

Sanfte Stupser für gesundheitsförderliches Verhalten – oder ...

Nudging im Gesundheitswesen

In den letzten Jahrzehnten haben die chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, obstruktive Lungenerkrankungen und Fettleibigkeit stark zugenommen und sind insgesamt für etwa 60% der Krankheitslast verantwortlich (Europäischer Gesundheitsbericht, 2009). Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen Bewegungsmangel, Rauchen, exzessiver Alkoholkonsum sowie eine ungesunde Ernährung, die zu Bluthochdruck und Übergewicht führen. Zusammen mit dem demographischen Wandel bedeutet die Zunahme an chronischen Erkrankungen eine grosse, gesellschaftliche Herausforderung und geht einher mit stark steigenden Gesundheitskosten.

Eine mögliche Antwort darauf ist die von Michael Porter proklamierte handlungsorientierte Reformagenda für das Gesundheitswesen (Porter & Teisberg, 2006). Deren Ziel ist es, die explodierenden Gesundheitskosten einzudämmen und den Patientennutzen zu steigern. Für chronische Krankheiten sollen im hausärztlichen Bereich die richtigen Anreize geschaffen und die Patienten stärker engagiert werden. Menschen sollen beispielsweise dazu ermuntert werden, mehr Eigenverantwortung für ihren Gesundheitszustand zu übernehmen und chronische Krankheiten selbst zu «managen.»

Sanftes «Anstupsen»

Im Rahmen des von der Gebert-Rüf-Stiftung geförderten Projekts (*E-Nudging for Chronic Care*) wird untersucht, wie bzw. inwieweit sich Porters Reformagenda im Schweizer Gesundheitswesen umsetzen lässt und ob und wie sich aus der Verhaltensökonomie abgeleitete Lösungsansätze damit verknüpfen lassen, insbesondere in der medizinischen Grundversorgung. Solche Lösungen zielen darauf ab, Menschen durch sanftes «Anstupsen» (engl. *Nudge*; Thaler & Sunstein, 2009) so zu beeinflussen, dass sie ihrem langfristigen Wohlergehen förderliche Entscheidungen treffen. Während *Nudging* im Umwelt- und Energiebereich oder in der Altersvorsorge bereits gut etabliert ist, v.a. im angelsächsischen Raum, hinkt der Gesundheitsbereich noch hinter her.

Im nächsten Abschnitt gehen wir zunächst auf das neue Forschungsfeld *Value-based Health Care* ein, das Porter und Teisberg mit ihrem 2006 erschienenen Buch *Redefining Health Care* begründeten. Anschliessend stellen wir kurz den Nudging-Ansatz vor und wie sich dieser ins Gesundheitswesen integrieren lässt. Dazu wer-



Prof. Dr. Edith Maier, MSc.
Institut für Informations- und Prozessmanagement
FHS St. Gallen
edith.maier@fhsg.ch



Prof. Elisabeth Ziegler, Mag.rer.soc.oec.
Fachbereich Wirtschaft
Professorin für Volkswirtschaftslehre
elisabeth.ziegler@fhsg.ch

den Beispiele bzw. Good Practices sowie der Bottom-Up-Ansatz kurz vorgestellt. Im Anschluss daran stellen wir die bisherigen Erkenntnisse und Ergebnisse vor und diskutieren diese im Hinblick auf ihre Implikationen für die Praxis. Wir erörtern die offenen Fragen und beschreiben das weitere Vorgehen.

Value-Based Health Care

Die Vision für das Gesundheitswesen verfolgt eine maximale Nutzenstiftung für Patienten, wobei Patientennutzen als Behandlungsergebnisse je Patient relativ zu den anfallenden Kosten definiert wird. Die Gesundheitsversorgung soll sich gemäss den Autoren (Porter & Teisberg, 2006) zukünftig interdisziplinär um **Krankheits-**

bilder (z.B. Kopfschmerzen) bzw. im hausärztlichen Bereich um **Patientengruppen mit identischen Bedürfnissen** organisieren. Beispiele dafür sind gesunde Erwachsene, ältere Menschen mit krankheitsbedingten Behinderungen oder auch chronisch Kranke.

Somit wird das Krankheitsbild aus Patientensicht definiert und schliesst neben der Behandlung der Indexerkrankung die am häufigsten auftretenden Begleiterkrankungen mit ein. In einem nutzenorientierten System wird *mehr* ausgegeben *für wirksame Leistungen*. Das Ziel ist, durch frühe Intervention, geringe Fehler, die Minimierung von Komplikationen sowie durch ein Verhindern von Rezidiverkrankungen *in der Summe* Geld zu sparen. (Porter & Gut, 2012)

