht die Gefahr des moralischen Risikos, des sogenannten „moral hazard“. Verfolgt der Agent Absichten, die nicht im Sinne des Prinzipals sind, so liegt „hidden intention“ vor (vgl. Welge et al., 2008, S. 52ff.).

Wird die Prinzipal-Agent-Theorie auf den Präventionssport übertragen, so liegen Informationsasymmetrien zwischen den Krankenkassen und Kursteilnehmern vor (siehe Abbildung 1).

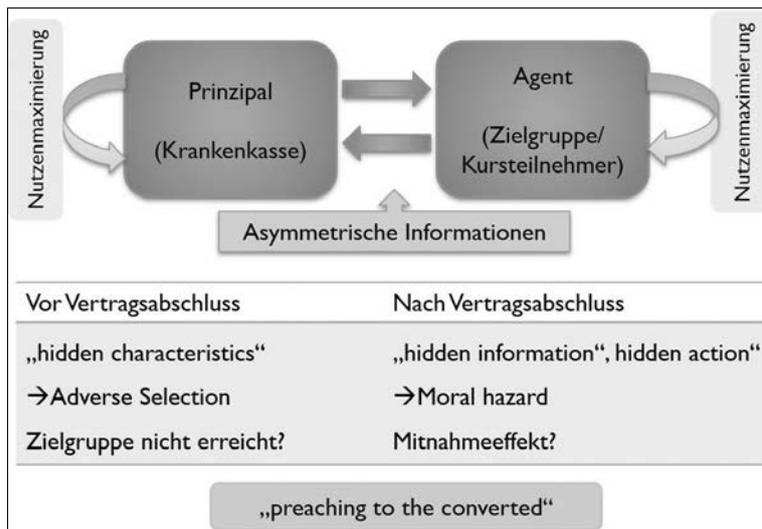


Abbildung 1. Prinzipal-Agenten-Rolle der Zielakteure sportbasierter Gesundheitsvorsorge (eigene Darstellung).

Wie Abbildung 1 zeigt, bilden die Krankenkasse den Prinzipal und die Kursteilnehmer den Agenten. Die Einschränkungen in der Kommunikation führen dazu, dass die Krankenkassen als Prinzipale nicht wissen, wer genau an den Präventionssportkursen teilnimmt, wohingegen die Personen, die mit den Programmen zur Gesundheitsförderung erreicht werden sollen, nicht wissen, dass solche GKV-geförderten Sportangebote existieren. So liegt auch eine asymmetrische Informationsverteilung der „hidden characteristics“ zwischen den Krankenkassen und den Teilnehmern vor. Gewisse Eigenschaften der Teilnehmer bleiben den Krankenkassen verborgen, da sie ihr genaues Profil nicht kennen. Hierzu zählen bspw. die soziale Schicht, Vorerkrankungen am Rücken sowie sportliche Aktivitäten. Zudem können auch „hidden information“ und „hidden action“ bei der Beziehung zwischen den Krankenkassen und Teilnehmern entstehen. Die Krankenkassen können die Handlungen der Teilnehmer nicht vollständig beobachten sowie die Qualität der Leistungserbringung bei der Kursteilnahme nicht beurteilen. Außerdem kann nicht sichergestellt werden, dass Personen nach dem Erstkurs die Übungen zur Prävention von Rückenbeschwerden auch wie gewünscht langfristig und regelmäßig in Folgekursen durchführen. Vielmehr wäre es ein Zeichen für den sogenannten Mitnahmeeffekt bei einer GKV-Bezuschussung. Zusammen mit dem Vorliegen eines Fehlanreizes bzw. einer Fehlselektion ist die Rede vom Phänomen des „preaching to the converted“. Darüber hinaus gibt es auch Teilnehmer, die dem Typ „hidden intention“ entsprechen. Damit sind die Versicherten gemeint, die das Angebot der Zuschussung nutzen, jedoch von vornherein wissen, dass sie einen Folgekurs nicht wahrnehmen werden, der über die Beitragserstattung hinaus geht und selbst zu finanzieren ist. Die Versicherten verfolgen mit dem Mitnahmeeffekt Absichten, die denen der Krankenkassen entgegenstehen.

Dabei bilden jene Personen die Kernzielgruppe der Präventionskurse, die signifikant ein höheres Risiko mit sich bringen, an Rückenschmerzen zu erleiden. Das Merkmalsprofil der

