

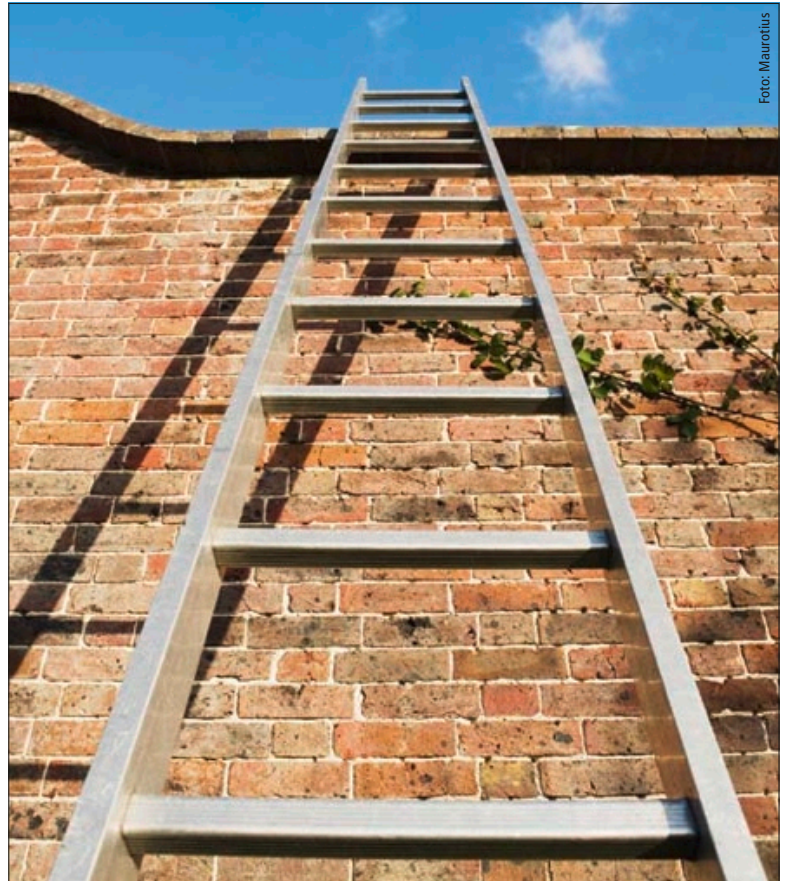
Dorothee Hahne

Geht doch: Der lange Weg zur Verhaltensänderung

Was muss passieren, damit etwas passiert? Diese Frage dürften sich viele Ernährungsberatungskräfte regelmäßig stellen, denn trotz Aufklärungskampagnen, Schulungen und Einzelberatungen schaffen es viele Klienten nicht, ihr Verhalten auf Dauer umzustellen. Einblicke in die menschliche Psyche tragen zur Erklärung dieses Phänomens bei und eröffnen gleichzeitig Lösungswege: Wer die zentralen Knackpunkte beachtet, hat gute Chancen erfolgreich zu sein.

Schritt eins: Das Risiko wahrnehmen

Langfristig gesehen können Informationen über Gesundheitsrisiken durchaus verhaltenswirksam sein. Das zeigen einige Kampagnen im Rückblick. Für heutige Begriffe unfassbar ist beispielsweise die Zigarettenwerbung aus den USA der 1950er-Jahre: Auf Anzeigen hielten Ärzte lächelnd eine Packung Lucky Strikes in der Hand und wurden mit Aussagen zitiert, dass diese Zigaretten die Lunge weniger reizen und für Wohlbefinden sorgen. Auch Camel setzte auf pseudowissenschaftliche Botschaften: Die T-Zone, also der Bereich um Mund und Hals, werde durch das Rauchen dieser Marke besonders gepflegt. „Solche Aussagen waren allgemein akzeptiert“, sagte Prof. Dr. Britta Renner vom Fachbereich Psychologie der Universität Konstanz auf dem 13. aid-Forum 2010 in Bonn. Die Wende kam 1964, als bekannt wurde, dass Rauchen Krebs verursacht. Die folgenden Aufklärungskampagnen bewirkten, dass sich die Anzahl der Raucher in den USA halbierte: Griffen 1958 noch über 50 Prozent der Amerikaner zum Glimmstängel, tun dies heute nur noch 23 Prozent. Das Image des Rauchens hat sich vollständig verändert – heute steht nicht mehr der Genuss, sondern die Ge-



sundheitsgefährdung an erster Stelle und fast jeder weiß, dass Rauchen Lungenkrebs verursachen kann.

Auch die Cholesterinkampagnen der 1980er-Jahre hatten einen durchschlagenden Effekt. Das amerikanische National Cholesterol Education Program beispielsweise nutzte 1985 alle Medienkanäle zur Verbreitung seiner Botschaften und überprüfte anschließend den Wissenszuwachs in regelmäßigen Abständen in Befragungen. Nannten 1981 24 Prozent der Befragten Cholesterin als zentralen Risikofaktor für kardiovaskuläre Krankheiten, waren es 1985 bereits 80 Prozent.