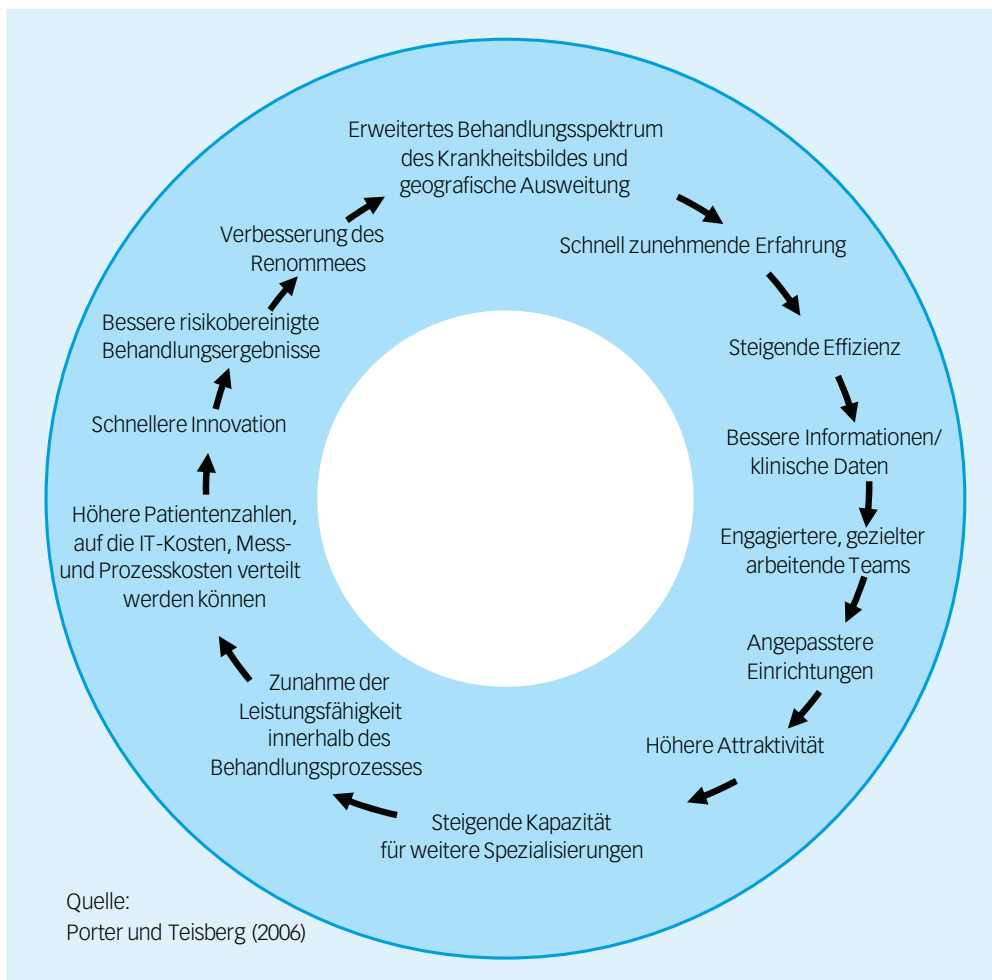


Abb. 1: Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitswesens

Erfassen der gesamten Behandlungskette

Dadurch, dass die gesamte Behandlungskette erfasst wird, erstreckt sie sich transsektoral über ambulante Einrichtungen, Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken. Es ist nicht wichtig, wo Patienten behandelt werden, sondern der Nutzen wird dadurch bestimmt, welche Behandlungsergebnisse über die gesamte Behandlungskette insgesamt erreicht werden. Die konsequente Ausrichtung auf Qualität, gemessen anhand der erzielten Behandlungsergebnisse, ist gemäss Porter der einzige Weg, um die Kosten langfristig einzudämmen. (Porter & Gut, 2012)

Dies erfordert eine Neuausrichtung der Leistungserbringung. Da der Fokus auf dem Krankheitsbild des Patienten liegt, müssen die Fähigkeiten und Fachdisziplinen, die zur Behandlung des Krankheitsbildes nötig sind, in einem teambasierten Prozess zusammen gebracht werden. Die Leistungserbringer sollten in integrierten Behandlungseinheiten (IPUs – Integrated

Practice Units) organisiert werden. Im IPU-Modell wird die Behandlung integriert erbracht – sowohl über die Fachdisziplinen als auch über den Zeitverlauf hinweg. Hausärzte, Fachkräfte und Therapeuten sollten in Subteams organisiert werden. (Porter & Gut, 2012)

Teams von Fachpersonen

Die Organisation in Teams von Fachpersonen gemäss Krankheitsbild führt dazu, dass die Teammitglieder ein höheres Patientenaufkommen erreichen, damit ihre Erfahrungen steigern können, Skaleneffekte erzielen und ihre fachlichen Fähigkeiten steigern. Das führt wiederum zu besseren Behandlungsergebnissen für die Patienten und zu einer Steigerung der internationalen Wettbewerbsfähigkeit des Gesundheitswesens. Dieser Positivkreislauf ist in Abbildung 1 dargestellt.

Am Patientennutzen orientierter Ansatz

Der am Patientennutzen orientierte Ansatz findet sich auch in der vom Bundesrat im Januar 2013 verabschiedeten Strategie Gesundheit

2020 (BAG, 2013) wieder, wo der Schwerpunkt integrierte Versorgung ebenfalls die Maximierung des Nutzens für die Patienten anstrebt. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, soll die Qualität der Behandlungsergebnisse in ihrer Gesamtheit maximiert werden. Mit diesem Ansatz wird auch angestrebt, die Gesamtkosten der Behandlung zu minimieren und nicht so sehr die Kosten der Einzeleingriffe.

Fehlanreize beseitigen

Um dies zu erreichen, müssen allerdings die Fehlanreize im derzeitigen Gesundheitswesen (siehe Abbildung 2) beseitigt sowie die Patienten zu mehr Eigenverantwortung, insbesondere im Umgang mit chronischen Erkrankungen, befähigt werden.

Was die Fehlanreize betrifft, werden in einem Bericht der INFRAS (2014) verschiedene Lösungsansätze zur Beseitigung von Ineffizienzen im Gesundheitswesen diskutiert. Abgesehen von einer umfassenden integrierten Versorgungsorganisation werden die Optimierung des Skill-Mix zwischen den Fachpersonen, der Einsatz von Behandlungsleitlinien sowie von Informations- und Kommunikationstechnologien erwähnt.

Diese Reformen gelingen nur, wenn auch die Eigenverantwortung der Patienten für die Gesundheit gefördert wird. Die Therapietreue der Patienten hat einen grossen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse. Als wichtige Prämisse für die Umsetzung des Value-Based Health Care Modells gilt: **Patienten müssen aktive Mitglieder des eigenen Behandlungsteams werden.**

Gemäss Porter und Gut (2012) lässt sich deutlich nachweisen, dass die Therapietreue bei empfohlenen Präventivmassnahmen, Vorbereitungen auf die Behandlung, Behandlungsschritten sowie Massnahmen zur Wiedergenesung einen grossen Einfluss auf die Behandlungsergebnisse hat. Und hier setzt das Nudging an.

Nudging: Allgemeine Grundlagen

Obschon die Risikofaktoren hinreichend bekannt sind, fällt es den meisten betroffenen Menschen schwer, ihr Verhalten entsprechend zu ändern. Informationen über die Risiken, Medienkampagnen und gutgemeinte Ratschläge genügen nicht, um Verhaltensänderungen herbeizuführen. Zahlreiche Studien (siehe z.B. Ariely, 2008; Kahnemann, 2011; Mullainathan & Thaler, 2000), aber auch unsere eigenen Erkenntnisse aus einer Reihe von Forschungsprojekten (siehe

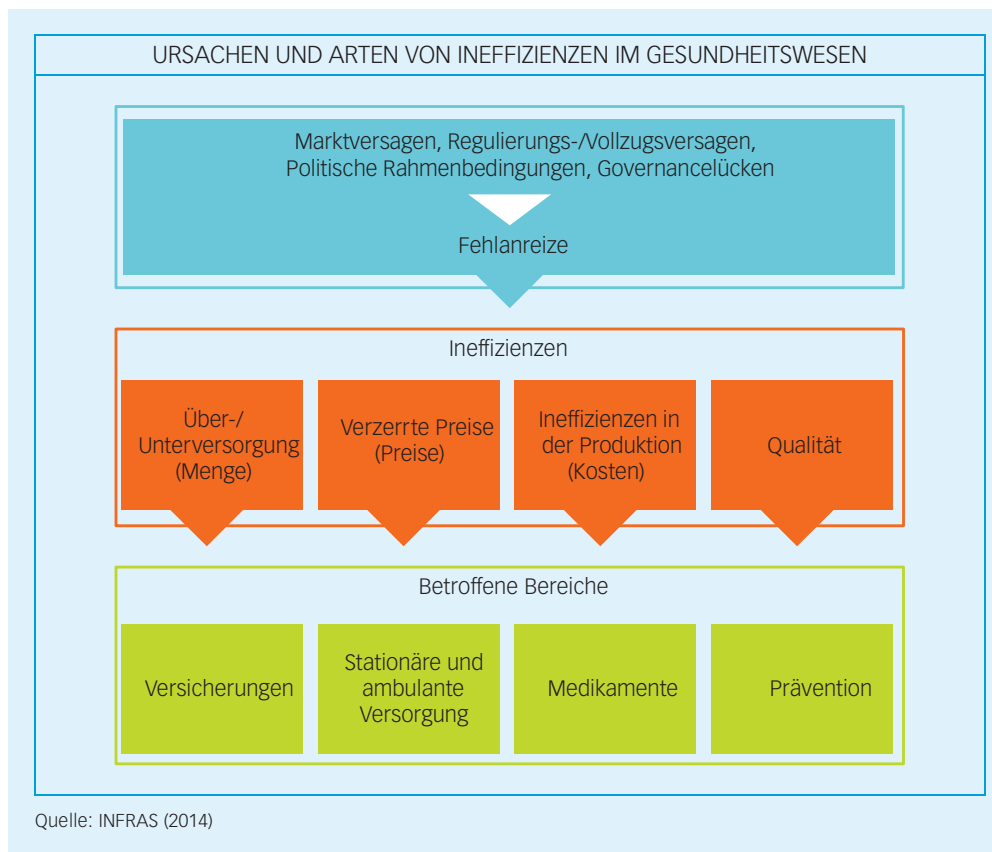


Abb. 2: Ineffizienzen im Gesundheitswesen

z.B. Maier, 2012) sowie aus Diskussionen mit ExpertInnen (Ärzten, Pflegekräften, Krankenversicherern etc.) zeigen, dass eine weite Kluft zwischen dem Wissen über gesundheitsförderliches Verhalten und dem tatsächlichen Verhalten herrscht. Dies hängt weitgehend damit zusammen, dass Menschen nur begrenzt rational und nicht immer in ihrem eigenen besten Interesse handeln, wie es das theoretische Menschenbild des «Homo oeconomicus» aus der traditionellen Wirtschaftstheorie postuliert. Vielmehr verhalten sich Menschen häufig irrational und lassen sich von Emotionen, Stereotypen und kognitiven Verzerrungen leiten, wie es Kahnemann in seinem Werk *Schnelles Denken, langsames Denken* (2012) beschreibt.

Ursachen für sub-optimale Entscheidungen

Verschiedene verhaltensökonomische Erkenntnisse zeigen, dass die Tendenz, sub-optimale Entscheidungen zu treffen, u.a. in sozialen und kulturellen Normen, Gewohnheiten und Selbstkontrollproblemen begründet ist. Weitere Tendenzen, die häufig schädliche Konsequenzen für die Gesundheit nach sich ziehen, sind:

- **Verlustaversion**, nach welcher Menschen Verluste höher gewichten als Gewinne oder

langfristige Vorteile wie bspw. eine höhere Lebenserwartung.

- **Status-Quo-Bias**, was bewirkt, dass Menschen den Ist-Zustand präferieren, obwohl er ihnen schadet.
- Der **Framing-Effekt**, gemäss dem die Entscheidungsfindung von der Art und Weise beeinflusst wird, wie Fakten präsentiert werden.

Freiheit fördern und Entscheidungen treffen, die man später nicht bereut

Die Verfechter von Nudging betonen, dass dabei einerseits die persönliche Freiheit gewährleistet ist, die Menschen andererseits aber auch Entscheidungen treffen, die sie später nicht bereuen. Exemplarisch seien hier Nudging-Massnahmen genannt wie Voreinstellungen, die gewünschtes Verhalten begünstigen (z.B. Eintragung im Organspenderregister) oder sogenannte «commitment devices», also Werkzeuge zur Selbstverpflichtung. Diese eignen sich u.a. um Selbstkontrollproblemen entgegenzuwirken. Beim Sparen können dies zum Beispiel besonders illiquide Finanzprodukte sein, die einen Vorbezug der Spareinlagen verhindern wie z.B. bei Einlagen in die 3a-Säule. Menschen können auch gestupst werden, indem sie auf soziale Normen hingewiesen oder eine Rückmeldung

über ihr Verhalten im Vergleich zu anderen Menschen erhalten.

Zu den Vorreitern im Hinblick auf den Einsatz von Nudging im politischen Bereich zählen die USA sowie Grossbritannien. Das *Behavioural Insights Team*, meist als «Nudge Unit» bezeichnet, war die erste Regierungseinrichtung, die sich mit der Umsetzung von verhaltensökonomischen Erkenntnissen befasste (siehe www.behaviouralinsights.co.uk). Inzwischen hat sich die Unit als Unternehmen etabliert, das Organisationen im In- und Ausland berät und unterstützt. Auch in anderen Ländern werden Behörden zunehmend auf das Potenzial der Verhaltensökonomie aufmerksam und sehen Nudging als günstige, aber effektive Alternative zu Gesetzeserlassen. So hat inzwischen auch Deutschland die Verhaltensforschung entdeckt, um «wirksam zu regieren», wie es im deutschen Koalitionsvertrag heisst (Rauner, 2014).

Der vor kurzem publizierte World Development Report *Mind, Society and Behaviour* (2015) ist wohl der umfassendste, länderübergreifende Überblick über die Auswirkungen menschlichen Verhaltens auf die Entwicklung einer Region oder eines Landes. Der Bericht basiert weitgehend auf den Vorarbeiten und Erfahrungen des *Behavioural Insights Team* und anderer von der Verhaltensökonomie inspirierten Forschern und Organisationen.

Nudging im Gesundheitswesen

Im Hinblick auf den Einsatz von Massnahmen im Gesundheitswesen stellen sich folgende Fragen:

- Wie lässt sich der Entscheidungskontext so gestalten, dass einerseits die persönliche Freiheit gewährleistet ist, und andererseits Menschen gesundheitliche Entscheidungen treffen, die sie später nicht bereuen?
- Wie lassen sich Erkenntnisse der Verhaltensökonomie so operationalisieren, dass gewünschte Verhaltensänderungen im Umgang mit chronischen Krankheiten resultieren?
- Wie lassen sich entsprechende Massnahmen durch Einbezug neuer technologischer Ansätze unterstützen?

Die letzte Frage wird in einem separaten Artikel behandelt, der in der nächsten Ausgabe erscheinen wird. Es geht darum, die Entscheidung für die gesündere Option leichter zu machen, z.B. Salat als Standardbeilage anzubieten oder es attraktiver zu machen, die Treppe hochzusteigen als den Lift zu nehmen. Die Neu-

rezeptur von Produkten, bei denen der Nährwert verbessert wird, oder die Reduzierung der Salzaufnahme sind weitere Beispiele (siehe z.B. das EU-Projekt www.eatwellproject.eu).

Bottom-up Ansatz bezw. Ko-Produktion von Massnahmen

Gesundheitsprogramme werden gewöhnlich von politischen Instanzen oder Behörden (Top-Down) organisiert. Es sind jedoch die Betroffenen selbst, die ihr Verhalten ändern und therapeutische Massnahmen ausführen müssen. Daher ist es sinnvoll, Personen mit chronischen Erkrankungen selbst zu fragen, ob und wie ihrer Meinung nach ihre Versorgung verbessert werden könnte. Eine systematische Sicht darüber, wie Betroffene diese wahrnehmen, trägt nicht nur dazu bei, potenzielle Probleme zu identifizieren, sondern zu zeigen, dass ihre Ansichten und Bedürfnisse ernst genommen werden – eine wesentliche Voraussetzung für die Akzeptanz von Massnahmen. Abb. 3 zeigt die Verknüpfung dieser Ansätze.

