

---

OTTO-VON-GUERICKE-UNIVERSITÄT MAGDEBURG

---

Fakultät für Geistes-, Sozial- und Erziehungswissenschaften

---

Institut für Sportwissenschaft

---



## **Hausarbeit**

**Thema:** Das Health-Belief-Modell

Sommersemester 2000

HS: Perspektiven aus der Sicht des Präventions-,  
Rehabilitation- und Behindertensports

Dozenten: **Dr. Stoll**, Dr. Schega

Anschrift: Bochmann Michaela

XXX

XXX

Datum: 26.07.2000

## **Inhaltsverzeichnis**

1. Einleitung	03
2. Handlungsmodelle	04
2.1. Das Health-Belief-Modell	04
2.2. Das Vier-Stufen-Modell	07
2.3. Theorie der Schutzmotivation	09
2.4. Modell des Rückfallprozesses	11
3. Kritik und Grenzen der Modelle zum Gesundheitsverhalten	16
4. Empirische Befundlage	17
5. Zusammenfassung	19
6. Literatur	21

## 1. Einleitung

Die Gesundheitspsychologie ist eine Integrationsdisziplin innerhalb der Psychologie, deren Gegenstand das Wahrnehmen, Erleben, Denken und Handeln von Menschen hinsichtlich der Phänomene Krankheit und natürlich Gesundheit ist. Charakteristisch für die Gesundheitspsychologie ist eine ressourcenorientierte, präventive Perspektive, wobei das gesundheitsrelevante Verhalten und seine Determinanten im Vordergrund stehen. Schwarzer führt bezüglich der Gesundheitspsychologie folgendes an: „Sie befaßt sich vor allem mit der Analyse und Beeinflussung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen des Menschen auf individueller und kollektiver Ebene sowie mit den psychosozialen Grundlagen von Krankheit und Krankheitsbewältigung.“ (Weitkunat/Haisch/Kessler, 1997, S. 29)

Dieser Ausschnitt seiner Definition (1990) entspricht eher einer Gesundheitspsychologie im weiteren Sinne, während eine Gesundheitspsychologie im engeren Sinne auf die Bedingungen der Erreichung und Aufrechterhaltung von Gesundheit sowie die Prävention und Gesundheitsförderung ausgerichtet ist. Präventives Handeln wird jedoch, wie menschliches Handeln allgemein, durch eine Vielzahl von Variablen bestimmt, welche in den nachfolgenden Kapiteln anhand verschiedener Modelle beschrieben werden. Diese „Modelle des intentionalen Handelns“ versuchen die Bedingungen darzustellen, die Personen veranlassen, ihren passiven Lebensstil aufzugeben und sich beispielsweise regelmäßig Bewegung in der Absicht verschaffen, die Gesundheit zu fördern. Man versucht anhand der Modelle das Verhalten von Menschen in bzw. nach Risikosituationen (erleiden eines Herzinfarktes, an Krebs erkranken o.ä.) vorherzusagen. Im Anschluß daran werden die Grenzen sowie einige Kritikpunkte der Modelle aufgeführt. Zum Abschluß wird ein kurzer Überblick über die empirische

Befundlage zum Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Sport bezüglich des Health Belief Modells gegeben.

## **2. Handlungsmodelle**

In den verschiedenen Wissenschaftsgebieten der Psychologie vollzieht sich ein Wandel der Wissenschaftsparadigmen, den man mit der Abkehr vom Verhaltens-Modell zur stärkeren Beachtung des Interpretationsmodells „Handeln“ umschreiben kann. Ein typisches Kennzeichen des „Verhaltens-Modells“ ist die Absicht, zu einer möglichst widerspruchsfreien, objektiven Verhaltensbeschreibung des untersuchten Objekts gelangen zu können. Was versucht man nun mit Hilfe des „Handlungs-Modells“ zu erreichen? Mit diesem Modell zielt man eine höhere Authentizität im Interpretationsverständnis der beobachteten Verhaltensweise des Menschen an. Beim „Handlung-Modell“ wählt man einen subjektzentrierten Beobachtungs- und Interpretationsstandpunkt.

### *2.1. Health - Belief - Modell*

Die Ursprünge des Health-Belief-Modells gehen bis in die 50er Jahre zurück. Zum damaligen Zeitpunkt stellte sich eine Gruppe von Sozialpsychologen die Frage nach den sozialen und personalen Faktoren, von denen die Bereitschaft abhängt, an öffentlichen Reihenuntersuchungen zur Prävention der Tuberkulose teilzunehmen.

Später wurde das Modell auch zur Vorhersage des individuellen Gesundheits- bzw. Krankheitsverhaltens herangezogen. Das Health-Belief-Modell (HBM) ist bis heute eines der am häufigsten benutzten Ansätze zur Erklärung gesundheitsrelevanten Handelns.

Allgemein gesagt, wird eine Person ein empfohlenes Gesundheitsverhalten zeigen, wenn sie sich selbst als anfällig für eine Erkrankung betrachtet, sie die Folgen dieser Erkrankung als schwerwiegend einschätzt, sie der Auffassung ist, daß das empfohlene Gesundheitsverhalten wirklich nützlich ist, um die Anfälligkeit der Krankheit zu verringern und sie überzeugt ist,

daß die zu überwindenden Barrieren bei der Ausführung des Gesundheitsverhaltens durch seine Vorteile austariert werden. Im folgenden wird das HBM näher betrachtet (Abb. 01).

