

Gesundheitsbezogene Ziele und Erwartungen

Britta Renner & Hannelore Weber

1. Einleitung

“As long as there is hope that difficulties may be overcome for that price in effort and pain which the individual is ready to pay, he goes on trying. If the objective is worthy, indeed, the effort is not even felt to be a „Sacrifice“. Persistence then depends on two factors: the value of the goal and the outlook for the future.” (Kurt Lewin, 1948, S. 107).

Lewin (1948) hat bereits formuliert, wie das Zitat zeigt, dass der Wert eines Handlungszieles („value of the goal“) sowie die Erwartung, dass dieses Ziel erreichbar ist („outlook of the future“), bestimmen, in welchem Ausmaß Anstrengungen unternommen werden, das gesetzte Ziel zu erreichen („persistence“). Diese Annahme besitzt noch heute Aktualität. Sowohl allgemeine Theorien der Handlungsregulation (Bandura, 1997; Carver & Scheier, 2001; Gollwitzer, 1996) als auch Theorien zum Gesundheitsverhalten (im Überblick: Schwarzer, 1996; Renner & Schwarzer, 2000, in press) nehmen an, dass menschliches Handeln zielgerichtet ist, d.h. auf in der Zukunft gewünschte Ereignisse fokussiert. Ähnlich wie auch Lewin postulieren sie, dass Erwartungen und Ziele die zentralen Bestimmungsstücke menschlichen Verhaltens darstellen. Aus diesem Grund werden sie auch als *Erwartungs-mal-Wert-Theorien* bezeichnet.

Für die Generierung von Zielen sind die persönlichen *Werte* von entscheidender Bedeutung. Werte, z.B. Macht, Sicherheit oder Leistung, können als kognitive Repräsentationen von Bedürfnissen, die zentraler Bestandteil des Selbstkonzeptes sind, verstanden werden (Schwartz & Bilsky, 1990). Sie dienen als übergeordnete Kriterien für die Ablehnung oder Annahme von Zielen (Beach, 1990), d.h. sie bestimmen die Auswahl der Ziele. Demnach werden gesundheitsbezogene Ziele in erster Linie dann generiert, wenn Gesundheit ein hoher persönlicher Wert ist. Die Frage, welcher Wert Gesundheit beigemessen wird und inwieweit dies die Zielsetzung beeinflusst, wurde allerdings bisher kaum untersucht. In der vorliegenden Forschung wird zwischen Werten und Zielen meist nicht explizit unterschieden, sondern die gesetzten Ziele, die in Form von Intentionen oder Vorsätzen erfasst werden (z.B. „Ich habe mir vorgenommen, mein Gewicht zu reduzieren“), werden als Wert-Komponente interpretiert. Dies ist insofern gerechtfertigt, da anzunehmen ist, dass Ziele nur dann generiert werden, wenn sie persönlich wichtig sind, also einen gewissen Wert für die Person haben. Hinzu kommt, dass für die Erklärung und Vorhersage *spezifischen* Gesundheitsverhaltens in erster Linie die Art und Qualität

der gesetzten Ziele entscheidend sind, weniger die global definierten Werte. Ziele können sich auf eine Annäherung („Ich möchte meine körperliche Fitness verbessern“) oder aber auf die Vermeidung („Ich möchte nicht zunehmen“) von Zuständen oder Ereignissen beziehen. Ferner können globale, handlungsferne Ziele („Ich möchte meinen Cholesterinwert senken“) oder aber sehr spezifische, handlungsnaher Ziele („Ich werde ab morgen keine Butter mehr essen“) generiert werden. Je spezifischer die gesetzten Ziele sind, desto wahrscheinlicher ist es, dass diese auch durch entsprechendes Verhalten realisiert werden.

Ziele allein sind allerdings nicht hinreichend für die Motivation von gesundheitsbewusstem Verhalten, sondern darüber hinaus muss die *Erwartung* bestehen, dass diese Ziele auch erreichbar sind. Ziele stellen den Standard dar, an dem der aktuelle Zustand gemessen und bewertet wird. Die Erwartung bezieht sich hingegen auf die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit der Zielrealisierung. Diese kann günstig bzw. optimistisch oder ungünstig bzw. pessimistisch sein. Besteht eine Diskrepanz zwischen dem aktuellem Zustand und dem Zielzustand sowie eine optimistische Erwartung hinsichtlich der Wahrscheinlichkeit, diese durch eigenes Handeln zu überwinden, dann wird die Person hoch motiviert sein, gesundheitsbewusstes Verhalten zu zeigen. Wenn hingegen keine Diskrepanz wahrgenommen wird oder aber die Erwartung pessimistisch ist, ist die Motivation entsprechend gering. Erwartungen können ähnlich wie Ziele hoch generalisiert sein, wie im Falle einer allgemeinen optimistischen Erwartung, dass schon „alles gut gehen wird“. Für die Vorhersage von *spezifischem* Gesundheitsverhalten gilt aber auch hier, dass *situationspezifische* Erwartungen von größerem Nutzen sind.

Im folgenden Abschnitt werden zunächst Ansätze vorgestellt und diskutiert, die den Wert erfassen, der der Gesundheit beigemessen wird. Es folgen Ansätze zur Differenzierung und Erfassung von gesundheitsbezogenen Zielen und abschließend von gesundheitsbezogenen Erwartungen. Die Darstellung konzentriert sich dabei auf Verfahren, die besonders häufig eingesetzt werden oder aktuelle Entwicklungen darstellen.

2. Gesundheit als Wert

Die gesundheitspsychologische Forschung konzentrierte sich bisher in erster Linie auf die Frage, in welchem Ausmaß gesundheitsbezogene Ziele vorhanden sind, und auf die Frage der Zielrealisierung, d.h. auf Erwartungen, die eine Verhaltensänderung erleichtern oder erschweren. Weniger untersucht wurde die Frage, warum diese Ziele generiert werden, d.h. welchen individuellen Wert Gesundheit hat. In der Regel wird vorausgesetzt, dass Gesundheit in jeder Lebensphase ein hoher Wert beigemessen wird und deshalb nicht explizit erfasst werden muss. Empirische Untersuchungen zeigen jedoch, dass sich Menschen sehr wohl darin unterscheiden, in welchem Ausmaß sie Gesundheit für wichtig und erstrebenswert halten; auch kann sich die subjektive Bewertung über die Lebensspanne verändern (Hooker & Kaus, 1994). Ware und Young (1979), die eine der ersten Forschungsarbeiten zu diesem Thema

publizierten, zeigten, dass in den fünf von ihnen untersuchten Stichproben 20% bis 40% der Studienteilnehmer Gesundheit nicht zu ihren fünf wichtigsten Werten zählten. Frauen messen dabei der Gesundheit einen höheren Wert bei als Männer (Gebhardt, van der Doef & Paul, 2001). Die interindividuell unterschiedliche Bewertung von Gesundheit ist von hoher praktischer Bedeutung, denn diejenigen, für die Gesundheit ein nachgeordnetes Ziel ist, zeigen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit riskantes und mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit gesundheitsbewusstes Verhalten. Ex-Raucher beispielsweise messen Gesundheit einen höheren Wert bei als Raucher (Bennett, Norman, Moore, Murphy & Tudor-Smith, 1997). Ferner sind übergeordnete Werte („Gesundheit ist sehr wichtig für mich“) neben Zielen („Ich möchte gesund bleiben“) wichtig für die motivationale Stabilität im Hinblick auf Gesundheitsverhalten und erleichtern die Setzung von entsprechenden Prioritäten angesichts auftretender Barrieren (Vallacher & Wegner, 1987). Personen, für die andere Lebensbereiche eine höhere Bedeutung haben, weisen eine geringere Zielbindung („commitment“) in Bezug auf gesundheitsbezogene Ziele auf. Sie werden deshalb eher Versuchungen nachgeben und häufiger Zielkonflikte erleben, in denen sie konkurrierenden Zielen den Vorrang geben, als Personen, für die Gesundheit ein zentraler Wert ist.

Der individuelle Wert, der der Gesundheit beigemessen wird („health value“), kann auf verschiedene Art und Weise erfasst werden.

2.1 Absoluter Wert von Gesundheit

Die einfachste Möglichkeit der Erfassung gesundheitsbezogener Werte besteht darin, ein einzelnes Item vorzugeben, z.B. „Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?“ oder „Am wichtigsten im Leben ist mir meine Gesundheit“. Die Antworten können dann auf einer mehrstufigen Schätzsкала (Ratingskala), deren Endpole mit einem verbalen Anker (z.B. völlig unwichtig – sehr wichtig) markiert sind, abgegeben werden.

