

## WIP-Information 2/2008

Unser neu geschaffener Newsletter hat von Beginn an eine große Resonanz gefunden. Wir freuen uns darüber und sehen es vor allem als Ansporn für unsere Arbeit.

Dieses Mal steht unsere neue Studie „Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung“ (S. 2) im Vordergrund. Wir wollen damit einen Diskussionsbeitrag leisten, denn die Debatte über die Notwendigkeit einer Kapitaldeckung in der Pflegeversicherung anstelle der Umlagefinanzierung wird spätestens in der nächsten Legislaturperiode weitergehen. In diesem Zusammenhang ist wiederholt auch der Vorschlag einer Teilkapitaldeckung gemacht worden, für den es bisher jedoch keine zufriedenstellende theoretische Fundierung gab. Auch die Vor- und Nachteile eines solchen Verfahrens wurden bisher nicht systematisch herausgearbeitet und die Konsequenzen unter den aktuellen deutschen Rahmenbedingungen nicht entsprechend dargestellt. Diese Lücke wollen wir mit unserer Studie schließen.

Weitere Beiträge aus dem WIP gibt es zu den Themen „Arzneimittelversorgung mit Insulinen“ (S. 3) und „Leistungsausgaben und Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006“ (S. 4).

Außerdem werfen wir wieder einen Blick in die gesundheitsökonomische Forschung zu den Themen:

<b>Gesundheitssystem</b>	<b>S. 5-6</b>
<b>Pflegeversicherung</b>	<b>S. 6</b>
<b>Epidemiologie</b>	<b>S. 7</b>
<b>Arzneimittel</b>	<b>S. 7</b>
<b>Prävention</b>	<b>S. 8</b>

# Neues aus dem WIP

## ***Teilkapitaldeckung als Finanzierungsmodell am Beispiel der Pflegeversicherung, Frank Niehaus und Christian Weber, WIP-Projektpapier, 2008***

In der Studie werden zunächst die Funktionsweise der Pflegeversicherung als Umlageverfahren und die daraus resultierenden Probleme im Zuge des demographischen Wandels dargestellt. Auf Grundlage der eingehenden Analyse wird ein Finanzierungsverfahren neu vorgestellt, welches das entscheidende Problem des Umlageverfahrens im Zuge des demographischen Wandels löst.

Unter den derzeitigen demographischen Veränderungen führt die Umlagefinanzierung zu einer Ungleichbelastung der Generationen. Heute ältere Generationen, die bisher wenig in die Pflegeversicherung einbezahlt haben, profitieren von der Umlage, wogegen die jungen und nachwachsenden Generationen eine größere Finanzierungslast zu tragen haben werden.

Nach diesen theoretischen Darstellungen wird ein Maßstab eingeführt, der die Belastung möglicher Finanzierungsverfahren einer Pflegeversicherung auf unterschiedliche Generationen bewertet. Es wird so ermittelt, ob das bestehende Umlageverfahren dem Gebot eines „fairen Generationenvertrags“ entspricht. Nach diesem Konzept besteht Fairness, wenn sich für jede Generation aus einer umlagefinanzierten Versicherung dasselbe Verhältnis von Ertrag zu Kosten (bzw. Beiträgen) ergibt. Jede Abweichung davon ist eine Bevorzugung einer Generation zulasten einer anderen Generation.

Im Weiteren wird schließlich ein Finanzierungsverfahren vorgestellt, welches dem Gebot eines „fairen Generationenvertrags“ entspricht. Grundsätzlich erfüllt das Kapitaldeckungsverfahren die Anforderung eines fairen Generationenvertrags am besten, da jede Generation für ihr eigenes Pflegerisiko Vorsorge trifft.

Ein bestehendes Umlagesystem in ein kapitalgedecktes zu überführen, verursacht aber hohe Umstellungskosten, die zu unzumutbaren Belastungen einzelner Generationen führen können und folglich politisch nur schwer umsetzbar sind. Eine Lösung bietet hier das in der Studie neu vorgestellte Teilkapitaldeckungsverfahren. Nach diesem Finanzierungsverfahren wird die Umlagefinanzierung in dem Maße abgeschmolzen, wie es zu wenige Kinder in der Gesellschaft gibt, um das Umlageverfahren auf lange Sicht zu gleichbleibenden Konditionen weiterführen zu können.