Dies entspricht auch den Schlussfolgerungen von Teisberg (2008), die sich mit der Umsetzung des Value-Based Health Care Modells für die Schweiz befasst hat. Prof. Teisberg empfiehlt, die Eigenverantwortung der Patienten zu fördern, denn nur gut informierte und in den Entscheidungsprozess eingebundene Patienten verhalten sie sich so, dass sich bessere Behandlungsergebnisse und geringere Kosten erwarten lassen.

Interventionen in enger Zusammenarbeit mit Betroffenen entwickeln

In enger Zusammenarbeit mit Betroffenen sollen Interventionen entwickelt werden, die Menschen im Umgang mit chronischen Leiden unterstützen können. Dabei wird in vier Schritten vorgegangen:

1. Outcome definieren (z.B. höherer Obst- und Gemüsekonsum, mehr körperliche Bewegung)
2. Den Kontext verstehen (mittels ethnographischer Methoden wie Feldstudien)
3. Entwickeln von Interventionen aufbauend auf den Erkenntnissen
4. Testen, lernen, adaptieren (z.B. mittels randomisierter kontrollierter Studien oder Vorher-Nachher-Vergleich)

Vorläufige Ergebnisse

Im Rahmen der Standortbestimmung stellte sich heraus, dass es trotz der wachsenden medialen und politischen Präsenz von Nudging noch weitgehend an Wirksamkeitsnachweisen von Nudging-Massnahmen mangelt, vor allem im Gesundheitsbereich. Auch bei der bereits 2010 etablierten britischen Nudge Unit ist die Ausbeute bescheiden (Cabinet Office, 2010). Am ehesten finden sich Wirksamkeitsnachweise im Bereich Rauchstopp (siehe z.B. Ashraf, 2013) oder dem Einsatz von Aktivitätstrackern.

Zu Beginn des Projekts erarbeitete das Team einen Überblick zu bestehenden Nudging-Massnahmen im Gesundheitsbereich auf europäischer und nationaler Ebene (Auszug siehe Kästchen). Die vielversprechendsten Massnahmen wurden auf zwei Seiten zusammengefasst und mit Experten und Betroffenen zu diskutieren (siehe Kästchen). Interviews wurden mit VertreterInnen von Lungenliga, Careum-Stiftung, Fibromyalgie-Forum und Versicherungen sowie mit TeilnehmerInnen von Rauchstopp-Kursen und Essstörungengruppen und dem von der Careum-Stiftung angebotenen Evivo-Programm zum Selbstmanagement chronischer Erkrankungen durchgeführt.

Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass der Grossteil der Befragten Nudging (vorsichtig) positiv gegenübersteht, aber dass so viele Faktoren (Alter, Geschlecht, sozio-ökonomischer

Status, Bildungsgrad, vor allem auch die soziale und physische Umwelt) das Verhalten beeinflussen, dass es unmöglich ist, für alle zutreffende Best Practices zu empfehlen. Allerdings lassen sich sehr wohl Aussagen treffen, die bei der Konzeption und Umsetzung von Massnahmen zu beachten sind:

- Vereinzelt isolierte Nudges haben keine grosse Wirkung. Es braucht entweder eine Kombination von Nudges bzw. mehrere hintereinander. Erst die Kumulation von Stupsern führt zu einer längerfristigen Verhaltensänderung.
- Frauen sprechen weniger auf Wettbewerb als Incentives an als Männer
- Der Einsatz von Gesundheitspersonal als Messenger ist nur begrenzt zu empfehlen.
- Der Einsatz von LeidensgenossInnen (Peers) eignet sich besonders gut, um «vulnerable» Gruppen zu erreichen.

Immer mehr Nudges eingesetzt

Immer mehr Versicherungen und Arbeitgeber, insbesondere in den USA, setzen Nudges ein, z.B. in Form von Prämiennachlässen, um zu gesundheitsbewusstem Verhalten anzuregen. Oft sind diese gekoppelt mit Tracking-Programmen, v.a. im Hinblick auf körperliche Aktivität und Ernährung. In Europa wecken solche Bonusprogramme (noch) vielfach Bedenken, vor allem hinsichtlich Datenschutz. Ausserdem stellt sich die Frage, ob ein solches Programm denn tatsächlich freiwillig sein kann und ob Überwachungsunwillige längerfristig benachteiligt werden.

Ausserdem gilt es zu beachten, dass jene, die nicht in den Genuss von Vergünstigungen kommen, dies möglicherweise als Diskriminierung betrachten. Es hat sich gezeigt, dass nicht-finanzielle Anreize, die dem Zweck des Programms entsprechen z.B. Voucher für Gemüse oder Obst für Menschen, die sich gesünder ernähren und abnehmen wollen, generell eher akzeptiert werden als Cash-Anreize (siehe Promberger, Dolan & Marteau, 2012). Ausserdem werden Anreize umso eher akzeptiert, je höher die (nachgewiesene) Wirksamkeit.

