



University of Applied Sciences

**APOLLON** Hochschule  
der Gesundheitswirtschaft

# Gesundheitspsychologie

GPSYH06



---

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.

---

# **Gesundheitspsychologie**

GPSYH06



**Dr. rer. pol., Dipl.-Psych. Stefan Hoffmann**

(geb. 1977) studierte an der Katholischen Universität Eichstätt und an der Universität Mannheim Diplom-Psychologie mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Forschungs- und Evaluationsmethodik. Im Jahr 2008 wurde er an der Technischen Universität Dresden im Fach Betriebswirtschaftslehre mit Schwerpunkt Marketing promoviert. Stefan Hoffmann vertrat von April 2011 bis März 2012 den Lehrstuhl für Marketing der Technischen Universität Dresden und ab April 2012 den Lehrstuhl für Marketing der Universität Rostock. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in den Bereichen Konsumentenverhalten, Gesundheitsmarketing, Werbewirkungs-

forschung sowie Internationales Marketing. In diesen Themenfeldern hat Stefan Hoffmann zahlreiche nationale und internationale Publikationen veröffentlicht. Derzeit erforscht er unter anderem im Rahmen eines vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts innovative Möglichkeiten, um die Hemmnisse eines gesunden Lebensmittelkonsums zu überwinden.



**Dr. rer. pol., Dipl.-Kffr. Uta Schwarz**

(geb. 1977) studierte an der Technischen Universität Dresden Betriebswirtschaftslehre mit den Schwerpunkten Marketing, Psychologie und Personalwesen. Seit 2003 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Marketing der TU Dresden. Ihre Promotion im Fach Betriebswirtschaftslehre mit dem Schwerpunkt Marketing hat Uta Schwarz im April 2012 abgeschlossen. 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. AOK Plus Sachsen/Thüringen, TUMAINI Institut für Präventionsmanagement).

---

Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies ausdrücklich alle anderen Geschlechtsidentitäten ein.

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.

---

# Gesundheitspsychologie

## Inhaltsverzeichnis

<b>Einleitung</b>	1
<b>1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus Sicht der Psychologie</b>	3
1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspsychologie	3
1.2 Gesundheitsbegriff im Wandel der Zeit	3
1.3 Relevanz des Gesundheitsverhaltens für die Gesundheit	7
1.4 Zielsetzung und Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens	9
Zusammenfassung	11
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	12
<b>2 Motivationale Modelle</b>	13
2.1 Health Belief Modell	13
2.1.1 Grundannahmen	13
2.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	15
2.2 Schutzmotivationstheorie	16
2.2.1 Grundannahmen	16
2.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	19
2.3 Theorie des geplanten Verhaltens	22
2.3.1 Grundannahmen	22
2.3.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	26
2.4 Sozial-kognitive Theorie	27
2.4.1 Grundannahmen	27
2.4.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	29
Zusammenfassung	31
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	34
<b>3 Stadienmodelle</b>	35
3.1 Transtheoretisches Modell	35
3.1.1 Theoretische Grundannahmen	35
3.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	40
3.2 Prozessmodell präventiven Handelns	41
3.2.1 Grundannahmen	41
3.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	43
3.3 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns	44
3.3.1 Grundannahmen	44
3.3.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis	46
Zusammenfassung	50
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	51

---

<b>4</b>	<b>Grenzen und Weiterentwicklung sozial-kognitiver Modelle .....</b>	<b>52</b>
4.1	Defizite sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens .....	52
4.2	Ansätze zur Weiterentwicklung von Modellen des Gesundheitsverhaltens .....	53
4.2.1	Berücksichtigung kognitiver und emotionaler Einflussgrößen .....	53
4.2.2	Berücksichtigung von Merkmalen der Persönlichkeit .....	54
4.2.3	Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale .....	56
	Zusammenfassung .....	58
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	58
	<b>Schlussbetrachtung .....</b>	<b>59</b>
	<b>Anhang</b>	
A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen .....	60
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung .....	62
C.	Glossar .....	66
D.	Literaturverzeichnis .....	69
E.	Abbildungsverzeichnis .....	77
F.	Tabellenverzeichnis .....	78
G.	Sachwortverzeichnis .....	79
H.	Einsendeaufgabe .....	81

---

## Einleitung

Das vorliegende Studienheft befasst sich mit den psychologischen Grundlagen des Gesundheitsverhaltens. Sie erfahren, warum sich manche Menschen gesundheitsbewusst verhalten, also z.B. ausgewogen ernähren und ausreichend körperlich betätigen und andere nicht.

Die Auseinandersetzung mit den Beweggründen proaktiven Verhaltens ist sowohl aus individueller als auch aus gesamtwirtschaftlicher Sicht überaus relevant (vgl. Ferber et al., 2007). Obwohl das Bewusstsein, seine Gesundheit selbst steuern zu können, in der Bevölkerung mehr und mehr vorhanden ist, steigt die Anzahl lebensstilbedingter Krankheiten weiter an. Immer mehr Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie bestimmten Krebserkrankungen, die zumindest teilweise auf risikobehaftete Verhaltensweisen wie eine unausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung oder einen hohen Nikotin- und Alkoholkonsum zurückzuführen sind (vgl. Zimmet et al., 2001). Gelingt es den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens, in der Bevölkerung das Bewusstsein für die Risiken derartiger Verhaltensweisen zu schaffen und gefährdete Personen zu einer Verhaltensänderung zu bewegen, könnte der Ausbruch lebensstilbedingter Erkrankungen wirkungsvoll verhindert oder zumindest verzögert werden.

Vor diesem Hintergrund ist es das Ziel des vorliegenden Studienheftes, Ihnen die Ziele und Teilbereiche der noch jungen Forschungsdisziplin „Gesundheitspsychologie“ näher zu bringen.

Sie erhalten einen Überblick über die wichtigsten psychologischen Modelle und Theorien des Gesundheitsverhaltens. Sie erfahren, welche Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten eines Menschen Einfluss nehmen und wie sich aus den Annahmen der theoretischen Erklärungsansätze praxisbezogene Ratschläge für die Gestaltung von Präventionsappellen und -maßnahmen ableiten lassen.

Wir wünschen Ihnen bei der Bearbeitung des Heftes viel Spaß!





# 1 Gesundheit und Gesundheitsverhalten aus Sicht der Psychologie

*In diesem einführenden Kapitel werden Sie in die theoretischen Grundlagen der Gesundheitspsychologie eingeführt.*

*Sie lernen, wie sich der Gesundheitsbegriff im Laufe des vergangenen Jahrhunderts von einem negativen Begriffsverständnis (Gesundheit = Abwesenheit von Krankheit) hin zu einer positiven Sichtweise (Gesundheit = Zustand des psychischen und physischen Wohlbefindens) entwickelt hat.*

*Sie können nach Bearbeitung dieses Kapitels die wesentlichen Annahmen sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens erklären.*

## 1.1 Definition und Ziele der Gesundheitspsychologie

Die Gesundheitspsychologie als Teilbereich der Psychologie untersucht, wie Individuen ihre Gesundheit erhalten können und welche Einflussgrößen darüber entscheiden, dass sich einige Personen gesundheitsbewusster verhalten als andere. Untersuchungsgegenstand ist weiterhin, wie Krankheiten von vornherein verhindert werden können. Neben dieser, auf den Erhalt von Gesundheit ausgerichteten Perspektive, erforscht die Gesundheitspsychologie schließlich das Verhalten bereits erkrankter Menschen, indem sie bspw. fragt, welche psychologischen Faktoren dazu beitragen, dass sich eine Person nach einer Krankheit schnell wieder erholt (vgl. Lippke; Renneberg, 2006).

Schwarzer (2004, S. 1) fasst die Zielsetzungen der Gesundheitspsychologie wie folgt zusammen:

„Die Gesundheitspsychologie befasst sich mit dem menschlichen Erleben und Verhalten angesichts gesundheitlicher Risiken und Beeinträchtigungen sowie mit der Optimierung von Gesundheit. Die Forschung fragt danach, wer krank wird und warum, wer sich von Krankheit wieder gut erholt (und warum), und wie man Krankheiten von vornherein verhütet.“

Die Gesundheitspsychologie ist eine vergleichsweise junge Disziplin, die Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens empirisch überprüft und systematisch weiterentwickelt, mit dem Ziel, wirksame Maßnahmen zur Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsförderung ableiten zu können. Bevor Kapitel 1.4 Theorien und Modelle der Gesundheitspsychologie systematisiert, wird in Kapitel 1.2 und Kapitel 1.3 im Folgenden dargelegt, welche unterschiedlichen Sichtweisen auf den Gesundheitsbegriff es gibt und welche Relevanz das Gesundheitsverhalten für den Erhalt der Gesundheit hat.

## 1.2 Gesundheitsbegriff im Wandel der Zeit

Fragt man Menschen danach, wie sie ihren Gesundheitszustand insgesamt einschätzen, so fällt diese subjektive Bewertung oftmals sehr positiv aus. In einer Umfrage des Robert Koch-Institutes bewerteten 73 Prozent der befragten Männer und 68 Prozent der befragten Frauen ihren Gesundheitszustand als „gut“ bzw. „sehr gut“ (vgl. Robert Koch-Institut, 2011).

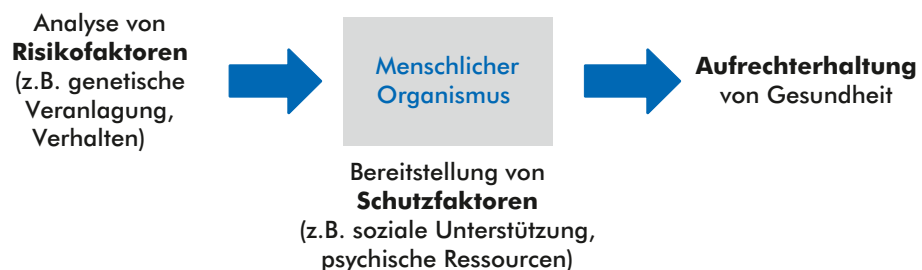
Offenbar wird in unserem Alltagsverständnis Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit bzw. von Krankheitssymptomen definiert. Aus wissenschaftlicher Sicht greift diese Begriffsauffassung jedoch zu kurz. Die Weltgesundheitsorganisation (vgl. WHO, 1946) legt eine positive Definition von Gesundheit vor, in der Gesundheit nicht allein als Abwesenheit von körperlichen Symptomen definiert wird. Gesundheit ist demnach vielmehr ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Diese Sichtweise auf Gesundheit blieb jedoch nicht von Kritik verschont. So weist Faltermaier (1994) darauf hin, dass dem Begriff der Gesundheit eine Zeitkomponente zugrunde liegt. Eine Person, die momentan gesund ist, bleibt dies nicht auf Dauer. Vielmehr muss sie aktiv dazu beitragen, den guten Gesundheitszustand aufrechtzuerhalten. Ziegelmann (2004) bezeichnet die WHO-Definition als utopistisch, d.h. als nahezu unerreichbar. Eine Person, die keinerlei körperliche Symptome aufweist, sich aber aufgrund eines zeitintensiven beruflichen Projektes gerade erschöpft fühlt, würde bereits als nicht gesund eingestuft werden.

Antonovsky (1979, 1987) unterscheidet zwischen einer pathogenetischen und einer salutogenetischen Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff (vgl. Abb. 1.1). Das pathogenetische Modell versucht zu erklären, wie eine Krankheit entsteht. Es interessiert sich für die biologischen Ursachen einer Erkrankung. Dieser negativen Sicht auf Gesundheit stellt Antonovsky das salutogenetische Modell gegenüber. Dieser Ansatz untersucht, warum Menschen gesund sind und wie sie gesund bleiben können. Schiffer (2001) bezeichnet die Salutogenese auch als „Schatzsuche“: Um eine Person zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten zu animieren, gilt es demnach, attraktive Ziele zu formulieren, die für die Zielperson motivierend sind und für die es sich lohnt, Anstrengungen zu unternehmen. Die Pathogenese setzt Schiffer hingegen mit dem Begriff der „Fehlersuche“ gleich. Vor allem Mediziner streben danach, Ursachen und Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten zu identifizieren und suchen nach medizinischen Mitteln, um diese zu heilen oder die bestehenden Symptome abmildern zu können.

#### Pathogenetischer Gesundheitsbegriff



#### Salutogenetischer Gesundheitsbegriff



**Abb. 1.1:** Abgrenzung von pathogenetischem und salutogenetischem Gesundheitsbegriff (eigene Darstellung)

Aufbauend auf den Überlegungen des Salutogenese-Modells entwickelte der amerikanische Psychiater G. L. Engel Ende der 1970er-Jahre das biopsychosoziale Modell (vgl. Engel, 1976). Dieses Modell hat in den vergangenen 30 Jahren in der Gesundheitspsychologie große Akzeptanz erfahren, wenn es darum ging, den Zusammenhang zwischen körperlichem und seelischem Wohlbefinden zu erklären (vgl. Egger, 2008). Denn hierfür sind nicht nur die biologischen Tatsachen zu einer (potenziellen) Erkrankung zu beachten, sondern vielmehr auch psychologische und soziale Kontextfaktoren zu berücksichtigen (vgl. Abb. 1.2).

Die Bezeichnung „Bio“ steht für die klassische Schulmedizin, die daran interessiert ist, körperliche Ursachen für eine Erkrankung zu identifizieren, Symptome zu deuten und darauf aufbauend eine Diagnose abzuleiten. Der Begriff „Sozial“ kennzeichnet das soziale Umfeld, in welches eine erkrankte bzw. gesundheitlich gefährdete Person eingebunden ist (z.B. Schule, Arbeitsplatz, Freunde, Familie). Die Dimension „Psycho“ charakterisiert schließlich das Denken und Fühlen einer Person. Aus Sicht der Gesundheitspsychologie interessiert hierbei unter anderem, ob ein Individuum über Coping-Strategien und Selbstwirksamkeitserwartungen verfügt, um ein gesundheitsschädigendes Verhalten künftig nicht mehr auszuführen. Insbesondere die Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person spielen in den in Kapitel zwei und Kapitel drei vorgestellten Modellansätzen eine zentrale Rolle, wenn es darum geht, Verhaltensabsichten zu wecken und das Gesundheitsverhalten von Individuen zu beeinflussen.

### **Coping-Strategie**

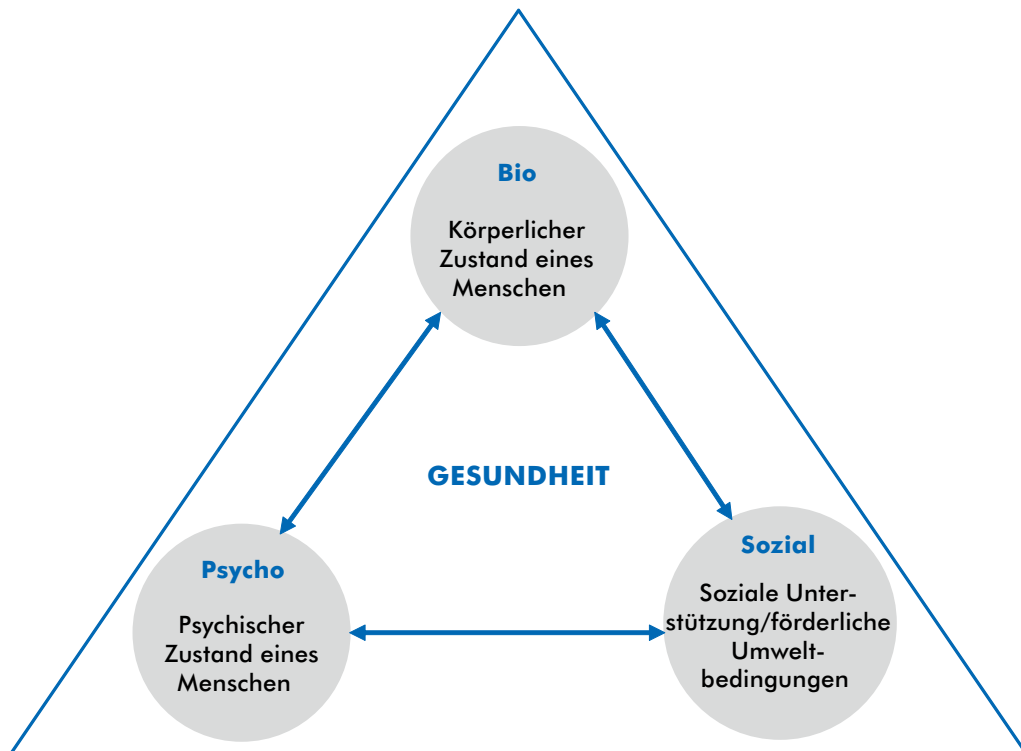
Das Wort „Coping“ leitet sich vom englischen Verb „to cope“ ab, was so viel bedeutet wie „bewältigen“, „überwinden“, „meistern“. Ist ein Mensch in der Lage, Coping-Strategien zu entwickeln, so erleichtert ihm dies, auch schwierige Lebenssituationen meistern zu können. Im Rahmen der Gesundheitspsychologie kommen Coping-Strategien Schlüsselfunktionen zu, wenn es darum geht, gesundheitsschädigende Verhaltensweisen abzustellen und mit den damit verbundenen Herausforderungen umgehen zu können.



### **Selbstwirksamkeitserwartung**

Unter der Selbstwirksamkeitserwartung versteht man die Überzeugung einer Person, dass sie selbst dazu in der Lage ist, eine bestimmte Handlung durchzuführen und diese zu einem anvisierten Ergebnis zu bringen. Eine Person wird ein bestimmtes Verhalten umso eher zeigen, je mehr sie selbst davon überzeugt ist, die Handlung erfolgreich durchführen und damit ein gewünschtes Ergebnis erzielen zu können (= hohe Selbstwirksamkeitserwartung). Im Zusammenhang mit der Gesundheitspsychologie wird die Selbstwirksamkeitserwartung eines Menschen auch als gesundheitsförderliche Ressource bezeichnet. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es Menschen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung leichter fällt als Menschen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, Verhaltensabsichten (z.B. regelmäßig Sport treiben) tatsächlich zu realisieren, weil sie davon überzeugt sind, diese Herausforderung aus eigenen Kräften meistern zu können.





**Abb. 1.2:** Biopsychosoziales Modell (eigene Darstellung in Anlehnung an Lippke; Renneberg, 2006, S. 9)

Die biologischen, psychologischen und sozialen Einflussgrößen nehmen nicht nur einzeln Einfluss auf das Gesundheitsverhalten, sondern stehen zueinander in einer komplexen Wechselbeziehung. Zum einen in negativer Hinsicht: Ein Mensch, der gerade seine Arbeit verloren hat, muss nicht nur auf Gehalt verzichten, sondern erfährt auch einen Verlust an sozialem Kontakt, den er tagtäglich zu seinen Kollegen hatte (= soziale Komponente). Diese Vereinsamung kann bei dem Betroffenen Traurigkeit und Verzweiflung auslösen. Hält dieser Zustand über einen längeren Zeitraum an, ist im schlimmsten Fall eine Depression die Folge (= psychologische Komponente). Depressive Verstimmungen können wiederum auch körperliche Symptome nach sich ziehen, z.B. Bauchschmerzen (= biologische Komponente).

Zum anderen ist aber auch ein positives Wechselspiel von biologischen, sozialen und psychischen Faktoren auf den Gesundheitszustand möglich. Wenn eine Person im Rahmen einer Routineuntersuchung erfährt, dass sie ein erhöhtes Risiko besitzt, an Typ-2-Diabetes zu erkranken (= biologische Komponente), wird sie zunächst schockiert sein. Denn um den Ausbruch der Krankheit verhindern zu können, wird sie eine gewaltige Umstellung der etablierten Ernährungsgewohnheiten in Kauf nehmen müssen. Entwickelt die Person jedoch effektive Strategien, um mit dieser Herausforderung umgehen zu können (= psychologische Komponente) und hat sie ein soziales Netzwerk, das sie bei der Ernährungsumstellung unterstützt (= soziale Komponente), so wird sie es schaffen, sich gesünder zu ernähren.

Die Kernaussagen des biopsychosozialen Modells können wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Thapa-Görder; Voigt-Radloff, 2010, S. 4):

- Das Modell fokussiert den Begriff der Gesundheit und nicht den Begriff der Krankheit.

- Das Modell betrachtet Gesundheit aus Sicht des einzelnen Individuums und beleuchtet Kontextfaktoren, die über das eigentliche medizinische Untersuchungsergebnis hinausgehen.
- Gesundheit wird als dynamischer Vorgang verstanden. Demnach sind Änderungen am Gesundheitszustand einer Person möglich, wenn sich die Lebensumstände ändern.

**Übung 1.1:**

Ihre Aufgabe ist es nun, die Annahmen des biopsychosozialen Modells an einem konkreten Beispiel zu erläutern. Stellen Sie sich vor, Frau Schulz bekommt von ihrem Hausarzt mitgeteilt, dass sie unter Übergewicht und zu hohem Blutdruck leidet (Komponente „Bio“). Der Arzt empfiehlt ihr deshalb dringend, von nun an regelmäßig Sport zu treiben, um auf diesem Wege Gewicht zu reduzieren. Erläutern Sie, wie soziale und psychische Rahmenbedingungen dazu beitragen können, dass es Frau Schulz gelingt, diesen Ratschlag tatsächlich umzusetzen.



### 1.3 Relevanz des Gesundheitsverhaltens für die Gesundheit

Die Annahmen des biopsychosozialen Modells legen nahe, dass ein Individuum durch sein Gesundheitsverhalten selbst aktiv zum Erhalt der Gesundheit beitragen kann. In der Forschung bestehen unterschiedliche Ansichten darüber, was genau unter Gesundheitsverhalten zu verstehen ist. Alle einschlägigen Definitionen (z. B. Norman; Conner, 2005; Schwarzer, 2004) zählen übereinstimmend sowohl das Ausführen gesundheitsförderlicher als auch das Vermeiden gesundheitsschädigender Verhaltensweisen zum Gesundheitsverhalten dazu.

Folgt man den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), so besteht eine gesundheitsförderliche Maßnahme beispielsweise darin, viel Obst und Gemüse sowie ballastreiche Getreide- und Kartoffelprodukte zu verzehren, reichlich Wasser und ungesüßten Tee zu trinken, nur in Maßen zucker- und fettreiche Lebensmittel zu konsumieren und sich für das Essen Zeit zu nehmen (vgl. DGE, 2010).

Eine Person, die diese der Gesundheit zuträglichen Empfehlungen missachtet, zeigt sicherlich ein gesundheitsschädigendes Verhalten. Die Abgrenzung gesundheitsschädigender und -förderlicher Verhaltensweisen ist allerdings eine starke Vereinfachung, da jedes Verhalten als Kontinuum verstanden werden kann, welches von jeweils zwei gegensätzlichen Polen begrenzt wird. Das Ernährungsverhalten der meisten Menschen wird vermutlich nicht einem der beiden beschriebenen Extrempole zuzuordnen sein, sondern sich an einer Stelle des breiten Kontinuums zwischen gesundheitsförderlicher und -schädlicher Verhaltensweisen befinden (z. B. täglicher Verzehr von Obst und Gemüse bei gleichzeitiger Vorliebe für ein Stück Kuchen am Nachmittag).

Tabelle 1.1 gibt einen Überblick zu gesundheitsförderlichen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen. Faselt et al. (2010) weisen darauf hin, dass einzelne Gesundheitsverhaltensweisen miteinander interagieren können. So sind z. B. unter Personen, die wenig körperlich aktiv sind, häufiger Raucher und Menschen mit Übergewicht zu finden als unter körperlich aktiven Menschen. Weiterhin ist es möglich, dass eine Person zugleich gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen ausübt (sich z. B. gesund ernährt, aber zugleich raucht).

**Tab. 1.1:** Gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (eigene Darstellung in Anlehnung an Faselt et al., 2010, S. 18)

Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen	Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Aktivität</li> <li>• Gesunde Ernährung</li> <li>• Krebsvorsorge</li> <li>• Entspannung</li> <li>• Genügend Schlaf</li> <li>• Soziale Kontakte</li> <li>• Sicherheitsgurt tragen</li> <li>• Arzttermine einhalten/Ärztlichen Anweisungen Folge leisten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rauchen</li> <li>• Substanzmissbrauch (Alkohol, Drogen, Medikamente)</li> <li>• Riskantes Sexualverhalten</li> <li>• Sonnenbaden</li> <li>• Betreiben von Risikosportarten</li> <li>• Zu schnelles Fahren im Straßenverkehr</li> </ul>

Obwohl das Bewusstsein, seine Gesundheit selbst steuern zu können, in der Bevölkerung mehr und mehr vorhanden ist, steigt die Anzahl lebensstilbedingter Krankheiten weiter an. Immer mehr Menschen leiden an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ 2, Muskel- und Skelett-Erkrankungen sowie bestimmten Krebserkrankungen, die allesamt zumindest teilweise auf risikobehaftete Verhaltensweisen wie eine un ausgewogene Ernährung, mangelnde Bewegung oder einen hohen Nikotin- und Alkoholkonsum zurückzuführen sind (vgl. Zimmet et al., 2001). Die aufgeführten Krankheiten beeinträchtigen nicht nur den Gesundheitszustand eines einzelnen Individuums beträchtlich, sie stellen auch eine erhebliche Herausforderung für das Gesundheitssystem dar (vgl. Ferber et al., 2007).

Um zu ergründen, warum eine Person gesundheitsförderliche Maßnahmen ausübt und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen unterlässt, ist es primäres Ziel der Gesundheitspsychologie, die in einem Individuum ablaufenden Vorgänge näher zu analysieren. Die bisherige gesundheitspsychologische Forschung zeigt, dass insbesondere Kognitionen (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) wesentliche Bestimmungsgrößen gesundheitsbewussten Verhaltens sind. Anders als sozioökonomische Variablen (z.B. Einkommen, Bildungsgrad) lassen sie sich durch die Person selbst verändern, weshalb sie als Schlüsselgrößen für Verhaltensänderungen gelten.



### Kognitionen

Der Begriff Kognition leitet sich vom lateinischen Wort „cognoscere“ = erkennen, erfahren ab. In der Psychologie bezeichnen Kognitionen die im Inneren eines Individuums ablaufenden gedanklichen Prozesse wie die Entwicklung von Motiven, Einstellungen, Meinungen und Verhaltensabsichten. Kognitionen können Gefühle (= emotionale Vorgänge) beeinflussen oder durch diese beeinflusst werden.



Um zu erklären, wie Kognitionen Einfluss auf das Gesundheitsverhalten nehmen, wurden verschiedene Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens vorgeschlagen. Die grundlegenden Zielsetzungen dieser Modelle und ein Ansatz zu deren Systematisierung werden in Kapitel 1.4 vorgestellt.

## 1.4 Zielsetzung und Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens

Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens versuchen zu erklären, welche Einflussgrößen für das Entstehen gesundheitsförderlicher bzw. -schädigender Verhaltensweisen verantwortlich sind. Sie gehen der Frage nach, aus welchen Gründen Menschen sich gesund bzw. ungesund verhalten. Eine weitere Kernfrage besteht darin zu ergründen, wie es gelingen kann, dass eine Person den Plan, sich gesund zu verhalten, auch tatsächlich umsetzt.

### Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens

Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens beschreiben, welche Einflussgrößen eine gesundheitsrelevante Verhaltensweise (z.B. gesunde Ernährung) beeinflussen und wie diese Faktoren zusammenwirken. Sie beschreiben auch, unter welchen Bedingungen diese Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten Einfluss nehmen.



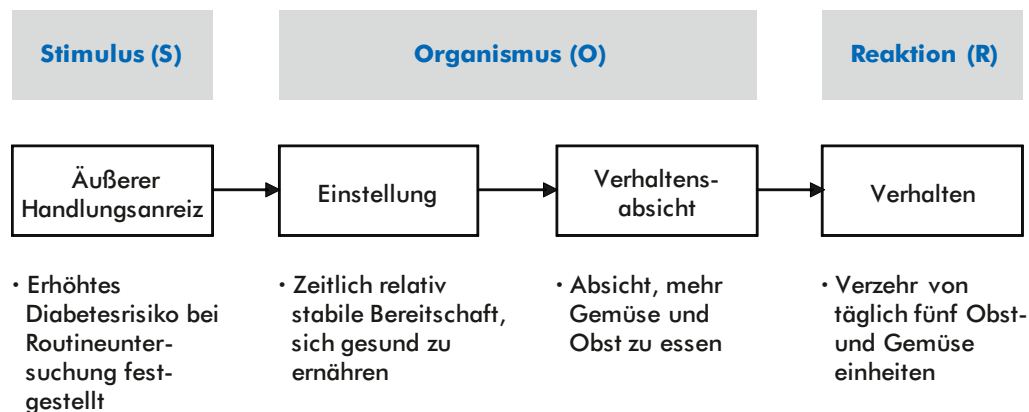
Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens stellen kognitive Faktoren (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Sie postulieren damit, dass Gesundheitsverhalten vor allem durch die betroffene Person selbst ausgelöst wird. Diese Selbststeuerungsmechanismen werden jedoch von sozialen Bestimmungsgrößen (z.B. dem sozialen Umfeld) beeinflusst. Sozial-kognitive Modelle integrieren damit kognitive und soziale Einflussgrößen, um Gesundheits- und Risikoverhalten zu prognostizieren.

### Sozial-kognitive Ansätze

Sozial-kognitive Ansätze ziehen sowohl kognitive (z.B. Einstellungen, Verhaltensabsichten) als auch soziale Faktoren (z.B. Unterstützung durch den Partner) heran, um gesundheitsbezogene Verhaltensweisen zu erklären.



Grundsätzlich lassen sich zwei Arten sozial-kognitiver Modelle voneinander abgrenzen: Motivationale Modelle und Stadienmodelle. Gemeinsam haben beide Erklärungsansätze, dass sie versuchen, anhand von Kognitionen (insbesondere Einstellungen und Verhaltensabsichten gegenüber einer gesundheitsförderlichen Maßnahme) tatsächliches Verhalten vorherzusagen. Stark vereinfacht lässt sich der Zusammenhang zwischen Einstellung, Verhaltensabsicht und Verhalten im S-O-R-Modell darstellen (vgl. Abb. 1.3). Ob eine Person ein gesundheitsförderliches Verhalten zeigt (= Reaktion), hängt demnach nicht allein vom auslösenden Reiz (= Stimulus) ab, sondern wird vielmehr maßgeblich von den im Inneren einer Person ablaufenden Prozessen (= Organismus) beeinflusst.