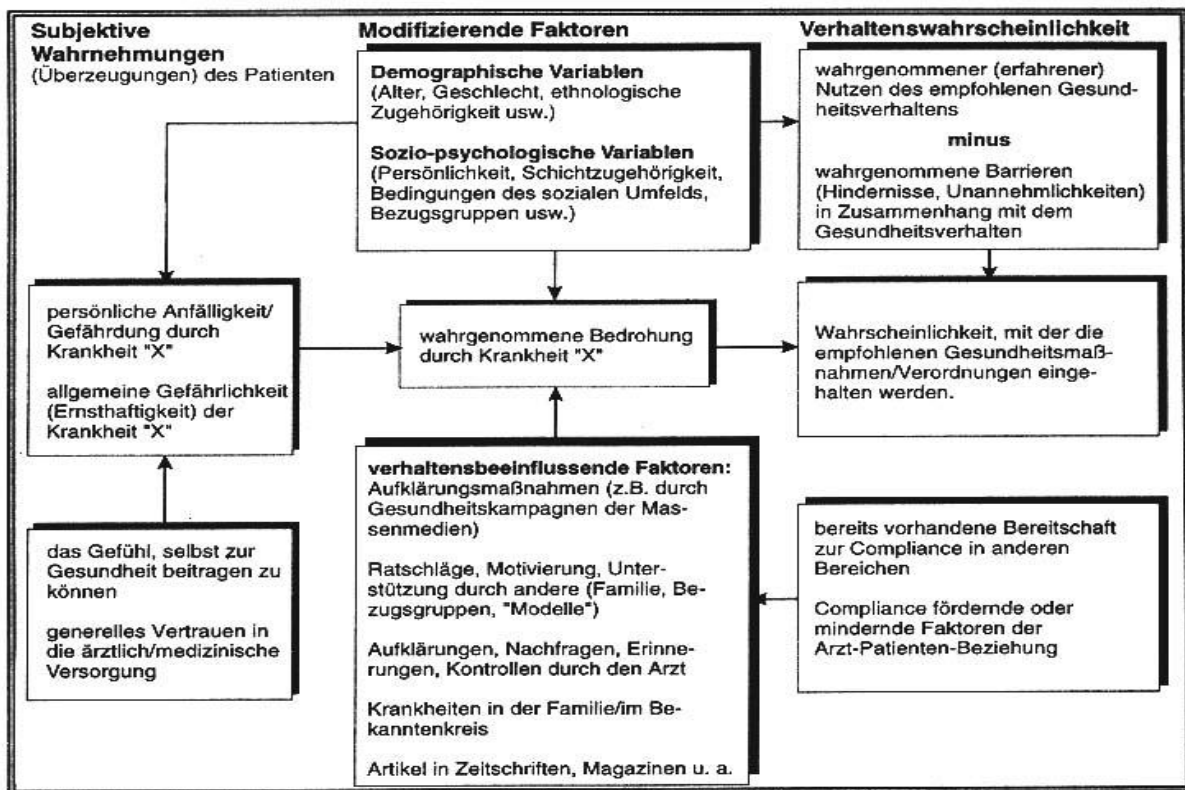


Abbildung 10: Health-Belief-Modell - Quelle: von Troschke 1993a, S.155

**Abb.01:** Darstellung des Health-Belief-Modells (Waller, 1995, 160)

Das Konstrukt der wahrgenommenen Anfälligkeit bezieht sich auf das wahrgenommene eigene Risiko, sich eine bestimmte Krankheit zuzuziehen. Die Wahrnehmung einer persönlichen Anfälligkeit für eine Krankheit X führt aber nicht unbedingt dazu, daß sich die Person auch von der Krankheit X bedroht fühlt. Handelt es sich beispielsweise bei der Krankheit lediglich um eine Erkältung, wird die Anfälligkeitseinschätzung eher gering sein. Bezieht sich aber die Einschätzung der Anfälligkeit auf Krankheiten wie Krebs oder Herzinfarkt, dürfte davon ein höheres Bedrohungserleben ausgehen. Der wahrgenommene Schweregrad einer Krankheit kann sich dabei sowohl auf deren medizinisch-klinische Konsequenzen (Tod, Behinderung, Schmerzen) als auch auf soziale Konsequenzen (Arbeitsunfähigkeit, Abbruch von Sozialbeziehungen) beziehen. Anfälligkeit und Schweregrad sind die Hauptdeterminanten des

Bedrohungserleben im HBM. Aus der Wahrnehmung der gesundheitlichen Bedrohung resultiert die motivationale Energie, die für den Aufbau präventiver Verhaltensweisen benötigt wird. Welche Gegenmaßnahme allerdings gewählt wird, ist nicht vom Bedrohungserleben, sondern von den Wirksamkeitserwartungen bezüglich der verschiedenen Handlungsoptionen abhängig. Die gesundheitsrelevante Handlung wird demzufolge ausgewählt, wenn die Person der Auffassung ist, daß beispielsweise Sporttreiben eine wirkungsvolle Maßnahme sei, um einer Krankheit vorzubeugen oder diese zu behandeln. Hierbei ist die Rede vom wahrgenommenen Nutzen einer Handlungsoption. Dieselbe Handlungsoption ist aber auch mit subjektiven Kosten verbunden. Dies bedeutet, daß eine Person eine hohe Bereitschaft zum Sporttreiben entwickeln wird, wenn bei subjektiver Bilanzierung der Nutzen dieser Aktivität die in Kaufzunehmenden Kosten übersteigt. Für das gesundheitsprotektive Verhalten einer Person, die z.B. Sporttreiben vom Arzt verordnet bekommt, wäre es bedeutsam, in der Nähe eine „Sportstätte“ (Park zum Joggen, Wanderweg oder Schwimmhalle) zur Verfügung zu haben, damit die Kosten (langer Fahrtweg, hohe Kosten für Fitneßstudio etc.) nicht höher liegen als der erhoffte Nutzen.

Die zweite unmittelbare Determinante ist demzufolge die Kosten-Nutzen-Abwägung. Eine oft vernachlässigte Komponente sind die Handlungsreize, die auch als cues to action bezeichnet werden. Unter Handlungsreizen versteht man externe (körperliche Veränderung, Schmerzen) und interne Hinweise (Zeitungsberichte über Krankheiten, Erkrankung eines Freundes), die auf das mögliche Vorliegen einer persönlichen Gefährdung hindeuten. Im Health-Belief-Modell wird postuliert, daß solche Informationen zu einer Neueinschätzung der gesundheitlichen Bedrohung und damit zu einem veränderten Gesundheitsverhalten führen können. Ebenfalls am Rande werden die demographischen und soziopsychischen Variablen behandelt. Von beiden Variablengruppen wird angenommen, daß sie auf die Entstehung des Bedrohungserlebens und auf die Kosten-Nutzen-Bilanzierung einer möglichen Gegenmaßnahme Einfluß nehmen.

