

Zwischen  
Ausgewogenheit und  
Verweigerung

Präventionsverhalten  
im mittleren  
Lebensalter

Autor

Peter Enste

- Auf den Punkt
- Personen im mittleren Lebensalter (45 – 65 Jahre) bilden eine wichtige Zielgruppe für Maßnahmen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung.
  - Trotz der Heterogenität der Zielgruppe lassen sich fünf Typen bilden, die das Präventionsverhalten der Zielgruppe widerspiegeln: Der Bewusste, der Ausgeglichene, der Allrounder, der Passive und der Aktive.
  - Das Präventionsverhalten wird deutlich durch die Variablen Einkommen und Geschlecht beeinflusst.
  - Der überwiegende Teil der Personen im mittleren Lebensalter sieht sich selbst in hoher Verantwortung, wenn es um die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung geht.
  - Personen, die mindestens einer präventiven Tätigkeit nachgehen, fühlen sich merklich gesünder als „Präventionsverweigerer“.

Zentrale wissenschaftliche  
Einrichtung der Fachhochschule  
Gelsenkirchen in Kooperation  
mit der Ruhr-Universität Bochum

## Einleitung – Warum ist Prävention für alle Altersgruppen wichtig?

Maßnahmen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung sollten möglichst früh beginnen, daher wird sehr häufig ein besonderer Fokus auf die Zielgruppe „Kinder und Jugendliche“ gesetzt. Verfolgt man einen ganzheitlichen Ansatz, ist es allerdings wichtig, andere Altersgruppen nicht zu vernachlässigen. Die Gruppe der Personen im mittleren Lebensalter (45 – 65 Jahre) spielt dabei eine wichtige Rolle: Lebens- und Verhaltensweisen, die sich entweder positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken, festigen sich in diesem Lebensabschnitt. Außerdem nehmen der Beruf und die Karriere (und damit das Setting des Arbeitsplatzes) eine wichtige Stellung ein und nicht selten werden dort eine Reihe von gesundheitlichen Einflüssen wirksam (FES 2003).

Die folgende Untersuchung soll daher ein Überblick liefern, wie das Präventionsverhalten von Personen im mittleren Lebensalter aussieht. Im Einzelnen geht es darum, folgende Fragen zu klären:

Was verstehen die Menschen unter Prävention und Gesundheitsvorsorge und welchen Tätigkeiten gehen sie nach?

Gibt es Unterschiede im Präventionsverhalten anhand der Merkmale Geschlecht, Einkommen und Ausgabeverhalten?

Ist es möglich anhand der Angaben der Personen bestimmte Präventionstypen zu bilden?

Wer wird von den Befragten als verantwortlich für die Bereiche Prävention und Gesundheitsvorsorge eingeschätzt?

Als Erhebungsinstrument wurde eine Telefonbefragung gewählt, die im Jahr 2010 bundesweit durchgeführt wurde<sup>1</sup>. Insgesamt wurden 1.093 Personen befragt, die sich in die Altersgruppe zwischen 45 und 65 Jahren einordnen lassen.

## Prävention und Gesundheitsförderung bei Personen im mittleren Lebensalter – eine Bestandsaufnahme

In einem ersten Schritt wurde erfasst, welcher präventiven Tätigkeit die Befragten bereits nachgehen. Hierzu wurde das Instrument der offenen Frage gewählt. Im Anschluss wurden die Antworten der Befragten ausgewertet und kategorisiert. Demnach ergibt sich folgendes Bild:

- **Kategorie „Nichts“:** In diese Kategorie wurden Antworten eingeordnet, in denen die Befragten angaben, dass sie keiner präventiven Tätigkeit nachgehen.
- **Kategorie „Entspannung“:** Jede Form von Entspannungsübungen, Gehirntrainings, autogenes Training, Yoga oder einfach nur Antworten wie „die Seele baumeln lassen“ oder „regelmäßig abschalten“ lassen sich dieser Kategorie zuordnen.

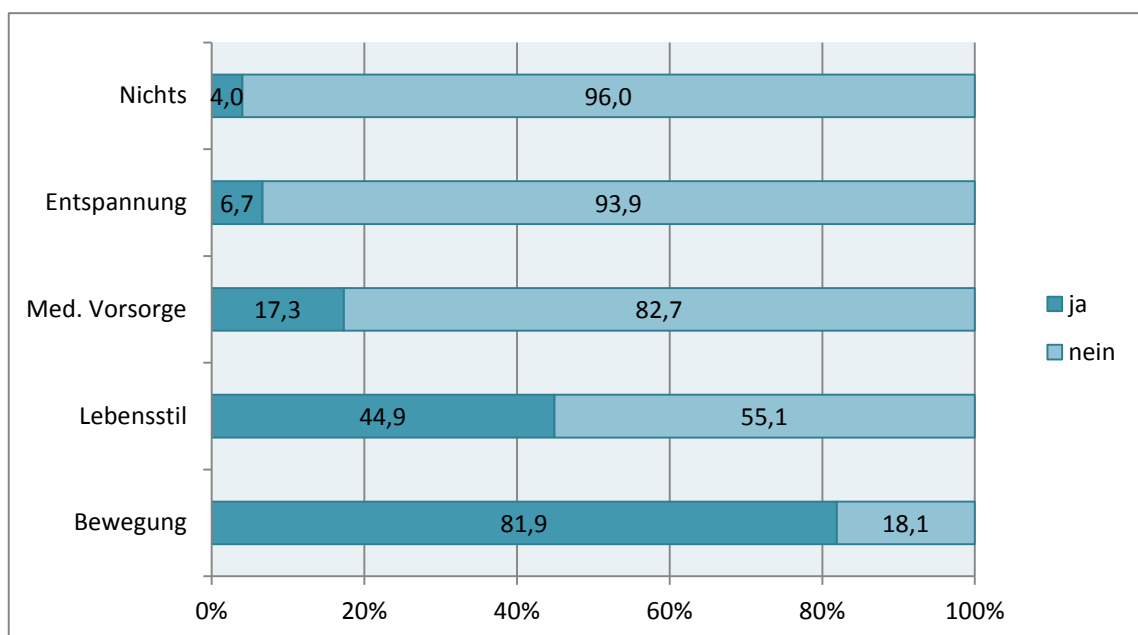
---

<sup>1</sup> Die Befragung ist Bestandteil des BMBF geförderten Projektes „Lifescience.biz“. Weitere Informationen: <http://www.lifesciencebiz.de/>

