

Doppelte Informationsasymmetrien – Konsequenzen für die Gestaltung der Gesundheitspolitik

**Korreferat zu dem Beitrag von Udo Schneider:
„Beidseitige Informationsasymmetrien in der
Arzt-Patient-Beziehung: Implikationen für die GKV“**

Von Jürgen Wasem*

Informationsasymmetrien sind, das ist schon dem klassischen Aufsatz von Kenneth Arrow von 1963 zu entnehmen, eines der zentralen Charakteristika des Gesundheitswesens. In der gesundheitsökonomischen Diskussion wird das allzu oft auf den Informationsvorsprung des Arztes gegenüber dem Patienten reduziert. Den Blick zu weiten auf die umgekehrte Perspektive, mit Compliance des Patienten im Mittelpunkt, ist ohne Zweifel ein Verdienst der Arbeit von Udo Schneider.

Gleichwohl ist die Modellierung, die Udo Schneider vornimmt – dies wird in dem Beitrag in diesem Band weniger deutlich als in Schneider (1999) –, insgesamt ziemlich restriktiv und dadurch in der potentiellen gesundheitspolitischen Relevanz ziemlich begrenzt. Ein Defizit der Modellierung ist in diesem Zusammenhang, dass die Möglichkeit wiederholter Behandlungen ausgeschlossen ist. Dies ist in doppelter Weise „ärgerlich“: Zum einen ist das Problem der Compliance in besonderer Weise bei Behandlungskontexten mit wiederholten Arzt-Patienten-Kontakten relevant, und zum anderen sind diese in der gesundheitlichen Versorgung entscheidend: Chronische Erkrankungen machen den wesentlichen Teil der Ausgaben im Gesundheitswesen aus – ihre Behandlung von vornherein aus der Analyse auszuschließen grenzt damit natürlich einen erheblichen Teil dessen, was Versorgung in der Realität ausmacht, aus. Zugespielt formuliert: Schneider beschäftigt sich mit einem irrelevanten Ausschnitt aus den Arzt-Patienten-Beziehungen.

Was die Ergebnisse angeht, würde der nach gesundheitspolitischer Handlungsrelevanz lechzende Leser doch gerne etwas mehr an die Hand genommen werden. So beschreibt Udo Schneider etwa, dass es drei mögliche Konstellationen zwischen Compliance und ärztlicher Leistungserbringung gibt: strategische Unabhängigkeit, strategische Komplemente und strategische Substitute. Hier würde der Leser doch gerne wissen, welche Einflussgrößen bedingen, welche dieser drei Formen vorliegt und ob es Einflussparameter gibt, mit denen Gesundheitspolitik hier steuern kann.

Wie dem auch immer sei, ich teile die Einschätzung von Udo Schneider, dass die Überwindung von Informationsasymmetrien eine ganz zentrale Rolle in der Weiterentwicklung der Rahmenbedingungen für das Gesundheitswesen hat. Wer die Versicherten, wer die Patienten als handelnde Akteure stärken will, wer Eigenverantwortung ausbauen will, kommt gar nicht umhin, Informationen eine zentrale Rolle beizumessen.

* Lehrstuhl für Allgemeine Betriebswirtschaftslehre und Gesundheitsmanagement, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, E-Mail: wasem@mail.uni-greifswald.de

Wenn man sich die vielfältigen berufsrechtlichen Restriktionen für die Weitergabe von Informationen im Kontext der ärztlichen Behandlung vergegenwärtigt,¹ wenn man sich die weitestgehende Abwesenheit selbst basaler Informationen über Prozess- und Ergebnisqualität bewusst macht, wird deutlich, dass offenbar die (implizite) alte Maxime ärztlicher Standespolitik „Wer nichts weiß, weiß auch nichts Falsches“ nach wie vor gilt. Wenn der informierte Patient eine Chance hat, ist hier ein deutlicher Wandel erforderlich, der über die jüngst vom Deutschen Ärztetag in Rostock beschlossenen Deregulierungen weit hinausgeht.

Die Bevölkerung sieht auch diesen Mangel an Informationen über Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Sie ist – dies zeigen Ergebnisse empirischer Sozialforschung – in starkem Umfang interessiert, bessere Zugangsmöglichkeiten zu Informationen zu erhalten, und kann diese auch adäquat verarbeiten.

Der Befund einer unzureichenden Informationsbasis gilt aber nicht nur für die Patienten, sondern auch für die Krankenkassen. Denn diese können unter anderem auch wegen mangelnder Informationen der von Udo Schneider angesprochenen ergänzenden Sachwalterfunktion, die in vielen ökonomischen Konzepten zur Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung eine zentrale Rolle spielt, nur unzureichend nachkommen.

Wie sehr dies ein neuralgischer Punkt ist, weil mit der Beseitigung von Informationsasymmetrien immer auch die „Machtfrage“ angesprochen ist, zeigt sich an der gegenwärtigen Auseinandersetzung um die Daten, die an die Krankenkassen von den Leistungserbringern bei der Durchführung von Disease-Management-Programmen im Kontext ihrer Berücksichtigungsfähigkeit im Risikostrukturausgleich geliefert werden sollen. Wobei sich an diesem Beispiel, ohne dass dies hier vertieft werden kann, auch gut zeigen lässt, dass für unterschiedliche Ausprägungen der Sachwalterfunktion unterschiedliche Daten und Informationen erforderlich sind.²

„Mehr Informationen“ ist also die eine Schlussfolgerung, wenn Eigenverantwortung, Effektivität und Effizienz der Behandlung gesteigert werden sollen. Wie Udo Schneider richtig betont, sind bessere Anreize das andere. Hier stellt sich die Frage, wo diese Anreize ansetzen sollten. Udo Schneider stellt in seinem Beitrag auf die Selbstbeteiligung und ihre Auswirkungen auf die Compliance der Patienten ab. Ohne Zweifel – dies kann nach den Ergebnissen der Rand-Studie und den in diesem Band vorgelegten Ergebnissen aus der Schweiz gesagt werden – hat Selbstbeteiligung Steuerungseffekte, auch wenn wir empirisch nicht wissen, ob diese in Richtung einer Stärkung der Compliance wirkt. Der andere Ansatzpunkt – und aus meiner Sicht liegen hier die eindeutig größeren Potentiale für die Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung – sind Anreize für die Versicherten bei der Krankenkassenwahl im Rahmen eines Konzeptes von „regulated competition“. Udo Schneider wirft zutreffend die Frage auf, ob denn Krankenkassen perfekte Sachwalter ihrer Versicherten sein können. Natürlich nicht, denn auch Krankenkassenmanager wollen ihren Eigennutz maximieren; aber es hängt von der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Wettbewerbsordnung ab, inwieweit wir sie gleichwohl dazu zwingen, sich für die Interessen der Versicherten einzusetzen.

¹ In jüngerer Zeit, durch die Beschlüsse der Ärztetages von 2000, ist hier zwar eine gewisse Öffnung vollzogen worden, sie bleibt jedoch weit hinter dem zurück, was man sich zur Stärkung der Stellung von Patienten und zur Stärkung der Einkaufsfunktion von Kostenträgern wünschen muss.

² Denn auch die Krankenkassen wollen Daten, so sei vermutet, auch aus „Machtgründen“ und nicht nur, um ihrer ergänzenden Sachwalterfunktion nachzukommen.

Literaturverzeichnis

Schneider, U. (1999): *Ärztliche Leistung und Compliance des Patienten – der Fall des Double Moral Hazard*. Wirtschaftswissenschaftliche Diskussionspapiere 7/99. Rechts- und Staatswissenschaftliche Fakultät. Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald.