

Odette Wegwarth

Entscheidende Beeinflussung

Das Setzen von Defaults durch Institutionen kann auch im Gesundheitswesen richtungweisend sein

Viele Entscheidungen im Alltag möchte man möglichst ohne grossen Aufwand fällen. Häufig fehlt einem Zeit und Motivation, sich vertieft mit einer Materie zu befassen und Alternativen zu prüfen. Bei der Wahl werden deshalb Vorgaben von Institutionen als hilfreich erachtet und oftmals auch unkritisch übernommen. Ein Umstand, den man sich auch im Hinblick auf Einsparungen im Gesundheitswesen zunutze machen kann.

Seit 1995 verstarben knapp 50 000 Menschen in den USA, während sie auf eine Organspende warteten. Obwohl die Mehrheit der Amerikaner angibt, die Organspende zu befürworten, haben letztlich nur 28% einen Spendenpass. In Frankreich sind dagegen unglaubliche 99,9% der Einwohner potentielle Spender [1]. Wie kann das sein? Was hält Amerikaner im Gegensatz zu Franzosen davon ab, potentielle Spender und damit Lebensretter zu werden?

Eine mögliche Erklärung könnten kulturelle Unterschiede sein. Vielleicht sind Amerikaner schlicht mehr besorgt, dass ihr Arzt sie als potentielle Organspender im Ernstfall nicht adäquat behandelt oder sie schneller aufgibt, wie in zahlreichen Filmen und Schundromanen suggeriert wird. Warum findet sich dann aber derselbe Unterschied zwischen Deutschland (12% Organspendende) und Österreich mit ebenfalls 99,9%? Die kulturellen Unterschiede scheinen hier minimal, teilen Deutsche und Österreicher doch dieselbe Sprache und sind enge Nachbarn. In der Tat ist etwas Mächtigeres am Werk. Etwas, das stärker ist als kulturelle Stereotype oder individuelle Präferenzen: die sogenannte Default-Heuristik. Diese besagt, den Default einer Situation schlichtweg unverändert zu lassen [2].

Wie erklärt diese Heuristik, weshalb es in Deutschland und in den USA so wenige, in Frankreich und Österreich aber auffallend viele Spenderinnen und Spender gibt? In Ländern wie den USA und Deutschland ist es gesetzlicher Default, dass niemand ein Organspender ist, solange er sich nicht aktiv dafür durch eine Registrierung entscheidet («Opt-in-Situation»). In Ländern wie Frankreich und Österreich dagegen ist jeder von Geburt an ein potentieller Organspender, solange er sich nicht aktiv dagegen entscheidet («Opt-out-Situation»). Im Grunde also zeigen die Bewohnerinnen und Bewohner dieser Länder das gleiche Verhalten, sie halten sich schlicht an die Vorgabe – den Default. Die Konsequenzen sind jedoch grundverschieden, da die rechtlichen Defaults von Land zu Land

variieren. Würde diese Entscheidung von einer individuellen Präferenz geleitet sein, sollten solche Unterschiede nicht existieren, ist es doch nicht besonders zeitaufwendig, sich entweder für oder gegen die potentielle Organspende zu entscheiden.

Default-Heuristik im Alltag

Eine mögliche Erklärung, warum die Default-Heuristik so mächtig ist, dass sie Einstellungen und Präferenzen lahmlegt, könnte sein, dass ein existierender Default wie eine gute Empfehlung erscheint, ganz nach dem Prinzip, dass das, was die Mehrzahl der Menschen tut, so verkehrt nicht sein kann. Und die Anwendung dieser Heuristik scheint sich nicht nur auf moralische Entscheidungen wie Organspenden zu beschränken.

Die US-Bundesstaaten Pennsylvania und New Jersey beispielsweise offerieren ihren Autofahrern die Auswahl zwischen zwei Versicherungen: einer teureren mit unbeschränkten Klagemöglichkeiten und einer preiswerteren mit eingeschränkten Klagemöglichkeiten [3]. Die unbeschränkte Variante ist Default in Pennsylvania, die preiswertere Alternative dagegen Default in New Jersey. Wenn Autofahrer klare Präferenzen hinsichtlich ihrer Klagemöglichkeiten hätten, sollten diese Defaults keinen signifikanten Einfluss auf die Wahl der entsprechenden Versicherung haben. Die Realität zeigt jedoch ein anderes Bild: 79% der Autofahrer in Pennsylvania haben die unbeschränkte Versicherungsoption verglichen mit 30% in New Jersey. Dabei wird geschätzt, dass verglichen mit den Autofahrern in New Jersey jene in Pennsylvania jedes Jahr rund 450 Millionen US-Dollar mehr für diese unbeschränkte Option aufbringen müssen. Das Setzen eines Defaults durch Institutionen kann demnach einen enormen Einfluss auf das ökonomische und moralische Verhalten der Bevölkerung haben.

Duale Modelle für Krankenversicherungen

Das letztgenannte Beispiel weist Parallelen zur Gesundheitsreform auf, die im letzten Jahr in der Schweiz diskutiert wurde. Das dabei vorgeschlagene duale Versicherungsmodell in der Krankenversicherung wurde im Dezember 2008 von der Kommission für soziale Sicherheit



Odette Wegwarth

und Gesundheit (SGK) des Ständerates in der Schlussabstimmung knapp abgelehnt. Die Menschen hätten sich, analog der in New Jersey und Pennsylvania angebotenen Auswahl, zwischen einem teuren Modell mit freier Arztwahl und Vertragszwang und einem preiswerteren Modell mit eingeschränkter Arztwahl und gelockerten Vertragszwang entscheiden können. Es ist in diesem Zusammenhang interessant, dass den Schweizerinnen und Schweizern bereits seit vielen Jahren beide Varianten zur Auswahl stehen, mit der teuren Variante 1 als «automatischer» Default. Die preiswertere Variante 2 ist lediglich die Alternative, für die sich die Bürgerinnen und Bürger aktiv entscheiden und Extraaufwand betreiben müssten.