typischen Risikopersonen bzw. Rückenschmerzpatienten lässt sich laut Studien anhand von klaren Indikatoren identifizieren (Vgl. Schweikert et al., 2007; Vgl. Schneider & Schiltenwolf, 2005a & 2005b). Demnach handelt es sich überwiegend um Frauen zwischen 50 und 59 Jahren, die in Risikoberufen tätig (insbesondere körperlich schwere oder einseitige Tätigkeiten) und zumeist sozial schlechter gestellt sind sowie tendenziell einen passiven Lebensstil bevorzugen, also eher sportlich inaktiv sind. Dies stellt eine Primärprävention dar. Damit ist die Verminderung von (Teil-)Ursachen bestimmter Erkrankungen oder von Krankheit überhaupt gemeint, mit dem Ziel der Reduzierung von Eintrittswahrscheinlichkeiten oder Inzidenzraten (Vgl. Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen, 2006, S. 24). Daher sind Teilnehmer wünschenswert, die zwar anfällig für Rückenbeschwerden sind, aber noch keine Vorerkrankungen am Rücken aufweisen. Jedoch soll niemand von der Teilnahme an den Kursen ausgeschlossen werden. So können Personen jeden Alters, jeder Schicht und beider Geschlechter die Leistung in Anspruch nehmen. Es wird deutlich, dass sozial benachteiligte Personengruppen im Vergleich zu anderen sozialen Schichten stärker von Erkrankungen betroffen sind und damit eine geringere Lebenserwartung aufweisen. Speziell diese Schicht fällt in die Zielgruppe der Gesundheitsprogramme (vgl. Südtiroler Wirtschaftszeitung, 2010). Folglich müssen insbesondere diese mit den GKV-geförderten Programmen erreicht werden, um auch ihre Gesundheitschancen zu erhöhen. Mit anderen Worten gäbe es erste Anhaltspunkte für eine Anreizeffizienz der GKV-Förderung, wenn in der Tendenz das Teilnehmerprofil von Kassenpatienten in den Kursen dem beschriebenen Risikotypus entspräche. Bei signifikanten Abweichungen hiervon müsste auf eine Fehlselektion und mithin ineffiziente Anreizwirkungen geschlossen werden – es wäre also das besagte „preaching to the converted“ zu bestätigen, dass vornehmlich Personen mit einem ohnehin gesundheitsförderlichen Lebensstil an den GKV-subventionierten Maßnahmen teilnehmen (siehe auch Deitersen-Wieber & Kurscheidt, 2010). Bisherige Studien zu empirischen Zusammenhängen zwischen Präventivkursen zeigen, dass sich das Phänomen des „preaching to the converted“ bundesweit zu bestätigen scheint (vgl. Becker, Klein & Schneider, 2006; Schneider & Becker, 2005; Schneider & Schiltenwolf, 2005a & b; Kohlmann, 2001; Oddy et al., 1995; Wanek, Novak & Reime, 1998). Präventivsportkurse adressieren demnach tendenziell eher bereits für Gesundheitsvorsorge sensibilisierte bzw. ohnehin bewegungssozialisierte oder weniger einschlägig gesundheitsgefährdete Personenkreise. Dieser Befund wäre nach der Prinzipal-Agenten-Theorie (z.B. Ebers & Gotsch, 2001; Richter & Furubotn, 2003) in der Tat ein Indiz für Fehlanreize und -selektion verbunden mit möglichen Mitnahmeeffekten bei einer GKV-Bezuschussung. Abgesehen vom bürokratischen Aufwand und Mitnahmeeffekten scheint hierfür insbesondere ursächlich, dass die sportfernen Zielgruppen, bei denen die Programme die höchste gesundheitspolitische Produktivität entfalten würden, nicht im intendierten Maße erreicht werden. Aus institutionenökonomischer Sicht liegen offenbar Infor-

mationshemmnisse zwischen den Akteuren vor, welche wiederum in agenturtheoretischer Auslegung auf die bekannten negativen Wirkungen von Informationsasymmetrien auf individuelle Anreize (moral hazard) sowie unerwünschte (Selbst-)Auswahlprozesse (Präselektion, adverse selection) schließen lassen. In diesem Beitrag soll die Struktur jener Anreiz- und Selektionsprobleme von Präventivsportangeboten akteurstheoretisch sowie primärem empirisch anhand von Rückenprogrammen in institutionenökonomischer Perspektive analysiert werden, so dass sich Typologien der Akteursbeziehungen und daraus abgeleiteten Lösungsstrategien identifizieren lassen. Damit stellt die Studie eine mikroanalytische Vertiefung vorhandener Arbeiten (u.a. Schöffski, 2007) jenseits psychologischer Erklärungen (z.B. Vorsatzrealisation) dar. Das Augenmerk liegt demnach vereinfachend auf der finanziellen Anreizsetzung der GKV hinsichtlich der Kursteilnahme. Nach den üblichen Selektionsthesen der Prinzipal-Agenten-Theorie (vgl. Ebers & Gotsch, 2001; Richter & Furubotn, 2003) läge ein Fehlanreiz bzw. Negativselektion (adverse selection) dann vor, wenn die gesundheitspolitischen Zielgruppen mit den Vorsorgeprogrammen systematisch nicht erreicht und gleichzeitig bei bedeutsamen Mitnahmeeffekten, bzw. einem individuell moralischen Fehlverhalten (moral hazard), die gesellschaftspolitischen Zielgruppen der Präventionskurse verfehlt würden.

Untersuchungsmethodik der empirischen Erhebung in GKV-geförderten Rückenkursen

Da die primärem empirische Erhebung das Entdecken neuer Erkenntnisse zu möglichen Anreiz- und Selektionsproblemen angestrebt hat, folgte die Untersuchung einem explorativen Ansatz und wurde mittels schriftlicher Befragung durchgeführt. Dafür wurden Kursteilnehmer von präventiven Rückensportkursen im Berliner Stadtteil Charlottenburg-Wilmersdorf befragt. Sie fand in vier unterschiedlichen Institutionen im Berliner Stadtbezirk Charlottenburg-Wilmersdorf statt (Studio 90 Fitnesslounge, Sport-Club Charlottenburg e.V. (SCC), Volkshochschule City West (VHS CW), Krankengymnastik-Praxis Susanne Piekara).

