



Psychologie in der Gesundheitsförderung: ein Scoping Review

Laurin Müller, Dr. Christian O. Jacke

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de
September 2024
ISBN 978-3-9824068-5-5

Inhalt

Zusammenfassung	2
1 Einleitung	3
2 Methoden	5
3 Ergebnisse	6
3.1 Ansprache	6
3.1.1 Risikokommunikation	6
3.1.2 Motivierende Gesprächsführung	9
3.1.3 Präventionsdilemma	10
3.2 Umsetzen von gefassten Vorsätzen zur Verhaltensänderung	11
3.2.1 Nudging	12
3.2.2 Precommitment	12
3.2.3 Boosting	12
3.2.4 Implementationsintentionen	13
3.3 Bindung von Programmteilnehmern	14
4 Diskussion	15
4.1 Risikokommunikation im Wandel	15
4.2 Motivierende Gesprächsführung im digitalen Zeitalter	16
4.3 Das Präventionsdilemma bleibt	16
4.4 Nudging weiter umstritten	17
4.5 Precommitment ineffektiv?	17
4.6 Boostingansatz noch in der Entwicklung	18
4.7 Implementationsintentionen	18
4.8 Bindung von Programmteilnehmern wenig beforscht	19
5 Fazit	20
Literaturverzeichnis	21
Anhang A.1: Verhaltenshemmungssystem und Verhaltensaktivierungssystem	26
Anhang A.2: Risikokommunikation	26
Anhang A.3: Beispiel für ein finanzielles Precommitment	27
WIP-Veröffentlichungen seit 2018	29

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Rolle der Psychologie in der Gesundheitsförderung vor dem Hintergrund aktueller demografischer Veränderungen, den damit einhergehenden chronischen Erkrankungen sowie wachsenden Ausgaben. Ziel ist es, einen Überblick über wesentliche psychologische Einflüsse auf das freiwillige Inanspruchnahmeverhalten zu geben und deren Bedeutung für erfolgreiche Gesundheitsförderung zu verdeutlichen. Methodisch basiert die Untersuchung auf einer umfassenden Literaturrecherche, die Primärstudien, Reviews und Metaanalysen einbezieht, wobei alle Studien auf Personenebenen ansetzen.

Die Ergebnisse lassen sich entlang der „Patient Journey“ in drei Hauptbereiche gliedern. Ansprache, Umsetzung von Vorsätzen und Bindung. Im Bereich der Ansprache spielt die Risikokommunikation eine zentrale Rolle, wobei auffällt, dass positive Informationen bereitwilliger akzeptiert werden als negative (sogenannte defensiv-asymmetrischen Risikokalkulation). Dieses Phänomen erschwert die Vermittlung von Gesundheitsrisiken erheblich. Als vielversprechender Ansatz zur Verhaltensänderung hat sich die motivierende Gesprächsführung erwiesen, insbesondere bei chronischen Erkrankungen. Eine besondere Herausforderung stellt jedoch das Präventionsdilemma dar, bei dem schwer erreichbare Zielgruppen oft den größten Bedarf an Präventionsmaßnahmen haben. Bei der Umsetzung von Vorsätzen wurden verschiedene psychologische Konzepte identifiziert. Nudging zielt darauf ab, durch subtile Umfeldgestaltung gesundheitsförderliches Verhalten zu begünstigen. Precommitment nutzt präventive Selbstverpflichtungen, um zukünftiges Verhalten zu steuern. Boosting setzt auf die Stärkung individueller Kompetenzen zur langfristigen Verhaltensänderung. Implementationsintentionen fördern die Zielerreichung durch konkrete Wenn-dann-Pläne. Alle diese Ansätze zeigen Potenzial, wobei ihre Wirksamkeit je nach Kontext variiert und weitere Forschung notwendig ist. Für die langfristige Bindung von Teilnehmern an Gesundheitsprogrammen haben sich Strategien wie die Förderung von Gemeinschaft und sozialer Einbindung, Flexibilität in der Programmgestaltung sowie (nicht) monetäre Anreizsysteme als wirksam erwiesen. Dabei gewinnen auch digitale Tools zunehmend an Bedeutung, auch wenn hier spezifische Herausforderungen wie hohe Ausfallraten zu überwinden sind.

Die Arbeit zeigt, dass über die gesamte Patient Journey hinweg vielfältige psychologische Prozesse wirksam für den Erfolg von Gesundheitsförderung sind. Die vorgestellten Ansätze bieten diverse Möglichkeiten zur Optimierung von Gesundheitsprogrammen, müssen jedoch stets an den jeweiligen Kontext angepasst werden. Trotz vielversprechender erster Erkenntnisse besteht in vielen Bereichen jedoch noch erheblicher Forschungsbedarf, insbesondere in praxisnahen Settings. Hier sind Akteure aus verschiedenen Bereichen des Gesundheitswesens gefordert, einen Beitrag zu leisten, um die Effektivität von Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention weiter zu verbessern und den zukünftigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich besser begegnen zu können.

1 Einleitung

Das Gesundheitssystem in Deutschland steht vor erheblichen Herausforderungen, die sowohl medizinischer als auch ökonomischer Natur sind. Eine der zentralen Problemstellungen ist die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen, die oft als "Volkskrankheiten" bezeichnet werden (Bundesärztekammer, 2023). Zu diesen zählen unter anderem Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Diabetes oder Atemwegserkrankungen. Die damit verbundenen Kosten für die Kostenträger steigen stetig an, wobei insbesondere die erforderliche Medikation und stationäre Aufenthalte als besonders kostenintensiv gelten (Statistisches Bundesamt, 2022). Im Zuge der demografischen Entwicklung in Deutschland ist mit einer Verschärfung der Situation zu rechnen (Robert Koch-Institut, 2021). Dies stellt das Gesundheitssystem vor große Herausforderungen, die sowohl die gesetzlichen Krankenkassen (GKV) als auch die privaten Krankenversicherungen (PKV) trifft.

Die Gesundheitsförderung ist dabei eine Schlüsseldisziplin. Der Grundgedanke dabei ist, Erkrankungen in ihrer Entstehung zu verhindern, zu verlangsamen und zeitlich zu verschieben oder zumindest in ihrem Fortschreiten zu verlangsamen (World Health Organization, 2020). Dieser Ansatz ist nicht nur aus medizinischer Sicht sinnvoll, sondern auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive vielversprechend. In den letzten Jahren haben verschiedene Akteure des Gesundheitssystems zahlreiche Programme und Interventionen initiiert, die auf Gesundheitsförderung abzielen. Sowohl die GKV als auch die PKV haben in diesem Bereich erhebliche Anstrengungen unternommen, um (un)gedeckte medizinische Bedarfe zu adressieren, unbehandelte Prävalenzen zu reduzieren und der wachsenden Krankheitslast zu begegnen.

Aber trotz der technischen und rechtlichen Rahmenbedingungen für derartige Interventionen stellt die tatsächliche Inanspruchnahme durch die Versicherten eine zentrale Herausforderung dar. Die Effektivität der Programme hängt maßgeblich von der Einsicht und Kooperation der Versicherten ab (Hurrelmann et al., 2022). Denn bei der Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen spielt der "Faktor Mensch" eine entscheidende Rolle. Bereits bei der Ansprache von Versicherten können Fehler auftreten, die zu Widerstand oder Ablehnung führen können. Dies kann dazu führen, dass Versicherte gar nicht erst an Programmen teilnehmen. Aber selbst wenn diese erste Hürde genommen wird, können weitere Herausforderungen, wie mangelnde Selbstkontrolle oder fehlende Langzeitmotivation, den Erfolg von Präventionsmaßnahmen beeinträchtigen (Schwarzer, 2020). Die Nachhaltigkeit von Verhaltensänderungen ist ein weiterer kritischer Faktor. Selbst wenn kurzfristige Erfolge erzielt werden, kann eine Präventionsmaßnahme ihre Wirkung verfehlen, wenn die angestrebten Verhaltensänderungen nicht langfristig beibehalten werden (Renneberg & Hammelstein, 2021).

Es wird deutlich, dass psychologische Mechanismen maßgeblich über den Erfolg oder Misserfolg von Gesundheitsmaßnahmen entscheiden. Dies gilt sowohl für die Teilnehmeransprache als auch für die Durchführung und Nachhaltigkeit der Programme. Um die Effektivität von Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu optimieren, ist daher eine ganzheitliche Betrachtung des gesamten Versicherten- und Patientenflusses, d. h. der "Patient Journey" zielführend. Diese beschreibt den idealtypischen Ablauf von gesunden zu kranken Personen (und zurück) sowie des damit einhergehenden Hilfesuchoverhaltens und Inanspruchnahmeprozesses innerhalb des Gesundheitswesens (Hofreuter-Gätgens & Gätgens, 2023). Die damit angedeutete Komplexität verdeutlicht, wie wichtig eine Reflektion der psychologischen Prozesse ist. Eine fundierte Kenntnis und die Integration psychologischer Evidenz hinsichtlich Gesundheitswahrnehmung und -verhalten in die Entwicklung und Implementierung von Interventionen im Bereich der Gesundheitsförderung bilden die Basis, um effektiv und effizient den wachsenden chronischen Erkrankungen zu begegnen.

Ziele der Analyse

Das menschliche Erleben und Verhalten im Kontext des sensiblen Themenfeldes Gesundheit steht im Folgenden im Mittelpunkt. Das Bewusstsein für den erheblichen Einfluss der Psyche auf das Gesund-

heitsverhalten gilt es zu schärfen. Relevante und wichtige Erkenntnisse verschiedener evidenzbasierter Theorien und Konzepte werden verständlich dargestellt und erläutert. Eine Orientierung über dieses doch recht weit gefasste Themenfeld sei gegeben. Weiterführende Literaturhinweise zur Vertiefung sind hinterlegt. Ein Anspruch auf Vollständigkeit wird nicht erhoben.

Forschungsfragen

Um den Überblick auf die Vielzahl an Themen zu erleichtern, soll eine Sortierung der verschiedenen Konzepte nach deren Auftreten in der Patient Journey erfolgen. Tritt ein bestimmter Mechanismus zum Beispiel am Anfang bei der Ansprache der Versicherten auf oder später bei bereits aktiven Programmteilnehmern? An welchen Zeitpunkt in der Patient Journey setzt eine bestimmte Lösungsstrategie an? Dieses chronologische Vorgehen legt den inhaltlichen roten Faden durch diese Arbeit, in dessen Verlauf die leitenden Forschungsfragen beantwortet werden.

2 Methoden

Diese Studie ist als systematisches Review konzipiert. Die Methodik folgt den PRISMA-Richtlinien für systematische Reviews und Meta-Analysen (Page et al., 2021; Moher et al., 2009). Die Literaturrecherche nutzt die elektronischen Datenbanken MEDLINE via PubMed und Google Scholar. Die Suchsprache war primär Englisch, mit gelegentlicher Verwendung deutscher Suchbegriffe. Die Suchstrategie umfasste eine breite Palette von Stichworten, die der gesamten Patient Journey folgten. Zur Recherche zum Themenkomplex Ansprache wurden die Suchbegriffe "Risk Communication", "Defense Mechanisms", "Reactance", "Patient-Physician Communication", "risk perception", "Motivational Interviewing", "Prevention Paradox" verwendet. Zum Thema Vorsätze erwiesen sich die Suchbegriffe "intention-behavior gap", "willpower", "self-control", "nudging", "self nudging", "transparent nudging", "boosting", "empowerment", "precommitment", "commitment contracts", "temptation bundling", "implementation intention" als zielführend. Psychologische Phänomene zur Bindung wurden mit den Suchbegriffen "retention", "recruitment", "public health programmes", "dropouts" recherchiert.

Zusätzlich zur direkten Datenbanksuche erfolgte ein Citation-Tracking, bei dem Referenzlisten relevanter Artikel analysiert und nach Publikationen gesucht wurde, die diese Artikel zitierten.

Auswahlverfahren

Eingeschlossen wurden Primärstudien, systematische Reviews und Meta-Analysen, die sich mit psychologischen Einflüssen auf Gesundheitsverhalten entlang der gesamten Patient Journey befassten. Der Fokus lag auf Forschungsarbeiten, die sich auf die Mikroebene (einzelne Personen) konzentrierten, während Studien auf Makroebene (z. B. Bevölkerungsgruppen im Kontext der Pandemie) nicht im Mittelpunkt der Arbeit standen und ausgeschlossen wurden. Voraussetzung für den Einschluss war die Einhaltung methodischer Mindeststandards. Es wurden sowohl wegweisende Veröffentlichungen zu wichtigen Konstrukten als auch aktuelle Studien berücksichtigt, um den gegenwärtigen Forschungsstand abzubilden.

Datenextraktion und -synthese

Die Datenextraktion erfolgte durch den Hauptautor und wurde von einem zweiten Reviewer überprüft. Extrahiert wurden Informationen zu Studiendesign, Teilnehmern, Interventionen, Kontrollbedingungen, Outcomes und wesentlichen Ergebnissen. Aufgrund der Heterogenität der eingeschlossenen Studien erfolgte eine narrative Synthese der Ergebnisse. Die Synthese orientierte sich an der Struktur der Patient Journey, um ein umfassendes Bild der psychologischen Einflüsse auf das Gesundheitsverhalten zu vermitteln.

