

# 30 Jahre IGES

von  
Bert Rürup

Berlin, 24. Juni 2010

„Erst die Arbeit, dann das Vergnügen“ oder in Anlehnung an eine altgriechische Spruchweisheit:

„Die Götter – hier vertreten durch die Herren Häusler, Nolting und Albrecht – haben vor den Genuss – das gesellige Beisammensein – den Schweiß, hier und heute eine fünfte Rede, nämlich meine, gesetzt.

Ich verspreche Ihnen aber, dass wir nicht mehr allzu lange arbeiten und schwitzen müssen, denn die erwähnten Götter haben mich wissen lassen, dass ich zwar über alles – wenn ´s geht über die Zukunft von IGES – reden darf aber keinesfalls über 20 Minuten.

Und natürlich werde ich diesen Wünschen nachkommen.

Da die Zukunft in aller Regel eine Tochter der Gegenwart und diese wiederum ein Kind der Vergangenheit ist, macht es Sinn, wenn man sich anlässlich des „30 Jahres-Jubiläums“ Gedanken über die Zukunft dieses bislang sehr erfolgreichen Instituts macht, zuvor einen Blick auf die Ursprünge zu werfen.

IGES wurde 1980 aus der Not der starren personalpolitischen Vorschriften und der Mittelknappheit an den Berliner Universitäten heraus von Mitarbeitern der TU-Berlin gegründet.

Interessant ist, dass die Entwicklung, die dieses Institut seitdem durchlaufen hat, in frappanter Weise dem Erkenntnisprozess entspricht, der für alle Sozialwissenschaften typisch ist.

1. Am Anfang geht es immer darum, einen noch mehr oder weniger ungeordneten Wertlichkeitsbereich durch Definitionen und Begriffsbildung zu ordnen, um sinnvoll Fakten zusammentragen zu können. Denn nur eine systematisierte Beschreibung von Fakten erlaubt Erklärungen.

2. Solche Erklärungen sind die Domäne der Theorie, wo es um die Ableitung von Hypothesen geht, welche Schlüsse auf zu erklärende Ereignisse erlauben sollen. Theorie ist regelmäßig die zweite Phase jedes sozialwissenschaftlichen Erkenntnisprozesses.
3. Um von der gesundheitsökonomischen Theorie und den dort entwickelten Hypothesen zur Gesundheitspolitik zu gelangen, d.h. zur Kontrolle oder Beeinflussung von Individuen, Gruppen oder Institutionen, müssen in einem dritten Erkenntnisschritt diese Hypothesen und Wirkungszusammenhänge empirisch überprüft sprich Realitätstests unterzogen und im Falle der Widerlegung verworfen werden.
4. Die Hypothesen und unterstellten Wirkungszusammenhänge, die diese Realitätstests - bis auf weiteres - bestanden haben, sprich (noch) nicht falsifiziert wurden, bilden dann in der vierten Stufe eine sowohl analytisch konsistente wie empirisch belastbare Grundlage für gesundheitspolitische Strategien oder Empfehlungen.

In den ersten Jahren nach der Gründung konzentrierten sich die IGES-Arbeiten auf die erste Stufe, konkret die Vorsorgeforschung. Fragen wie

- Was leistet unser Gesundheitssystem?
- Wer nimmt wie viel von welchen Leistungen in Anspruch?
- Welche Kosten sind damit verbunden?

standen im Mittelpunkt zahlreicher Gutachten.

Über diese Fakten- und Datensätze gelang dann der Einstieg in die Qualitätssicherungsforschung. Nicht zuletzt auf der Grundlage dieser Arbeiten wurde die Gesundheitsberichterstattung des Bundes implementiert und IGES mit der Federführung betraut.

Ein weiteres Feld auf dem IGES seit geraumer Zeit eine führende Stellung auf dem Gebiet der Dokumentation einnimmt ist die

Arzneimittelforschung. So beeinflusst z.B. der nunmehr zum 5. Mal jährlich erscheinende Arzneimittel-Atlas, in dem die unterschiedlichen Bestimmungsfaktoren des Arzneimittelverbrauchs und der Arzneimittelausgaben analysiert werden, sowohl die fachliche als auch die politische Diskussion auf diesem höchst ausgabenrelevanten Gebiet.

Betrachtet man das deutsche Gesundheitssystem wie auch die gesundheitspolitische Diskussion aus einer – wie es dem heutigen Anlass entspricht – etwas längerfristigen Perspektive, dann erkennt man, dass die gesundheitspolitische Diskussion in Deutschland seit Jahrzehnten durch eine ganz eigene und permanente Krisenrhetorik gekennzeichnet ist, während dieses System in Tat und Wirklichkeit eine geradezu erstaunliche Stabilität und nach wie vor eine sehr hohe Leistungsfähigkeit aufweist.

