Der Status-quo-Bias in der Medizin: Beibehaltungstendenz

Autor: Wolfram Klatt
Veröffentlicht am: 10.08.2026

Dokument generiert über Gesundheitsmythen.de

ZUSAMMENFASSUNG (ABSTRACT)

Der Status-quo-Bias beschreibt die menschliche Tendenz, den aktuellen Zustand überproportional zu bevorzugen und Veränderungen zu scheuen. Im Gesundheitsbereich führt dies häufig zum Festhalten an wirkungslosen Therapien aus Angst vor dem Unbekannten.

Status-quo-Bias: Die heimliche Macht der Gewohnheit in der Medizin

Wenn es um unsere eigene Gesundheit geht, wünschen wir uns alle, stets die besten und vernünftigsten Entscheidungen zu treffen. Doch wir sind Menschen, keine Maschinen. In Phasen der Krankheit oder gesundheitlichen Unsicherheit treffen wir Entscheidungen oft weitaus weniger rein logisch, als es der wissenschaftliche Idealanspruch vielleicht nahelegen würde. Dies ist weder eine Schwäche noch ein Makel, sondern zutiefst menschlich.

Eine der stärksten und am weitesten verbreiteten kognitiven Verzerrungen, die unser Verhalten im Gesundheitssystem unbewusst steuert, ist der sogenannte **Status-quo-Bias** (auf Deutsch auch *Beibehaltungstendenz* genannt). Aus wissenschaftlicher Sicht beschreibt dieser Begriff ein tief verwurzeltes psychologisches Phänomen: den drängenden Wunsch, den aktuellen Zustand (den

Status quo) beizubehalten, verbunden mit einer instinktiven Sorge vor Veränderungen.

Die Metapher vom alten, wackeligen Haus

Stellen Sie sich vor, Sie leben in einem Haus, dessen Dach undicht ist und bei dem der Wind durch die Fenster zieht. Ein Architekt bietet Ihnen ein neues, warmes und sicheres Haus an. Dennoch zögern Sie. Warum? Weil Sie in Ihrem alten Haus genau wissen, welche Diele knarrt. Sie kennen jeden Luftzug und wissen, wo Sie bei Regen die Eimer aufstellen müssen. Das neue Haus mag objektiv besser sein, aber es ist unvertraut. Es birgt die Angst vor dem Unbekannten: *Was, wenn dort die Heizung ausfällt und ich nicht weiß, wie man sie repariert?*

Genau so arbeitet der Status-quo-Bias in unserem Gehirn. In der medizinischen Praxis führt dieser Mechanismus regelmäßig dazu, dass Betroffene – aus einem sehr verständlichen Sicherheitsbedürfnis heraus – an suboptimalen oder gar wirkungslosen Behandlungsansätzen festhalten. Sie pflegen längst überholte Gewohnheiten und schrecken vor neuen, evidenzbasierten Optionen zurück, weil die Ungewissheit als bedrohlicher empfunden wird als der vertraute Schmerz oder die bekannte Einschränkung.

Doch welche neurobiologischen und psychologischen Ursachen liegen dem zugrunde? Warum fällt das Loslassen vom Gewohnten selbst dann so unendlich schwer, wenn es objektiv betrachtet von Nachteil für die eigene Gesundheit ist?

Dieser Artikel beleuchtet die kognitive Architektur dieses Denkfehlers, seine evolutionären Ursprünge und zeigt auf, warum in der Gesundheitskommunikation vor allem eines notwendig ist: ein tiefes, von Empathie getragenes Verständnis für diese inneren Entscheidungsdynamiken.

> **Wichtiger medizinischer Hinweis:** Dieser Artikel dient ausschließlich der wissenschaftlichen Aufklärung über kognitive Denkprozesse und stellt keine individuelle medizinische Beratung, Ferndiagnose oder Therapieempfehlung dar. Bei gesundheitlichen Beschwerden oder Fragen zu Behandlungen muss stets qualifiziertes ärztliches Fachpersonal konsultiert werden. Medizinische Entscheidungen sollten niemals eigenmächtig, sondern immer in partnerschaftlicher Abstimmung mit behandelnden Ärztinnen und Ärzten getroffen werden.