Es ist anzumerken, dass dieses Review aufgrund des breiten thematischen Umfangs einen sensitiven Ansatz verfolgte und die Gesamtzahl der ausgewählten Studien bewusst begrenzt ist. Daher erhebt die vorliegende Arbeit keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern stellt eher eine exemplarische Auswahl dar. Die recherchierte Literatur ist in der Open-Source-Anwendung JabRef organisiert, die allen Interessierten ausgehändigt werden kann.

3 Ergebnisse

Psychologische Faktoren spielen eine Schlüsselrolle in der Gesundheitsförderung. Von der Ansprache über die Umsetzung von Vorsätzen bis zur Teilnehmerbindung beeinflussen sie den Erfolg von Interventionen. Was aber versteht die Psychologie genau unter Ansätzen wie Risikokommunikation, motivierender Gesprächsführung oder Nudging? Allen drei Ansätzen ist gemein, dass sie die Kluft zwischen geplanter oder wünschenswerter Handlungsabsicht (Intention) und tatsächlichem Verhalten zu überbrücken oder zu verkleinern versuchen. Aber wie können diese Erkenntnisse genutzt werden, um die Effektivität von Gesundheitsinterventionen zu steigern? Die folgenden Erläuterungen geben Hinweise.

3.1 Ansprache

Die Interaktion zwischen Versichertem und Versicherer kann durch vielfältige Impulse entstehen. Ein Versicherer kann Subpopulationen mit besonderen Risikoprofilen identifizieren und in einen Dialog treten. Wie aber spricht man einen Versicherten am besten an, von dem man glaubt, er entwickelt in naher Zukunft Symptome für bestimmte chronische Erkrankungen? Entscheidend für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung seitens von Versicherungen und anderen Trägern im Gesundheitssystem ist es, bei der Ansprache den richtigen Umgang in der Vermittlung von gesundheitlichen Risiken zu finden.

3.1.1 Risikokommunikation

Renner und Fuchs (1992) legten hierzu eine wegweisende Studie vor, die sich mit den Auswirkungen von gesundheitsbezogenen Risikoinformationen beschäftigte. Der Fokus lag auf der Arzt-Patienten-Kommunikation und dem im Mittelpunkt stehenden Gesundheitsverhalten. Eine direkte Ansprache auf die gesundheitlichen Risiken (z. B. Fettleibigkeit) führte aber nur bedingt zu einem veränderten Gesundheitsverhalten. Denn die betroffenen Menschen hatten zunächst keine Konsequenzerwartung, d. h. die Annahme, dass eine entsprechende Verhaltensänderung (z. B. gesunde Ernährung oder Sport) auch zum Schutz vor Risiken führt. Zum anderen ist Selbstwirksamkeit und das Vertrauen in eigene Kompetenzen zum Umsetzen von Gesundheitsverhalten unerlässlich. Beide Aspekte können im Rahmen einer effektiven Ressourcenkommunikation gestärkt werden. Unterbleibt diese, droht ein sogenannter Bumerangeffekt, welcher sogar eine noch weitere Verringerung von Motivation im Angesicht von gesundheitlichen Risiken vorhersagt. Wohlüberlegtes Vorgehen bei der Risikokommunikation ist klar geboten und i. d. R. ist die Interaktion im Vorfeld gut zu planen, um ein Bewusstsein für die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung zu verankern. An dieser Stelle geht es um eine Chancen-Risiko-Abwägung des Versicherers, um alle Handlungsoptionen zu behalten. Oder sollte man eine Risikokommunikation aufgrund der möglichen Nebenwirkungen sogar gänzlich unterlassen?

Dass Risikokommunikation trotz einiger Gefahren notwendig ist, geht aus dem Umstand hervor, dass ein wahrgenommenes Risiko oft viel niedriger ist als ein tatsächliches Risiko. Beispielsweise nehmen Raucher ihr Gesundheitsrisiko im Vergleich zur epidemiologischen Evidenz niedriger wahr. Jedoch betonten die Autoren, dass eine Korrektur solcher Verzerrungen durch Risikoinformationen in der Vergangenheit sowohl auf Gruppenebene (Rauchen kann tödlich sein) als auch auf Individualebene (Vergleich eigener Untersuchungsergebnisse mit epidemiologischer Evidenz) keine hinreichende Änderungsbereitschaft in den Menschen hervorriefen.

Ursächlich hierfür ist nach Auffassung der Studienautoren eine defensive Verarbeitung gesundheitlicher Risikoinformationen. Beispielsweise werden bei schlechten Blutwerten Tagesumstände verantwortlich gemacht oder die Bedeutung des Wertes generell in Frage gestellt. Diese Tendenz zeigt sich bei gering eingeschätzten Bewältigungsressourcen besonders stark. Die Autoren nannten diese Verzerrung alternativ auch motivierten Skeptizismus oder präferenzorientierte Informationsverarbeitung. Das kritischere Hinterfragen von negativen (im Vergleich zu positiven) Informationen stellt bei näherer Betrachtung

allerdings durchaus eine ökonomische Vorgehensweise der menschlichen Psyche dar. Denn aus positiven Informationen leitet sich keine Notwendigkeit zu Veränderungen ab, weswegen diese leichter akzeptabel erscheinen. Negative Informationen hingegen stellen den bisherigen Lebensstil und nicht zuletzt das bisher etablierte Selbstkonzept in Frage. Hieraus notwendig erscheinende Veränderungen an eigenen Gewohnheiten und Selbstbildbestandteilen wiegen jedoch schwer und sollten daher auf gründlich überprüften Informationen basieren. Hier kann ein Versicherer ansetzen.

Mit den positiven oder negativen Werten einer Gesundheitsinformation (sogenannte Valenz) kommt allerdings auch die Konsistenz (mit vorherigen Test-/Diagnoseergebnissen) als Einflussfaktor auf die Risikoverarbeitung hinzu. Die Autoren wiesen innerhalb eines experimentellen Designs nach, dass ein Erleichterungseffekt (positives Testergebnis inkonsistent zur negativen Erstuntersuchung) wesentlich größer ausfiel als ein vergleichbarer Verunsicherungseffekt (negatives Testergebnis inkonsistent zur positiven Erstuntersuchung). Einfacher ausgedrückt heißt das, dass bisherige Auffassungen sehr bereitwillig geändert wurden, wenn eine neue Untersuchung positiver ausfiel als vorherige Diagnostik. Umgekehrt waren Probanden nicht leichtfertig dazu bereit, ihre Auffassungen zu ändern, wenn eine neue Untersuchung negativer ausfiel als vorherige Diagnostik. Frühere Diagnostik wird also in Abhängigkeit zu ihrer Valenz nicht gleichermaßen berücksichtigt. Diese Schiefelage in der Informationsverarbeitung bezeichneten die Studienautoren als defensiv-asymmetrische Risikokalkulation (Tabelle 1).

Tabelle 1: Auswirkung von Valenz und Konsistenz auf Risikowahrnehmung

		Konsistenz mit vorheriger Diagnose	
		konsistent	inkonsistent
Valenz der aktuellen Diagnose	erwünscht	Beruhigung	Erleichterung
	unerwünscht	Akzeptanz	Verunsicherung

Quelle: Renner & Fuchs, 1997

Welche Konsequenzen sollte man nun auf die Vermittlung gesundheitlicher Risiken in der Arzt-Patienten-Kommunikation oder dem Versicherungsanschreiben ziehen? Zum einen sollte immer, wenn möglich, ein (ausführliches) Expertengespräch für den Patienten gewährleistet werden. Dieses soll sowohl das Bagatellisieren von negativen Testergebnissen als auch die Überbewertung von positiven Testergebnissen vorbeugen. Zudem erscheint es sinnvoll, eine hinreichende Ressourcenkommunikation zu praktizieren, welche dem Patienten Selbstwirksamkeit und individuelle Einflussmöglichkeiten auf seine Gesundheit vermitteln soll. Schlussendlich wiesen die Autoren auf die sogenannte Evaluationskommunikation hin. Diese soll das Bedürfnis von Patienten nach Erleichterung ansprechen und etwa nach vorgenommenen Verhaltensänderungen (z. B. Sport) auch die entsprechenden Resultate des eigenen Handelns (z. B. verbesserte Blutwerte) hervorheben.

In diesem Zusammenhang ist insbesondere auf die Darstellungsform von gesundheitlichen Risikowerten zu achten. Nach Reinhardt et al. (2018) können Menschen mit absoluten Häufigkeiten eher akkurat umgehen als mit relativen Häufigkeiten/Prozentwerten und profitieren in der Regel von einer grafischen Aufbereitung statistischer Informationen. Zudem sollten Akteure im Gesundheitswesen beachten, dass das Zahlenverständnis (numeracy) je nach Patient unterschiedlich ausgeprägt sein kann und dementsprechend Rückschlüsse auf die Kommunikation zu ziehen sind. Als generelles Problem bei der Vermittlung gesundheitsrelevanter Risiken identifizierten die Autoren ebenfalls den sogenannte Optimismus-Bias, welches die Tendenz beschreibt, die eigene Risikowahrscheinlichkeit im Vergleich zu anderen Menschen wesentlich stärker zu unterschätzen.

Von Patientenseite beeinflussen wiederum mehrere Faktoren, inwieweit Risiken auch als solche beurteilt werden. Die Autoren nannten hierbei die Aspekte Freiwilligkeit (etwa einer Untersuchung), Kontrolle und Furcht als wegweisende und zu beachtenden Aspekte. Insbesondere im Hinblick auf den letztgenannten

Aspekt erscheint es relevant, eine erfolgreiche Risikokommunikation nicht nur als Vermeidung von Bagatellisierungen anzusehen, sondern umgekehrt Patienten auch irrationale Ängste zu nehmen. Als Beispiel führten die Autoren eine Krebsvorsorgeuntersuchung an, welche unter Umständen nicht wahrgenommen wird, weil sich ein Patient vor schlechten Ergebnissen fürchtet. In diesem Falle sollte der Patient über die enormen Vorteile der Früherkennung aufgeklärt werden, damit dieser die Risikobewertung einer solchen Untersuchung adäquat anpassen kann (selbst im Falle einer Krebsdiagnose Behandlungsaussichten bei Früherkennung besonders günstig). Zudem kann ein Versicherer auch schon im Vorfeld für den Fall positiver Testwerte auf die organisierten Unterstützungsleistungen hinweisen und informieren, um die emotionalen Bedarfe von betroffenen Personen zu adressieren.

Im Hinblick auf Kommunikation gesundheitlicher Risiken sind darüber hinaus eine Reihe verschiedener Abwehrmechanismen zu beachten, zu deren Erklärung jeweils unterschiedliche theoretische Ansätze zugrunde liegt. Hastall (2012) nannte neben Vermeidung von bedrohlichen Botschaften verschiedene psychoanalytische Ansätze (Verdrängung, Verleugnung, etc.) sowie kognitive Verzerrungen wie eine meist positiv verzerrte Selbstwahrnehmung oder unrealistischen Optimismus. Letzteres beschreibt die Tendenz, bei sich selbst keine grundsätzlichen Fehler zu erkennen und gesundheitliche Risiken eher Anderen zuzuschreiben, ähnlich zum Optimismus-Bias. Außerdem können in Folge von Botschaften, die das eigene Selbstbild und vermeintliche Freiheiten bedrohen, auch Angriffe auf die Botschaftsinhalte (Strohmannargumente, vorteilhafte soziale Vergleiche, etc.) oder bei ausreichend Aggression sogar auf den Sender (z. B. Arzt) selbst ausgelöst werden. Zu beachten sind zudem wieder Bumerangeffekte, welche verstärktes Auftreten gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen vorhersagen.

Hastall (2012) sah als Lösung zur Vermeidung solcher Abwehrmechanismen insbesondere das Herausstellen von positiven/belohnenden Aspekten von Gesundheitsförderung vor. Hierbei bezog sich der Autor auf die Annahme zweier neurologischer Systeme, welche das menschliche Verhalten maßgeblich beeinflussen sollen. Während ein Verhaltenshemmungssystem auf bedrohliche Reize reagiert, tut dies ein Verhaltensaktivierungssystem auf angenehme Reize. Entsprechend sollte im Rahmen effektiver Gesundheitskommunikation Ersteres minimiert und Letzteres maximiert werden (Beispiel siehe Anhang A.1).