- **Kategorie „Medizinische Vorsorge“:** Hierunter wurde Antworten gefasst, die sich dem Thema der medizinischen Vorsorge zuordnen lassen: „Regelmäßig zum Arzt gehen“, „Krebsvorsorge“ oder „Impfen“ sind typische Beispiele, die von den Befragten genannt wurden.
- **Kategorie „Lebensstil“:** In dieser breit gefächerten Kategorie wurde Antworten gesammelt, die unter dem Stichwort „Bewusste Lebensführung“ subsumiert werden können. Typische Beispiele sind: „Gesunde Ernährung“, „Wenig Alkohol trinken“ oder „auf einen gesunden Lebensrhythmus achten“.
- **Kategorie „Bewegung“:** In dieser Kategorie wurden alle Aktivitäten zusammengefasst, die sich im weiteren Sinne mit Bewegung beschäftigen. Hierzu zählen Aktivitäten wie Wandern, Spaziergehen oder Laufen.

Eine einfache Häufigkeitsauszählung ergibt dabei das folgende Bild:

Abbildung 1: Formen der Prävention und Gesundheitsvorsorge in Kategorien (in %) (n=1.093)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Mit vier Prozent gibt ein relativ geringer Anteil an, keine Tätigkeit auszuüben, die den Bereichen Prävention und Gesundheitsvorsorge zugeordnet werden kann. Mit ca. sieben Prozent ist der Anteil der Personen relativ gering, die angeben, einer Tätigkeit aus dem Bereich „Entspannung“ nachzugehen. Etwa 45 Prozent geben an, eine Tätigkeit auszuüben, die der Kategorie „Lebensstil“ zugeordnet werden kann. Der überwiegende Teil versteht unter Prävention und Gesundheitsvorsorge körperliche Bewegung: Fast 82 Prozent geben an, eine Tätigkeit auszuüben, die dem Oberbegriff der Bewegung zuzuordnen ist.

## Präventionsverhalten im Cluster

In einem weiteren Schritt werden anhand der oben genannten Antworten bestimmte Typen gebildet, die das Präventionsverhalten der Zielgruppe widerspiegeln. Mit Hilfe einer Clusteranalyse lassen sich fünf unterschiedliche Typen identifizieren:

Abbildung 2: Darstellung der Präventionstypen

Typ I: Der Bewusste	Typ II: Der Ausgeglichene	Typ III: Der Allrounder	Typ IV: Der Passive	Typ V: Der Aktive
<ul style="list-style-type: none"><li>•Bewegung</li><li>•Lebensstil</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Bewegung</li><li>•Entspannung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Bewegung</li><li>•Lebensstil</li><li>•Med. Vorsorge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Med. Vorsorge</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>•Bewegung</li></ul>