Der **Peer-Ansatz** ist bereits in der Praxis erprobt. Programme wie das von der Careum-Stiftung angebotene evivo-Programm (siehe www.evivo.ch) stützt sich auf Laien, die selbst betroffen sind und zu Gesundheitstrainern ausgebildet werden. Die Evaluation der bisher in der Schweiz durchgeführten Kurse lässt darauf schliessen, dass das Programm die Fähigkeiten von Menschen mit chronischer Krankheit

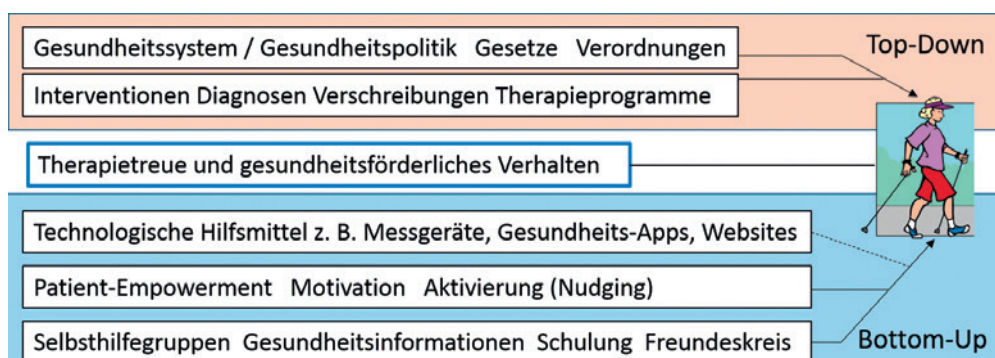


Abb. 3: Einflussfaktoren für gesundheitsförderliches Verhalten



fördert, ihr Leben selbstbestimmter zu gestalten (Haslbeck, 2012).

Wenn Gesundheitspersonal gesundheitsförderliches Verhalten predigt

Andere Initiativen wiederum zielen darauf ab, Gesundheitspersonal wie Ärzte, Pflegekräfte, Apotheker etc. einzusetzen, um Menschen zu gesundheitsförderlichem Verhalten anzuregen, z.B. das Schweizer Programm Paprica (Physical Activity Promotion in Primary Care). Allerdings zeigen Erfahrungen aus anderen Ländern wie z.B. Grossbritannien, dass die Schulung und Befähigung des Personals, Verhaltensänderungen anzustossen, nur bedingt erfolgreich sind. Dies ist u.a. darauf zurückzuführen, dass Angestellte im Gesundheitswesen sich nicht immer als Vorbilder eignen (de Normanville, Payne & 2011). So wurden sämtliche National Health Service (NHS) Mitarbeiter eines Lehrkrankenhauses eingeladen, an einer Fragebogen-basierten Umfrage zu diesem Thema teilzunehmen (n=7085). Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass der Gesundheitszustand und das Wohlbefinden der NHS Mitarbeiter selbst alles andere als zufriedenstellend waren. Laut Blake et al. (2012) gab zudem die Mehrheit der Pflegekräfte an, übergewichtig zu sein.

Andererseits hat sich gezeigt, dass 75 Prozent jener, die für solche Kurz-Interventionen ausgebildet wurden, dadurch selbst zu einer Verände-

rung ihres Lebensstils angeregt wurden (siehe *Nursing Times*, 17.12.14). Vielleicht werden Gesundheitsangestellte, die selber z.B. mit Übergewicht zu kämpfen haben, sogar zu überzeugenderen Botschaftern, da sie mehr Empathie mit den Patienten empfinden und auch als Peers akzeptiert werden.

Diskussion und offene Fragen

Wie bereits erwähnt, gibt es (immer noch) wenig Wirksamkeitsnachweise für die Anwendung von Nudges im Gesundheitsbereich. Die mangelnde Evidenz mag damit zusammenhängen, dass die Ursachen für Gesundheitsprobleme wie Übergewicht überaus komplex sind und sich daher nicht mit einfachen, einmaligen Massnahmen beheben lassen. Ausserdem erreichen die meisten Gesundheitsförderungs-Massnahmen diejenigen, die für die Thematik ohnehin sensibilisiert sind. Wie erreicht man jedoch die sogenannten «vulnerablen Gruppen» wie Migranten oder Menschen mit eingeschränkter Mobilität bzw. wie kann man deren Gesundheitskompetenz und damit deren Selbstverantwortung stärken?

Prinzipiell stellt sich die Frage, ob auf das Individuum ausgerichtete Massnahmen langfristig erfolgreich sein können, wenn diese nicht von gesetzlichen oder regulatorischen Massnahmen begleitet werden (Marteau et al., 2011). In einem kürzlich veröffentlichten Bericht von McKinsey

zur Fettleibigkeitsepidemie (Dobbs, 2014) zählt die Neurezeptur (z.B. Zucker- und Salzreduktion) von Nahrungsmitteln neben der Verringerung der Portionsgrösse zu den wirksamsten Massnahmen gegen Fettleibigkeit.

Immer mehr Wissenschaftler schlagen vor, sich auf **soziale Handlungsmuster bzw. Praktiken** zu konzentrieren anstatt auf individuelle Massnahmen. Das Essen von Snacks kann z.B. mit der sozialen Praxis zu tun haben, beim Fernsehen zu essen. Es gilt, den Fokus von den Einstellungen, Verhalten und Entscheidungen einer Einzelperson auf Ernährungs- und Bewegungsmuster zu verschieben, die sozial, institutionell und infrastrukturell gestaltet sind und zu beleuchten, wie bestimmte Lebensweisen aufrechterhalten werden. Eine solche Art der Analyse richtet die Aufmerksamkeit daher auf «adipogene Umgebungen» (siehe z.B. Mahmood, & Arulkumaran, 2012).

Ein interessantes grenzüberschreitendes Projekt

Ein Projekt, das in diese Richtung geht, ist das grenzüberschreitende Projekt *Insieme sano – Gemeinsam gesund* der Abteilung Gesundheitsförderung und Prävention des Gesundheitsamtes Graubünden und der Stiftung Vital der Provinz Bozen. Dies hatte zum Ziel, die Lebensqualität und Gesundheit der Bevölkerung im nahen Lebensraum zu erhalten und zu fördern. Dabei werden aktives Mitentscheiden und Mitgestalten als Erfolgsfaktoren bei der Umsetzung von Gesundheitsförderung gesehen, wobei vor allem auch sozial benachteiligte Personen und SeniorInnen miteingebunden wurden (siehe Oetterli & Balthasar, 2013). Auch in anderen Ländern werden zunehmend gemeindenaher Initiativen lanciert, die sämtliche lokalen Stakeholder zusammenbringen, darunter Schulen, Selbsthilfegruppen sowie Behörden und Anbieter von Gesundheitsleistungen.

Die grosse Herausforderung besteht unserer Meinung darin herauszufinden, was funktioniert, für wen, unter welchen Umständen und für wie lange. Ferner gilt es zu untersuchen, mit welchen anderen Interventionsarten sich Nudging am besten kombinieren lässt.

Nächste Schritte

Was den Value-based-Healthcare Ansatz betrifft, untersuchen wir derzeit, inwieweit sich Krankheitsbilder bzw. Patientengruppen mit pharmazeutischen Kostengruppen verknüpfen lassen. In einer Studie (Interpharma, 2015) werden zehn krankheitsbasierte Gruppen von leistungsinten-

siven Patienten definiert. Die fünf Gruppen mit den höchsten Gesamtausgaben sind: Psychische Erkrankungen, Schmerzen, kardiovaskuläre Erkrankungen und COPD/Asthma. Die fünf Gruppen mit den höchsten mittleren Individualausgaben sind: HIV, Krebs, Psychosen, Diabetes Mellitus und Parkinson. Zusätzlich werden noch drei krankheitsübergreifende Gruppen definiert, von denen hohe Behandlungskosten zu erwarten sind: Multimorbide ältere Personen (ab 65 Jahren mit zwei oder mehr chronischen Erkrankungen), Personen im letzten Halbjahr vor dem Tod und vom Sozialdienst unterstützte Personen.

In diesem Zusammenhang ist zu beachten, dass nicht nur direkte Kosten, wie Arztbesuche, Spitalaufenthalte und Medikamente anfallen, sondern auch indirekte Kosten. Diese entstehen durch Produktivitätsverluste am Arbeitsplatz oder durch Pflege durch Angehörige (Interpharma, 2015).

Es ist naheliegend, sich bei der Entwicklung von Nudging-Massnahmen auf besonders leistungsintensive Gruppen zu konzentrieren. Zu diesem Zweck sollen bereits bestehende Kontakte zu Patientenselbsthilfegruppen sowie Selbstmanagement-Programmen wie Evivo intensiviert werden. Da die technologische Unterstützung von Massnahmen eine wichtige Rolle im Projekt spielt, wird parallel dazu mit Entwicklern sowie Anbietern von eHealth-Plattformen wie myVitali und Dacadoo überlegt, wie sich Nudges am besten mit bestehenden Features/Elementen für die Steigerung von Motivations- und Gesundheitskompetenz integrieren lassen.

Um möglichst gut abgestützte Aussagen machen und die Evidenzlage verbessern zu können, sind wir auf die Unterstützung und die Mitarbeit von möglichst vielen Betroffenen angewiesen. Wenn Sie Interesse haben, wenden Sie sich bitte an:

Weitere Informationen

Edith Maier
 Telefon 071 226 17 44
 edith.maier@fhsg.ch

Informationsquellen und Literatur

– Arieli, D. (2008). Denken hilft zwar, nützt aber nichts. Warum wie immer wieder unvernünftige Entscheidungen treffen. München: Droemer.
 – Ashraf, N. (2013). Rx: human nature. Harvard business review, 91(4), 119–23. Diethelm, M.

– Blake, H., Mo, P. K., Lee, S., & Batt, M. E. (2012). Health in the NHS: lifestyle behaviours of hospital employees. Perspectives in public health, 132(5), 213.
 – Bundesamt für Gesundheit (BAG) (2013). Die gesundheitspolitischen Prioritäten des Bundesrates. Verfügbar unter: www.gesundheit2020.ch
 – Cabinet Office (2010). Applying behavioural in-sight to health. Institute for Government, UK. Cabinet Office (2009).
 – Der europäische Gesundheitsbericht, W. H. O. (2009). Regionale Veröffentlichungen der WHO. Europäische Schriftenreihe, (97).
 – de Normanville, C., Payne, K., & Ion, V. (2011). Making Every Contact Count: The Prevention and Lifestyle Behaviour Change Competence Framework. International Journal of Health, Wellness & Society, 1(2).
 – Dobbs, R. (2014). Addressing obesity: cost-effective strategies. PharmacoEconomics & Outcomes News, 717, 1–6.
 – Haslbeck, J. S. (2012). Empowerment zu gesundheitsbewusstem Leben mit chronischer Krankheit am Beispiel von EVIVO. Care Management, 5, 23–6.
 – INFRAS (2014). Trageser, J.; Vettori, A.; Fliedner, J.; Iten, R. Mehr Effizienz im Gesundheitswesen. Ausgewählte Lösungansätze. Schlussbericht, Zürich, 19. Mai 2014.
 – Interpharma (2015). Gesundheitswesen Schweiz. Basel, Ausgabe 2015.
 – Kahneman, D. (2012). Schnelles Denken, langsames Denken. Siedler Verlag.
 – Lister, C., West, J. H., Cannon, B., Sax, T., & Brodegard, D. (2014). Just a Fad? Gamification in Health and Fitness Apps. JMIR Serious Games, 2(2), e9.
 – Mahmood, T. A., & Arulkumaran, S. (Eds.). (2012). Obesity: a ticking time bomb for reproductive health. Newnes.
 – Maier, E. (2012) Smart Mobility – Encouraging sustainable mobility behaviour by designing and implementing policies with citizen involvement. JeDEM, No. 4, Vol. 1.
 – Marteau, T. M., Ogilvie, D., Roland, M., Suhrcke, M., & Kelly, M. P. (2011). Judging nudging: can nudging improve population health?. Bmj, 342.
 – Mullainathan, S. & Thaler, R. (2000). Behavioral Economics. Massachusetts Institute of Technology: Department of Economics, Working Paper No. 00–27.
 – Nursing Times (2014). Advising-on-lifestyle-can-improve-nurse-health. Verfügbar unter www.nursingtimes.net/Journals/2014/12/12/1/e/f/171214_Advising-on-lifestyle-can-improve-nurse-health.pdf
 – Oetterli, M. & Balthasar, A. (2013). Projekt «insieme sano – gemeinsam gesund» Synthese der Selbstevaluation Graubünden (CH) und Südtirol (IT). Interface Politikstudien.
 – Porter, M. E., & Teisberg, E. O. (2006). Redefining health care: creating value-based competition on results. Harvard Business Press.
 – Porter, M. E., & Guth, C. (2012). Gesamtbewertung der deutschen Leistungserbringer. In Chancen für das deutsche Gesundheitssystem (pp. 185-205). Springer Berlin Heidelberg.
 – Promberger, M., Dolan, P., & Marteau, T. M. (2012). «Pay them if it works»: Discrete choice experiments on the acceptability of financial incentives to change health related behaviour. Social science & medicine, 75(12), 2509–2514.
 – Rauner, M. (2014) Regieren mithilfe von Verhaltensforschern. ZeitWissen 2014, 80–82.

Verlustaversion, Wettbewerb und materieller Anreiz

Raucher zahlen auf ein Sparkonto ein, das mindestens sechs Monate gesperrt ist. Zeigt ein dann durchgeführter Urintest, dass sie tatsächlich mit dem Rauchen aufgehört haben, können sie ihr Geld abheben, ansonsten geht es an jene, die's geschafft haben. Freunde können Aufhörwillige unterstützen, auch finanziell. Damit steigt nicht nur der potenzielle Gewinn, sondern auch der Druck aufzuhören.

Soziale Anerkennung ist wirksamster Anreiz

Wie lässt sich der Kondomverkauf zur AIDS-Prävention in Friseursalonen am besten ankurbeln? Ein kontrolliertes Experiment mit unterschiedlichen Incentives zeigt, dass die soziale Anerkennung (ausgedrückt anhand von Sternen) als Anreiz für den Kondomverkauf zum besten Erfolg führt.

Verlustaversion

«Verdiene Geld, indem du gesund lebst – bezahlt von Personen die es nicht tun». Unter dieser Idee wurde in den USA die App Gypact lanciert, um einen Anreiz für mehr körperliche Aktivität zu schaffen. Da Menschen ungern etwas verlieren (in diesem Fall den Mitgliederbeitrag), ist die Motivation hoch, sich regelmässig zu bewegen.

Framing Effect

Die Formulierung, in der eine Information eingebettet wird, kann Entscheidungen beeinflussen. Im Falle einer Therapie kann dieselbe Aussage unterschiedlich verpackt werden: «die Therapie, welche in 90% aller Fälle wirkt» wird vom Patienten eher angenommen als «die Therapie, welche bei 10% der Patienten nicht wirkt».

– Teisberg, E. O. (2008). Nutzenorientierter Wettbewerb im schweizerischen Gesundheitswesen: Möglichkeiten und Chancen. economiesuisse.
 – Thaler, R. H. & Sunstein, C. R. (2009a). Nudge. Wie man kluge Entscheidungen anstösst (3. Aufl.). Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH.
 – World Development Report 2015: Mind, Society, and Behavior. Verfügbar unter:
 – www.worldbank.org/en/news/feature/2014/12/02/world-development-report-2015-explores-mind-society-and-behavior)