

Bachelorarbeit zur Erlangung des Grades Bachelor of Science  
an der H:G Hochschule für Gesundheit und Sport, Technik und Kunst  
an der Fakultät Gesundheit, Fachbereich Psychologie  
im Studiengang Psychologie und mentale Gesundheit

# Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsleistungen im Gesundheitsbereich – eine empirische Studie

---

**Erstbetreuer:** Prof. Dr. Katja Kröller  
**Zweitbetreuer:** Herr Michael Räßler-Wolff

Student/in: Carina Neppe  
Matrikelnummer: 24916  
Studiengang: Psychologie B.A.  
Semester: 7

Adresse: Kirchstraße 4  
15370 Fredersdorf

Email: [carina@neppe.com](mailto:carina@neppe.com)  
Telefon: 033439 81292

Abgabe am: 12.02.2016

# Inhalt

Tabellenverzeichnis .....	3
Abbildungsverzeichnis .....	3
Zusammenfassung .....	5
1. Einleitung .....	6
2. Theoretischer Hintergrund .....	8
2.1 Psychologie und Gesundheit.....	8
2.2 Die Persönlichkeit.....	11
2.3 Vorsorgeleistungen .....	14
2.4 Persönlichkeit und Verhalten.....	18
2.5 Ziele und Fragestellungen.....	20
2.6 Hypothesen .....	21
3. Methode.....	26
3.1 Art der Untersuchung.....	26
3.2 Durchführung der Befragung.....	26
3.3 Instrumente zur Erhebung.....	27
3.4 Stichprobe .....	31
4. Ergebnisse .....	32
4.1 Voraussetzungen: Normalverteilung .....	32
4.2 Deskriptive Auswertung der Persönlichkeitsdimensionen .....	33
4.3 Deskriptive Auswertung des Gesundheitsverhaltens.....	39
4.4 Überprüfung der Hypothesen.....	44
5. Diskussion .....	51
5.1 Diskussion der deskriptiven Daten .....	51
5.2 Diskussion der getesteten Hypothesen .....	52
6. Literaturverzeichnis.....	61

Anhang A (Tabellen) .....	65
Anhang B (Fragebogeninstruktion) .....	70
Anhang C (Auszug aus dem FEG – Traditionelles Gesundheitsverhalten) .....	71
Ehrenwörtliche Erklärung.....	72

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 <i>Hauptdimensionen der Persönlichkeit</i> .....	13
Tabelle 2 <i>Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Krankenkassen</i> .....	15
Tabelle 3 <i>Darstellung der Korrelation von Neurotizismus mit dem Gesundheitsverhalten</i> 45	
Tabelle 4 <i>Darstellung der Korrelation von Gewissenhaftigkeit mit dem Gesundheitsverhalten</i> .....	46
Tabelle 5 <i>Darstellung der Korrelation von Extraversion mit dem Gesundheitsverhalten</i> ..	47
Tabelle 6 <i>Darstellung der Korrelation von dem Bedürfnis nach Sicherheit mit dem Gesundheitsverhalten</i> .....	48
Tabelle 7 <i>Darstellung der Korrelation von Verträglichkeit mit dem Gesundheitsverhalten</i> .....	49
Tabelle 8 <i>Darstellung der Korrelation von Offenheit für neue Erfahrungen mit dem Gesundheitsverhalten</i> .....	50
Tabelle 9 <i>Darstellung der Korrelation von Alter mit dem Gesundheitsverhalten</i> .....	51

## Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Neurotizismus.</i> .....	33
<i>Abbildung 2: Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Gewissenhaftigkeit</i> .....	34
<i>Abbildung 3: Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Extraversion.</i> .....	35
<i>Abbildung 4: Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Verträglichkeit.</i> .....	36

<i>Abbildung 5</i> Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Offenheit für neue Erfahrungen. ....	37
<i>Abbildung 6</i> Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Sicherheitsmotiv (Bedürfnis nach Sicherheit). ....	38
<i>Abbildung 7</i> Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für Teilnahme an Vorsorgeleistungen. ....	39
<i>Abbildung 8</i> Darstellung der Ausprägung der Summenwerte der Gesamtstichprobe für die Teilnahme an sportlichen Tätigkeiten zur Prävention. ....	41
<i>Abbildung 9</i> Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe über die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen. ....	42
<i>Abbildung 10</i> Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für die Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen. ....	43

## Zusammenfassung

Die hier vorliegende querschnittliche Untersuchung dient der Überprüfung der Signifikanz der Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen und deren Einfluss auf das Verhalten zur Inanspruchnahme von Vorsorge- und Präventionsleistungen im Gesundheitswesen. Zu diesem Zweck wurde eine Stichprobe von 83 Personen mit einem aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) und dem Big 5 Persönlichkeitstest (B5T) zusammen gestellten Fragebogen erhoben. Dazu wurde der Fragebogen um eigene Fragen ergänzt, die zur Aufklärung der Fragestellung behilflich sein sollen. Mittels einer Korrelationsanalyse konnte gezeigt werden, dass sich schwach signifikante Zusammenhänge finden lassen zwischen Persönlichkeitsmerkmalen wie Neurotizismus, Extraversion, Gewissenhaftigkeit, dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Teilnahmeverhalten an Vorsorge- und Präventionsleistungen sowie einem Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorge- und Präventionsleistungen. Am Ende der Arbeit wird eine kritische Diskussion der Ergebnisse vorgenommen sowie ein kurzer Ausblick gegeben, zu dem die Ergebnisse dieser Untersuchung führen könnten.

## 1. Einleitung

Das deutsche Gesundheitssystem bietet den gesetzlich Versicherten, die mit 70 Millionen Versicherten rund 90 % der Bevölkerung ausmachen (GKV Spitzenverband, 2015), eine Vielzahl an Präventionsleistungen an. Dazu gehören sowohl Leistungen, die von den Krankenkassen übernommen werden als auch Leistungen, die der Versicherte zusätzlich selbst bezahlen kann (deutsches Krebsforschungszentrum, 2012). Nach Erkrankungen des Herz-Kreislaufsystems mit knapp 40% stehen Krebserkrankungen mit etwa 25 % an Platz 2 der Todesfälle in Deutschland im Jahre 2013 (Statistisches Bundesamt 2014). Jedoch ist auch anzumerken, dass das Risiko an Krebs zu versterben von 1999 bis 2008 bei Frauen um 11,3% und bei Männern um 15,4% zurückgegangen ist. Diese Entwicklung ist zum einen auf die Fortschritte in der Krebstherapie, aber auch auf die Krebsfrüherkennung zurückzuführen (Robert Koch Institut 2010). Diesen Rückgang legt auch Schneider (2012) in seiner Studie dar. Er zeigt auf, dass seit der Einführung der gynäkologischen Krebsvorsorge in Deutschland im Jahre 1971 als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung die Häufigkeit von Neuerkrankungen bei den Frauen um 70% gesunken ist. Der Grund dafür lag hierbei in der Erfassung der Vorstufen des Karzinoms und der somit rechtzeitigen Behandlung der Erkrankung (Schneider 2012). Bei Marquardt, Büttner, Broschewitz, Barten und Schneider (2011) findet sich zudem das Ergebnis, dass etwa zwei Drittel der verbleibenden Fälle, die an Krebs erkrankten, auf die Gruppe der Frauen entfielen, die nicht oder nur unzureichend an der Vorsorge teilnahmen. Doch nicht nur im Bereich der Krebsvorsorge werden Präventionsuntersuchungen angeboten. Ebenso finden sich Angebote im zahnmedizinischen Bereich sowie im Bereich der körperlichen Fitness.

Hier wird also deutlich, dass Präventions- und Vorsorgeleistungen in der Vergangenheit einen entscheidenden Beitrag geleistet haben, um die Gesundheit der Menschen in Deutschland zu erhöhen und zu verbessern. Doch noch immer gehen nur sehr wenige Menschen zu Vorsorgeuntersuchungen. So sind es bei den Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei den Frauen 67,2 % und bei den Männern 40,0 % (Starker & Saß, 2013). Besonders bei den Männern ist dies eine erschreckende Zahl. Im Bereich der Präventionsmedizin wird bereits eine Menge Aufklärungsarbeit geleistet, um die Patienten über die Möglichkeiten zur Teilnahme an Präventionsleistungen zu

informieren und zur Teilnahme anzuregen. Die TK bietet zum Beispiel eine Broschüre an, die den Versicherten einen Leitfaden zum besseren Umgang mit Ärzten an die Hand gibt und die es ihnen ermöglichen soll, bessere Entscheidungen für ihre Gesundheit zu treffen (Nebling, 2010). Diese Broschüre kann man auch im Internet herunterladen und hat sie dadurch sofort zur Hand. Das deutsche Gesundheitssystem bietet im Gesetzlich-Versicherten-Sektor demnach ein umfassendes Angebot für Vorsorgeleistungen ihrer Versicherten und zur Verhinderung von den häufigsten Erkrankungen wie Herzinfarkt, Krebs oder Rückenbeschwerden (Zentralinstitut, 2008). Doch woran kann es liegen, dass trotz all dieser Angebote und der umfassenden Information der Patienten nur ein doch recht geringer Prozentsatz an den Angeboten teilnimmt? Zu vermuten wäre hier, dass es zum Teil an der unzureichenden Aufklärung durch die Krankenkassen und die Ärzte liegen könnte. Eine weitere Vermutung, mit der sich die vorliegende Arbeit beschäftigt, sucht die Ursache für die Meidung von Vorsorge- und Präventionsleistungen in der Persönlichkeit des Menschen selbst. Denn das Verhalten eines Menschen wird auch mitbestimmt durch seinen Charakter, seine Persönlichkeit (z.B: Bubich, 2010; Prettner, 2013). Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich nun mit der Frage, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen der Persönlichkeit des Menschen und seinem Verhalten in Bezug auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeleistungen des deutschen Gesundheitssystems. Und sie wird sich im Diskussionsteil damit beschäftigen, wie man dieses Verhalten im Hinblick auf den Charakter und die damit verbundenen Tendenzen an Präventionsleistungen teilzunehmen oder nicht bzw. die Bereitschaft, die Teilnahme zu erhöhen, beeinflussen kann. Ziel der Erhebung ist es also, die Zusammenhänge aufzuzeigen, die zwischen Präventionsleistungen und Charaktereigenschaften bestehen und Rückschlüsse auf die Möglichkeiten zu ziehen, die Patientengruppen, die den Untersuchungen fern bleiben, besser ansprechen zu können. Zu diesem Zweck wird im theoretischen Teil auf die Gesundheitspsychologie eingegangen, um einige grundlegende Begrifflichkeiten zu klären und um aufzuzeigen, dass es einen nachgewiesenen Zusammenhang gibt zwischen Verhalten und Gesundheit. Das Modell der Big Five als Persönlichkeitsmodell wird im Verlauf erläutert, da es die Grundlage der vorliegenden Arbeit bildet und auch die Vorsorgeleistungen im deutschen Gesundheitssystem sollen noch einmal knapp erklärt werden, da hierzu nicht nur die Krebsvorsorge, sondern auch noch eine Reihe anderer Untersuchungen und Verhaltensweisen zählen.

## 2. Theoretischer Hintergrund

### 2.1 Psychologie und Gesundheit

Wie können Krankheiten von vornherein verhindert werden? Dies ist eine von vielen Fragen, mit der sich die Gesundheitspsychologie beschäftigt. Renneberg und Hammelstein geben dazu eine umfassende Definition: „Gesundheitspsychologie ist die Wissenschaft vom Erleben und Verhalten des Menschen im Zusammenhang mit Gesundheit und Krankheit. Dabei stehen vor allem riskante und präventive Verhaltensweisen, psychische und soziale Einflussgrößen sowie deren Wechselwirkungen auf körperliche Erkrankungen und Behinderungen im Mittelpunkt.“ (Renneberg, 2006, S. 3) Es wird in dieser Definition deutlich, dass die Gesundheitspsychologie ein weites Feld darstellt, welches die Möglichkeiten zu vielfältigen Untersuchungen bietet. Um diese Möglichkeiten genauer aufzeigen zu können, sollen im Folgenden jedoch erst einmal weitere Begrifflichkeiten geklärt werden.

Auch der Begriff der Gesundheit muss hier genauer deklariert werden, denn im Laufe der Jahre haben sich viele Definitionen für Gesundheit gefunden. Die wohl bekannteste und am häufigsten zitierte ist die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) im Jahre 1948 aufgestellte: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“

(WHO, 1948, S. 1). Hier wird deutlich, dass Gesundheit als etwas Individuelles verstanden werden muss, die sowohl durch messbare Gegebenheiten definiert wird, aber auch beeinflusst wird vom inneren Gefühlserleben des Menschen oder seiner Einschätzung der momentanen Lebenssituation. Die Gesundheit zu erhalten, sowohl die körperliche als auch die seelische ist die Aufgabe sowohl der Medizin als auch der Psychologie. Zu diesem Zweck gibt es in Deutschland ein umfassendes Angebot an Vorsorge- und Präventionsleistungen, die dafür sorgen sollen, dass Erkrankungen wie Rückenbeschwerden, Karies oder Krebs gar nicht erst entstehen können bzw. früh erkannt werden, um eine möglichst erfolgreiche Behandlung einleiten zu können. Die Folge wäre eine deutlich gesenkte finanzielle Belastung für den Gesundheitssektor. Jedoch gibt es bestimmte Faktoren, die auf die Gesundheit Einfluss nehmen. Dazu gehören u.a. das Gesundheitsverhalten und das Risikoverhalten. Nach Renneberg (2006) ist das Gesundheitsverhalten zu verstehen als jegliches Verhalten, das die Gesundheit fördert und

langfristig erhält sowie Schäden und Einschränkungen unterbindet und die Lebenserwartung verlängert. Hierzu können die in dieser Arbeit im Fokus stehenden Vorsorge- und Präventionsleistungen gezählt werden. Als Risikoverhalten hingegen versteht man alle Verhaltensweisen, die ein Risiko für die Gesundheit darstellen. Dazu zählen unter anderem rauchen, Bewegungsmangel, übermäßig ungesundes Essen, aber auch sexuelles Risikoverhalten (Wirtz, 2014). Hierzu kann man also auch das nicht Aufsuchen von z.B. Krebsvorsorgeuntersuchungen oder das Meiden von sportlicher Betätigung zur Prävention zählen, da diese auch als Verhaltensweisen gewertet werden können, die schließlich einen negativen Effekt auf die Gesundheit haben können. Doch wie hängen nun Gesundheitsverhalten und die Persönlichkeit zusammen? Unsere Persönlichkeit ist ein umfassendes Konstrukt, das zu beschreiben bis heute eine große Aufgabe ist. Und die Persönlichkeit beeinflusst deutlich das Verhalten, welche Entscheidungen getroffen werden und letztendlich auch, welche Verhaltensweisen gezeigt werden und welche nicht. So zeigte Schmid, dass Persönlichkeit signifikanten Einfluss auf das Führungsverhalten hat (Schmid, 2000). Und auch Schorn (2011) konnte signifikante Zusammenhänge aufweisen in Bezug auf den Zusammenhang von Persönlichkeit und das arbeitsbezogene Bewältigungsverhalten. Die Persönlichkeit hat also Einfluss darauf, wie ein Mensch handelt oder wie er Dinge bewertet und einschätzt. In Bezugnahme auf die vorliegende Untersuchung ist also auch davon auszugehen, dass die Persönlichkeit einen Einfluss darauf haben sollte, wie eine Person gesundheitsrelevantes Handeln bewertet und demnach bestimmte gesundheitsbezogene Handlungen zeigt oder unterlässt. Ob sie also Sport treibt, um die Gesundheit zu fördern oder Vorsorgeleistungen meidet, was einem gesundheitsschädigenden Verhalten entsprechen würde. Doch nach welchen Gesetzmäßigkeiten laufen diese Handlungen ab? Es gibt viele Modelle im Bereich der Gesundheitspsychologie, welche versuchen, den Einfluss von Verhalten auf Gesundheit oder Krankheit zu erklären. Das aktuell umfassendste und ganzheitlichste ist das systemische Anforderungs-Ressourcen-Modell von Becker, Bös und Woll (1994, zitiert nach Renneberg, 2006). Hier werden nicht nur externe Anforderungen an den Menschen mit einbezogen, sondern auch die internen Anforderungen, die an einen Menschen gestellt werden und die unweigerlich Einfluss auf ihn haben. Emotionen, die im Menschen entstehen, haben einen Einfluss auf das Verhalten und letztlich die Gesundheit des Menschen, ebenso wie die Anforderungen, die durch die Gesellschaft oder die Familie an ihn gestellt werden. Becker et al. versuchen nun, eben diese Aspekte in ihr Modell mit

einzu beziehen. Nach Renneberg et al. (2006) ist das Anforderungs-Ressourcen Modell den kybernetischen Modellen sehr nahe. Demnach wird das Individuum als ein System betrachtet, in dem eine hierarchische Struktur aus vielen Subsystemen existiert, die gleichzeitig aber auch in übergeordneten Systemen organisiert ist, welche wechselseitig Einfluss aufeinander nehmen. Und aus diesen untergeordneten Systemen wie Familie, Gesellschaft oder Umwelt entstehen für den Menschen immer wieder neue Anforderungen oder Erwartungen, die als Belastung oder als Herausforderung angesehen werden können. Zur Bewältigung dieser Aufgaben sind Ressourcen vonnöten. Diese Ressourcen können nach Renneberg et al. (2006) sowohl interner als auch externer Natur sein. Extern wirkende Faktoren sind hier soziale Unterstützung, Handlungs- und Gestaltungsfreiräume und ein bestimmtes Ausmaß an Kontrolle im Arbeits- oder Familienbereich sowie günstige Umweltbedingungen. Zu diesen Umweltbedingungen kann man in der vorliegenden Arbeit die medizinische Versorgung, also das Angebot der Krankenkassen im sportlichen Bereich und das Angebot der Vorsorgeleistungen zählen. Die internen Ressourcen werden bei Renneberg et al. (2006) als die dem Menschen eigenen Handlungsüberzeugungen, Lebenseinstellungen, aber auch genetische oder erworbene physische Konstitutionen erklärt. Sie lassen sich hier als die Persönlichkeitsmerkmale der Big 5 interpretieren, denn je nach Ausprägung der Persönlichkeit stehen der Person unterschiedliche Handlungsalternativen zur Verfügung. Dieses Modell versucht also vorliegende Lücken zu schließen und sieht den Menschen in einem umfassenden System. Renneberg et al. (2006) zeigen hier, dass sich Gesundheitsförderung, ausgehend von einem systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modell nicht nur auf Bewältigungsverhalten beziehen soll. Sie stellen vielmehr eine aktive Förderung von Gesundheit in den Fokus (Renneberg, 2006). Und diesen Ansatzpunkt verfolgt auch die vorliegende Arbeit. Die umfassenden Programme, die von den Krankenkassen angeboten werden, die Vorsorgeleistungen, die im Gesetzlich-Versicherten-Rahmen übernommen werden, stellen Möglichkeiten dar, präventiv zu arbeiten, Krankheiten also gar nicht erst entstehen zu lassen und somit ggf. sogar eine Umverteilung der finanziellen Möglichkeiten zu erreichen. Denn je mehr Krankheiten verhindert werden oder frühzeitig erkannt und behandelt werden können, desto größer wäre die Ersparnis für die Versicherungen und die Möglichkeiten, mit diesem Geld weiter in präventive Maßnahmen zu investieren. Dennoch bleibt die Frage offen, wieso noch immer nicht ein größerer Prozentsatz der Versicherten erreicht werden kann. Liegt die Ursache in den internen Ressourcen, der Persönlichkeit? Liegt es in der

Einschätzung der Wichtigkeit dieser Vorsorgeleistungen? Diese Frage soll mit dieser Arbeit beantwortet werden. Dazu wird im Folgenden noch einmal auf die Persönlichkeit, hier auf das Fünf-Faktoren-Modell der Persönlichkeit, genauer eingegangen und auch die Leistungen der Krankenkassen sollen noch einmal näher erläutert werden.