**Abb. 1.3:** S-O-R-Modell des Gesundheitsverhaltens (eigene Darstellung)

Die Annahme, dass sich aus Einstellungen Verhaltensabsichten entwickeln, aus denen sich wiederum das Verhalten vorhersagen lässt, liegt sowohl den motivationalen als auch den Stadienmodellen zugrunde. Wie genau der Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang aussieht, wird in den Modellen jedoch kontrovers diskutiert.

Der Fokus der **motivationalen Modelle** liegt auf dem Prozess der Absichtsbildung. Motivationale Modelle betrachten die Verhaltensabsicht als zentrale Einflussgröße des Gesundheitsverhaltens (vgl. Ajzen, 1991) und nehmen an, dass eine Verhaltensabsicht mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit in dem entsprechenden Verhalten resultiert. Sie gehen davon aus, dass sich Gesundheitsverhalten kontinuierlich ändern lässt und werden deshalb auch als lineare Modelle bezeichnet: Je stärker bspw. die Einstellung gegenüber gesunder Ernährung ausgeprägt ist, desto größer ist die Absicht, überwiegend gesunde Lebensmittel zu konsumieren. Motivationale Modelle interessiert primär, wie ein Individuum eine Verhaltensabsicht entwickelt. Eine Beschreibung des Zusammenhangs zwischen Verhaltensabsicht und Verhalten wird hingegen nicht als nötig erachtet.

Im Gegensatz zu den motivationalen Modellen weichen die **Stadienmodelle** von der Annahme ab, dass bei jedem Individuum nur die Einstellung beeinflusst werden muss, um eine Verhaltensänderung auszulösen. Stroebe und Jonas (1996) weisen auf die mehrfach empirisch beobachtete Diskrepanz zwischen Einstellungen und Verhalten hin. Stadienmodelle setzen bei dieser Kritik an, indem sie postulieren, dass ein Individuum verschiedene Stadien durchläuft, bevor es ein entsprechendes gesundheitsförderliches Verhalten zeigt. Dabei wird jedes Stadium von unterschiedlichen Einflussgrößen bestimmt. Ein einfaches Beispiel soll diese Grundannahme veranschaulichen:



#### Beispiel 1.1: Fallbeispiel

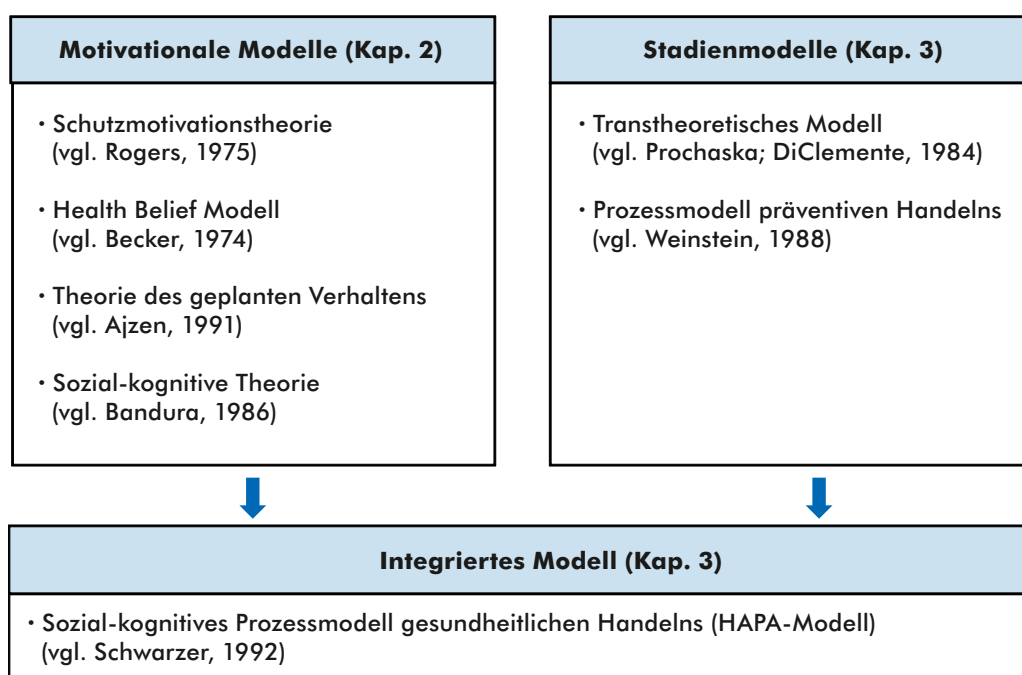
Während Person 1 sich bereits dazu entschieden hat, sich in einem Fitnessstudio anzumelden, denkt Person 2 noch gar nicht darüber nach, dass es für die eigene Gesundheit förderlich wäre, mehr Sport zu treiben. Person 3 wiederum geht während der warmen Jahreszeit regelmäßig Joggen, im Winter treibt sie hingegen gar keinen Sport.

Die drei Personen zeigen nicht nur ein unterschiedliches Bewegungsverhalten, sie haben hierfür auch unterschiedliche Motive.



Entsprechend der unterschiedlichen „Stadien“, in denen sich die Personen befinden, und ihrer jeweiligen Motive werden für die einzelnen Personen unterschiedliche Einflussgrößen relevant sein, um in die nächste Stufe zu wechseln und schließlich das Ziel, einer regelmäßigen sportlichen Betätigung nachzukommen, zu erreichen (vgl. Lippke; Kalusche, 2007).

Die motivationalen Modelle und die Stadienmodelle werden häufig als unvereinbar angesehen und in der Literatur kontrovers diskutiert. Im zweiten Kapitel werden zunächst vier motivationale Modelle des Gesundheitsverhaltens vorgestellt, bevor sich das dritte Kapitel ausgewählten Stadienmodellen widmet (vgl. Abb. 1.4). Hier wird mit dem sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell) zudem ein integrierter Modellansatz vorgestellt, welcher die Grundannahmen der motivationalen Ansätze und der Stadienmodelle miteinander verbindet.



**Abb. 1.4:** Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens (eigene Darstellung)

### Übung 1.2:

Grenzen Sie anhand des S-O-R-Modells die motivationalen Modelle des Gesundheitsverhaltens und die Stadienmodelle voneinander ab. Gehen Sie bei der Abgrenzung der Modelle sowohl auf Gemeinsamkeiten als auch auf Unterschiede ein.



## Zusammenfassung

Zusammenfassend verdeutlicht das erste Kapitel, dass sich die Gesundheitspsychologie mit vielfältigen Themen und Fragestellungen befasst. Die noch junge Forschungsdisziplin hinterfragt nicht nur, wer erkrankt und warum. Zusätzlich interessiert auch, wie Menschen zu einer gesundheitsförderlichen Verhaltensweise motiviert werden können und wie es gelingen kann, dass Personen, die sich der Gefahren eines gesundheitsschädigenden Verhaltens bewusst werden, dieses Verhalten tatsächlich ändern. Um diese

komplexen Fragestellungen beantworten zu können, werden in der gesundheitspsychologischen Forschung Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens theoriegeleitet entwickelt und empirisch überprüft.

### Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Grenzen Sie die pathogenetische und die salutogenetische Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff voneinander ab.
- 1.2 Nennen und erläutern Sie kurz die drei Bausteine des biopsychosozialen Gesundheitsmodells.
- 1.3 Ist das biopsychosoziale Modell am Begriff der Gesundheit oder am Begriff der Krankheit orientiert? Begründen Sie Ihre Antwort.
- 1.4 Definieren Sie den Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung. Warum wird die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person in der Gesundheitspsychologie als gesundheitsförderliche Ressource bezeichnet?
- 1.5 Erläutern Sie anhand des S-O-R-Modells den Zusammenhang zwischen Einstellungen, Verhaltensabsicht und Verhalten.
- 1.6 Worin besteht der zentrale Unterschied zwischen motivationalen Modellen des Gesundheitsverhaltens und den Stadienmodellen?
- 1.7 Wozu dienen Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens ganz allgemein?

## 2 Motivationale Modelle

*Das nachfolgende Kapitel vermittelt Ihnen einen Überblick zu den motivationalen Modellen des Gesundheitsverhaltens.*

*Nach Bearbeitung des Kapitels können Sie die Grundannahmen von insgesamt vier motivationalen Modellen darstellen.*

*Sie erfahren, wie die Modelle gesundheitsbewusstes Verhalten bei Menschen erklären, wobei der Schwerpunkt auf der Frage liegt, wie Individuen entsprechende Verhaltensabsichten entwickeln.*

*Sie lernen verschiedene Einflussgrößen kennen, welche sowohl auf die Verhaltensabsichten als auch auf das Gesundheitsverhalten einer Person Einfluss nehmen.*

*Sie erhalten weiterhin einen Einblick in den bisherigen Stand der Forschung und können die Vor- und Nachteile der einzelnen Erklärungsansätze aufzählen. Schließlich erfahren Sie, wie die theoretischen Annahmen der Modelle in der gesundheitspsychologischen Praxis Anwendung finden.*

### 2.1 Health Belief Modell

Zunächst wird das Health Belief Modell dargestellt. Neben den Grundannahmen des Modells erfahren Sie, wie es in Forschung und Praxis Anwendung findet.

#### 2.1.1 Grundannahmen

Das Health Belief Modell (auch: Modell gesundheitlicher Überzeugungen) wurde bereits in den 1950er-Jahren von Marshall Becker entwickelt. Es zählt damit zu den ältesten sozial-kognitiven Ansätzen, um präventives Gesundheitsverhalten zu erklären. Das Health Belief Modell schreibt dem Konzept der Risikowahrnehmung eine zentrale Rolle zu. Es postuliert, dass sich Menschen dann präventiv verhalten, wenn sie sich der Risiken, die ein bestimmtes Verhalten mit sich bringt, bewusst werden. Aus Sicht der Gesundheitspsychologie interessiert dabei nicht das objektive Risiko, sondern ausschließlich das wahrgenommene, d. h. von einem Individuum subjektiv empfundene Risiko.

#### Wahrgenommenes Risiko

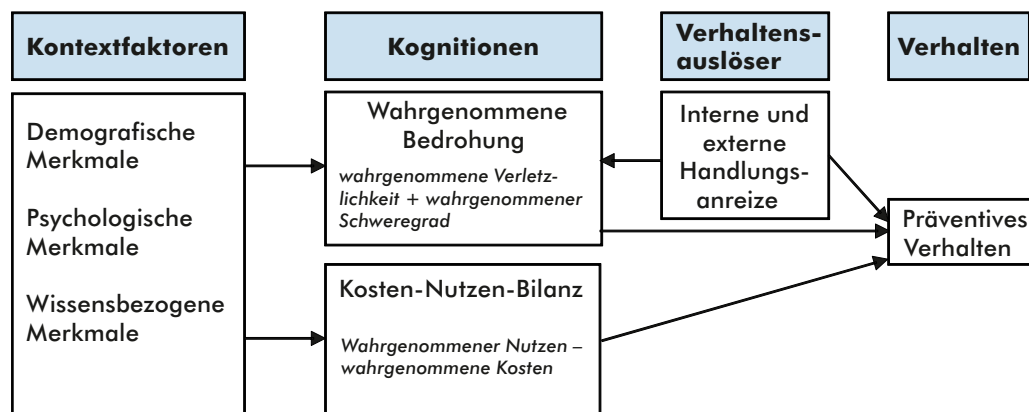
Das wahrgenommene Risiko setzt sich zusammen aus der subjektiv wahrgenommenen Eintrittswahrscheinlichkeit eines für die Gesundheit negativen Ereignisses und der subjektiven Einschätzung des Schweregrads dieses Ereignisses. Die Risikowahrnehmung wird durch zwei zentrale Einflussgrößen bestimmt. Eine Person wird eine Situation als umso risikoreicher empfinden, je mehr sie sich vor den Auswirkungen des Verhaltens fürchtet und je größer der Neuigkeitsgrad der Situation ist (vgl. Slovic, 2000).



Das Health Belief Modell enthält mit der wahrgenommenen Bedrohung eine Kognition, die sich unmittelbar aus der Risikodefinition ergibt (vgl. Abb. 2.1). Menschen sind dann bereit, sich präventiv zu verhalten, wenn sie sich durch eine Krankheit bedroht fühlen und ernste Konsequenzen für die eigene Gesundheit befürchten. Die wahrgenommene

Bedrohung setzt sich aus der wahrgenommenen Verletzlichkeit, d.h. der subjektiven Einschätzung der eigenen Anfälligkeit für eine Krankheit, und dem wahrgenommenen Schweregrad der Erkrankung zusammen.

Die wahrgenommene Bedrohung allein reicht jedoch nicht aus, um entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, die der Krankheit entgegenwirken können. Vielmehr muss das Individuum auch davon überzeugt sein, dass es Wege gibt, um die negativen Konsequenzen zu vermeiden oder zumindest abzuschwächen. Die zu ergreifenden Maßnahmen sollten für das Individuum zudem realisierbar und mit möglichst geringem Aufwand verbunden sein (= Kosten-Nutzen-Bilanz). Die Kosten-Nutzen-Bilanz ergibt sich aus der Differenz zwischen den Nutzenerwartungen an eine gesundheitsförderliche Maßnahme (z.B. verbessertes allgemeines Wohlbefinden, weniger Schmerzen) und den vom Individuum dafür zu investierenden Kosten. Die wahrgenommenen Kosten resultieren dabei nicht allein aus dem finanziellen Aufwand (z.B. höhere Kosten für den Kauf ökologischer Lebensmittel). Vielmehr kann ein Individuum eine Maßnahme auch als zu gefährlich (z.B. Nebenwirkungen eines Medikamentes) oder als zu anstrengend (z.B. mindestens 30 Minuten Sport am Tag) empfinden. In der Kosten-Nutzen-Bilanz werden die subjektiven Nutzen- und Kostenerwartungen gegenübergestellt. Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Individuum eine präventive Maßnahme ergreift, ist dann am größten, wenn der daraus resultierende Nutzen die zu investierenden Kosten übersteigt.



**Abb. 2.1:** Health Belief Modell (Faselt; Hoffmann, 2010a, S. 37)

Um präventives Gesundheitsverhalten möglichst umfassend erklären und vorhersagen zu können, nimmt Becker (1974) demografische (z.B. Alter, Geschlecht, Bildungsstand), psychologische (z.B. Persönlichkeit, Einfluss der sozialen Gruppe) und wissensbezogene (z.B. medizinisches Fachwissen) Kontextfaktoren in das Modell gesundheitlicher Überzeugungen auf. Wie genau diese Einflussgrößen den Grad der wahrgenommenen Bedrohung und das Kosten-Nutzen-Verhältnis bestimmen, konnte der Autor jedoch weder theoretisch plausibel begründen, noch hat er es im Rahmen empirischer Studien untersucht.

Das Health Belief Modell postuliert schließlich auch, dass bestimmte Handlungsanreize notwendig sind, damit ein Individuum die Initiative ergreift und sich präventiv verhält. Diese Verhaltensauslöser können entweder interner Natur sein, d.h. im Individuum selbst liegen (z.B. körperliche Symptome) oder extern, d.h. vom äußeren Umfeld, ausgelöst werden (z.B. Gespräch mit dem Arzt, Erkrankung eines Familienmitglieds, sozialer Einfluss, Rezeption einer Aufklärungskampagne). Folgt man den Modellannahmen, so beeinflussen diese Handlungsanreize das Verhalten sowohl direkt als auch indirekt

über den Grad der wahrgenommenen Bedrohung. Als Beispiel für den indirekten Wirkungspfad sei die Teilnahme an der Grippeimpfung aufgeführt. So fühlt man sich wahrscheinlich durch die vermeintlich tödliche, aber sehr selten auftretende Schweinegrippe eher bedroht und ist daher auch eher bereit, sich impfen zu lassen als dies bei der alljährlich auftretenden Herbstgrippe der Fall ist.

### Beispiel 2.1:



Thomas Müller erfährt in einem Gespräch mit einem engen Freund (= externer Handlungsanreiz), dass dessen Vater an den Folgen eines Herzinfarktes gestorben ist (= wahrgenommener Schweregrad). Der Freund erzählt, dass sein Vater beruflich stark unter Stress stand, sich ungesund ernährte und kaum Sport trieb. Thomas Müller erkennt Parallelen zu seinem eigenen Verhalten (= wahrgenommene Verletzlichkeit). Das macht ihn nachdenklich. Er beschließt, seinen Lebensstil aktiver zu gestalten, d.h. körperlich aktiver zu werden und mehr Obst und Gemüse zu essen. Dies hätte neben einem reduzierten Krankheitsrisiko den Vorteil, dass er seine Fitness steigern könnte. Zudem beschließt er, beruflich kürzer zu treten, worüber sich auch seine Frau sehr freuen würde (= wahrgenommener Nutzen). Er zieht jedoch auch negative Konsequenzen in Betracht, wie bspw. die Reaktion seines Chefs, wenn er ihm mitteilt, künftig seltener auf Dienstreisen gehen zu wollen (= wahrgenommene Kosten). Da der Nutzen aus der Sicht von Thomas Müller die entstehenden Kosten überwiegt, wird er aktiv und bucht einen kombinierten Ernährungs-Bewegungs-Kurs in einem Fitnessstudio (= Verhalten).

### 2.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Das Health Belief Modell wurde auf der Grundlage von Studien entwickelt, die sich mit dem Verhalten von Tuberkulosepatienten beschäftigt haben. Die ersten empirischen Studien, die zu diesem Modell vorliegen, befassten sich daher insbesondere mit dem Befolgen ärztlicher Anordnungen, die in Zusammenhang mit der Tuberkuloseerkrankung erfolgten (vgl. Abraham; Sheeran, 2005). Später wurde das Modell anhand unterschiedlicher methodischer Verfahren (z.B. physiologische Messungen, Befragungen, Verhaltensbeobachtungen) auf zahlreiche gesundheitsschädigende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen ausgeweitet (z.B. Ernährung, Bewegung, Nutzung von Kondomen, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen).

Unabhängig von der Methode und der Art der untersuchten Verhaltensweise kamen die Studien zu dem Befund, dass die vier Hauptkomponenten des Modells (wahrgenommene Bedrohung, wahrgenommener Schweregrad, Kosten, Nutzen) relevant aber nicht hinreichend sind, um Gesundheitsverhalten zu erklären. Die ermittelten Zusammenhänge zwischen den Komponenten und dem Gesundheitsverhalten waren oftmals aber nur schwach ausgeprägt. Die jüngere Forschung weist auf konzeptionelle Schwächen der Studien hin (vgl. Deshpande et al., 2009; Norman; Brain, 2005). Die Autoren kritisieren, dass die einzelnen Konzepte nicht klar genug definiert und voneinander abgrenzbar sind, unterschiedliche Ansätze zur Messung der Komponenten Anwendung finden und die theoretischen Zusammenhänge zwischen den einzelnen Komponenten nicht ge-

nügend durchdacht sind. Schwarzer (2004) fasst wesentliche Kritikpunkte an der theoretischen Fundierung des Health Belief Modells wie folgt zusammen:

- Die Verhaltensabsicht als Vermittler zwischen Einstellung und Verhalten wird im Modell nicht berücksichtigt. Auch die Selbstwirksamkeitserwartung, die heute als zentrale Einflussgröße des Gesundheitsverhaltens gilt, ist im Health Belief Modell nicht enthalten.
- Das Health Belief Modell postuliert, dass die wahrgenommene Bedrohung das Verhalten einer Person unmittelbar beeinflusst. Es folgt damit der in den 1950er-Jahren weit verbreiteten Sichtweise, dass Appelle, die Angst erzeugen, besonders wirksam sind, um Menschen zum Handeln zu bewegen. Heute weiß man jedoch, dass abschreckende Bilder von Krankheitssymptomen oder kranken Menschen nur eine begrenzte motivationale Wirkung besitzen und beim Betrachter sogar Abwehrreaktionen auslösen können.
- Die Kosten-Nutzen-Bilanz wird in empirischen Studien zum Health Belief Modell häufig als eine einzelne Modellkomponente betrachtet. Das Modell postuliert eine subtraktive Beziehung zwischen dem wahrgenommenen Nutzen und den wahrgenommenen Kosten einer bestimmten Handlung, die in einem Studiendesign jedoch nur schwer messbar gemacht werden kann.

Auch wenn in der jüngeren Forschung Erweiterungen des Modells vorgeschlagen wurden (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, vgl. Deshpande et al., 2009), bleiben wesentliche Kritikpunkte bestehen. Das Modell gilt aus heutiger Sicht veraltet, weshalb an dieser Stelle auch keine Implikationen für die Anwendung in der Präventionspraxis gegeben werden sollen.

## 2.2 Schutzmotivationstheorie

Dieser Abschnitt stellt mit der Schutzmotivationstheorie ein Modell vor, welches ebenfalls einen theoretischen Rahmen für den Einsatz von Furchtappellen bietet, jedoch auch die Verhaltensabsicht und die Selbstwirksamkeitserwartung als Einflussgrößen gesundheitsbewussten Verhaltens berücksichtigt.

### 2.2.1 Grundannahmen

Rogers (1975) entwickelte die Schutzmotivationstheorie ursprünglich zu dem Zweck, die Wirksamkeit von Furchtappellen zu erklären. Später überarbeitete er das Modell, um allgemeingültiger beschreiben zu können, welche kognitiven Prozesse in einem Individuum bei der Verarbeitung eines Präventionsappells ablaufen. Die Schutzmotivationstheorie ähnelt in ihren Grundannahmen bezüglich der Relevanz der Risikowahrnehmung sehr dem Health Belief Modell, berücksichtigt als zusätzliche Erklärungsgrößen des Verhaltens jedoch die Handlungs- und Selbstwirksamkeit und die Verhaltensabsicht.

**Furchtappelle**

Im Gesundheitsbereich sind Furchtappelle Botschaften, die dem Betrachter das Gefühl vermitteln sollen, dass seine Gesundheit oder sogar sein Leben bedroht sind. Als Folge der durch einen Furchtappell ausgelösten wahrgenommenen Bedrohung soll der Betrachter über die negativen Konsequenzen seines Verhaltens nachdenken und Einstellungen bzw. Handlungsabsichten hinsichtlich einer Verhaltensänderung herausbilden (vgl. Abb. 2.2).



**Abb. 2.2:** Beispiel für einen Furchtappell (<http://www.dirjournal.com/internet-journal/most-persuading-and-scaring-examples-of-negative-advertising>, 13.07.2012)

Die Schutzmotivationstheorie legt nahe, dass eine Person die Entscheidung, eine risikobehaftete Verhaltensweise künftig zu unterlassen, in zwei getrennten, parallel zueinander ablaufenden kognitiven Prozessen trifft (vgl. Abb. 2.3). Zum einen beurteilt sie den

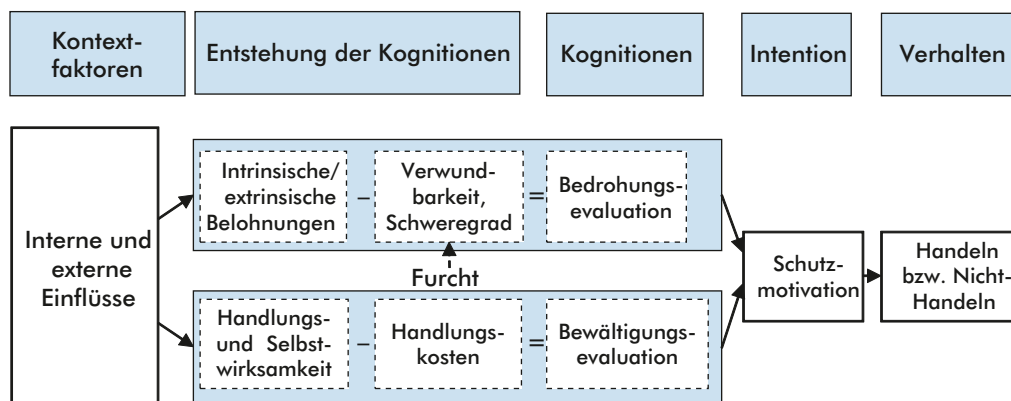


Grad der wahrgenommenen Bedrohung, zum anderen bewertet sie Bewältigungsstrategien. Beide Prozesse münden in der sog. Schutzmotivation, die darüber entscheidet, ob das gesundheitsschädigende Verhalten künftig unterlassen oder aufrechterhalten wird.

Die kognitiven Prozesse der Bedrohungs- und der Bewältigungsbewertung können sowohl durch interne als auch durch externe Einflussgrößen ausgelöst werden. Zu den internen Einflussgrößen zählen Erfahrungen, die man selbst durchlebt hat. So wird eine Person, bei der schon einmal ein auffälliger Leberfleck operativ entfernt werden musste, vermutlich besonders sorgsam die eigene Haut kontrollieren. Negative Erfahrungen mit einem Krankheitsbild im privaten Umfeld (z. B. eine Hautkrebserkrankung eines Freundes) sind den externen Einflussgrößen zuzuordnen.

Im Rahmen der Bedrohungseinschätzung wägt ein Individuum den Grad der Belohnung bzw. des Vorteils, den ein bestimmtes Verhalten mit sich bringt, und den Grad der Verwundbarkeit gegeneinander ab. Eine Person, die im Sommer häufig ein Sonnenbad genießt, erlebt das dabei ausgelöste Gefühl der Entspannung als intrinsische Belohnung. Der braune Teint bringt wiederum Anerkennung im Freundeskreis (= extrinsische Belohnung). Diesen Vorteilen stellt die Person den Grad der wahrgenommenen Verwundbarkeit gegenüber, d. h. die Einschätzung der negativen Konsequenzen, die häufiges Sonnen nach sich ziehen.

Parallel zum Prozess der Bedrohungsbewertung bewertet eine Person die ihr zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten. Um sich präventiv zu verhalten, muss sie das Gefühl haben, dass es sich lohnt, zu handeln (= Handlungswirksamkeit, z. B.: Wenn ich mich vor Sonnenbrand schütze, bekomme ich weniger wahrscheinlich Hautkrebs.) und sie muss sich selbst dazu in der Lage fühlen, diese Verhaltensweisen auszuüben (= Selbstwirksamkeitserwartung, z. B.: Ich traue mir zu, mich vor dem Sonnenbad gründlich einzucremen.). Die Einschätzung der Handlungs- und Selbstwirksamkeit sollte dabei höher ausfallen als die Handlungskosten (z. B. geringere Ausgeglichenheit durch den fehlenden Strandbesuch).



**Abb. 2.3:** Schutzmotivationstheorie (Faselt; Hoffmann, 2010b, S. 46)



Die zentrale Größe des Modells, die Schutzmotivation, definiert Rogers (1983) als die Absicht eines Individuums, auf Appelle, die zu einer Änderung einer risikobehafteten Verhaltensweise aufrufen, entsprechend zu reagieren.

Die Wahrscheinlichkeit, eine solche Verhaltensabsicht zu entwickeln, ist dann am größten, wenn die Person das Bewältigungspotenzial höher als die wahrgenommene Bedrohung einer Verhaltensänderung einschätzt.



Nimmt eine Person den Grad der wahrgenommenen Bedrohung jedoch als sehr stark wahr und schätzt sie ihre eigenen Bewältigungsmöglichkeiten gleichzeitig als gering ein, führt dies vermutlich nicht zu einer Verhaltensänderung. Vielmehr wird die Person Vermeidungsverhalten zeigen und die gesundheitlichen Risiken der Verhaltensweise leugnen. Der in Abb. 2.3 eingezeichnete Pfad der Furcht auf die wahrgenommene Verwundbarkeit spielt nur in der ersten Modellfassung aus dem Jahr 1975 eine Rolle. Rogers (1975) nahm an, dass Appelle, welche auf drastische Weise die negativen Folgen einer Handlung betonen, bei der Zielperson Furcht auslösen, was unmittelbar den Grad der wahrgenommenen Verwundbarkeit beeinflusst.

### Beispiel 2.2:



Sabine Meier hat einen Termin beim Hautarzt, um sich wegen eines Ausschlages behandeln zu lassen. Im Wartezimmer liest sie eine Broschüre über schwarzen Hautkrebs (= externer Umwelteinfluss). Unschöne Bilder von entarteten Leberflecken und der Bericht über eine Frau im mittleren Alter, die unheilbar an Hautkrebs erkrankt ist (= Schweregrad), bringen Sabine Meier zum Nachdenken. Denn sie nimmt gerne ein Sonnenbad und cremt sich hierzu nicht immer ein (= Verwundbarkeit). Gerade im Sommer bietet das Sonnenbaden am City Beach Sabine Meier Entspannung (= intrinsische Belohnung) und sie genießt es, mit ihren Freundinnen gesellig beisammen zu sein (= extrinsische Belohnung). Den Verlust an Lebensqualität (= Handlungskosten) schätzt Sabine Meier größer ein als die gesundheitlichen Folgen, die sie eventuell in zwanzig Jahren erwarten (= Bedrohungseinschätzung). Zwar möchte Frau Meier nicht komplett auf das Sonnenbaden verzichten, sie hält es jedoch für möglich, von nun an immer Sonnencreme und Sonnenhut einzupacken (= Selbstwirksamkeit) und auf diesem Wege die Haut vor intensiver Sonneneinstrahlung zu schützen (= Handlungswirksamkeit). Die hieraus resultierende Schutzmotivation führt dazu, dass Sabine Meier in Zukunft zumindest nur noch teilweise ein für die eigene Gesundheit unangemessenes Verhalten zeigen möchte (= Verhaltensabsicht).

## 2.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Die Befunde zur empirischen Gültigkeit der Schutzmotivationstheorie wurden in umfangreichen Literaturüberblicken zusammengefasst (vgl. Floyd et al., 2000; Milne et al., 2002). Diese sogenannten Meta-Analysen kommen übereinstimmend zu dem Schluss, dass insbesondere für den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf die Schutzmotivation, d. h. die Absicht, ein gesundheitsförderliches Verhalten zu zeigen, starke Effekte nachgewiesen werden konnten. Dies gilt für den Bereich der Ernährung (vgl. Plotnikoff; Higginbottom, 2002) ebenso wie für die Bewegung (vgl. Plotnikoff et al., 2010), Alkoholkonsum (vgl. Murgraff et al., 1999) und die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen (vgl. McMath; Prentice-Dunn 2005).

Eine weitere Meta-Analyse von Witte und Allen (2000) fasst die Ergebnisse experimenteller Studien zur Wirkung von Furchtappellen zusammen. Sie zeigen, dass Furchtappelle am stärksten den wahrgenommenen Schweregrad einer Erkrankung beeinflussen. Diese Art von Präventionsappellen führte aber auch zu einer höheren Handlungs- und Selbstwirksamkeit der Befragten. Schließlich stellen Witte und Allen fest, dass Furchtappelle besonders dann wirksam sind, wenn sie nicht nur Furcht auslösen, sondern zugleich Bewältigungskompetenzen, d.h. die Handlungs- und die Selbstwirksamkeit, ansprechen.