Die durchgeführte Datenerhebung erfolgte bei allen Kursteilnehmern in schriftlicher Form unter Verwendung eines Fragebogens. Dieser erstreckte sich über drei DIN-A4 Seiten und ließ sich thematisch in drei Bereiche untergliedern: Fragen zum Kurs und der Teilnahmeentscheidung, dem Gesundheitszustand und den persönlichen Angaben bzw. dem sozioökonomischen Hintergrund der Teilnehmer (N = 48). Insgesamt bestand er aus 32 offenen und geschlossenen Fragen, darunter auch Filterfragen. Die geschlossenen Fragen waren zum Teil Entscheidungsfragen (mit einer Ja/Nein-Antwort). Bei einigen Fragen gab es mehr als zwei Wahlmöglichkeiten zum Ankreuzen. Außerdem wurde das monatliche Nettoeinkommen anhand einer Eingruppierungsfrage ermittelt, indem sich die Teilnehmer einem bestimmten Bereich einordneten. Daraus konnten 20 Variablen für die weitere Auswertung generiert werden. Der Zeitraum der Datenerhebung betrug drei Wochen im April und Mai

2015. Die Fragebögen wurden zur eigenständigen Bearbeitung an die Kursteilnehmer überreicht. Von den 48 ausgeteilten Fragebögen wurden 42 ausgefüllt abgegeben, dies entspricht einer Rücklaufquote von 87,5%. Somit wurden 42 Fragebögen als vollständig sowie valide angesehen und konnten in die Auswertung eingehen (im Anhang befindet sich eine Übersicht der Stichprobenbeschreibung).

Die Auswahl für die Stichprobe erfolgte insofern willkürlich, dass die vier Institutionen in Charlottenburg-Wilmersdorf gezielt kontaktiert wurden. Es wurden vor Ort jedoch keine speziellen Kursteilnehmer für die Befragung auserwählt, sondern stets alle anwesenden Teilnehmer befragt. Gemäß diesem methodischen Zugang soll im Weiteren zunächst entlang einer explorativen Stichprobenbeschreibung und bivariaten Auswertungen die Selektionsproblematik im erhobenen Datensatz deskriptiv geprüft werden.

Ergebnisse und Diskussion

Die vorläufigen deskriptiven Ergebnisse aus der ersten Erhebungswelle (N = 42) deuten auf eine Bestätigung der adversen Selektionsthese hin: Die Befragten sind im Durchschnitt 56,4 Jahre alt, gehören überwiegend höheren Bildungsschichten an und haben zu 72,2% bereits Vorerkrankungen im Rückenbereich. Sozial schwächere Personen sind in den präventiven Rückensportkursen unterrepräsentiert. 64% der Befragten verfügen über einen höheren Bildungsabschluss (Abitur oder Hochschulabschluss). Das durchschnittliche Einkommen liegt mit mehr als 1.500 € netto im mittleren Einkommensbereich. Zudem gaben die Teilnehmer bei der Frage über ihre Nationalität überwiegend deutsch an (89%). Nur 11% haben einen Migrationshintergrund. Mit 75% ist die überwiegende Zahl der Teilnehmer weiblich (vgl. Anhang 1). Im Weiteren weist die Altersverteilung eine große Streuung auf (19 bis 79 Jahre) und damit gleichzeitig auf eine mögliche Negativselektion hin. Ebenso untermauert diesen Befund, dass 86% der Teilnehmer sportlich aktiv sind und regelmäßig Sport treiben.

Die Ergebnisse zeigen, dass der aktuelle Kurs für 80,6% der Befragten kein Erstkurs mehr ist. Zudem haben 97,2% der Befragten die Absicht, auch im Anschluss einen weiteren Kurs zu besuchen. Dies zeigt, dass die Teilnehmer eine langfristige Bindung an den Gesundheitssport haben. Zudem spricht die Absicht zur Teilnahme an einem Folgekurs für eine geringe Drop-Out-Quote. Dadurch werden eine nachhaltige Gesundheitsförderung umgesetzt und deren Kernziele erreicht.

Für wenige – knapp ein Fünftel der Befragten – ist der aktuelle Kurs der Erste. Da unter diesen erstmalig Teilnehmenden auch jene Versicherte vorzufinden sind, die die Förderungsleistung der Krankenkasse aktuell in Anspruch nehmen und gleichzeitig bereit sind einen Folgekurs abzuschließen, lässt sich positiv auf die Wirkung des GKV-geförderten Programms rückschließen. Positiv zu bewerten ist hierbei, dass die Versicherten darüber informiert sind, dass es solche Kurse gibt. Die Zahl der Personen, die den Kurs zum ersten

Mal belegen und gleichzeitig krankenkassenunterstützt werden, könnte jedoch noch höher ausfallen, um einen eindeutigeren Hinweis dafür zu bekommen, dass für die Teilnehmer die GKV-Bezuschussung einen Anreiz für den Einstieg in den Gesundheitssport darstellte.

Die Bereitschaft zur Privatfinanzierung des Folgekurses beträgt von 35 Befragten 85,7%. Die Untersuchung in Charlottenburg-Wilmersdorf hat gezeigt, dass eine langfristige Bindung an gesundheitssportliche Aktivität im Interesse der Teilnehmer ist. Für etwa die Hälfte der Teilnehmer werden die Kurse krankenkassenunterstützt. Somit werden die Teilnehmer durch die Zuschussung für den aktuellen Kurs gewonnen und sind anschließend bereit, an einem Folgekurs auch ohne erneute GKV-Bezuschussung teilzunehmen. Damit wird ein positiver Anreiz geschaffen, welcher aus finanzieller Sicht einen Vorteil für das Gesundheitssystem darstellt. Dementsprechend würden nur 14,3% einen weiteren Kurs nicht besuchen, sofern kein Zuschuss von der Krankenkasse erfolgt. Dieses Ergebnis verdeutlicht, dass die Teilnehmer bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren. Da die Ergebnisse auf ein eher höheres Bildungs- und Einkommensniveau hinweisen, befinden sich in den Rückensportkursen eher Personen, für die eine finanzielle Förderung keine grundlegende Voraussetzung für eine Teilnahme an den Kursangeboten ist.