Als Ausgleich für die schwindende Leistung aus der Umlage für die Personen, die keine oder zu wenige Kinder zur Welt gebracht haben, wird eine kapitalgedeckte Vorsorge aufgebaut. Damit ist ein Finanzierungsverfahren entwickelt, welches einen fairen Generationenvertrag beinhaltet und nicht zu unfairen Umstellungskosten von der Umlage auf das neue Verfahren führt.

Idealerweise ist die umlagefinanzierte soziale Pflegeversicherung dann in eine Teilkapitaldeckung zu überführen, wenn die Kinderzahl zurückgeht. Da der Geburtenrückgang in Deutschland aber schon viele Jahre zurückliegt, käme eine Umstellung jetzt relativ spät. Längeres Warten würde den notwendigen Übergang aber noch schwieriger gestalten und die Generationenungerechtigkeit weiterhin vergrößern. Die schlechteste Lösung unter den Kriterien der Generationengerechtigkeit ist eindeutig die Umlagefinanzierung. Die beste Lösung ist die Kapitaldeckung. Die Teilkapitaldeckung ist insoweit stets ein Kompromiss, mit dem allerdings die hohen Kosten der Umstellung von der umlagefinanzierten Pflegeversicherung auf die Kapitaldeckung vermieden werden können.

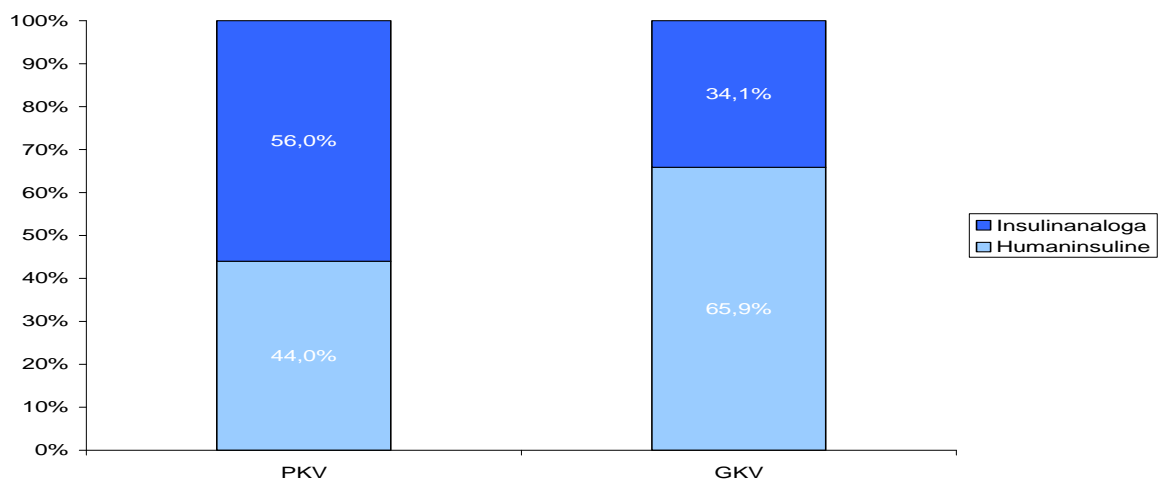
**Arzneimittelversorgung mit Insulinen,  
Frank Wild, WIP-Diskussionspapier 3/08**

Dem Arzt stehen für die Therapie von Diabetespatienten mehrere Insuline zur Verfügung, die bezüglich ihres Wirkungseintritts und ihrer Wirkungsdauer differieren. Nicht zuletzt durch die Entwicklung von Insulinanaloga, dies sind gentechnisch leicht modifizierte Insuline, ist das Verordnungsspektrum der Ärzte in den letzten Jahren gestiegen. Die erweiterten Möglichkeiten vergrößern den Spielraum, die Patienten bedarfsgerecht und individuell unter Berücksichtigung ihrer Lebensumstände einzustellen.

Für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) wurde der Leistungskatalog in den letzten zwei Jahren durch Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) wieder eingeschränkt. Die Kosten von kurzwirksamen Insulinanaloga werden nur noch dann von der GKV übernommen, wenn ihr Preis nicht höher als der von Humaninsulinen ausfällt. Eine Erstattung kann aber dann erfolgen, wenn die Krankenkasse des Patienten Rabattverträge mit den Herstellern ausgehandelt hat, die für Insulinanaloga die gleichen Preise wie für Humaninsulin vorsehen. Derzeit bewertet das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) den Nutzen von langwirksamen Insulinanaloga.