Lau, Hartmann und Ware (1986) haben eine kurze psychometrische Skala (*Health-Value Scale*) zur Erfassung der subjektiven Wichtigkeit von Gesundheit entwickelt, die aus vier Items besteht. Ein Item lautet beispielsweise „There is nothing more important than good health.“, wobei die Antworten auf einer siebenstufigen Antwortskala gegeben werden. Die interne Konsistenz als Maß für die Zuverlässigkeit dieser vergleichsweise kurzen Skala ist befriedigend (zwischen .63 und .72) und die Einschätzung erwies sich über 18 Monate hinweg mit einer Korrelation von .62 als einigermaßen stabil. Eine ähnliche, ebenfalls vier Items umfassende Skala in deutscher Sprache wurde von Nentwig und Windemuth (1992) vorgelegt. Die *Health-Value Scale* ist das in der Forschung am häufigsten verwendete Verfahren, wobei sie vor allem im Zusammenhang mit der Untersuchung des Einflusses von gesundheitlichen Kontrollüberzeugungen – d.h. die Frage, ob Gesundheit als eine Folge eigenen Verhaltens, als Folge externer Einflüsse oder aber als zufallsbedingt angesehen wird – auf das Gesundheitsverhalten eingesetzt wurde (z.B. Steptoe & Wardle, 2001; Wallston 1992).

Der besondere Vorteil von Rating-Verfahren zur Erfassung des absoluten Wertes von Gesundheit liegt darin, dass diese leicht verständlich und wenig aufwändig sind. Nach Ansicht von Lau et al. (1986) kann damit auf ökonomische Art und Weise zwischen Personen differenziert werden, die hoch bzw. gering motiviert sind, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Dies ermöglicht wiederum die Identifikation von Personen, bei denen Interventionsprogramme vermutlich besonders wirksam sein werden. Die Vorgabe eines Einzelitems ist jedoch häufig nicht ausreichend, weil viele der Befragten einen hohen Wert angeben. In diesem Fall differenziert das Item nicht zwischen Personen und ist wenig nützlich. Die vier Items umfassende *Health-Value Scale* ist demgegenüber nicht nur zuverlässiger, sondern erbringt in der Regel auch eine höhere Varianz in den individuellen Einschätzungen. Dieses ebenfalls sehr globale Maß ist jedoch wenig geeignet, um *spezifisches* Gesundheitsverhalten vorherzusagen. Bennett et al. (1997) beispielsweise berichten, dass die *Health-Value Scale* zwar zwischen Rauchern und Exrauchern differenziert, d.h. zwischen dem Status Rauchen versus Nichtrauchen, nicht aber mit der Anzahl der gerauchten Zigaretten, d.h. mit dem Ausmaß des Risikoverhaltens. Ein weiterer Nachteil dieses Messinstruments ist, dass unklar bleibt, welchen spezifischen Aspekt von Gesundheit, d.h. psychische, physische oder soziale Gesundheit, die Befragten bei der Beantwortung vor Augen haben. Dieses Problem wäre lösbar, indem Items für die verschiedenen Bereiche formuliert würden. Der gravierendste Nachteil von Rating-Verfahren generell ist jedoch, dass nicht ersichtlich wird, ob anderen Zielen im Vergleich zu Gesundheit dieselbe oder eine höhere bzw. niedrigere Wichtigkeit zugeschrieben wird, sondern nur über die absolute Wichtigkeit von Gesundheit Auskunft gegeben wird.

2.2 *Relativer Wert von Gesundheit*

Um den individuellen Wert der Gesundheit differenzierter zu erfassen, ist es notwendig, dass die Bedeutung der Gesundheit *relativ* zu anderen Lebensbereichen eingeschätzt wird. In diesem Fall werden Gesundheit und andere Werte nach Wichtigkeit geordnet, d.h. in eine Rangreihe gebracht (Ranking). Fabrega und Roberts (1972) erfassten die Bedeutsamkeit oder „Salienz“ der Gesundheit („health salience“), indem sie ihren Untersuchungsteilnehmern 500 Dollar als Bezugsgröße zur Verfügung stellten mit der Aufforderung, diese auf verschiedene Lebensbereiche in Abhängigkeit von ihrer subjektiven Wichtigkeit zu verteilen. Lewis, Morisky und Flynn (1978) gaben drei Items im sogenannten Forced-Choice-Format vor, wobei erfragt wurde, ob Gesundheit als weniger wichtig oder wichtiger als Geld, die eigene Familie oder die Arbeit bewertet wird. Ein weiteres Ranking-Verfahren besteht darin, dass die 17 übergeordneten Werte nach Rokeach (1973), die Werte wie z.B. Freiheit, Glück und Weisheit umfassen, und Gesundheit in eine individuelle Rangreihe gemäß ihrer subjektiven Wichtigkeit gebracht werden. In der Studie von Lau et al. (1986) korrelieren die individuellen Rangreihen hoch mit dem durch die *Health-Value Scale* gemessenen absoluten Gesundheitswert: Personen, die den absoluten Wert der Gesundheit hoch bewerten, sprechen damit auch Gesundheit im Vergleich

zu anderen Lebensbereichen einen höheren Wert zu. Im deutschsprachigen Bereich ist der *Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit* von Kraak und Nord-Rüdiger (1989) im Prinzip geeignet, den Stellenwert von Gesundheit als Lebensziel im Vergleich zu anderen Lebenszielen (z.B. Lebensstandard oder Wirkung auf andere) zu erfassen. Bei diesem Verfahren werden die einzelnen Lebensziele jedoch explizit nicht in eine Rangreihe gebracht, sondern ihre jeweilige subjektive Bedeutsamkeit kann aus einem Vergleich ihrer jeweiligen Einschätzung erschlossen werden.

Die Erfassung der *relativen* Wichtigkeit von Gesundheit durch Ranking-Verfahren kann für die Planung von Interventionen sehr hilfreich sein, um zu erfahren, welchen Werten eine Person insgesamt Wichtigkeit beimisst. So können mögliche Zielkonflikte antizipiert und gezielt Handlungsalternativen zur Verfügung gestellt werden. Ein methodischer Vorteil von auf die relative Wichtigkeit von Werten gerichteten Verfahren gegenüber den Rating-Verfahren zur Erfassung des absoluten Wertes von Gesundheit ist, dass verschiedene Bereiche oder Werte (z.B. Gesundheit, Glück) hinsichtlich ihres Grades an sozialer Erwünschtheit ausbalanciert werden können. Personen müssen in diesem Fall eine Präferenz zwischen inhaltlich verschiedenen, hinsichtlich ihrer sozialen Erwünschtheit jedoch vergleichbaren Werten angeben. Mit dieser Methode wird nicht nur der Tendenz zur sozial erwünschten Beantwortung entgegengewirkt, sondern auch der Tendenz, vorgegebenen Items generell zuzustimmen. Ein Nachteil ist indes darin zu sehen, dass Ranking-Verfahren weniger ökonomisch und aufwändiger sind, insbesondere, wenn viele Lebensbereiche gegeneinander abgewogen werden sollen. Problematisch ist ferner, dass in Abhängigkeit von der Auswahl der vorgegebenen Werte die Ergebnisse stark variieren können.

2.3 *Gesundheit als Bestandteil von „possible selves“*

Einen neueren Ansatz zur Erfassung des subjektiven Gesundheitswertes hat Karen Hooker (1992) in Anlehnung an das Konzept der „possible selves“ von Markus und Nurius (1986) vorgestellt. Dieser Ansatz erlaubt einen genaueren Einblick, welche Werte und Ziele aktuell für eine Person von Bedeutung sind. Nach Markus und Nurius (1986) beziehen sich das Wissen und die Vorstellungen über die eigene Person nicht nur auf vergangene Erfahrungen und die Gegenwart, sondern auch auf die Zukunft („possible selves“). Possible selves oder mögliche Formen des Selbst sind als Repräsentationen der eigenen Person in der Zukunft definiert. Diese können günstig sein („hoped-for possible selves“, z.B. erfolgreich zu sein) oder ungünstig („feared possible selves“, z.B. einsam oder krank zu sein). Possible selves können als selbstbezogene und überdauernde Ziele verstanden werden, die dazu motivieren, bestimmte Zustände zu erreichen oder zu vermeiden.