Zum Zeitpunkt der Befragung wurde der Kurs für die Hälfte der Teilnehmer von der Krankenkasse bezuschusst, die andere Hälfte finanzierte ihn in voller Höhe selbst. Zum einen zeigt sich damit, dass sich die Ausgabebereitschaft in die eigene Gesundheit in der Bevölkerung insgesamt erhöht hat und den Befund aktueller Studien festigt, dass private Ausgaben im Gesundheitswesen am stärksten wachsen (vgl. Statistisches Bundesamt Deutschland, 2015). So geben die Deutschen für Gesundheitsleistungen zusätzlich zur Krankenversicherung jährlich rund 900 Euro aus, was im Jahr insgesamt ca. 60 Mrd. Euro ausmacht (ebd.). Darüber hinaus wird prognostiziert, dass die Deutschen bereit sind, künftig noch mehr Geld für ihre Gesundheit auszugeben. Zum anderen fällt auf, dass es überwiegend die einkommensstarken Kursteilnehmer sind, die für den Kurs selbst aufkommen. Dies betrifft 72,2% der Befragten mit einem monatlichen Nettoeinkommen von mehr als 1.500 €. Es ist demnach davon auszugehen, dass die Förderung der Krankenkasse teils gesellschaftlich schlechter gestellte Personen in die Kurse bringt, die ohne Subvention wohl nicht teilnähmen und zumeist weniger gesundheitsorientiert leben würden. 16,7% der Befragten geben an, zwischen 401 bis 1.000 Euro monatlich zu verdienen. Immerhin noch 5,6% lässt sich der untersten Einkommensgruppe (bis 400 Euro pro Monat) zuordnen. Die Erfahrung des Kursbesuchs mag dann einen größeren Erkenntniseffekt und damit stärkeren Anreiz zur Folgeteilnahme auslösen.

Wie in Abbildung 2 zu sehen, gaben die Befragten verschiedene Gründe für die Belegung des Kurses an.



Abbildung 2. Gründe für den Kursbesuch (eigene Darstellung).

Etwa die Hälfte der Teilnehmer (47,2%) kommt aufgrund von Schmerzen. Im Gegensatz dazu nutzen 27,8% der Befragten den Kurs aus Prophylaxe-Gründen. Zudem kommen 13,9% der Teilnehmer auf Empfehlung des Arztes und die Minderheit (11,1%) gibt an, den Kurs aus Spaß zu belegen.

Auf den ersten Blick scheinen demnach Personen Angebote der Primärprävention wahrzunehmen, die eher tertiärpräventive oder rehabilitative Maßnahmen besuchen sollten. Die generell uneinheitliche Bestimmung des Präventionsbegriffs, nicht deutlich abgegrenzte Zugangsbedingungen für Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen seitens der gesetzlichen Krankenversicherung und damit eine fehlgeleitete Zielgruppenbestimmung können als Ursachen für diesen Befund angeführt werden (Glaeske et al., 2003).

Wird der Gesundheitszustand der Teilnehmer genauer betrachtet, so fällt auf, dass mit 72,2% die Mehrheit der Befragten bereits an Vorerkrankungen im Rückenbereich leidet. Unter den Personen, die Schmerzen als Grund für die Kursbelegung angaben, haben 94,1% bereits Vorerkrankungen im Rückenbereich. Bei den Befragten, die prophylaktisch am Kurs teilnehmen, bejahen immerhin noch 30% die Frage zu Vorerkrankungen und auch alle Teilnehmer (13,9%), die den Kurs aufgrund einer Arztempfehlung besuchen, weisen im Rückenbereich Vorerkrankungen auf. Dabei hat jeder dieser vorerkrankten Personen das Gefühl, dass sich seine Rückenschmerzen durch die Kursteilnahme verbessern, was wiederum für einen Mitnahmeeffekt von Seiten der Kursteilnehmer spricht. Für die Befragten sind die besuchten Kurse zudem überwiegend keine Erstkurse mehr. Viele Teilnehmer nehmen die finanzielle Unterstützungsleistung der GKV in Anspruch. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass dennoch viele Personen ohne die Subventionierung nicht an den Kursen teilnehmen würden. Es ist somit davon auszugehen, dass mit dem Bezuschussungs-

