

Intention und Volition

Henning Allmer

Seit einigen Jahren werden vermehrt Bemühungen unternommen, das individuelle Gesundheitsverhalten zu beeinflussen. Gesundheitsmagazine, Aufklärungs- und Werbekampagnen thematisieren wünschenswertes gesundheitsbezogenes Verhalten: Wir sollen uns täglich mehr bewegen, unsere körperliche Funktionstüchtigkeit regelmäßig durchchecken, das Rauchen meiden, das Übergewicht reduzieren, nicht übermäßig Alkohol konsumieren, für genügend Schlaf sorgen und vieles andere mehr. Zweifelsohne zeigen die von außen an uns herangetragenen Gesundheitsappelle ihre Wirkung, denn immer mehr Menschen scheinen bereit zu sein, etwas für die eigene Gesundheit und deren Erhaltung zu tun, indem präventivorientierte Gesundheitsangebote in Anspruch genommen oder gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen reduziert oder aufgegeben werden.

Wenn jemand z. B. mit dem Rauchen aufhört, mehr Sport als bisher treibt, regelmäßiger zu Vor- und Nachsorgeuntersuchungen geht oder sich vollwertig zu ernähren beginnt, handelt es sich bei diesen Verhaltensweisen in der Regel nicht um zufälliges Agieren, sondern um Aktivitäten, die mehr oder weniger geplant eingesetzt werden, um „etwas für die eigene Gesundheit zu tun“. Etwas für die eigene Gesundheit tun zu wollen, wird - wie die Beispiele zeigen - für die konkreten Verhaltensweisen zu richtungsweisenden Größen und zwar in dem Sinne, „daß sie gleichsam als Zielvorstellungen vor dem ‘geistigen Auge’ stehen und dem Handeln fortlaufend die Richtung weisen“ (Heckhausen, 1986b, S. 5). Etwas für die Gesundheit tun zu wollen, drückt so gesehen die Intention (Absicht) des Handelnden aus. Gesundheit als Handlungsintention meint erstrebenswerte, aber noch nicht realisierte Person-Umwelt-Bezüge, die durch den Einsatz bestimmter Verhaltensweisen verwirklicht werden sollen.

Gesundheit als Handlungsintention

Von Gesundheitshandeln wird dann gesprochen, wenn ein Verhalten im Hinblick auf den erstrebenswerten Person-Umwelt-Bezug ‘Gesundheit’ absichtlich organisiert wird. Gesundheitsbezogenes Handeln ist nicht gleichzusetzen mit intentionalem Tun, denn gesundheitsbezogenes Handeln kann auch bedeuten, absichtlich etwas nicht zu tun, um Einfluß auf den Person-Umwelt-Bezug ‘Gesundheit’ zu nehmen. „Gesundheitsbezogenes Verhalten bezieht sich auf Handlungen (oder Unterlassungen von Handlungen), die wir zeigen, um direkt oder indirekt unseren Gesundheitszustand oder unser Wohlbefinden zu beeinflussen“ (Bruhn, 1988, S. 71; übersetzt vom Autor).

Gesundheit als Handlungsintention zu konzipieren, beinhaltet, daß Gesundheit grundsätzlich beeinflussbar ist und der einzelne - gemäß der Leitidee, daß „Gesundheit nicht gegeben, sondern aufgegeben ist“, - aktiv gestaltend auf Gesundheit einwirken kann. Die Möglichkeit der aktiven Einwirkung auf den Gesundheitszustand gewinnt zunehmend an Bedeutung, da sich Gesundheitsbeeinträchtigungen auch auf individuelle Lebensgewohnheiten und das individuelle Bewältigungsverhalten zurückführen lassen (vgl. Becker, 1985). Damit wächst die (Mit-)Verantwortung des einzelnen für die eigene Gesundheit. Die Übernahme der eigenen Verantwortung für Gesundheit - als Ausdruck eines gewandelten Gesundheitsverständnisses (vgl. Rodenstein, 1987) - wird wesentlich unterstützt durch das jeweilige Gesundheitssystem (vgl. Bruhn, 1988). Dafür spricht das Untersuchungsergebnis der interkulturellen Vergleichsstudie von Lüschen, Cockerham und Kunz (1987), daß Amerikaner im Vergleich zu Deutschen mehr Eigenverantwortlichkeit für Gesundheit erleben. Dieser Befund verweist auf die Bedeutung der unterschiedlichen Organisationsformen beider Gesundheitssysteme und den unterschiedlichen sozio-kulturellen Kontext. Die (Mit-)Verantwortlichkeit des einzelnen für Gesundheit zu fordern, birgt die Gefahr in sich, daß **„Gesundheitsschädigungen personalisiert** und die in der Umwelt liegenden Schädigungen für menschliches Wohlbefinden vernachlässigt werden . . . und das Risikoverhalten **als individuelle und soziale Verantwortungslosigkeit gegenüber der Gesundheit** betrachtet wird“ (Nöldner, 1989, S. 18, Hervorhebungen vom Verfasser). Gesundheitsbezogenes Handeln als intentionale Person-Umwelt-Gestaltung impliziert gleichermaßen die selbstregulatorische und soziale Bedingtheit des Handelns.

Die intentionale Gestaltung des Person-Umwelt-Bezugs 'Gesundheit' kann in zweierlei Hinsicht erfolgen: Gesundheit wird zum einen zur Handlungsintention, wenn der aktuell gegebene Gesundheitszustand noch nicht oder nicht mehr als zufriedenstellend beurteilt wird. Es wird die Intention gebildet, den gegebenen Gesundheitszustand zu verändern, um einen gewünschten Gesundheitszustand (wieder-)herzustellen. Zur Verwirklichung dieser **kompensatorischen Handlungsintention** können gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen und/oder Umweltbedingungen reduziert bzw. aufgehoben, oder gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen und/oder Umweltbedingungen aufgebaut werden (z. B. mit dem Rauchen aufhören, sich vollwertig ernähren, regelmäßig Sport treiben, Alkoholkonsum einschränken, Reduzierung des Lärmpegels am Arbeitsplatz, Einführung von Vollwertkost in der Kantine). Zum anderen wird Gesundheit zur Handlungsintention, wenn ein aktuell gegebener Gesundheitszustand, der als (noch) zufriedenstellend erlebt wird, weiterhin, d. h. angesichts antizipierter oder aktuell wirksamer Einflüsse aufrechterhalten werden soll. Diese **präventive Handlungsintention** kann entweder darauf gerichtet sein, gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen und/oder Umweltbedingungen zu verfestigen, oder die Einwirkung gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen und/oder Umweltbedingungen zu vermeiden (z. B. Anlegen des Sicherheitsgurtes, Vermeiden des Kontakts mit Umweltbelastungen, Schutzimpfungen, Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen, Kariesprophylaxe). Die Bildung kompensatorischer Handlungsintentionen überwiegt eindeutig gegenüber der Bildung präventiver Handlungsintentionen, denn die meisten Menschen wollen erst dann etwas für die Gesundheit tun, wenn sie Beschwerden wahrnehmen (vgl. Lütjen & Frey, 1987; Vescovi, 1987).

Solange sie sich gesund fühlen, werden z. B. keine Arztbesuche gemacht oder Früherkennungsangebote in Anspruch genommen (vgl. Hornung 1986; Verres, 1977). Ganz offensichtlich herrscht noch weit verbreitet „eine präventionsferne Orientierung“ vor (Hornung 1986, S. 201).

Die Unterscheidung in präventive und kompensatorische Handlungsintentionen ist um die Intentionsform zu ergänzen, daß negative gesundheitsbezogene **Veränderungen des Person-Umwelt-Bezugs** zugelassen werden, und andererseits nichts unternommen wird, um den gegebenen Person-Umwelt-Bezug zu belassen. In diesem Fall besteht die Intention, den Gesundheitszustand nicht aktiv beeinflussen zu wollen. Der Handelnde unterläßt etwas zu tun, obwohl er zum Handeln grundsätzlich in der Lage wäre, weil er der Auffassung ist, daß sich die Gesundheitssituation ohne sein Zutun zu seinen Gunsten ausgestaltet.

Eine weitere Differenzierung des Konzepts „Gesundheit als Handlungsintention“ läßt sich vornehmen, wenn berücksichtigt wird, daß handlungsleitende Intentionen drei unterschiedlichen, aufeinander bezogenen Ebenen zuzuordnen sind. Es sind dies die Ziel-, Zweck- und Sinnenebene (vgl. Nitsch, 1986). Das bedeutet, daß die Handlungsintention Gesundheit danach aufgeschlüsselt werden kann, ob Gesundheit mehr oder weniger als unmittelbares Ergebnis einer Handlung, als mittelbarer Effekt einer Handlung oder als Ausdruck der individuellen Norm- und Wertorientierung aufzufassen ist. Im einzelnen bedeutet die Differenzierung gesundheitsbezogener Intentionen folgendes:

1. **Gesundheit als Handlungsziel:** Der Zielbezug des Handelns ist dadurch bestimmt, daß die Handlung durch ein antizipiertes Ergebnis geleitet wird, das vorliegt, was **erreicht** werden soll. So kann jemand an einem Sportkurs für Herzinfarktpatienten teilnehmen, um die Funktionsfähigkeit des Herz-Kreislauf-Systems zu verbessern.

2. **Gesundheit als Handlungszweck:** Der Zweckbezug des Handelns meint, daß mit einem Handlungsergebnis wünschenswerte Effekte **angestrebt** werden, die allerdings nicht zwangsläufig auftreten müssen. Wenn man einen Waldlauf macht, um Ausgleich vom belastenden Arbeitstag zu finden, kann damit der Zweck verfolgt werden, die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung des kontinuierlichen beruflichen Streß zu vermeiden.

3. **Gesundheit als Handlungssinn:** Der Sinn der Handlung verweist darauf, daß Handlungen sich auf übergeordnete, subjektiv als verbindlich erlebte gesellschaftliche Normen und Werte richten können. Aus dieser Sicht wird Gesundheit zum verinnerlichten gesellschaftlichen Grundwert, der durch Handeln **verwirklicht** werden soll. Gesundheit meint Herstellung eines Lebenssinns (vgl. Beckers, 1987) und kennzeichnet eine mehr oder weniger dauerhafte, gesundheitsbezogene Lebenshaltung, die als Leitlinie dem alltäglichen Handeln Sinn verleiht.