Vor diesem Hintergrund untersucht das WIP in seiner Studie, welche Unterschiede in der Insulinversorgung zwischen Privatversicherten und GKV-Versicherten bestehen. Es werden zum einen jeweils die umsatzstärksten und verordnungshäufigsten Insuline dargestellt. Zum anderen wird die Bedeutung von Insulinanaloga im Allgemeinen und von kurzwirksamen Insulinanaloga im Speziellen bei den beiden Versicherungsträgern untersucht. Als Datengrundlage verwendet das WIP die Verordnungsdaten von sieben PKV-Unternehmen aus dem Jahr 2007. Etwa 46 % aller Privatversicherten sind bei diesen Unternehmen versichert. Die Arzneiverordnungsdaten der GKV wurden dem aktuellen Arzneiverordnungsreport 2007 entnommen. Sie stammen aus dem Jahr 2006.

Die Analyse zeigt, dass die gesetzlichen Restriktionen in der GKV ihre Wirkung zeigen. Sowohl kurz- als auch langwirksame Insulinanaloga werden in der PKV anteilig deutlich häufiger verordnet als in der GKV. Während es sich in der PKV bei 56 % aller Insuline um Insulinanaloga handelt, sind es in der GKV nur 34,1 %. Betrachtet man nur die kurzwirksamen Insuline, entfallen in der PKV mehr als 63 % auf Insulinanaloga, in der GKV aber nur knapp 40 %. Da der Arzt nur bei PKV-Versicherten die in den letzten Jahren erweiterten Möglichkeiten der Insulintherapie in vollem Maße ausschöpfen kann, erhalten Kassenpatienten eine weniger gute Versorgung mit Insulinen.



**Verordnungsanteil von Insulinanaloga und Humaninsulinen an den Gesamtverordnungen von Insulinen**

***Leistungsausgaben und Häufigkeitsverteilung von Honorarziffern in der ambulanten ärztlichen Versorgung 2005/2006,***  
**Torsten Keßler, WIP-Diskussionspapier 2/08**

Der PKV-Verband erhebt und erfasst seit 1988 eine jährliche Stichprobe von circa 40.000 ärztlichen, wahlärztlichen sowie zahnärztlichen Rechnungen. In diesem Diskussionspapier werden jeweils etwa 20.000 ambulante Rechnungen der Jahre 2005 und 2006 hinsichtlich der Leistungsausgaben und der Häufigkeitsverteilung der GOÄ-Honorarziffern ausgewertet. In Zukunft sind weitere Auswertungen zu Fragen der privatärztlichen Abrechnung geplant.

Die Entwicklung der durchschnittlichen Leistungsausgaben von 2005 auf 2006 (siehe Tabelle) bestätigt die Zunahme der Versicherungsleistungen der PKV im Bereich der ambulanten Arztbehandlung, die im gleichen Zeitraum um 3,06 % angestiegen sind.

Die 25 meist abgerechneten Honorarziffern nach Anzahl machten kumuliert sowohl 2005 als auch 2006 einen Anteil von deutlich über

40 % aus und bezogen sich allesamt auf Beratungsleistungen, (Eingangs-) Untersuchungen oder allgemeine Laborleistungen

Die Top 25 der Honorarziffern nach Umsatz kamen kumuliert jeweils auch auf einen Anteil von circa 40 %. Ähnlich wie bei den Top 25 nach Anzahl spielten Beratungsleistungen und (Eingangs-) Untersuchungen die wesentliche Rolle.

Sowohl nach Anzahl als auch nach Umsatz in der Stichprobe nahmen die Honorarziffern des Abschnitts B (Grundleistungen und Allgemeine Leistungen) der Gebührenordnung für Ärzte eine herausragende Stellung ein. Deren Umsatzanteil belief sich auf jeweils rund 20 %. Bezieht man den Umsatzanteil auf die Gesamthonorare, die für ambulante ärztliche Behandlung privat Krankenkversicherter umgesetzt wurden, so entfielen 2006 circa 1.500 Mio. € respektive 2005 1.400 Mio. € auf Leistungen des Abschnitts B. der GOÄ.

