



Forschen
Entwickeln
Beraten

für Infrastruktur
und Gesundheit

Forschen
Entwickeln
Beraten

für Infrastruktur
und Gesundheit

30
JAHRE

INHALT

Vorwort	05
IGES Meilensteine der Entwicklung	06
IGES heute und morgen	15
Politik	21
Empirie	25
Gesundheit	29
Mobilität	37
Wohnen	41
Bildung	43
IGES Weitere Fakten	47
Zwölf IGES-Ergebnisse, die Spuren hinterlassen haben	51



Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

Das IGES Institut wurde im **Jahr 1980** gegründet. Seither wurden mehr als **1.200 Projekte** für weit mehr als **100 Auftraggeber** durchgeführt. Viele unserer Auftraggeber arbeiten immer wieder mit uns. **590 Publikationen** sind sichtbare Zeichen unserer Aktivitäten.

Im **Jahr 2009** erzielte IGES mit den beiden Tochterunternehmen CSG und IMC IGES einen Umsatz von **8,8 Mio.** Euro. Über den gesamten Zeitraum hinweg ist der Umsatz um durchschnittlich **13,7 Prozent** pro Jahr gewachsen.

Bei IGES, CSG und IMC IGES sind heute über **90 Menschen** sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Außerdem blicken **153 Menschen** auf eine Tätigkeit bei IGES zurück. Sie haben in den vergangenen 30 Jahren **46 Mio.** Euro verdient. IGES und seine Mitarbeiter haben **26 Mio.** Euro an Sozialkassen und Finanzämtern entrichtet. In den vergangenen **30 Jahren** sind IGES Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern während ihrer Tätigkeit **51 Kinder** geboren worden.

Daten und Fakten, die zeigen, dass auch ein kleines Unternehmen in seinem sehr spezialisierten Wirtschaftszweig einen sichtbaren Beitrag zum Wirtschaftsleben und für die Allgemeinheit leistet. Es zeigt, dass Forschung und Entwicklung auch im Rahmen der „Privatwirtschaft“ betrieben werden können.

Daten und Fakten sind für die Arbeit des IGES Instituts immer die erste Quelle der Arbeit. Wir wollen der öffentlichen Hand, der Wirtschaft und den Leistungserbringern umfassendes Wissen und Instrumente bereitstellen, damit sie fundierte Entscheidungen treffen können: Entscheidungen für Bürger, die als Patienten das Gesundheitssystem, als Fahrgäste den öffentlichen Schienenverkehr, als Eltern oder Kinder das Schulsystem oder viele andere Bereiche des öffentlichen Sektors nutzen.

IGES hat nicht nur Wissen produziert, sondern auch Lösungen für die Umsetzung der Forschungsergebnisse geschaffen. Zwölf ausgewählte Beispiele belegen dies. Sie zeigen, wie IGES seit 30 Jahren in Politik, Wirtschaft und Gesellschaft Spuren hinterlässt:

FORSCHEN, ENTWICKELN UND BERATEN FÜR INFRASTRUKTUR UND GESUNDHEIT

Wir hoffen, dass uns dies auch in Zukunft gelingen wird
und freuen uns auf die nächsten **30 Jahre**.



Bertram Häussler
Vorsitzender der Geschäftsführung

IGES MEILENSTEINE DER ENTWICKLUNG

Das heutige IGES Institut wurde im Jahr 1980 als „IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung“ von Mitarbeitern der Technischen Universität Berlin (TU Berlin) gegründet. Seit Jahren hatten sie sich bereits mit der Frage beschäftigt, welche infrastrukturellen und ökonomischen Bedingungen für den Neubau von Krankenhäusern erfüllt sein müssten. Dabei wurde ihre Arbeit immer stärker von der Frage beeinflusst, wie das Gesundheitssystem an sich funktioniert. An der TU war dafür kein Platz mehr. Zudem verlangt die Personalpolitik deutscher Universitäten, dass sich erfahrene Mitarbeiter, die nicht Professoren werden wollen, einen eigenständigen Rahmen schaffen müssen, wenn sie weiterhin wissenschaftlich arbeiten wollen.

Die folgende Chronik zeigt die wichtigsten Entwicklungen:

Ausgangspunkt für IGES ist die strikte empirische Ausrichtung. Sie führt dazu, dass erstmals Daten von Krankenkassen elektronisch verfügbar gemacht werden. Die frühen 80er Jahre sind vor allem von „Transparenzprojekten“ geprägt. Es wird analysiert, was das Gesundheitssystem leistet, wer diese Leistungen in Anspruch nimmt, warum und welche Kosten sich daraus ergeben. Die Verflechtung des Gesundheitssystems mit anderen regionalen und kommunalen Leistungen ist in der Anfangszeit prägend.

+
80
8
19
61

Obwohl die Versorgungsforschung mit medizinischen Fragestellungen von Beginn an einen wichtigen Stellenwert hatte (IGES hat den Begriff „Versorgungsforschung“ 1990 vermutlich erstmalig verwendet), folgen jetzt Projekte, bei denen die Analyseergebnisse auch direkt an Ärzte zurückgespielt werden. Dies ist der Einstieg in die Qualitätssicherung. Für die ambulante Versorgung hat IGES eine Pionierfunktion.

Auch in der „Gesundheitsberichterstattung“ spielt IGES eine zentrale Rolle. Die ersten Berichte zur Versorgung in einzelnen Bundesländern werden von IGES konzipiert und vorgelegt. Bei der Gesundheitsberichterstattung des Bundes hat IGES die Federführung.



Nach der politischen Wiedervereinigung steht die Integration der beiden deutschen Gesundheitssysteme auf der Tagesordnung. Als Berliner Institut ist IGES prädestiniert, eine führende Rolle bei der Umwandlung des Poliklinik-Systems der DDR im Land Brandenburg nach dem Konzept der „Gesundheitszentren“ einzunehmen.

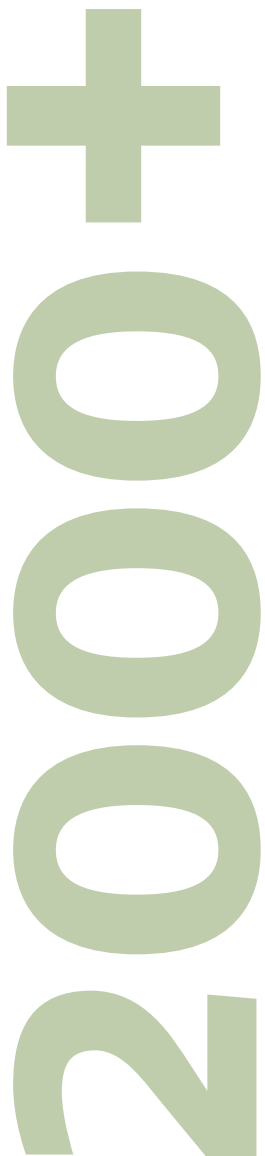
In diese Zeit fällt auch die große Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), die die statusbedingte Zuteilung der Bevölkerung zu unterschiedlichen Sozialsystemen beendet und das Recht der freien Krankenkassenwahl einführt. An der Entwicklung der ersten Stufe des Risikostrukturausgleichs ist IGES maßgeblich beteiligt.

+
0
9
1
9
9
1



Die Zusammenführung der beiden Gesundheitssysteme bietet positive Impulse für Fragen der Integration der medizinischen Versorgung dar. IGES entwickelt die Betreuungsdienste für chronisch Kranke in Brandenburg und ein Ärztenetz in Berlin. Zudem werden Qualitätsmanagement-Systeme mit modernen Formen des einrichtungsübergreifenden Datenmanagements verbunden. Vertragliche Lösungen für integrierte Versorgungsformen entstehen.

Mit der Gründung der CSG Clinische Studien Gesellschaft betritt IGES Neuland: klinische Forschung und Datendokumentation über das Internet.

A large, light green graphic element on the left side of the page. It consists of a plus sign (+) at the top, followed by the year '2000' in a large, bold, sans-serif font. The plus sign and the numbers are all in the same light green color.

Zwei große Projekte der Bundesregierung (1998-2002) prägen die Arbeit von IGES: der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sowie die Gestaltung der integrierten Versorgung, für die durch die Anschubfinanzierung ein Anreiz gesetzt wurde. Für Letztere entwickelt IGES unternehmerische Modelle sowie Ansätze zur Evaluation der Wirkung. Ein weiterer Schwerpunkt sind Konzepte zum Qualitätsmanagement in ambulanten Einrichtungen.

IGES wendet sich dem Arzneimittelmarkt zu. Studien zur bevölkerungsbezogenen Inanspruchnahme, zur Marktdynamik des Patentschutzes sowie zur Effektivität und Effizienz nehmen breiten Raum ein. Hinzu kommen Health-Technology-Assessment (HTA) und Versorgungsforschung.

Die Untersuchung von Nachfragestrukturen der Bevölkerung und die Entwicklung gesundheitspolitischer Szenarien werden zu einem eigenen Schwerpunkt ebenso wie mehrdimensionale epidemiologische und arbeitswissenschaftliche Analysen in der Arbeitswelt.

Die strategische Beratung von Krankenkassen mit Schwerpunkt auf Risikomanagement, Design von Managed-Care-Programmen und Versicherungsprodukten beginnt.

Die Verbindung von klinischer Forschung bei CSG mit gesundheitsökonomischen Ansätzen bei IGES schafft die Basis für zahlreiche integrierte gesundheitsökonomische Projekte. Die Versorgungsforschung nimmt weiter an Bedeutung zu.

Erste Beratungsprojekte beim Aufbau von medizinischen Versorgungsstrukturen in Entwicklungsländern wie Kenia, Uganda und Kambodscha starten.

Der „IGES Arzneimittel-Atlas“ entsteht und wird zu einer nationalen Referenz für Arzneimittelmarkt-Analysen.

IGES beginnt seine Tätigkeit außerhalb des Gesundheitsbereichs. Mit „IGES Mobilität“ wird das IGES-Konzept auf Fragen des öffentlichen Personenverkehrs übertragen.

+

5

2000

2

Der Umzug in die Friedrichstraße ermöglicht mit dem „Auditorium Friedrichstrasse“ eine eigene Plattform für die Organisation von öffentlichen Veranstaltungen unter einem Dach.

IGES startet seine eigene Marktforschungsabteilung. Erstes sichtbares Produkt: der „IGES Kompass Gesundheit“.

Mit der Übernahme der Mehrheit an der im Jahr 2000 gegründeten IMC erweitert IGES sein Potenzial im Bereich von Analysen und Beratung im Krankenhaus.

IGES wendet sich erstmalig dem Themenfeld „Bildung“ zu.

IGES HEUTE UND MORGEN

30 Jahre Forschung, Entwicklung und Beratung auf dem Gebiet von Gesundheitsversorgung und Infrastruktur machen IGES heute zu einem gefragten Partner für

- Politik,
- Leistungserbringer und Unternehmen,
- Versicherungen und Banken,
- Verbände und Organisationen.

IGES beschäftigt heute 65 Mitarbeiter. Weitere 30 Mitarbeiter sind bei den Tochtergesellschaften CSG und IMC IGES tätig. Der Erfolg des Unternehmens ist nur möglich, weil es gelingt, zu jedem Projekt die Fachleute hinzuzuziehen, die aufgrund der jeweiligen Fragestellung erforderlich sind. Ökonomen, Statistiker, Mediziner, Pharmazeuten, Sozialwissenschaftler und Techniker haben gelernt, professionelle Barrieren zugunsten zielorientierten Arbeitens zu überwinden.

Neben ihrer hohen fachlichen Qualität sind IGES-Ergebnisse vor allem wegen der unabhängigen Position des Unternehmens geschätzt. Diese ergibt sich aus unserer wirtschaftlichen Unabhängigkeit und der Tatsache, dass wir sehr viele verschiedene Auftraggeber aus sehr unterschiedlichen Segmenten haben.



Unser Erfolg beruht vor allem auf drei inhaltlichen Prinzipien:

1. Der **Nutzen** „öffentlicher Güter“ für die Individuen kann – bei gegebenen Ressourcen – fast immer gesteigert werden. Davon können wichtige Impulse für **Leistungserbringer und Unternehmen** ausgehen, d.h. für Gesundheitswirtschaft, Verkehrsunternehmen oder Bildungseinrichtungen.
2. Auch und gerade in stark regulierten Sektoren kann Wettbewerb stattfinden und gestaltet werden. Wir entwickeln hierfür geeignete Modelle für **Politik** und Marktteilnehmer.
3. Alle Fragestellungen werden auf der Basis von **Daten und Fakten** beantwortet, die nach den besten verfügbaren Methoden analysiert werden.

IGES ist es gelungen, das auf dem Gebiet der Gesundheit entstandene Konzept auf andere Bereiche des öffentlichen Sektors zu übertragen. Wir können heute zeigen, dass Fragestellungen und Lösungen aus verschiedenen öffentlichen Sektoren teilweise übertragbar sind, sodass daraus jeweils neue, kreative Vorschläge entwickelt werden können. Auf diese Weise haben wir uns auch im Bereich der Mobilität einen Namen gemacht und sind dabei, unser Konzept auch auf die Bereiche des Wohnens und der Bildung zu übertragen.

Vor diesem Hintergrund sehen wir auch die Zeit gekommen, unser Konzept in anderen europäischen Ländern zu erproben. Wir wollen ein Institut werden, das sich in den wichtigsten europäischen Ländern den Ruf erwirbt, den wir uns in den vergangenen 30 Jahren in Deutschland erworben haben.