Programm ein positiver Anreiz zur Teilnahme geschaffen wird. Allerdings lässt sich bestätigen, dass die Präventionssportkurse tendenziell eher von bereits für Gesundheitsvorsorge sensibilisierten bzw. ohnehin bewegungssozialisierten oder weniger gesundheitsgefährdeten Personen wahrgenommen werden, womit sich das „preaching to the converted“ bestätigt. Nach der Prinzipal-Agent-Theorie ist dieser Befund ein Hinweis für Fehlanreize und Negativselektion, verbunden mit möglichen Mitnahmeeffekten bei einer GKV-Bezuschussung. Einerseits scheint es, als würden nicht alle gewünschten Personen mit dem GKV-Bezuschussungs-Programm erreicht werden, wodurch die Folgekosten der krankheitsanfälligen unteren Sozialschicht nicht eingespart werden können und die Investition zunächst nicht absolut lukrativ erscheint. Andererseits sprechen die geringe Drop-Out-Quote sowie das Vorfinden der Zielgruppe in den Rückenkursen gegen eine Fehlinvestition. Da nur vereinzelt Aspekte auf eine Fehlselektion hindeuten und nicht ausreichend klare Nachweise vorliegen, kann das Phänomen des „preaching to the converted“ nicht vollends bestätigt werden. Vielmehr lassen sich auch positive Wirkungen feststellen, wie z.B. das Erreichen der Kernziele der Gesundheitsförderung. Hier vermag eine weiterführende inferenzstatistische Auswertung der Anreizwirkung einer GKV-Förderung auf den Erstbesuch die beschreibenden Selektionsbefunde zu vertiefen.

Auch wird die mit einem Präventionskurs durch Sport und Bewegung anvisierte Altersgruppe der typischen Risikopersonen erreicht und die Zielgruppe ist prinzipiell zu finden, da gut ein Drittel der Befragten zwischen 51 und 59 Jahre alt ist. Wird die definierte Zielgruppe tatsächlich angesprochen, können präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen am besten wirksam und damit die gesundheitspolitischen Ziele erreicht werden. Die Wahrscheinlichkeit, den Rückenkurs tatsächlich aus Gründen der Vorbeugung zu belegen, würde steigen, wenn die 40 bis 49-Jährigen in die Zielgruppe mit aufgenommen werden. Hier ist die Wahrscheinlichkeit für bereits vorhandene Beschwerden noch etwas geringer.

Ein erster Hinweis auf eine zielgruppenspezifische Anreizsetzung ist ebenso, dass 75% der Befragten weiblich sind. Eine weitere Zielgruppe der Präventionskurse bilden auch Personen mit Migrationshintergrund. Sie sind in Präventionsprogrammen typischerweise unterrepräsentiert. Allerdings gelingt es mittlerweile zunehmend, über Angebote in spezifischen Settings auch dieser Zielgruppe den Zugang zur Gesundheitsvorsorge zu erleichtern (vgl. AG & MDS, 2008). Entgegen der Tatsache, dass es sich bei Migranten häufig um sozial benachteiligte Personengruppen handelt, sind alle der im Rahmen dieser Befragung kontaktierten Migranten sozial besser gestellt. Dies liegt daran, dass die Befragung in einem der einkommensstärksten Berliner Stadtbezirke durchgeführt wurde (vgl. Statistik Berlin und Brandenburg, 2016). Der Datensatz wäre demzufolge im Weiteren auf andere Berliner Bezirke auszuweiten, da zu vermuten ist, dass in anderen Berliner Bezirken gegebenenfalls abweichende Ergebnisse zustande gekommen.

Abschließend stellt sich die Frage, ob GKV-geförderte Rückenurse eine rentable Investition sind. Dagegen spricht, dass es wenig sozial schwache bzw. krankheitsanfällige Teilnehmer gibt, weshalb deren Krankheitsfolgekosten nicht reduziert werden können. Für eine rentable Investition spricht jedoch die geringe Drop-Out-Quote bzw. lange Bindung der Teilnehmer an den Rückenkurs. Zudem wird grundsätzlich die Zielgruppe angesprochen. Weiterhin hat jeder der vorerkrankten Personen das Gefühl, dass sich seine Rückenschmerzen durch die Kursteilnahme verbessern.

Handlungsempfehlungen

Mit den angebotenen Kursen werden nicht nur die Kernzielgruppe angesprochen, sondern auch andere Personen, die zum Teil bereits vorerkrankt sind. Dies stellt grundsätzlich kein Problem dar, jedoch sollten eventuell entsprechende Änderungen des §20 SGB V vorgenommen werden, um einen Fehlanreiz auszuschließen. Das könnte mithilfe einer gezielten Steuerung durch die Krankenkassen erfolgen, indem sie die gesundheitsorientierten Kurse zunächst in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention einteilen. Hierfür müsste jedoch definiert werden, was unter den einzelnen Präventionsstufen zu verstehen ist. Anschließend sollte geklärt werden, welche Person welchem Kurs zugeordnet wird. Hinzu kommt auch die hohe Folgekursabsicht der Teilnehmer. Somit wäre es sinnvoll, die Kurse nach Präventionsstufen abzugrenzen, damit eine hohe Effizienz der Sportangebote gewährleistet wird. Entscheidend ist jedoch, dass präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen am besten wirken und damit die gesundheitspolitischen Ziele erreicht werden, wenn die definierte Zielgruppe tatsächlich angesprochen wird.

Die Mehrheit der Befragten ist zwischen 51 und 59 Jahre alt und das konkrete Durchschnittsalter beträgt 56,42 Jahre. Die eingangs definierte Kernzielgruppe mit einer Altersspanne von 50 bis 59 Jahren wird hier also sehr gut angesprochen. Vor dem Hintergrund, dass in diesem Alter schon oft Schmerzen und Erkrankungen im Rückenbereich vorliegen, könnte man auch die 40 bis 49-Jährigen in die Zielgruppe mit aufnehmen. In diesem Alter ist die Wahrscheinlichkeit für bereits vorhandene Beschwerden geringer. Damit steigt auch die Wahrscheinlichkeit, den Rückenkurs tatsächlich aus Gründen der Vorbeugung zu belegen. Betrachtet man die Altersspanne von 41 bis 59 Jahren so lassen sich über 50% der Teilnehmer in die gewünschte Gruppe einordnen. Die Ergebnisse sprechen hier deutlich gegen einen Fehlanreiz bzw. eine Fehlselektion. Unterstellt man, dass in einem Alter ab 60 Jahren deutlich häufiger Vorerkrankungen vorliegen als im jüngeren Alter und betrachtet man die verhältnismäßig große Zahl der über 60-jährigen Teilnehmer (38,9%), so lässt sich die Überlegung anstellen, dass für z.B. diese Personen Kurse zur Sekundär- und Tertiärprävention sinnvoller wären.

Gleichzeitig kann durch eine Differenzierung der Präventionsangebote ein höheres Qualitätsniveau bei den Sportangeboten zur Prävention von Rückenbeschwerden erreicht wer-

den. Die Unterteilung der Kurse in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention könnte dazu führen, dass ein individuelles, auf den Bedürfnissen der Teilnehmer angepasstes Training stattfinden kann.

Zur Zielgruppe der Präventionskurse gehören auch Personen mit Migrationshintergrund. Es ist positiv zu bewerten, dass diese Zielgruppe unter den Teilnehmer vorzufinden ist. Der Anteil an Personen mit Migrationshintergrund könnte sogar noch erhöht werden. Um die Anzahl der Migranten zu erhöhen, sollten Maßnahmen von Seiten der Krankenversicherungen getroffen werden, sodass verstärkt die niedrigere Bildungsschicht über das Vorhandensein solcher Präventionskurse informiert wird. Hierfür wäre es sinnvoll, v.a. in Problembezirken wie Neukölln oder Marzahn, intensive Werbung zu betreiben. Dadurch werden die dort anzutreffenden sozial benachteiligten Personengruppen aufmerksam gemacht und könnten einerseits für das Thema Gesundheitsvorsorge sensibilisiert und andererseits auch zur Teilnahme motiviert werden. Allerdings kann dies nur erfolgen, wenn Präventionskurse in den entsprechenden Regionen auch angeboten werden.

Darüber hinaus könnten die Rollen der Prinzipal-Agent-Beziehung getauscht werden, sodass anstelle des Agenten die Krankenkasse als Prinzipal entscheidet, welchen Kurs der Agent besucht. Dafür benötigt die Krankenkasse jedoch genügend Informationen über den Versicherten. Um an diese Informationen zu gelangen, könnten die Versicherten, die die Teilnahme an einem Kurs beabsichtigen, ein Formular ausfüllen, das bspw. Auskunft über Beruf, Sportaktivität und Schmerzen gibt. Die Kriterien ermöglichen der Krankenkasse, die Personen den vordefinierten Kursen zuzuordnen. Außerdem würde eine stärkere Vernetzung der GKV mit Ärzten dazu führen, dass sich mithilfe ärztlicher Eingangs- und Folgeuntersuchungen der Erfolg der Gesundheitssportkurse überprüfen ließe und damit Rückschlüsse auf die Nachhaltigkeit gezogen werden können.

Eine weitere Möglichkeit wäre bspw. die Reduzierung der Höhe des Zuschusses pro Kurs seitens der Krankenkassen. Stattdessen könnten mehr Kurse im Jahr finanziell unterstützt werden, um dadurch einen Anreiz für die Belegung von mehreren Folgekursen zu schaffen. Demnach könnten z.B. fünf Kurse beliebiger Sportart mit je 30 Euro bezuschusst werden, statt wie bisher zwei Kurse pro Beitragsjahr mit je 75 Euro. Aufgrund des großen Interesses an Folgekursen wäre es denkbar, die jährliche Bezuschussung nicht auf zwei thematisch unterschiedliche Kurse zu beschränken, sondern zwei Rückenurse pro Beitragsjahr durch die Krankenkasse zu unterstützen. Dies wäre vor allem für jene Teilnehmer relevant, die eine Folgekursbelegung nur unter Voraussetzung einer GKV-Bezuschussung beabsichtigen.

Es lässt sich zusammenfassen, dass Programme zur Gesundheitsförderung prinzipiell beibehalten werden sollten, jedoch gewisse Veränderungen sinnvoll erscheinen.

Fazit

Das vorliegende Diskussionspapier thematisiert Anreiz- und Selektionsprobleme im Präventivsport in einer institutionenökonomischen Perspektive. Demnach liegen Informationshemmnisse zwischen den beteiligten Akteuren vor, welche auf Fehlselektion und Mitnahmeeffekte schließen lassen. Diese Theorie lässt sich auf den Gesundheitssport übertragen. So kann die Selektionsproblematik mithilfe der durchgeführten empirischen Analyse und Evaluation GKV-geförderter Sportangebote zur Prävention von Rückenbeschwerden geprüft werden. Zwar lieferte die deskriptive Analyse gewisse Anhaltspunkte für Negativselektion und mögliche Mitnahmeeffekte vornehmlich hinsichtlich Sportaktivität, sozialer Schicht und Gesundheitszustand. Doch obwohl die Ergebnisse zunächst auf eine Negativauslese hindeuten, ist generell eine große Überschneidung mit der Kernzielgruppe festzustellen. So entspricht das Profil der Teilnehmer in den Kursen überwiegend dem beschriebenen Risikotypus. Folglich kann nicht nur auf eine Fehlselektion bzw. ineffiziente Anreizwirkung geschlossen werden, sodass das Phänomen des „preaching to the converted“ in einer weiterführenden inferenzstatistischen Analyse noch genauer untersucht werden müsste. Zumindest lässt sich die These relativieren, vielleicht auch gänzlich neu beleuchten. Denn nach den theoretischen Überlegungen sowie deskriptiven Ergebnissen dieser Untersuchung erscheint das Phänomen durch gesundheitspolitische Fehlzuweisungen eher ein strukturelles (siehe dazu auch Deitersen-Wieber & Kurscheidt, 2010). Solange etwa die Abgrenzungen zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention sowie Rehabilitation in der Praxis diffus bleiben, resultiert daraus (vermutliche) Fehlselektion je nach Auslegung. Die Tatsache, dass nicht nur die Kernzielgruppe mit den Kursen erreicht wird, sondern auch andere Personengruppen, zeigt, dass die Gesundheitsförderungsziele realisiert werden, da auch die Folgekursabsichten groß sind. Die GKV-geförderten Sportangebote zur Prävention von Rückenbeschwerden lohnen sich, deshalb ist von einer erfolgreichen Nutzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen auszugehen. Aufgrund der daraus resultierenden Krankheitsverringerung könnten Senkungspotentiale der anfallenden Kosten im Gesundheitssystem realisiert werden. Daher wird die anfangs getätigte Annahme, dass es sich bei den Präventionsprogrammen um eine ineffiziente Investition in die Gesundheitsförderung handeln könnte, nicht bestätigt. Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die aufgezeigten Handlungsempfehlungen im Gesundheitssystem zusätzlich realisiert werden sollten. Zusammen mit den bisherigen positiv bewerteten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung wird die Bedeutung der Prävention als eine Säule im Gesundheitssystem zukünftig sicherlich weiter zunehmen. Von der aktuell anstehenden Erweiterung der Stichprobe sowie detaillierten inferenzstatistischen Auswertungen sind daher noch weitere belastbare empirische Einsichten und fruchtbare Handlungshinweise zu erwarten.

Anhang

Erstkurs	Ja	Nein					
	19,4 %	80,6 %					
Folgekursabsicht	Ja	Nein					
	97,2%	2,8%					
Bereitschaft private Finanzierung Folgekurs	Ja	Nein					
	85,7%	14,3%					
GKV-gefördert	Ja	Nein					
	50%	50%					
Gründe	Schmerzen	Prophylaktisch	Arzt Empfehlung	Spaß			
	47,2%	27,8%	13,9%	11,1%			
Vorerkrankungen	Ja	Nein					
	72,2%	27,8%					
Verbesserung Beschwerden	Ja	Nein					
	100%	0%					
Sportlich aktiv	Ja	Nein					
	86,1%	13,9%					
nominale Altersverteilung	19-29 J.	30-40 J.	41-50 J.	51-59 J.	60-69 J.	70-79 J.	Ø
	5,5%	2,8%	19,5%	33,3%	27,8%	11,1%	56,42 J.
Geschlecht	Männlich	Weiblich					
	25%	75%					
Nationalität	Deutsch	Nicht Deutsch					
	88,9%	11,1%					
Schulabschluss	Haupt-/ Volksschule	Mittlere Reife	Abitur	Fachhochschulabschluss			
	13,9%	22,2%	58,3%	5,6%			
Einkommen (€/Monat)	bis 400	401-1000	1001-1500	1501-2000	>2000		
	5,6%	16,7%	30,6%	13,9%	33,3%		

Tabelle 1. Stichprobenbeschreibung (eigene Darstellung).