Die sogenannte „sprechende Medizin“ sollte daher in der ambulanten ärztlichen Versorgung privat Krankenkversicherter deutlich vertreten sein.

**Durchschnitt der Leistungsausgaben 2005/2006 je Rechnung [EUR] im ambulanten Bereich**

	2006	2005	Veränderung [%]
Rechnungsbetrag	231,68	225,65	+ 2,67
Betrag je Leistung	16,65	16,42	+ 1,46
Betrag je Behandlungstag	77,81	75,34	+ 3,27
Anzahl Behandlungstage <sup>1</sup>	3	3	–

**Sämtliche Diskussionspapiere des WIP finden Sie unter: <http://www.wip-pkv.de>**

<sup>1</sup> Auf ganze Tage gerundet.

# Blick in die gesundheitsökonomische Forschung

## Gesundheitssystem

***Vergütungsunterschiede im ärztlichen Bereich zwischen PKV und GKV auf Basis des standardisierten Leistungsniveaus der GKV und Modelle der Vergütungsangleichung, Walendzik, A. / Greß, S. / Manouguian, M. und Wasem, J., Diskussionsbeitrag aus dem Fachbereich Wirtschaftswissenschaften Universität Duisburg-Essen, Bericht zu einem von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Projekt, Februar 2008.***

In dieser Studie werden die Vergütungsunterschiede in der ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen privat und gesetzlich versicherten Patienten untersucht. Dazu werden Daten von Versicherten der Techniker Krankenkasse genutzt, die einen Kostenerstattungstarif gewählt hatten. Diese Versicherten bekommen - wie Privat-Versicherte - beim Arzt eine Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte. Die Krankenkasse erstattet aber nur den Betrag, der auch für einen gesetzlich Versicherten nach dem Einheitlichen Gebührenmaßstab (EBM) erstattet würde. Für die Umrechnung verfügt die TK über ein Programm. Von den ca. 20.000 Versicherten, die diese Erstattungsform gewählt haben, liegen in etwa 400.000 Abrechnungspositionen vor. Hieraus wird errechnet, dass eine Behandlung als Kostenerstattungspatient im Schnitt 2,28-mal mehr kostet als bei den übrigen Kassenpatienten nach EBM. Dieses so errechnete Kostensverhältnis wird dann auf sämtliche PKV-Versicherte angewendet, allerdings werden nur Leistungen berücksichtigt, die sich anhand der RSA-Daten für GKV-Versicherte ergeben. Wird für diese Leistungen der 2,28-fache Satz unterstellt, dann hätte sich der zusätzliche Umsatz im Jahr 2005 auf 3,6 Mrd. € belaufen, den die Ärzte für die GKV-Leistungen bei Privatversicherten mehr erhalten hätten. Im zweiten Teil der Arbeit wird ein Konzept dargestellt, bei dem dieser Betrag den Ärzten erhalten bleiben soll, die Vergütungen zwischen PKV und GKV aber angeglichen werden. Dieses Konzept würde die GKV belasten und die PKV entlasten.

**WIP-Kommentar:** Die Rechnung bestätigt die Ergebnisse der Mehrumsatzstudien des WIP. Die WIP-Studie hatte für das Jahr 2005 4,2 Mrd. € Mehrumsatz für Arzthonorare im ambulanten Bereich ermittelt. Der etwas geringere Umfang des Mehrumsatzes in der hier vorgestellten Studie erklärt sich aus der Verwendung des GKV-Leistungskataloges für PKV-Versicherte. PKV-Versicherte erhalten aber häufig mehr Leistungen als GKV-Versicherte und werden auch seltener stationär überwiesen, sodass in der WIP-Studie neben dem hier berechneten Preiseffekt auch ein Struktur- und Mengeneffekt enthalten ist.