## 2.2 Die Persönlichkeit

Die Persönlichkeit ist das, was einen Menschen ausmacht. Asendorpf (2009) definiert Persönlichkeit als die Gesamtheit seiner Persönlichkeitseigenschaften, „die individuellen Besonderheiten in der körperlichen Erscheinung und in Regelmäßigkeiten des Verhaltens und Erlebens“ (Asendorpf, 2009, S. 2). Nach Gerrig und Zimbardo (2008) ist die Persönlichkeit des Menschen zu verstehen als „eine komplexe Menge von einzigartigen psychischen Eigenschaften, welche die für ein Individuum charakteristischen Verhaltensmuster in vielen Situationen und über einen längeren Zeitraum hinweg beeinflusst“ (S. 504). Und auch Herrmann stellt fest „dass die Persönlichkeit ein bei jedem Menschen einzigartiges, relativ überdauerndes und stabiles Verhaltenskorrelat ist“ (Herrmann, 1991, S.25). Laut dieser Definitionen kristallisiert sich heraus, dass die Persönlichkeit ein stabiles, festes Merkmal über einen längeren Zeitraum ist, sich also nicht sprunghaft verändert. Dies bedeutet also, dass Persönlichkeit messbar ist; auch wenn sie sich im Laufe eines Lebenszyklus durchaus verändern und an die Lebensumstände adaptieren kann, so scheint es Korrelate zu geben, die nur schwer veränderlich sind, die also über lange Zeiträume bestehen bleiben. Die Persönlichkeit macht einen Menschen zu dem Individuum, das er ist, sowohl was sein Aussehen anbelangt als auch seinen Charakter, der durch feine Nuancierungen den Facettenreichtum eines jeden Menschen einzigartig macht. Dadurch werden Menschen unterscheidbar. Aus diesem Grund beschäftigten sich viele Forscher mit der Frage, wie man die Persönlichkeit am besten abbilden kann. Die bestehende Typenlehre wurde Anfang des 20. Jahrhunderts durch die von Hans Jürgen Eysenck und Raymond Catell aufgestellten Persönlichkeitsdimensionen abgelöst (Satow, 2012). Eysenck postulierte drei Persönlichkeitsdimensionen, darunter Neurotizismus und Extraversion (Satow, 2012). Der Unterschied der Persönlichkeitsdimensionen, der hier zur Persönlichkeitstypologie besteht, findet sich

darin, dass die Persönlichkeit hier nach ihrer Ausprägung auf einer Skala angegeben werden kann. Im Gegensatz zur Typologie bei der die Menschen in starre Kategorien eingeteilt werden (Satow, 2012). Auch Cattell beschäftigte sich mit der Frage nach der Beschreibung der Persönlichkeit und konnte nach Wirtz (2014) mit Hilfe der Faktorenanalyse und basierend auf dem lexikalischen Ansatz 16 bipolare Faktoren der Persönlichkeit herausarbeiten. Nach dem lexikalischen Ansatz wird davon ausgegangen, dass für wichtige Persönlichkeitsmerkmale ein oder mehrere Wörter in einer Sprache existieren und durch die Faktorenanalyse der Sprache die wichtigsten untereinander nicht miteinander korrelierenden Persönlichkeitsdimensionen gefunden werden können (Amelang, 2001). Diese 16 gefundenen Faktoren bezeichnete Cattell als fundamentale Persönlichkeitsdimensionen oder Grundeigenschaften. Daraus entwickelte sich der 16-Persönlichkeits-Faktoren-Test revidierte Fassung (16 PF-R) zur Messung dieser 16 Dimensionen. Aus diesen Dimensionen extrahierte Cattell 5 Faktoren zweiter Ordnung, die sich zum Teil auch mit den von Eysenck gefundenen Grunddimensionen deckten (Wirtz, 2014). Schließlich führte Goldberg (1981) nach weiteren Analysen den Begriff ‚Big Five‘ ein, auch bekannt als das Fünf-Faktoren-Modell. Es waren nach Fehr (2006) jedoch die amerikanischen Forscher Costa und McCrae, die es Mitte der achtziger Jahre schafften, überzeugend nachzuweisen, dass es diese fünf robusten Faktoren als stabile Grunddimensionen der Persönlichkeit gibt. Sie entwickelten und veröffentlichten schließlich auch das Fünf-Faktoren-Inventar (NEO- Personality Inventory, NEO-PI) zur Messung dieser 5 Dimensionen (Fehr, 2006). Hierbei handelte es sich um die fünf großen Skalen der Persönlichkeit, die besonders weit alle Facetten einer Persönlichkeit erfassen und sie damit vergleichbar machen. Hier liegt nach Gerlitz (2005) die Annahme zugrunde, dass sich Unterschiede in Verhaltens- und Erlebensweisen der Individuen durch die fünf zentralen Persönlichkeitsdimensionen erklären lassen, da sie je nach Person und Persönlichkeit immer unterschiedlich, jedoch zumindest in Personenkreisen der westlichen Kultur immer zu finden sind. Zu diesen fünf zentralen Persönlichkeitsdimensionen gehören Neurotizismus (N), Extraversion (E), Gewissenhaftigkeit (C), Offenheit für neue Erfahrungen (O) und Verträglichkeit (A) (Gerlitz, 2005). Bei den Ausprägungen der einzelnen Eigenschaftsmerkmale handelt es sich um die Verteilungen auf einer Skala, die für sich genommen weder als gut noch als schlecht eingestuft werden können. Die Ausprägung gibt nur Ausschluss darüber, welche Ausprägung die Person auf der Skala erreicht (hohe oder niedrige Ausprägung) (Fehr, 2006). Diese fünf Dimensionen sind in

ihren Ausprägungen also konträr, was in der folgenden Tabelle noch einmal verdeutlicht werden soll.

**Tabelle 1** *Hauptdimensionen der Persönlichkeit*

<b>N</b>	Negative Emotionalität	versus	Belastbarkeit
<b>E</b>	Extraversion	versus	Introversion
<b>O</b>	Offenheit für neue Erfahrungen	versus	Konservatismus, Beharrlichkeit, Tradition,
<b>A</b>	Anpassung, Kooperation, Verträglichkeit	versus	(kompetitive) Konkurrenz, Reaktivität, Antagonismus
<b>C</b>	Gewissenhaftigkeit	versus	Nachlässigkeit, Lockerheit

Quelle: Fehr 2006

Diese Persönlichkeitsmerkmale repräsentieren also individuelle Unterschiede von relativ konsistenten Strukturen im Verhalten und den Gefühlen sowie Gedanken, die als psychologische Konstrukte einen Einfluss auf das Handeln und die Richtung des Handelns haben (Barrick, 1991). Negative Emotionalität, oft auch als Neurotizismus (engl.: Neuroticism) bezeichnet, bezieht sich hierbei nach Asendorpf und Neyer (2012) auf Nervosität, Ängstlichkeit und Gefühlsschwankungen. Extraversion (engl.: Extraversion) bezieht sich auf Geselligkeit, Ungehemmtheit und Aktivität. Offenheit für neue Erfahrungen (engl.: Openess to Experience) steht für intellektuelle Neugier, ein Gefühl für Kunst und Kreativität und korreliert positiv mit Intelligenz und Bildung. Verträglichkeit oder Anpassung (engl.: Agreeableness) steht für Freundlichkeit, Hilfsbereitschaft und Wärme im Umgang mit anderen. Und Gewissenhaftigkeit (engl.: Conscientiousness) zeigt sich durch Ordentlichkeit, Beharrlichkeit und Zuverlässigkeit. Hierbei handelt es sich um die fünf Hauptdimensionen der fünf Faktoren, die sich jedoch nach Ostendorf und Angleitner (2003) noch einmal in jeweils 6 Untergruppen, sogenannte Facetten teilen lassen. Neurotizismus (N) unterteilt sich noch einmal nach Ostendorf und Angleitner (2003) in Ängstlichkeit, Reizbarkeit, Depression, soziale Befangenheit, Impulsivität und Verletzlichkeit. Extraversion (E) setzt sich zusammen aus Herzlichkeit, Geselligkeit, Durchsetzungsfähigkeit, Aktivität, Erlebnishunger und Frohsinn. Offenheit für neue Erfahrungen (O) unterteilt sich in Offenheit für Phantasie, Ästhetik, Gefühle, Handlungen, Ideen und Offenheit des Werte- und Normsystems. Verträglichkeit (A) wird differenziert

in Vertrauen, Freimütigkeit, Altruismus, Entgegenkommen, Bescheidenheit und Gutherzigkeit. Gewissenhaftigkeit (C) zeichnet sich aus durch Kompetenz, Ordnungsliebe, Pflichtbewusstsein, Leistungsstreben, Selbstdisziplin und Besonnenheit. Es wird also deutlich, dass die fünf großen Hauptdimensionen sehr differenziert die verschiedenen Facetten der Persönlichkeit erfassen. Zur Messung dieser Merkmale gibt es verschiedene Messinstrumente. Unter anderem das Neo-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae in der revidierten Fassung (NEO-PI-R) (2003, Ostendorf et al.) und den Big-Five-Persönlichkeitstest (B5T) von Satow (2012). Aufgrund der Kürze und seiner Kompaktheit sowie der Messung von drei Grundmotiven, die nicht auf die Big 5 zurückzuführen sind, wird in der vorliegenden Arbeit der B5T verwendet und unter Punkt 3.3.1 genauer erläutert.

## 2.3 Vorsorgeleistungen

Als was wird Prävention heute verstanden? Bei Renneberg und Hammelstein (2006) findet sich dazu eine Erläuterung. Demnach ist Prävention im gesundheitspsychologischen Kontext als Maßnahme zu verstehen, mit deren Hilfe Krankheiten verbessert oder verhindert werden sollen. Dabei sind diese Maßnahmen immer an bestimmte Zielgruppen gebunden. Des Weiteren wird die Prävention unterteilt in primäre, sekundäre und tertiäre Prävention (Hafen, 2002). Bei der primären Prävention geht es um die Vermeidung von Neuerkrankungen, die sekundäre Prävention richtet sich gegen das Fortschreiten oder Chronifizieren einer bereits aufgetretenen Krankheit und die tertiäre Prävention soll Schäden und Folgen bei bereits bestehender Krankheit minimieren (Hafen, 2002). Diese Unterteilung geht auf den Psychiater Caplan zurück, der diese Einteilung hinsichtlich des Interventionszeitpunktes einführte. In der vorliegenden Arbeit soll es vorrangig um die primäre Prävention gehen. Ein großer Teil dieser Prävention erstreckt sich auf die Krebsfrüherkennung, welche wohl auch die bekanntesten Präventionsleistungen darstellen. Hierzu gehören die von den Krankenkassen übernommenen Untersuchungen der Hautkrebsfrüherkennung, der Darmkrebs-, Brustkrebs-, Prostatakrebsfrüherkennung und der Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs, die ab einem bestimmten Alter und je nach Geschlecht übernommen werden (siehe Tabelle 1) (2015, Gemeinsamer Bundesausschuss).

**Tabelle 2** Krebsfrüherkennungsuntersuchungen der Krankenkassen

<b>Vorsorgeuntersuchung</b>	<b>Alter in Jahren</b>	<b>Geschlecht</b>
Hautkrebs-Screening	ab 35	Frauen und Männer
Früherkennung von Brustkrebs (Tastuntersuchung)	ab 30	Frauen
Früherkennung von Brustkrebs (Mammographie)	von 50 -69	Frauen
Früherkennung von Gebärmutterhalskrebs	ab 20	Frauen
Früherkennung von Prostatakrebs	ab 45	Männer
Früherkennung von Darmkrebs (Dickdarm- und Rektumuntersuchung)	von 50-54	Frauen und Männer
Früherkennung von Darmkrebs (Darmspiegelung)	ab 55	Frauen und Männer

Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss 2015

Aber an dieser Stelle hört das Präventionsangebot der Krankenkassen nicht auf. Es erstreckt sich weiterhin auf die so genannte „Check-up“ Untersuchung, die ab dem Alter von 35 Jahren für Frauen und Männer alle 2 Jahre übernommen wird und insbesondere der Früherkennung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen wie Diabetes Mellitus oder Nierenerkrankungen dienen soll (2015, Bundesministerium für Gesundheit). Auch im Bereich der zahnmedizinischen Vorsorgeleistungen gibt es ein engmaschiges Kontrollangebot, welches durch die gesetzlichen Krankenversicherungen in bestimmten Abständen voll übernommen wird. Auf der Internetseite der Techniker Krankenkasse (2015) findet sich dazu eine Aufstellung. Danach gehört dazu die reguläre zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung, welche der Versicherte einmal pro Kalenderhalbjahr durchführen lassen kann. Zwischen den einzelnen Untersuchungen müssen mindestens vier Monate Abstand liegen. Hierzu gehört dann die Sichtung und Betastung des Kopf- und Gesichtsbereiches, das Abklopfen der Zähne sowie die Sondierung zur Parodontal- und Kariesdiagnostik. Zusätzlich kann alle zwei Jahre ein Parodontaler-Screening-Index (PSI) erhoben werden, der dazu dient, einen orientierenden Überblick über das eventuelle Vorliegen einer parodontalen Erkrankung zu geben. Zusätzlich gibt es für alle gesetzlich Versicherten die Möglichkeit ein Bonusheft zu führen, so dass kostenpflichtige zahnärztliche Leistungen zu einem bestimmten Prozentsatz von der Krankenkasse übernommen werden (TK, 2015).

Des Weiteren finden sich Präventionsuntersuchungen im Bereich der Schwangerschaftsvorsorge und der Kinder- und Jugenduntersuchungen (2015, Bundesministerium für Gesundheit), doch diese liegen nicht im Interesse der vorliegenden Untersuchung und werden deswegen nicht weiter ausgeführt.

Zu den Vorsorgeleistungen zählen jedoch nicht nur die eben aufgeführten Untersuchungen, sondern auch Verhaltensweisen oder Angebote, die von den Krankenkassen befürwortet und unterstützt werden, da sie dazu beitragen, die Auftretenswahrscheinlichkeit von bestimmten Erkrankungen zu verringern. Aus diesem Grund wird nach Hurrelmann, Klotz und Haisch (2007) unterschieden in Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. Denn beide Formen stellen trotz gemeinsamen Ziels unterschiedliche Interventionsformen mit verschiedenartigen Wirkprinzipien dar. Es lassen sich also die ärztlichen Leistungen der Krankheitsprävention zuordnen und die zusätzlichen Leistungen der Krankenkassen der Gesundheitsförderung. Laut Hurrelmann wird deutlich, dass sich beide Interventionsformen am gleichen Ziel orientieren. Beide wollen einen Gesundheitsgewinn erzielen, jedoch auf unterschiedliche Weise. Krankheitsprävention setzt in diesem Kontext auf das Zurückdrängen von Krankheit. Dieser historisch ältere Begriff entwickelte sich in der Sozialmedizin des 19. Jahrhunderts aus der Debatte um soziale Hygiene und Volksgesundheit. Hiernach wurden unter den Begriffen Vorbeugung, Vorsorge, Prophylaxe oder Prävention alle Ansätze zusammengefasst, die eine Vermeidung des Auftretens von Krankheiten und dadurch letztlich auch ihrer Verbreitung zum Ziel hatten (Hurrelmann et al., 2007). Die Gesundheitsförderung setzt auf das Stärken von Gesundheitsressourcen. Dieser Begriff ist erheblich jünger, er entwickelte sich aus den gesundheitspolitischen Debatten der Weltgesundheitsorganisation (WHO), in welche auch ökonomische, politische, kulturelle und soziale Themen mit einfließen. Der Begriff Gesundheitsförderung kann also als eine Folge der Definition von Gesundheit nach der WHO angesehen werden (Hurrelmann et al., 2007). Vor diesem Kontext richtet sich die Prävention vor allem an Risikofaktoren und die Gesundheitsförderung an Schutzfaktoren, die die Gesundheit erhalten sollen. Laut Hurrelmann et al. (2007) vor allem durch die Verbesserung von Lebensbedingungen, die schließlich zu einer Stärkung der gesundheitlichen Entfaltungsmöglichkeiten dienen sollen. Beide Interventionsformen verfolgen also das gleiche Ziel, jedoch kann je nach Sachlage eher die eine als auch die andere zielführend sein. Hurrelmann et al. (2007) merken aber auch an, dass eine scharfe Abgrenzung der beiden Formen voneinander nicht hilfreich ist und eher kontraproduktiv

wirken kann. Das zeigt sich auch in der Entwicklung der Möglichkeiten in der Medizin und der Angebote der Krankenkassen. Nicht nur die Präventionsleistungen werden gefördert, inzwischen gibt es auch andere, gesundheitsfördernde Angebote durch die gesetzlichen Krankenkassen. Die TK gibt an, innerhalb eines Kalenderjahres zwei anerkannte Kurse zu fördern. Dazu gehören Kurse aus den Bereichen Bewegung, Ernährung, Stressbewältigung und Entspannung sowie Suchtprävention. Dabei werden dann die Kosten zu 80% übernommen, mit einer Maximalerstattungshöhe von 75 Euro pro Kurs (2015, Techniker Krankenkasse). Diese Regelung ist bereits im Gesetzestext im § 20 SGB V (Sozialgesetzbuch) verankert; es besteht demnach ein Recht für jeden gesetzlich Versicherten der Bundesrepublik Deutschland an einem solchen in Gruppen stattfindenden Kurs teilzunehmen (Stemper, 2014). Jedoch spielt der Sektor der Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung in den meisten westlichen Ländern noch eine untergeordnete Rolle (Klotz, Haisch & Hurrelmann, 2006). Aktuell richtet sich das Hauptaugenmerk der Versorgungssysteme auf die Heilung von bereits bestehenden Krankheiten was wiederum einen hohen Ressourcenverbrauch nach sich zieht. Ebenfalls wird so laut Klotz et al. (2006) die Eigenverantwortung der Patienten eher geschwächt. Jedoch könnte die bessere Integration von Präventions- und Gesundheitsförderung in das bestehende System die Effizienz der Gesundheitsversorgung deutlich erhöhen. Durch eine bessere Ernährung, mehr Bewegung, Tabakabstinenz und die Vermeidung von Übergewicht kann das Risiko für Tumorerkrankungen oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkrankungen der Atemwege, Verdauungsorgane und des Muskel-Skelett-Systems deutlich reduziert werden. Klotz et al. (2006) weisen auch darauf hin, dass der Aufbau von qualitativ gesicherten Präventionsprogrammen gegen die wichtigsten Volkskrankheiten die Chance bietet, das hohe Versorgungsniveau des deutschen Gesundheitssystems zu erhalten und langfristig die Finanzierbarkeit zu gewährleisten. Da dies jedoch auch immer auf politischer Ebene entschieden werden muss, wäre es sinnvoll, zunächst die Teilnahme an den bestehenden Programmen zu erhöhen und zu ergründen, woher Unterschiede der Inanspruchnahme zu finden sind. Programme zu Prävention könnten, sofern es einen Zusammenhang mit der Persönlichkeit gibt, besser auf die Teilnehmer zugeschnitten werden und auch im Bereich der Werbung könnten dann bessere Maßnahmen ergriffen werden, um die Personengruppen anzusprechen, die zum jetzigen Zeitpunkt den umfassenden Angeboten fernbleiben.

## 2.4 Persönlichkeit und Verhalten

Doch wie hängen nun Persönlichkeit und Gesundheit bzw. das Gesundheitsverhalten zusammen? Es gibt hier nach Maas und Spinath (2012) vier verschiedene Mechanismen, die zur Erklärung vorgeschlagen werden. Im Folgenden sollen diese kurz erläutert werden. Persönlichkeitsmerkmale sind nach Maas und Spinath (2012) mit Verhaltensweisen wie Sport oder Essverhalten assoziiert und diese können wiederum einen Einfluss nehmen auf Persönlichkeit und Gesundheit (Health Behavior Modell). So weisen Bogg und Roberts (2004) einen Zusammenhang nach, den Gewissenhaftigkeit positiv auf das Verhalten ausübt und demzufolge auch positiven Einfluss auf die Gesundheit hat. Ein weiterer Mechanismus, den Maas und Spinath aufführen, ist der direkte Einfluss, den Persönlichkeit über physiologische Mechanismen auf Gesundheit ausübt. Dabei geht es vor allem um Persönlichkeitsmerkmale, die aggressives oder cholerasches Verhalten beeinflussen und welche dann zu arteriellen Schäden führen können, welche wiederum zu koronaren Herzerkrankungen führen können. Sie zeigen auf, dass eine Änderung der Persönlichkeit also, sofern noch keine organischen Schäden eingetreten sind, auch zu einer Senkung des Risikos führen würden, eine solche Krankheit zu entwickeln (Maas und Spinath, 2012). Die Frage, die an dieser Stelle auftritt, ist, wie gut und mit welchem Ausmaß sich die relativ festen und zeitlich überdauernden Konstrukte der Persönlichkeit verändern lassen. Der dritte Mechanismus, der von Maas und Spinath zum Zusammenhang zwischen Gesundheit und Persönlichkeit postuliert wird, bezieht sich auf eine zugrunde liegende biologische Drittvariable. Demnach trägt eine biologische Prädisposition sowohl zur Entwicklung bestimmter Persönlichkeitsausprägungen als auch zu bestimmten Erkrankungen bei. Als vierte Möglichkeit nennen Maas und Spinath (2012), dass Persönlichkeitsveränderungen auch aufgrund von durchlaufenen oder noch anhaltenden Erkrankungen auftreten können. Sie nehmen hier Bezug auf die Untersuchungen von Dunkel-Schetter und Wortmann (1979), die zeigen, dass Patienten mit Krebserkrankungen im Verlauf häufig ängstlicher werden oder sogar Depressionen entwickeln. Es wird also deutlich, dass es viele Ansätze gibt, die das Zusammenspiel von Persönlichkeit und Gesundheit in Zusammenhang zu bringen versuchen, doch Maas und Spinath merken ebenfalls an, dass der Vergleich von vorliegenden Studien mitunter erschwert wird durch die unterschiedlich eingesetzten Erhebungsinstrumente, die zur Erhebung der Persönlichkeit verwendet wurden.

Nach Smith (2006) ist das Fünf-Faktoren-Modell (FFM) am besten dazu geeignet zu beschreiben, welche Persönlichkeitsmerkmale einen Einfluss auf die Gesundheit haben.

Doch lassen sich diese Mechanismen auch auf das Gesundheitsverhalten, insbesondere in den Bereich der Präventionsmaßnahmen, übertragen? Kann auch bei einem hohen Grad an Gewissenhaftigkeit, wie er im Big5-Modell postuliert wird, davon ausgegangen werden, dass dem auch ein hohes Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen folgt? Denn bei Bogg und Roberts (2004) findet sich der Zusammenhang, dass sich Gewissenhaftigkeit positiv auf die Gesundheit auswirkt, sie zum Beispiel Prädiktor für ein langes Leben ist. Sie finden auch heraus, dass ein positiver Zusammenhang besteht zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Gesundheitsverhalten, Rückschlüsse auf das Präventionsverhalten werden aber nicht gezogen (Bogg & Roberts, 2004). Bei Korotkov und Hannah (2004) findet sich weiterhin der Zusammenhang, dass Neurotizismus einen negativen Zusammenhang mit Gesundheit aufwies, dass also Personen mit einem hohen Wert auf der Neurotizismus-Skala eine schlechtere Gesundheit aufwiesen, wohingegen Offenheit, Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Extraversion positiv mit Gesundheit korrelierten.

Auch bei Amelang und Schmidt-Rathjens (2003) finden sich Ergebnisse, die Zusammenhänge aufzeigen zwischen Persönlichkeitsvariablen und z.B. dem Auftreten von koronaren Herzerkrankungen oder Magenerkrankungen. Schlaganfall oder Diabetes waren hingegen deutlich weniger durch Zusammenhänge mit der Persönlichkeit erklärbar. Sie diskutieren aber auch, dass die gefundenen Zusammenhänge nur als gering zu bewerten seien. Was ebenfalls bereits untersucht und auch nachgewiesen wurde, ist der Unterschied in den Geschlechtern was das Aufsuchen von Präventionsleistungen angeht. So zeigt Sieverding (2000), dass besonders Männer ein ausgeprägtes Risikoverhalten an den Tag legen. Sie zeigen deutlich häufiger riskantes Verhalten wie Rauchen, erhöhten Alkoholkonsum, Konsum illegaler Drogen, riskantes Autofahren und riskante Sportarten. Hingegen nehmen Frauen deutlich häufiger an präventiven Gesundheitsverhalten wie die generelle Inanspruchnahme von medizinischer Hilfe oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung teil. Lediglich bei sportlichen Aktivitäten, die präventiven Charakter haben, findet sich hier die Beobachtung, dass häufig mehr Männer als Frauen diesen Tätigkeiten nachgehen. Die Frage, die sich jedoch hier stellt, ist tatsächlich die, ob diese Unterschiede in dem Geschlecht zu suchen sind oder doch in den Persönlichkeitseigenschaften, die durch Rollenbilder und gesellschaftliche Einflüsse in der

heutigen Zeit geprägt und geformt werden und so Einfluss auf das Verhalten nehmen, welches letztlich die Unterschiede zwischen Frauen und Männern bedingt.

Mit diesen Fragen beschäftigt sich die vorliegende Untersuchung, um diese Zusammenhänge zu überprüfen und eventuell auch Zusammenhängen mit den anderen Persönlichkeitsmerkmalen, die sich im Big5-Modell finden, zu überprüfen.

## 2.5 Ziele und Fragestellungen

Wie also gezeigt wird deutlich, dass es einen erwiesenen Zusammenhang gibt zwischen der Persönlichkeit und dem daraus resultierenden Verhalten sowie der Prävalenz für bestimmte Erkrankungen. Bei der Recherche zu dieser Arbeit wurde jedoch deutlich, dass es noch keine weitergehenden Untersuchungen gibt zum Einfluss der Persönlichkeit auf das Verhalten im präventiven Gesundheitssektor. Zwar lassen sich nach Schneider (2006) Zusammenhänge zwischen spezifischen Merkmalen der Persönlichkeit und der Gesundheit grundsätzlich empirisch belegen, jedoch wird nicht deutlich, ob es einen direkten Einfluss der Persönlichkeit, insbesondere der differenzierten Persönlichkeitskorrelate wie Neurotizismus oder Offenheit für neue Erfahrungen auf das Verhalten im Bezug auf die Vorsorgeleistungsinanspruchnahme gibt. Schneider (2006) merkt auch an, dass bisher solche Forschungsansätze nur wenig verfolgt worden sind. Diese Feststellung konnte im Zuge der Recherchen zu der vorliegenden Arbeit bestätigt werden. Aus dieser Lücke entwickelte sich auch die Fragestellung zu der vorliegenden Arbeit.

## 2.6 Hypothesen

### 2.6.1 Haupthypothese

H0: Es besteht kein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit (Big Five) und dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen.

H1: Es besteht ein Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit (Big Five) und dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen.

Da diese Hypothese jedoch sehr allgemein gefasst ist, sollen im Folgenden die Hypothesen noch differenzierter ausgeführt und schließlich auch danach untersucht werden. Da bereits Ergebnisse zu dem Zusammenhang zwischen Neurotizismus (N) sowie Gewissenhaftigkeit (C) mit Gesundheit vorliegen, werden für diese zwei Merkmale gerichtete Hypothesen erstellt. Für die Merkmale Extraversion (E) und dem Sicherheitsmotiv (SM) werden aufgrund der Beschreibungen der Skalen der Big Five ebenfalls gerichtete Hypothesen aufgestellt. Für die Merkmale der Offenheit (O) und Verträglichkeit (A) werden hingegen ungerichtete Hypothesen formuliert. Zusätzlich werden Nebenhypothesen bezüglich der soziodemografischen Daten formuliert.

#### Hypothesen zu Neurotizismus (N):

H0a: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeleistungen.

H1a: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeleistungen.

Da hoch neurotische Personen nach Satow (2012) als ängstlich und nervös eingestuft werden, wird hier von einem positiven Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Verhalten angenommen. Neurotizismus sorgt in diesem Fall nicht für eine erhöhte Anfälligkeit für z.B. depressive Störungen und eine dadurch schlechtere Gesundheit, sondern zu einem hohen Aufsuchen von Vorsorgeleistungen.

H0b: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

Hier ist mit einem ähnlichen Resultat zu rechnen. Neurotische Personen schätzen die Vorsorgeleistungen als eher wichtig ein, um Erkrankungen vorzubeugen.

H0c: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H1c: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

Auch hier ist davon auszugehen, dass hoch neurotische und dadurch ängstliche Persönlichkeiten auch über das von den Kassen hinaus übernommene Maß Vorsorgeleistungen in Anspruch nehmen, um Erkrankungen auszuschließen.

H0d: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

H1d: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen Neurotizismus und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

#### Hypothesen zu Gewissenhaftigkeit (C):

H0a: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen.

H1a: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen.

H0b: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

H0c: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H1c: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H0d: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

H1d: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

#### Hypothesen zu Extraversion (E):

H0a: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H1a: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H0b: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und der Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen.

H0c: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H1c: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H0d: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

H1d: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen Extraversion und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

### Hypothesen zum Sicherheitsmotiv (SM):

H0a: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H1a: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H0b: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H0c: Es besteht kein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H1c: Es besteht ein positiver Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H0d: Es besteht kein negativer Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

H1d: Es besteht ein negativer Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

### Ungerichtete Hypothesen zu Verträglichkeit (A):

H0a: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H1a: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H0b: Es besteht kein Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

Ungerichtete Hypothesen zu Offenheit für neue Erfahrungen (O):

H0a: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrungen und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H1a: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrungen und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen.

H0b: Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrungen und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H1b: Es gibt einen Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrungen und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

Ungerichtete Nebenhypothesen:

H0a: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeleistungen.

H1a: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeleistungen.

H0b: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H1b: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

H0c: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H1c: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nutzen von Vorsorgeleistungen, die von der Krankenkasse nicht übernommen werden.

H0d: Es besteht kein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

H1d: Es besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und dem Nutzen von sportlichen Aktivitäten zur Prävention.

### **3. Methode**

#### **3.1 Art der Untersuchung**

Zur Erhebung der Daten dieser querschnittlichen Studie wurde ein Fragebogenverfahren gewählt, welches sowohl online über das Portal Facebook als auch über eine normale Pen-to-Paper-Befragung erhoben wurde. Der Fragebogen, der zur Erhebung verwendet wurde, wurde aus dem B5P, dem FEG und einigen soziodemografischen Variablen sowie eigenen ergänzenden Fragen erstellt. Die Fragebogeninventare blieben dabei unverändert und wurden original übernommen. Es handelt sich bei dieser Untersuchung um ein korrelatives Design, da hier Zusammenhänge untersucht werden sollen zwischen den Persönlichkeitsvariablen aus dem B5T und deren Zusammenhang mit Variablen (hier insbesondere das Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen) aus dem FEG.

#### **3.2 Durchführung der Befragung**

Die Erhebung der Daten fand im Zeitraum von Mitte Oktober 2015 bis Ende Dezember 2015 statt. Es wurde eine Stichprobengröße von mindestens 80 erhobenen Fragebögen angestrebt, um auch bei auszuschließenden Fragebögen aufgrund fehlender Werte eine genügend große Stichprobe zur Verfügung zu haben. Für die Durchführung des Fragebogens wurde nach einem Testdurchlauf eine Dauer von ca. 10 Minuten angegeben. Die Rekrutierung der befragten Personen der Pen-to-Paper-Version erfolgte über ein Schneeballverfahren im Freundes- und Bekanntenkreis sowie über die Verteilung in Briefkästen in einem Mietshaus in Berlin Lichtenberg mit der Bitte um Rückgabe in einen bestimmten Briefkasten. Des Weiteren wurde der Fragebogen auf der Internetplattform Facebook eingestellt. Die Rücklaufquote war bei der Pen-to-Paper-Version deutlich höher als die über das Internet.

### 3.3 Instrumente zur Erhebung

Zur Erhebung der Stichprobe wurden der Big-Five-Persönlichkeitstest (B5T) von Satow (2012) und der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) von Dlugosch und Krieger (1995) verwendet, welche im Folgenden genauer beschrieben werden. Diesen Fragebögen wurde die Abfrage von einigen soziodemografische Daten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Kinder) sowie die Instruktionen vorangestellt. Die Instruktion findet sich im Anhang B.

#### 3.3.1 B5T (Big-Five-Persönlichkeitstest)

Der Big-Five-Persönlichkeitstest (B5T) von Dr. Satow konnte kostenlos auf der Seite des elektronischen Testarchivs des Leibniz-Zentrums für psychologische Informationen und Dokumentationen (ZPID) erworben werden. Die dort befindlichen Inventare stehen unter dem Recht des Creative Commons und sind zu nicht kommerziellen Zwecken frei nutzbar. Die Entscheidung fiel auf dieses Inventar, da es bereits in einigen Studien zur Vorhersage des Gesundheitsstatus verwendet wurde (z.B. Korotkov & Hannah, 2004) und zudem an einer großen Stichprobe validiert wurde (N=5520). Außerdem ist der Test sehr kompakt und im Testmanual wird die Bearbeitungsdauer für die Probanden bei Verwendung aller Skalen mit maximal 20 Minuten angegeben. Des Weiteren ist es möglich, Skalen, die für die vorliegende Untersuchung nicht relevant sind, auszuschließen und nur die Skalen zu verwenden, die von Bedeutung sind. Aus diesem Grund wurden die Bedürfnis-Skalen ‚Bedürfnis nach Anerkennung und Leistung‘ und ‚Bedürfnis nach Einfluss und Macht‘ nicht in den Test mit aufgenommen, da sie zur Klärung der Fragestellungen nicht relevant sind. Zur Auswertung des Tests und zur richtigen Interpretation der Ergebnisse war das Testmanual nötig, welches auf Nachfrage für diese Bachelorarbeit lizenzfrei erhalten werden konnte. Ein interessanter Bestandteil des B5T ist die Skala für Ehrlichkeit, welche solche Probanden aussortiert, die die Tendenz zeigen, sich möglichst positiv darzustellen. So können Probanden, die ihre Antworten verfälschen bereits vor der Auswertung aussortiert werden. Zu diesem Zweck gibt es vier Fragen zur Erfassung der Ehrlichkeit. Eine Frage ist „Ich habe schon mal etwas unterschlagen oder nicht gleich zurück gegeben.“ Die Beantwortung dieser Fragen erfolgt im gesamten Fragebogen über eine vierstufige Likert-Skala mit der Ausprägung von „trifft gar nicht zu“ bis hin zu „trifft genau zu.“ was

den Vorteil mit sich bringt, dass es bei der Beantwortung der Fragen keine „neutrale“ mittlere Kategorie gibt. Die Reliabilität der Ehrlichkeitsskala wird in der Test- und Skalendokumentation mit Cronbachs Alpha  $\alpha = .66$  angegeben, was laut Satow (2012) aufgrund von nur 4 Items als gut angesehen werden kann. Personen, die schließlich zur positiven Selbstdarstellung neigen, erzielen in der Auswertung des Tests im Summenscore der Skala „Ehrlichkeit bei der Beantwortung der Fragen“ einen auffallend geringen Wert. Laut Satow sind Personen mit einem Summenscore von  $<6$  als solche zu erkennen, die eine deutliche Täuschungsabsicht haben und sollten mit Vorsicht ausgewertet oder gar aus der Auswertung entfernt werden. Die weiteren in der vorliegenden Arbeit verwendeten Skalen sind die Skala für Neurotizismus, welche einen Wert für Cronbachs Alpha von  $\alpha = .90$  erreicht, was als hoch reliabel gilt. Erfasst wird diese Skala, wie auch die anderen vier Persönlichkeitsdimensionen über 10 Items, welche zum Teil durch negativ gepolte Items erfasst werden. Die Beantwortung der Fragen erfolgt auch hier wie bei der Ehrlichkeitsskala im Selbsteinschätzungsverfahren über eine vierstufige Likertskala. Die Skala für Extraversion (E) weist einen Wert von Cronbachs Alpha  $\alpha = .87$  was ebenfalls als sehr reliabel gilt. Hier finden sich auch zwei negativ gepolte Items („Im Grunde bin ich oft lieber für mich allein.“ und „Ich bin ein Einzelgänger.“). Diese müssen in der Auswertung dann umgepolt werden. Die Skala für Gewissenhaftigkeit (C) erreichte für Cronbachs Alpha  $\alpha = .77$  eine immer noch gute Reliabilität. Der Wert für Cronbachs Alpha liegt bei der Skala für Offenheit (O) bei  $\alpha = .76$ , was ebenfalls immer noch als gut reliabel angesehen werden kann. Hier findet sich wieder ein negativ gepoltes Item („Am liebsten ist es mir, wenn alles so bleibt, wie es ist.“). Die fünfte Skala des B5T ist die Verträglichkeit (A). Sie weist einen Wert für Cronbachs Alpha von  $\alpha = .76$  auf, was wie bei der Offenheit noch als gut reliabel angesehen werden kann. Auch hier finden sich wieder zwei negativ gepolte Items, welche bei der Auswertung Beachtung finden müssen. („Ich habe immer wieder Streit mit anderen.“ und „Ich bin ein Egoist.“). In dem Fragebogen von Satow finden sich neben den fünf Skalen für die Big Five auch noch drei weitere Skalen für die Erfassung von Grundmotiven. In der vorliegenden Studie wurde jedoch nur die Skala „Bedürfnis nach Sicherheit und Ruhe“ (Sicherheitsmotiv, SM) mit aufgenommen. Diese Skala erschien interessant, weil sie einen Aufschluss darüber geben kann, ob das Inanspruchnahmeverhalten von Präventionsleistungen tatsächlich in der Persönlichkeit begründet liegt oder der Antrieb eher aus einem solchen Sicherheitsmotiv motiviert ist. Cronbachs Alpha wird für diese Skala mit  $\alpha = .84$  angegeben, was als sehr

reliabel interpretiert werden kann. Dieses Item wird im Gegensatz zu den fünf Persönlichkeitsmerkmalen mit 6 anstatt mit 10 Items erfasst. So ergibt sich nach der Anpassung des Fragebogens von Satow ein Inventar von 60 Fragen-Items und einer dadurch ebenfalls verkürzten Bearbeitungsdauer für die teilnehmenden Probanden, was neben der Kompaktheit des Tests ein weiterer positiver Aspekt dieses Fragebogeninventars ist. Mittels einer Faktorenanalyse konnte Satow die fünf Faktoren der Big 5 eindeutig als solche identifizieren. Und auch bei den Bedürfnisskalen wiederholt sich dieses Bild. Somit findet sich im B5T ein sehr gutes und vor allem kompaktes Inventar zur Erhebung der Stichprobe der vorliegenden Studie.

### **3.3.2 FEG (Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens)**

Um einen Vergleich zum Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeleistungen anstellen zu können, war ein weiterer Fragebogen für die vorliegende Arbeit nötig. Der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) schien hier die richtige Wahl, da wie schon beim B5T die Skalen einzeln verwendet werden können. Der Fragebogen ist nicht frei erhältlich, wurde aber für diese Bachelor-Arbeit freundlicherweise von Frau Dr. Dlugosch zur Verfügung gestellt. Der Fragebogen wurde im Jahre 1995 von Dlugosch und Krieger für den Einsatz in der Gesundheitspsychologie entwickelt. Ziel dieses Fragebogens ist dabei nicht die gesamte Bandbreite gesundheitsrelevanter Faktoren zu dokumentieren, sondern eine überblicksartige Erfassung in ausgewählten Bereichen zu geben (Dlugosch und Krieger, 1995). Der FEG besteht insgesamt aus 8 Skalen. Dazu gehören die Skalen Ernährung, Bewegung, Alkohol, Rauchen, Medikamente, Schlaf, Wohlbefinden/Probleme und die Skala Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Für die vorliegende Studie ist lediglich die letzte Skala „Umgang mit Gesundheit und Krankheit“ interessant, da mit Hilfe dieser Skala unter anderem das traditionelle Gesundheitsverhalten erfasst wird. Der Komplex „Umgang mit Gesundheit und Krankheit“ teilt sich in die Skala „traditionelles Gesundheitsverhalten“, zu der die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Arztbesuche und Medikamenteneinnahme zählen, und die Skala „Widerstandsfähigkeit“, zu der körperliche Robustheit und die Anfälligkeit für Erkrankungen zählen. Die „Kurzskala zur Erfassung körperlicher Beschwerden“ erfasst das Ausmaß an körperlichen Beschwerden in verschiedenen Ausprägungen. Laut Dlugosch (1995) sollte bei dieser

Skala im Einzelfall allerdings eine qualitative Auswertung der Fragen erfolgen, was im vorliegenden Fall weniger von Bedeutung ist, da vor allem die Skala für das traditionelle Gesundheitsverhalten relevant ist. Die Reliabilität für die Skala traditionelles Gesundheitsverhalten wird von Dlugosch mit  $\alpha = .62$  angegeben, was als schwache interne Konsistenz gewertet werden kann, trotzdem jedoch als anwendbar interpretiert wird. Im Zuge der vorliegenden Studie ist besonders das erste Item aus der Skala „traditionelles Gesundheitsverhalten“ interessant: „Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?“. Hier wird explizit das Inanspruchnahmeverhalten für Vorsorgeuntersuchungen abgefragt, welches auf einer 5-stufigen Likert-Skala bewertet werden soll, wobei die Ausprägung hier zwischen „nie“ und „sehr häufig“ liegt. Aufgrund der Relevanz wird dieses Item als eigene Skala ausgewertet. Der Schwerpunkt des FEG liegt bisher in der Gesundheitsförderung und ist daher bestens geeignet, um im Zuge dieser Studie Anwendung zu finden.

### 3.3.3 Ergänzung um eigene Fragen

Zusätzlich zu den bestehenden Fragebogeninventaren wurden noch eigene Fragen ergänzt, um detaillierteren Aufschluss über das Verhalten bekommen zu können. Zu diesem Zweck wurden an dem Fragebogen fünf Fragen hinzugefügt, die ebenfalls durch ein 5-stufiges Likert-Skalenformat beantwortet werden sollten. Diese sollen hier kurz aufgeführt werden:

1. Nutzen Sie von Ihrer Krankenversicherung bezuschusste Präventionsmaßnahmen (z.B.: Rückenschule, Pilates...)?
2. Finanzieren Sie selbst Vorsorgeleistungen, die nicht von ihrer Krankenversicherung übernommen werden (z.B. Prophylaxe beim Zahnarzt, augenärztliche Glaukom-Vorsorge, Eierstocksonografie, ...)?
3. Finanzieren Sie selbst sportliche Aktivitäten (z.B. Kurse, Hilfsmittel)?
4. Nutzen Sie frei verfügbare Möglichkeiten zur sportlichen Betätigung (z.B. Jogging, Fitness,...)?
5. Halten Sie Vorsorgeleistungen für wichtig?

Hierbei werden die Fragen 1, 3 und 4 im Summenscore zusammen gefasst, um das sportlich präventive Verhalten der Personen zu erfassen. Frage 5 wurde hinzugefügt, um zu erfassen, wie die Bewertung der Personen für die Vorsorgeleistungen aussieht, da vermutet

werden kann, dass Inanspruchnahme und tatsächliche Bewertung von Vorsorgeleistungen nicht zwingend gleich sein müssen. Frage 2 wurde hinzugefügt, um zu erfassen, ob die Personen willens sind, Leistungen über das normale Maß hinaus im Bereich der Vorsorge in Anspruch zu nehmen.

### 3.4 Stichprobe

Im folgenden Abschnitt soll auf die Verteilung der Stichprobe eingegangen werden. Am Ende der Erhebungsphase konnten insgesamt 101 Fragebögen gezählt werden. Noch vor Beginn der Auswertung mussten einige Fragebögen verworfen werden. 12 Fragebögen wurden aufgrund von fehlenden Werten ausgeschlossen. Zwei Personen gaben in der Erhebung ihr Geschlecht nicht an, so dass diese Fragebögen nicht ausgewertet werden konnten. Eine weitere Person gab kein Alter an, auch das führt dazu, dass die Persönlichkeitsvariablen nicht in den Normwertetabellen abgelesen werden können. Eine weitere Person wurde aufgrund eines fehlenden Wertes in der Ehrlichkeitsskala ebenfalls aus den weiteren Analysen ausgeschlossen. So blieben für die Auswertung der Ehrlichkeitsskala eine Stichprobengröße von  $N = 85$ .

Der Mittelwert der Summen der Ehrlichkeitsskala beträgt 9,99 mit einer Standardabweichung von  $SD = 2,40$ . Der Wertebereich liegt hier zwischen 5 und 16. Insgesamt 2 Personen erzielten einen Summenscore von  $< 6$ , was nach Satow ein Schwellenwert ist, um Personen zu erkennen, die eine deutliche Täuschungstendenz haben. Aus diesem Grund wurden auch diese Personen aus der weiteren Analyse entfernt. Somit bleibt eine Stichprobengröße von  $N = 83$ .

Die Stichprobe teilt sich in 27 männliche und 56 weibliche Probanden, das entspricht einer Verteilung von 32,5 % zu 67,5 %. 42 Teilnehmer geben an, Kinder zu haben, 41 Teilnehmer verneinen diese Frage. 16 Personen sind ledig, 32 befinden sich zum Zeitpunkt der Erhebung in einer Beziehung, 27 geben an, verheiratet zu sein, 5 sind geschieden und 3 verwitwet. Die Altersverteilung bewegt sich in einer Spannweite von einem Minimum mit 18 Jahren und einem Maximum mit 81 Jahren. Das durchschnittliche Alter, der an der Befragung Teilnehmenden beträgt 40,6 Jahre. Der Modalwert liegt bei  $Mod = 28$  Jahre. Es handelt sich hierbei um eine rechtsschiefe Verteilung mit einer Standardabweichung von  $SD = 16,64$ .

## 4. Ergebnisse

### 4.1 Voraussetzungen: Normalverteilung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit der Statistik-Software IBM SPSS-Statistics in der Version 20.

Da sich der zu verwendende Test zur Korrelationsanalyse nach der Normalverteilung der Stichproben richtet, wurde hier die Normalverteilung mittels des Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests bei einer Stichprobe getestet. Folgende Werte konnten ermittelt werden:

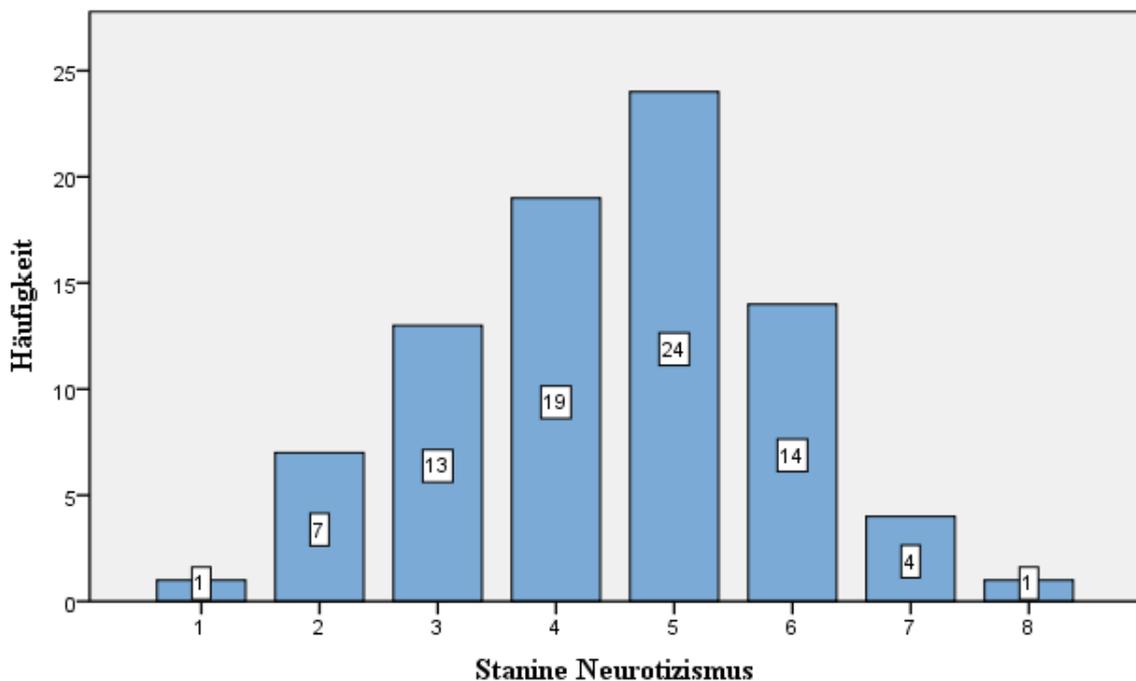
Bei Extraversion ( $p = .194$ ) und bei sportlich präventives Verhalten ( $p = .401$ ) konnte eine Normalverteilung festgestellt werden. Bei Gewissenhaftigkeit ( $p = .023$ ), Offenheit ( $p = .028$ ), Neurotizismus ( $p = .019$ ), Verträglichkeit ( $p = .002$ ), dem Sicherheitsmotiv ( $p = .020$ ), regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen ( $p = .009$ ), Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen ( $p = .000$ ) und der Selbstfinanzierung von Vorsorgeleistungen ( $p = .025$ ) muss von der Annahme einer Normalverteilung abgesehen werden.

Da sowohl die Stanine-Werte als auch die Likert-Skala Intervallskalenniveau aufweisen, jedoch keine Normalverteilung bei 8 von 10 Variablen, ist eine Anwendung des Spearman-Korrelations-Tests zur Überprüfung der Hypothesen geeignet.

## 4.2 Deskriptive Auswertung der Persönlichkeitsdimensionen

### Neurotizismus

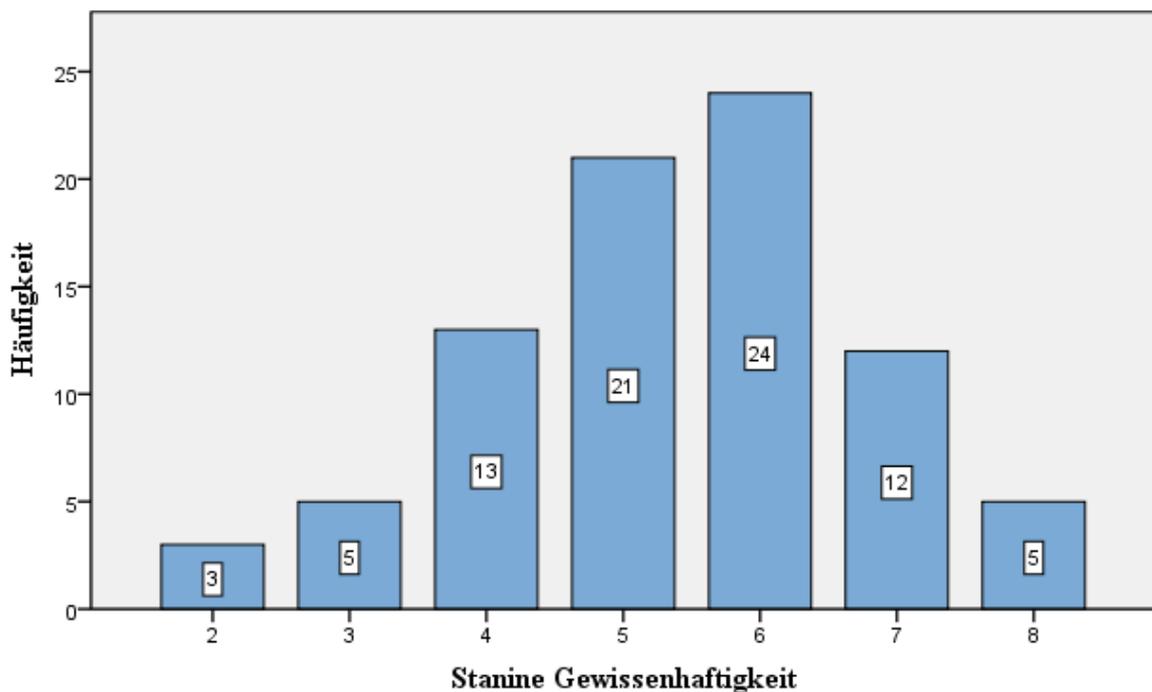
Die deskriptiven Kennwerte zu Neurotizismus können, wie auch alle anderen Merkmale, im Anhang A der Tabelle A.1 entnommen werden. Es zeigt sich, dass sich ein leichter Unterschied zu der Normstichprobe feststellen lässt. Die Mehrheit der Teilnehmer weist unauffällige Ergebnisse auf (Stanine-Range von 4-6). Hier finden sich 68,7 % aller befragten Personen. 25,3 % weisen unterdurchschnittliche Werte auf (Stanine-Werte 1-3), was laut Satow auf Personen hinweist, die wenig ängstlich und nervös sind, wenig Selbstzweifel hegen und selten grübeln. Nur 6 % der Befragten weisen eine überdurchschnittliche Ausprägung auf (Stanine Werte 7-9), was auf eine ängstliche und nervöse Persönlichkeit schließen lässt. Anders als bei Satow findet sich in der vorliegenden Stichprobe keine Ausprägung auf dem Stanine-Wert 9, die anderen erhobenen Werte sind konsistent zu den von Satow erhobenen Werten. Die erhobenen Werte werden in der Abbildung 1 noch einmal verdeutlicht.



**Abbildung 1:** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Neurotizismus.

### Gewissenhaftigkeit

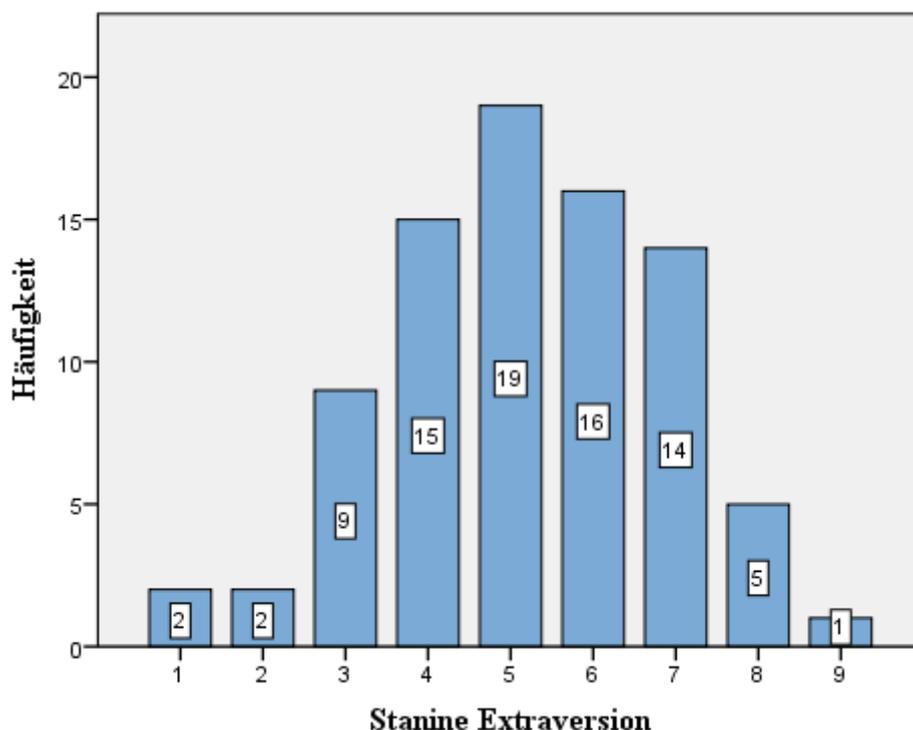
Auch bei dem Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit finden sich bis auf leichte Abweichungen konsistente Ergebnisse zu den Normwerten von Satow. Die Ausprägung der Stanine-Werte reicht hier von 2 bis 8, die Werte 1 und 9 sind nicht vertreten. Unterdurchschnittliche Werte erreichen hier 9,6 % der Teilnehmer, was nach Satow (2012) auf Personen hindeutet, die wenig ordentlich und planvoll sind und sich nicht an Nachlässigkeiten stören. 69,9 % der Teilnehmer erreichen einen durchschnittlichen und damit unauffälligen Wert. Einen überdurchschnittlichen Wert erreichen 20,5 % der Befragten, was nach Satow (2012) auf eine überdurchschnittlich gewissenhafte Person hindeutet, die fast immer planvoll vorgeht, mitunter auch aus Angst vor Sanktionen. Die deskriptiven Kennwerte können in der Tabelle in Anhang A.1 eingesehen werden, Abbildung 2 veranschaulicht noch einmal die Verteilung der Stanine-Werte über die gesamte Stichprobe.



**Abbildung 2:** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Gewissenhaftigkeit.

### Extraversion

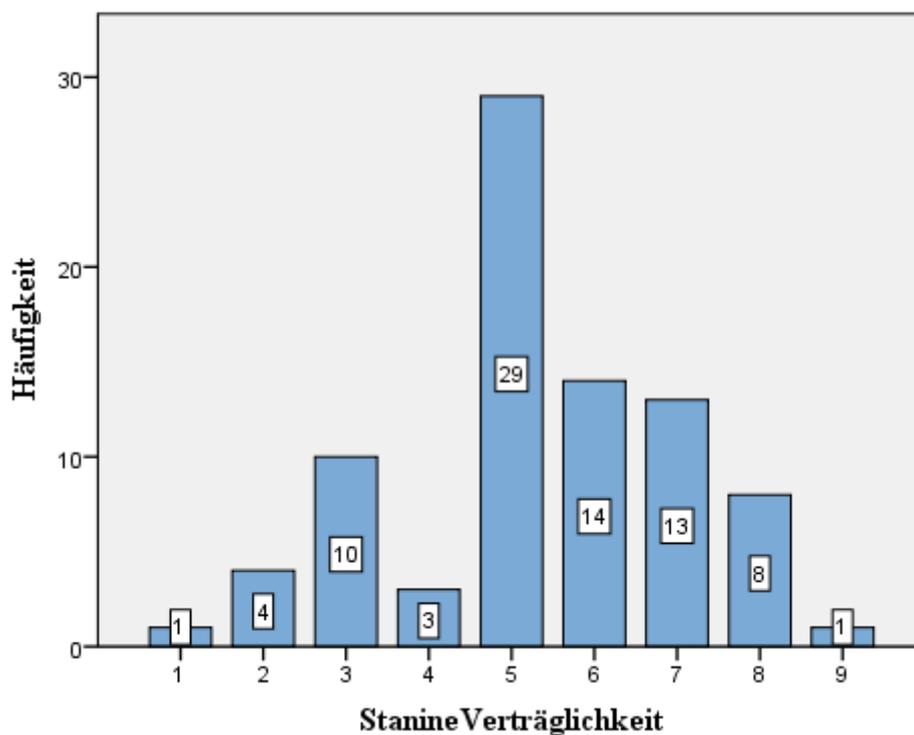
Bei dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion findet sich eine Verteilung der Antwortausprägung im Stanine Bereich von 1-9. Allerdings zeigt sich hier ein leichter Unterschied zu den erhobenen Daten von Satow (2012). 15,6 % der teilnehmenden Personen weisen eine unterdurchschnittliche Ausprägung dieses Merkmals auf, was einer stillen, oft in sich gekehrten und wenig kontaktfreudigen Person entspricht. 60,3 % weisen durchschnittliche und damit unauffällige Werte auf. 24,1 Prozent allerdings weisen überdurchschnittliche Werte auf, was einer überdurchschnittlich geselligen, gesprächigen und kontaktfreudigen Person entspricht, die nach Abwechslung und äußeren Anregungen sucht. Auffällig ist hier die Ausprägung auf dem Stanine-Wert 7, der mit 16,9 % (14 Teilnehmer) deutlich stark im Bereich der überdurchschnittlichen Einordnung repräsentiert ist. Dies kann in Abbildung 3 auch noch einmal deutlich dargestellt werden.



**Abbildung 3:** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Extraversion.

### Verträglichkeit

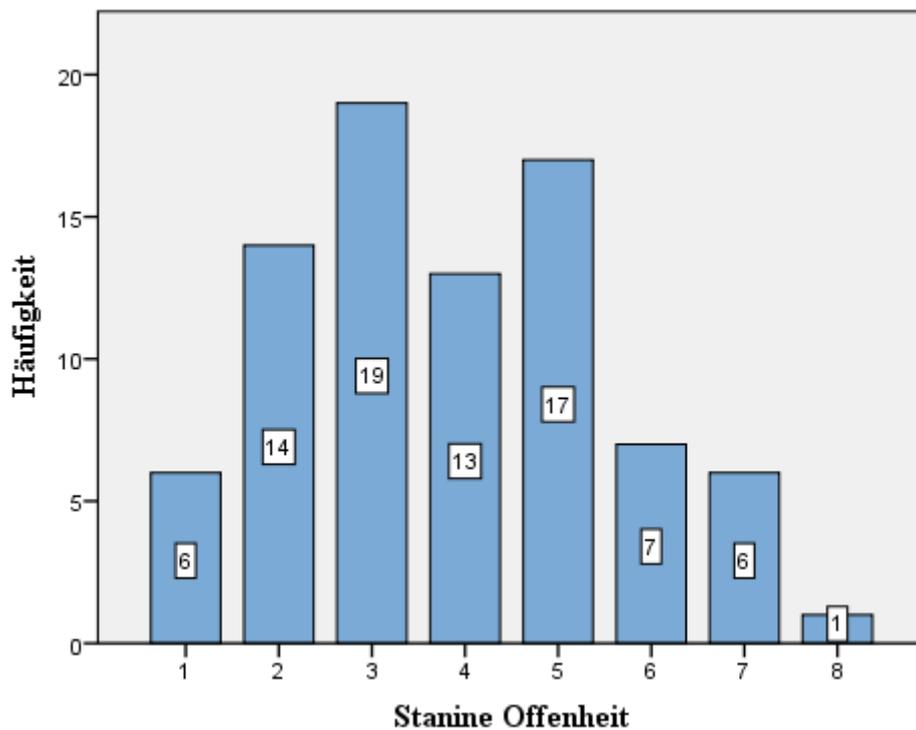
Auch bei dem Merkmal Verträglichkeit zeigen sich erneut leichte Inkonsistenzen in der erhobenen Stichprobe im Vergleich zu den Normwerten von Satow (2012). Insgesamt 15 Personen (18%) weisen eine unterdurchschnittliche Ausprägung auf, was einer wenig höflichen und wenig zuvorkommenden Persönlichkeit entspricht. Eine solche Person gerät leicht in den Konflikt mit anderen. 46 der befragten Personen (55,4 %) weisen eine durchschnittliche und damit unauffällige Ausprägung auf. 22 Personen (26,5 %) weisen eine überdurchschnittliche Ausprägung auf und gelten damit als höflich und zuvorkommend, diese Personen sind allgemein beliebt und setzen sich für andere ein. Hier ist besonders die geringe Ausprägung des Stanine-Wertes 4 auffällig, was auch noch einmal in der Abbildung 4 deutlich wird.



**Abbildung 4:** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Verträglichkeit.

### Offenheit für neue Erfahrungen

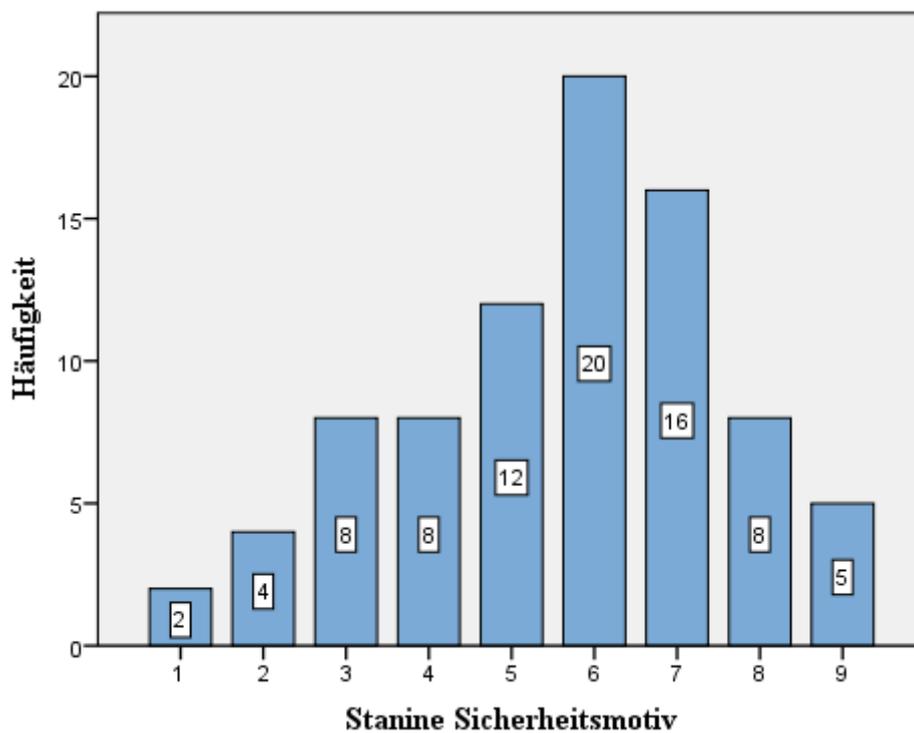
Was bereits bei der Betrachtung der Abbildung 5 deutlich wird, zeigt sich auch noch einmal in der Auswertung der Daten. Es finden sich hier wenig Personen im überdurchschnittlichen Bereich. Nur 7 Personen (8,4 %) weisen einen hohen Wert auf (Stanine 7-8). Sie gelten damit als neugierig und wissbegierig sowie fantasievoll. 37 Personen (44,6 %) gelten als unauffällig. Und 39 Personen (47 %) gelten als wenig tolerant und offen. Sie sind kaum neugierig und es ist ihnen am liebsten, wenn alles so bleibt wie es ist. Sie machen also den Großteil dieser Merkmalsausprägung aus.



**Abbildung 5** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Merkmal Offenheit für neue Erfahrungen.

### Bedürfnis nach Sicherheit

Auch bei dem Sicherheitsmotiv, dem Bedürfnis nach Sicherheit, lässt sich anhand der Abbildung 6 ein Trend entdecken, der dieser Stichprobe zugrunde liegt. 14 Personen (16,8 %) weisen hier unterdurchschnittliche Werte auf und gelten dadurch als Personen mit einem geringen Bedürfnis nach Sicherheit und Ruhe. Im durchschnittlichen und dadurch unauffälligen Bereich bewegen sich 40 Personen (48,2 %). 29 Personen (34,9 %) weisen überdurchschnittliche Werte auf und gelten damit als Personen mit einem überdurchschnittlichen Bedürfnis nach Sicherheit und Ruhe. Überraschungen und Risiken erleben sie nach Satow (2012) als unangenehm. Auch bei der Betrachtung der Abbildung 6 wird deutlich, dass sich die Verteilung der vorliegenden Stichprobe im oberen Bereich bewegt und somit offensichtlich ein erhöhter Wunsch nach Sicherheit besteht.

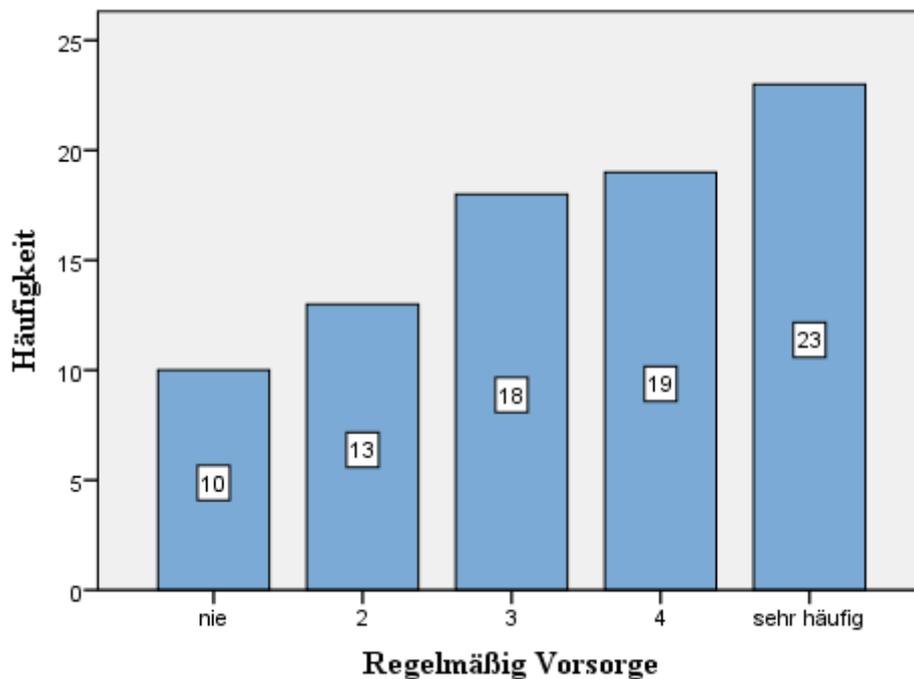


**Abbildung 6** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für das Sicherheitsmotiv (Bedürfnis nach Sicherheit).

### 4.3 Deskriptive Auswertung des Gesundheitsverhaltens

#### Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen

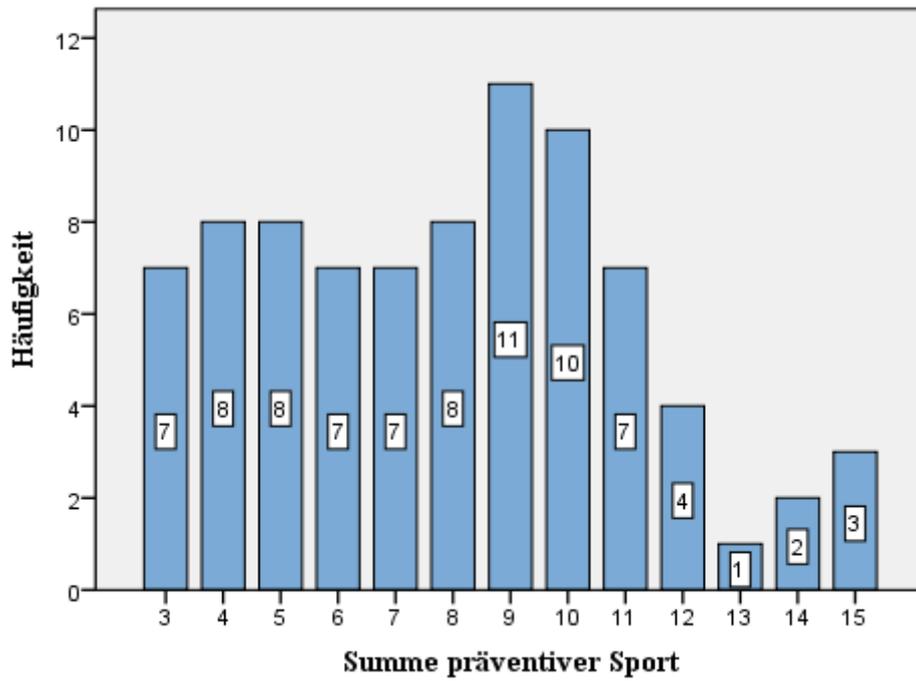
Die deskriptiven Werte zu der Teilnahme an den Vorsorgeuntersuchen können auch in Anhang A.2 eingesehen werden. In Abbildung 7 wird die Verteilung zur Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, die von den Krankenkassen übernommen werden, noch einmal grafisch dargestellt. 10 Personen (12 %) von 83 geben danach an, nie an Vorsorgeleistungen teilzunehmen. 23 der Befragten (27,7 %) geben an, sehr häufig Vorsorgeuntersuchen wahrzunehmen. 18 Personen (21,7 %) geben eine durchschnittliche Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen an.



**Abbildung 7** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für Teilnahme an Vorsorgeleistungen.

### Sportliche Tätigkeiten zur Prävention:

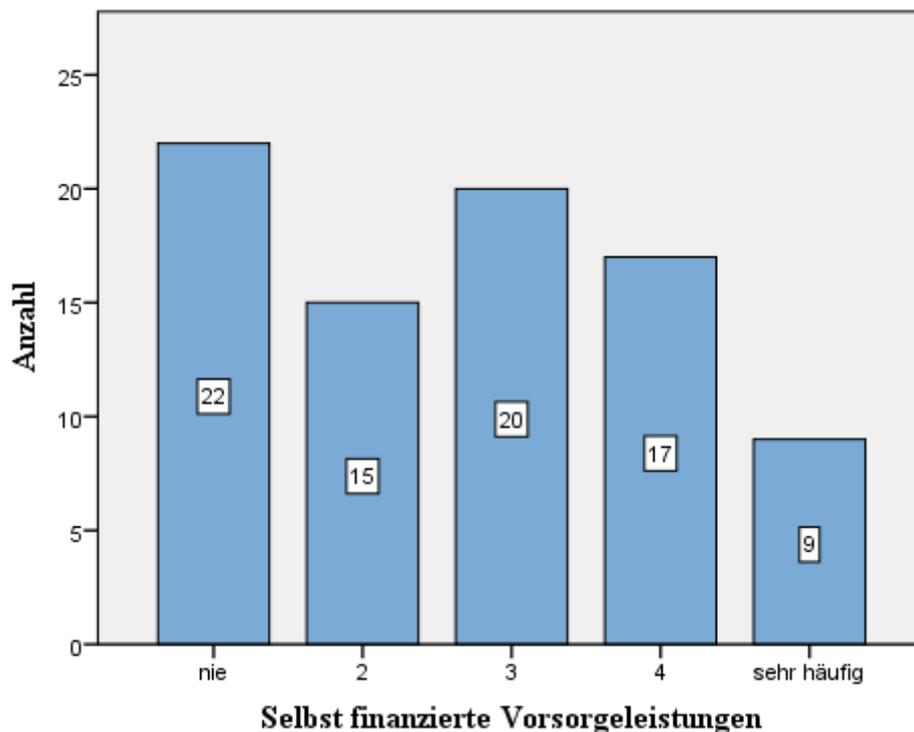
Zur Erfassung der sportlichen Betätigung, die auch als präventive Maßnahme angesehen werden kann, wurden hier die Summenwerte aus drei Variablen gebildet, die in Punkt 3.3.3 bereits ausführlich beschrieben worden sind. Die sportlichen Tätigkeiten umfassen also sowohl von den Krankenversicherungen unterstützte Vorsorgeleistungen, als auch selbst finanzierte sportliche Tätigkeiten wie das Aufsuchen eines Fitnessstudios. Aber auch das Nutzen von frei verfügbaren sportlichen Tätigkeiten wie Jogging oder Fitness wurden hier erfragt. Da es sich bei der Beantwortung um eine 5-stufige Likert-Skala handelt, ist der geringste zu erreichende Summenwert 3, der höchste 15. Der Mittelwert liegt hier bei  $M = 7,93$  bei einer Standardabweichung von  $SD = 3,185$ . Ein hoher Summenwert ist also gleichbedeutend mit einer hohen Inanspruchnahme von sportlichen Tätigkeiten, wobei es dabei unerheblich ist, ob sie von der Krankenkasse bezahlt, kostenlos oder selbst finanziert sind. Bei der Betrachtung der Ergebnisse wird deutlich, dass nur ein geringer Prozentsatz sportliche Möglichkeiten in hoher Ausprägung in Anspruch nimmt (Summenwert ab 12). 10 Personen (12 %) gaben an, viele der sportlichen Möglichkeiten zu nutzen. Wenig bis gar nicht hingegen (Summenwert bis 6) nutzen 30 Personen (36 %) sportliche Möglichkeiten. 47 (51,7 %) Personen nehmen sportliche Aktivitäten normal durchschnittlich wahr (Summenwert 7 – 11).



*Abbildung 8* Darstellung der Ausprägung der Summenwerte der Gesamtstichprobe für die Teilnahme an sportlichen Tätigkeiten zur Prävention.

### Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen

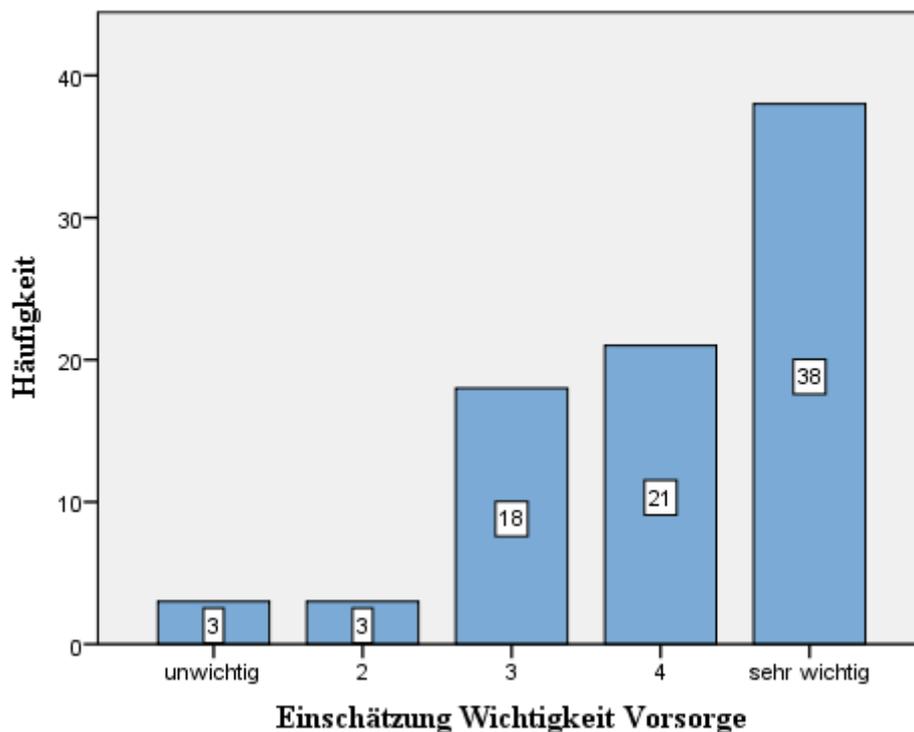
Die deskriptiven Werte zu den selbst finanzierten Vorsorgeleistungen finden sich im Anhang A.2. Hier zeigt sich besonders in der Abbildung 9 eine deutlich gegenläufige Tendenz zu den Vorsorgeleistungen, die von den Krankenkassen übernommen werden. Hier geben 22 Personen (26,5 %) an, nie solche Vorsorgeleistungen in Anspruch zu nehmen. Nur 9 Personen (10,8 %) geben an, solche Leistungen sehr häufig zu nutzen. Und 20 Befragte (24,1 %) geben an, ab und zu selbst Vorsorgeleistungen zu finanzieren.



**Abbildung 9** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe über die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen.

### Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen

Doch wie sieht es nun aus mit der Bewertung, also der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen, seien sie nun von den Krankenkassen finanziert, selbst übernommen oder sportliche Tätigkeiten, die präventiv wirken? Auch hier sind die wichtigsten deskriptiven Werte wieder in Anhang A.2 einzusehen. Die Abbildung 9 zeigt hier ein klares Bild. Nur 3 Personen (3,6 %) schätzen Vorsorgeleistungen als unwichtig ein. 38 Personen (45,8 %), also knapp die Hälfte aller Befragten, halten Vorsorgeleistungen für sehr wichtig. Und 18 (21,7 %) Personen ordnen den Vorsorgeleistungen immerhin eine mittlere Wichtigkeit zu.



**Abbildung 10** Darstellung der Ausprägung der Häufigkeiten der Gesamtstichprobe für die Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen.

## 4.4 Überprüfung der Hypothesen

### Neurotizismus

Wie auch in Tabelle 3 dargestellt, findet sich ein leicht positiver Zusammenhang von  $r_s = .28$ ,  $p = .01$  zwischen Neurotizismus und dem Teilnahmeverhalten an Vorsorgeleistungen. Die  $H0a$  kann in diesem Fall verworfen, die  $H1a$  angenommen werden. Ein Zusammenhang ist durchaus festzustellen. Ebenso findet sich ein leicht positiver Zusammenhang von  $r_s = .22$ ,  $p = .02$  zwischen Neurotizismus und der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen. Die  $H0c$  kann hier ebenfalls verworfen und die  $H1c$  angenommen werden. In der vorliegenden Stichprobe fand sich kein Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen  $r_s = -.05$ ,  $p = .34$ , womit in diesem Fall die  $H0b$  nicht verworfen werden kann. Ein negativer Zusammenhang findet sich im Zusammenhang von Neurotizismus und sportlichen Tätigkeiten zur Prävention  $r_s = -.29$ ,  $p = .01$ , was sich mit den Annahmen der  $H1d$  deckt, somit kann auch hier die  $H0d$  verworfen werden. Die hier gefundenen Ergebnisse entsprechen im Großen und Ganzen den Erwartungen. Da hoch neurotische Personen eher als ängstlich eingestuft werden, ist zu erwarten, dass ihre Teilnahme mit steigenden Neurotizismuswerten ebenfalls ansteigt. Hier fügt sich auch die Finanzierung von nicht bezuschussten Präventionsleistungen ins Bild ein. Je ängstlicher und unsicherer eine Person, desto mehr wird sie für ihre Absicherung tun, um Krankheiten von vornherein zu vermeiden. Auch die Erwartungen für die sportlichen Betätigungen wurden erfüllt, da zu erwarten war, dass ängstliche Personen solche Angebote eher meiden werden aus Angst, sich bei Sport zu verletzen.

**Tabelle 3** Darstellung der Korrelation von Neurotizismus mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Neurotizismus

	Extraversion
Teilnahme Vorsorgeleistungen	.28**
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	-.05
Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen	.22*
Sportliche Tätigkeiten zur Prävention	-.29**

Ann.: \*\* =  $p < .01$  (einseitig). \* =  $p < 0,05$  (einseitig)

### Gewissenhaftigkeit

Wie auch in Tabelle 4 dargestellt, findet sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Gewissenhaftigkeit und der Teilnahme an Vorsorgeleistungen mit  $r_s = .38$ ,  $p = .00$ . Dieses Ergebnis wurde auch in der Hypothese H1a angenommen und kann somit bestätigt werden, die H0a wird aus diesem Grund abgelehnt. Bei der Bewertung der Wichtigkeit findet sich ebenfalls ein signifikanter positiver Zusammenhang mit Gewissenhaftigkeit mit  $r_s = .23$ ,  $p = .02$ . Der erwartete Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und einer damit einhergehenden erhöhten Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen lässt sich in der vorliegenden Untersuchung nicht nachweisen, so dass die H0c mit  $r_s = .03$ ,  $p = .38$  nicht abgelehnt wird. Auch der Zusammenhang zwischen Gewissenhaftigkeit und der Teilnahme an sportlich präventiven Tätigkeiten liefert keine signifikanten Ergebnisse, so dass die H0c nicht verworfen wird. Es finden sich also besonders im Bereich der Teilnahme an Vorsorgeleistungen und in der Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen zu erwartende Ergebnisse. Da gewissenhafte Personen als überdurchschnittlich gewissenhaft bezeichnet werden und planvoll vorgehen, war hier zu erwarten, dass sie sich als Personengruppe auszeichnen, die vor allem auch aus Angst vor negativen Konsequenzen häufiger zur Teilnahme an Vorsorgeleistungen tendieren, je höher ihre Werte in Gewissenhaftigkeit sind.

Überraschend erscheinen hier die Ergebnisse bei der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen und den sportlichen Tätigkeiten zur Prävention, wäre hier doch zu erwarten gewesen, dass sich ein ebenfalls deutlicher Zusammenhang finden lässt.

**Tabelle 4** Darstellung der Korrelation von Gewissenhaftigkeit mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Gewissenhaftigkeit

	Gewissenhaftigkeit
Teilnahme Vorsorgeleistungen	.38**
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.23*
Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen	.03
Sportliche Tätigkeiten zur Prävention	.06

Ann.: \*\* =  $p < .01$  (einseitig). \* =  $p < 0,05$  (einseitig).

### Extraversion

Bei der Analyse des Zusammenhangs zwischen Extraversion und der Teilnahme an Vorsorgeleistungen findet sich mit  $r_s = -.10$ ,  $p = .19$  kein signifikanter Zusammenhang. Die  $H0a$  kann also nicht verworfen werden. Auch die Zusammenhänge zwischen Extraversion und der Bewertung der Wichtigkeit  $r_s = .08$ ,  $p = .24$  und zwischen der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen mit  $r_s = .12$ ,  $p = .13$  finden sich keine Zusammenhänge. Aus diesem Grund werden sowohl die  $H0b$  als auch die  $H0c$  nicht abgelehnt. Bei dem Zusammenhang zwischen den sportlichen Tätigkeiten zur Prävention finden sich allerdings wie erwartet signifikante Zusammenhänge von  $r_s = .36$ ,  $p = .00$ , so dass die  $H0d$  abgelehnt und die  $H1d$  angenommen werden kann. Hier scheint vor allem das Ergebnis zur sportlichen Tätigkeit zu erwarten zu sein, da hoch extrovertierte Personen als jene klassifiziert werden, die überdurchschnittlich gesellig und gesprächig sowie kontaktfreudig sind und nach Anregungen und Abwechslung suchen. Dies ist in der sportlichen Betätigung durchaus zu finden, sei es nun in Einzelsportarten wie dem Joggen oder aber

auch im Aufsuchen eines Fitnessstudios oder von Gruppensportarten, wo auch die soziale Komponente ihre Befriedigung findet. Die Ergebnisse sind noch einmal in Tabelle 5 dargestellt.

**Tabelle 5** Darstellung der Korrelation von Extraversion mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Extraversion

	Extraversion
Teilnahme Vorsorgeleistungen	-.10
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.08
Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen	.12
Sportliche Tätigkeiten zur Prävention	.36**

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (einseitig).

#### Bedürfnis nach Sicherheit

Auch bei dem Bedürfnis nach Sicherheit findet sich zu der ersten aufgestellten Hypothese ein erwartetes Ergebnis. Die Korrelationen werden in der Übersicht noch einmal in Tabelle 6 dargestellt. Hier wird ersichtlich, dass die Korrelation zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Teilnahme an Vorsorgeleistungen bei  $r_s = .35$  bei  $p = .00$  liegt, was als signifikantes Ergebnis mit geringem positiven Zusammenhang gewertet werden kann. Somit wird die H0a verworfen und die H1a angenommen. Kein signifikanter Zusammenhang findet sich zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen  $r_s = .08$ ,  $p = .24$ . Somit wird die H0b nicht verworfen. Ein signifikanter Zusammenhang findet sich hier jedoch wieder zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und dem Inanspruchnahmeverhalten von selbst finanzierten Vorsorgeleistungen. Der Zusammenhang ist hier positiv bei  $r_s = .26$ ,  $p = .01$ . Kein signifikanter Zusammenhang besteht zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Teilnahme an sportlichen Tätigkeiten zur Prävention. Hier findet sich das Ergebnis von  $r_s = -.17$ ,  $p = .06$ . Die Ergebnisse betreffend die Teilnahme an von der Krankenkasse

finanzierten Vorsorgeleistungen und an solchen, die selbst übernommen werden müssen, waren durchaus zu erwarten, da Personen mit einem erhöhten Sicherheitsmotiv nach Satow (2012) als solche bewertet werden, die ein überdurchschnittlich hohes Bedürfnis nach Sicherheit und Ruhe haben; Überraschungen und Risiken werden von solchen Personen als unangenehm erlebt. Deshalb konnte auch davon ausgegangen werden, dass die Teilnahme an Vorsorgeleistungen mit steigendem Sicherheitsbedürfnis ebenfalls ansteigt. Was in diesem Fall überrascht, ist die nicht vorhandene Korrelation zwischen dem Sicherheitsmotiv und der Bewertung der Vorsorgeleistungen. Hier wurde davon ausgegangen, dass gerade Personen mit einem hohen Bedürfnis nach Sicherheit auch die Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen zur Vermeidung von Krankheiten und damit Risiken als wichtiger einschätzen. In der vorliegenden Untersuchung wurde auch davon ausgegangen, dass der Zusammenhang zwischen dem Bedürfnis nach Sicherheit und der Teilnahme an sportlichen Aktivitäten zu Prävention deutlich negativ ausfallen würde, da Sport als ein Risiko zur Verletzung angesehen werden könnte, doch auch hier findet sich kein signifikanter Zusammenhang.

**Tabelle 6** Darstellung der Korrelation von dem Bedürfnis nach Sicherheit mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Bedürfnis nach Sicherheit	
	Sicherheitsmotiv
Teilnahme Vorsorgeleistungen	.35**
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.08
Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen	.26**
Sportliche Tätigkeiten zur Prävention	-.17

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (einseitig).

### Verträglichkeit

Wie auch in Tabelle 7 dargestellt, findet sich kein Zusammenhang zwischen Verträglichkeit und der Teilnahme an Vorsorgeleistungen,  $r_s = .11$ ,  $p = .32$ . Hier kann die  $H_{0a}$  nicht abgelehnt werden. Es wurden hier ungerichtete Hypothesen formuliert, da auch aus der Literatur keine Rückschlüsse gezogen werden konnten auf das Auswirken von Verträglichkeit auf das Gesundheitsverhalten. Jedoch fand sich ein signifikanter leicht positiver Zusammenhang zwischen der Verträglichkeit und der Einschätzung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen mit  $r_s = .23$ ,  $p = .04$ . Damit wird die  $H_{0b}$  abgelehnt und die  $H_{1b}$  angenommen.

**Tabelle 7** Darstellung der Korrelation von Verträglichkeit mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Verträglichkeit	
	Verträglichkeit
Teilnahme Vorsorgeleistungen	.11
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.23*

Anm.: \* =  $p < 0,05$  (zweiseitig).

### Offenheit für neue Erfahrungen

Auch für die Zusammenhänge zur Offenheit für neue Erfahrungen mit dem Gesundheitsverhalten wurden ungerichtete Hypothesen formuliert, da hier ebenfalls aus der vorliegenden Literatur keine Rückschlüsse gezogen werden konnten. Hier finden sich keine signifikanten Zusammenhänge, was noch einmal in Tabelle 8 deutlich wird. Die  $H_{0a}$  für den Zusammenhang zwischen Offenheit für neue Erfahrungen mit der Teilnahme an Vorsorgeleistungen erreicht hier mit  $r_s = -.18$ ,  $p = .11$  keine signifikanten Zusammenhänge und auch die Einschätzung der Wichtigkeit zeigt keine Zusammenhänge auf mit den Werten für Offenheit für neue Erfahrungen,  $r_s = .21$ ,  $p = .05$ .

**Tabelle 8** Darstellung der Korrelation von Offenheit für neue Erfahrungen mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Offenheit für neue Erfahrungen

	Offenheit
Teilnahme Vorsorgeleistungen	-.18
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.21

Nebenhypothese: Zusammenhang Alter und Inanspruchnahmeverhalten für

Vorsorgeleistungen

Bei der Zusammenhangsanalyse von Alter und der Teilnahme an Vorsorgeleistungen findet sich ein schwach positiver Zusammenhang von  $r_s = .43$ ,  $p = .00$ . Der Zusammenhang, dass das Alter positiv mit dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen korreliert, konnte erwartet werden. Allerdings hätte hier mit einer deutlich höheren Korrelation gerechnet werden können, wenn man davon ausgeht, dass viele Vorsorgeleistungen erst mit Erreichen eines höheren Lebensalters zur Wahlleistung der Krankenkassen werden. Kein Zusammenhang fand sich zwischen dem Alter und der Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen  $r_s = .22$ ,  $p = .05$ . Ein signifikant positiver Zusammenhang findet sich auch zwischen Alter und der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen  $r_s = .34$ ,  $p = .00$ . Bei der Untersuchung des Zusammenhang zwischen Alter und sportlicher Betätigung zur Prävention findet sich kein Zusammenhang mit  $r_s = -.13$ ,  $p = .23$ .

**Tabelle 9** Darstellung der Korrelation von Alter mit dem Gesundheitsverhalten

Bivariate Korrelation nach Spearman: Alter

	Alter
Teilnahme Vorsorgeleistungen	.43**
Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen	.22
Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen	.34**
Sportliche Tätigkeiten zur Prävention	-.13

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig).

## 5. Diskussion

Im folgenden Abschnitt sollen nun die erhobenen Ergebnisse kritisch diskutiert werden, auch im Bezug auf die bestehende Forschungslage und die vorangestellten Erwartungen und Überlegungen. Des Weiteren soll kritisch auf die Durchführung der Arbeit eingegangen werden und Möglichkeiten zur Verbesserung aufgezeigt werden. Abschließend soll ein Ausblick bezüglich möglicher folgender Untersuchungen zu dem Themengebiet gegeben werden.

### 5.1 Diskussion der deskriptiven Daten

Bei der Auswertung zu dem Merkmal Neurotizismus wurde deutlich, dass in der erhobenen Stichprobe die Ausprägung nicht die ganze Spannweite des Merkmals abdeckte. So fanden sich mit dem Stanine-Wert 8 nur 1 Person, der Wert 9 war leider gar nicht vertreten. Dies kann auf die kleine Stichprobe zurückzuführen sein, kann im Ergebnis aber auch zu verzerrten Werten führen. Das gleiche Bild zeigt sich bei der Abbildung der Werte des Merkmals Gewissenhaftigkeit. Auch finden sich Werte, die in der Stichprobe nicht vertreten sind. In diesem Fall die Stanine-Werte 1 und 9. Bei der Auswertung der Daten

zur Extraversion fand sich zwar eine Abbildung auf allen Stufen der Stanine-Skala, jedoch wurde hier deutlich, dass besonders der Wert 7 im Bezug zur Gesamtstichprobe sehr häufig gewählt wurde. Bei dem Merkmal Verträglichkeit findet sich ebenfalls eine Abbildung auf der gesamten Range, jedoch wird hier der Knick bei dem Stanine-Wert 4 deutlich, den nur 3 Personen erreichten, die mittlere Ausprägung von 5 jedoch von 29 Teilnehmern. Auch bei der Auswertung des Merkmals Offenheit für neue Erfahrungen wird deutlich, dass der Stanine-Wert 9 gar nicht erreicht wurde, der Wert 8 nur 1x. Es findet sich in der vorliegenden Stichprobe also eine wenig aufgeschlossene Verteilung mit 47 % auf den Ausprägungen 1-3. Dazu konsistent erscheinen die Ergebnisse aus dem Sicherheitsmotiv. Auch in Abbildung 6 ist deutlich zu erkennen, dass es sich hier um eine linksschiefe Verteilung handelt. Diese Ergebnisse passen zusammen, da Personen mit niedrigen Werten in der Offenheit auch dazu tendieren, sich zu wünschen, um große Veränderungen herum zu kommen und ein hohes Bedürfnis an Sicherheit haben. Bei der Verteilung der Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen finden sich keine überraschenden Ergebnisse, ebenso wie die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen oder an sportlich präventiven Maßnahmen. Die Einschätzung der Wichtigkeit ergab ein klares Bild. Nur 6 Personen halten Vorsorgeleistungen für wenig bis gar nicht wichtig, hier wurde durchaus mit einem höheren Wert gerechnet. Der Großteil der befragten Personen bewerten Vorsorgeleistungen als wichtig bzw. sehr wichtig. Die Frage, die sich nun stellt, ist wie diese Bewertung zustande kommt und ob auch diese Einschätzung etwas mit der Persönlichkeit zu tun hat. Das wird nun im nächsten Punkt diskutiert.

## 5.2 Diskussion der getesteten Hypothesen

### Neurotizismus (N):

Es findet sich bei Neurotizismus ein positiver, signifikanter Zusammenhang mit der Teilnahme an Vorsorgeleistungen, hierzu konsistent ebenfalls an der Teilnahme von selbst finanzierten Vorsorgeleistungen. Dieses Bild erscheint logisch, neigen hoch neurotische Personen doch zur Ängstlichkeit. Die Absicherung über Vorsorgeleistungen, um Krankheiten früh erkennen zu können und daraufhin vermeiden oder möglichst früh behandeln zu können passt also in das Bild, das Satow (2012) von einem Neurotiker gibt und das sich auch in der Literatur findet. Allerdings findet sich ein Unterschied zum

Zusammenhang zwischen Neurotizismus und Gesundheit. In Bezug auf die Gesundheit der hoch neurotischen Personen findet sich in der Literatur in der Regel ein negativer Zusammenhang, also eine negative Auswirkung auf die Gesundheit. Der hier gefundene Zusammenhang ist jedoch positiv, was an dem Umkehrschluss liegen mag, dass ängstliche und neurotische Personen zwar zu depressiven Erkrankungen neigen, jedoch durch ihre erhöhte Angst regelmäßiger an Vorsorgeleistungen teilnehmen. Was aber in der erhobenen Stichprobe überrascht, ist das Ergebnis zum erwarteten Zusammenhang zwischen Neurotizismus und der Bewertung der Wichtigkeit der Vorsorgeleistungen. Es wurde davon ausgegangen, dass besonders ängstliche, also hoch neurotische Personen Vorsorgeleistungen als sehr wichtig einschätzen würden. Ein solcher Zusammenhang konnte sich hier jedoch nicht finden. Dieses Ergebnis kann aber durchaus in der Verteilung der Stichprobe liegen, da wie schon in Punkt 5.1 erwähnt die überdurchschnittlichen Ausprägungen in den Neurotizismuswerten wenig bis gar nicht repräsentiert sind. Die aufgestellte Erwartung des negativen Zusammenhangs zwischen Neurotizismus und den sportlichen Tätigkeiten zur Prävention wurde hier belegt. Es fand sich tatsächlich ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen. Bei erneuter Betrachtung der Hypothese und unter Bezugnahme des Profils von hoch neurotischen Personen scheint dieses Ergebnis logisch. Ängstliche Personen könnten sich davor fürchten, bei präventiven sportlichen Betätigungen Verletzungen zu erleiden und würden dadurch von vornherein risikoreiche Sportarten meiden. Hier könnte bereits ein erster Ansatzpunkt für die Aufklärung durch die Krankenkassen liegen. Als dritthäufigste gestellte Diagnose wurde im Jahre 2014 in Nordrhein die Diagnose Rückenschmerzen gestellt (gbe-bund, 2016). Dies ist eine Erkrankung, die durch vorbeugendes Muskel-Aufbautraining verhindert werden kann. Hier wäre es an den Krankenkassen, explizit auf diese Möglichkeit hinzuweisen und darauf aufmerksam zu machen, dass es unter fachkundlicher Anleitung keine Risiken gibt. So könnten auch ängstliche Personengruppen dazu gebracht werden, an solchen Angeboten teilzunehmen.

#### Gewissenhaftigkeit:

Nur zwei der vier aufgestellten Hypothesen zu dem Persönlichkeitsmerkmal Gewissenhaftigkeit konnten belegt werden, denn Gewissenhaftigkeit scheint sowohl ein Prädiktor für die Teilnahme an Vorsorgeleistungen zu sein, als auch ein Grund für die

Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen. Hoch gewissenhafte Personen nehmen also nach der Auswertung der vorliegenden Daten auch häufiger an Vorsorgeleistungen teil und schätzen diese gleichzeitig auch wichtiger ein. Auch hier decken sich die Ergebnisse mit den erwarteten Konsequenzen nach der Beschreibung von Satow (2012). Demnach sind gewissenhafte Personen mitunter auch planvolle Personen. So kann eine solche Personengruppe durch ihr planvolles Vorgehen schon alleine dadurch häufiger zu diesen Untersuchungen gehen, da sie diese Abläufe schon lange voraus planen und die Termine nicht vergessen. Satow gibt ebenfalls die Angst vor Sanktionen an, auch dies würde zu den Ergebnissen passen. Zwar kann eine Erkrankung nicht als Strafe angesehen werden, wohl aber als Risiko und eine unangenehme Konsequenz, die auf versäumte Vorsorgetermine folgen könnte. Überraschend scheint hier das Ergebnis für die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen. Hier besteht kein Zusammenhang mit Gewissenhaftigkeit. Dabei wäre doch davon auszugehen gewesen, dass die Abwägung erfolgt zwischen finanziellem Aufwand und der gesundheitlichen Konsequenzen, die schließlich zugunsten der Gesundheit ausfällt. Doch offensichtlich besteht ein solcher Zusammenhang nicht. Auch eine Teilnahme an sportlichen Aktivitäten zur Prävention lässt sich nicht auf einen hohen Gewissenhaftigkeitswert zurückführen, denn es findet sich ebenfalls kein signifikanter Zusammenhang. Hier wäre ein Ansatzpunkt durchaus in der Aufklärung der Versicherten zu suchen. Die Darstellung der Vorteile von sportlicher Prävention und die deutliche Vermeidung von Folgeerkrankungen wie Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Rückenbeschwerden könnten solche Personengruppen dazu bewegen, an den angebotenen Programmen teilzunehmen.

#### Extraversion:

Bei der Untersuchung der Hypothesen zu dem Persönlichkeitsmerkmal Extraversion konnten drei der vier aufgestellten Hypothesen nicht angenommen werden. Weder die Teilnahme an Vorsorgeleistungen, noch deren Bewertung, noch die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen wird durch Extraversion determiniert. Extravertierte Persönlichkeiten werden nach Satow als überdurchschnittlich gesellig dargestellt, was auch den signifikanten Zusammenhang mit der Teilnahme an sportlichen Tätigkeiten zur Prävention erklären könnte. Bei sportlichen Tätigkeiten, vor allem bei Gruppensportarten, wird die soziale Komponente erfüllt, so dass hier die positive Korrelation nicht überrascht. Überraschend ist jedoch, dass Extraversion weder einen Einfluss auf die Teilnahme an

Vorsorgeleistungen, noch auf die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen hat, gelten extravertierte Personen doch als solche, die auf der Suche nach Anregungen sind und als gesellig gelten, bzw. wenig extravertierte Personen als solche, die wenig kontaktfreudig sind. So wäre zu erwarten gewesen, dass Personen mit niedrigen Extraversions-Werten eher weniger zur Vorsorge gehen und auch die Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen deutlich abnimmt. Doch solche Ergebnisse finden sich in der hier erhobenen Stichprobe nicht.

#### Bedürfnis nach Sicherheit:

Bei dem Bedürfnis nach Sicherheit konnte die Annahme, dass ein erhöhtes Bedürfnis nach Sicherheit auch zu einer erhöhten Teilnahme an den Vorsorgeleistungen führt, durchaus bestätigt werden. Es zeigt sich hier ein signifikanter Zusammenhang, je höher das Bedürfnis nach Sicherheit und dadurch auch der Wunsch nach Beständigkeit, desto häufiger die Teilnahme an Vorsorgeleistungen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass durch die Vorsorgeleistungen Überraschungen durch Krankheiten wie Krebs vermindert bzw. schon sehr früh entdeckt und behandelt werden können. Nicht erwartet wurde das Ergebnis in Bezug auf die Bewertung der Wichtigkeit der Vorsorgeleistungen. Hier zeigte sich, dass Personen, die ein hohes Bedürfnis nach Sicherheit haben, Vorsorgeleistungen nicht als wichtiger oder weniger wichtig bewerten als Personen, die nur geringe Werte auf diesem Merkmal aufweisen. Dies überrascht dahingehend, dass durchaus erwartet werden konnte, dass Personen, die dieses hohe Bedürfnis haben, auch Vorsorgeleistungen an sich als wichtig einschätzen, um Überraschungen durch Krankheiten zu vermeiden. Bei der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen zeigt sich jedoch wieder ein signifikant positiver Zusammenhang. Personen mit einem erhöhten Sicherheitsbedürfnis wählen zusätzlich zu den von den Krankenkassen übernommenen Leistungen also auch noch zusätzlich selbst zu bezahlende Vorsorgeuntersuchungen. Der vermutete negative Zusammenhang zwischen dem Sicherheitsmotiv und der Teilnahme an sportlichen Tätigkeiten zur Prävention konnte auch hier nicht nachgewiesen werden. Die Hypothese basierte hier auf der Annahme, dass Personen mit einem erhöhten Sicherheitsmotiv davor zurückschrecken würden, an sportlichen Tätigkeiten teilzunehmen, die Verletzungsrisiken bergen und dadurch schließlich einen Einschnitt in ihren Alltag bedeuten würden. Doch dieser Zusammenhang war hier nicht zu finden.

### Verträglichkeit:

Da zu dem Merkmal Verträglichkeit in der Literatur keine Befunde in Bezug auf die Gesundheit gefunden werden konnte, wurden nur zwei Hypothesen aufgestellt, die eher explorativer Natur waren. So zeigte sich, dass es keinen Zusammenhang gibt zwischen dem Merkmal Verträglichkeit und nur einen schwachen Zusammenhang von Verträglichkeit und der Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen. Dieser leicht positive Zusammenhang kann durchaus daher kommen, dass Personen mit einer hohen Ausprägung auf dem Merkmal Verträglichkeit als höflich gelten und darum das Antwortverhalten bei der Bewertung der Wichtigkeit durch soziale Erwartungen womöglich dahingehend verzerrt wurde. Denkbar wäre jedoch auch, dass Personen mit hohen Ausprägungen auf dem Merkmal Verträglichkeit davon ausgehen, dass es sozial erwünscht ist, an Vorsorgeleistungen teilzunehmen und darum diese Angebote in Anspruch nehmen oder aber ihrem Arzt, der ihnen diese Angebote nahelegt, nicht vor den Kopf stoßen wollen und somit an den Untersuchungen teilnehmen. Es bleibt also fraglich ob das Merkmal Verträglichkeit als ein Prädiktor für das Präventionsverhalten angesehen werden kann.

### Offenheit für neue Erfahrungen:

Bei der Überprüfung der Hypothesen zu dem Merkmal Offenheit für neue Erfahrungen fanden sich ebenfalls keinerlei signifikante Zusammenhänge in der vorliegenden Stichprobe. Weder die Teilnahme an Vorsorgeleistungen noch die Bewertung der Wichtigkeit lässt sich vorhersagen durch einen besonders hohen oder niedrigen Wert auf dieser Skala. Also kann man einen Einfluss dieser Variablen auf das Präventionsverhalten in dieser Stichprobe ebenfalls ausschließen. Auch hier überraschten die Ergebnisse, wäre doch davon auszugehen, dass Personen, die keine Angst vor neuen Erfahrungen haben, eher dazu neigen, auch an neuen Vorsorgeleistungen teilnehmen oder diesen nicht ängstlich gegenüber zu stehen und sie eventuell dadurch zu meiden.

### Nebenhypothese Einfluss des Alters:

Bezugnehmend auf die untersuchte Nebenhypothese, dem Zusammenhang des Alters mit dem Gesundheitsverhalten, fand sich zwar ein positiver Zusammenhang zwischen dem Alter und der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen, jedoch hätte an dieser Stelle mit einem deutlich signifikanten Ergebnis gerechnet werden können. Denn auch bei Starker,

Bertz und Saß (2010) finden sich Ergebnisse, die belegen, dass mit steigendem Alter auch eine Zunahme an Vorsorgeleistungen einhergeht. Dies kann auch dadurch erklärt werden, dass das Vorsorgeangebot mit steigendem Alter immer umfangreicher wird und die Untersuchungsmöglichkeiten vielfältiger werden, da mehr Leistungen von den Versicherungen übernommen werden. Doch ein solch stark signifikanter Zusammenhang lässt sich hier nicht feststellen. Interessant ist das Ergebnis des positiven Zusammenhangs zwischen dem Alter und der Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen, welches deutlich zu finden ist. Die Frage, die an dieser Stelle nicht beantwortet werden kann, ist die Ursache für diese Entwicklung. Hier wäre eine Ursache denkbar in den finanziellen Möglichkeiten der Befragten, da mit einem steigenden Alter in der Regel auch ein zunehmendes bzw. gesicherteres Einkommen einhergeht. Eine steigende Bewertung der Wichtigkeit mit dem Alter kann an dieser Stelle nicht die Ursache sein, denn hier finden sich keine signifikanten Zusammenhänge. So kann also nicht davon ausgegangen werden, dass mit zunehmendem Alter auch die Einschätzung der Wichtigkeit für Vorsorgeleistungen steigt. Die Ursachen, die also im Zusammenhang von positivem Zusammenhang von Alter und Selbstfinanzierung von Vorsorgeleistungen liegen, müssen also an dieser Stelle unentdeckt bleiben, böten aber gleichzeitig einen Ansatz für weitere Untersuchungen.

#### Ausblick:

Insgesamt wäre anzumerken, dass, um die Ergebnisse dieser relativ kleinen Stichprobe noch einmal zu überprüfen, eine größere Stichprobe erhoben werden sollte, gerade auch im Hinblick auf die Verteilung der Geschlechter, um hier eine ausgeglichenerere Verteilung zu erhalten. Auch wäre es gut, in einer erneuten Befragung ein Augenmerk darauf zu legen, einen größeren Anteil an Personen zu erreichen, die in ihrem Altersschnitt über 50 Jahren liegen, um auch hier repräsentativere Ergebnisse zu erlangen.

Letztendlich lässt sich also sagen, dass es durchaus einen Zusammenhang gibt zwischen der Persönlichkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Vorsorgeleistungen. Auch wenn die Ergebnisse in dieser Arbeit nur leichte Zusammenhänge aufweisen, wäre es durchaus sinnvoll, die Umfrage mit einer größeren Stichprobe zu wiederholen, um repräsentativere Ergebnisse zu erlangen. Doch was bedeuten nun die hier gefundenen Ergebnisse für den Gesundheitssektor und die Präventionsangebote? Die Frage, die sich nach wie vor gestellt wird, ist die Ursache für die doch noch geringe Teilnahme an

Vorsorgeleistungen und wie man die Teilnahmeraten erhöhen könnte. Es wird also in der vorliegenden Erhebung deutlich, dass es einen Zusammenhang gibt zwischen Persönlichkeit und dem Teilnahmeverhalten an eben diesen präventiven Maßnahmen. Und auch wenn diese Zusammenhänge hier nur schwach erscheinen, so bestehen sie doch und könnten immerhin dazu beitragen, die Aufklärung und Informationen für die Versicherten gezielter zu gestalten. Es ist wichtig hervorzuheben, welche Vorteile die Präventionsangebote haben, um auch solche Personengruppen anzusprechen, die z.B. wie hier gezeigt nur geringe Werte in dem Bereich Bedürfnis nach Sicherheit aufweisen. Denn die Personengruppen, die hohe Werte in Neurotizismus oder bei dem Sicherheitsmotiv erreichen, gehen häufiger zu Vorsorgeuntersuchungen. Doch was ist mit denen, die eben nur geringere Werte bei diesen Variablen erzielen? Sie gehen also auch weniger zu Vorsorgeleistungen. Warum? Im Bezug auf das Sicherheitsmotiv kann hier keine Antwort gegeben werden, schaut man sich jedoch die Gewissenhaftigkeit an, wird deutlich, dass mit einer geringeren Gewissenhaftigkeit auch eine geringere Einschätzung der Wichtigkeit erfolgt. Hier wäre es also wichtig, den Personengruppen klar zu machen, dass Vorsorgeleistungen tatsächlich etwas zur Verbesserung der Gesundheit beitragen und etwas bewirken können. Es ist wichtig, die Personengruppen anzusprechen und die Werbung auf diese Personen zuzuschneiden, die auch nur wenig an Vorsorgeleistungen teilnehmen. Hier geht es vor allem um die wenig Gewissenhaften, die wenig Extravertierten. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Teilnahme an den sportlichen Präventionsmaßnahmen. Auch hier sollte eine genauere Aufklärung und Information der Versicherten erfolgen, um Ängste zu nehmen und deutlich zu machen, was diese Präventionsmaßnahmen erreichen können, was hier die Ziele für die Versicherten sind. So könnten für wenig extravertierte Personengruppen gerade die Sportmöglichkeiten deutlich gemacht werden, die wenig sozialen Kontakt erfordern, wie Jogging oder Fitnessprogramme für Zuhause. Doch nicht nur die Krankenkassen selbst sollten hier aktiv werden. Vielmehr gilt es auch, die Ärzte anzusprechen, denn sie sind oftmals die Vertrauenspersonen der Versicherten und in den meisten Fällen erste Anlaufstelle. Besonders am Beispiel der Rückenbeschwerden wäre es an den Orthopäden, ihre Patienten dahingehend zu schulen, ihnen deutlich zu machen, dass es durch regelmäßiges Training möglich ist, solche Symptome zu vermeiden oder doch wenigstens abzumildern. Auch die Verordnung von sonst verschriebenen Medikamenten könnte so gegebenenfalls gesenkt werden. Es gilt also, die Personen zu erreichen, die den Untersuchungen fernbleiben oder

die sie aus verschiedenen Gründen als weniger wichtig bewerten, die nur wenig die Angebote in Anspruch nehmen, die ihnen zur Verfügung gestellt werden und die vorliegende Untersuchung kann einen ersten Hinweis darauf geben, worauf in einer größer angelegten Studie durchaus noch einmal Bezug genommen werden sollte, um die genauen Ursachen zu finden. Die Persönlichkeit eines Menschen kann jedoch tatsächlich, wie hier gezeigt wird, einen Einfluss darauf nehmen, ob er an Präventions- und Vorsorgeleistungen teilnimmt oder nicht.

Wichtig ist an dieser Stelle auch zu vermerken, dass ein Umdenken des Gesundheitssystems erfolgen muss, denn nicht die Behandlung von bestehenden Erkrankungen sollte im Fokus stehen, sondern schon die Vermeidung. Denn es ist Usus, den Arzt erst dann aufzusuchen, wenn bereits Schmerzen bestehen, wenn die Erkältung bereits ausgebrochen oder das Herz bereits Probleme bereitet. Wichtiger wäre auch eine Aufklärung der Versicherten, dass es gar nicht erst so weit kommen müsste, da die Angebote da sind, um den Kreislauf oder die Muskulatur zu stärken und so Erkrankungen bereits am Entstehen zu hindern. Eine weitere Frage, die sich hier stellt, ist, ob es Sinn macht, Broschüren zu erstellen, die den Versicherten als Ratgeber dienen sollen. Die Frage, die hier an dieser Stelle nicht beantwortet werden kann ist, wie viele Versicherte überhaupt von diesen hilfestellenden Lektüren wissen und wie hilfreich sie ihnen dann tatsächlich erscheinen. Eine Möglichkeit, die weitaus erfolgversprechender erscheinen würde, wäre die persönliche Kontaktaufnahme durch die Krankenkassen über das Telefon, um so die Versicherten über ihre Möglichkeiten zu informieren. So könnten auch jene Personen erreicht werden, die den Gang zum Arzt aus Furcht scheuen oder vielleicht sogar so introvertiert sind, dass sie sich nicht trauen, nach solchen Angeboten zu fragen. Hier wäre es die Pflicht der Versicherungen eine solche Interventionsmöglichkeit ins Leben zu rufen. Vor allem auch vor dem Hintergrund, dass gerade die älteren Generationen oftmals nicht mit einem Computer umgehen können und so nicht an die Informationen kommen, die im Zuge dieser Studie gefunden wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Präventionsleistungen deutlich günstiger wären als die kostspieligen Behandlungen von bestehenden Erkrankungen und so könnten die Versicherungen selbst dafür sorgen, ihre laufenden Kosten zu senken und am Ende vielleicht sogar die Beiträge. Auch eine engere Zusammenarbeit mit den Arztpraxen wäre durchaus sinnvoll, eine Schulung der Praxisangestellten wäre denkbar, um als Gesundheitsberater fungieren zu können. Die Zeitpläne von Ärzten erlauben es oftmals nicht, ausgedehnte Gespräche mit den Patienten

zu führen und diese Aufgabe könnten dann sorgsam geschulte Angestellte übernehmen, die über die Angebote der Krankenkassen informiert sind und im günstigsten Fall auch ihre Patienten kennen. Auch so könnte auf ängstliche oder auf Sicherheit bedachte Personen besser eingegangen werden und die Teilnahme an Präventions- und Vorsorgeleistungen erhöht werden. Ein Bonussystem, wie es bereits bei der zahnärztlichen Untersuchung vorhanden ist, wäre ebenfalls denkbar, um den Ansporn, an Vorsorgeleistungen teilzunehmen, zu erhöhen. So könnten dem Gesundheitssektor am Ende eine Menge Kosten erspart bleiben und die vorhandenen Ressourcen könnten sinnvoller genutzt werden.

## 6. Literaturverzeichnis

- Amelang, M. & Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. (5. Aufl.). Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.
- Amelang, M. & Schmidt- Rathjens, C. (2003). *Persönlichkeit, Krebs und koronare Herzerkrankungen: Fiktionen und Fakten in der Ätiologieforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Asendorpf, J.B. (2009). *Persönlichkeitspsychologie*. Heidelberg: Springer
- Asendorpf, J.B. & Neyer, F.J. (2012). *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg: Springer
- Barrick, M., Mount, M. (1991). The Big Five personality dimensions and job performance: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 44(1), 1-26.
- Becker, P., Bös, K. & Woll, A. (1994) Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2 (1), 25-48
- Bubich, V. (2010). *Arbeitszufriedenheit von Medizinerinnen und Medizinern im Zusammenhang mit Persönlichkeit und Burnout*. (Diplomarbeit) Universität Wien: Wien.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2015) *Früherkennung und Vorsorge*. Bundesministerium für Gesundheit URL: <http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/leistungen/frueherkennung-vorsorgeleistungen.html> [letzter Zugriff: 14.12.2015]
- Bogg, T. & Roberts, W. (2004) Conscientiousness and health-related behaviors: a meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130 (6), 887-919. doi: 0.1037/0033-2909.130.6.887
- Deutsches Krebsforschungszentrum (2012) *Früherkennungsuntersuchungen – Krebsvorsorge*. Deutsches Krebsforschungszentrum URL: <https://www.krebsinformationsdienst.de/vorbeugung/frueherkennung/frueherkennung.php#quellen> [letzter Zugriff: 07.12.2015]
- Dlugosch, G. & Krieger, W. (1995) *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens – Handanweisung*. Frankfurt: Swets Test Services
- Fehr, .T. (2006). *Big Five : Die fünf grundlegenden Dimensionen der Persönlichkeit und ihre 30 Facetten*. Offenbach: Gabal.

- gbe-bund (2016). *Häufigste Diagnosen in Prozent der Behandlungsfälle in Arztpraxen in Nordrhein*. gbe-bund URL: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd\\_init?gbe.isgbetol/xs\\_start\\_neu/&p\\_aid=3&p\\_aid=36900631&nummer=638&p\\_sprache=D&p\\_indsp=-&p\\_aid=47700015](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/dboowasys921.xwdevkit/xwd_init?gbe.isgbetol/xs_start_neu/&p_aid=3&p_aid=36900631&nummer=638&p_sprache=D&p_indsp=-&p_aid=47700015) [letzter Zugriff: 10.01.2016]
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2015) *Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL)* Bundesanzeiger
- Gerlitz, J.-Y., Schupp, J. (2005). *Zur Erhebung der Big-Five-basierten Persönlichkeitsmerkmale im SOEP*. Berlin: Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung
- Gerrig, R.J. & Zimbardo, P.G. (2008). *Psychologie*. München: Pearson Studium
- GKV Spitzenverband (2015). *Die gesetzlichen Krankenkassen*. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen URL: [https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung\\_grundprinzipien/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen/alle\\_gesetzlichen\\_krankenkassen.jsp](https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenversicherung_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp) [letzter Zugriff: 07.12.2015]
- Goldberg, L.R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality Lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2(1), 141-165
- Hafen, M. (2002). *Das weite Feld von Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Infodrog
- Herrmann, T. (1991). *Lehrbuch der empirischen Persönlichkeitsforschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Huber, K. (2014). *Zusammenhänge zwischen Persönlichkeit, Stresserleben und Gesundheitsverhalten – eine empirische Studie mit Studierenden*. Universität Koblenz-Landau, Landau
- Hurrelmann, K., Klotz, T. & Haisch, J. (2007) *Prävention und Gesundheitsförderung* (2. Aufl.). Bern: Huber.
- Korotkov, T. & Hannah, E. (2004) The Five-Factor Model of Personality: strengths and limitations in predicting health status, sick-role and illness behaviour. *Personality and Individual Differences*, 36 (1), 187-199. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00078-3
- Klotz, T., Haisch, J. & Hurrelmann, K. (2006). *Prävention und Gesundheitsförderung: Ziel ist anhaltend hohe Lebensqualität*. *Deutsches Ärzteblatt*, 103(10), 606-609.

- Maas, H. & Spinath, M. (2012). Persönlichkeit und Gesundheit – Ein Zwillingsstudie zur Betrachtung möglicher Mediatoren. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 20 (3), 129-140. doi: 10.1026/0943-8149/a000071
- Marquardt, K., Büttner, HH., Broschewitz, U., Barten, M & Schneider, V. (2011) Persistent carcinoma in cervical cancer screening: Non-participation is the most significant cause. *Acta Cytologica*, 55, 433–437. doi: 10.1159/000331811
- Nebling, T. (2010) *Kompetent als Patient*. Hamburg: Techniker Krankenkasse
- Ostendorf, F. & Angleitner, A. (2003). *NEO-Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae, Revidierte Fassung (NEO-PI-R). Manual*. Göttingen: Hogrefe
- Prettnner, S. (2013). *Einfluss von Geschlecht und Persönlichkeit auf das menschliche Verhalten während einer Spielsituation mit Haushunden (Canis familiaris)*. (Diplomarbeit) Universität Wien, Wien.
- Raspe, H., (2012). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 53, Rückenschmerzen*. Berlin: Robert Koch Institut
- Renneberg, B. & Hammelstein, P., (2006). *Gesundheitspsychologie*. Heidelberg: Springer
- Robert Koch-Institut (Hrsg) (2010). *Verbreitung von Krebserkrankungen in Deutschland. Entwicklung der Prävalenzen zwischen 1990 und 2010. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Robert Koch Institut, Berlin
- Satow, L. (2012) *Big-Five-Persönlichkeitstest (B5T): Test- und Skalendokumentation*. Online im Internet: URL: <http://www.drsatow.de>.
- Schneider, V. (2011) Gynäkologische Krebsvorsorge in Deutschland – Gegenwärtiger Stand. *Pathologie* 2012, 33, 286-292. doi: 10.1007/s00292-012-1579-7
- Schneider, W. (2006) Gesundheitsverhalten und präventive Interventionen – ausgewählte psychologische Aspekte. *Psychotherapeut*, 51, 421-432. doi: 10.1007/s00278-006-0513-y
- Schmid, D. (2000). Zusammenhang von Persönlichkeit, führungsverhalten und Erfolg von Fitnesscenter-Managern (Dissertation) Universität Göttingen, Göttingen.
- Schorn, M. (2011). Zum Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und arbeitsbezogenem Bewältigungsverhalten bei Personen in helfenden Berufen (Magisterarbeit) Universität Wien, Wien.

- Siverding, M. (2000). Risikoverhalten und präventives Verhalten im Geschlechtervergleich: Ein Überblick. *Zeitschrift für medizinische Psychologie: Organ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie (DGMP)*, 9(1), 7-16.
- Smith, T. (2006). Personality as Risk and Resilience in Physical Health. *Current Directions in Psychological Science*, 15 (5), 227-231. doi: 10.1111/j.1467-8721.2006.00441.x
- Starker, A., Bertz, J. & Saß, A.-C. (2010) *Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen*. Berlin: Robert Koch Institut
- Starker, A. & Saß, A.-C., (2013). *Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie der Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGSI)*. *Bundesgesundheitsblatt*, 56, 858-867. doi: 10.1007/s00103-012-1655-4
- Statistisches Bundesamt (2014). *Gesundheit - Todesursachen in Deutschland*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt
- Stemper, T. (2014). Wie funktioniert der § 20 SGB V? *Fitness und Gesundheit*, (3-2014), 68-71.
- Techniker Krankenkasse (2015). *Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung*. URL: <https://www.tk.de/tk/leistungen-a-z/z/zahnaerztliche-vorsorge/23916> [letzter Zugriff: 10.12.2015]
- WHO (Weltgesundheitsorganisation) (1948). *Präambel zur Satzung*. Genf: WHO.
- Wortmann, C. & Dunkel-Schetter, C. (1979) Interpersonal Relationships and Cancer: A Theoretical Analysis. *Journal of Social Issues*, 35 (1), 120-155.
- ZENTRALINSTITUT für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (2008). *Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen*. Berlin: Zentralinstitut.
- Wirtz, A (2014). *Dorsch – Lexikon der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe

## Anhang A (Tabellen)

**Tabelle A.1**

*Deskriptive Auswertung der Persönlichkeitsmerkmale der Big Five und dem Sicherheitsmotiv*

Persönlichkeitsmerkmal	Deskriptive Auswertung Persönlichkeitsmerkmale				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Summe Neurotizismus	83	23,50	5,394	12	37
Stanine Neurotizismus	83	4,46	1,417	1	8
Summe Extraversion	83	26,59	4,732	14	37
Stanine Extraversion	83	5,19	1,678	1	9
Summe Gewissenhaftigkeit	83	27,46	3,376	17	34
Stanine Gewissenhaftigkeit	83	5,37	1,420	2	8
Summe Offenheit	83	26,33	4,491	17	37
Stanine Offenheit	83	3,86	1,719	1	8
Summe Verträglichkeit	83	31,63	3,611	22	40
Stanine Verträglichkeit	83	5,35	1,707	1	9
Summe Sicherheit	83	18,40	3,565	6	24
Stanine Sicherheit	83	5,63	1,949	1	9

Anm: N = Gesamtstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = kleinster erreichter Wert; Max = größter erreichter Wert

**Tabelle A.2**

*Deskriptive Auswertung der Persönlichkeitsmerkmale des Gesundheitsverhaltens*

Inanspruchname	Deskriptive Auswertung Gesundheitsverhalten				
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>
Vorsorgeleistungen	83	3,39	1,360	1	5
Summe Sport	83	7,93	3,185	3	15
Selbst finanzierte Vorsorge	83	2,71	1,348	1	5
Einschätzung Vorsorge	83	4,06	1,075	1	5

Anm: N = Gesamtstichprobe; M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; Min = kleinster erreichter Wert; Max = größter erreichter Wert

**Tabelle A.3**

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen Neurotizismus und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Neurotizismus	1.00	.281**	-.047	.219*	-.289**
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**	.436**	-.073
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00	.320**	.134
(4) Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen				1.00	.048
(5) Sportliche Tätigkeiten zur Prävention					1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig). \* =  $p < .05$  (einseitig).

**Tabelle A.4**

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen Gewissenhaftigkeit und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Gewissenhaftigkeit	1.00	.375**	.228*	.033	.085
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**	.436**	-.073
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00	.320**	.134
(4) Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen				1.00	.048
(5) Sportliche Tätigkeiten zur Prävention					1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig). \* =  $p < .05$  (einseitig)

**Tabelle A.5**

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen Extraversion und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Extraversion	1.00	-.099	.081	.123	.355**
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**	.436**	-.073
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00	.320**	.134
(4) Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen				1.00	.048
(5) Sportliche Tätigkeiten zur Prävention					1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig).

**Tabelle A.6**

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen dem Sicherheitsmotiv und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Sicherheitsmotiv	1.00	.345**	.080	.264**	-.169
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**	.436**	-.073
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00	.320**	.134
(4) Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen				1.00	.048
(5) Sportliche Tätigkeiten zur Prävention					1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig).

### Tabelle A.7

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen  
Verträglichkeit und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)
(1) Verträglichkeit	1.00	.111	.224*
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig). \* =  $p < .05$  (einseitig).

### Tabelle A.8

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen Offenheit  
und Präventionsverhalten*

	(1)	(2)	(3)
(1) Offenheit	1.00	-.179	.213
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig).

**Tabelle A.9**

*Bivariate Korrelation nach Spearman zwischen Alter und Gesundheitsverhalten*

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
(1) Alter	1.00	.433**	.214	.339**	-.133
(2) Teilnahme Vorsorgeleistungen		1.00	.430**	.436**	-.073
(3) Bewertung der Wichtigkeit von Vorsorgeleistungen			1.00	.320**	.134
(4) Teilnahme an selbst finanzierten Vorsorgeleistungen				1.00	.048
(5) Sportliche Tätigkeiten zur Prävention					1.00

Anm.: \*\* =  $p < .01$  (zweiseitig).

## Anhang B (Fragebogeninstruktion)

### Umfrage für Bachelorarbeit

Sehr geehrte Teilnehmerin, sehr geehrter Teilnehmer,

Mein Name ist Carina Neppe und ich führe im Rahmen meiner Bachelorarbeit im Fachbereich Psychologie an der H:G Berlin (Hochschule für Gesundheit und Sport, Technik und Kunst) eine Umfrage durch. Meine Arbeit beschäftigt sich mit dem Zusammenhang zwischen der Persönlichkeit und dem Inanspruchnahmeverhalten von Präventions- und Vorsorgeleistungen im Gesundheitsbereich. Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie sich 20 Minuten Zeit nehmen würden, um die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Daten werden dabei selbstverständlich **anonym** und streng vertraulich behandelt und nur zu den Forschungszwecken meiner Arbeit verwendet. Bitte beantworten Sie die Fragen **ehrlich** und **vollständig**, um eine Verzerrung der Ergebnisse zu vermeiden.

Mindestalter für die Teilnahme: 18 Jahre

Optional: Im Anschluss werfen Sie den Fragebogen bitte bei Kubieziel (Paul-Junius-Straße 46) in den Briefkasten.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Alter: \_\_\_\_\_

Geschlecht:     männlich                       weiblich

Familienstand:             ledig  
    in einer Beziehung  
    verheiratet  
    verwitwet  
    geschieden

Kinder :             nein                                       ja

## Anhang C (Auszug aus dem FEG – Traditionelles Gesundheitsverhalten)

### Umgang mit Gesundheit und Krankheit

84. Es folgen einige Fragen, die Ihren Umgang mit Gesundheit und Krankheit betreffen.

	nie	sehr häufig
Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen und zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?	1	5
Versuchen Sie, Ihre Abwehrkräfte zu stärken, indem Sie bestimmte Präparate einnehmen (z.B. Vitamintabletten, Knoblauchpillen, immunstärkende Mittel o.ä.)?	1	5
Ergreifen Sie bestimmte Maßnahmen, um sich vor Krankheiten zu schützen (z.B. bei Kälte warm anziehen, regelmäßiger Saunabesuch, Hygienemaßnahmen o.ä.)?	1	5
Waren Sie im letzten halben Jahr in ärztlicher Behandlung?	1	5
Haben Sie im letzten halben Jahr vom Arzt verordnete Medikamente (mit Ausnahme der Pille) eingenommen?	1	5
Haben Sie im letzten halben Jahr selbst-verordnete Medikamente eingenommen?	1	5
Fühlen Sie sich körperlich robuster als die meisten Leute in Ihrer Umgebung?	1	5
Kommen Sie nach einer Erkrankung relativ schnell wieder auf die Beine?	1	5
Erwischt Sie im Frühjahr und im Herbst regelmäßig die Grippe?	1	5
Meistern Sie Stresssituationen, ohne anschließend gesundheitlich angegriffen zu sein?	1	5
Bleiben Sie gesund, auch wenn alle anderen zu Hause oder am Arbeitsplatz husten und niesen?	1	5

## **Ehrenwörtliche Erklärung**

Ich versichere hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und keine anderen als die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen benutzt habe.

Alle Passagen, die wörtlich oder sinngemäß aus veröffentlichten oder noch nicht veröffentlichten Quellen entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Zeichnungen oder Abbildungen in dieser Arbeit sind von mir selbst erstellt worden oder mit einem entsprechenden Quellennachweis versehen.

Die Arbeit hat noch nicht in gleicher oder ähnlicher Form oder auszugsweise im Rahmen einer anderen Prüfung dieser oder einer anderen Prüfungsinstanz vorgelegen.

Ich bin mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird.

Fredersdorf, den 05.02.2016