POLITIK IM ÖFFENTLICHEN SEKTOR



In vielen Bereichen des Lebens erwerben Menschen Güter und Dienstleistungen nicht auf völlig freien, sondern auf überwiegend staatlich regulierten Märkten. Dies betrifft vor allem den Bereich der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ bzw. „öffentlichen Güter“. Hierunter lassen sich sämtliche Wirtschaftsbereiche fassen, bei denen nach allgemeiner Überzeugung freie Märkte zu gesamtgesellschaftlich unbefriedigenden Ergebnissen führen. In diesen Bereichen sollen gesellschaftliche und politische Standards verhindern, dass bestimmte Leistungen zu wenig angeboten werden oder dass Angebote für große Teile der Bevölkerung unbezahlbar sind (z.B. Bildung, Krankenversicherung). Diese Standards legen fest, unter welchen Bedingungen lebensnotwendige Güter und Dienstleistungen erworben werden können. So war es in Deutschland bis zur Mitte der 90er Jahre „normal“, dass man entsprechend seinem beruflichen Status einer Krankenkasse zugewiesen wurde. Heute ist es selbstverständlich, dass man diese frei wählen kann.

Öffentliche Güter in diesem Sinne sind die Gesundheitsversorgung, der öffentliche Nah- und Fernverkehr, zahlreiche kommunale Dienstleistungen, darunter das Wohnen, Bildung und weitere mehr. Für alle gilt in besonderer Weise, dass der Nutzen für den Bürger davon abhängt, wie die Erbringung der entsprechenden Dienstleistungen durch öffentliche oder private Industrien und Leistungserbringer von politischen Regeln gestaltet wird. Dabei kommt dem Wettbewerb zwischen Leistungserbringern bzw. Industrien die wichtige Funktion zu, Qualität und Effizienz ständig zu steigern.

IGES

- analysiert bestehende Regulierungen
- prognostiziert und testet mit Szenarien und Simulationen die voraussichtliche Wirkung von Reformmodellen oder zukünftigen Entwicklungen
- entwickelt Verfahren zur Umsetzung politischer Entscheidungen und evaluiert deren Wirkung
- berät die Beteiligten, seien es Ministerien, Verbände, Versicherungen und Banken, Unternehmen und Organisationen von Patienten bzw. Betroffenen

Vier Ansätze sind von besonderer Bedeutung für die Gestaltung einer effizienten Versorgung bei hoher Qualität:

- Wettbewerb und Innovation
- Regulierung
- Finanzierung
- Partizipation

WETTBEWERB UND INNOVATION

Güter der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ können sowohl von privaten als auch von öffentlichen Institutionen erbracht werden. Je nach Wirtschaftsbereich haben sich in Deutschland wie auch in anderen Ländern historisch teilweise sehr unterschiedliche Angebots- bzw. Produktionsstrukturen herausgebildet. Diese Unterschiede müssen nicht zwangsläufig zu Unterschieden der Qualität und Effizienz der erbrachten Leistungen führen. Sollte dies aber der Fall sein, ist zu fragen, ob durch veränderte Angebotsstrukturen oder durch Wettbewerb zwischen verschiedenen Anbietern nicht ein sinnvoller Impuls für bessere Leistungen und mehr Innovation geschaffen werden kann.

IGES hat in zahlreichen Projekten für Auftraggeber aus Politik und Industrie zu folgenden Themen Wettbewerbssituationen analysiert und Vorschläge zu ihrer Optimierung gemacht: Potenziale für Effizienzsteigerung in der Gesundheitsversorgung, Wettbewerb auf dem Krankenhausmarkt, dem Krankenversicherungsmarkt, Standortwettbewerb in der Pharmaforschung, für Personenfernverkehr, Schieneninfrastruktur und die Entsorgung von Hausabfällen.

Eine immer wiederkehrende Herausforderung bei der Gestaltung des Wettbewerbs vor allem im Gesundheitssektor besteht darin, dass Wettbewerber der Versuchung erliegen, ihren Konkurrenten nicht mit effizienteren und besseren Angeboten entgegenzutreten, sondern sich die weniger behandlungsbedürftigen Patienten bzw. „Risiken“ auszusuchen, um damit einen Vorteil zu erzielen („Risikoselektion“). Die potenziell negativen Auswirkungen auf Patienten sind in Deutschland und anderen Ländern nicht erwünscht.

IGES war seit Beginn der 90er Jahre an führender Stelle an der Entwicklung von Instrumenten zur Vermeidung von Risikoselektion beteiligt. Aus diesem Grunde hat IGES ein

KOMPETENZFELD RISIKOANALYSEN UND RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH

geschaffen, in dem bestehende Methoden für Auftraggeber aus Politik und Krankenversicherung sowie für Leistungserbringer angewendet und weiterentwickelt werden.

Risikoanalysen spielen auch in anderen öffentlichen Sektoren eine wichtige Rolle, z.B. bei der Frage, welche Risiken Verkehrsunternehmen bzw. Verkehrsträger eingehen, wenn sie einen Leistungsvertrag über zehn Jahre abschließen. IGES bewertet Leistungsverträge im Personenverkehr und berät im Rahmen von Ausschreibungen nach neuesten Erkenntnissen aus Risikobewertung und -management.

REGULIERUNG

Der öffentliche Sektor ist in hohem Maße durch Regulierungen geprägt. Dennoch ist es möglich, Wettbewerb als Organisationsprinzip auch in diesen Bereichen zu nutzen, um die Effizienz der Gütererstellung und die Innovationsdynamik zu steigern. Die optimale Balance zwischen staatlicher Regulierung und freiem Wettbewerb zu finden, stellt hohe Anforderungen an die Politik, vor allem, weil sich die gesellschaftlichen und technischen Rahmenbedingungen kontinuierlich verändern. Die Diskussion darüber, in welchem Ausmaß und in welcher Form Regulierungen erforderlich sind, wird häufig unter dem Begriff der „Ordnungspolitik“ geführt.

IGES analysiert bestehende Regulierungen sowohl nach ihren intendierten als auch nach nicht-intendierten Effekten. Zahlreiche Projekte befassen sich mit der Evaluierung bestehender Regulierungen und staatlicher Reformmaßnahmen, darunter zu Organtransplantation, Krankenhausvergütung (DRG), Arbeitsschutz, Regulierung des Arzneimittelmarktes, Organisation der Impfstoffversorgung etc.

FINANZIERUNG

Die Lenkung von Finanzmitteln ist vermutlich die effektivste Form der politischen Steuerung und daher im Gesundheitssystem sowie in anderen Sektoren öffentlicher Güter das herausragende politische Thema.

Zu lösen sind Probleme der Allokation der erforderlichen Mittel über Steuern, Pflichtversicherungsbeiträge oder private Zahlungen. Eine besondere Bedeutung hat dabei die Prognose der Finanzierungsbedingungen, also der künftig verfügbaren Mittel und des Mittelbedarfs. Im Gesundheitssystem hat diese Prognose zentrale Bedeutung für Planung und Gestaltung von Finanzierungsstruktur und Versicherungsleistungen:

Ob und in welchem Ausmaß beispielsweise Beiträge erhöht oder Leistungsansprüche gesenkt werden müssen. Um dieser zentralen Bedeutung gerecht zu werden, gibt es bei IGES ein

KOMPETENZFELD GKV-PROGNOSE.

Preise für Leistungen und Güter werden im öffentlichen Sektor in der Regel nicht auf dem Markt frei und individuell ausgehandelt, sondern auf kollektiver Ebene vereinbart oder direkt per Gesetz bzw. von Regulierungsbehörden festgesetzt. Damit Preise bzw. Vergütungen dennoch Anreize für qualitativ hochwertige, innovative und effiziente Leistungserbringung setzen können, richten sich an ihre Gestaltung hohe Anforderungen. Im Gesundheitssystem betrifft dies vor allem Krankenhäuser und Ärzte. Gesetzgeber, Regierung, Leistungserbringer und Patienten haben jeweils ein hohes Interesse daran. IGES hat daher ein

KOMPETENZFELD VERGÜTUNGSSYSTEME.

Public-Private-Partnership (PPP), also die langfristig vertraglich geregelte Zusammenarbeit zwischen öffentlicher Hand und Privatwirtschaft, gewinnt zunehmend an Bedeutung. Über 120 Hochbauprojekte, insbesondere aus den Bereichen Bildung und Gesundheit, wie z.B. das Protonentherapiezentrum Essen, sowie zahlreiche Infrastrukturprojekte im Verkehrs- und IT-Bereich sind realisiert oder in der Umsetzung.

Bislang dominierte dabei das Ziel, privates Kapital zu mobilisieren. Heute rückt dagegen zunehmend die Frage in den Vordergrund, wie PPP Effizienz- und Qualitätsvorteile realisieren kann. Fragen der Prozess- und Vertragsgestaltung sowie des intelligenten Vertragsmanagements seitens der öffentlichen Hand werden immer wichtiger. Diese zentralen Fragen stehen daher auch im Mittelpunkt der Arbeiten des IGES Instituts im

KOMPETENZFELD PUBLIC-PRIVATE-PARTNERSHIP.

PARTIZIPATION

Güter der „öffentlichen Daseinsvorsorge“ werden zwar für die Nutzer bereit gestellt, doch der Bürger als Patient, Fahrgast, Schüler steht – entgegen allgemeiner Rhetorik – in der tagespolitischen Auseinandersetzung um Budgets, Vergütungen, Beiträge und ordnungspolitischer Prinzipien oft nicht im Mittelpunkt.

Gleichzeitig hat sich nicht nur die Ansicht durchgesetzt, dass somit oft wichtige Bürgerrechte nicht gewährt werden, sondern auch die Erkenntnis, dass die Beteiligung von Nutzern positive Einflüsse auf Qualität und Effizienz von Leistungen haben kann im

KOMPETENZFELD SZENARIEN UND POLITIKANALYSEN.

Auf der Basis innovativer Methoden zur Ermittlung von Präferenzen und Handlungsstrategien, wie z.B. der Discrete-Choice-Experimente, werden Politikfelder und Möglichkeiten ihrer Weiterentwicklung analysiert. Am deutlichsten wird dies sichtbar bei den sogenannten „Delphi-Studien“, in denen bestimmte politische Optionen auf ihre Realisierungschancen geprüft werden.

EMPIRISCHE GRUNDLAGEN



IGES-Ergebnisse basieren immer auf Fakten. Wir haben uns in den vergangenen 30 Jahren darin perfektioniert, Daten selbst zu erheben, zu akquirieren, aufzubereiten und zu analysieren, zu dokumentieren und für Fragestellungen immer wieder in neuartiger Weise zusammenzuführen. Dass es zu einer Fragestellung keine empirisch basierten Antworten gibt, ist bei IGES noch nie vorgekommen.

Daher kann IGES heute auf einen enormen Fundus von Daten zurückgreifen. Gleichzeitig arbeitet IGES mit Institutionen zusammen, die Daten laufend aktualisiert bereitstellen.

In der 30-jährigen Geschichte von IGES hat sich die partnerschaftliche Zusammenarbeit mit Datenschutzbehörden als wichtiger Erfolgsfaktor erwiesen. Die vielfach geäußerte Ansicht, dass ein übertriebener Datenschutz in Deutschland die Forschung insbesondere zu Fragen der Gesundheit stark behindere, wird bei IGES nicht geteilt. Die strenge Einhaltung von Bestimmungen zum Datenschutz und zur Datensicherheit ermöglicht häufig erst Projekte, die ansonsten aufgrund von Misstrauen nicht zustande kämen.

Bei IGES befassen sich fünf Bereiche mit der Schaffung der empirischen Grundlage der Arbeit:

- **Datenakquisition und -verarbeitung**
- **Marktforschung und Meinungsforschung**
- **klinische Forschung (durch die Tochtergesellschaft CSG Clinische Studien Gesellschaft)**
- **Statistik und Biometrie**
- **Demographie und Epidemiologie**

DATENAKQUISITION UND -VERARBEITUNG

Die Ursprünge von IGES liegen in der Sammlung und elektronischen Aufbereitung von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (siehe dazu „Zwölf IGES-Ergebnisse, die Spuren hinterlassen haben“). Diese Daten sind auch heute ein wichtiger Bestandteil der Arbeit von IGES, insbesondere im Bereich der Versorgungsforschung. Auch mit Routinedaten von privaten Krankenversicherungen sowie von Ärzten (Praxiscomputerdaten) und Krankenhäusern haben wir langjährige Erfahrungen.

Über die Zusammenarbeit mit öffentlichen Institutionen haben wir Zugang zu Forschungsdatenzentren der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und damit Anerkennung als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung. Darüber hinaus arbeitet IGES regelmäßig mit Datensätzen wie dem Sozio-ökonomischen Panel (SOEP), der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe, dem Bundes-Gesundheitssurvey oder den PISA-Daten. Ebenso kooperiert IGES mit privaten Forschungsgesellschaften wie INSIGHT Health, Medimed, Morgen & Morgen und anderen und kann damit wichtige Projekte wie z.B. den jährlich erscheinenden „Arzneimittel-Atlas“ realisieren.

MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG

IGES beobachtet Märkte und betreibt daher eine eigene Marktforschung. Wir greifen dabei auf das gesamte Inventar der Meinungsforschung zurück, um Einstellungen und Präferenzen etwa von Patienten oder Versicherten zu beschreiben. Die IGES-Marktforschung arbeitet einerseits mit den klassischen Methoden der standardisierten Befragung von Stichproben. Andererseits werden qualitative Methoden eingesetzt, wenn das Forschungsgebiet nicht ausreichend erschlossen ist und Hypothesen erst generiert werden müssen.

Die wichtigsten Märkte für die IGES-Marktforschung sind der Markt für Krankenversicherungen sowie der Markt für Arzneimittel, Medizinprodukte und medizinische Leistungen.