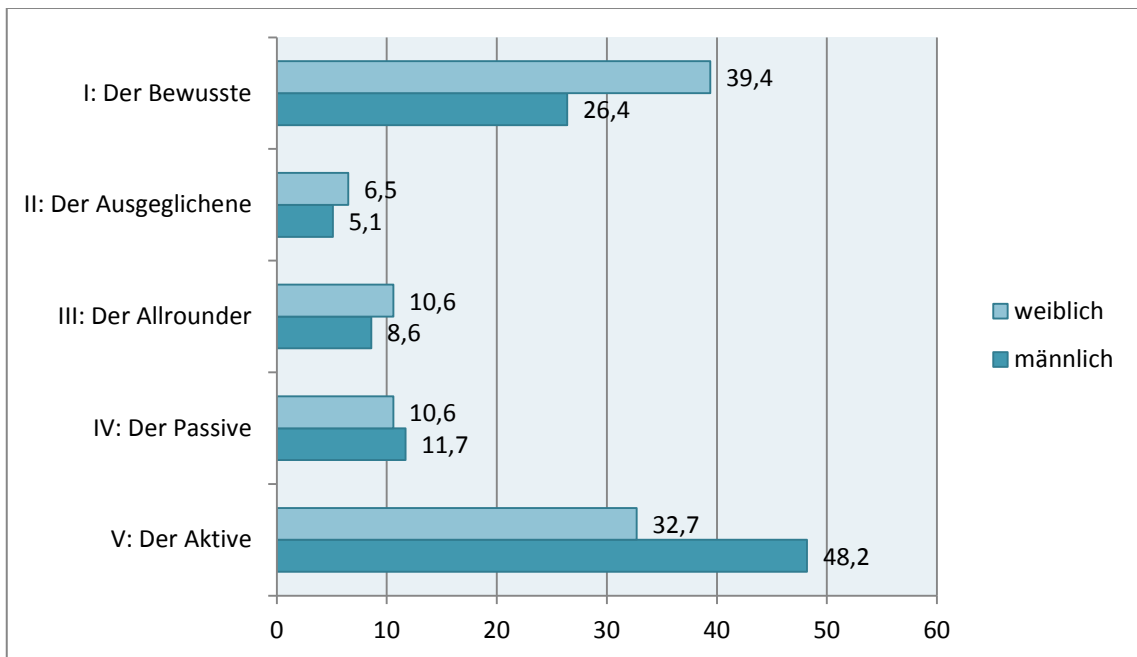
Quelle: Eigene Darstellung IAT

- **Typ I – Der Bewusste:** Neben der körperlichen Bewegung legt er hinsichtlich seiner Präventionsaktivitäten auch einen gesteigerten Wert auf Maßnahmen, die dem Bereich Lebensstil zuzuordnen sind. Mit 34,2 Prozent lässt sich ein sehr großer Anteil der Befragten diesem Typus zuordnen.
- **Typ II – Der Ausgeglichene:** Neben der körperlichen Bewegung legt er hinsichtlich seiner Präventionsaktivitäten auch einen gesteigerten Wert auf Maßnahmen, die unter dem Stichwort Entspannung zusammengefasst werden können. Diesem Typus können lediglich 6 Prozent der Befragten zugeordnet werden.
- **Typ III – Der Allrounder:** Er weist die gleichen Aktivitäten auf wie Typ I, rechnet aber den Bereich der medizinischen Vorsorge hinzu. Etwa jeder Zehnte (9,8 Prozent) ist diesem Typus zuzurechnen.
- **Typ IV – Der Passive:** Wie der Name schon sagt, geht er keinen sportlichen Aktivitäten nach und zählt zur Prävention und Gesundheitsvorsorge nur den Bereich der medizinischen Vorsorge. 11,1 Prozent der Befragten entfällt auf diesen Typus.
- **Typ V – Der Aktive:** Dieser Typus konzentriert sich allein auf den Bereich der körperlichen Bewegung. Mit 38,9 Prozent lassen sich die meisten der Befragten diesem Typus zuordnen.

## Ein differenzierter Blick auf die Präventionstypen

Der nächste Untersuchungsschritt hat das Ziel, die verschiedenen Präventionstypen mit bestimmten Eigenschaften zu beschreiben. Hierzu werden die Variablen Geschlecht, Einkommen und Präventionsausgabeverhalten näher beleuchtet.

Abbildung 3: Präventionstypen differenziert nach Geschlecht (in %)

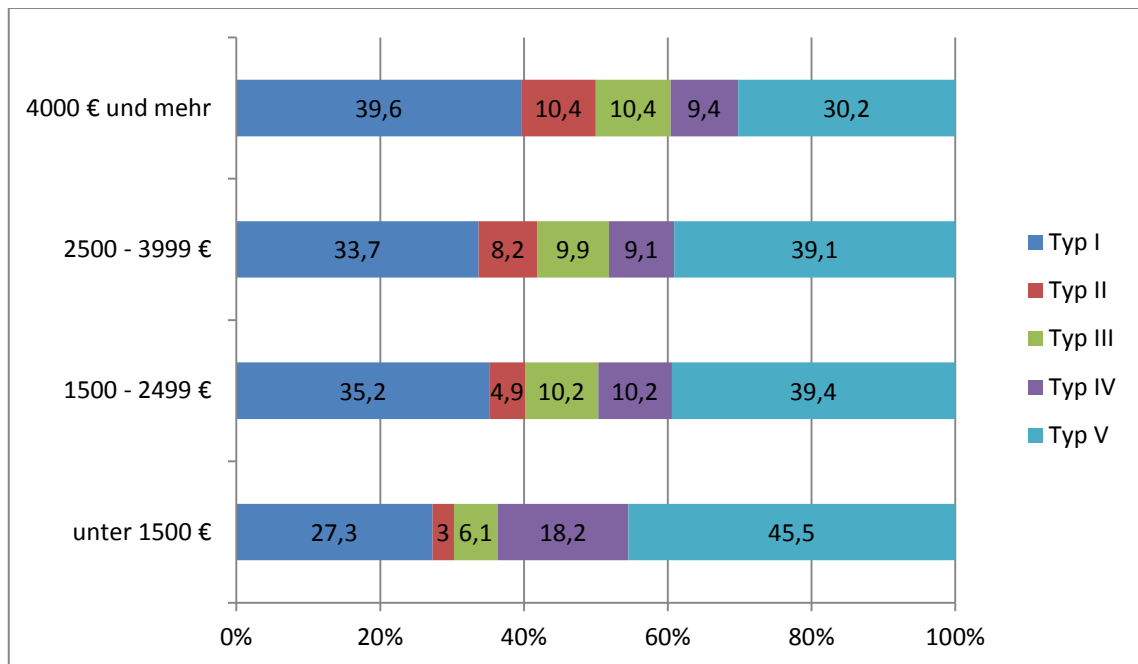


Quelle: Eigene Darstellung IAT

Die Abbildung zeigt, dass es geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Verteilung der verschiedenen Präventionstypen gibt. Sehr deutlich fallen die Unterschiede bei den beiden Typen I und V aus: Während sich fast 40 Prozent der weiblichen Befragten dem Typus „Der Bewusste“ zuordnen lassen, sind es bei den Männern nur 26,4 Prozent. Ein gegenteiliges Bild ergibt sich bei dem Typus „Der Aktive“: Annähernd die Hälfte der befragten Männer fallen in diese Kategorie, wobei es bei den Frauen nur fast 33 Prozent sind. Kleinere Unterschiede gibt es bei den Typen „Der Ausgeglichenere“ und „Der Allrounder“: Diesen können prozentual mehr Frauen als Männer zugeordnet werden. Bei dem Typus „Der Passive“ dreht sich wiederum das Bild.