So logisch es erscheinen mag, dass die Aufklärung in puncto Rauchen und Cholesterin funktioniert hat – aus psychologischer Sicht ist die Veränderung der Risikowahr-

nehmung nicht selbstverständlich: „Risiken sind abstrakt, wir können sie weder sehen noch riechen noch schmecken. Statt dessen müssen wir mühsam lernen, eine Gefahrenquelle mit einem Risiko zu verknüpfen“, erklärte Renner. Dieser komplexe Lernprozess wird durch inkonsistente Informationen zusätzlich erschwert. Sollen Aufklärungskampagnen erfolgreich sein, müssen sie folgende Erkenntnisse aus der Psychologie berücksichtigen:

- Einfache und intuitive Zusammenhänge beeinflussen die Risikowahrnehmung rasch. „Fett macht fett“ ist zum Beispiel eine Botschaft, die Menschen sich sehr schnell merken können. Dagegen sind Botschaften ohne direkten Zusammenhang schwer nachvollziehbar, etwa dass Rauchen das Risiko für Gebärmutterhals-

krebs erhöht. Die Chancen stehen schlecht, dass diese Information ankommt.

- Eine klare Datenlage und konsistente Informationen sind für die Änderung der Risikowahrnehmung förderlich.
- Günstig ist die Beschränkung auf ein einziges Risiko und ein geeignetes Schutzverhalten. Komplexe synergistische Effekte erzeugen eher Reaktanz.
- Der Zeitrahmen sollte möglichst kurz sein. Es wirkt motivierend, wenn eine Verhaltensänderung schnell einen sichtbaren Effekt nach sich zieht. Tritt der positive Effekt erst in 20 Jahren ein, ist das zu abstrakt.

Was hat das mit mir zu tun?

Wissen und Handeln sind oft zwei Paar Stiefel. Warum ist das so? Warum verhalten sich Menschen gesundheitsschädigend, obwohl sie um die Gefahren wissen? So reicht es zum Beispiel nicht aus, den Zusammenhang zwischen zuckerreicher Ernährung und Diabetesrisiko zu kennen. Für eine Verhaltensänderung müssen die Personen das Risiko auf sich selbst beziehen. Psychologisch betrachtet ist das ein riesiger Schritt: „Die allgemeine Risikokommunikation erhöht das Wissen, aber in den seltensten Fällen die selbstbezogene Risikowahrnehmung“, teilte Renner mit.

Ein Beispiel für eine äußerst sperrige Risikokommunikation ist der „Deutsche Diabetes-Risiko-Test“ des Deutschen Instituts für Ernährungsforschung (DIfE): Nach der Eingabe diverser Angaben zum Lebensstil erhält der Nutzer Rückmeldungen wie diese: „Sie haben ein Risiko von 5,0 Prozent, innerhalb der nächsten fünf Jahre an Typ-2-Diabetes zu erkranken. Das bedeutet, dass wahrscheinlich fünf von 100 Personen mit vergleichbaren Merkmalen innerhalb der nächsten fünf Jahre an einem Typ-2-Diabetes erkranken werden.“ Weiter geht es mit Tipps zur Ernährung und Bewegung. Wer diese befolgt, kann laut Testergebnis sein Risiko von fünf auf 0,22 Prozent reduzieren. „Diese Angaben entfalten keine emotionale Schubkraft zur Verhaltensänderung“, sagte Renner.

Zahlen sind in der Regel schwer zu verstehen, für statistische Laien oft abstrakt und meist nicht verhaltenswirksam.

Menschen können mehr mit sozialen Informationen anfangen, die das persönliche Risiko mit dem anderer Personen vergleichen. Solche komparativen selbstbezogenen Risikoinformationen kommunizieren keine absoluten Zahlen, sondern sagen zum Beispiel: „Ihr Risiko ist über- oder unterdurchschnittlich.“ Tatsächlich sind diese Angaben verhaltenswirksamer als eine numerische selbstbezogene Risikokommunikation.

Der optimistische Fehlschluss

Das Problem dabei ist, dass die meisten Menschen ihr eigenes Risiko unterschätzen. Nur wenige sehen sich selbst als überdurchschnittlich gefährdet. Dieses Phänomen ist sehr robust und findet sich quer durch alle Altersklassen und Kulturen. In einer Berliner Befragung wurden Personen gebeten, ihr Risiko einzuschätzen, später an einer kardiovaskulären Erkrankung zu leiden. Mit zunehmendem Alter wurde das eigene Risiko zwar höher eingeschätzt, doch gab es in allen Altersgruppen einen deutlichen Abstand zwischen der eigenen Risikowahrnehmung und der eines durchschnittlich Gleichaltrigen: Die Befragten hielten die anderen immer für gefährdeter als sich selbst. Dieser optimistische Fehlschluss ist eine große Motivationsbarriere, an der die allgemeine Risikokommunikation meist scheitert.

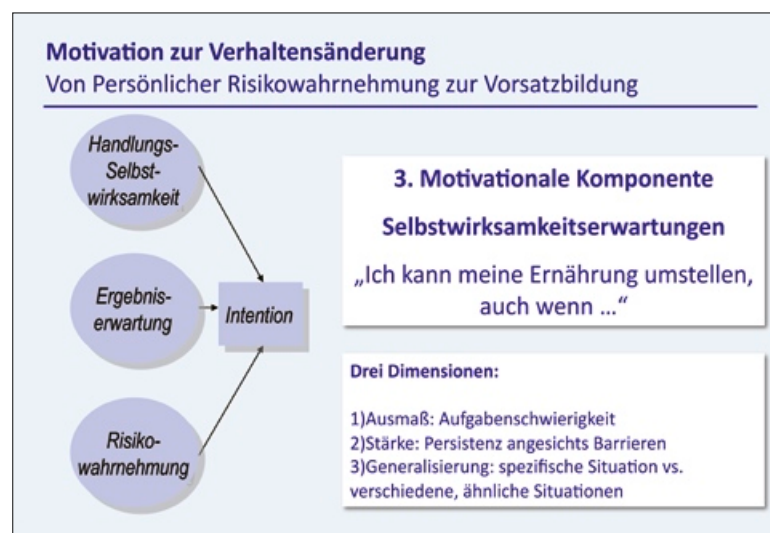
Denn warum sollte ich mein Verhalten ändern, wenn mein Risiko unterdurchschnittlich ist? Erklären lässt sich das Phänomen des optimistischen Fehlschlusses mit der Nutzung so genannter Risikostereotype. So hat jeder beispielsweise eine bestimmte Vorstellung davon, wie eine Person mit erhöhtem Lungenkrebsrisiko aussieht oder sich verhält. „Wir nutzen diese Stereotypen, um abzuschätzen, wo wir selbst stehen – und bei diesem Vergleich schneiden wir naturgemäß gut ab. Deshalb glauben wir, uns könnte nichts passieren“, erklärte Renner.

Interessanterweise sind Risikostereotype äußerst flexibel: Was man für gefährlich hält, passt man in der Regel an das eigene Verhalten an, so dass immer ein komfortabler Abstand zur eigenen Person besteht und man das Gefühl hat, es sei alles in Ordnung. Vor diesem Hintergrund kann die allgemeine Risikokommunikation zum Bumerang werden, weil sie die Risikostereotype prägt: Beispielpersonen oder -verhaltensweisen werden oft überzeichnet – und das fördert einen unrealistischen Optimismus in Bezug auf die eigene Person.

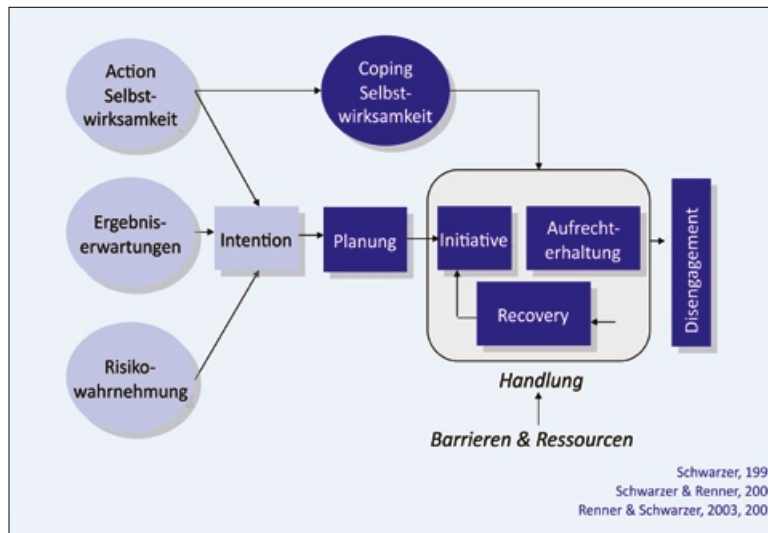
Schritt zwei: Die positive Ergebniserwartung

Eine gelungene allgemeine und persönliche Risikoinformation mit Selbstbezug ist lediglich ein erster Schritt auf dem Weg zur Verhaltensänderung. Eine weitere Komponente

Der Glaube an die eigenen Fähigkeiten hilft bei der Verhaltensänderung.



Die Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens erfordert weiterhin Aufmerksamkeit.



sind positive Ergebniserwartungen: „Man muss überzeugt sein, dass sich eine Verhaltensänderung positiv auswirkt“, teilte Renner mit. Doch selbst dann kann alles beim Alten bleiben, etwa wenn das Risikoverhalten auch vorteilhafte Aspekte hat. Ein Beispiel ist die Werbung für Erfrischungsgetränke. Dort geht es oft nicht um Nahrungsaufnahme oder Gesundheit, sondern um soziales Prestige.

Eine aktuelle Befragung von Kindern und Jugendlichen belegt, dass soziales Image und Popularität das Ernährungsverhalten mitbestimmen. Die Kinder sollten an besonders beliebte Gleichaltrige denken und anschließend berichten, was diese Kinder essen. Dazu waren Alternativen vorgegeben, etwa „Isst ein Beliebter einen Keks oder einen Apfel?“ Die Antworten ergaben Präferenzstrukturen über verschiedene Lebensmittelgruppen: Bei freier Wahl bevorzugte ein Beliebter eindeutig ungesunde Lebensmittel, ein Unpopulärer griff dagegen eher zu gesunder Kost.

Schritt drei: Die Selbstwirksamkeitserwartung

Es gibt noch eine weitere zentrale Voraussetzung, um einen Vorsatz in die Tat umzusetzen: die Handlungselbstwirksamkeit. Sie beinhaltet die Erwartung, dass die Verhaltensumstellung selbst dann klappt, wenn Schwierigkeiten auftreten. Die Selbstwirksamkeit besteht aus drei Komponenten.

- Ausmaß: Welche Schwierigkeiten zu überwinden traut man sich zu?
- Stärke: Wie konsequent verfolgt man die Umstellung, wenn Schwierigkeiten auftreten?
- Generalisierung: Traut man sich nur in einer spezifischen Situation zu, Schwierigkeiten zu meistern oder auch in verschiedenen Situationen?

„Je stärker diese drei Komponenten ausgeprägt sind, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, Vorsätze einzuhalten und das Verhalten erfolgreich zu ändern“, sagte Renner.

Der Psychologe Albert Bandura identifizierte vier Quellen, aus denen Menschen ihre Selbstwirksamkeitserwartung beziehen.

- Mastery Experience: Ich habe schon einmal mein Verhalten umgestellt und erlebt, dass mir das gelingen kann.
- Modell-Lernen: Ich sehe, wie andere die gleiche Aufgabe meistern und traue mir dadurch mehr zu. Besonders gut sind Vorbilder mit hohem sozialem Status, die mir aber nicht zu unähnlich sein dürfen.

- Verbale Überzeugung: Unter diese Quelle fällt auch die Beratung. Sie ist deutlich schwächer als die ersten beiden Punkte.
- Physiologische Reaktionen: Sie sind die schwächste Quelle der Selbstwirksamkeit.

Immer realistisch bleiben

Eine Ernährungsumstellung erfordert eine sehr komplexe Verhaltensänderung. Einer Untersuchung zufolge haben Übergewichtige eine relativ geringe Selbstwirksamkeit. Damit sich tatsächlich etwas verändert, müssen alle Komponenten zusammenwirken: die Risikowahrnehmung, die Ergebniserwartung und die Handlungselbstwirksamkeit. Der Vorsatz ist zwar ein wichtiger Start, reicht aber allein nicht aus. Es muss sich eine Planungsphase anschließen, in der man konkret durchdenkt, wie die Umstellung aussehen kann und wie man Rückschlägen begegnet. Für das Durchhalten ist letztlich die Selbstwirksamkeitserwartung entscheidend, also die Einschätzung der eigenen Kompetenzen.

Die Verhaltensänderung ist anfangs noch wackelig und hängt von adaptiven Feedback-Loops ab: Für eine dauerhafte Umstellung müssen die erwarteten Konsequenzen auch tatsächlich eintreten. „Genau das ist oft problematisch, denn viele Interventionen wecken anfangs zu hohe Erwartungen. Die Personen sind zunächst motiviert, stellen dann jedoch fest, dass die Veränderung nicht wie erhofft eintritt. Das wirkt demotivierend“, erklärte Renner. Diese Klippe lässt sich mit einer Ressourcenkommunikation umschiffen, die eine Verhaltensumstellung durch realistisches Feedback und positive Verstärkung stabilisiert.

Die Autorin

Dorothee Hahne studierte an der Universität Bonn bis 1988 Oecotrophologie. Bis 1997 arbeitete sie als Medizinredakteurin beim Deutschen Ärzte-Verlag. Seither ist sie als freie Journalistin mit Schwerpunkt Ernährung tätig.

Dorothee Hahne
Redaktionsbüro
Mozartstr. 9, 50674 Köln
hahne@hahne-redaktionsbuero.de

