



Studienbrief

Psychologie des Gesundheitsverhaltens

---

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort .....	3
Ergänzende Hinweise zum Studienbrief.....	9
Übergeordnete Lernziele des Studienmoduls.....	10
<b>1 Eine kurze Einführung in die Gesundheitspsychologie.....</b>	<b>11</b>
<b>2 Biologische Grundlagen.....</b>	<b>16</b>
2.1 Nervensystem/Aufbau .....	16
2.2 Zentrales Nervensystem.....	21
2.3 Peripheres und vegetatives Nervensystem.....	28
2.3.1 Das periphere Nervensystem .....	28
2.3.2 Das vegetative Nervensystem .....	28
2.4 Limbisches System .....	31
2.4.1 Das limbische System .....	31
2.4.2 Die Amygdala .....	33
2.4.3 Der Hippocampus .....	33
2.4.4 Der Thalamus.....	34
2.4.5 Der Hypothalamus und die Hypophyse.....	36
2.5 Neurotransmitter.....	36
2.5.1 Dopamin.....	37
2.5.2 Serotonin .....	37
2.5.3 Noradrenalin und Adrenalin .....	38
<b>3 Psychologische Grundlagen.....</b>	<b>42</b>
3.1 Einführung in die psychologischen Grundlagen .....	43
3.2 Verhalten und Erleben .....	45
3.3 Wahrnehmung .....	47
3.4 Emotion.....	49
3.5 Motivation.....	55
3.5.1 Leistungsmotivation .....	56
3.5.2 Das Risiko-Wahl-Modell.....	57
3.5.3 Die Attribution von Erfolg und Misserfolg.....	59
3.6 Willen (-sbildung).....	61
3.7 Denken .....	64
3.7.1 Begriffsspezifikationen .....	64
3.7.2 Problemlösen und Schlussfolgern .....	67
3.7.3 Deduktives Schließen.....	69
3.7.4 Induktives Schließen .....	70
3.7.5 Urteilen und Entscheiden .....	71
3.8 Lernen und Gedächtnis .....	72
3.8.1 Grundlagen des Lernens .....	72
3.8.2 Lernmodelle.....	73
3.8.3 Gedächtnis .....	76
3.9 Theorien des „Selbst“ .....	80

3.9.1 Risikowahrnehmung.....	81
3.9.2 Selbstwirksamkeit.....	82
3.9.3 Der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeitserwartung und Kausalattribution .....	93
<b>3.10 Zusammenwirken der psychischen Funktionen und Inhalte im Erleben und Verhalten.....</b>	<b>96</b>
<b>4 Gesundheitspsychologische Handlungsfelder .....</b>	<b>101</b>
<b>4.1 Stress und Gesundheit.....</b>	<b>101</b>
4.1.1 Stresstheorien .....	101
4.1.2 Arten von Stressoren.....	106
4.1.3 Bewältigungsmechanismen von Stress.....	107
4.1.4 Körperliche Stressreaktionen.....	111
4.1.5 Stress und das Immunsystem: Psychoneuroimmunologie.....	112
4.1.6 Gesundheitspsychologische Interventionen.....	113
<b>4.2 Suchterkrankungen.....</b>	<b>116</b>
4.2.1 Stoffgebundene Suchterkrankungen: Aktuelle Daten zu Alkohol, Tabak, Medikamenten und illegalen Drogen.....	117
4.2.1.1 Tabak .....	117
4.2.1.2 Alkohol.....	119
4.2.1.3 Medikamente .....	122
4.2.1.4 Illegale Drogen.....	124
4.2.2 Nichtstoffgebundene Suchterkrankungen, Verhaltenssüchte .....	127
4.2.2.1 Pathologisches Glücksspiel.....	128
4.2.2.2 Online-Spielsucht.....	130
4.2.2.3 Internetsucht.....	134
4.2.2.4 Exzessives Sexualverhalten .....	137
4.2.2.5 Pathologisches Kaufen .....	138
4.2.2.6 Suchtaspekte bei Adipositas.....	139
<b>4.3 Chronische Erkrankungen.....</b>	<b>140</b>
4.3.1 Schmerz als Gesundheitsproblem.....	142
4.3.2 Akuter und chronischer Schmerz .....	143
4.3.2.1 Risikofaktoren.....	145
4.3.2.2 Gesundheitspsychologische Interventionen.....	148
4.3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen .....	149
4.3.3.1 Risikofaktoren.....	150
4.3.4 Diabetes Mellitus.....	150
4.3.5 Rheumatoide Arthritis .....	151
4.3.6 Morbus Crohn.....	151
4.3.7 Hypertonie.....	152
4.3.8 Chronische Bronchitis.....	153
4.3.8.1 Gesundheitspsychologische Interventionen.....	153
<b>4.4 Ernährungsverhalten .....</b>	<b>153</b>
4.4.1 Psychologische Einflussfaktoren .....	154
4.4.2 Soziale Einflussfaktoren.....	155
4.4.2.1 Gesundheitspsychologische Interventionen.....	156
4.4.2.2 Programme für eine gesunde Ernährung bei Kindern .....	157
4.4.2.3 Programme für eine gesunde Ernährung bei Erwachsenen.....	157
<b>4.5 Körperliche Aktivität .....</b>	<b>158</b>
4.5.1 Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit .....	158
4.5.2 Erklärung und Vorhersage von körperlicher Aktivität.....	159
4.5.3 Gesundheitspsychologische Interventionen.....	160
<b>4.6 Abgrenzung gesundheitspsychologischer Handlungsfelder zu Handlungsfeldern der Psychotherapie .....</b>	<b>161</b>
4.6.1 Klassifikationssysteme.....	162

4.6.2	Psychische Erkrankungen .....	163
4.6.3	Gesetzliche Grundlagen zur Behandlung von psychischen Erkrankungen .....	164
<b>5</b>	<b>Psychologische Interventionsansätze.....</b>	<b>167</b>
5.1	Tiefenpsychologie und kognitive Verhaltenstherapie .....	168
5.1.1	Tiefenpsychologie .....	168
5.1.2	Kognitive Verhaltenstherapie .....	171
5.2	Gesprächstherapie (human. Ansatz), Hypnotherapie, Systemische Therapie.....	174
5.2.1	Gesprächspsychotherapie .....	174
5.2.2	Systemische Therapie .....	176
5.2.3	Hypnotherapie .....	176
5.3	Coaching und Beratung .....	179
<b>6</b>	<b>Modelle des Gesundheitsverhaltens .....</b>	<b>183</b>
6.1	Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Model, HBM).....	185
6.2	Das Transtheoretische Modell (TTM).....	189
6.2.1	Die Grundgedanken des Modells .....	189
6.2.2	Charakterisierung der „Stages of Change“ .....	190
6.2.3	Operationalisierung der „Stages of Change“ .....	195
6.2.4	Strategien der Verhaltensänderung .....	197
6.2.5	Schlussfolgerung für die Praxis der Gesundheitsförderung.....	200
6.3	Das Berliner (Sport-) Stadien-Modell (BSM).....	201
6.3.1	Stadien des Berliner Stadien-Modells .....	201
6.3.2	Messung der sportbezogenen Stadien.....	204
6.4	Das HAPA-Modell (Health Action Process Approach) .....	204
6.4.1	Die Phasen des HAPA-Modells .....	204
6.4.2	Die soziale Unterstützung im Gesundheitsverhalten.....	209
<b>7</b>	<b>Praktische Umsetzung .....</b>	<b>213</b>
7.1	Grundlagen der Beratung.....	213
7.1.1	Rolle des Beraters .....	213
7.1.2	Die ersten Schritte .....	214
7.1.2.1	Vorbereitung.....	214
7.1.2.2	Kontaktaufnahme .....	215
7.1.2.3	Aufbau einer persönlichen Beziehung .....	216
7.1.2.4	Das ausführliche Beziehungsgespräch: .....	216
7.2	Strategien und Konzepte in den einzelnen Handlungsphasen .....	220
7.2.1	Vorgehensweise in der Einzelberatung .....	224
7.2.1.1	Phase der Intention .....	224
7.2.1.2	Präaktionale Volitionsphase .....	229
7.2.1.3	Aktionale Volitionsphase .....	234
7.2.2	Arbeit mit Gruppen.....	236
	<b>Nachwort.....</b>	<b>240</b>
	<b>Anhang .....</b>	<b>241</b>
	Lösungen und Kommentare zu den Übungen, Glossar und Literatur des Studienbriefs in ILIAS .....	241
	Prüfungsleistung Einsendeaufgabe .....	241
	Tabellenverzeichnis.....	242
	Abbildungsverzeichnis.....	242

---

## 6 Modelle des Gesundheitsverhaltens

---



### Lernziele

---

#### Nach der Bearbeitung des Kapitels . . .

- können Sie das Health-Belief-Modell erläutern,
  - sind Sie in der Lage, das Transtheoretischen Modells (TTM) zu erklären,
  - können Sie den Prozesscharakter einer Verhaltensänderung erklären,
  - können Sie erklären, wie die einzelnen Stadien der Veränderung zeitlich und inhaltlich charakterisiert sind,
  - sind Sie in der Lage, die Instrumente zur Identifizierung der Stufenzugehörigkeit einer Person anzuwenden und kennen die Bedeutung von stadienspezifischen Interventionsstrategien,
  - können Sie verschiedene Strategien („processes of change“) benennen, die das Fortschreiten einer Person von einer Stufe zur nächsten erleichtern und können diese zum richtigen Zeitpunkt einsetzen,
  - können Sie verstehen, warum Rückfälle kein Misserfolg, sondern ein integrierender Bestandteil des TTMs sind,
  - sind Sie in der Lage, die wesentlichen Aspekte des TTMs bei der Planung von gesundheitsbezogenen Interventionsprogrammen für bestimmte Zielgruppen zu berücksichtigen,
  - können Sie die einzelnen Stadien des Berliner Stadien-Modells (BSM) erklären,
  - sind Sie in der Lage, die theoretischen Grundlagen des sozial-kognitiven Prozessmodells (HAPA-Modell) zu erläutern,
  - können Sie die wesentlichen Variablen bzw. Inhalte der Motivations- und Volitionsphase sowie die Unterschiede zwischen den beiden Phasen erklären,
  - sind Sie in der Lage, die Bedeutung der Handlungsplanung für eine erfolgreiche Verhaltensänderung zu erkennen und in der Arbeit mit Klienten zu berücksichtigen,
  - können Sie sinnvolle Strategien für die Praxis der Gesundheitsförderung aus dem HAPA-Modell ableiten.
- 

Der Begriff „Gesundheitsverhalten“ bezieht sich auf ein Verhaltensmuster, ein Verhalten, eine Handlung oder eine Gewohnheit, die mit der Erhaltung, mit der Verbesserung oder mit der Wiederherstellung von Gesundheit zusammenhängt (Ziegelmann, 2002; zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 26). Dazu zählen regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, die Verwendung von Sonnenschutzmitteln, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen usw. (Knoll et al., 2011, S. 26).

In den letzten Jahrzehnten wurden einige interessante Modelle des Gesundheitsverhaltens entwickelt, um Erleben und Verhalten im gesundheitsfördernden Sinn zu erklären und vorhersagen. Sie sollen helfen „besser zu verstehen, wieso bestimmte Einflüsse zum gewünschten Erfolg führen oder auch gerade nicht“ (Lippke & Renneberg, 2006, S. 35).

Lippke und Renneberg (2006, S. 36) betonen, dass Theorien und Modelle erfassen, unter welchen Bedingungen und auf welche Weise gewisse Einflussfaktoren zusammen arbeiten und ein Kriterium beeinflussen (z. B. die Absicht das Rauchen aufzugeben oder die tatsächliche Nikotinabstinenz).

Es bestehen unterschiedliche Möglichkeiten, die Gesundheitsmodelle zu ordnen. Sniehotta und Schwarzer (2003), sowie Weinstein, Rothman und Sutton (1998) (zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 27) bieten die Unterteilung in kontinuierliche Prädiktionsmodelle und dynamische Stadienmodelle an.

Bezeichnend für die kontinuierlichen Modelle ist, dass sie die größte Wichtigkeit für ein Verhalten und/oder eine Verhaltensänderung einer Auswahl an affektiven und kognitiven Variablen zuschreiben (Knoll et al., 2011, S. 27). Diese Modelle gehen davon aus, dass eine Person sich auf einem Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit befindet und die Handlungswahrscheinlichkeit hoch ist, wenn die Person eine günstige Ausprägung auf den affektiven und kognitiven Variablen des entsprechenden Modells hat.

Die kontinuierlichen Prädiktionsmodelle sind die sozial-kognitive Theorie von Bandura (1986), das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Modell, HBM; Becker, 1974; Rosenstock, 1966), die Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action, TRA; Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen, 1975), die Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behaviour, TPB; Ajzen, 1985; 1991), die Theorie der Schutzmotivation (Protection Motivation Theory, PMT; Rogers, 1975, 1983) (zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 26–27).

Die dynamischen Stadienmodelle unterscheiden sich deutlich in Struktur und Aufbau von den kontinuierlichen Modellen und nehmen an, dass eine Person während ihrer Verhaltensänderung qualitativ unterschiedliche Phasen durchgeht, anstatt sich auf einem Kontinuum zu bewegen.

Knoll et al. (2011, S. 27) bieten die folgende Kategorisierung für dynamische Stadienmodelle: das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA; Schwarzer, 1992), das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung (Transtheoretical model, TTM; Prochaska & DiClemente, 1983), das Prozessmodell präventiven Handelns (Precaution Adoption Process Model, PAPM; Weinstein & Sandman, 1992) (zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 26–27).

Ein relativ neues Stadienmodell der Verhaltensänderung ist das Berliner Sportstadienmodell (Fuchs, 2013). Da ja die beiden Klassen verschiedene Annahmen beinhalten, sind auch die entsprechenden Interventionen unterschiedlich. Die Anhänger der kontinuierlichen Gesundheitsmodelle lassen ihre Personen an den gleichen Maßnahmen teilnehmen, um sie auf dem Kontinuum der Verhaltenswahrscheinlichkeit weiter zu dem gewünschten Verhalten zu führen. Die Anhänger der Stadienmodelle entwerfen spezielle Interventionen für jedes Stadium, weil sie annehmen, dass eine Intervention nur dann Erfolg hat, wenn sie zu den stadienspezifischen Bedürfnissen der Personen passt.

In diesem Kapitel werden nur die wichtigsten Vertreter der verschiedenen Modelle dargestellt. Als Vertreter der kontinuierlichen Prädiktionsmodelle wird das Modell gesundheitlicher Überzeugungen noch „Health-Belief-Modell“ genannt (HBM; Becker, 1974; Rosenstock; 1966; zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 26) dargestellt.

Die Vertreter der dynamischen Stadienmodelle – das „Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung“ (TTM; Prochaska & DiClemente, 1983; zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 27) und das „Berliner Sportstadienmodell“ (BSM; Fuchs, 2003; zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 27) – werden danach erläutert.

Anschließend wird das sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (Health Action Process Approach, HAPA) dargestellt, das eine dritte Kategorisierungsbezeichnung benötigt. Einerseits kann man das Modell als Hybridmodell bezeichnet, weil es kontinuierliche Modelle mit Stadienmodellen in Verbindung bringt (Schwarzer, 2004, S. 40). Andererseits ordnet man das Modell HAPA auch den dynamischen Stadienmodelle zu (Knoll et al., 2011; Lippke & Kalusche, 2007).

Diese Modelle wurden ausgewählt, da sie derzeit im Bereich von Interventionen in der Prävention und Gesundheitsförderung am häufigsten eingesetzt werden. Gute Übersichten zu weiteren Gesundheitsverhaltensmodellen kann man in den gesundheitspsychologischen Lehrbüchern finden (z. B. Knoll et al., 2011; Schwarzer, 2004) finden.

## 6.1 Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (Health-Belief-Model, HBM)

Das Modell ist ein bekannter und verbreiteter Ansatz zur Erklärung der Einflüsse gesundheitlicher Sichtweisen und Überzeugungen auf das Gesundheitsverhalten. Mit Hilfe dieses Modells soll erklärt werden, auf Grund welcher inneren Bedingungen ein Entschluss zu gesundheitsorientiertem Handeln gefasst wird. Der Schwerpunkt liegt dabei auf der motivationalen Phase, d. h. es eignet sich weniger für Aussagen zur tatsächlichen Ausführung und Aufrechterhaltung von Gesundheitsverhalten.

Das Modell gesundheitlicher Überzeugungen (engl. Health Beliefs) wurde ursprünglich von Rosenstock (1966) entwickelt und später von Becker (1974) modifiziert. Nach diesem Ansatz wird die Entscheidung zur Verhaltensänderung von folgenden Einstellungen bestimmt:

1. ob die Person sich gesundheitlich gefährdet fühlt; das schließt ein, welchen Wert sie Gesundheit generell beimisst, inwieweit sie an die eigene Vulnerabilität (Gefährdung) glaubt und wie sie die Gefährlichkeit einer Krankheit bzw. die Bedeutsamkeit der gesundheitlichen Bedrohung einschätzt.
2. ob sie glaubt, dass ein bestimmtes Verhalten die gesundheitliche Gefährdung reduziert. Das schließt ein, inwieweit sie von der Effektivität des eigenen Verhaltens überzeugt ist und in welchem Maße sie sich sicher ist, dass der Nutzen des Verhaltens seine Kosten übersteigt.

Aus dieser Abwägung ergibt sich die Wahrscheinlichkeit einer Verhaltensänderung, d. h., die Menschen führen eine Kosten-Nutzen-Analyse durch, indem sie das Risiko einer Erkrankung der Wirksamkeit einer Verhaltensänderung gegenüberstellen. In Abb. 27 werden die beiden Aspekte erlebte Gesundheitsgefährdung und Glaube an die Verhaltenswirksamkeit weiter aufgeschlüsselt und durch den Begriff des Handlungsauslösers (engl. cue to action) ergänzt.