### Beispiel 2.3:

Um die Eignung der Schutzmotivationstheorie für die Vorhersage körperlicher Aktivität zu prüfen, befragten Plotnikoff et al. (2010) Diabetes-Patienten. Insgesamt nahmen 2311 Patienten an der Befragung teil, davon waren 697 Typ-1-Patienten und 1614 Typ-2-Patienten.

Die Befragten wurden gebeten, zu folgenden Komponenten der Schutzmotivationstheorie Auskunft zu geben:

- Schutzmotivation („Auf einer Skala von 0 Prozent bis 100 Prozent, wie wahrscheinlich ist es, dass Sie sich in den kommenden sechs Monaten regelmäßig sportlich betätigen werden?“)
- Selbstwirksamkeit (13 Items; u.a. „Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie sich innerhalb der kommenden sechs Monate sportlich betätigen werden, auch wenn Sie andere Aufgaben dringender zu erledigen haben?“)
- Handlungswirksamkeit (drei Items; u.a. „Wenn ich mich regelmäßig sportlich betätige, reduziert das mein Risiko, ernsthaft zu erkranken.“)
- Wahrgenommene Verwundbarkeit („Die Wahrscheinlichkeit, dass ich aufgrund des Diabetes weitere Komplikationen haben werde, halte ich für gering.“)
- Wahrgenommener Schweregrad („Wenn ich durch den Diabetes weitere Komplikationen erleiden würde, wäre das sehr schlimm für mich.“)
- Verhalten („Wie häufig und wie lange haben Sie sich in einer durchschnittlichen Woche innerhalb des letzten Monats körperlich betätigt?“)

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass die Modellannahmen der Schutzmotivationstheorie sowohl für Typ-1- als auch für Typ-2-Patienten geeignet waren, um regelmäßige Bewegung vorherzusagen. In beiden Gruppen hatte die Selbstwirksamkeit einen größeren Einfluss auf die Schutzmotivation als die Handlungswirksamkeit. Den großen Stellenwert der Selbstwirksamkeit für die Bereitschaft, sich körperlich aktiv zu verhalten, konnten Plotnikoff und Kollegen zuvor schon für Patienten mit Herzproblemen bestätigen (vgl. Plotnikoff; Higginbottom, 2002).

Im Rahmen der Primärprävention wird die Schutzmotivationstheorie insbesondere herangezogen, um Furchtappelle zu entwickeln, wobei entsprechend den aufgeführten empirischen Befunden immer häufiger zugleich auch die Handlungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen der Zielgruppe adressiert werden. Als Beispiel seien die Gefahrenhinweise auf Zigarettenschachteln genannt. Die Sätze „Rauchen kann zu einem langsamen und schmerzhaften Tod führen“ und „Wer das Rauchen aufgibt, verringert das Risiko tödlicher Herz- und Lungenerkrankungen“ werden vermutlich beide als bedrohlich wahrgenommen. Der zweite Satz spricht zusätzlich die Handlungswirksamkeit ei-

nes Rauchers an, indem er signalisiert, dass die Lebenserwartung steigt, wenn man nicht raucht. Ein Appell an die Selbstwirksamkeit ist jedoch weder im ersten noch im zweiten Beispiel enthalten.

Abb. 2.4 zeigt zwei Kampagnen, die sowohl die negativen Konsequenzen eines Verhaltens aufzeigen, gleichzeitig aber auch die Selbstwirksamkeit der Zielgruppe adressieren. An den Werbetafeln, die an australischen Bushaltestellen in der Nähe von Stränden platziert wurden, konnten Passanten direkt vor Ort Sonnencreme entnehmen. Zugleich wurden sie auf weitere präventive Maßnahmen, wie das Tragen eines Sonnenhutes, aufmerksam gemacht. Die Anti-HIV-Kampagne der Michael Stich Stiftung soll Jugendliche dazu aufrufen, beim Sex Kondome zu verwenden und einen HIV-Test durchführen zu lassen. Sowohl das Bildmotiv als auch der eindringliche Hinweis, dass der HIV-Virus tödlich ist, stellen die wahrgenommene Bedrohlichkeit einer HIV-Infektion dar. Zugleich werden durch den Aufruf „Macht den Test“ Handlungsalternativen vermittelt. Auch der persönliche Nutzen des gesundheitsförderlichen Verhaltens kommt in der Botschaft zum Ausdruck: Denn wer sich schützt, kann sich noch lange am schönen Gefühl der ersten Verliebtheit erfreuen.



**2.4 a:** Quelle: Sun Smart Center Council, Australia  
Agentur: Cooch Creative, 2010 [www.cancer-wa.asn.au](http://www.cancer-wa.asn.au) Download am 22.02.2012



**2.4 b:** Quelle: Michael Stich Stiftung Motiv: Leichenhalle, 2009 Agentur: kempertrautmann Foto: Oliver Lassen

**Abb. 2.4:** Plakatkampagnen zur Hautkrebsprävention und zum Schutz vor HIV

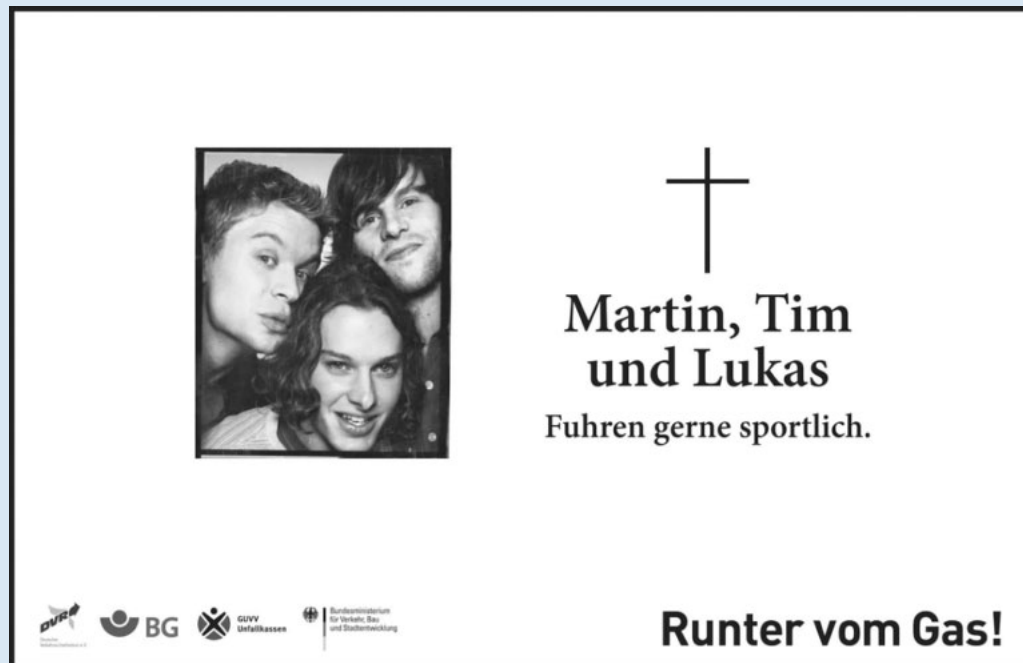
Fasst man den Stand der Forschung zur Schutzmotivationstheorie zusammen, so fällt auf, dass in den meisten Studien nur ausgewählte Modellkomponenten überprüft werden. Besonders häufig wird untersucht, welchen Einfluss die Handlungs- und die Selbstwirksamkeit sowie der wahrgenommene Schweregrad und die wahrgenommene Ver-

ließlichkeit auf die Schutzmotivation hat. Die Ergebnisse der bisher vorliegenden Studien basieren überwiegend auf Befragungen von Probanden und nicht auf Beobachtungen des tatsächlich gezeigten Verhaltens. So berücksichtigt die Schutzmotivationstheorie mit der Verhaltensabsicht zwar eine wesentliche Einflussgröße auf das Verhalten, die Frage, wie aus der Absicht zu handeln konkretes Verhalten entsteht, bleibt dennoch unbeantwortet. In den Kapitel 2.3 und 2.4 werden mit der Theorie des geplanten Verhaltens und der sozial-kognitiven Theorie deshalb nun motivationale Modelle vorgestellt, die stärker als die bisher diskutierten Modelle versuchen, den Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang zu erhellen.



### Übung 2.1:

Erklären Sie, wie sich die in der Schutzmotivationstheorie gemachten Annahmen zur Risikowahrnehmung und Handlungs-/Selbstwirksamkeitserwartung in der folgenden Kampagne gegen zu schnelles Fahren im Straßenverkehr wiederfinden.



**Abb. 2.5:** Kampagne gegen zu schnelles Fahren im Straßenverkehr ([http://www.dvr.de/presse/plakate/702\\_16.htm?mode=2](http://www.dvr.de/presse/plakate/702_16.htm?mode=2), 29.05.2012)

## 2.3 Theorie des geplanten Verhaltens

Die Theorie des geplanten Verhaltens zählt zu den bekanntesten sozialpsychologischen Erklärungsansätzen. Im Folgenden werden die Grundannahmen der Theorie vorgestellt, empirische Befunde diskutiert und Handlungsimplikationen gezogen.

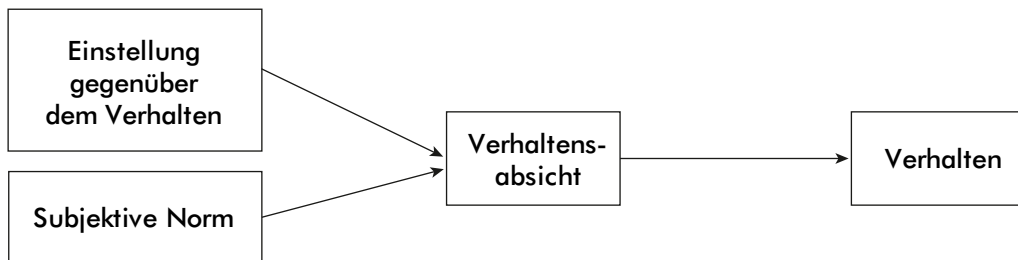
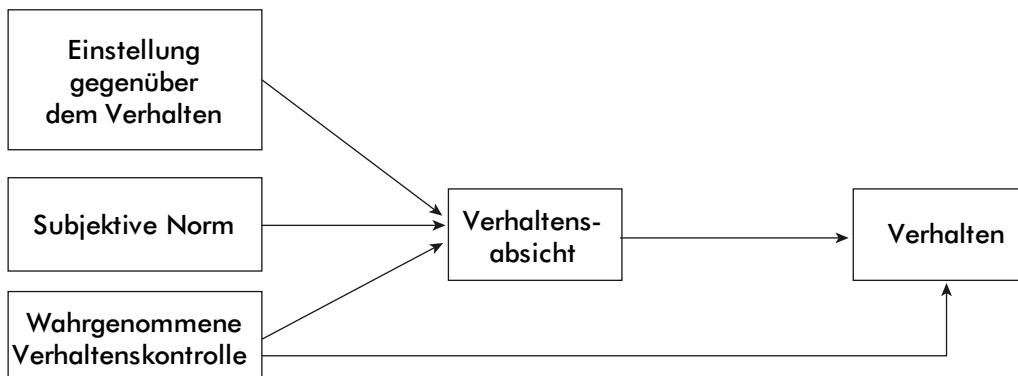
### 2.3.1 Grundannahmen

Die Theorie des geplanten Verhaltens (auch: Theory of Planned Behavior, vgl. Ajzen, 1991) ist eine Weiterentwicklung der Theorie des überlegten Handelns (auch: Theory of Reasoned Action, vgl. Fishbein; Ajzen, 1975). Beide Theorien beanspruchen für sich, den

Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten erklären zu wollen. Sie wurden nicht explizit für den Gesundheitsbereich entwickelt, sondern zuvor bereits auf verschiedenste Verhaltensweisen (z.B. Kaufverhalten, umweltbewusstes Verhalten, Wahlbeteiligung) angewandt.

In der Theorie des überlegten Handelns sagen Fishbein und Ajzen voraus, dass die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person ein bestimmtes Verhalten zeigt, steigt, wenn sie eine positive Einstellung gegenüber der Verhaltensweise besitzt und sie der Meinung ist, dass auch das soziale Umfeld es als wichtig empfindet, dieses Verhalten zu zeigen (= subjektive Norm) (vgl. Abb. 2.6). In einer Gesellschaft dienen subjektive soziale Normen der Strukturierung und Vereinfachung des Zusammenlebens. Indem eine Person antizipiert, welche Erwartungen das soziale Umfeld in einer bestimmten Situation hat, wird auch das eigene Handeln in gewissem Maße vorhersehbar.

In der Theorie des geplanten Verhaltens zieht Ajzen (1991) als weitere Bestimmungsgröße der Verhaltensabsicht den Grad der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle heran, d.h. das Ausmaß, in dem eine Person davon überzeugt ist, eine Verhaltensweise mehr oder weniger mühelos ausführen zu können. Ajzen integriert damit Kompetenzerwartungen in seine Überlegungen und postuliert, dass eine Verhaltensabsicht mit höherer Wahrscheinlichkeit dann entsteht, wenn sich die handelnde Person selbst dazu in der Lage sieht, ein entsprechendes Verhalten zu zeigen. Während die subjektive Norm und die Einstellung gegenüber dem Verhalten das Verhalten indirekt über die Verhaltensabsicht beeinflussen, vermutet Ajzen, dass die wahrgenommene Verhaltenskontrolle sowohl indirekt als auch direkt das Verhalten lenkt. Die Theorie des geplanten Verhaltens geht damit einen Schritt weiter als die Theorie des geplanten Handelns: Eine Verhaltensänderung resultiert nicht direkt aus einer Verhaltensabsicht. Vielmehr muss auch die Absicht zu handeln zunächst bewusst reflektiert werden, bevor sie verhaltenswirksam werden kann.

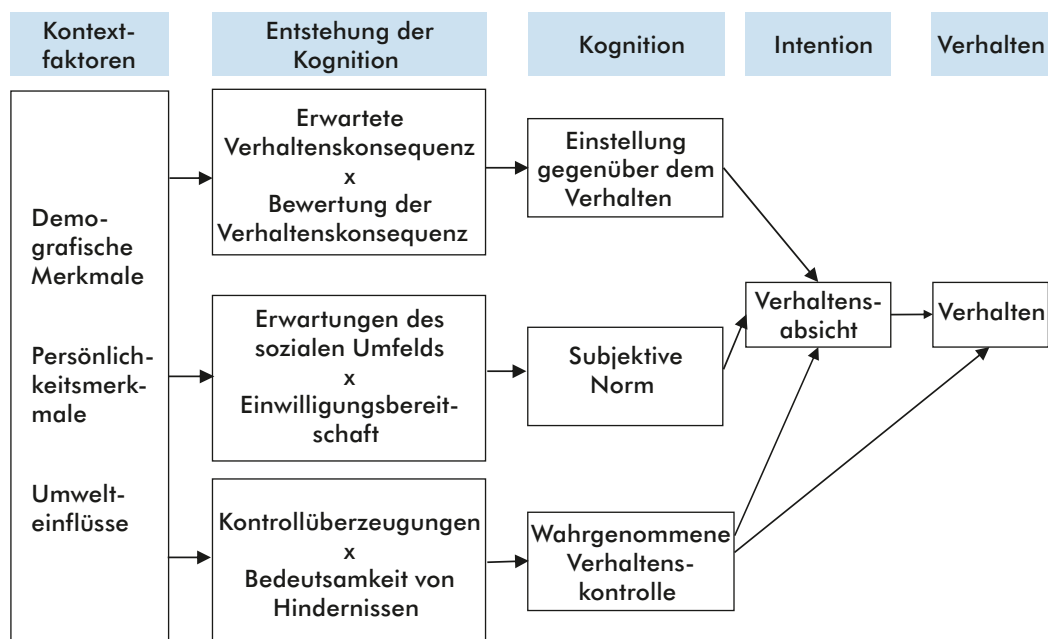
**Theorie des überlegten Handelns** (vgl. Fishbein; Ajzen 1975)**Theorie des geplanten Verhaltens** (vgl. Ajzen, 1991)

**Abb. 2.6:** Theorie des geplanten Verhaltens als Weiterentwicklung der Theorie des überlegten Handelns (eigene Darstellung)

In der Theorie des geplanten Verhaltens wird die Verhaltensabsicht durch drei Einflussgrößen bestimmt: der Einstellung gegenüber dem Verhalten, der subjektiven Norm und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle (vgl. Abb. 2.6 und Abb. 2.7).

Die Einstellung gegenüber einem bestimmten Verhalten (z.B. sich mehr zu bewegen) ergibt sich aus der multiplikativen Verknüpfung der erwarteten Verhaltenskonsequenz (z.B. Gewicht verlieren) und der Bewertung dieser Konsequenz (z.B. schlanker zu sein ist erstrebenswert). Je wichtiger oder attraktiver die Konsequenz ist, umso wahrscheinlicher ist demnach eine Verhaltensänderung. Die subjektive Norm setzt sich ebenfalls multiplikativ zusammen. Eine Person wägt zunächst ab, inwieweit vertraute Personen aus dem persönlichen Umfeld ein bestimmtes Verhalten befürworten würden und entscheidet dann, inwieweit sie bereit ist, den Erwartungen des sozialen Umfeldes zu entsprechen. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ergibt sich aus der Abwägung, ob sich eine Person in der Lage sieht, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und eventuell auftretende Barrieren bewältigen zu können. Diese Komponente spricht damit sowohl eigene Kompetenzen (z.B. die eigene Sportlichkeit) als auch äußere, nicht direkt beeinflussbare Bedingungen (z.B. die Kosten für das Fitnessstudio) an.





**Abb. 2.7:** Theorie des geplanten Verhaltens (Faselt; Hoffmann, 2010c, S. 66)

#### Beispiel 2.4: Subjektive Norm

Eine Person wird den Plan, mehrmals wöchentlich joggen zu gehen, vermutlich eher umsetzen, wenn der Lebenspartner dieses Vorhaben unterstützt oder sich bestenfalls sogar dazu bereit erklärt, mit joggen zu gehen.



#### Beispiel 2.5: Wahrgenommene Verhaltenskontrolle

Die Absicht, sich mehr zu bewegen, wird umso geringer ausfallen, je mehr (unerwartete) Hindernisse vorhanden sind. So plant ein vielbeschäftigter Manager zwar, mit einer Laufgruppe regelmäßig joggen zu gehen. Aufgrund häufiger, oft auch kurzfristiger Dienstreisen, kann er jedoch nicht so oft wie geplant an den Treffen teilnehmen.



Schließlich nennen die Autoren eine Reihe Kontextfaktoren, die auf die Entstehung der Einstellungen Einfluss nehmen und damit indirekt das Verhalten beeinflussen. Hierzu zählen soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Einkommen, Geschlecht), Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Gewissenhaftigkeit, Extraversion) und Umwelteinflüsse (z.B. Zugang zu Gesundheitsangeboten).

Damit eine Einstellung tatsächlich in dem erwünschten Verhalten resultiert, schlägt Ajzen (1991) vor, sowohl Einstellungen als auch das Verhalten möglichst konkret zu formulieren (vgl. Beispiel 2.6). Weiterhin wird sich eine Verhaltensabsicht desto eher in einem entsprechenden Verhalten niederschlagen, je näher Absicht und Verhalten zeitlich zusammenliegen, da in diesem Fall der Einfluss externer Störgrößen (z.B. Zeitdruck, fehlende finanzielle Mittel) minimiert werden kann.

**Beispiel 2.6:**

Eine nur vage formulierte Verhaltensabsicht „Ich möchte mehr Sport treiben“ wird mit geringerer Wahrscheinlichkeit zu dem gewünschten Verhalten führen als die präzise Zielformulierung: „Ich beabsichtige, montags und mittwochs am Abend je 30 Minuten zu joggen und am Freitag vor der Arbeit 60 Minuten schwimmen zu gehen.“

**Übung 2.2:**

Bitte versuchen Sie, die folgenden Zielsetzungen so konkret wie möglich anhand der Kriterien Art der Handlung, Ort (Wo soll das Verhalten stattfinden?), Zeit und Intensität (Wie häufig und wie lange soll das Verhalten durchgeführt werden?) zu formulieren.

- a) Gesünder ernähren
- b) Mit dem Rauchen aufhören
- c) Weniger Alkohol trinken

### 2.3.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Die Theorie des geplanten Verhaltens diente in der Vergangenheit häufig als Forschungsgegenstand. Es liegen mehrere Meta-Analysen vor (z.B. Trafimow et al., 2002; Armitage; Conner, 2001), die übereinstimmend zeigen, dass die Variablen Einstellung gegenüber dem Verhalten, subjektive Norm und wahrgenommene Verhaltenskontrolle geeignet sind, die Verhaltensabsicht einer Person vorherzusagen. Der Erklärungsbeitrag der Verhaltensabsicht und der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle am tatsächlich gezeigten Verhalten fällt etwas geringer aus (vgl. z.B. Conner; Sparks, 2005: zwischen 21 und 36 Prozent). Die Theorie des geplanten Verhaltens konnte über verschiedene Gesundheitsverhaltensweisen hinweg überzeugende Ergebnisse liefern (z.B. Ernährung, Bewegung, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Rauchen, Sexualverhalten). Auch für die Vorhersage des Alkoholkonsums von jungen Erwachsenen wurde die Theorie des geplanten Verhaltens angewandt, wie das Beispiel 2.7 zeigt.

**Beispiel 2.7:**

Collins und Carey (2007) zogen die Theorie des geplanten Verhaltens als theoretischen Erklärungsansatz heran, um den Alkoholkonsum von Collegestudenten zu prognostizieren. Sie befragten insgesamt 131 Studenten, die gebeten wurden, zu folgenden Komponenten der Theorie des geplanten Verhaltens Auskunft zu geben:

- Verhaltensabsicht (sieben Items; u.a. „Ich beabsichtige, in den kommenden zwei Wochen viel Alkohol zu trinken.“)
- Einstellung gegenüber Alkoholkonsum (zwei Items; u.a. „Ich mag es/mag es nicht, Alkohol zu trinken.“)
- Subjektive Norm (zwei Items; u.a. „Wie würde es Ihr engster Freund finden, wenn Sie sich betrinken?“)
- Wahrgenommene Verhaltenskontrolle (drei Items; u.a. „Wie zuversichtlich sind Sie, dass Sie künftig weniger Alkohol trinken könnten?“)



Die Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass die Absicht der Studierenden, Alkohol zu trinken, umso ausgeprägter war, je positiver sie gegenüber hohem Alkoholkonsum eingestellt waren und je weniger ausgeprägt bei ihnen die wahrgenommene Verhaltenskontrolle war. Für die subjektive Norm konnte hingegen kein Einfluss auf die Absicht, Alkohol zu trinken, nachgewiesen werden. Maßgeblich für dieses Ergebnis könnte jedoch sein, dass die Autoren in der Studie ein naheliegendes attraktives Verhalten vorhersagen, indem sie nach der Absicht fragen, in den kommenden zwei Wochen viel Alkohol zu trinken. Bei Verhaltensweisen, die zunächst weniger naheliegen (z.B. Konsumverzicht), spielt die soziale Komponente hingegen vermutlich eine größere Rolle.

Praktische Anwendungsbeispiele für die Theorie des geplanten Verhaltens sind v. a. aus dem Bereich der gesunden Ernährung bekannt. Folgt man den Ergebnissen einer Langzeitstudie von Conner et al. (2002), so gilt es zunächst, grundlegende Überzeugungen gegenüber gesunder Ernährung aufzubauen und zu stärken. Eine dieser Überzeugungen könnte lauten „Wer sich gesund ernährt, bleibt körperlich fit, was sich positiv auf den Gesundheitszustand insgesamt auswirkt“. Eine Möglichkeit, grundlegende ernährungsbezogene Überzeugungen zu etablieren, könnten Workshops sein, in denen den Teilnehmenden in einer Gruppe von Gleichgesinnten Hintergrundwissen zum Thema Essen und Gesundheit vermittelt wird.

Fasst man die Befunde zur Theorie des geplanten Verhaltens zusammen, so ist insbesondere positiv zu bewerten, dass die Theorie Verhalten gut vorhersagen kann und dass sie psychologische Einflussgrößen explizit berücksichtigt. Um Gesundheitsverhalten noch besser erklären zu können, fordern Conner und Sparks (2005) jedoch, die sozio-ökonomische Historie eines Individuums stärker im Modell zu berücksichtigen. Denn einer Person, die bereits als Kind im Elternhaus eine ungesunde Ernährung vorgelebt bekommen hat, wird es schwerer fallen, Ernährungsgewohnheiten umzustellen, als jemandem, der grundsätzlich gesund lebt und nur vorübergehend (z.B. durch einen längeren Aufenthalt in den USA mit einem hohen Fast-Food-Konsum) mit Gewichtsproblemen zu kämpfen hat. Milne et al. (2002) erweitern die Theorie des geplanten Verhaltens zudem um das der Absichtsbildung vorgelagerte Konzept der Planung.

## 2.4 Sozial-kognitive Theorie

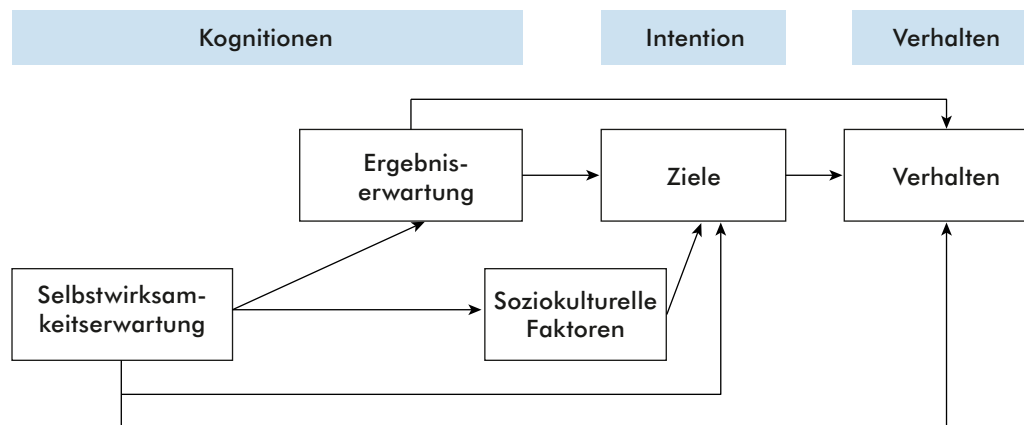
Mit der sozial-kognitiven Theorie wird nun ein Modell vorgestellt, das der Theorie des geplanten Verhaltens sehr ähnlich ist, welches die Handlungsplanung jedoch von vornherein integriert.

### 2.4.1 Grundannahmen

Die von Bandura in den 1970er-Jahren entwickelte sozial-kognitive Theorie geht auf das Bemühen der Psychologie zurück, Prinzipien menschlichen Verhaltens allgemeingültig erklären zu wollen. Im Folgenden werden die Modellzusammenhänge näher beleuchtet und Anwendungsmöglichkeiten aufgezeigt. Die sozial-kognitive Theorie ist eine Weiterentwicklung der sozialen Lerntheorie (vgl. Bandura, 1977), welche einen Erklärungsansatz für Lernprozesse darstellt. Bandura postuliert, dass ein Lernerfolg entsteht, wenn Individuen ihre Mitmenschen beobachten bzw. imitieren. Einen wesentlichen Einfluss auf den Lernerfolg haben dabei die Selbstwirksamkeitserwartung und die Ergebniserwartung.

Die Selbstwirksamkeitserwartung trägt entscheidend dazu bei, ob ein Individuum eine Handlung ergreift, wie viel Anstrengung es in diese Handlung steckt und ob es auch nach Rückschlägen die Handlung nicht aufgibt (vgl. Abb. 2.8, Merksatz 1.2).

Die Ergebniserwartung besagt, dass Menschen die Konsequenzen einer bestimmten Handlung vorherzusagen versuchen und sich von den Vorstellungen der Ergebnisse leiten lassen. Sie beschreibt damit die allgemeine menschliche Tendenz, die Konsequenzen einer Handlung vorher abschätzen zu können. Bandura (1977) unterteilt diese Ergebniserwartungen in physische (Symptome, körperliche Veränderungen), soziale (z.B. Anerkennung des sozialen Umfelds) und selbstbewertende (z.B. Zufriedenheit) Erwartungen, die sowohl kurzfristiger als auch langfristiger Natur sein können. Die Selbstwirksamkeitserwartung beeinflusst die Ergebniserwartung unmittelbar. Denn wenn ein Individuum überzeugt davon ist, fähig und in der Lage zu sein, ein bestimmtes Verhalten zeigen zu können, glaubt es eher an den Erfolg der Maßnahme als wenn es Zweifel an der eigenen Handlungsfähigkeit hegt.



**Abb. 2.8:** Sozial-kognitive Theorie (eigene Darstellung in Anlehnung an Faselt; Hoffmann, 2010d, S. 56)

Wie die Schutzmotivationstheorie und das Health Belief Modell nimmt auch die sozial-kognitive Theorie an, dass dem Verhalten eine Verhaltensabsicht vorgelagert ist. Bandura (1977) bezeichnet die Verhaltensabsicht in der sozial-kognitiven Theorie als Ziele. Ist sich eine Person darüber im Klaren, welches Ergebnis zu erwarten ist (= Ergebniserwartung) und ob das dazu notwendige Handeln auch möglich ist (= Selbstwirksamkeitserwartung), so kann sie für sich ein konkretes Ziel formulieren. Wie konkret diese Ziele sind, hängt von der Selbstwirksamkeitserwartung ab. Eine Person mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung wird bspw. das pauschale Ziel formulieren, ab sofort jeden Tag Obst und Gemüse essen zu wollen. Ein Individuum mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung wird hingegen einen detaillierten Ernährungsplan aufstellen, bei dem z.B. nicht nur die Anzahl der Obst-/Gemüseeinheiten erhöht, sondern auch Schweinefleisch durch fettarmes Hähnchenfleisch ersetzt wird. Die Art der Zielformulierung wird auch von sozialen Einflussgrößen bestimmt, wobei Hindernisse, wie z.B. eine fehlende soziale Unterstützung, von Personen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung stärker wahrgenommen werden als von Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung.