Ein Blick auf das Haushaltsnettoeinkommen ergibt folgendes Bild:

Abbildung 4: Präventionstypen differenziert nach Haushaltseinkommen (in %)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Die Grafik zeigt deutlich, dass es eine Abhängigkeit zwischen den Variablen „Haushaltseinkommen“ und „Präventionstyp“ gibt, die sich statistisch durch den Chi-Quadrat-Test bestätigen lässt. Ein deutlicher Unterschied in der Verteilung lässt sich beispielsweise am Typ I ausmachen: Während in der unteren Einkommensklasse nur 27 Prozent dem „Bewussten Typen“ zugerechnet werden, erhöht sich dieser Wert bei den höheren Einkommen auf fast 40 Prozent. Ebenso deutlich sind die Unterschiede bei dem „Bewegungstyp V“. Während in den höheren Einkommensklassen lediglich 30 Prozent dieser Gruppe angehören, sind es in den unteren Einkommensklassen über 45 Prozent, die angeben, sich in Sachen Prävention ausschließlich auf den Bereich der körperlichen Bewegung zu konzentrieren. Auffällig ist zudem, dass der passive Typ IV in der unteren Einkommensklasse einen deutlich größeren Anteil annimmt, als in den anderen Einkommensklassen. Im Gegensatz hierzu verhält sich der Typ III, der Allrounder. Während er in den oberen Einkommensklassen einen Anteilswert von etwa 10 Prozent erreicht, ist er in der unteren Einkommensklasse mit lediglich 6,1 Prozent deutlich weniger vertreten. Ebenfalls einkommensabhängig ist die Verteilung des Typen II. Mit wachsendem Einkommen steigt der Anteil von anfänglich 3 Prozent (unter 1500 €) stetig an, bis er in der oberen Einkommensklasse den Höchstwert von 10,4 Prozent erreicht.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Präventionstyp gibt. Es liegt nun die Vermutung nahe, dass auch der finanzielle Aufwand, der im Monat für Prävention aufgebracht wird, je nach Präventionstyp unterschiedlich ist. Hängen die Ausgaben für Prävention nun eng mit dem Haushaltseinkommen zusammen, deuten die oben genannten Zahlen darauf hin, dass

beispielsweise der Typ V einen deutlich geringeren finanziellen Aufwand betreibt als die Typen I oder II. Um diese Frage genauer zu erörtern, sollen in der Folge die Ausgaben für Prävention näher untersucht werden. Daher wurde in einem weiteren Untersuchungsschritt gefragt, welchen Betrag die Befragten monatlich für Angebote aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsvorsorge ausgeben. Insgesamt geben immerhin fast 20 Prozent an, monatlich kein Geld für Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben. Eine wesentliche Grenze scheint der Wert von 50 Euro zu sein. Nur etwas mehr als 20 Prozent geben an, monatlich einen höheren Betrag als 50 Euro auszugeben. Die größte Gruppe der Befragten – 30 Prozent – gibt an, monatlich zwischen 1 und 25 Euro auszugeben. Auf dem zweiten Rang liegt mit 27,5 Prozent die Gruppe der Personen, die monatlich zwischen 25 und 50 Euro ausgeben. Den dritten Rang bilden die bereits weiter oben erwähnten „Null-Zahler“. Mit etwas Abstand folgt die Gruppe der Personen, die monatlich 51 bis 100 Euro für Prävention und Gesundheitsförderung ausgeben, sie kommt auf 15 Prozent. Mehr als 100 Euro im Monat geben insgesamt 7,5 Prozent der Befragten aus.

- Typ I „Der Bewusste“: 45 Prozent geben maximal 25 Euro monatlich für Prävention aus.
- Typ II „Der Ausgeglichene“: Mit 27,2 Prozent gibt ungefähr jeder Vierte maximal 25 Euro aus.
- Typ III „Der Allrounder“: 38,8 Prozent dieser Gruppe geben maximal 25 Euro aus.
- Typ IV „Der Passive“: Mit 66,7 Prozent geben Zweidrittel höchstens 25 Euro für Prävention aus.
- Typ V „Der Aktive“: Mit 53,3 Prozent geben mehr als die Hälfte maximal 25 Euro aus.

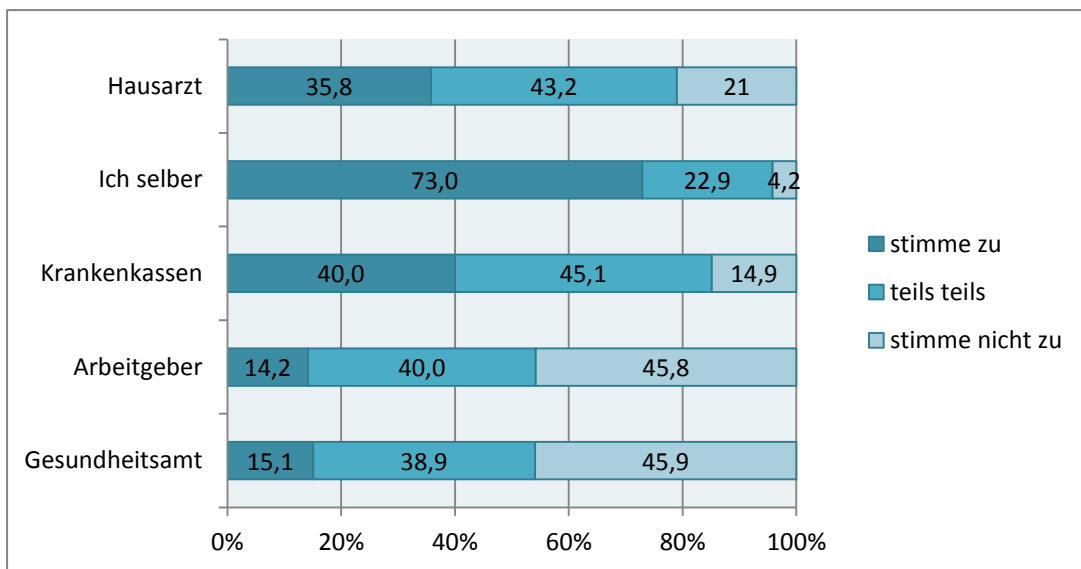
Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass der Typ „Der Ausgeglichene“ die meisten finanziellen Ressourcen für Präventionsleistungen bereithält. Sehr ähnlich in ihrem Ausgabeverhalten sind sich der Typ I und der Typ III. Deutlich weniger geben die Typen IV und V aus. Die Gründe hierfür liegen auf der Hand: Der passive Typus versteht unter Prävention nur Leistungen, die unter medizinische Vorsorge fallen, der Aktiv-Typ versteht unter Prävention ausschließlich Bewegung. Daher werden in beiden Typenklassen die Ausgaben deutlich niedriger ausfallen als in den anderen Klassen, die unter Prävention ein mehrdimensionales Konstrukt verstehen.