Für den Krankenversicherungsmarkt wurde 2009 der „IGES Kompass Gesundheit“ entwickelt. In ihn flossen Ideen und Anforderungen zahlreicher Krankenkassen ein. Der Kompass erhebt halbjährlich Daten zu Gesundheitsverhalten und Versorgungspräferenzen

von Bürgern. Nach qualitativen Voruntersuchungen wird eine Repräsentativbefragung von 3.000 GKV-Mitgliedern durchgeführt. Zusätzlich wird pro Jahr ein Sonderthema näher untersucht, wie etwa die Leistungsgestaltung in der GKV.

Für Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten beleuchtet die IGES Marktforschung vor allem Fragen der Nutzerpräferenzen, der detaillierten Wahrnehmung von Gesundheitsstörungen und Behandlungsabläufe. Dies geschieht oft in Zusammenarbeit mit den Bereichen Versorgungsforschung und mit der klinischen Forschung im Rahmen von Studien zur Ermittlung des Nutzens unter alltäglichen Bedingungen – ein Thema, das zunehmend im Kontext von Entscheidungen zur Kostenerstattung an Bedeutung gewinnt.

Die IGES Marktforschung beteiligt sich darüber hinaus an zentralen Projekten des Instituts zur Erhebung von Qualitätsparametern im Bereich der ambulanten Versorgung sowie an Projekten, die Auswirkungen gesundheitspolitischer Maßnahmen evaluieren.

Einen weiteren Schwerpunkt stellen Mitarbeiterbefragungen dar, die sich einerseits auf Belastungen am Arbeitsplatz, andererseits auf die Wahrnehmungen der betrieblichen Organisation beziehen. Daraus kann das Potenzial gesundheitsfördernder Aktivitäten in Betrieben erschlossen werden.

Auch im Geschäftsfeld „Mobilität“ betreibt IGES Marktforschung. Bekannt wurde 2009 die Befragung von S-Bahn-Nutzern über die Auswirkungen der Berliner S-Bahn-Krise, bei der Zugausfälle den Berufsverkehr erheblich einschränkten. Ein „IGES Kompass Mobilität“ ist in Vorbereitung.

Die Instrumente der Meinungsforschung werden häufig auch gezielt zur Überprüfung konkreter Hypothesen über den Zusammenhang zwischen individuellen Einstellungen, kognitiven Konzepten und realem Verhalten eingesetzt, dem klassischen Gebiet der „Empirischen Sozialforschung“.

KLINISCHE FORSCHUNG

Schon lange zeichnet sich ab, dass Entscheidungen über den Einsatz und die Vergütung von Leistungen und Produkten nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Wirksamkeit, sondern auch auf der Basis gesundheitsökonomischer Überlegungen basiert sein werden. Daraus folgt ein Bedarf nach Daten über medizinische, patientenbezogene und ökonomische Sachverhalte, die direkt am Patienten erhoben werden.

Daher wurde 1998 die Tochtergesellschaft „CSG Klinische Studien Gesellschaft mbH“ gegründet, die sich mittlerweile in der Welt der „Contract-Research-Organizations“ (CRO) als Spezialist für klinische Studien mit gesundheitsökonomischen Fragestellungen einen Namen gemacht hat. CSG operiert nach den international verpflichtenden Standards wie ICH-GCP und kann als „Full-Service-CRO“ sämtliche Dienstleistungen von der Erstellung von Prüfprotokollen bis zur Beratung nach der Zulassung eines Arzneimittels anbieten.

CSG führt Studien vor der Zulassung (Phase III), insbesondere aber auch Studien nach der Zulassung (Phase IV) durch. Wichtige Indikationsgebiete sind Onkologie, Neurologie, Pulmonologie, Diabetes, Hämophilie, Schmerztherapie oder Kontinenzstörungen.

Sogenannte „nicht-interventionelle Studien“ spielen eine zunehmende Rolle in der klinischen Forschung, weil Eigenschaften von neuen Therapien häufig nicht im experimentellen Rahmen, sondern erst im realen Einsatz sichtbar werden. Bei der nicht-interventionellen Forschung sind insbesondere Daten von Interesse, die direkt über die Wirkung beim Patienten Auskunft geben. Dazu gehören Aspekte der Lebensqualität, des subjektiven Erlebens der Behandlung einschließlich der Interaktion mit Arzt und Therapeuten sowie die begleitende Inanspruchnahme von gesundheitsbezogenen Leistungen. Auf die Entwicklung und Erfassung dieser sogenannten „Patient-Reported Outcomes“ hat sich CSG seit längerem spezialisiert.

Behandlungsregister und Pharmakovigilanz-Register gehören ebenfalls zu den besonderen Kompetenzen von CSG im Kontext der Anwendungsforschung.

Damit unterstützt CSG ganz wesentlich auch die Versorgungsforschung bei IGES. CSG ist mit der Durchführung einer der weltweit größten nicht-interventionellen

prospektiven vergleichenden Studie zur Behandlung des Prostata-Karzinoms – der HAROW-Studie – von der Stiftung Männergesundheit beauftragt.

CSG hat frühzeitig in moderne internetbasierte Instrumente zur Datendokumentation investiert. Dabei wird das von der FDA zertifizierte System Oracle Clinical RDC 4i eingesetzt. Mit verschiedenen Partnern wurde ein prämiertes System entwickelt, über das Patienten selbst Daten über Mobiltelefon (PDA) eingegeben und empfangen können. Mit diesen beiden Technologien führt CSG mehrere Projekte mit Behandlungszentren in derzeit 19 Ländern durch.

Die Verbindung zwischen Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie und klinischer Forschung durch CSG und IGES „unter einem Dach“ ist ein Vorteil, dessen Bedeutung kontinuierlich wächst.

STATISTIK UND BIOMETRIE

Das streng empirisch ausgerichtete Konzept von IGES bedeutet, dass statistische Methoden allgegenwärtig sind. Neben der Tatsache, dass ein großer Teil der IGES-Mitarbeiter ausgeprägte statistische Kenntnisse besitzt, verfügt IGES über einen eigenen Bereich, der sich neben der internen Beratung mit der Anwendung komplexer und innovativer Verfahren und deren Anpassung an IGES-Fragestellungen befasst.

IGES-Experten wenden in Projekten das gesamte klassische Repertoire der deskriptiven und konfirmatorischen Statistik an. Zudem betreuen sie biometrische Aufgabenstellungen im Kontext der klinischen Forschung. Einen ausgeprägten Schwerpunkt stellt zudem die Versicherungsmathematik dar.

IGES wendet folgende komplexe Verfahren an:

- Statistische Komponentenzerlegung und Index-Analyse
- Vergleichsgruppendedesigns, u.a. unter Verwendung von „Propensity Scores“
- Risikoadjustierung in der Epidemiologie und Ökonomie
- Analyse von Überlebenszeiten
- Zeitreihenanalysen
- Data mining, darunter Klassifikations- und Regressionsbäume (CART)

- Maschinenlernen (Neuronale Netze, Support Vector Machines, SVM)
- Verallgemeinerte lineare Modelle (GLM)
- Verallgemeinerte Schätzgleichungen (GEE)
- Robuste Schätzverfahren
- Resampling-Verfahren (Bootstrap, Jackknife)
- Multilevel-Modelle
- Mikrosimulationen einschließlich agentenbasierter Modelle

DEMOGRAPHIE UND EPIDEMIOLOGIE

Die Bevölkerung und ihre Struktur sind für sämtliche IGES-Themenfelder von allererster Bedeutung: Für Gesundheit, Mobilität, Wohnung und Bildung gibt es keine wichtigere Voraussetzung als die Zahl der Menschen, ihre Altersstruktur und deren zukünftige Entwicklung. Die „demographische Herausforderung“, eingeleitet durch den Geburtenrückgang zwischen 1965 und 1975 ist in ihrer Bedeutung für unser gegenwärtiges und zukünftiges Leben meist noch nicht ausreichend berücksichtigt.

IGES bezieht demographische Sachverhalte konsequent ein. Umfangreiche Daten werden laufend aktualisiert und mit der Methodik der Bevölkerungsforschung in die Zukunft projiziert.

Für das Themenfeld „Gesundheit“ sind epidemiologische Daten und Methoden essenziell. IGES führt beispielsweise Primärerhebungen in Betrieben durch und ermittelt Arbeitsplatzbelastungen. Auf allen anderen Gebieten wird auf Erhebungen anderer Institutionen zurück gegriffen, z.B. auf die Surveys des Robert Koch-Instituts (RKI).

Vielfach werden auf nationaler oder regionaler Ebene epidemiologische Angaben zu Inzidenz und Prävalenz benötigt, um Behandlungs- und Finanzierungsbedarfe zu ermitteln. Da solche Daten nur für eine kleine Auswahl von Gesundheitsstörungen existieren, ist es häufig erforderlich, Datenquellen zu nutzen, die primär für andere Zwecke erstellt werden. Dazu gehören diagnosebezogene Fallstatistiken aus Krankenhäusern, der Verbrauch bestimmter Arzneimittel etc. Häufig müssen solche Datenquellen mit dem Verfahren der „Datenintegration“ zusammengeführt werden. Dafür besitzt IGES die erforderlichen langjährigen Erfahrungen.



**GESUNDHEIT
NUTZER UND NUTZEN**



Dienstleistungen sollen Empfängern einen optimalen Nutzen stiften – unabhängig von der Form der Leistungserbringung, auch wenn es sich um öffentliche Dienstleistungen handelt. Aus dieser Perspektive schaut IGES auch und gerade auf das Gesundheitssystem und hat aufgrund der langen Tradition eine Reihe von Schwerpunkten ausgeprägt:

- **Versorgungsforschung**
- **Health Economics und Outcomes Research**
- **Qualität und Transparenz**
- **Arbeit und Gesundheit**

VERSORGUNGSFORSCHUNG

Der Begriff „Versorgungsforschung“ gilt heute als wichtigstes Forschungsfeld für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems. Der Begriff wurde vermutlich erstmalig im Jahr 1990 durch IGES geprägt. Denn IGES hat von Beginn an Versorgungsforschung betrieben und gehört damit zu den Gründern dieser Forschung (siehe dazu „Zwölf IGES-Ergebnisse, die Spuren hinterlassen haben“).¹ Ein Zitat aus dem Artikel verdeutlicht auch heute noch die Themen der Versorgungsforschung:

- „1. Die Inanspruchnahme von Leistungen. Die Inanspruchnahme beschreibt gleichzeitig auch den Zugang zu diesen Leistungen und zeigt damit Aspekte von Über-, Unter- und Fehlversorgung, also der Angemessenheit der Versorgung auf.
2. Die Durchführung der Versorgung selbst, also qualitative Aspekte von Versorgungsprozessen (Prozessqualität).
3. Resultate von Versorgung (Ergebnisqualität).
4. Kosten von Krankheit und Versorgung.“

Darüber hinaus stellen wir heute Fragen nach den Faktoren, die die Behandlungshäufigkeit, den Behandlungsverlauf und die Versorgungskosten beeinflussen. Ferner geht es um den Einfluss, den gesundheitspolitische Maßnahmen auf den Zugang zu medizinischen Leistungen, auf deren Qualität und auf die Kosten haben. Auch die Einflüsse neuer Gesundheitstechnologien und Versorgungsprozesse stehen im Fokus.

Vor dem Hintergrund sich verändernder nationaler und internationaler Rahmenbedingungen identifiziert IGES Schwachstellen und Potenziale in der Gesundheitsversorgung und entwickelt Konzepte zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Neben Routinedaten aus dem Bereich der Krankenversicherung gewinnen primär erhobene Daten aus der klinischen Forschung stark an Bedeutung.

¹ „Versorgungsforschung mit Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland“. In: Brenner G, Weber I (Eds.); Health services research and primary health care. Congress proceedings of the 2nd European conference, Köln, 14-15 December, 1990

Ein eigener Schwerpunkt des Bereichs Versorgungsforschung ist die Erstellung von systematischen Reviews und Metaanalysen im Rahmen des Health-Technology-Assessment (HTA) und der Nutzenbewertung, wie sie durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) vorgegeben sind. HTA hat einen deutlich weiteren Blick und geht über die vom IQWiG geprägte Definition hinaus, weil neben der Wirksamkeit auch die Sicherheit sowie alle sozialen, ethischen und ökonomischen Faktoren einer gesundheitsbezogenen Intervention bzw. Technologie berücksichtigt werden.

HEALTH ECONOMICS UND OUTCOMES RESEARCH (HEOR)

Dieser Bereich trägt – entgegen der sonstigen Gepflogenheiten am Institut – eine englische Bezeichnung. Dies trägt dem Umstand Rechnung, dass der Begriff „Gesundheitsökonomie“ in Deutschland durch die finanzwirtschaftlich orientierte Volkswirtschaftslehre geprägt ist, während es sich bei „Health Economics“ um den strikt mikroökonomischen Ansatz der ökonomischen Bewertung individueller Nutzenerlebnisse bzw. -erwartungen handelt.

„Health Economics“ in diesem Sinne befasst sich im wesentlichen mit der Bewertung der Effizienz von Interventionen mittels Kosten-Minimierungs-, Kosten-Wirksamkeits-, Kosten-Nutzwert- oder Kosten-Nutzen-Analysen.

HEOR bedient sich daher in besonderem Maße der Erhebung und Messung patientenbezogener Lebensqualität zur Ermittlung von qualitäts-adjustierten Lebensjahren (QALYs) für Kosten-Nutzwert-Analysen. Dazu gehört auch die Ermittlung der Patienten-, Angehörigen- oder Versicherten-Präferenz mit Discrete-Choice-Experimenten, um die Relevanz von Therapieeffekten für Kosten-Nutzwert-Analysen zu beschreiben sowie die Zahlungsbereitschaft für Kosten-Nutzwert-Analysen zu quantifizieren.