Hooker (1992, 1999) argumentiert nun, dass auch Gesundheit ein Bestandteil der possible selves sein kann, wenn ihr ein hoher Wert beigemessen wird. Die Erhebung erfolgt im *offenen* Antwortformat, d.h. die Befragten antworten offen auf Fragen wie „Is there anything that I haven't already become that I would like to become? What

are my hopes for the future?" Hooker und Kaus (1994) befragten auf diese Weise 171 Erwachsene im Alter von 24-59 Jahren und stellten fest, dass ältere Befragte häufiger possible selves nannten, die sich auf Gesundheit bezogen, als jüngere. Dieser Befund ist auf den ersten Blick nicht überraschend. Aufschlussreich ist jedoch die Art der genannten possible selves. Wenn ein gesundheitsbezogenes mögliches Selbst generiert wurde, dann war dies häufiger ein *negatives* als ein *positives*. Offenbar ist ein befürchtetes mögliches Selbst (z.B. an Krebs zu erkranken, Einbußen an mentalen Kapazitäten) bedeutsamer und persönlich zentraler als ein erhofftes mögliches Selbst (z.B. eine höhere Fitness zu erlangen oder agil und gesund im Alter zu sein). Dies würde die Schlussfolgerung nahe legen, dass gesundheitsbezogenes Verhalten in erster Linie durch Vermeidung oder Furcht vor negativen Ereignissen motiviert wird und nicht durch die Antizipation von günstigen Ergebnissen (siehe dazu auch Frazier, Hooker, Johnson & Kaus, 2000).

Die Erfassung von possible selves ist die differenzierteste und zugleich aussagekräftigste Methode zur Erfassung gesundheitsbezogener Ziel- und Wertvorstellungen. Sie hat eine höhere prognostische Validität, kann also Gesundheitsverhalten besser vorhersagen als der mit der *Health-Value Scale* von Lau et al. (1986) gemessene globale Gesundheitswert. Das mag unter anderem darin begründet sein, dass aufgrund des offenen Antwortformats die Befragten Ziele generieren, die aktuell für sie wichtig sind und nicht auf bereits vorgegebene Antwortschemata reagieren. Die Erfassung von possible selves kann zudem durch ein Ranking-Verfahren ergänzt werden, indem die Befragten die generierten possible selves in eine Rangreihe gemäß der subjektiven Wünschbarkeit bringen. Damit ist dieses Verfahren zur Erfassung individueller Werte und des Stellenwerts von Gesundheit in der Wertehierarchie am besten geeignet. Das gilt in ähnlicher Weise auch für andere Ansätze, in denen offen nach aktuellen Zielen gefragt wird (zum Überblick Brunstein & Maier, 1996).

3. Gesundheitsbezogene Ziele und Intentionen

Für eine erfolgreiche Verhaltensänderung im Sinne einer Initiierung gesundheitsförderlichen Verhaltens ist es nicht hinreichend, dass Gesundheit als sehr bedeutsam bewertet wird, sondern es müssen darüber hinaus spezifische, auf das jeweilige Verhalten bezogene Ziele oder Intentionen formuliert werden. Die Begriffe Ziele, Intentionen und Vorsätze können dabei als austauschbar betrachtet werden.

3.1 Wahrscheinlichkeit und Intensität

Gesundheitsbezogene Intentionen werden in den meisten Fällen anhand eines einzelnen Items erfasst, das spezifisch für das zu untersuchende Gesundheitsverhalten formuliert wird. Die Items können sich dabei entweder auf die subjektive Wahrscheinlichkeit beziehen, dass das erwünschte Zielverhalten oder Ereignis realisiert

wird (subjektive Verhaltensvorhersage), oder aber auf die Intensität der Intention (Davis & Warshaw, 1992; Warshaw & Davis, 1985; siehe Übersicht 1 für Beispiele). Empirisch hat sich gezeigt, dass subjektive Verhaltensvorhersagen bessere Prädiktoren für gesundheitsbezogenes Verhalten sind, allerdings liegt hier der Schwerpunkt auf der Verhaltensvorhersage und weniger auf den Intentionen. Subjektive Verhaltensvorhersagen gehen im Unterschied zu den Zielangaben über die bloße Zielsetzung hinaus und berücksichtigen bereits Aspekte der Wahrscheinlichkeit der Zielrealisierung (z.B. situative Barrieren, wahrgenommene Kompetenz; Sheppard, Hartwick & Warshaw, 1988, siehe auch Maddux & DuCharme, 1997).

Übersicht 1. Beispiele für gesundheitsbezogene Intentionen

1) Subjektive Verhaltensvorhersage:

„During the next four months, do you intend to contracept by means of condoms?“

Antwortmöglichkeiten: „extremely unlikely“ (-3) bis „extremely likely“ (+3)

Quelle: Fekadu & Kraft (2001)

2) Intensität einer Intention:

„Welche Vorsätze haben Sie für die nächsten Wochen und Monate?“

Ich habe mir vorgenommen, ...

... gesünder zu leben.

... während der nächsten Monate regelmäßig (wenigstens 1x pro Woche) sportlich aktiv zu sein.“

Antwortmöglichkeiten: „Diesen Vorsatz habe ich überhaupt nicht“ (1) bis

„Diesen Vorsatz habe ich ganz stark“ (7)

Quelle: Renner, Hahn & Schwarzer (1996)

3.2 Ziel- und Ausführungsintentionen

Intentionen können neben ihrer Intensität nach ihrem Abstraktionsgrad, ihrem Format, ihrer Funktion und ihren Konsequenzen unterschieden werden (Gollwitzer, 1993, 1996; Schaal & Gollwitzer, 2000).

Zielintentionen (Absichten) wie beispielsweise „Ich beabsichtige mit dem Rauchen aufzuhören“ richten sich auf einen gewünschten Zielzustand und sind das Resultat eines Prozesses des Abwägens und der Auswahl zwischen verschiedenen Wünschen und Anliegen. Sie können sich auf ein bestimmtes Ergebnis beziehen, das erreicht werden soll („Ich will 5 kg abnehmen“), oder aber auf die Ausführung einer bestimmten Handlung („Ich habe vor, an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilzunehmen“) und stellen den ersten Schritt in Richtung Verhaltensänderung dar.

Qualitativ verschieden von diesen übergeordneten Zielintentionen sind *Ausführungsintentionen* (Vorsätze, „Implementationsintentionen“), welche sich auf die Zielumsetzung beziehen und das Resultat eines Abwägungs- und Auswahlprozesses bzgl. verschiedener Wege der Zielrealisierung sind. Hier muss ein Prozess des

Planens vorausgehen, in dem das Wann, Wo und Wie der Handlungsausführung festgelegt wird (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Oettingen, 2000). Ausführungsintentionen beinhalten eine spezifische Situation, in der gehandelt werden soll, sowie die Art des Handelns und haben das Format: „In der Situation X führe ich Verhalten Y aus“ („Ab nächste Woche werde ich jeden Montag im Schwimmbad für eine Stunde schwimmen gehen“). Sie werden auf der Grundlage der Zielintentionen gebildet; sie sind diesen untergeordnet und daher weniger abstrakt. Ihre Funktion besteht darin, Schwierigkeiten bei der Initiierung und Ausführung zielrealisierender Handlungen, z.B. durch Ablenkungen oder Stimmungen, zu überwinden.

Zielintentionen dienen im Gegensatz zu den Ausführungsintentionen dazu, Wünsche und Anliegen in verbindliche Ziele zu transformieren. Entsprechend unterschiedlich sind auch die Konsequenzen für den Prozess der Verhaltensänderung. Aus Zielintentionen entsteht die Verpflichtung, den angestrebten Zustand zu erreichen, während aus Ausführungsintentionen die Verpflichtung resultiert, ein ganz bestimmtes Verhalten in einer kritischen Situation, d.h. einer antizipierten günstigen Gelegenheit, auszuführen. Zielintentionen, die mit Ausführungsintentionen ergänzt werden, haben eine deutlich höhere Realisierungsrate, wie Sheeran and Orbell (2000) demonstrierten. In einer Stichprobe von 114 Frauen erfassten sie die individuelle Einstellung gegenüber Vorsorgeuntersuchungen für Gebärmutterhalskrebs (z.B. lohnenswert, beruhigend, wichtig) sowie die Ausprägung der Zielintention („Ich habe vor, in den nächsten drei Monaten an einer Vorsorgeuntersuchung für Gebärmutterhalskrebs teilzunehmen.“). Zusätzlich baten sie die Hälfte der Frauen niederzuschreiben, wann, wo und wie sie einen Termin zur Gebärmutterhalskrebsvorsorge vereinbaren werden, d.h. sie erfragten eine Ausführungsintention, während die andere Hälfte diese Aufforderung nicht erhielt. Beide Gruppen waren in gleicher Weise motiviert, an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen. Sie unterschieden sich weder hinsichtlich ihrer Einstellung gegenüber der Vorsorgeuntersuchung noch im Ausmaß der Zielintention. Entscheidend war jedoch, ob zusätzlich eine konkrete Ausführungsintention formuliert wurde. Drei Monate nach der Befragung hatten 92 % der Frauen aus der Gruppe, die zusätzlich zur Zielintention ihre Ausführungsintention explizierte, an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen im Gegensatz zu 69 % der Frauen aus der Gruppe, die nur ihre Zielintention angab. Vergleichbare Ergebnisse berichten auch Sheeran und Orbell (1999) sowie Verplanken und Faes (1999).