Wenn auch der Ziel-, Zweck- und Sinnbezug gesundheitsrelevanter Handlungen getrennt dargestellt wurde, so gilt doch, daß das gesundheitsbezogene Handeln unter gleichzeitiger Berücksichtigung der drei Intentionsebenen zu konzipieren ist. Gesundheitsrelevante Handlungen sind somit zielgerichtet, zweckbestimmt und sinngeliebt. Allerdings ist davon auszugehen, daß die gesundheitsbezogenen Handlungsintentionen nicht immer auf allen drei Ebenen bewußt repräsentiert sind, d. h. der Ziel-, Zweck-

und Sinnbezug der Handlung ist nur zum Teil bestimmt worden. Unvollständig sind Handlungsintentionen z. B. dann, wenn eine Reduzierung auf eine der drei Intentionsebenen vorliegt. Konkretisierungen hierfür sind sowohl die Einengung auf den Zielbezug, also Außerachtlassung des Zweck- und Sinnbezugs, als auch die explizite Betonung des Zweckbezugs, ohne den Sinnbezug mitzubedenken (vgl. Nitsch, 1986, S. 214). Im ersten Fall kann von einem **funktionalistischen** Gesundheitsverständnis, im zweiten Fall von einem **utilitaristischen** Gesundheitsverständnis gesprochen werden.

Aus der Feststellung, daß Handlungen durch Intentionen auf der Ziel-, Zweck- und Sinnebene geleitet werden, ist zu folgern, daß im Falle fehlender oder verloren gegangener gesundheitsbezogener Intentionen „der Ziel- und/oder der Zweck- und/oder der Sinnbezug subjektiv nicht hinreichend definierbar bzw. realisierbar erschienen“ (Nitsch, 1986, S. 215). Dies ist z. B. der Fall, wenn anderen - nicht gesundheitsbezogenen - Intentionen (Genußstreben, Reichtum, Sicherheit, soziale Anerkennung) höhere subjektive Bedeutsamkeiten zugewiesen werden. So ist für Raucher und Nichtraucher die Gesundheit gleichermaßen wichtig, die Raucher schätzen aber die Intention „Das Leben genießen“ im Vergleich zur Gesundheit höher ein (vgl. Hornung 1986). Insbesondere für Jugendliche ist Gesundheit kein herausragender Wert, da Streben nach sozialer Akzeptanz und Identitätsfindung vorrangige Lebensziele sind.

Gesundheitsbezogene Intensionsbildung

Das wachsende Gesundheitsbewußtsein und das Streben vieler Menschen, selber etwas für die Aufrechterhaltung und Wiederherstellung der eigenen Gesundheit zu tun, wirft die Frage auf, wie gesundheitsbezogene Intentionen entstehen (**Prozeß der Intensionsbildung**) und verwirklicht werden (**Prozeß der Intensionsrealisierung**). Da nicht davon auszugehen ist, daß gesundheitsbezogene Intentionen ‘plötzlich’ da sind, sondern das Ergebnis einer aktiven Auseinandersetzung der Person mit der Umwelt widerspiegeln, sollen im folgenden die wesentlichen Bestimmungsstücke dieses Entstehungsprozesses entwickelt werden. Zur Ausdifferenzierung des Prozesses der Intensionsbildung und -Verwirklichung wird (a) auf die Arbeit von Heckhausen und Kuhl (1985) zurückgegriffen, in der der lange Weg vom Wunsch bis zum Handeln nachgezeichnet wird, (b) das handlungspsychologische Phasenablaufmodell von Heckhausen (1986a) herangezogen, in dem die Phasen der Intensionsbildung, -initiierung, -realisierung und -desaktivierung unterschieden werden, und werden (c) die einschlägigen Phasenmodelle des Gesundheitsverhaltens zugrunde gelegt (vgl. Bagozzi, 1992; Prochaska & DiClemente, 1984; Schwarzer, 1992, 1994; Weinstein & Sandman, 1992). Auf dieser Grundlage unterscheiden wir die Phasen der Intensionsbildung, Intensionsinitiierung, Intensionsbeibehaltung und Intensionsbeendigung (vgl. Abbildung 1).

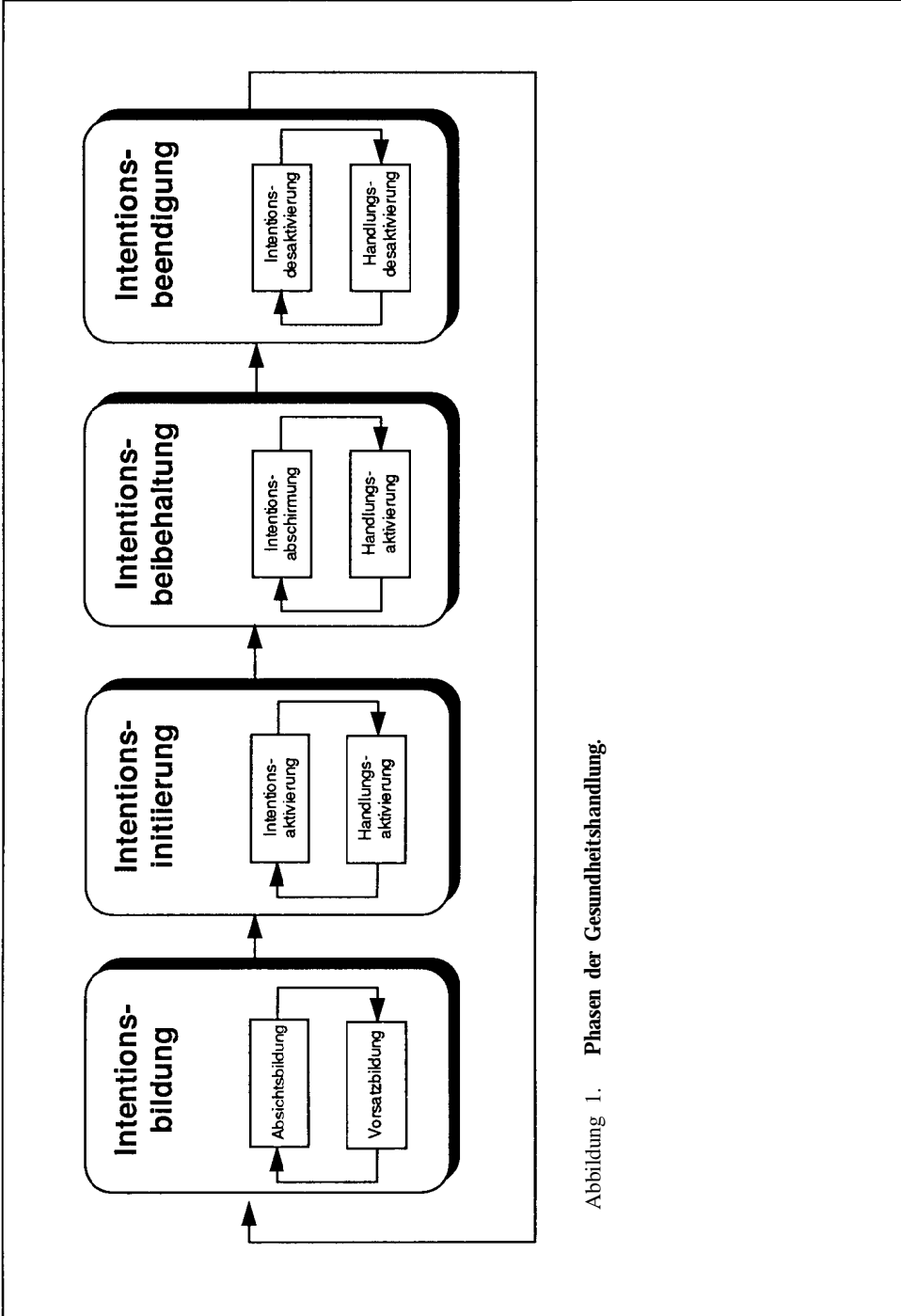


Abbildung 1. Phasen der Gesundheitshandlung.

Für die Phase der Intentionsbildung sind zwei Prozesse von Bedeutung (vgl. hierzu Gollwitzer, 1987a, S. 356): die Absichtsbildung, die die Kalkulationen von Absichten und die Entscheidung für eine Absicht umfaßt, und die Vorsatzbildung, die auf der Grundlage von Planungsprozessen zum Entschluß einer intentionsrelevanten Handlung führt (vgl. Abbildung 1).

Phase der Absichtsbildung

In der Phase der Absichtsbildung stellt sich - prozeßorientiert - die Frage, wie eine Person zu Absichten kommt und wie Absichten selektiert werden. Die Information des Arztes, auf den Rauchgenuß aus gesundheitlichen Gründen lieber zu verzichten, die eigene Erfahrung der zunehmenden familiären Belastungen als Folge des beruflichen Erfolgsstrebens oder Appelle, sich gesundheitsbewußter zu ernähren, können Überlegungen auslösen, ob die bisherige Einschätzung der Gesundheitsintention weiterhin Gültigkeit besitzt oder ob der Gesundheitsintention ein anderer Stellenwert in der Intentionshierarchie zuzuweisen ist. Die Entwicklung einer Absicht kann man sich - in Anlehnung an Heckhausen und Kuhl (1985) - als einen „Umwandlungsprozeß“ von begehrenswerten End-Zuständen und Lebensinhalten in erfüllenswerte und erfüllbare Wünsche vorstellen. Von vielem, was uns in unserer Umwelt umgibt, fühlen wir uns angezogen, vieles schätzen wir als begehrenswert ein, möchten wir auch können und tun. Andere Umweltreize sprechen uns weniger an, lassen uns unberührt oder rufen Abneigung oder Ablehnung hervor. Ob wir etwas als erstrebenswert ansehen, hängt von dessen **subjektiver Bedeutsamkeit** für die Person ab, die sich aus der antizipatorischen Bewertung der möglichen positiven und/oder negativen Effekte einer Handlung für den Fall ergibt, daß die bisherige Einschätzung der Gesundheitsintention und deren Stellenwert in der Intentionshierarchie geändert bzw. nicht geändert wird. So kann eine leichte Herzattacke bei einer Person dazu führen, künftig mehr auf die eigene Gesundheit Rücksicht zu nehmen und das berufliche Engagement zurückzuschrauben. Für einen Sportler kann nach wiederholter Verletzung die Bedeutung von Gesundheit gegenüber dem Erfolgsstreben höher gewichtet werden, so daß die leistungsorientierte Aktivität beendet wird.