### **Prävention und Gesundheitsförderung – Wer ist verantwortlich?**

Es gibt zahlreiche Ansätze, Strategien und Methoden, um Angebote aus dem Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung zu stärken und in der Bevölkerung zu implementieren. Alle Maßnahmen verfolgen dabei die Zielsetzung, bei der Bevölkerung bzw. den Adressaten, an die die Maßnahmen gerichtet sind, die Kompetenz und die Motivation zu

stärken (Leppin 2009). Ob dieses Ziel nun erreicht werden kann, hängt maßgeblich davon ab, inwieweit das Individuum sich selbst für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich sieht und wie sich diese Verantwortlichkeit im Kontext einordnen lässt. Daher wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wer nach ihrer Einschätzung für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist. Es waren die Kategorien „Hausarzt“, „Ich selber“, „Krankenkassen“, „Arbeitgeber“ und „Gesundheitsamt“ vorgeben, die anhand einer 6-stufigen Likertskala bewertet werden sollten. Über den gesamten Datensatz ergab sich folgendes Bild.

Abbildung 5: Verantwortlichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung (in %)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Besonders auffällig ist die deutliche Ablehnung des Arbeitgebers als Zuständiger für Prävention und Gesundheitsvorsorge: Lediglich 14,2 Prozent stimmen dieser These zu, während 45,8 Prozent diese These ablehnen. Nun liegt die Vermutung nahe, dass sich bei der Befragung von ausschließlich Berufstätigen ein anderes Bild ergibt. Aber auch dann ergeben sich wenig Unterschiede zu den o.g. Zahlen: Selektiert man die Stichprobe auf Personen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen, erhöht sich die Zustimmung leicht auf 15,5 Prozent, allerdings lehnen immer noch 43,1 Prozent die These ab.

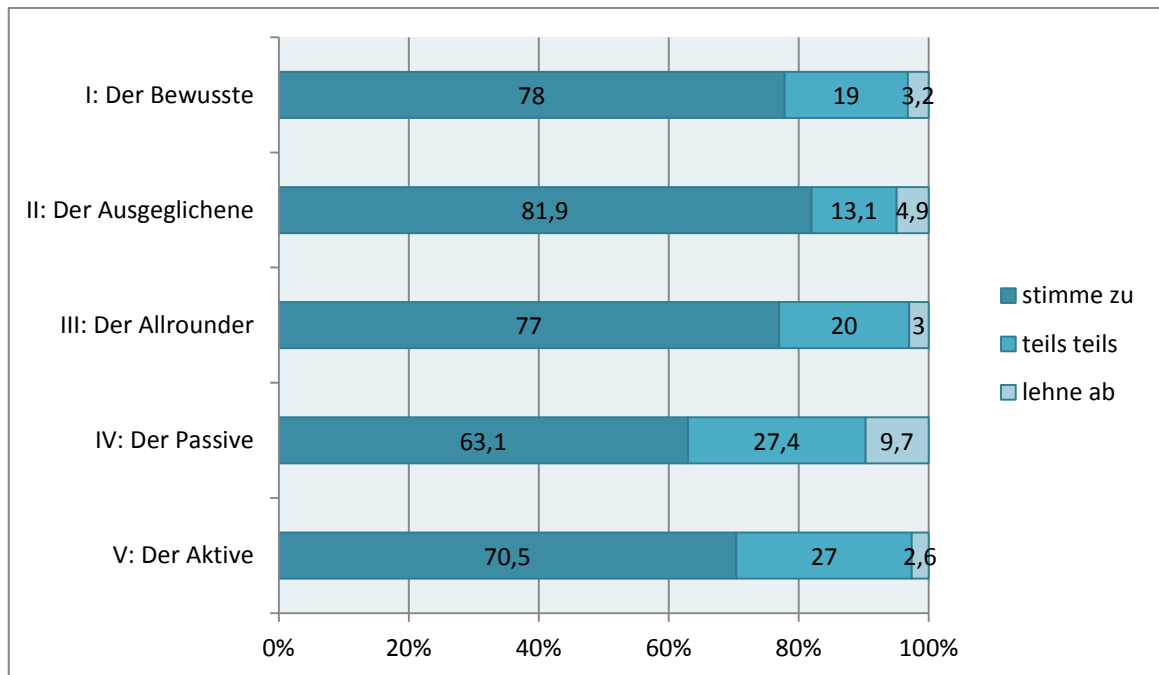
Die größte Zuständigkeit für Prävention und Gesundheitsvorsorge sehen die Befragten bei sich selbst: Fast Dreiviertel der Stichprobe stimmen dieser These zu und nur 4,2 Prozent lehnen sie ab. Mit deutlichem Abstand folgen in dem Ranking der Zuständigkeiten die Krankenkassen (40 Prozent Zustimmung) und die Hausärzte (35,8 Prozent Zustimmung).

