



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Gesundheitsbezogenes Motivationsmanagement

MOTIH02



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.

Susanne Liebermann
May-Britt Schumacher
Uta Schwarz
aktualisiert von Claudia Symmank

Gesundheitsbezogenes Motivationsmanagement

MOTIH02

**Dr. Susanne Liebermann**

(geb. 1978) studierte an der Katholischen Universität Eichstätt, der University of Southern Maine (USA) und der Universität Mannheim Diplom-Psychologie mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie und Sozialpsychologie. Nach dem Studium arbeitete sie als Personalreferentin bei der Schindler Deutschland Holding GmbH in Berlin. Von 2008 bis 2014 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Professur für Arbeits- und Organisationspsychologie der Technischen Universität Dresden tätig. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Altersdiversität, Teamarbeit, Übergang in den Ruhestand und Gesundheitspsychologie. Zu diesen Themenbereichen hat sie mehrere nationale und internationale Publikationen verfasst.

**May-Britt Schumacher**

(geb. 1987) absolvierte an der Ruhr-Universität Bochum und der Universidad Complutense de Madrid ein Bachelor-Studium in den Bereichen Sozialpsychologie und Medienwissenschaft sowie an der Technischen Universität Dresden ein Master-Studium der Kommunikationswissenschaft. Bereits während des Studiums arbeitete sie am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden, wo sie an verschiedenen Forschungsprojekten zur Gesundheitsförderung und Prävention mitwirkte. Nach ihrem Masterabschluss im April 2013 arbeitete sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel und der TU Dresden. Ihre Forschungsschwerpunkte und Interessen liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und -kommunikation sowie interkulturelles Marketing.

**Dr. Uta Schwarz**

(geb. 1977) studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing, Psychologie und Personalwesen. Von 2003 bis 2013 war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden tätig. Seit Mai 2013 ist Uta Schwarz Dekanatsleiterin der Fakultät Wirtschaftswissenschaften an der TU Dresden. Ihre Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing hat Uta Schwarz im April 2012 abgeschlossen. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Gesundheitsmarketing und Gesundheitspsychologie, Werbewirkungsforschung sowie internationales Marketing. Zu

diesen Themenbereichen hat sie zahlreiche nationale und internationale Publikationen verfasst. Neben ihrer Tätigkeit an der TU Dresden arbeitet Uta Schwarz freiberuflich als Dozentin und Research Consultant. Im Rahmen dieser Tätigkeit betreute sie u. a. Projekte im Bereich des Gesundheitswesens und der Prävention (z. B. für AOK Plus Sachsen/Thüringen, TUMAINI Institut für Präventionsmanagement).

**Dr. Claudia Symmank**

studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing und unternehmerisches Handeln. Anschließend promovierte sie von 2014 bis 2018 an der Professur für Marketing der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Während ihrer Promotion sammelte sie einerseits Erfahrungen im Gesundheitsmarketing als wissenschaftliche Mitarbeiterin im BMBF-Projekt „Determinants of Diet and Physical Activity“, ein Kooperationsprojekt der Professur für Lebensmitteltechnik der Technischen Universität Dresden und der Professur für Marketing der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel. Andererseits arbeitete sie in den Bereichen Sustainability und Sensory Marketing im BMEL-Projekt „COSUS – Barrieren und Vermittler der Akzeptanz optisch suboptimaler Lebensmittel“ an der Professur für Lebensmitteltechnik der Technischen Universität Dresden. Seit 2017 ist sie als Onlinemarketing-Managerin in einem international agierenden Unternehmen der Unterhaltungselektronik sowie der Buchhandelsbranche tätig.

Die in unseren Studienheften verwendeten Personenbezeichnungen schließen ausdrücklich alle Geschlechtsidentitäten ein. Wir distanzieren uns ausdrücklich von jeglicher Diskriminierung hinsichtlich der geschlechtlichen Identität.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf die zukünftige Gestaltung und den Inhalt der Seiten haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Gesundheitsbezogenes Motivationsmanagement

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
1 Motivationsmanagement in der Gesundheitsförderung	3
1.1 Merkmale motivierten Handelns	3
1.2 Kompensationsmodell der Arbeitsmotivation und -volition	3
1.3 Operationalisierung von Zielen	8
Zusammenfassung	9
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	10
2 Anreizsysteme und Hemmnisse gesundheitsbezogenen Verhaltens	11
2.1 Anreizsysteme auf Grundlage intrinsischer und extrinsischer Motive	11
2.2 Anreizsysteme auf Grundlage von Motivations- und Verhaltensbarrieren	16
2.2.1 „Nicht-Wissen“ (kognitive Barrieren)	16
2.2.2 „Nicht-Wollen“ (affektive Barrieren)	21
2.2.3 „Nicht-Können“ (konative Barrieren)	24
2.3 Anreizsysteme auf Grundlage marketingpolitischer Überlegungen	26
2.3.1 Die 7 P des Gesundheitsmarketings	26
Zusammenfassung	29
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	30
3 Effekte von Anreizsystemen	31
3.1 Effekte des Verhaltenshemm- und Verhaltensaktivierungssystems	31
3.1.1 Abwehrreaktionen	32
3.1.2 Verstärkungseffekte	41
3.2 Neurowissenschaftliche Erkenntnisse	44
3.2.1 Limbische Persönlichkeitstypen und assoziierte Motive	46
3.2.2 Wirkung belohnender vs. bestrafender Motive	47
3.2.3 Wirkung von Annäherungs- und Vermeidungszielen	49
3.2.4 Wirkung von Furchtappellen vs. Lösungs- und Ressourcenorientierung	53
Zusammenfassung	55
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	55

4	Zielgruppenspezifische Unterschiede in der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten	56
4.1	Geschlechtsspezifische Unterschiede	56
4.1.1	Unterschiedliche Lebenserwartung	57
4.1.2	Unterschiede bei Erkrankungen	57
4.1.3	Unterschiedliche gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen	58
4.1.4	Geschlechtsspezifisches Motivationsmanagement	61
4.2	Altersspezifische Unterschiede	63
4.3	Weitere Segmentierungsvariablen	64
4.3.1	Bildung	65
4.3.2	Kultureller Hintergrund	65
4.3.3	Beruf und Einkommen	66
	Zusammenfassung	67
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	67
	Schlussbetrachtung	68
	Anhang	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	69
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	72
C.	Glossar	75
D.	Literaturverzeichnis	81
E.	Abbildungsverzeichnis	90
F.	Tabellenverzeichnis	91
G.	Sachwortverzeichnis	92
H.	Einsendeaufgabe	95

Einleitung

Viele Menschen haben gute Vorsätze, gesundheitsbewusst und proaktiv zu leben, machen aber die Erfahrung, dass es oft doch nicht gelingt, formulierte Gesundheitsziele im Bereich der Bewegung, der Ernährung, des Suchtmittelkonsums oder des Vorsorgeverhaltens in entsprechende Verhaltensweisen umzusetzen. Lebensstilbedingte Krankheiten nehmen trotz eines wachsenden Gesundheitsbewusstseins in der Bevölkerung weiterhin zu. Aus gesellschaftlicher Sicht betrachtet, beeinträchtigen Diabetes mellitus Typ 2, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bestimmte Krebserkrankungen sowie Muskel- und Skeletterkrankungen nicht nur das gesundheitliche Wohlergehen des/der Einzelnen, sie führen bei einer gleichzeitig immer älter werdenden Bevölkerung auch zu erheblichen gesundheitsbezogenen Ausgaben des Staats.

Das gesundheitsbezogene Motivationsmanagement bietet Wege und Ansatzpunkte, um Menschen zur Initiierung und vor allem auch Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhaltensweisen zu motivieren.

In diesem Studienheft lernen Sie im ersten Kapitel die Ziele und unterschiedliche Formen des Motivationsmanagements kennen. Ausgangspunkt der Ausführungen ist die Vorstellung, dass jede/-r Einzelne aktiv und selbstbestimmt in den Motivationsprozess eingebunden ist. Aufbauend auf motivationspsychologischen und marketingpolitischen Überlegungen erfahren Sie, wie Akteure/Akteurinnen des Gesundheitsbereichs effektive Anreizsysteme für gesundheitsbewusstes Verhalten gestalten können.

Im zweiten Kapitel wird das Bewusstsein für kognitive („Nicht-Wissen“), affektive („Nicht-Wollen“) und konative („Nicht-Können“) Barrieren geschaffen, die einem bestimmten Verhalten entgegenstehen können. Zudem wird aufgezeigt, wie das Gesundheitsmanagement diesen Barrieren entgegensteuern kann.

Das Studienheft zeigt im dritten Kapitel, dass Anreizsysteme nicht per se erfolgreich sind. Sie lernen verschiedene Abwehrreaktionen und Verstärkungsmechanismen sowie bestrafende und belohnende Motive kennen, welche die Wirkung von Anreizsystemen hemmen, und erhalten im abschließenden Kapitel Einblicke in die zielgruppenspezifische Ausgestaltung des gesundheitsbezogenen Motivationsmanagements.

Im Anhang des Studienhefts finden Sie ein Glossar, in dem Sie zusätzlich zu den Erläuterungen im Text die wichtigsten Begriffe des Hefts nachschlagen können.

Insgesamt soll das Studienheft bei Ihnen das Bewusstsein für die theoretischen Grundlagen des gesundheitsbezogenen Motivationsmanagements schaffen und Ihnen nicht zuletzt anhand zahlreicher Anwendungsbeispiele aufzeigen, an welchen Stellschrauben die Akteure/Akteurinnen des Gesundheitswesens drehen können, um gesundheitsbewusstes Verhalten von Individuen zu initiieren und aufrechtzuerhalten.

Wir wünschen viel Freude beim Bearbeiten des Studienhefts.

1 Motivationsmanagement in der Gesundheitsförderung

In diesem Kapitel erfahren Sie, welchen Stellenwert das Motivationsmanagement hat, wenn es darum geht, Gesundheitsverhaltensweisen zu zeigen und aufrechtzuerhalten bzw. Risikoverhaltensweisen zu ändern. Nach der Bearbeitung des Kapitels können Sie Ziele und Formen des Motivationsmanagements beschreiben und sind in der Lage zu erklären, wie Motivationsmanagement Verhaltensabsichten und Gesundheitsverhaltensweisen beeinflusst.

Ganz allgemein dient das Motivationsmanagement dazu, Individuen bei erwünschten Verhaltensweisen zu unterstützen. Der Begriff des Motivationsmanagements wird vorwiegend im organisationspsychologischen und betriebswirtschaftlichen Kontext verwendet. In diesem Zusammenhang interessiert vor allem die Frage, wie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Organisationseinheiten, d.h. Unternehmen und Institutionen, zu einer möglichst hohen Arbeitsleistung motiviert werden können.

1.1 Merkmale motivierten Handelns

Zunächst ist es wichtig, die Begriffe **Motiv** und **Motivation** voneinander abzugrenzen. Beide Begriffe stammen von dem lateinischen Verb „movere“ (= sich bewegen) ab. Sie beschreiben demnach, wie es gelingt, Menschen zu einem bestimmten Verhalten zu bewegen.

Ein **Motiv** bezieht sich auf spezifische Werte, die der/die Einzelne vertritt. Es wird den Charaktereigenschaften und latenten Persönlichkeitsvariablen zugeordnet und bleibt über weite Teile der Lebensspanne stabil (vgl. Heckhausen; Heckhausen, 2010). Die **Motivation** bezieht sich eher auf spezielle Situationen und setzt Verhalten in Bewegung, um ein konkretes Ziel zu erreichen. Je größer die Ausdauer, desto zielstrebig wird die Handlung ausgeführt, auch wenn sich Schwierigkeiten ergeben.

Beispiel 1.1:

Moritz ist Veganer. Sein Motiv ist, das Leben der Tiere zu schützen. Daraus entsteht in Bezug auf das Gesundheitsverhalten die Motivation, sich vegan zu ernähren und auf den Kauf sämtlicher tierischer Erzeugnisse zu verzichten.



1.2 Kompensationsmodell der Arbeitsmotivation und -volition

Ein Modell, das im organisationspsychologischen Zusammenhang des Motivationsmanagements häufig Anwendung findet, ist das **Kompensationsmodell der Arbeitsmotivation und -volition** (Volition = Willensstärke) (vgl. Kehr, 2004). Dieses Modell stammt zwar ursprünglich aus der Organisationspsychologie, die zentralen Annahmen des Modells lassen sich jedoch auch auf den Gesundheitskontext übertragen.

Das Kompensationsmodell unterscheidet drei grundlegende Komponenten der Motivation:

- implizite Motive,
- explizite Motive und
- subjektive Fähigkeiten.

Implizite Motive werden durch äußere Reize unwillkürlich ausgelöst und führen zu spontanen Handlungen (= affektive Präferenzen). Implizite Motive wirken direkt und regulieren das Verhalten über Erwartungen positiver emotionaler Konsequenzen durch die Ausführung der Tätigkeit. So könnte eine Person implizit motiviert sein, Sport zu treiben, weil es ihr beispielsweise viel Spaß bereitet, Fußball zu spielen.

Explizite Motive sind hingegen kognitiv geprägt, d. h., die Person hinterfragt die Gründe für eine Verhaltensabsicht (= kognitive Präferenzen). Die Verhaltenswirksamkeit expliziter Motive verläuft über das bewusste Setzen von Zielen und über einen kognitiven Prozess des Abwägens von Handlungsalternativen. Beispielsweise kann es sich eine Person aufgrund des expliziten Motivs, gesund bleiben zu wollen, zum Ziel setzen, mehr Sport zu treiben. Sie wird sich dann eine Handlungsalternative – in diesem Fall eine Sportart – auswählen und sich vornehmen, diese Sportart auszuüben. Diese Person ist dann vor allem durch die Aussicht motiviert, dass die sportliche Betätigung den erwünschten gesundheitsförderlichen Effekt mit sich bringt, und weniger durch die emotionalen Folgen der Ausübung der Tätigkeit an sich.

Die **subjektiven Fähigkeiten** bringen schließlich zum Ausdruck, inwieweit sich eine Person selbst zu einer Handlung in der Lage fühlt. Wenn beispielsweise nach einer Verletzung die subjektive Fähigkeit sinkt, die bisherige sportliche Tätigkeit auszuüben, so wird sie weniger oder keinen Sport mehr treiben.

Sind alle drei Komponenten des Kompensationsmodells vorhanden und befinden sie sich miteinander im Einklang, spricht Kehr vom Flow-Erlebnis. In diesem Fall gibt es nichts, das kompensiert werden müsste. Ein leidenschaftlicher Fußballspieler (implizites Motiv), der sich selbst als sportlichen Menschen definiert (explizites Motiv) und der sich durch Training und gesundes Verhalten fit und fähig fühlt, Fußball zu spielen (subjektive Fähigkeit), wird motiviert Sport treiben.



Übung 1.1:

Überlegen Sie, welche impliziten und expliziten Motive sowie subjektive Fähigkeiten bei der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit eine Rolle spielen.

Fehlt jedoch eine Komponente oder ist eine Komponente vergleichsweise schwach ausgeprägt, zielt das Motivationsmanagement darauf ab, die Zielpersonen mithilfe der Strategien der Volition und der Problemlösung dabei zu unterstützen, die Handlung bzw. Handlungsalternativen trotzdem auszuführen. Während die Volition dazu dient, eine mangelnde Motivation auszugleichen, kompensiert die Problemlösung ein Defizit an subjektiven Fähigkeiten.

In den Strategien der Volition und Problemlösung kommt zum Ausdruck, dass Kehr das Selbstmanagement einer Person als einen von drei zentralen Aspekten des Motivationsmanagements betrachtet (vgl. Kehr, 2004). Neben dem Selbstmanagement unterscheidet Kehr Führung durch Motivation und eine motivierende (Unternehmens-)Vision als wesentliche Aspekte des Motivationsmanagements (vgl. Kehr, 2008).

- Unter **Selbstmanagement** wird die Fähigkeit verstanden, die eigene Motivation und Willensstärke (Volition) systematisch zu steigern und Handlungsbarrieren (Inhibitoren) zu überwinden.
- **Führung durch Motivation** kann gezielt das Selbstmanagement unterstützen.

- Eine **motivierende Vision** kann helfen, die Motivation zu steigern.

Auch in allen Programmen, die darauf abzielen, Gesundheitsverhalten zu „managen“, sollte Gesundheitsverhalten als aktives und selbst reguliertes Handeln gesehen und gefördert werden. Gesundheitsverhalten lässt sich nur dann erfolgreich aufrechterhalten oder ändern, wenn der/die Einzelne nicht von außen gesteuert wird und primär nur auf Reize von außen reagiert, sondern vielmehr seine/ihre Ziele selbst setzt und versucht, diese anhand von Handlungsplänen zu erreichen (vgl. Deci; Ryan, 1993). Der/die Einzelne übernimmt damit selbst die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Gerade im Bereich des Gesundheitsverhaltens lässt sich aber beobachten, dass der Anspruch an die eigene Verantwortlichkeit einerseits und das tatsächliche (nicht) verantwortungsbewusste Gesundheitsverhalten andererseits oft nicht übereinstimmen. Dieser Tatbestand wird als **Intention-Behavior-Gap** oder Einstellungs-Verhaltens-Lücke bezeichnet (vgl. Carrigan; Attalla, 2001; Schmidt; Seele, 2012). Dies wird durch den Vergleich der folgenden Statistiken deutlich: Im Jahr 2019 gaben 53 % der Deutschen, die ihren Gesundheitszustand als eher mittelmäßig einschätzen, an, mehr für ihre Gesundheit tun zu müssen. Allerdings bringen nur 21 % von ihnen die erforderliche Motivation auf, Maßnahmen für eine bessere Gesundheit zu ergreifen (vgl. AXA, 2019). Zwei Drittel aller Befragten (65 %) gaben an, präventiv etwas für ihre Gesundheit getan, dies aber nur für kurze Zeit durchgehalten haben. Dies trifft vor allem auf Frauen, auf unter 30-Jährige sowie auf Befragte zu, die meinen, mehr für ihre Gesundheit tun zu müssen (vgl. Tab. 1.1). Als Hauptgründe werden die zeitlich schwierige Integration von Gesundheitskursen in den Alltag sowie die trotz Unterstützung durch die Krankenkassen hohen Kosten genannt (vgl. AXA, 2019).

Tab. 1.1: Durchhaltevermögen bei der Gesundheitsprävention (vgl. AXA, 2019)

Gruppe der Befragten	Nicht lange durchgehalten (in %)
Männer	61
Frauen	68
18- bis 29-Jährige	76
30- bis 44-Jährige	68
45- bis 59-Jährige	65
60 Jahre und älter	55
Gesundheitsverhalten:	
• kümmern sich genug	44
• müssten mehr tun	79

Für das Motivationsmanagement im Gesundheitsbereich ist neben der individuellen auch eine gesellschaftliche Verantwortungsübernahme erforderlich. Breit angelegte Studien zeigen, dass in westlichen Industrienationen ein niedrigerer sozialer Status mit einer kürzeren Lebenserwartung und einer höheren Krankheitsbelastung einhergeht (vgl. Siegrist, 2008). Diese schichtspezifischen Benachteiligungen sind neben psychosozialen Belastungen vor allem auf ungesunde Verhaltensweisen wie Rauchen, ungesunde Ernährung, mangelnde Gewichtskontrolle und mangelnde Bewegung zurückzuführen, die

in bildungsfernen Schichten verbreiteter sind als in bildungsnahen. Ebenfalls ist die Unfallhäufigkeit bei Kindern aus sozial schwächeren Familien um ein Vielfaches höher als bei Kindern aus sozial besser gestellten Familien (vgl. Lampert et al., 2010).

Aufgrund einer sozialen und politischen Verantwortung der Gesellschaft sollten vermeidbare Benachteiligungen in Bezug auf Krankheits- und Todesrisiken verhindert werden. Die WHO erklärt:

„Psychische Gesundheit ist ein Zustand des Wohlbefindens, in dem eine Person ihre Fähigkeiten ausschöpfen, die normalen Lebensbelastungen bewältigen, produktiv arbeiten und einen Beitrag zu ihrer Gemeinschaft leisten kann.“ (WHO, 2019)



Zentrale Voraussetzung für ein erfolgreiches Motivationsmanagement im Gesundheitsbereich ist das Zusammenspiel zwischen einem aktiven, eigenverantwortlichen Handeln des Einzelnen (= individuelle Verantwortung), der gesellschaftlichen Verantwortung des Staats sowie der gezielten Unterstützung und Förderung durch die verschiedenen Akteure/Akteurinnen des Gesundheitswesens.

Aufgabe des Motivationsmanagements im Gesundheitsbereich sollte es deshalb sein, Unterstützung für das **Selbstmanagement** zu geben. Hierzu ist in einem ersten Schritt zunächst eine detaillierte **Motiv-Diagnostik** notwendig. Die Person oder Zielgruppe sollte dort abgeholt werden, wo sie mit ihren individuellen Fähigkeiten steht, und ihre Motive und bestimmte Motivstrukturen sollten durch geeignete Anreizsysteme aktiviert werden. Motive sollten dabei gemeinsam mit den Betroffenen analysiert werden, um entsprechende Maßnahmen zu finden, die den individuellen Neigungen und Zielen entsprechen (vgl. Kehr, 2008). Dabei werden mögliche Zielkonflikte aufgedeckt. Außerdem wird analysiert, inwiefern notwendige Kenntnisse, Fähigkeiten und Erfahrungen bei der Person vorhanden sind. Aufbauend auf dieser Motivationsdiagnose kann dann das Selbstmanagement unterstützt werden.

Auf Grundlage der Motiv-Diagnose können passende Formen der Unterstützung gefunden werden. So kann Motivationsmanagement die Teilnahme an einer Maßnahme, die sowohl den Motiven als auch den individuellen Fähigkeiten der Zielpersonen entspricht, durch die Beseitigung von finanziellen oder anderen **externen Barrieren** weiter verstärken.



Beispiel 1.2:

Herr P. war in seiner Jugend sportlich aktiv. Er ist ein begeisterter (implizites Motiv) und sehr guter (subjektive Fähigkeit) Fußballspieler und will sich fit und gesund halten (explizites Motiv). Seitdem er jedoch als Meister im Schichtdienst tätig ist, kann er nicht mehr regelmäßig am Fußballtraining teilnehmen. Im Rahmen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements wird ihm die Teilnahme am betriebsinternen Fußballtraining angeboten. Er kann nun in den Wochen, in denen er Spätschicht hat, vor der Schicht trainieren.

Weitere Ansatzpunkte für das Gesundheitsmanagement ergeben sich aus den unterschiedlichen Konstellationen von impliziten und expliziten Motiven sowie den subjektiven Fähigkeiten.

Fehlende subjektive Fähigkeiten

Wenn eine Person zwar sowohl implizite als auch explizite Motive für gesundheitsbewusstes Verhalten zeigt, jedoch nicht über die entsprechenden subjektiven Fähigkeiten verfügt, kann Motivationsmanagement in Form von Coaching und dem Schaffen geeigneter Netzwerke und neuer Strategien helfen, diese Fähigkeiten zu entwickeln oder mangelnde Fähigkeiten zu kompensieren. So kann beispielsweise einem Diabetespatienten, der sich gerne gesund ernähren möchte (implizites Motiv), in einem Kochkurs oder mit einem individuellen Ernährungsplan geholfen werden, die Fähigkeit aufzubauen, sich seinen gesundheitlichen Bedingungen entsprechend zu ernähren.

Übung 1.2:

Entwickeln Sie Vorschläge für die Entwicklung und Stärkung der fehlenden subjektiven Fähigkeiten bei einer Person, die gerne regelmäßig sportlich aktiv sein möchte.



Fehlende implizite Motive

Wenn eine Person zwar das Ziel hat, sich gesund zu verhalten (= explizites Motiv), und auch die Fähigkeiten besitzt, das angestrebte Gesundheitsverhalten umzusetzen (= subjektive Fähigkeit), jedoch dieses Verhalten nicht ihren impliziten Motiven entspricht, besteht die Gefahr einer zu starken kognitiven Kontrolle. Diese Überkontrolle birgt die Gefahr, dass die Ausführung der Tätigkeit als zu anstrengend empfunden wird und wenig positiv auf das eigene Wohlbefinden wirkt (vgl. Brunstein; Schultheiss; Grässmann, 1998).

Beispiel 1.3:

Frau M. möchte gerne abnehmen. Um dieses Ziel zu erreichen, hat sie sich vorgenommen, mehrmals wöchentlich zu joggen (explizites Motiv). Frau M. ist fit und sportlich (subjektive Fähigkeit), das Joggen an sich findet Frau M. jedoch eher langweilig (fehlendes implizites Motiv). Nach einigen Wochen wird ihr das Joggen immer lästiger. Bereits von Anfang an kontrolliert sie immer wieder die Zeit und setzt sich Zwischenziele, um wirklich die geplante halbe Stunde durchzuhalten. Gelingt ihr es einmal nicht, ein Ziel zu erreichen, ist sie frustriert. Nach einigen Wochen gibt sie das regelmäßige Joggen auf.



Um einer kognitiven Überkontrolle des Verhaltens entgegenzuwirken, kann Motivationsmanagement gezielt neue Anreize schaffen und gemeinsam mit der Person implizite Motive entwickeln. Eine geeignete Methode dazu ist das **Reframing**. Es wurde in der systemischen Psychotherapie entwickelt, um Patienten neue Blickwinkel auf Ereignisse zu ermöglichen und dadurch Verhaltensweisen zu verändern. Durch Reframing können explizite Ziele so formuliert werden, dass sie eigene implizite Motive ansprechen.

Beispiel 1.4:

Frau M. hatte sich das Ziel gesetzt, das Gewicht durch sportliche Aktivität zu reduzieren. Dabei wurde zunächst das Leistungsmotiv angesprochen: Frau M. wollte möglichst schnell das Gewicht reduzieren und hier erfolgreich sein. Da Frau M. jedoch über kein hoch ausgeprägtes implizites Leistungsmotiv verfügt, jedoch ihr Anschlussmotiv hoch ausgeprägt ist, kann mittels Reframing eine neue explizite Zielformulierung erarbeitet werden. Danach kann sich Frau M. das Ziel setzen, in



Sportkursen neue Kontakte zu knüpfen beziehungsweise durch das gemeinsame Joggen mit Freunden oder Bekannten in Kontakt zu bleiben. Durch diese Anreicherung des bisherigen Ziels der Gewichtsreduktion wird das Ziel mit positiven Emotionen durch die Tätigkeit an sich verknüpft, wodurch mehr Energie zur Zielerreichung freigesetzt wird.

Fehlende explizite Motive

Wenn implizite Motive und subjektive Fähigkeiten zwar kongruent sind, nicht jedoch die expliziten Motive, sollte Motivationsmanagement Überzeugungsarbeit leisten, um Zielkonflikte zu überwinden und Ziele gemeinsam zu vereinbaren.



Beispiel 1.5:

Herr B. ist begeisterter Kletterer (implizites Motiv) und hat sehr viel Erfahrung und Können in diesem Bereich (subjektive Fähigkeit). In den letzten Jahren ist jedoch aufgrund seiner beruflichen und familiären Situation kaum Zeit, sich sportlich zu betätigen. In den vergangenen Monaten hat er bemerkt, dass er zunehmend unter Stresssymptomen leidet und auch seine allgemeine Fitness langsam abnimmt. Dadurch, dass ihm dies bewusst wird, entwickelt er langsam das explizite Ziel, wieder sportlich aktiver zu werden. Gemeinsam mit einem Bekannten, der Sportlehrer ist, will er nun Möglichkeiten erarbeiten, wieder mehr Sport zu treiben (explizites Motiv entsteht). Erst nach dieser bewussten Zielsetzung schafft er es, sein Hobby wieder aufzunehmen.

1.3 Operationalisierung von Zielen

Damit **Ziele** ihre motivierende Wirkung entfalten können, sollten sie qualitativ und quantitativ dem **SMART-Prinzip** entsprechen. Die folgende Auflistung zeigt beispielhaft die Zieleigenschaften dafür, sportlich aktiver zu werden (vgl. Eremit; Weber, 2016):

- **specific/stated:** Das Ziel, sportlich aktiver zu sein, sollte präzise und eindeutig formuliert werden. Hierzu zählt eine genaue Angabe, wie oft und wie lange wöchentlich Sport getrieben wird. Die sportliche Aktivität sollte mit zentralen individuell bedeutsamen Motiven in Zusammenhang gebracht werden; beispielsweise dem Motiv, an einem sportlichen Wettkampf teilzunehmen.
- **measurable:** Es sollten für die sportliche Aktivität Kriterien definiert werden, die sich dokumentieren und messen lassen, z.B. Schritte, die täglich gelaufen werden. Dabei sollte die erwünschte Steigerung der Leistung mit formuliert werden.
- **achievable:** Die Person sollte die Ziele auch erreichen können. Dies ist vor allem dann wichtig, wenn der Handelnde das Ziel selbst formuliert und die Kriterien für die Zielerreichung mitbestimmt.
- **relevant/realistic:** Das Vorhaben, sportlich aktiver zu werden, sollte so formuliert werden, dass es der eigenen Person entspricht. Das Ziel sollte also dem Niveau und den Motiven der Zielperson angepasst sein. Es sollte so formuliert werden, dass eine Leistungssteigerung eingeschlossen ist. Diese anvisierte Verbesserung sollte weder unrealistisch hoch (bedroht das Selbstwertgefühl, wenn sie nicht erreicht wird) noch zu leicht zu erreichen sein (lässt nur eine geringe Befriedigung empfinden).

- **targeted/time-oriented:** Bei der Zielformulierung ist zu beachten, dass Teilziele einander nicht widersprechen. Beispielsweise müssen bei Zeitmangel ggf. andere Ziele (z.B. Ausgehen mit Freunden) eingeschränkt werden, damit für den Sport genügend Zeit bleibt.

Übung 1.3:

Frau S. ernährt sich gerne ausgewogen und gesund. Sie hat sich während ihres Studiums sehr viel mit Kochen beschäftigt und verfügt über ein breites Wissen zu gesunder Ernährung. Allerdings haben sich trotzdem seit ihrem Eintritt ins Berufsleben immer mehr ungesunde Essgewohnheiten eingeschlichen. Schließlich wird sie von ihrer Ärztin darauf angesprochen, dass es dringend notwendig ist, dass sie ihren Ernährungsplan ändert. Formulieren Sie die soeben aufgeführten Kriterien für das Ziel, sich künftig gesünder ernähren zu wollen.



Für die Festlegung von Zielen zur Erreichung eines bestimmten Gesundheitsverhaltens bietet sich neben dem SMART-Prinzip auch die **RUMBA-Regel** an. Demnach sollten Ziele bedeutsam (**r**elevant), für die Person nachvollziehbar (**u**nderstandable), mit hoher Zuverlässigkeit messbar (**m** measurable), in Bezug auf das angestrebte Gesundheitsverhalten erreichbar (**b**ehavioral) und von der Person beeinflussbar (**a**ttainable) sein (vgl. Schmidt, 2010). Werden die Ziele entsprechend formuliert, sind sie bereits während der Verhaltensänderung bzw. nach den ergriffenen Maßnahmen kontrollierbar.

Zusammenfassung

Motivationsmanagement unterstützt Individuen bei erwünschten Verhaltensweisen. Das Kompensationsmodell der Arbeitsmotivation und -volition unterscheidet als grundlegende Komponenten der Motivation implizite Motive, explizite Motive und subjektive Fähigkeiten. Fehlt eine Komponente oder ist eine Komponente vergleichsweise schwach ausgeprägt, so fällt es schwerer, eine Handlung auszuführen.

In diesem Fall versucht das Motivationsmanagement durch Stärkung von Strategien der Volition und Problemlösung, die Zielpersonen zu unterstützen, die Handlung trotzdem auszuführen. Gesundheitsverhalten wird dabei als aktives und selbst reguliertes Handeln gesehen und gefördert. Während der Einzelne die Verantwortung für seine Gesundheit behält, erfüllt das Motivationsmanagement durch Akteure/Akteurinnen des Gesundheitswesens eine gesellschaftliche Verantwortung, die vor allem daraus erwächst, dass Krankheits- und Todesrisiken in der Gesellschaft schichtspezifisch ungleich ausfallen.

Nach einer gezielten Motiv-Diagnostik sollte dabei das Selbstmanagement des Einzelnen so gestärkt werden, dass aufgedeckte individuelle externe oder interne Barrieren abgebaut werden können. Je nachdem, welche Komponente der Motivation gestärkt werden soll, werden spezielle Ansätze des Motivationsmanagements angewandt. Ziele motivieren dabei am meisten, wenn sie präzise und eindeutig formuliert, messbar, erreichbar, realistisch und einander nicht widersprechend sind.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Worin besteht der Unterschied zwischen expliziten und impliziten Motiven?
- 1.2 Welche Bedingung muss erfüllt sein, damit dem Modell von Kehr zufolge der Zustand des Flows ausgelöst wird?
- 1.3 Welche Kriterien sollten Ziele erfüllen, um motivierend zu wirken?

2 Anreizsysteme und Hemmnisse gesundheitsbezogenen Verhaltens

Dieses Kapitel befasst sich zunächst mit der Gestaltung von Anreizsystemen, mit denen gesundheitsbewusstes Verhalten gesteuert werden kann. Sie erfahren, dass sich Anreizsysteme sowohl aus der Sicht individueller Motive (= Sicht des Individuums) als auch aus marketingpolitischen Überlegungen heraus (= Sicht des Anbieters) ableiten lassen. Nach der Bearbeitung dieses Kapitels können Sie unterschiedliche Anreize für gesundheitsbewusstes Verhalten ableiten. Sie wissen zudem, welche Hemmnisse es für gesundheitsbewusstes Verhalten gibt und können zwischen kognitiven, affektiven und konativen Barrieren gesundheitsbewussten Verhaltens unterscheiden.

Aus Sicht der Anbieter/-innen von Gesundheitsdienstleistungen kann Gesundheitsverhalten durch die Gestaltung von Anreizsystemen positiv beeinflusst werden.

Anreizsysteme umfassen alle materiellen und immateriellen Anreize, die einem Individuum dargeboten werden und die für den Empfänger einen subjektiven Wert besitzen.



Die Herausforderung für ein gezieltes Motivationsmanagement besteht darin, Anreizsysteme z.B. für Gesundheitskurse, Bonusprogramme oder auch Vorsorgeuntersuchungen so zu gestalten, dass sie die gewünschten Zielgruppen ansprechen und den Wunsch nach einer positiven Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens hervorrufen (vgl. Loss; Bengel, 2021).

Ansatzpunkte für die Gestaltung von Anreizsystemen liefern verschiedene Theorien und Konzepte, z.B.:

- das motivationspsychologische Konzept von intrinsischer und extrinsischer Motivation,
- die Auseinandersetzung mit Motivations- und Verhaltensbarrieren und
- Überlegungen aus der Marketingpolitik.

Welchen Beitrag diese Denkrichtungen für das Motivationsmanagement liefern, erfahren Sie in den folgenden Unterkapiteln.

2.1 Anreizsysteme auf Grundlage intrinsischer und extrinsischer Motive

Gesundheitsverhalten – ob gesundheitsfördernd oder gesundheitsschädigend – kann unterschiedlich motiviert sein und aus vielerlei Gründen erfolgen. In der wissenschaftlichen Literatur haben sich verschiedene Systematisierungen von Verhaltensmotiven etabliert. Das Kap. 1 gab Ihnen bereits einen Einblick in unterschiedliche Arten von Motiven – implizite und explizite Motive.