***Benchmarking ICT use among General Practitioner in Europe 2007, Dobrev, A. / Haesner, M. / Hüsing, T. / Korte, W. B. und Meyer, I. (Report Author), Report, European Commission - Information Society and Media Directorate General, Pilot on eHealth Indicators, 2008.***

Mit diesem Report veröffentlicht die Europäische Kommission eine europaweite Umfrage unter 7000 Allgemeinärzten über den Gebrauch von ICT (Informations- und Kommunikationstechnologie) in Arztpraxen. Die elektronische Anwendung im Gesundheitswesen (ehealth) spielt eine zunehmend größere Rolle in Europa, ist aber über die verschiedenen Länder der europäischen Union immer noch sehr unterschiedlich verteilt. Deutschland belegt bei der Verfügbarkeit und Nutzung der elektronischen Gesundheitsdienste einen Platz im Mittelfeld. Zwar benutzen 99 % der Arztpraxen einen Computer, allerdings sind nur 59 % (europaweit: 69 %) mit dem Internet verbunden und nur 40 % haben einen Breitbandzugang (im Gegensatz zu 50 % europaweit). Die Übermittlung von Daten in deutschen Praxen erfolgt häufig an Labors (63 %), aber selten an andere Einrichtungen des Gesundheitswesens (nur 4 %). Für die bezüglich ICT und Vernetzung am weitesten fortgeschrittenen Länder wie Dänemark (74 %) oder Finnland (55 %) gehört die Übermittlung von Daten mehr und mehr zum Standard. Die medizinische Fernüberwachung von Patienten wird von Allgemeinärzten nur in Schweden, den Nie-

derlanden und Island - und auch dort nur in geringem Umfang - eingesetzt, ebenso ist nur in Dänemark eine E-Mail Kommunikation zwischen Arzt und Patient im ausgeprägten Maße (60 %, EU weit nur 4 %) zu finden. Für die Kommission ist dieser Report Anlass, selbst Möglichkeiten und Potenziale der zukünftigen Einsetzung von elektronisch gestützten Gesundheitsleistungen genauer zu untersuchen. Allgemein ist die Einstellung der Ärzte gegenüber Informations- und Kommunikationstechnologie in der medizinischen Betreuung von Patienten positiv, der oft mangelnde Einsatz wird auf fehlendes technisches und anwendungsbezogenes Wissen zurückgeführt.

***Wettbewerb in kapitalgedeckten Krankenversicherungssystemen: Ein risikogerechter Ansatz zur Übertragung von Alterungsrückstellungen in der Privaten Krankenversicherung, Nell, M. und Rosenbrock, S., in: Perspektiven der Wirtschaftspolitik, Mai 2008, Band 9, Heft 2 und: Ein Risikoausgleichsmodell für den Wettbewerb um Bestandskunden in der PKV, Nell, M. und Rosenbrock, S., Working Paper on Risk and Insurance der Universität Hamburg, Nr. 24, Mai 2008.***

Die Autoren stellen in beiden Beiträgen ein Modell zur Mitnahme der Alterungsrückstellung in der privaten Krankenversicherung vor. Nach diesem Modell werden aufgrund einer sogenannten Summenregel die gesamten Alterungsrückstellungen eines Unternehmens jedem Versicherten regelmäßig anteilig zugerechnet. Jedem Versicherten soll einmal jährlich die Höhe dieser Rückstellung mitgeteilt werden, mit welcher er dann mit anderen Versicherungsunternehmen verhandeln kann und die ihm im Falle eines Wechsels mitgegeben wird. Die Summenregel soll dabei dazu führen, dass die Unternehmen ihren Versicherten die Alterungsrückstellung entsprechend ihres tatsächlichen Risikostatus zurechnen – also einem guten Risiko eine niedrige Alterungsrückstellung und einem schlechten Risiko eine hohe Alterungsrückstellung. Mit dieser Regel hat das Unternehmen ein Interesse, die Zuordnung der Alterungsrückstellung nach bestem Wissen durchzuführen, denn jedem unterbewerteten Risiko steht dann mindestens ein überbewertetes Risiko entgegen, da in der Summe alle Rückstellungen verteilt werden müssen. Die Versicherten, denen relativ viele Rückstellungen zugesprochen werden, haben dann unter Umständen einen Anreiz, ihren Versicherer zu wechseln und nehmen die hohen Rückstellungen mit. Mit diesem Verfahren wird die Risikoallokation zur heutigen Situation nicht verändert. Das Risiko steigender Prämien im Versichertenkollektiv aufgrund eventuell zu geringer Rückstellungen trägt heute der Versicherte und dieses Risiko wird ihm in dem Wechselmodell auch zugeordnet. Das Problem, risikogerechte Transferbeträge objektiv zu schätzen, wird im Modell umgangen, da nur in der Summe die im Unternehmen vorhandenen Alterungsrückstellungen mitgegeben werden und in der Summenregel angelegt ist, dass das Unternehmen aus eigenem Interesse die Risikoausgleichsbeträge nach bestem Wissen entsprechend des Risikos des Versicherten verteilt.