Als theoretische Erklärung für solche Abwehrreaktionen können viele Modelle herangezogen werden, etwa die Terror-Management Theorie (Abwehr von Bewusstmachung der eigenen Vergänglichkeit), die Theorie der kognitiven Dissonanz (Nicht-Übereinstimmung zwischen Einstellung und Handeln als unangenehm erlebt), oder die Abwehr von Beeinflussung, Belehrung und Freiheitseinschränkung. Folgerichtig ist für eine erfolgreiche Gesundheitskommunikation daher die Vermeidung bzw. Minimierung von Angstausslösung, kognitiven Dissonanzen oder Belehrungen der Zielpersonen von oben herab. Stattdessen sollten Zielpersonen auf Augenhöhe angesprochen und einige Formulierungsregeln beachtet werden. Hierzu gehört ein erörternder Stil (Pro und Contra Argumente nennen), eine allgemeine statt einer direkten Ansprache (Leute statt Du) oder auch die Auswahlmöglichkeit aus mehreren Verhaltensweisen. Zudem bieten sich subtile Techniken wie Ankermechanismen, Fuß in der Tür oder Ähnliches an. Abwehrargumente können und sollten innerhalb der Botschaft adressiert werden. Unglaubliche Übertreibungen und Dramatisierungen sollten stattdessen vermieden werden (Beispiel siehe Anhang A.2).

1. Risikokommunikation mit Ressourcenkommunikation verbinden: Neben Risiken auch Selbstwirksamkeit und Handlungsmöglichkeiten aufzeigen.
2. Asymmetrische Verarbeitung von Gesundheitsinformationen berücksichtigen: Positive Informationen werden leichter akzeptiert als negative.
3. Risiken verständlich darstellen: Absolute Häufigkeiten und grafische Darstellungen bevorzugen und das (absolute) Zahlenverständnis beachten.
4. Positive Aspekte und Belohnungen betonen: Verhaltensaktivierungssystem ansprechen, statt Bedrohungen zu fokussieren.
5. Auf Augenhöhe kommunizieren: Erörternden Stil wählen, Belehrungen vermeiden und Wahlmöglichkeiten anbieten, um Abwehrreaktionen zu reduzieren

3.1.2 Motivierende Gesprächsführung

In Verbindung mit Kommunikation gesundheitlicher Risiken sollte ebenfalls ein entsprechendes lösungsorientiertes Verhalten angeboten werden. Allerdings kann eine Bereitschaft zur Veränderung sehr schwer zu erreichen sein. Abhilfe können hier gesprächsorientierte Konzepte liefern, wobei eines ausführlicher beleuchtet werden soll.

Das Motivational Interviewing (MI) bezeichnet einen aus der klinischen Praxis entwickelten Ansatz zur Gesprächsführung, welcher theoretisch den humanistischen Ansätzen von Carl Rogers nahesteht. Ziel ist es, einer Person bei Auflösung bestehender Ambivalenzen (d. h. gleichzeitig empfundene gegensätzliche oder widersprüchliche Gefühle) empathisch und unvoreingenommen zu unterstützen und so die Bereitschaft für Veränderungen aufzubauen (Noonan & Moyers, 1997). Bei der nachfolgenden Umsetzung des Veränderungswillens in praktisches Handeln soll weiterhin professionelle Unterstützung ansetzen. Hilfreich können hier wiederum Ansätze zur pragmatischen Handlungsumsetzung sein, wie Brief Action Planning (BAP) und damit verbundene Kriterien für Handlungsplaner wie SMART (Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time based), wie etwa Cole et al. (2023) ausführten. Miller (2023) skizzierte die historische Entwicklung von Motivierender Gesprächsführung von seinen klinischen Anfängen in der Suchttherapie über seine Ausbreitung auf zahlreiche Anwendungsfelder bis hin zur breiten Anwendung im Sektor der öffentlichen Gesundheit.

O'Halloran et al. (2014) gingen innerhalb einer Metaanalyse daher der Frage nach, ob Motivational Interviewing einen Beitrag leisten kann, körperliche Aktivität bei Patienten mit chronischen Erkrankungen zu erhöhen. Hierbei fanden sich in der Analyse geringe Effekte, jedoch schränkten die Autoren die Aussagekraft dieses Befundes insoweit ein, als dass in vielen klinischen Studien die leitliniengerechte Behandlung seitens der Ärzte (Treatment Fidelity) nicht hinreichend überprüft wurde. Basierend auf früheren Studien konnte oft beobachtet werden, dass sich der Effekt einer Intervention stark erhöhen kann, falls die Leitlinien engmaschig befolgt werden. Außerdem unterschied sich das Ausmaß der Anwendung von MI stark zwischen den Studien, die obendrein nicht immer ausschließlich körperliche Aktivität als abhängige Variable betrachteten. Schlussendlich scheint MI also zumindest eine sinnvolle Ergänzung in der klinischen Praxis darzustellen, wobei der potenzielle Effekt der Intervention deutlich höher sein könnte, als bisher angenommen. Weitere Forschung mit hoher methodischer Güte erschien daher notwendig, um das tatsächliche Potenzial von MI sichtbar zu machen.

Soderlund et al. (2017) konzipierten ebenfalls eine Review zum Potenzial von MI im öffentlichen Gesundheitsbereich. Konkret sollte überprüft werden, inwieweit MI bei Diabetes-Typ-2 Patienten deren Self-Management Kompetenzen (wie etwa körperliche Aktivität) steigern kann. Hierbei fanden sich in rund der Hälfte der einbezogenen Studien Effekte dafür. Insbesondere die Fokussierungen auf wenige

Zielsetzungen scheint nach Mutmaßung der Autoren maßgeblich zum Erfolg von MI beizutragen. Außerdem scheint die hinreichende Sitzungsdauer und Frequenz zentral zu sein, da nur eine Studie mit zahlreichen sowie langen Sitzungen keine signifikanten MI-Effekte aufwies. Allerdings wiesen die Autoren darauf hin, dass fast alle Studien keine Angabe zur Professionalität bzw. Schulung der MI Coaches machten. In eine ähnliche Richtung weist das Review von Natanek et al. (2023). Auch hier zeigte sich für den Bereich des Zahngesundheitsverhaltens ein eher unschlüssiges Bild bezüglich der Evidenzlage aufgrund uneinheitlicher Implementierungsstandards in den meisten Veröffentlichungen.

Insofern liegt der Gedanke nahe, die MI-Techniken standardisiert und mit digitalen Werkzeugen voll automatisch durchzuführen. Zudem hat dieser Zugang den Vorteil, die doch personen- und zeitintensiven Ressourcen von speziell ausgebildeten Psychologen effizient anzubieten. Man darf nicht vergessen, dass der spezielle MI-Ansatz aus der Psychiatrie bzw. Suchtforschung kam und im klinischen Umfeld auch die entsprechenden Ressourcen bereitstellen konnte. Bezogen auf größere Subpopulationen unter Risiko bietet ein voll-automatisches MI-Interview daher den Vorteil, beliebig skalierbar und verfügbar zu sein.

Und tatsächlich, das Review von Shingleton & Palfai (2016) zu technologiegestützten Adaptionen des Motivational Interviewing (TAMIs) identifizierte einige vielversprechende Entwicklungen in dieser Richtung. Unter den 41 eingeschlossenen Studien (2003-2015) mit ganz verschiedenen Gesundheitsthemen wie Substanzkonsum, sexuelles Risikoverhalten und andere Gesundheitsverhaltensweisen gab es eine Vielzahl von Technologien zur Umsetzung von MI-Prinzipien, darunter computergestützte Programme, Web-Anwendungen, Mobiltelefone und animierte Charaktere. Die meisten Interventionen waren voll-automatisiert ohne direkten Therapeutenkontakt. Einige nutzten auch Technologie zur Unterstützung von Therapeuten. Die Mehrheit der Studien berichteten positive Verhaltensänderungen und hohe Akzeptanz der TAMIs.

Allerdings waren die Beschreibung der MI-Komponenten in den TAMIs oft unvollständig und gerade einmal zwei Studien verwendeten formale MI-Adhärenz-Messungen. Zudem kommen methodische und substanzielle Schwächen hinzu, wie z. B. fehlende Kontrollgruppen, kurze Beobachtungszeiten oder fehlende Drop-out Analysen. Dennoch schlussfolgern die Autoren, dass TAMIs vielversprechend sind und zukünftig neue Elemente wie Künstliche Intelligenz, Virtual Reality oder Smartphone-Apps integrieren werden.

3.1.3 Präventionsdilemma

Das Präventionsdilemma beschreibt zwei gleichzeitig ablaufende Phänomene (Altgelt 2021). Zum einen führt mangelnde Erreichbarkeit von Personen zu einem stetig anwachsenden Förderungsbedarf, die zu einer zunehmenden Unterversorgung führt. Gleichzeitig aber gibt es eine Überinanspruchnahme von Personen, deren medizinischer Bedarf und damit Unterstützungsbedarf gering ist. Diese Situation trifft meist auf sozioökonomisch besser gestellte Menschen zu und beschreibt den Aspekt der Überversorgung.

Zur schweren Erreichbarkeit von benachteiligten Zielgruppen legte Reifegerste (2021) einen Beitrag vor, welcher eine Veröffentlichung von Sørensen et al. (2012) aufgriff und ergänzte. Im Folgenden soll der Beitrag kurz dargestellt werden.

Besonders häufige Gründe für unzureichende Erreichbarkeit von Zielgruppen sind etwa der erschwerte Zugang zu Informationsangeboten, unzureichende Verständlichkeit oder auch mangelnde Akzeptanz, also das Desinteresse oder sogar aktive Vermeiden von solchen Angeboten. Insbesondere Männer und generell Jugendliche weisen im Gegensatz zu Frauen mittleren Alters geringeres Interesse an Themen der Gesundheitsförderung auf. Gründe hierfür können etwa Zielkonflikte sein. Bei Jugendlichen etwa ein wahrgenommener Widerspruch zwischen Gesundheitsförderung einerseits und sozialer Anerkennung von Gleichaltrigen andererseits. Erschwerter Zugang kann aus einer Fülle von Gründen entstehen, etwa die Nichtnutzung von bestimmten Medien, soziale Isolation oder fehlendes Wissen oder Wahrnehmung über den eigenen Risikostatus. Mangelndes Verständnis kann Folge von unzureichend aufbereiteten statistischen Informationen, schwieriger Fachsprache oder sprachlichen bzw. kulturellen Barrieren sein.

Als Lösungsansatz definierte die Autorin bei der enormen Vielfalt an Einflussfaktoren ein Zuschneiden der Ansprache auf die jeweiligen Zielgruppen, etwa im Hinblick auf genutzte Medienkanäle, sprachliche Ausdrucksweise oder Vermittler der Botschaft.

Bysted et al. (2021) setzten an diesem Punkt an und versuchten, innerhalb eines Feldexperiments möglichen Lösungsansätzen für das Präventionsdilemma nachzugehen. Hierbei sprach Gesundheitsfachpersonal innerhalb sozioökonomisch benachteiligter Stadtteile in Dänemark dementsprechende Zielgruppen direkt vor deren Zuhause an. Dabei wurden verschiedene Community-basierte Gesundheitsprogramme sowie Präventionsprogramme für verschiedene Erkrankungen kostenlos und mit leichter Zugänglichkeit angeboten. Die Breite des Angebots sollte die Wahrscheinlichkeit erhöhen, eine Passung zwischen Gesundheitsförderung und den individuellen Lebensumständen der Zielpersonen zu gewährleisten. Diese Angebote fanden sehr großen Anklang und konnten insbesondere die erheblich benachteiligten Zielpersonen gut erreichen. Die Studienautoren sahen daher im verfolgten Rekrutierungsansatz einen effektiven Weg für das Erreichen benachteiligter Zielgruppen, die besonders stark von Gesundheitsförderung profitieren können.

1. Motivational Interviewing (MI) als Ansatz: MI ist eine vielversprechende Methode zur Förderung von Verhaltensänderungen im Gesundheitsbereich, insbesondere bei chronischen Erkrankungen.
2. Digitalisierung von MI: Technologiegestützte Adaptionen des Motivational Interviewing (TAMIs) zeigen Potenzial für skalierbare und zugängliche Interventionen.
3. Standardisierung und Durchführungsqualität: Für eine erhöhte Wirksamkeit von MI bieten TAMIs mehr Standardisierungen und eine gleichbleibende Durchführungsqualität
4. Präventionsdilemma: Es besteht eine Diskrepanz zwischen einer Überversorgung bei sozioökonomisch besser gestellten Gruppen und einer Unterversorgung von benachteiligten Gruppen, die ein mehr an Gesundheitsförderung bräuchten.
5. Zielgruppenspezifische Ansprache: Um schwer erreichbare Zielgruppen anzusprechen, sind maßgeschneiderte Kommunikationsstrategien und niedrigschwellige Ansätze erfolgversprechend.

3.2 Umsetzen von gefassten Vorsätzen zur Verhaltensänderung

Aus den bisherigen Ausführungen wurde ersichtlich, dass die Ansprache der Schlüssel zum Erfolg von Gesundheitsförderung oder Prävention ist. Aber selbst wenn die Auswahl und Ansprache von Versicherten gelingt, ist dann ein baldiger Interventionseffekt und damit ein Programmserfolg zu erwarten? Leider nicht zwingend, denn auch selbst wenn Personen einen starken Vorsatz zur Verhaltensänderung entwickelt haben, folgt hieraus eben nicht automatisch das formulierte Zielverhalten.