Ein weiterer Schwerpunkt sind Krankheitskostenstudien zur Ermittlung der monetären Auswirkung einer Erkrankung und des Stellenwertes einer wirksamen Intervention für das Budget eines Gesundheitssystems. Daran schließen sich Utilization-Review-Studien und Budget-Impact-Analysen an. So ist eine Prognose

über die Verlagerung von Ausgaben der Kostenträger zwischen den Sektoren des Gesundheitswesens nach Einführung eines neuen Behandlungsverfahrens möglich.

Die empirischen Grundlagen gesundheitsökonomischer Untersuchungen stammen aus Studien, die in Bezug auf die zeitliche Dauer, die soziodemographisch repräsentierten Patientenschichten sowie deren Komorbidität meist begrenzt sind. Charakteristisch ist daher die Bildung von Modellen, die der Extrapolation und Simulation dienen. IGES setzt alle gängigen Modelle ein (Entscheidungsbaumanalysen, Markov-Modelle, Discrete-Choice-Modelle) und entwickelt diese kontinuierlich weiter.

QUALITÄT UND TRANSPARENZ

Der Nutzen medizinischer Leistungen ist in besonderem Maße von der Qualität abhängig, mit der sie erbracht werden. Für die Nutzer, also Patienten, Versicherte und Bürger ist Qualität im vollen Umfang aber oft nicht direkt sichtbar bzw. erlebbar, weil sich die Effekte von Leistungen oft viel später einstellen. Informierte Entscheidungen über die Inanspruchnahme einzelner Ärzte oder Krankenhäuser brauchen daher eine Unterstützung durch Daten. Solche Daten werden auch von den Leistungserbringern benötigt, um ihre Performanz gegenüber den Patienten zu steigern.

IGES hat von Beginn an Indikatoren für Qualität entwickelt und diese im Laufe der Jahre verfeinert und angepasst. Ein wichtiger Meilenstein waren empirisch basierte Qualitätszirkel für niedergelassene Ärzte. Dies erfolgte zunächst auf der Basis von Routinedaten. Heute verfügt IGES über weitreichende Erfahrungen auf dem Gebiet der Qualitätsmessung im ambulanten und stationären Bereich des Gesundheitssystems.

Als besonderer Schwerpunkt hat sich die Entwicklung von Transparenzsystemen entwickelt. Diese dienen der Öffentlichkeit zur Information über die Entwicklung der Qualität des Versorgungssystems und bieten Bürgern und Patienten die Möglichkeit, vor der Wahl eines Leistungserbringers (Krankenhaus oder niedergelassener Arzt) Qualitätsinformationen einzuholen. IGES hat „Klinikführer“ für Berlin und für das gesamte Bundesgebiet sowie das Befragungsinventar zum Gesundheitsnavigator von AOK und „Weisse Liste“ entwickelt.

ARBEIT UND GESUNDHEIT

In Deutschland wird die krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit vom Arzt festgestellt. Zur Ausübung administrativer Funktionen bekommt die Krankenkasse eine Bescheinigung über die voraussichtliche Dauer und die Diagnose der ursächlichen Erkrankung. In Verbindung mit weiteren versicherungsrechtlichen Informationen der Krankenkasse einschließlich der Angaben zum Arbeitsverhältnis und Arbeitsplatz entsteht bei jeder Krankenkasse eine empirische Grundlage, um Zusammenhänge zwischen Eigenschaften von Arbeitsplätzen und Erkrankungen von Beschäftigten bzw. Versicherten zu beschreiben und zu analysieren.

Seit Beginn seines Bestehens hat IGES solche Daten genutzt und damit Forschungs- und Entwicklungsarbeiten durchgeführt, wie z.B. das „Betriebsepidemiologische Informationssystem der Volkswagen Betriebskrankenkasse“, mit dem der werksärztliche Dienst von VW Maßnahmen zum betrieblichen Gesundheitsschutz entwickelt hat. Mit zunehmendem Wettbewerb um Versicherte haben Krankenkassen das Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt, in dessen Rahmen Analysen von Erkrankungsschwerpunkten einen festen Platz haben.

IGES ist daher mit der Entwicklung und Evaluierung von Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung für Unternehmen, Krankenkassen, Unfallversicherungsträger und Haftpflichtversicherungen befasst. Dabei werden – in Zusammenarbeit mit der IGES-Marktforschung – zunehmend Daten über Befragungen der Beschäftigten einbezogen, wie z.B. im jährlich erscheinenden Gesundheitsreport der DAK.

Darüber hinaus erstellt IGES Expertisen zu Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung („Occupational medical surveillance in six European Union member states“) und entwickelt Instrumente zur Bewertung von Arbeitsbedingungen.

A microscopic view of various bacteria and cells, rendered in shades of green. The image shows a diverse collection of microorganisms, including spherical cocci, rod-shaped bacilli, and more complex, multi-lobed structures. The background is a soft, out-of-focus green, creating a sense of depth and highlighting the individual forms of the cells.

**GESUNDHEIT
LEISTUNGSERBRINGER
UND UNTERNEHMEN**

Auch im Bereich der öffentlichen Dienstleistungen haben Leistungserbringer und Unternehmen die Chance, im Wettbewerb um hochwertige und effiziente Versorgungsleistungen ihre wirtschaftliche Situation zu verbessern. Im Bereich der Gesundheitsversorgung gilt dies für Ärzte und neuerdings auch für Managed-Care-Organisationen, Krankenhäuser, Hersteller von Arzneimitteln und Medizinprodukten, aber auch für Krankenkassen, Versicherungen und Banken.

IGES führt für diese Teilnehmer am Gesundheitsmarkt Analysen durch, entwickelt Instrumente und berät Führungspersonen aus solchen Unternehmen oder Verbänden.

KRANKENVERSICHERUNG

Vor 30 Jahren mit Beginn der Arbeit von IGES war eine Krankenkasse einer Behörde viel ähnlicher als einem Unternehmen. Dies spiegelte sich letztlich in der Tatsache, dass Krankenkassenmitarbeiter bis 1993 ähnlich wie Beamte bezahlt wurden. Obwohl Krankenkassen auch heute „Körperschaften des öffentlichen Rechts“ sind, müssen sie wie Unternehmen im Wettbewerb geführt werden. Es wird daher zunehmend diskutiert, ob sie aufgrund ihrer vielfältigen vertraglichen Beziehungen in Zukunft tatsächlich den Status eines Unternehmens bekommen sollen.

Krankenkassen waren die ersten Unternehmen, für die IGES beratend tätig wurde. Der ständige Prozess der Veränderung der gesetzlichen Krankenversicherung führt zu neuen Herausforderungen für das Management einer Krankenkasse, da ihr Geschäftserfolg durch zahlreiche Faktoren beeinflusst ist: soziodemographische und Morbiditäts-Struktur der Versicherten, deren Inanspruchnahme-Verhalten, Struktur der Leistungserbringer, deren Versorgungskonzepte sowie das System ihrer Vergütung.

Ein Teil dieser Faktoren kann mittlerweile durch Verträge aktiv mitgestaltet werden. Dabei spielen spezielle Versorgungsprogramme eine zentrale Rolle.

IGES ist in folgenden Themenfeldern tätig:

- Generelle Unternehmensstrategie und Marktentwicklung
- Bewertung der Risikostruktur einer Krankenkasse und Entwicklung des Risikomanagements
- Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Programmen zum Versorgungsmanagement
- Entwicklung und Evaluierung von Selektivverträgen
- Entwicklung von neuen Versicherungstarifen und deren Evaluierung
- Komplexe versicherungsmathematische Analysen

Vergleichbare Fragestellungen werden auch für private Krankenversicherungsunternehmen bearbeitet sowie für Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und für Versicherungsgesellschaften, bei denen sich Unternehmen gegen Haftpflichtschäden bei Berufskrankheiten versichern.

ARZNEIMITTEL UND MEDIZINPRODUKTE

Seit dem Bestehen von IGES hat sich das Angebot an Arzneimitteln dramatisch verändert. Viele der Medikamente, die Ende der 70er Jahre am häufigsten verordnet wurden, sind heute als „Arzneimittel mit umstrittener Wirksamkeit“ kaum noch im Gebrauch oder nicht mehr erhältlich. Viele Wirkstoffe, die heute am häufigsten verordnet werden, wurden nach 1980 zugelassen und sind zum Teil schon wieder als Generika verfügbar.

Diese Umwälzungen waren und sind begleitet von steigenden Ausgaben für Arzneimittel. Folge davon ist eine kontinuierliche Reformtätigkeit der Bundesregierung und des Gesetzgebers. Andererseits sind die Unternehmen der pharmazeutischen Industrie sowie die Krankenkassen und ihre jeweiligen Verbände sowie die Verbände der Ärzte aktiv gestaltend tätig.

IGES hat in den 90er Jahren begonnen, den Arzneimittelmarkt auf seine Bedarfsgerechtigkeit zu untersuchen. Hinzu kamen ökonomische Analysen der Wettbewerbsdynamik, die 2006 zur ersten Auflage des „Arzneimittel-Atlas“ führten. Das von IGES herausgegebene Werk erscheint jährlich.

Seit 2007 werden zudem Prognosen zur Ausgabenentwicklung der GKV durch Arzneimittel erstellt. Diese werden auch aus der Perspektive einzelner Unternehmen ermittelt, um auf den potenziellen Einfluss politischer Entscheidungen sowie des Wettbewerbs auf die wirtschaftliche Situation eines Unternehmens zu schauen.

KRANKENHAUS

Auch in der stationären Versorgung hat in den vergangenen 30 Jahren ein enormer Wandel stattgefunden: Im Vergleich zu heute waren die Liegezeiten viel höher. Mit Therapien, die aus heutiger Sicht anachronistisch erscheinen, wurden teilweise Krankheiten behandelt, die heute im Krankenhaus keine Rolle mehr spielen. Im Spektrum der Behandlungen zeigt sich ein enormer Fortschritt an therapeutischen Möglichkeiten, der es ermöglicht, immer kompliziertere Eingriffe bei immer älteren Patienten zur Routine werden zu lassen. Die Zahl der Krankenhäuser sinkt seit vielen Jahren kontinuierlich. Das einzelne Krankenhaus ist einem kontinuierlichen Wandel unterzogen, sowohl in medizinischer als auch in ökonomischer Hinsicht.

Der größte Impuls kam aus der Reform des Vergütungssystem mit der Einführung der „Diagnosebezogenen Fallgruppen“ („Diagnosis-Related-Groups“, DRG) im Jahr 2004. Der Wettbewerb um Marktanteile nimmt ständig zu.

Die Analyse der Krankenhausversorgung stand Pate bei der Gründung von IGES und ist bis heute Gegenstand von Analysen und Beratungen. Ein zentraler Aspekt ist dabei die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern und stationären Leistungen. IGES analysiert regionale Krankenhausmärkte insgesamt und in Bezug auf einzelne Indikationsgebiete. Auftraggeber sind z.B. Landesministerien, für die zahlreiche Gutachten zur Erstellung von Krankenhausplänen verfasst wurden. Solche Analysen sind jedoch zunehmend relevant für einzelne Krankenhäuser und deren Träger, weil sich daraus Empfehlungen für die Positionierung im Wettbewerb ableiten lassen. Ähnliches gilt für Unternehmen der Medizintechnik.

Bei der Erweiterung seines Leistungsspektrums im stationären Bereich ist IGES im Jahr 2009 Mehrheitsgesellschafter des 2000 gegründeten „Institut für medizinisch-ökonomisches Consulting“ (IMC) geworden. IMC IGES greift daher auf langjährige Erfahrungen bei der vergleichenden Analyse („Benchmarking“) der Leistungen und Kosten von Krankenhäusern zurück. IMC IGES führt Routine- und Kostendaten von Krankenhäusern zusammen und stellt dem einzelnen Krankenhaus Analysen seiner individuellen Positionierung bereit. Zur Verfügung steht auch Software zur Selbstanalyse. Das Unternehmen entwickelt derzeit ein Beratungsangebot für Krankenhäuser, die ihre wirtschaftliche Situation durch die Verbesserung von medizinischen und organisatorischen Prozessen verbessern wollen.

ÄRZTE UND MANAGED CARE

Der Beitrag niedergelassener Ärzte zur gesundheitlichen Versorgung des Landes ist ebenfalls ein gesundheitspolitisches Dauerthema. Die bis vor Kurzem gesetzlich verankerte Monopolstellung der kassenärztlichen Vereinigungen für ambulante Behandlungen prägte vielfach das Bild von einem ineffizienten System. In erster Linie wurde kritisiert, dass das bestehende System durch die vorherrschende Betriebsform der Einzelpraxis nicht in der Lage sei, die notwendige Integration der Versorgung zu gewährleisten, um so viel bessere Ergebnisse bei geringeren Kosten zu erzielen. Alleine durch die Abschaffung der sogenannten „Doppeluntersuchungen“ ließen sich enorme Mittel einsparen, wie auch durch die Abschaffung der „doppelten Facharztschiene“, die in Deutschland einzigartig sei.

Die gesundheitspolitische Diskussion über die Zukunft der ambulanten Versorgung war über viele Jahre hinweg wenig an Fakten interessiert. Forschung über die ambulante Versorgung, wie sie sich in den Niederlanden entwickelt hat, war hier zu Lande nur wenig gefragt. Reformvorschläge waren überwiegend auf Überzeugungen gegründet. Auch IGES konnte daher nur an einzelnen Stellen zur Aufklärung beitragen, darunter zu den oben genannten Themen. Ferner war IGES an verschiedenen Projekten zur Installation von Praxisnetzen beratend oder evaluierend beteiligt.