**WIP-Kommentar:** Das Modell scheint eine elegante Lösung anzubieten. Eine nähere Analyse stellt jedoch fest, dass nicht auf alle Fragen Antworten gegeben werden. Selbst wenn eine gegebene Rückstellung auf alle Versicherten umgerechnet werden könnte, würde das nicht dazu führen, dass ein chronisch Kranker ein aufnahmewilliges Unternehmen fände. Das wäre nämlich erst dann der Fall, wenn die Alterungsrückstellung prospektiv gebildet würde und alle individuell anfallenden Gesundheitskosten für eine Person inklusive aller künftigen Preis- und Kostensteigerungen erfasst würden. Das ist aber weder theoretisch möglich, noch politisch sinnvoll.

## **Pflegeversicherung**

***Älter gleich kränker? Auswirkungen des Zugewinns an Lebenserwartung auf die Pflegewahrscheinlichkeiten, Hackmann, T. und Moog, S., Diskussionsbeitrag des Forschungszentrums Generationenverträge der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, April 2008.***

In dem Beitrag werden verschiedene empirische Untersuchungen hinsichtlich der Frage ausgewertet, wie sich die Pflegewahrscheinlichkeiten bei der aktuell steigenden Lebenserwartung verändern. Hier lässt sich aufgrund der meist kurzen Zeitreihen entweder keine Veränderung oder ein Trend zu leicht sinkenden Pflegewahrscheinlichkeiten in den Lebensjahren, die weiter vor dem Tod liegen, feststellen.

Dies spricht für die Status quo Hypothese bzw. für die Kompressionsthese. In einer Prognose der Pflegefälle bis ins Jahr 2060 werden unterschiedliche Szenarien durchgespielt, die zu Pflegefallzahlen von im günstigsten Fall 2,64 Mio. Personen und im ungünstigsten Fall 6,98 Mio. Personen kommen. Im mittleren Status quo Szenario würden 4,01 Mio. Pflegebedürftige in 2060 erreicht, wobei nach Aussage der Autoren die tatsächliche Zahl leicht darunter liegen könnte, wenn sich der in den Daten gefundene Trend einer „leichten“ Kompression in Zukunft fortsetzt.

## Epidemiologie

*Sleep Duration as a Correlate of Smoking, Alcohol Use, Leisure-time Physical Inactivity, and Obesity among Adults: United States, 2004-2006*, Schoenborn, C. A. and Adams, P. F., Division of Health Interview Statistics, National Center for Health Statistics, Publications and Information Products, 2008.

Die Anzahl der Stunden Schlaf, die ein Mensch braucht, um bei guter Gesundheit zu bleiben, variiert grundsätzlich mit den individuellen genetischen Voraussetzungen, dem Alter und anderen Faktoren. Als Richtmaßstab werden aber 7-8 Stunden als optimale Schlafdauer für eine optimale Gesundheit angesehen. Verwundert waren Wissenschaftler, als sie mit einer Studie im letzten Jahr - der Whitehall II Verlaufsstudie – feststellten, dass nicht nur eine verringerte Schlafdauer, sondern auch zu viel Schlaf zu erhöhtem Mortalitätsrisiko führte. Die vorliegende Studie zeigt nun (für die Jahre 2004-2006 mit einer repräsentativen Stichprobe amerikanischer Bürger), dass nicht die abweichende Schlafdauer von der Optimaldauer ursächlich ist, sondern, dass mit einer abweichenden Schlafdauer – weniger als 6 Stunden oder mehr als 9 Stunden Schlaf – auch andere risikobehaftete Verhaltensweisen einhergehen. So ist die Raucherrate bei dem Durchschnittsschläfer 18 %, während sie bei dem Kurzschläfer 31 % und bei dem Langschläfer 26 % beträgt. Ein ähnliches Ergebnis fand sich bei Bewegung in der Freizeit und bei Übergewicht: mit 48,2 % sind die Langschläfer wesentlich inaktiver als die Durchschnittsschläfer mit 38 %. Und von denjenigen, die weniger als 6 Stunden schlafen sind 33 % übergewichtig, von denen mit einer Schlafdauer von 7-8 Stunden 22 % und mit neun oder mehr Stunden Schlaf 26 %. Fraglich bleibt die kausale Verbindung zwischen Schlaf und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen, die in dieser Studie nicht beantwortet werden konnte und wofür weiterer Forschungsbedarf besteht.