**Beispiel 2.8:**

Maria Walther arbeitet als Ärztin für Innere Medizin und ist beruflich sehr erfolgreich. Auch in ihrem privaten Umfeld gelingt ihr nahezu alles, was sie anpackt. Sie verfügt deshalb vermutlich über eine ausgeprägte Selbstwirksamkeitserwartung. Durch die Doppelbelastung als Klinikärztin und Mutter zweier kleiner Kinder bleibt ihr jedoch oftmals zu wenig Zeit, um sich gesund zu ernähren. Stattdessen isst sie tagsüber schnell mal was zwischendurch oder macht auf dem Heimweg im Fast-Food-Restaurant Halt. In den letzten Monaten hat sie deshalb deutlich an Gewicht zugelegt. Maria Walther möchte aber sowohl ihren Patienten als auch ihren Kindern gegenüber ein Vorbild sein und ist davon überzeugt, dass regelmäßige Mahlzeiten mit viel Obst und Gemüse ihrem äußeren Erscheinungsbild und ihrer Gesundheit gut tun würden (= Ergebniserwartung). Zudem könnte sie in persönlichen Gesprächen mit ihren Patienten überzeugender als bisher die Vorteile gesunder Ernährung für das Wohlbefinden und die Gesundheit darlegen (= soziokulturelle Faktoren). Sie nimmt sich deshalb vor, mehr auf ihre Ernährung zu achten. Dazu gehört, sich Zeit für Pausen zu nehmen, regelmäßig mit ihren Kollegen Mittag zu essen und zwischendurch mehr Obst und Gemüse zu verzehren. Die genannten Gründe lassen darauf schließen, dass Maria Walther ihre Ernährung umstellen und die anvisierten Ziele der Ernährungsumstellung und Gewichtsreduktion erreichen wird (= Verhalten).

## 2.4.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Die meisten bisher vorliegenden empirischen Studien wenden sich nur einzelnen Kernkomponenten der sozial-kognitiven Theorie zu. Wohl aus diesem Grund liegt bisher keine Meta-Analyse vor, welche die Befundlage zusammenfasst. Amaya (2011) untersuchte den Einfluss der sozialen Unterstützung auf das Ausmaß der sportlichen Betätigung. Sie zeigte, dass sich Arbeitnehmer/-innen mit größerer Wahrscheinlichkeit auch drei Monate nach Abschluss eines achtwöchigen betrieblichen Sportprogramms regelmäßig körperlich betätigen, wenn sie dabei soziale Unterstützung erfahren. Semple et al. (2000) fokussieren in ihrer Studie zum Sexualverhalten HIV-positiver Männer auf die Konstrukte der Selbstwirksamkeitserwartung und der Ergebniserwartung. Sie zeigen, dass die Bereitschaft, Kondome zu nutzen, mit steigender Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwartung ebenfalls zunimmt. Auch Seydel et al. (1990) stellen den Erklärungsbeitrag der Selbstwirksamkeitserwartung und der Ergebniserwartung heraus. Sie zeigen, dass die Absicht, sich selbst regelmäßig die Brust abzutasten, am stärksten durch diese beiden Konstrukte beeinflusst wird. Eine Studie von Rovniak et al. (2002) untersucht alle Modellkomponenten der sozial-kognitiven Theorie mit einer sogenannten Strukturgleichungsanalyse. Der folgende Studiensteckbrief stellt die Untersuchung vor.

**Beispiel 2.9:**

Rovniak et al. (2002) untersuchten die Einflussgrößen körperlicher Bewegung im Rahmen einer Längsschnittstudie, d.h. zu zwei Messzeitpunkten (zum Zeitpunkt t1 und acht Wochen später zum Zeitpunkt t2). Zum Zeitpunkt t1 wurden insgesamt 283 Studierende gebeten, Fragen zu Zielen, Selbstwirksamkeits- und Ergebniserwar-

tung und zur sozialen Unterstützung zu beantworten. Die kognitiven Variablen wurden dabei folgendermaßen im Fragebogen erfasst:

- Ziele (zehn Items; u. a.: „Was die körperliche Betätigung angeht, setze ich mir oft Ziele.“)
- Spezifische Selbstwirksamkeitserwartung (5 Items; u. a.: „Ich bin auch dann körperlich aktiv, wenn ich unter Zeitdruck stehe.“)
- Ergebniserwartung (27 Items; u. a.: „Wenn ich mich regelmäßig bewege, bin ich insgesamt fitter.“)
- Soziale Unterstützung (5 Items; u. a.: „Freunde haben mir in den vergangenen drei Monaten geholfen, körperlich aktiv zu sein.“)

Das Verhalten wurde an derselben Stichprobe acht Wochen später erhoben (= Zeitpunkt t2). Hierbei wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wie häufig und wie intensiv sie sich innerhalb der letzten Woche körperlich betätigt haben.

Mit Hilfe einer Strukturgleichungsanalyse modellierten die Autoren den Zusammenhang zwischen den vier Einflussgrößen und der Variable Verhalten. Sie berechneten, wie gut die Einflussgrößen das Verhalten insgesamt erklären und wie stark der Einfluss der einzelnen Einflussgrößen auf die körperliche Betätigung ist. Rovniak et al. (2002) zeigen, dass v. a. die Formulierung von Zielen und die Selbstwirksamkeitserwartung einen positiven Einfluss auf das Bewegungsverhalten ausüben.

Allerdings konnten die Autoren nicht tatsächlich eine Verhaltensänderung vorher sagen, da Häufigkeit und Ausmaß der körperlichen Betätigung zum zweiten Messzeitpunkt nicht erhoben wurden.

In der Praxis spielt die sozial-kognitive Theorie besonders bei der Gestaltung von lebensstilbedingten Interventionsprogrammen eine Rolle. So wurden zwischen 1980 und 2000 insgesamt 265 Ernährungsinterventionsprogramme durchgeführt (vgl. Contento et al., 2002), von denen ca. 90 Prozent mindestens eine der Komponenten der sozial-kognitiven Theorie aufgreifen, um eine Verhaltensänderung zu erreichen. Folgt man den Befunden der bisher vorliegenden Studien, dann sollten Interventionskampagnen dabei ansetzen, die Selbstwirksamkeitserwartungen der Teilnehmenden zu stärken. Hierbei sind eigene Erfolgserfahrungen ebenso von Bedeutung wie der geäußerte Zuspruch vertrauter Personen.

Der AOK Plus ist es mit ihrem bundesweiten Interventionsprogramm „Tiger Kids“ gelungen, die Selbstwirksamkeit von Kindergartenkindern zu stärken und deren Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten umzustellen. Im Rahmen dieses Projektes wurde mit drei- bis sechsjährigen Kindern sowohl im Kindergarten als auch im häuslichen Umfeld ein gesunder Lebensstil spielerisch (z. B. Magischer Obstteller, Tiger-Rennen) eingeübt und positiv verstärkt. Die Eltern waren über Elternbriefe und sog. Tipp-Cards aktiv in das Projekt eingebunden, so dass den Kindern jederzeit eine enge persönliche Bezugsperson unterstützend zur Seite stand (vgl. Reifegerste; Oppat, 2010, S. 293).

Zusammenfassend ist hervorzuheben, dass die sozial-kognitive Theorie Ansätze anderer sozial-kognitiver Modelle aufgreift und integriert (z. B. soziale Einflussgrößen in Anlehnung an die Theorie des geplanten Verhaltens; Risikowahrnehmung in Anlehnung an die Schutzmotivationstheorie). Die Theorie betont die Relevanz der Selbstwirksamkeitserwartung. Es wird jedoch kontrovers diskutiert, ob die Selbstwirksamkeitserwartung ein generelles Persönlichkeitsmerkmal ist, das auf die verschiedensten Verhaltensweisen

ausstrahlt (= generelle Selbstwirksamkeit) oder ob die Selbstwirksamkeit je nach untersuchtem Verhaltensbereich variiert (= spezifische Selbstwirksamkeit) (vgl. Colletti et al., 1985). In letztgenanntem Fall bedarf es der Entwicklung bereichsspezifischer Skalen zur Messung der Selbstwirksamkeit. Einen entsprechenden Vorschlag entwickelten Fuchs und Schwarzer (1994) für den Bereich der sportlichen Aktivität (vgl. Abb. 2.9).

Ich bin mir <u>sicher</u> , eine geplante Sportaktivität auch dann noch ausführen zu können, wenn ...	gar nicht sicher		vielleicht		ganz sicher	
... ich müde bin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich niedergeschlagen fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich Sorgen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich über etwas ärgere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich mich angespannt fühle.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Freunde zu Besuch da sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... andere Personen etwas mit mir unternehmen wollen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... meine Familie/mein Partner mich beansprucht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich niemanden finde, der mit mir Sport treibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schlechtes Wetter ist.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ich noch viel zu erledigen habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... ein interessantes Fernsehprogramm läuft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Abb. 2.9:** Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala) (vgl. Fuchs; Schwarzer, 1994)

Trotz der großen theoretischen Reichweite gelingt es jedoch auch der sozial-kognitiven Theorie nicht, die Einstellungs-Verhaltens-Lücke vollständig zu erklären. Eine Weiterentwicklung der sozial-kognitiven Theorie, das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell), welches dieses Defizit zu beheben versucht, wird in Kapitel 3.3 vorgestellt.

### Übung 2.3:

Im Gegensatz zur Schutzmotivationstheorie und dem Health Belief Modell beziehen die aktuelleren Modelle (Theorie des geplanten Verhaltens, sozial-kognitive Theorie) die Kompetenzerwartungen einer Person stärker in ihre Überlegungen ein. Sie nehmen also an, dass eine Verhaltensänderung um so eher gelingt, wenn die Person von ihren eigenen Fähigkeiten und Kompetenzen in Bezug auf das Verhalten überzeugt ist. Legen Sie für die Theorie des geplanten Verhaltens und die sozial-kognitive Theorie getrennt dar, um welche Variablen es sich jeweils konkret handelt. Definieren Sie näher, was Sie unter den Variablen verstehen.



## Zusammenfassung

Alle motivationalen Modelle blicken auf eine lange Forschungstradition zurück. Als zentrale Bestimmungsgröße der Verhaltensabsicht ist in allen Modellen die Ergebniserwartung enthalten (vgl. Abb. 2.10). Bevor eine Person ein gesundheitsförderliches Verhalten zeigt, bewertet sie demnach zunächst den Nutzen, der sich hieraus für sie ergibt. Diese potenziellen Vorteile stellt sie den mit einer Handlung verbundenen Kosten gegenüber.

Als weitere bedeutsame Bestimmungsgröße gesundheitsbezogenen Verhaltens hat sich die Selbstwirksamkeitserwartung herausgestellt. Mit Ausnahme des Health Belief Modells gehen alle theoretischen Erklärungsansätze von der Annahme aus, dass eine Person, die davon überzeugt ist, eine herausfordernde Aufgabe bewältigen zu können, eine gesundheitsförderliche Maßnahme mit größerer Wahrscheinlichkeit ergreift als ein Individuum, für das eine geringe Selbstwirksamkeitserwartung charakteristisch ist. Das Health Belief Modell und die Schutzmotivationstheorie postulieren zudem, dass die Risikowahrnehmung, d.h. die Erwartung einer gesundheitlichen Beeinträchtigung durch eine bestimmte Verhaltensweise, der Auslöser dafür ist, dass eine Person ihre gewohnten Verhaltensweisen ändern möchte. Die damit verbundene Annahme, dass es ausreichend ist, Furcht zu erzeugen, um Menschen zu gesundheitsbewussterem Verhalten zu bewegen, ist in den aktuelleren Modellen (Theorie des geplanten Verhaltens, sozial-kognitive Theorie) nicht mehr enthalten.

Die aufgeführten Gemeinsamkeiten zwischen den motivationalen Modellen offenbaren sich nicht auf den ersten Blick, da Komponenten, die inhaltlich dasselbe oder ähnliches ausdrücken, unterschiedlich bezeichnet werden. So ist das Konstrukt der Selbstwirksamkeit in fast allen Modellen enthalten, allerdings mit unterschiedlicher Bezeichnung. In der Theorie des geplanten Verhaltens ist stattdessen die Bezeichnung wahrgenommene Verhaltenskontrolle zu finden. Ob beide Größen tatsächlich dasselbe messen, wird kontrovers diskutiert. So weist Ajzen (1991) selbst auf die inhaltlichen Parallelen zum Konstrukt der Selbstwirksamkeitserwartung hin. Rodgers et al. (2008) halten dem jedoch entgegen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung der wahrgenommenen Verhaltenskontrolle überlegen ist, da sie stabiler und stärker generalisierbar ist.

Abgesehen von der erschwerten Vergleichbarkeit der Konstrukte durch uneinheitliche Bezeichnungen nimmt die Selbstwirksamkeitserwartung in der Forschung zum Gesundheitsverhalten einen besonderen Stellenwert ein. Die wiederholte empirische Bestätigung, dass dieses Konstrukt Verhaltensänderungen prognostizieren kann (vgl. Bandura, 2004), führte auch zur konzeptionellen Differenzierung (vgl. Ausführungen zum HAPA-Modell in Kapitel 3.3).

Neben der Selbstwirksamkeitserwartung wird auch die Ergebniserwartung in den Modellen sehr unterschiedlich bezeichnet. Im Health Belief Modell ist die Ergebniserwartung in die Kosten-Nutzen-Bilanz integriert. Eine Person wägt Vor- und Nachteile eines bestimmten Verhaltens gegeneinander ab. Vom Ergebnis dieser Abwägung hängt es ab, ob sie sich zum Handeln entscheidet oder nicht. Andere Modelle diskutieren zwar die Ergebniserwartungen, nicht aber den zugrunde liegenden Abgleich der Vor- und Nachteile. Dies gilt beispielsweise für das Konstrukt der ergebnisbezogenen Überzeugungen in der Theorie des geplanten Verhaltens.



Zentrale kognitive Einflussgrößen auf das Verhalten	Überlappende Bezeichnungen	Einflussgröße enthalten in ...			
		Health Belief Modell	Schutz-motivations-theorie	Theorie des geplanten Verhaltens	Sozial-kognitive Theorie
Risikowahrnehmung	Wahrgenommene Bedrohung, Schweregrad, Verwundbarkeit	✓	✓	—	—
Ergebniserwartung	Kosten-Nutzen-Bilanz, Handlungskosten, Überzeugungen über Verhaltenskonsequenzen	✓	✓	✓	✓
Selbstwirksamkeitserwartung	Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	—	✓	✓	✓
Verhaltensabsicht	Ziele, Schutz-motivation	—	✓	✓	✓

**Abb. 2.10:** In den motivationalen Modellen berücksichtigte Einflussgrößen im Überblick (Quelle: Faselt et al., 2010, S. 24)

Dass die zentralen Konstrukte verschiedener Modelle inhaltlich überlappen, weist darauf hin, dass die entscheidenden sozial-kognitiven Einflussgrößen auf das Gesundheitsverhalten identifiziert sind. Die motivationalen Modelle können aber noch nicht ausreichend erklären, ob Verhaltensabsichten tatsächlich geeignet sind, um konkretes Verhalten vorherzusagen.

Lediglich die Theorie des geplanten Verhaltens befasst sich intensiver mit dem Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang. Sie weist ausdrücklich darauf hin, dass demografische, psychologische und umweltbezogene Einflussgrößen die häufig zu beobachtende Diskrepanz zwischen Einstellung und Verhalten erklären können. In der Forschung sollten diese Bestimmungsgrößen künftig häufiger Berücksichtigung finden. Darüber hinaus sollten Interventionen nicht allein darauf abzielen, Verhaltensabsichten zu entwickeln. Vielmehr sollte der Fokus auf der Frage liegen, wie sich die Absicht, sich gesund zu verhalten, langfristig in stabile Verhaltensweisen transformieren lässt.

Im nun folgenden dritten Kapitel werden Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens vorgestellt. Mit dem HAPA-Modell wird zudem ein Ansatz beschrieben, der die Annahmen der motivationalen Modelle und der Stadienmodelle miteinander verbindet. Sowohl die Stadienmodelle als auch das HAPA-Modell beschreiben die Prozesse, die zwischen Absichtsbildung und Verhalten ablaufen, genauer als die motivationalen Modelle. Auch mit dem Prozess der Absichtsbildung setzen sich diese Erklärungsansätze differenzierter auseinander, indem sie postulieren, dass eine Absicht nicht ad hoc, sondern durch einzelne Entwicklungsschritte entsteht.

### Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 2.1 Erklären Sie, was man in Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten unter dem Begriff Risikowahrnehmung versteht.
- 2.2 Aus welchen Gründen wird das Health Belief Modell aus heutiger Sicht als veraltet angesehen?
- 2.3 Was versteht man unter der Selbstwirksamkeitserwartung eines Individuums? Welche motivationalen Modelle sehen die Selbstwirksamkeitserwartung als zentral für die Entwicklung gesundheitsrelevanter Einstellungen an?
- 2.4 Welche drei zentralen Kognitionen beeinflussen in der Theorie des geplanten Verhaltens die Verhaltensabsicht? Wie müssen diese Kognitionen ausgeprägt sein, damit eine Person mit höherer Wahrscheinlichkeit eine Verhaltensabsicht entwickelt?
- 2.5 Erläutern Sie an einem praktischen Beispiel, wie die Annahmen der Schutzmotivationstheorie aus heutiger Sicht bei der Gestaltung eines Furchtappells Anwendung finden können.



### 3 Stadienmodelle

*Gegenstand des dritten Kapitels sind die sogenannten Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens. Diese Modelle versuchen zu erklären, welchen Einfluss Kognitionen (d.h. z.B. Einstellungen) auf Verhaltensabsichten bzw. konkretes Verhalten ausüben. Im Gegensatz zu den im zweiten Kapitel beschriebenen motivationalen Modellen gehen sie jedoch davon aus, dass Individuen bestimmte Stadien bzw. Phasen durchlaufen bevor sie eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise über einen längeren Zeitraum hinweg zeigen können.*

*In diesem Kapitel lernen Sie die unterschiedlichen Sichtweisen zweier Stadienmodelle kennen, die des transtheoretischen Modells und des Prozessmodells präventiven Handelns.*

*Sie können zudem die Einflussgrößen benennen, welche darüber entscheiden, ob einer Person der Übergang von einer Stufe zur nächsten Stufe gelingt.*

*Mit dem HAPA-Modell lernen Sie zudem ein Modell kennen, das die Annahmen der motivationalen und der Stadienmodelle integriert.*

*Das Kapitel vermittelt Ihnen zu jedem der Modelle die theoretischen Grundannahmen, gibt einen Überblick zum aktuellen Forschungsstand und zeigt praxisorientierte Anwendungsmöglichkeiten auf.*

#### 3.1 Transtheoretisches Modell

Das folgende Kapitel widmet sich den theoretischen Grundannahmen und den Anwendungsmöglichkeiten des transtheoretischen Modells, welches von einer Forschergruppe der Rhode Island University unter der Leitung von *James Prochaska* und *Carlo DiClemente* (1984) entwickelt wurde.

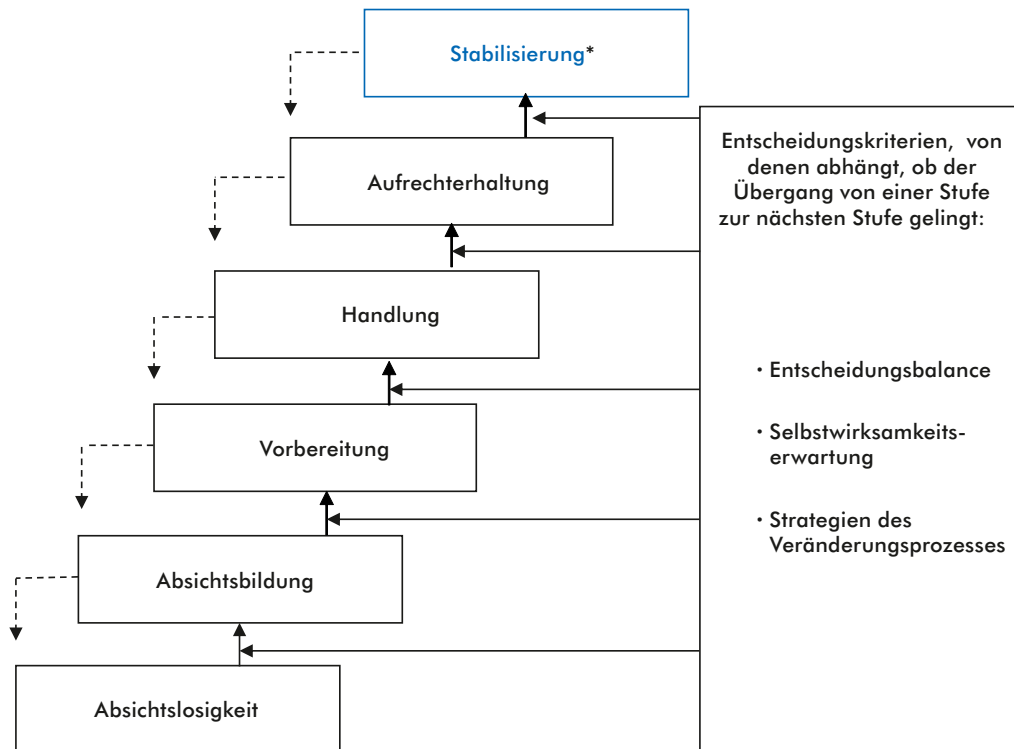
##### 3.1.1 Theoretische Grundannahmen

Das Modell heißt zunächst „transtheoretisch“, weil es unabhängig von bestehenden psychologischen Theorien beschreibt, wie sich Veränderungen im Verhalten im Rahmen eines Interventionsprozesses (z.B. einer Therapie oder einer Rauchentwöhnung) vollziehen. Kern der Verhaltensänderung ist dabei der kognitive Prozess der Entscheidungsbalance, bei dem eine Person die Vor- und Nachteile einer Änderung gegeneinander abwägt (vgl. Abb. 3.1). Hinzu kommt die Selbstwirksamkeitserwartung als motivationale Einflussgröße auf das Verhalten. Diese sowohl kognitiven als auch aktivierenden Prozesse führen die Person durch verschiedene Stadien (bzw. Phasen) der Verhaltensänderung. Das transtheoretische Modell betrachtet eine Verhaltensänderung damit als einen dynamischen Prozess.

Die einzelnen Stufen, die ein Individuum bis zur Änderung des Verhaltens durchläuft, unterscheiden sich qualitativ. D.h. Personen, die sich auf derselben Stufe befinden, sind sich in ihrem Denken, ihren Gefühlen und ihrem Verhalten sehr ähnlich. Von Personen aus anderen Stufen grenzen sie sich diesbezüglich jedoch stark ab. Durch das Fehlen objektiver und messbarer Kriterien für den Fortschritt einer Veränderung nutzt das transtheoretische Modell zur Abgrenzung der einzelnen Stufen zeitliche Kriterien, die sich aus den Beobachtungen im Rahmen von Therapien (z.B. Rauchentwöhnung) ergeben

haben. Aufgrund der Annahme, dass eine Verhaltensänderung nicht abrupt stattfindet, sondern eine Person einzelne Änderungsprozesse durchläuft, wird das transtheoretische Modell auch als Stufenmodell der Verhaltensänderung bezeichnet. Es ist das derzeit dominierende Stadienmodell in der Gesundheitsverhaltensforschung (vgl. Sutton, 2005).

Insgesamt werden im transtheoretischen Modell fünf Phasen vorgeschlagen (vgl. Abb. 3.1). Im Folgenden sollen die einzelnen Stufen des transtheoretischen Modells detailliert beschrieben werden. Dabei wird insbesondere auf die Einflussgrößen eingegangen, die in der jeweiligen Stufe relevant sind, um den Übergang zur nächsten Stufe zu schaffen.



\* Die Stufe der Stabilisierung kann nur bei bestimmten Verhaltensweisen (wie z. B. zum Nichtraucher werden) erreicht werden

**Abb. 3.1:** Transtheoretisches Modell (Faselt; Hoffmann 2010e, S. 78)

- Stufe 1: Absichtslosigkeit

In diese Phase werden Personen eingeordnet, die ein gesundheitsschädigendes Verhalten zeigen (z.B. Rauchen). Sie sind sich der gesundheitlichen Risiken jedoch nicht bewusst (z.B. dass Rauchen Lungenkrebs verursachen kann) und denken deshalb auch nicht darüber nach, ihr Verhalten zu ändern. Diese Phase ist zeitlich sehr stabil und es bedarf zumeist externer Auslöser (z.B. Todesfall in der Familie, Ratschlag vom Hausarzt), damit die Person in die nächste Phase wechselt (vgl. Tabelle 3.1).

- Stufe 2: Absichtsbildung

Personen, die sich in der Phase der Absichtsbildung befinden, denken darüber nach, ihr Verhalten innerhalb der kommenden sechs Monate zu ändern. Die Personen setzen sich nun bewusst mit den Risiken ihres Verhaltens auseinander. Sie wägen zu-

dem positive und negative Ergebniserwartungen gegeneinander ab (z.B. „Wenn ich mit dem Rauchen aufhöre, hilft das meiner Gesundheit. Aber ich werde die Zigarette beim geselligen Zusammensein mit Freunden sehr vermissen.“).

- Stufe 3: Vorbereitung

Auf dieser Stufe befinden sich Menschen, denen es in weniger als sechs Monaten gelungen ist, eine Verhaltensabsicht zu entwickeln. Sie sind fest entschlossen, zu handeln und ergreifen letzte vorbereitende Maßnahmen zur Handlungsumsetzung.

- Stufe 4: Handlung

In der Handlungsphase befinden sich Personen, die gerade erst damit begonnen haben, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Die Personen versuchen aktiv, kritische Verhaltensweisen zu reduzieren und Rückfälle in alte Verhaltensweisen zu verhindern. Sie streben dabei danach, sowohl Umweltbedingungen als auch eigene Erlebens- und Verhaltensprozesse zu verändern. Möchte eine Person bspw. mit dem Rauchen aufhören, wird sie möglicherweise auch Freunde bitten, in ihrem Beisein nicht mehr zu rauchen. Eine andere Strategie wäre es, nach Alternativen Ausschau zu halten, um in Stresssituationen nicht doch zur Zigarette zu greifen.

- Stufe 5: Aufrechterhaltung

Personen, die eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise seit mindestens sechs Monaten zeigen, werden in die Phase der Aufrechterhaltung eingestuft. In einigen Verhaltensbereichen (z.B. gesunde Ernährung, regelmäßige Bewegung) ist diese Stufe die finale Phase, d.h. sie umfasst die restliche Lebensspanne.

Bei Verhaltensweisen, die mit psychischen und physischen Abhängigkeiten einhergehen (z.B. Rauchen, Alkohol, Drogen) ist zusätzlich die Stabilisierung des Verhaltens von Bedeutung. Eine Person, die eine Verhaltensweise stabilisiert hat, führt das erlernte Verhalten automatisiert durch. Es besteht keine Rückfallgefahr mehr. Bei Verhaltensweisen wie gesunder Ernährung oder sportlicher Betätigung kann hingegen keine Stabilisierung erreicht werden, denn wer diese Verhaltensweisen ausüben möchte, muss sich lebenslang aktiv mit eventuell auftretenden Versuchungssituationen auseinandersetzen.

**Tab. 3.1:** Stufen des transtheoretischen Modells (Lippke; Renneberg, 2006, S. 49)

Phase	Beschreibung	Beispiel zur Messung in einer empirischen Studie <sup>a)</sup>
1) Absichtslosigkeit	Die Person zeigt ein gesundheitsschädigendes Verhalten. Sie denkt nicht über gesundheitliche Folgen nach und hat nicht vor, ihr Verhalten innerhalb der kommenden sechs Monate zu ändern.	„Ich rauche täglich eine Schachtel Zigaretten und denke nicht darüber nach, dies in den kommenden sechs Monaten zu ändern.“
2) Absichtsbildung	Die Person hat bereits die Absicht entwickelt, in den kommenden sechs Monaten mit dem Rauchen aufzuhören.	„Ich rauche täglich eine Schachtel Zigaretten und denke darüber nach, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören.“
3) Vorbereitung	Die Verhaltensabsicht hat sich stabilisiert. Die Handlung steht unmittelbar bevor und die Person macht Pläne zur konkreten Umsetzung.	„Ich rauche täglich eine Schachtel Zigaretten und habe vor, innerhalb der kommenden sechs Monate mit dem Rauchen aufzuhören.“
4) Handlung	Die gesundheitsförderliche Verhaltensweise wird seit kurzem, d.h. seit mindestens einem Tag gezeigt.	„Ich habe seit Neuestem mit dem Rauchen aufgehört.“
5) Aufrechterhaltung	Die gesundheitsförderliche Verhaltensweise wird über einen längeren Zeitraum (ein Jahr bis fünf Jahre) hinweg gezeigt.	„Ich rauche schon seit mindestens einem Jahr nicht mehr.“

a) Um im Rahmen einer Verlaufsdagnostik einschätzen zu können, auf welcher Stufe der Befragte sich gerade befindet, wird er gebeten, sich für eine der formulierten Aussagen zu entscheiden.

Das Risiko, in alte Verhaltensgewohnheiten zurückzufallen, ist prinzipiell in allen Phasen gegeben. Besonders groß ist das Risiko jedoch in den Phasen der Handlung und der Aufrechterhaltung. Die Verweildauer in einer Phase ist von Person zu Person unterschiedlich. Während eine Person sich mehrere Monate auf der Stufe der Absichtsbildung befinden kann, absolviert eine andere Person dieselbe Stufe sehr zügig.

Um von einer Stufe zur nächsten zu kommen, können Individuen auf erlebensorientierte Strategien oder verhaltensorientierte Strategien zurückgreifen (vgl. Prochaska et al., 2002). Auf den ersten drei Stufen des Veränderungsprozesses werden vorrangig erle-

ensorientierte Strategien angewandt. Verhaltensorientierte Strategien kommen dagegen eher in den späteren Phasen zum Einsatz. Tabelle 3.2 gibt einen Überblick zu verschiedenen erlebens- und verhaltensorientierten Strategien.

**Tab. 3.2:** Beispiele für erlebens- und verhaltensorientierte Bewältigungsstrategien (Knoll et al., 2005, S. 59)

Erlebensorientierte Strategien	Beschreibung
Bewusstmachung	Die Person sensibilisiert sich für die Gefahren, die eine bestimmte Verhaltensweise mit sich bringt. Sie informiert sich näher über die Gefährdung und akzeptiert das gesammelte Wissen.
Emotionale Entlastung	Die Person lebt durch die Gefährdung ausgelöste Emotionen (wie z.B. Ängste, Wut) bewusst aus.
Neubewertung der eigenen Person	Die Person vergleicht verschiedene Verhaltensweisen miteinander. Sie stellt sich bspw. zuerst vor, sie sei eine inaktive Person und dann stellt sie sich vor, sie ist eine aktive Person. Sie entscheidet sich daraufhin, eine aktive Person sein zu wollen.
Neubewertung der Umgebung	Die Person erkennt, dass sie mit ihrem Verhalten das unmittelbare Umfeld (also z.B. Freunde, Partner, Kinder) belastet und beschließt, dies künftig nicht mehr zu tun.
Soziale Befreiung	Die Person nimmt Umstrukturierungen im sozialen und/oder gesellschaftlichen Umfeld vor, die es ihr erleichtern sollen, ein erwünschtes Verhalten zu zeigen.
<b>Verhaltensorientierte Strategien</b>	
Hilfreiche Beziehungen	Die Person öffnet sich für emotionale und/oder instrumentelle Unterstützung aus dem direkten sozialen Umfeld.
Selbstbefreiung	Um eine Verhaltensänderung konsequent durchziehen zu können, schließt die Person innere Verträge mit sich selbst, die mit einer Art Selbstverpflichtung einhergehen.
Bekräftigungsmanagement	Die Person belohnt sich selbst, wenn sie eine erwünschte Verhaltensweise gezeigt hat und sie bestraft sich für eine gesundheitsschädigende Handlung.

Erlebensorientierte Strategien	Beschreibung
Stimuluskontrolle	Die Person gestaltet ihre direkte Umgebung so, dass kritische Auslöser für ein unerwünschtes Verhalten gar nicht erst auftreten.

### 3.1.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Die Annahme, dass sich Menschen anhand ihres Verhaltens und ihrer Gefühle und Gedanken in unterschiedliche fest definierte Stufen einteilen lassen und dass in den einzelnen Stadien unterschiedliche Strategien wirksam werden, hat dazu geführt, dass das transtheoretische Modell in den vergangenen zwei Jahrzehnten sowohl in der Forschung als auch in der Praxis an Popularität gewonnen hat.

Bewährt hat sich das Modell insbesondere bei der Behandlung von Suchtkranken in der therapeutischen Praxis, wo das motivationale Interview als Form der Kurzintervention zur Anwendung kommt. Das motivationale Interview ist eine patientenzentrierte, zielorientierte Art der Gesprächsführung, bei der Patienten, die innerlich noch nicht dazu bereit sind, ihr Verhalten zu ändern, intrinsisch hierfür motiviert werden sollen. Die Grundannahme des Motivational Interviewing besteht dabei darin, dass sich Menschen nicht per se einer Verhaltensänderung widersetzen, sondern in ihren Einstellungen ambivalent sind. Indem sich der Berater dieses Zustandes bewusst wird, kann es im Laufe der Sitzungen gelingen, die Ambivalenzen aufzulösen (vgl. Rubak et al., 2005).

Neben Studien zu Suchterkrankungen (z. B. Alkohol: z. B. Heather et al., 2009; Rauchen: z. B. Herzog, 2008) existieren auch Studien zum Ernährungs- und Bewegungsverhalten (Bewegung: z. B. Bulley et al., 2007; Maier; Basler, 2003; Ernährung: z. B. De Vet et al., 2006). Diese Studien folgen häufig den in Beispiel 3.1 dargestellten Grundannahmen:



#### Beispiel 3.1:

Interventionen, die darauf abzielen, über gesundheitliche Risiken zu informieren und Problembewusstsein zu schaffen (z. B. Bereitstellung von Informationsmaterial), sind in Phase 1 (Absichtslosigkeit) besonders hilfreich, um den hier befindlichen Personen den Übergang in Phase 2 zu erleichtern. Für Personen, die sich bereits in Phase 3 (Vorbereitung) befinden, sind hingegen Maßnahmen Erfolg versprechender, welche die Person bei der Handlungsplanung unterstützen. Diese Form der Intervention würde hingegen bei in Phase 1 befindlichen Personen nicht dazu beitragen, den Wechsel in Phase 2 zu meistern.

Was zunächst plausibel klingt, konnte in der empirischen Forschung bislang jedoch nur teilweise bestätigt werden (vgl. Bridle et al., 2005; Van Sluijs et al., 2004; Riemsma et al., 2003; Spencer et al., 2002). Vor allem experimentelle Studien konnten die Annahmen des transtheoretischen Modells bislang nicht oder nur schwach bestätigen (z. B. Blissmer; McAuley, 2002). Übersichtsartikel zum Stand der Forschung weisen zudem auf zentrale methodische und theoretische Defizite der Modellannahmen hin:

- Derzeit dominieren Querschnittsuntersuchungen. Das transtheoretische Modell postuliert jedoch, dass sich eine Verhaltensänderung im Zeitverlauf entwickelt. Um Aussagen über die Gültigkeit der Modellannahmen treffen zu können, bedarf es deshalb Längsschnittstudien.

- Die Definition der einzelnen Phasen anhand konkreter zeitlicher Kriterien erscheint willkürlich. Die Autoren erklären nicht, warum z.B. für die Stufe der Absichtsbildung sechs und nicht zwölf Monate entscheidend sind. In den vorliegenden Studien wird die Festlegung des zeitlichen Umfangs der Stufen sehr unterschiedlich gehandhabt, was die Vergleichbarkeit der Untersuchungsergebnisse erschwert.
- Die Übergänge von einer Stufe zur nächsten können von mehreren Einflussgrößen (Strategien der Verhaltensänderung, Entscheidungsbalance sowie Selbstwirksamkeitserwartung) beeinflusst werden. Die Autoren des transtheoretischen Modells beschreiben diese Zusammenhänge jedoch nicht hinreichend. Bisher vorliegende Studien können nicht klären, ob die vorgeschlagenen Einflussgrößen unabhängig voneinander auf die Stufenübergänge wirken oder ob sie einen gemeinsamen Einfluss ausüben.

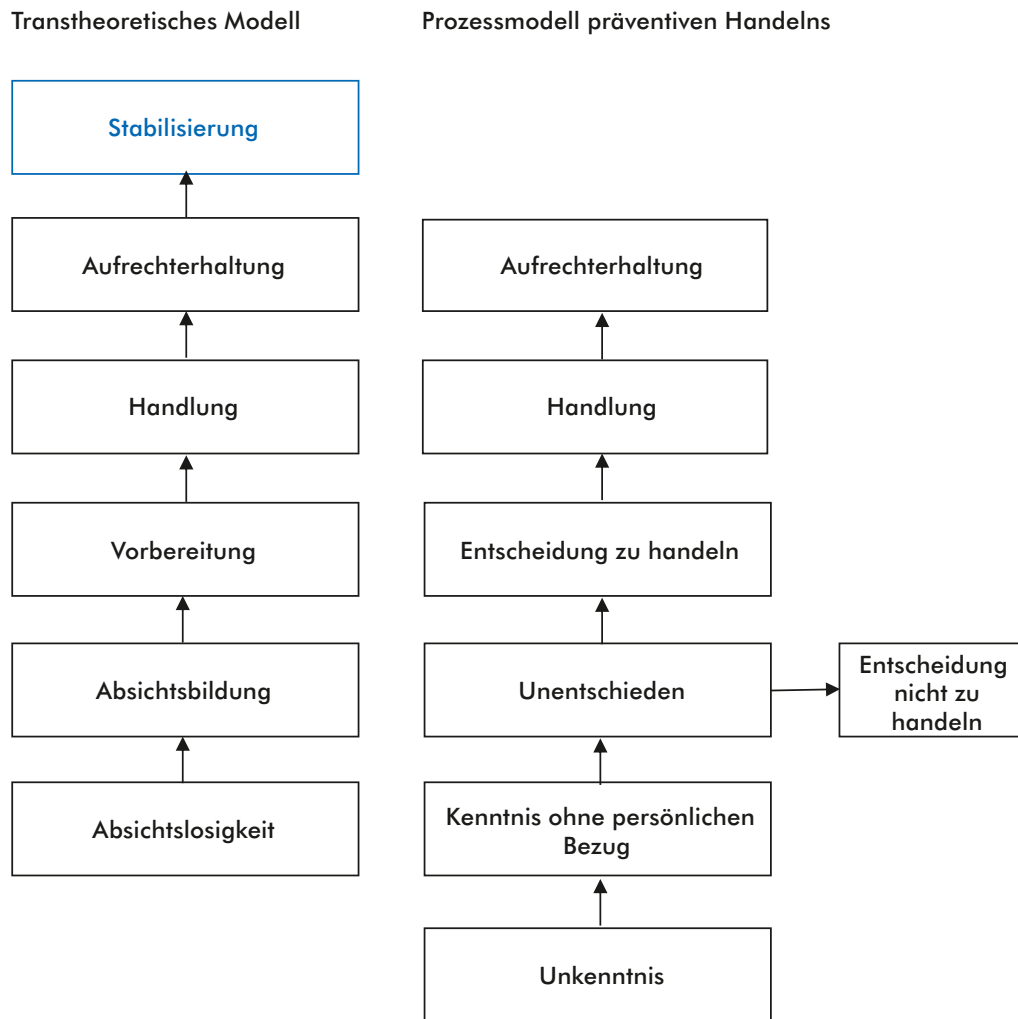
Auf die am Modell geäußerte Kritik reagierten Prochaska et al. (2008) mit einem Beitrag, in dem sie das transtheoretische Modell anhand von zwölf Kriterien systematisch bewerten. Sie kommen zu dem Schluss, dass die Modellannahmen durchaus aussagekräftig sind. Gleichzeitig stehen sie jedoch einer theoretischen Weiterentwicklung, wie einer Integration mit motivationalen Erklärungsansätzen, offen gegenüber. Ein Modell, das dieser Forderung nachkommt, ist das HAPA-Modell, was in Kap. 3.3 vorgestellt wird. Zuvor wird im nächsten Kapitel das Prozessmodell präventiven Handelns beleuchtet.

## 3.2 Prozessmodell präventiven Handelns

Dieses Modell weist auf den ersten Blick große Ähnlichkeit zum transtheoretischen Modell auf. Die Modelle unterscheiden sich jedoch in ihrer inhaltlichen Perspektive. Während das transtheoretische Modell einen therapeutischen Prozess beschreibt, liegt der Fokus des Prozessmodells präventiven Handelns darauf, im Sinne eines vorbeugenden Handelns eine risikobehaftete Verhaltensweise durch ein neues Verhalten zu ersetzen.

### 3.2.1 Grundannahmen

Das Prozessmodell präventiven Handelns (Precaution Adoption Process Modell, PAPM) wurde von Weinstein Ende der 80er-Jahre entwickelt. Die erste Modellfassung wurde im Laufe der darauffolgenden Jahre mehrfach überarbeitet (vgl. Weinstein, 1988). Das Prozessmodell präventiven Handelns geht wie auch das transtheoretische Modell von der Annahme aus, dass eine Verhaltensänderung in aufeinanderfolgenden Stufen abläuft (vgl. Abb. 3.2). Die Stufen sind im Prozessmodell präventiven Handelns jedoch nicht zeitlich definiert.



**Abb. 3.2:** Prozessmodell präventiven Handelns (eigene Darstellung in Anlehnung an Knoll et al., 2005)

Die insgesamt sieben Stufen des Modells charakterisiert Weinstein wie folgt:

- Stufe 1: Unkenntnis  
Auf dieser Stufe befinden sich Individuen, die sich noch gar nicht darüber bewusst sind, dass eine bestimmte Verhaltensweise gesundheitsschädigend ist (z.B. dass ungesunde Ernährung ein Risikofaktor für die Entstehung von Magenkrebs ist).
- Stufe 2: Kenntnis der gesundheitlichen Gefahr ohne persönlichen Bezug  
Diese Stufe ist vergleichbar mit der Phase „Absichtslosigkeit“ im transtheoretischen Modell. Personen, die sich auf dieser Stufe befinden, wissen um die Risiken des gesundheitsschädigenden Verhaltens, beziehen diese jedoch nicht auf sich selbst.
- Stufe 3/4/5: Entscheidung  
Auf der Stufe der Entscheidung befindliche Personen erkennen potenzielle Gefahren für die eigene Gesundheit. Im Rahmen der nun folgenden Entscheidungsfindung sind zwei Ergebnisse möglich: Die Person beschließt, künftig die gesundheitsschädigende Verhaltensweise zu unterlassen (= Übergang zu Stufe 5: Entscheidung zu handeln) oder sie entscheidet sich dazu, nicht aktiv zu werden (= Stufe 4: Entscheidung nicht zu handeln). Personen, die sich dazu entschlossen haben, nicht zu handeln,



steigen an dieser Stelle aus dem Modell aus. Hier besteht ein zentraler Unterschied zum transtheoretischen Modell, was die Annahme, dass eine Person nicht zum Handeln bereit sein kann, nicht explizit berücksichtigt. Ein Rückfall von einer höheren in eine niedrigere Stufe ist prinzipiell auf allen Stufen möglich. Lediglich ein Rückfall in Stufe 1 ist ausgeschlossen.

- Stufe 6: Handlung

In dieser Phase versucht die Person erstmals, das gesundheitsförderliche Verhalten zu zeigen (vgl. Stufe 4 im transtheoretischen Modell).

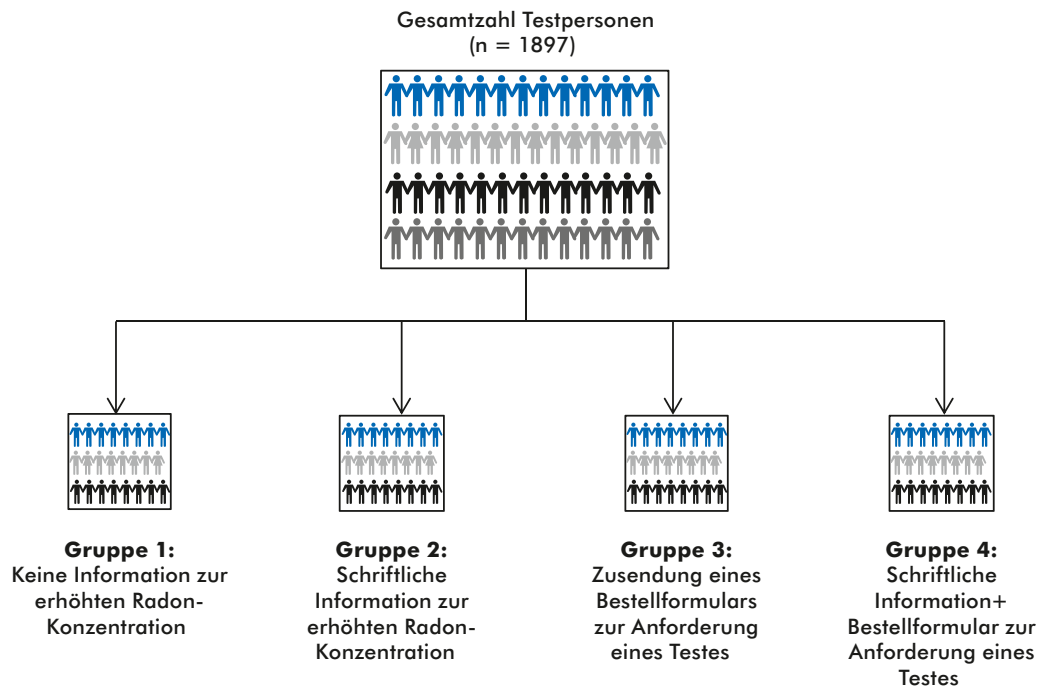
- Stufe 7: Aufrechterhaltung

Auch diese Stufe stimmt mit den Annahmen des transtheoretischen Modells überein. Hier befinden sich Menschen, die ein präventives Verhalten über einen längeren Zeitraum hinweg zeigen und zur Routine werden lassen.

### 3.2.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Weinstein und Kollegen ist es mit dem Prozessmodell präventiven Handelns gelungen, einige Defizite des transtheoretischen Modells zu beheben (z.B. Berücksichtigung des Nicht-Handelns, Wegfall der Zeitkriterien). Bislang liegen jedoch kaum Studien vor, welche die Modellannahmen angemessen, d.h. in experimentellen Längsschnittstudien, empirisch überprüft haben (vgl. Knoll et al., 2005). Eine Ausnahme bildet das sogenannte Radongas-Experiment (vgl. Weinstein et al., 1988). Radongas zählt zu den radioaktiven Gasen, das im Boden beim Zerfall von Uran entsteht. Eine erhöhte Radongas-Konzentration im häuslichen Umfeld zählt zu den größten Risikofaktoren für die Entstehung von Lungenkrebs. Um die Annahmen des Prozessmodells präventiven Handelns auf ihre Gültigkeit hin zu untersuchen, teilten Weinstein und Kollegen insgesamt 1897 Probanden aus Ohio im US-Bundesstaat Colombo in vier Gruppen ein. Ohio zählt zu den Gegenden mit einer erhöhten Radongas-Konzentration.

Gruppe 1 wurde nicht darauf aufmerksam gemacht, dass in Ohio eine erhöhte Radongaskonzentration zu beobachten ist. Diese Gruppe wird deshalb auch als Kontrollgruppe bezeichnet. Gruppe 2 wurde mit einem Informationsbrief über die erhöhte Radongaskonzentration informiert (= Risiko-Treatment). Gruppe 3 bekam ein Formular zugesandt, mit dem man sich zu einem Test der Radongaskonzentration im eigenen Haus anmelden konnte (= Aufwandserleichterungs-Treatment). Die Gruppen 2 und 3 erhielten damit jeweils eine Intervention. Gruppe 4 wurde über die erhöhte Radongasbelastung in der Region informiert und bekam zusätzlich das Anmeldeformular für den Test zugesandt. Diese Gruppe war damit zwei Interventionen auf einmal ausgesetzt (= Risiko-Treatment + Aufwandserleichterungs-Treatment).



**Abb. 3.3:** Experimentelles Design der Radongas-Studie (eigene Darstellung)

Die Ergebnisse des Experimentes zeigen, dass das Risiko-Treatment erfolgreicher war, um bisher unentschlossene Personen zur Messung der Radongas-Belastung im eigenen Haus zu bewegen (= Übergang von Stufe 3 zu Stufe 5). Zudem war das Bestellformular bei zum Handeln entschlossener Personen wirksamer als bei unentschlossenen Personen (= Übergang von Stufe 5 zu Stufe 6). Das Radongas-Experiment verdeutlicht damit, dass das Prozessmodell präventiven Handelns bezogen auf die Anwendungsmöglichkeiten einen ähnlichen Ansatz verfolgt wie das transtheoretische Modell: Interventionen sollten gezielt auf die Bedürfnisse von Personen in den jeweiligen Stufen zugeschnitten werden.

### 3.3 Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns

Das im folgenden Kapitel vorgestellte HAPA-Modell (= Health Action Process Approach, dt.: sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns) hat in den vergangenen zehn Jahren einen festen Stellenwert in der theorieorientierten Gesundheits-verhaltensforschung eingenommen und ist besonders im deutschen Sprachraum weit verbreitet.

#### 3.3.1 Grundannahmen

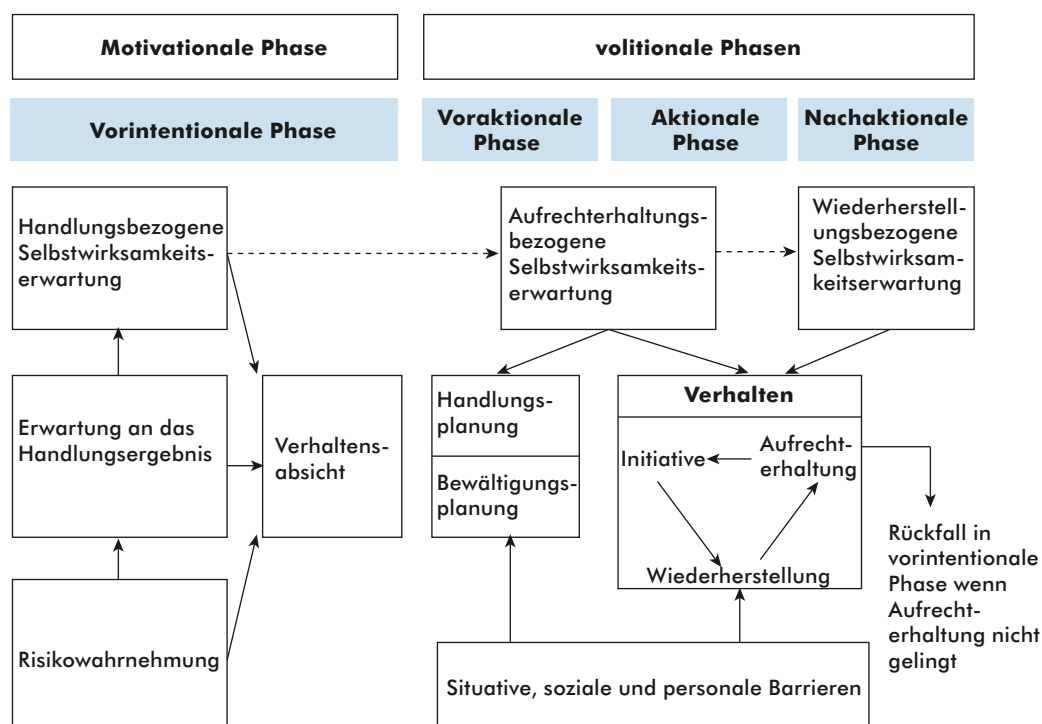
Ausdrückliches Ziel der Forschergruppe um Schwarzer (1992) war es, die häufig zu beobachtende Einstellungs-Verhaltenslücke erklären zu können. An den vorliegenden motivationalen Modellen und Phasenmodellen kritisiert Schwarzer, dass sie die Verhaltensabsicht als zentrale Größe betrachten und nachgelagerte Prozesse außer Acht lassen. Das HAPA-Modell unterteilt gesundheitsbewusstes Handeln deshalb in eine motivationale Phase (die Absicht, eine Verhaltensweise zu ändern wird herausgebildet) und mehrere volitionale Phasen (Konkretisierung des geplanten Verhaltens und detaillierte Handlungsplanung).

Ausgelöst wird eine Verhaltensänderung in der motivationalen Phase (vgl. Abb. 3.1). Diese Stufe wird auch als vorintentionale Stufe bezeichnet, da sie erklärt, wie sich zunächst einmal eine Verhaltensabsicht entwickelt. Schwarzer (2004) sieht für die Entwicklung der Verhaltensabsicht drei Größen als zentral an:

- **Risikowahrnehmung:** Als wie schwerwiegend betrachtet ein Individuum eine Erkrankung und wie schätzt es die eigene Verwundbarkeit ein?
- **Handlungsergebniserwartung:** Welche positiven und negativen Erwartungen hat ein Individuum an die Konsequenzen seines Handelns?
- **Selbstwirksamkeitserwartung:** Ist ein Individuum davon überzeugt, eine komplexe Aufgabe eigenverantwortlich lösen zu können?

Schwarzer greift damit auf Einflussgrößen zurück, die auch in den bereits im zweiten Kapitel vorgestellten motivationalen Modellen einen festen Stellenwert einnehmen (z. B. Risikowahrnehmung im Health Belief Modell und in der Schutzmotivationstheorie, Selbstwirksamkeit in der sozial-kognitiven Theorie). Unter den drei genannten Einflussgrößen der Verhaltensabsicht hebt Schwarzer (2004) die Selbstwirksamkeitserwartung besonders hervor, indem er zwei Leitprinzipien formuliert, die für das HAPA-Modell charakteristisch sind:

1. Das Modell postuliert eine sequenzielle Abfolge, d.h. ein Schritt folgt auf den anderen.
2. Es muss immer ein gewisser Grad an Selbstwirksamkeitserwartung vorhanden sein, um den nächsten Schritt gehen zu können.



**Abb. 3.4:** Sozial-kognitives Prozessmodell präventiven Handelns (HAPA-Modell) (Faselt; Hoffmann, 2010 f., S. 91)

Die drei beschriebenen Variablen interagieren im HAPA-Modell wie folgt: Die Risikowahrnehmung beeinflusst die Handlungsergebniserwartung, d.h. erst wenn eine Person eine bestimmte Verhaltensweise als riskant für die eigene Gesundheit einschätzt, wird sie abwägen, welche Konsequenzen entsprechende Verhaltensänderungen haben. Die Erwartung, welche eine Person an das Handlungsergebnis hat, nimmt wiederum Einfluss auf die handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung. Diese Form der Selbstwirksamkeitserwartung gibt an, inwieweit es ein Individuum für möglich hält, aus eigener Kraft einen Handlungsimpuls auszulösen. Zusammenfassend steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine Verhaltensabsicht entwickelt, wenn sie ein hohes Risiko wahrnimmt, sie über ein Portfolio an Handlungsalternativen verfügt und eine ausgeprägte handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung besitzt.

Die volitionale Phase setzt sich aus drei aufeinanderfolgenden Phasen zusammen: der voraktionalen, also der dem konkreten Verhalten vorgelagerten Phase, der aktionalen Phase und der nachaktionalen, d.h. der dem konkreten Verhalten nachgelagerten Phase.

In der voraktionalen Phase bereitet das Individuum die Verhaltensänderung vor. Es plant zum einen die konkreten zeitlichen und räumlichen Parameter (= Handlungsplanung; z.B.: „Wie häufig, wann und wo werde ich in das Fitnessstudio gehen?“). Zum anderen setzt es sich mit möglichen Hindernissen auf dem Weg zur Verhaltensänderung auseinander und sammelt Ideen, wie es diesen Barrieren entgegenwirken könnte (= Bewältigungsplanung). Sind die Handlungs- und die Bewältigungsplanung abgeschlossen und ergreift die Person die Initiative, ist der Übergang zur aktionalen Phase gelungen. Die Person führt nun die gesundheitsförderliche Verhaltensweise aus, wobei sie fortlaufend kontrolliert, ob ablenkende Einflüsse das gewünschte Verhalten gefährden. Förderlich für die Aufrechterhaltung der gezeigten Verhaltensweise ist gemäß den Modellannahmen eine ausgeprägte bewältigungs- und aufrechterhaltungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung.

In der finalen nachaktionalen Phase ist die Gefahr, in alte Verhaltensmuster zurückzufallen, am größten. Im Idealfall führt eine Person ein bestimmtes Verhalten auch nach einem negativen Erlebnis (z.B. Gewichtszunahme in der dritten Woche, nachdem in der ersten und zweiten Woche die Kilogrammzahl reduziert werden konnte) durch. Dies ist v.a. dann der Fall, wenn der Person ausreichend Selbstregulationsmechanismen zur Verfügung stehen. Nicht selten resignieren Individuen aber nach einem Misserfolg. Sie begeben sich damit von der volitionalen Phase zurück in die motivationale Phase.

### 3.3.2 Anwendung des Modells in Forschung und Praxis

Da das HAPA-Modell ein vergleichsweise junges Modell ist, existiert bisher keine metaanalytische Zusammenfassung bisheriger empirischer Studien. Dennoch liegt eine Reihe von Untersuchungen vor, in denen die Modellannahmen auf ihre Gültigkeit hin überprüft worden sind. Schwarzer (2008) fasst in einer Literaturanalyse die Befunde von sieben Studien zusammen. Er kann zeigen, dass sich das HAPA-Modell auf unterschiedliche gesundheitsbezogene Verhaltensweisen (z.B. Bewegung, Ernährung, Rauchen, Alkoholkonsum, Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen) anwenden lässt. Beispiel 3.2 skizziert exemplarisch das Design und die zentralen Ergebnisse einer empirischen Studie im Bereich der Brustkrebsvorsorge.

**Beispiel 3.2:**

Luczynska und Schwarzer (2003) untersuchten im Rahmen einer Längsschnittuntersuchung, inwieweit mit einzelnen Komponenten des HAPA-Modells die Durchführung von Selbstuntersuchungen der Brust erklärt werden kann.

Insgesamt wurden 418 Studentinnen zu zwei Zeitpunkten befragt. Zum Zeitpunkt t1 wurden die Befragten gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, der Fragen zu Zielgrößen der motivationalen Phase enthielt:

- Risikowahrnehmung (drei Items: „Im Vergleich zu anderen Frauen in Ihrem Alter: Für wie wahrscheinlich halten Sie es a) eine Verdickung in Ihrer Brust festzustellen, b) einen bösartigen Tumor zu bekommen, c) die gesamte Brust bzw. einen Teil davon zu verlieren?“)
- Erwartungen an das Handlungsergebnis (3 Items; u. a. „Wenn ich mir regelmäßig die Brust abtasten würde, würde die Wahrscheinlichkeit steigern, meine körperliche und sexuelle Attraktivität zu erhalten.“)
- Verhaltensabsicht (3 Items; u. a. „Ich beabsichtige, in den kommenden drei Monaten regelmäßig das Brustgewebe zu untersuchen.“)
- Handlungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (4 Items; u. a. „Ich bin dazu in der Lage, meine Brust regelmäßig selbst zu untersuchen, auch wenn ich dazu meine Gewohnheiten überwinden muss.“)

Zu Zeitpunkt t2 (13 Wochen nach der ersten Befragungswelle) wurden die Befragten noch einmal gebeten, einen Fragebogen auszufüllen. Erfasst wurden hierbei Zielgrößen, die für die volitionale Phase relevant sind:

- Aufrechterhaltungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (2 Items: u. a. „Ich bin in der Lage, mich selbst zu untersuchen, auch wenn ich mehrere Versuche brauche, bis es klappt.“)
- Wiederherstellungsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung (2 Items: „Sind Sie in der Lage, sich auch dann regelmäßig zu untersuchen, wenn Sie a) das Abtasten seit drei Monaten nicht mehr gemacht haben, b) seit 6 Monaten nicht mehr gemacht haben?“)
- Planung (3 Items; u. a. „Ich beabsichtige, in den kommenden drei Monaten regelmäßig das Brustgewebe zu untersuchen.“)
- Verhalten (3 Items; u. a. „Wie oft haben Sie in den vergangenen drei Monaten Ihr Brustgewebe selbst untersucht?“)

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass die Selbstwirksamkeitserwartung sowohl zum Zeitpunkt t1 als auch zum Zeitpunkt t2 der stärkste Prädiktor für die Verhaltensabsicht ist. In der volitionalen Phase (= Zeitpunkt t2) erweist sich zudem die „Planung“ als besonders wichtig, wenn es darum geht, das Verhalten (d. h. die Selbstuntersuchung der Brust) zu erklären. Die Studienergebnisse unterstreichen damit die Relevanz, die von selbstregulierenden Prozessen für die Umsetzung von Verhaltensabsichten in konkretes Verhalten ausgeht.

Die Erkenntnisse der zum HAPA-Modell durchgeführten empirischen Studien finden vielfältige Anwendung bei der Gestaltung von Interventionsmaßnahmen. Aus dem in Abb. 3.6 vereinfacht dargestellten HAPA-Modell lassen sich drei Zielgruppen der Prävention ableiten, für die jeweils unterschiedliche Interventionsmaßnahmen zielführend zu sein scheinen (vgl. Schwarzer, 1992, 2004).

Die sogenannten Non-Intenders haben noch keine Ziele formuliert, es existieren daher auch noch keine Handlungsabsichten (z. B. „Ich habe nicht vor, täglich fünf Einheiten Obst und Gemüse zu essen.“). Non-Intenders sollten deshalb zunächst über die Risiken einer gesundheitsschädigenden Verhaltensweise aufgeklärt werden. Zudem sind Empfehlungen sinnvoll, wie diese Gefahren aus eigener Kraft umgangen werden können. Zu diesem Zweck können Risikotests durchgeführt werden, die von dem behandelnden Allgemein-/Facharzt angeboten werden. Beispiele für etablierte Risikofragebögen sind der FINDRISK zum Test des Diabetesrisikos (vgl. Abb. 3.5) sowie der von der *Burda Stiftung* herausgegebene Zwei-Minuten-Gesundheitscheck zur Darmkrebsvorsorge.

### GesundheitsCheck DIABETES

**FINDRISK – mit nur 8 einfachen Fragen können Sie ein mögliches Risiko, in den nächsten 10 Jahren an Diabetes Typ 2 zu erkranken, vorhersehen. Nutzen Sie die Chance – machen Sie den Test, und bleiben Sie möglichst lange gesund!**



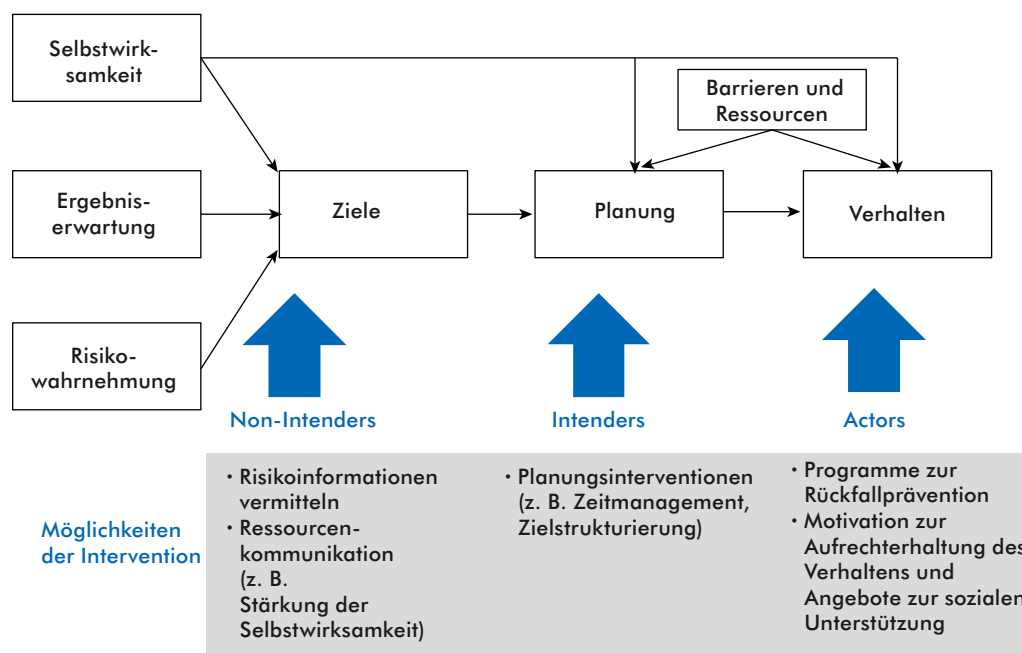
<b>Wie alt sind Sie?</b> <input type="checkbox"/> unter 35 Jahren 0 Punkte <input type="checkbox"/> 35 bis 44 Jahre 1 Punkt <input type="checkbox"/> 45 bis 54 Jahre 2 Punkte <input type="checkbox"/> 55 bis 64 Jahre 3 Punkte <input type="checkbox"/> älter als 64 Jahre 4 Punkte	<b>Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?</b> <input type="checkbox"/> nein 0 Punkte <input type="checkbox"/> ja 2 Punkte												
<b>Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?</b> <input type="checkbox"/> nein 0 Punkte <input type="checkbox"/> ja, in der entfernten Verwandtschaft bei leiblichen Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousins oder Cousins 3 Punkte <input type="checkbox"/> ja, in der nahen Verwandtschaft bei leiblichen Eltern, Kindern, Geschwistern 5 Punkte	<b>Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?</b> <input type="checkbox"/> nein 0 Punkte <input type="checkbox"/> ja 5 Punkte												
<b>Welchen Taillen-Umfang messen Sie auf Höhe des Bauchnabels?</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Frau</th> <th>Mann</th> <th>Punkte</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/> unter 80 cm</td> <td><input type="checkbox"/> unter 94 cm</td> <td>0 Punkte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 80 bis 88 cm</td> <td><input type="checkbox"/> 94 bis 102 cm</td> <td>3 Punkte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> über 88 cm</td> <td><input type="checkbox"/> über 102 cm</td> <td>4 Punkte</td> </tr> </tbody> </table>	Frau	Mann	Punkte	<input type="checkbox"/> unter 80 cm	<input type="checkbox"/> unter 94 cm	0 Punkte	<input type="checkbox"/> 80 bis 88 cm	<input type="checkbox"/> 94 bis 102 cm	3 Punkte	<input type="checkbox"/> über 88 cm	<input type="checkbox"/> über 102 cm	4 Punkte	<b>Wie ist bei Ihnen das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht (Body-Mass-Index)?</b> <input type="checkbox"/> unter 25 0 Punkte <input type="checkbox"/> 25 bis 30 1 Punkt <input type="checkbox"/> über 30 3 Punkte
Frau	Mann	Punkte											
<input type="checkbox"/> unter 80 cm	<input type="checkbox"/> unter 94 cm	0 Punkte											
<input type="checkbox"/> 80 bis 88 cm	<input type="checkbox"/> 94 bis 102 cm	3 Punkte											
<input type="checkbox"/> über 88 cm	<input type="checkbox"/> über 102 cm	4 Punkte											
<b>Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?</b> <input type="checkbox"/> ja 0 Punkte <input type="checkbox"/> nein 2 Punkte	<b>Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?</b> <input type="checkbox"/> jeden Tag 0 Punkte <input type="checkbox"/> nicht jeden Tag 1 Punkt												
<b>Den BMI errechnen Sie folgendermaßen:</b> Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch die Körpergröße (in Metern) im Quadrat (oder einfach nach dieser Tabelle). 													
<b>Gesamtpunktzahl:</b> _____													

Deutsche Diabetes-Stiftung · Staffelseestraße 6 · 81477 München · [www.diabetesstiftung.de](http://www.diabetesstiftung.de)

**Abb. 3.5:** Fragebogen FINDRISK zum Test des Diabetesrisikos (<http://www.diabetesstiftung.org/uploads/media/DDS-Findrisk-deutsch.pdf>, 12.02.2012)

Die Intenders haben bereits eine Handlungsabsicht entwickelt, sie befinden sich nicht mehr in der motivationalen Phase, sondern schon in der volitionalen Phase. Diese Zielgruppe benötigt v. a. Unterstützung bei der Handlungsplanung. Im Rahmen von Präventionsprogrammen ist es bspw. möglich, Kursbausteine zur Zielformulierung und zum Zeitmanagement anzubieten.

Actors befinden sich bereits in der aktionalen und der nachaktionalen Phase. Sie müssen Barrieren meistern und sind damit beschäftigt, ihr Verhalten und auch ihre Verhaltensabsicht gegenüber äußeren Einflüssen, die zu Rückfällen führen könnten, abzuschirmen. Für diese Zielgruppe haben sich Maßnahmen als erfolgreich erwiesen, die darauf abzielen, Strategien zum Abschirmen und Durchhalten zu vermitteln.



**Abb. 3.6:** Interventionsplanung für unterschiedliche Zielgruppen anhand des HAPA-Modells (eigene Darstellung in Anlehnung an Lippke; Renneberg, 2006, S. 57)

Das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns betont, dass insbesondere die Übergänge von einer Stufe zur nächsten Stufe relevant sind, um einen Verhaltensänderungsprozess meistern zu können. Präventionskampagnen sollten deshalb Themen ansprechen, die es einem Individuum erleichtern, den Stufenübergang zu meistern.

Insgesamt ist am sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns positiv hervorzuheben, dass es kognitive und motivationale Komponenten verbindet und durch die Integration der Prozesse der Handlungsplanung und der Bewältigungsplanung vergleichsweise nah an der Erklärung des Gesundheitsverhaltens orientiert ist. Das Modell hebt sich damit von den bisher diskutierten Modellen des Gesundheitsverhaltens ab, die lediglich Verhaltensabsichten, nicht aber konkretes Verhalten erklären.

Dennoch lässt auch das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns Fragen offen. Aus den Ergebnissen der bisher vorliegenden empirischen Studien lassen sich bisher keine generalisierbaren Empfehlungen ableiten, da die Autoren nur selten das gesamte Modell, sondern vielmehr unterschiedliche Komponenten prüfen. Auch die Operationalisierung der Konstrukte wird in den einzelnen Studien unterschiedlich gehandhabt. Zu kritisieren ist weiterhin, dass das HAPA situative, soziale und personale



Barrieren zwar explizit berücksichtigt, zuverlässige empirische Befunde liegen hierzu jedoch noch nicht vor. Im Jahr 2008 erschien in der etablierten Fachzeitschrift *Applied Psychology* eine Sonderausgabe zum sozial-kognitiven Prozessmodell gesundheitlichen Handelns, in der u.a. auch Anweisungen für die Weiterentwicklung des Modells gegeben wurden. So schlagen bspw. Leventhal und Mora (2008) vor, konkrete Strategien zur Handlungskontrolle und den Einfluss früherer Erfahrungen in das Modell zu integrieren.



### Übung 3.1:

Krankenkasse XY möchte für ihre eigenen Mitarbeiter ein Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung ins Leben rufen. Den Mitarbeitern soll u. a. die Möglichkeit geboten werden, Mitglied einer Laufgruppe zu werden. Als Projektleiter sind Sie dafür verantwortlich, Maßnahmen zu entwickeln, mit denen die Zielgruppen der „Non-Intenders“ (d.h. Mitarbeiter, die bisher nicht darüber nachgedacht haben, sich mehr sportlich zu betätigen) und der „Intenders“ (d.h. Mitarbeiter, die sich dazu entschlossen haben, der Laufgruppe beizutreten) motiviert werden können, dem Programm beizutreten bzw. längere Zeit dabei zu bleiben.

Zielgruppe:	Mögliche Maßnahmen:
„Non-Intenders“	
„Intenders“	

## Zusammenfassung

Der Verdienst der Stadienmodelle des Gesundheitsverhaltens und des HAPA-Modells liegen darin, dass es ihnen gelingt, den Einstellungs-Verhaltenszusammenhang differenzierter zu beschreiben, als dies bei den motivationalen Modellen der Fall ist. Alle drei im dritten Kapitel vorgestellten Modelle beinhalten bspw. die Komponente der Handlungsplanung/Zielformulierung. Eine Verhaltensabsicht führt demnach nicht unmittelbar zu einem beobachtbaren Verhalten, vielmehr muss ein Mensch, der die Absicht entwickelt hat, bewusster zu leben, zunächst entsprechende Vorbereitungen treffen. Das differenziertere Vorgehen wird insbesondere im HAPA-Modell deutlich. Hier wird zum einen zwischen insgesamt drei der Verhaltensabsicht nachgelagerten Phasen unterschieden. Zudem postuliert das Modell, dass je nachdem, ob sich ein Individuum in der motivationalen Phase oder der volitionalen Phase befindet, unterschiedliche Ausprägungen der

Selbstwirksamkeit wirksam sind. Dies unterstreicht auch noch einmal, welchen besonderen Einfluss die Selbstwirksamkeitserwartungen einer Person auf das Gesundheitsverhalten ausüben.

Aus praktischer Sicht bieten Stadienmodelle den Vorteil, dass Interventionsmaßnahmen zielgruppengenaue zugeschnitten werden können, sobald feststeht, wie sich die auf einer Stufe befindlichen Individuen charakterisieren lassen und welche Bewältigungsstrategien bei den einzelnen Stufenübergängen zum Einsatz kommen. Aus wissenschaftlicher Sicht besteht jedoch noch Potenzial für die theoretische Weiterentwicklung der Modelle. Die Modelle schlagen z.B. eine unterschiedliche Anzahl von Stufen vor. Bislang konnte nicht geklärt werden, welche Stufenanzahl tatsächlich benötigt wird, bis es zu einer Verhaltensänderung kommt.

### Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 3.1 Im transtheoretischen Modell wird angenommen, dass Individuen verhaltensbezogene oder erlebensbezogene Bewältigungsstrategien einsetzen, um von einem Stadium in das nächste Stadium zu wechseln. Worin besteht der Unterschied zwischen verhaltens- und erlebensbezogenen Strategien? Nennen Sie für jede Strategie ein Beispiel.
- 3.2 Welche Art von Strategie ist dem transtheoretischen Modell zufolge eher in den frühen Phasen (Absichtslosigkeit, Absichtsbildung) Erfolg versprechend und warum ist das so?
- 3.3 Nennen Sie zwei theoretische Kritikpunkte, die häufig zum transtheoretischen Modell geäußert werden.
- 3.4 Das Prozessmodell präventiven Handelns unterteilt die Phase der „Entscheidung“ in drei Stufen. Erläutern Sie diese Stufen kurz.
- 3.5 Erklären Sie, warum das HAPA-Modell auch als integrierter Modellansatz bezeichnet wird.
- 3.6 Das HAPA-Modell identifiziert als Zielgruppen der Prävention/Gesundheitsförderung die Non-Intenders, die Intenders und die Actors. Beschreiben Sie diese drei Zielgruppen kurz und nennen Sie je eine auf die Zielgruppen zugeschnittene Interventionsmaßnahme.

## 4 Grenzen und Weiterentwicklung sozial-kognitiver Modelle

*Das vorliegende Kapitel beleuchtet die im zweiten und dritten Kapitel vorgestellten Modelle noch einmal aus konzeptioneller Sicht und fasst deren Stellenwert für Gesundheitsförderung und Präventionspraxis zusammen. Sie erfahren, was die zentralen Nachteile sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens sind und lernen darauf aufbauend Vorschläge zur Weiterentwicklung der Erklärungsansätze kennen.*

*In diesem Kapitel lernen Sie verschiedene emotionale, kognitive, persönlichkeitsbezogene und soziodemografische Merkmale kennen und erfahren, inwieweit sich diese in sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens integrieren lassen.*

### 4.1 Defizite sozial-kognitiver Modelle des Gesundheitsverhaltens

In den Kapiteln zwei und drei wurden verschiedene Modelle zur Erklärung gesundheitsbezogenen Verhaltens vorgestellt. Die Diskussion der einzelnen Modelle hat gezeigt, dass eine Bewegung weg von Konzepten wie der Risikowahrnehmung hin zu Kompetenzerwartungen (z.B. Handlungs- und Selbstwirksamkeitserwartung) beobachtet werden kann. Dennoch sind die bisher vorliegenden Theorien des Gesundheitsverhaltens mit Schwächen behaftet, die ihre Relevanz für die Präventionspraxis und die Gesundheitsförderung einschränken (vgl. Faltermaier, 2005).

- Modelle und Theorien des Gesundheitsverhaltens erheben zwar den Anspruch zu erklären, aus welchen Gründen sich Individuen gesundheitsförderlich verhalten. In den bisher vorliegenden empirischen Studien wird das Gesundheitsverhalten oftmals jedoch negativ konzeptualisiert (z.B. Gewichtsabbau, Reduzierung des Alkohol- und Nikotinkonsums, Reduzierung zu fettreicher Ernährung).
- Der Großteil der Studien wendet Modelle des Gesundheitsverhaltens nur zur Erklärung bzw. Vorhersage einer spezifischen Verhaltensweise an. Es wird also bspw. nur das Ernährungsverhalten oder nur das Bewegungsverhalten untersucht. Auf diesem Wege ist es jedoch nicht möglich, das Gesundheitsverhalten von Individuen im Gesamtkontext zu betrachten.
- Alle bislang vorgestellten Modelle betrachten Gesundheitsverhalten ausschließlich aus Sicht einzelner Individuen. Sie fragen danach, an welchen Stellschrauben gedreht werden muss, damit ein Individuum sein Verhalten ändert. Im Alltag findet Gesundheitsverhalten aber nicht nur auf der individuellen Ebene statt, vielmehr sind auch Einflüsse auf der organisationalen Ebene (z.B. Rahmenbedingungen in Unternehmen, in Schulen etc.) und der sozialen Ebene (z.B. gruppendynamische Effekte) zu berücksichtigen.
- Die vorgestellten Modelle lassen sich alle in die sozial-kognitive Forschungsrichtung einordnen. Sie sehen Kognitionen (z.B. Einstellung, Verhaltensabsicht, Selbstwirksamkeitserwartung) als zentral an, wenn es darum geht, Gesundheitsverhalten zu erklären. Ob diese rationalen Einflussgrößen geeignet sind, gesundheitliche Fragestellungen umfassend klären zu können, ist fraglich. Emotionen und irrationale Einflussgrößen bleiben unberücksichtigt und auch soziale Faktoren werden eher am Rande betrachtet.

## 4.2 Ansätze zur Weiterentwicklung von Modellen des Gesundheitsverhaltens

Das vorliegende Kapitel greift die Defizite der sozial-kognitiven Modelle auf und unterbreitet Vorschläge, wie diese künftig weiterentwickelt werden könnten.

### 4.2.1 Berücksichtigung kognitiver und emotionaler Einflussgrößen

Um den Zusammenhang zwischen Verhaltensabsicht und tatsächlichem Gesundheitsverhalten weiter zu erhellen, könnte die Berücksichtigung zusätzlicher kognitiver und emotionaler Einflussgrößen in den Modellen zielführend sein.

Aus kognitiver Sicht ist die Stärke des Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhangs bspw. davon abhängig, ob eine Person eher handlungsorientiert oder eher lageorientiert ist (vgl. Norman et al., 2003). Handlungsorientierten Menschen gelingt es nach Niederlagen eher wieder, einen neuen Versuch zu wagen. Lageorientierten Menschen gelingt es hingegen häufig nicht, einen Ausweg aus einer schwierigen Situation zu finden. Sie hängen ihren Gedanken und Gefühlen nach. Deshalb fällt es ihnen schwer, sich neuen Aufgaben zuzuwenden. Der Zusammenhang zwischen Verhaltensabsicht und Verhalten fällt deshalb umso stärker aus, je höher die Handlungsorientierung einer Person ausgeprägt ist (vgl. Kendzierski, 1990).

Als weitere Bestimmungsgröße des Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhangs wurde der sogenannte Health Locus of Control (vgl. Wallston et al., 1978) vorgeschlagen. Demnach unterscheiden sich Personen in der Annahme, wer für ihre Gesundheit zuständig ist. Folgende Annahmen lassen sich unterscheiden:

Die Gesundheit unterliegt ...

- 1) der eigenen Kontrolle (= interner Locus of Control)
- 2) der Kontrolle anderer Personen (= externer Locus of Control)
- 3) dem Schicksal oder Glück (= externer Locus of Control)

Personen mit einem hohen internen Health Locus of Control fühlen sich für die eigene Gesundheit selbst verantwortlich. Sie werden sich daher vermutlich eher gesundheitsförderlich verhalten als jene, bei denen die letzten beiden Dimensionen dominieren.

#### Übung 4.1:

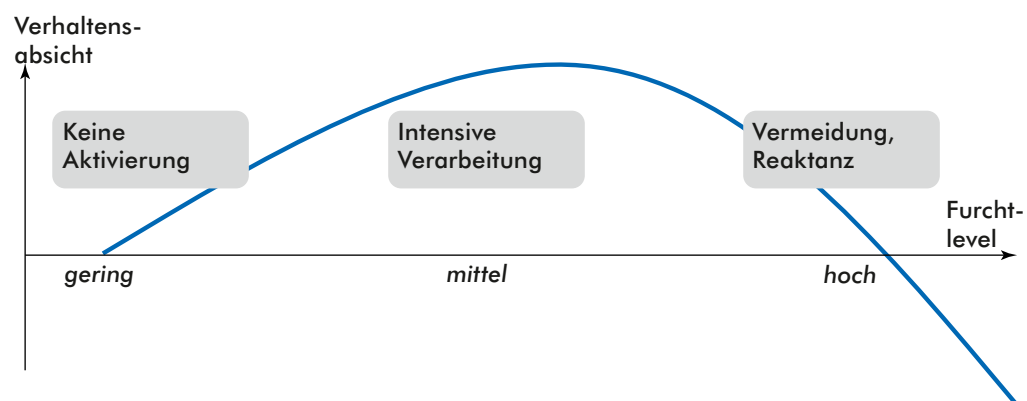
Ordnen Sie den folgenden Aussagen zu, ob ein interner oder ein externer Health Locus of Control vorliegt.

- a) „Ich tue für meine Gesundheit nur das, was mir mein Arzt empfiehlt.“
- b) „Menschen, die nie oder nur selten krank werden, haben einfach nur Glück.“
- c) „Wenn ich krank werde, dann frage ich nicht nach den Ursachen, sondern dann ist das einfach so.“
- d) „Jeder ist für seinen Gesundheitszustand selbst verantwortlich.“



Lawton et al. (2009) fordern, dass in den theoretischen Modellen zum Gesundheitsverhalten künftig auch emotionale Prozesse berücksichtigt werden sollten. Kleinert et al. (2007) weisen darauf hin, dass Emotionen aktivierend wirken können. Sie entscheiden damit maßgeblich darüber, ob ein Individuum sich durch eine gesundheitliche Gefahr als persönlich betroffen wahrnimmt, was wiederum die Verhaltensabsicht beeinflusst. Abb. 4.1 verdeutlicht am Beispiel von Furchtappellen, dass zwischen Reizstärke und Verhaltensabsicht kein linearer, sondern häufig ein umgekehrt u-förmiger Zusammenhang angenommen wird. Ist der Furchtappell zu schwach, findet keine Aktivierung statt, die Verhaltensabsicht ist ebenfalls gering ausgeprägt. Der Furchtappell könnte beispielsweise dann zu niedrig ausfallen, wenn das gesundheitliche Risiko nur im Text, nicht aber im Bildmotiv deutlich wird. Botschaften, bei denen der Furchtappell sehr hoch ist (z.B. abschreckende Bilder von kranken oder schwer verletzten Menschen) vermögen es nicht, Verhaltensabsichten zu wecken. Sie lösen beim Betrachter der Botschaft vielmehr Vermeidungs- und Abwehrreaktionen hervor.

Am meisten Erfolg versprechend sind schließlich Botschaften mit einem moderaten Furchtappell. Diese Botschaften wirken aktivierend auf den Betrachter, was zu einer intensiven Informationsverarbeitung und zur Entwicklung einer Verhaltensabsicht führt.



**Abb. 4.1:** Zusammenhang zwischen Furchtappell, Aktivierung und Verhaltensabsicht (eigene Darstellung)

## 4.2.2 Berücksichtigung von Merkmalen der Persönlichkeit

Auch Persönlichkeitsmerkmale könnten dazu beitragen, Gesundheitsverhalten zusätzlich zu erklären. Sie werden in den sozial-kognitiven Modellen bislang nur indirekt beachtet (z.B. in der Theorie des geplanten Verhaltens als nicht genauer spezifizierte Einflussgröße der Einstellung).

In der empirischen Forschung werden besonders häufig die Persönlichkeitsdimensionen des Big-Five-Modells (vgl. Costa; McCrae, 1992) in Zusammenhang mit gesundheitsförderlichen und gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen gebracht. Das Big-Five-Modell beschreibt die Persönlichkeit eines Menschen anhand von fünf Merkmalen: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit und Gewissenhaftigkeit (vgl. Tabelle 4.1). Was sich hinter den einzelnen Dimensionen verbirgt, lässt sich am besten anhand konkreter Verhaltensweisen beschreiben. Ein Mensch mit hohen Werten auf der Dimension Extraversion sucht bspw. eher Gesellschaft als dass er ruhig und zu-

rückgezogen lebt. Da er das Zusammensein mit anderen Menschen gewohnt ist, fällt es ihm vermutlich auch leichter als einem introvertierten Menschen, seine Mitmenschen um Unterstützung zu fragen.

**Tab. 4.1:** Dimensionen des Big-Five-Modells (Hoffmann; Schwarz, 2010, S. 103)

Neurotizismus	Extraversion	Offenheit für Erfahrungen	Verträglichkeit	Gewissenhaftigkeit
Ängstlichkeit	Herzlichkeit	Offenheit für	Vertrauen	Ordnungsliebe
Reizbarkeit	Geselligkeit	... Phantasie	Freimütigkeit	Pflichtbewusstsein
Depressivität	Durchsetzungsfähigkeit	... Ästhetik	Altruismus	Leistungsstreben
Impulsivität	Aktivität	... Gefühlsäusserungen	Bescheidenheit	Selbstdisziplin
Verletzbarkeit	Erlebnishunger	... Ideen	Gutherzigkeit	Besonnenheit

Bisher liegen nur wenige Studien vor, welche die Big-Five-Dimensionen in sozial-kognitive Gesundheitsmodelle integriert haben. Ist dies der Fall, dann dient die Theorie des geplanten Verhaltens als Erklärungsgrundlage. Conner und Abraham (2001) zeigen, dass die Dimension Neurotizismus einen negativen Effekt auf die wahrgenommene Verhaltenskontrolle ausübt. Obwohl neurotische Menschen sich häufig über ihren Gesundheitszustand beklagen und sich Sorgen um ihre Gesundheit machen (vgl. Reis et al., 1994), schaffen sie es oft nicht, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Sie verfügen also offenbar nicht über genügend wahrgenommene Verhaltenskontrolle, was Park et al. (2004) damit begründen, dass sie sich häufig für die falschen Bewältigungsstrategien entscheiden. Neurotische Menschen sorgen sich zum Teil auch so sehr um die eigene Gesundheit, dass sie dadurch gehemmt werden, sich gesundheitsförderlich zu verhalten (vgl. Booth-Kewley; Vickers, 1994).

Zwischen Gewissenhaftigkeit und wahrgenommener Verhaltenskontrolle besteht ein positiver Zusammenhang. Begründen lässt sich dies u. a. damit, dass gewissenhafte Menschen im Zusammenhang mit Gesundheitsverhalten weniger Barrieren wahrnehmen (vgl. Courneya; Hellsten, 1998).

Rhodes und Courneya (2003) und Courneya et al. (1999) liefern für den Bereich der körperlichen Betätigung Befunde zum Zusammenhang von Extraversion und der subjektiven Norm. Die Bereitschaft, Sport zu treiben, war in diesen Studien bei extrovertierten Menschen mit hoher subjektiver Norm besonders stark ausgeprägt. Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass extrovertierte Menschen häufig einen größeren Freundes- und Bekanntenkreis haben und Wert auf die Meinungen und Wertvorstellungen der Gruppenmitglieder legen.

Zum Einfluss der Dimensionen Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen und Verträglichkeit liegen hingegen kaum Studien vor, die Zusammenhänge mit Gesundheitsverhaltensweisen festgestellt haben. Snell und Johnson (1997) sehen darin einen Beleg dafür, dass andere Merkmale der Persönlichkeit wie Optimismus (vgl. Schwarzer, 2004), Har-

diness (vgl. Kobasa, 1982) und Sensation Seeking (vgl. Schumacher; Roth, 2004; Schumacher; Hammelstein, 2003) eine höhere Prognosekraft besitzen. Diese Merkmale sollte die Gesundheitsverhaltensforschung in Zukunft stärker als bislang berücksichtigen.

### 4.2.3 Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale

Die Neigung gesundheitsförderliche bzw. gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zu zeigen, wird schließlich auch von soziodemografischen Merkmalen beeinflusst, wobei die meisten Studienbefunde zu Alter und Geschlecht vorliegen (vgl. Faltermaier, 2005).



Als soziodemografische Merkmale werden in der empirischen Sozialforschung objektive und einfach zu erhebende Charakteristika einer Person bezeichnet. Zu den soziodemografischen Merkmalen zählen u. a. Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Bildungsgrad, Einkommen, Religion und berufliche Tätigkeit.

Betrachtet man zunächst die Einflussgröße Geschlecht, so scheint das Interesse an Gesundheitsverhaltensweisen von Frauen generell ausgeprägter zu sein als bei Männern. Sie interessieren sich mehr für Gesundheitsthemen, werden eher für ihre Gesundheit aktiv und nutzen Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention stärker als Männer (vgl. Faltermaier, 2005). Männer interessieren sich nicht nur seltener für gesundheitsförderliches Verhalten als Frauen, sie neigen auch deutlich häufiger dazu, Risikoverhaltensweisen (z.B. zu schnelles Fahren im Straßenverkehr, Ausüben von Risikosportarten) zu zeigen. Schließlich lassen sich auch im Ernährungsverhalten geschlechtsspezifische Unterschiede feststellen. Wenn Frauen Lebensmittel einkaufen, dann geschieht dies eher unter gesundheitsorientierten Gesichtspunkten als dies bei Männern der Fall ist (vgl. Westenhoefer, 2005). Frauen verfügen zudem über ein umfangreicheres Ernährungswissen (z.B. Inhaltstoffe, Nährwerte etc.) und ernähren sich ausgewogener als Männer (vgl. Kiefer et al., 2005). Eine Ursache für diese geschlechtsspezifischen Unterschiede ist ein im Laufe der Sozialisation herausgebildetes unterschiedliches Ernährungsverhalten von Männern und Frauen (vgl. Hoffmann et al. 2012, S. 20). Auch wenn sich die Geschlechterrollen im Zuge der Feminismusbewegung in den letzten Jahren mehr und mehr angeglichen haben, werden die Themen Ernährung und Kochen immer noch als typische Kompetenzgebiete von Frauen betrachtet (vgl. Nestlé, 2009).

In Hinblick auf das Lebensalter sollte zwischen dem Gesundheitsverhalten im Jugendalter und im Erwachsenenalter differenziert werden. Im Folgenden wird aufgeführt, welche Gesundheitsverhaltensweisen für die einzelnen Lebensphasen charakteristisch sind (vgl. Hoffmann et al., 2012).

### Jugendalter und junges Erwachsenenalter (12 bis 29 Jahre):

Menschen in diesem Lebensalter neigen zu einem erhöhten Risikoverhalten. Nikotin-, Drogen-, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, zu schnelles Fahren im Straßenverkehr und das Ausüben von Risikosportarten sind in dieser Altersspanne verbreiteter als im späteren Lebensalter (vgl. Faltermaier, 2005). Junge Menschen zeigen zudem eine Vorliebe für Fast Food und andere fetthaltige Lebensmittel. Ihr Interesse an einer gesunden und ausgewogenen Ernährung ist gering ausgeprägt (vgl. Knäuper, 2002).