Im Sinne von Empowerment sind diese Ergebnisse zunächst einmal positiv zu bewerten, da ein Großteil der Personen des mittleren Lebensalters ihre Eigenverantwortlichkeit erkannt hat.



Doch gibt es in diesem Punkt auch Unterschiede zwischen den identifizierten Präventionstypen?

Abbildung 6: Eigenverantwortlichkeit differenziert nach Präventionstypen (in %)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass die Verteilung in den unterschiedlichen Typenklassen nicht einheitlich verläuft. Sehr hoch ist die Zustimmung in den ersten drei Typenklassen, also die Typen, die in der Regel auch ein breites Spektrum an Aktivitäten abdecken. Die Zustimmung erreicht Werte von 77 bis 82 Prozent. Dementsprechend niedrig sind die Werte bei der Ablehnung der These der Eigenverantwortlichkeit, die sich zwischen 3 und 5 Prozent bewegen.

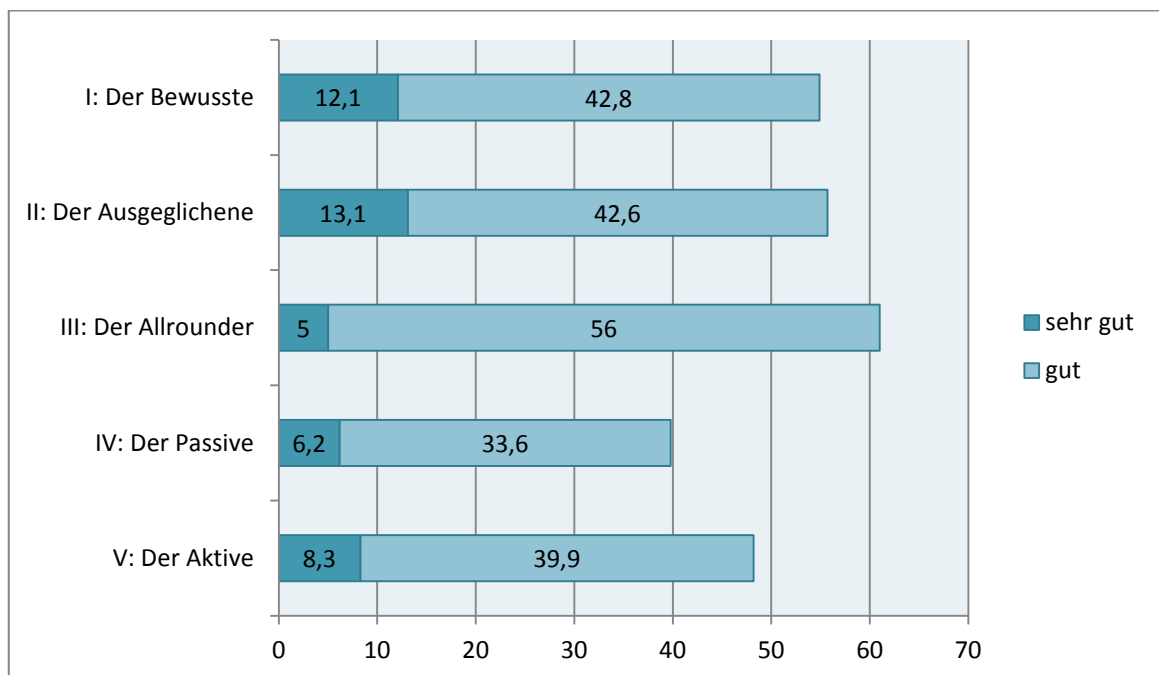
Mit knapp 71 Prozent fällt die Zustimmung bei dem Typ „Der Aktive“ geringer aus, also der Typus, der sich auf Aktivitäten aus dem Bereich der Bewegung konzentriert. Die Ablehnung der Eigenverantwortlichkeit bleibt allerdings mit 3 Prozent auch in dieser Gruppe sehr gering.

Am wenigsten stimmt der Typus IV „Der Passive“ der These zu: Mit 63,1 Prozent Zustimmung liegt der Wert deutlich unter den Werten, die die anderen Typen erreichen. Vergleichsweise hoch fällt zudem der Wert für die Ablehnung aus: Mit fast 10 Prozent liegt der Wert in dieser Gruppe am höchsten.

### Wie wirkt sich Prävention auf den subjektiven Gesundheitszustand aus?

Der subjektive Gesundheitszustand gibt an, wie eine Person ihren eigenen Gesundheitszustand einschätzt. Der objektive Gesundheitszustand hingegen gibt den medizinisch diagnostizierten Gesundheitszustand einer Person wieder und ist im Rahmen einer Telefonbefragung sehr schwer zu erfassen. Daher wurde bei der Untersuchung ein besonderer Fokus auf den subjektiven Gesundheitszustand gelegt. Festzuhalten bleibt dabei, dass dieser nicht einfach den objektiven Gesundheitszustand widerspiegelt. Teilweise ergeben sich sogar erhebliche Unterschiede und im Hinblick auf Mortalität und Langlebigkeit kommt dem subjektiven Empfinden eine spezifische Bedeutung zu (Wurm, Lampert & Menning 2009). So belegen Studien, dass das subjektive Gesundheitserleben die nachfolgende Langlebigkeit und Mortalität besser prognostizieren kann, als der diagnostizierte objektive Gesundheitszustand (DeSalvo et al 2006).