Mit der faktischen Abschaffung des Behandlungsmonopols der kassenärztlichen Vereinigungen wie auch durch die Reform des Arztrechtes ist nunmehr eine neue Situation entstanden. Insbesondere fachärztliche Berufsverbände, Kassenärztliche Vereinigungen, aber auch Anbieter von integrierten Versorgungsleistungen, Managed-Care-Leistungen sowie entsprechende „Zulieferer“ wie Arzneimittel- oder Medizinprodukte-Hersteller melden Interesse an, die aktuelle Situation und Möglichkeiten ihrer Optimierung zu analysieren. Entwicklung, Implementierung und Evaluierung von Programmen zum Versorgungsmanagement wie auch Entwicklung und Evaluierung von Selektivverträgen spielen eine Rolle. Das methodische Inventar der „Evidence-based Medicine“ kommt hierbei zum Einsatz.



MOBILITÄT



Mobilität von Menschen und Gütern ist eine wichtige Voraussetzung für das Funktionieren unserer arbeitsteiligen Volkswirtschaft. Sie ermöglicht uns, hochwertige Arbeitsplätze zu erreichen, ein großes Warenangebot oder auch Fernreisen und Tourismus. Auf der individuellen Ebene wird Mobilität eng verknüpft mit Selbstbestimmung und persönlicher Freiheit.

Mobilität und Verkehr werden zukünftig von tiefgreifenden Wandlungsprozessen und sich ändernden Rahmenbedingungen betroffen sein. Angesichts dieser Veränderungen stehen öffentliche Aufgabenträger und Anbieter von Verkehrs- und Mobilitätsdienstleistungen wie auch private Nutzer gleichermaßen vor neuen Herausforderungen.

Die Mobilität von Menschen und Gütern muss vor allem aus wirtschaftlichen Gründen gewährleistet sein. Daher ist die verkehrstechnische Erschließung von Räumen zusammen mit dem Angebot an Krankenhäusern, Arztpraxen und Apotheken, Schulen und Kultureinrichtungen etc. zu sehen. Im Zeitalter des starken demographischen Wandels kommen vor allem in schwächer besiedelten Regionen neue Anforderungen hinzu.

Auch für Mobilitäts-Leistungen gilt zudem, dass ihr Erfolg von den Nutzern und deren Bedürfnissen abhängt. Als stark empirisch orientiertes Institut analysiert IGES politische und wirtschaftliche Regulierungen bevorzugt unter dem Aspekt des Wettbewerbs auf einem Markt, der zunehmend vom Nutzer definiert wird. IGES ist damit in der Lage, das enorme empirische Wissen, das im Gesundheitssektor entstanden ist, auf den Bereich der Mobilität zu übertragen.

POLITIK

Seit seiner Gründung im Jahr 2007 hat das Geschäftsfeld Mobilität zahlreiche Studien durchgeführt, die sich im Kern auf folgende Steuerungsansätze beziehen:

- Regulierung von Monopolunternehmen im Bereich der Eisenbahn-Infrastruktur
- Privatisierung von Infrastrukturunternehmen
- Anreize zur Steigerung des Wettbewerbs im Schienenverkehr
- Öffentlich-private Finanzierungssysteme (PPP) im Infrastruktursektor

Für die Ministerien für Wirtschaft bzw. Verkehr sowie für die Bundesnetzagentur und die Monopolkommission wurden Gutachten erstellt, die einen stärkeren Wettbewerb zwischen Verkehrsunternehmen und Nutzer des Schienenverkehrs zum Gegenstand hatten. Dabei wurde insbesondere auch der bestehende nationale und europarechtliche Ordnungsrahmen analysiert und mit ökonomischen Berechnungen über die Wirkung alternativer Steuerungssysteme in Beziehung gesetzt. Vorgeschlagen wurden auch Steuerungsansätze, um die Umweltbelastung durch den Schienenverkehr zu reduzieren.

Für Unternehmen aus dem Bereich der Infrastrukturfinanzierung wurden Studien erstellt, um ökonomische Effekte aus PPP-Finanzierungen zu prognostizieren und Voraussetzungen für erfolgreiche Projekte zu ergründen. Beraten werden auch Institutionen der öffentlichen Hand, die sich mit PPP-Projekten beschäftigen.

NUTZER UND NUTZEN

Die genaue Kenntnis der Nutzer der Verkehrssysteme, d.h. ihrer Präferenzen, der Situationen, in denen sie Mobilität nachfragen, aber auch ihrer Restriktionen, wie z.B. Pkw-Verfügbarkeit, ist für die Gestaltung von Verkehrsangeboten von zentraler Bedeutung. Ihre Erforschung bildet daher den Ausgangspunkt für die Gestaltung von Verkehrsangeboten (Angebots- und Qualitätsanalysen) sowie der Preis- bzw. Tarifpolitik.

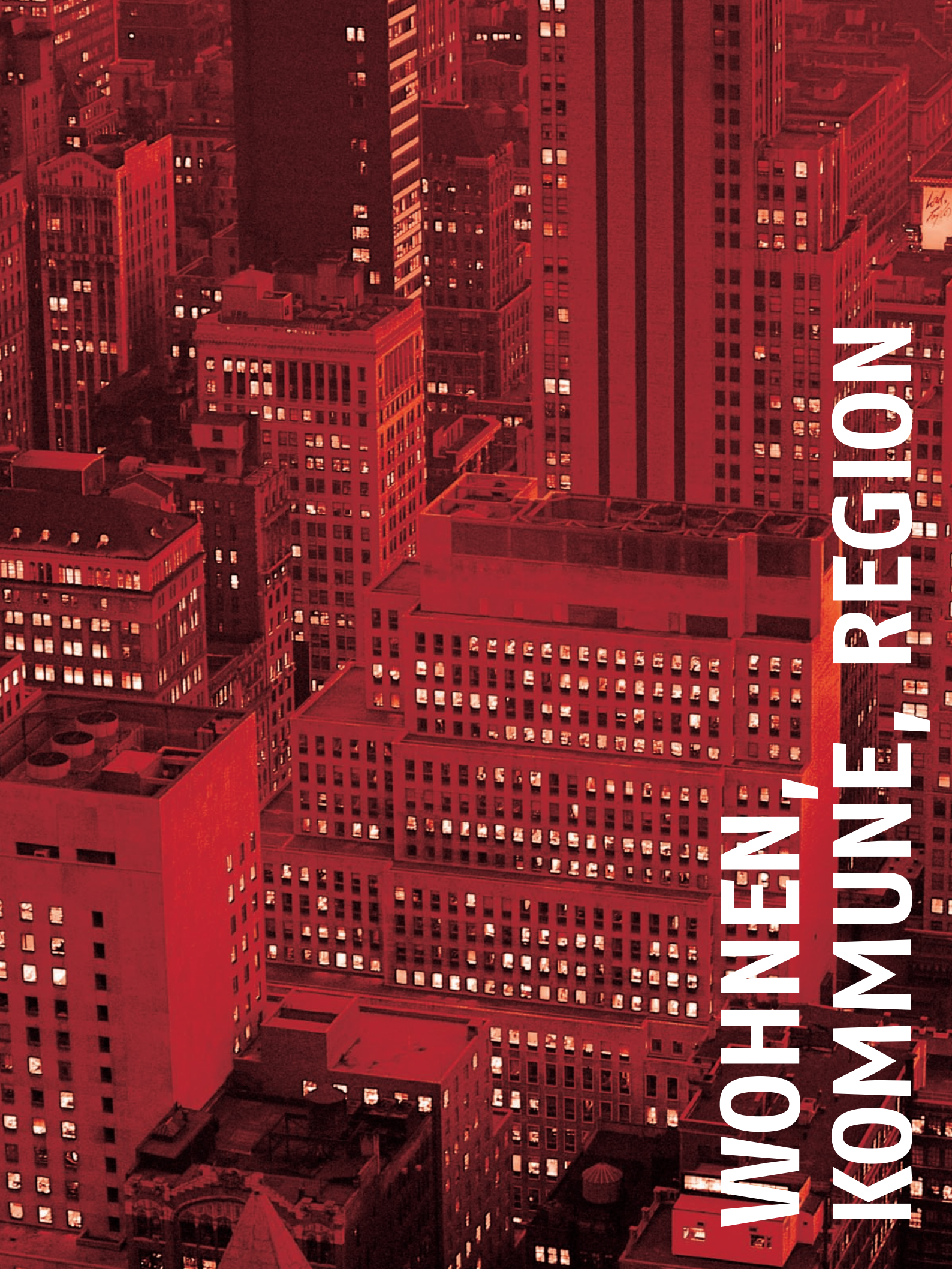
Zunehmend spielt im Verkehrsbereich ein weiterer Aspekt eine zunehmend wichtige Rolle: die Vertragsgestaltung zwischen öffentlichen Aufgabenträgern und privaten Verkehrsunternehmen. Einerseits müssen diese Verträge die Präferenzen der Mobilitätsnachfrager reflektieren, andererseits muss eine optimale Steuerung der Vertragsnehmer gewährleistet sein.

Letztlich dienen somit Kundenbefragungen und daraus abgeleitete Zufriedenheitsstudien als konzeptionelle Basis für die Analyse bestehender Angebote und für Empfehlungen zur Neugestaltung von Mobilitätsangeboten.

UNTERNEHMEN UND MÄRKTE

IGES ist derzeit auf Personenverkehrsmärkte sowie die vorgelagerten Infrastrukturmärkte spezialisiert. Insbesondere auf Personenverkehrsmärkten steht die Frage im Vordergrund, wie Wünsche und Anforderungen der Nutzer verstärkt in den Mittelpunkt gerückt werden können. Im Personennahverkehr werden heute die Leistungen von den jeweils zuständigen Gebietskörperschaften bzw. Aufgabenträgern als „Daseinsvorsorgeleistung“ definiert und die entsprechenden Leistungen bei Verkehrsunternehmen eingekauft.

Verkehrsinfrastruktur ist ein unverzichtbarer Faktor für die Gewährleistung von Mobilität. Umfang, Konfiguration, Qualität, Erhaltungszustand und Zugangspreise der Infrastruktur – z.B. Schienennetz und Bahnhöfe – entscheiden wesentlich über die Attraktivität der angebotenen Verkehrsleistungen. Die Gestaltung von Verträgen mit Infrastrukturunternehmen, Anforderungen einer effizienten Regulierung sowie die Realisierung neuer Finanzierungsformen, insbesondere Public-Private-Partnerships, stehen hier im Fokus der IGES-Leistungen.



WOHNEN, KOMMUNE, REGION



Die Wohnung, deren Anbindung an Versorgungssysteme (Energie, Wasser, Telekommunikation etc.) und die Erreichbarkeit von Bildungs- und Freizeiteinrichtungen bestimmen das Leben des Einzelnen gleichermaßen wie der Zugang zur Gesundheitsversorgung und Bildung. Individuelle Mobilität und Autonomie nehmen im Alter meist ab, sodass eine institutionalisierte Lebensführung in Pflegeeinrichtungen erforderlich werden kann.

Die Menschen werden immer älter. Vor diesem Hintergrund sowie in Folge von veränderten Familienstrukturen wird das Wohnen zu einer Ressource für die Aufrechterhaltung individueller Autonomie und dem Zugang zu lebensnotwendigen Versorgungsleistungen. Hierzu werden derzeit vielfach unter dem Stichwort „Ambient-assisted Living“ (AAL) auf breiter Front technologische und dienstleistungsorientierte Entwicklungen angestoßen und erprobt.

NUTZER

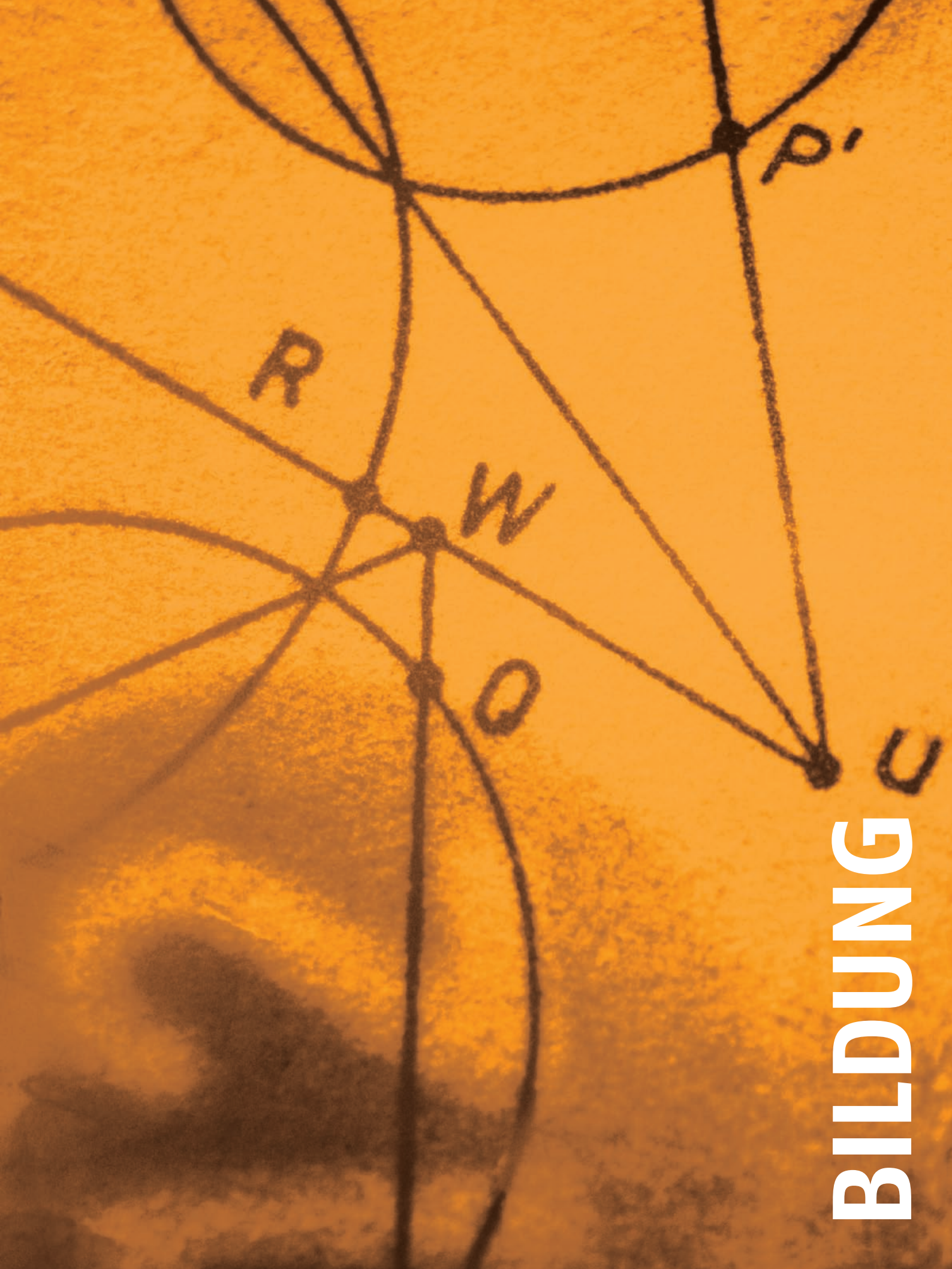
IGES beteiligt sich mit zahlreichen Projekten an diesen Entwicklungen. Die Perspektiven der Nutzer, der Technologie- und Dienstleistungsanbieter, der Wohnungswirtschaft sowie der Finanzierungsinstitutionen sind hierbei zu integrieren. Marktforschung, Technologie-Bewertung, medizinische Konzepte und Versicherungsökonomie arbeiten dabei zusammen.

Im klassischen Bereich der kommunalen Versorgung fokussiert IGES wettbewerbsökonomische Fragestellungen, darunter die Gestaltung von Preissystemen sowie Transparenz- und Benchmarking-Ansätzen zur Ermittlung von Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsparametern. Damit wird die Gestaltung von Versorgungsverträgen zwischen Versorgungsunternehmen und kommunalen Stellen unterstützt. Auch die einzelnen Nutzer, die auf der Basis verbesserter Informationen fundierte Entscheidungen treffen und damit einen Wettbewerbsdruck auf die Versorgungsunternehmen ausüben können, werden gestärkt. Dabei können Erfahrungen aus dem Bereich der Krankenhaus-Infrastruktur auf die Sektoren Abfall, Wasser oder Energie übertragen werden.

REGIONALE ANALYSEN

Eine weitere Folge des demographischen Wandels ist der Bevölkerungsrückgang, der auf breiter Front erst in einigen Jahren einsetzen wird. In einzelnen Regionen ist die Bevölkerungsdichte bereits heute so gering, dass das komplette Angebot an Versorgungseinrichtungen in Gefahr gerät, weil solche Regionen nicht mehr wirtschaftlich bedient werden können. Dieses Problem trifft Einrichtungen der Gesundheitsversorgung, aber auch alle anderen Infrastrukturbereiche, also z.B. auch Schulen.

IGES erstellt für Regionen oder auch für anderweitig definierte Populationen (z.B. Versicherte einer Krankenkasse, Angehörige von Betrieben) Prognosen über die Entwicklung von Zahl und Struktur der jeweiligen Bevölkerung. In Verbindung mit Kennzahlen über die Dichte der Versorgung mit Gesundheits- und Infrastruktureinrichtungen können somit Empfehlungen für die zukünftige Entwicklung von Räumen und deren Finanzierung erarbeitet werden.



BILDUNG



Die „Lissabon-Strategie“ der Europäischen Union wie auch die „Agenda 2010“ der Bundesregierung basieren auf der Annahme, dass europäische Länder wie Deutschland im globalen Wettbewerb nur bestehen können, wenn sie das geistige und innovative Potenzial ihrer Bürger und Industrien in die Waagschale werfen. Es ist allgemein anerkannt, dass Deutschland in den Bildungssektor finanziell und intellektuell investieren muss.

Hierzu hat auch der sogenannte „PISA-Schock“ beigetragen: Die deutschen Schüler schneiden deutlich schlechter ab als Schüler vergleichbarer Länder. Vor allem aber stehen wir vor einer paradoxen Situation: Vierzig Jahre Schulpolitik unter den Vorzeichen von Chancengerechtigkeit im Westen wie im Osten haben Deutschland zu einem Land gemacht, in dem die Bildungschancen von der sozialen Herkunft der Schüler abhängen wie nirgends sonst.

POLITIK

Die Zahl der Geburten ist auf niedrigem Niveau weiterhin rückläufig. Unter diesen Umständen ist nicht daran zu denken, dass die in Deutschland und in der EU ausgerufenen Ziele, eine Wissensgesellschaft zu werden, erreicht werden können. Das Bildungssystem ist daher stark gefordert, seinen Beitrag zur Lösung des Problems zu intensivieren und effizienter zu erbringen.

Daher stellt sich auch im Bildungsbereich das Problem, dass ein öffentliches Gut unter starker staatlicher Regulierung in seinem Nutzen für die Individuen und damit für die Gesellschaft gesteigert werden muss und zwar in einer Zeit, in der der Spardruck auf die öffentlichen Haushalte enorm wächst. Daher werden Regulierung und Finanzierung des Bildungs- und insbesondere des Schulsystems zu überarbeiten sein.

Es wird unausweichlich werden, dass dabei mehr wettbewerbliche Elemente zum Tragen kommen. Viele Ansatzpunkte ergeben sich hierfür: die Zuteilung von Budgets an Bildungseinrichtungen, die Honorierung der Lehrkräfte, Preise und Selbstbeteiligungen, Wettbewerb zwischen Schulsystemen. Hierzu wird eine Vielzahl von Instrumenten benötigt werden, die faktenbasierte Entscheidungen ermöglichen und die dem Bildungssystem mehr Raum geben, seine eigene Leistungsfähigkeit zu steigern.

BILDUNGSEINRICHTUNGEN

Im Vergleich zum Gesundheitssystem sind im Bereich Bildung dafür weder die empirische Basis noch der Erfahrungsschatz über die Wirksamkeit alternativer Modelle annähernd entwickelt. Für IGES ist dies ein weiterer Ansatzpunkt, seine 30-jährige Erfahrung bei Forschung, Entwicklung und Beratung einzubringen.





IGES WEITERE FAKTEN

IGES AKADEMISCH

IGES arbeitet auf einem hohen professionellen Niveau. IGES Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind an vielen Stellen in Lehrtätigkeiten an Universitäten und anderen Bildungseinrichtungen eingebunden.

Über die Honorarprofessur „Ökonomik der Pharmazeutischen Industrie“ (Prof. Dr. Bertram Häussler) am Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht der Technischen Universität Berlin betreut IGES derzeit zwei Doktoranden im Fach „Volkswirtschaftslehre“.

IGES ist zudem in der beruflichen Ausbildung aktiv. Derzeit sind drei Auszubildende mit dem Berufsbild „Fachangestellte für Markt- und Sozialforschung“ sowie drei weitere mit dem Berufsbild „Fachinformatiker für Systemintegration“ beschäftigt.

KOMPETENZEN UND METHODEN IM ÜBERBLICK

IGES hat seit Beginn Literatur zum Schwerpunkt „Gesundheit“ gesammelt und verfügt heute über eine der bundesweit größten gesundheitswissenschaftlichen Bibliotheken mit mehr als 30.000 Titeln. Viele davon sind bereits heute elektronisch lesbar. Seit seinem Bestehen hat IGES 590 Publikationen verfasst.

Die folgende Liste gibt einen Überblick über besondere konzeptionelle und methodische Kompetenzen, die in einzelnen Bereichen vorgehalten werden, aber potenziell in jedem IGES-Projekt genutzt werden können. Detailliertere Angaben finden sich in den einzelnen Abschnitten dieser Broschüre.

**KOMPETENZFELD RISIKOANALYSEN
UND RISIKOSTRUKTURAUSGLEICH**
KOMPETENZFELD GKV-PROGNOSE
KOMPETENZFELD VERGÜTUNGSSYSTEME
KOMPETENZFELD PUBLIC-PRIVATE-PARTNERSHIP
KOMPETENZFELD SZENARIEN UND POLITIKANALYSEN

**UMFANGREICHER ZUGANG ZU ÖFFENTLICHEN
UND PRIVATEN DATENBESTÄNDEN**
MARKT- UND MEINUNGSFORSCHUNG
KLINISCHE FORSCHUNG
STATISTIK UND BIOMETRIE
DEMOGRAPHIE UND EPIDEMIOLOGIE

TECHNOLOGY-ASSESSMENT
HEALTH-TECHNOLOGY-ASSESSMENT
SYSTEMATISCHE REVIEWS
ANALYSE VON ROUTINEDATEN
UTILIZATION-REVIEW
EVIDENCE-BASED MEDICINE

KOSTEN-MINIMIERUNGS-ANALYSEN
KOSTEN-WIRKSAMKEITS-ANALYSEN
KOSTEN-NUTZWERT-ANALYSEN
KOSTEN-NUTZEN-ANALYSEN
DISCRETE-CHOICE-EXPERIMENTE
BUDGET-IMPACT-ANALYSEN
ENTSCHEIDUNGSBAUMANALYSEN
MARKOV-MODELLE

QUALITÄTSZIRKEL
BENCHMARKING-SYSTEME

**KLASSIFIKATIONEN FÜR MORBIDITÄT, ARZNEIMITTEL,
MEDIZINISCHE LEISTUNGEN UND VERGÜTUNGSSYSTEME**

AUFTRAGGEBER

Im Folgenden ist eine Auswahl von Auftraggebern wiedergegeben, für die IGES in den vergangenen Jahren Projekte durchgeführt hat.

AOK BUNDESVERBAND
ASTRAZENECA
BARMER GEK
BASF
BERTELSMANN STIFTUNG
BERUFGENOSSENSCHAFT FÜR GESUNDHEITSDIENST
UND WOHLFAHRTSPFLEGE
BERUFSVERBAND DEUTSCHER NERVENÄRZTE
BOEHRINGER INGELHEIM
BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ
UND ARBEITSMEDIZIN
BUNDESÄRZTEKAMMER
BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (CH)
BUNDESAMT FÜR SOZIALVERSICHERUNGEN (CH)
BUNDESAMT FÜR VERKEHR (CH)
BUNDESMINISTERIUM DER FINANZEN
BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG
BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN,
FRAUEN UND JUGEND
BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT
BUNDESMINISTERIUM FÜR VERKEHR, BAU
UND STADTENTWICKLUNG
BUNDESMINISTERIUM FÜR WIRTSCHAFT
UND TECHNOLOGIE
BUNDESNETZAGENTUR
BUNDESVEREINIGUNG DEUTSCHER APOTHEKERVERBÄNDE
DAK DEUTSCHE ANGESTELLTEN-KRANKENKASSE
DER TAGESSPIEGEL
DEUTSCHE RENTENVERSICHERUNG
KNAPPSCHAFT-BAHN-SEE
DEUTSCHER BERUFSVERBAND
DER HALS-NASEN-OHRENÄRZTE
DEUTSCHER BUNDESTAG
DKV DEUTSCHE KRANKENVERSICHERUNG
FREISTAAT THÜRINGEN
GKV-SPITZENVERBAND
GRÜNENTHAL
HANS-BÖCKLER-STIFTUNG
INEK – INSTITUT FÜR DAS ENTGELTSYSTEM
IM KRANKENHAUS
JANSSEN-CILAG
JOHNSON&JOHNSON MEDICAL
KASSENÄRZTLICHE BUNDESVEREINIGUNG
KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN
KFW KREDITANSTALT FÜR WIEDERAUFBAU
KKH-ALLIANZ
LILLY
MEDICALCONTACT AG
MEDIPLAZA AG
MERCCK PHARMA GMBH
MONOPOLKOMMISSION
NOVARTIS
PFIZER
SANOFI-AVENTIS
STIFTUNG DEUTSCHE SCHLAGANFALL-HILFE
STIFTUNG MÄNNERGESUNDHEIT
TAKEDA PHARMA
TECHNIKER KRANKENKASSE
VERBAND FORSCHENDER ARZNEIMITTELHERSTELLER
VERBRAUCHERZENTRALE BUNDESVERBAND
WYETH PHARMA
ZENTRALINSTITUT FÜR DIE KASSENÄRZTLICHE
VERSORGUNG IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND
ZENTRUM FÜR TELEMATIK IM GESUNDHEITSWESEN

KOOPERATIONSPARTNER

IGES arbeitet regelmäßig mit einer Vielzahl von Institutionen, Wissenschaftlern und Experten auf nationaler und internationaler Ebene zusammen. Hierzu gehören das Deutsche Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), das sich im gleichen Gebäude befindet, aber auch das Institut für Volkswirtschaftslehre und Wirtschaftsrecht der Technischen Universität Berlin, zu dem über die Honorarprofessur „Ökonomik der Pharmazeutischen Industrie“ Verbindungen bestehen. Anfang 2010 wurde eine Kooperationsvereinbarung mit dem Chinese Health Economics Institute (CHEI) aus Peking abgeschlossen. Prof. Dr. Dr. h.c. Bert Rürup ist ständiger Kooperationspartner des Instituts.

Von den 1.200 Projekten, die IGES in 30 Jahren bearbeitet hat, haben viele ihre Spuren hinterlassen. Ein Dutzend davon wird im Folgenden kurz dargestellt. Sie geben einen guten Eindruck von unserer Arbeit.

ZWÖLF IGES-ERGEBNISSE, DIE SPUREN HINTERLASSEN HABEN

Menschen über 65 bekommen durchschnittlich 30 Arzneimittel-Verordnungen pro Jahr.

Mitte der 70er Jahre begannen die ersten Aktivitäten zur Nutzung von Routinedaten der Krankenkassen. Neben den eingelösten Rezepten wurden auch die Krankenhauseinweisungen, die Krankenscheine sowie die Krankschreibungen erstmalig elektronisch erfasst. Das Besondere: Alle Belege wurden den einzelnen Versicherten zugeordnet. Die moderne „Versorgungsforschung“ war geboren – IGES hat den Begriff 1990 vermutlich erstmalig verwendet.

In Bezug auf die Therapie mit Arzneimitteln zeigte sich ein bedenkliches Bild: Viele verschiedene Arzneimittel, darunter die Mehrzahl mit fragwürdiger Wirkung, werden häufig ohne erkennbares therapeutisches Konzept eingesetzt. Diese Ergebnisse werden Grundlage von öffentlichen Debatten und individuellen Beratungen. Zwanzig Jahre später ist die Zahl der Verordnungen für Ältere von 30 auf 20 pro Jahr zurückgegangen, obwohl die Verfügbarkeit von wirksamen Arzneimitteln in diesem Zeitraum enorm zugenommen hat. Fragwürdige Arzneimittel werden heute fast nicht mehr verordnet.

2019

In einer süddeutschen Region liegt die Zahl der gynäkologischen Krankenhaufälle pro Versicherten 51,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt.

In der gesundheitspolitischen Diskussion sind Befürchtungen weit verbreitet, dass die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten deren Nutzung nach sich zieht, bekannt als „Roemer's Law“: „A hospital bed built is a bed filled“. Was plausibel klingt, ist jedoch aus methodischen Gründen nicht einfach nachzuweisen.

Weil die Routinedaten der Krankenkassen einen Populationsbezug haben, können demographisch standardisierte Behandlungshäufigkeiten ermittelt und zwischen Regionen verglichen werden. Wenn in einer Region z.B. eine besondere Häufung bestimmter Krankenhaufälle beobachtet wird und sich keine epidemiologischen Hypothesen zu deren Erklärung aufdrängen, kann möglicherweise ein erhöhtes Angebot an stationären Behandlungskapazitäten die Ursache sein.

In einer süddeutschen Region gab es zu der damaligen Zeit tatsächlich eine Häufung gynäkologisch-geburtshilflicher Belegkliniken, die als Erklärung der Überinanspruchnahme in Frage kamen. Andere Faktoren konnten dies nicht erklären.

Mit dieser Arbeit gelang der Einstieg in die empirische Untersuchung des ökonomischen Phänomens der „angebotsinduzierten Nachfrage“. Vor allem Entscheidungsträger der Krankenkassen hatten damit ein Instrument zur Aufdeckung möglicher Ursachen für ineffiziente Versorgungsstrukturen. Auch die Krankenhaus-Planung der Länder bekam dadurch wichtige Impulse ebenso wie die generelle Diskussion um die Finanzierung der Krankenhäuser.

51,5

Ohne Ausgleich der Risikostruktur zwischen verschiedenen Krankenkassen könnte es durch das Kas senwahlrecht innerhalb weniger Jahre zu Beitrags satzunterschieden von 100 Prozent kommen.

Die Integration der beiden deutschen Gesundheitssysteme fiel praktisch zusammen mit der grundlegendsten Reform der gesetzlichen Krankenversicherung seit Bismarck: Die Abschaffung der Zuteilung von Arbeitern und Angestellten zu unterschiedlichen Krankenkassen durch die überfällige Einführung der freien Krankenkassenwahl. Ein vielfältiges Angebot von Krankenkassen sollte entstehen und damit Wettbewerb um die Versicherten.

Aufgrund der enormen Unterschiede der Versichertenpopulationen in Bezug auf Einkommen einerseits und Ausgaben andererseits war zu befürchten, dass Krankenkassen mit schlechten Risiken in einem Teufelskreis aus Mitgliederverlust und Anhebung von Beitragssätzen aus dem Markt gedrängt würden, unabhängig von ihrer Effizienz als Versicherer.

IGES führte umfangreiche Simulationen durch, bei der unterschiedliche Annahmen des Wechselverhaltens von Versicherten durchgespielt wurden. Ohne Ausgleich der Risikostruktur war in einzelnen Regionen zu erwarten, dass einige Krankenkassen, insbesondere die AOKen, nach wenigen Jahren doppelt so hohe Beitragssätze verlangen müssten wie ihre Konkurrenten. Durch die Berücksichtigung der Risikostruktur in Form von Alter, Geschlecht, Krankengeldanspruch und Invalidität konnte man erwarten, dass sich Beitragssatzunterschiede deutlich angleichen und somit verhindern, dass ein unproduktiver Wettbewerb entsteht.

Die für den RSA grundlegenden Ausgabenprofile fanden Eingang in die „6. Bekanntmachung zum Risikostrukturausgleich vom 20. September 1994“.

2019

65 Prozent der Kinder, die dem Kinderarzt besonders häufig vorgestellt werden, haben überfürsorgliche Eltern und sind bis zu sechsmal häufiger auch bei anderen Ärzten in Behandlung.

Anfang der 80er Jahre nahm die Diskussion um die Steigerung der Qualität in der Versorgung an Bedeutung zu. Besonders die ambulante Versorgung war Gegenstand der Kritik. Aufgrund der überwiegend einzelärztlichen Organisation wurde befürchtet, dass neue Erkenntnisse nicht ausreichend umgesetzt und vermutete Qualitätsmängel nicht sichtbar und somit nicht korrigierbar wären. Das Problem war, dass empirisch belastbares Wissen über die Qualität in der ambulanten Versorgung fehlte.

Sollten die zitierten Annahmen aber richtig sein, könnten Maßnahmen angezeigt sein, die eine Qualitätserhebung sowie eine zwischenärztliche Diskussion der Befunde ermöglichen. Auf der Basis der Erfahrungen mit der Analyse von Routinedaten hat IGES daher ein Verfahren entwickelt, das unter dem Begriff „Qualitätszirkel“ bekannt wurde. Als empirischer Boden für die Deskription der Qualität wurden Routinedaten der gesetzlichen Krankenkassen, insbesondere die ambulante Leistungsdokumentation, die verordneten Arzneimittel und eventuelle Krankenhausaufenthalte eingesetzt. Diese wurden den jeweils behandelnden Ärzten als „Patientenblätter“ zurückgegeben und von ihnen um strukturierte Informationen ergänzt. Mit den Auswertungen – auch als Benchmarks zwischen den Ärzten – wurden die Diskussionen in den Qualitätszirkeln bestritten.

Mit Kinderärzten wurden in einem Projekt Fragen der potenziellen Fehlversorgung von Kindern erörtert, die weit überdurchschnittliche Arztkontakte aufwiesen. Das Projekt zeigte, dass in vielen Fällen erst durch diese Methode aufgefallen ist, wie häufig bestimmte Kinder vorgestellt werden. Die Analyse ergab, dass ein häufiger Grund darin besteht, dass die Eltern überfürsorglich und ängstlich agieren. Die Ärzte selbst lernten, in bestimmten Konstellationen vertiefende Informationen über das soziale Umfeld der Kinder einzuholen.

Qualitätszirkel sind heute Institutionen, die aus der ambulanten Versorgung nicht wegzudenken sind.

30
9
9
1

Durch das Programm des „geordneten Wandels“ entstehen im Land Brandenburg 19 hybride Gesundheitszentren mit 121 niedergelassenen und 178 angestellten Ärzten sowie 596 weiteren Angestellten.

Im Gesundheitssystem war die Übernahme des westdeutschen Modells der ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte in Einzelpraxen der bedeutsamste Aspekt der Integration, da die ambulante Versorgung in der DDR fast ausschließlich durch angestellte Ärzte in größeren betrieblichen Einheiten, den Polikliniken, organisiert war. Die ambulante Versorgung der DDR galt aber – abgesehen von ihrer technologischen Rückständigkeit – als effektiv und effizient.

Die Regierung des Bundeslandes Brandenburg verfolgte für die ambulante Versorgung die Strategie des „geordneten Wandels“. Diese hatte zum Ziel, auch den Teil des ambulanten Systems in die neue Versorgungslandschaft zu integrieren, der weiterhin in öffentlicher Trägerschaft mit angestellten Ärzten verbleiben wollte. Mit Konzeption und Durchführung des Programms „geordneter Wandel“ wurde IGES beauftragt.

Organisatorischer Kern des Programms war der „Beratungsdienst Gesundheitszentren Brandenburg“, angesiedelt beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen und von IGES organisatorisch geleitet. Konzeptionell wurde das Modell eines hybriden „Gesundheitszentrums“ entwickelt, das sowohl niedergelassene als auch angestellte Ärzte aufnehmen konnte. Dazu wurden die Funktionen der Gebäude- und Personalverwaltung in eine Gesundheitszentrums-Gesellschaft (GZG) überführt und von der eigentlichen ambulanten Versorgung separiert. Die Versorgung erfolgte entweder durch niedergelassene Ärzte oder eine Medizinische Einrichtungs-Gesellschaft (MEG) mit angestellten Ärzten, die nach §311 SGB V erst vorübergehend und später dauerhaft zur Abrechnung mit den kassenärztlichen Vereinigungen zugelassen wurde.

Zur Umsetzung waren umfangreiche wirtschaftliche, rechtliche und bauliche Beratungen erforderlich, die letztlich zum Ergebnis hatten, dass 19 Gesundheitszentren an 30 Standorten entstanden sind, die sich überwiegend als hybride Mischform etablierten. Viele dieser Gesundheitszentren arbeiten heute noch. Sie waren die Blaupause für die mit der Gesundheitsreform von 2004 eingeführten „Medizinischen Versorgungszentren“, von denen in ganz Deutschland heute mehr als 1.200 in Betrieb sind.

1991

Disease-Management-Programme für alle Diabetiker können Komplikationen reduzieren und damit pro Jahr 119 Mio. Euro einsparen. Sie kosten aber mindestens 260 Mio. Euro jährlich.

Anfang des neuen Jahrtausends beklagten einzelne Krankenkassen, dass sich ihre finanzielle Situation durch ungünstige Morbidität ihrer Versicherten trotz des 1994 eingeführten RSA laufend verschlechtert. Sie forderten kurzfristige Maßnahmen, weil die geplante Einführung eines morbiditätsorientierten RSA erst im Jahr 2007 wirksam werde. Vorschlag war, für einzelne chronische Erkrankungen wie etwa Diabetes mellitus aus dem RSA finanzielle Zuweisungen ad hoc zu gewähren, wenn sich die Betroffenen in Disease-Management-Programme (DMP) einschreiben. Die Vertreter dieses Vorschlags argumentierten, dass sich durch solche Programme enorme Summen einsparen ließen, weil die verbesserte Betreuung Komplikationen und damit Folgekosten verhindere.

Um mehr über das Potenzial der DMP zu erfahren, führte IGES eine Simulationsrechnung durch. Sie sollte die gesundheitlichen Effekte für eine Laufzeit von 5 Jahren ermitteln. Grundlage war eine repräsentative Stichprobe von Diabetikern. Auf sie wurden die Effektstärken der zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Studien über Interventionen zur Vermeidung von Folgekomplikationen angewendet. Zusätzlich wurden Annahmen über die reale Wirksamkeit solcher Interventionen getroffen, vor allem mit Blick auf die Compliance der Patienten bei Maßnahmen wie etwa Gewichtsabnahme.

Die Ergebnisse waren ernüchternd. Dies war vor allem darauf zurückzuführen, dass die Mehrzahl der Diabetiker relativ geringe Risiken für Folgeerkrankungen hat. Daher ist auch die Zahl der durch DMP vermiedenen Komplikationen niedrig. Demgegenüber stehen aber Interventionen, die sich nach dem Gießkannenprinzip an alle Diabetiker richten, weil die Einschreibung in die Programme Bedingung für die Auszahlung der Zuschläge für die Kassen sind.

Die Studienergebnisse wurden in der Diskussion um die Möglichkeit zur Effizienzsteigerung der Versorgung stark beachtet. Die Kopplung der Einschreibung in die Programme an Ausgleichszahlungen aus dem RSA wurde 2009 aufgehoben.

2004

Ein Gruppierungssystem für die Morbidität von Versicherten würde dazu führen, dass Krankenkassen für einen Versicherten zum Beispiel mit Diabetes mellitus (mit Dialysepflicht) 18.231 Euro pro Jahr mehr bekommen als zum herkömmlichen Ausgleichsverfahren.

Der im Jahr 1994 zwischen den gesetzlichen Krankenkassen eingeführte Risikostrukturausgleich (RSA) schaffte den Anreiz ab, dass Krankenkassen gezielt jüngere Versicherte bewerben. Geblieben war aber der Anreiz, für Versicherte mit teuren Erkrankungen zumindest keine aktive Werbung zu betreiben, weil diese bei durchschnittlichen Zuweisungen aus dem Risikostrukturausgleich oftmals stark überdurchschnittliche Leistungsausgaben benötigen. Es wurde im Jahr 2001 gesetzlich verankert, dass ein morbiditätsorientierter RSA eingeführt werden sollte, der den Wettbewerb der Krankenversicherungen um Kranke ankurbeln sollte.