### Mittleres Erwachsenenalter (30 bis 65 Jahre):

Im mittleren Erwachsenenalter zählen zu wenig Bewegung sowie hoher Alkohol- und Nikotinkonsum zu den Risikofaktoren, die am weitesten verbreitet sind (vgl. Faltermaier, 2005). Besonders problematisch sind diese Risikoverhaltensweisen dann, wenn sie schon über Jahre hinweg gezeigt werden. In dieser Lebensphase häufen sich zudem psychische Belastungen, die aus der Doppelbelastung von Familie und Beruf sowie Schicksalsschlägen, wie dem Verlust eines Angehörigen, Ehescheidung etc. resultieren. Gesundheitsförderlich wirkt sich in dieser Altersgruppe aus, dass der Stellenwert der Gesundheit oftmals wichtiger eingestuft wird als dies noch im frühen Erwachsenenalter der Fall war. In diesem Zusammenhang werden auch Gesundheitsrisiken bewusster wahrgenommen. Die für Jugendliche und junge Erwachsene typische fettreiche und unausgewogene Ernährung reduziert sich in dieser Lebensphase deutlich (vgl. Knäuper, 2002).

### Höheres Erwachsenenalter (> 65 Jahre):

Für das Jugendalter und das junge Erwachsenenalter charakteristische Verhaltensweisen wie eine ungesunde Ernährung und Substanzmissbrauch sind in dieser Lebensphase weniger präsent. Gesundheitliche Risiken stehen vielmehr in Zusammenhang mit dem biologisch bedingten Abbauprozess und psychischen Belastungen wie bspw. dem Eintritt in das Rentenalter oder dem Verlust enger Bezugspersonen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass zum Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und Gesundheitsverhalten zahlreiche empirische Befunde vorhanden sind. Die bisher vorliegenden Studien kombinieren die soziodemografischen Merkmale jedoch häufig nicht mit den aus den sozial-kognitiven Modellen bekannten sozialen und kognitiven Einflussgrößen des Gesundheitsverhaltens. Warum Männer und Frauen sowie jüngere und ältere Menschen sich unterschiedlich gesundheitsbewusst verhalten, erklären diese Studien deshalb nicht. Hoffmann et al. (2012) postulieren deshalb, dass der Zusammenhang zwischen Soziodemografika und Gesundheitsverhalten (konkret: Ernährungsverhalten) durch verschiedene personenbezogene (z.B. Selbstwirksamkeitserwartung, Gewichtsregulierung), umfeldbezogene (z.B. subjektive Norm, soziale Unterstützung) und produktbezogene Variablen (z.B. Geschmack, Preis) vermittelt wird. D.h. soziodemografische Merkmale wie Alter und Geschlecht beeinflussen zunächst, welche Werte, Normen und Ziele eine Person entwickelt, welche dann wiederum darüber entscheiden, ob sich die Person gesund oder ungesund ernährt. Beispiel 4.1 fasst das Design und die Befunde der empirischen Studie zusammen.

#### Beispiel 4.1:

Im Rahmen der Studie wurden insgesamt 140 Konsumenten im Alter zwischen 11 und 79 Jahren befragt. Im Durchschnitt waren die Befragten 34 Jahre alt. Der Anteil weiblicher Befragter lag bei 58,6 Prozent. Die Befragten wurden gebeten, einen Fragebogen auszufüllen, der Fragen zu Soziodemografika (Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße), personen-, produkt- und umfeldbezogenen Variablen und dem Ernährungsverhalten umfasste. Das Ernährungsverhalten wurde auf den drei Dimensionen „Ausgewogen und vitaminreich“ (z.B. „Ich esse täglich frisches Obst.“), „Ballaststoffreich und fettarm“ (z.B. „Ich esse oft Roggen- und Vollkornbrot.“) sowie „Genussorientiert“ (z.B. Ich esse, was mir schmeckt und kümmere mich nicht darum, ob es gesund ist oder nicht.“) gemessen.



Die Ergebnisse der Untersuchung offenbaren zunächst, dass die Selbstwirksamkeitserwartung hinsichtlich einer gesunden Ernährung bei Frauen, älteren Menschen und Mehrpersonen-Haushalten besonders stark ausgeprägt ist. Im Vergleich zu Männern, jüngeren Menschen und Singles trauen es sich diese Zielgruppen also eher zu, sich gesund zu ernähren, was sich positiv auf den Kauf und Konsum gesunder Lebensmittel auswirkt.

**Übung 4.2:**

Was versteht man unter soziodemografischen Merkmalen? Nennen Sie ein Beispiel und erklären Sie an diesem Beispiel, wie soziodemografische Merkmale auf das Gesundheitsverhalten von Individuen Einfluss nehmen.

**Zusammenfassung**

Zusammenfassend zeigt das vierte Kapitel, wie die künftige Forschung die häufig zu beobachtende Diskrepanz zwischen gesundheitsbezogenen Verhaltensabsichten und tatsächlichem Gesundheitsverhalten weiter erhellen könnte. Sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens leisten zwar einen wichtig Beitrag zur Erklärung des Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhangs, ihr Fokus liegt jedoch vornehmlich auf den kognitiven Einflussgrößen des Gesundheitsverhaltens. Die Modelle sehen zwar explizit den Einfluss persönlichkeitsbezogener, demografischer und emotionaler Variablen auf den Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang vor, in empirischen Studien findet diese Annahme bislang jedoch eher sporadisch Widerhall.

**Aufgaben zur Selbstüberprüfung**

- 4.1 Was versteht man unter dem Persönlichkeitsmerkmal Neurotizismus? Warum verhalten sich neurotische Menschen häufig gesundheitsschädigender als weniger neurotische Menschen?
- 4.2 Nennen Sie je einen Risikofaktor, der für Jugendliche, Menschen im mittleren Erwachsenenalter und Menschen im höheren Erwachsenenalter charakteristisch ist.
- 4.3 Worin besteht in Bezug auf das Gesundheitsverhalten der Unterschied zwischen handlungs- und lageorientierten Menschen?
- 4.4 Erklären Sie, warum zwischen Furchtlevel und Verhaltensabsicht ein umgekehrt u-förmiger Zusammenhang angenommen wird.

---

## Schlussbetrachtung

Ziel des vorliegenden Studienheftes ist es, Ihnen einen Einblick in die Ziele, Teilbereiche und Sichtweisen der noch jungen Forschungsdisziplin „Gesundheitspsychologie“ zu geben. Sie haben gelernt, wie sich die Definition des Begriffs Gesundheit im Zeitverlauf entwickelt hat und welche Sichtweise die Salutogenese und die Pathogenese auf den Gesundheitsbegriff haben.

Neben der Abgrenzung zentraler Begriffe verfolgt das Studienheft das Ziel, Ihnen einen Überblick zu den wichtigsten Modellen und Theorien des Gesundheitsverhaltens zu geben. Denn die in den motivationalen Modellen, den Stadienmodellen und den integrierten Modellen formulierten theoretischen Annahmen bilden zusammen mit den Befunden empirischer Studien die Grundlage, um praxisorientierte Interventionsmaßnahmen ableiten zu können. Sie haben gelernt, inwiefern sich motivationale Modelle (Kapitel 2) und dynamische Modelle (Kapitel 3) voneinander unterscheiden und welche Gemeinsamkeiten sie aufweisen. Beide Modelltypen sehen Kognitionen (insbesondere Einstellungen und Verhaltensabsichten) und soziale Einflussgrößen (z.B. soziale Unterstützung) als zentral an, wenn es darum geht, Gesundheitsverhalten bzw. Verhaltensänderungen von Menschen zu prognostizieren. Sie werden deshalb auch als sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens bezeichnet. Auch wenn die dynamischen Modelle von der „Je-Desto“-Annahme der motivationalen Modelle (Je höher die Verhaltensabsicht, desto höher die Verhaltensänderung) abweichen, indem sie postulieren, dass eine Person mehrere Stufen durchläuft bis sie eine Verhaltensabsicht entwickelt bzw. ein gewünschtes Verhalten zeigt, gelingt es ihnen häufig nicht hinreichend, den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhalten zu erklären. Im abschließenden vierten Kapitel des Studienheftes haben wir Ihnen deshalb verschiedene Einflussgrößen vorgestellt, die in der künftigen Forschung in die bestehenden Modellansätze integriert werden könnten.

## A. Bearbeitungshinweise zu den Übungen

- 1.1 In Übung 1.1 sollen Sie die Annahmen des biopsychosozialen Modells an einem praktischen Beispiel erläutern. Wichtig hierbei ist, dass Sie die einzelnen Dimensionen des Modells nicht nur getrennt voneinander beschreiben, sondern insbesondere überlegen, wie sich biologische, soziale und psychische Faktoren gegenseitig beeinflussen. Gut wäre es, wenn Sie bei der Betrachtung der psychischen Komponente die Relevanz der Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. des Vorhandenseins von Coping-Strategien besonders herausstellen.
- 1.2 Um die motivationalen Modelle und die Stadienmodelle voneinander abzugrenzen ist es zunächst sinnvoll, dass Sie die Grundannahmen des S-O-R-Modells erläutern. Überlegen Sie, was die Modelle des Gesundheitsverhaltens in Hinblick auf das S-O-R-Modell für Gemeinsamkeiten haben. Um Unterschiede herauszuarbeiten, sollten Sie in einem nächsten Schritt besonders den im S-O-R-Modell vorgeschlagenen Einstellungs-Verhaltens-Zusammenhang diskutieren.
- 2.1 Bevor Sie die Plakatwerbung gegen zu schnelles Fahren im Straßenverkehr näher analysieren, sollten Sie die in der Aufgabenstellung enthaltenen Fachbegriffe für sich selbst definieren. Was verstehen Sie also unter den Begriffen Risikowahrnehmung und Handlungs- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung? Erst in einem zweiten Schritt sollten Sie die einzelnen Anzeigenelemente näher analysieren und prüfen, inwieweit die einzelnen Komponenten der Schutzmotivationstheorie im Bildmotiv, im Slogan etc. angesprochen werden.
- 2.2 Diese Übung soll dazu beitragen, die einzelnen motivationalen Modellansätze besser voneinander abgrenzen zu können. Um die Frage beantworten zu können, sollten Sie sich zunächst noch einmal mit den unterschiedlichen Grundannahmen der frühen motivationalen Modelle (Health Belief Modell und Schutzmotivationstheorie) und der aktuelleren Modelle (Theorie des geplanten Verhaltens, sozial-kognitive Theorie) auseinandersetzen. Durch dieses Vorgehen wird es Ihnen leichter fallen zu erkennen, welche Konstrukte in den aktuelleren Modellen Kompetenzerwartungen abbilden.
- 3.1 Sie sollen in dieser Übung die Annahmen des HAPA-Modells auf eine konkrete Praxisfragestellung anwenden. Setzen Sie sich hierzu zunächst mit den Zielgruppen („Non-Intenders“, „Intenders“) auseinander. In welchen Phasen des Modells befinden sich diese Gruppen jeweils? Welche Kognitionen steuern das Verhalten bzw. die Verhaltensabsichten jeweils? Darauf aufbauend sollen Sie sich konkrete Maßnahmen überlegen, mit denen die Zielgruppen angesprochen und zur Teilnahme am Gesundheitsförderungsprogramm motiviert werden können.
- 4.1 Ihre Aufgabe ist es, für die vier aufgeführten Sätze einzuschätzen, ob ein interner oder ein externer Health Locus of Control vorliegt. Bitte differenzieren Sie beim externen Health Locus of Control, ob die Verantwortung für die Gesundheit anderen Personen oder dem Schicksal/Glück zugeschrieben wird.
- 4.2 Im vierten Kapitel werden verschiedene Variablen vorgestellt, die auf den Zusammenhang zwischen Einstellung/Verhaltensabsicht und Verhalten Einfluss nehmen, bislang jedoch nur selten in sozial-kognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens integriert werden. Zu diesen Variablen zählen u. a. soziodemografi-

sche Merkmale einer Person. Sie sollen zunächst den Begriff klären und sodann ein Beispiel für ein soziodemografisches Merkmal nennen. An diesem Beispiel sollen Sie darlegen, wie es das Gesundheitsverhalten bestimmen kann.

## **B. Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung**

- 1.1 Die Pathogenese betrachtet den Begriff Gesundheit aus einer negativen Sicht. Es interessiert primär, welche Ursachen für eine Erkrankung verantwortlich sind. Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten sollen identifiziert werden. Darauf aufbauend wird nach medizinischen Heilmitteln gesucht, mit denen die bestehenden Symptome gelindert werden können. Die Sichtweise der Salutogenese ist hingegen positiv geprägt. Dieser Ansatz geht der Frage nach, warum Menschen gesund sind und wie sie gesund bleiben können. Es wird nach Möglichkeiten gesucht, um Menschen gesundheitsfördernde Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
- 1.2 „Bio“ bezeichnet die biologische Komponente, die den körperlichen Zustand eines Menschen kennzeichnet. Die Dimension „Psycho“ charakterisiert den psychischen Zustand einer Person, sie beschreibt also in einem Individuum ablaufende Vorgänge. Die Komponente „Sozial“ kennzeichnet schließlich das soziale Umfeld, in welches eine erkrankte bzw. gesundheitlich gefährdete Person eingebunden ist (z.B. Schule, Arbeitsplatz, Freunde, Familie).
- 1.3 Das biopsychosoziale Modell ist am Begriff der Gesundheit orientiert. Es betrachtet den Gesundheitszustand einer Person nicht allein aus medizinischer Sicht, sondern berücksichtigt, dass auch psychische und soziale Größen auf den körperlichen Zustand Einfluss nehmen.
- 1.4 Die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person beschreibt, inwieweit diese davon überzeugt ist, eine Handlung selbst erfolgreich durchführen und damit ein gewünschtes Ergebnis erzielen zu können. Die Selbstwirksamkeitserwartung wird als gesundheitsförderliche Ressource bezeichnet, weil es Personen, die davon überzeugt sind, eine Verhaltensänderung (z.B. mehr Obst und Gemüse essen) meistern zu können, leichter fällt als Menschen mit geringer Selbstwirksamkeitserwartung, eine Absicht auch in tatsächliches Verhalten umzusetzen.
- 1.5 Das S-O-R-Modell besagt zunächst, dass ein bestimmter Stimulus (z.B. ein Präventionsappell) nicht unmittelbar zu einer Reaktion (Gesundheitsverhalten) führt. Vielmehr beeinflusst der Reiz im Inneren eines Organismus ablaufende Prozesse, die wiederum das Verhalten steuern. Einstellungen und Verhaltensabsichten zählen zu diesen im Verborgenen ablaufenden kognitiven Prozessen. Das Gesundheitsverhalten ist die beobachtbare Reaktion. Dem Verhalten geht voraus, dass eine Person eine positive Einstellung gegenüber einer bestimmten Verhaltensweise entwickelt, die sich zu einer Verhaltensabsicht entwickelt.
- 1.6 Motivationale Modelle gehen von einem linearen Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhaltensabsicht bzw. zwischen Verhaltensabsicht und Verhalten aus: Je positiver die Einstellung, desto positiver ist die Verhaltensabsicht und desto eher wird gehandelt. Ein enger Zusammenhang von Verhaltensabsicht und Verhalten wird als gegeben angenommen, es geht primär darum zu erklären, wie sich die Verhaltensabsicht entwickelt. Stadienmodelle weichen von der Annahme, dass ein stetiger Zusammenhang zwischen Verhaltensabsicht und Verhalten besteht, ab. Sie nehmen vielmehr an, dass ein Individuum bis zu einer Verhaltensänderung verschiedene qualitativ unterschiedliche Stufen durchlaufen muss, die jeweils von unterschiedlichen Einflussgrößen bestimmt werden.

- 1.7 Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens beschreiben, welche Einflussgrößen sich darauf auswirken, ob sich eine Person gesundheitsförderlich oder gesundheitsschädigend verhält. Sie betrachten dabei auch Wechselbeziehungen zwischen den Einflussgrößen und beschreiben Rahmenbedingungen, unter denen die Einflussgrößen das Gesundheitsverhalten bestimmen.
- 2.1 Von Risikowahrnehmung spricht man, wenn sich ein Mensch der Risiken, die eine bestimmte Verhaltensweise mit sich bringt, bewusst wird. Aus Sicht der Gesundheitspsychologie verhalten sich Individuen dann präventiv, wenn sie bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen als risikoreich empfinden, wobei nicht das objektive Risiko, sondern ausschließlich das wahrgenommene, d.h. von einem Individuum subjektiv empfundene Risiko relevant ist.
- 2.2 Das Health Belief Modell gilt als veraltet, weil es die aus heutiger Sicht zentralen Einflussgrößen des Gesundheitsverhaltens Verhaltensabsicht und Selbstwirksamkeit nicht einbezieht. Das Modell basiert auf der Annahme, dass der Grad der wahrgenommenen Bedrohung das Verhalten direkt beeinflusst. Es ist damit noch an der traditionellen Furchtappellforschung angelehnt, die davon ausgeht, dass man Menschen nur genügend ängstigen muss, damit sie handeln. Es berücksichtigt damit nicht, dass derartige Furchtappelle bei der Zielgruppe auch Abwehrreaktionen hervorrufen können.
- 2.3 Allgemein gesprochen bezeichnet Selbstwirksamkeit die innere Kompetenzüberzeugung einer Person, auch schwierige Situationen aus eigener Kraft bewältigen zu können. Mit Ausnahme des Health Belief Modells ist die Selbstwirksamkeitserwartung in allen motivationalen Modellen des Gesundheitsverhaltens enthalten, auch wenn sie nicht immer als solche bezeichnet wird (z.B. wahrgenommene Verhaltenskontrolle in der Theorie des geplanten Verhaltens).
- 2.4 Die Verhaltensabsicht wird durch die Einstellung gegenüber dem Verhalten, die subjektive Norm und die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beeinflusst. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person eine Verhaltensabsicht entwickelt, steigt den Modellannahmen zufolge, je positiver die Einstellung gegenüber der Verhaltensweise ausgeprägt ist, je stärker die Person ihr Verhalten an subjektiven Normen ausrichtet und je ausgeprägter die wahrgenommene Verhaltenskontrolle, d.h. das Bewusstsein, die Handlung selbst steuern und kontrollieren zu können, ausgeprägt ist.
- 2.5 Aus heutiger Forschungssicht sollte ein Furchtappell sowohl an die wahrgenommene Bedrohung und Verletzlichkeit des Betrachters appellieren als auch dessen Handlungs- und Selbstwirksamkeitserwartungen ansprechen. Ein an Raucher gerichteter Furchtappell sollte also bspw. sowohl die dramatischen gesundheitlichen Folgen von Nikotin herausstellen als auch auf Handlungsalternativen hinweisen (z.B. Nummer einer Sucht-Hotline angeben).
- 3.1 Erlebensorientierte Strategien zielen darauf ab, einer Person die Prozesse des Wahrnehmens und Erlebens, die diese im Umgang mit einer (geplanten) Verhaltensänderung vollzieht, zu erleichtern. Erlebensorientierte Strategien beziehen sich damit in erster Linie auf Denk- und Informationsverarbeitungsprozesse. Ein Beispiel ist die Strategie der „Bewusstmachung“. Hierbei sensibilisiert sich die Person für die Risiken einer Verhaltensweise und sie akzeptiert, dass diese Risiken eine gesundheitliche Gefahr darstellen.



Verhaltensbezogene Strategien beziehen sich auf konkrete Handlungen, die im Zusammenhang mit der neu zu erlernenden Verhaltensweise stehen. Ein Beispiel ist das „Bekräftigungsmanagement“. Demnach belohnt sich die Person selbst, wenn sie sich gesundheitsförderlich verhält (z.B. durch ein kleines Geschenk) und sie bestraft sich selbst, wenn sie ein Fehlverhalten zeigt.

- 3.2 In den Stufen 1 bis 3 des transtheoretischen Modells kommen vor allem erlebensorientierte Strategien zum Einsatz. In diesen frühen Phasen muss eine Person die neue Situation (z.B. eine Diagnose durch den Hausarzt) zunächst für sich selbst einordnen und sich bewusst machen, welche Risiken eine gesundheitsschädigende Verhaltensweise mit sich bringt. Dies betrifft primär im Inneren ablaufende Prozesse des Wahrnehmens, bei denen erlebensorientierte Strategien ansetzen.
- 3.3 Kritisiert wird am transtheoretischen Modell zum einen, dass die Definition der einzelnen Stufen anhand zeitlicher Kriterien willkürlich erscheint. Zum anderen ist es im Bereich der Behandlung von Suchterkrankungen entwickelt worden. Die Übertragbarkeit der Annahmen auf andere Gesundheitsbereiche (z.B. Ernährung, Bewegung) erscheint damit fraglich.
- 3.4 Stufe 3 wird im Modell als „Unentschieden“ bezeichnet. Auf dieser Stufe befindliche Personen werden sich der Risiken eines bestimmten Verhaltens bewusst und haben nun zwei Möglichkeiten der Entscheidungsfindung. In Stufe 4 „Entscheidung nicht zu handeln“ befinden sich Personen, die sich dafür entschieden haben, das gesundheitsschädigende Verhalten trotz der Risiken weiter auszuführen. Diese Personen fallen auf Stufe 1 („Absichtslosigkeit“) zurück. Stufe 5 „Entscheidung zu handeln“ umfasst hingegen Personen, die eine Verhaltensabsicht entwickelt haben und dazu entschlossen sind, ihr Verhalten zu ändern.
- 3.5 Das HAPA-Modell ist ein dynamisches Modell, was bis hin zur Verhaltensänderung verschiedene aufeinander aufbauende Handlungsstufen vorschlägt und gleichzeitig zentrale Komponenten der motivationalen Modelle integriert. Das Modell unterscheidet zwischen einer volitionalen Phase und mehreren volitionalen Phasen. Zentrale Kognitionen (z.B. Verhaltensabsicht, Risikowahrnehmung, Handlungsergebniserwartung) sind in der motivationalen Phase angesiedelt. Die volitionalen Phasen beschreiben, wie sich aus der Verhaltensabsicht konkretes Verhalten entwickelt.
- 3.6
  - Non-Intenders:  
Diese Zielgruppe befindet sich in der vorintentionalen Phase. Diese Personen haben keine Ziele und keine Verhaltensabsichten formuliert.  
Geeignete Maßnahme: z.B. Vermittlung von Informationsmaterial zu den Risiken einer Verhaltensweise
  - Intenders:  
Diese Personen befinden sich in der voraktionalen Phase, d.h. die Handlung steht unmittelbar bevor und die Verhaltensänderung wird intensiv geplant.  
Geeignete Maßnahme: z.B. Interventionen, die in der Planungsphase unterstützen (z.B. Zielstrukturierung)

- Actors:

Actors befinden sich in der aktionalen bzw. nachaktionalen Phase. Sie handeln bereits und müssen sich dabei auch mit Barrieren auseinandersetzen und versuchen, Rückfälle in alte Gewohnheiten zu vermeiden.

Geeignete Maßnahme: z.B. Angebote zur persönlichen Unterstützung (z.B. persönlicher Coach beim Lauftraining)

- 4.1 Neurotische Menschen gelten auf der einen Seite als ängstlich und zu Depressionen neigend. Auf der anderen Seite sind sie aber auch reizbar und impulsiv. Empirische Studien zum Zusammenhang von Neurotizismus und Gesundheitsverhalten zeigen, dass neurotische Menschen über eine geringe wahrgenommene Verhaltenskontrolle verfügen. Auch wenn sie sich um den eigenen Gesundheitszustand sorgen, schaffen sie es oft nicht, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Zum Teil sorgen sich neurotische Menschen auch so sehr um die eigene Gesundheit, dass sie dadurch gehemmt werden, sich gesundheitsförderlich zu verhalten.
- 4.2 Jugendliche: Hoher Nikotin-, Alkohol- und Drogenkonsum  
Mittleres Erwachsenenalter: Zu wenig Bewegung  
Hohes Erwachsenenalter: Biologisch bedingter Abbauprozess, psychische Belastungen (z.B. durch den Verlust von Freunden oder des Partners)
- 4.3 Diese Unterteilung betrifft die Frage, wie sich Menschen in für sie neuen, problembehafteten Situationen verhalten (z.B. bei der Diagnose eines erhöhten Blutzuckerwertes mit der Empfehlung des Arztes, die Ernährung umzustellen). Handlungsorientierte Menschen sind auch nach Niederlagen schnell wieder fähig, einen neuen Versuch zu wagen. Lageorientierten Menschen fällt es hingegen schwerer, einen Ausweg aus einer schwierigen Situation zu finden. Deshalb werden vermutlich mehr handlungsorientierte Menschen als lageorientierte Menschen das gesundheitliche Risiko akzeptieren und die Ernährung umstellen.
- 4.4 Es besteht ein u-förmiger Zusammenhang, weil der Einfluss des Furchtlevels auf die Verhaltensabsicht nicht als „Je desto“-Beziehung betrachtet werden kann, sondern differenziert betrachtet werden muss. Ist das Furchtlevel zu gering, wird der Betrachter der Botschaft nicht genügend aktiviert, die Verhaltensabsicht ist ebenfalls gering. Ist das Furchtlevel zu hoch, kann dies zu Abwehrreaktionen beim Betrachter führen. Die Verhaltensabsicht ist in diesem Fall ebenfalls gering. Den stärksten Effekt auf die Verhaltensabsicht hat ein Furchtappell mit moderater Ausprägung. Der Betrachter ist in diesem Fall genügend aktiviert, wird durch die Botschaft jedoch nicht abgeschreckt.

## C. Glossar

Big-Five-Modell	Aus der Persönlichkeitspsychologie kommender Ansatz, der zwischen fünf Formen von Persönlichkeitsmerkmalen unterscheidet: Neurotizismus, Extraversion, Offenheit für Erfahrungen, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit.
Einstellung	Zeitlich relativ stabile Bewertung eines Objektes. Die Bewertung kann dabei sowohl affektiv (gefühlsmäßige Haltung gegenüber einem Objekt) als auch kognitiv geprägt sein (subjektives Wissen gegenüber dem Einstellungsobjekt).
Ergebniserwartung	Erwartung einer Person, dass ihr Verhalten zu den beabsichtigten Ergebnissen führen wird.
Intervention	Eingriff in politische, künstlerische, militärische, pädagogische oder auch medizinische und psychologische Prozesse. In der Gesundheitspsychologie bezeichnet der Begriff Intervention die Entwicklung von Maßnahmen, die darauf abzielen, den Ausbruch von Krankheiten zu verhindern bzw. gesundheitsförderliche Ressourcen zur Verfügung zu stellen.
Furchtappell	Botschaft, die dem Betrachter das Gefühl vermitteln soll, dass seine Gesundheit oder sogar sein Leben bedroht sind.
Gesundheitsförderung	Sämtliche Maßnahmen und Aktivitäten unterschiedlichster Akteure des Gesundheitssektors, mit denen der Bevölkerung Gesundheitsressourcen zur Verfügung gestellt werden sollen. Ziel ist es, die Gesundheit und das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung zu stärken.
Gesundheitsverhalten	Sämtliche Maßnahmen, die den Gesundheitszustand einer Person beeinflussen. Hierzu zählen sowohl gesundheitsförderliche (z.B. gesunde Ernährung) als auch gesundheitsschädigende Verhaltensweisen (z.B. Rauchen).
Handlungswirksamkeit	Innere Überzeugung einer Person, dass es sich für sie lohnt, d.h. positiv auswirkt, wenn sie eine bestimmte Handlung ergreift.
Handlungsorientierung	Liegt dann vor, wenn es einer Person gelingt, auch in für sie schwierigen Situationen und/oder nach Niederlagen zu handeln und Initiative zu zeigen.
Health Locus of Control	Der Grad zu dem eine Person davon überzeugt ist, die Kontrolle über ihre Gesundheit zu haben.

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 Bestimmungsgrößen, wenn es darum geht, Verhaltensabsichten und Gesundheitsverhalten zu prognostizieren.
Lageorientierung	Liegt dann vor, wenn es einer Person nach einer Niederlage nicht gelingt, einen Ausweg aus der für sie schwierigen Situation zu finden.
Metaanalysen	Eine Studie, die die Ergebnisse anderer empirischer Studien zusammenfasst. Um die Befunde zu aggregieren, kommen statistische Verfahren zur Anwendung. Diese Art von Studien geben einen übergeordneten Einblick in den aktuellen Stand der Forschung in einem Untersuchungsbereich.
Motivational	Die Beweggründe betreffend, die einer Verhaltensabsicht bzw. einer Handlung zugrunde liegen.
Pathogenese	Negative Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff, die nach Faktoren sucht, die Krankheiten auslösen.
Prävention	Maßnahmen, die darauf abzielen, der Entstehung von Krankheiten vorzubeugen.
Risikowahrnehmung	Subjektive Einschätzung der Wahrscheinlichkeit, dass ein für die Gesundheit negatives Ereignis eintritt sowie Einschätzung des Schweregrads des Ereignisses.
Salutogenese	Positive Sichtweise auf den Gesundheitsbegriff, der sich mit Faktoren beschäftigt, mit denen Gesundheit erreicht und aufrechterhalten werden kann.
Selbstwirksamkeitserwartung	Subjektive Einschätzung einer Person, ein bestimmtes Verhalten auch in neuen und als schwierig empfundenen Situationen ausführen zu können.
Sozialkognitive Modelle des Gesundheitsverhaltens	Modelle, die das Gesundheitsverhalten von Individuen anhand kognitiver (z.B. Motive, Einstellungen, Verhaltensabsichten) und sozialer (z.B. Unterstützung aus dem sozialen Umfeld) zu erklären versuchen.
Strukturgleichungsanalyse	Statistisches Verfahren zur Analyse komplexer Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge
Subjektive Norm	Ergibt sich aus den Überzeugungen einer Person, wie die relevante Bezugsgruppe ein bestimmtes Verhalten bewertet und der Bereitschaft, diesen Erwartungen zu entsprechen.

Verhaltensabsicht	Absicht einer Person, sich ihren Einstellungen entsprechend zu verhalten
Volitional	Durch den Willen bestimmt
Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	Ausmaß, in dem sich eine Person in der Lage sieht, ein bestimmtes Verhalten zu zeigen und eventuell auftretende Barrieren bewältigen zu können.

## D. Literaturverzeichnis

### Verwendete Literatur

- Abraham, C.; Sheeran, P. (2005). *The Health Belief Model*. In: Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.): Predicting Health Behavior. 2. Auflage. Berkshire: Open University Press, S. 28–80.
- Ajzen, I. (1991). *The Theory of Planned Behavior*. Organizational Behavior and Human Decision Processes. Jg. 50, Heft 2, S. 179–211.
- Amaya, M. (2011). *An Evaluation of a Worksite Exercise Intervention Using the Social Cognitive Theory: A Pilot Study*. Health Education Journal. Jg. 71, Heft 2, S. 133–143.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unrevealing the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Armitage, C. J.; Conner, M. (2001). *Efficacy of the Theory of Planned Behavior: A Meta-Analytic Review*. British Journal of Social Psychology. Jg. 40, Heft 4, S. 471–500.
- Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change*. Psychological Review. Jg. 84, Heft 2, S. 191–215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice Hall.
- Bandura, A. (2004). *Health Promotion by Social Cognitive Means*. Health Education and Behaviour. Jg. 31, Heft 2, S. 143–164.
- Becker, M. H. (1974). *The Health Belief Model and Personal Health Behavior*. Health Education Monographs. Jg. 2, Heft 4, S. 324–473.
- Blissmer, B.; McAuley, E. (2002). *Testing the Requirements of Stages of Physical Activity Among Adults: The Comparative Effectiveness of Stage-Matched, Mismatched, Standard Care, and Control Interventions*. Annals of Behavioral Medicine. Jg. 24, Heft 3, S. 181–189.
- Booth-Kewley, S.; Vickers, R. R. (1994). *Associations between Major Domains of Personality and Health Behavior*. Journal of Personality. Jg. 62, Heft 3, S. 281–298.
- Bridle, C.; Riemsma, R. P.; Pattenden, J.; Sowden, A. J.; et.al. (2005). *Systematic Review of the Effectiveness of Health Behaviour Interventions Based on the Transtheoretical Model*. Psychology and Health. Jg. 20, Heft 3, S. 283–301.
- Bulley, C.; Donaghy, M.; Payne, A.; Mutrie, N. (2007). *A Critical Review of the Validity of Measuring Stages of Change in Relation to Exercise and Moderate Physical Activity*. Critical Public Health. Jg. 17, Heft 1, S. 17–30.
- Colletti, G.; Supnick, J.; Payne, T. (1985). *The Smoking Self-Efficacy Questionnaire (SSEQ): Preliminary Scale Development and Validation*. Behavioral Assessment, Jg. 7, Heft 3, S. 249–260.

- Collins, S. E.; Carey, K. B. (2007). *The Theory of Planned Behavior as a Model of Heavy Episodic Drinking Among College Students*. Psychology of Addictive Behaviors. Jg. 21, Heft 4, S. 498–507.
- Conner, M.; Abraham, C. (2001). *Conscientiousness and the Theory of Planned Behavior: Toward a more Complete Model of the Antecedents of Intentional Behaviour*. Personality and Social Psychology Bulletin. Jg. 27, Heft 11, S. 1547–1561.
- Conner, M.; Norman, P.; Bell, R. (2002). *The Theory of Planned Behavior and Healthy Eating*. Health Psychology. Jg. 21, Heft 2, S. 194–201.
- Conner, M.; Sparks, P. (2005). *The Theory of Planned Behavior and Health Behavior*. In: Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.): Predicting Health Behavior. 2. Auflage. Berkshire: Open University Press, S. 170–222.
- Contento, I. R.; Randell, J. S.; Basch, C. E. (2002). *Review and Analysis of Evaluation Measures used in Nutrition Education Intervention Research*. Journal of Nutrition Education and Behavior. Jg. 34, Heft 1, S. 2–25.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R. (1992). *Personality Trait Structure as a Human Universal*. American Psychologist. Jg. 52, Heft 5, S. 509–516.
- Courneya, K. S.; Hellsten, L. M. (1998). *Personality Correlates of Exercise Behavior, Motives, Barriers and Preferences: An Application of the Five-Factor Model*. Personality and Individual Differences. Jg. 24, Heft 5, S. 625–633.
- Courneya, K. S.; Bobick, T. M.; Schinke, R. J. (1999). *Does the Theory of Planned Behavior Mediate the Relation Between Personality and Exercise Behavior?* Basic and Applied Social Psychology. Jg. 21, Heft 4, S. 317–324.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (o.J.). *Vollwertig essen und Trinken nach den 10 Regeln der DGE*. <http://www.dge.de/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=15>, (22.02.2012).
- Deshpande, S.; Basil, M. D.; Basil, D. Z. (2009). *Factors Influencing Healthy Eating Habits Among College Students: An Application of the Health Belief Model*. Health Marketing Quarterly. Jg. 26, Heft 2, S. 145–164.
- De Vet, E.; De Nooijer, J.; De Vries, N; Brug, J. (2006). *The Transtheoretical Model for Fruit, Vegetable and Fish Consumption: Associations Between Intakes, Stages of Change and Stage Transition Determinants*. International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity. Jg. 3, S. 11–13.
- Egger, J. W. (2008). *Theorie der Körper-Seele-Einheit: Das erweiterte biopsychosoziale Krankheitsmodell – zu einem wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnis von Krankheit*. Wien: Krammer/Edition Donau-Universität Krems.
- Engel, G. L. (1976). *Psychisches Verhalten in Gesundheit und Krankheit*. Bern: Huber.
- Faltermaier, T. (1994). *Subjektive Konzepte von Gesundheit in einer salutogenetischen Perspektive*. In: Kolip, P. (Hrsg.): Lebenslust und Wohlbefinden. Beiträge zur geschlechtsspezifischen Jugendgesundheitsforschung. Weinheim: Juventa, S. 103–119.



- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie*. Band 21. Stuttgart: Kohlhammer.
- Faselt, F.; Hoffmann, S.; Hoffmann, S. (2010). *Theorien des Gesundheitsverhaltens*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 15–34.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010a). *Modell gesundheitlicher Überzeugungen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 35–44.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010b). *Schutzmotivationstheorie*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 45–54.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010c). *Theorie des geplanten Verhaltens*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 65–76.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010d). *Sozial-kognitive Theorie*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 55–64.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010e). *Transtheoretisches Modell*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 77–87.
- Faselt, F.; Hoffmann, S. (2010f). *Sozial-kognitives Prozessmodell gesundheitlichen Handelns*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 89–99.
- Ferber von, L.; Koster, I.; Hauner, H. (2007). *Medical Costs of Diabetic Complications Total Costs and Excess Costs by Age and Type of Treatment Results of the German CoDiM Study*. *Experimental and Clinical Endocrinology & Diabetes*. Jg. 115, Heft 2, S. 97–104.
- Fishbein, M.; Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior*. New York: Wiley.
- Floyd, D. L., Prentice-Dunn, S.; Rogers, R. W. (2000). *A Meta-Analysis of Research on Protection Motivation Theory*. *Journal of Applied Social Psychology*. Jg. 30, Heft 2, S. 407–429.
- Fuchs, R.; Schwarzer, R. (1994). *Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments*. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*. Jg. 15, Heft 3, S. 141–154.
- Heather, N.; Hönekopp, J.; Smailes, D. (2009). *Progressive Stage Transition Does Mean Getting Better. A Further Test of the Transtheoretical Model in Recovery From Alcohol Problems*. *Addiction*. Jg. 104, Heft 6, S. 949–958.
- Herzog, T. (2008). *Analyzing the Transtheoretical Model Using the Framework of Weinstein, Rothmann and Sutton (1989): The Example of Smoking Cessation*. *Health Psychology*. Jg. 27, Heft 5, S. 548–556.

- Hoffmann, S.; Otto, C.; Mai, R. (2012). *Gesundheitsbewusster Lebensmittelkonsum. Eine Antwort auf die Frage warum sich Menschen je nach Alter, Geschlecht und Haushaltsgröße unterschiedlich gesund ernähren*. Hamburg: Dr. Kovac.
- Hoffmann, S.; Schwarz, U. (2010). *Persönlichkeit und gesundheitsbewusstes Verhalten*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Hans Huber, S. 101–112.
- Kendzierski, D. (1990). *Decision Making versus Decision Implementation: An Action Control Approach to Exercise Adoption and Adherence*. In: *Journal of Applied Social Psychology*. Jg. 20, Heft 1, S. 27–45.
- Kiefer, I.; Rathmanner, T.; Kunze, M. (2005). *Eating and Dieting Differences in Men and Women*. *The Journal of Men's Health and Gender*. Jg. 2, Heft 2, S. 194–201.
- Kleinert, J.; Golenia, M.; Lobinger, B. (2007). *Emotionale Prozesse im Bereich der Planung und Realisierung von Gesundheitshandlungen*. *Zeitschrift für Sportpsychologie*. Jg. 14, Heft 1, S. 44–50.
- Knäuper, B. (2002). *Gesundheitsverhalten über die Lebensspanne*. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A–Z: Ein Handwörterbuch*. Göttingen: Hogrefe, S. 216–219.
- Knoll, N.; Scholz, U.; Rieckmann, N. (2005). *Einführung in die Gesundheitspsychologie*. München/Basel: Ernst Reinhardt.
- Kobasa, S. C.; Maddi, S. R.; Kahn, S. (1982). *Hardiness and Health: A Prospective Study*. *Journal of Personality and Social Psychology*. Jg. 42, Heft 1, S. 168–177.
- Lawton, R.; Conner, M.; McEachan, R. (2009). *Desire or Reason: Predicting Health Behaviors from Affective and Cognitive Attitudes*. *Health Psychology*. Jg. 28, Heft 1, S. 56–65.
- Leventhal, H.; Mora, P. A. (2008). *Predicting Outcomes or Modeling Process? Commentary on the Health Action Process Approach*. *Applied Psychology: An International Review*. Jg. 57, Heft 1, S. 51–65.
- Lippke, S.; Renneberg, B. (2006). *Theorien und Modelle des Gesundheitsverhaltens*. In: Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer Medizin, S. 35–60.
- Lippke, S.; Kalusche, A. (2007). *Stadienmodelle der körperlichen Aktivität*. In: Fuchs, R.; Göhner, W.; Seelig, H. (Hrsg.): *Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils*. Göttingen: Hogrefe.
- Luszczynska, A.; Schwarzer, R. (2003). *Planning and Self-Efficacy in the Adoption and Maintenance of Breast Self-Examination: A Longitudinal Study on Self-Regulatory Cognitions*. *Psychology and Health*. Jg. 18, S. 93–108.
- Maier, A.; Basler, H. (2003). *Gibt es eine Stufenspezifität der Änderungsstrategien bei sportlicher Aktivität? Eine Studie zum Transtheoretischen Modell*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*. Jg. 11, Heft 4, S. 125–131.

- McMath, B. F.; Prentice-Dunn, S. (2005). *Protection Motivation Theory and Skin Cancer Risk: The Role of Individual Differences in Responses to Persuasive Appeals*. Journal of Applied Social Psychology. Jg. 35, S. 621–635.
- Milne, S.; Orbell, S.; Sheeran, P. (2002). *Combining Motivational and Volitional Interventions to Promote Exercise Participation: Protection Motivation Theory and Implementation Intentions*. British Journal of Health Psychology. Jg. 7, Heft 2, S. 163–184.
- Murgraff, V.; Parrott, A.; Bennett, P. (1999). *Risky Single Occasion Drinking Amongst Young People – Definition, Correlates, Policy and Intervention: A Broad Overview of Research Findings*. Alcohol and Alcoholism. Heft 34, S. 3–14.
- Nestlé Deutschland AG (2009). *So isst Deutschland: Ein Spiegel der Gesellschaft*. Frankfurt: Matthaes.
- Norman, P.; Sheeran, P.; Orbell, S. (2003). *Does State versus Action Orientation Moderate the Intention-Behavior Relationship?* Journal of Applied Social Psychology. Jg. 33, Heft 3, S. 536–553.
- Norman, P.; Brain, K. (2005). *An Application of an Extended Health Belief Model to the Prediction of Breast Self-Examination Among Women with a Family History of Breast Cancer*. British Journal of Health Psychology. Jg. 10, Heft 1, S. 1–16.
- Norman, P.; Conner, M. (2005). *Predicting and Changing Behavior: Future Directions*. In: Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.): Predicting Health Behavior. 2. Auflage. Berkshire: Open University Press, S. 324–371.
- Park, C. L.; Armeli, S.; Tennen, H. (2004). *Appraisal-Coping Goodness of Fit: A Daily Internet Study*. Personality and Social Psychology Bulletin. Jg. 30, Heft 5, S. 558–569.
- Plotnikoff, R. C.; Higginbottom, N. (2002). *Protection Motivation Theory and Exercise Behavior Change for the Prevention of Coronary Heart Disease in a High-Risk, Australian Representative Community Sample of Adults*. Psychology, Health and Medicine. Jg. 7, Heft 1, S. 87–98.
- Plotnikoff, R. C.; Lippke, S.; Courneya, K.; Birkett, N.; Sigal, R. (2010). *Physical Activity and Diabetes: An Application of the Theory of Planned Behaviour to Explain Physical Activity for Type 1 and Type 2 Diabetes in an Adult Population Sample*. Psychology & Health. Jg. 25, Heft 1, S. 7–23.
- Prochaska, J. O.; DiClemente, C. C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood: Dow Jones Irwin.
- Prochaska, J. O.; Wright, J.; Velicer, W. (2008). *Evaluating Theories of Health Behavior Change: A Hierarchy of Criteria Applied to the Transtheoretical Model*. Applied Psychology: An International Review. Jg. 57, Heft 4, S. 561–588.
- Reifegerste, D.; Oppat, B. (2010). *„Tiger-Kids – Im Kindergarten aktiv“: Ein Settingprojekt der AOK PLUS in Kindertageseinrichtungen*. In: Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.): Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention. Bern: Hans Huber, S. 293–203.

- Reis, M. F.; Andres, D.; Gold, D. P.; Markiewicz, D. (1994). *Personality Traits as Determinants of Burden and Health Complaints in Caregiving*. International Journal of Aging and Human Development. Jg. 39, Heft 3, S. 257–271.
- Rhodes, R. E.; Courneya, K. S. (2003). *Relationships between Personality and Exercise Behaviour. An Extended Theory of Planned Behaviour Model*. British Journal of Health Psychology. Jg. 8, Heft 1, S. 19–37.
- Riemsma, R.; Pattenden, J.; Bridle, C.; Sowden, A.; Mather, L.; Watt, I. (2003). *Systematic Review of the Effectiveness of Stage Based Interventions to Promote Smoking Cessation*. British Medical Journal. Jg. 326. Heft 7400, S. 1175–1177.
- Robert Koch-Institut (2011). *Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“*. [http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA09.pdf?__blob=publicationFile), (12.06.2012).
- Rodgers, W.; Conner, M.; Murray, T. (2008). *Distinguishing Among Perceived Control, Perceived Difficulty, and Self-Efficacy as Determinants of Intentions and Behaviours*. British Journal of Social Psychology. Jg. 47, Heft 4, S. 607–630.
- Rogers, R. W. (1975). *A Protection Motivation Theory of Fear Appeals and Attitude Change*. Journal of Psychology. Jg. 91, Heft 1, S. 93–114.
- Rogers, R. W. (1983). *Cognitive and Physiological Processes in Fear Appeals and Attitude Change: A Revised Theory of Protection Motivation*. In: Cacioppo, J. T.; Petty, R. E. (Hrsg.): *Social Psychophysiology: A Source Book*. New York: Guilford Press, S. 153–176.
- Rovniak, L. S.; Anderson, E. S.; Winett, R. A.; Stephens, R. S. (2002). *Social Cognitive Determinants of Physical Activity in Young Adults: A Prospective Structural Equation Analysis*. Annals of Behavioral Medicine. Jg. 24, Heft 2, S. 149–165.
- Rubak, S.; Sandbaeck, A.; Lauritzen, T.; Christensen, B. (2005). *Motivational Interviewing. A Systematic Review and Meta-Analysis*. British Journal of General Practice, Jg. 55, S. 305–312.
- Schiffer, E. (2001). *Wie Gesundheit entsteht. Salutogenese: Schatzsuche statt Fehlerfahndung*. Weinheim/Basel: Beltz.
- Schumacher, J.; Hammelstein, P. (2003). *Sensation Seeking und gesundheitsbezogenes Risikoverhalten – Eine Betrachtung aus gesundheitspsychologischer Sicht*. In: Roth, M.; Hammelstein, P. (Hrsg.): *Sensation Seeking – Konzeption, Diagnostik, Anwendung*. Göttingen: Hogrefe, S. 138–161.
- Schumacher, J.; Roth, M. (2004). *Sensation Seeking, gesundheitsbezogene Kognitionen und Partizipation am Risikoport*. Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. Jg. 12, S. 148–158.
- 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.

- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2008). *Models of Health Behaviour Change: Intention as Mediator or Stage as Moderator?* Psychology and Health. Jg. 23, Heft 3, S. 259–263.
- Semple, S.; Patterson, T.; Grant, I. (2000). *Partner Type and Sexual Risk Behavior Among HIV Positive Gay and Bisexual Men: Social Cognitive Correlates*. AIDS Education & Prevention. Jg. 12, Heft 4, S. 340–356.
- Seydel, E.; Taal, E.; Wiegman, O. (1990). *Risk-Appraisal, Outcome and Self-Efficacy Expectancies: Cognitive Factors in Preventive Behaviour Related to Cancer*. Psychology and Health. Jg. 4, Heft 2, S. 99–109.
- Slovic, P. (2000). *The Perception of Risk*. Earthscan.
- Snell, W. E. Jr.; Johnson, G. (1997). *The Multidimensional Health Questionnaire*. American Journal of Health Behaviour, Jg. 21, Heft 1, S. 33–42.
- Spencer, L.; Wharton, C.; Moyle, S.; Adams, T. (2002). *The Transtheoretical Model as Applied to Dietary Behaviour and Outcomes*. American Journal of Health Promotion, Jg. 17, Heft 1, S. 7–71.
- Stroebe, W.; Jonas, K. *Grundsätze des Einstellungserwerbs und Strategien der Einstellungsänderung*. In: Stroebe, W. (Hrsg.) (1996): Sozialpsychologie, Springer Verlag, Berlin, S. 253–289
- Sutton, S. (2005). *Stage Theories of Health Behavior*. In: Conner, M.; Norman, P. (Hrsg.): Predicting Health Behavior, 2. Auflage, Berkshire: Open University Press, S. 223–275.
- Thapa-Görder, N.; Voigt-Radloff, S. (2010). *Prävention und Gesundheitsförderung – Aufgaben der Ergotherapie*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Trafimow, D.; Sheeran, P.; Conner, M.; Findlay, K. (2002). *Evidence that Perceived Behaviour Control is a Multidimensional Construct: Perceived Control and Perceived Difficulty*. British Journal of Social Psychology. Jg. 41, Heft 1, S. 101–121.
- Van Sluijs, E.; van Poppel, M.; van Mechelen, W. (2004). *Stage-Based Lifestyle Interventions in Primary Care: Are They Effective?* American Journal of Preventive Medicine, Jg. 46, Heft 4, S. 330–343.
- Wallston, K. A.; Wallston, B. S.; DeVellis, R. (1978). *Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales*. Health Education Monographs. Jg. 6, Heft 2, S. 160–170.
- Weinstein, N. D. (1988). *The Precaution Adoption Process*. Health Psychology. Jg. 7, Heft 4, S. 355–386.
- Westenhoefer, J. (2005). *Age and Gender Dependent Profile of Food Choice*. In: Elmadfa, I. (Hrsg.): Diet Diversification and Health Promotion. Basel: Karger, S. 44–51.
- Witte, K.; Allen, M. (2000). *A Meta-Analysis of Fear-Appeals: Implications for Effective Public Health Campaigns*. Health Education & Behavior. Jg. 27, Heft 5, S. 591–615.

- WHO (1946). *Constitution of the World Health Organization*. WHO: Genf.
- Ziegelmann, J. P. (2004). *Gesundheits- und Risikoverhalten*. In: Schwarzer, R.; Jerusalem, M.; Weber, H. (Hrsg.): *Gesundheitspsychologie von A bis Z*. Göttingen: Hogrefe, S. 152–155.
- Zimmet, P.; Alberti, K. G.; Shaw, J. (2001). *Global and Societal Implications of the Diabetes Epidemic*. *Nature*. Jg. 414, Heft 6865, S. 782–787.

### Empfohlene Literatur

Zur Vertiefung der Inhalte des Studienheftes:

- Hoffmann, S. (2012). *Psychologische Grundlagen des Gesundheitsmarketing*. Ein Überblick über sozial-kognitive Modelle. *Der Betriebswirt*. Jg. 53, Heft 3.
- Hoffmann, S.; Müller, S. (Hrsg.) (2010). *Gesundheitsmarketing: Gesundheitspsychologie und Prävention*. Bern: Verlag Hans Huber.
- Renneberg, B.; Hammelstein, P. (Hrsg.) (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe.



## E. Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Abgrenzung von pathogenetischem und salutogenetischem Gesundheitsbegriff .....	4
Abb. 1.2	Biopsychosoziales Modell .....	6
Abb. 1.3	S-O-R-Modell des Gesundheitsverhaltens .....	10
Abb. 1.4	Systematisierung sozial-kognitiver Erklärungsansätze des Gesundheitsverhaltens .....	11
Abb. 2.1	Health Belief Modell .....	14
Abb. 2.2	Beispiel für einen Furchtappell .....	17
Abb. 2.3	Schutzmotivationstheorie .....	18
Abb. 2.4	Plakatkampagnen zur Hautkrebsprävention und zum Schutz vor HIV	21
Abb. 2.5	Kampagne gegen zu schnelles Fahren im Straßenverkehr .....	22
Abb. 2.6	Theorie des geplanten Verhaltens als Weiterentwicklung der Theorie des überlegten Handelns .....	24
Abb. 2.7	Theorie des geplanten Verhaltens .....	25
Abb. 2.8	Sozial-kognitive Theorie .....	28
Abb. 2.9	Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität (SSA-Skala) .....	31
Abb. 2.10	In den motivationalen Modellen berücksichtigte Einflussgrößen im Überblick .....	33
Abb. 3.1	Transtheoretisches Modell .....	36
Abb. 3.2	Prozessmodell präventiven Handelns .....	42
Abb. 3.3	Experimentelles Design der Radongas-Studie .....	44
Abb. 3.4	Sozial-kognitives Prozessmodell präventiven Handelns (HAPA-Modell) .....	45
Abb. 3.5	Fragebogen FINDRISK zum Test des Diabetesrisikos .....	48
Abb. 3.6	Interventionsplanung für unterschiedliche Zielgruppen anhand des HAPA-Modells .....	49
Abb. 4.1	Zusammenhang zwischen Furchtappell, Aktivierung und Verhaltensabsicht .....	54



## **F. Tabellenverzeichnis**

<b>Tab. 1.1</b>	Gesundheitsförderliche und gesundheitsschädigende Verhaltensweisen	8
<b>Tab. 3.1</b>	Stufen des transtheoretischen Modells .....	38
<b>Tab. 3.2</b>	Beispiele für erlebens- und verhaltensorientierte Bewältigungsstrategien .....	39
<b>Tab. 4.1</b>	Dimensionen des Big-Five-Modells .....	55

## G. Sachwortverzeichnis

### B

Bedrohung	
wahrgenommene .....	13
Big-Five-Modell .....	54

### C

Coping-Strategie .....	5
------------------------	---

### E

Einstellung .....	10
Ergebniserwartung .....	28

### F

Furchtappell .....	16
--------------------	----

### G

Gesundheitsverhalten .....	7
präventives .....	14

### H

handlungsorientiert .....	53
Health Locus of Control .....	53

### K

Kognitionen .....	8
Kosten-Nutzen-Bilanz .....	14

### L

lageorientiert .....	53
Lerntheorie	
soziale .....	27

### M

Meta-Analyse .....	19
Modell	
biopsychosoziales .....	5
motivationale .....	9
pathogenetisches .....	4
salutogenetisches .....	4
Modelle des Gesundheitsverhaltens ....	9

### R

Risikowahrnehmung .....	13
-------------------------	----

### S

Schutzmotivation .....	18
Schutzmotivationstheorie .....	16
Schweregrad	
wahrgenommener .....	14
Selbstwirksamkeitserwartung 5, 16, 28	
Skalen .....	31
Stadienmodell .....	9
Strategie	
erlebensorientierte .....	38
verhaltensorientierte .....	38

### T

Theorie des geplanten Verhaltens .....	22
Theorie des überlegten Handelns .....	22

### V

Variablen	
sozioökonomische .....	8
Verhaltensabsicht .....	10, 16
Verletzlichkeit	
wahrgenommene .....	14

### W

Weltgesundheitsorganisation .....	4
-----------------------------------	---



## H. Einsendeaufgabe

### Gesundheitspsychologie

Online-Code:  
**GPSYH06-XX1-K03**

Name:	Vorname:
Postleitzahl und Ort:	Straße:
Matrikel-Nr.:	Studiengangs-Nr.:
Heftkürzel: <b>GPSYH06</b>	Druck-Code: <b>0419K03</b>

Tutor/-in:
Datum:
Note:
Unterschrift:

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

Bitte versuchen Sie, die vorgegebene Seitenzahl von max. acht Seiten einzuhalten.

- Definieren Sie den Begriff Gesundheitspsychologie. Nennen Sie zwei Ziele dieser Forschungsdisziplin.  
**4 Pkt.**
- Nennen Sie jeweils zwei gesundheitsförderliche und zwei gesundheitsschädigende Verhaltensweisen. Welche Schwierigkeiten können auftreten, wenn man Gesundheitsverhalten im Rahmen einer empirischen Studie messen möchte?  
**8 Pkt.**
- Nennen und erläutern Sie die drei Komponenten des biopsychosozialen Modells. Erklären Sie an einem selbstgewählten Beispiel, inwiefern sich diese Komponenten gegenseitig beeinflussen.  
**12 Pkt.**
- Erläutern Sie anhand zwei unterschiedlicher Warnhinweise auf Zigarettenschachteln, wie sich ein Furchtappell wirkungsvoll mit der Ansprache der Handlungswirksamkeit eines Menschen verbinden lässt.  
**5 Pkt.**
- Die Theorie des geplanten Verhaltens von Ajzen (1991) ist eine Weiterentwicklung der Theorie des überlegten Handelns von Fishbein/Ajzen (1975). Welche Grundannahmen teilen die beiden Modelle? Welche zusätzliche Komponente enthält die Theorie des geplanten Verhaltens? Auf welchem Weg nimmt diese Komponente Einfluss auf das Verhalten?  
**5 Pkt.**
- Die Forschung zum Gesundheitsverhalten hat die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung einer Person als zentrale Einflussgrößen auf die Verhaltensabsicht identifiziert. Wie definiert die sozial-kognitive Theorie die beiden Begriffe? Erklären Sie am Beispiel dieser Theorie den Zusammenhang zwischen Ergebniserwartung, Selbstwirksamkeitserwartung und Verhaltensabsicht.  
**10 Pkt.**

7. Schwarzer (2004) hebt im HAPA-Modell den Stellenwert der Selbstwirksamkeit heraus, indem er zwei für das Modell charakteristische Leitprinzipien formuliert. Welche Leitprinzipien sind das?

**4 Pkt.**

8. Das HAPA-Modell unterscheidet zwischen drei unterschiedlichen Arten der Selbstwirksamkeitserwartung. Welche drei Arten sind das? In welchen der in Abb. 3.4 aufgeführten vier Phasen des Modells werden die einzelnen Formen der Selbstwirksamkeit jeweils wirksam?

**10 Pkt.**

9. Ein Fitnessstudio möchte eine Plakatkampagne starten und dabei unterschiedliche Zielgruppen ansprechen und für eine Mitgliedschaft gewinnen. Das sind zum einen die in der sozial-kognitiven Theorie vorgeschlagenen „Non-Intenders“ und zum anderen die „Intenders“. Charakterisieren Sie zunächst die beiden Zielgruppen. Überlegen Sie, welche Inhalte in der Plakatwerbung jeweils zielgruppenspezifisch angesprochen werden sollen. Legen Sie insbesondere dar, wie man die Ergebniserwartung und die Selbstwirksamkeitserwartung der beiden Zielgruppen adressieren kann. Sie können hier kreativ sein und eigene Vorschläge für Slogans und/oder Bildmotive machen.

**12 Pkt.**

10. Warum ist die Gefahr, in alte Verhaltensweisen zurückzufallen, in der nachaktionalen Phase am größten? Nennen Sie zwei Interventionsmaßnahmen, mit denen Rückfälle wirkungsvoll verhindert werden können.

**6 Pkt.**

11. Im transtheoretischen Modell werden die einzelnen Phasen anhand zeitlicher Kriterien definiert und voneinander abgegrenzt. Welcher Vorteil und welcher Nachteil sind mit diesem Vorgehen verbunden?

**4 Pkt.**

12. Die folgenden Aussagen sind einem Fragebogen zu den Einflussgrößen der Gesundheitsverhaltensweise „Sportliche Betätigung“ entnommen. Ordnen Sie bitte jedem Satz zu, welches der folgenden Konstrukte sich hinter der jeweiligen Aussage verbirgt: Selbstwirksamkeit, Ergebniserwartung, Verhaltensabsicht, Verhalten.

„In den vergangenen zwei Wochen habe ich mich täglich mindestens 30 Minuten am Stück körperlich betätigt.“

Konstrukt: \_\_\_\_\_

„Wenn ich mehrmals wöchentlich Sport treibe, verbessert das meinen allgemeinen Fitnesszustand.“

Konstrukt: \_\_\_\_\_

„Mir gelingt es auch dann, mehrmals wöchentlich Sport zu treiben, wenn ich beruflich unter Zeitdruck stehe.“

Konstrukt: \_\_\_\_\_

„Ich plane, mich künftig täglich mindestens 30 Minuten am Tag körperlich zu betätigen.“

Konstrukt: \_\_\_\_\_

**4 Pkt.**

13. Welche fünf Persönlichkeitsmerkmale grenzt das Big-Five-Modell voneinander ab? Nennen Sie die Merkmale und beschreiben Sie diese jeweils kurz. Erklären Sie am Beispiel eines Persönlichkeitsmerkmals, wie dieses das Gesundheitsverhalten einer Person beeinflusst.

**7 Pkt.**

14. Das Alter einer Person zählt zu den soziodemografischen Merkmalen, die Einfluss auf das Gesundheitsverhalten ausüben.

a) Erklären Sie zunächst, was man unter soziodemografischen Merkmalen generell versteht.

**1 Pkt.**

b) Nennen Sie zwei weitere soziodemografische Merkmale, die in einem Zusammenhang mit Gesundheitsverhaltensweisen stehen.

**2 Pkt.**

c) Das Erwachsenenalter lässt sich anhand der Lebensphase weiter unterteilen in die Gruppen „Jugendalter und junges Erwachsenenalter“, „mittleres Erwachsenenalter“ und „höheres Erwachsenenalter“. Durch welche Altersspanne lassen sich die einzelnen Gruppen jeweils charakterisieren? Führen Sie für jede Altersgruppe zwei typische Gesundheitsrisiken auf.

**6 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](mailto:autor@apollon-hochschule.de)

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