Zentrale Abnahmen des Modells beziehen sich auf vier Bereiche. Zum ersten Bereich gehört die wahrgenommene Gefährlichkeit (Schwere und Bedrohlichkeit). Hierzu ist zu sagen, daß je größer eine Person die Gefährlichkeit der zu verhindernden Krankheit einschätzt, desto größer auch die Wahrscheinlichkeit ist, daß sie sich präventiv verhält. Die nächste Betrachtung beinhaltet die wahrgenommene Gefährdung bzw. Anfälligkeit durch eine Krankheit. Zu der Einschätzung der Gefährlichkeit muß ebenso die Einschätzung des persönlichen Risikos hinzugezogen werden, d.h. inwieweit eine Person annimmt, selber gefährdet zu sein. Der dritte Einflußbereich bezieht sich auf den wahrgenommenen Nutzen des präventiven Verhaltens. Je höher die Person die Wirksamkeit einer bestimmten präventiven Maßnahme einschätzt, desto größer ist die Bereitschaft an ihr teilzunehmen. Dies heißt, daß eine Person mit beispielsweise Herz-Kreislaufbeschwerden, das vom Arzt verordnete Sporttreiben dann wahrnimmt, wenn sie die positiven Auswirkungen „am eigenen Körper“ erfährt.

Der letzte, nicht unwesentliche Einflußfaktor betrifft die wahrgenommenen Barrieren bzw. Kosten, die dem präventiven Verhalten entgegenstehen. Diese Barrieren können zum einen individueller Art sein wie Gewohnheiten oder Abhängigkeiten oder zum anderen aus sozialen Lebensbedingungen wie Arbeits-, Wohn- und Ernährungsbedingungen entstehen. Das anschließende Vier-Stufen-Modell beinhaltet Aussagen des HBM, wird aber lediglich in abgewandelter Form dargestellt.

## *2.2. Das Vier-Stufen-Modell*

Die erste Stufe ist die gedankliche Vorbeschäftigung. „Äußere“ Anstöße, auch als cues to action bezeichnet, beeinflussen in dieser Phase die Intensität der Bedrohung. Mit äußeren Anstößen sind auch kritische Lebensereignisse oder Entwicklungsaufgaben gemeint. Hier setzt die Gesundheitsförderung ein, indem sie Vorraussetzungen schaffen soll,

damit die Person diese Ereignisse (cues to action) als ein „produktiv realitätsverarbeitendes Subjekt“ bewältigt (Schlicht/Schwenkmezger, 1995, 9).

Die zweite Stufe ist das Stadium der Handlungsvornahme, in der Personen offen für gesundheitsrelevante Informationen sind. Sie erkennen Differenzen zwischen ihrem aktuellen Verhalten und ihrem Verhaltensideal und wägen die Bedeutung einiger Aspekte ihres Lebensstiles ab. Dazu gehören sowohl gesundheitlich riskante Verhaltensweisen als auch erwartete Konsequenzen protektiven Verhaltens. Für das sportliche Verhalten scheint es in diesem Stadium notwendig, situative Barrieren zu beseitigen und personale Ressourcen zu stärken. Beispielsweise müssen erforderliche Fähigkeiten und Fertigkeiten erst erlernt werden, um eine bestimmte Sportart auszuüben. In der Handlungsstufe (dritte Stufe) ist der entscheidende Prozeß, die Überzeugung einer Person, autonom und selbstverantwortlich zu handeln. Hierzu sind die Aneignung von Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie die Auswahl von Bewegungsprogrammen, die an das Fähigkeits- und Fertignivea der handelnden Personen angepaßt sind, wesentlich, damit das geänderte Verhalten beibehalten wird. Die vierte und letzte Stufe beinhaltet das dauerhafte Verhalten einer Person. Relevant ist hierbei die Abschirmung des Verhaltens gegen konkurrierende Motive und Anstrengungen, um einen Rückfall in früheres Verhalten zu verhindern. Das Problem der Rückfälligkeit wird an späterer Stelle intensiver behandelt. Hierzu soll lediglich auf folgendes hingewiesen werden: Gesundheitlich riskantes Verhalten ist oftmals mit positiveren Gefühlen verknüpft als gesundheitsprotektives Verhalten. So lösen Rauchen, Alkoholkonsum und Passivität unmittelbare Gratifikationen wie Wohlbefinden, Entspannung und andere Belohnungen ein. Sportliche Betätigung dagegen strengt an, wird von negativen Sensationen begleitet und „kostet“ zudem noch Zeit. Dies sind Konsequenzen, die den Rückfall ins riskante Verhalten bedingen.

In Tabelle 01 sind einige Handlungsanweisungen zusammengefaßt, die den beschriebenen Verhaltensänderungsprozeß auf der jeweiligen Stufe



begünstigen. Über diese Handlungsanweisungen hinaus, sind sozio-ökologische Bedingungen bedeutsam, die in Tabelle 02 dargestellt werden.

<b>I gedankliche Vorbeschäftigung</b>	<b>II Handlungs- vornahme</b>	<b>III Handlung [action]</b>	<b>IV Bindung [maintenance]</b>
* Konfrontation mit dem riskanten Verhalten	* Selbsteinschätzung über Interpretationshilfen unterstützen	* Situationen arrangieren, in denen die erlernten Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgreich angewendet werden können	* interne Attributionen stützen bei Erfolg; externe bei Mißerfolg
* Bewußtmachen	* Bekräftigen		* neue Lebens- und Verhaltensziele definieren
* Sensibilisieren	* Handlungsangebote offerieren	* Autonomie unterstützen	
* Informationen vermitteln	* Fähigkeiten und Fertigkeiten vermitteln	* Diagnostische Kompetenz stärken	
* Empathie zeigen	* Situationen arrangieren, die Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen	* positive Gefühle induzieren	
	* Hemmende Umgebungsbedingungen mindern		

**Tabelle 01:** Handlungsanweisungen für die Unterstützung gesundheitsprotektiven Verhaltens (vgl. Schlicht / Schwenkmezger 1995, 10)

<b>Demographische Variablen</b>	<b>Geographische Variablen</b>	<b>Sozio-kulturelle Variablen</b>
* Alter	* Sportstätten	* Sozio-ökonomischer Status
* Geschlecht	* Landschaften	* Erlebnis-Milieu
* Beruf	* Verkehrs-Infrastruktur	* Sozialer Rückhalt
* Einkommen	* Luft- und Gewässerreinheit	* Soziale Normen
		* Erlebnis-Angebote
		* Beratungskompetenz

**Tabelle 02:** Sozio-ökologische Bedingungen dauerhafter gesundheitlicher Betätigung (vgl. Schlicht / Schwenkmezger 1995, 10)

### 2.3. Theorie der Schutzmotivation

Die Theorie der Schutzmotivation von Rogers (1975, 1983, 1985) weist einige Parallelen zum Health-Belief-Modell auf. Bei beiden geht es um Risikoeinschätzung, Bedrohungskognition und Kosten-Nutzen-Kalkulation. Der Ursprung der Theorie der Schutzmotivation (kurz: TSM) liegt in der Tradition der Furchtappellforschung. Dabei geht es um die Frage, unter welchen Bedingungen bedrohung-induzierende Informationen zu selbstschützendem Verhalten motivieren, und wann sie nur Abwehrreaktionen hervorrufen, die einer Veränderung riskanter Lebensweisen eher im Wege stehen. (Roberson & Rogers, 1988)

Genauer betrachtet geht es der TSM nicht so sehr um Furchtappelle, sondern eher um die motivationale Wirkung der durch diese Appelle induzierten Bedrohungskognitionen. Im folgenden wird die Abb. 02 intensiver betrachtet.