Literature

- Arbeitsgemeinschaft (AG) der Spitzenverbände der Krankenkassen in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Dienst der Spitzenverbände e.V. (MDS) (2008). Präventionsbericht 2007. (Dokumentation von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung. Berichtsjahr 2006). Köln.
- Becker, S., Klein, T. & Schneider, S. (2006). Sportaktivität in Deutschland im 10 Jahres-Vergleich: Veränderungen und soziale Unterschiede. Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin, 57 (9), 226-232.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2013. baua.de. 2015. Web. Zuletzt abgerufen am: 02.03.2016.).
- Bundesärztekammer (2010). Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern: Bedeutung der Prävention. Zugriff am 04. Dezember 2014 unter: <http://www.bundes-aerzt-ekammer.de/page.asp?his=1.117>
- Deitersen-Wieber, A. & Kurscheidt, M. (2010). Anreiz- und Selektionsprobleme im Präventivsport: Eine empirische Analyse GKV-geförderter Sportangebote zur Prävention von Rückenbeschwerden. In R. S. Kähler & S. Schröder (Hrsg.), Ökonomische Perspektiven von Sport und Gesundheit, (Arbeitskreis) Sportökonomie e.V.. Band 11 (S. 147-161). Schorndorf: Hofmann-Verlag.
- Ebers, M. & Gotsch, W. (2001). Institutionenökonomische Theorien der Organisation. In A. Kieser (Hrsg.), Organisationstheorien (4. Aufl.) (S. 199-251). Stuttgart u.a.: Kohlhammer.
- Glaeske, G. et al. (2003). Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Friedrich Ebert Stiftung, Bonn.
- GKV Spitzenverband (15. April 2016). Zahlen und Grafiken. Zugriff am 08. Juni 2016 unter https://www.gkv-spitzenverband.de/presse/zahlen_und_grafiken/zahlen_und_grafiken.jsp#lightbox
- Häckl, D. (2010). Neue Technologien im Gesundheitswesen: Rahmenbedingungen und Akteure. Wiesbaden: Gabler.
- Killich, S. & Luczak, H. (2003). Unternehmenskooperation für kleine und mittelständische Unternehmen. Lösungen für die Praxis. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag.
- Kohlmann, T. (2001). Bevölkerungsbezogene Epidemiologie am Beispiel chronischer Rückenschmerzen. In I. Jurna & M. Zenz (Hrsg.), Lehrbuch der Schmerztherapie (S. 221-229). Stuttgart: Wiss. Verlagsges.
- Kuhnert, M. (2008). Die Zukunft des Präventionsgesetzes: § 20 auf (politischem) Schlingerkurs. body LIFE, 11/08, Special zur Medica, 22-25.
- Marburger, H. (2007). SGB V Gesetzliche Krankenversicherung: §1 Solidarität und Eigenverantwortung. Regensburg: Walhaller Rechtshilfen.
- Oddy, W. H. et al. (1995). Epidemiological Measures of Participation in Community Health Promotion Projects. International Journal of Epidemiology, 24, 1013-1021.
- Richter, R. & Furubotn, E. G. (2003). Neue Institutionenökonomik: Eine Einführung und kritische Würdigung (3. Aufl.). Tübingen: Mohr Siebeck.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2002). Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachverständigenrat zur Entwicklung im Gesundheitswesen (2006). Koordination und Qualität im Gesundheitswesen. Gutachten 2005 - Kurzfassung. Stuttgart.
- Schneider, S. & Becker, S. (2005). Sportaktivität in Deutschland – Ergebnisse des Bundesgesundheitsurvey zu sozialmedizinischen Korrelaten der Verhaltensprävention. Arbeitsmedizin.Sozialmedizin.Umweltmedizin, 40 (11), 596-605.
- Schneider, S. & Schiltenswolf, M. (2005a). Nutzerstruktur und Korrelate der Teilnahme an Rückenschulen: Eine repräsentative Studie an der bundesdeutschen erwerbstätigen Bevölkerung. Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 50 (2), 95-106.

- Schneider, S. & Schiltenswolf, M. (2005b). „Preaching to the converted“ – Über- und Unterversorgung in der Schmerzprävention am Beispiel bundesdeutscher Rückenschulen. *Der Schmerz*, 19 (5), 477-488.
- Schöffski, O. (Hrsg.). (2007). *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, 3. Aufl., Berlin: Springer.
- Schweikert, B.; Wenig, C.; Schmidt, C. O. & Kohlmann, T. (2007). Analyse der Krankheitskosten in Deutschland. Vortrag (Abstract: *Der Schmerz*, 21 Suppl 1, 46-47), Deutscher Schmerzkongress 2007, Berlin, 24.-27. Oktober 2007.
- Statistik Berlin Brandenburg (15. Februar 2016). *Regionaler Sozialbericht Berlin und Brandenburg 2015*. Zugriff am 20. Juni 2016 unter: https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/home/pdf/SP_Sozialbericht-000-000_DE_2015_BBB.pdf
- Statistisches Bundesamt Deutschland (2015). *Gesundheitsausgaben im Jahr 2013 bei 314,9 Milliarden Euro* Pressemitteilung Nr. 132 vom 14. April 2015. Zugriff am 07. Juni 2016 unter https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilung/en/2015/04/PD15_132_23611.html
- SWZ - Südtiroler Wirtschaftszeitung (2010). *Die Reichen leben länger*. Zugriff am 10. Januar 2015 unter http://www.social.bz.it/pressarchive.php?art_id=63834
- Techniker Krankenkasse (TK) (13. April 2016). *Beweg dich Deutschland! TK-Bewegungsstudie 2016*. Zugriff am 10. Juni 2016 unter: <https://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/819848/Datei/163832/TK-Bewegungsstudie-2016-Beweg-dich-Deutschland.pdf>
- Walter, U., Drupp, M. & Schwartz, F. W. (Hrsg.). (2002). *Prävention durch Krankenkassen: Zielgruppen, Zugangswege, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit*. Weinheim: Juventa.
- Wanek, V., Novak, P. & Reime, B. (1998). *Bedarfsgerechtigkeit der Inanspruchnahme betrieblicher Gesundheitsförderung zur Reduktion von Rückenschmerzen? Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung in der Metallindustrie*. *Das Gesundheitswesen*, 60 (12), 729-737.
- Welge, M. K. & Al Laham, A. (2008). *Strategisches Management. Grundlagen - Prozess – Implementierung*, 5. Auflage. Wiesbaden: Gabler Verlag.
- World Health Organisation (WHO) (2003). *Health and Development Through Physical Activity and Sport*. Geneva.

HWTK Discussion Paper Series:

- 2016/3 Mielke, Gabriele (2016). Anreiz- und Selektionsprobleme im Gesundheitssport.
- 2016/2 Klee, Christoph/Arnold, Christian (2016). Artificielle Verkaufsagenturen: Eine Kompetenzanalyse.
- 2016/1 Schultz, Christian (2016). Teammatching für Gründerteams.
- 2015/2 Sangmeister, Hartmut (2015). Das „normative Projekt des Westens“ und die globale Proliferation von Krisen.
- 2015/1 Mielke, Gabriele (2015). Event-Legacies: Eine Analyse der Auswirkungen von Public Viewing Events anlässlich der Fußball-Weltmeisterschaft 2014 für die Stadt Berlin.