## Ärztliche Versorgung

*Components of placebo effect: randomised controlled trial in patients with irritable bowel syndrome*, Kaptchuk, T. / Kelley, J. und Conboy, L. u. a. (2008), in: *British Medical Journal* 336, S. 999-1003.

Dass bei der Wirksamkeit von Medikamenten oder bei bestimmten Therapien auch der Placeboeffekt eine wesentliche Rolle spielt, zeigte sich bereits in verschiedenen Studien. Wissenschaftler der Harvard Medical School haben nunmehr untersucht, welche Bedeutung hierbei der Arzt spielt. Dazu wurden 267 Patienten mit Reizdarmsyndrom zufällig in drei Gruppen geteilt. Zwei Gruppen erhielten eine Scheinakupunktur, wobei die Personen der ersten Gruppe eine kurze und die der zweiten Gruppe eine eingehende ärztliche Beratung erhielten, bei der der Arzt auch auf subjektive Bedürfnisse der Patienten einging. Die Mitglieder der dritten Gruppen bekamen keinerlei ärztliche Behandlung. Nach drei Wochen (bei zweimaliger Behandlung pro Woche) fühlten 37 % der Personen mit ausführlicher Beratung eine Besserung ihres Leidens im Vergleich zu 20 % der Patienten mit eingeschränkter Arzt-Patient-Kommunikation. Von den Personen ohne jede Behandlung meldeten nur 3 % eine Besserung. Die Studie verdeutlicht die Bedeutung der ärztlichen Beratung und des Eingehens auf subjektive Bedürfnisse für den Heilerfolg.

# Prävention

## ***Innerschulische Prävention des Rauchens durch Lebenskompetenzförderung – eine empirische Evaluation, Konerding, U. und Plamper, E., in: Gesundheitswesen 2008; 70: S. 239-249.***

Zwei Wissenschaftler der Universitäten Greifswald und der Klinik der Universität zu Köln untersuchen in dieser Studie, inwieweit ein spezielles Unterrichtsprogramm zur Lebenskompetenzförderung unter Aufzeigen der Folgen des Rauchens hilft, den Einstieg in das Rauchen zu verhindern. Der Unterricht wurde in 21 Klassen in 9 Schulen des Rhein-Kreises Neuss in 12 Lehrereinheiten durchgeführt, als Kontrollgruppe wurden 34 Klassen aus 12 Schulen herangezogen. Bei den Schülern handelt es sich jeweils um Hauptschüler einer fünften Klasse. Im Gegensatz zu den Erwartungen erbrachte die Überprüfung der Wirksamkeit der Präventionsmaßnahme sogar eine höhere Raucherhäufigkeit in der Unterrichtsgruppe. Allerdings ist dieser Effekt nicht statistisch signifikant. Entscheidend waren laut den Autoren andere Einflussfaktoren. Eine höhere Raucherneigung ergab sich bei höherem Alter, deutscher Nationalität, rauchendem Vater und rauchender Geschwister und Freunde. Die Verfasser der Studie schlussfolgern, dass ein solches innerschulisches Präventionsprogramm nicht kosten-effektiv sei. Mit allen Schülern in der Schule einen tabakbezogenen Dialog zu führen, wäre nur dann sinnvoll, wenn dadurch nicht größere Ressourcen beansprucht werden.

### IMPRESSUM

*Herausgeber:*  
WIP (Wissenschaftliches Institut der PKV)  
des Verbands der privaten  
Krankenversicherung e.V.

Bayenthalgürtel 40  
50968 Köln

*Telefon:* 0221-9987-1652  
*Telefax:* 0221-9987-3962  
*Internet:* <http://www.wip-pkv.de>  
*E-Mail:* [wip@pkv.de](mailto:wip@pkv.de)

*V.i.S.d.P.:* Christian Weber  
*Redaktion:* Dr. Kornelia van der Beek

Abonnieren Sie hier [WIP-Information](#)

[www.wip-pkv.de](http://www.wip-pkv.de)