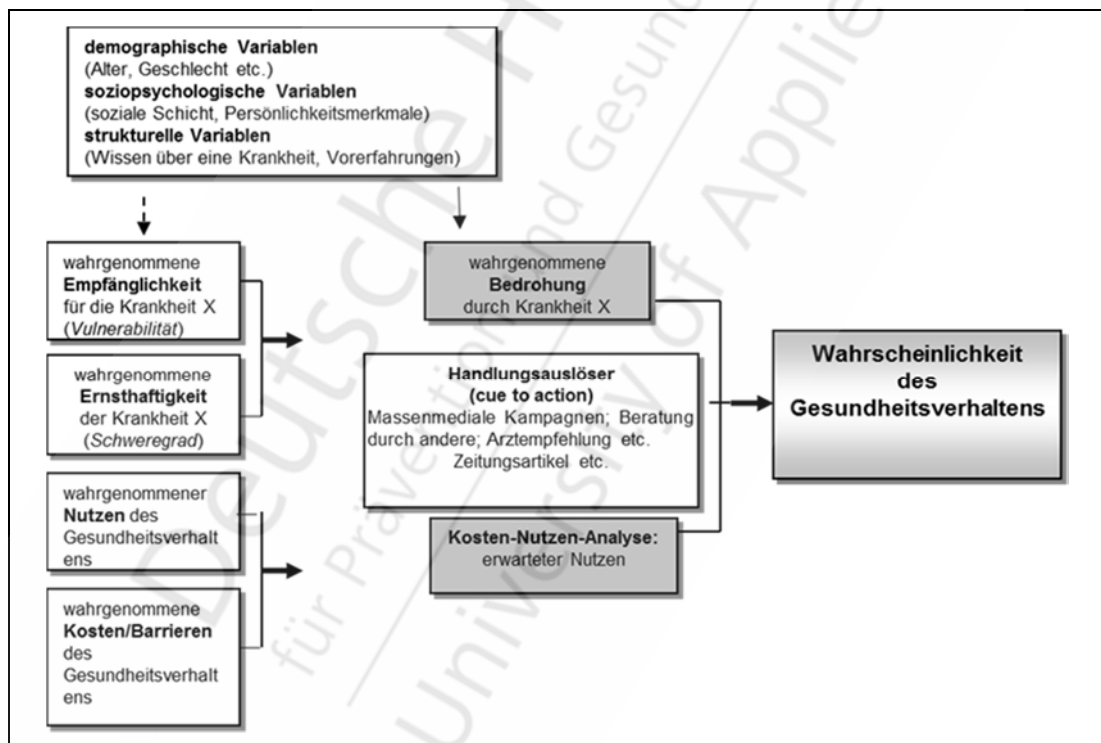


Abb. 27: Das Health-Belief-Modell (Becker, 1974; zitiert nach Lippke & Renneberg, 2006, S. 36)

Die erlebte Gesundheitsgefährdung bzw. wahrgenommene Bedrohung ergibt sich demnach aus

- der subjektiv empfundenen Anfälligkeit für eine bestimmte Krankheit und
- dem wahrgenommenen Schweregrad einer Erkrankung, d. h., wie schwer die Folgen dieser Krankheit für den Betroffenen wären.



Diese wahrgenommene Bedrohung reicht jedoch zur Änderung des Gesundheitsverhaltens nicht aus. Erst die Kosten-Nutzen-Analyse (Lippke & Renneberg, 2006, S. 36) entscheidet, ob die Person glaubt, dass ein bestimmtes Gesundheitsverhalten die subjektiv empfundene Bedrohung reduziert. Beurteilt werden

- der subjektiv empfundene Nutzen eines Gesundheitsverhaltens und
- Hindernisse bzw. Barrieren, die dem Verhalten entgegenstehen.

Handlungsauslöser (engl.: cues to action) kann sowohl ein inneres Signal sein, z. B. ein körperliches Symptom, oder ein von außen kommendes Signal, z. B. ein ärztlicher Rat, ein Zeitungsartikel über ein gesundheitsbezogenes Thema (Knoll et al., 2011, S. 33) oder eine überzeugende Werbung des Studios mit hohem Ich-Bezug.



### Übung 6.1

Versuchen Sie, das Modell der gesundheitlichen Überzeugungen auf die folgende Situation anzuwenden, um zu sehen, ob Sie vorhersagen können, wie der Mann sich verhalten würde:

Ein 58-jähriger Frührentner kommt wegen seiner chronischen Rückenschmerzen auf Anraten seines Arztes ins Fitness-Studio. Er schleppe dieses Leiden schon 20 Jahre mit sich herum, erfahren Sie im Erstgespräch. Eigentlich habe er sich schon daran gewöhnt, aber sein Arzt meint, es könnte schlimmer werden, falls er nichts dagegen unternehme. Für ein regelmäßiges Training habe er ja jetzt als Rentner genügend Zeit.