Die Erfassung von Ziel- und Ausführungsintentionen ist einerseits unter dem Gesichtspunkt der Ökonomie empfehlenswert. Dieses Verfahren erlaubt zudem eine gute Verhaltensvorhersage und kann darüber hinaus auch als Interventionsstrategie verwendet werden, indem die Befragten durch die Formulierung der Ausführungsintention zur konkreteren Planung der Zielrealisierung angeregt werden. Dabei ist es wichtig zu berücksichtigen, welche Ziele auf der Ebene der globalen Zielintention und welche auf der Ebene der konkreten Ausführungsintention anzusiedeln sind. Zudem wäre es sinnvoll, in einer Vorstudie *individuelle* Zielmatrizen zu erheben und auf deren Grundlage häufig genannte Ziele zu selektieren, um sicher zu stellen, dass auch die relevanten Absichten erfasst werden. Schließlich ist es wichtig darauf zu

achten, dass zwischen Zielen und ihrer wahrgenommenen Realisierungswahrscheinlichkeit, d.h. subjektiven Verhaltensvorhersagen, klar getrennt wird.

3.3 Individuelle Zielstrukturen

Es erscheint plausibel, dass Zielintentionen, die durch spezifische Handlungspläne, d.h. Ausführungsintentionen unterstützt werden, mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in die Tat umgesetzt werden, da sie verhaltensnäher sind und aufgrund der vorausgegangenen Phase der Handlungsplanung konkretere Verhaltensweisen spezifizieren. Fuchs (1997) merkt in diesem Zusammenhang jedoch kritisch an, dass Ziel- und Ausführungsintentionen je nach ihrem Stellenwert in einer Zielhierarchie schwer unterscheidbar sind. Beispielsweise kann die Intention „Ich beabsichtige, an einer Krebsvorsorgeuntersuchung teilzunehmen“ eine globale Zielintention sein oder aber eine Spezifikation einer übergeordneten Zielintention („Ich beabsichtige, mehr auf meine Gesundheit zu achten“) und damit eine Ausführungsintention. Seiner Ansicht nach ist es notwendig, die persönlichen *Zielstrukturen* zu bestimmen, um zu entscheiden, um welchen Typus von Intentionen es sich handelt.

Die Erfassung von Zielstrukturen oder Zielhierarchien ist vor allem für die Planung von Interventionsstrategien bedeutsam, da gesundheitsbezogene Ziele aus verschiedenen Gründen realisiert werden können. Bagozzi und Edwards (2000) gehen davon aus, dass der Grad der Elaborierung und der Vernetzung einzelner Ziele die Wahrscheinlichkeit der Zielrealisierung maßgeblich beeinflusst. Je häufiger ein Ziel mit anderen, nachgeordneten Zielen verbunden ist, desto wahrscheinlicher ist es, dass Anstrengungen unternommen werden, dieses auch zu realisieren. In einer Untersuchung befragten sie 197 Studenten und Studentinnen, ob sie vorhaben, während der nächsten vier Wochen abzunehmen, und baten sie zusätzlich, fünf Gründe anzugeben, warum sie diese Absicht haben (erste Begründungsebene). Anschließend sollten die Befragten für jeden der genannten Gründe angeben, warum dieser für sie persönlich wichtig ist (zweite Begründungsebene). In einem dritten und letzten Schritt sollte auch für diese Begründungen wiederum angegeben werden, warum sie von persönlicher Wichtigkeit sind (dritte Begründungsebene). Insgesamt konnte damit eine Person 15 Ziele auf drei verschiedenen Abstraktionsniveaus angeben, die mehr oder weniger direkt in Zusammenhang mit dem Vorsatz der Gewichtsreduzierung standen. Anhand derartiger Daten kann eine Ziel-Matrix erstellt werden, die Auskunft darüber gibt, wie häufig ein Ziel von einem anderen abhängt bzw. ein anderes Ziel bedingt („implication matrix“). Die Ergebnisse zeigten, dass Frauen eine stärkere Vernetzung der einzelnen Ziele aufweisen, wobei ihr zentrales zugrunde liegendes Ziel „wohlfühlen“ war, während für Männer die Verbesserung ihres Selbstwertgefühls im Mittelpunkt stand. Ein weiteres Ergebnis dieser Studie war, dass Männer und Frauen in gleicher Weise als Grund für eine Gewichtsabnahme das Ziel nannten, wieder in die Kleidung zu passen. Allerdings gaben Männer in erster Linie nur einen Grund für dieses Ziel an - sie erhofften sich davon, Geld zu sparen. Frauen nannten diesen Grund nicht nur seltener, sondern sie gaben häufig

darüber hinaus weitere Gründe an, beispielsweise eine höhere Akzeptanz durch andere, eine höhere Attraktivität und ein höheres Wohlbefinden.

Die differenzierte Erfassung von Zielhierarchien ist sehr aufwändig und der Zusammenhang mit konkretem Verhalten wurde bisher nicht empirisch untersucht. Dennoch könnte dieses Verfahren im Rahmen der individuellen Gesundheitsförderung nützlich sein, um beispielsweise Ziele, die nicht Teil der persönlichen Zielstruktur oder aber unrealistisch sind, zu identifizieren. Zudem erlaubt dieses Verfahren im Gegensatz zu den anderen die Bestimmung der Stärke der Beziehung zwischen Zielen und ihrer Hierarchie.

4. Gesundheitsbezogene Erwartungen

Ziele oder Intentionen beinhalten die Gründe für ein bestimmtes Verhalten. Damit jedoch zielgerichtetes Verhalten gezeigt wird, bedarf es zusätzlich der Erwartung, dass Ziele auch erreicht werden können. Mit anderen Worten, es muss eine positive Erwartung im Hinblick auf zukünftige Entwicklungen und Ergebnisse bestehen. Wie Ziele und Intentionen können auch Erwartungen situationsspezifisch oder aber generalisiert, d.h. relativ zeitstabil und situationsübergreifend sein. So kann eine Person zuversichtlich sein, dass sie beim heutigen Mittagessen auf Fleisch verzichtet, oder aber, dass sie sich auch im hohen Alter bester Gesundheit erfreuen und ein erfülltes Leben haben wird.

4.1 Generalisierte positive Erwartungen

Generalisierte positive Erwartungen können als Dispositionen verstanden werden, d.h. als Persönlichkeitsmerkmale, die intraindividuell relativ stabil über die Zeit und konsistent über unterschiedliche Situationen hinweg sind, interindividuell aber unterschiedlich ausgeprägt sind. Gegenwärtig finden sich in der Literatur vor allem drei solcher Merkmale: Dispositionaler Optimismus, Hoffnung und Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung.

Dispositionaler Optimismus. Dispositionaler Optimismus beinhaltet nach Scheier und Carver (1985, 1992; zum Überblick: Carver & Scheier, 2001) die allgemeine positive Ergebniserwartung, dass „alles gut gehen wird“. Er stellt die am höchsten generalisierte Form von positiven Erwartungen dar. Optimisten erwarten häufiger positive und seltener negative Ereignisse als Pessimisten. Nach Ansicht von Carver und Scheier (2001) basieren diese generalisierten Erwartungen auf der Bewertung von situativen Bedingungen und personellen Ressourcen. Handlungsrelevant wird der dispositionale Optimismus in erster Linie in neuen oder unklaren bzw. ungewissen Situationen, für die aufgrund unzureichender Erfahrung keine spezifischen Erwartungen generiert werden können. Optimisten blicken zuversichtlich in die Zukunft, was ihnen erlaubt, so die Annahme, trotz auftretender Barrieren ihren Einsatz zu verstärken und nicht vorschnell aufzugeben. Pessimisten hingegen hegen

eher Zweifel, ob sie Barrieren erfolgreich überwinden können. Wenn die Zielerreichung jedoch unwahrscheinlich ist, zeigen Optimisten im Gegensatz zu Pessimisten ein schnelleres „Disengagement“, d.h. sie können sich von unerreichbaren Zielen schneller lösen (Carver & Scheier, 2001).