Abbildung 7: Positiver subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Präventionstypen (in %)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Aus der Abbildung ist zu erkennen, dass Personen, die den ersten drei Typen zuzuordnen sind, ihren Gesundheitszustand deutlich besser beurteilen als Personen, die sich in den Typen IV und V wiederfinden. Aus den Gruppen Typ I, II und III bewerten jeweils mehr als die Hälfte ihren Gesundheitszustand als „sehr gut und gut“. Der „Allrounder“ liegt dabei sogar über dem 60-Prozent-Wert. Auffällig an diesem Typus ist allerdings, dass er von allen Typen den

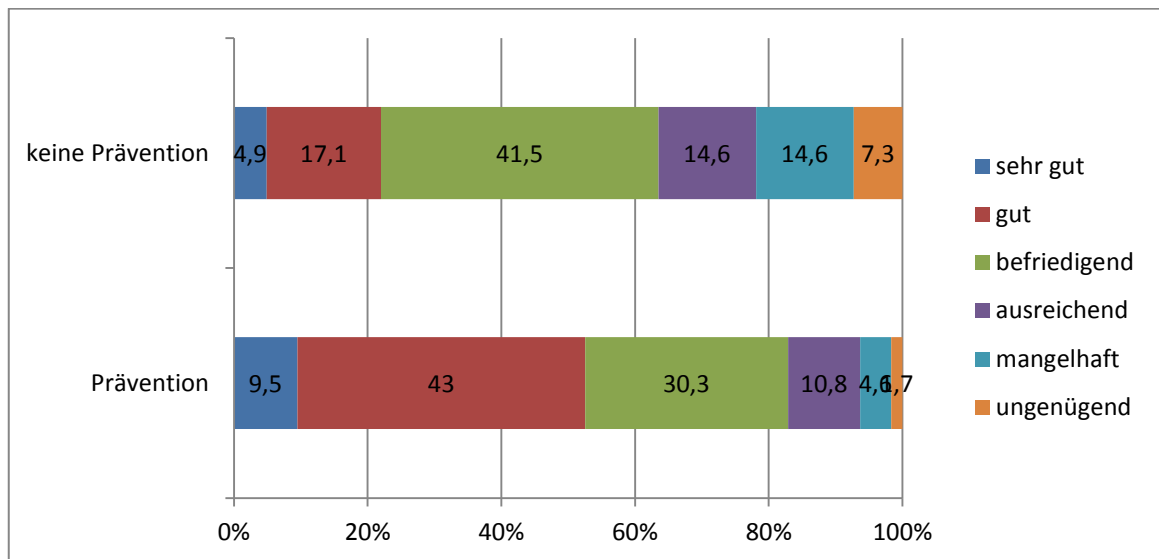
niedrigsten Wert bei der Beurteilung „sehr gut“ erhält. Mit deutlichem Abstand erreicht der Typ allerdings die Spitzenposition in der Bewertung „gut“.

### Im besonderen Fokus - „Der Präventionsverweigerer“

Im Hinblick auf zukünftige Strategien zur Förderung von Angeboten aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ist es von besonderer Wichtigkeit, die Personen zu erreichen, die bislang in diesem Bereich nicht aktiv sind. Daher soll ein besonderes Augenmerk auf die Personen gelegt werden, die in der Befragung angeben haben keine präventive Tätigkeit auszuüben.

Zunächst wird untersucht, ob es einen Unterschied bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes gibt zwischen Personen, die Prävention ausüben und Personen, die keiner präventiven Tätigkeit nachgehen.

Abbildung 8: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Personen, die Prävention ausüben und nicht (in %)



Quelle: Eigene Darstellung IAT

Es besteht ein sichtbarer Unterschied in der Beurteilung des eigenen Gesundheitszustandes zwischen Personen, die präventiven Tätigkeiten nachgehen oder nicht: Während mit 52,5 Prozent über die Hälfte der „Präventionsausüber“ ihren eigenen Gesundheitszustand „sehr gut bis gut“ bewerten, sind es bei den „Präventionsverweigerern“ nur 22 Prozent. Auch bei den Personen, die ihren Gesundheitszustand „mangelhaft bis ungenügend“ bewerten, ergeben sich deutliche Unterschiede: Während es in der Gruppe der „Präventionsausüber“ lediglich 6,3 sind, sind es in der Gruppe der Personen, die keiner präventiven Tätigkeit nachgehen allerdings 21,9 Prozent.

Auch ein Mittelwertvergleich bestätigt einen signifikanten Unterschied: Während Personen, die einer präventiven Tätigkeit nachgehen, ihren Gesundheitszustand im Mittel mit 2,63 beurteilen, bewerten Personen, die keine Prävention ausüben, ihren Gesundheitszustand lediglich mit 3,39. Es kann demnach festgehalten werden: Personen, die mindestens einer präventiven oder gesundheitsfördernden Tätigkeit nachgehen, fühlen sich subjektiv gesundheitlich besser als Personen, die keine Prävention ausüben.

Weitere Auswertungen ergeben, dass sich der Typus des „Präventionsverweigerers“ wie folgt beschreiben lässt:

- Er ist eher männlich: Während der Anteil der Frauen, die keine Prävention ausüben, lediglich 2,5 Prozent beträgt, sind es bei den Männern 6,4 Prozent.
- „Der Präventionsverweigerer“ verfügt eher über ein geringes Einkommen: Während in der Einkommensklasse „4000 Euro und mehr“ nur 3,1 Prozent angeben, keine Prävention auszuüben, ist der Anteil in der unteren Einkommensklasse „unter 1500 Euro“ mit 8,6 Prozent fast dreimal so hoch.
- „Präventionsverweigerer“ lassen sich keiner bestimmten Altersgruppe zuordnen: In allen Altersgruppen ist der Anteil in etwa gleich.
- Das Auftreten des „Präventionsverweigerers“ ist stark bildungsabhängig: Während der Anteil bei Personen mit einfacher Schulbildung bei 6 Prozent liegt, sind es bei Personen mit abgeschlossenem Studium nur 1,4 Prozent.
- Ähnlich verhält es sich auch mit dem Berufsstand: Mit 9,1 Prozent liegt der Anteil der Präventionsverweigerer bei der Gruppe der Arbeiter am höchsten, während Beamte mit 1,8 Prozent den niedrigsten Anteil erreichen.