Die Motivation einer Person, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, wird jedoch außer von ihren impliziten und expliziten Motiven auch von situativen Anreizen abhängen. In diesem Unterkapitel erfahren Sie, welche Rolle situative Rahmenbedingungen und An-

reize für die Entstehung von Motivation spielen und wie diese situativen Anreize mit den individuellen Motiven interagieren. Daraus lassen sich nützliche Konsequenzen für die Gestaltung von Anreizsystemen im Gesundheitswesen ableiten.

„Alles, was Situationen an Positivem oder Negativem einem Individuum verheißen oder andeuten, wird als ‚Anreiz‘ bezeichnet, der einen ‚Aufforderungscharakter‘ zu einem entsprechenden Handeln hat. Dabei können Anreize an die Handlungstätigkeit selbst, das Handlungsergebnis und verschiedene Arten von Handlungsergebnisfolgen geknüpft sein.“ (Heckhausen; Heckhausen, 2010, S. 5)

In der Motivationspsychologie wird zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation unterschieden (Heckhausen; Heckhausen, 2010).

Die **intrinsische Motivation** bezeichnet eine Handlung um ihrer selbst willen oder aus dem direkten Ergebnis motiviert. Nach Kehr kann intrinsische Motivation nur dann entstehen, wenn implizite und explizite Motive übereinstimmen (vgl. Kehr, 2004). Auch dann, wenn ein Anreiz die Erwartung weckt, dass eine Situation oder eine Handlung zu einem bestimmten, von der Person gewünschten, Ergebnis führen wird, ist die Handlung intrinsisch motiviert.



Beispiel 2.1:

In einem Unternehmen werden als gesundheitsförderliche Maßnahme Fahrräder zur Verfügung gestellt, die von den Mitarbeitenden für Kurzstrecken auf dem Betriebsgelände genutzt werden können. Bisher wurden diese Strecken immer mit dem Auto bewältigt. Herr T. fährt auch in seiner Freizeit viel und gerne Fahrrad – zum einen bereitet ihm das sehr viel Freude (implizites Motiv), zum anderen will er sich fit halten (explizites Motiv). Das Angebot seiner Firma nimmt er deshalb sehr gerne an (intrinsische Motivation). Jeden Tag fährt er so innerhalb der Arbeitszeit mindestens eine halbe Stunde Fahrrad.

Extrinsische Motivation wird durch äußere materielle oder immaterielle Anreize ausgelöst. Auch andere Personen, die zu einem bestimmten Verhalten ermutigen, können zur extrinsischen Motivation beitragen. Dabei wird die Person durch die Folgen der Handlung oder die langfristigen Folgen der Handlungsergebnisse (z.B. Selbstwert-erhöhung oder materielle Belohnungen) motiviert.



Beispiel 2.2:

Herr M. nimmt an einem Sportkurs zum Thema „Gesunder Rücken“ teil. Dies tut er z.T., weil der Kurs Teil eines Bonusprogramms ist, in dessen Rahmen er von seiner Krankenversicherung Geld zurückerstattet bekommt (finanzieller Anreiz). Seine Motivation ist aber vor allem, dass seine Ärztin ihn vor einem baldigen Bandscheibenvorfall gewarnt hat, sollte er nicht bald aktiv etwas für seinen Rücken tun. Dass eine attraktive Bekannte von ihm zufällig ebenfalls an dem Kurs teilnimmt, erhöht seine Motivation zusätzlich (nicht finanzielle Anreize).

Die Unterscheidung zwischen intrinsischer und extrinsischer Motivation ist nicht immer ganz eindeutig, da beide Formen nicht voneinander isoliert betrachtet werden können. Personen, die ursprünglich aus extrinsischen Anreizen mit einer Handlung begannen, können im Laufe der Zeit auch eine intrinsische Motivation entwickeln (vgl. Rheinberg, 2010). So könnte Herr M. (vgl. Beispiel 2.2) mit der Zeit das Rückentraining an sich als sehr positiv erleben, weil er die Auswirkungen auf sein Wohlbefinden direkt

spürt und ihm der soziale Kontakt in der Gruppe viel Freude bereitet. Es kann sein, dass er nun das Training intrinsisch motiviert weiterführt, während die ursprüngliche extrinsische Motivation durch das Bonusprogramm und die finanziellen Anreize in den Hintergrund rückt. Zudem sind viele Handlungen gleichermaßen extrinsisch und intrinsisch motiviert.

In jüngster Vergangenheit erfreuen sich Gesundheits-Apps und -Gadgets zunehmender Beliebtheit (z.B. Runtastic, Ada, Fitbit, Step Tracker). Sie erfassen z.B. wichtige Gesundheitswerte, erinnern an Termine, helfen bei der Fitness oder einer gesünderen Ernährung (vgl. Scherenberg, 2018). Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, wenn eine App vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf Datensicherheit, Datenschutz und Funktionalität geprüft worden ist. Eine Liste dieser Apps ist im Internet abrufbar und wird stetig erweitert (vgl. BfArM, 2021). Die eingesetzten extrinsischen und intrinsischen Anreize innerhalb solcher Apps sind vielfältig. Die Tab. 2.1 gibt einen Überblick über die Anreizformen und passende Praxisbeispiele.

Tab. 2.1: Mögliche Anreizformen innerhalb von Gesundheits-Apps (vgl. Scherenberg, 2018)

Anreizform	Beispiele für Anreize	Praxisbeispiele
1. extrinsische Anreize		
1.1 materielle Anreize		
direkte materielle Gesundheitsanreize	Geld- und Sachprämien, Bonuspunkte mit monetärem Gegenwert	Kopplung mit GKV-Bonusprogrammen
indirekte materielle Gesundheitsanreize	Gesundheitsgutscheine, soziale Spenden	Spenden pro gelaufene Kilometer
1.2 immaterielle Anreize		
verbale gesundheitliche Leistungsanreize	Abzeichen, Auszeichnungen, Statuslevelerreichung, Leistungsgraphen	Auszeichnungen für Schrittzahl, nicht gerauchte Zigaretten (Meilensteine)
verbale gesundheitliche Unterstützungsanreize	Verhaltensintervention, Bewegungserinnerungen, gesundheitliche Gratulationen	Servicemanagement, Beschwerdemanagement, Kompetenz
institutionelle Vertrauensanreize	Image, Glaubwürdigkeit der Institution	Videos, Status, Lungenregeneration, Durchblutung, Minimierung des Krebsrisikos
2. intrinsische Anreize		
Verhalten bzw. Handlung selbst	Selbststeuerung, Spaß und Vergnügen, Identifikation mit der Gruppe	Wohlbefinden, Lebensqualität, Eigenverantwortung, Stolz



Übung 2.1:

Schauen Sie sich die folgenden Beispiele an. In welchem Verhältnis stehen hier intrinsische und extrinsische Motivation? Ist die extrinsische Motivation finanzieller oder nicht-finanzieller Natur?

Lisa ist 14 Jahre alt und raucht seit einigen Monaten. Die Zigaretten schmecken ihr zwar nicht besonders gut, aber in ihrer Schulkasse gelten Jungen und Mädchen, die rauchen, als besonders cool. Außerdem helfen ihr die Zigaretten dabei, mit dem täglichen Stress in der Schule und zu Hause zurechtzukommen.

Die Rentnerin Frau Schröder geht jeden Tag 30 Minuten spazieren. Dies hat ihre Ärztin ihr vor einiger Zeit empfohlen, um ihre Gelenke fit zu halten. Zudem hat Frau Schröder festgestellt, dass sie beim Spaziergang wunderbar abschalten und an der frischen Luft entspannen kann.

Bei Familie Schmidt stehen häufig Fertiggerichte auf dem Tisch. Herrn und Frau Schmidt ist zwar bewusst, dass dies meist nicht besonders gesund ist, aber leider reicht das Geld nicht aus, um täglich frische Lebensmittel aus dem Bioladen zu besorgen. Zudem weigern sich die beiden Söhne, diverse Gemüse- und Obstsorten zu essen.

Markus ist Fußballer und mit seinem Verein in die Oberliga aufgestiegen. Er liebt Bewegung und wollte schon mit fünf Jahren nichts anderes als Fußball spielen. Markus geht gerne zum Training, weil er sich mit seinen Mannschaftskameraden sehr gut versteht. Nach guten Spielen freut er sich, wenn er von allen Seiten Lob für seine Leistung erhält. Dass er sich mit seinem Hobby auch sein Studium finanzieren kann, ist eine zusätzliche Motivation für ihn.

Anwendung findet das Konzept der intrinsischen und extrinsischen Motivation beispielsweise bei der Gestaltung von **Bonusprogrammen**, mit denen Krankenversicherungen die Versicherten zu einer umfassenden gesunden Lebensführung motivieren wollen.

„Bonusprogramme sind langfristig angelegte Interventionen zur Prävention (Minderung gesundheitsschädigender Risikofaktoren) und Gesundheitsförderung (Stärkung gesundheitsfördernder Schutzfaktoren), die von den gesetzlichen Krankenversicherungen eingesetzt werden, um gesundheitsbewusstes Verhalten ihrer Versicherten mithilfe von (materiellen) Anreizen (Boni) positiv zu bewerten.“ (Scherenberg; Greiner, 2008, S. 16)

In den vergangenen zehn Jahren haben sich zahlreiche Bonusprogramme am Markt etabliert. Die Grundidee ist bei allen Bonusprogrammen gleich: Die Versicherten können für verschiedene gesundheitsförderliche Aktivitäten (z.B. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Besuch von Sport- und Ernährungskursen) Bonuspunkte sammeln, die sie dann zumeist nach einem Jahr in Prämien einlösen können. Die Finanz- oder Sachprämien dienen als extrinsische Anreize.

Ein positiver Effekt dieser Anreize auf die intrinsische Motivation ist vor allem dann möglich, wenn die anvisierte Handlung für die Person an sich attraktiv ist (z.B. Freude am Yoga). Wird man für etwas, was man ohnehin gerne tut, mit einer Prämie belohnt, so verstärkt dies die intrinsische Motivation. Zu bedenken ist jedoch, dass Anreizsysteme

me auch plötzlich wegfallen können (z.B. wenn man die Krankenkasse wechselt). In diesem Fall fühlt sich der Versicherte in seiner Entscheidungs- und Wahlfreiheit eingeschränkt, was die intrinsische Motivation, das gesundheitsförderliche Verhalten auch weiterhin auszuführen, schmälert. Zu beachten ist auch, dass im Rahmen eines Bonusprogramms in gewissem Maße Kontrolle von außen ausgeübt wird. Diese äußere Kontrolle kann schrittweise die Eigenverantwortung und Selbstkontrolle des Handelnden reduzieren, da dessen Aufmerksamkeit weg von der eigentlichen Aktivität hin zur Prämie geleitet wird. Menschen können sich außerdem an Belohnungen gewöhnen, was langfristig ebenfalls demotivierend wirkt, da die ursprüngliche Motivation, etwas Gutes für die eigene Gesundheit zu tun, verloren geht (vgl. Scherenberg; Glaeske, 2010, S. 271). Der sogenannte **Sättigungseffekt** tritt auf, wenn sich bestimmte Prämien schon im Besitz der Zielperson befinden. Das ist vor allem dann der Fall, wenn eine Person schon über einen längeren Zeitraum hinweg an einem Programm teilnimmt und die angebotenen Prämien dabei immer dieselben sind. Krankenkassen sollten daher darauf achten, die Prämien in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Vom **Enttäuschungseffekt** spricht man hingegen, wenn die Prämie die gesetzten Erwartungen nicht erfüllt (z.B. zu geringe Qualität, schnell kaputt). Bei der Gestaltung eines Bonusprogramms sollte der Auswahl der Prämien deshalb ein großer Stellenwert beigemessen werden (vgl. Scherenberg, 2011, S. 80).

Auch die **gesetzlichen Unfallversicherungsträger** setzen unterschiedliche Anreiz Elemente ein, die Betriebe über intrinsische und extrinsische Anreizquellen motivieren, Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Über die bestehenden Vorschriften und Regeln hinaus sollen Arbeitgeber dazu bewegt werden, aktiv Arbeitsunfälle zu verhindern oder Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu minimieren (vgl. IAG, 2010). Die Abb. 2.1 gibt einen Überblick über verschiedene Anreizsysteme auf dieser Interventionsebene. Die Abb. 2.1 veranschaulicht für die einzelnen Anreizsysteme die Art des Anreizobjekts (ist der Anreiz materieller oder immaterieller Natur?), die Anreizquelle (ist die Inanspruchnahme des Anreizsystems extrinsisch oder intrinsisch motiviert?) sowie den Anreizadressaten, d.h. die anvisierte Zielgruppe.

Anreizsystem	Anreizobjekt		Anreizquelle	Anreizadressat
	Materiell	Immateriell		
Beitragsnachlässe, -zuschläge	Verrechnung mit Beitrag		extrinsisch	Unternehmer, Geschäftsführer
Prämien	gesonderte Zahlung oder Verrechnung mit Beitrag		extrinsisch	Unternehmer, Geschäftsführer
Gesundheitschutz- und Sicherheitswettbewerbe	Einmalzahlung als Prämierung von <ul style="list-style-type: none"> Vorschlag/Idee Maßnahme 		intrinsisch und ggf. extrinsisch <ul style="list-style-type: none"> erlebte Freude durch die Teilnahme an einem Wettbewerb mit anderen gemeinsames Entwickeln von Ideen 	Mitarbeiter, Gruppen von Mitarbeitern, Organisation insgesamt
Gütesiegel, Urkunden	Vorteile im Wettbewerb können zu zusätzlichen Kundenaufträgen und Erlösen führen	Imagesteigerung bei Kunden, Mitarbeitern und Öffentlichkeit	intrinsisch; ggf. extrinsisch: Anerkennung der besonderen Leistungen im Arbeitsschutz	Organisation insgesamt

Abb. 2.1: Klassifizierung von Anzeilelementen (IAG, 2010, S. 6)



Übung 2.2:

Haben Sie oder Menschen aus Ihrem Bekanntenkreis schon einmal aus einer extrinsischen Motivation heraus an einem Bonusprogramm der Krankenkassen teilgenommen? Wenn ja, warum und was für Angebote waren das? Überlegen Sie gleichzeitig, ob Ihnen auch Beispiele aus Ihrem persönlichen Umfeld bekannt sind, in denen Personen aus intrinsischer Motivation heraus an Bonusprogrammen teilgenommen haben.

2.2 Anreizsysteme auf Grundlage von Motivations- und Verhaltensbarrieren

Auch wenn vielen Menschen bewusst ist, dass sie mehr für ihre Gesundheit tun müssten, und sie den Wunsch haben, ihre Gesundheit zu fördern, zeigt sich dies nicht immer in ihrem konkreten Gesundheitsverhalten. So greifen viele Menschen insbesondere in stressigen Situationen zur Zigarette, manch eine Diät wird nicht konsequent durchgehalten und der aufgestellte Fitnessplan wird nicht immer so eingehalten, wie man es eigentlich vorhatte. In diesem Unterkapitel erfahren Sie, welche Bedingungen für ein gesundheitsförderliches Verhalten erfüllt sein müssen und welche Barrieren diesem möglicherweise im Weg stehen.

Um sich gesundheitsbewusst zu verhalten, müssen kognitive, affektive und konative Bedingungen erfüllt sein (vgl. Garms-Homolová, 2020). Der Betroffene muss also darüber informiert sein, welches Verhalten überhaupt gesundheitsförderlich und welches schädlich ist (**kognitive Bedingung**). Er muss mit dem angestrebten Verhalten außerdem positive Emotionen verbinden (**affektive Bedingung**) und zusätzlich in der Lage sein, dieses überhaupt durchzuführen (**konative/verhaltensbezogene Bedingung**).



Beispiel 2.3:

Frau V. geht regelmäßig joggen, denn sie weiß, dass es gut für ihren Kreislauf ist und sie so ihren Körper in Form hält (kognitive Bedingung). Außerdem macht es ihr Spaß, weil sie gemeinsam mit einer Freundin laufen geht, mit der sie sich dabei unterhalten kann (affektive Bedingung). Da Frau V. halbtags beschäftigt ist, findet sie nachmittags oder am Abend immer ein bisschen Zeit, die sie in ihr Hobby investieren kann (konative Bedingung).

Im Folgenden erfahren Sie mehr zu den kognitiven, affektiven und konativen Barrieren für gesundheitsförderliches Verhalten.

2.2.1 „Nicht-Wissen“ (kognitive Barrieren)

Unter Kognition versteht man mentale Aktivitäten, die zur Repräsentation und Verarbeitung von Wissen eingesetzt werden. So sind beispielsweise Wahrnehmen, Denken und Erinnern kognitive Vorgänge (vgl. Zimbardo, 2008).



Kognitive Barrieren sind Hemmnisse von gesundheitsförderlichem Verhalten, die auf das Unwissen von Individuen zurückzuführen sind.

Dieses Unwissen besteht oftmals darin, dass mögliche Risiken eines Gesundheitsverhaltens nicht adäquat eingeschätzt werden. Nach dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (vgl. Schwarzer, 1992) ist die **Risikowahrnehmung** eine Voraussetzung für die Entwicklung einer Intention zur Verhaltensänderung. Ist die Risikowahrnehmung getrübt, fühlt sich ein Individuum also fälschlicherweise sicher, so behält es gesundheitsschädigende Verhaltensweisen bei oder ergreift keine gesundheitsförderlichen Maßnahmen.

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Modell) nach Becker (1974) differenziert zwischen zwei Komponenten der Risikowahrnehmung: Eine Bedrohung wird wahrgenommen, wenn ein Mensch sich durch eine Krankheit oder ein Risiko persönlich gefährdet sieht (**wahrgenommene Verwundbarkeit**) und wenn er befürchtet, dass eine Erkrankung ernst zu nehmende Konsequenzen hat (**wahrgenommener Schweregrad**) (vgl. Faselt; Hoffmann, 2010).

Beispiel 2.4:

Alexander hat momentan keine feste Freundin, aber ab und zu eine Affäre. Kondome findet er dabei überflüssig, denn schließlich nimmt er keine oberflächlichen Disco-bekanntschaften mit nach Hause. Die Kommilitonin aus der Physikvorlesung und die attraktive Bekannte aus dem Fitnessstudio sehen beide gesund aus und sind vertrauenswürdig – sie würden es ihm bestimmt sagen, wenn sie HIV-positiv wären. Zudem ist Alexander überzeugt, dass HIV in Deutschland ohnehin nur unter Homosexuellen und Drogenabhängigen verbreitet ist (wahrgenommene Verwundbarkeit). Und außerdem, so glaubt er, wird es schon nicht so schlimm sein, falls er die Krankheit wider Erwarten doch bekommen sollte: Er hat gelesen, dass es heute moderne Medikamente gibt, die das HI-Virus über Jahrzehnte hinweg erfolgreich bekämpfen können (wahrgenommener Schweregrad).



Die im Beispiel beschriebene fehlerhafte Risikowahrnehmung von HIV und Aids ist insbesondere unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen in Deutschland erschreckend weit verbreitet (vgl. Michael Stich Stiftung, 2013). Doch nicht nur bei schweren Krankheiten werden Risiken häufig falsch eingeschätzt. Insbesondere was die Ernährung angeht, ist zahlreichen Menschen nicht bewusst, was gesund ist und was nicht. Oftmals sind sie sogar überzeugt, sich gesund zu ernähren, obwohl sie in Wirklichkeit regelmäßig große Mengen an Fett oder Zucker zu sich nehmen. Dies ist teilweise darauf zurückzuführen, dass im Rahmen irreführender Werbung viele Produkte als besonders gesundheitsförderlich dargestellt werden, obwohl sie de facto keinen positiven oder sogar einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben.

Die Verbraucherschutzorganisation foodwatch setzt sich deshalb für mehr Transparenz hinsichtlich der Inhaltsstoffe von Nahrungsmitteln ein. Um die Verbraucher auf irreführende Werbeversprechen aufmerksam zu machen, verleiht der Verein jedes Jahr den „Goldenen Windbeutel“ als Negativpreis für besonders „dreiste Werbemaschen“. Im Jahr 2017 ging der Goldene Windbeutel beispielsweise an den Kinderkeks des Babynahrungsherstellers Alete, da dieser vom Hersteller als „babygerecht“ beworben und „zum Knabbern lernen“ ab dem achten Monat empfohlen wird. Laut Angaben von foodwatch bestehen die Kekse zu 25 Prozent aus Zucker, was an einer kindergerechten Ernährung zweifeln lässt (vgl. foodwatch, 2017).

Hinweis:

Wenn Sie Interesse daran haben sich mehr mit dem „Goldenen Windbeutel“ und foodwatch auseinanderzusetzen, können Sie folgende Website besuchen:

<http://www.aon.media/tczb1p> (07.05.2021)

Ansatzpunkte für die Gestaltung von Anreizsystemen

Um gesundheitsschädliches Verhalten, das auf kognitiven Barrieren beruht, zu optimieren, müssen Anreizsysteme also über mögliche Risiken aufklären. Hierzu ist insbesondere das Marketinginstrument der Kommunikationspolitik gefragt, mit dessen Hilfe beispielsweise Aufklärungskampagnen konzipiert werden können.

Zunächst sollte die wahrgenommene Verwundbarkeit gesteigert werden. Das bedeutet: Gesundheitskommunikation muss klarmachen, dass das jeweilige gesundheitliche Problem nicht nur wenige Menschen angeht, sondern dass es jeden treffen kann. Dies kann z.B. durch eine direkte Ansprache der Adressaten in Kampagnen geschehen (vgl. Murray-Johnson; Witte, 2003). Die wahrgenommene Verwundbarkeit wird auch durch Fallbeispiele gesteigert, die die Konsequenzen eines gesundheitsschädlichen Verhaltens exemplarisch veranschaulichen (vgl. Reifegerste, 2010). So wird z.B. an Autobahnstrecken, auf denen häufig zu schnell gefahren wird, mit Plakaten Unfalltoten ein Gesicht gegeben (vgl. Abb. 2.2). Derartige Fallbeispiele sind besonders effektiv, wenn die Kampagnen Menschen zeigen, die den Adressaten und Adressatinnen in Geschlecht, Alter, Bildung und sozialer Schicht gleichen (vgl. Murray-Johnson; Witte, 2003).



Abb. 2.2: Plakat einer Kampagne des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI, 2021)

Der wahrgenommene Schweregrad wiederum kann erhöht werden, indem Gesundheitskommunikation genau herausstellt, was die negativen Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens sein können. Anhand von Statistiken kann zudem belegt werden, wie wahrscheinlich es ist, dass negative Konsequenzen eintreten (vgl. Murray-Johnson; Witte, 2003). So will die Kampagne „Vergessen ist ansteckend“ darüber aufklären, dass Aids keineswegs heilbar und die Behandlung mit großen Schmerzen und Einschränkungen der Lebensqualität verbunden ist (vgl. Abb. 2.3).

In diesem Kontext werden in der Gesundheitskommunikation häufig auch **Furchtappelle** eingesetzt. Furchtappelle sind „Botschaften, die durch eine starke Betonung der negativen Folgen bestimmter Handlungen bzw. Nichthandlungen bei den Rezipienten/Rezipientinnen Verhaltens- oder Einstellungsänderungen erzielen möchten“ (Hastall, 2010, S. 201). Ein Beispiel ist der auffällige Warnhinweis „Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen“ oder das Foto einer tumordurchsetzten Lunge auf Zigarettenschachteln. Ob Furchtappelle jedoch tatsächlich die gewünschten überzeugenden Effekte nach sich ziehen, wird zunehmend infrage gestellt. Rezipienten/Rezipientinnen tendieren dazu, Furchtappelle zu meiden, und zeigen bei einem Kontakt mit ihnen häufig Defensivreaktionen (vgl. Hastall, 2010). Mehr zur Wirkung von Furchtappellen erfahren Sie in Kap. 3.2.4.



Abb. 2.3: Plakat der Kampagne „Vergessen ist ansteckend“ (Update Your Life, 2021)



Übung 2.3:

Stellen Sie sich vor, Sie arbeiten in einem Präventionsinstitut und planen eine Kampagne, die die Risikowahrnehmung von Hautkrebs durch UV-Strahlung steigern soll. Die primäre Zielgruppe der Kampagne sind Jugendliche. Wie gelingt es Ihnen, die wahrgenommene Verwundbarkeit sowie den wahrgenommenen Schweregrad in dieser Zielgruppe zu beeinflussen?

Kognitive Barrieren des Gesundheitsverhaltens bestehen allerdings nicht nur in einer fehlerhaften Risikowahrnehmung. Nach dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns ist auch die subjektive Einschätzung potenzieller Handlungsergebnisse entscheidend. Fehlendes Wissen kann die **Handlungsergebniserwartung** negativ beeinflussen: Personen, die nicht von der Effektivität eines gesundheitsförderlichen Verhaltens überzeugt sind, entwickeln auch keine Absicht, dieses aufzunehmen.



Beispiel 2.5:

Beim Durchblättern einer Frauenzeitschrift im Wartezimmer ihrer Arztpraxis stößt Frau T. auf Ernährungstipps zum Abnehmen. Da sie schon länger mit dem Gedanken spielt, gegen ihre überflüssigen Pfunde anzukämpfen, beginnt sie den Artikel über „versteckte Dickmacher“ zu lesen. Nach ein paar Absätzen blättert Frau T. dann aber doch weiter: Sie hat in der Vergangenheit schon mehrere Diäten gemacht, die alle nicht zum gewünschten Ergebnis geführt haben. Außerdem bezweifelt sie, dass der Verzicht auf gesüßte Getränke, Fruchtjoghurt und fettige Salatsoßen so große Auswirkungen haben kann, wie in dem Artikel geschildert.

Zahlreiche Menschen glauben nicht daran, dass eine Verhaltensänderung gesundheitliche Beeinträchtigungen tatsächlich verhindern oder mildern kann – auch wenn häufig das Gegenteil der Fall ist. So sind ältere Menschen, die seit Jahrzehnten rauchen, oft davon überzeugt, es mache keinen Unterschied, ob sie jetzt noch aufhören oder nicht.

Auch hier ist die Kommunikationspolitik gefragt: Um die Handlungsergebniserwartung zu erhöhen, sollte Gesundheitskommunikation deutlich machen, dass die empfohlene Verhaltensweise tatsächlich effektiv ist. So ist unter den deutschsprachigen Warnungen auf Zigarettenschachteln auch der Hinweis zu finden „Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen“. Im besten Fall sollten Anreizsysteme spezifische Informationen zu der Frage liefern, unter welchen Bedingungen ein gesundheitsförderliches Verhalten am besten wirkt. Zusätzlich sollte sein genauer Wirkungsmechanismus verständlich beschrieben werden (vgl. Murray-Johnson; Witte, 2003). Auch hier sind Fallbeispiele sehr hilfreich, allerdings nicht in Form von Risiko-, sondern von Wirksamkeitsfallbeispielen (vgl. Reifegerste, 2010). Ein Wirksamkeitsfallbeispiel veranschaulicht exemplarisch die erfolgreiche Bekämpfung eines Gesundheitsrisikos durch eine risikoreduzierende Maßnahme – es zeigt Menschen, die durch eine Verhaltensänderung ihren Gesundheitszustand verbessern konnten.



Übung 2.4:

Fallen Ihnen Gesundheitskampagnen ein, die mit Wirksamkeitsfallbeispielen arbeiten? Recherchieren Sie ggf. im Internet.

2.2.2 „Nicht-Wollen“ (affektive Barrieren)

Die zweite Kategorie der Hemmnisse von gesundheitsförderlichem Verhalten sind affektive Barrieren. Während kognitive Barrieren beschreiben, dass einem Individuum essenzielle Kenntnisse fehlen, um eine gute Entscheidung zu treffen, beziehen sich affektive Hindernisse auf negative Gefühle, die eine Person diesem Wissen gegenüber hegt. Individuen sind in diesem Fall zwar über ein Gesundheitsrisiko informiert und ihnen ist theoretisch bekannt, durch welches Verhalten dieses Risiko effektiv gemindert werden könnte – sie wollen ebendieses Verhalten aber nicht ausführen.

Affektive Barrieren entstehen aufgrund negativer Gefühle, die eine Person gegenüber einer bestimmten Information oder einer bestimmten Verhaltensweise hat.



Der Aspekt des „Nicht-Wollens“ ist eng mit der Einstellungskomponente der **Theorie des überlegten Handelns** (vgl. Ajzen; Fishbein, 1980) verknüpft. Diese Theorie geht davon aus, dass eine Verhaltensabsicht einerseits aus der persönlichen Einstellung zum betrachteten Verhalten und andererseits aus subjektiven Normen entsteht, die ein Individuum wahrnimmt (vgl. Frey et al., 1993).

Die **persönliche Einstellung zum Verhalten** resultiert dabei aus der Annahme über die Wahrscheinlichkeit eines Verhaltensergebnisses und der Bewertung des Ergebnisses. Die angenommene Wahrscheinlichkeit einer Verhaltenskonsequenz entspricht der oben diskutierten Handlungsergebniserwartung, die unter Umständen von „Nicht-Wissen“ geprägt ist. Die Bewertung des Ergebnisses jedoch ist affektiver Natur und hängt mit dem Phänomen des „Nicht-Wollens“ zusammen. Nimmt eine Person ein bestimmtes Gesundheitsverhalten oder den damit forcierten Gesundheitszustand als negativ wahr, so wird sie das Verhalten nicht ausführen. Dies gilt auch für Verhalten, das den Gesundheitszustand der Person objektiv betrachtet verbessern würde.

Beispiel 2.6:

Herr K. ist schon lange übergewichtig. Er isst viel und gerne, trinkt gerne ein paar Bierchen beim Skat und für Sport hat er nichts übrig. Seine Ärztin legt ihm nahe, dass es für seine Gesundheit besser wäre, einige Kilo abzunehmen. Doch Herr K. möchte nichts verändern: Er fühlt sich wohl in seinem Körper und hat keine Lust, seine Lebensqualität durch Diäten einzuschränken oder sich mit Sport zu quälen (negative persönliche Einstellung zum gesunden Verhalten = affektive Barriere).



Der zweite wichtige Faktor für die Bildung einer Verhaltensabsicht ist nach der Theorie des überlegten Handelns die **wahrgenommene subjektive Norm**. Subjektive Normen beinhalten zum einen die Annahmen eines Individuums in Bezug auf die soziale Erwünschtheit eines Gesundheitsverhaltens („Was würde mein Umfeld davon halten, wenn ich nun eine Diät beginnen würde?“). Dabei kann es auch vorkommen, dass verschiedene soziale Kontakte (z.B. Familie, Freunde, Arbeitgeber/-in) ein Verhalten unterschiedlich bewerten. Zum anderen fließt auch die Motivation des Individuums, den Anforderungen dieser Kontaktpersonen zu entsprechen, mit in die subjektive Norm ein.

Beispiel 2.7:

Auf einer Erstsemesterparty bekommt Theresa eine Pille Ecstasy angeboten. Sie hat noch nie Drogen genommen und stellt sich vor, wie entsetzt ihre Eltern wären, wenn sie davon erfahren würden (subjektive Norm der Eltern). Allerdings ist die Wahr-



scheinlichkeit gering, dass ihre Eltern es herausfinden. In dieser Situation ist es ihr wichtiger, was ihre Kommilitonen und Kommilitoninnen über sie denken (subjektive Norm der Peergroup). Theresa möchte in der Uni schnell Anschluss finden und sie fürchtet, dass sie als langweilig gelten könnte, wenn sie die Pille ablehnt.

Ansatzpunkte für die Gestaltung von Anreizsystemen

Bei der Ausgestaltung von Anreizsystemen sollte die Wirkung der wahrgenommenen subjektiven Norm berücksichtigt werden. Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen spielt die subjektive Norm eine große Rolle für das Gesundheitsverhalten. Verschiedene gesundheitsschädliche Verhaltensweisen wie Alkohol-, Zigaretten- und Drogenkonsum, aber beispielsweise auch eine riskante Fahrweise gelten in vielen Peergroups als cool. Anreizsysteme müssen an diesem Punkt ansetzen. Eine Strategie kann es sein, Peergroups geschlossen anzusprechen und sich dafür bestimmte Settings zunutze zu machen.



Beispiel 2.8:

Rauchen in einer Schulklasse besonders viele Jugendliche, so bietet es sich z.B. an, im Rahmen einer Projektwoche gemeinsam über das Thema zu diskutieren. Dabei sollte vor allem die Frage thematisiert werden, aus welchen Gründen die Schüler/-innen rauchen und welche Rolle der soziale Druck dabei spielt. Ziel sollte es sein, dass das Rauchen innerhalb der Gruppe als weniger positiv wahrgenommen wird und somit hinsichtlich der subjektiven Norm kein Grund mehr für die Schüler/-innen besteht, zur Zigarette zu greifen.

Doch auch wenn eine Person ein gesundheitsförderliches Verhalten positiv bewertet und davon überzeugt ist, dass relevante Bezugspersonen dieses Verhalten begrüßen würden, kann noch eine weitere affektive Barriere existieren. Diese äußert sich in dem Gedanken „Das schaffe ich doch sowieso nicht“. Im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns wird dieses Phänomen mit dem Konstrukt der **Selbstwirksamkeitserwartung** berücksichtigt. Fühlt sich eine Person nicht in der Lage, eine Handlung auszuführen bzw. sie langfristig auch durchzuhalten, so kann dies die Bildung einer entsprechenden Handlungsintention von Anfang an blockieren. Insbesondere Verhaltensweisen, die über einen langen Zeitraum hinweg durchgeführt werden müssen und die mit großer Anstrengung oder Verzicht verbunden sind, trauen sich viele Menschen nicht zu.



Beispiel 2.9:

Frau W. raucht etwa zwei Schachteln Zigaretten am Tag. Ihr ist bewusst, was sie ihrem Körper damit zumutet, doch sie glaubt nicht, dass sie es schaffen kann, aufzuhören (negative Selbstwirksamkeitserwartung). Ihren sehr stressigen Beruf, so ist sie überzeugt, könnte sie ohne das Rauchen nicht durchhalten, und schon nach einer halben Stunde ohne Zigarette wird sie nervös. Daher hält sie es für sinnlos, es mal mit einem Nichtraucherkurs zu versuchen – sie würde sich am Ende nur selbst enttäuschen.

Die Selbstwirksamkeitserwartung sollte ebenfalls über Anreizsysteme gezielt angesprochen werden. Auch in diesem Fall können Wirksamkeitsfallbeispiele einen positiven Effekt haben. Ein Beispiel für eine solche Steigerung der Selbstwirksamkeit ist die Kampagne „Be Smart – Don’t Start“, in der Schulklassen in einen Wettbewerb treten, nicht mit dem Rauchen anzufangen (vgl. Beispiel 2.10).

Beispiel 2.10: Be Smart – Don’t Start



„Be Smart – Don’t Start“ (vgl. Abb. 2.4) ist ein bundesweiter Wettbewerb zur Prävention des Rauchens in Schulen. Das Programm wird bereits seit über 20 Jahren erfolgreich durchgeführt und bestärkt Schülerinnen und Schüler in einem Leben ohne Rauchen.

„Be Smart – Don’t Start“ richtet sich hauptsächlich an die Klassenstufen sechs bis acht. Diese Altersgruppen werden gezielt angesprochen, da in diesem Alter die meisten Jugendlichen mit dem Rauchen beginnen. Die Klasse prüft einmal wöchentlich intern, ob mindestens 90 % der Schülerinnen und Schüler rauchfrei waren. Rauchfrei sein heißt: Die Klasse sagt „Nein“ zu Zigaretten, E-Zigaretten, Shishas, E-Shishas, Tabak und Nikotin in jeder Form. Einmal im Monat meldet die Klasse der Wettbewerbszentrale, ob sie rauchfrei war und weiterhin am Wettbewerb teilnimmt.

Die Kampagne verfolgt dabei folgende Ziele:

- 1) Das Thema Nichtrauchen wird angesprochen.
- 2) Es soll verhindert bzw. hinausgezögert werden, dass Schülerinnen und Schüler mit dem Rauchen anfangen.
- 3) Schülerinnen und Schüler, die bereits gelegentlich rauchen, sollen motiviert werden, damit aufzuhören. So soll verhindert werden, dass sie zu regelmäßigen Raucherinnen und Rauchern werden.



Abb. 2.4: Aktuelles Motto (#ZigarettedieUmwelt) der Kampagne „Be Smart – Don’t Start“ (Be Smart – Don’t Start, 2021)



Übung 2.5:

Können Sie sich an eine Situation erinnern, in der sich jemand aus Ihrem Familien- oder Freundeskreis bewusst gesundheitsschädlich verhielt, aber nichts daran ändern wollte? Prüfen Sie, welche Rolle

- a) die persönliche Einstellung,
- b) die subjektive Norm und
- c) die Selbstwirksamkeitserwartung

in diesem konkreten Fall spielten. Wie hätte man die betroffene Person möglicherweise doch zu einer Verhaltensänderung bewegen können?

2.2.3 „Nicht-Können“ (konative Barrieren)

Kognitive und affektive Barrieren eines gesundheitsförderlichen Verhaltens verhindern, dass eine Verhaltensabsicht gebildet werden kann. Sie wirken in der motivationalen Phase des sozial-kognitiven Prozessmodells gesundheitlichen Handelns. Konative Barrieren hingegen können ein Gesundheitsverhalten auch dann behindern, wenn bereits eine konkrete Verhaltensabsicht besteht. Im sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns wird das „Nicht-Können“ in Form der **äußeren Barrieren** berücksichtigt, die während der volitionalen Phase auf Handlungsplanung und Handeln einwirken.



Konative Barrieren entstehen durch äußere Umstände und sind z. B. zeitlicher, finanzieller, körperlicher oder sozialer Natur.

Konative Hemmnisse gesundheitsfördernden Verhaltens können verschiedener Natur sein. Zum einen stoßen Personen, die eine konkrete Verhaltensabsicht entwickelt haben, bei der tatsächlichen Ausübung dieses Verhaltens möglicherweise an ihre körperlichen Grenzen. Dies kann beispielsweise bei intensivem Sport, strengen Diäten oder der Bekämpfung starker Abhängigkeiten der Fall sein. Auch der zeitliche Faktor kann zum Problem werden, wenn für das anvisierte Gesundheitsverhalten im Alltag nicht genügend Zeit zur Verfügung steht. So fehlt häufig die Zeit zum regelmäßigen Sport oder statt ein gesundes Essen zu kochen, muss aus Zeitdruck dann doch ein schneller (ungesunder) Imbiss in der Stadt eingenommen werden. Die Umsetzung einer Verhaltensintention kann ferner an mangelnden finanziellen Mitteln scheitern. Eine Person, die sich vorgenommen hat, regelmäßig Untersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung durchführen zu lassen, aber nur sehr wenig Geld zur Verfügung hat, wird möglicherweise von Leistungen, die ihre Krankenversicherung nicht abdeckt (sogenannte IGeL-Leistungen), Abstand nehmen. Und nicht zuletzt kann ein intendiertes Gesundheitsverhalten auch an mangelnder Unterstützung durch das soziale Umfeld eines Individuums scheitern. Insbesondere bei der Entwöhnung von Alkohol- oder Drogenkonsum kann die Existenz eines stabilen sozialen Netzwerks, das Halt und Unterstützung bietet, von entscheidender Bedeutung für den Erfolg des Entzugs sein. Kommen die Betroffenen jedoch zurück in ein Umfeld, in dem viele andere Menschen ebenfalls abhängig sind, so gefährdet dies die Rehabilitation und es droht ein Rückfall.

Beispiel 2.11:

Linda, eine junge Mutter, hat vor ihrer Schwangerschaft regelmäßig Sport gemacht. Sie hat sich vorgenommen, nun an einem Halbmarathon teilzunehmen, fürchtet aber, dass sie dieses Ziel nicht erreichen wird: Linda merkt, dass sie nach der langen Trainingspause nicht mehr gut genug in Form ist, um die lange Strecke durchzustehen (körperliche Barriere). Dies liegt auch daran, dass der alleinerziehenden Mutter die Zeit zum Training fehlt (zeitliche Barriere). Ihre beste Freundin, die sich sonst ab und zu um das Kleinkind kümmert, ist überraschend krank geworden (Barriere im sozialen Umfeld) und für einen guten Babysitter fehlt Linda das Geld (finanzielle Barriere).

Für Menschen, die bereits eine Bereitschaft zur Verhaltensänderung entwickelt haben, sind Interventionen, welche die Handlungsplanung unterstützen, besonders hilfreich. Ein Anreizsystem sollte ein Individuum schon in der motivationalen Phase darin bestärken, Ziele zu formulieren, zu strukturieren und Prioritäten zu setzen (vgl. Faselt; Hoffmann, 2010). Dabei sollte die Person auch ermutigt werden, zu überlegen, welche Barrieren eine Ausführung des gewünschten Verhaltens behindern könnten und wie sie in diesem Fall reagieren könnte.

Ansatzpunkte für die Gestaltung von Anreizsystemen

Damit die Intention, sich gesundheitsbewusster zu verhalten, nicht an konativen Barrieren scheitert, ist es außerdem wichtig, diese von Anfang an bei der Gestaltung von Anreizsystemen zu berücksichtigen.

So müssen die **körperlichen Voraussetzungen** der Betroffenen mit einkalkuliert werden. Auf diese Weise wird sichergestellt, dass Verhaltensänderungen langsam und sukzessive erfolgen, sodass sich der Körper darauf einstellen kann.

Außerdem sollte berücksichtigt werden, dass die Programmteilnehmer nicht unbegrenzt viel **Zeit** zur Verfügung haben, sondern wahrscheinlich beruflich eingespannt sind. Damit die Verhaltensintention nicht an zeitlichen Barrieren scheitert, sollte darauf geachtet werden, dass gemeinsame Termine zu günstigen Zeitpunkten (z.B. abends oder am Wochenende) stattfinden und nicht allzu lange dauern. Weiterhin sollte hinterfragt werden, ob die Teilnehmer Elemente des Programms von zu Hause aus erledigen können, was ihnen wiederum Zeit erspart, da die Anfahrt wegfällt.

Um zu verhindern, dass Personen ein Anreizsystem aus **finanziellen Gründen** nicht wahrnehmen können, sollten die Kosten des Programmes sorgfältig kalkuliert werden. Auch wenn das Programm an sich relativ kostenintensiv ist, besteht eventuell die Möglichkeit, Rabatte für Studenten, Arbeitssuchende oder Senioren zu gewähren.

Bei einigen Gesundheitsverhaltensweisen spielt die Unterstützung des **sozialen Umfelds** eine große Rolle. In diesem Fall sollten auch Anreizsysteme das soziale Umfeld unbedingt berücksichtigen. So kann eine Psychotherapie auch Sitzungen beinhalten, an denen Familienangehörige oder Partner/-innen teilnehmen. Viele Anreizsysteme finden auch in Settings statt, sodass alle Personen eines umgrenzten sozialen Systems gleichzeitig erreicht werden. Durch die aktive Teilhabe aller am sozialen System Beteiligten steigt die Motivation des/der Einzelnen, Änderungsprozesse hin zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten zu unterstützen.

2.3 Anreizsysteme auf Grundlage marketingpolitischer Überlegungen

Die Instrumente des klassischen Marketings können ebenfalls einen Beitrag zur Gestaltung von Anreizsystemen liefern. Wie bei der Vermarktung von Konsumgütern helfen diese Instrumente bei der Vermarktung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

2.3.1 Die 7 P des Gesundheitsmarketings

Wie bei klassischen Produkten sind für das Marketing im Gesundheitsbereich eine Definition der strategischen Ziele und die Planung konkreter Maßnahmen erforderlich. Die konkreten Maßnahmen lassen sich aus dem sogenannten **Marketing-Mix** (vgl. Borden, 1964) ableiten. Der klassische Marketing-Mix differenziert die sogenannten 4 P (Product, Price, Place, Promotion), die im Deutschen für Produktpolitik, Preispolitik, Distributionspolitik und Kommunikationspolitik stehen. Verschiedene Autoren, z. B. Meffert und Bruhn (2006), entwickelten diesen Ansatz weiter, da insbesondere im Dienstleistungsmarketing noch weitere Faktoren eine Rolle spielen. Zu den erweiterten 7 P für das Marketing von Gesundheitsdienstleistungen zählen neben Produkt, Preis, Distribution und Kommunikation auch die Personalpolitik (Personal), die Ausstattungspolitik (Physical Facilities) und die Prozesspolitik (Process Management). Im Folgenden soll am Beispiel des Marketing-Mix für einen fiktiven Gesundheitskurs einer Krankenversicherung verdeutlicht werden, wie sich die 7 P gestalten lassen und wie gesundheitsbewusstes Verhalten durch Anreizsysteme begünstigt werden kann.

Im klassischen Marketing werden unter dem Begriff der **Produktpolitik** alle Maßnahmen zusammengefasst, die sich unmittelbar auf die Entwicklung oder Gestaltung eines Produkts oder einer Dienstleistung beziehen. Die Ausgestaltung der Produktpolitik lässt sich nach Produktbreite und Produkttiefe vornehmen (vgl. Scherenberg, 2017). Während die Produktbreite beispielsweise die Anzahl verschiedener Präventionskurse innerhalb des Bereichs „Gesunde Ernährung“ angibt, bezieht sich die Produkttiefe vielmehr auf die Ausgestaltung dieses Präventionskurses (z. B. Differenzierung nach verschiedenen Zielgruppen).



Beispiel 2.12:

Ein Produkt der Krankenversicherung XYZ könnte beispielsweise ein Gesundheitskurs zum Thema „Glücklich rauchfrei“ sein. Dieses Produkt richtet sich an Erwachsene jeden Alters. Erklärtes Ziel ist es, aus den Teilnehmern und Teilnehmerinnen „glückliche Nichtraucher“ zu machen. Diese positive Formulierung soll die potenziellen Teilnehmer/-innen aktivieren und sie zu einer Teilnahme am Kurs motivieren.

Ziel der **Preispolitik** ist es, angemessene Entgelte für Produkte und Dienstleistungen festzulegen sowie mögliche Rabatte, Finanzierungsmöglichkeiten und Zahlungsbedingungen zu definieren. Krankenversicherungen und Gesundheitsbetriebe verfügen aufgrund der gesetzlichen Vorgaben nur über relativ begrenzte Möglichkeiten der Preisgestaltung (vgl. Schwarz; Hutter, 2012). Im Bereich der Prävention werden von den Krankenkassen oft bestimmte Gegenleistungen erwartet (= Gegenleistungspolitik), damit der Kunde/die Kundin die in Anspruch genommene Leistung auch erstattet bekommt (vgl. Scherenberg, 2017). Beispielsweise erhalten AOK-Versicherte einen Präventionskurs nur erstattet, wenn sie an mehr als 80 % der Kurstermine teilgenommen

haben (vgl. AOK, 2021). Neben der reinen Festlegung des Preises stehen Unternehmen der Gesundheitsbranche auch weitere preispolitische Instrumente zur Verfügung, wie das Bereitstellen kostenloser Angebote (z.B. Schnupperkurse, Probemonat), Weiterempfehlungsprämien, Angebote für bestimmte Zielgruppen (z.B. Schüler/-innen) oder zeitliche Rabattaktionen (z.B. „Mit dem Rad zur Arbeit“ im Sommer).

Beispiel 2.13:

Da es sich bei dem Kurs „Glücklich rauchfrei“ um ein qualitativ hochwertiges Programm handelt, in dem die Teilnehmer/-innen auch professionelle Unterstützung durch Experten und Expertinnen erhalten, beschließt die Versicherung XYZ, dass sich dies auch in seinem Preis widerspiegeln soll. Jedoch soll der Preis auch nicht zu hoch sein, um keine möglichen Teilnehmer/-innen aufgrund finanzieller Aspekte abzuschrecken. Die XYZ entscheidet daher, von ihren Mitgliedern ein Entgelt von 100 Euro für den Kurs zu verlangen. Fremdversicherte hingegen sollen 200 Euro bezahlen, damit diese ein zusätzliches Motiv für einen möglichen Wechsel zur XYZ erhalten. Um das Programm bekannter zu machen und die Zahl der Teilnehmer/-innen zu erhöhen, erhalten Ehepartner 25 % Rabatt auf den bezahlten Preis. Des Weiteren wird Rabatt gewährt, wenn Teilnehmer/-innen erfolgreich andere Personen für den Kurs werben.



Die **Distributionspolitik** schließt alle Überlegungen zu der Frage ein, wie die Leistungen eines Anbieters/einer Anbieterin zum Kunden gelangen und ob der Kunde/die Kundin zur Inanspruchnahme einer Leistung die Räumlichkeiten des Anbieters/der Anbieterin aufsuchen muss. Demnach kann bei der Distribution zwischen der direkten Distribution (Dienstleistung wird von dem Gesundheitsunternehmen unmittelbar, z.B. über eine eigene Geschäftsstelle, oder mittelbar, z.B. über eine Filiale) und der indirekten Distribution, z.B. über Fachmessen oder Internetauftritt, unterschieden werden (vgl. Scherenberg, 2017).

Beispiel 2.14:

Die Krankenversicherung XYZ entscheidet sich für eine gemischte Strategie: Für die meisten Komponenten des Kurses (Seminare, individuelle Beratungen) müssen die Kursteilnehmer/-innen sich in einem Tagungszentrum der Krankenkasse zusammenfinden. Um den Aufwand für die Teilnehmer/-innen möglichst gering zu halten, die Vereinbarkeit mit ihrem Berufsalltag zu gewährleisten und damit ihre Motivation aufrecht zu erhalten, wird dieser Kurs auf wenige Termine komprimiert. Ergänzend erledigen die Teilnehmer/-innen Teile des Kurses zu Hause, wie z.B. das Ausfüllen der Fragebögen und die Dokumentation des eigenen Rauchverhaltens.



Das letzte Instrument der 4 P des klassischen Marketing-Mix ist die **Kommunikationspolitik**. Akteure und Akteurinnen im Gesundheitsbereich verfolgen nicht nur das Ziel, Produkte und Dienstleistungen zu vermarkten, sondern haben auch den gesellschaftlichen Auftrag, die Bevölkerung über gesundheitliche Risiken aufzuklären und die Vorteile einer gesundheitsbewussten Lebensweise aufzuzeigen (vgl. Schwarz; Hutter, 2012).

Beispiel 2.15:

Die Versicherung XYZ stellt in ihrem Internetportal detaillierte Informationen zu gesundheitlichen Konsequenzen des Rauchens zur Verfügung. Daneben werden Ziele und Aufbau des Kurses „Glücklich rauchfrei“ ausführlich dargestellt, um potenzielle Teilnehmer/-innen zu gewinnen. Zudem vermutet die Krankenkasse XYZ, dass die



späteren Teilnehmer/-innen motivierter sein werden, wenn sie von Anfang an genau wissen, worauf sie sich einlassen. Die Seiten zum Thema „Glücklich rauchfrei“ werden mittels Suchmaschinenoptimierung so gestaltet, dass Interessenten an Rauchentwöhnungskursen schnell auf die Internetpräsenz der XYZ gelangen. Da die Krankenkasse allerdings auch Personen ansprechen möchte, die bisher noch nicht an ein Aufhören gedacht haben, informiert sie ihre Mitglieder mit einem Rundschreiben über das neue Angebot. Um auch Fremdversicherte zu erreichen, werden zusätzlich Plakate in großen deutschen Städten aufgehängt. Diese zeigen glückliche Familien in der Natur, konzentrierte Personen bei der Ausübung ihres Berufes sowie fitte Hobbysportler beim Laufen, Radfahren oder Schwimmen. Diese Motive werden mit dem Titel „Glücklich rauchfrei“, einigen Informationen zum Kurs sowie Hinweisen auf das Internetportal der XYZ kombiniert. Die Plakate sollen den potenziellen Kursteilnehmern und -teilnehmerinnen verdeutlichen, wie wichtig ein gesunder und leistungsfähiger Körper in verschiedensten Lebenssituationen ist, und sie so auf positive Weise dazu bringen, ihr bisheriges Rauchverhalten zu hinterfragen.

Kern der Erarbeitung einer Kommunikationsstrategie ist die Festlegung der zu kommunizierenden Botschaft bzw. die **Formulierung eines Appells**, mit dem die Zielgruppe erreicht werden soll. Zur Erhöhung der Aufmerksamkeit für den Appell kommen häufig Prominente oder Experten und Expertinnen zum Einsatz. Die Orientierung an dem Handeln von Persönlichkeiten soll als Teilnahmeanreiz dienen und die eigene Motivation stärken. So sollen Botschafter/-innen aus Sport und Fernsehen wie Detlef D! Soost (imakeyousexy.com), Daniel Aminati (machdichkrass.de) oder Wladimir Klitschko (klitschko.com) die Teilnahme an z.B. Fitnessprogrammen steigern und zum Durchhalten motivieren. Profiköche wie Johann Lafer oder Jamie Oliver schaffen es mit ihren Kochbüchern zur gesunden Ernährung regelmäßig auf die SPIEGEL Bestsellerliste. Der Einbezug von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen wie Prof. Dr. Ingo Froboese (ingo-froboese.de) oder Dr. Daniel Gärtner (dr-daniel-gaertner.de) signalisieren darüber hinaus eine entsprechende Qualität des Kommunikationsinhalts.

Die Instrumente des klassischen Marketing-Mix werden im Marketing für Gesundheitsdienstleistungen erweitert zu den **7 P**. Dazu zählt zunächst die **Prozesspolitik**. Sie setzt an der Produktpolitik an, berücksichtigt aber den Umstand, dass Dienstleistungen angesichts ihres prozessualen Charakters anders vermarktet werden müssen als Konsumgüter. Die Prozesspolitik bezieht sich auf die Organisation und den Ablauf einer Dienstleistung und versucht, den Erstellungsprozess der Dienstleistung möglichst kundenfreundlich und motivierend zu gestalten.



Beispiel 2.16:

So könnte die fiktive Krankenversicherung XYZ beschließen, die Dauer des Kurses „Glücklich rauchfrei“ auf drei Monate festzulegen, d.h., es wird ein fester Zeitpunkt festgelegt, zu dem die Teilnehmer/-innen es geschafft haben sollen, mit dem Rauchen aufzuhören. Zu Beginn des Kurses erhalten alle Teilnehmer/-innen einen Fragebogen, mit dem das bisherige Rauchverhalten erfasst wird. Anschließend erfolgt eine sorgfältige Beratung, in der auf die individuellen Rauchgewohnheiten der Teilnehmer/-innen eingegangen wird. Die Teilnehmer/-innen beobachten ihr eigenes Rauchverhalten und erfassen es schriftlich, sie werden in Seminaren auf den Ausstieg vorbereitet und parallel dazu von Experten und Expertinnen individuell betreut. Dies ist besonders wichtig, damit die anfängliche Motivation der Teilnehmer/-innen auch in möglicherweise schwierigen Situationen des Entzugs erhalten bleibt.

und sich nicht in Frust verwandelt. Nach dem Ende des Kurses werden Termine zur Nachsorge angeboten, und nach einem Jahr füllen die Absolventen und Absolventinnen des Kurses wieder einen Fragebogen aus, durch den die Krankenversicherung XYZ über den Erfolg des Programms informiert wird.

Im Dienstleistungssektor spielt zusätzlich die **Personalpolitik** eine entscheidende Rolle. Insbesondere im Gesundheitsbereich ist es wichtig, dass Kunden/Kundinnen von erfahrenen, kompetenten und freundlichen Mitarbeitenden betreut werden, bei denen sie sich gut aufgehoben fühlen. Dies setzt eine intensive Mitarbeiterschulung seitens der Anbieter/-innen von Gesundheitsdienstleistungen voraus.

Beispiel 2.17:

Die Versicherung XYZ setzt bei ihrem Kurs „Glücklich rauchfrei“ verschiedene Experten und Expertinnen (Seminarleiter/-in und betreuende Ärzte/Ärztinnen) ein, die den Teilnehmenden eine kontinuierliche medizinische und psychologische Begleitung garantieren. Dies soll die Teilnehmenden darin bestärken, in schwierigen Phasen des Entwöhnungsprozesses nicht aufzugeben, sondern die Unterstützung der Experten und Expertinnen in Anspruch zu nehmen und mit deren Hilfe ihr Ziel zu erreichen.



Die **Ausstattungs politik** ist ebenfalls im Dienstleistungsbereich besonders relevant. Aufgrund der Tatsache, dass Dienstleistungen im Gegensatz zu Produkten nicht sichtbar sind und die Konsumenten sie nicht „anfassen“ können, kommt der wahrnehmbaren Umgebung der Dienstleistung eine besonders große Bedeutung zu. Daher ist es wichtig, die Räumlichkeiten des Unternehmens ansprechend und wiedererkennbar einzurichten.

Beispiel 2.18:

Die Seminarräume der Krankenversicherung XYZ könnten beispielsweise in einem frischen Grün gestaltet sein, das für die positiven gesundheitlichen Auswirkungen des Nichtrauchens steht und so für die Kursteilnehmer/-innen eine motivierende Atmosphäre erzeugt.

**Übung 2.6:**

Machen Sie sich darüber Gedanken, wie die 7 P des Marketing-Mix für eine Präventionsmaßnahme auf dem Gebiet der gesunden Ernährung aussehen könnten. Versetzen Sie sich dazu in die Lage der Leiterin einer Grundschule, die im Rahmen eines zeitlich begrenzten Schulprojekts die Kinder und deren Eltern spielerisch an das Thema Ernährung heranführen will.



Zusammenfassung

Kapitel 2 hat Ihnen verdeutlicht, dass es für ein erfolgreiches Gesundheitsmanagement einerseits erforderlich ist, Anreizsysteme zu kennen und den einer Person zugrunde liegenden intrinsischen und extrinsischen Motiven anzupassen. Andererseits sollten Anbieter/-innen von Gesundheitsdienstleistungen wissen, welche Barrieren Menschen von einer Änderung ihrer Gewohnheiten abhalten können und wie sich diese wirkungsvoll umgehen lassen. Während kognitive und affektive Barrieren verhindern, dass überhaupt eine Verhaltensabsicht gebildet wird, führen konative Barrieren dazu, dass ein Gesund-

heitsverhalten auch dann nicht ausgeführt wird, wenn schon eine konkrete Verhaltensabsicht besteht. Das Wissen über diese unterschiedlichen zeitlichen Effekte von kognitiven, affektiven und konativen Barrieren ist für Akteure/Akteurinnen im Gesundheitsmanagement wesentlich, um den Hemmnissen entsprechend gegensteuern zu können. So lassen sich kognitive Barrieren (z.B. das Nicht-Wissen über die Risiken des Rauchens) sehr gut kommunikativ abbauen, indem in einem Präventionsappell bspw. die Risikowahrnehmung angesprochen wird. Der Hebel zum Abbau von konativen Barrieren (z.B. keine Zeit, um regelmäßig zum Sport zu gehen) liegt hingegen oft bei der konkreten Ausgestaltung eines Programms (z.B. parallele Mutter-Kind- oder Vater-Kind-Kurse am Nachmittag). Um affektive Barrieren zu reduzieren, gilt es schließlich, auch das soziale Umfeld einer Person in die Maßnahme einzubinden.

Sie haben gelernt, dass neben Maßnahmen, die darauf abzielen, Barrieren abzubauen, der Einsatz von Anreizsystemen eine wesentliche Stellschraube des Gesundheitsmanagements ist. Insbesondere aus den 7 P des Dienstleistungsmarketings lassen sich wirkungsvolle Empfehlungen dazu ableiten, wo bei der Gestaltung einer Botschaft, der Ausgestaltung von Prozessen, der Festsetzung von Preisen, der Distribution einer Gesundheitsdienstleistung, der Auswahl der Coaches und Trainer/-innen, der Ausgestaltung des Produkts/Programms und der Ausstattung angesetzt werden kann, um Personen zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten bzw. zur Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen zu motivieren.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 2.1 Was sind Vor- und Nachteile von Bonussystemen im Hinblick auf die intrinsische Motivation, sich gesundheitsbewusst zu verhalten?
- 2.2 Nennen Sie kognitive Barrieren, die gesundheitsbewusstes Verhalten behindern können.
- 2.3 Welche zusätzlichen 3 P sind neben den klassischen 4 P des Marketing-Mix charakteristisch für die Vermarktung von Gesundheitsdienstleistungen?

3 Effekte von Anreizsystemen

Das folgende Kapitel zieht psychologische und neurowissenschaftliche Erkenntnisse heran, um Effekte von Anreizsystemen zu beurteilen. Dabei lernen Sie zunächst verschiedene Modelle kennen, die dazu beitragen, die Wirkmechanismen von Maßnahmen des Motivationsmanagements für gesundheitsbewusste Verhaltensweisen zu erklären. Auf diesen Grundlagen aufbauend können Sie die Effekte von Anreizsystemen theoretisch fundiert erklären. Nach dem Bearbeiten dieses Kapitels kennen Sie verschiedene Abwehrreaktionen und Verstärkungsmechanismen sowie bestrafende und belohnende Motive, welche die Wirkung von Anreizsystemen hemmen bzw. fördern. Sie können zudem Annäherungs- und Verdrängungsziele voneinander abgrenzen und haben einen Überblick über unterschiedliche Strategien, mit denen auf die Aktivitäten im menschlichen Gehirn und damit auch auf die Wirkung unterschiedlicher Anreizsysteme Einfluss genommen werden kann.

3.1 Effekte des Verhaltenshemm- und Verhaltensaktivierungssystems

Basierend auf Grays (1982) biopsychologisch fundierter Persönlichkeitstheorie konnte in zahlreichen empirischen Studien gezeigt werden, dass Individuen Informationen über zwei parallel laufende Systeme der Selbstregulation filtern (vgl. Carver et al., 2000, 2006): über das Verhaltenshemmsystem und das Verhaltensaktivierungssystem. Wir Menschen tragen beide Persönlichkeitsmuster in uns; sie können aber unterschiedlich ausgeprägt sein.

Das **Verhaltenshemmsystem** (Behavioral Inhibition System, BIS) reagiert auf konditionierte Strafreize, Hinweise auf Nicht-Belohnung, unbekannte Reize sowie auf angeborene Angstreize. Es beschleunigt die Weiterleitung bedrohlich eingeschätzter Informationen und bewirkt somit eine Hemmung laufenden Verhaltens, eine erhöhte physiologische Aktivierung und eine Steigerung der Aufmerksamkeit gegenüber der Umwelt. Oft geht dieses Temperamentsmerkmal mit Schüchternheit oder emotionaler Zurückhaltung einher. Menschen, bei denen der BIS-Anteil höher ist, sind eher introvertiert und sensibel (vgl. Harting; Moosbrugger, 2003).

Das **Verhaltensaktivierungssystem** (Behavioral Activation System, BAS) selektiert positive Reize und reagiert auf Belohnung und Nicht-Bestrafung. Es verstärkt laufendes Verhalten zur Annäherung an ein Ziel. In emotionaler Hinsicht stellt das BAS die Grundlage für positive Affekte, z.B. Freude, Genuss oder Zufriedenheit, dar. Menschen mit einem hohen BAS-Anteil gehören zu den extrovertierten und verfügen über viel Energie für ihre Vorhaben (vgl. Harting; Moosbrugger, 2003).

Auch in Bezug auf Gesundheitsappelle und Angebote zur Gesundheitsförderung und Prävention werden diese beiden Systeme gleichzeitig aktiv und können Abwehr- bzw. Verstärkungsmechanismen in Kraft setzen, welche die Wirkung von Anreizsystemen beeinflussen (vgl. Abb. 3.1). Je nachdem, wie bedrohlich oder attraktiv die Botschaft der Gesundheitskommunikation, das gesundheitsschädigende Verhalten und die gesundheitsförderliche Handlungsalternative wahrgenommen werden, sind eher Abwehrreaktionen oder positive Einstellungen bezüglich des beworbenen Verhaltens zu erwarten.

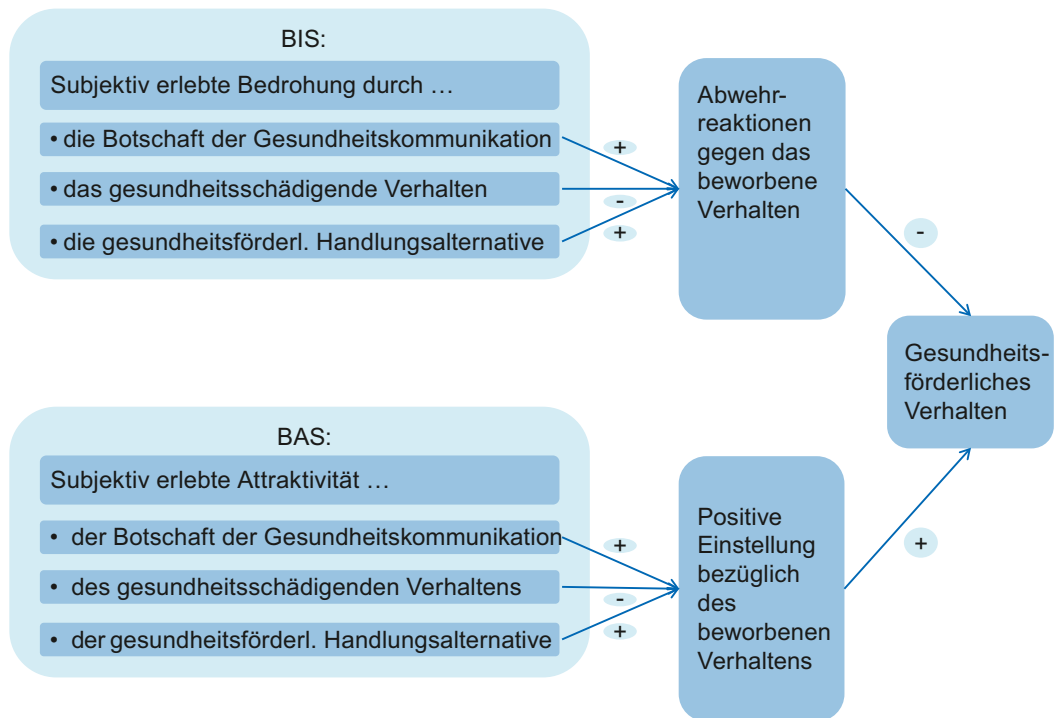


Abb. 3.1: Abwehrreaktionen und Verstärkungsmechanismen im Gesundheitssektor (vgl. Hastall, 2012)

Im Folgenden gehen wir zunächst auf Abwehrreaktionen ein, welche die Effekte von Anreizsystemen – gesteuert durch das BIS – mindern können. Sie lernen Möglichkeiten kennen, wie diese Abwehrreaktionen bei den Zielpersonen vermieden werden können. Danach erfahren Sie, welche Verstärkungseffekte durch das BAS angeregt werden. Auf dieser Grundlage zeigen wir, wie die Wirksamkeit unterschiedlicher Anreizsysteme im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gesteigert werden kann.

3.1.1 Abwehrreaktionen

Anreizsysteme zur Förderung gesundheitsförderlichen Verhaltens werden oft durch Abwehrreaktionen behindert. Abwehrreaktionen erfolgen direkt auf den Kontakt mit einer Botschaft. Sie erfolgen aus defensiven Motiven und reduzieren die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz des Botschaftsinhalts und das Erreichen der erwünschten Einstellungs- oder Verhaltensänderung. Diese Abwehrreaktionen können zu negativen gesundheitlichen Effekten führen und die Akzeptanz künftiger Gesundheitsappelle minimieren (vgl. Hastall, 2012, S. 283 f.).

Die Ursache für Abwehrreaktionen liegt zum einen in der Konfrontation der Zielperson mit dem eigenen Gesundheitszustand begründet. Diese Konfrontation löst oft negative Gefühle und Gedanken aus. Ängste vor Krankheiten und Tod aktivieren häufig das BIS, was dazu führt, dass unbewusst die rationale Auseinandersetzung mit Risiken und Präventionsmöglichkeiten behindert wird (vgl. Hastall, 2012, S. 283 ff.).

Zum anderen ist das Potenzial für Abwehrreaktionen auf Appelle zur Gesundheitsförderung und Prävention auch deshalb hoch, weil die Botschaften oft als Angriff auf den Selbstwert interpretiert werden.

Der **Selbstwert** repräsentiert die bewertenden Assoziationen des Menschen mit unterschiedlichen Aspekten seines Selbstbilds.



Wird einer Person in einer Präventionsbotschaft signalisiert, dass die von ihr bisher gezeigten Verhaltensweisen und Einstellungen nicht dem in der Botschaft vermittelten Bild entsprechen, wird dies als Bedrohung für den Selbstwert empfunden. Da Individuen jedoch bemüht sind, ihren eigenen Selbstwert zu wahren oder gar zu erhöhen (vgl. Steele, 1988), kommt es zu bewussten und unbewussten Abwehrreaktionen (vgl. Kanning, 1997).

Inhalte von Gesundheitskampagnen können auch als negativ und bedrohlich eingestuft werden, weil gesundheitsbewusstes Verhalten oft den Verzicht auf bisherige Gewohnheiten und Annehmlichkeiten bedeutet und damit kurzfristig das persönliche Wohlbefinden gefährdet.

Hastall (2012) unterscheidet vier Gruppen von **Abwehrreaktionen**, die für die Gesundheitskommunikation relevant sind (vgl. Tab. 3.1):

1. Vermeidung oder Minimierung des Kontakts mit bedrohlichen Botschaften
2. allgemeine psychologische Ego-Schutzmechanismen
3. Angriffe auf Botschaftsinhalte oder Botschaftssender
4. verstärktes gesundheitsschädliches Verhalten

Vermeidung oder Minimierung des Kontakts mit bedrohlichen Botschaften

Um nicht mit bedrohlichen Informationen konfrontiert zu werden, kann der Kontakt zu Botschaften der Gesundheitskommunikation bewusst oder unbewusst vermieden oder zumindest minimiert werden. Der Erfolg von Maßnahmen der Gesundheitskommunikation wird durch das Abwenden von der Botschaft stark eingeschränkt. Die Botschaft kommt nicht in der gewünschten Form bei der Zielgruppe an. Dieses Vermeiden eines bedrohlichen Reizes ist vergleichbar mit dem kurzen Schließen der Augen bei besonders spannenden Szenen in einem Film (vgl. Hastall, 2012, S. 284). Dadurch werden unliebsame Medieninhalte ausgeblendet. Beispiel 3.1 veranschaulicht, zu welchen Maßnahmen Tabakhändler greifen, damit Raucher sich bewusst den als bedrohlich wahrgenommenen Inhalten von Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln entziehen können.

Beispiel 3.1:

Vermeidung von Gesundheitsinformationen als Abwehrreaktion von Rauchern auf Warnhinweise auf Zigarettenschachteln



„Raucher sterben früher“, so steht es neuerdings auf jeder Zigarettenschachtel – doch welcher Raucher will schon freiwillig diesen von der EU vorgeschriebenen Warnhinweis lesen? Den Tabakhändlern beschert die Gesundheitsvorsorge mit dem Holzhammer derweil ein willkommenes Zusatzgeschäft: Sie bieten ihren Kunden Accessoires an, die die makabren Sprüche einfach verdecken. Neben den klassischen Zigarettenetuis und Kunststoff- oder Metallhüllen, in denen die ganze Schachtel verschwindet, verkaufen die Händler seit kurzem vermehrt Überstülper aus Pappe, die nur die Warnhinweise verdecken. So bleibt die Zigarettensmarke – Erkennungszei-

chen vieler Raucher – sichtbar. Die Manschetten sind mit Sprüchen, Bildern oder Werbung bedruckt. ‚Ich bin solo, und das ist auch gut so‘ steht dann auf der Packung, oder es ist eine nackte Frau zu sehen. Die bayerische Firma Wrapsy hat sich das Patent auf diese Hüllen gesichert und allein bis Mitte Oktober 2,5 Millionen Stück (Ladenpreis: 40 Cent) ausgeliefert. Damit die Nachfrage nicht einbricht, sobald sich jeder Raucher eingedeckt hat, kommen ständig neue Motive auf den Markt, die an die Sammelleidenschaft der Raucher appellieren sollen. Doch nicht alle Nikotinliebhaber stören sich an den Warnhinweisen. ‚Die Kids‘, berichtet ein Händler, ‚sind ganz scharf darauf, Packungen mit allen 14 verschiedenen Warnsprüchen zu besitzen.“ (Der Spiegel, 2003)

Allgemeine psychologische Ego-Schutzmechanismen

Neben der bewussten Vermeidung des Kontakts mit bedrohlichen Botschaften behindern auch unbewusste Abwehrmechanismen (vgl. Freud, 1936) die Wirkung von Botschaften der Gesundheitskommunikation. Diese Mechanismen führen ebenfalls dazu, dass die Aufmerksamkeit für bedrohliche Informationen minimiert und auf weniger bedrohliche Reize umgelenkt wird. Die Verleugnung, Verdrängung oder Abwehr schützt vor Angst und der als negativ empfundenen Wahrnehmung von Gefahren und Belastungen (vgl. Wittchen; Hoyer, 2011). Als Reaktion auf Maßnahmen, die Gesundheitsrisiken aufzeigen, unterschätzen viele Menschen beispielsweise ihr eigenes Risiko, betroffen zu sein (vgl. Wiebe; Korbel, 2003).

Angriffe auf Botschaftsinhalte oder Botschaftssender

Als Reaktion auf Gesundheitskampagnen, deren Inhalte als selbstwertbedrohlich interpretiert werden, zeigen Menschen außerdem oft Verhaltensweisen, welche aus der Forschung zur Reaktanz (vgl. Brehm, 1966) bekannt sind. Reaktanz tritt dann auf, wenn die Kampagnen als manipulativ wahrgenommen werden und die Zielpersonen sich bevormundet und in ihren Freiheiten eingeschränkt fühlen. Um sich der wahrgenommenen Einschränkung der Entscheidungsfreiheit zu widersetzen, greifen Menschen zu unterschiedlich bewussten Abwehrreaktionen. Sie generieren z.B. Gegenargumente, werten den Botschaftssender ab oder vergleichen sich mit Personen, welche sich noch gesundheitsschädlicher verhalten als sie selbst. Außerdem wird oft die soziale Validität der eigenen Meinung untermauert, indem man betont, dass die eigene Meinung von vielen Menschen geteilt wird (dann kann sie ja vermutlich nicht so falsch sein).

Verstärktes gesundheitsschädliches Verhalten

Im Extremfall kann ein gut gemeinter Gesundheitsappell sogar das gesundheitsschädigende Verhalten verstärken. Dies ist dann der Fall, wenn die negative Verhaltensweise als bedrohte Freiheit interpretiert und deshalb als attraktiver wahrgenommen wird (vgl. Quick; Stephenson, 2007). Oft wird die eigene moralische Verantwortung bewusst oder unbewusst geleugnet oder abgelehnt (vgl. Symmank; Hoffmann, 2016). Dazu wenden Personen verschiedene Strategien an, mit denen sie gesundheitsschädigendes Verhalten rechtfertigen. Zur Beruhigung und Ablenkung von den Bedrohungsszenarien und der Abwertung des eigenen Lebensstils wird oft mit der Einnahme psychoaktiver Substanzen wie Alkohol, Tabak oder Medikamenten reagiert (vgl. Margraf; Schneider, 2003).

Tab. 3.1: Abwehrreaktionen gegen Maßnahmen der Gesundheitskommunikation (vgl. Hastall, 2012, S. 287 f.; Symmank; Hoffmann, 2016)

Vermeidung oder Minimierung des Kontakts mit bedrohlichen Botschaften	
selektive Botschaftsvermeidung	komplette Vermeidung von Botschaften
rechtliche Abwehr	Abwehr durch Verbote („Hier keine Werbung einwerfen“)
Allgemeine psychologische Ego-Schutzmechanismen	
Verleugnung	Nicht-zur-Kenntnisnahme bzw. Bestreiten der Existenz bedrohlicher Aspekte der Realität wie z.B. von Gesundheitsrisiken (z.B. Zweifel an der wissenschaftlichen Qualität einer Gesundheitsstudie)
Verdrängung	Verschiebung bedrohlicher Aspekte der Realität ins Unterbewusste
Rationalisierung	Erfinden vermeintlich vernünftiger, aber nur vorgeschobener Erklärungen oder Rechtfertigungen für bedrohliche Gedanken, Gefühle oder Handlungen
Illusory-Superiority-Effekt	Überschätzung der eigenen positiven Qualitäten im Vergleich zu anderen Personen bei gleichzeitiger Unterschätzung eigener negativer Eigenschaften („Die anderen haben sich vielleicht nicht unter Kontrolle und trinken zu viel, aber doch nicht ich.“)
unrealistischer Optimismus	Überzeugung, von negativen Ereignissen in geringerem Maße und von positiven Ereignissen in stärkerem Maße als andere Personen betroffen zu sein („Natürlich gibt es leider Menschen, die an Darmkrebs erkranken. Aber doch nicht ich.“)
False-Consensus-Effekt	Überschätzung des Anteils anderer Personen, die denselben Standpunkt zu einem bestimmten Sachverhalt vertreten („Natürlich würde das niemand zugeben, aber schließlich trinkt doch jeder abends gerne mal ein oder zwei Bierchen.“)
Angriffe auf Botschaftsinhalte oder Botschaftssender	
selektive Interpretation	Uminterpretation des Botschaftsinhalts, damit dieser besser mit den eigenen Ansichten oder Empfindungen harmoniert

Gegenargumentieren	Generieren von Argumenten gegen die Aussage einer Botschaft oder die darin gegebenen Empfehlungen, ggf. Suche nach gegenteiligen Informationen (z.B. Suche nach Gegenargumenten im Internet, Lesen von Forenbeiträgen)
Quellenabwertung	Abwertung der Quelle einer Botschaft (z.B. durch Unterstellung von Inkompetenz oder unredlichen Absichten)
Aggression	verbale oder physische Angriffe auf den Kommunikator, die Botschaft oder das Übertragungsmedium (z.B. Abreißen von Gesundheitsplakaten)
Vorteilhafter sozialer Vergleich	Vergleich mit Personen, denen es schlechter geht oder die sich problematischer verhalten, um sich besser zu fühlen und die Notwendigkeit von Verhaltens- oder Einstellungsänderung verneinen zu können („Ich esse zwar auch Süßigkeiten, aber insgesamt esse ich auch viel mehr Obst und Gemüse als die meisten Leute aus meinem Umfeld.“)
soziale Validierung	Suche nach Personen mit ähnlichen Einstellungen oder Verhaltensweisen und Betonen der hohen Anzahl entsprechender Personen
Verstärktes gesundheitsschädliches Verhalten	
Bumerangeffekt	Botschaft provoziert das Gegenteil des intendierten Ziels (z.B. verstärktes Rauchen nach dem Sehen von Anti-Raucher-Spots)
Einnahme psychoaktiver Substanzen	Einnahme von Alkohol, Nikotin, Drogen oder Medikamenten nach einem Botschaftskontakt, um sich zu beruhigen oder auf andere Gedanken zu bringen

Bereits bei der Gestaltung von Anreizsystemen sollten mögliche Abwehrreaktionen antizipiert und geeignete Gegenmaßnahmen ergriffen werden (vgl. Hastall, 2012). Einige Möglichkeiten dazu lernen Sie nun kennen.

Um die Aktivität des Behavioral Inhibition Systems (BIS) zu minimieren, ist es notwendig, den **Bedrohungscharakter** einer Botschaft oder eines Anreizsystems möglichst gering zu halten. Besonders wichtig ist dabei, Anreizsysteme niemals zu manipulativ einzusetzen, da aufgrund der wahrgenommenen Bedrohung eigener Freiheiten die Reaktanz (vgl. McGuire, 1964) besonders stark ausfallen wird. Um die wahrgenommene Manipulation zu minimieren, empfiehlt Hastall (2012) beratende Angebote, in denen die

Teilnehmenden selbst Lösungen und Wege zur individuellen Gesundheitsförderung entwickeln können. Eine weitere Möglichkeit zur Vermeidung von Abwehrreaktionen ist die narrative Persuasion (vgl. Moyer-Gusé, 2008), dabei wird die eigentliche Botschaft in einer Geschichte verpackt. Auch Techniken, die von der bedrohlichen Botschaft ablenken (z.B. Humor), können Abwehrreaktionen verhindern (vgl. Armstrong, 2010). Ein Beispiel hierfür ist die Initiative „Humor hilft heilen“ (vgl. Humor hilft heilen, 2021). So soll das therapeutische Lachen helfen, auch mit schwierigen Situationen für Patienten (mit unangenehmen Diagnosen) und Krankenhauspersonal (zu viele Patienten, zu wenig Personal, zu wenig Zeit) umzugehen.

Übung 3.1:

Lesen Sie den folgenden in der ZEIT erschienenen Artikel: „Die Spaßverderber“ von Michael Naumann vom 18.06.2013. Der Artikel kann als Beispiel dafür gesehen werden, wie mit Angriffen auf Botschaftsinhalte oder deren Sender auf Gesundheitskampagnen reagiert wird. Welche der in Tab. 3.1 vorgestellten Abwehrmechanismen können Sie in diesem Artikel identifizieren?



Die Spaßverderber

„Mit der makabren Beschriftung von Zigarettenschachteln will der Staat seine rauchenden Bürger vor sich selbst schützen. Doch hinter der Fürsorge stecken Eifertum, politische Bevormundung und der übliche EU-Irrsinn.“

Seit einigen Wochen ereilen Deutschlands Raucher massive Todesdrohungen, auf Amtsdeutsch: ‚gesundheitsrelevante Warnhinweise‘, schwarz eingerahmt auf Zigarettenschachteln. Sie müssen, so will es das europäische Gesetz, ‚mindestens 30 Prozent der Breitseite der Zigarettenschachtel einnehmen. Dieser Prozentsatz erhöht sich bei Mitgliedstaaten mit zwei Amtssprachen auf 32 Prozent und bei solchen mit drei Amtssprachen auf 35 Prozent.‘ Zur Verfügung stehen 14 Varianten, unter anderem: ‚Raucher sterben früher‘, ‚Rauchen führt zur Verstopfung der Arterien und verursacht Herzinfarkte und Schlaganfälle‘, ‚Rauchen verursacht tödlichen Lungenkrebs‘, ‚Rauchen in der Schwangerschaft schadet Ihrem Kind‘, ‚Rauchen kann zu Durchblutungsstörungen führen und verursacht Impotenz‘, ‚Rauchen kann die Spermatozoen schädigen und schränkt die Fruchtbarkeit ein‘. Spermatozoen nennt man die reifen männlichen Keimzellen bei Mensch und Tier. Die also auch. Passiv rauchende Rüden sind ebenfalls betroffen.

Im Oktober vorigen Jahres hatte der Bundesrat eine alte Richtlinie des Europäischen Parlaments gebilligt, welche ‚Aufmachung und Verkauf von Tabakerzeugnissen‘ in ganz Europa regelt. Jetzt ist sie in Kraft getreten. Reden wir nicht über den Teergehalt der zähen Beamtenprosa, die zum Beispiel ‚Griechenland aufgrund besonderer sozioökonomischer Schwierigkeiten eine Ausnahmeregelung bei den Stichtagen für die Anwendung der Teergehaltshöchstwerte‘ einräumt. Reden wir auch nicht darüber, dass ‚mit der Richtlinie 89/622/EWG der Verkauf bestimmter Tabake zum oralen Gebrauch verboten‘, dass aber für ‚Schweden diesbezüglich eine Ausnahmeregelung‘ gefunden wurde, die jedoch ein Staatsgeheimnis bleibt: Hinweisloser Kautabak für Lappländer?

Reden wir lieber über den Irrsinn schlechthin, der auf den ungezügelten oralen Genuss von Büroklammern in Europas Amtsstuben zurückzuführen sein könnte. Noch nie hat es eine ähnliche europäische Konsumvorschrift gegeben, die nur noch eine filterlose Zigarettenlänge entfernt zu sein scheint von totalstaatlicher Bevormundung. Sie ist das Produkt einer Obsession, die alle Fleisch essenden Europäer kennen, die bei Gelegenheit Grundsatzdiskussionen mit Vegetariern führen mussten.

Um jeden Verdacht auszuräumen, hier protestiere ein naiver Süchtiger: Es ist allgemein bekannt, dass weltweit 560 Menschen stündlich sterben, deren vorzeitiger Tod mit Tabakgenuss in Verbindung gebracht werden kann. Bekannt ist allerdings auch, dass der Gebrauch von warnhinweislosen Handfeuerwaffen ‚zu Durchblutungsstörungen‘ führt; dass der heftige Konsum von Wodka zwar die Raucherarterien reinigt, aber ganz andere Organe schädigt und dass alles, was in der Zivilisationsgeschichte des Menschen zur Verfeinerung seiner Ess- und Tischgebräuche hinzugekommen ist (die tödliche Gabel, das mörderische Messer), immer noch der europaweit harmonisierten Etikettierung Brüsseler Behörden harrt. Ähnliche rettende Warnungen in vielen anderen Lebensbereichen des behüteten Europäers sind möglich: ‚Der Linienflug über Frankfurt wird zum Verlust ihres Koffers führen‘, ‚Die Lektüre dieser Bohlen-Biografie reduziert ihren Intelligenzquotienten‘, ‚Der Blick in das deutsche Baurecht endet im Wahnsinn‘ oder ‚Der Eintritt in eine Volkspartei wird mit einem Mandat im Europaparlament bestraft‘.

Doch die Sache ist ernster. Rauchen ist ein Brauchtum, das, wie der Verzehr von Mais und Kartoffeln, nach der Entdeckung Amerikas den Rest der Welt erobert hat, weil es genussreicher ist als – zum Beispiel – das Spiel mit den Perlen des Rosenkranzes.

Tabak regt das Gehirn an und beruhigt noch den Todgeweihten. Der Mensch ist ungern allein, vor allem in seiner letzten Minute, mit einer Zigarette erträgt er sie leichter. Nur in Texas ist es den zum Tode verurteilten Delinquenten verboten, noch schnell eine Zigarette zu rauchen, weil das – man ahnt es – ungesund ist. Auch Brüssel liegt in Texas.

Amerikanische Zigarettenhersteller haben in allem zynischen Ernst erklärt, die tödlichen Konsequenzen von übermäßigem Tabakgenuss entlasteten die Rentenkassen der Vereinigten Staaten. Wahrscheinlich stimmt das. Doch es ist genau jene kalte Kosten-Nutzen-Rechnung, die auch die Brüsseler ‚Tabakprodukt-Verordnung‘ beseelt: Zwischen die freie Entscheidung des Rauchers zur Zigarette und seine ebenso freiwillige Entscheidung, seine Lunge womöglich zu ruinieren (von seinen Spermatozoen ganz abgesehen), stellt sich die Bürokratie mit ihrer grotesken Annahme, der Staat habe zu entscheiden, was der Bürger sich antun könne und was nicht: Gesundheit, nicht aber das persönliche Glück des Rauchers ist ein sozialer Kostenfaktor, den es aus Beamtensicht zu steuern gilt – und sei es mit den Mitteln einer propagandistischen Todeswarnung.

Hinter den Traueranzeigen auf den Zigarettenschachteln verbirgt sich ein staatlicher Herrschaftsanspruch, das Leben der Bürger endlich in den Griff zu bekommen. Er geht mit dem fürsorglichen Gestus der Aufklärung einher, ist aber nur ein Vorbote kommender Verbote. Das Eifertum hinter der Verordnung ist unübersehbar. Es wird sich breit machen in Deutschland, und demnächst werden auch die Raucher individuell besteuert werden, je nach Einkommensklasse und Lungenvolumen. Nur die Griechen paffen (noch) fröhlich weiter.“ (Naumann, 2013)

Um Abwehrreaktionen zu minimieren, ist es außerdem sinnvoll, die **Betroffenheit** der Zielpersonen zu erhöhen. Hoffmann und Schlicht unterscheiden dabei die objektive und die affektive Betroffenheit (vgl. Hoffmann; Schlicht, 2010). Während bei einer Person, die objektiv betroffen ist, ein direkter Bezug zum Thema besteht (z. B. Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2), versteht man unter affektiver Betroffenheit einen innerlichen Gefühlszustand der „Bekommenheit“ oder des „Bekümmertseins“, der durch ein bestimmtes Thema ausgelöst wird, ohne dass man selbst direkt in das Geschehen involviert ist (vgl. Hoffmann, 2008).

Um diese affektive Betroffenheit zu erhöhen, betonen Gesundheitskampagnen oft die Gefahren und Risiken bestimmter Verhaltensweisen. Jedoch sollte darauf geachtet werden, dass die affektive Betroffenheit nicht zu stark erlebt und als Bedrohung empfunden wird. Dann könnten nämlich die oben dargestellten Abwehrreaktionen aktiviert werden.

Hastall differenziert zwischen drei unterschiedlichen Bedrohungslagen, in denen ein Gefühl der wahrgenommenen Bedrohung ausgelöst werden kann (das Lesen von Botschaften über Gesundheitsrisiken, die Betroffenheit vom Gesundheitsrisiko und das Hinneindenken in das Ausüben des empfohlenen Gesundheitsverhaltens) sowie sechs unterschiedliche Bedrohungsbereiche (vgl. Hastall, 2012):

- Der/die Rezipient/-in einer Gesundheitsbotschaft kann beispielsweise *körperlich* erschüttert sein von Bildern, die er/sie zu sehen bekommt (= Bedrohungsbereich Körper).
- Die Botschaft kann ihn/sie aber auch durch die Auseinandersetzung mit einem bedrohlichen, möglicherweise den Tod betreffenden Thema *kognitiv* belasten (= Bedrohungsbereich Kognitionen).
- Viele Kampagnen im Gesundheitssektor lösen außerdem starke negative *Emotionen* wie Ängste aus (= Bedrohungsbereich Emotionen).
- Abwehrreaktionen sind auch dann wahrscheinlicher, wenn der *Selbstwert*, die eigenen Freiheiten und der subjektive *soziale Status* durch die Botschaft bedroht zu sein scheinen (= Bedrohungsbereiche Selbstwert und sozialer Status).
- Allein die Konfrontation mit der Botschaft kann außerdem eine Bedrohung für wertvolle *Ressourcen* wie Zeit und Geld bedeuten (= Bedrohungsbereich Ressourcen).

Das aus dieser Unterteilung resultierende Raster macht die Komplexität möglicher, antizipierter Bedrohungen deutlich (vgl. Tab. 3.2).

Tab. 3.2: Subjektive Bedrohungen durch Gesundheitskommunikation (Hastall, 2012, S. 290)

Bedrohungsbereiche	Antizipierbare bedrohungsrelevante Zustände		
	Lesen von Botschaften über Gesundheitsrisiken	Betroffenheit vom Gesundheitsrisiko	Ausübung des empfohlenen Schutzverhaltens
Körper	körperliches Unwohlsein beim Lesen der Botschaft	Schmerzen, reduzierte Leistungsfähigkeit	körperliche Anstrengung, Nebenwirkungen
Kognitionen	Sorgen über die Wahrscheinlichkeit der Betroffenheit	Sorgen über Wahrscheinlichkeit einer Genesung	Sorgen über Effektivität des Schutzverhaltens
Emotionen	Furcht oder Angst beim Lesen der Botschaft	Traurigkeit über die Betroffenheit, Angst	Gefühle der Scham und Unsicherheit

Selbstwert	„Beeinflussung“ durch Marketing-botschaften	Abhängigkeit von fremder Hilfe, passive Laienrolle	Selbstwahrnehmung als verletzlich, überängstlich
Sozialer Status	inkompatible Rollenerwartungen	Einsamkeit, Vorwürfe der Mitschuld durch andere	Auslachen oder Ablehnung durch andere
Ressourcen	Zeit/Kosten für weitere Informationssuche	Zeit/Kosten für nötige Behandlungen	Zeit/Kosten für nötiges Schutzverhalten

Bei der Wahl des Anreizsystems und der Kommunikation gegenüber der Zielgruppe von Gesundheitskommunikation sollten diese potenziell bedrohlichen Komponenten der Botschaft minimiert werden.

Die meisten Gesundheitsmarketing-Kampagnen zielen darauf ab, den Zielgruppen die Bedrohung durch Gesundheitsrisiken bestimmter Verhaltensweisen bewusst zu machen (vgl. Schiavo, 2007), was jedoch nicht unbedingt die intendierten Verhaltens- und Einstellungsänderungen bewirkt (vgl. Hastall, 2010). Vielmehr können die oben dargestellten Abwehrreaktionen auch dadurch hervorgerufen werden, dass die Zielgruppen das Bewusstmachen der Gesundheitsrisiken selbst als subjektive Bedrohung wahrnehmen. Deshalb sollten Maßnahmen nicht zu stark emotional belastende und affektiv bedrohliche Inhalte vermitteln.

Besonders wichtig ist, dass Maßnahmen der Gesundheitskommunikation auch die subjektiven Bedrohungen durch das Ausüben des empfohlenen Schutzverhaltens antizipieren und ggf. entkräften. So sollten Kampagnen für gesundheitsbewusstes Verhalten direkt Möglichkeiten aufzeigen, sich gesund zu verhalten, ohne dabei verunsichert oder sozial ausgegrenzt zu werden oder zu viel Kosten und Zeit investieren zu müssen. Die Effektivität der angebotenen Verhaltensalternativen sollte deutlich werden und es sollten Möglichkeiten aufgezeigt werden, mit möglichen Bedrohungen durch das neue Verhalten (wie z.B. Entzugsschmerzen) umzugehen.



Übung 3.2:

Betrachten Sie die in Abb. 3.2 dargestellten Plakate von Präventionsmaßnahmen gegen Tabakkonsum. Beurteilen Sie den Grad der subjektiven Bedrohung der einzelnen Maßnahmen in Bezug auf die unterschiedlichen Bedrohungsarten nach Hastall (2012) aus Tab. 3.2. Mit welchen Abwehrreaktionen könnten Rezipienten und Rezipientinnen reagieren?



Abb. 3.2: Plakate von Präventionsmaßnahmen (Ärzteblatt, 2018; DNRfK, 2021)

3.1.2 Verstärkungseffekte

Neben der Reduzierung von subjektiven Bedrohungen sollte die Aktivität des Behavioral Activating Systems (BAS) gezielt verstärkt werden, um gesundheitsförderliches Verhalten zu unterstützen. Die Botschaften sollten so gestaltet werden, dass sie positive Emotionen auslösen und selbstverstärkend wirken. Der Einsatz belohnender Reize, welche mögliche Gewinne auf körperlicher, emotionaler, kognitiver sowie selbstwert- und ressourcenbezogener Ebene ansprechen, kann dabei motivierend wirken. Die Tab. 3.3 gibt einen Überblick über mögliche Verstärkungseffekte von Botschaften, die gesundheitsförderliches Verhalten über Mechanismen des BAS fördern. Ähnlich wie in der von Hastall vorgeschlagenen Systematisierung von Bedrohungseffekten (vgl. Tab. 3.2) unterscheiden wir zwischen verstärkenden Wirkungen beim Lesen der Botschaft, Verstärkungseffekten durch die Antizipation einer möglichen Minimierung des persönlichen Gesundheitsrisikos und Verstärkungseffekten durch das Ausüben des empfohlenen Schutzverhaltens (vgl. Tab. 3.3).

Tab. 3.3: Subjektive Verstärkung durch Gesundheitskommunikation

Verstärkungsbe- reiche	antizipierbare verstärkungsrelevante Gewinne		
	Lesen der Bot- schaft	Antizipation einer möglichen Mini- mierung des per- sönlichen Gesund- heitsrisikos	Ausübung des empfohlenen Schutzverhaltens
Körper	körperliches Wohl- sein beim Lesen der Botschaft	verbesserte Leis- tungsfähigkeit, Abnahme von Schmerzen, Ab- nahme von körper- licher Abhängig- keit	positive Wirkung auf das Wohlbefin- den sowie die sub- jektive Vitalität
Kognitionen	Hoffnung auf Ver- ringerung der Wahrscheinlich- keit der Betroffen- heit	Hoffnung auf Ge- nesung bzw. auf Minimierung des Gesundheitsrisikos	hohes Maß an er- lebter Selbstkont- rolle
Emotionen	positive Emotio- nen beim Lesen der Botschaft	Freude über die Möglichkeit, die Betroffenheit redu- zieren zu können und Hoffnung zu schöpfen	optimistische Ge- fühle
Selbstwert	Selbstwerterhö- hung durch sym- pathische Kommu- nikatoren und positive Marke- tingbotschaften	Steigerung der Selbsteffektivität, aktive Rolle des Gestalters der eige- nen gesundheitli- chen Situation	Selbstwahrneh- mung als willens- stark, mutig und effektiv
Sozialer Status	positives soziales Erlebnis während der Vermittlung der Botschaft	Überwindung scheinbar inkom- patibler Rollener- wartungen, Mög- lichkeit der Wiedereingliede- rung in soziales Netzwerk, Vermei- dung von Stigmati- sierung	positive Nebenwir- kungen wie sozia- ler Kontakt, Res- pekt und Bewunderung durch andere
Ressourcen	Hinweise auf kos- tenfreie Mittel zur Minimierung von Risiken	Gewinne durch neue Perspektiven auf die eigene Le- bensführung	Gewinne von Res- ourcen durch neue Kenntnisse und Fähigkeiten

Durch geeignete **Kommunikationsmaßnahmen** kann die verstärkende Wirkung von belohnenden Reizen genutzt werden. Dabei sollten die Art des Kommunikationskanals und der Kommunikator sorgfältig ausgewählt werden. Beispielsweise wird durch sympathische Kommunikatoren die Glaubwürdigkeit einer Botschaft erhöht. Die soziale Akzeptanz der anvisierten Einstellungen und Verhaltensweisen sowie die Übereinstimmung mit Werten und Normen der Zielgruppe sollten betont werden.

Diese Empfehlungen aus der Kommunikatoren-Forschung sind eng verknüpft mit lerntheoretischen Ansätzen wie der klassischen Konditionierung oder dem Modelllernen. Die klassische Konditionierung geht davon aus, dass Menschen lernen, indem sie zwei Reize miteinander assoziieren. Beim Modelllernen (auch Lernen am Modell, Imitationslernen, Beobachtungslernen oder stellvertretendes Lernen genannt) werden durch Beobachtung des Verhaltens Anderer Einstellungen geändert, neue Verhaltensweisen erworben oder Verhaltensmuster geändert.

Der verstärkende Effekt des Modelllernens ist umso wirksamer, je attraktiver das Modell aus Sicht des Beobachters ist und je mehr Ähnlichkeiten der Beobachter zwischen sich selbst und dem Modell wahrnimmt (vgl. Hoffmann et al., 2012). Auch bekannte Sportler/-innen und Künstler/-innen werden in Aufklärungskampagnen häufig als Modelle genutzt. Neurowissenschaftliche Studien belegen, dass bekannte Gesichter nicht nur zum Modelllernen anregen, sondern auch positive Emotionen auslösen, die im Sinne der klassischen Konditionierung auf das beworbene Gesundheitsverhalten übertragen werden (vgl. Fowles, 1996; Scherenberg, 2012).

Beispiel 3.2:

In einer Sensibilisierungskampagne zur Brustkrebs-Prävention (vgl. Abb. 3.3) machen prominente Frauen auf die Wichtigkeit der Früherkennung aufmerksam. Durch die Botschafterinnen (z.B. Frauke Ludowig, Sylvie Meis oder Regina Halmich), die sich zur Brustkrebsvorsorge bekennen, wird betont, dass das anvisierte Verhalten sozial akzeptiert ist. Die Bedrohung durch die Krankheit tritt dabei in den Hintergrund. Vielmehr werden positive Emotionen der Solidarität im Kampf gegen die Krankheit geweckt.



Abb. 3.3: Kampagne zur Brustkrebsvorsorge (Pink Ribbon Deutschland, 2021)



Beispiel 3.3:

In der Kampagne „No Smoking, Please“ wurden international anerkannte Fußballspieler als Botschafter eingesetzt, die als Vorbilder für eine große Zielgruppe gelten und durch ihre Tätigkeit als Sportler hohe Glaubwürdigkeit der Botschaftsinhalte vermitteln können.

Bei der Fußball-WM gilt: „No Smoking, Please“

„No Smoking, Please“ ist die klare Botschaft bei der Fußball Weltmeisterschaft 2006 in Deutschland. Der Schutz der Zuschauer/-innen in den Stadien vor den Gefahren durch Passivrauchen steht dabei im Mittelpunkt. Deshalb hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit zusammen mit dem Organisationskomitee der Fußballweltmeisterschaft 2006 Maßnahmen zum Nichtrauchererschutz in den WM-Stadien entwickelt. Dazu erklärt die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Sabine Bätzing: „Der Gesundheitsschutz der Zuschauer in den Stadien verpflichtet uns zu einem klaren Signal zum Nichtrauchen während der Spiele. Ich bin sicher, dass die Botschaft ‚No Smoking, Please‘ von den nationalen und internationalen Gästen der WM erwartet und auch angenommen wird. Sport verlangt nicht nur Fairness, sondern auch Vorbilder.“ Kernstück der Maßnahmen ist ein WM-TV-Spot, der während der gesamten Weltmeisterschaft zu jedem Spiel mehrmals vor Beginn und in der Halbzeitpause im Infotainment-Programm zu sehen ist. In dem Spot setzen sich namhafte internationale Fußballstars für das Nichtrauchen ein. Prominente Unterstützer sind der Kapitän der deutschen Nationalmannschaft, Michael Ballack, sowie die Nationalspieler Lucio (Brasilien), Roque Santa Cruz (Paraguay) und Owen Hargreaves (England). Hinzu kommen Stadionsdurchsagen, die Plakatierung des Slogans „No Smoking, Please“ in den Tribünenzugängen sowie Anzeigen im offiziellen FIFA WM-Turnierprogramm. Dies alles wird dazu beitragen, dass der Nichtrauchererschutz verbessert wird.

Rauchen und Fußballspielen gehören nicht zusammen

„Sport tut der Gesundheit gut. Rauchen und Fußballspielen gehören einfach nicht zusammen. Deshalb freue ich mich, dass die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zusammen mit dem FIFA WM OK gemeinsam die Aktion ‚No Smoking, Please‘ in den WM-Stadien umsetzen kann“, erklärt die Direktorin der BzgA, Dr. Elisabeth Pott. „Ganz besonders wichtig ist es, dass uns dabei vier Nationalspieler glaubwürdig unterstützen, denn sie haben eine wichtige Vorbildfunktion für weite Teile der Gesellschaft.“ Der Vizepräsident des Organisationskomitees der FIFA Weltmeisterschaft, Wolfgang Niersbach: „Unser Ziel ist es, dass während der WM-Spiele möglichst nicht geraucht wird. Der Appell ‚No Smoking, Please‘ ist der beste Weg, um für Verständnis für das Nichtrauchen zu werben und die Raucher in den Stadien zu erreichen.“ (DOSB, 2006)

Um insbesondere die beschriebenen Abwehrreaktionen zu vermeiden, sollten Maßnahmen zur Steigerung der Motivation für gesundheitsbewusstes Verhalten verschiedene Ebenen anvisieren und gezielt Signale vermitteln und Erlebnisse ermöglichen, die gesundheitsförderliche Verhaltensweisen auf unterschiedlichen Ebenen belohnen.

3.2 Neurowissenschaftliche Erkenntnisse

Auch die Neurowissenschaften liefern Erkenntnisse zur Wirkung von Anreizsystemen. Die Neurowissenschaften beschäftigen sich mit der Struktur und Funktionsweise von Nervensystemen. Unterschiedliche Forschungsbereiche der Medizin, Psychologie und Biologie arbeiten dabei gemeinsam an der Erforschung der biologischen Basis des Bewusstseins und geistiger Vorgänge (vgl. Kandel et al., 1996, S. V). Dabei interessiert u. a.

die Frage, ob sich bestimmte Vorgänge in verschiedenen Gehirnregionen lokalisieren lassen und damit physiologisch spezifizierbar sind und welche Nervenzellen, Gene und Proteine an bestimmten Prozessen beteiligt sind (vgl. Berridge, 2004).

Über bildgebende Verfahren wie die funktionelle Magnetresonanztomografie kann beobachtet werden, welche Regionen des Gehirns bei unterschiedlichen Emotionen und kognitiven Prozessen sowie im Vorfeld unterschiedlicher Verhaltensweisen aktiviert sind. So können Aktivitäten des Gehirns in Zusammenhang gebracht werden mit unbewussten Abläufen vor Entscheidungen sowie mit Reaktionen auf Maßnahmen des Gesundheitsmarketings.

Lange Zeit ging die Motivationspsychologie davon aus, dass bei Entscheidungsprozessen vor allem Verstand und Vernunft einbezogen sind. Aus Sicht der Neurowissenschaften interessiert hingegen, wie stark Entscheidungen auch von Emotionen abhängen (vgl. Hinterhuber, 2012). Neurowissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass nicht nur Regionen des Neokortex, dem Großhirn, aktiv sind, wenn wir uns entscheiden, sondern dass vor allem das limbische System und das Stammhirn aktiviert sind. Diese beiden Bereiche des Gehirns gelten als Sitz der Emotionen und Instinkte. Emotionale Außenreize, die unser Gehirn erreichen, durchlaufen zunächst das limbische System und werden dort unbewusst bewertet, bevor sie handlungsrelevant werden (vgl. Scheffer; Heckhausen, 2006, S. 64 ff.). Das limbische System wird auch als emotionales Gedächtnis bezeichnet. Es ist dafür verantwortlich, Impulse für die emotionale Bewertung von Objekten oder Personen auszulösen, und schafft damit die Grundlage für die Entstehung motivationaler Prozesse. Das Stammhirn dient der Steuerung körperlicher Funktionen wie beispielsweise der Atmung oder des Blutdrucks. Nach oben hin ist das limbische System mit dem Großhirn verbunden, dem Teil des Gehirns, der sich im Laufe der Evolution zuletzt herausgebildet hat. Im Großhirn werden Wissen und Erfahrungen verarbeitet und gespeichert. Es ist zudem dafür verantwortlich, die im limbischen System ausgelösten Emotionen kognitiv zu steuern.

Abbildung 3.4 zeigt eine schematische Darstellung der unterschiedlichen Gehirnbereiche.

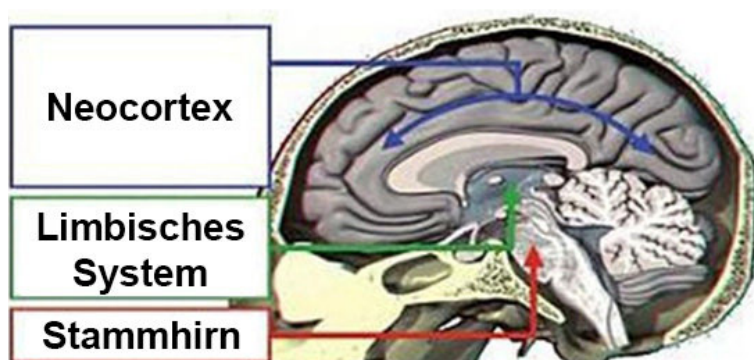


Abb. 3.4: Schematische Darstellung unterschiedlicher Gehirnareale (Häusel, 2012, S. 40)

Aus der neurochemischen Forschung wissen wir, dass Botenstoffe wie Neurohormone oder Neurotransmitter unsere Motive und Emotionen entscheidend mitsteuern. Die Konzentration dieser Nervenbotenstoffe verändert sich außerdem über das Leben hinweg (vgl. Häusel, 2012, S. 29). Aus diesen Ergebnissen der Neurowissenschaften können wertvolle Schlussfolgerungen für die komplexen Bedingungen gesundheitsbewussten

Verhaltens gezogen werden. Ein Beispiel ist die Einteilung von Zielgruppen nach unterschiedlichen limbischen Persönlichkeitstypen, die im Folgenden näher beschrieben wird.

3.2.1 Limbische Persönlichkeitstypen und assoziierte Motive

Das Züricher Modell der sozialen Motivation (vgl. Bischof, 1975; Scherenberg, 2012; Storch, 2003) unterscheidet drei **Motivfelder**, auch Emotionsfelder oder „Big 3“ genannt, die auf unterschiedlichen neurobiologischen und neurochemischen Prozessen im limbischen System beruhen:

- Balance
- Stimulanz
- Dominanz

Diese Felder bestimmen, wie Reize verarbeitet werden und wie die emotionalen Reaktionen des Einzelnen auf neuartige Reize ausfallen (vgl. Häusel, 2005, S. 17).

Balance

Das Motivfeld „Balance“ beschreibt das Bedürfnis nach Sicherheit, Vertrautem und Bindung und damit auch das Bedürfnis nach Fürsorge, Harmonie und Solidarität. Dieses Streben veranlasst Menschen, Gefahren und Unsicherheiten zu vermeiden und nach einer stabilen Gesundheit zu streben (vgl. Häusel, 2012, S. 38). Bezogen auf gesundheitsbewusstes Verhalten motiviert das Streben nach Balance vor allem dazu, die eigene Gesundheit zu bewahren und ein inneres Gleichgewicht herzustellen. Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und der Unfallvermeidung sprechen vor allem dieses Motivfeld an.

Stimulanz

„Stimulanz“ ist das Bedürfnis nach Erregung, Abwechslung und neuen Erlebnissen. Dieses Bedürfnis bringt Menschen dazu, Neues auszuprobieren, sich zu verändern und neugierig zu sein (vgl. Häusel, 2012, S. 40 ff.). Gesundheit wird aus der Perspektive dieses Motivfelds als wesentliche Voraussetzung dafür interpretiert, weiterhin das Leben zu genießen, an spannenden Aktivitäten teilhaben zu können und sich weiterzuentwickeln.

Dominanz

„Dominanz“ ist das Streben nach Autonomie und Abgrenzung, nach Macht, Kontrolle und Status. Durch dieses Motivfeld entwickeln Menschen Energie und überwinden Bequemlichkeiten. Es treibt an, Spitzenleistungen zu vollbringen. Bei starker Ausprägung des Dominanz-Systems gewinnen Statussymbole an Bedeutung. Elitäre Gruppenzusammenschlüsse und die Möglichkeit, eigenes Wissen und Können zu zeigen, sind Ausdruck dieses Motivfelds.



Beispiel 3.4:

Eine Krankenkasse möchte eine möglichst breite Beteiligung an Kursen für gesundheitsbewusstes Kochen erreichen und wendet dazu die Erkenntnisse über unterschiedliche Motivfelder an.

Um gezielt das Motivfeld „Balance“ anzusprechen, wird ein Kurs geplant, der so organisiert ist, dass eine feste Gruppe jeweils gemeinsam einmal pro Woche kocht. So wird der Kurs dem Verlangen nach Gewohnheiten und festen sozialen Gruppen gerecht. Dazu wird ein Werbeplakat entworfen, das ein gemütliches und harmonisches Essen in der Familie darstellt. Als Vorteil des Kurses wird genannt, dass die Teilnehmenden die Gesundheit ihrer Familie verbessern, eine bessere innere Ausgeglichenheit erreichen und Krankheiten vorbeugen können.

Ein Kochkurs, der das Motivfeld „Stimulanz“ anspricht, wird so gestaltet, dass Gerichte aus unterschiedlichen Kulturen ausprobiert werden können. Dazu werden Fotos zu den jeweiligen Kulturen gezeigt, um dem Bedürfnis nach Erregung, Abwechslung und neuen Erlebnissen gerecht zu werden. Das Werbeplakat für diesen Kurs zeigt einen Kletterer, der dank gesunder Ernährung auch im hohen Alter noch aktiv am Leben teilnimmt und neue Abenteuer erlebt.

Um das Motivfeld „Dominanz“ anzusprechen, wird zusätzlich ein Kochkurs ins Leben gerufen, dessen Ziel es ist, am Ende einen Wettbewerb zu gewinnen. Der Kurs findet in einem Nobelrestaurant statt und wird mit einem Plakat beworben, das zeigt, dass gesundes Essen ein Privileg ist (z.B. „Gesundes Essen – weil ich es mir wert bin.“).

Übung 3.3:

Überlegen Sie, wie man das Motivationsmanagement für

- a) den Besuch von Krebsvorsorgeuntersuchungen
- b) die Teilnahme an Sportangeboten

gezielt so gestalten kann, dass die unterschiedlichen Motivfelder Balance, Stimulanz und Dominanz angesprochen werden.



3.2.2 Wirkung belohnender vs. bestrafender Motive

Die vorgestellten Motivfelder treiben unser Verhalten jeweils entsprechend der dargestellten Bedürfnisse an. Dabei unterscheidet Bischof (1975) zwei gegensätzliche Systeme, die die Wirkungsweise der Motivfelder bestimmen. Jedes der Motivfelder verfügt demnach über einen positiven belohnenden und einen negativen bestrafenden Mechanismus. Folglich wird unser Verhalten so gesteuert, dass wir die als negativ bewerteten Konsequenzen vermeiden und positive Konsequenzen unseres Verhaltens anstreben. Auch bei diesen konträren Systemen steuern unterschiedliche Hormone unser Verhalten. Während das positive Belohnungssystem vor allem über Dopamin und Glückshormone, die sogenannten Endorphine, funktioniert und damit positive Gefühle im Gehirn auslöst, verursacht die Straferwartung negative Gefühle und funktioniert überwiegend über die Ausschüttung von Stresshormonen (vgl. Häusel, 2012, S. 47 ff.). Für jedes Motivfeld gibt es damit belohnende und bestrafende antizipierte Gefühle, die motivierend wirken können. Welche dies im Einzelnen sind, sehen Sie in Tab. 3.4.

Tab. 3.4: Belohnungs- und Vermeidungssysteme der Motivfelder (Häusel, 2012, S. 48)

	Balance	Stimulanz	Dominanz
Belohnungssystem	Sicherheitsgefühl	prickelnde Freude	Stolz, Macht
Bestrafungssystem	Unsicherheitsgefühl	Langeweile	Ohnmacht, Wut

**Beispiel 3.5:**

Ein Mensch, dessen Verhalten vor allem vom Motivfeld Balance gesteuert wird, kann sowohl positiv, d.h. belohnend, als auch negativ, d.h. bestrafend, motiviert sein, an einem Yoga-Kurs teilzunehmen. Er kann einerseits die positive Wirkung des Yogas auf seine Ausgeglichenheit anstreben, was ihm mehr Sicherheit und Harmonie verschafft. Andererseits kann er auch deshalb zum Yoga-Kurs gehen, weil er befürchtet, ohne die Teilnahme an dem Kurs berufliche und private Herausforderungen nicht mehr ohne Unsicherheiten und Angst bewältigen zu können.

Ebenso kann das Motivfeld „Stimulanz“ beispielsweise positiv (Freude wegen des aufregenden Gefühls, der Herausforderung und neuer Kletterrouten) oder negativ (Flucht vor der Langeweile) zum Klettern motivieren.

Ein überwiegend durch das Motivfeld „Dominanz“ motivierter Mensch kann belohnend (antizipierter Stolz auf das erreichte Ziel, Macht über den eigenen Körper), aber auch bestrafend (antizipiertes Gefühl des Kontrollverlusts) motiviert sein, regelmäßig in ein Fitnessstudio zu gehen.

Wie stark die einzelnen Motivfelder ausgeprägt sind und wie ein Individuum diese gewichtet, ist u. a. von soziodemografischen Merkmalen abhängig. In einer repräsentativen Untersuchung mit 20.000 Teilnehmenden konnte Häusel zeigen, dass die drei Motivfelder je nach Alter und Geschlecht eines Menschen unterschiedlich stark ausgeprägt sind (vgl. Häusel, 2007). Frauen streben beispielsweise eher nach Sicherheit als Männer. Männer haben hingegen ein größeres Autonomiebedürfnis. Unabhängig vom Geschlecht streben ältere Menschen eher nach Balance als jüngere Menschen (vgl. Scherenberg, 2012, S. 152).

Diese neurowissenschaftlichen Erkenntnisse können gezielt in Prävention und Gesundheitsförderung genutzt werden (vgl. Scherenberg, 2012, S. 152 ff.). Insbesondere wird dadurch eine **zielgruppenorientierte Ansprache** (z.B. Maßnahmen gegen die zunehmende Fettleibigkeit bei Kindern und Jugendlichen; Gefahr des Koma-Trinkens bei männlichen Jugendlichen) erleichtert. Vor allem bei der Ansprache von Risikogruppen sind die neurowissenschaftlichen Erkenntnisse nützlich. Die Zuordnung von Motivfeldern zu besonders gefährdeten Gruppen gibt Aufschluss darüber, welchen individuellen Nutzen die Zielgruppe aus den Maßnahmen ziehen kann, welche Motive angesprochen werden sollten und welchen Verlockungen diese Zielgruppe widerstehen muss, um das intendierte gesundheitsförderliche Verhalten zu zeigen. Darauf aufbauend können Angebote maßgeschneidert werden und Gesundheitskampagnen beispielsweise in Abhängigkeit von Alter oder Geschlecht Anregungen (Stimulanz) oder Ermutigungen (Balance, Dominanz) enthalten (vgl. Scherenberg, 2012, S. 157).

3.2.3 Wirkung von Annäherungs- und Vermeidungszielen

In Kap. 3.2.2 haben Sie die Bedeutung unterschiedlicher Motivfelder für die Wirkung von Anreizsystemen kennengelernt. Einen Einfluss auf die Wirksamkeit von Anreizsystemen haben auch Annäherungs- und Vermeidungsziele, die sich aus dem **Funktionsmodell des psychischen Geschehens** (vgl. Abb. 3.5) ableiten lassen. Dieses von Grawe entwickelte Modell stützt sich auf die Ergebnisse neurowissenschaftlicher Untersuchungen und erklärt auf dieser Grundlage die Wirkung von Anreizsystemen (vgl. Grawe, 1998). Das Modell geht davon aus, dass jeder Mensch vier Grundbedürfnisse hat, die befriedigt werden müssen:

- Kontrollbedürfnis
- Lustgewinn/Unlustvermeidung
- Bindungsbedürfnis
- Selbstwerterhöhung

Im Laufe der Sozialisation entwickeln Individuen eigene und sehr spezielle Ziele und Möglichkeiten, diese Grundbedürfnisse zu erfüllen. Grawe bezeichnet diese Mittel als motivationale Schemata.

Motivationale Schemata sind Möglichkeiten, die ein Individuum im Laufe seines Lebens erwirbt, um seine Grundbedürfnisse zuverlässig erfüllen zu können.



Die motivationalen Schemata lassen sich in **Annäherungsziele** (verbunden mit positiven Emotionen) und **Vermeidungsziele** (verbunden mit negativen Emotionen) untergliedern (vgl. Grosse-Holtforth; Grawe, 2003). Annäherungsziele beziehen sich vor allem auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse. Werden die Grundbedürfnisse nicht erfüllt, bilden sich mit der Zeit Vermeidungsziele aus, die darauf ausgerichtet sind, erneute Enttäuschungen und Verletzungen zu vermeiden und dafür Ausweichstrategien zu suchen.

Beispiel 3.6:

Der Werbespot „Eatkarus“ von EDEKA ist ein Beispiel dafür, wie Annäherungsziele im Bereich der Prävention funktionieren. Eatkarus – in Anlehnung an die Figur Ikarus aus der griechischen Mythologie – befasst sich mit der Geschichte über einen übergewichtigen Jungen, in dessen Heimatstadt nur kugelrunde Menschen leben. Sie essen lediglich eine graue Pampe und sind damit sehr zufrieden. Der kleine Junge „Eatkarus“ möchte hingegen wie ein Vogel fliegen können, merkt aber, dass ihm dies mit seiner Körperfülle nicht gelingt. Er beginnt, wie ein Vogel Beeren zu essen, und bastelt sich aus Pappe und Papier Flügel für seine neuen Flugversuche. Als er das Zimmer wieder verlässt, ist er schlank und wird von den dicken Kleinstadtbewohnern ungläubig angeschaut. Mit den selbstgebastelten Flügeln und der neuen Statur gelingt es ihm schließlich, durch die Lüfte zu fliegen. Am Ende des Spots sieht man den Jungen zufrieden auf einer Wiese liegen und Beeren essen. „Iss wie der, der du sein willst“, lautet die Botschaft des Werbeclips (vgl. Merkur, 2019).



**Beispiel 3.7:**

Die Kampagne „Sweet Kills“ der Diabetes Association of Thailand stellt ein Beispiel für die Darstellung von Vermeidungszielen dar. Sie thematisiert auf künstlerische Weise, wie gefährlich Zucker sein kann und zeigt schockierende Bilder von durch Diabetes verursachten Wunden in Armen und Füßen in Form von Süßigkeiten. Die Kampagne erzeugt Aufmerksamkeit dafür, dass ein übermäßiger Konsum von Zucker nicht nur Zahnschäden und Gewichtsprobleme hervorruft, sondern auch die Selbstheilungskräfte des Körpers zerstört (vgl. Cosmopolitan, 2016).

Einen Überblick zu den verschiedenen Dimensionen von Annäherungs- und Vermeidungszielen gibt Tab. 3.5.

Tab. 3.5: Dimensionen von Annäherungs- und Vermeidungszielen (vgl. Grosse et al., 2004)

Annäherungsziele	Vermeidungsziele
<ul style="list-style-type: none"> • Intimität/Bindung • Geselligkeit • anderen helfen • Hilfe bekommen • Anerkennung/Wertschätzung • überlegen sein/imponieren • Autonomie • Leistung • Bildung/Verstehen • Kontrolle haben • Glauben/Sinn • das Leben auskosten • Selbstvertrauen/Selbstwert • Selbstbelohnung 	<ul style="list-style-type: none"> • Alleinsein/Trennung • Geringschätzung • Erniedrigung • Vorwürfe/Kritik • Abhängigkeit/Autonomieverlust • Spannungen mit anderen • sich verletzbar machen • Hilflosigkeit/Ohnmacht • Versagen



Annäherungsziele zielen auf die Befriedigung von Grundbedürfnissen ab, während Vermeidungsziele aktiviert werden, um Verletzungen bzw. Bedrohungen der Grundbedürfnisse zu verhindern.

Grawe nimmt an, dass im psychischen und neuronalen System des Individuums verschiedene Annäherungs- und Vermeidungsschemata als regulierende Prozesse gleichzeitig ablaufen. Auf der Systemebene werden alle parallel ablaufenden Schemata abgeglichen. Von **Konsistenz** spricht Grawe, wenn ein Individuum seine Grundbedürfnisse als erfüllt sieht. **Inkonsistenz** liegt hingegen vor, wenn ein gesetztes Ziel nicht erreicht werden kann oder wenn unterschiedliche Ziele im Widerspruch zueinander stehen und

sich gegenseitig hemmen. Inkonsistenzen spielen als Stressoren eine wichtige Rolle für die Gesundheit, das Wohlbefinden und das Entstehen von Krankheiten (vgl. Grawe, 1998).

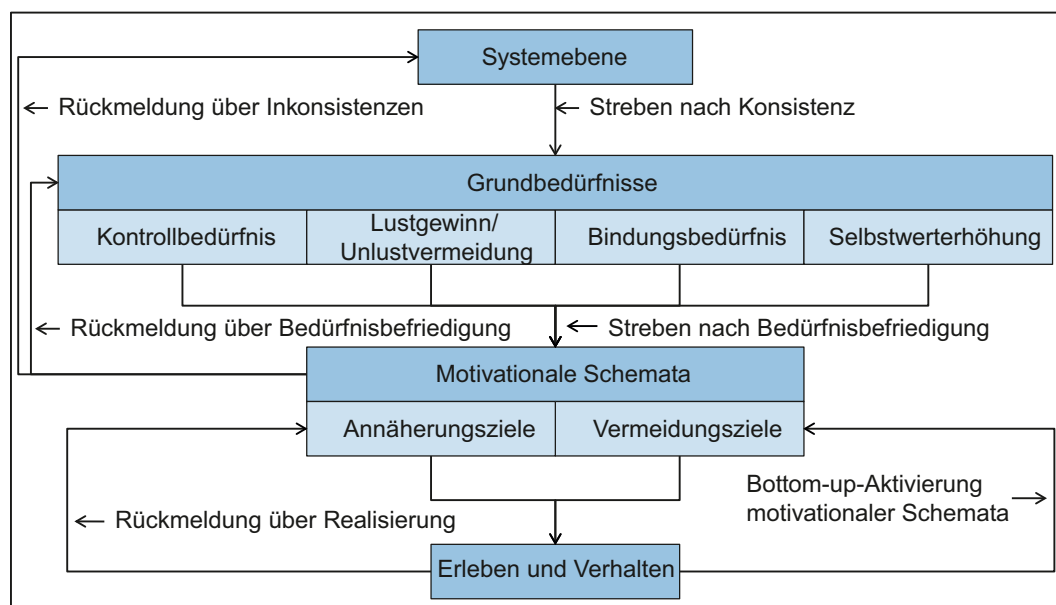


Abb. 3.5: Funktionsmodell des psychischen Geschehens (Grawe, 1998, S. 11)

Schlussfolgerungen für das Motivationsmanagement

Aus dem Modell von Grawe lassen sich hilfreiche Schlussfolgerungen für das Motivationsmanagement im Gesundheitsbereich ableiten. Zunächst sollten die unterschiedlichen Grundbedürfnisse gleichzeitig beachtet werden. Fühlt ein Mensch z.B. durch die negative Darstellung eines dicken Menschen in einer Anzeige für gesunde Ernährung sein Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung nicht erfüllt, so wird er wie oben beschrieben mit Abwehr reagieren und eher Vermeidungsziele aktivieren. Ebenso können Vermeidungsziele aktiviert werden, wenn durch eine zu drängende oder als manipulativ empfundene Kommunikation das Grundbedürfnis nach Kontrolle bedroht ist.

Präventionskampagnen sollten mögliche Annäherungs- und Vermeidungsziele in Bezug auf das intendierte Verhalten vorab identifizieren. Dabei sollten Annäherungsziele wie Geselligkeit, Anerkennung, Autonomie und Selbstvertrauen gezielt angesprochen werden, während Vermeidungsziele wie Alleinsein, Geringschätzung, Erniedrigung, Kritik oder Hilflosigkeit und Versagen nicht aktiviert werden sollten.

Inkonsistenz kann einerseits dadurch vermieden werden, dass Wege aufgezeigt werden, wie in kleinen Schritten persönliche Ziele realisiert werden können. Um zu verhindern, dass verschiedene Ziele sich gegenseitig hemmen, sollten möglichst wenige Ziele gleichzeitig aktiviert und direkte Wege aufgezeigt werden, wie diese Ziele miteinander vereinbar werden. Gesundheitskommunikation sollte es gelingen, neue Wege aufzuzeigen, um Konflikte zu lösen und interne Diskrepanzen aufzulösen. Weiterhin sollte gezeigt werden, wie Vermeidungsziele durch neue Ziele ersetzt werden können.



Beispiel 3.8:

Die Kampagne „Keine Macht den Drogen“ fördert die Gesundheitsvorsorge von Kindern und Jugendlichen durch erfolgreiche Suchtpräventionsarbeit. Mithilfe von Aufklärung, aktiver Freizeitgestaltung und Stärkung der Lebenskompetenzen werden Kinder und Jugendliche in Familien, Freizeiteinrichtungen und Schulen erreicht. Hier erleben die Jugendlichen oft einen inneren Konflikt zwischen dem eigenen Annäherungsziel, Anerkennung bei Gleichaltrigen, und dem Ziel, gesund zu sein und selbstbewusst „nein“ zu sagen. Der gemeinnützige Verein bietet jährlich **Adventure Camps** für Kinder und Jugendliche im Alter von 11 bis 15 Jahren an. Die Camp-Teilnehmer/-innen zelten draußen in der Natur, lernen neue Freunde kennen, überwinden beim Klettern und Outdoor-Training eigene Grenzen, schulen ihre kreativen Fähigkeiten und erfahren spielerisch Wissenswertes zum Thema Suchtprävention. Dadurch werden Selbstbewusstsein und Selbstvertrauen gestärkt, indem Möglichkeiten aufgezeigt werden, wie man in der sozialen Gruppe Vertrauen aufbauen und „auch mal gegen den Strom schwimmen kann“. Soziale Fähigkeiten und die Bereitschaft, anderen zu helfen, werden gefördert. Die Jugendlichen erfahren gleichzeitig, dass der Erfolg einer Aktivität von einer guten Zusammenarbeit und gegenseitigem Vertrauen abhängt.

Im **Leadership Camp** werden Jugendliche zu Junior-Betreuer/-innen ausgebildet, um im Folgejahr das Gelernte bei den Adventure Camps umzusetzen und das Betreuersteam zu unterstützen. Themen wie die Zusammenarbeit in der Gruppe (Team-building), das freie Sprechen sowie verschiedene Organisationsmethoden stehen dabei im Mittelpunkt.

Im Rahmen der Fortbildung **FOBSS** (Fortbildung für Beauftragte für Suchtprävention an Schulen) erfahren Lehrer/-innen, Schul- und Jugendsozialarbeiter/-innen, wie sie Suchtprävention an ihrer Schule wirksam und nachhaltig etablieren können. Außerdem stellt der Verein Informationsmaterialien zum Thema Sucht sowie zu verschiedenen Arten von Suchtmitteln zur Verfügung (kmdd, 2021).

Das Beispiel zeigt, wie Annäherungsziele wie Geselligkeit, Anerkennung, Autonomie und Selbstvertrauen gezielt gestärkt werden, während Vermeidungsziele wie Alleinsein, Geringschätzung, Erniedrigung, Kritik oder Hilflosigkeit und Versagen als kontraproduktiv für das eigene Wohlbefinden dargestellt werden.



Übung 3.4:

Überlegen Sie, wie die in Beispiel 3.8 angesprochenen Annäherungsziele durch die vorgestellte Präventionsmaßnahme aktiviert und wie durch solche Veranstaltungen Inkonsistenzen aufgelöst werden können. Wie können beispielsweise Wege aufgezeigt werden, in kleinen Schritten persönliche Ziele, wie rauchfrei zu sein, zu realisieren? Wie wird den Jugendlichen vermittelt, dass unterschiedliche Ziele miteinander vereinbar sind? Welche Lösungen werden vorgeschlagen, um fehlerhafte Vermeidungsziele durch neue Ziele zu ersetzen?

3.2.4 Wirkung von Furchtappellen vs. Lösungs- und Ressourcenorientierung

Gesundheitskampagnen zielen meist darauf ab, dass die Zielgruppe gewohnte Verhaltensweisen ändert. Hierbei kommen unterschiedliche Strategien zum Einsatz. In vielen Gesundheitskampagnen dominieren angstbetonte Strategien. Die Kommunikation konzentriert sich in diesem Fall stark auf die Defizite und Probleme der Zielgruppe, indem beispielsweise die Gefahren von Risikoverhalten und gesundheitsschädigenden Gewohnheiten betont werden. Damit sollen die Zielgruppen vor den Gefahren bestimmter Verhaltensweisen gewarnt und über die Kommunikation bedrohlicher Szenarien Furcht ausgelöst werden (vgl. Hastall, 2010).

Diese sogenannten **Furchtappelle** lösen den Annahmen der Triebreduktionstheorien (vgl. Dollar; Miller, 1950) zufolge bei den Adressaten und Adressatinnen ein Gefühl der Bedrohung aus. Dieses Gefühl motiviert Menschen dazu, den als unangenehm empfundenen Zustand zu ändern (vgl. Hastall, 2010). Wie sehr die induzierte Furcht wirklich überzeugend ist und zu Verhaltensänderungen führt, ist strittig (vgl. Hastall, 2010).

Die Annahme, je größer der Bedrohungscharakter der Botschaft, desto mehr könnte man durch Furchtappelle Menschen dazu bewegen, umsichtiger mit ihrer Gesundheit umzugehen, hat sich jedoch in zahlreichen Studien als falsch erwiesen (vgl. Gelbrich; Schröder, 2008). Meta-Analysen zur Wirksamkeit von Furchtappellen zeigen, dass der Zusammenhang zwischen der subjektiven Bedrohung und dem darauffolgenden Gesundheitsverhalten schwächer ist als der Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Verwundbarkeit und dem Gesundheitsverhalten. Jedoch sind diese beiden Einflussfaktoren – wahrgenommene Bedrohung und wahrgenommene Verwundbarkeit – relativ unbedeutend im Vergleich zu anderen Einflüssen wie Kosten-Nutzen-Abwägungen (vgl. Hastall, 2010, S. 204).

Kritisch sind Furchtappelle vor allem deshalb zu bewerten, weil mit dieser Methode negative Emotionen ausgelöst und existenzielle Ängste angesprochen werden. Die Zielgruppe wird somit zu angstbetonten Strategien verleitet. Die Mechanismen, die durch Angst ausgelöst werden, sind jedoch meist kontraproduktiv. So zeigen lernpsychologische Studien, dass Angst zu Konzentrationsschwierigkeiten sowie zu Lern- und Schlafproblemen führt (vgl. Fisher et al., 1996). Problematisch ist der Einsatz von Angst provozierenden Maßnahmen auch vor dem Hintergrund, dass zwischen Angst und Drogenkonsum vielfach enge Zusammenhänge nachgewiesen wurden (vgl. Margraf; Schneider, 2003). Wird ein Anreizsystem als zu bedrohlich erlebt, kann dies im schlimmsten Fall zusätzliche gesundheitsschädliche Folgen nach sich ziehen.

Die ausgelöste Furcht wird als emotionale Bedrohung empfunden und führt in vielen Fällen zu Abwehrreaktionen. Dadurch wird jedoch lediglich die Furcht kontrolliert, während die tatsächliche Gefahr nicht im Fokus der Anstrengungen steht (Furchtkontrolle statt Gefahrenkontrolle) (Hastall, 2012, S. 290; vgl. Kap. 3.1.1). Der Terror Management Theory (vgl. Goldenberg; Arndt, 2008) zufolge reagieren Menschen auf die Antizipation ihres eigenen Todes, indem bedrohliche Informationen ins Unterbewusste geschoben werden. Drohungen, die in Zusammenhang mit tödlichen Folgen stehen, können somit besonders starke Bumerangeffekte hervorrufen.

Scherenberg plädiert deshalb dafür, in Kampagnen zur Prävention und Gesundheitsförderung gezielt die **Lösungs-, Ressourcen-, und Kompetenzorientierung** der Zielgruppe zu stärken (vgl. Scherenberg, 2012; Grawe; Grawe-Gerber, 1999). Dabei stehen Hand-

lungsempfehlungen und Kontaktmöglichkeiten im Vordergrund, während die Risikoinformation in den Hintergrund tritt. Wie Reifegerste (2012) in einer Inhaltsanalyse zu Werbetechniken in Präventions- und Gesundheitsförderungsappellen zeigt, arbeiten Präventionsinstitute bisher eher mit Furchtappellen, während Krankenkassen primär einem ressourcenfördernden Ansatz folgen. Dies hängt unmittelbar mit den Themen und der grundsätzlichen Orientierung beider Akteure zusammen. Präventionsinstitute zielen darauf ab, das Auftreten von Krankheiten zu verhindern, indem Risikopersonen frühzeitig identifiziert werden. Sie greifen häufig Risikothemen wie Aids, Rauchen, Drogen oder Unfälle im Straßenverkehr auf. Krankenkassen folgen hingegen dem Ansatz der Gesundheitsförderung. Sie wollen gesundheitsförderliche Ressourcen zur Verfügung stellen. Die relevanten Themen sind positiv belegt (z.B. Kindergesundheit, Bewegung und Ernährung).



Beispiel 3.9:

Ein Beispiel für einen lösungsorientierten Ansatz ist die Kopfkino-Kampagne (vgl. Abb. 3.6). Dabei wird darauf verzichtet, die negativen Seiten der Krankheit darzustellen und abzuschrecken. Um eine möglichst große Zielgruppe zu erreichen, werden unterschiedliche Modelle genutzt, die jeweils sehr unterschiedliche Lebensstile und Altersgruppen repräsentieren. Die Motive der Kampagne versetzen die Betrachterinnen und Betrachter über kurze Fragen gedanklich in Situationen, die bei der Prävention von HIV und anderen STI (sexually transmitted infections) eine Rolle spielen können.



Abb. 3.6: Lösungsorientierte Kampagne gegen HIV und STI (Liebesleben, 2021)

Präventionskampagnen, die eine positive gefühlsmäßige Beteiligung bei einem Individuum auslösen (vgl. Scherenberg, 2012, S. 155), führen dazu, dass die Inhalte mit kreativen und wachstumsorientierten Inhalten im Gehirn verknüpft werden. Dies ermöglicht es, eher lustbezogene Strategien für eine Änderung der eigenen Gewohnheiten anzuwenden. Belastungen und Hindernisse, die durch die Gewohnheitsänderung auftreten, können so besser gemeistert werden. Durch die positive Verknüpfung der Verhaltensänderung mit eigenen Ressourcen und positiven Erfolgserwartungen werden auch eher Annäherungsziele aktiviert (vgl. Grawe; Grosse-Holtforth, 2004; vgl. Kap. 3.2.3).

Zusammenfassung

Kapitel 3 hat Ihnen aufgezeigt, dass von Menschen, je nachdem, wie bedrohlich oder attraktiv eine Botschaft wahrgenommen wird, entweder Abwehrreaktionen auf Anreizsysteme oder aber positive Einstellungen gegenüber dem beworbenen Verhalten zu erwarten sind. Maßgeblich hierfür ist, dass Individuen Informationen über zwei parallel laufende Systeme der Selbstregulation filtern: das Verhaltenshemmsystem und das Verhaltensaktivierungssystem. Um zu verhindern, dass Abwehrreaktionen – wie die Vermeidung des Kontakts mit bedrohlichen Botschaften, Angriffe auf Botschaftsinhalte oder gar gesundheitsschädigendes Verhalten – die Wahrscheinlichkeit der Akzeptanz des Botschaftsinhalts hemmen, sollten mögliche defensive Maßnahmen schon bei der Gestaltung von Anreizsystemen antizipiert und entsprechende Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Insbesondere die in der Gesundheitskommunikation lange Zeit sehr intensiv eingesetzten Furchtappelle werden deshalb zunehmend kritisch diskutiert.

Hinweise, wie sich positive Einstellungen wecken lassen, gibt das Züricher Modell der Motivation, das davon ausgeht, dass die Motivfelder Balance, Stimulanz und Dominanz unser Verhalten antreiben. Gesundheitskampagnen sollten demnach mit belohnenden Reizen arbeiten, die mögliche Gewinne auf körperlicher, emotionaler, kognitiver sowie selbstwert- und ressourcenbezogener Ebene ansprechen.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 3.1 Grenzen Sie das Behavioral Inhibition System (BIS) und das Behavioral Activating System (BAS) voneinander ab.
- 3.2 Welche Arten von Bedrohungen unterscheidet Hastall in Bezug auf das Motivationsmanagement für gesundheitsbewusstes Verhalten?
- 3.3 Erklären Sie den Unterschied zwischen Annäherungs- und Vermeidungszielen.

4 Zielgruppenspezifische Unterschiede in der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten

In diesem Kapitel lernen Sie ausgewählte zielgruppenspezifische Unterschiede der Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten kennen. Anschließend können Sie einschätzen, inwiefern vor allem das Geschlecht die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten beeinflusst, und Konsequenzen für ein geschlechtsspezifisches Motivationsmanagement ableiten. Außerdem können Sie Alter, Bildung und Migrationshintergrund als weitere Zielgruppenmerkmale einordnen.

In diesem Studienheft haben Sie bereits einen umfassenden Überblick der Gestaltung eines wirkungsvollen Motivationsmanagements erhalten. Ein Aspekt, der bisher allerdings noch nicht beleuchtet wurde, ist die Ansprache verschiedener **Zielgruppen**. Es ist einleuchtend, dass sich nicht alle Personen auf die gleiche Weise zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motivieren lassen. So wäre es beispielsweise unvorstellbar, eine/-n langjährige/-n Alkoholiker/-in mit den gleichen Strategien zur Alkoholabstinenz führen zu wollen wie eine/-n Teenager/-in, der/die gern auf Partys mit seinen/ihren Freunden trinkt.

Unterschiedliche Zielgruppen im Motivationsmanagement lassen sich anhand der verschiedensten Variablen identifizieren. Eine wichtige Rolle spielt z.B. der Gesundheitszustand: Gesunde Menschen weisen dem Thema Gesundheit eine andere Relevanz zu, zeigen ein anderes Gesundheitsverhalten und sollten demzufolge auch anders angesprochen werden als chronisch kranke Menschen. Weitere wichtige Faktoren sind das bisherige Gesundheitsverhalten und zahlreiche soziodemografische Variablen. Hierzu zählt etwa das Geschlecht, dessen Bedeutung für das Motivationsmanagement in diesem Kapitel eingehend dargestellt wird. Auch das Alter wird in der Motivationspraxis besonders häufig verwendet, um Märkte zu segmentieren. Alter und Geschlecht sind leicht zu bestimmen, sodass sich Produktgestaltung, Preise und Werbemaßnahmen von Gesundheitskampagnen recht leicht an der definierten Zielgruppe ausrichten lassen. Des Weiteren geht das Kapitel auf die Bildung, den kulturellen Hintergrund sowie Beruf und Einkommen als weitere Segmentierungsvariablen ein, mit denen Zielgruppen unterteilt werden können.

4.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Das Geschlecht stellt eine besonders bedeutsame Segmentierungsvariable dar, da zwischen Männern und Frauen deutliche gesundheitsrelevante Unterschiede existieren, die ein erfolgreiches Motivationsmanagement berücksichtigen sollte. So kann es unter Umständen wirkungsvoller sein, Männern und Frauen mit verschiedenen Argumenten für gesundheitsförderliches Verhalten zu begegnen, als beiden Geschlechtern das gleiche Programm anzubieten.

Zudem verfügt die Variable „Geschlecht“ mit den Kategorien „männlich“ und „weiblich“ über eindeutige Ausprägungen. In der Praxis fällt es relativ leicht, Männer und Frauen voneinander getrennt anzusprechen.

Beispiel 4.1:

So könnte eine Krankenversicherung beispielsweise den Kurs „Rückenschule für Männer“ anbieten oder eine Nichtraucherkampagne im Fernsehen gezielt mit weiblichen Modellen arbeiten.



4.1.1 Unterschiedliche Lebenserwartung

Eine der auffälligsten gesundheitsrelevanten Differenzen zwischen den Geschlechtern besteht in der unterschiedlichen Lebensdauer: Männer haben eine deutlich geringere Lebenserwartung als Frauen. In Deutschland beträgt die Lebenserwartung für weibliche Neugeborene derzeit etwa 83 Jahre, für männliche Neugeborene etwa 79 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021). Im Vergleich zum Ende des 19. Jahrhunderts ist die Lebenserwartung in höherem Alter stark gestiegen. 65-jährige Männer hatten damals durchschnittlich noch 10 Jahre zu leben; heutzutage sind es noch etwa 18 Jahre. Bei den Frauen waren es früher ebenfalls noch 10 Jahre; heutzutage leben 65-jährige Frauen im Durchschnitt noch 21 Jahre (vgl. Statistisches Bundesamt, 2021). Hauptsächliche Ursachen für die niedrigere Lebenserwartung von Männern sind die häufigere Säuglingssterblichkeit sowie ihre höhere Erkrankungsvulnerabilität, also ihre höhere Anfälligkeit für Erkrankungen (vgl. Merbach; Brähler, 2004). Diese ergibt sich teilweise aus ihrem fahrlässigeren Gesundheitsverhalten; dazu erfahren Sie mehr in Kap. 4.1.3.

4.1.2 Unterschiede bei Erkrankungen

Männer und Frauen werden nicht nur unterschiedlich alt, sondern sie erkranken und sterben auch an unterschiedlichen Krankheiten. Zum einen existieren zahlreiche Erkrankungsmuster, die aufgrund bestimmter anatomischer Merkmale nur bei einem Geschlecht auftreten können. Hierzu zählen beispielsweise Gebärmutterhals- und Eierstockkrebs bei Frauen sowie Prostata- und Hodenkrebs bei Männern.

Unterschiede existieren aber auch bezüglich Erkrankungen, die beide Geschlechter treffen können. So erleiden beispielsweise in allen Altersgruppen prozentual mehr Männer als Frauen einen Herzinfarkt. Für Frauen enden diese allerdings häufiger tödlich (vgl. DGK, 2016). Bei Schlaganfällen liegt das gleiche Muster vor: Sie treten bei Männern deutlich häufiger auf. Auffällig ist in diesem Zusammenhang auch, dass Frauen zum Zeitpunkt eines Schlaganfalls durchschnittlich fünf Jahre älter sind als Männer (vgl. Schröder et al., 2008). Männer sterben deutlich häufiger an Erkrankungen der Leber, was auf ihren höheren Alkoholkonsum zurückgeführt wird (vgl. Dierks, 2008). Bei Frauen hingegen werden häufiger Depressionen diagnostiziert und behandelt (vgl. Thieme, 2021).

Übung 4.1:

Gibt es weitere Krankheitsbilder, die sich in Häufigkeit und Verlauf bei Frauen und Männern deutlich voneinander unterscheiden? Recherchieren Sie im Internet.



4.1.3 Unterschiedliche gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensweisen

Männer und Frauen unterscheiden sich nicht nur in ihren Krankheitsbildern, sondern sie haben auch abweichende Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit und nehmen ihren Gesundheitszustand unterschiedlich wahr. Im Allgemeinen ist Gesundheit für Frauen ein signifikant wichtigeres Thema als für Männer. Sie nehmen gesundheitsbezogene Themen differenzierter wahr, fühlen sich stärker davon betroffen und setzen sich demzufolge auch intensiver damit auseinander (vgl. Gamper et al., 2020).

Für Männer ist gesund zu sein häufig mit der Abwesenheit von Krankheiten sowie mit Leistungsfähigkeit gleichbedeutend. Für sie sind eher körperliche Aspekte der Gesundheit relevant. Frauen hingegen verstehen Gesundheit eher auf einer psychischen Ebene, d. h., sie verbinden gesund sein mit seelischem Wohlbefinden (vgl. Gamper et al., 2020).



Beispiel 4.2:

Sowohl Frau S. als auch Herr B. haben stressige Jobs. Beide machen sehr viele Überstunden und haben kaum Zeit für ihre Familien, ohne jedoch von ihrer Chefin dafür Anerkennung zu erhalten. Daher fällt es ihnen bei der Arbeit zunehmend schwer, sich zu konzentrieren, und ihre Motivation nimmt immer weiter ab. Frau S. ist aufgrund dieses Zustands sehr besorgt. Sie meint, ein drohendes Burn-out zu erkennen, und fühlt sich aufgrund ihres schlechten psychischen Zustandes krank. Herr B. hingegen würde sich nicht als krank bezeichnen – schließlich hat er keine Schmerzen und erkältet war er auch schon lange nicht mehr.

Fragt man Frauen und Männer nach den wichtigsten Faktoren, die ihrer Meinung nach einen Einfluss auf die persönliche Gesundheit ausüben, so geben sie unterschiedliche Antworten. Für Frauen sind eine gesunde Ernährung sowie psychische Faktoren die zentralen Einflussgrößen. Sie neigen zu einer psychosozialen Ursachenattribution von Krankheiten, d. h., sie führen Erkrankungen vor allem auf psychische und soziale Umstände zurück. Männer hingegen glauben, dass viel Sport und die Vermeidung von Risikoverhalten die Gesundheit am stärksten fördern. Als Ursachen für Erkrankungen nennen sie häufig ihr bisheriges Gesundheitsverhalten. Sie sehen sich somit stärker als Frauen in der Eigenverantwortung (vgl. Merbach; Brähler, 2004).

Auch in der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes bestehen zwischen Frauen und Männern deutliche Unterschiede. Männer schätzen ihren Gesundheitszustand positiver ein und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Sie geben an, weniger körperliche Beschwerden zu haben, und sehen sich im Alltagsleben weniger durch ihren Gesundheitszustand beeinträchtigt. Männer schätzen sich außerdem als weniger krankheitsanfällig ein als Frauen (vgl. Stürzer; Cornelißen, 2005). Ein Grund für dieses Phänomen könnte im sogenannten Kohärenzgefühl liegen. Nach dem Modell der Salutogenese nach Aaron Antonovsky (1997) ist das Kohärenzgefühl eine wichtige Bewältigungsressource, die widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht. Es beschreibt ein inneres Einstellungsmuster, das Menschen befähigt, hinsichtlich dreier verschiedener Aspekte ein Vertrauen in die sie umgebende Welt zu entwickeln: Erstens nehmen Personen mit einem hohen Kohärenzgefühl ihre Umwelt und die mit ihr einhergehenden Anforderungen an sich selbst als klar strukturiert und nachvollziehbar wahr – sie entwickeln ein Gefühl der Verstehbarkeit. Zweitens vertrauen sie darauf, dass sie diesen Anforderungen mit den ihnen zur Verfügung stehenden Ressourcen gerecht werden können, dies bezeichnet Antonovsky als Gefühl der „Bewältigbarkeit“. Und drit-

tens sind sie davon überzeugt, dass das eigene Leben bedeutsam ist und ihr Engagement verdient – sie haben das Gefühl der Sinnhaftigkeit (Jork, 2003, S. 18). Untersuchungen zeigen, dass Männer über ein höheres Kohärenzgefühl als Frauen verfügen.

Diese geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich gesundheitsbezogener Wahrnehmung spiegeln sich auch im Gesundheitsverhalten wider. Da die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes einen großen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen hat, ist es nicht verwunderlich, dass Frauen sich i. A. gesundheitsbewusster verhalten als Männer (vgl. Klein, 2007).

Männer gehen bei den meisten Krankheitssymptomen seltener zum Arzt/zur Ärztin als Frauen. Vor allem bei Schmerzen im Unterleib, andauernder Traurigkeit, Schmerzen in der Brust, chronischem Husten, Blut im Stuhl oder Angstzuständen suchen Frauen i. d. R. schnell einen Arzt/eine Ärztin auf, während Männer annehmen, dass sich diese Gesundheitsprobleme von allein legen werden (vgl. Merbach; Brähler, 2004).

Dass Männer weniger auf ihre Gesundheit achten, äußert sich außerdem darin, dass sie sich häufiger gesundheitsschädlich verhalten als Frauen. Beispielsweise trinken Männer mehr Alkohol. Sowohl Alkoholmissbrauch mit knapp 5 % (vs. 1,5 % bei Frauen) als auch Alkoholabhängigkeit mit 5 % (vs. 2 % bei Frauen) ist bei Männern deutlich häufiger vorzufinden (vgl. Pabst et al., 2013). Ein ähnliches Muster ergibt sich hinsichtlich des Zigarettenkonsums: Männer rauchen mit 26 % häufiger als Frauen, die zu 20 % rauchen (vgl. Seitz et al., 2019). Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich auch im Ernährungsverhalten und den Lebensmittelppräferenzen. Während Frauen eher auf eine ausgewogene Ernährung achten und mehr Obst und Gemüse konsumieren, verzehren Männer mehr Fleisch und fetthaltige Lebensmittel (vgl. BMEL, 2008b). Diese Lebensmittelppräferenzen sowie die geringe Auseinandersetzung mit dem eigenen Ernährungsverhalten können auch für den unterschiedlichen Anteil der Übergewichtigen in Deutschland relevant sein. Dieser beträgt bei Männern 67 % und bei Frauen 53 % (vgl. RKI, 2015a).

Das stärkere Risikoverhalten von Männern zeigt sich auch im Straßenverkehr. So legen nur 83 % der Männer innerhalb geschlossener Ortschaften einen Sicherheitsgurt an (87 % auf Landstraßen), während 87 % der Frauen dieses Verhalten zeigen (90 % auf Landstraßen) (vgl. Kramer, 2006). Hinzu kommt, dass Männer einen waghalsigeren Fahrstil haben, was insgesamt dazu führt, dass Verkehrsunfälle für Männer zwei bis dreimal häufiger tödlich enden als für Frauen. Davon sind insbesondere jüngere Personen im Alter von 15 bis 25 Jahren betroffen (vgl. Merbach; Brähler, 2004).

Die einzige Abweichung von diesem Muster stellt die sportliche Betätigung dar: Männer treiben signifikant häufiger Sport als Frauen. Allerdings bevorzugen Männer auch risikoreichere Sportarten und erleiden dabei mehr Unfälle (vgl. Klein, 2007).

Unterschiede zeigen sich auch in der Intention zur Verhaltensänderung: Frauen versuchen öfter, ihr Gewicht bzw. ihre Essgewohnheiten zu ändern. Männer hingegen bemühen sich eher, mehr Sport zu machen. Sie unternehmen außerdem mehr Versuche, ihren Alkohol- und Zigarettenkonsum zu reduzieren, was aber auch damit zusammenhängt, dass diese Risikoverhaltensweisen unter Männern wie beschrieben weiter verbreitet sind als bei Frauen (vgl. Klein, 2007).

Ein weiterer Indikator für das unterschiedliche Gesundheitsverhalten von weiblichen und männlichen Personen ist die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen. Für die Wahrnehmung von Angeboten der Primärprävention (also solchen Maßnahmen, die die Ent-

stehung von Krankheiten im Vorhinein verhindern sollen) liegen nur wenige geschlechtsspezifische Daten vor. Mehr Informationen gibt es zur Teilnahme an Maßnahmen der Sekundärprävention, die der Früherkennung von Krankheiten dienen (vgl. Merbach; Brähler, 2004). Hier zeigt sich, dass immer mehr Frauen die gesetzlichen Leistungen zur Früherkennung in Anspruch nehmen, bei Männern ist dies weitaus seltener der Fall. Deutlich mehr Frauen (84 %) als Männer (66 %) haben schon einmal an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung ihrer gesetzlichen Krankenkasse teilgenommen. 66 % der Frauen und 40 % der Männer gaben an, regelmäßig eine solche Untersuchung in Anspruch zu nehmen (vgl. RKI, 2006).



Übung 4.2:

Denken Sie an Beispiele aus Ihrem Familien- und Freundeskreis: Welche Anstrengungen unternehmen Ihre Bezugspersonen, um ihre Gesundheit zu verbessern? Wie stark ist die Bereitschaft zur Wahrnehmung von Angeboten der Prävention? Gibt es deutliche Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Personen?

Aber worauf sind diese teilweise gravierenden Differenzen zurückzuführen? In der Literatur werden verschiedene Gründe für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede in Gesundheitswahrnehmung und -verhalten diskutiert. Vorherrschend sind ein biologischer und ein sozialwissenschaftlicher Ansatz.

Der **biologische Ansatz** geht davon aus, dass bestimmte Persönlichkeitsmerkmale an das biologische bzw. anatomische Geschlecht gebunden sind. Dieses wird in der Literatur als **Sex** bezeichnet (vgl. RKI, 2014). So ist beispielsweise erwiesen, dass einige Gehirnbereiche bei weiblichen und männlichen Personen unterschiedlich aufgebaut sind. Dies macht Frauen u. a. emotionaler und Männer aggressiver. Daneben wird auch die Wirkung von geschlechtsspezifischen Hormonen diskutiert. So könnte Testosteron z. B. das riskantere Fahrverhalten bei Männern erklären, während die geringere Anfälligkeit der Frauen für kardiovaskuläre Erkrankungen auf Östrogene zurückgeführt werden kann (vgl. Klein, 2007; Merbach; Brähler, 2004).

Der **sozialwissenschaftliche Ansatz** hingegen erklärt die Unterschiede in der Gesundheitsmotivation über Geschlechterrollen und -stereotype. Die zentrale Erklärungsgröße ist hier das soziale Geschlecht, das als **Gender** bezeichnet wird. Männern werden hier eher dominante, rationale Züge zugeschrieben: Sie wurden traditionell dazu ermutigt, aggressiv zu handeln, unabhängig zu sein und stark ihre Meinung zu vertreten. Mit Frauen hingegen werden traditionell Eigenschaften wie Wärme, Emotionalität und die Sorge um andere Menschen assoziiert (vgl. RKI, 2014). Hiermit ließe sich beispielsweise begründen, warum Frauen das medizinische System häufiger beanspruchen: Ihnen droht kein Autoritätsverlust, wenn sie andere Menschen (Ärzte/Ärztinnen) um Rat fragen oder wenn sie frei ihre körperlichen oder seelischen Beschwerden äußern. Da ihnen nach traditionellem Rollenverständnis zudem die Aufgabe zukommt, sich um die Familie und deren Gesundheit zu kümmern, sind es häufig Frauen, die stellvertretend für die Familie den Kontakt mit dem Gesundheitssystem halten. Es könnte sein, dass sie in diesem Zusammenhang auch stärker für gesundheitliche Themen sensibilisiert werden und demzufolge bei Beschwerden aufmerksamer sind und schneller reagieren als Männer (vgl. Merbach; Brähler, 2004).

Auch das Züricher Modell der sozialen Motivation (vgl. Kap. 3.2.1), das die drei Motivfelder Balance, Stimulanz und Dominanz unterscheidet, kann herangezogen werden, um die geschlechtsspezifischen Unterschiede im Gesundheitsverhalten zu erklären. Häusel konnte in einer repräsentativen Untersuchung belegen, dass die drei Motivfelder bei Männern und Frauen unterschiedlich stark ausgeprägt sind (vgl. Häusel, 2007). Frauen streben beispielsweise eher nach Balance als Männer. Da ihnen Sicherheit sehr wichtig ist, tun sie auch im Gesundheitsbereich alles dafür, um sich sicher zu fühlen und ihre Gesundheit zu schützen.

Übung 4.3:

Die Studie von Häusel (2007) zeigt außerdem, dass Männer ein größeres Bedürfnis nach Dominanz und Autonomie haben als Frauen. Welche Besonderheiten des männlichen Gesundheitsverhaltens könnten mit dem Bedürfnis nach Dominanz und Autonomie erklärt werden?



Sowohl die biologische als auch die soziale Perspektive sind jedoch sehr statisch und vermögen nicht, zusätzliche interindividuelle Unterschiede zu erklären. Geschlechterunterschiede sollten daher aus biopsychosozialer Perspektive betrachtet werden (vgl. Merbach; Brähler, 2004): Neben anatomischen, genetischen und hormonellen Faktoren auf der einen Seite sowie Geschlechterstereotypen auf der anderen Seite sollten hierbei auch zusätzliche Persönlichkeitseigenschaften berücksichtigt werden. Auch weitere soziale Merkmale wie das Alter oder die soziale Lage sind neben dem Geschlecht wichtige Erklärungsfaktoren für das Gesundheitsverhalten.

4.1.4 Geschlechtsspezifisches Motivationsmanagement

Unabhängig von den Ursachen einer unterschiedlichen Gesundheitsmotivation der Geschlechter hat das Motivationsmanagement die Aufgabe, diese Unterschiede zu berücksichtigen. In der Praxis finden geschlechtsspezifische Aspekte bei der Gestaltung von Programmen zur Gesundheitsförderung jedoch noch relativ selten Berücksichtigung (vgl. Merbach; Brähler, 2004). Während das Alter in Präventionsprogrammen eine große Rolle spielt – es gibt spezielle Programme für Kinder, Jugendliche, junge Erwachsene, ältere Erwachsene und Senioren/Seniorinnen – existieren verhältnismäßig wenige Maßnahmen, die sich speziell an Frauen oder speziell an Männer wenden. Eine Ausnahme sind Krankheitsbilder, die nur eines der beiden Geschlechter betreffen. So existieren z.B. viele Kampagnen, die junge Mädchen zur Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs motivieren sollen.

Im vorherigen Unterkapitel wurde deutlich, dass Frauen Gesundheit mehr Bedeutung beimessen als Männer und sich auch mehr mit gesundheitsbezogenen Themen auseinandersetzen. Des Weiteren klagen sie häufiger über körperliche und seelische Gesundheitsprobleme. Aus diesen Gründen dürften weibliche Personen einfacher für Maßnahmen der Gesundheitsförderung erreichbar sein. Da sie ihren Gesundheitszustand in hohem Maße mit Aspekten der Ernährung und der psychischen Gesundheit in Verbindung bringen, ist zu vermuten, dass sie für gesundheitsförderliche Maßnahmen aus diesen Bereichen besonders empfänglich sind.

Männer hingegen schätzen sich subjektiv als gesünder ein und messen dem Thema Gesundheit eine eher geringe Bedeutung zu. Daher sind sie im Allgemeinen schwieriger zur Teilnahme an Programmen der Gesundheitsförderung zu bewegen. Eine Ausnahme dürften Sport- und Bewegungsprogramme darstellen, da der körperliche Aspekt sowie der Leistungsgedanke elementar für das männliche Verständnis von Gesundheit sind.

Die Herausforderung liegt also insbesondere darin, mehr Männer für die Teilnahme an Präventionsmaßnahmen zu gewinnen. Dies ist insbesondere deshalb wichtig, weil sie vermehrt zu Risikoverhalten neigen. Männer sollten folglich in stärkerem Maße dazu bewegt werden, ihr bisheriges Rauch-, Trink-, Ernährungs- und Fahrverhalten zu reflektieren. Auch ist es eine größere Herausforderung für das Motivationsmanagement, Männer zur Teilnahme an Früherkennungsmaßnahmen zu motivieren. Dies könnte beispielsweise gelingen, indem Männer über ihre körperliche und geistige Leistung angesprochen werden. Eine der wenigen Kampagnen, die sich speziell an Männer wendet, stammt vom Landesverband der Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg.



Beispiel 4.3:

Der BKK Landesverband Baden-Württemberg hat eine Kampagne entwickelt, die das Gesundheitsverhalten von Männern positiv beeinflussen soll. Konkret sollen sie dazu ermutigt werden, Maßnahmen der Primär- und Sekundärprävention in Anspruch zu nehmen. Mit dem Slogan „Echte Männer sind Checker!“ (vgl. Abb. 4.1) möchte die BKK Männer für Früherkennungs-, Vorsorge- und Präventionsmaßnahmen sensibilisieren und „den vermeintlichen Widerspruch zwischen Männlichkeit und eigenverantwortlicher Gesundheitsvorsorge aufheben.“ (BKK, 2021) Die Ansprache der männlichen Zielgruppe erfolgt über Öffentlichkeitsarbeit sowie über Informationsveranstaltungen in Betrieben. Botschafter der Präventionskampagne ist der ehemalige Fußballprofi und dreimalige Deutsche Meister mit dem Hamburger SV, Jimmy Hartwig, der im Laufe seines Lebens selbst dreimal an Krebs erkrankte.



Abb. 4.1: Plakat aus der Kampagne „Echte Männer sind Checker“ (BKK, 2021)

Andere Präventionskampagnen adressieren zwar beide Geschlechter, jedoch auf unterschiedliche Art und Weise. Sie sprechen die geschlechtsspezifischen Motive, die hinter einem Risikoverhalten liegen könnten, gezielt an und versuchen so, speziell über die Identität als Frau oder Mann einen Zugang zu den Zielpersonen zu finden.

Beispiel 4.4:

Die Alkoholpräventionskampagne „Kenn dein Limit“ der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die sich speziell an Jugendliche richtet, liefert auf ihrer Homepage Informationen dazu, wie beide Geschlechter mit Alkohol umgehen und wie dies in der Gesellschaft bewertet wird. So gibt sie jungen Frauen den Tipp, sich hinsichtlich des Alkoholkonsums nicht an ihren männlichen Altersgenossen zu orientieren und nicht zu versuchen, mit diesen mitzuhalten, da Männer aufgrund der unterschiedlichen körperlichen Statur mehr „vertragen“ können. Jungen Männern hingegen verdeutlicht die Kampagne, dass Alkoholkonsum nichts mit „Männlichkeit“ zu tun hat. Ihnen wird geraten, sich durch Gruppenzwang nicht vorschreiben zu lassen, wie viel sie trinken sollen, und nach Alkoholkonsum die Hände vom Steuer zu lassen (vgl. BzGA, 2014).

**Übung 4.4:**

Entwerfen Sie eine Nichtraucherkampagne, die sich separat an Männer und an Frauen wendet. Über Plakate und TV-Spots sollen beide Geschlechter unabhängig voneinander dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören. Mit welchen Argumenten gelingt es Ihnen, die Zielgruppen jeweils zu überzeugen? An welche Motive könnten Sie appellieren?



Bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Programme, die speziell für Männer oder Frauen konzipiert werden oder die beide Geschlechter auf unterschiedliche Weise ansprechen, sollte jedoch beachtet werden, dass das Geschlecht nur eine von zahlreichen relevanten Zielgruppenmerkmalen darstellt. Es gilt, jeweils die gesamte Situation zu beachten und weitere Segmentierungsvariablen zu berücksichtigen.

4.2 Altersspezifische Unterschiede

Das Alter ist eine Segmentierungsvariable, die im gesundheitsbezogenen Motivationsmanagement sehr häufig Anwendung findet. Hierbei werden klassischerweise die vier Lebensphasen Kindheit, Jugendalter, Erwachsenenalter und ältere Menschen unterschieden. In diesen Lebensabschnitten spielt Gesundheit eine unterschiedliche Rolle und verschiedene gesundheitliche Probleme stehen im Fokus. Studien zeigen, dass beispielsweise im gesunden Ernährungsverhalten das Gesundheitsbewusstsein und damit die Ernährungsqualität mit zunehmendem Alter steigen (vgl. Thiele et al., 2004).

Die **Kindheit** stellt eine entscheidende Phase für die Entwicklung eines gesunden Lebensstils dar. Eine Person, der eine gesunde Lebensweise bereits als Kind vermittelt wurde, wird diese mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ihr ganzes Leben hindurch beibehalten als jemand, der sich diese Verhaltensweisen erst im Erwachsenenalter aneignen muss (vgl. Reifegerste; Oppat, 2010). Da kleine Kinder noch nicht in der Lage sind, die Folgen bestimmter Gesundheitsverhaltensweisen einzuschätzen, und zudem nur geringe Einflussmöglichkeiten auf ihre Umwelt besitzen, nehmen Eltern, Erzieher/-innen und Lehrer/-innen hier eine Schlüsselfunktion ein. Aus diesem Grund ist es wichtig, das Elternhaus, den Kindergarten oder die Schule beim Motivationsmanagement für an Kinder gerichtete Gesundheitsförderungsprojekte direkt anzusprechen.

Im **Jugendalter** ist die Motivation zu gesundheitsbewusstem Verhalten am geringsten ausgeprägt. Typisch für diese Altersgruppe ist Risikoverhalten in Form von z.B. Alkohol- und Drogenmissbrauch, ungeschütztem Sonnenbaden oder riskantem Verhalten im Straßenverkehr. Dieses ist häufig mit dem Wunsch nach sozialer Anerkennung unter Gleichaltrigen verbunden (vgl. Pinquart, 2020). Jugendliche und junge Erwachsene neigen dazu, neue Verhaltensweisen auszuprobieren, und zeigen ein erhöhtes Risikoverhalten (vgl. Schlack et al., 2008). Aufgabe des Motivationsmanagements ist es daher, den Jugendlichen nicht mit erhobenem Zeigefinger zu begegnen, sondern ihnen gesundheitsschonende Alternativen aufzuzeigen, mit denen sie diese Anerkennung ebenfalls erreichen können. So könnte beispielsweise eine Kampagne Jugendlichen vermitteln, dass sie nicht nur durch Alkoholkonsum, sondern auch durch das Ausüben einer angesagten Sportart im Ansehen ihrer Altersgenossen steigen können (vgl. Reifegerste, 2012).

Im **Erwachsenenalter** ändert sich das Gesundheitsbewusstsein maßgeblich (vgl. Laaksonen et al., 2003) und die Gesundheitsmotivation ist stärker ausgeprägt als bei Kindern und Jugendlichen. Dies liegt einerseits darin begründet, dass sich in dieser Lebensphase häufig die ersten gesundheitlichen Einschränkungen bemerkbar machen (vgl. Faltermaier, 2017). Andererseits erkennen die Menschen in diesem Alter, dass sich gezielte und geplante Verhaltensänderungen positiv auf ihre Gesundheit auswirken (vgl. Hoffmann; Schlicht, 2010). Aufgrund ihrer Beanspruchung durch Familie und Beruf haben Erwachsene allerdings nur wenig Zeit, um sich für ihre Gesundheit zu engagieren. Trotz des steigenden Gesundheitsbewusstseins zeichnet sich die Ernährung z.B. durch eine Überversorgung mit Fett und Zucker aus. Berufstätige nehmen sich zu wenig Zeit zum Kochen und Essen und konsumieren oft ungesunde Lebensmittel. Nicht-Berufstätige konsumieren hingegen ungesunde Lebensmittel aufgrund ihres niedrigeren sozioökonomischen Status (vgl. Darmon; Drewnowski, 2008). Für das gesundheitsbezogene Motivationsmanagement gilt es daher, zum einen flexibel nutzbare Angebote bereitzustellen, damit ein Engagement der Betroffenen nicht an Zeitmangel scheitert. Zum anderen müssen bezahlbare Gesundheitsangebote für Menschen mit geringerem Einkommen entwickelt werden.

Da **Senioren und Seniorinnen** am häufigsten mit gesundheitlichen Problemen zu kämpfen haben, sind das Gesundheitsbewusstsein und die Gesundheitsmotivation in dieser Altersgruppe am deutlichsten ausgeprägt. Hinzu kommt, dass ältere Personen nach dem Wegfall der beruflichen Aktivität über relativ viel Zeit verfügen, die sie bereit sind, in ihre Gesundheit zu investieren (vgl. Faltermaier, 2017). Dagegen schreitet gemäß der Defizit-Theorie der körperliche und geistige Abbau voran (vgl. John; Cole, 1986), infolgedessen das Risiko einer unangemessenen Ernährung und Bewegung steigt (vgl. Volkert, 2005). Das Motivationsmanagement sollte sich also darauf konzentrieren, den Senioren die richtigen Informationen auf altersgerechte Weise zu vermitteln. Dazu gehört z.B. die Wahl adäquater Informationskanäle oder auch die leserliche Gestaltung der Informationsmaterialien.

4.3 Weitere Segmentierungsvariablen

Neben Geschlecht und Alter stellen Bildung, kultureller Hintergrund sowie Beruf und Einkommen die bedeutendsten Variablen zur Zielgruppensegmentierung im Gesundheitsmanagement dar.

4.3.1 Bildung

Der Bildungsgrad stellt eine relevante Einflussgröße auf die Gesundheit dar. Höher gebildete Personen haben zumeist einen besseren Gesundheitszustand und werden auch älter als Personen mit einem geringeren Bildungsgrad. Personen mit einem höheren Bildungsniveau besitzen z.B. nachweislich ein besseres Wissen über die Bestandteile gesunder Ernährung (vgl. Dynesen et al., 2003; Hulsdorf et al., 2003). Sie leiden seltener unter Bewegungsmangel und unter Herz-Kreislauf-Erkrankungen, rauchen weniger und haben seltener Diabetes. Wie in anderen Industrieländern besteht auch in Deutschland ein positiver Zusammenhang zwischen Körpergewicht und Bildungsstand einer Person. Menschen mit einem Real-, Fachhochschul- oder Hochschulabschluss zählen weniger häufig zu den Übergewichtigen und Fettleibigen als Personen mit einem Hauptschulabschluss (vgl. BMEL, 2008a).

Dies hängt zum einen damit zusammen, dass ein niedriger oder nicht vorhandener Bildungsabschluss i. d. R. zu einem Beruf mit relativ niedrigem Einkommen oder auch in die Arbeitslosigkeit führt. Sozioökonomisch schlechter gestellte Menschen leben häufiger in Vierteln ohne Grünflächen und Freizeitmöglichkeiten und können nur wenig Geld für Mitgliedschaften in Sportvereinen, gesundes Essen oder medizinische Zusatzleistungen ausgeben. Des Weiteren sind gering gebildete Personen oft gezwungen, einen Arbeitsplatz anzunehmen, der mit höheren gesundheitlichen Belastungen und Risiken verbunden ist (vgl. Mielck et al., 2012).

Zum anderen verfügen weniger gebildete Personen häufig nur über unzureichendes Wissen darüber, was einen gesunden Lebensstil ausmacht (vgl. Mielck et al., 2012). An diesem Punkt sollte ein wirkungsvolles Motivationsmanagement ansetzen: Wichtig ist, auch Menschen aus bildungsfernen Schichten nachvollziehbar zu vermitteln, welche Verhaltensweisen gesundheitsschädlich und welche gesundheitsförderlich sind.

Besonders geeignet ist hier der von der Weltgesundheitsorganisation geprägte **Setting-Ansatz**. Als Settings werden umgrenzte und überschaubare soziale Systeme bezeichnet, die einen starken Einfluss auf die Gesundheit ausüben und in denen gleichzeitig die Bedingungen von Gesundheit gestaltet und beeinflusst werden können (vgl. GKV Spitzenverband, 2010). Beispiele für solche Settings sind etwa Kommunen oder Stadtteile, Kindergärten, Kindertagesstätten, Schulen, Senioreneinrichtungen oder auch Betriebe. Ein entscheidender Vorteil dieses Ansatzes ist, dass sozial Benachteiligte, die über individuelle Maßnahmen der Gesundheitsförderung nur schwer angesprochen werden können, auf diese Weise relativ leicht zu erreichen sind (vgl. GKV-Spitzenverband, 2010). Durch die aktive Teilhabe aller am sozialen System Beteiligten steigt die Motivation Einzelner, Änderungsprozesse hin zu einem gesundheitsbewussteren Verhalten und gesundheitsförderlichen Rahmenbedingungen zu unterstützen.

4.3.2 Kultureller Hintergrund

Auch die kulturellen Wurzeln eines Menschen können einen Einfluss auf seine gesundheitliche Verfassung sowie seine Gesundheitsmotivation haben. In der Bundesrepublik Deutschland sind Menschen mit Migrationshintergrund in stärkerem Maße Gesundheitsrisiken ausgesetzt als Menschen ohne Migrationshintergrund. Dies ist besonders häufig der Fall, wenn sie einen niedrigen sozioökonomischen Status aufweisen, einer gesundheitsgefährdenden Tätigkeit nachgehen, arbeitslos sind oder in einer prekären Wohnsituation leben (vgl. RKI, 2015b).

Selbstverständlich handelt es sich bei den in Deutschland lebenden Migranten nicht um eine homogene Gruppe. Zugewanderte unterscheiden sich nicht nur hinsichtlich ihres Herkunftslandes, sondern beispielsweise auch im sozioökonomischen Status, im Lebensstil und in den Motiven, die sie nach Deutschland geführt haben. Dementsprechend unterschiedlich sind auch ihre gesundheitlichen Probleme. Die häufigsten Erkrankungen unter Migranten und Migrantinnen sind die gleichen wie unter Deutschen ohne Migrationshintergrund: Erkrankungen des Halte- und Bewegungsapparates oder des Herz-Kreislauf-Systems, Diabetes und chronische Erkrankungen der Atemwege. Daneben leiden Migranten und Migrantinnen häufig unter psychischen Belastungen, die z. B. aus der Trennung von der im Heimatland gebliebenen Familie, aus Erfahrungen mit Rassismus und Fremdenfeindlichkeit oder auch aus traumatischen Erlebnissen im Heimatland (Verfolgung, Folter) resultieren können (RKI, 2015b). Kinder und Jugendliche stehen zusätzlich vor der schwierigen Aufgabe, sich an die Normen und Werte der Gesellschaft, die sie im Alltag erleben, anzupassen, obgleich diese vielleicht in Diskrepanz zu dem tradierten und von der eigenen Familie unterstützten Lebensstil ihres Herkunftslandes steht (vgl. RKI, 2015b).

Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung verfügen Menschen mit Migrationshintergrund über einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem. Die Nutzung von Angeboten aus Prävention und Vorsorge ist unter Migranten und Migrantinnen aller Generationen geringer als unter ihren deutschen Altersgenossen, und insgesamt scheint das Wissen über das deutsche Gesundheitssystem bei Menschen mit Migrationshintergrund relativ gering zu sein (vgl. Knipper; Bilgin, 2009).

Aus diesem Grund besteht eine der größten Herausforderungen für ein an Migranten gerichtetes gesundheitsbezogenes Motivationsmanagement darin, sie zunächst über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und die Möglichkeiten, die es ihnen bietet, aufzuklären. Damit diese Versuche nicht an einer Sprachbarriere scheitern, ist es empfehlenswert, nicht nur auf Deutsch, sondern auch in den jeweiligen Muttersprachen zu informieren. So sollten in einem ersten Schritt mehrsprachige Informationsmaterialien zu Präventions- und Vorsorgeangeboten erstellt werden. Doch auch „vor Ort“ ist es wichtig, den Migranten Personen, die ihre Muttersprache beherrschen, zur Seite zu stellen.



Beispiel 4.5:

Um die Kenntnisse über das deutsche Gesundheitssystem unter Menschen mit Migrationshintergrund zu verbessern, rief das Ethno-Medizinische Zentrum e.V. im Jahr 2004 das Projekt „MiMi – Das Gesundheitsprojekt“ ins Leben. Im Rahmen des Projektes werden bilinguale Migranten und Migrantinnen mobilisiert, geschult und so in die Lage versetzt, in ihrer jeweiligen Muttersprache Aufklärungsveranstaltungen zu Themen der Gesundheit und Prävention durchzuführen. Diese Mediatoren und Mediatorinnen bilden somit Brücken zwischen noch nicht so gut integrierten Migranten und Migrantinnen und dem deutschen Gesundheitssystem. Gegenwärtig ist MiMi an 71 deutschen und europäischen Standorten vertreten (vgl. Ethno-Medizinisches Zentrum, 2021).

4.3.3 Beruf und Einkommen

Der Beruf bzw. die berufliche Stellung und das Einkommen hängen mit dem Gesundheitsbewusstsein einer Person zusammen. Laut Nationaler Verzehrstudie II ist der Anteil der normalgewichtigen Männer bei einem sehr geringen und einem hohen Pro-Kopf-

Nettoeinkommen am höchsten. Bei den Frauen steigt der Anteil Normalgewichtiger mit dem Pro-Kopf-Nettoeinkommen an. Der niedrigste Anteil adipöser Frauen und Männer findet sich bei einem hohen Pro-Kopf-Nettoeinkommen (BMEL, 2008a). Personen, die in ärmlichen Bedingungen leben, fehlen oft die finanziellen Möglichkeiten, sich gesund zu ernähren und andere Gesundheitsangebote zu nutzen (vgl. Garratt, 2019).

Beruf und Gesundheit stehen in einem engen Zusammenhang. Die Ausgestaltung der Arbeitsbedingungen sowie das Auftreten körperlicher und psychischer Belastungen haben Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Beschäftigten (vgl. Schmucker, 2020). Ein bestimmter Beruf kann gesundheitsförderlich sein, wenn er nicht nur materielle Sicherheit bringt, sondern auch Selbstbestimmung, Wertschätzung, soziale Unterstützung sowie Entwicklungs- und Teilhabemöglichkeiten bietet. Umgekehrt erhöhen belastende Tätigkeiten das Risiko körperlicher und psychischer Erkrankungen.

Bei Personen mit einer höheren **beruflichen Stellung** zeigt sich eine niedrige Prävalenz für einen schlechten Gesundheitszustand, hingegen ist der Gesundheitszustand bei Beschäftigten in einer niedrigeren beruflichen Stellung deutlich schlechter (vgl. Burr et al., 2013).

Zusammenfassung

Hinsichtlich der Gesundheit und der gesundheitlichen Motivation bestehen zwischen den Geschlechtern bedeutsame Unterschiede. Männer und Frauen verfügen über eine unterschiedliche Lebenserwartung und leiden im Laufe ihres Lebens an unterschiedlichen Krankheiten.

Männliche und weibliche Personen haben außerdem voneinander abweichende Vorstellungen von Gesundheit. Frauen ist ihre Gesundheit im Allgemeinen wichtiger als Männern und sie verbringen mehr Zeit damit, über diese nachzudenken, was sich schließlich auch in ihrem Gesundheitsverhalten widerspiegelt. Dies führt zu den verschiedensten Möglichkeiten und Herausforderungen, welche im Rahmen eines geschlechtsspezifischen Motivationsmanagements berücksichtigt werden sollten.

Neben dem Geschlecht, welches in diesem Kapitel als eine beispielhafte Segmentierungsvariable herausgestellt wurde, sind zahlreiche weitere Segmentierungsvariablen möglich, wie z.B. Alter, Bildung, kultureller Hintergrund oder auch Beruf und Einkommen.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 4.1 Warum ist es sinnvoll, beim Motivationsmanagement
 - a) das Geschlecht
 - b) das Alterals Segmentierungsvariable zu verwenden?
- 4.2 Welche Unterschiede bestehen zwischen Männern und Frauen hinsichtlich der subjektiven Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands?
- 4.3 Welche Zielgruppe hat i. d. R. eine größere Gesundheitsmotivation, Jugendliche oder Erwachsene? Begründen Sie Ihre Antwort.
- 4.4 Was versteht man unter „Sex“ und was unter „Gender“?

Schlussbetrachtung

Mit der zunehmenden Lebenserwartung in Deutschland wird es eine immer wichtigere Herausforderung, die Gesundheit über die Lebensspanne zu erhalten – sowohl aus individueller als auch aus gesellschaftlicher Perspektive. Das vorliegende Studienheft gab einen Überblick über die unterschiedlichen Stellschrauben des gesundheitsbezogenen Motivationsmanagements. Die Ausführungen machen deutlich, dass Anbieter/-innen von Gesundheitsdienstleistungen und Gesundheitsprodukten die Bedürfnisse und Motive ihrer Zielgruppen verstehen müssen, um erfolgreich Gesundheitsverhaltensweisen ändern zu können. Um gesetzte Ziele in Verhalten umzusetzen, müssen aus motivationspsychologischer Sicht implizite und explizite Motive sowie subjektive Fähigkeiten in Einklang stehen. Da dies einer Idealvorstellung entspricht, die bei vielen Individuen nicht gegeben ist, sollte das Gesundheitsmanagement zwar stets eine gewisse Eigenverantwortung des Individuums voraussetzen, ebenso wichtig ist es aber, dass im Gesundheitssektor tätige Akteure und Akteurinnen geeignete Maßnahmen ergreifen, um bei einem Ungleichgewicht intervenieren zu können. Das vorliegende Studienheft hat Ihnen hierfür verschiedene Hebel aufgezeigt. So gilt es z. B., intrinsische wie auch extrinsische Anreizsysteme zu gestalten und Maßnahmen zu entwickeln, um kognitive, affektive und konative Barrieren zu reduzieren. Anreizsysteme sind jedoch nicht per se erfolgreich. Insbesondere wenn es darum geht, die breite Öffentlichkeit zu gesundheitsbewusstem Verhalten zu motivieren, kommen Abwehrreaktionen zum Tragen, welche die Wirkung von Anreizsystemen hemmen. Als Alternative zu den in der Praxis weitverbreiteten Furchtappellen gewinnen deshalb zunehmend lustbezogene Formen der Ansprache an Bedeutung, die Ressourcen aufzeigen und direkte Lösungsansätze zur Bewältigung möglicher Hemmnisse von gesundheitsbewusstem Verhalten anbietet. Dabei sollten Grundbedürfnisse angesprochen und geeignete Annäherungsziele aufgezeigt sowie Widersprüche zwischen verschiedenen Zielen aufgelöst werden.

Im Sinne eines selbst regulierten Verhaltens sollte Gesundheitsmanagement unterschiedliche Zielgruppen differenziert ansprechen und behandeln, da ihrem Gesundheitsverhalten verschiedene Motive zugrunde liegen. Entsprechend müssen die Ziele, Abläufe und Prozesse des Motivationsmanagements an die Bedürfnisse der unterschiedlichen Zielgruppen angepasst werden.

Aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich der Gesundheitspsychologie helfen aufzudecken, wie wir gesundheitsschädliches Verhalten vor uns selbst rechtfertigen und somit verfehlte Selbstregulation zu kompensieren versuchen. Diese kompensatorischen Gesundheitsüberzeugungen sollten in zukünftigen Maßnahmen des Gesundheitsmanagements angesprochen und widerlegt werden, um Personen darin zu unterstützen, ihre selbst angestrebten Gesundheitsziele zu erreichen und möglichst lange ihre Gesundheit zu erhalten.

A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen

- 1.1 Bei dieser Übung wird der Einklang von impliziten und expliziten Motiven sowie subjektiven Fähigkeiten thematisiert. Wie sind diese Komponenten bei der Ausübung Ihrer beruflichen Tätigkeit ausgeprägt? Was ist Ihr innerer und äußerer Antrieb zur Ausübung Ihres Berufes? Welche Kenntnisse und Fähigkeiten bringen Sie dafür mit?
- 1.2 Gehen Sie davon aus, dass die impliziten und expliziten Motive der Person übereinstimmen, es ihr aber an entsprechenden subjektiven Fähigkeiten mangelt, weil sie schon seit vielen Jahren nicht mehr sportlich aktiv war. Um Ideen zu sammeln, wie die individuellen Fähigkeiten gefördert werden können, können Sie auch auf eigene Erfahrungen bzw. auf Erfahrungen von Menschen aus Ihrem Umfeld zurückgreifen.
- 1.3 Denken Sie an die sieben Kriterien, die Ziele erfüllen sollten (präzise und eindeutig formuliert, messbar, wichtig, einander nicht widersprechend, eine Herausforderung darstellend, glaubhaft, akzeptabel).

In Kap. 1 wurden Ihnen diese Kriterien am Beispiel der Bewegung erläutert. Sie sollen das vermittelte Wissen nun auf das Beispiel der gesunden Ernährung übertragen.

- 2.1 Überlegen Sie für jedes Fallbeispiel, ob das beschriebene Verhalten aus einer intrinsischen oder extrinsischen Motivation heraus gezeigt wird. Machen Sie sich dazu noch einmal bewusst, was die Merkmale intrinsischer und extrinsischer Motivation sind. Wenn Sie in einem Beispiel feststellen, dass es sich um ein extrinsisch motiviertes Verhalten handelt, überlegen Sie, ob das Verhalten durch finanzielle oder nicht finanzielle Anreize ausgelöst wird.
- 2.2 Für diese Übung ist es hilfreich, wenn Sie sich zunächst im Internet mit verschiedenen Bonusprogrammen der Krankenversicherer vertraut machen. Überlegen Sie, warum Sie selbst oder Personen aus Ihrem Lebensumfeld an Bonusprogrammen der Krankenversicherungen teilnehmen könnten. Tauschen Sie sich mit Freunden, Bekannten und Verwandten darüber aus. Ordnen Sie die Argumente ein: Liegt der Teilnahme eine extrinsische Motivation zugrunde (z.B. attraktive Prämien)? Oder gibt es auch Beispiele, bei denen die Teilnahme ausschließlich intrinsisch motiviert ist?
- 2.3 Orientieren Sie sich für Ihre Überlegungen am Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health Belief Modell) nach Becker (1974). Berücksichtigen Sie, dass Ihre Zielgruppe Jugendliche sind, für die die Gefahr, einmal an Hautkrebs zu erkranken, oftmals in der Ferne liegt. Überlegen Sie, was für eine Art von Kampagne für Jugendliche sinnvoll sein könnte (z.B. Plakatwerbung, Internetauftritt etc.) und wie sich die zentralen Komponenten der wahrgenommenen Verwundbarkeit und des wahrgenommenen Schweregrades in dem entsprechenden Medium abbilden lassen (könnte bspw. ein abschreckendes Bild von einem schwarzen Hautkrebs dazu beitragen, den wahrgenommenen Schweregrad der Krankheit zu veranschaulichen? Steigert ein Fallbeispiel von einem an Hautkrebs erkrankten jungen Menschen die wahrgenommene Verwundbarkeit?). Bevor Sie sich

- Gedanken über die praktische Umsetzung der Modellannahmen machen, machen Sie sich noch einmal deutlich, was unter der wahrgenommenen Verwundbarkeit und dem wahrgenommenen Schweregrad verstanden wird.
- 2.4 Ihre Aufgabe ist es, nach real existierenden Kampagnen im Internet zu recherchieren, in denen Wirksamkeitsfallbeispiele zur Anwendung kommen. Hierzu sollten Sie sich zunächst bewusst machen, mit welchen Mechanismen Wirksamkeitsbeispiele arbeiten. Sie müssen nach Anzeigen, Plakaten etc. suchen, in denen in der Botschaft aufgezeigt wird, wie durch eine Gesundheitsverhaltensweise ein bestehendes Risikoverhalten erfolgreich geändert werden konnte. Beispiele wären, dass ein Fahrradunfall vermieden werden konnte, weil der Fahrer einen Helm trug, oder dass eine übergewichtige Person erfolgreich an Gewicht verloren hat, weil sie sich einer Sportgruppe angeschlossen hat. Um geeignete Werbungen zu finden, können Sie auf den Internetseiten von Krankenversicherern oder auf Präventionsseiten (z.B. bzga.de) recherchieren.
 - 2.5 Setzen Sie sich zunächst noch einmal mit den zentralen Konstrukten der Gesundheitspsychologie auseinander, von denen angenommen wird, dass sie Verhaltensabsichten wecken bzw. das Verhalten lenken. Schaffen Sie für sich selbst gedankliche Klarheit, wie die Selbstwirksamkeitserwartung, die subjektive Norm und die persönliche Einstellung definiert sind. Suchen Sie dann nach einer konkreten Situation, in der Sie oder eine Person aus Ihrem Umfeld sich bewusst gesundheitsschädigend verhalten hat. Überlegen Sie, warum es nicht gelungen sein könnte, eine Verhaltensabsicht in Verhalten umzusetzen. Welche Rolle könnten dabei die subjektive Norm, die persönliche Einstellung und die Selbstwirksamkeitserwartung gespielt haben?
 - 2.6 Sie haben in dieser Übung ein konkretes Setting (Grundschule) sowie einen konkreten Gesundheitsbereich (Ernährung) vorgegeben. Versetzen Sie sich in die Lage eines Schulleiters. Überlegen Sie, welche Ansatzpunkte für die Gestaltung des Programms sich aus den 7 P des Marketings ableiten lassen.
 - 3.1 Filtern Sie zunächst die Argumente der Gegner von Warnhinweisen aus dem Artikel. Analysieren Sie dann anhand der Übersicht in Tab. 3.1, welche Abwehrreaktionen jeweils hinter diesen Argumenten stecken könnten.
 - 3.2 Gehen Sie schrittweise vor und stellen Sie für jedes Plakat zunächst fest, welcher Bedrohungsbereich angesprochen wird (z.B. Körper, Selbstwert usw.). Versuchen Sie danach auszumachen, welche verschiedenen Bedrohungszustände durch die Motive ausgelöst werden könnten.
 - 3.3 Für diese Übung ist es hilfreich, sich jeweils Personen vorzustellen, bei denen die Motivfelder besonders stark ausgeprägt das Verhalten beeinflussen. Wie könnten diese „Prototypen“ bestmöglich motiviert werden, an den Präventivmaßnahmen teilzunehmen?
 - 3.4 Gehen Sie die in Tab. 3.5 aufgeführten Annäherungsziele durch und überlegen Sie, mit welchen im Beispiel beschriebenen Aspekten und Gestaltungsmaßnahmen das Projekt gezielt die einzelnen Ziele anspricht. Im nächsten Schritt reflektieren Sie anhand des Beispiels, wie durch Maßnahmen des Motivationsmanagements Inkonsistenzen aufgelöst werden können. Da Inkonsistenz dann vorliegt, wenn ein gesetztes Ziel nicht erreicht werden kann oder wenn unterschiedliche

Ziele im Widerspruch zueinander stehen und sich gegenseitig hemmen, konzentrieren Sie sich am besten darauf, wie in diesen Camps Wege aufgezeigt werden können, in kleinen Schritten persönliche Ziele zu realisieren. Überlegen Sie außerdem, welche potenziellen Ziele sich im konkreten Fall gegenseitig hemmen und wie diese Widersprüchlichkeiten aufgelöst werden können. Denken Sie auch darüber nach, welche Vermeidungsziele bei rauchenden Jugendlichen eine Rolle spielen könnten und wie innerhalb der beschriebenen Maßnahme Vermeidungsziele durch neue Ziele ersetzt werden können.

- 4.1 Nutzen Sie für diese Aufgabe eine Suchmaschine. Als Suchbegriffe eignen sich z.B. „Erkrankungsrisiko“, „Geschlecht“ und „Erkrankungshäufigkeit“. Beispiele für weitere Krankheiten, bei denen möglicherweise geschlechtsspezifische Unterschiede bestehen, sind Herzinfarkt, Darmkrebs oder Hautkrebs. Hautkrebs tritt bei Männern im Vergleich zu Frauen eher im höheren Alter auf.
- 4.2 Überlegen Sie zunächst, was für Gesundheitsaktivitäten Personen aus Ihrem sozialen Umfeld ergreifen (z.B. regelmäßig Sport treiben, mit dem Rauchen aufhören). Sie können auch Ihre Freunde und Bekannten befragen, um herauszufinden, ob Sie Präventionsangebote nutzen (also z.B. zu Vorsorgeuntersuchungen gehen). Überlegen Sie, ob Sie hinsichtlich der Gesundheitsaktivitäten und der Nutzung von Präventionsmaßnahmen Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen können.
- 4.3 Denken Sie an die Unterschiede zwischen männlichem und weiblichem Gesundheitsverhalten und überlegen Sie, welche davon auf das männliche Streben nach Dominanz zurückzuführen sein könnten.
- 4.4 Sie müssen nicht zwei gänzlich unterschiedliche Kampagnen entwickeln. Sie sollten jedoch überlegen, inwieweit Bildmotive und Slogans ggf. voneinander abweichen sollten.

B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Implizite Motive werden durch äußere Reize unwillkürlich ausgelöst und führen zu spontanen Handlungen (= affektive Präferenzen). Explizite Motive sind hingegen kognitiv geprägt, d.h., die Person hinterfragt die Gründe für eine Verhaltensabsicht (= kognitive Präferenzen).
- 1.2 Von Flow spricht man, wenn implizite Motive, explizite Motive und subjektive Fähigkeiten miteinander in Einklang stehen.
- 1.3 Ziele sollten folgende Kriterien erfüllen, um motivierend zu wirken:
 - präzise und eindeutig formuliert
 - messbar
 - wichtig
 - einander nicht widersprechend
 - eine echte Herausforderung darstellend
 - glaubhaft
 - akzeptabel
- 2.1 Vorteile:
 - Bonusprogramme können sich dann positiv auf die intrinsische Motivation auswirken, wenn die anvisierte Handlung an sich für die Person attraktiv ist. Wird man für etwas, was man ohnehin gerne tut, mit einer Prämie belohnt, so verstärkt dies die intrinsische Motivation.Nachteile:
 - Anreizsysteme können plötzlich wegfallen (z.B. wenn man die Krankenkasse wechselt), was eine Beeinträchtigung der Entscheidungs- und Wahlfreiheit bedeuten kann. Dies kann die intrinsische Motivation schmälern.
 - Bonusprogramme werden durch die gesetzlichen Krankenversicherungen angeboten und koordiniert, d.h. in gewissem Maße besteht Kontrolle von außen.
 - Menschen können sich an Belohnungen gewöhnen, was langfristig ebenfalls demotivierend wirkt, da die ursprüngliche Motivation, etwas Gutes für die eigene Gesundheit zu tun, verloren geht.
- 2.2 Kognitive Barrieren sind:
 - Unwissenheit über Gesundheitsrisiken
 - eingeschränkte Risikowahrnehmung
 - eingeschränkte wahrgenommene Verwundbarkeit und eingeschränkter wahrgenommener Schweregrad einer Erkrankung
 - negative Handlungsergebniserwartung (d.h., wer nicht von der Effektivität eines gesundheitsförderlichen Verhaltens überzeugt ist, entwickelt auch keine Absicht, dieses aufzunehmen)

- 2.3 Zu den klassischen 4 P des Marketing-Mix gehören: Product (Produktpolitik), Place (Distributionspolitik), Price (Preispolitik) und Promotion (Kommunikationspolitik). Für die Vermarktung von Dienstleistungen kommen die charakteristischen 3 P hinzu: Personal (Personalpolitik), Physical Facilities (Ausstattungs politik) und Process (Prozesspolitik).
- 3.1 Das Verhaltenshemmsystem (Behavioral Inhibition System, BIS) beschleunigt die Weiterleitung bedrohlich eingeschätzter Informationen und löst Vermeidungsreaktionen aus. Das Verhaltensaktivierungssystem (Behavioral Activation System, BAS) selektiert positive Reize und aktiviert Verhalten, das diesen Reizen zugewandt ist und deren Aufrechterhaltung fördert.
- 3.2 Hastall differenziert zwischen:
- dem Bedrohungscharakter der *Botschaft*,
 - dem Bedrohungscharakter des *Gesundheitsrisikos* und
 - dem Bedrohungscharakter des anvisierten *Gesundheitsverhaltens*.
- Dabei können jeweils sechs Bedrohungsbereiche unterschieden werden:
- körperlich
 - kognitiv
 - emotional
 - selbstwertbezogen
 - den sozialen Status betreffend
 - Ressourcen betreffend
- 3.3 Annäherungsziele beziehen sich vor allem auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse (z.B. Intimität, Geselligkeit, Hilfe bekommen, Anerkennung, Autonomie, Leistung, Kontrolle, Selbstwert). Werden die Grundbedürfnisse nicht erfüllt, so bilden sich mit der Zeit Vermeidungsziele (z.B. Alleinsein, Geringschätzung, Kritik, Hilflosigkeit) aus. Vermeidungsziele sind darauf ausgerichtet, Enttäuschungen und Verletzungen zu vermeiden und dafür Ausweichstrategien zu suchen.
- 4.1 Zwischen Männern und Frauen existieren deutliche gesundheitsrelevante Unterschiede. Aus diesem Grund ist es manchmal wirkungsvoller, Männer und Frauen auf unterschiedliche Weisen anzusprechen. Zum anderen verfügt die Variable Geschlecht über relativ eindeutige Ausprägungen, sodass es in der Praxis leicht fällt, Männer und Frauen voneinander getrennt anzusprechen.
- 4.2 Im Allgemeinen schätzen Männer ihren Gesundheitszustand positiver ein und sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als Frauen. Sie geben an, weniger körperliche Beschwerden zu haben, und sehen sich im Alltagsleben seltener durch gesundheitliche Probleme beeinträchtigt. Männer halten sich außerdem für weniger anfällig gegenüber Krankheiten als Frauen.
- 4.3 Erwachsene haben i. d. R. eine größere Gesundheitsmotivation als Jugendliche, was vor allem damit zu tun hat, dass im Erwachsenenalter die ersten eigenen körperlichen Beschwerden auftreten.

- 4.4 Sex ist das anatomische Geschlecht.
 Gender ist das soziale Geschlecht.

C. Glossar

Annäherungsziele	Persönliche Ziele, bei denen die positive Annäherung an einen gewünschten Zustand im Vordergrund steht. Sie beziehen sich vor allem auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse.
Anreizsysteme	Gesamtheit aller Anreize, die ein Individuum zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten motivieren.
affektive Barrieren	Hemmnisse, die der Ausführung einer Gesundheitsverhaltensweise entgegenstehen und die gefühlsmäßige Ursachen haben (= nicht handeln wollen).
Ausstattungs politik	Eines der 7 P des Dienstleistungsmarketings. Instrument, das sich mit der Ausgestaltung der Räumlichkeiten, in denen eine Dienstleistung erbracht wird, beschäftigt.
BAS	Behavioral Activation System; Verhaltensaktivierungssystem, das positive Reize selektiert, das Verhalten darauf ausrichtet und die Aufrechterhaltung einer Verhaltensweise unterstützt.
Bedürfnis	Erleben eines Mangels verbunden mit dem Wunsch, diesen Mangel zu beheben.
Betroffenheit	Gefühl des Bekümmertseins bzw. des Besorgtseins, das aus objektiven Gründen auftritt (z.B. aufgrund einer eigenen Erkrankung), aber auch rein gefühlsmäßig bedingt sein kann, ohne dass die Person direkt in das Thema involviert ist.
BIS	Behavioral Inhibition System, Verhaltenshemmsystem, das die Weiterleitung von als bedrohlich eingeschätzten Informationen beschleunigt und Vermeidungsreaktionen auslöst.
Bonusprogramm	Interventionsprogramm der Krankenversicherungen, bei dem materielle Anreize (Boni) eingesetzt werden, um die Versicherten zu einer gesunden Lebensweise zu motivieren.
Bumerangeffekt	Spontane Abwehrreaktionen als Folge einer wahrgenommenen Bedrohungssituation.
Diskordanz	Inkonsistenz, die wahrgenommen wird, wenn unterschiedliche Ziele im Widerspruch zueinander stehen, sich gegenseitig hemmen und behindern.
Distributions politik	Eines der 4 P des Marketings. Die Distributions politik befasst sich mit den Vertriebswegen von Produkten und Dienstleistungen.

Einstellung	Zeitlich relativ stabile Bewertung eines Objekts/einer Person. Im Zusammenhang mit Gesundheit interessiert die Einstellung einer bestimmten Gesundheitsverhaltensweise. Die Bewertung kann dabei sowohl affektiv (gefühlsmäßige Haltung gegenüber einer Verhaltensweise) als auch kognitiv geprägt sein (subjektives Wissen über die Verhaltensweise).
Endorphine	Sogenannte „Glückshormone“: körpereigene Morphine, die freigesetzt werden im Zusammenhang mit Stress, Schmerzen, aber auch mit Sexualität. Bei ihrer Freisetzung sind sie mitverantwortlich für die Entstehung von Gefühlen der Euphorie.
Enttäuschungseffekt	Effekt, der im Rahmen eines Bonusprogramms auftreten kann, wenn eine Person von einer bestimmten Prämie enttäuscht ist (z.B. weil diese nicht die Qualitätsansprüche erfüllt).
Explizites Motiv	Bewusstes Motiv, das direkt erfasst werden kann und als Teil des eigenen Selbstbilds wahrgenommen wird.
Extrinsische Motivation	Motivation, die durch äußere Anreize ausgelöst wird, welche sowohl materieller Natur (z.B. Boni) als auch immaterieller Natur (z.B. Lob) sein können.
Fallbeispiel	Form der Gesundheitskommunikation, bei der die Konsequenzen eines bestimmten Verhaltens exemplarisch an Personen verdeutlicht werden, die dem Rezipienten hinsichtlich Alter, Geschlecht, sozialer Lage etc. ähnlich sind.
Flow	Gefühl der vollkommenen Vertiefung und des Aufgehens in einer körperlichen oder geistigen Tätigkeit. Voraussetzung für ein Flow-Erlebnis ist, dass Anforderungen und Fähigkeiten in Einklang miteinander stehen und keine Langeweile oder Überforderung entsteht. Außerdem kann Flow nur entstehen, wenn die Tätigkeit unmittelbare Rückmeldung ermöglicht und die Zielsetzung in der Tätigkeit selbst enthalten ist. Im Flow kann sich die Person voll auf die Tätigkeit konzentrieren und erlebt ein Gefühl der Kontrolle und Mühelosigkeit. Zeitabläufe werden während des Flow-Erlebens anders wahrgenommen und Handlung und Bewusstsein verschmelzen.
funktionelle Magnetresonanztomografie	In den Neurowissenschaften eingesetztes Verfahren, mit dem beobachtet werden kann, welche Regionen des Gehirns bei unterschiedlichen Emotionen und kognitiven Prozessen sowie im Vorfeld unterschiedlicher Verhaltensweisen aktiviert sind.

Furchtappell	Botschaft, die dem Betrachter das Gefühl vermitteln soll, dass seine Gesundheit oder sogar sein Leben bedroht ist.
Gesundheitsverhalten	Sämtliche Maßnahmen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen. Hierzu zählen sowohl gesundheitsförderliche (z.B. gesunde Ernährung) als auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen).
Gewohnheiten	Wiederholte automatisierte Reaktionen auf situationsbezogene Reize.
Imitationslernen	auch: Beobachtungslernen Form des Lernens, bei dem das Verhalten eines Modells beobachtet und imitiert wird. Nachgeahmt wird das Verhalten vor allem dann, wenn das Modell eine Belohnung für sein Handeln erhält.
implizites Motiv	Unbewusstes Motiv, das nicht sprachlich repräsentiert ist und nicht direkt erfasst werden kann.
Inkongruenz	Inkonsistenz, die wahrgenommen wird, wenn die persönlichen Ziele nicht realisiert werden können.
intrinsische Motivation	Ausführen einer Handlung um ihrer selbst willen. Die Handlung wird nicht durch äußere oder selbst auferlegte innere Anreize ausgelöst.
irreführende Werbung	Form von Werbung, bei der Produkte als vermeintlich gesundheitsförderlich dargestellt werden, obwohl sie de facto keinen positiven oder sogar einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben (z.B. ist Milchschnitte eine Süßigkeit und enthält nicht nur gute Milch, sondern auch viel Zucker und Fett).
klassische Konditionierung	Lerntheorie, die von der Annahme ausgeht, dass Menschen lernen, indem sie zwei Reize miteinander assoziieren.
Kohärenzgefühl	Nach dem Modell der Salutogenese (vgl. Antonovsky, 1997) eine zentrale Bewältigungsressource, die Individuen widerstandsfähiger gegenüber Stressoren macht.
Kognition	Im Inneren eines Individuums ablaufende gedankliche Prozesse wie die Entwicklung von Motiven, Einstellungen, Meinungen und Verhaltensabsichten. In der Gesundheitspsychologie zählen Kognitionen zu den zentralen Einflussgrößen auf die Herausbildung von Verhaltensabsichten und Gesundheitsverhalten.
kognitive Barrieren	Hemmnisse, die der Ausführung einer Gesundheitsverhaltensweise entgegenstehen und die gedanklich gesteuert sind (= nicht handeln aufgrund von Unwissenheit).

kognitive Dissonanz	Als unangenehm empfundener Gefühlszustand, der dadurch ausgelöst wird, dass Kognitionen (z.B. Einstellungen, Meinungen, Werte) als widersprüchlich empfunden werden bzw. bestimmte Kognitionen nicht mit dem gezeigten Verhalten vereinbar sind.
Kommunikationspolitik	Eines der 4 P des Marketings. Die Kommunikationspolitik beinhaltet die Vermittlung von Informationen über ein Produkt oder eine Dienstleistung. Elemente der Kommunikationspolitik sind z.B. Öffentlichkeitsarbeit oder klassische Werbung.
Kommunikator	Person, die Informationen vermittelt und damit das Ziel verbindet, die Einstellung der Zielpersonen zu beeinflussen.
konative Barrieren	Hemmnisse, die der Ausführung einer Gesundheitsverhaltensweise entgegenstehen und die verhaltensbedingt sind (= nicht handeln können).
Konsistenztheorie	Weiterentwicklung der Schema-Theorie. Die Konsistenztheorie nimmt an, dass jedes Individuum bestrebt ist, die menschlichen Grundbedürfnisse Kontrolle, Lustgewinn/Unlustvermeidung, Bindung und Selbstwerterhöhung zu befriedigen.
Konsumentenforschung	Forschungsrichtung, deren Untersuchungsgegenstand das Konsumverhalten ist.
Lerntheorien	Theorienkomplex, der dazu dient, zu erklären, auf welchen Wegen Menschen lernen. Zu den bekanntesten Lerntheorien zählen die klassische Konditionierung, die instrumentelle Konditionierung und das Imitationslernen.
limbisches System	Zwischen Stammhirn und Großhirn liegendes Hirnareal, das für die Verarbeitung von Emotionen und die Steuerung von triebhaftem Verhalten verantwortlich ist.
Modelllernen	Konzept von Albert Bandura (1971). Auch „Lernen am Modell“, „Imitationslernen“, „Beobachtungslernen“ oder „stellvertretendes Lernen“ genannt. Durch Beobachtung des Verhaltens anderer werden Einstellungen geändert, neue Verhaltensweisen angeeignet oder Verhaltensmuster geändert.
Motiv	Eine im Laufe der Sozialisation erworbene zeitlich überdauernde Handlungsbereitschaft.
Motivation	Oberbegriff für alle Prozesse, die eine Handlung auslösen, steuern und aufrechterhalten.

Motivational	Die Beweggründe betreffend, die einer Verhaltensabsicht bzw. einer Handlung zugrunde liegen.
motivationale Schemata	Kognitive Prägungen, die menschlichen Beweggründen zugrunde liegen. Es werden Annäherungs- und Vermeidungsschemata unterschieden.
Neokortex	Jüngster Teil der Großhirnrinde, der den Großteil der Oberfläche des Großhirns ausmacht. Im Neokortex werden u. a. Sinneseindrücke verarbeitet und Bewegungen gesteuert.
Neurowissenschaften	Wissenschaftszweig, der sich mit der Struktur und Funktionsweise von Nervensystemen befasst. Die Neurowissenschaften erforschen die biologische Basis des Bewusstseins und geistiger Vorgänge. Die Erkenntnisse lassen sich im Gesundheitsbereich zur Ausgestaltung von Anreizsystemen heranziehen.
Personalpolitik	Eines der 7 P des Dienstleistungsmarketings. Die Personalpolitik befasst sich mit allen Entscheidungen eines Unternehmens, die mit seinem Personal im Zusammenhang stehen.
Preispolitik	Eines der 4 P des Marketings. Im Rahmen der Preispolitik werden Bestimmungen über das Entgelt für Produkte und Dienstleistungen festgelegt.
Produktpolitik	Eines der 4 P des Marketings. Die Produktpolitik bezieht sich auf alle Aspekte des Marketings, die unmittelbar mit der Gestaltung eines Produktes oder einer Dienstleistung verbunden sind.
Prozesspolitik	Eines der 7 P des Dienstleistungsmarketings. Die Prozesspolitik befasst sich mit dem Ablauf einer Dienstleistung und versucht, diesen so kundenfreundlich wie möglich zu gestalten.
Reaktanz	Handlungsmotiv, das Abwehrmechanismen als Widerstand gegen innere und äußere Einschränkungen (psychischen Druck, Einschränkung von Freiheiten) initiiert.
Sättigungseffekt	Effekt, der im Rahmen eines Bonusprogramms auftreten kann, wenn eine Prämie, die als Anreiz eingesetzt wird, bei der Zielperson bereits vorhanden ist.
Selbstbild	Gesamtheit der Vorstellungen, die ein Mensch von sich selbst hat.

Selbstregulation	Prozess der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung, der einsetzt, wenn eine Person bewusst ein Ziel erreichen will und das Ziel aufgrund von Hindernissen nicht durch automatisierte Verhaltensweisen erreicht werden kann.
Selbstwert	Emotionaler Teil des Selbst. Der Selbstwert repräsentiert die bewertenden Assoziationen eines Menschen mit unterschiedlichen Aspekten seines Selbstbilds.
Terror Management Theorie	Theorie, nach der das Bewusstwerden der eigenen Sterblichkeit eine lähmende Angst auslöst. Diese Angst setzt Bewältigungsmechanismen zur Selbsterhaltung in Gang.
Vermeidungsziele	Negativ formulierte Ziele, bei denen die Vermeidung eines unerwünschten Zustands im Vordergrund steht. Vermeidungsziele sind darauf ausgerichtet, erneute Enttäuschungen und Verletzungen zu vermeiden und dafür Ausweichstrategien zu suchen.
Verstärkung	Prozess, der dazu führt, dass ein bestimmtes Verhalten künftig häufiger gezeigt wird.
4 P des Marketings	Die vier Instrumente des operativen Marketing-Mix: Promotion (= Kommunikationspolitik), Price (= Preispolitik), Product (= Produktpolitik) und Place (= Distributionspolitik).
7 P des Marketings	Ausweitung der 4 P des Marketings auf sieben Instrumente im Bereich des Dienstleistungsmarketings. Ergänzend zu den 4 P des Marketings kommen dazu: Process (= Prozesspolitik), Physical Facilities (= Ausstattungspolitik), Personal (= Personalpolitik).

D. Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- AOK (2021). *Gesundheitsangebote – Teilnahmebedingungen*. <https://www.aok.de/pk/bayern/landingpages/gesundheitsangebote/teilnahmebedingungen/> (11.01.2021).
- Armstrong, J. S. (2010). *Persuasive Advertising: Evidence-Based Principles*. New York: Palgrave Macmillan.
- Ärzteblatt (2018). *Schockbilder schrecken junge Nichtraucher ab*. <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/95494/Schockbilder-schrecken-junge-Nichtraucher-ab> (25.01.2021).
- Ajzen, I.; Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior: Attitudes, Intentions, and perceived Behavioral Control*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- AXA (2019). *AXA Präventionsreport 2019*. <https://www.axa.de/presse/mediathek/studien-und-forschung/praeventionsreport> (10.01.2021).
- BMVI – Bundesministerium für Verkehr und digitale Infrastruktur (2021). *Aktionsmaterial & Downloads*. <https://www.runtervomgas.de/aktionsmaterial/autobahn-plakate.html> (24.01.2021).
- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and sick role behavior*. Health Education and Behavior, 2, S. 409–419.
- Berridge, K. C. (2004). *Motivation concepts in behavioral neuroscience*. Physiology and Behavior, 81, S. 179–209.
- Be Smart – Don't Start (2021). *Was ist Be Smart? – In 90 Sekunden*. <https://www.besmart.info/> (25.01.2021).
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). *Finden Sie die passende digitale Gesundheitsanwendung*. <https://diga.bfarm.de/de> (26.05.2021).
- Bischof, N. (1975). *A system approach toward the functional connection of attachment and fear*. Child Development, 46, S. 801–817.
- Borden, N. (1964). *The concept of the marketing mix*. Journal of Advertising Research, 4, S. 2–7.
- BKK (2021). *„Echte Männer sind Checker!“*. <https://www.bkk-sued.de/leistungsspektrum/praeventionsprogramme/echte-maenner-sind-checker.html> (25.01.2021).
- BMEL – Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2008a). *Nationale Verzehrsstudie II: Wie sich Verbraucher in Deutschland ernähren, Ergebnisbericht, Teil 1*. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ernaehrung/NVS_Ergebnisbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (24.01.2021).

- BMEL – Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (2008b). *Nationale Verzehrsstudie II: Wie sich Verbraucher in Deutschland ernähren, Ergebnisbericht, Teil 2*. https://www.bmel.de/SharedDocs/Downloads/DE/Ernaehrung/NVS_ErgebnisberichtTeil2.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (17.01.2021).
- Brehm, J. W. (1966). *A Theory of Psychological Reactance*. New York: Academic Press.
- Brunstein, J. C.; Schultheiss, O. C.; Grässmann, R. (1998). *Personal goals and emotional well-being: The moderating role of motive dispositions*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, S. 1061–1070.
- Burr, H.; Kersten, N., Kroll, L. et al. (2013). *Selbstberichteter allgemeiner Gesundheitszustand nach Beruf und Alter in der Erwerbsbevölkerung*. *Bundesgesundheitsblatt* 56, S. 349–358.
- BZgA – Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014b). *Alkohol? Kenn dein Limit*. <http://www.kenn-dein-limit.info/kenn-das-limit.html> (26.06.2014).
- Carrigan, M.; Attalla, A. (2001). *The Myth of the Ethical Consumer – do Ethics Matter in Purchase Behaviour?* *Journal of Consumer Marketing*, 18 (7), S. 560–578.
- Carver, C. S. (2006). *Approach, avoidance, and the self-regulation of affect and action*. *Motivation and Emotions*, 30, S. 105–110.
- Carver, C. S.; Sutton, S. K.; Scheier, M. F. (2000). *Action, emotion, and personality: Emerging conceptual integration*. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 26, S. 741–751.
- Cosmopolitan (2016). *Sweet Kills: Brutale Kampagne gegen erhöhten Zuckerkonsum*. <https://www.cosmopolitan.de/sweet-kills-brutale-kampagne-gegen-erhoehten-zuckerkonsum-69966.html> (25.01.2021).
- Darmon, N.; Drewnowski, A. (2008). *Does social class predict diet quality?* *The American Journal of Clinical Nutrition*, 87 (5), S. 1107–1117.
- Deci, E. L.; Ryan, R. M. (1993). *Die Selbstbestimmungstheorie der Motivation und ihre Bedeutung für die Pädagogik*. *Zeitschrift für Pädagogik*, 39, S. 223–238.
- Der Spiegel (2003). *Tabakhandel. Sex statt Tod*. 27.10.2003. <http://www.spiegel.de/spiegel/print/d-28990708.html> (25.01.2021).
- DGK – Deutsche Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (2016). *Herzkrankheiten: Männer erkranken häufiger, Frauen sterben öfter daran*. <https://dgk.org/daten/Herzbericht-Geschlechter.pdf> (30.05.2021).
- Dierks, M.-L. (2008). *Public Health in Deutschland und die Integration von Gender-Fragen*. In: Rieder, A.; Lohff, B. (Hrsg.): *Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis*. 2. Auflage. Wien: Springer, S. 49–72.
- DNRfK – Deutsches Netz Rauchfreier Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen e.V. (2021). *Weltnichtrauchertage: Geben Sie jedem Tag eine Chance, zum Nicht-rauchertag zu werden!* <https://www.dnrfk.de/weltnichtrauchertag/> (25.01.2021).

- DOSB – Deutscher Olympischer Sportbund (2006). *Bei der Fußball-WM gilt: „No Smoking, Please“*. <https://www.dosb.de/sonderseiten/news/news-detail/news/bei-der-fussball-wm-gilt-no-smoking-please> (26.05.2021).
- Dynesen, A.; Haraldsdóttir, J.; Holm, L.; Astrup, A. (2003). *Sociodemographic differences in dietary habits described by food frequency questions – results from Denmark*. European Journal of Clinical Nutrition 57, S. 1586–1597.
- Eremit, B.; Weber, K. (2016). *S.M.A.R.T.-Methode – Specific Measurable Accepted Realistic Timely*. In: Individuelle Persönlichkeitsentwicklung: Growing by Transformation. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Ethno-Medizinisches Zentrum (2021). *MiMi – Das Gesundheitsprojekt*. <https://www.mimi-gegen-gewalt.de/das-projekt/ueber-mimi-gesundheitsfoerderung/> (25.01.2021).
- Faltermaier, T. (2017). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010). *Modell gesundheitlicher Überzeugungen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 35–87.
- Fisher, B. L.; Allen, R.; Kose, G. (1996). *The relationship between anxiety and problem-solving skills in children with and without learning disabilities*. Journal of Learning Disabilities, 29, S. 439–446.
- foodwatch (2017). *Goldener Windbeutel 2017*. <https://www.foodwatch.org/de/informieren/goldener-windbeutel/2017/> (07.05.2021).
- Fowles, J. (1996). *Advertising and Popular Culture*. Thousand Oakes: Sage Publications.
- Freud, S. (1936). *Das Ich und die Abwehrmechanismen*. München: Fischer.
- Frey, D.; Stahlberg, D.; Gollwitzer, P. M. (1993). *Einstellung und Verhalten: Die Theorie des überlegten Handelns und die Theorie des geplanten Verhaltens*. In: Frey, D.; Irle, M. (Hrsg.): Theorien der Sozialpsychologie. Bern: Hans Huber, S. 361–384.
- Gamper, M.; Seidel, J.; Kupfer, A.; Keim-Klärner, S. et al. (2020). *Geschlecht und gesundheitliche Ungleichheiten – Soziale Netzwerke im Kontext von Gesundheit und Gesundheitsverhalten*. In: Klärner, A.; Gamper, M.; Keim-Klärner, S.; Moor, I.; Lippe, H. von der; Vonneilich, N. (Hrsg.): Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Wiesbaden: Springer VS.
- Garms-Homolová, V. (2020). *Sozialpsychologie der Einstellungen und Urteilsbildung. Lässt sich menschliches Verhalten vorhersagen?* Berlin/Heidelberg: Springer.
- Garratt, E. (2019). *Food insecurity in Europe: who is at risk, and how successful are social benefits in protecting against food insecurity?* Journal of Social Policy, 49 (4), S. 785–809.
- Gelbrich, K.; Schröder, E.-H. (2008). *Werbewirkung von Furchtappellen: Stand der Forschung*. Ilmenau: ProWiwi.

- GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2010). *Leitfaden Prävention. Handlungsfelder und Kriterien des GKV-Spitzenverbandes zur Umsetzung von §§ 20 und 20a SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. August 2010*. Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Goldenberg, J. L.; Arndt, J. (2008). *The implication of death for health: a terror management health model for behavioral health promotion*. *Psychological Review*, 115, S. 1032–1053.
- Grawe, K. (1998). *Psychologische Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.; Grawe-Gerber, M. (1999). *Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie*. *Psychotherapeut*, 44, S. 63–73.
- Gray, J. A. (1982). *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the septo-hippocampal System*. Oxford: Oxford University Press.
- Grosse-Holtforth, M.; Grawe K. (2003). *Der Inkongruenzfragebogen (INK) – Ein Messinstrument zur Analyse motivationaler Inkongruenz*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 32, S. 315–323.
- Grosse-Holtforth, M.; Grawe, K. (2004). *Inkongruenz und Fallkonzeption in der Psychologischen Therapie*. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36, S. 9–21.
- Harting, J.; Moosbrugger, H. (2003). *Die „ARES-Skalen“ zur Erfassung der individuellen BIS- und BAS-Sensitivität*. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 24 (4).
- Hastall, M. R. (2010). *Furchtappelle im Gesundheitsmarketing*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 201–213.
- Hastall, M. R. (2012). *Abwehrreaktionen auf Gesundheitsappelle: Forschungsstand und Praxisempfehlungen*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): *Angewandtes Gesundheitsmanagement*. Wiesbaden: Springer, S. 281–27.
- Häusel, H.-G. (2012). *Neuromarketing: Erkenntnisse der Hirnforschung für Markenführung, Werbung und Verkauf*. München: Haufe.
- Häusel, H.-G. (2007). *Limbic®: Die unbewussten Emotionswelten im Kundengehirn kennen und treffen*. In: Häusel, H. G. (Hrsg.): *Neuromarketing*. München: Haufe, S. 60–86.
- Häusel, H.-G. (2005). *Think Limbic*. 3. Auflage, Freiburg: Haufe.
- Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (2010). *Motivation und Handeln*. 4. Auflage, Berlin: Springer.
- Hinterhuber, H. (2012). *Wie frei ist der freie Wille? Neurowissenschaftliche und philosophische Aspekte von Motivation und Entscheidung*. *Neuropsychiatrie*, 26, S. 49–54.
- Hoffmann, S. (2008). *Boykottpartizipation: Entwicklung und Validierung eines Erklärungsmodells durch ein vollständig integriertes Forschungsdesign*. Wiesbaden: Gabler.

- Hoffmann, S.; Liebermann, S.; Schwarz, U. (2012). *Ads for Mature Consumers: The Importance of Addressing the Changing Self-view between the Age Groups 50+ and 60+.* Journal of Promotion Management, 18, S. 60–82.
- Hoffmann, S.; Schlicht, J. (2010). *Betroffenheit als Auslöser gesundheitsbewussten Konsumverhaltens.* In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie & Prävention. Bern: Hans Huber, S. 153–166.
- Humor hilft heilen (2021). *Willkommen bei HHH – Unsere Ziele und Visionen.* <https://www.humorhilftheilen.de/> (26.05.2021).
- IAG – Institut für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (2010). *Die wichtigsten Anreizsysteme der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung.* https://www.dguv.de/medien/inhalt/praevention/praev_lohnt_sich/wirtschaftlichkeit/anreizsysteme/anreizsysteme.pdf (24.01.2021).
- John, D. R.; Cole, C. A. (1986). *Age Differences in Information Processing: Understanding Deficits in Young and Elderly Consumers.* Journal of Consumer Research, 13 (3), S. 297–315.
- Jork, K. (2003). *Das Modell der Salutogenese von Aaron Antonovsky.* In: Jork, K.; Pesechskian, N. (Hrsg.): Salutogenese und Positive Psychotherapie. Gesund werden – gesund bleiben. Bern: Hans Huber, S. 17–25.
- Kandel, E. R.; Schwartz, J. H.; Jessell, T. M. (1996). *Neurowissenschaften: eine Einführung.* Heidelberg/Berlin: Spektrum Akademischer Verlag.
- Kanning, U. P. (1997). *Selbstwertdienliches Verhalten und soziale Konflikte.* Münster: Waxmann.
- Kehr, H. M. (2004). *Integrating implicit, explicit motives, and perceived abilities: The compensatory model of work motivation and volition.* Academy of Management Review, 29, S. 479–499.
- Kehr, H. M. (2008). *Authentisches Selbstmanagement: Übungen zur Steigerung von Motivation und Volition.* Weinheim: Beltz.
- kmdd – Keine Macht den Drogen (2021). *Suchtprävention für Kinder und Jugendliche.* <https://www.kmdd.de/> (17.01.2021).
- Klein, A. (2007). *Gesundheitsverhalten. Ein Vergleich von öffentlicher und fachlicher Meinung.* Medizinische Fakultät der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. Inaugural-Dissertation.
- Knipper, M.; Bilgin, Y. (2009). *Migration und Gesundheit.* Sankt Augustin/Berlin: Konrad-Adenauer-Stiftung.
- Kramer, F. (2006). *Passive Sicherheit von Kraftfahrzeugen.* Wiesbaden: Vieweg.
- Laaksonen, M.; Prättälä, R.; Lahelma, E. (2003). *Sociodemographic determinants of multiple unhealthy behaviours.* Scandinavian Journal of Public Health, 31 (1), S. 37–43.

- Lampert, T.; Hagen, C.; Heizmann, B. (2010). *Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Liebesleben (2021). *Kopf kino-Kampagne*. <https://www.liebesleben.de/fuer-alle/infomaterial/> (25.01.2021).
- Loss, J.; Bengel, J. (2021). *Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation*. In: Deinzer, R.; Knesebeck, O. von dem (Hrsg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House.
- Margraf, J.; Schneider, S. (2003). *Angst und Angststörungen*. In: Hoyer, J.; Margraf, J. (Hrsg.): *Angstdiagnostik. Grundlagen und Testverfahren*. Berlin: Springer, S. 35–60.
- Michael Stich Stiftung (2013). *Hintergrund*. <http://www.michael-stich-stiftung.org/praevention/hintergrund.html?L=jlhasmiaodmz> (24.01.2021).
- McGuire, W. J. (1964). *Inducing resistance to persuasion: some contemporary approaches*. In: Berkowitz, L. (Hrsg.): *Advances in Experimental Social Psychology*. New York: Academic Press, S. 191–229.
- Merbach, M.; Brähler, E. (2004). *Prävention und Gesundheitsförderung bei Männern und Frauen*. In: Hurrelmann, K.; Klotz, T.; Haisch, J. (Hrsg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hans Huber, S. 317–327.
- Merkur (2019). *Shitstorm gegen Edeka: Diskriminiert neuer Spot Übergewichtige?* <https://www.merkur.de/wirtschaft/shitstorm-gegen-edeka-diskriminiert-eatkarus-spot-uebergewichtige-zr-7411925.html> (25.01.2021).
- Mielck, A.; Lungen, M.; Siegel, M.; Korber, K. (2012). *Folgen unzureichender Bildung für die Gesundheit*. Gütersloh: Bertelsmann.
- Moyer-Gusé, E. (2008). *Toward a theory of entertainment persuasion: explaining the persuasive effects of entertainment-education messages*. *Communication Theory*, 18, S. 407–425.
- Mukherjee, A.; Dubé, L. (2012). *Mixing emotions: The Use of Humor in fear advertising*. *Journal of Consumer Behavior*, 11, S. 147–161.
- Murray-Johnson, L.; Witte, K. (2003). *Looking Toward the Future: Health Message Design Strategies*. In: Thompson, T. L.; Dorsey, A.; Miller, K. I.; Parrott, R. (Hrsg.): *Handbook of Health Communication*. New York: Lawrence Erlbaum, S. 473–495.
- Naumann, M. (2013). *Die Spaßverderber*. 18.06.2013. http://www.zeit.de/wohlfuehlen/rauchen/Titel_2fRauchen?term=Warnhinweise (25.01.2021).
- Pabst, A.; Kraus, L.; De Matos, E. G.; Piontek, D. (2013). *Substanzkonsum und substanzbezogene Störungen in Deutschland im Jahr 2012*. *Sucht*, 59 (6), S. 321–331.
- Pink Ribbon Deutschland (2021). *Pink Ribbon Botschafterinnen*. <https://www.pinkribbon-deutschland.de/botschafterinnen> (25.01.2021).

- Pinquart, M. (2020). *Junges und mittleres Erwachsenenalter*. In: Deinzer, R.; Knesebeck, O. von dem (Hrsg.): Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie. Berlin: German Medical Science GMS Publishing House.
- Quick, B. L.; Stephenson, M. T. (2007). *Further evidence that psychological reactance can be modeled as a combination of anger and negative cognitions*. Communication Research, 34, S. 255–276.
- Reifegerste, D. (2010). *Fallbeispiele als Instrument in Präventionskampagnen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 215–226.
- Reifegerste, D. (2012). *Zielgruppenspezifische Präventionsbotschaften. Implikationen evolutionärer Motive jugendlichen Risikoverhaltens*. Baden-Baden: Nomos.
- Reifegerste, D.; Oppat, B. (2010). „TigerKids. – Kindergarten aktiv“: Ein Settingprojekt der AOK PLUS in Kindertageseinrichtungen. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Göttingen: Huber, S. 293–302.
- Rheinberg, F. (2010). *Intrinsische Motivation und Flow-Erleben*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 5. Auflage, Berlin, Heidelberg: Springer, S. 365–387.
- RKI – Robert Koch-Institut (2015a). *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)*. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/DEGS1-Ergebnisse.pdf?blob=publicationFile (17.1.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2015b). *Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit?* https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte-stattung/GBEDownloadsGiD/2015/03_gesundheit_in_deutschland.pdf?blob=publicationFile (30.05.2021).
- RKI – Robert Koch-Institut (2014). *Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland*. <https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichte-stattung/GBEDownloadsB/maennergesundheit.pdf?blob=publicationFile> (30.05.2014).
- RKI – Robert Koch-Institut (2006). *Inanspruchnahme von Gesundheits- und Krebs-Früherkennungs-Untersuchungen – wer nutzt sie (nicht) und warum?* Gesundheitswesen, S. 68–A125.
- Scheffer, D.; Heckhausen, H. (2006). *Eigenschaftstheorien der Motivation*. In: Heckhausen, J.; Heckhausen, H. (Hrsg.): Motivation und Handeln. 3. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer, S. 45–72.
- Scherenberg, V. (2018). *App-Motivation: Präventions-Apps und ihre motivationalen Anreizkomponenten*. In: BZgA (Hrsg.): Digitalisierung als Treiber von Wandel – Chancen und Barrieren moderner Gesundheitskommunikation und ihrer Organisationen. Gesundheitsförderung Konkret, Bd. 22, Köln, S. 19–31.
- Scherenberg, V. (2017). *Präventionsmarketing – Ziel- und Risikogruppen gewinnen und motivieren*. Konstanz: UTB.

- Scherenberg, V. (2012). *Potenziale des Neuromarketings für die Gestaltung von Gesundheitskampagnen*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Gabler.
- Scherenberg, V. (2011). *Nachhaltigkeit in der Gesundheitsvorsorge: Wie Krankenkassen Marketing und Prävention erfolgreich verbinden*. Wiesbaden: Gabler.
- Scherenberg, V.; Glaeske, G. (2010). *Bonusprogramme der gesetzlichen Krankenversicherungen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 259–276.
- Scherenberg, V.; Greiner, W. (2008). *Präventive Bonusprogramme. Auf dem Weg zur Überwindung des Präventionsdilemmas*. Bern: Hans Huber.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schlack, R.; Kurth, B. M.; Hölling, H. (2008). *Die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Daten aus dem bundesweit repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)*. Umweltmedizin in Forschung und Praxis, 13, S. 245–260.
- Schmidt, I.; Seele, P. (2012). *Konsumentenverantwortung in der Wirtschaftsethik: Ein Beitrag aus Sicht der Lebensstilforschung*. Zeitschrift für Wirtschafts- und Unternehmensethik, 13 (2), S. 169–191.
- Schmidt, S. (2010). *Das QM-Handbuch. Qualitätsmanagement für die ambulante Pflege*. 2. Auflage, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schmucker R. (2020). *Arbeit, Gesundheit und Gerechtigkeit – Zur ungleichen Verteilung arbeitsbedingter Belastung*. In: Badura B., Ducki A., Schröder H., Klose J., Meyer M. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2020. Fehlzeiten-Report, Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schröder, C.; Wenzel, C.; Weissenborn, K. (2008). *Neurologie*. In: Rieder, A.; Lohff, B. (Hrsg.): Gender Medizin. Geschlechtsspezifische Aspekte für die klinische Praxis. 2. Auflage. Wien: Springer, S. 209–234.
- Schwarz, U.; Hutter, K. (2012). *Marketing-Management: Wie sich das Verhalten von Konsumenten beeinflussen lässt*. In: Hoffmann, S.; Schwarz, U.; Mai, R. (Hrsg.): Angewandtes Gesundheitsmarketing. Wiesbaden: Gabler.
- Schwarzer, R. (1992). *Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Health Behaviors: Theoretical Approaches and a New Model*. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Self-Efficacy: Thought Control of Action. Washington: Hemisphere Publishing Corporation, S. 217–243.
- Seitz, N.-N.; John, L.; Atzendorf, J.; Rauschert, C.; Kraus, L. (2019). *Kurzbericht Epidemiologischer Suchtsurvey 2018. Tabellenband: Tabakkonsum und Hinweise auf Konsumabhängigkeit nach Geschlecht und Alter im Jahr 2018*. München: IFT Institut für Therapieforchung.
- Siegrist, J. (Hrsg.) (2008). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen*. Bern: Hans Huber.

- Statistisches Bundesamt (Hrsg.) (2021). *Lebenserwartung und Sterblichkeit*. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html> (29.05.2021).
- Steele, C. M. (1988). *The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self*. In: Berkowitz, L. (Hrsg.): *Advances in Experimental Social Psychology*, 21, New York: Academic Press, S. 261–302.
- Storch, M. (2003). *Ressourcenaktivierung und das menschliche Gehirn*. In: Aregger, K.; Lattmann, U. P. (Hrsg.): *Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte – Praxisbeispiele – Perspektiven*. Aarau: Bildung Sauerländer, S. 139–158.
- Stürzer, M.; Cornelißen, W. (2005). *Gesundheitsstatus und Gesundheitsrisiken von Frauen und Männern*. In: Cornelißen, W. (Hrsg.): *Gender-Datenreport. Kommentierter Datenreport zur Gleichstellung von Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland im Auftrag des BMFSFJ und in Zusammenarbeit mit dem Statistischen Bundesamt*. München, S. 449–496.
- Symmank, C.; Hoffmann, S. (2016). *Leugnung und Ablehnung von Verantwortung*. In: Heidbrink L., Langbehn C., Sombetzki J. (Hrsg.): *Handbuch Verantwortung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Thiele, S.; Mensink, G. B.; Beitz, R. (2004). *Determinants of Diet Quality*. *Public Health Nutrition*, 7 (01), S. 29–37.
- Thieme – Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik (2021). *Depressionen: Frauen erkranken weit häufiger als Männer*. <https://www.thieme.de/de/psychiatrie-psychotherapie-psychosomatik/depressionen-frauen-erkranken-haeufiger-als-maenner-52555.htm> (30.05.2021).
- Update Your Life (2021). *Kampagnen 2001–2012*. <http://www.update-your-life.com/kampagnen/archiv.html> (24.01.2021).
- WHO – Weltgesundheitsorganisation (2019). *Faktenblatt – Psychische Gesundheit*. https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/404853/MNH_FactSheet_DE.pdf (24.01.2021).
- Wiebe, D. J.; Korbel, C. (2003). *Defensive denial, affect, and the self-regulation of health threats*. In: Cameron, L. D.; Leventhal, H. (Hrsg.): *The Self-regulation of Health and Illness Behavior*. New York: Routledge, S. 184–203.
- Wittchen, H.-U.; Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Zimbardo, P. G. (2008). *Psychologie*. 18. aktual. Auflage, München: Pearson Education Deutschland.

E. Abbildungsverzeichnis

Abb. 2.1	Klassifizierung von Anzelelementen	15
Abb. 2.2	Plakat einer Kampagne des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur	18
Abb. 2.3	Plakat der Kampagne „Vergessen ist ansteckend“	19
Abb. 2.4	Aktuelles Motto (#ZigaretteDieUmwelt) der Kampagne „Be Smart – Don’t Start“	23
Abb. 3.1	Abwehrreaktionen und Verstärkungsmechanismen im Gesundheitssektor	32
Abb. 3.2	Plakate von Präventionsmaßnahmen	41
Abb. 3.3	Kampagne zur Brustkrebs-Vorsorge	43
Abb. 3.4	Schematische Darstellung unterschiedlicher Gehirnareale	45
Abb. 3.5	Funktionsmodell des psychischen Geschehens.....	51
Abb. 3.6	Lösungsorientierte Kampagne gegen HIV und STI	54
Abb. 4.1	Plakat aus der Kampagne „Echte Männer sind Checker“	62

F. Tabellenverzeichnis

Tab. 1.1	Durchhaltevermögen bei der Gesundheitsprävention.....	5
Tab. 2.1	Mögliche Anreizformen innerhalb von Gesundheits-Apps	13
Tab. 3.1	Abwehrreaktionen gegen Maßnahmen der Gesundheitskommunikation	35
Tab. 3.2	Subjektive Bedrohungen durch Gesundheitskommunikation	39
Tab. 3.3	Subjektive Verstärkung durch Gesundheitskommunikation	42
Tab. 3.4	Belohnungs- und Vermeidungssysteme der Motivfelder	48
Tab. 3.5	Dimensionen von Annäherungs- und Vermeidungszielen	50

G. Sachwortverzeichnis

#		H	
4 P	26	Handlungsergebniserwartung	20
7 P	26	Health-Belief-Modell	17
A		I	
Abwehrreaktionen	33	implizite Motive	4
affektive Bedingung	16	Inkonsistenz	50
Alter	63	Intention-Behavior-Gap	5
Annäherungsziele	49	irreführende Werbung	17
Appell	28		
Ausstattungspolitik	29	J	
B		Jugendalter	64
Bedrohungsbereiche	39	K	
Bedrohungslagen	39	Kampagne	18, 40, 53
Betroffenheit	38	Kindheit	63
Big 3	46	kognitive Bedingung	16
Bildungsgrad	65	Kohärenzgefühl	58
biologischer Ansatz	60	Kommunikationsmaßnahmen	43
Bonusprogramme	14	Kommunikationspolitik	18, 27
Botenstoffe	45	Kompensationsmodell	3
D		konative Bedingung	16
Distributionspolitik	27	Konsistenz	50
E		M	
Enttäuschungseffekt	15	Magnetresonanztomografie	
Erwachsenenalter	64	funktionelle	45
explizite Motive	4	Motiv	3
F		Motivation	3
Fähigkeit		extrinsische	12
subjektive	4	intrinsische	12
Flow-Erlebnis	4	Motiv-Diagnostik	6
Führung durch Motivation	4	Motivfelder	46
Funktionsmodell des psychischen		N	
Geschehens	49	narrative Persuasion	37
Furchtappell	19, 53	Neurowissenschaft	44
G		P	
Gegenleistungspolitik	26	Personalpolitik	29
Gender	60	Preispolitik	26
		Problemlösung	4

Produktpolitik	26
Prozesspolitik	28

R

Reaktanz	34
Reframing	7
Risikowahrnehmung	17
RUMBA-Regel	9

S

Sättigungseffekt	15
Selbstmanagement	4
Selbstwirksamkeitserwartung	22
Senioren	64
Setting-Ansatz	65
Sex	60
SMART-Prinzip	8
sozialwissenschaftlicher Ansatz	60
subjektive Norm	21

T

Terror Management Theory	53
--------------------------------	----

V

Verhaltensaktivierungssystem	31
verhaltensbezogene Bedingung	16
Verhaltenshemmsystem	31
Vermeidungsziele	49
Vision	5
Volition	4

W

Wurzel	
kulturelle	65

Z

Zielgruppen	56
-------------------	----

H. Einsendeaufgabe

Gesundheitsbezogenes Motivationsmanagement

Online-Code:

MOTIH02-XX2-A02

Name:	Vorname:
Postleitzahl und Ort:	Straße:
Matrikel-Nr.:	Studiengangs-Nr.:
Heftkürzel: MOTIH02	Druck-Code: 0721A02

Tutor/-in:

Datum:

Note:

Unterschrift:

Bitte beachten Sie die Standards zu Einsende- und Fallaufgaben auf dem Online-Campus in der Bibliothek.

Bitte halten Sie die vorgegebene Seitenzahl von max. 8 Seiten ein.

- Sie haben das Kompensationsmodell der Motivation und Volition von Kehr (2004) kennengelernt.
 - Nennen Sie die drei Komponenten des Kompensationsmodells, die in Einklang mit einer Handlung stehen sollten, damit diese Handlung mit wenig volitionaler Kontrolle ausgeübt werden kann. (3 Pkt.)
 - Beschreiben Sie am Beispiel ungesunder Ernährungsgewohnheiten bei Schülerinnen und Schülern drei Möglichkeiten, wie Maßnahmen des Motivationsmanagements gestaltet werden könnten, wenn jeweils eine dieser Komponenten nicht mit dem Zielverhalten gesunder Ernährung übereinstimmt. (9 Pkt.)
 - Nennen Sie die drei zentralen Aspekte des Motivationsmanagements nach Kehr (2004). (3 Pkt.)
 - Welches Argument spricht dafür, das Motivationsmanagement für gesundheitsbewusstes Verhalten nicht dem einzelnen Individuum zu überlassen, sondern verschiedene Akteure des Gesundheitssektors einzubinden? (3 Pkt.)
- In Tab. 3.1 sind vier Gruppen von Abwehrreaktionen gegen Maßnahmen der Gesundheitskommunikation aufgeführt. Benennen Sie die Gruppen. Überlegen Sie sich für jede Gruppe beispielhaft einen Gesundheitsappell und beschreiben Sie, wie eine bestimmte Zielgruppe auf diesen Appell mit einer Abwehrhaltung reagieren könnte.
- Nennen Sie die 7 P des Dienstleistungsmarketings und benennen Sie jeweils eine Maßnahme des Motivationsmanagements, die zu dem jeweiligen Bereich gehört.

18 Pkt.**10 Pkt.****14 Pkt.**

4. Ein Jugendlicher ist in der Vergangenheit in der Schule häufig als starker Raucher aufgefallen. Seine Eltern und Lehrer haben mehrmals versucht, ihn davon zu überzeugen, aufzuhören. Obwohl er über die Gefahren des Rauchens aufgeklärt ist, zeigt er keinerlei Absicht, aufzuhören. Er sagt, dass er die Verantwortung für sein Leben bewusst selbst übernehmen und nicht aufhören will. Nach einem Umzug der Familie wechselt der Jugendliche die Schule und bereits nach zwei Wochen in der neuen Schule setzt er sich zum Ziel, nicht mehr zu rauchen.

Erklären Sie anhand der Theorie des überlegten Handelns, wodurch dieser plötzliche Wandel zustande gekommen sein könnte. Nennen und erklären Sie dabei zunächst die zwei zentralen Konstrukte der Theorie des überlegten Handelns, die auf die Verhaltensabsicht Einfluss nehmen. Erläutern Sie sodann, inwiefern diese Konstrukte dazu beitragen, dass sich der Jugendliche in der neuen Umgebung das Ziel setzt, mit dem Rauchen aufzuhören.

9 Pkt.

5. Anreizsysteme dienen in der Gesundheitspsychologie dazu, das Verhalten der Menschen in eine intendierte Richtung zu bewegen und Bedrohungen abzuwenden.
- a) Nennen Sie mindestens vier konative Barrieren, welche die erfolgreiche Umsetzung einer Verhaltensintention behindern. Welche der konativen Barrieren könnten aus Ihrer Sicht eine Rolle spielen, wenn sich eine Person vornimmt, regelmäßig zur Hautkrebsvorsorge zu gehen, es aber doch nicht tut? (8 Pkt.)
 - b) Hastall (2012) unterscheidet zwischen sechs unterschiedlichen Bedrohungsbereichen. Bitte nennen Sie diese Bereiche und beschreiben Sie jeweils ein Beispiel von möglichen Warnhinweisen auf Zigarettenschachteln, die auf der jeweiligen Ebene besonders bedrohlich wirken könnten. (9 Pkt.)
 - c) Was verstehen Hoffmann und Schlicht (2010) unter objektiver und unter affektiver Betroffenheit? Verdeutlichen Sie den Unterschied anhand des Themas Sonnenschutzverhalten. (6 Pkt.)

23 Pkt.

6. Männer und Frauen unterscheiden sich maßgeblich in ihrem Gesundheitsverhalten und ihrer Absicht, Verhaltensänderungen durchzuführen.
- a) Diese Unterschiede lassen sich mithilfe des biologischen und des sozialwissenschaftlichen Erklärungsansatzes begründen. Erklären Sie kurz, welche zentralen Annahmen beiden Erklärungsansätzen zugrunde liegen. (4 Pkt.)
 - b) Wie lässt sich anhand des sozialwissenschaftlichen Ansatzes erklären, dass Frauen eher als Männer an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen? (8 Pkt.)
 - c) Welche Motivationsfelder unterscheidet das Züricher Modell der sozialen Motivation? Legen Sie dar, inwieweit bei Männern und Frauen diese Motivfelder unterschiedlich stark ausgeprägt sind. (5 Pkt.)
 - d) Was versteht man unter einer Abwehrreaktion? Erläutern Sie kurz drei Strategien für Gesundheitskampagnen, mit denen Abwehrreaktionen vermieden werden können. (5 Pkt.)

22 Pkt.

7. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

- a) Welche beiden regulierenden Prozesse laufen nach Grawe (1998) im psychischen und neuronalen System des Individuums parallel ab? Annäherungs- und _____-ziele.
- b) Wie nennt man Grawes Theorie, die besagt, dass sich Individuen besser mit ihrer Umwelt auseinandersetzen und ihre Grundbedürfnisse als erfüllt ansehen, wenn diese Prozesse konsistent ablaufen?
- c) Welcher erlebte Zustand entsteht nach Grawe, wenn die persönlichen Ziele nicht realisiert werden können und dies vom Individuum wahrgenommen wird?
- d) Welcher erlebte Zustand entsteht, wenn unterschiedliche Ziele im Widerspruch zueinander stehen, sich gegenseitig hemmen und behindern?

4 Pkt.



© APOLLON Hochschule

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck – auch auszugsweise – nicht gestattet.

Fragen und Anregungen direkt zum Studienheft bitte an folgende Adresse: autor@apollon-hochschule.de

Wir stellen dann für Sie den Kontakt zur Autorin/zum Autor her.