Die subjektive Bedeutsamkeit von Gesundheitsintentionen resultiert nicht nur aus der **kognitiven** Bewertung, sondern auch aus der **emotionalen** Einschätzung des aktuellen antizipierten Person-Umwelt-Bezugs „Gesundheit“. Die emotionale Komponente der gesundheitsbezogenen Intentionsbildung - die in den kognitiv ausgerichteten Modellen des Gesundheitsverhaltens vernachlässigt wird - bringt zum Ausdruck, daß Gesundheitsintentionen entstehen, wenn die individuelle Gesundheitssituation als angenehm bzw. unangenehm erlebt wird. Der Wunsch, sich gesundheitsbewußt zu ernähren, ist emotional begründet, wenn dieser z. B. aus dem erlebten Schamgefühl der unattraktiven Körperlichkeit gegenüber gebildet wird. Die gesundheitsbezogenen Kognitionen wie z. B. das Wissen um den Zusammenhang zwischen Fehlernährung, Übergewicht und Herzinfarkttrisiko sind in diesem Fall von untergeordneter Bedeutung für die Intentionsbildung. Die Gesundheitsintention wird über die von der emotionalen Einschätzung (z. B. Wohlbefinden, Mißbefinden, Zufrieden-

heit, Widerwillen) ausgelöst. Die emotionale Regulierung bei der Bildung von Gesundheitsintentionen gilt es künftig weiter zu differenzieren, um der einseitigen Ausrichtung auf die kognitive Regulierung des Gesundheitsverhaltens entgegenzuwirken.

Wichtig ist, daß die Einschätzung der subjektiven Bedeutsamkeit weitgehend unabhängig davon erfolgt, ob die Person bereits konkrete Realisierungsmöglichkeiten sieht. Es kann von einer Person als wichtig angesehen werden, etwas für die Gesundheit zu tun, ohne klare Vorstellungen darüber zu haben, auf welchem Wege und mit welchen Mitteln dies möglich sein kann. Das heißt, es geht um die Beurteilung der Gesundheitsintention „an sich“. Das, was als subjektiv bedeutsam erachtet wird - ohne daß bereits Realisierungsmöglichkeiten eingeschlossen sind -, wird in Anlehnung an Heckhausen und Kuhl (1985) und Heckhausen (1987a) als **Wunsch** definiert. Der Wunsch „gesund zu sein“ basiert auf der einen Seite auf **normativen Überzeugungen** einer Person (vgl. Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980), die sich darauf richten, für wie verbindlich die Erwartungen relevanter Bezugsgruppen gehalten werden (z. B. „mein Arzt meint, ich solle mehr Sport treiben“, „meine Eltern wollen, daß ich mit dem Rauchen aufhöre“). Gesundheit als ein wichtiger gesellschaftlicher Wert wird vor allem durch relevante Bezugsgruppen vermittelt (wie familiäres setting, peer groups). Auf der anderen Seite wird die Bedeutsamkeit des Wunsches „gesund zu sein“ von **subjektiven Überzeugungen** beeinflusst, die sich auf das erfahrungsbedingte gesundheitsrelevante Wissen (vgl. Fuchs et al., 1989) sowie die Einschätzung der eigenen Anfälligkeit gegenüber Krankheit und des Schweregrades der Gesundheitsbedrohung beziehen (vgl. Becker, 1974; Rogers, 1975; Rosenstock, 1966), von Schwarzer (1992, 1994) als Risikowahrnehmung zusammengefaßt. Die subjektive Bedeutsamkeit des Gesundheitswunsches **variiert** mit der **wahrgenommenen Dringlichkeit**, daß sich ein gegebener Person-Umwelt-Bezug „Gesundheit“ ändern muß (vgl. „bereichsspezifischer Änderungsdruck“, Fuchs, 1994, S. 96). Dieser „Änderungsdruck kann sowohl aus der Antizipation **in der Zukunft** liegender Gefahren als auch aus **gegenwärtig** vorliegender Unzufriedenheit mit der eigenen Lebenslage herrühren“ (Hervorhebung v. Verf.) (Fuchs, 1994, S. 97).

Schließlich wird die Bildung des Gesundheitswunsches von der Häufigkeit und Kürzlichkeit bisheriger gesundheitsbezogener Versuche mitgetragen (vgl. Bagozzi & Warshaw, 1990). Der Wunsch, ein bestimmtes gesundheitsbezogenes Verhalten zu wählen, wird umso wahrscheinlicher, je kurzfristiger der letzte Versuch zurückliegt. Zurückliegendes Verhalten scheint eine recht zuverlässige Prognose zukünftigen Verhaltens zuzulassen. Auch wiederholte Fehlversuche und kürzliches Scheitern führen nicht zwangsläufig zu einer Vermeidung gesundheitsbezogener Intentionenbildung.

Die Umwandlung eines Wunsches in eine Absicht hängt von der subjektiven Bewertung der **Kontrollierbarkeit** des Wunsches ab. Hierunter fallen zum einen allgemeine **Kontrollüberzeugungen**, die beinhalten, ob eine Person Gesundheit für beeinflussbar hält (internale Kontrolle) oder als einen biologisch gesteuerten Prozeß auffaßt (extemale Kontrolle). Zum anderen gehört zur subjektiven Bewertung der Realisierbarkeit des Wunsches die Einschätzung der individuellen **Kontrollmöglich-**

keiten. Damit ist gemeint, ob eine Person glaubt, grundsätzlich fähig zu sein und geeignete Möglichkeiten finden zu können, um das Wünschenswerte zu realisieren. Dabei ist nicht entscheidend, ob die Person tatsächlich über konkrete Handlungsalternativen verfügt. Es reicht aus, daß sie glaubt, durch eigenes Handeln Dinge ändern und geeignete Möglichkeiten finden zu können, um die Situation zu kontrollieren („ich könnte das wahrscheinlich“). Die Lösung der Problemlage wird wesentlich davon bestimmt, ob eine Person überzeugt ist, über entsprechende persönliche Ressourcen zu verfügen (vgl. Jerusalem, 1990). Subjektive Kontrollüberzeugungen und persönliche Kontrollmöglichkeiten bestimmen **die gesundheitsbezogene Handlungskompetenz** (vgl. Kompetenz-/Selbstwirksamkeitserwartung von Bandura, 1977, 1986). Auf der Grundlage dieser angenommenen Kontrollierbarkeit werden die subjektiv bedeutsamen Wünsche realitätsorientierter und bekommen den Status von Absichten der Ausprägung „ich möchte“ (vgl. Heckhausen & Kuhl, 1985; Kuhl, 1983, S. 107). Die „Möchte“-Absichten beinhalten erfüllenswerte und erfüllbare Wünsche sowie die Bereitschaft, den Wunsch durch eigenes Handeln zu realisieren. Für die Festlegung der Möchte-Absicht ist entscheidend, ob die Absicht entweder als Annäherungs- oder Vermeidungsabsicht (vgl. Nitsch, 1986) formuliert wurde. Bei der Annäherungsabsicht (z. B. „ich möchte gesund bleiben“) handelt es sich um eine Absicht, deren anzustrebender Endzustand definiert ist, während die Vermeidungsabsicht (z. B. „ich möchte nicht krank werden“) einen Zustand beschreibt, der nicht eintreten soll, ohne daß deutlich wird, was stattdessen erreicht werden soll. Wenn jemand die Absicht gebildet hat, etwas für die Gesundheit tun zu wollen, stehen Nutzen und Durchführbarkeit der Absicht grundsätzlich nicht mehr in Frage. Gegenüber der Wunschvorstellung sind die gebildeten Absichten näher an den Handlungsvollzug herangerückt, ohne allerdings auf einen bestimmten Handlungsvollzug festgelegt zu sein (vgl. „deliberative mind-set“, Gollwitzer, 1993; Taylor & Gollwitzer, 1995). Sie stellen die **motivationale** Komponente der Intentionsbildung dar.

Mit der Entscheidung für eine bestimmte Absicht (z. B. „gesünder leben zu wollen“) wird der Kalkulationsprozeß zwischen Bedeutsamkeit und Kontrollierbarkeit beendet und erhöht sich der **Grad der Selbstbestimmung** der gebildeten Absicht gegenüber (vgl. Brehm & Cohen, 1962; Haisch, Osnabrügge & Frey, 1983). Die Person ist davon überzeugt, gesundheitsbezogene Wünsche selbst realisieren zu können. Der Grad der Selbstbestimmung fällt gering aus, wenn die eigenen Wunschvorstellungen mit sozialen Normen unverträglich sind und sich die Person veranlaßt sieht, fremdgesetzte Handlungsintentionen - im Sinne von Muß-Absichten (vgl. Kuhl, 1983) - zu übernehmen. Muß-Absichten liegen z. B. vor, wenn der Gesundheitswunsch gebildet wurde, um sich nicht der sozialen Mißbilligung aussetzen.

Phase der Vorsatzbildung

Wenn die Entscheidung für die Gesundheitsabsicht getroffen wurde, wird die Person in der Phase der Vorsatzbildung Überlegungen anstellen, wie, auf welchem Wege und mit welchen Mitteln die Absicht am besten verwirklicht werden könnte (vgl. „Ausführungsintention“, Gollwitzer, 1993). Mit diesen ausführungsbezogenen Überlegungen wird - entsprechend der von Heckhausen (1986a, 1986b) formulierten Rubikon-Metapher - die Schwelle der auf Wünschbarkeit und Realisierbarkeit bezogenen Kalkulationen überschritten und mit Planungsprozessen begonnen. Im Vordergrund der gedanklichen „Voraus-Beschäftigung“ (Heckhausen, 1986b, S. 12) steht die Frage: Wie und wann soll gehandelt werden, um die auf Umsetzung gerichtete Absicht „etwas für die Gesundheit tun zu wollen“ zu verwirklichen? Da in der Regel zur Verwirklichung einer Gesundheitsabsicht vielfältige und in gewissem Grade auch austauschbare Handlungen zur Verfügung stehen, sind Überlegungen und Bewertungen erforderlich, um die günstigste Handlungsalternative und Gelegenheit herauszufinden. Wer etwas für die Gesundheit tun möchte, kann sich entweder gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen (wie z. B. Rauchen, Alkohol- und Drogenkonsum) abgewöhnen oder bisher vernachlässigte, gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen (z. B. Sport treiben, vollwertige Ernährung) forcieren oder präventive Gesundheitsangebote (wie Vorsorgeuntersuchungen, Früherkennungsmaßnahmen) in Anspruch nehmen. Welches Gesundheitsverhalten ausgewählt und tatsächlich ausgeführt wird, hängt von zwei aufeinander bezogenen Kalkulationsprozessen ab: der Aufwandkalkulation und der Effektkalkulation (vgl. Abbildung 1).

Im Fall der **Aufwandkalkulation** wird abgeschätzt, welchen psychophysischen sowie zeitlichen, finanziellen und organisatorischen Aufwand die Realisierung der einzelnen Handlungsalternativen erfordert. So erfordert die Realisierung gesundheitsbezogener Handlungsalternativen auf der einen Seite bestimmte psychische Anstrengungen und Überwindungspotentiale, wenn der Gesundheit wegen auf bestimmte, vertraut gewordene Verhaltensweisen verzichtet werden soll oder neue, unbequeme Verhaltensweisen übernommen und umgesetzt werden sollen. Auf der anderen Seite verlangen gesundheitsbezogene Handlungen mitunter erheblichen zeitlichen und finanziellen Aufwand (z. B. durch Anfahrtswege, Wartezeiten und Kosten für Medikamente). Das Ausmaß des erforderlichen Aufwandes wird darüber hinaus durch die individuelle Fähigkeit, die Handlungsalternative überhaupt ausführen zu können (psychische Anstrengungen), sowie die durch die Umwelt gegebenen Realisierungsmöglichkeiten bestimmt, die fördernd bzw. hemmend auf die Fähigkeitsverwirklichung wirken können. So wählt jemand z. B. die gesundheitsförderliche Handlungsalternative „mit dem Rauchen aufhören“ nicht, da er auf Grund früherer Versuche weiß, daß er dazu nicht in der Lage ist (vgl. Bandura, 1977, 1986) oder die erforderliche Umweltunterstützung (z. B. Partner hört ebenfalls mit dem Rauchen auf) nicht gegeben ist. Ein anderer kann sich vornehmen, die sportliche Tätigkeit aus Gründen der Gesundheit zu forcieren, wenn er feststellt, daß in der Nähe gute Sportmöglichkeiten bestehen.

Da alle zur Wahl stehenden Handlungsalternativen ein bestimmtes Ausmaß an Aufwand verlangen, wird jener Handlungsalternative der Vorzug gegeben, die entweder den geringsten Aufwand erfordert oder für die im Falle der Realisierung bzw. Nichtrealisierung der eingesparte Aufwand am größten ist. Auf dieser Grundlage läßt sich z. B. der zeitliche Aufwand für Früherkennungsuntersuchungen damit rechtfertigen, daß der Teilnahmeverzicht (u. U.) zu Gesundheitsbeeinträchtigungen führt, die weit höhere Aufwandinvestitionen nach sich ziehen. Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, daß durch die eingesetzte Handlungsalternative im nachhinein mehr Aufwand im Vergleich zur nicht gewählten Handlungsalternative nötig ist (z. B. Verschlimmerung durch unsachgemäße Selbstbehandlung, langwierige Behandlung von Sportverletzungen). Aufwandbezogene Interventionsmaßnahmen müßten demzufolge darauf gerichtet sein, den eingesparten Aufwand in Relation zu dem erforderlichen Aufwand zu stellen und ökonomische Ermöglichungsbedingungen für gesundheitsrelevantes Verhalten zu schaffen (z. B. Früherkennungsuntersuchungen am Arbeitsplatz, vgl. Verres, 1977; Sondersprechstunde für Früherkennungsuntersuchungen, vgl. Basler, 1979; verbesserte ärztliche Gesundheitsberatung, vgl. Bengel, 1989).

Die **Effektkalkulation** meint die Einschätzung der mit den Handlungsalternativen jeweils antizipierten positiven und negativen Konsequenzen. So mag jemand davon ausgehen, daß Sporttreiben gesundheitsförderlich ist, während ein anderer Entzugserscheinungen wie Reizbarkeit und innere Unruhe erwartet, wenn er mit dem Rauchen aufhört. Als Effekte von Handlungsalternativen können auch emotionale Zustände, wie Wohlbefinden oder Unbehagen, antizipiert werden. Mit den einzelnen Handlungsalternativen werden in der Regel sowohl positive als auch negative Effekte antizipiert. Ob gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen aufgegeben, gesundheitsbegünstigende Verhaltensweisen übernommen oder präventive Gesundheitsangebote in Anspruch genommen werden, resultiert aus der Kalkulation der positiven und negativen Effekte (Nutzen/Schaden-Abwägung). Die Entscheidung fällt zugunsten jener Handlungsalternativen aus, deren positive Effekte höher als die negativen gewichtet werden. Dabei werden u. U. unangenehme Effekte auf sich genommen, um erstrebenswerte Effekte aufrechtzuerhalten oder herbeizuführen (z. B. Inkaufnahme potentieller Gesundheitsbeeinträchtigung durch Rauchen, vgl. Hornung 1986).

Die Effektkalkulation bezieht sich nicht nur darauf, welche handlungsspezifischen Effekte auftreten können, sondern auch auf die Wahrscheinlichkeit, mit der das Auftreten der mit den Handlungsalternativen verknüpften Effekte angenommen wird (**Effektwahrscheinlichkeit**). Das Auftreten der mit den Handlungsalternativen verknüpften Effekte kann entweder als zwangsläufig oder als unsicher angesehen werden. So kann eine Person die Überzeugung haben, Sport sei die beste Medizin. Die Wahrscheinlichkeit des Gesundheitseffektes von „Sporttreiben“ wird demgegenüber skeptisch beurteilt, wenn nach dem Sporttreiben sowohl gesundheitsfördernde als auch gesundheitsbeeinträchtigende Wirkungen, wie Gliederschmerzen oder Verletzungen, erlebt wurden. Die unterschiedlichen Effektwahrscheinlichkeiten gehen einher mit emotional gefärbten Einschätzungen (Erwartungsemotionen, vgl. Heckhausen, 1980), wie Zuversicht und Befürchtungen, und werden durch personspezifische, optimistische oder pessimistische Grundhaltungen beeinflusst. Bei der Einschätzung

der Effektwahrscheinlichkeit gesundheitsbezogener Verhaltensweisen spielt die Zeitperspektive eine entscheidende Rolle, da gesundheitsbezogene Effekte selten unmittelbare Folgen von Handlungen darstellen. Das führt häufig dazu, daß die unmittelbaren Vorteile des Risikoverhaltens (z. B. Nikotin- und Alkoholgenuß) zugunsten in Aussicht gestellter positiver Effekte des Verzichts auf das Risikoverhalten höher gewichtet werden. Geduldiges Warten und das Aufsichnehmen von Entbehrungen werden - wenn überhaupt - erst in ferner Zukunft belohnt, und es ist darüber hinaus unsicher, ob man überhaupt noch in den Genuß der Belohnungen kommt.

Aufwand- und Effektkalkulation stellen keine unabhängigen Vorgänge dar, sondern sind aufeinander bezogen. Die zur Verfügung stehenden und dem Auswahlprozeß zugeführten Handlungsalternativen werden intentionsbezogen hinsichtlich Ökonomie und Nützlichkeit bewertet. Für jede Handlungsalternative wird auf diese Weise eine **Aufwand-Effekt-Relation** bestimmt (vgl. Kosten-Nutzen-Überlegungen des Health-Belief-Modells [Rosenstock, 1966; Becker, 1974], Kosten-Nutzen-Rechnung [Fuchs et al., 1989]). Ausgewählt wird jene Handlungsalternative, für die eine günstige Aufwand-Effekt-Relation angenommen wird, d. h. der Effekt rechtfertigt den Aufwand („Auch wenn es mir nicht leicht fällt, regelmäßig Sport zu treiben, lohnt sich die Anstrengung doch, um dem Herzinfarktrisiko vorzubeugen“). Fällt demgegenüber die Aufwand-Effekt-Relation ungünstig aus, erweist sich die vorgesehene Handlungsalternative als ungeeignetes Mittel, gesundheitsbezogene Handlungsintentionen zu verwirklichen („Ein paar Jahre länger leben zu können, das lohnt nicht die Anstrengung, die ich erbringen muß, um Sport zu treiben“). Ungünstige Aufwand-Effekt-Relationen liegen auch vor, wenn trotz hohen Aufwands die erwarteten Effekte ausgeblieben sind (z. B. keine Linderung der Rheumabeschwerden trotz zeitaufwendiger Therapien). Die Entscheidung zwischen den Handlungsalternativen basiert nicht nur auf rationalen Kalkulationsprozessen, sondern - in Anlehnung an die Unterscheidung von Bagozzi (1992) in instrumentelle Überzeugungen (instrumental beliefs) und Emotionen gegenüber den Mitteln (affects toward means) - orientiert sich auch an gefühlsmäßigen Stellungnahmen. So kann die Vorliebe der sportlichen Tätigkeit gegenüber die Entscheidung begünstigen, mehr Sport der Gesundheit wegen zu betreiben, die Abneigung gegenüber Medikamenten zur Wahl von homöopathischen Heilverfahren führen.

Das Ergebnis des Abwägungsprozesses der zur Verfügung stehenden Handlungsalternativen führt zu dem **Vorsatz**, eine Absicht auf einem bestimmten Wege und unter bestimmten Bedingungen zu verwirklichen. Zur Vorsatzbildung gehört nicht nur die Vorab-Festlegung der günstigen Realisierungsgelegenheit, sondern auch die Vorname, bestimmte Situationen, die als realisierungsgünstig erscheinen, aktiv aufzusuchen oder herzustellen. In Anlehnung an Miller, Galanter und Pribram (1973) wird der gefaßte Vorsatz als ein bereits entwickelter, aber noch nicht ausgeführter Plan definiert. Im gefaßten Vorsatz ist festgelegt, was man tun bzw. unterlassen will, welche Handlungen wann und wie ausgeführt werden sollen, um eine erstrebenswerte Absicht zu verwirklichen (wie z. B. „ich nehme mir vor, täglich mit dem Fahrrad ins Büro zu fahren, um etwas für meine Gesundheit zu tun“). Es erfolgt eine Festlegung von Implementationsschritten im Dienste der Absichtsverwirklichung (vgl. Heck-

hausen 1986a, S. 4; Gollwitzer, 1987b). So gesehen stellt der Vorsatz **die instrumentelle** Komponente der Intentionsbildung dar.

Mit der Vorsatzbildung wird der gedankliche Rubikon endgültig überwunden, sind die gebildeten Absichten realisierungsorientierter geworden (vgl. Heckhausen, 1986a, S. 4) und ist der **Grad der Selbstverpflichtung** (commitment), d. h. das Ausmaß, in dem sich eine Person dem formulierten Vorsatz gegenüber gebunden fühlt (vgl. Brehm & Cohen, 1962; Haisch, Osnabrügge & Frey, 1983), weiter gestiegen (vgl. „implemental mind-set“, Gollwitzer, 1993; Taylor & Gollwitzer, 1995). Der Grad der Selbstverpflichtung kann an der Präzisierung der Vorsatzformulierung abgelesen werden. Vergleicht man z. B. die Vorsatzformulierungen „ich will in allernächster Zeit Gymnastik betreiben“ und „ich will jeden Morgen nach dem Aufstehen Gymnastik machen, um etwas für meine Gesundheit zu tun“, ist festzustellen, daß die zweite Vorsatzformulierung durch die Konkretisierung der Gelegenheit zur Intentionsrealisierung präziser definiert ist. Bei der ersten, unspezifischen Vorsatzformulierung besteht die Gefahr, daß die sich bietenden Gelegenheiten nicht wahrgenommen werden, weil sich vielleicht noch bessere Gelegenheiten ergeben könnten. Wenn für diesen Suchprozeß das Abbruchkriterium fehlt, kann das Abwarten zum Verpassen der letzten Möglichkeit führen. Neben der Präzisierung der Vorsatzformulierung kann die Selbstverpflichtung dem eigenen Tun gegenüber dadurch erhöht werden, daß die gebildeten Vorsätze den Status individueller Normsetzungen oder sozialer Verbindlichkeiten annehmen. Das ist z. B. der Fall, wenn jemand - im positiven Sinne - prinzipiell keinen Alkohol trinkt oder sein Vorhaben, das Rauchen aufzugeben, anderen mitteilt.