Entscheidend in diesem Modell sind die subjektive Risikowahrnehmung und deren Bewertung. Dabei handelt es sich also um Gedanken und Gefühle einer Person, die auf persönlichen Erfahrungen, erwarteten Möglichkeiten der Einflussnahme und der generellen Bewertung der persönlichen Gesundheitsgefährdung sowie deren Folgen beruhen. Diese subjektiven Bewertungen stimmen mit der tatsächlichen Gefährdung häufig generell nicht oder nur in einzelnen Aspekten überein.

Es ist nachgewiesen, dass viele Menschen dazu neigen, die eigenen Gesundheitsrisiken im Vergleich zu denen anderer Menschen zu unterschätzen. Obwohl sie im Prinzip anerkennen, dass Rauchen das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und bestimmte Krebsarten erhöht, fühlen sie sich jedoch persönlich durch eine besondere widerstandsfähige Konstitution geschützt. Diese Annahme wird auch als unrealistischer Optimismus bezeichnet, d. h. dass sich die Menschen weniger verwundbar fühlen als sie eigentlich sind (Knoll et al., 2011, S. 34).

Aber selbst wenn der Einzelne sich durch eine Erkrankung bedroht fühlt, wird er wahrscheinlich keine gesundheitsschützenden Maßnahmen ergreifen, solange er Zweifel an deren Wirksamkeit und Nutzen hat oder wenn er glaubt, dass sich die Mühe nicht lohnt. Auch wenn eine Person sowohl von einer Gesundheitsbedrohung als auch vom Nutzen einer Maßnahme zur Reduktion der Bedrohung überzeugt ist, können dennoch

die subjektiv wahrgenommenen Hindernisse sie von der Verhaltensänderung abhalten.



### Merke

Die Bedeutung des Health-Belief-Modells besteht darin, dass die unterschiedlichen Aspekte, die zu einer Verhaltensänderung führen können, herausgearbeitet und der Untersuchung zugänglich gemacht werden. Die Konstrukte wahrgenommene Verwundbarkeit (Vulnerabilität), wahrgenommener Schweregrad und erwartete Handlungswirksamkeit sind unverzichtbar für theoretische Überlegungen zum Gesundheitsverhalten geworden. Allerdings ist festzustellen, dass die oben genannten Komponenten nur schwache Zusammenhänge mit dem tatsächlichen Gesundheitsverhalten aufweisen bzw. merken Knoll et al. (2011, S. 33) kritisch an, dass die Autoren des HBM keine Annahmen über die Kombination zwischen den Faktoren der Gesundheitsbedrohung und den Gegenmaßnahmen für die Verhaltensvorhersage treffen können.

Kritische Bewertung des Health-Belief-Modells:

Das Modell der gesundheitlichen Überzeugungen wurde vielfach kritisiert, was sich vor allem auf folgende Punkte bezieht:

- Aus heutiger Sicht fehlen in dem Modell mindestens zwei kognitive Vermittlungsgrößen, nämlich die Intention (Vorhaben, Absicht) und die eigene Selbstwirksamkeitserwartung (vgl. 3.9.2). Um sich gesund zu verhalten, bedarf es im ersten Schritt einer Motivation, die in einer Intention bzw. Entscheidung für ein bestimmtes Verhalten gipfelt. Auch der Schritt von der Intention zum tatsächlichen Verhalten findet in diesem Modell keine Beachtung.
- Des Weiteren erscheint die Kausalkette von den Handlungsanstößen zur Bedrohung un schlüssig. Wenn man z. B. eine Einladung zum Sporttreiben entgegennimmt, dann verändert dies nicht die Bedrohung, sondern die Intensionsstärke (Schwarzer, 2004, S. 42). Es kann jedoch sein, dass bei Menschen, die keinen Sport treiben, ein schlechtes Gewissen bzw. eine Erinnerung an ihr ungesundes Verhalten durch die Einladung ausgelöst wird und deshalb die gesundheitliche Bedrohung durch das Nicht-Sporttreiben stärker wahrgenommen wird – was dem Health-Belief-Modell zu Folge aber letztendlich zu einer Veränderung des Verhaltens führen soll.
- Die Bedeutung der wahrgenommenen Verwundbarkeit wird generell überschätzt, die meisten Menschen fühlen sich weniger verwundbar als sie es tatsächlich sind. Dies ist Ausdruck eines unrealistischen Optimismus, der zwar für unsere Lebensbewältigung durchaus angemessen sein kann (Schwarzer & Renneberg, 1997; zitiert nach Knoll et al., 2011, S. 34), jedoch nicht geeignet ist, Menschen zu einem besseren Gesundheitsverhalten zu bewegen.
- Generell orientiert sich das Modell an krankheitsbezogenen Risikofaktoren und nicht an gesundheitsbezogenen Ressourcen. Dadurch ist es auch vorrangig auf Negativmotivation, d. h. auf Weg-von-Ziele und weniger auf die Positivmotivation, d. h. Hin-zu-Ziele ausgerichtet. Beispielsweise werden mit dem Modell

Einstellungen und Verhaltensweisen von Menschen, die Sport betreiben, weil sie Freude an der Bewegung oder an sozialen Kontakten mit Gleichgesinnten haben, die mit der Familie einen bestimmten Lebensstils erproben wollen, sich ohne krankheitsbedingte Motivation gesund ernähren möchten u. a. m. nicht erfasst.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass das Health-Belief-Modell viel Forschung angeregt hat, jedoch seine Vorhersageleistung bezüglich Verhaltensänderungen weit hinter den neueren Modellen zurückbleibt.

Es gibt noch weitere theoretische Modelle, die sich mit dem motivationalen Prozess der Verhaltensänderung auseinandersetzen. Keines davon ist „falsch“ oder „richtig“. Sie unterscheiden sich jedoch in der Schwerpunktsetzung und dem Blickwinkel, unter dem der Prozess der Verhaltensänderung betrachtet wird.

## 6.2 Das Transtheoretische Modell (TTM)

Das von Prochaska und DiClemente (1984) entwickelte Transtheoretische Modell (TTM) ist ein in der Gesundheitspsychologie und Psychotherapie weit verbreitetes und anerkanntes Modell zur Beschreibung gesundheitsrelevanter Verhaltensänderung. Es hat seinen Ursprung im Bereich der Raucherentwöhnung, d. h., in der Analyse der Veränderung problematischer, potentiell gesundheitsgefährdender Verhaltensweisen. Die Autoren erkannten, dass die Änderung eines Problemverhaltens als dynamischer Prozess zu verstehen ist, und dass dieser über qualitativ unterschiedliche Stufen verläuft. Diese zeitliche Dimension des Veränderungsprozesses nannten die Autoren „Stages of Change“ bzw. „Stufen der Verhaltensänderung“ (Schwarzer, 2004, S. 86). Auf Grund dieser Entstehungsgeschichte hat sich das Modell zuerst als theoretisch-methodischer Ansatz bei Interventionen im Suchtbereich bewährt. Es findet jedoch auch in anderen Bereichen, wie Bewegung, Ernährungsverhalten sowie in der Psychotherapie Anwendung und Bestätigung.

### 6.2.1 Die Grundgedanken des Modells

Nach dem TTM verlaufen Verhaltensänderungen in fünf, voneinander abgrenzbaren Stufen bzw. Phasen, den „Stages of Change“. In der nachfolgenden Abbildung werden diese Stufen gekennzeichnet. Wie durch den Pfeil veranschaulicht, beziehen sich die Veränderungsstrategien in den ersten Stufen vor allem auf die Einstellung und später stärker auf das Verhalten.