Gemessen wird dispositionaler Optimismus mit Hilfe einer psychometrischen Skala (Life Orientation Test, LOT), der acht Items umfasst, von denen vier Items positive Erwartungen und vier Items negative Erwartungen zum Inhalt haben (Scheier & Carver, 1985). Itembeispiele sind „Ich blicke stets optimistisch in die Zukunft“ oder „Wenn etwas schlecht für mich ausgehen kann, so geschieht das auch“ (deutsche Version, Wieland-Eckelmann & Carver, 1990). Die deutsche Version des LOT ist, ähnlich wie die englische Version, mit einer internen Konsistenz von .85 sehr zuverlässig. Scheier, Carver und Bridges haben 1994 eine Kurzform des LOT vorgestellt, der „Revised Life Orientation Test“ (LOT-R), der nur drei positive und drei negative Items enthält. Diese Kurzform wird immer häufiger eingesetzt, da sie eine vergleichbar gute Zuverlässigkeit aufweist (interne Konsistenz: .78; Testwiederholung nach vier Monaten: .68) und mit dem LOT hoch korreliert ($r = .95$).

Unbefriedigend ist an dem Konzept des dispositionalen Optimismus eine gewisse Unschärfe, die darin liegt, dass offen gelassen wird, ob sich die Dinge von allein, durch die Hilfe von anderen oder durch eigenes Handeln positiv entwickeln. Erfasst wird demnach eine generalisierte, situationsunspezifische Ergebniserwartung, in die sowohl Konsequenz- als auch Kompetenzerwartungen mit einfließen können. Diese konzeptuelle Unschärfe kann die Interpretation von Befunden erschweren (Schwarzer & Renner, 1997). Ein weiteres Problem stellt die gegenwärtige Erfassung des dispositionalen Optimismus dar. Aus theoretischer Perspektive sollte es sich dabei um ein *eindimensionales*, bipolares Konstrukt handeln mit Optimismus und Pessimismus als den beiden Polen. Jede Person würde so einen Wert auf dieser Dimension erhalten. Empirisch hat sich jedoch wider Erwarten gezeigt, dass Optimismus und Pessimismus zwei *verschiedene* Dimensionen darstellen. Carver und Scheier (2001) schlagen daher vor, zwei separate Skalen zu bilden, wobei die Optimismusskala die Erwartung misst, positive Ziele zu erreichen, während die Pessimismusskala die Erwartung erfasst, negative Ereignisse nicht vermeiden zu können. Dies ist jedoch ein rein pragmatischer Vorschlag, der keine überzeugende Lösung des Problems darstellt. Theoretisch bedeutet dies nämlich, dass eine Person im Prinzip erwarten kann, dass sie positive Ziele erreichen wird (hoher Wert auf der Optimismusskala), und zugleich, dass sie negative nicht vermeiden kann (hoher Wert auf der Pessimismusskala). So entsteht das Paradox, dass Menschen „optimistisch-pessimistisch“ in die Welt schauen können.

Hoffnung. Ein weiteres Konzept, das generalisierte positive Erwartungen beinhaltet, ist das der *Hoffnung* („hope“), das von der Arbeitsgruppe um Snyder (Snyder et al., 1991; zum Überblick: Snyder, Sympson, Michael & Cheavens, 2001; siehe auch Hammelstein & Roth, 2002) entwickelt wurde. Hoffnung wird definiert als zielorientiertes Denken, das zwei Komponenten enthält: (a) eine hohe Motivation oder Bestimmtheit, ein gestelltes Ziel zu verfolgen und zu erreichen („agency“) und (b) die Überzeugung, dass man einen oder mehrere Wege zur Zielerreichung finden wird

(„pathways“). „Agency“ wird von Snyder et al. (2001) auch als die Überzeugung verstanden, dass zielrealisierende Handlungen erfolgreich initiiert und aufrechterhalten werden können. Diese Überzeugung steht in einer Wechselbeziehung mit der zweiten, der strategischen Komponente („pathways“), d. h. der wahrgenommenen Fähigkeit, Strategien zur Zielerreichung zu generieren. Theoretisch wird angenommen, dass beide Komponenten notwendig sind, damit die Realisierung von Zielen initiiert wird. Das Konstrukt der Hoffnung wird sowohl als Disposition erfasst als auch als ein aktueller Zustand. Die zur Erfassung entwickelte „Hope Scale“ (Snyder et al., 1991) beinhaltet vier „agency“-bezogene Items (z.B. „I meet the goals that I set for myself“) und vier „pathway“-bezogene Items (z.B. „I can think of many ways to get out of jam“). Die interne Konsistenz der Gesamtskala als Maß für ihre Zuverlässigkeit variiert zwischen .74 und .84 und kann als ausreichend bis gut bezeichnet werden, wobei die beiden Subskalen eine etwas geringere Zuverlässigkeit aufweisen.

Die Besonderheit des Konstrukts *Hoffnung* liegt darin, dass zwei Komponenten als Voraussetzung für die Initiierung von Verhalten angesehen werden. Die „agency“-bezogene Komponente soll die Erwartung erfassen, dass anhand eigener Kompetenzen Ziele realisiert werden können. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Items zeigt sich jedoch, dass diese keineswegs immer die eigene Kompetenz als Mittel der Zielerreichung thematisieren, sondern vielmehr die Zielerreichung selbst. Der Vorteil des Konstruktes liegt nach Ansicht von Snyder et al. (2001) vor allem in der Erfassung der wahrgenommenen Fähigkeit, verschiedene Möglichkeiten der Zielerreichung finden zu können („pathway“-Komponente), die als notwendige Ergänzung zu „agency“ konzeptualisiert wird. So muss eine Person eine hohe Motivation aufweisen und sich gleichzeitig eine hohe Fähigkeit zusprechen, effektive Strategien zu finden. Empirisch wurde diese Annahme bisher jedoch nicht überprüft.

Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung. Positive Zukunftserwartungen stellen ebenfalls das Kernstück des Konzeptes der *Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* (oder Kompetenzerwartung) dar; sie beinhaltet die Einschätzung der eigenen Kompetenzen, allgemein mit Schwierigkeiten und Barrieren im täglichen Leben zurechtzukommen. Grundlage ist das Konzept der wahrgenommenen Selbstwirksamkeit (perceived self-efficacy) von Bandura, das einen wesentlichen Aspekt seiner sozial-kognitiven Theorie (Bandura, 1997) ausmacht. Im Gegensatz zu Bandura, der den Gültigkeitsbereich des Konstruktes ausdrücklich auf *spezifisches* Verhalten einschränkt, wird in dem Konzept der *Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung* die subjektiv wahrgenommene Verfügbarkeit von Handlungsressourcen als generalisiert und in diesem Sinn als Persönlichkeitsmerkmal konzeptualisiert (Schwarzer, 1994). Das Konzept beruht auf der Annahme, dass Menschen ihre Erfolgserfahrungen sich selbst zuschreiben und diese Zuschreibung eigener Fähigkeit als Erwartung hinsichtlich zukünftiger Ereignisse generalisieren. Die generelle Überzeugung, eine neue oder schwierige Aufgabe auch dann erfolgreich lösen zu können, wenn sich Widerstände in den Weg stellen, stellt eine wichtige personale Ressource dar, die sowohl die Zielsetzung selbst als auch den Prozess der Zielerreichung beeinflusst. Personen mit einer hohen Selbstwirksamkeitserwartung setzen sich höhere Ziele, investieren

mehr Anstrengung und zeigen eine höhere Ausdauer. Eine leichte und damit optimistische Überschätzung der eigenen Handlungskompetenzen bezeichnet Schwarzer als *funktionalen Optimismus*, da dadurch adaptives Verhalten begünstigt wird (Renner & Schwarzer, 2000, in press; Schwarzer, 1994; Schwarzer & Renner, 1997).

Eine Skala zur Erfassung der „Allgemeinen Selbstwirksamkeitserwartung“ wurde von Jerusalem und Schwarzer (1986) entwickelt (Schwarzer, 1994; siehe auch <http://userpage.fu-berlin.de/~health/germscal.htm>). Die Skala umfasst zehn Items (z.B. „Für jedes Problem kann ich eine Lösung finden“) und ist sehr zuverlässig (interne Konsistenz .80 bis .90). Eine allgemeine Kompetenzüberzeugung im Sinne eines generalisierten Selbstkonzeptes eigener Fähigkeiten kann zudem mit einer entsprechenden Teilskala innerhalb des *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen* von Krampen (1991) erfasst werden.

Von allen drei Konzepten ist die *Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung* am stringentesten formuliert, da diese sich ausschließlich auf die Erwartung bezieht, aufgrund einer Handlung gesetzte Ziele zu erreichen. Damit wird nicht nur die Zielerreichung selbst, sondern auch die Art und Weise, wie das Ziel realisiert wird, erfasst. Diese erlaubt eine eindeutigere Interpretation von Befunden. Es ist jedoch anzunehmen, dass die drei Konstrukte positiv miteinander korrelieren, wie es bereits für die Allgemeine Selbstwirksamkeitserwartung und den dispositionalen Optimismus (Schwarzer, 1994) demonstriert wurde. Studien dazu, welches der drei Instrumente besser zur Verhaltensvorhersage geeignet ist, liegen jedoch bisher nicht vor. Allerdings bestätigen Studien für alle drei Messinstrumente deren praktische Relevanz, wobei die Studien zum dispositionalem Optimismus wesentlich zahlreicher sind. Für den dispositionellen Optimismus konnte beispielsweise in umfangreichen längsschnittlichen Untersuchungen von Bypass-Patienten und Krebspatientinnen für Optimisten im Vergleich zu Pessimisten eine schnellere und bessere Genesung nach der Operation nachgewiesen werden (zum Überblick: Scheier, Carver & Bridges, 2001; siehe auch Hoyer, 2000). Ähnliches wurde auch für Hoffnung im Zusammenhang mit einer Rückenmarksoperation gefunden (Elliott, Witty, Herrick & Hoffman, 1991). Die Allgemeine Selbstwirksamkeit konnte den perzipierten Gesundheitsstatus und körperliche Symptome nach einem Jahr vorhersagen (Schwarzer & Jerusalem, 1994).

4.2 Situationsspezifische positive Erwartungen

Carver und Scheier (1988) nehmen an, dass der dispositionale Optimismus in ähnlicher Weise zur Verhaltensvorhersage genutzt werden kann wie situationsspezifische Erwartungen. Empirisch hat sich jedoch gezeigt, dass generalisierte Erwartungen nur schlecht vorhersagen können, wie optimistisch eine Person in einer spezifischen Situation die Wahrscheinlichkeit der Zielerreichung einschätzt. Spezifische Erwartungen erweisen sich meistens als stärkerer Prädiktor für Gesundheitsverhalten als generalisierte Erwartungen (Armor & Taylor, 1998). In aktuellen Modellen zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitsverhalten (siehe Renner & Schwarzer, 2000, in press; Snichotta & Schwarzer, in diesem Band) finden sich entsprechend nur

situationspezifische Erwartungen als Prädiktoren für das Gesundheitsverhalten. Ein wichtiges Unterscheidungsmerkmal im Hinblick auf Erwartungen ist der Gegenstand, auf den sie sich beziehen. Schwarzer (1994) unterscheidet in Anlehnung an Heckhausen (1980) und Bandura (1997) drei verschiedene Erwartungstypen (siehe Abb. 1), die an dem folgenden Beispiel verdeutlicht werden sollen.

Eine Person hat sich das Ziel gesetzt, ihren Cholesterinwert zu senken (Zielintention). Aus diesem Grund beschließt sie, ab nächster Woche nur noch fettarme Fleisch- und Milchprodukte zu konsumieren (Ausführungsintention). Die Senkung des Cholesterinwertes ist damit ein erwünschtes Ergebnis der Ernährungsumstellung (Handlung). Die Zuversicht oder die subjektive Wahrscheinlichkeit, dass die Ernährungsumstellung auch zu dem erwünschten Ergebnis (Konsequenz) führt, wird als *Konsequenzerwartung* bezeichnet. Auf der Grundlage von Konsequenzerwartungen werden *Kompetenzerwartungen* oder auch *Selbstwirksamkeitserwartungen* generiert. Diese beziehen sich auf die Erwartung, die zielführende Handlung mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ausführen zu können. Ein dritter Erwartungstyp richtet sich auf die wahrgenommene Wahrscheinlichkeit, dass die Zukunft für einen selbst eher positive oder eher negative Ereignisse bringen wird, unabhängig davon, wie sie zustande kommen. Diese Erwartungen werden als *Ergebniserwartungen* bezeichnet.

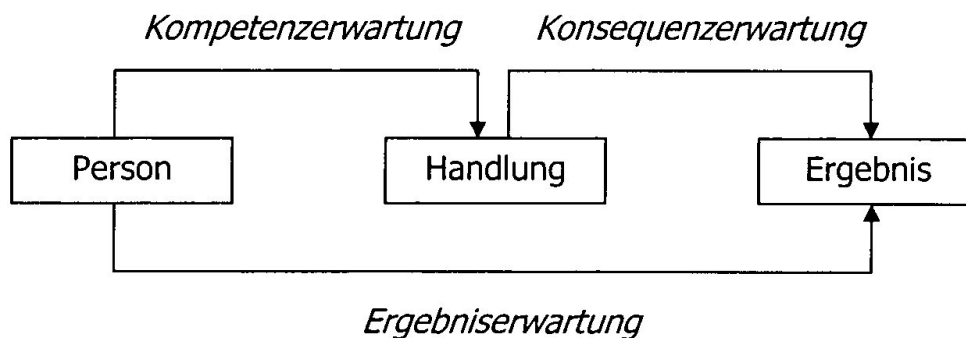


Abbildung 1. Erwartungstypen

Die drei Formen der Erwartungen werden ähnlich wie die Intentionen in den meisten Fällen spezifisch für die Zwecke der jeweilige Studie erfasst, so dass bisher keine allgemein akzeptierten und psychometrisch überprüften Messinstrumente vorliegen. Beispiele zum Bereich Ernährung, körperliche Aktivität, Rauchen und Alkoholkonsum finden sich bei Renner et al. (1996). Im Folgenden werden die drei verschiedenen Erwartungen und ihr Zusammenhang zum gesundheitsbezogenen Verhalten näher betrachtet.

Ergebniserwartungen. Aktuelle Modelle zum Gesundheitsverhalten (siehe Renner & Schwarzer, 2000, in press; Sniehotta & Schwarzer, in diesem Band) nehmen an, dass die Wahrnehmung eines Risikos bzw. das Erleben persönlicher Verwundbarkeit (Vulnerabilität) einen Ausgangspunkt zur Motivation präventiven Handelns darstellt (Weinstein, 1993, in press). Die Einschätzung der eigenen Verwundbarkeit wird meist anhand von Fragen erfasst wie „Für wie wahrscheinlich halten Sie es,

dass Sie einmal einen Herzinfarkt erleiden werden?“ und kann als eine spezifische Ergebniserwartung verstanden werden. Studienergebnisse zeigen, dass diese generell häufig als zu gering oder zu optimistisch eingeschätzt wird (Renner & Schwarzer, in press; Schwarzer & Renner, 1997). Die Tendenz, die eigene Vulnerabilität als unterdurchschnittlich zu bewerten, bezeichnete Weinstein (1980) als „optimistischen Fehlschluss“ oder „unrealistischen Optimismus“. Zur Erfassung des optimistischen Fehlschlusses werden verschiedene Methoden eingesetzt (zum Überblick: Renner, 2000). Weinstein demonstriert ihn, indem er von den Befragten Vergleichsurteile verlangt wie z.B. „Was glauben Sie, wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass Sie einen Herzinfarkt erleiden werden im Vergleich zu anderen Menschen Ihres Geschlechts und Alters?“ Perloff und Fetzer (1986) dagegen erfragen statt eines direkten Vergleichsurteils zwei getrennte absolute Einschätzungen, die sich zum einen auf das absolute persönliche Risiko und zum anderen auf dasjenige einer Bezugsgruppe richten. Für den Nachweis eines unrealistischen Optimismus ist entscheidend, dass im Mittel das persönliche Risiko geringer bewertet wird als das der vorgegebenen Vergleichsgruppe.

Konsequenzerwartungen. Konsequenzerwartungen sind subjektive Vorstellungen über die Konsequenzen einer Handlung (Bandura, 1997). Erfasst werden sie durch Aussagen der folgenden Art: „Wenn ich regelmäßig sportlich aktiv wäre, dann wäre ich weniger anfällig für Krankheiten“. Solche Konsequenzerwartungen können durch eine systematische Gesundheitsaufklärung vermittelt werden. Eine Person kann dabei über ein komplexes System verschiedener Konsequenzerwartungen verfügen, wobei sich die einzelnen Erwartungen hinsichtlich der wahrgenommenen Effizienz einer Handlung unterscheiden können. So kann eine Person beispielsweise der Meinung sein, dass eine Gewichtsabnahme am wirkungsvollsten ihre Blutfette reduziert, während ein Rauchverzicht nur in geringem Maße zielführend ist. Zudem führt eine Handlung meist nicht nur zu einer, sondern zu vielen Konsequenzen mit unterschiedlicher Wertigkeit und Wahrscheinlichkeit. Beispielsweise kann eine Person überzeugt sein, eine fettarme Ernährung würde ihrer Gesundheit gut tun, ihr soziales Ansehen erhöhen, aber auch einen teuren und zeitintensiven Einkauf mit sich bringen. Konsequenzerwartungen können demnach in verschiedene Klassen unterteilt werden. Ganz in diesem Sinne hat Fuchs (1994; Fuchs & Schwarzer, 1994) sportbezogene Konsequenzerwartungen empirisch in fünf verschiedene Dimensionen aufgeteilt (Gesundheit, Soziales, Figur/Gewicht, Aufwand und Besorgnisse) und gezeigt, dass aufwandbezogene Konsequenzerwartungen wie beispielsweise Selbstüberwindung das künftige Sportverhalten von 41- bis 60-Jährigen am besten vorher-sagen können.

Kompetenzerwartungen. Damit gesundheitsbezogene Vorsätze gebildet werden, muss eine Person auch davon überzeugt sein, dass sie tatsächlich in der Lage ist, dieses unter Umständen schwierige Gesundheitsverhalten auch erfolgreich ausführen zu können. Je höher die Einschätzung der eigenen Kompetenz ist, umso anspruchsvoller sind die gesetzten Ziele und um so stärker ist die Zielbindung (Fuchs, 1997). Ohne die Erwartung, selbst über die notwendigen Kompetenzen zu verfügen, werden auch unter Umständen vorhandene Fähigkeiten nicht wirksam, und eine konstruktive,

aktive Auseinandersetzung mit situativen Anforderungen wird nicht initiiert. Ein Beispiel für die Erfassung einer Kompetenzerwartung ist die Aussage „Ich bin sicher, dass ich mich auch dann fettarm ernähren kann, wenn meine Familie ihre fettreiche Ernährung beibehält“. Eine in ihrer Gültigkeit überprüfte Skala zur Erfassung der Kompetenzerwartung hinsichtlich der sportlichen Aktivität wurde von Fuchs (1994) vorgelegt. Weitere Messinstrumente zur Erfassung von Kompetenzerwartungen für verschiedene Bereiche des Gesundheitsverhaltens finden sich bei Schwarzer (1993) sowie Renner et al. (1996).

In neueren Arbeiten wird der Einfluss von Kompetenzerwartung auf das Gesundheitsverhalten in verschiedenen Phasen einer Verhaltensänderung beleuchtet (Dijkstra & de Vries, 2000; Marlatt, Baer & Quigley, 1995). Beispielsweise kann eine Person zuversichtlich sein, dass sie zwar mit einer Umstellung ihres Verhaltens beginnen kann, aber Zweifel hegen, ob es ihr gelingen wird, das veränderte Verhalten auch langfristig aufrechtzuerhalten. Schwarzer und Renner (2000; Renner & Schwarzer, in press) unterscheiden daher in Anlehnung an Marlatt et al. (1995) zwischen „action self-efficacy“, die sich auf die Initiierung eines veränderten Verhaltens, und „coping self-efficacy“, die sich auf dessen Aufrechterhaltung bezieht.

Eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen zeigt, dass spezifische Erwartungen bei der Bewältigung von Stress, beim Umgang mit chronischen Leiden, bei der Entwöhnung von psychotropen Substanzen wie Alkohol und Medikamente und beim Aufbau von Gesundheitsverhaltensweisen eine zentrale Rolle spielen (Abraham & Sheeran, 2000). Die Kompetenzerwartung ist für sich allein genommen bereits ein wichtiger Prädiktor für Verhaltensänderungen (Bandura, 2000). Ähnliches gilt auch für die Konsequenzerwartungen, die einen ebenso starken, teilweise sogar stärkeren Einfluss beispielsweise auf das Ernährungsverhalten haben (Renner & Schwarzer, in press). Allerdings sind die beiden Erwartungstypen als sich einander ergänzend zu verstehen, insbesondere wenn es gilt, komplexe oder aufwändige Verhaltensänderungen umzusetzen. Die wahrgenommene Vulnerabilität hingegen ist häufig weniger bedeutsam. Dies mag unter anderem darin begründet sein, dass diese vor allem zu Beginn des motivationalen Prozesses von Bedeutung ist, nachfolgend aber Kompetenz- und Konsequenzerwartungen entscheidend für die Initiierung und Aufrechterhaltung einer Verhaltensänderung sind (Renner & Schwarzer, in press).

5. Ausblick

Die hier vorgestellten Konstrukte wurden bisher fast ausschließlich im Rahmen von Forschungsarbeiten eingesetzt, so dass sie, vor allem angesichts der in der Regel fehlenden Normierung auf der Basis repräsentativer Stichproben, für den Einsatz im Bereich der Einzelfalldiagnostik nur eingeschränkt zu empfehlen sind. Im Kontext einer Verhaltensdiagnostik zur Planung von Interventionen bieten gesundheitsbezogene Ziele und Erwartungen jedoch wichtige Informationen und Hinweise auf Aspekte, die eine gesundheitsbezogene Intervention gefährden oder aber fördern können. Besonders aussagekräftig und hilfreich sind Informationen über individuelle

Zielstrukturen und Zielhierarchien, die Hinweise auf mögliche Zielkonflikte geben können, sowie über spezifische Konsequenz- und Kompetenzerwartungen. Hier kann bei der Erfassung auf die vorgestellten Verfahrenstypen zurückgegriffen werden, wobei es in vielen Fällen zu empfehlen ist, für die jeweilige Fragestellung spezifische Items zu entwickeln

Generalisierte Verfahren erlauben hingegen einen vergleichsweise „groben“ Einblick darin, welche Personen hoch bzw. gering motiviert sind, sich gesundheitsbewusst zu verhalten und bei welchen Personen Interventionsprogramme besonders wirksam sein werden. Beispielweise kann im Rahmen von Rehabilitationsmaßnahmen, die erfordern, dass die Patienten regelmäßig ein bestimmtes Bewegungsprogramm absolvieren, die Erfassung der Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität dazu beitragen, bereits zu Beginn diejenigen Personen zu identifizieren, die mit hoher Wahrscheinlichkeit das Programm abbrechen werden, so dass vorzeitig gezielte Motivationsmaßnahmen eingeleitet werden können (Fuchs & Schwarzer, 1994).

6. Literatur

- Abraham, C. & Sheeran, P. (2000). Understanding and changing health behavior: From health beliefs to self-regulation. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior* (S. 3-24). Amsterdam: Harwood.
- Armor, D.A. & Taylor, S.E. (1998). Situated optimism: Specific outcome expectancies and self-regulation. *Advances in Experimental Social Psychology*, 30, 309-379.
- Bagozzi, R.P. & Edwards, E.A. (2000). Goal setting and goal pursuit in the regulation of body weight. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior* (pp. 261-297). Amsterdam: Harwood.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior* (pp. 299-339). Amsterdam: Harwood.
- Beach, L.R. (1990). *Image theory: Decision making in personal and organizational contexts*. Chichester, NJ: Wiley.
- Bennett, P., Norman, P., Moore, L. & Murphy, S. & Tudor-Smith, C. (1997). Health locus of control and value for health in smokers and nonsmokers. *Health Psychology*, 16, 179-182.
- Brunstein, J.C. & Maier, G.W. (1996). Persönliche Ziele: Ein Überblick zum Stand der Forschung. *Psychologische Rundschau*, 47, 146-160.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1988). A control-process perspective on anxiety. *Anxiety Research. An International Journal*, 1, 17-22.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (2001). Optimism, pessimism and self-regulation. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 31-51). Washington, DC: American Psychological Association.
- Davis, F.D. & Warshaw, P.R. (1992). What do intention scales measure? *Journal of General Psychology*, 119, 391-407.

- Dijkstra, A. & De Vries, H. (2000). Clusters of precontemplating smokers defined by the perception of the pros, cons, and self-efficacy. *Addictive Behaviors*, *25*, 373-385.
- Elliot, T.R., Witty, T.E., Herrick, S. & Hoffman, J.T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression, and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 608-613.
- Fabrega, H., Jr. & Roberts, R.E. (1972). Social psychological correlates of physician use by economically disadvantaged Negro urban students. *Medical care*, *10*, 215-223.
- Fekadu, Z. & Kraft, P. (2001). Predicting intended contraception in a sample of Ethiopian female adolescents: The validity of the theory of planned behavior. *Psychology and Health*, *16*, 207-222.
- Frazier, L.D., Hooker, K., Johnson, P.M. & Kaus, C.R. (2000). Continuity and change in possible selves in later life: A 5-Year longitudinal study. *Basic and Applied Social Psychology*, *22*, 237-243.
- Fuchs, R. (1994) Änderungsdruck als motivationales Konstrukt: Überprüfung verschiedener Modelle zur Vorhersage gesundheitspräventiver Handlungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, *25*, 95-107.
- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen: Hogrefe.
- Fuchs, R. & Schwarzer, R. (1994). Selbstwirksamkeit zur sportlichen Aktivität: Reliabilität und Validität eines neuen Messinstruments. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *15*, 141-154.
- Gebhardt, W.A., van der Doef, M.P. & Paul, L.B. (2001). The Revised Health Hardiness Inventory (RHHI-24): Psychometric properties and relationship with self-reported health and health behavior in two Dutch samples. *Health Education Research*, *16*, 579-592.
- Gollwitzer, P.M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In M. Hewstone & W. Stroebe (Eds.), *European Review of Social Psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). London: Wiley.
- Gollwitzer, P.M. (1996). The volitional benefits of planning. In P.M. Gollwitzer & J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action* (pp. 287-312). New York: Guilford Press.
- Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, *54*, 493-503.
- Gollwitzer, P.M. & Oettingen, G. (2000). The emergence and implementation of health goals. In P. Norman, C. Abraham & M. Conner (Eds.), *Understanding and changing health behavior* (pp. 229-260). Amsterdam: Harwood.
- Hammelstein, P. & Roth, M. (2002). Hoffnung – Grundzüge und Perspektiven eines vernachlässigten Konzeptes. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *23*, 191-203.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Heidelberg: Springer.
- Hooker, K. (1992). Possible selves and perceived health in older adults and college students. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, *47*, P85-95.
- Hooker, K. (1999). Possible selves in adulthood. Incorporating teleonomic relevance into studies of self. In T.M. Hess & F. Blanchard-Fields (Eds.), *Social cognition and aging* (pp. 97-122). San Diego: Academic Press.
- Hooker, K. & Kaus, C.R. (1994). Health-related possible selves in young and middle adulthood. *Psychology and Aging*, *9*, 126-133.

- Hoyer, J. (2000). Optimismus und Gesundheit: Überblick, Kritik und Forschungsperspektiven. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 8, 111-122.
- Jerusalem, M. & Schwarzer, R. (1986). Selbstwirksamkeit. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Skalen zur Befindlichkeit und Persönlichkeit* (S. 3-14). Berlin: Institut für Psychologie, Freie Universität Berlin.
- Kraak, B. & Nord-Rüdiger, D. (1989). *Fragebogen zu Lebenszielen und zur Lebenszufriedenheit (FLL)*. Göttingen: Hogrefe.
- Krampen, G. (1991). *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lau, R.R., Hartman, K.A. & Ware, J.E. (1986). Health as a value: Methodological and theoretical considerations. *Health Psychology*, 5, 25-43.
- Lewin, K. (1948). *Resolving social conflicts: Selected papers on group dynamics*. New York: Harper.
- Lewis, F.M., Morisky, D.E. & Flynn, B.S. (1978). A text of construct validity of health locus of control: Effects on self-reported compliance for hypertension patients. *Health Education Monographs*, 6, 138-148.
- Maddux, J.E. & DuCharme, K.A. (1997). Behavioral intentions in theories of health behavior. In D.S. Gochman (Ed.), *Handbook of health behavior research 1: Personal and social determinants* (pp. 133-151). New York: Plenum Press.
- Markus, H. & Nurius, P. (1986). Possible selves. *American Psychologist*, 41, 954-969.
- Marlatt, G.A., Baer, J.S. & Quigley, L.A. (1995). Self-efficacy and addictive behavior. In A. Bandura (Ed.), *Self-efficacy in changing societies* (pp. 289-315). New York: Cambridge University Press.
- Nentwig, C.G. & Windemuth, D. (1992). Entwicklung und Validierung einer kurzen Skala zur Erfassung des Verstärkungswertes der Gesundheit. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 13, 217-234.
- Perloff, L.S. & Fetzer, B.K. (1986). Self-other judgements and perceived vulnerability to victimization. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 502-510.
- Renner, B. (2000). *Kognitive und motivationale Verarbeitung gesundheitlicher Risikoinformation*. Dissertation (Online publication; <http://darwin.inf.fu-berlin.de/2000/50/>). Berlin, Freie Universität.
- Renner, B., Hahn, A. & Schwarzer, R. (1996). *Risiko und Gesundheitsverhalten. Dokumentation der Meßinstrumente des Forschungsprojekts „Berlin Risk Appraisal and Health Motivation Study“ (BRAHMS)*. Berlin: Freie Universität Berlin. (Online-Version: <http://www.gesundheitsrisiko.de/brahms/>)
- Renner, B. & Schwarzer, R. (2000). Gesundheit: Selbstschädigendes Handeln trotz Wissen. In H. Mandl & J. Gerstenmaier (Hrsg.), *Die Kluft zwischen Wissen und Handeln. Empirische und theoretische Lösungsansätze* (S. 25-50). Göttingen: Hogrefe.
- Renner, B. & Schwarzer, R. (in press). Social-cognitive factors predicting health behavior change. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Boston, Mass.: Blackwell.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values*. New York: The Free Press.

- Schaal, B. & Gollwitzer, P.M. (2000). Planen und Zielverwirklichung. In J. Möller, B. Strauß & S. Jürgensen (Hrsg.), *Psychologie und Zukunft* (S. 149-170). Göttingen: Hogrefe.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology, 4*, 219-247.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 201-228.
- Scheier, M.F., Carver, C.S. & Bridges, M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*, 1063-1078.
- Schwartz, S.H. & Bilsky, W. (1990). Toward a theory of universal content and structure of values: Extensions and cross-cultural replications. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 878-891.
- Schwarzer, R. (1993). Defensiver und funktionaler Optimismus als Bedingungen für Gesundheitsverhalten. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, 1*, 7-31.
- Schwarzer, R. (1994). Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personalen Bewältigungsressource. *Diagnostica, 40*, 105-123.
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (Hrsg.) (1994). *Gesellschaftlicher Umbruch als kritisches Lebensereignis. Psychosoziale Krisenbewältigung von Übersiedlern und Ostdeutschen*. Weinheim: Juventa.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (1997). Risikoeinschätzung und Optimismus. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 43-66). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology, 19*, 487-495.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (1999). Implementation intentions and repeated behaviour: Augmenting the predictive validity of the theory of planned behaviour. *European Journal of Social Psychology, 37*, 231-250.
- Sheeran, P. & Orbell, S. (2000). Using implementations to increase attendance for cervical cancer screening. *Health Psychology, 19*, 283-289.
- Sheppard, B.H., Hartwick, J. & Warshaw, P.R. (1988). The theory of reasoned action: A meta-analysis of past research with recommendations for modifications and future research. *Journal of Consumer Research, 15*, 325-343.
- Snyder, C.R., Harris, C., Anderson, J.R., Holleran, S.A., Irving, L.M., Sigmon, S.T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C. & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 570-585.
- Snyder, C.R., Sympson, S.C., Michael, S.T. & Cheavens, J. (2001). Optimism and hope constructs: Variants on a positive expectancy theme. In E.C. Chang (Ed.), *Optimism and Pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 101-125). Washington, DC: American Psychological Association.

- Stephens, A. & Wardle, J. (2001). Locus of control and health behavior revisited: A multivariate analysis of young adults from 18 countries. *British Journal of Psychology*, *92*, 659-672.
- Vallacher, R.R. & Wegner, D.M. (1987). What do people think they're doing? Action identification and human behavior. *Psychological Review*, *94*, 3-15.
- Verplanken, B. & Faes, S. (1999). Good intentions, bad habits, and effects of forming implementation intentions on healthy eating. *European Journal of Social Psychology*, *29*, 591-604.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus isn't strictly on the locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, *16*, 183-199.
- Ware, J.E., Jr. & Young, J. (1979). Issues in the conceptualization and measurement of value placed on health. In S.J. Mushkin & D.W. Dunlop (Eds.), *Health: What is it worth?* (pp. 141-166). New York: Pergamon.
- Warshaw, P.R. & Davis, F.D. (1985). The accuracy of behavioral intention versus behavioral expectation for predicting behavioral goals. *Journal of Psychology*, *119*, 599-602.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*, 806-820.
- Weinstein, N.D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, *12*, 324-333.
- Weinstein, N. D. (in press). Exploring the links between risk perceptions and preventive health behavior. In J. Suls & K. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness*. Oxford: Blackwell.
- Wieland-Eckelmann, R. & Carver, C.S. (1990). Dispositionelle Bewältigungsstile, Optimismus und Bewältigung: Ein interkultureller Vergleich. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, *11*, 167-184.