Durch die Selbstverpflichtung werden aus Absichten weniger störbare Vorsätze, wird der Blick verstärkt auf die Realisierung des Vorsatzes gerichtet und die Handlungsorientierung „ich will“ geschaffen (vgl. „Ich will wirklich“, Ach, 1935, S. 201; „Jetzt will ich“, Stern, 1950, S. 548). Mit der Volition „ich will“ wird zum Ausdruck gebracht, daß man sich festgelegt hat, etwas Bestimmtes tun zu wollen, um eine erstrebenswerte Handlungsintention zu verwirklichen (z. B. mit dem Rauchen aufzuhören, ernährungsbewußter zu leben, Früherkennungsuntersuchungen wahrzunehmen). Im Vergleich zur Absicht ist der gebildete Vorsatz elaborierter, denn der Prüfprozeß hinsichtlich Gelegenheit, Zeit, zur Verfügung stehender Mittel, Dringlichkeit und Wichtigkeit (vgl. OTIUM-Check nach Heckhausen & Kuhl, 1985) bewirkt die Konkretisierung und Verbindlichkeit einer zunächst noch unverbindlichen Absicht.

Absichten, die durch gebildete Vorsätze selbstverpflichtender geworden sind, werden **Intentionen** genannt. Sie legen einerseits den angestrebten Endzustand fest (z. B. Gesundheit), der sich durch das zu erreichende Ziel, den damit verfolgten Zweck und zu erfüllenden Sinn differenzieren läßt. Intentionen sind Handlungsorientierungen, die noch nicht realisierte, d. h. antizipierte Zustände und Veränderungen repräsentieren, an denen die konkreten, intentionsrelevanten Handlungen ausgerichtet werden. Andererseits sind Intentionen auf die Handlungsausführung bezogen, indem sie Orientierungen dafür liefern, wie, wann und wo eine Person Handlungen ausführen will (z. B. Intention „Gesundheit durch Bewegung und Sport“), um die Intentionsverwirklichung herbeizuführen.

Berücksichtigt man, daß zur Intentionsverwirklichung Handlungen initiiert, ausgeführt und beendet werden müssen, ist erforderlich, daß dementsprechend in dem ausführungsbezogenen Vorsatz Initiierungs-, Ausführungs- und Desaktivierungsvorsätze formuliert werden (vgl. Heckhausen, 1986b, S. 11). Diese Vorsätze „nehmen kritische Punkte oder Phasenabschnitte des intentionsrealisierenden Handlungsablaufs vorweg und sollen den Handelnden darauf einstellen“ (Heckhausen, 1986b, S. 10). Mit diesen Vorsätzen - im Sinne „metavolitionaler Vorkehrungen“ (Heckhausen, 1986a, S. 6) - werden gedanklich vorab Vorbereitungen und Vorkehrungen getroffen sowie Handlungsschritte vorausgeplant und „sozusagen auf Vorrat bereitgelegt“ (Heckhausen, 1987b, S. 149) mit denen man vorhersehbaren Schwierigkeiten bei der Initiierung, Beibehaltung und Beendigung der Intention und der intentionsrelevanten Handlung bevorzugt begegnen will. Wenn z. B. wiederholt der gesundheitsbezogene Vorsatz, Sport zu treiben, nicht umgesetzt wurde, kann die „volitionale Vorkehrung“ getroffen werden, sich mit anderen zu verabreden, um die Schwierigkeit, sich aufzuraffen, zu überwinden und die Gesundheitshandlung wie vorgenommen zu beginnen. Vorsätze fungieren - bildlich gesprochen - als „Hilfs-Sheriffs“ (Heckhausen, 1987c, S. 131) der Intentionsverwirklichung. Da Initiierungs-, Ausführungs- und Desaktivierungsvorsätze auf die Realisierung der zur Intentionsverwirklichung gewählten Handlung gerichtet sind, begünstigen sie die Initiierung der Handlung und treiben die Intentionsrealisierung bis zur Intentionsverwirklichung voran.

Gesundheitsbezogene Intentionsrealisierung

Für die Phase der Intentionsrealisierung sind folgende Prozesse grundlegend: die Intentionsinitiierung, die Intentionsbeibehaltung und die Intentionsbeendigung (vgl. Abbildung 1).

Phase der Intentionsinitiierung

Die Alltagserfahrung lehrt immer wieder, daß eine Person nicht immer das ausführt, was sie sich vorgenommen hat. Zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung zu gehen, ab sofort weniger zu trinken und sich gesundheitsbewußter zu ernähren, mal wieder eine Radtour zu machen, sind z. B. Vorsätze, die erfahrungsgemäß oftmals nicht realisiert werden und somit den Status, „gute“ Vorsätze zu sein, einnehmen. Einmal gefaßte Vorsätze werden demzufolge nicht zwangsläufig in konkretes Handeln umgesetzt. Daraus ist zu folgern: Intentionen sind notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen dafür, daß gehandelt wird (vgl. Heckhausen & Kuhl, 1985). Gesundheitsmodelle, die Gesundheitsverhalten mit den Bestimmungsgrößen der Intentionsbildung zu erklären und vorherzusagen versuchen, greifen demzufolge zu kurz (vgl. Nöldner, 1989; Schwarzer, 1989). In letzter Zeit wird in der Motivationspsychologie vermehrt der Frage nachgegangen, aus welchen Gründen mit dem Umsetzen intentionsbezogener Handlungen begonnen bzw. nicht begonnen wird (vgl. Kuhl, 1983;

Heckhausen, 1986a, 1986b; Heckhausen, Gollwitzer & Weinert 1987; Gollwitzer, 1993; Schwarzer, 1992). Das Augenmerk wird dabei auf volitive Prozesse gerichtet, die die Initiierung sowie die Realisierung eines intendierten Handlungsergebnisses bewirken. Insbesondere mit der Unterscheidung zwischen Motivation und Volition als „zwei verschiedenen Bewußtseinslagen“ (Heckhausen, 1986b, S. 3) wird versucht, die lange Zeit bestehende Lücke zwischen Motivation und Handlung zu schließen. In der Phase der Intensionsinitiierung stellt sich somit die Grundfrage, wovon es abhängt, ob und unter welchen Bedingungen einer Person die Initiierung der intentionsrelevanten Handlung gelingt.

Für die Initiierung einer intentionsrelevanten Handlung ist einerseits die rechtzeitige **Handlungsaktivierung** von Bedeutung (vgl. Abbildung 1). Sie hängt von der Einschätzung ab, ob die gegebene Situationskonstellation wirklich günstig ist, um mit der Verwirklichung der Intention zu beginnen. Diese Situationseinschätzung orientiert sich an den in der Vorsatzbildung formulierten Initiierungsvorsätzen, die den passenden Zeitpunkt und die günstigste Gelegenheit für die Umsetzung der anstehenden Intention in konkretes Handeln vorab definieren (vgl. „Bezugsvorstellung“, Ach, 1910). Sie legen für die geplante Handlung „realistische Ausführungsgelegenheiten“ (Nitsch, 1986, S. 254) im Hinblick auf das „wann“ und „wo“ des Handelns vorwegnehmend fest und beinhalten eine spezifische Beschreibung des Ausführungskontextes der Handlung (vgl. Kuhl, 1983, S. 109). Die Initiierungsvorsätze tragen vor allem dazu bei, gebildete Intentionen zur Überwindung der Schwelle zum konkreten Handeln zu verhelfen.

Voraussetzung für die Umsetzung einer gebildeten Intention in konkretes Handeln ist, daß sich die Intention gegenüber situationsbedingten Erschwernissen (z. B. fehlende soziale Unterstützung), aktuellen Verlockungen (z. B. ein Stück Kuchen angeboten zu bekommen) und konkurrierenden Intentionen durchsetzen konnte. Kann der Intention nicht zum Durchbruch verholfen werden, wird die Intensionsrealisierung meistens aufgeschoben oder zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufgegriffen („für meine Gesundheit kann ich auch morgen noch etwas tun“). Allerdings kann ein ständiges Hinausschieben zum Aufgeben der Intention führen, da die Intensionsrealisierung inzwischen ihren Zweck verloren haben kann. Initiierungsvorsätze sorgen dafür, ein ständiges Aufschieben der Handlungsrealisierung, das Verpassen oder Nicht-Nutzen von günstigen Gelegenheiten zu vermeiden.

Sieht eine Person unter Bezug auf die gebildeten Initiierungsvorsätze einen Situationskontext als günstige Gelegenheit zur Intensionsrealisierung und der damit verknüpften Handlungsausführung an, wird die Handlungsaktivierung erfolgen und mit der entsprechenden Handlung begonnen. Ist beispielsweise die erwartete Situation eingetreten, daß eine Person von Arbeitskollegen wie versprochen abgeholt wird, um gemeinsam einen Waldlauf zu machen, wird es nicht schwerfallen, die gesundheitsfördernde Handlung zu initiieren. Wenn die im Vorsatz antizipierte und festgelegte Ausführungsgelegenheit demgegenüber (noch) nicht gegeben ist, bleibt die Handlungsaktivierung aus, und die Realisierung der Intention wird nicht auf den Weg gebracht.

Der Vorsatz, eine Handlung auszuführen, muß nicht unmittelbar nach dessen Bildung umgesetzt werden, sondern kann vorstellungsmäßig „aufgehoben“ werden,

bis die definierten günstigen Ausführungsbedingungen eingetreten sind, die zur Initiierung der Handlung erforderlich sind. Aktivierungsprobleme können auftreten, wenn die geplante Gelegenheit zum Handeln, z. B. durch Erkrankung des Tennispartners, ausbleibt und das Suchen einer anderen gesundheitsbezogenen Handlung nicht in Angriff genommen wird. Man kann aber auch eine günstige Gelegenheit verstreichen lassen, weil man in der gegebenen Situation nicht entschieden genug die Initiative zum Handeln ergreifen kann. Obwohl man von einem Arbeitskollegen zum gemeinsamen Besuch des Betriebssports gebeten wird, vertröstet man ihn auf ein nächstes Mal, da es im Moment nicht so gut „paßt“. Dieses „auf die lange Bank schieben“ der gesundheitsbezogenen Handlung drückt Entschlußlosigkeit aus, über seinen eigenen Schatten zu springen. Je mehr eine Person zögert, eine offensichtlich günstige Gelegenheit zu nutzen, um mit der vorgenommenen Handlung zu beginnen, desto eher wird eine andere Intention zum Zuge kommen.

Zur Intentionsinitiierung gehört neben der Handlungsaktivierung auch die Klärung, welche der zur Realisierung drängenden Intentionen den Vorzug erhalten soll, welche aufzuschieben oder aufzugeben ist. Diese Klärung ist erforderlich, da in der Regel mehrere Intentionen zur Realisierung anstehen und nicht mehrere gleichzeitig realisiert werden können. In dieser Situation befindet sich eine Person, die vor der Frage steht, ob ein gemütlicher Kaffeepausch fortgesetzt oder zu einem Gymnastikkurs gegangen werden soll.

In Anlehnung an die Theorie der Absichtsregulation (vgl. Dörner, Kreuzig, Reither & Stäudel, 1983, S. 419) ist für die zu wählende Intention „der jeweilige **Auswahl-*druck*** (Hervorhebung v. Verf.) entscheidend“ (Dörner et al., 1983, S. 418). Danach wird diejenige Intention ausgewählt und ausgeführt, deren Auswahldruck in Abhängigkeit von Wichtigkeit, Dringlichkeit, Zeitaufwand und Erfolgswahrscheinlichkeit in der aktuellen Situation maximal ist (vgl. Dörner, 1982, S. 59). Im Augenblick nicht zu erledigende Absichten, deren Realisierbarkeit grundsätzlich aufschiebbar ist, werden abgespeichert und zu einem späteren Zeitpunkt erneut Kalkulationsprozessen unterzogen. Die Verwirklichung einer vorgenommenen Intention hängt davon ab, wie gut es einer Person gelingt, den Auswahldruck dieser Intention gegenüber anderen, ebenfalls zur Realisierung drängenden Intentionen zu erhöhen und damit **die Intentions-*aktivierung*** zu bewirken (vgl. Abbildung 1). Vor allem Wichtigkeit und Dringlichkeit der Intentionsverwirklichung sind bedeutsam, um konkurrierende Intentionen in „Schach“ zu halten und die Aktivierung einer vorgenommenen Intention zu erleichtern und sicherzustellen. Vorgenommene Intentionen werden nämlich nicht aktiviert, wenn es nicht gelungen ist, Wichtigkeit und Dringlichkeit anderer Intentionen gering-zuhalten.

Zur Unterstützung der Intentionsinitiierung wurde von Heckhausen (1985) die Fiat-Tendenz - unter Bezug auf das „Fiat“ des Willens („es geschehe“) von James (1890) - entwickelt, von deren Stärke die Wahrscheinlichkeit des Beginns der Intentionsrealisierung bestimmt wird. Vorzug wird jener Intention gegeben, für deren Umsetzung der aktuelle Situationskontext günstiger ist. Nach Heckhausen (1987c, S. 138) wird die Fiat-Tendenz „angeregt, sobald man eine Gelegenheit zur Realisierung dieser Intention wahrnimmt oder vorstellungsmäßig antizipiert. Einmal angeregt, muß sie eine bestimmte Stärke erreichen, um statt der gegenwärtig ablaufenden Tätigkeit

oder statt eines Zustandes von Nicht-Handlung eine Handlung zu initiieren, die die irrefragetehende Intention realisieren kann“.

Intentions- und Handlungsaktivierung wachsen in besonderem Maße, wenn eine unverhoffte und unwiederbringbare Gelegenheit zur Intentionsverwirklichung antizipiert wird oder entstanden ist. Diese Situationskonstellation des „Jetzt oder nie“ begünstigt die Intentionsinitiierung und entschlossene Nutzung der Gelegenheit („Gelegenheit beim Schopfe greifen“). In solchen Situationen wird die Intentionsinitiierung als nicht aufschiebbar erlebt. Der Übergang von der Phase der Intentionsbildung zur Phase der Intentionsinitiierung erfolgt durch den **Handlungsentschluß**, dem die Prüfung zugrunde liegt, ob eine gegebene Situation (schon) geeignet ist, um mit der Intentionsverwirklichung zu beginnen. Mit dem Handlungsentschluß überschreitet die Intention die „Handlungsschwelle“ (Kuhl, 1987, S. 105) und wird die Handlungsausführung aktiviert. Der Handlungsentschluß - als Brücke zwischen Intentionsbildung und Intentionsinitiierung - muß keineswegs das Ergebnis eines bewußt ablaufenden Prozesses sein, sondern kann aus einer „blitzschnellen ‘Passungsprüfung‘“ (Heckhausen, 1987c, S. 136) zwischen der antizipierten und aktuell gegebenen Situationskonstellation resultieren. „Im glatten Fall ist die Passungsprüfung auf Günstigkeit der bestehenden Situation für eine bestimmte Zielintention ein Ereignis wie das Einklinken der Gelegenheitsintention: ‘hic Rhodus, hic salta!’“ (Heckhausen, 1987c, S. 137). Dieses blitzartige Anspringen auf eine günstige Situationskonstellation, das umgangssprachlich mit „sich einen Ruck geben“ beschrieben wird, macht deutlich, daß die Intentionsinitiierung nicht von selbst erfolgt, wenn der antizipierte Situationskontext gegeben ist, sondern vom Handlungsimpuls abhängt, der den Start zum Handeln gibt (vgl. „Action Launching Impulse“ (ALI), Heckhausen & Kuhl, 1985).

Phase der Intentionsbeibehaltung

Begonnene Gesundheitshandlungen müssen keineswegs bis zur endgültigen Intentionsrealisierung durchgeführt werden, denn nicht selten werden sie vorzeitig abgebrochen, ohne daß die angestrebte Intention erledigt wurde. Einen Ernährungskurs früher als geplant zu beenden, die begonnene ärztliche Behandlung nicht durchzuhalten oder mit dem Rauchen wieder anzufangen, sind Beispiele dafür, daß eine Gesundheitshandlung nicht zu Ende geführt wird. Gesundheitshandlungen können auch zwischenzeitlich unterbrochen werden, um die Realisierung anderer Intentionen zu verfolgen, für die sich - möglicherweise unerwartet - günstige Gelegenheiten ergeben haben. Es kann auf die Fortsetzung der Gesundheitshandlung „Teilnahme an einem Ernährungskurs“ verzichtet werden, wenn sich eine unwiederbringbare berufliche Chance bietet, die volles Engagement verlangt. Gesundheitsintentionen können schließlich während des Handlungsvollzugs aufgegeben werden, so daß sie ihre Wirksamkeit für weiteres Handeln verlieren. Hieraus ergibt sich für die Phase der Intentionsbeibehaltung (vgl. Abbildung 1) die zentrale Frage, welche Prozesse die Beibehaltung der Wirksamkeit der Gesundheitsintention und der begonnenen Handlungsausführung garantieren, bis die Intentionsrealisierung tatsächlich erreicht ist.

Vor Beantwortung dieser Frage ist vorzuschicken, daß von einem strikten Festhalten an der vorgenommenen Intention, dem Verfolgen einer Intention um jeden Preis nicht ausgegangen wird. Bestimmte Intentionen wieder fallen zu lassen, intentionsbezogene Handlungen abzubrechen, muß kein Eingeständnis von Schwäche, sondern kann auch Ausdruck der Einsicht von nicht mehr realisierbaren Intentionen sein. Problematischer erscheint vielmehr, wenn nicht (mehr) realisierbare Intentionen als solche nicht erkannt und weiter verfolgt werden und andere Intentionen demzufolge nicht zum Zuge kommen können. Es ist daher wichtig zu erkennen, wann die Realisierung einer Intention nicht mehr angezeigt ist, „um den Organismus davor zu bewahren, auf ein unerreichbares Ziel fixiert zu bleiben, wodurch die Realisierung neuer Absichten gefährdet wurde“ (Kuhl, 1983, S. 269). Entsprechendes gilt für die Fixierung auf Ziele, die unökonomischen Aufwand erfordern.

Berücksichtigt man, daß die Intention, etwas für die Gesundheit tun zu wollen, zur Ausführung gelangt, wenn sie sich gegenüber konkurrierenden Intentionen (z. B. berufliche Karriere machen zu wollen) als realisierungswichtiger erwiesen hat, hängt die weitere Realisierung dieser Intention davon ab, inwieweit dieser Status gegenüber den „unterlegenen“ Intentionen im Handlungsvollzug aufrechterhalten bleibt. Die erfolgreiche Intentionsverwirklichung setzt voraus, daß die aktivierte Intention gegenüber der anderen, weiterhin auf der Warteschleife befindlichen Intention abgeschirmt wird. Dieser **Prozeß** der **Intentionsabschirmung** (vgl. Kuhl, 1983; Nitsch, 1986, S. 255) ist vor allem darauf gerichtet, die Beibehaltung des Intentionsbezugs des Handelns auch angesichts „nachdrängender“ Intentionen (Kuhl, 1983, S. 314) sicherzustellen (vgl. Abbildung 1). Zu diesem Zweck müssen vor allem intentionsgefährdende Situationsanreize und situative Verlockungen (vgl. „resistance to temptation“, Kuhl, 1984), die von der begonnenen Intentionsrealisierung wegführen oder dieser im Wege stehen, ausgeblendet, sowie aufkommende Zweifel an dem einmal getroffenen Entschluß zurückgedrängt werden, damit die Intention nicht aufgrund auftauchender Entschlußunsicherheit vorzeitig aufgegeben wird. So kann die Intention, am Wochenende der Gesundheit zuliebe sich Erholung zu gönnen, dadurch gefestigt werden, daß keine Akten oder Manuskripte mitgenommen werden, die von der Gesundheitsintention ablenken könnten, oder man kann sich die Entscheidung für gesundheitsbewußtes Ernährungsverhalten vergegenwärtigen, wenn soziale Versuchungen (z. B. Anbieten von Sahnetorte) abgeschirmt werden sollen.

Eine besondere Gefährdung für die Beibehaltung der aktivierten Intention ist gegeben, wenn sich während der Handlungsausführung die Situationsbedingungen ändern und die Gefahr besteht, die Intention „zu vergessen“ (vgl. Heckhausen, 1987b, S. 163; Kuhl, 1983, S. 31), oder sich eine günstigere Situationskonstellation für eine andere, eine „unterlegene“ Intention einstellt. Ob im letzteren Fall die ursprüngliche Intention bis zur Erledigung weiterverfolgt, nach einer gewissen Zeit die Intentionsverwirklichung unterbrochen oder sofort aufgegeben und dem Situationsdruck nachgebend auf die „unterlegene“ Intention gewechselt wird, ist noch weitgehend unerforscht (vgl. Schütt, 1986).