IGES führte im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums zusammen mit Projektpartnern eine umfangreiche Recherche über erprobte Morbiditätsklassifikationssysteme durch. Die für Deutschland potenziell relevanten Systeme wurden dann auf eine große Stichprobe von Versichertendaten angewendet und auf ihre Leistungsfähigkeit untersucht, die zukünftige Morbiditäts- bzw. Ausgabenlast einer Kassenpopulation vorherzusagen. Dabei schnitt das System „IPHCC+RxGroups“ der Firma „DxCG“ am besten ab. Mit ihm lassen sich die Ausgaben im folgenden Jahr mit einer Sicherheit von 24 Prozent vorhersagen im Vergleich zu nur sechs Prozent beim herkömmlichen RSA. Ein RSA auf dieser Basis sollte nunmehr für Krankenkassen Anreize schaffen, chronisch Kranke als Versicherte zu werben und für sie Behandlungsprogramme anzubieten, die deren Behandlungskosten mittel- und langfristig senken.

Die Erkenntnisse des IGES-Projekts wurden im Rahmen des politischen Kompromisses der Regierungskoalition 2005-2009 teilweise übernommen. Statt eines vollständigen Finanzausgleichs wurde der Ausgleich auf eine Auswahl von 80 Erkrankungen begrenzt.

12
2004

Bei einem Produkt im Wert von 1.000 Euro gehen in Deutschland zwölf Euro des Preises auf GKV-Beiträge des Arbeitgebers zurück.

Die Gesundheitsausgaben wachsen seit vielen Jahren nicht stärker als das Bruttoinlandsprodukt. Dennoch steigen jährlich die Beitragssätze für die gesetzliche Krankenversicherung (GKV). Weil die Arbeitgeber paritätisch nicht nur an ihrer, sondern auch an den ebenfalls steigenden Beitragssätzen anderer Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung beteiligt sind, wird dies auch immer als Wettbewerbsnachteil für die deutsche Wirtschaft diskutiert.

In den vergangenen Jahren gab es dazu mehrere Simulationsmodelle, um mehr über den Zusammenhang zwischen steigenden Beitragssätzen und der Entwicklung der Beschäftigung zu erfahren. Die Ergebnisse waren nicht eindeutig und schwankten zwischen negativen Effekten (aufgrund der geringeren Nachfrage nach Arbeit) und steigenden Effekten (aufgrund der Tatsache, dass die Zahl der durch Beitragssteigerungen im Gesundheitswesen geschaffenen Arbeitsplätze höher ist als der Verlust durch negative Effekte in den anderen Wirtschaftszweigen).

Vor diesem Hintergrund ermittelte IGES zusammen mit Partnern erstmalig die Höhe der Arbeitgeberbelastung durch gesundheitssystembedingte Zahlungen allgemein und durch GKV-Beiträge im Besonderen. Diese beliefen sich im Jahr 2000 durchschnittlich auf 116,8 Mrd. EUR bzw. 45,2 Mrd. Euro. Gemessen am Wert der deutschen Produktion desselben Jahres in Höhe von 3.650 Mio. Euro beträgt der Anteil der Gesundheitsausgaben der Arbeitgeber 3,2 bzw. 1,2 Prozent. Reformen der GKV zur Stabilisierung oder Senkung der Beitragssätze beeinflussen die Preise von Waren und Dienstleistungen aus Deutschland nur sehr gering.

Das Ergebnis wurde mit großer Aufmerksamkeit aufgenommen, allerdings je nach „Lager“ unterschiedlich interpretiert. In der Gesundheitspolitik hat sich jedoch wenig verändert. Auch heute leiten alle Parteien mehr oder weniger stark die Notwendigkeit von Gesundheitsreformen aus der Sicherung der Wettbewerbsfähigkeit der deutschen Wirtschaft ab.

2004

Die Krankenkassen geben im Jahr 2005 für die Erneuerung des Arzneimittelsortiments 0,5 Mrd. Euro aus, für die Zunahme des Verbrauchs aber 1,8 Mrd.

2006

Die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel wachsen seit Jahren am stärksten und sind inzwischen zweitgrößter Ausgabenblock. Unwirtschaftliche Verordnungen seien der Grund, heißt es in Diskussionen. Ärzte würden statt patentfreien, preisgünstigen und bewährten Medikamenten neue patentgeschützte, teure Wirkstoffe ohne Zusatznutzen – „Scheininnovationen“ – verordnen, was bei den gesetzlichen Krankenkassen zu Mehrausgaben in Milliardenhöhe führt.

Vor diesem Hintergrund entwickelt IGES 2006 den „Arzneimittel-Atlas“. Im Kern ist er ein mathematisches Modell, das die jährlichen Ausgabensteigerungen in zehn Komponenten zerlegt, um sie besser zu verstehen. Neben einer verbrauchsabhängigen Mengen- und Preiskomponente gibt es acht Strukturkomponenten. Davon beziehen sich zwei auf die jährliche Veränderung des Arzneimittelsortiments durch Innovationen: Die „Therapieansatz“-Komponente zeigt, wie viel die Substitution von medizinisch ähnlich wirksamen, aber vom Wirkprinzip her unterschiedlichen Wirkstoffen kostet (z.B. H2-Blocker durch Protonenpumpen-Inhibitoren beispielsweise gegen Magengeschwüre). Demgegenüber beziffert die „Analog“-Komponente Ausgabenunterschiede, die durch den Wechsel zwischen chemisch ähnlichen Arzneimitteln entstehen. Letztere ist auch als finanzielle Abbildung des Einsatzes von teuren „Scheininnovationen“ oder von „Me-Too“-Präparaten zu sehen.

Die beiden Komponenten beliefen sich im Vergleich zwischen 2005 und 2006 auf 405 Mio. Euro. bzw. 144 Mio. Euro. Das waren 21 bzw. sieben Prozent des gesamten Steigerungsvolumens von 1.943 Mio. Euro. Einsparungen in Höhe von 460 Mio. EUR, etwa durch Patentausläufe, haben das innovationsbedingte Plus jedoch annähernd kompensiert. Der größte Teil der Mehrausgaben 2006 ging auf das Konto von Verbrauchssteigerungen (1.854 Mio. Euro). Die Ergebnisse widerlegen die These, dass der Wechsel zu Innovationen oder „Scheininnovationen“ die Ursache ist.

Der „Arzneimittel-Atlas“ gehört heute zum Bestand der gesundheitsökonomischen Berichtssysteme in Deutschland. Auf dieser Basis werden seit 2007 Prognosen der Arzneimittelausgaben erstellt, die in die Planungen und Verhandlungen von Ministerien, Ärzten und Krankenkassen einfließen.

Ein monatlicher Krankenkassenbeitrag von 120 Euro müsste für einen Gesunden auf 104 Euro und für einen chronisch Kranken auf 79 Euro gesenkt werden, damit diese auf ihre freie Arztwahl verzichten.

Die Diskussion über mehr Wahlfreiheit für Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung nimmt an Bedeutung ständig zu. Hierdurch soll nicht nur die Souveränität der Bürger und Patienten gestärkt werden. Die Gesundheitspolitik erwartet sich davon auch, dass bei der Inanspruchnahme von Leistungen ein stärkeres Kostenbewusstsein entsteht und die Versicherten letztlich auch verstärkt auf ihre Gesundheit achten. Schließlich soll der Wettbewerb der Leistungserbringer um bessere und effizientere Leistungen angeregt werden.

In der deutschen Sozialpolitik gehört es zu den Grundsätzen, dass solche Wahlentscheidungen von Versicherten nur auf freiwilliger Basis getroffen werden können. Dass hierfür Anreize gesetzt werden müssen, ist allen Entscheidungsträgern intuitiv klar. Lange Zeit gab es allenfalls vage Vorstellungen, wie hoch diese Anreize sein müssten, damit die Versicherten solche Entscheidungen überhaupt treffen, da keine methodisch überzeugenden Untersuchungen vorlagen.

IGES hat im Rahmen der „4. Delphi-Studie zur Zukunft des Gesundheitswesens“ zusammen mit Partnern die in der Marktforschung entwickelte Methodik das „Discrete-Choice-Experiment“ auf diese Problematik übertragen. Mit Hilfe von paarweisen Vergleichen können befragte Untersuchungspersonen wesentlich konkretere Vorstellungen von den Konsequenzen ihrer Wahlentscheidungen vermittelt werden als bisher. Die Ergebnisse haben daher einen deutlich höheren Realitätsgehalt im Vergleich zu Methoden, die direkt nach der Zahlungsbereitschaft für eine Leistung fragen, und werden seither häufig in Reformdiskussionen zitiert.

2006

Die Kosten für Lärmschutz im Schienenverkehr lassen sich durch einen optimalen Maßnahmenmix um 300 Mio. Euro senken.

8002

Bestandteil vieler moderner Verkehrskonzepte ist die Vorstellung, dass die Verlagerung des Güterverkehrs von der Straße auf die Schiene Vorteile hinsichtlich Energieeffizienz und Umweltverträglichkeit bietet. Doch auch der Schienenverkehr belastet die Umwelt, weil er viel Lärm mit sich bringt. Mehr Zugverkehr und damit mehr Lärm gefährdet die Akzeptanz dieses Transportmittels. Lärmschutz ist daher ein entscheidender Erfolgsfaktor. Dies kann neben Schallschutzwänden auch durch die Ausrüstung von Güterwagen mit neuartigen Bremsen erreicht werden. Im Unterschied zu herkömmlichen Bremsen schleifen die neuen Bremsen die Räder der Waggons glatt, sodass sich deren Fahrgeräusche erheblich vermindern. 2007 haben die Bahnunternehmen dem Verkehrsministerium eine groß angelegte Umrüstaktion vorgeschlagen: Etwa 120.000 eingesetzte Güterwagen sollten umgerüstet werden. Die Kosten von ca. 480 Mio. Euro sollte der Bund komplett tragen.

Das IGES und seine Projektpartner haben im Auftrag des Wirtschafts- und des Verkehrsministeriums Alternativen zu diesem Vorschlag analysiert. Geprüft wurde insbesondere, ob die Finanzierung auf der Basis eines lärmabhängigen Trassenpreissystems auf die Eisenbahnunternehmen verlagert werden könnte. Durch Simulationen wurde deutlich, dass die alleinige Lenkung durch Trassenpreise nicht funktionieren würde. Ein derartiges Preissystem kann jedoch die erforderliche staatliche Direktförderung senken.

Bewertungen verschiedener Bremstechnologien ergaben, dass eine alternative Technologie, sogenannte LL-Sohlen, viel wirtschaftlicher sein würde. Mit ihnen können bis zu 300 Mio. Euro der insgesamt 480 Mio. Euro teuren Umrüstaktion eingespart werden. Die verbleibenden Kosten (180 Mio. Euro) sollten vom Staat (über Direktförderung) und den Nutzern (durch ein Trassenpreissystem) je zur Hälfte getragen werden.

Projektergebnis war ein dreisäuliges Maßnahmenpaket: Innovationspolitik zur Förderung der LL-Sohle, eine Kombination aus Direktförderung und lärmabhängigem Trassenpreissystem sowie ein Pilotprojekt. Das Verkehrsministerium hat diesen Vorschlag mit dem 40 Mio. Euro-Projekt „Leiser Güterverkehr“ mittlerweile vollständig umgesetzt.

Im Durchschnitt aller Tarife steigen die PKV-Prämien für männliche Neukunden jährlich um 5,0 Prozent, für junge Einsteiger jedoch nur um 3,3 Prozent.

Ihrem Anspruch nach bietet die private Krankenversicherung (PKV) ihren Versicherten einen langfristigen Schutz durch risikoäquivalente Prämien und Alterungsrückstellungen. Im Vergleich zum Umlageverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) soll dies Versicherte gegen steigende Beiträge besonders schützen. Doch die PKV-Beiträge steigen seit Jahren mehr als die der GKV. Viele haben vor nicht mehr tragbaren Prämien im Alter Angst.

Es ist bekannt, dass die Alterungsrückstellungen bisher nicht so kalkuliert werden bzw. kalkuliert werden dürfen, dass sie ihre Aufgabe erfüllen. Kritiker vermuten, dass die privaten Versicherungsgesellschaften im Wettbewerb um Neukunden eine Politik der Risikotmischung betreiben, bei der sie ständig neue und günstige Versicherungsprodukte auflegen und ihre älteren Bestandskunden von diesem Zufluss von Neukunden abschneiden. Die Produkte würden hierdurch „vergreisen“. Dies verschärfe weiter die finanziellen Probleme durch die unzureichenden Altersrückstellungen, insbesondere weil die stark beschränkten Wechselmöglichkeiten älterer Bestandskunden keinen Wettbewerbsdruck auf die Unternehmen ausüben.

Mit Tarifdaten der Rating-Agentur Morgen & Morgen hat IGES die Prämiensteigerungen für Neukunden in Krankenversicherungsprodukten ermittelt, die unterschiedlich lang auf dem Markt sind. Danach unterschieden sich die Prämiensteigerungen je nach Alter der Produkte erheblich: Prämien für ältere Produkte legen durchweg mehr zu. Offenbar kalkulieren Unternehmen ihre Prämien von Einsteiger-Produkten unzureichend, um für neue Kunden attraktiv zu sein. Im Lauf der Entwicklung eines solchen Produktes steigen die Prämien dann zunehmend.

Unmittelbar nach Veröffentlichung der Ergebnisse Anfang 2010 begann eine gesundheitspolitische Diskussion auf Fachebene. Das Gutachten floss zudem in Debatten im Deutschen Bundestag ein. Es wird insbesondere Vorschläge zur Wettbewerbssteigerung durch Wechselmöglichkeiten für PKV-Kunden fördern.

2010

Detaillierte Informationen finden Sie unter
www.iges.de

© 2010
IGES Institut GmbH
Friedrichstrasse 180
10117 Berlin