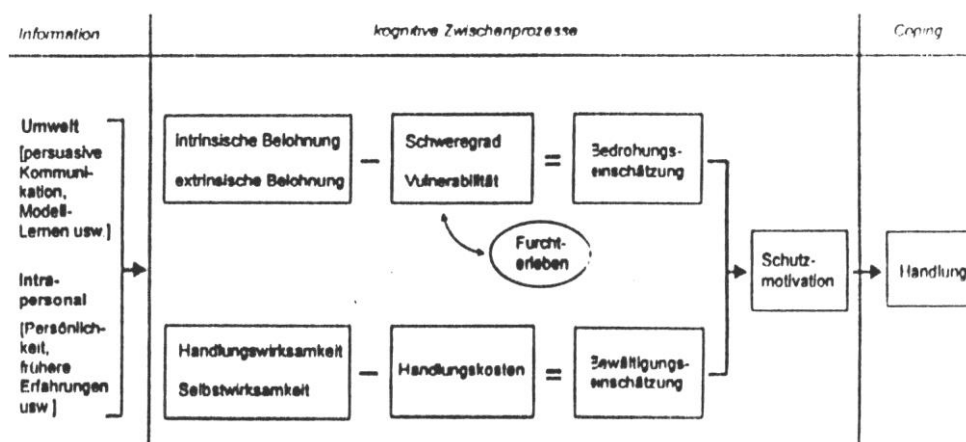


Abbildung 8-2. Theorie der Schutzmotivation (nach: Rogers, 1983).

**Abb. 02:** Theorie der Schutzmotivation (Fuchs, 1997, keine Angaben)

Das Ziel der TSM ist die Erklärung des gesundheitsschützenden Verhaltens einer Person, wobei nur eine unmittelbare Determinante des Verhaltens, nämlich die Schutzmotivation, postuliert wird. Die Schutzmotivation ist eine Funktion zweier kognitiver Prozesse, der Bedrohungs- und Bewältigungseinschätzung. Bei der Bedrohungseinschätzung spielen drei wesentliche Faktoren eine Rolle: die intrinsisch/extrinsische Belohnung für das Risikoverhalten, die wahrgenommene persönliche Vulnerabilität (Anfälligkeit) für die aus diesem Verhalten resultierende Gefährdung und der perzipierte Schweregrad dieser Gefährdung. Hohe Vulnerabilität und hoher Schweregrad steigern das Ausmaß der wahrgenommenen Bedrohung, wobei intrinsische und extrinsische Belohnungen wie Lustempfinden, soziale Anerkennung u.a. das perzipierte Bedrohungspotential des Risikoverhaltens verringert. Rogers lokalisiert im Prozeß der Bedrohungseinschätzung auch den Ansatzpunkt der Furchtappelle. Solche Appelle erhöhen die Vulnerabilität und den wahrgenommenen Schweregrad einer Gefährdung und induzieren damit auf emotionaler Ebene das Furchterleben. Neben der Einschätzung der Bedrohung erfolgt auch eine Beurteilung der zur Verfügung stehenden Coping-Ressourcen. Diesen Prozeß nennt man Bewältigungseinschätzung, worunter die Beurteilung der Handlungswirksamkeit, der Handlungskosten und der Selbstwirksamkeit verstanden wird. Bei der Handlungswirksamkeit geht es um die Frage, inwieweit das präventive Verhalten tatsächlich dazu geeignet ist, die wahrgenommene Bedrohung zu reduzieren. Die Handlungskosten betreffen die zu überwindenden Verhaltensbarrieren (z.B. Zeitaufwand, eigene Trägheit, Komplexität der Handlung) und unerwünschte Nebenwirkungen (z.B. Spott der anderen). Der dritte Faktor im Prozeß der Bewältigungseinschätzung ist die Selbstwirksamkeitserwartung für das betreffende Verhalten, also die Beurteilung der eigenen Fähigkeit, dieses Verhalten imitieren und aufrechterhalten zu können. Hohe Handlungs- und Selbstwirksamkeit wirken sich eher positiv, die Wahrnehmung hoher Handlungskosten dagegen negativ auf die Bewältigungseinschätzung aus.

Die Schutzmotivation entsteht, wie die Abbildung verdeutlicht, aus dem Zusammenwirken der Bedrohungs- und Bewältigungseinschätzung. Zusammengefaßt kann gesagt werden, daß die Wahrnehmung einer persönlichen Gefährdung nur dann zu einer protektiven Handlung führt, wenn die Person überzeugt ist, zum einen durch diese Handlung der Gefahr entgegenzuwirken und zum anderen, in der Lage zu sein, diese Handlung in der notwendigen Weise auszuführen. Im Kontext der Gesundheitserziehung haben Furchtappelle, die die Gefährdungswahrnehmung erhöhen, nur dann einen Sinn, wenn gleichzeitig Handlungs- und Selbstwirksamkeit kommuniziert werden. Die Theorie der Schutzmotivation ist eine der wenigen Motivationstheorien, in denen die wechselseitige Beeinflussung von Situations- und Ressourceneinschätzung in empirisch prüfbare Interaktionshypothesen überführt wurde. Andere Theorien (z.B. Health Belief Modell) thematisieren zwar auch das Zusammen- und Ineinanderwirken von Bedrohungswahrnehmung und Handlungswirksamkeit, erläutern aber nicht, welche spezifischen Kausaleffekte (Haupt-, Mediator- oder Moderatoreffekte) damit gemeint sind. Die Interaktionshypothesen der TSM wurden auf der Basis kontrollierter Experimente getestet. Im Unterschied dazu basiert die empirische Bewährung des Health Belief Modells fast ausschließlich auf den Daten passiver Beobachtungsstudien.