Die vorangegangenen Beispiele verdeutlichen, dass die derzeitige Situation nicht die gleichen Konsequenzen im Versicherungsverhalten zur Folge hat, wie es eine Situation hätte, in der beide Varianten einen «Default» darstellen würden. Andererseits setzt die letztere Situation den simplifizierenden Mechanismus der Default-Heuristik natürlich ausser Kraft, da es im eigentlichen Sinne keinen Default mehr gibt, der einfach unverändert und passiv befolgt werden kann, sondern eine aktive Wahl zwischen zwei gleichwertigen Alternativen erfordert. Daraus würde resultieren, dass sich die Versicherten in der Schweiz bewusst der Entscheidung zu stellen hätten, was ihnen an einer Krankenversicherung wirklich wichtig ist. Das duale Versicherungsmodell würde von den Schweizerinnen und Schweizern demnach ein hohes Mass an Selbstverantwortung für die eigene Gesundheit erfordern.

Kritikerinnen und Kritiker eines solchen Ansatzes vertreten jedoch die Meinung, dass eine Entscheidung von dieser Tragweite nicht in Patientenhand gehört, da für einen Versicherten heute schwer abschätzbar ist, welche Versicherungsbedürfnisse er unter Umständen in einigen Jahren haben könnte. Das ist sicherlich ein Argument, das auch für andere Versicherungen gelten könnte, im Falle der Gesundheit kommen aber ethische Aspekte besonders zum Tragen. Soll ein solcher Schritt also nicht nur dem strapazierten Gesundheitsbudget, sondern auch dem Patienten selbst zuträglich sein, ist die Sicherstellung einer umfassenden und transparenten Aufklärung über die Vor- und Nachteile der jeweiligen Option wiederum eine Verantwortung, der sich die Schweizerischen Gesundheitsinstitutionen zu stellen hätten.

Lebenserwartung als Indikator

Denkbar wäre natürlich auch, dass die derzeitige Alternativversicherung (Variante 2) zum Default und der derzeitige Default (Variante 1) zur Alternative erklärt wird. Was hätte das für Konsequenzen? Um diese Frage zu beantworten, wäre ein Vergleich beider Modelle nötig. Die-

ser ist aufgrund der Komplexität von Gesundheitsmodellen allerdings sehr schwierig. Die WHO hat in ihrem Weltgesundheitsbericht 2000 jedoch einen ersten Beitrag zur Definition und Quantifizierung geleistet und hat «Gesundheit», «Zugang zu bedarfsgerechten Technologien und Versorgung», «Bevölkerungs- und Patientenorientierung» sowie «faire und nachhaltige Finanzierung» als Zielgrössen definiert. Dazu kommen Verteilungsgesichtspunkte bei Gesundheit, Zugang (Equity) und Effizienz. Wissenschaftlich unbestritten ist derzeit allerdings, dass der Versuch, alle diese verschiedenen Ziele in einem gewichteten Index zu vereinigen, (noch) nicht funktioniert [4].

Exemplarisch können jedoch zwei der Dimensionen herangezogen werden: Gesundheit und Verteilungsgerechtigkeit. Da in der Schweiz das vorherrschende Gesundheitsmodell die Variante 1 ist, und die Variante 2 Ähnlichkeiten beispielsweise mit dem britischen Gesundheitssystem trägt, lassen Sie uns diese beiden Länder hinsichtlich der genannten Dimensionen betrachten. Für die Dimension «Gesundheit» ist die Lebenserwartung der am leichtesten verfügbare Indikator, auch wenn er nicht unbedingt der spezifischste ist [4]. In beiden Ländern ist die Lebenserwartung bei Geburt zwischen 1980 bis 2005 um rund fünf Jahre kontinuierlich angestiegen. Hinsichtlich der «Verteilungsgerechtigkeit», die anhand des Anteils an Haushalten, die einen inakzeptabel hohen Teil ihres Einkommens für Gesundheit aufbringen müssen, bestimmt werden kann, schneidet Grossbritannien, neben Dänemark und Schweden, im europäischen Vergleich am besten ab, während die Schweiz vor Griechenland und Portugal hinten liegt [4]. Bezogen auf eine Verschiebung des Defaults hin zur Variante 2 liesse sich demnach zumindest schlussfolgern, dass die Schweizerinnen und Schweizer mit einer Veränderung des Defaults nichts an Lebenserwartung zu verlieren, aber an Verteilungsgerechtigkeit zu gewinnen hätten.

Korrespondenz:

Dr. Odette Wegwarth, c/o Max-Planck-Institut für Bildungsforschung, Lentzeallee 94, 14195 Berlin
wegwarth@mpib-berlin.mpg.de

Literatur

- 1 Johnson EJ, Goldstein DG. Do defaults save lives? *Science*. 2003;302:1338–39.
- 2 Gigerenzer G. *Gut feelings: The intelligence of the unconscious*. New York: Viking; 2007.
- 3 Johnson EJ, Hershey J, Meszaros J, Kunreuther H. Framing, probability distortions, and insurance decisions. *Journal of Risk and Uncertainty*. 1993;7:35–51.
- 4 Busse R. Europäische Gesundheitssysteme – Grundfragen und Vergleich. *Die Volkswirtschaft*. 2006(12):10–13.