Eine erfolgreiche Intentionsrealisierung ist keineswegs zwingend, wenn es gelungen ist, die aktivierte Intention gegenüber konkurrierenden Intentionen abzuschirmen. Zu berücksichtigen ist vielmehr, daß die Handlungsausführung nicht reibungslos

verlaufen muß, sondern durch antizipierte oder auftretende Hindernisse beeinträchtigt und gefährdet werden kann. Bei der Gesundheitshandlung „Gewichtsreduktion durch Sporttreiben“ kann das Ausbleiben auffälliger Gewichtsabnahme Zweifel an der gewählten Gesundheitsmaßnahme bestärken und den erhofften Gesundheitseffekt in Frage stellen. Die während der Handlungsausführung auftretenden Hindernisse fungieren im Sinne von **Handlungerschwernissen**, weil Handlungen unter Bedingungen durchzuführen sind, die einen reibungslosen Handlungsverlauf beeinträchtigen.

Für die erfolgreiche Intensionsverwirklichung ist erforderlich, daß die begonnene intensionsrelevante Handlungsausführung angesichts der Handlungerschwernisse beibehalten und solange fortgesetzt wird, bis die Intention verwirklicht ist. Wenn die Überwindung der Handlungerschwernisse nicht gelingt, ist der weitere Fortgang der Handlung und damit gleichzeitig die Intensionsverwirklichung gefährdet. Handlungerschwernisse können die Intensionsverwirklichung gefährden, indem sie zum Abbruch der Handlungsausführung beitragen. Die Gefahr, die Handlungsausführung vorzeitig oder besser gesagt voreilig abzubrechen, wird z. B. hervorgerufen, wenn angesichts von Mißerfolgen und Fehlschlägen die „Flinte ins Korn geworfen“ wird. Dies ist im genannten Beispiel der Fall, wenn wegen der Unzufriedenheit über den geringen Gewichtsverlust auf das Sporttreiben verzichtet wird. Um trotz der Handlungerschwernisse an der Intensionsverwirklichung festzuhalten, sind Kontrollprozesse notwendig, die zur Fortsetzung der Handlungsausführung beitragen und einem möglichen Handlungsabbruch entgegenwirken. In Anlehnung an die Intensionsabschirmung werden die Prozesse, die der Beeinträchtigung der vorgenommenen Handlungsausführung durch Handlungerschwernisse entgegenwirken, als **Handlungsabschirmung** bezeichnet (vgl. Abbildung 1).

Eine Möglichkeit, Handlungen abzuschirmen, besteht darin, die in der Vorsatzbildung gefaßten Ausführungsvorsätze zu aktualisieren und einzusetzen. Die Ausführungsvorsätze richten sich zum einen auf kritische Punkte des Handlungsablaufs, die Kontrolle der Handlungsausführung und die Sicherung des Handlungsvollzugs gegenüber Störungen (vgl. „Zielvorstellung“, Ach, 1910). „Sie sollen Fehlern, vorzeitigen Abbrüchen oder Mißerfolgen vorbeugen, auch auf eventuelle Komplikationen vorbereiten“ (Heckhausen, 1986b, S. 11). Das Vorausplanen dessen „was zu tun“ ist - als wesentlicher Bestandteil der „Vornahmehandlung“ von Lewin (1926) -, „schafft damit für einen späteren Zeitpunkt Aufforderungscharaktere, die unmittelbar auf das Hinausgehen hindrängen und damit die Durchführung der beabsichtigten Handlung unmittelbar herbeiführen oder wenigstens doch sehr erleichtern“ (Lewin, 1926, S. 379). Ausführungsvorsätze stellen vorausgenommene Bewältigungen schwieriger Situationen dar, die das Handeln in der konkreten Situation fördern.

Für die Gesundheitshandlung „Sporttreiben“ könnten Ausführungsvorsätze auf die Unterstützung durch andere gerichtet sein (z. B. mit anderen zum Laufen verabreden) oder als „öffentliche Willensbekundung“ (Schwarzer, 1994, S. 920) formuliert sein (z. B. Freunde über den Vorsatz, Sport zu treiben, informieren). Auch die Vergegenwärtigung des positiven Gefühls, etwas Vorgenommenes (doch) realisiert zu haben, fördert die Umsetzung von Vorsätzen in Handeln.

Zum anderen beziehen sich die Ausführungsvorsätze auf die gebildeten Intentionen, und zwar für den Fall, daß eine bestimmte Intention nur über vorher

festgelegte Zwischen- und Teilintentionen zu erreichen ist (vgl. „Zielplanung“, Nitsch, 1986, S. 242 ff.). Mit den intentionsbezogenen Ausführungsvorsätzen werden die Intentionen in Unterintentionen zerlegt und in eine sequentielle Anordnung gebracht. In einer konkreten Problemsituation bestünde dadurch die Möglichkeit, eine Intention nicht vorzeitig aufzugeben, sondern zunächst auf hierarchisch untergeordnete Intentionen zurückgreifend die Intensionsverwirklichung approximativ zu versuchen. Für die „Gesundheitsintention“ ließen sich als hierarchisch untergeordnete Intentionen z. B. „körperliche Fitneß“, „psychisches Wohlbefinden“ und „soziales Wohlbefinden“ bilden, die sequentiell abgewickelt werden können.

Zu berücksichtigen ist, daß insbesondere unvorhersehbare Erschwernisse kaum durch Ausführungsvorsätze vorausplanend bewältigt werden können. Zur Bewältigung von überraschend auftretenden Handlungserschwernissen müßten Kontrollprozesse eingesetzt werden (vgl. „Handlungsausführungskontrolle“, Schwarzer, 1992, S. 73), die die Handlungsausführung gegen Abbruchintentionen abschirmen. „Metakognitive Abschirm- und Durchhaltetendenzen können dafür sorgen, daß man nicht ‘abdriftet’, nicht die Handlung unterbricht und nicht seine Aufmerksamkeit anderen Dingen widmet“ (Schwarzer, 1992, S. 73). Handlungen trotz unvorhergesehener Erschwernisse bis zur Intensionsverwirklichung weiterzuverfolgen, kann durch sogenannte „Durchhalteparolen“ (Schwarzer, 1992, S. 73) erreicht werden. Gesundheitsbezogen kommt eine Durchhalteparole z. B. in dem Appell einer Person zum Ausdruck, die begonnene Gesundheitsmaßnahme „Gewichtsreduktion durch Sporttreiben“ nicht vorzeitig abzubrechen, um sich nicht um den Lohn der bisherigen Bemühungen zu bringen („Gib nicht auf, sonst war das, was du bisher getan hast, für die Katz“).

Phase der Intensionsbeendigung

Eine Handlung zu beenden, wenn die Intention erfolgreich verwirklicht wurde, ist auf den ersten Blick trivial, denn für Intentionen, deren Erreichung klar definierbare Kriterien zugrunde gelegt werden können, sind zusätzliche, die Handlung beendigende Prozesse nicht anzunehmen. Sie sind aber für alle Handlungen, für die ein ‚klar umrissenes Endziel‘ (Kuhl, 1983, S. 322) nicht gegeben ist, unerläßlich. Insbesondere für Intentionen, die einen mehrphasigen Handlungsvollzug erfordern, steht nicht immer „am Ende einer einzelnen Handlungsphase ein sich klar heraushebendes Zwischenziel“ (Heckhausen, 1987b, S. 149). In solchen Fällen kann es mitunter schwerfallen, sich von einer aktuellen Intensionsrealisierung zu lösen. Hierzu sind auch bestimmte Gesundheitsmaßnahmen zu rechnen, wenn für die einzelnen Gesundheitsphasen und den erreichbaren Gesundheitszustand keine klar definierbaren Kriterien existieren. So kann z. B. die vom Arzt verordnete Medikamenteneinnahme vorzeitig beendet, aber auch überschritten werden, weil man sich schon gesund bzw. noch nicht gesund fühlt.

Die Phase der Intensionsbeendigung umfaßt zwei Teilprozesse: **die Handlungsdesaktivierung** als Desaktivierung der gesundheitsrelevanten Handlung und die **Intensionsdesaktivierung**, mit der die Beendigung der Handlungswirksamkeit der Gesund-

heitsintention erfolgt (vgl. Abbildung 1). Daß die Desaktivierung einer Handlung zum Problem werden kann, hat Heckhausen (1987b) mit der Analyse von Desaktivierungsfehlern, die in der vorzeitigen und zu späten Desaktivierung der Handlungsausführung bestehen können, aufgezeigt. Er resümiert (1987b, S. 167): „Zusammenfassend läßt sich zu den Desaktivierungsfehlern sagen, daß vorzeitige Desaktivierungen auf einer überlappenden gleichthematischen Tätigkeit beruhen, deren Erledigung die Intention der Haupthandlung vorübergehend abhanden kommen, gleichzeitig aber ein Gefühl entstehen läßt, daß da noch etwas zu erledigen sei. Die Falle von zu später Desaktivierung scheinen sich nicht auf das eigentliche Handlungsergebnis, sondern auf Vornahmen der Initiierung und Ausführung zu beziehen, die, obwohl inzwischen gegenstandslos geworden, noch weiter bestehen und so ein gewisses Eigenleben, das sie teils von dem eigentlichen Intentionsziel unabhängig macht, an den Tag legen“.

Probleme der Handlungsdesaktivierung können sich weiterhin nach Beendigung der Handlungsausführung ergeben. Problematisch ist, wenn nach Mißerfolg (z. B. erfolglose Diät) die bisherige Handlungsausführung bei ungenügender Desaktivierung in der gedanklichen Auseinandersetzung nachschwingt oder nach Erfolg über eine längere Zeit eine emotionale Gebundenheit bestehen bleibt. Diese auf die zurückliegende Handlung bezogene retrospektive Handlungsbewertung verhindert die rechtzeitige Handlungsdesaktivierung und schafft Handlungsbedingungen, die die Umschaltung auf die nachfolgende Handlungsausführung gefährden.

Ein Problem der Intensionsdesaktivierung liegt vor, wenn eine Person kein Ende für die Gesundheitssituation finden kann. Das Nichtbeenden von Intentionen gilt z. B. für Personen, die angesichts von Mißerfolgsserien an - inzwischen unrealistisch gewordenen - Intentionen weiterhin festhalten. In diesen Fällen wird die Gesundheitsintention nicht desaktiviert und damit die Neubildung und Verwirklichung anderer Intentionen gefährdet bzw. verschoben.

Den Problemen der Intensions- und Handlungsdesaktivierung kann vorgebeugt werden, indem in der Phase der Vorsatzbildung Desaktivierungsvorsätze formuliert werden, die sich auf die Beendigung der Wirksamkeit von Intentionen und der Handlungsausführung beziehen. Insbesondere bei ungewissem Handlungsausgang ist es für den Handlungsabschluß nützlich, bereits vorab „Mindeststandards für das zu erreichende Handlungsergebnis“ (Heckhausen, 1986b, S. 13) festzulegen, die angeben, „wie das Handlungsergebnis zumindest beschaffen sein muß, ehe das eigene Handeln desaktiviert wird“ (Heckhausen, 1986b, S. 12). Konkrete Möglichkeiten, das Ausbleiben einer Desaktivierung zu vermeiden, liegen in der präzisen Formulierung von Desaktivierungsvorsätzen, z. B. durch Festlegen von Zeitmarken für die Intensionsbeendigung. Denkbar sind auch Maßnahmen, die die Handlungswirksamkeit anderer, bis jetzt zurückgedrängter Handlungsintentionen stärken.

Gesundheitsintentionen werden - zusammengefaßt - verwirklicht, wenn die antizipierte Ausführungsgelegenheit vorliegt, konkurrierende Intentionen abgeschirmt, auftretende Handlungerschwernisse überwunden und rechtzeitig Desaktivierungen vorgenommen werden.

Das entwickelte Modell der gesundheitsbezogenen Intensionsbildung und Intensionsrealisierung wird als Rahmengerüst zur Erklärung und Vorhersage von gesund-

heitsrelevantem Handeln angesehen. Es macht auf der einen Seite deutlich, daß Gesundheitsmodelle, die vorwiegend kognitiv orientiert sind, durch emotionale und volitive Regulationsprozesse zu ergänzen sind. Ebenso greift die Unterscheidung in Motivations- und Volitionsphasen zu kurz, da motivationale, emotionale und volitive Prozesse gleichermaßen an der Intentionsbildung sowie Initiierung und Beibehaltung gesundheitsbezogener Handlungen beteiligt sind. Andererseits ist eine Differenzierung des Modells im Hinblick auf die Verschachtelung verschiedener - mehr oder weniger gleichzeitig gegebener - Handlungsintentionen zu leisten, da die isolierte Betrachtung einzelner Handlungsintentionen, wie z. B. der Gesundheitsintention, der Komplexität der individuellen Intentionsstruktur nicht gerecht wird.

Literatur

- Ach, N. (1910). *Über den Willensakt und das Temperament*. Leipzig: Quelle und Meyer.
- Ach, N. (1935). *Analyse des Willens*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bagozzi, R. P. (1992). The self-regulation of attitudes, intentions, and behavior. *Social Psychology Quarterly*, 55, 178-204.
- Bagozzi, R. P. & Warshaw, P. R. (1990). Trying *to consume*. *Journal of Consumer Research*, 17, 127-140.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Basler, H. D. (1979). Modelle zur Erklärung präventiven Verhaltens. In K. Oeter & M. Wien (Hg.), *Frau und Medizin* (S. 128-152). Stuttgart: Hippokrates.
- Becker, H. M. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, NJ: Slack.
- Becker, P. (1985). Bewältigungsverhalten und seelische Gesundheit. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 14, 169-184.
- Beckers, E. (1987). Gesundheit und Lebenssinn. *Brennpunkte der Sportwissenschaft*, 1, 13-36.
- Bengel, J. (1989). Ärztliche Gesundheitsberatung aus der Sicht der Evaluation. In W. Schönflug (Hg.), *Bericht über den 36. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Berlin 1988* (Bd. 2, S. 121-130). Göttingen: Hogrefe.
- Brehm, J. W. & Cohen, A. R. (1962). *Explorations in cognitive dissonance*. New York: Wiley.
- Bruhn, J. G. (1988). Life-style and health behavior. In D. S. Gochman (Ed.), *Health behavior. Emerging research perspectives* (pp. 71-86). New York: Plenum.
- Dörner, D. (1982). Wie man viele Probleme zugleich löst - oder auch nicht! *Sprache & Kognition*, 1, 55-66.
- Dörner, D., Kreuzig, H. W., Reither, F. & Stäudel, T. (1983). Lohhausen. *Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Bern: Huber.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Fuchs, R. (1994). Änderungsdruck als motivationales Konstrukt: Überprüfung verschiedener Modelle zur Vorhersage gesundheitspräventiver Handlungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, *2*, 95-107.
- Fuchs, R., Hahn, A., Jerusalem, M., Leppin, A., Mittag, W. & Schwarzer, R. (1989). **Auf dem Weg zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens**. Arbeitsbericht Nr. 11 des Instituts für Psychologie. Berlin: Freie Universität Berlin.
- Gollwitzer, P. M. (1987a). The implementation of identity intentions: A motivational-volitional perspective on symbolic self-completion. In F. Halisch & J. Kuhl (Eds.), *Motivation, intention and volition* (pp. 349-369). Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P. M. (1987b). Suchen, Finden und Festigen der eigenen Identität: Unstillbare Zielintentionen. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 176-189). Berlin: Springer.
- Gollwitzer, P. M. (1993). Goal achievement: The role of intentions. In W. Stroebe & M. Hewstone (Eds.), *European Review of Social Psychology*, *4*, 141-185.
- Haisch, J., Osnabrügge, E. & Frey, D. (1983). Dissonanztheorie - Dissonanztherapie. Zur Bestimmung therapeutischer Techniken aus der Dissonanztherapie. In J. Haisch (Hg.), *Angewandte Sozialpsychologie* (S. 33-48). Bern: Huber.
- Heckhausen, H. (1980). *Motivation und Handeln*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1985). *Komponenten der Intention und ihre Handlungsfehler*. München: Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung.
- Heckhausen, H. (1986a). Wiederaufbereitung des Wollens: Eine kurze Einführung. In H. Heckhausen, J. Beckmann, P. M. Gollwitzer, F. Halisch, P. Lütkenhaus & M. Schütt (Hg.), *Wiederaufbereitung des Wollens* (S. 1-9). München: Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung.
- Heckhausen, H. (1986b). *Intentionsgeleitetes Handeln und seine Fehler*. Unveröff. Manuskript. München: Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung.
- Heckhausen, H. (1987a). Wünschen - Wahlen - Wollen. In H. Heckhausen, P. W. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 3-9). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1987b). Intentionsgeleitetes Handeln und seine Fehler. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 143-175). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. (1987c). Perspektiven einer Psychologie des Wollens. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinert (Hg.), *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften* (S. 121-142). Berlin: Springer.
- Heckhausen, H., Gollwitzer, P. M. & Weinert, F. (Hg.). (1987). *Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften*. Berlin: Springer.
- Heckhausen, H. & Kuhl, J. (1985). From wishes to action: The dead ends and short cuts on the long way to action. In M. Frese & J. Sabini (Eds.), *Goal directed behavior: The concept of action in psychology* (pp. 134-159). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hornung R. (1986). *Krebs: Wissen, Einstellungen und präventives Verhalten der Bevölkerung*. Stuttgart: Huber.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York: Holt.
- Jerusalem, M. (1990). *Persönliche Ressourcen, Vulnerabilität und Streßerleben*. Göttingen: Hogrefe
- Kuhl, J. (1983). *Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle*. Berlin: Springer.
- Kuhl, J. (1984). Volitional aspects of achievement motivation and learned helplessness: Toward a comprehensive theory of action control. In B. A. Maher & W. B. Maher (Eds.),

- Progress in experimental personality research** (Vol. 13, pp. 99-171). New York: Academic Press.
- Kuhl, J. (1987). Motivation und Handlungskontrolle: Ohne guten Willen geht es nicht. In H. Heckhausen, P. M. Gollwitzer & F. E. Weinen (Hg.), **Jenseits des Rubikon: Der Wille in den Humanwissenschaften** (S. 101-120). Berlin: Springer.
- Lewin, K. (1926). Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie. II. Vorsatz, Wie und Bedürfnis. **Psychologische Forschung**, 7, 330-385.
- Lütjen, R. & Frey, D. (1987). Gesundheitspsychologie - Sozialpsychologische Aspekte von Gesundheit und Krankheit In J. Schultz-Gambard (Hg.), **Angewandte Sozialpsychologie** (S. 293-305). München: Psychologie Verlags-Union.
- Lüshen, G., Cockerham, W. C. & Kunz, G. (1987). Deutsche und amerikanische Gesundheitskultur - oder: What **they** say when **you** sneeze. **Medizin, Mensch, Gesellschaft**, 12 (4), 59-69.
- Miller, G. A., Galanter, E. & Pribram, K. H. (1973). **Strategien des Handelns. Pläne und Strukturen des Verhaltens**. Stuttgart: Klett.
- Nitsch, J. R. (1986). Zur handlungstheoretischen Grundlegung der Sportpsychologie. In H. Gabler, J. R. Nitsch & R. Singer (Hg.), **Einführung in die Sportpsychologie** (S. 188-270). Schorndorf: Hofmann.
- Nöldner, W. (1989). Gesundheitspsychologie - Grundlagen und Forschungskonzepte. In B. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug & E. Kopp (Hg.), **Gesundheitspsychologie - Konzepte und empirische Beiträge** (S. 11-20). Regensburg: Roderer.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1984). **The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of Change**. Homewood, IL: Buron.
- Rodenstein, M. (1987). Wandlungen des Gesundheitsverständnisses in der Moderne. **Medizin, Mensch, Gesellschaft**, 12 (4), 292-298.
- Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude Change. **Journal of Psychology**, 91, 93-114.
- Rosenstock, I. M. (1966). Why people use health services. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, 44, 94.
- Schütt, M. (1986). Kollidierende Intentionen bei überlappenden Tätigkeiten. In H. Heckhausen, J. Beckmann, P. M. Gollwitzer, F. Halisch, P. Lütkenhaus & M. Schütt (Hg.), **Wiederaufbereitung der Wollens** (S. 34-39). München: Max-Planck-Institut für Psychologische Forschung.
- Schwarzer, R. (1989). Überlegungen zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens. In D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug & E. Kopp (Hg.), **Gesundheitspsychologie - Konzepte und empirische Beiträge** (S. 21-30). Regensburg: Roderer.
- Schwarzer, R. (1992). **Psychologie des Gesundheitsverhaltens**. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1994). Volitionstheorie der Gesundheit. **Zeitschrift für Pädagogik**, 40 (6) 907-922.
- Stern, W. (1950). **Allgemeine Psychologie** (2. Aufl.). Den Haag: Nyhoff.
- Taylor, S. E. & Gollwitzer, P. M. (1995). Effects of mindset on positive illusions. **Journal of Personality and Social Psychology**, 69, 213-226.
- Verres, R. (1977). **Psychosoziale Faktoren der mangelnden Inanspruchnahme von Krebs-Früherkennungsuntersuchungen**. Frankfurt: Lang.
- Vescovi, G. (1987). Modelle einer primären Prävention. In H. Schaefer, H. Schipperges & G. Wagner (Hg.), **Präventive Medizin** (S. 210-231). Berlin: Springer.
- Weinstein, N. D. & Sandman, P. M. (1992). A model of the precaution adoption process: Evidence from home radon testing. **Health Psychology**, 11, 170-180.