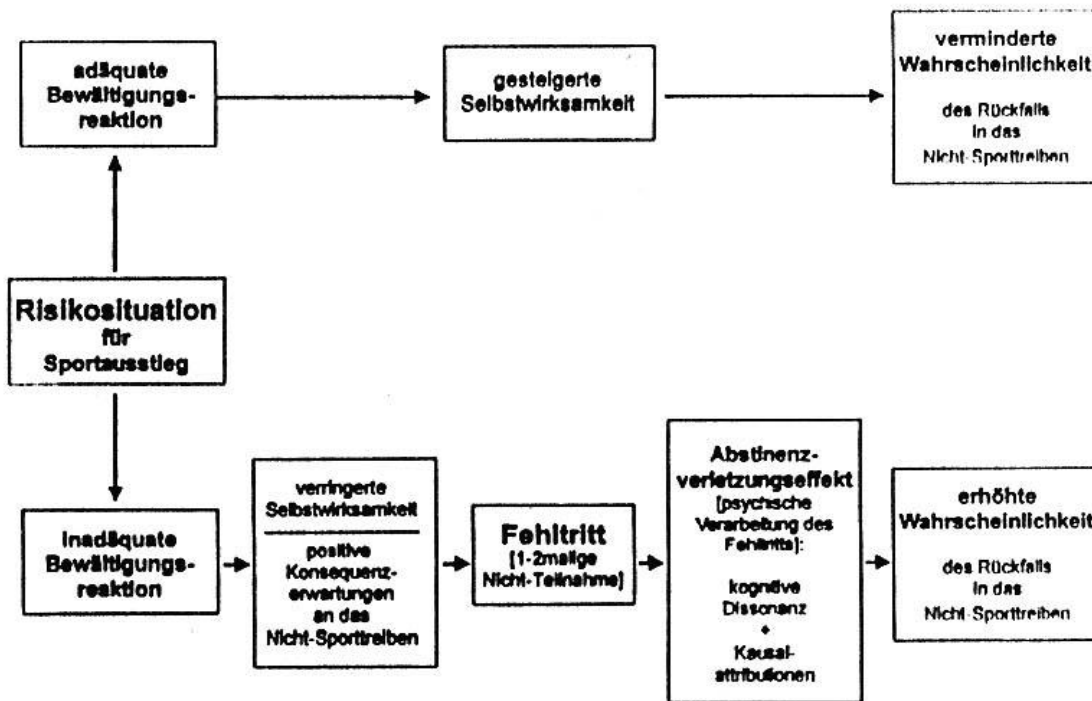
#### *2.4. Rückfallprozesse*

Rückfälligkeit ist kein eigenes Stadium, sondern ein Transformationsprozeß, der in allen Stadien der Verhaltensänderung (abgesehen vom Stadium der Handlungsvorausplanung) auftreten kann. Im Normalfall bezieht sich aber der Begriff „Rückfall“ auf den Abbruch des bereits praktizierten neuen Verhaltens.

Angesprochen wird hier eines der wichtigsten Probleme der Sport- und Gesundheitsförderung, nämlich das Problem der Aussteiger. Denn

ungefähr 50% der Teilnehmer von Sport- und Bewegungsprogrammen geben ihr Engagement bereits nach drei bis sechs Monaten wieder auf, wie Dishman 1988 feststellte. Diese Quote der Rückfälligkeit ist vergleichbar mit entsprechenden Rückfälligkeitsraten nach Abschluß von Nikotin, Alkohol- oder Heroin-Entwöhnungsprogrammen. Es bestehen zwischen Suchtverhaltensweisen und der Sportteilnahme zwar Unterschiede, aber es gibt auch Hinweise, daß beim Rückfall in das Suchtverhalten bzw. in die Bewegungsarmut ähnliche kognitive und emotionale Prozesse vorhanden sein könnten.

Das „Modell des Rückfallprozesses“ von Marlatt (1985) unternimmt den Versuch, jene Faktoren und Prozesse zu erklären, die einen Einfluß darauf haben, ob Menschen neu erworbenes Verhalten aufrechterhalten können bzw. in den Trott alter Gewohnheiten zurückfallen. Ursprünglich ist das Modell für den Bereich des Drogenkonsums, insbesondere des Alkoholkonsums, konzipiert worden. Die Abbildung 03 zeigt eine schematische Darstellung des Modells, allerdings in einer abgewandelten Fassung, auf den Bereich der Sportaktivität angewendet.



**Abbildung 11-3.** Marlatt's »Modell des Rückfallprozesses«, angewendet auf den Bereich der Sportaktivität (vgl. Marlatt, 1985, 38).

**Abb. 03:** Modell des Rückfallprozesses von Marlatt (Fuchs, 1997, keine Angaben)

Wenn eine Person das neu erworbene Aktivitätsverhalten regelmäßig praktiziert, erlebt sie bei jeder Ausführung des Verhaltens ein Gefühl der Kontrollierbarkeit (oder Selbstwirksamkeit). Je länger dieses neue Verhalten ohne Unterbrechung ausgeübt wird, um so größer ist die wahrgenommene Selbstwirksamkeit. In dieser Ausgangslage trifft die Person auf bestimmte Risikosituationen, die die erlebte Kontrollierbarkeit des Verhaltens in Frage stellen und ein erhöhtes Risiko des Verhaltensabbruchs (Rückfall) in sich bergen. Marlatt (1985) nennt hier drei Klassen von Risikosituationen, in denen die Gefahr der Rückfälligkeit besonders hoch ist: (1) Situationen, in denen man sich emotional beeinträchtigt fühlt (Angst, Ärger, Depression, Langeweile), (2) Situationen, in denen interpersonale Konflikte auftreten und (3) Situationen, in denen man sich einem sozialen Druck ausgesetzt fühlt, z.B.

in einer geselligen Runde, wobei andere Personen das problematische Verhalten zeigen (Rauchen, Trinken u.a.).

Risikosituationen für die Unterbrechung bzw. den Abbruch einer regelmäßigen Sportaktivität sind in dieser Weise noch kaum systematisch untersucht worden. Mit einer Risikosituation konfrontiert, stellt sich die Frage nach den individuell verfügbaren Bewältigungsreaktionen. Bewältigt eine Person diese kritische Situation durch kognitive und behaviorale Copingstrategien, so daß das neu erworbene Sportverhalten aufrechterhalten wird, erfolgt zunächst eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartungen. Die Person ist demnach der Überzeugung, auch in Zukunft in ähnlichen Risikosituationen in der Lage zu sein, das fragliche Verhalten aufrechtzuerhalten. Selbstwirksamkeitserwartungen dieser Art sind die entscheidende Voraussetzung dafür, daß das Risiko des Verhaltensabbruchs schrittweise reduziert werden kann (dazu Abb. 03; oberer Entwicklungsverlauf).

Gelingt es einer Person jedoch nicht, in einer kritischen Situation adäquate Bewältigungsreaktionen zu zeigen (Abb. 03; unterer Entwicklungsverlauf), so kommt es zur Verringerung der Selbstwirksamkeitsüberzeugungen. Beispielsweise nach der Art „Ich schaff es jetzt einfach nicht, an der geplanten Sportaktivität festzuhalten“. Die Wahrscheinlichkeit eines Fehltritts erhöht sich, wenn zusätzlich positive Konsequenzerwartungen bezüglich des Problemverhaltens vorliegen („Gehe ich nicht zum Sport, kann ich mir eine interessante Fernsehsendung anschauen“).

Marlatt (1985) unterscheidet die Begriffe „Fehltritt“ und „Rückfall“, welches ihm sehr wichtig erscheint. Denn ein Fehltritt ist ein momentaner Rückfall oder „Ausrutscher“, aus dem man möglicherweise etwas Wichtiges lernen kann, z.B. wie riskant bestimmte Situationen für einen selbst immer noch sind und daß man sie deshalb in Zukunft meiden sollte. Im Gegensatz dazu handelt es sich bei einem Rückfall nicht mehr um einzelne Ereignisse, sondern um ein dauerhaftes Wiederaufleben des alten Problemverhaltens. Unter welchen Umständen bleibt ein einmaliger Fehltritt ein singuläres Ereignis und wann eskaliert er zu einem absoluten Rückfall? Ausschlaggebend für den weiteren Entwicklungsverlauf ist die

psychische Verarbeitung des Fehltritts. In diesem Zusammenhang verwendet Marlatt den Begriff des Abstinenzverletzungseffektes, dessen Intensität von zwei Faktoren bestimmt wird: von der kognitiven Dissonanz und den persönlichen Kausalattributionen. Kognitive Dissonanz resultiert aus der Tatsache, daß das Bild, welches die Person von sich selbst entwickelt hat („Ich bin jemand, der regelmäßig Sport treibt“) durch den Fehltritt nun im Widerspruch zum eigenen Verhalten steht. Die Person erlebt einen Konflikt, für den es zwei Lösungsmöglichkeiten gibt. Entweder die Person ändert ihr Verhalten, um wieder gleich mit dem Selbstbild zu sein, oder sie paßt ihr Selbstbild dem Verhalten an („Ich bin wohl doch kein sportlicher Mensch, weil ich es einfach nicht fertig bringe, regelmäßig Sport zu treiben“). Erfolgt die Auswahl der zweiten Konfliktform, so ist der völlige Abbruch des neu erworbenen Verhaltens vorprogrammiert. Mit den Kausalattributionen erklärt sich das Individuum das Zustandekommen des Fehltritts. Hierbei hängt es von der Art der benutzten Kausalattribution ab, ob es zu einem vollen Rückfall kommt oder ob es bei diesem einen Fehltritt bleibt. Wird der Fehltritt auf externe Ursachen zurückgeführt („Das Wetter war extrem schlecht“), dann ist die Wahrscheinlichkeit eher gering, daß sich daraus ein vollständiger Rückfall entwickelt. Externale Ursachenzuschreibungen lösen Ärgerreaktionen oder vielleicht Bedauern aus, sind aber für das Selbstwertgefühl und für die auf die Zukunft gerichteten Selbstwirksamkeitserwartungen irrelevant. Anders dagegen sieht es bei den internalen Kausalattributionen aus. Hierbei muß zwischen internal-stabilen und internal-variablen Ursachen unterschieden werden. Eine internal-stabile Attribution liegt vor, wenn jemand die Ursache seines Fehltritts z.B. in seiner eigenen Inkompetenz im Umgang mit bestimmten Risikosituationen sieht. Dieser Typ hat entscheidende Auswirkungen auf den weiteren Rückfallprozeß, weil er nicht nur das Selbstwertgefühl der Person, sondern auch deren Erfolgserwartungen für künftige Risikosituationen untergräbt. Die internal-variable Ursachenzuschreibung ist dagegen weniger demoralisierend. Ein Beispiel dazu wäre die Erklärung des Fehltritts mit mangelnder eigener Anstrengungsbereitschaft. Da Anstrengung variabel ist, kann es passieren,



daß sich die Person in der nächsten Risikosituation besonders viel Mühe geben wird, um keinen weiteren Fehltritt zuzulassen. So gilt insgesamt: Die Wahrscheinlichkeit, daß aus einem einmaligen Fehltritt ein dauerhafter Rückfall wird, steigt in dem Maße, wie die Person ihren „Ausrutscher“ auf internal-stabile Ursachen zurückführt. Die Rolle der „Kontrollierbarkeit“ ist dagegen noch ungeklärt.

Schwarzer (1992a, 85) vermutet, daß es bei der Frage, wann aus einem Fehltritt eine dauerhafte Rückfälligkeit wird, es weniger auf internale oder externale Ursachenzuschreibungen ankommt, sondern vielmehr, ob die Person davon überzeugt ist, der Fehltritt sei kontrollierbar gewesen. Zudem kommt es noch auf wirkungsvolle Handlungsmöglichkeiten an, um in zukünftigen Risikosituationen besser abzuschneiden.