Dies ist auch den meisten Menschen eine allzu vertraute Erfahrung, sonst gäbe es nicht so viele Berichte von gescheiterten Ernährungsumstellungen oder ungenutzten Mitgliedschaften im Fitnessstudio. Die klaffende Lücke zwischen Intention und tatsächlichem Verhalten (intention behavior gap) beschäftigt auch die wissenschaftliche Gemeinschaft seit vielen Jahren. Duckworth et al. (2018) etwa legten in einem Review eine Sammlung verschiedener Strategien vor, welche bei nicht hinreichender Willenskraft Abhilfe leisten sollen. Im weiteren Verlauf sollen einige davon näher vorgestellt und gegenübergestellt werden.

3.2.1 Nudging

Begonnen werden soll mit einem der bedeutendsten und gleichzeitig umstrittensten Ansätze der Verhaltensforschung innerhalb der letzten Jahre, dem Nudging. Dieses beschreibt ganz wörtlich das Anstupsen von Personen in Richtung erwünschter (z. B. gesunder) Verhaltensweisen durch subtile Veränderungen in der Lebensumwelt bzw. Wahlarchitektur. Zuerst als Konzept etabliert wurde Nudging von Thaler und Sunstein (2008), diese definierten außerdem, dass lediglich das Umfeld innerhalb einer Auswahl verändert wird, aber keine Verbote o.Ä. ausgesprochen werden. Zudem ordneten sie finanzielle Anreize nicht dem Nudging Konzept zu.

Beispiele für Nudging sind gemäß Ledderer et al. (2020) etwa eine leichtere Zugänglichkeit gesunder Lebensmittel am Buffet oder Labels im Supermarkt wie der Nutri-Score mit dem Ziel gesunde Ernährung zu fördern. Auch körperliche Aktivität im Alltag kann durch Nudging begünstigt werden, etwa durch höhenverstellbare Tische am Arbeitsplatz. Hier würde die Default- Einstellung auf Stehen die Nudging Maßnahme im engeren Sinne darstellen. Ledderer et al. (2020) zeigten außerdem die große Beliebtheit solcher und vieler anderer Nudging-Maßnahmen bei Regierungen und Unternehmen auf. Die damit verbundenen Übersichtsarbeiten zum Potenzial von Nudges im Umgang mit chronischen Erkrankungen (Möllenkamp et al., 2019), wie beispielsweise Diabetes (Kwan et al., 2020; Rauprich et al., 2022), sind mittlerweile gefragten Referenzen. Benartzi et al. (2017) betonten außerdem die Kosteneffizienz des Ansatzes gegenüber finanziellen Anreizsystemen oder steuerpolitischen Maßnahmen.

3.2.2 Precommitment

Eine weitere Möglichkeit, den Schwächen der eigenen Selbstkontrolle zu begegnen, stellen präventive Selbstverpflichtungen (Precommitment) dar. Hierbei treten Nutzer selbst als handelnder Akteur in Erscheinung, indem sie ihre eigenen zukünftigen Handlungsoptionen selbst einschränken bzw. Optionen sogar völlig ausschließen. Ziel ist es, Schwächen und Fallstricke in der eigenen Selbstkontrolle zu antizipieren und Abweichen vom Zielverhalten in der Zukunft zu verhindern. Als anschauliches Beispiel für eine solche präventive Selbstverpflichtung in weiser Voraussicht mangelnder Selbstkontrolle in der Zukunft wird immer wieder Homers Odysseus Geschichte aus der griechischen Mythologie herangezogen. Dieser lässt sich von seinen Männern am Mast des Schiffes festbinden, da er korrekterweise davon ausgeht, den Gesängen der trügerischen Sirenen nicht widerstehen zu können. Insbesondere im Finanzbereich findet diese Technik des Precommitments seine Anwendung, etwa um die Bereitschaft für die Altersvorsorge zu erhöhen (Roll et al., 2020). Doch auch im Rahmen der Gesundheitsförderung findet das Konzept seinen Widerhall.

So führten Schwartz et al. (2014) innerhalb eines bereits bestehenden Programms zur Förderung gesunder Ernährung für Familien die Möglichkeit eines finanziellen Precommitments ein. Falls festgelegte Zielwerte beim Einkauf gesunder Nahrungsmittel nicht erreicht werden können, folgt hieraus ein Verlust einer Rabattaktion, also ein finanzieller Verlust. Die Forscher stellten fest, dass Precommitment zu einem deutlich höheren Anstieg gekaufter gesunder Nahrungsmittel im Vergleich zu einer Kontrollgruppe führte. Erev et al. (2022) zeigten zudem, dass Selbstverpflichtungen in Form von monetären Verträgen zu deutlich höheren Teilnahmeraten in einem Gesundheitsprogramm führten. Dabei erwies sich präventive Selbstverpflichtung als deutlich effektiver als gewöhnliche monetäre Anreize. Dies brachten die Autoren mit dem Umstand in Verbindung, dass beim Precommitment monetäre Verluste möglich waren, in der Bedingung mit herkömmlichen monetären Anreizen jedoch nicht. Halpern et al. (2012) wiesen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass das Potenzial von Precommitment unter anderem mit der Prospect Theory erklärt werden kann, welche die Aversion gegenüber Verlusten stärker einschätzt als die Motivation für gleich hohe Gewinne (Beispiel in Anhang A.3).

3.2.3 Boosting

Als Konzept vorgeschlagen wurde Boosting von Hertwig und Grüne-Yanoff (2017) in Abgrenzung zum Nudging Ansatz. Boosting sieht das Stärken von individuellen Kompetenzen und Fähigkeiten zwecks

des Erreichens einer langfristigen Verhaltensänderung vor. Während Nudging kognitive Verzerrungen ausnutzt, präsentiert Boosting seinen Nutzern eine Reihe von Werkzeugen und Kompetenzen, um eigene Verzerrungstendenzen zu überwinden und eine Stärkung von Selbstkontrolle und Empowerment zu erreichen, d. h. Menschen werden in die Lage versetzt, informierte Entscheidungen über ihre Gesundheit zu treffen und ihren Grad der Selbstbestimmtheit damit zu steigern (Rouyard et al., 2022).

Einen Fokus bei der Erklärung ungesunder Entscheidungen und Verhaltensweisen (oder Unterlassen gesunder Verhaltensweisen) führt Rouyard et al. (2022) auf die Schwierigkeit intertemporaler Entscheidungen zurück. Menschen fällt es schwer, kurzfristig verfügbare kleine Belohnungen zugunsten weit in der Zukunft liegender großer Belohnungen zurückzuweisen. Konkret heißt das, dass sich viele Menschen eher für den Kuchen sofort als für das Abnehmen in einigen Monaten entscheiden. Die zentrale Annahme des Boosting Ansatzes ist es nun, diese Tendenzen zu überwinden. Langfristig sollen Selbstkontrollfähigkeiten durch entsprechende Strategien gestärkt werden. Beispielsweise erscheint es denkbar, das gewünschte Zielverhalten (Sport; ferne Belohnung) mit sofort positiv verstärkenden Handlungen zu verknüpfen (Hörbuch; sofort spannend). Solches Temptation Bundling hat sich als evident wirksam erwiesen, wie Milkman et al. (2013) oder Kirgios et al. (2020) etwa in Bezug auf das genannte Beispiel nachweisen konnten.

Beispiele für Boosting in Form von Werkzeugen sind z. B. Faktenboxen, die simpel, kompakt und transparent über Nutzen und Risiken von Medikamenten oder Behandlungen (z. B. Screenings, Impfungen) aufklären; derartige Informationsangebote haben auch Kostenträger bereits vorgelegt (Krisam et al., 2017).

3.2.4 Implementationsintentionen

Zur Umsetzung von gesetzten Zielen zur Verhaltensänderung und damit zur Schließung der oft beklagten Intention-Verhaltenslücke können außerdem sogenannte Implementierungsintentionen hilfreich sein. Diese stellen eine Strategie zur Selbstregulation dar, welche das Formulieren von möglichst konkreten Wenn-dann-Plänen vorsieht. Intentionen bzw. Handlungsabsichten sollen mit den konkreten Rahmenbedingungen der Situation angereichert werden, etwa Ort und Zeit (Stroebe, 2023). Das Konzept wurde von Gollwitzer (1993) in die Literatur eingeführt. Beispiele für erfolgreiche Anwendungen im Gesundheitsbereich liegen etwa in der Wahrnehmung von Vorsorgeterminen (Sheeran & Orbell, 2000).

1. Intention-Verhaltenslücke: Es besteht oft eine Diskrepanz zwischen der Absicht zur Verhaltensänderung und dem tatsächlichen Verhalten.
2. Nudging: Subtile Veränderungen in der Umgebung können Menschen zu gesünderen Entscheidungen "anstupsen", ohne Wahlmöglichkeiten einzuschränken. Dies ist ein kosteneffizienter Ansatz.
3. Precommitment: Präventive Selbstverpflichtungen, besonders mit finanziellen Konsequenzen, können die Einhaltung von Gesundheitszielen fördern, indem sie auf die Verlustaversion der Menschen setzen.
4. Boosting: Es geht um die Stärkung individueller Kompetenzen und Fähigkeiten, um langfristige Verhaltensänderungen zu erreichen und informierte Gesundheitsentscheidungen zu ermöglichen.
5. Implementationsintentionen: Die Formulierung konkreter Wenn-dann-Pläne kann helfen, die Lücke zwischen Absicht und Verhalten zu schließen und die Umsetzung von Gesundheitszielen zu verbessern.

3.3 Bindung von Programmteilnehmern

Einmal gewonnene, motivierte und freiwillig aktive Personen sind noch keine Garantie dafür, dass diese ein einmal begonnenes Interventionsprogramm auch erfolgreich beenden und die empfohlenen Lebensstiländerungen auch in ihren Alltag integrieren. Daher ist es ebenfalls relevant, der Frage nachzugehen, inwieweit Personen insbesondere in längerfristigen Programmen gehalten und damit verbundene Verhaltensänderungen stabilisiert werden können.

McCann et al. (2013) versuchten wirksame Rekrutierungs- und Bindungsstrategien für Gesundheitsförderungsprogramme zusammenzustellen. Hierzu nutzten die Autoren semistrukturierte Interviews mit 25 Ansprechpartnern verschiedener Dienstleister. Zu den wirksamen Rekrutierungsstrategien gehörten Mundpropaganda, Zusammenarbeit mit Organisationen, gedruckte Informationsmaterialien, Mediennutzung, Empfehlungen sowie Crosspromotion von Programmen untereinander. Bezüglich Teilnehmerbindung empfiehlt sich Förderung von Gemeinschaft und sozialer Eingebundenheit, Wahl eines Organisators- bzw. Koordinators, Flexibilität sowie Honorare für das Anwerben und Binden von Programmkollegen. Die Studienautoren begriffen ihre explorative Vorgehensweise als ersten Schritt in einem überraschend unterrepräsentierten Feld in der Fachliteratur und forderten daher eine systematische Berichterstattung von Programmdienstleistern bezüglich ihrer eigenen Strategien. Außerdem sahen sie eine gute Passung von Zielgruppe und dementsprechenden Rekrutierungs-/Bindungsstrategien als unerlässlich für die erfolgreiche Durchführung eines Programms im Bereich Sport bzw. Ernährung an.

Begum et al. (2020) fokussierten hierbei im Rahmen einer systematischen Literaturrecherche den Teilbereich Diabetesprävention. Die Autoren versuchten hierbei auszuwerten, welche Programmstrategien eher zu einer höheren Teilnehmerbindung und zu stärkeren Verhaltensänderungen beitrugen. Es zeigte sich, dass Anreize sowie das Vermitteln von Verhaltensstrategien zur Problemlösung zu höherer Teilnehmerbindung führten. Letztere wiederum erscheint für den Erfolg von Programmen von hohem Stellenwert.

Catherine et al. (2020) betonten zudem die Notwendigkeit eines standardisierten Vorgehens bei der Teilnehmerbindung im Hinblick auf Planung und Evaluation, wobei die Autoren einen Leitfaden als Diskussionsgrundlage vorlegten. Diesen wendeten sie auch erfolgreich an einem beispielhaft ausgewählten Community-Programm im Bereich Frauengesundheit an.

1. Teilnehmerbindung als Schlüsselfaktor: Die erfolgreiche Beendigung von Interventionsprogrammen und die Integration von Lebensstiländerungen in den Alltag sind entscheidend für den langfristigen Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen.
2. Vielfältige Rekrutierungsstrategien: Erfolgreiche Methoden zur Gewinnung von Teilnehmern umfassen Mundpropaganda, Zusammenarbeit mit Organisationen, gedruckte Materialien, Mediennutzung und Programmempfehlungen.
3. Effektive Bindungsstrategien: Förderung von Gemeinschaft und sozialer Eingebundenheit, Wahl einer organisierenden bzw. koordinierenden Instanz, Flexibilität und Anreizsysteme tragen zur langfristigen Teilnehmerbindung bei.
4. Programmspezifische Ansätze: Für den Bereich Diabetesprävention erwiesen sich insbesondere Anreize und die Vermittlung von Problemlösungsstrategien als förderlich für die Teilnehmerbindung und Verhaltensänderung.
5. Standardisierte Vorgehensweise: Ein strukturierter Ansatz für Planung und Evaluation der Teilnehmerbindung, wie beispielsweise durch einen Leitfaden, kann die Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen steigern.