Und auch die seit über 30 Jahren beklagte „Kostenexplosion“ erweist sich unter Berücksichtigung der Wiedervereinigungseffekte bei einem international vergleichenden Blick auf die Gesundheitsausgaben pro Kopf oder in Relation zur gesamtwirtschaftlichen Wertschöpfung viel weniger dramatisch als die hektische Diskussion dies suggeriert.

Und da steigende Gesundheitsausgaben a priori kein Problem darstellen, sondern nur dann, wenn diese Kostensteigerungen in effizienzfeindlichen Organisations- und Anreizstrukturen bzw. fehlendem Wettbewerb zwischen den Leistungsanbietern einerseits und Krankenkassen andererseits begründet sind oder wenn die Finanzierung dieser Ausgaben wenig nachhaltig und wettbewerbsfeindlich ist, versuchte die Politik aus guten Gründen über eine Stimulierung des Wettbewerbs zwischen den Kassen einerseits und den Leistungsanbietern andererseits die Effektivität der eingesetzten Gelder

zu erhöhen. „Mehr Wettbewerb“ ist deshalb seit gut 20 Jahren das gesundheitspolitische Credo.

Auf privaten Märkten ist der frei gebildete Preis, sprich die Zuteilung knapper Leistungen und Ressourcen nach Maßgabe der individuellen Zahlungsbereitschaft d.h. nach Maßgabe der ökonomischen Leistungsfähigkeit der Nachfrager, der entscheidende Wettbewerbsparameter.

Nicht so im Gesundheitsbereich. Denn in keinem Land mit einer funktionierenden staatlichen Ordnung ist das Gesundheitsrisiko in dem Sinne privatisiert, dass das Angebot an medizinischen Leistungen einem freien Markt überantwortet ist. Überall sind zentrale Bereiche der Produktion, Finanzierung und Verteilung medizinischer Leistungen von einer ansonsten marktwirtschaftlichen und gewinnorientierten Steuerung ausgenommen.

Die Gründe hierfür sind die bekannten Informationsasymmetrien zum einen zwischen Krankenversicherern und Versicherten und zum anderen zwischen Ärzten und Patienten. Hinzu kommt, dass eine Absicherung gegen Gesundheitsrisiken ohne Rücksicht auf die Einkommenssituation des Patienten bzw. Versicherten – wie dies bei einer von Marktpreisen gesteuerten Zuteilung von Gesundheitsgütern der Fall wäre - weltweit offensichtlich elementaren Gerechtigkeitsvorstellungen widerspricht.

Mehr Wettbewerb im Gesundheitssystem, um vermutete Wirtschaftlichkeitsreserven zu mobilisieren, kann deswegen kein Mehr an marktlicher Preisbildung bedeuten, wohl aber die Entwicklung und Implementierung von Regelungen, die Kassen und Leistungsanbieter – im Interesse der Versicherten – zu einem quasi - marktlichen Verhalten zwingt.

Und auf diesem Feld der Analyse von Anreizmechanismen und deren Konstruktion oder Weiterentwicklung wuchs IGES zu einem zweiten Kompetenzzentrum in Deutschland heran.

Zu nennen sind hier:

- eine Reihe Maßstäbe setzender Arbeiten zum Prinzip und zur Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs, als zwingender Wettbewerbsvoraussetzung für Kassen mit Kontrahierungszwang und risikoabhängigen Beiträgen,
- die Gutachten zur Problematik der Budgetierung und von sektorspezifischen Vergütungsregeln, welche zur Folge haben, dass sich die Versorgungswirklichkeit weniger an den Bedürfnissen der Patienten orientiert, sondern mehr an der intrasektoralen Einkommensverbesserung oder um einen weiteren Problem- und Forschungsbereich zu nennen,
- die – nicht zuletzt als Folge der dualen Finanzierung – zu geringen Arbeitsteilung und Spezialisierung in der Gleichzeitigkeit von Überkapazitäten und unbefriedigten Investitionsbedarf in der stationären Versorgung.

Und es versteht sich fast von selbst, dass von den IGES Forscherinnen und Forschern in den letzten Jahren natürlich auch wichtige Arbeiten zu den Vor- und Nachteilen alternativer Finanzierungssysteme (Stichwort: Bürgerversicherung, Pauschalbeiträge oder steuerliche Kofinanzierung) publiziert wurden.

Wäre ich kein befreundeter Kooperationspartner von IGES, könnte ich es bei dieser – ich denke – beeindruckenden Bestandsaufnahme bewenden lassen.

Aber da ich mich als Wissenschaftler und Politikberater auch gerne mit kommenden Problemen und deren Bewältigung beschäftigt habe, erlaube ich mir hier und heute auch darüber nachzudenken, über was ein IGES-Laudator im Juli 2030 wohl berichten könnte.

Diese Aufgabe, neue Betätigungsfelder zu identifizieren, ist insofern reizvoll, da IGES schon 2007 unter dem Stichwort „IGES Mobilität“ begonnen hat, die in der Gesundheitsforschung gewonnene Methodenkompetenz auf – vordergründig – fachfremde Fragen, konkret den öffentlichen Nahverkehr anzuwenden.

Nun, eine weitere neue Problemstellung könnten vor dem Hintergrund unserer sattsam bekannten Bevölkerungsalterung Simulationen der Einkommens-, Beschäftigungs- und Wertschöpfungseffekte alternativer Versorgungsformen im Pflegebereich sein.

Mindestens so reizvoll wie intellektuell herausfordernd wäre es, wenn IGES den Mut und die Kraft zu einer doppelten Migrationsstrategie hätte, sprich sowohl zu einem Transfer verallgemeinerungsfähiger Befunde in andere Länder wie auch zu einer Instrumentalisierung gesundheitswirtschaftlicher bzw. gesundheitspolitischer Konzepte zur Lösung „gesundheitsferner“ Probleme.

Während wir hier in Deutschland an eine die Parteigrenzen überschreitende Kritik an unserem Gesundheitssystem gewöhnt sind, erweckt dieses System bei vielen Ausländern namentlich in den neuen Industrieländern aufgrund der flächendeckenden guten stationären und ambulanten Versorgung, der kurzen Wartezeiten bei Operationen, der exzellenten Arzneimittelversorgung und der weitgehend fehlenden alters- und einkommensabhängigen Zugangsbarrieren schlicht Neid.

Der Beschluss der chinesischen Regierung in diesem Land in den nächsten zehn Jahren ein öffentliches Gesundheitssystem nach

deutschem Vorbild zu etablieren, ist ein Beleg dafür. Und das Kooperationsabkommen, das IGES am 1. März 2010 mit dem China Health Economics Institute (CHEI) geschlossen hat, sollte eine gute Grundlage für einen Transfer des in den letzten 30 Jahren akkumulierten IGES-Know how in dieses Land aber eben nicht nur in dieses Land sein.

Jenseits des Exports gesundheitsökonomischer Befunde und Erkenntnisse in andere Länder erwarte und erhoffe ich von IGES eine methodengetriebene Expansion in neue Forschungs- und Politikfelder, namentlich die Felder, die wie das Gesundheitssystem stark von der demografischen Entwicklung betroffen sind wie

- Verkehr
- kommunale Daseinsvorsorge und nicht zuletzt
- Bildung.

Es ist – nicht nur unter Bildungsökonominnen – unstrittig, dass zur Sicherung eines flächendeckend hohen Leistungsniveaus einerseits zentrale Standards erforderlich sind und andererseits die Bildungseinrichtungen, konkret die Schulen, aufgrund der Heterogenität der Schüler (namentlich im Primärbereich und im Sekundarbereich I) über ein höheres Maß an Autonomie bei der Erreichung dieser Standards verfügen sollten etwa bei der Auswahl der Lehrmittel oder der Auswahl des Personals.

Wenn Schulen mit sehr unterschiedlichen Zusammensetzungen ihrer Klienten, sprich Schüler, daran gemessen werden (sollen), ob und inwieweit die zentralen Standards erreicht werden, müssen sich die Mittelzuweisungen an die einzelnen Schulen an den Bildungsvoraussetzungen der jeweiligen Schülerkollektive orientieren,

genauso wie im Interesse eines fairen und leistungsorientierten Kassenwettbewerbs über den Risikostrukturausgleich die Voraussetzungen dafür geschaffen werden. Der richtige Gedanke eines nichtmarktlichen und nichtgewinnorientierten Wettbewerbs zum Zweck der Erhöhung der Effizienz der Leistungserbringer erfordert, dass die Voraussetzungen für einen solchen Wettbewerb geschaffen werden. Ein Ausgleich von Risikostrukturen kann deshalb auch in anderen Politikfeldern sinnvoll sein. Die Erfahrungen mit dem RSA prädestinieren IGES für solch einen Transfer in andere Politikfelder.

Meine Damen und Herren, ich bin mir ziemlich sicher, dass der Festvortrag zum 50-jährigen Bestehen von IGES zwar nicht von mir gehalten der Laudator aber zu dem Ergebnis kommen wird, dass IGES immer noch ein führendes Gesundheitsforschungsinstitut ist, aber eben nicht mehr nur oder in erster Linie eine der Gesundheitsforschung verpflichtete Einrichtung ist.

Und ich bin mir genau so sicher, dass der Slogan des Jahres 2030 nicht mehr wie heute „Forschen, Entwickeln, Beraten für Infrastruktur und Gesundheit“ lautet, sondern „Independent international consultancy for health-care, infrastructure and education.“