## Fazit

Die Berechnungen haben gezeigt, dass sich die Gruppe der Personen im mittleren Lebensalter trotz zunehmender Individualisierung anhand ihres Präventionsverhaltens in bestimmte Typen einteilen lässt. Das folgende Schaubild fasst die wesentlichen Aussagen noch einmal zusammen:

Abbildung 9: Präventionstypen und ihre Eigenschaften

Typ I: Der Bewusste	Typ II: Der Ausgeglichene	Typ III: Der Allrounder	Typ IV: Der Passive	Typ V: Der Aktive
<ul style="list-style-type: none"><li>• Meist weiblich</li><li>• Eher höheres Einkommen</li><li>• Eher mittleres Ausgabeverhalten</li><li>• Eher höhere Bildung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Durchschnittliches Einkommen</li><li>• hohe Eigenverantwortung</li><li>• hohes Ausgabeverhalten</li><li>• Höhere Bildung</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eher weiblich</li><li>• Mittlere Bildung</li><li>• fühlt sich subjektiv sehr gesund</li><li>• mittleres Ausgabeverhalten</li><li>• Mittleres bis hohes Einkommen</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Niedrige Bildung</li><li>• bewertet seinen Gesundheitszustand am geringsten</li><li>• gibt relativ wenig aus für Prävention</li><li>• Eigenverantwortung nicht so ausgeprägt</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Meist männlich</li><li>• Meist geringes Einkommen</li><li>• gibt relativ wenig aus für Prävention</li><li>• fühlt sich nicht so gesund wie die Typen I-III</li></ul>

Quelle: Eigene Darstellung IAT

Die Typen unterscheiden sich deutlich in ihren Eigenschaften und Verhaltensweisen. Die Personen, die eher einem ausgewogenen Präventionstyp entsprechen, sind anteilmäßig eher weiblich. Außerdem ist das Präventionsverhalten stark durch das Haushaltseinkommen geprägt: Wer weniger Einkommen hat, beschränkt sich eher auf passives Verhalten oder reduziert Prävention ausschließlich auf den Faktor Bewegung. Bezüglich der Verantwortlichkeiten kann festgehalten werden, dass es deutliche Unterschiede bei der Eigenverantwortung gibt: Diese fällt deutlich höher aus bei ausgewogenem Präventionsverhalten. Die Eigenverantwortung liegt deutlich niedriger bei eher passivem Präventionsverhalten oder Reduzierung auf den Faktor Bewegung. Auffällig ist zudem, dass relativ wenige Personen den Arbeitgeber in der Verantwortung sehen.

Der ausgeglichene Typ gibt im Durchschnitt am meisten Geld für Prävention aus. Dies bedeutet allerdings nicht, dass er sich subjektiv am gesündesten einschätzt. Er erreicht zwar den höchsten Anteilswert bei der Bewertung „sehr gut“. Fasst man die Bewertungen „sehr gut“ und „gut“ zusammen, erreicht der Allrounder die Spitzenposition. Ein hohes Ausgabeverhalten ist somit nicht unbedingt mit einem guten subjektiven Gesundheitsgefühl gleichzusetzen. Es kann allerdings festgehalten werden, dass Personen, die mindestens einer präventiven Tätigkeit nachgehen, sich deutlich gesünder fühlen als Präventionsverweigerer.

Die Untersuchung erhebt nicht den Anspruch, ein vollständiges Bild über das Präventionsverhalten der Personen im mittleren Lebensalter abzugeben. Sie liefert allerdings wichtige Erkenntnisse darüber, dass das Präventionsverhalten deutlich geprägt ist durch die Faktoren Geschlecht und Einkommen. Zudem liefert sie Hinweise darüber, dass das Setting „Arbeitsplatz“ bislang als wenig verantwortlich von der Zielgruppe eingeschätzt wird. Da ein großer Teil der Personen im mittleren Lebensalter allerdings sehr viel Zeit in diesem Setting verbringt, gibt es hier noch unausgeschöpftes Potenzial, Maßnahmen aus den Bereichen der Prävention und Gesundheitsförderung zu implementieren.

#### **Literatur:**

Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) (2003): Prävention und Gesundheitsförderung stärken und ausbauen. Bonn.

DeSalvo, K. B./ Bloser, N./ Reynolds, K./ He, J./ Muntner, P. (2006): Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. In: Journal of General Internal Medicine 21 (3), S. 267 – 275.

Leppin, A. (2009): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. S. 31 – 40, Bern.

Wurm, S./ Lampert, T./ Menning, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit und Krankheit im Alter. S. 79 – 91, Berlin.

**Autor:**

[Peter Enste](#) ist Wissenschaftlicher Mitarbeiter im Forschungsschwerpunkt Gesundheitswirtschaft und Lebensqualität am Institut Arbeit und Technik

Kontakt: [enste@iat.eu](mailto:enste@iat.eu)

**Forschung Aktuell 2011-07**

ISSN 1866 – 0835

Institut Arbeit und Technik der Fachhochschule Gelsenkirchen

Redaktionsschluss: 30.06.2011

[http://www.iat.eu/index.php?article\\_id=91&clang=0](http://www.iat.eu/index.php?article_id=91&clang=0)

**Redaktion**

Claudia Braczko

Tel.: 0209 - 1707 176

Institut Arbeit und Technik

Fax: 0209 - 1707 110

Munscheidstr. 14

E-Mail: [braczko@iat.eu](mailto:braczko@iat.eu)

45886 Gelsenkirchen

IAT im Internet: <http://www.iat.eu>