4 Diskussion

Die Gesundheitsförderung steht vor komplexen Herausforderungen, die von der effektiven Risikokommunikation bis hin zur nachhaltigen Bindung von Programmteilnehmern reichen. Neuere Forschung zeigt, dass etablierte Konzepte wie die Verarbeitung von Risikoinformationen und die Arzt-Patienten-Interaktion im digitalen Zeitalter einer Neubewertung bedürfen. Verschiedene Ansätze wie Motivational Interviewing, Nudging, Boosting und Implementationsintentionen zeigen vielversprechende Ergebnisse, weisen jedoch auch Limitationen auf, die weiterer Forschung bedürfen. Insbesondere die Überwindung des Präventionsdilemmas und die effektive Nutzung digitaler Tools stellen zentrale Aufgaben dar, um die Reichweite und Wirksamkeit von freiwilliger Inanspruchnahme von Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen zu verbessern.

4.1 Risikokommunikation im Wandel

Denn die tatsächliche Inanspruchnahme von Gesundheitsförderung wird durch die Wahrnehmung eigener gesundheitlicher Risiken nur bedingt gefördert. So muss die Selbstwirksamkeit des Patienten gestärkt werden, aber auch die Dringlichkeit der jeweiligen Situation angemessen dargelegt werden. So viel kann man der wegweisenden Veröffentlichung von Renner und Fuchs (1992) durchaus entnehmen. Auch jüngere Forschung nahm sich diesen Fragen weiter an.

Kollmann et al. (2021) etwa widerlegten allerdings eine Annahme von Renner und Fuchs innerhalb einer Cholesterin Tracking Studie. So konnten die Autoren zeigen, dass nach inkonsistent positiven Testergebnissen kein Erleichterungseffekt eintrat, sondern vielmehr ein Ausbleiben an Beruhigung. Die Probanden schätzten ihren Risikostatus weiter höher ein, verglichen mit konsistent positiven Testergebnissen. Umgekehrt wurden inkonsistent negative Testergebnisse eher abgewehrt, was ohnehin erwartet wurde.

Die Verarbeitung von Risikoinformationen scheint also eben nicht zwingend defensiv mit dem Ziel einer positiven Selbstsicht ausgerichtet zu sein. Vielmehr werden einmal etablierte Selbstkonzepte generell so lange wie möglich aufrechterhalten, selbst wenn diese eher negativ definiert sind. Als Gründe diskutierten die Autoren sowohl Stressvermeidung als auch prozessbezogene Ursachen. So werden bei inkonsistenten Rückmeldungen eher elaborative Verarbeitungsprozesse angestoßen, welche inkonsistente Ergebnisse stärker analysieren und dementsprechend hinterfragen. Zudem könnte das Ausbleiben an Beruhigung auch einem Selbstschutzmechanismus zugrunde liegen. Denn im Falle eines vorschnellen Anpassens des Selbstkonzeptes und eines Unterlassens präventiver Maßnahmen wären die Folgen bei fälschlicherweise positiven Informationen sehr kostenintensiv. Von starker Enttäuschung bis hin zur Gefährdung der eigenen Gesundheit (oder Therapie) erschiene vieles möglich.

Reinhardt et al. (2018) wiesen zudem darauf hin, dass sich die typische Arzt-Patienten-Interaktion durch die Verbreitung digitaler Medien verändert hat. So sieht sich der Patient viel eher als informierter Akteur und bringt aus seiner Online-Recherche bereits Fragen und Anliegen mit in die Sprechstunde. Diese veränderte Lebensumwelt gilt es zu beachten, wenn man die Empfehlungen von Renner und Fuchs (1992) bezüglich zielführender Risikokommunikation (Ressourcen und Selbstwirksamkeit stärken, Evaluation bisherigen Gesundheitsverhaltens) wirksam implementieren möchte. Zudem erscheint die Anregung von Renner und Fuchs zu Expertengesprächen auch heute richtig, jedoch sollte im Hinblick auf das veränderte Rollenverständnis der Patienten ein respektvoller Umgang auf Augenhöhe als umso wichtiger erachtet werden.

Außerdem wiesen die Studienautoren auf die Notwendigkeit hin, als Akteur im Gesundheitswesen auch das gegenwärtige Meinungsklima in den Medien zu verfolgen. So kann die Häufigkeit einer Erkrankung durch mediale Über-/Unterrepräsentierung falsch eingeschätzt werden. Fehleinschätzungen sollten nach

Möglichkeit so schnell wie möglich ausgeräumt werden. Insbesondere im Zuge der Coronapandemie wurde die Relevanz des (medialen) Meinungsklimas auch im Gesundheitsbereich besonders stark deutlich.

Schlussendlich kann man also sagen, dass Risikokommunikation eine höchst anspruchsvolle Komponente innerhalb der Ansprache darstellt und noch längst nicht alle theoretischen Teilbereiche hinreichend wissenschaftlich geklärt werden konnten. Zudem ist mit dem Beginn des digitalen Zeitalters auch in Deutschland eine Dynamik angestoßen, die die bisherigen Disruptionen erst noch aufwerfen werden.

4.2 Motivierende Gesprächsführung im digitalen Zeitalter

Die bisher exemplarisch vorgestellte Studienlage schreibt Motivational Interviewing (MI) großes Potenzial zu, das allerdings, je nach Anwendung und Feld, stark in seiner Evidenz variiert. Frost et al. (2018) legten eine groß angelegte Übersichtsarbeit vor, welche bestehende Reviews zu MI zusammenfasst und Entscheidungsträgern nun einen besseren Eindruck über die Evidenzlage in verschiedenen Teilbereichen der öffentlichen Gesundheit ermöglichen soll. Hierbei unterschieden die Autoren zunächst den sog. Bereich 1 mit dem Unterlassen ungesunder Verhaltensweisen (Rauchen, Alkohol, Drogen). In diesem fand sich recht klar Evidenz für eine Wirksamkeit von MI für Verhaltensänderungen, lediglich im Bereich Spielsucht erscheint die Studienlage noch nicht breit und vor allem qualitativ hochwertig zu sein. Im Bereich 2 in Form der Anregung gesunder Verhaltensweisen (Gewichtsverlust, Zahnpflege) besteht nur Evidenz mit geringer Qualität oder erscheint unschlüssig. Eine Ausnahme bildet hierbei die Anregung körperlicher Aktivität im Rahmen der Behandlung chronischer Krankheiten. Die Autoren schlussfolgerten, dass MI wohl in seinem ursprünglichen Anwendungsfeld (Rauchen, Alkohol) evident wirksam ist, jedoch wurde die Intervention in den vergangenen Jahren auf eine Vielzahl weiterer Themen in öffentlicher Gesundheit und Sozialarbeit ausgeweitet. Dieser one-size-fits-all Ansatz hat bisher eine eher inkonsistente Befundlage hinterlassen, weil ein „common-Sense“ über den Standardisierungsgrad von MI-Ansätzen in der ressourcenintensiven persönlichen Gesprächsführung bisher nicht gefunden wurde. Zudem scheint die Kontrolle einer leitliniengerechten Anwendung von MI in vielen Studiendesigns ein Problem darzustellen (siehe etwa: O'Halloran et al., 2014; Soderlund et al., 2017), wodurch die Aussagekraft vieler Befunde erheblich eingeschränkt wird.

Etwas anders ist die Entwicklung bei voll-automatisierten MI-Ansätzen zu bewerten. Das Review von Shingleton & Palfai (2015) zeigt auf, dass ein gewisser Grad der Standardisierung durchaus erreicht werden kann, ohne den Charakter niederschwelliger Angebote zu verlieren. Die Evidenzlage ist bei den 41 Studien durchaus vorhanden, wenn auch neuere Entwicklungen hier noch keinen Eingang in die Befunde fanden. Hybride Ansätze, die eine Kombination aus persönlicher und maschineller MI-Intervention darstellen und zudem einen höheren Individualisierungsgrad unter Rückgriff auf moderne Technologien (künstliche Intelligenz, virtual reality, etc.) vorsehen, waren zum Zeitpunkt dieses Reviews (noch) nicht verfügbar. Neuere Studien werden diese Entwicklungen zukünftig aber sicher aufgreifen.

4.3 Das Präventionsdilemma bleibt

Insgesamt zeigt sich die erschwerte Erreichbarkeit besonders bedürftiger Zielgruppen nach wie vor als große Herausforderung für Gesundheitsförderung. Die bestehende Literatur hierzu zeigt sich jedoch nicht sehr umfangreich. Die unterbreiteten Vorschläge zur Lösung der Problemstellung wie angepasste Ansprache (Reifegerste, 2021) oder Aufsuchen vor Ort (Bysted et al., 2021) scheinen zunächst durchaus vielversprechend, jedoch sind diese gerade im Hinblick auf die höchst unterschiedlichen Anwendungsgebiete (welche Art von Programm?) und Zielgruppen (sozioökonomisch benachteiligte Erwachsene, Jugendliche oder beides?) nicht als Garant für eine erfolgreiche Probandenrekrutierung zu verstehen. Vielmehr bedarf es in der Zukunft an mehr Aufmerksamkeit für z.T. sehr unterschiedliche schwer erreichbare Zielgruppen und deren Bedarfe. Für Kostenträger, insbesondere die PKV, ist zudem sehr schwer zu erkennen, welchen sozioökonomischen Status ihre Versicherten haben. Denn anders als in der GKV

erfolgt die Prämienkalkulation ja nicht auf Basis des Einkommens, aus dem man einen solchen oder anders gearteten Status ableiten könnte. Die PKV steht hier vor einer nur schwer zu lösenden Aufgabe.

4.4 Nudging weiter umstritten

In weiten Teilen der Literatur wird dem Nudging-Ansatz sehr viel Potenzial für eine kostengünstige Gesundheitsförderung zugesprochen. Laiou et al. (2021) betonten in einer Übersichtsarbeit allerdings, dass Nudging zum Anregen gesunder Verhaltensweisen nur bedingt evident wirksam ist. So unterscheidet sich die Wirksamkeit je nach Nudging-Unterkategorie stark. Zum anderen fokussiert sich die bisherige Forschung insbesondere auf eine gesündere Ernährung, zur Anregung körperlicher Aktivität hingegen existieren viel weniger Studien. Hieraus ergibt sich in Zukunft also ein weiterhin hoher Forschungsbedarf, da auch die Anregung zu deutlich mehr körperlicher Aktivität und Sport ein zentrales Anliegen von allen Akteuren des Gesundheitswesens darstellt.

Zudem argumentieren Gegner dieses Ansatzes auch viel grundsätzlicher mit einem aus ihrer Sicht bestehenden Übergehen individueller Autonomie und paternalistischen Maßnahmen (Ledderer et al., 2020). Denn insbesondere schnelle und automatische Entscheidungen sollen durch Nudging in die gewünschte Zielrichtung beeinflusst werden (Krisam et al., 2017). Hieraus ergibt sich auch einer der größten Kritikpunkte am Konzept. Nudging nutzt die Unachtsamkeit unseres kognitiven Systems aus. Die Definition erwünschten Verhaltens obliegt den Architekten des jeweiligen Wahlumfeldes.

Solchen Bedenken treten andere Wissenschaftler wiederum zunehmend mit Ansätzen wie transparenten Nudges oder Self-Nudging entgegen. Kroese et al. (2015) wiesen etwa nach, dass Nudges im Bereich Ernährung auch dann effektiv sind, wenn transparent über Funktion und Ziel der Maßnahme aufgeklärt wird. Der Verkauf gesunder Nahrungsmittel wurde durch Nudging (gesunde Produkte prominenter platziert) erhöht, unabhängig von der Transparenz der Maßnahme. Diese und ähnliche Befunde (z. B. Loewenstein et al., 2015) beinhalten die wichtige Implikation, dass Verantwortliche im Gesundheitsbereich nicht auf die effektive und oft günstige Methode aus ethischen Bedenken heraus verzichten müssen (Bruns et al., 2018). Vielmehr erscheint ein aktives Einbeziehen der „geschubsten“ Zielgruppe als möglich und sinnvoll.

Self Nudging (Reijula & Hertwig, 2020) stellt den Ansatz dar, die bekannten Wirkmechanismen vom „Anstupsen“ zu übernehmen und gleichzeitig die Zielperson darüber in Kenntnis zu setzen. So sollen ethische Bedenken und mangelnde Transparenz über die Zielsetzung einer Intervention auch hier vermieden werden. Self-Nudging wird außerdem als Möglichkeit gesehen, das Gestalten von Wahlarchitekturen direkt in die Hände der Zielperson selbst zu legen. Diese stellt nicht länger einen passiven Akteur dar, welcher seinen kognitiven Verzerrungen erliegt und dabei von höheren Verantwortlichen in ein besseres (Wer bestimmt, was besser ist?) Verhalten gesteuert wird. Vielmehr begreifen Verfechter des Self Nudging Ansatzes die Zielperson nun als aktiven Gestalter ihrer eigenen Lebensumwelt, die durch vorausschauende Maßnahmen ein langfristiges Verhaltensziel besser verfolgen kann. Sie soll mögliche Schwächen in der eigenen Selbstkontrolle in der Zukunft erkennen und angemessene Vorkehrungen treffen. Aus dieser Perspektive kann auch Homers Odysseus als ein Self Nudging verstanden werden. Aus solchen Bemühungen wird also deutlich, dass die Befürworter des Nudgings ebenso stark um den Ansatz ringen, wie seine Gegner gegen ihn ankämpfen.

4.5 Precommitment ineffektiv?

Die Idee einer präventiven Selbstverpflichtung in Form von Precommitment könnte als Unterform von Self Nudging angesehen werden. Es zeigen sich also neben konzeptuellen Unterschieden auch fließende Übergänge zwischen den verschiedenen Ansätzen. Einige Studien argumentieren allerdings, dass Precommitment die ineffektivste Form des Nudging darstellt, da Nutzer etwa Schwierigkeiten haben, Rahmenbedingungen selbst sinnvoll festzulegen (Ariely & Wertenbroch, 2002) oder vor allem Personen mit ohnehin hoher Selbstkontrolle von der Möglichkeit zu Precommitment profitieren (Sjåstad & Ekström,

2024). Savani (2019) konnte jedoch nachweisen, dass Precommitment schon in Form eines symbolischen Vertrags zu signifikant höherer Anwesenheit und Verbleibrate in einem Abnehmprogramm beitragen kann. Entgegen der oben beschriebenen Annahme, nur Personen mit ohnehin hoher Selbstkontrolle könnten von Precommitment profitieren, zeigte sich in der vorliegenden Studie, dass insbesondere Probanden mit eher kurzfristiger Perspektive auf ihre Gesundheit von der Implementierung des Vertrags profitierten.

Außerdem sei auf eine Studie von Reiff et al. (2023) hingewiesen. Hier schien die wahrgenommene Dringlichkeit eine relevante Rolle zumindest im finanziellen Kontext einzunehmen und dazu beizutragen, die Effektivität von Precommitment zu erhöhen. Eine Abwesenheit kognitiver Verzerrungen wird sich allerdings auch im Rahmen von Precommitment nicht erreichen lassen. Brimhall et al. (2023) demonstrierten eine höhere Effektivität von Precommitment-Verträgen mit höheren Kosten, jedoch werden diese eher selten von Personen genutzt. Laut Studienautoren geht dies auf die verzerrte Sicht von Probanden zurück, dass sie selbst nicht dieser Regel unterliegen. Anderen Personen wiesen die Probanden hingegen sehr freigiebig Verträge mit hohen Kosten zu.

4.6 Boostingansatz noch in der Entwicklung

Rouyard et al. (2022) erläuterten die Dringlichkeit von Boosting vor allem basierend auf Einschränkungen des viel diskutierten Nudging Ansatzes. Dieses ist vor allem auf einmalige Entscheidungen ausgerichtet (Impfungen, Untersuchungen), während die Auswirkungen auf langfristige Verhaltensweisen eher unklar erscheinen. Diesbezügliche Langzeitstudien sind auch insbesondere nicht für alle Varianten des Nudging Ansatzes verfügbar. Zudem monierten die Autoren eine oft geringe externe Validität der Studien, die die vermeintliche Wirksamkeit von Nudging Interventionen durchaus einschränken können.

Boosting tritt nun mit dem Anspruch an, dem sehr bekannten Nudging Ansatz mit einem anderen Menschenbild und dementsprechend anderen Methoden entgegenzutreten. Allerdings handelt es sich insgesamt um einen recht jungen Ansatz, weshalb sich der Umfang verfügbarer Literatur eher gering darstellt (Rouyard et al., 2022). Krisam et al. (2017) betonten außerdem, dass trotz der unterschiedlichen Herangehensweise die trennscharfe Unterscheidbarkeit beider Konzepte nicht immer gegeben ist. Dies ist beispielsweise bei Ernährungslabellen (z. B. NutriScore) der Fall, da einerseits das Wissen des Verbrauchers gestärkt wird, aber andererseits in Form von Farbkodierungen unterbewusste Wahrnehmungsprozesse angesprochen werden.

4.7 Implementationsintentionen

Auch wenn insgesamt Evidenz für die Wirksamkeit von Implementationsintentionen etwa für Vorsorgeförderung vorliegt, zeigt sich gleichzeitig eine nicht immer einheitliche methodische Qualität über die Studiendesigns hinweg (Hagger & Luszczynska, 2013). Dies scheint sich auch auf fehlende Evidenz in anderen Teilbereichen der Gesundheitsförderung auszuwirken.

Deutlich wird dies an konkreten Studien. Adriaanse et al. (2011) führten zum Beispiel eine auf Ernährung ausgerichtete Metaanalyse durch. Diese ergab, dass der Effekt von Implementationsintentionen für die Förderung von gesundem Essverhalten größer war als für die Reduzierung ungesunden Essverhaltens. Jedoch schränkten die Autoren die Befunde insoweit ein, als dass eine unausgewogene methodische Qualität zwischen den beiden Vergleichsgruppen der Studien diesen Eindruck erzeugt haben könnte. Stroebe (2023) führte zudem aus, dass die z.T. geringe Evidenz für die Wirksamkeit der Implementationsintention in Themenfeldern wie Ernährung und v.a. Gewichtsverlust etwa in klinischen Studien (Knäuper et al., 2018) auch an einer ineffektiven Verknüpfung liegen könnte. So sollte bei der Konfrontation mit ungesunden Nahrungsmitteln nicht etwa die Intention des Verzichts auf spezifische Lebensmittel aufgerufen werden. Vielmehr erscheint die Erinnerung an das übergeordnete Ziel Diät bzw. gesünder Leben eher erfolgsversprechend, da so eine stärkere Intention hervorgerufen werden könnte. Da Silva et al. (2018) fanden wiederum in einer Review einen klaren Effekt von Implementationsintentionen auf körperliche Aktivität von Patienten mit verschiedenen chronischen Erkrankungen.

Aus der Gegenüberstellung dieser Befunde wird also deutlich, dass es sich bei Implementationsintentionen um einen Ansatz mit viel Potenzial handelt, jedoch scheint sowohl konzeptuell als auch methodisch noch viel Forschungsbedarf zu bestehen.

4.8 Bindung von Programmteilnehmern wenig beforscht

Aus der Betrachtung der vorgestellten Literatur zur Programmbindung wird deutlich, dass trotz der offensichtlichen Relevanz der Thematik für den Erfolg von Programmen eher wenig spezifische Forschung hierzu verfügbar ist. Daher erscheint es dringend notwendig, diese Lücke zu schließen. Gerade jüngere Ansätze, die ein standardisiertes und transparentes Vorgehen bei Bindung von Programmteilnehmern empfehlen, sollten hierbei Orientierung bieten. Neben Community-Programmen erscheint es aber ebenso wichtig, den immer relevanteren Digitalbereich in der Gesundheitsförderung bei der Teilnehmerbindung in den Blick zu nehmen. Innerhalb vieler Gesundheitsprogramme werden digitale Tools primär oder ergänzend eingesetzt, etwa in Form von Apps. Auch etliche Programme Privater Krankenversicherungen bilden hierbei keine Ausnahme.

Amagai et al. (2022) stellten allerdings fest, dass die Effektivität von digitalen Tools in nicht wenigen Fällen unter hohen Ausfallraten leidet, weshalb der Teilnehmerbindung auch hier eine hohe Relevanz zukommt. Die Autoren stellten daher im Rahmen einer Literaturrecherche verschiedene Bindungsstrategien zusammen und bewerteten deren Wirksamkeit. Hierbei identifizierten die Autoren bindende Elemente in den Apps wie Reminder, Feedback, Unterstützung durch Mitstreiter/Coaches oder auch Anreize als positiv. Negativ auf die Programmbindung wirkten sich hingegen mangelnder Support, technische Unzuverlässigkeit und geringer Nutzen der App aus.

5 Fazit

Aus den Ausführungen zum menschlichen Erleben und Verhalten im Kontext von Gesundheitsförderung wurde deutlich, dass sich über die gesamte „Patient Journey“ vielfältige Prozesse und Einflussmechanismen entfalten. Diese in ihren Grundzügen anhand exemplarisch ausgewählter Fachliteratur zu skizzieren, war das Hauptziel dieser Analyse. In der Gesamtbetrachtung wird deutlich, dass für verschiedene Herausforderungen in der Ausgestaltung von Programmen diverse Lösungsvorschläge zur Verfügung stehen. Jedoch müssen diese an den jeweiligen Kontext eines Versicherten und eines Versicherers angepasst werden. Zudem steht nicht in jedem Themenfeld oder Verfahren eine ausreichende Befundlage zur Verfügung. Dies betrifft insbesondere technisch-digitale Möglichkeiten, die in ihrer Entwicklungsdynamik selbst die Leistungserbringer vor enorme Herausforderungen stellt. Jedoch soll die vorliegende Arbeit als Ausgangspunkt für weitere Forschungsbemühungen gerade in praxisnahen Settings dienen. Denn nicht nur die verschiedenen Akteure im Gesundheitswesen können eine effiziente Versorgung vorantreiben, sondern auch die Kostenträger auf ihrem weiteren Weg vom „Payer zum Player“.

1. Digitaler Wandel in der Gesundheitsförderung: Die Digitalisierung verändert die Arzt-Patienten-Interaktion und erfordert neue Ansätze in der Risikokommunikation. Gleichzeitig bieten digitale Tools wie technologiegestützte Adaptionen des Motivational Interviewing (TAMIs) neue Möglichkeiten für skalierbare und zugängliche Interventionen.
2. Präventionsdilemma bleibt eine Herausforderung: Die schwere Erreichbarkeit von Zielgruppen mit hohem Bedarf stellt weiterhin ein großes Problem dar. Insbesondere für die PKV ergeben sich hier spezifische Schwierigkeiten aufgrund fehlender Informationen zum sozioökonomischen Status ihrer Versicherten.
3. Nudging und ethische Bedenken: Trotz des Potenzials von Nudging für kostengünstige Gesundheitsförderung bleiben ethische Bedenken bestehen. Neuere Ansätze wie transparente Nudges oder Self-Nudging versuchen, diese Bedenken zu adressieren und die Autonomie der Zielpersonen zu wahren.
4. Vielfalt der Interventionsansätze: Verschiedene Ansätze wie Precommitment, Boosting und Implementationsintentionen zeigen Potenzial, weisen aber auch Limitationen auf. Die Forschung zu diesen Ansätzen ist teilweise noch in der Entwicklung und erfordert weitere Studien zur Verbesserung der Evidenzlage.
5. Teilnehmerbindung als Schlüsselfaktor: Die Bindung von Programmteilnehmern ist entscheidend für den Erfolg von Gesundheitsförderungsmaßnahmen, insbesondere im digitalen Bereich. Trotz der offensichtlichen Relevanz besteht hier noch erheblicher Forschungsbedarf, um effektive Strategien zur langfristigen Teilnehmerbindung zu entwickeln und zu evaluieren.

Literaturverzeichnis

Adriaanse, Marieke A.; Vinkers, Charlotte D.W.; Ridder, Denise T.D. de; Hox, Joop J.; Wit, John B.F. de (2011). Do implementation intentions help to eat a healthy diet? A systematic review and meta-analysis of the empirical evidence. In: *Appetite* 56 (1), S. 183–193. DOI: 10.1016/j.appet.2010.10.012.

Altgeld, T. (2021). Präventionsparadox und Präventionsdilemma: Konsequenzen für die Praxis. In: H. Schmidt-Semisch und F. Schorb (Hg.). *Public Health. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Wiesbaden: Springer VS.

Amagai, Saki; Pila, Sarah; Kaat, Aaron J.; Nowinski, Cindy J.; Gershon, Richard C. (2022). Challenges in Participant Engagement and Retention Using Mobile Health Apps: Literature Review. In: *Journal of Medical Internet Research* 24 (4), e35120. DOI: 10.2196/35120.

Ariely, Dan; Wertenbroch, Klaus (2002). Procrastination, Deadlines, and Performance: Self-Control by Precommitment. In: *Psychological Science* 13 (3), S. 219–224. DOI: 10.1111/1467-9280.00441.

Begum, Sonia; Povey, Rachel; Ellis, Naomi; Gidlow, Christopher (2020). A systematic review of recruitment strategies and behaviour change techniques in group-based diabetes prevention programmes focusing on uptake and retention. In: *Diabetes Research and Clinical Practice* 166, S. 108273. DOI: 10.1016/j.diabres.2020.108273.

Benartzi, Shlomo; Beshears, John; Milkman, Katherine L.; Sunstein, Cass R.; Thaler, Richard H.; Shankar, Maya et al. (2017). Should Governments Invest More in Nudging? In: *Psychological Science* 28 (8), S. 1041–1055. DOI: 10.1177/0956797617702501.

Brimhall, Craig I.; Tannenbaum, David; VanEpps, Eric M. (2023). Choosing more aggressive commitment contracts for others than for herself. In: *Judgment and Decision Making* 18. DOI: 10.1017/jdm.2023.1.

Bruns, Hendrik; Kantorowicz-Reznichenko, Elena; Klement, Katharina; Luistro Jonsson, Marijane; Rahali, Bilel (2018). Can nudges be transparent and yet effective? In: *Journal of Economic Psychology* 65, S. 41–59. DOI: 10.1016/j.joep.2018.02.002.

Bundesärztekammer (2023). Volkskrankheiten in Deutschland: Aktuelle Trends und Herausforderungen. Berlin: Bundesärztekammer.

Bundesministerium für Gesundheit (2023). Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Prävention. Berlin: BMG.

Bysted, Sofie; Overgaard, Charlotte; Simpson, Sharon Anne; Curtis, Tine; Bøggild, Henrik (2021). Recruiting residents from disadvantaged neighbourhoods for community-based health promotion and disease prevention services in Denmark—How, why and under what circumstances does an active door-to-door recruitment approach work? In: *Health & Social Care in the Community* 30 (3), S. 937–948. DOI: 10.1111/hsc.13246.

Catherine, Nicole L. A.; Lever, Rosemary; Marcellus, Lenora; Tallon, Corinne; Sheehan, Debbie; MacMillan, Harriet et al. (2020). Retaining participants in community-based health research: a case example on standardized planning and reporting. In: *Trials* 21 (1). DOI: 10.1186/s13063-020-04328-9.

Cole, Steven A.; Sannidhi, Deepa; Jadotte, Yuri Tertilus; Rozanski, Alan (2023). Using motivational interviewing and brief action planning for adopting and maintaining positive health behaviors. In: *Progress in Cardiovascular Diseases* 77, S. 86–94. DOI: 10.1016/j.pcad.2023.02.003.

Da Silva, Marco Antonio Vieira; São-João, Thaís Moreira; Brizon, Valéria Cândido; Franco, Décio Henrique; Mialhe, Fábio Luiz; Zhang, Qinhong (2018). Impact of implementation intentions on physical

activity practice in adults: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. In: PLOS ONE 13 (11), e0206294. DOI: 10.1371/journal.pone.0206294.

Duckworth, Angela L.; Milkman, Katherine L.; Laibson, David (2018). Beyond Willpower: Strategies for Reducing Failures of Self-Control. In: Psychological Science in the Public Interest 19 (3), S. 102–129. DOI: 10.1177/1529100618821893.

Erev, Ido; Hiller, Maximilian; Klößner, Stefan; Lifshitz, Gal; Mertins, Vanessa; Roth, Yefim (2022). Promoting healthy behavior through repeated deposit contracts: An intervention study. In: Journal of Economic Psychology 92, S. 102548. DOI: 10.1016/j.joep.2022.102548.

Frost, Helen; Campbell, Pauline; Maxwell, Margaret; O'Carroll, Ronan E.; Dombrowski, Stephan U.; Williams, Brian et al. (2018). Effectiveness of Motivational Interviewing on adult behaviour change in health and social care settings: A systematic review of reviews. In: PLOS ONE 13 (10), e0204890. DOI: 10.1371/journal.pone.0204890.

Gollwitzer, Peter M. (1993). Goal Achievement: The Role of Intentions. In: European Review of Social Psychology 4 (1), S. 141–185. DOI: 10.1080/14792779343000059.

Hagger, Martin S.; Luszczynska, Aleksandra (2013). Implementation Intention and Action Planning Interventions in Health Contexts: State of the Research and Proposals for the Way Forward. In: Applied Psychology: Health and Well-Being 6 (1), S. 1–47. DOI: 10.1111/aphw.12017.

Halpern, S. D.; Asch, D. A.; Volpp, K. G. (2012). Commitment contracts as a way to health. In: BMJ 344 (jan30 1), e522-e522. DOI: 10.1136/bmj.e522.

Hastall, Matthias R. (2012). Abwehrreaktionen auf Gesundheitsappelle: Forschungsstand und Praxisempfehlungen. In: Angewandtes Gesundheitsmarketing: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 281–296.

Hertwig, Ralph; Grüne-Yanoff, Till (2017). Nudging and Boosting: Steering or Empowering Good Decisions. In: Perspectives on Psychological Science 12 (6), S. 973–986. DOI: 10.1177/1745691617702496.

Hofreuter-Gätgens, K.; Gätgens, R. (2023). Die Patient Journey im deutschen Gesundheitssystem: Eine ganzheitliche Betrachtung. In: Gesundheitswesen 85 (3), S. 234–242.

Hurrelmann, K.; Richter, M.; Klotz, T. (2022). Prävention und Gesundheitsförderung in Deutschland: Konzepte, Strategien und Interventionen. 5. Aufl. Weinheim: Beltz.

Kirgios, Erika L.; Mandel, Graelin H.; Park, Yeji; Milkman, Katherine L.; Gromet, Dena M.; Kay, Joseph S.; Duckworth, Angela L. (2020). Teaching temptation bundling to boost exercise: A field experiment. In: Organizational Behavior and Human Decision Processes 161, S. 20–35. DOI: 10.1016/j.obhdp.2020.09.003.

Knäuper, Bärbel; Carrière, Kimberly; Frayn, Mallory; Ivanova, Elena; Xu, Zhen; Ames-Bull, Anaïs et al. (2018). The Effects of If-Then Plans on Weight Loss: Results of the McGill CHIP Healthy Weight Program Randomized Controlled Trial. In: Obesity 26 (8), S. 1285–1295. DOI: 10.1002/oby.22226.

Kollmann, Josianne; Nussbeck, Fridtjof W.; Lages, Nadine C.; Debbeler, Luka J.; Schupp, Harald T.; Renner, Britta (2021). Lack of reassurance after unexpected positive health risk feedback – an analysis of temporal dynamics. In: Health Psychology and Behavioral Medicine 9 (1), S. 322–337. DOI: 10.1080/21642850.2021.1913168.

Krisam, Mathias; Philipsborn, Peter von; Meder, Björn (2017). Nudging in der Primärprävention: Eine Übersicht und Perspektiven für Deutschland. In: Das Gesundheitswesen 79 (02), S. 117–123. DOI: 10.1055/s-0042-121598.

Kroese, Floor M.; Marchiori, David R.; Ridder, Denise T. D. de (2015). Nudging healthy food choices: a field experiment at the train station. In: *Journal of Public Health* 38 (2), e133-e137. DOI: 10.1093/pubmed/fdv096.

Kwan, Y. H.; Cheng, T. Y.; Yoon, S.; Ho, L.Y.C.; Huang, C. W.; Chew, E. H. et al. (2020). A systematic review of nudge theories and strategies used to influence adult health behaviour and outcome in diabetes management. In: *Diabetes & Metabolism* 46 (6), S. 450–460. DOI: 10.1016/j.diabet.2020.04.002.

Laiou, Elpiniki; Rapti, Iro; Schwarzer, Ralf; Fleig, Lena; Cianferotti, Luisella; Ngo, Joy et al. (2021). Review: Nudge interventions to promote healthy diets and physical activity. In: *Food Policy* 102, S. 102103. DOI: 10.1016/j.foodpol.2021.102103.

Ledderer, Loni; Kjær, Marianne; Madsen, Emilie Kirstine; Busch, Jacob; Fage-Butler, Antoinette (2020). Nudging in Public Health Lifestyle Interventions: A Systematic Literature Review and Metasynthesis. In: *Health Education & Behavior* 47 (5), S. 749–764. DOI: 10.1177/1090198120931788.

Loewenstein, George; Bryce, Cindy; Hagmann, David; Rajpal, Sachin (2015). Warning: You are about ft h Nudged. In: *Behavioral Science & Policy* 1 (1), S. 35–42. DOI: 10.1177/237946151500100106.

Manthri Savani, Manu (2019). Can commitment contracts boost participation in public health programmes? In: *Journal of Behavioral and Experimental Economics* 82, S. 101457. DOI: 10.1016/j.socec.2019.101457.

McCann, Jennifer; Ridgers, Nicola D.; Carver, Alison; Thornton, Lukar E.; Teychenne, Megan (2013). Effective recruitment and retention strategies in community health programs. In: *Health Promotion Journal of Australia* 24 (2), S. 104–110. DOI: 10.1071/he13042.

Milkman, Katherine L.; Minson, Julia A.; Volpp, Kevin G. M. (2014). Holding the Hunger Games Hostage at the Gym: An Evaluation of Temptation Bundling. In: *Management Science* 60 (2), S. 283–299. DOI: 10.1287/mnsc.2013.1784.

Miller, William R. (2023). The evolution of motivational interviewing. In: *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 51 (6), S. 616–632. DOI: 10.1017/s1352465822000431.

Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. In: *PloS Medicine* 6 (7), e1000097. DOI: 10.1371/journal.pmed.1000097.

Möllenkamp, Meilin; Zeppernick, Maike; Schreyögg, Jonas (2019). The effectiveness of nudges in improving the self-management of patients with chronic diseases: A systematic literature review. In: *Health Policy* 123 (12), S. 1199–1209. DOI: 10.1016/j.healthpol.2019.09.008.

Nataneek, Łukasz; Adamięcki, Marcin Krzysztof; Kłosek, Sebastian (2023). Motivational interviewing in promoting oral health: A literature review. In: *Dental and Medical Problems* 60 (2), S. 355–362. DOI: 10.17219/dmp/140221.

Nicholls, Nicky; Watson, Estelle D. (2024). Get active now or later? The association between physical activity and risk and time preferences. In: *Psychology of Sport and Exercise* 73, S. 102650. DOI: 10.1016/j.psychsport.2024.102650.

Noonan, W. C.; Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. In: *Journal of Substance Misuse* 2 (1), S. 8–16. DOI: 10.3109/14659899709084610.

O'Halloran, P. D.; Blackstock, F.; Shields, N.; Holland, A.; Iles, R.; Kingsley, M. et al. (2014). Motivational interviewing to increase physical activity in people with chronic health conditions: a systematic review and meta-analysis. In: *Clinical Rehabilitation* 28 (12), S. 1159–1171. DOI: 10.1177/0269215514536210.

- Page, M. J.; McKenzie, J. E.; Bossuyt, P. M.; Boutron, I.; Hoffmann, T. C.; Mulrow, C. D. et al. (2021).** The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. In: *BMJ* 372, n71. DOI: 10.1136/bmj.n71.
- Rauprich, Oliver; Möllenkamp, Meilin; Reimann, Jennifer; Huster, Stefan; Schreyögg, Jonas; Marckmann, Georg (2022).** Wirksamkeit und ethische Bewertung von Nudging-Interventionen zur Förderung des Selbstmanagements bei Diabetes Mellitus Typ 2. In: *Das Gesundheitswesen* 84 (11), S. 1059–1066. DOI: 10.1055/a-1709-0591.
- Reifegerste, Doreen (2021).** Gesundheitskommunikation in der Prävention und Gesundheitsförderung für schwer erreichbare Zielgruppen. In: *Prävention und Gesundheitsförderung*: Springer Berlin Heidelberg, S. 285–293.
- Reiff, Joseph; Dai, Hengchen; Beshears, John; Milkman, Katherine L.; Benartzi, Shlomo (2023).** Save More Today or Tomorrow: The Role of Urgency in Precommitment Design. In: *Journal of Marketing Research* 60 (6), S. 1095–1113. DOI: 10.1177/00222437231153396.
- REIJULA, SAMULI; Hertwig, Ralph (2020).** Self-nudging and the citizen choice architect. In: *Behavioural Public Policy* 6 (1), S. 119–149. DOI: 10.1017/bpp.2020.5.
- Reinhardt, Anne; Jäger, Simone; Rossmann, Constanze (2018).** Gesundheits- und Risikokommunikation in den Gesundheitsberufen. In: *Gesundheitswissenschaften*: Springer Berlin Heidelberg, S. 1–11.
- Renneberg, B.; Hammelstein, P. (2021).** *Gesundheitspsychologie*. 3. Aufl. Berlin: Springer.
- Renner, Britta; Fuchs, Reinhard (1997).** Vier Effekte der Risikokommunikation: Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung. DOI: 10.25656/01:7879.
- Robert Koch-Institut (2021).** *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: RKI.
- Roll, Stephen; Grinstein-Weiss, Michal; Gallagher, Emily; Cryder, Cynthia (2020).** Can pre-commitment increase savings deposits? Evidence from a tax-time field experiment. In: *Journal of Economic Behavior & Organization* 180, S. 357–380. DOI: 10.1016/j.jebo.2020.10.011.
- Rouyard, Thomas; Engelen, Bart; Papanikitas, Andrew; Nakamura, Ryota (2022).** Boosting healthier choices. In: *BMJ*, e064225. DOI: 10.1136/bmj-2021-064225.
- Schmidt-Semisch, H.; Schorb, F. (Hg.) (2021).** *Public Health. Sozialwissenschaftliche Gesundheitsforschung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Schwartz, Janet; Mochon, Daniel; Wyper, Lauren; Maroba, Josiase; Patel, Deepak; Ariely, Dan (2014).** Healthier by Precommitment. In: *Psychological Science* 25 (2), S. 538–546. DOI: 10.1177/0956797613510950.
- Schwarzer, R. (2020).** *Psychologie des Gesundheitsverhaltens: Einführung in die Gesundheitspsychologie*. 5. Aufl. Göttingen: Hogrefe.
- Sheeran, Paschal; Orbell, Sheina (2000).** Using implementation intentions to increase attendance for cervical cancer screening. In: *Health Psychology* 19 (3), S. 283–289. DOI: 10.1037/0278-6133.19.3.283.
- Shingleton, R. M.; Palfai, T. P. (2016).** Technology-delivered adaptations of motivational interviewing for health-related behaviors: A systematic review of the current research. In: *Patient Education and Counseling* 99 (1), S. 17–35. DOI: 10.1016/j.pec.2015.08.005.
- Soderlund, Patricia Davern (2017).** Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. In: *Chronic Illness* 14 (1), S. 54–68. DOI: 10.1177/1742395317699449.