---

1. Die psychologische Architektur: Wie die Verlustaversion den Ist-Zustand zementiert

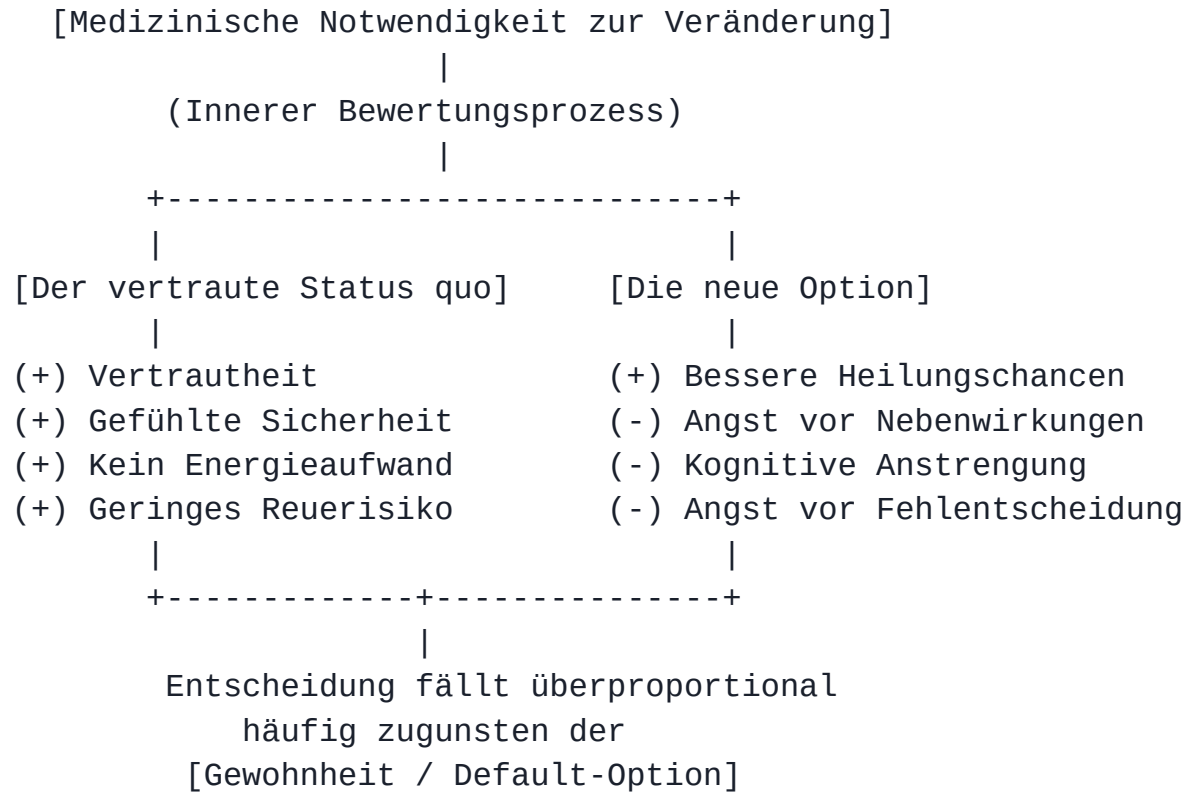
Der Status-quo-Bias wurde im Jahr 1988 von den Ökonomen William Samuelson und Richard Zeckhauser in einer mittlerweile berühmten Studie systematisch beschrieben. In experimentellen Untersuchungen wiesen sie nach, dass Entscheidungsträger bei einer Auswahl an Optionen überproportional häufig genau jene Alternative wählen, die den gegenwärtigen Zustand aufrechterhält – selbst dann, wenn andere Optionen messbare und unbestreitbare Vorteile bieten.

Aus kognitionswissenschaftlicher Perspektive steht diese Verzerrung nicht allein. Sie wird gestützt und verstärkt durch zwei weitere, eng verwandte psychologische Phänomene:

- **Verlustaversion (Loss Aversion):** Wie die Nobelpreisträger Daniel Kahneman und Amos Tversky im Rahmen der *Prospect-Theorie* zeigten, wird der psychologische Schmerz eines Verlustes subjektiv etwa doppelt so stark empfunden wie die Freude über einen gleich großen Gewinn. Auf die Medizin übertragen bedeutet dies: Jede Veränderung des Status quo birgt potenzielle gesundheitliche Vorteile (Gewinne), aber auch potenzielle Nachteile (Verluste, etwa in Form von Nebenwirkungen). Da unser Gehirn diese möglichen Verluste ungleich stärker gewichtet, meiden wir intuitiv das Risiko einer Veränderung.
- **Besitztumseffekt (Endowment Effect):** Menschen schreiben Zuständen, Gewohnheiten, Gegenständen oder auch Therapien, die sie bereits "besitzen" oder nutzen, einen höheren subjektiven Wert zu, als diese objektiv betrachtet haben. Es entsteht eine starke emotionale Bindung an vertraute Strukturen oder Behandlungsformen. Eine tägliche Pille wird zu einem fast schon tröstlichen Ritual, selbst wenn sie medizinisch vielleicht gar nicht mehr notwendig ist.

Der Status-quo-Bias fungiert somit als emotionale Präferenz. Bei anstehenden Entscheidungen wirkt er wie ein Gravitationsfeld, das Betroffene unweigerlich zur Standardoption (dem sogenannten *Default*) zieht. Jede Abweichung vom gewohnten Zustand erfordert aktives Handeln, immensen kognitiven Energieaufwand und das unbewusste Gefühl, die volle Verantwortung für eventuelle negative Folgen einer Neuentscheidung tragen zu müssen.

Visualisierung: Die Gravitation der Entscheidung



2. Der Anker im Behandlungsalltag: Warum wir an veralteten Therapien festhalten

In der medizinischen Versorgungsrealität zeigt sich der Status-quo-Bias auf nahezu allen Ebenen – bei Patientinnen und Patienten ebenso wie im täglichen Handeln von medizinischem Fachpersonal. Denn auch Ärztinnen und Ärzte sind Menschen und unterliegen denselben psychologischen Mustern.

Beispiel: Die Langzeitmedikation

Ein klassisches und weit verbreitetes Feld ist die Langzeitmedikation. Aus der Versorgungsforschung ist sehr gut bekannt, dass Betroffene (und teils auch Behandelnde) oft massiv zögern, eine seit vielen Jahren eingenommene Medikation anzupassen. Stellen Sie sich einen Patienten vor, der seit zehn Jahren ein bestimmtes Blutdruckmedikament nimmt. Möglicherweise gibt es inzwischen ein moderneres Präparat, das den Blutdruck gleichmäßiger senkt und langfristig die Nieren besser schützt.

Dennoch wird eine Umstellung oft mit Aussagen wie *"Das habe ich schon immer gut vertragen, lassen Sie uns lieber nichts riskieren"* abgewehrt. Selbst wenn klinische Parameter oder aktuelle Laborwerte eine Therapieoptimierung sehr nahelegen, blockiert der Bias die Anpassung. Die tief sitzende Befürchtung vor unvorhersehbaren Effekten der *neuen* Behandlungsoption (z. B. unklare neue Nebenwirkungen, Erstverschlimmerung) wiegt im emotionalen Erleben viel schwerer als die statistisch belegte und wissenschaftlich fundierte Chance auf eine gesundheitliche Verbesserung.

Festhalten an Behandlungsverhältnissen

Ebenso manifestiert sich die Beibehaltungstendenz in der Wahl der Leistungserbringer. Menschen verbleiben mitunter jahrelang in Behandlungsverhältnissen (etwa bei Hausärzten oder Therapeuten), mit denen sie eigentlich unzufrieden sind oder bei denen sie spüren, dass der medizinische Fortschritt in der Praxis stagniert.

Der kognitive, emotionale und organisatorische Aufwand, einen Wechsel aktiv zu vollziehen, sich einen neuen Arzt zu suchen, die eigene Krankengeschichte komplett neu aufzurollen und mühsam eine neue Vertrauensbasis aufzubauen, wird als eine gigantische Hürde wahrgenommen. Diese Hürde erscheint größer als der Verbleib im zwar unbefriedigenden, aber berechenbaren Status quo.

Systemische Defaults

Auch systemische, gesellschaftliche Prozesse im Gesundheitswesen werden maßgeblich durch solche "Standardoptionen" (Defaults) geprägt. Eindrückliche Untersuchungen zur Organspende verdeutlichen dies: In Ländern mit einer aktiven Zustimmungslösung (Opt-in, man muss sich aktiv registrieren) liegen die Spenderquoten dramatisch niedriger als in Ländern mit einer Widerspruchslösung (Opt-out, jeder ist Spender, außer er widerspricht aktiv). Die Präferenzstrukturen der Menschen sind in beiden Systemen eigentlich ähnlich – doch der Mensch neigt stark dazu, bei der vorgegebenen Standardoption zu verbleiben, ganz einfach, um die kognitive Belastung und die emotionale Schwere einer aktiven Entscheidung zu umgehen.

3. Die steinzeitliche Software: Warum Sicherheit für unser Gehirn wichtiger ist als Optimierung

Um die Entstehung dieser tief verankerten Verhaltensmuster wirklich nachzuvollziehen – und um sich selbst oder anderen dafür mit Nachsicht begegnen zu können –, hilft ein Blick auf die evolutionäre Entwicklung unseres Gehirns. Unter den harten Lebensbedingungen unserer Vorfahren in Jäger- und Sammlergesellschaften stellte der Status-quo-Bias einen immensen, lebensrettenden Selektionsvorteil dar.

In einer gefahrenreichen, wilden Umwelt war das *Bekannte* per se ein wertvoller Indikator für Überleben. Ein vertrautes Territorium bot womöglich nicht die ertragreichste Beerenausbeute, aber die Gefahrenquellen und Wasserstellen waren zumindest genau bekannt. Das Vordringen in völlig unbekannte Gebiete barg hingegen das unkalkulierbare Risiko tödlicher Gefahren, Raubtiere oder giftiger Pflanzen. Die evolutionäre Anpassung bevorzugte daher ganz pragmatisch Verhaltensweisen, die Risiken minimierten und das schiere Überleben sicherten, gegenüber Strategien der riskanten Ertragsoptimierung. Diese "steinzeitliche Software" läuft noch heute in unserem Kopf ab, selbst wenn wir in einer modernen Arztpraxis sitzen.

Kognitive Ökonomie: System 1 und System 2

Aus der Perspektive der Neuropsychologie greift hier das hochinteressante Prinzip der **kognitiven Ökonomie**. Nach dem weithin anerkannten Dual-Process-Modell von Daniel Kahneman nutzt unser Gehirn zwei unterschiedliche Informationsverarbeitungssysteme:

- **System 1:** Ist schnell, intuitiv, automatisiert und sehr energiesparend. Es lenkt uns durch den Alltag.
- **System 2:** Ist langsam, analytisch, logisch, aber extrem kapazitäts- und energieintensiv.

Jede Abweichung vom Status quo macht den zwingenden Einsatz von System 2 erforderlich. Plötzlich müssen neue medizinische Optionen evaluiert, statistische Wahrscheinlichkeiten abgewogen, Fachbegriffe verstanden und vor allem Unsicherheiten ausgehalten werden. Das ist unglaublich anstrengend. Die Beibehaltung des Status quo erlaubt es uns hingegen, bequem im ressourcenschonenden System 1 zu verbleiben. Das Gehirn spart Kalorien und Stress.

Das Gewicht der antizipierten Reue

Hinzu kommt ein starkes emotionales Phänomen: die **antizipierte Reue (Anticipated Regret)**. Verhaltensstudien zeigen eindeutig, dass wir Menschen negative Konsequenzen, die aus einer

aktiven Handlung von uns resultieren, emotional sehr viel intensiver bereuen als exakt dieselben Konsequenzen, die nur durch unser *Unterlassen* (Nicht-Handeln) entstehen.

Wird eine Therapie aktiv durch den Patienten in Absprache mit dem Arzt geändert und es treten unangenehme Nebenwirkungen auf, schreiben sich Betroffene dies sofort als eigene Fehlentscheidung zu (Motto: *"Hätte ich bloß alles so gelassen, wie es war"*). Verschlechtert sich der Gesundheitszustand jedoch unter Beibehaltung der alten, bekannten Therapie, wird dies psychologisch sehr viel leichter als unvermeidlicher, schicksalhafter Krankheitsverlauf eingeordnet. Das Nicht-Handeln schützt uns somit vor quälenden Selbstvorwürfen.

4. Das Geschäft mit der Vertrautheit: Wie alternative Konzepte das Bedürfnis nach Gewohnheit stillen

Im Bereich nicht-evidenzbasierter, alternativmedizinischer Verfahren wird diese ur-menschliche Tendenz zur Beibehaltung des Gewohnten oft sehr gezielt adressiert – teils völlig unbewusst aus einer echten Überzeugung der Anbietenden, teils auch strukturell.

Dabei ist es immens wichtig, Menschen, die solche Verfahren in Anspruch nehmen, nicht abzuwerten. Wer sich der Alternativmedizin zuwendet, sucht häufig nach etwas, das in der modernen Hochleistungsmedizin im hektischen Klinikalltag oft verloren geht: Zuwendung, Vorhersehbarkeit, Sicherheit und das Gefühl, ganzheitlich wahrgenommen zu werden.

Verfechter dieser unkonventionellen Behandlungsformen nutzen in der Kommunikation häufig und gerne positiv besetzte Begriffe wie *"traditionell"*, *"altbewährt"*, *"natürlich"* oder *"aus dem alten Wissen unserer Vorfahren"*. Damit wird direkt und hochwirksam an unser fundamentales Grundbedürfnis appelliert: Was scheinbar seit Jahrhunderten existiert, müsse doch sicher, verträglich und gut sein. Es wird ein gefühlter, historischer und romantischer Status quo konstruiert, der sich unglaublich sicher anfühlt.

Demgegenüber wird die moderne, evidenzbasierte Medizin mit ihren stetigen wissenschaftlichen Neuerungen, revidierten Leitlinien, unpersönlichen Apparaten und komplexen Beipackzetteln gelegentlich als "künstlich", "technokratisch" oder "unberechenbar" gerahmt.

Zudem etablieren unkonventionelle Therapieverfahren oft rasch extrem feste, strukturierte Behandlungsroutinen und Rituale. Für chronisch Kranke, die im regulären Gesundheitssystem oft sehr belastende, unvorhersehbare und emotional kalte Prozesse durchlaufen müssen, bieten

feste Konsultationsintervalle, homöopathische Vergabe-Schemata oder rituelle Handlungen eine extrem hohe subjektive Vorhersehbarkeit. Diese beruhigenden Abläufe werden für den Patienten zum neuen, sicheren Status quo, der emotionale Haltbarkeit und ein starkes Gefühl der Selbstwirksamkeit vermittelt.

Eine Rückkehr zu dringend gebotenen, evidenzbasierten Therapien – die unter Umständen radikale chirurgische Eingriffe, die Konfrontation mit harten Diagnosen oder medikamentöse, nebenwirkungsreiche Ersteinstellungen erfordern – wird in der Folge als massiver, furchteinflößender Umbruch erlebt. Die tiefsitzende Sorge vor dem Verlassen dieser wohlig-warmen Komfortzone kann tragischerweise dazu führen, dass eigentlich wirkungslose Verfahren hartnäckig fortgeführt werden, während lebensrettende oder leidensmindernde medizinische Maßnahmen aus reiner Angst aufgeschoben werden.

5. Die Gefahren der Erstarrung: Wenn das Festhalten die Heilung blockiert

Auch wenn der Status-quo-Bias ein natürlicher Schutzmechanismus ist, so kann das Festhalten am Bekannten im modernen gesundheitlichen Kontext schwerwiegende bis fatale Konsequenzen nach sich ziehen. Die medizinische Literatur beschreibt hierbei verschiedene hochrelevante Risikofelder:

- **Verzögerung lebenswichtiger Behandlungen:** Wenn bei ernsthaften Erkrankungen (wie z. B. onkologischen Diagnosen) etablierte therapeutische Schritte wie Operationen oder Chemotherapien aus purer Sorge vor der Lebensveränderung und den Nebenwirkungen aufgeschoben werden, verstreicht wertvolle Zeit. Das Zeitfenster für einen kurativen (heilenden) Behandlungserfolg kann sich unwiderruflich verengen.
- **Die Spirale der Polypharmazie (Vielfachmedikation):** Insbesondere bei älteren Patientinnen und Patienten verbleiben Medikamente, die nur für eine Akutphase gedacht waren, oft auf Jahre im Medikationsplan (wie etwa Magensäureblocker oder bestimmte Schmerzmittel). Sie werden beibehalten, *"weil man sie ja immer schon nimmt"* und niemand den Status quo stören möchte. Dies erhöht das Risiko für gefährliche unerwünschte Arzneimittelwechselwirkungen, Stürze oder Nierenschäden dramatisch.

- **Chronifizierung von Beschwerden:** Wenn aus Angst vor aktiven Interventionen (wie einer notwendigen Gelenkoperation oder einer intensiven Physiotherapie) dauerhaft rein symptomatische Schonhaltungen bevorzugt werden, bleibt die ursächliche Behandlung aus. Schmerzen chronifizieren sich und der Zustand verschlechtert sich auf lange Sicht schleichend.
- **Fehlallokation persönlicher und finanzieller Ressourcen:** Die ausdauernde Fortführung unwirksamer, teurer privat finanzierter Gesundheitsangebote bindet finanzielle Mittel und Lebenszeit, ohne dass ein nachweisbarer Nutzen entsteht. Hierbei wirken der Status-quo-Bias und die sogenannte *Sunk Cost Fallacy* (der Irrglaube, dass man etwas fortsetzen muss, nur weil man schon viel Geld oder Zeit investiert hat) häufig als unglückliches Tandem zusammen.

6. Menschliche Schutzschilde verstehen: Empathie statt Bevormundung

Aus didaktischer, psychologischer und kommunikationswissenschaftlicher Sicht ist es von allergrößter Bedeutung, dieses Festhalten am Status quo niemals als "Irrationalität", "Dummheit" oder "Unvernunft" abzuwerten. In gesundheitlichen Ausnahmesituationen oder bei chronischen Krankheiten ist das verzweifelte Bedürfnis nach Kontrolle, Beständigkeit und Vorhersehbarkeit ein absolut natürlicher, menschlicher Schutzreflex.

Das Verharren in vertrauten Mustern stellt eine völlig legitime kognitive Bewältigungsstrategie (Coping) dar, um die drohende Überforderung in hochkomplexen, oft existenzbedrohenden Entscheidungssituationen abzuwehren.

Medizinisches Personal, Pflegende, aber auch Angehörige stehen daher vor der sensiblen Aufgabe, Informationen so aufzubereiten, dass sie Sicherheit spenden, anstatt neue Ängste zu schüren. Eine gelungene Gesundheitskommunikation bevormundet nicht, sondern begegnet den Betroffenen mit echter Empathie. Sie benennt die Ängste ("Ich verstehe sehr gut, dass Sie Sorge haben, das alte Medikament abzusetzen, das Ihnen so lange Sicherheit gegeben hat"), erklärt komplexe Zusammenhänge verständlich und unterstützt die Patientinnen und Patienten dabei, diese nachvollziehbaren Veränderungsängste schrittweise und in ihrem eigenen Tempo abzubauen.

7. Wege aus der Gedankenfalle: Wie Sie Entscheidungen achtsam und objektiv hinterfragen

Um den starken unbewussten Einfluss des Status-quo-Bias bei wichtigen gesundheitlichen Weichenstellungen zu reduzieren, hat die Kognitionspsychologie über die Jahre gezielte Reflexionsmethoden (sogenanntes *Cognitive De-Biasing*) entwickelt. Diese mentalen Werkzeuge können Patienten helfen, sich selbst aus der Erstarrung zu lösen:

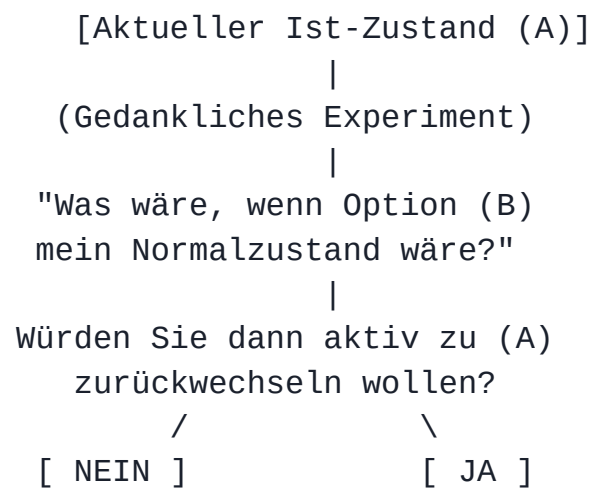
1. Der Umkehrtest (Reversal Test)

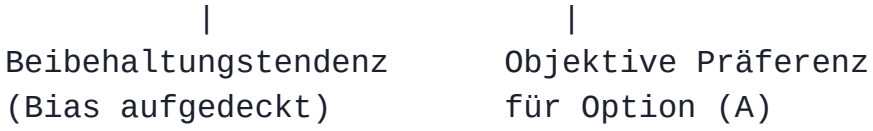
Diese von den Forschern Nick Bostrom und Toby Ord formulierte Methode ist ein exzellentes Gedankenspiel, um die eigene Objektivität zu überprüfen. Wenn Betroffene zögern, eine von medizinischen Fachgesellschaften dringend empfohlene Therapieanpassung (z. B. ein neues Medikament) vorzunehmen, lautet die innerliche Testfrage:

> *"Angenommen, der mir jetzt neu vorgeschlagene Zustand (das neue Medikament) wäre bereits seit Jahren mein vertrauter Ist-Zustand – würde ich mich heute aktiv dafür entscheiden, zum vorherigen Zustand (dem alten Medikament) zurückzuwechseln, mitsamt all seinen Nachteilen?"*

Fällt die Antwort "Nein" aus, so ist dies ein sehr verlässlicher Hinweis darauf, dass aktuell lediglich die reine Beibehaltungstendenz das Handeln blockiert.

Visualisierung: Der Umkehrtest





2. Bewusstmachung der "Entscheidung durch Nicht-Handeln"

Machen Sie sich bewusst: Das Belassen einer gesundheitlichen Situation im bisherigen Zustand ist keine passive Position, sondern *ebenfalls* eine aktive Entscheidung – mit ganz spezifischen Konsequenzen und Risiken. Nicht-Handeln schützt uns nicht magisch vor Nebenwirkungen oder Risiken, sondern es wählt lediglich ganz bewusst die (oft schleichenden) Risiken des bisherigen Verlaufs.

3. Den Perspektivwechsel einnehmen

Die simple, aber wirkungsvolle Frage: *"Was würde ich einer Person, die ich sehr liebe und die mir nahesteht, in exakt dieser Situation raten, wenn ich alle Fakten betrachte?"* Diese Frage hilft enorm, die eigene, angstbesetzte Situation mit etwas mehr emotionaler Distanz und rationaler Fürsorge zu betrachten. Wir raten anderen oft mutiger, als wir für uns selbst entscheiden.

4. Einholen einer ärztlichen Zweitmeinung (Second Opinion)

Unabhängiges ärztliches Fachpersonal, das Sie vorher nicht kannte, ist weder an Ihren bisherigen Behandlungsablauf noch an frühere Entscheidungen emotional gebunden. Ein neuer Arzt kann eine völlig neutrale medizinische Neubewertung vornehmen, ungetrübt von der Historie.

5. Partizipative Entscheidungsfindung (Shared Decision-Making)

Moderne Medizin ist ein Dialog. Im gemeinsamen, auf Augenhöhe geführten Gespräch mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt sollten sowohl die Chancen als auch die Risiken einer Veränderung ehrlich auf den Tisch gelegt werden. Ebenso wichtig ist es, die Vor- und Nachteile des unveränderten Abwartens (*Watchful Waiting*) strukturiert zu besprechen. Ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch räumt dem Status-quo-Bias einen Platz ein und entkräftet ihn sanft durch Aufklärung.

Erneuter, abschließender Hinweis: Alle Anpassungen von Behandlungsplänen, das Absetzen oder die Neuaufnahme von Medikationen dürfen ausschließlich in enger Absprache mit qualifiziertem ärztlichem Fachpersonal erfolgen. Brechen Sie laufende Therapien niemals eigenmächtig ab.

Dieses Dokument ist ein offizieller Export von Gesundheitsmythen.de (COMUN e.V.). Alle Fakten und Quellenangaben sind auf der Website einsehbar.