Die Einbeziehung des Rückfallmodells für den Bereich der Sportaktivität wurde insbesondere von Knapp (1988) diskutiert. Marlatts Rückfall-Präventions-Modell wurde ursprünglich zur Reduzierung unerwünschter, mit hoher Häufigkeit praktizierter Suchtverhaltensweisen entwickelt. Bei der Sportaktivität dagegen handelt es sich um ein erwünschtes, mit relativ geringer Häufigkeit praktiziertes Verhalten. Nach Knapp (1988) ist deshalb eine Übertragung der Marlatt'schen Überlegungen und Befunde auf den Bereich des Sports nicht bruchlos möglich. Inzwischen gibt es aber eine Reihe von Interventionsstudien, in denen die Prinzipien des Rückfall-Präventions-Modells recht erfolgreich zur Bekämpfung des Aussteiger-Problems im Sportbereich angewendet wurden (Belisle, Roskies & Levesque, 1987; King & Frederiksen, 1984; u.a.). (vgl. Fuchs, 1997)

### **3. Kritik und Grenzen der Modelle zum Gesundheitsverhalten**

Die vorgestellten Modelle weisen neben ihrer Bedeutung für die Gesundheitspsychologie eine Reihe von Schwächen beziehungsweise Defizite auf. Die Modelle gehen davon aus, daß Gesundheitsverhalten

aufgrund eines rationalen Entscheidungsprozesses erfolgt, in dem beispielsweise als zentrale Variablen Krankheitsanfälligkeit, Ernsthaftigkeit einer Erkrankung, Kosten-Nutzen-Aspekte sowie Selbstwirksamkeit auftreten. Der Ansatz ignoriert neben den unbewußten Anteilen menschlichen Handelns, die alltäglichen Gewohnheiten und habitualisierten Verhaltensweisen sowie die Bedeutung der Fristigkeit von positiven und negativen Konsequenzen für das Verhalten.

Ziel der Gesundheitserziehung und -bildung ist das gesundheitsrelevante Verhalten zu beeinflussen. Die meisten Ansätze in diesem Bereich gehen von der Annahme aus, daß das Gesundheitsverhalten durch Überzeugungen und Wissen beeinflußt wird, die der Mensch über Gesundheit und die Möglichkeiten der Verhinderung von Krankheit zur Verfügung hat. Häufig liegt diesen Konzepten die soziopsychologische Theorie des intentionalen Handelns zugrunde, wonach jedes Verhalten auf einer vorsätzlichen Absicht beruht, die auf bestimmte persönliche und normative Überzeugungen zurückzuführen ist. Um demnach Verhaltensänderungen zu bewirken, müssen die Überzeugungen, Einstellungen und subjektiven Normen geändert werden, um auf die Absicht des Verhaltens Einfluß zu nehmen.

Gesundheitsrelevantes Verhalten heißt schädigungsvermeidendes und Vorsorgeverhalten wie das Aufsuchen medizinischer Beratung und Behandlung oder auch das Befolgen ärztlicher Ratschläge. Nach der HBM-Theorie z.B. unterschätzen viele Menschen ihre Anfälligkeit für Krankheiten, fühlen sich durch sie nicht bedroht und unterlassen deshalb die erwünschten positiven Verhaltensweisen.

Die Rolle der Gesundheitserziehung wird nun darin gesehen, auf die Gefahren hinzuweisen. Dieser Denkansatz vertraut darauf, daß eine umfassende Information über gesundheitsabträgliche eigene Verhaltensweisen auch das tatsächliche Verhalten eines Menschen beeinflusse (Becker, 1974). In diesem Denkansatz liegen die Schwächen des Modells: Es wird auf Rationalität des menschlichen (Gesundheits-) Verhaltens gesetzt und darauf vertraut, daß kognitiv vermittelte Informationen verhaltenssteuernd wirken. Diese Annahmen sind nur

teilweise realistisch. Denn gesundheitsrelevantes Verhalten kann nach dem Modell nicht allein durch die Veränderung von persönlicher Einstellung bewirkt werden, sondern muß in ein Bild von der eigenen Person und in ein Selbstkonzept des eigenen Handelns einbezogen sein.

Bengel (1992) hat eine Reihe von Untersuchungen gesichtet, in denen das Health Belief Modell empirisch überprüft wurde. Für das präventive Gesundheitsverhalten erwiesen sich sowohl besonders hohe als auch besonders niedrig wahrgenommene Gefährdung als bedeutsam. Als beste Prädiktoren für präventives Verhalten erwiesen sich die Variablen „wahrgenommene Barrieren“ und „wahrgenommener Nutzen“. Unter den demographischen und soziographischen Faktoren waren bezüglich der Entwicklung besonderer Gesundheitspraktiken, Faktoren Alter, Einkommen und Bildungsstand bedeutsam. Für das HBM und vergleichbare Modelle gibt Bengel allerdings ein negatives Fazit: *„Alle bisher vorliegenden Modelle sind statischer Natur. Sie können die verschiedenen Stadien des Bedrohungsverarbeitungsprozesses, in denen unterschiedliche Kognitionen, situative Bezüge und konkurrierende Lebensereignisse berücksichtigt werden müssen, nicht adäquat abbilden. [...] Außer gesundheitlichen Gründen gibt es andere Ursachen für gesundheitsbezogenes Verhalten, wie z.B. finanzielle oder familiäre Bedingungen, Wechsel des sozialen Umfeldes, soziale Unsicherheit u.a. Die Annahme, daß Gesundheit für jeden einen hohen Wert darstellt und verhaltensmotivierend wirkt, wird zwar meist vorausgesetzt, aber selten empirisch überprüft.“* (Bengel 1992, 78f).

Im Zentrum der gesundheitspsychologischen Modelle steht, verkürzt gesagt, das einzelne Individuum, welches losgelöst von seinen sozialen Bezügen gesundheitsrelevante Entscheidungen trifft.

#### **4. Empirische Befundlage zum Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Sport**

Als abhängige Variable gilt sowohl die Intention zum Sporttreiben als auch das Verhalten. Meist wurden einfache Korrelations- oder Unterschiedsanalysen auf der Basis von Querschnittsdaten durchgeführt. Bei Korrelationsanalysen wurde

auf ein Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Sportaktivität hin untersucht, wohingegen bei Unterschiedsanalysen eher die Vulnerabilität bei sportlich Aktiven versus Inaktiven geprüft wurde.

Die Befundlage auf der Ebene der Korrelationsstudien ist sehr verschieden. Langlie, Lindsay-Reid/Osborn, Biddle/Ashford, Godin u.a. fanden einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Vulnerabilität und Sportverhalten. Harris dagegen erhielt keinen Zusammenhang in seinen Studien und Ransford fand bei seinen Untersuchungen einen schwach positiven Zusammenhang heraus. Insgesamt betrachtet, liegt bei Korrelationsstudien ein schwacher, von der Tendenz her eher negativer Zusammenhang zwischen beiden Variablen vor. Das heißt, je höher die Vulnerabilität, desto niedriger ist das Niveau der sportlichen Aktivität.

Bei den Experimentalstudien ging Godin der Frage nach, ob eine Teilnahme an einem Fitneßtest und die darauf aufbauende Einschätzung des eigenen Gesundheitsrisikos (Vulnerabilität) zu einer Veränderung des Aktivitätsverhaltens führen. Die Teilnahme an der Untersuchung sowie die Mitteilung des Testergebnisses führten zu einer kurzfristigen Erhöhung der Intentionswerte im Vergleich zur Kontrollgruppe. Dieser Effekt ließ sich allerdings nach drei Monaten nicht mehr nachweisen. Ein häufigeres Bewegungsverhalten war ebenfalls nicht zu verzeichnen. Auf der Ebene der Experimentalstudien ergibt sich also ein positiver Effekt der Vulnerabilität auf die Motivation zum Sporttreiben.

Aus dieser scheinbar widersprüchlichen Befundlage deutet sich an, daß die Beziehung zwischen Vulnerabilität und Sportaktivität in den verschiedenen Phasen des Motivationsprozesses möglicherweise von ganz unterschiedlicher Natur ist. Nach der experimentellen Induzierung der Risikowahrnehmung geht von dieser offenbar ein positiver Effekt auf das Bewegungsverhalten aus. Später, wenn sich die Risikowahrnehmung und das Bewegungsverhalten im Fließgleichgewicht einander neu angepaßt haben, besteht bei querschnittlicher Betrachtung ein negativer Zusammenhang. Denn die früher Hoch-Vulnerablen treiben jetzt regelmäßig Sport, so daß deren Risikoeinschätzung nach unten korrigiert wurde. Aus dieser Befundlage, läßt sich folgendes schließen: Korrelative und experimentelle Untersuchungsdesigns scheinen unterschiedliche motivationale Zustände und Prozesse zu beleuchten und kommen deshalb zu abweichenden Ergebnissen.

## **5. Zusammenfassung**

Die makro-analytische Ebene, aus der die behandelten Modelle stammen, nimmt den stufenförmigen Verlauf der Verhaltensänderung in den Blick und analysiert die sozialen und materiellen Bedingungen, welche zu einer dauerhaften Verhaltensänderung befähigen oder diese erleichtern. Die Gesundheitsförderung thematisiert diese makro-analytische Betrachtung. Fast jeder kennt die alljährlichen Vornahmen zur Jahreswende. Dabei werden Änderungen gelobt, die zaghafte begonnen und alsbald wieder aufgegeben werden. Freizeitsportlich aktive Personen zum Beispiel unterbrechen durchschnittlich dreimal ihre regelmäßige Sportteilnahme für mindestens drei bis vier Monate. (Schlicht 1995, S. 93) Die dauerhafte Bindung an eine sportliche Betätigung gelingt also nicht sofort. Für die Gesundheitsförderung ist es demnach sehr hilfreich, diejenigen Bedingungen zu kennen, die den Verhaltensänderungsprozeß wirksam unterstützen.

Die Grenzen bzw. Kritikpunkte an den Handlungsmodellen zeigen die Notwendigkeit einer theoretischen Fundierung. Sie wird besonders deutlich bei der Frage nach den Bedingungen der Entstehung, der Aufrechterhaltung und der Änderung von spezifischen Verhaltensweisen bzw. Verhaltensmustern. Welche sozialen, psychischen und biologischen Lebensbedingungen begünstigen bzw. verhindern gesundheitsförderndes oder gesundheitsgefährdendes Verhalten? Diese und ähnliche Fragen nach den Bedingungsbeziehungen sind für die Praxis der Gesundheitsförderung von zentraler Bedeutung.

Die genannten Forschungsergebnisse haben aber auch zu einigen Veränderungen in der Präventionspraxis geführt, wie z.B. gesonderte Sprechzeiten (evtl. auch am Arbeitsplatz), persönliche Aufforderungen zur Teilnahme an Vorsorgemaßnahmen, Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen von Hausbesuchen etc.

In Bremen wurde eine Interventionsstudie zur Schwangerschaftsvorsorge durchgeführt, welche insbesondere bei Frauen mit besonderen Risiken (wie z.B. Ausländerinnen, ledigen Müttern) zur Verbesserung der Vorsorge geführt und entscheidend zur Senkung der Säuglings- und Muttersterblichkeit beigetragen hat.

Die vorgestellten Handlungsmodelle wurden bereits überarbeitet, finden aber bei einigen Untersuchungen noch Anwendung. Das „neuste“ Modell zur Erklärung gesundheitsrelevanten Verhaltens stammt von Schwarzer („Sozial-kognitives Modell des Gesundheitsverhaltens“). Gesundheitliches Verhalten wird vor allem in Bezug auf die sozial-kognitiven Prozesse analysiert, die einer Verhaltensänderung vorausgehen und diese begleiten. Auf dieser mikro-analytischen Ebene interessieren die motivationalen und volitionalen Prozesse des Gesundheitsverhaltens. In diesem Modell fanden bisherige Kritikpunkte hinsichtlich der aufgeführten Modelle Beachtung. Näheres dazu kann bei R. Schwarzer (1997): Gesundheitspsychologie; Hogrefe Verlag nachgelesen werden.

## **6. Literatur**

Schwarzer, R. (1997):  
Gesundheitspsychologie  
Hogrefe Verlag

Hurrelmann/Laaser (1993):  
Gesundheitswissenschaften - Handbuch für Lehre, Forschung, Praxis

Beltz Verlag

Wydra, G. (1996):

Gesundheitsförderung durch sportliches Handeln

Schorndorf Verlag

Holz, O. (1996):

Zur Neuorientierung des Gesundheitsbegriffs

Schorndorf Verlag

Fuchs, R. (1997):

Psychologie und körperliche Bewegung

Göttingen

Schlicht, W./Schwenkmezger, P. (1995):

Gesundheitsverhalten und Bewegung

Schorndorf Verlag

Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (1997):

Public Health und Gesundheitspsychologie

Hans Huber Verlag

Waller, H. (1995):

Gesundheitswissenschaft - Eine Einführung in Grundlagen und Praxis

Kohlhammer Verlag

Becker, M.H. (1974):

The Health Belief Model And Personal Health Behavior

Health Education Monographs