Sørensen, Kristine; van den Broucke, Stephan; Fullam, James; Doyle, Gerardine; Pelikan, Jürgen; Slonska, Zofia; Brand, Helmut (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In: BMC Public Health 12 (1). DOI: 10.1186/1471-2458-12-80.

Statistisches Bundesamt (2022). Gesundheitsausgaben in Deutschland. Wiesbaden: Destatis.

Stroebe, Wolfgang (2023). Could implementation intentions improve the efficacy of behavioral weight-loss treatment? In: Appetite 186, S. 106508. DOI: 10.1016/j.appet.2023.106508.

World Health Organization (2020). Global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to improve lives and wellbeing sustainably through healthy environments. Geneva: WHO.

Anhang A.1: Verhaltenshemmungssystem und Verhaltensaktivierungssystem

Ein Beispiel dazu aus der psychoonkologischen Begleitung. Anstatt zu sagen: „Ohne psychologische Unterstützung könnten Sie in eine Depression verfallen“, könnte man formulieren: „Psychoonkologische Begleitung kann Ihnen helfen, Ihre innere Stärke zu entdecken und Ihre Lebensqualität während der Behandlung zu verbessern. Sie lernen Techniken, die Ihnen mehr Energie und Zuversicht geben.“ Dieser Ansatz hebt die Vorteile und positiven Ergebnisse der Unterstützung hervor, anstatt sich auf mögliche negative Konsequenzen zu konzentrieren. Er spricht das Verhaltensaktivierungssystem an, indem er Aspekte wie persönliches Wachstum, Verbesserung der Lebensqualität und Stärkung der eigenen Ressourcen betont.

Anhang A.2: Risikokommunikation

Liebe Mitglieder unserer Diabetes-Community,

ein ausgewogener Lebensstil kann bei der Bewältigung von Typ-2-Diabetes eine wichtige Rolle spielen. Viele Menschen fragen sich, wie sie positive Veränderungen in ihren Alltag integrieren können. Lassen Sie uns gemeinsam einige Möglichkeiten betrachten:

1. Ernährungsumstellung: Pro: Kann den Blutzuckerspiegel stabilisieren und das Wohlbefinden steigern. Contra: Erfordert anfangs mehr Planung und eventuell den Verzicht auf gewohnte Lebensmittel.
2. Regelmäßige Bewegung: Pro: Verbessert die Insulinsensitivität und unterstützt die Gewichtskontrolle. Contra: Benötigt Zeit und möglicherweise eine Anpassung des Tagesablaufs.
3. Stressmanagement: Pro: Kann helfen, den Blutzuckerspiegel zu regulieren und die Lebensqualität zu verbessern. Contra: Erfordert das Erlernen neuer Techniken und regelmäßige Übung.

Jeder Mensch ist einzigartig, und was für den einen funktioniert, muss nicht unbedingt für den anderen passen. Vielleicht möchten Sie mit kleinen Schritten beginnen? Studien zeigen, dass selbst moderate Veränderungen wie ein täglicher 10-minütiger Spaziergang bereits positive Auswirkungen haben können. Wir verstehen, dass Veränderungen manchmal herausfordernd sein können. „Das klingt alles gut, aber ich habe einfach keine Zeit dafür“ – diesen Gedanken kennen viele. Doch selbst kleine Anpassungen im Alltag können einen Unterschied machen. Wie wäre es, mit einer einzigen Veränderung zu beginnen und diese langsam auszubauen?

Unsere Diabetes-Beratung bietet verschiedene Unterstützungsmöglichkeiten an. Sie könnten beispielsweise:

- An einem Ernährungsworkshop teilnehmen
- Sich einer Bewegungsgruppe anschließen
- Eine individuelle Beratung in Anspruch nehmen

Welche Option klingt für Sie am interessantesten?

Gemeinsam können wir Wege finden, um Ihre Gesundheit zu unterstützen und gleichzeitig Ihre individuellen Bedürfnisse zu berücksichtigen. Kleine Schritte können zu großen Veränderungen führen – und jeder Schritt zählt!

Dieses Beispiel berücksichtigt die genannten psychologischen Prinzipien wie folgt:

1. Augenhöhe: Die Ansprache ist respektvoll und inklusiv („unsere Diabetes-Community“).

2. Pro und Contra: Für jede vorgeschlagene Verhaltensänderung werden Vor- und Nachteile genannt.
3. Allgemeine Ansprache: Es wird „Sie“ statt „Du“ verwendet und von „vielen Menschen“ gesprochen.
4. Auswahlmöglichkeit: Es werden verschiedene Optionen zur Unterstützung angeboten.
5. Ankermechanismus: Der Hinweis auf die positiven Effekte eines 10-minütigen Spaziergangs dient als Anker für machbare Veränderungen.
6. Fuß in der Tür: Es wird vorgeschlagen, mit einer einzigen, kleinen Veränderung zu beginnen.
7. Adressierung von Abwehrargumenten: Das Zeitproblem wird direkt angesprochen und relativiert.
8. Vermeidung von Dramatisierung: Der Ton bleibt sachlich und vermeidet Übertreibungen oder Angst-mache

Anhang A.3: Beispiel für ein finanzielles Precommitment

Herz-Gesund-Programm: "Herzschlag für ein gesundes Leben"

Programmstruktur:

1. Einzahlung: Teilnehmer zahlen zu Beginn des Programms 300 € ein.
2. Zielsetzungen:
 - a) Tägliche Blutdruckmessung und -dokumentation
 - b) Mindestens 5000 Schritte pro Tag
 - c) Einhaltung einer herzgesunden Ernährung (max. 5 g Salz/Tag, min. 5 Portionen Obst/Gemüse/Tag)
3. Tracking:
 - Blutdruck wird über eine vernetzte Blutdruckmanschette erfasst
 - Schritte werden über eine Fitness-App oder ein Wearable gezählt
 - Ernährung wird über eine App dokumentiert
4. Rückzahlung und Bonus:
 - Bei Erreichen aller Wochenziele: 20 € Rückzahlung
 - Bei Verfehlen eines Ziels: 10 € Rückzahlung
 - Bei Verfehlen aller Ziele: Keine Rückzahlung für diese Woche
5. Programmdauer: 12 Wochen
6. Maximale Rückzahlung: 240 € (12 Wochen x 20 €)
7. Zusätzlicher Anreiz: Bei Erreichen aller Ziele in mindestens 10 von 12 Wochen gibt es einen Bonus von 80 €

Psychologische Prinzipien:

- Precommitment: Durch die anfängliche Einzahlung von 300 € binden sich die Teilnehmer an das Programm.
- Verlustaversion (Prospect Theory): Der potenzielle Verlust des eingezahlten Geldes wiegt psychologisch schwerer als der mögliche Gewinn.
- Regelmäßige Verstärkung: Wöchentliche Rückzahlungen bieten kurzfristige Motivations-schübe.
- Langfristige Motivation: Der zusätzliche Bonus am Ende fördert die Aufrechterhaltung des Verhaltens über die gesamte Programmdauer.

Beispielrechnung:

- Bei voller Zielerreichung: 300 € (Einzahlung) – 240 € (Rückzahlung) – 80 € (Bonus) = 20 € Nettogewinn
- Bei teilweiser Zielerreichung: Bis zu 180 € Verlust (wenn nur die Hälfte der Wochen erfolgreich war)
- Bei Nichterreichung: Bis zu 300 € Verlust

Dieses Beispiel veranschaulicht, wie die Prinzipien des Precommitment und der Prospect Theory in einem Präventionsprogramm für Herz-Kreislauf-Erkrankungen umgesetzt werden können:

1. **Precommitment:** Die Teilnehmer binden sich durch die anfängliche Einzahlung von 300 € an das Programm. Dies schafft eine psychologische Verpflichtung, die Ziele zu erreichen.
2. **Verlustaversion (Prospect Theory):** Die Struktur des Programms nutzt die Tatsache, dass Menschen Verluste stärker wahrnehmen als gleichwertige Gewinne. Der potenzielle Verlust des eingezahlten Geldes (bis zu 300 €) motiviert stärker als die Aussicht auf einen relativ kleinen Nettogewinn (20 € bei perfekter Teilnahme).
3. **Mehrfache Ziele:** Das Programm berücksichtigt verschiedene Aspekte der Herzgesundheit (Blutdruck, Bewegung, Ernährung), was ein ganzheitliches Gesundheitsverhalten fördert.
4. **Flexible Rückzahlung:** Die gestaffelte Rückzahlung (20 €, 10 € oder 0 € pro Woche) ermutigt die Teilnehmer, auch bei teilweisem Erfolg weiterzumachen, anstatt ganz aufzugeben.
5. **Langfristige Motivation:** Der zusätzliche Bonus am Ende des Programms fördert die Aufrechterhaltung des Verhaltens über die gesamte Dauer, erlaubt aber auch kleine Rückschläge (10 von 12 Wochen für den Bonus).

Dieses Programm nutzt die psychologischen Prinzipien, um die Teilnehmer zu motivieren, Verhaltensweisen zu entwickeln, die das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen reduzieren können. Die Kombination aus der Angst vor Verlusten (das eingezahlte Geld nicht zurückzubekommen) und der Aussicht auf Gewinne (Rückzahlungen und Bonus) schafft einen starken Anreiz zur Verhaltensänderung.

Die Stärke dieses Ansatzes liegt darin, dass er die natürliche menschliche Tendenz zur Verlustvermeidung nutzt, um positive Gesundheitsverhaltensweisen zu fördern. Gleichzeitig bietet er genug Flexibilität und positive Verstärkung, um die Teilnehmer auch bei gelegentlichen Rückschlägen motiviert zu halten.

WIP-Veröffentlichungen seit 2018

Veränderung der ambulanten Leistungsanspruchnahme von Privatversicherten während der COVID-19-Pandemie. WIP-Kurzanalyse Juli 2024, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Kostenschätzung zu einer Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile, WIP-Berechnungen Juli 2024, Dr. Frank Wild

Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Lewe Bahnsen

Voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kommentar Mai 2024, Dr. Frank Wild

Steuerzuschüsse für die Soziale Pflegeversicherung zur Stabilisierung der Pflegebeiträge - Finanzielle Tragfähigkeit und Prognosen, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2024, WIP-Analyse März 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-4-8

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2023 - Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-853-3, MWV, Berlin Dezember 2023

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2023/2024, WIP-Kurzanalyse Oktober 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die zahnärztliche Versorgung der Privatversicherten im Jahr 2020, WIP-Kurzanalyse Juli 2023, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur, WIP-Analyse Mai 2023, Dr. Bernd Rebmann, Dr. Elisabeth Leonhard, Andrea Kern-Schnur, Nadine Brohammer, ISSN 2702-1343

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2023, WIP-Analyse Mai 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-3-1

Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien, WIP-Analyse März 2023, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-2-4

Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Dr. Lewe Bahnsen

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen – Aktualisierung, WIP-Analyse Dezember 2022, Thies Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9824068-1-7

Aufwachsender Arbeitskräftemangel zeigt auf, dass die Digitalisierung des Arbeitslebens viel zu langsam vorangeht, WIP-Kommentar, November 2022, Dr. Frank Wild

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2013-2023, WIP-Kurzanalyse November 2022, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, WIP-Kommentar, Oktober 2022, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben der Privatversicherten – Jahresbericht 2022, WIP-Analyse Juni 2022, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse Juni 2022, Dr. Christian O. Jacke

- Nachhaltigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2022, Dr. Frank Wild
- Wer ist impfberechtigt? Ein internationaler Blick, WIP-Kurzanalyse Mai 2022, Daria Kozica, Frank Wild
- Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, Lewe Bahnsen, ISBN 978-3-9821682-8-9 (in 2021 nicht veröffentlicht, verschoben auf 2022)
- Gesundheitssystem in Israel, WIP-Kommentar, Februar 2022, Dr. Frank Wild
- COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink,
- Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thiess Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6-
- Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild
- Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild
- Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz (IfG), Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2
- E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica
- Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5
- Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bansen, Frank Wild
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8
- Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild
- Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen - Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild
- Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISSN 2702-1343, erschienen MWV-Verlag, März 2021
- Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-578-5, erschienen MWV-Verlag, November 2020
- Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeyer
- Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeyer, Frank Wild
- Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild
- Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4-

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2020, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten - Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 - Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV