

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:44–49  
<https://doi.org/10.1007/s11553-021-00921-1>  
Eingegangen: 25. Juni 2021  
Angenommen: 26. Oktober 2021  
Online publiziert: 30. November 2021  
© Der/die Autor(en) 2021



Nina Krüger<sup>1</sup> · Birgitt Killersreiter<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medizin- und Gesundheitspädagogin mit Schwerpunkt Gesundheitspsychologie, Wermelskirchen, Deutschland

<sup>2</sup> FOM Hochschule für Oekonomie und Management, Köln, Deutschland

# Gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen in der nachberuflichen Lebensphase

**Neugestaltung der Lebenssituation und ein Gewinn an Freizeit verstärken nach der Erwerbstätigkeit häufig den Wunsch nach Gesundheit und Lebensqualität. Vor dem Hintergrund demografischer Veränderungen besteht neben dem individuellen auch ein volkswirtschaftliches Interesse an der Erhaltung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit. Doch wie können gesundheitsbezogene Verhaltensabsichten zu einer erfolgreichen Änderung des Lebenswandels führen? Diese Forschungsarbeit bietet interessante Impulse für Menschen im Ruhestand und Entwickler\*innen von unterstützenden Interventionen.**

## Hintergrund und Fragestellung

Im Kontext von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention bestehen zahlreiche Möglichkeiten zur individuellen Steigerung des Wohlbefindens sowie zur Erhaltung der Gesundheit. Neben dem Aufbau von Widerstandsressourcen [6] liegt dabei ein weiterer Fokus auf der Analyse und Vermeidung von Risikofaktoren [11]. Mit höherem Alter steigt die Eintrittswahrscheinlichkeit (Prävalenz) für Erkrankungen. Unter anderem erhöht sich die Gefahr für Leiden wie Arthrose, Diabetes mellitus, Herzinsuffizienz und demenzielle Erkrankungen [5]. Vor diesem Hintergrund kann jeder selbstverantwortlich im Rahmen seiner Möglichkeiten einen Beitrag zugunsten der eigenen Verfassung leisten. Neben regelmäßiger körperlicher Aktivität [2],

ausgewogener Ernährung [2], einer Reduzierung psychoaktiver Substanzen [8], einer Verbesserung der Schlafqualität [4] und der Gestaltung eines sozialen Netzwerks [13] bilden auch Vorsorgeuntersuchungen [3] und die Einhaltung von Behandlungsvorgaben einige der Handlungsfelder ab.

Gesundheitsorientierte Lebensweise wird im Alltag nicht immer bewusst praktiziert oder es mangelt an der Entwicklung von Ideen. Daher wurde aus der Perspektive von Personen in der nachberuflichen Lebensphase sowohl nach Aspekten gesucht, die als fördernd wahrgenommen wurden, als auch nach subjektiv hemmenden Faktoren sowie nach möglichen individuellen Bewältigungsstrategien. Aus diesen Vorüberlegungen ergaben sich folgende Forschungsfragen: „Wodurch könnten die Initiierung und die Aufrechterhaltung einer gesundheitsfördernden Verhaltensänderung positiv beeinflusst werden?“ und „Welche Barrieren könnten der Initiierung und der Aufrechterhaltung entgegenstehen und wie könnten diese Barrieren abgebaut werden?“.

## Studiendesign und Untersuchungsmethoden

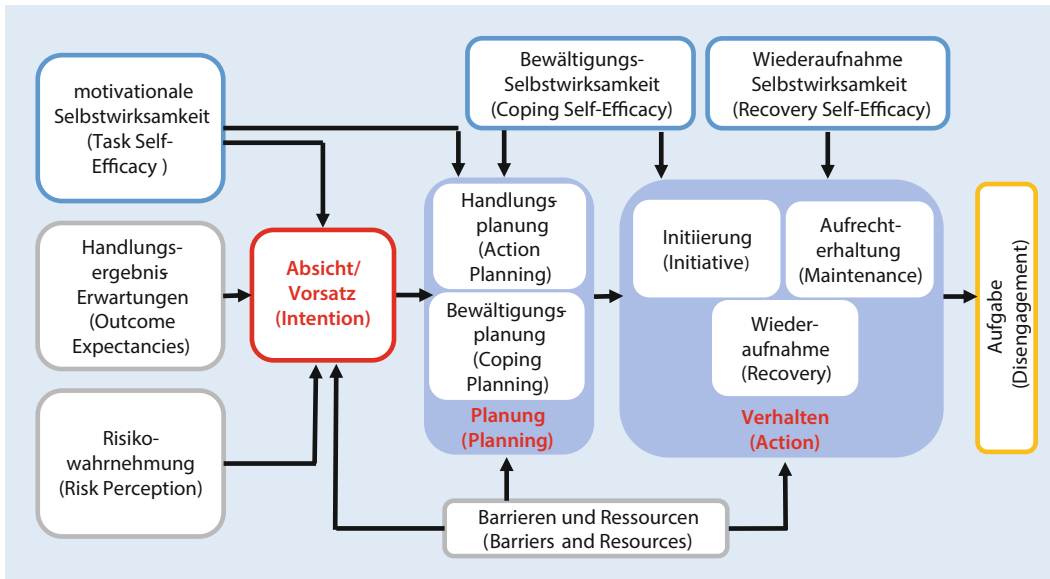
Zur Hypothesengewinnung und Theoriebildung erfolgte eine Face-to-face-Befragung in Form einer qualitativen Datenerhebung mit explorativem Forschungsdesign [18].

## Stichprobe

Als Grundgesamtheit wurden in Deutschland lebende Personen in ihrer nachberuflichen Lebensphase im Alter zwischen 63 und 75 Jahren interviewt, die ihren Tagesablauf ohne fremde Hilfe bewältigen konnten. Die Festlegung der theoretischen Stichprobe erfolgte deduktiv (Top-down-Verfahren). Zur Rekrutierung wurden Personen aus dem weiteren Bekanntenkreis per Zufallsprinzip auf ihre Bereitschaft zur Interviewteilnahme angesprochen. 6 von 8 angefragten Personen erklärten sich bereit, an der Studie teilzunehmen. Hiervon waren 3 weiblich im Alter von 65, 68 und 72 Jahren und 3 männlich im Alter von 66, 68 und 72 Jahren. Alle angesprochenen Personen besaßen die deutsche Staatsangehörigkeit, wohnten mit ihren Lebenspartnern zusammen in häuslicher Gemeinschaft in mittel- und großstädtischen Eigentümshäusern und hatten erwachsene Kinder. Während ihrer Erwerbsphasen arbeiteten sie in folgenden Funktionen: Sekretärin/Assistentin, Sekretärin/Hausfrau, Sekretärin, Vertrieb und Außendienstmitarbeiter, Vertriebsleiter und Abteilungsleiter.

## Datenerhebung

Zur Erhebung verbaler Daten kamen halbstandardisierte, problemzentrierte Leitfadenterviews zum Einsatz. Der dazugehörige Leitfaden wurde vorab durch Pre-Tests auf Verständlichkeit und Durchführbarkeit geprüft. Er enthielt 10 offene, narrative Fragen, bei denen die



**Abb. 1** ◀ HAPA-Modell. (Eigene Darstellung in Anlehnung an Schwarzer [16])

Teilnehmenden der Studie die Möglichkeit erhielten, über vergangene oder künftige Gesundheitsziele zu berichten. Aufgrund offener Fragestellungen bestand dabei bewusst keine Festlegung auf ein bestimmtes Handlungsfeld, wie beispielsweise körperliche Aktivität. Nach informierter Einwilligung und unter Zusicherung der Anonymisierung personenbezogener Daten betrug die Dauer der Face-to-face-Interviews zwischen 20 und 35 min. Dabei wurden die Ergebnisse in Form audiotiver Dateien gesichert, welche anschließend wortgenau in schriftliches Material transkribiert wurden.

## Analyseinstrumente

Im Anschluss an die Datengewinnung erfolgte die Auswertung der Ergebnisse systematisch und regelgeleitet auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [14]. Hierzu bildete ein deduktiv angelegtes Kategoriensystem die Grundlage, welches sich aus den Variablen des HAPA-Modells (Health Action Process Approach model [16]) zusammensetzte (▣ Abb. 1).

Modelle des Gesundheitsverhaltens dienen zur Entschlüsselung entscheidender Einflussfaktoren, die nachweislich zur Bildung von Verhaltensabsichten beitragen können [12]. Hierfür werden sowohl lineare Modelle zugrunde gelegt (z. B. Health Belief model, Theory of

Planned Behavior, Protection Motivation Theory) als auch Stadien- bzw. Stufenmodelle (z. B. Transtheoretical model, Motivations-Volitions-Prozessmodell; [10]). Das für die Einordnung der generierten Aussagen gewählte HAPA-Modell [17] kombiniert stadientheoretische Annahmen mit den Einflussfaktoren linearer Modelle. Hierin laufen kontinuierliche Prozesse der Selbstkontrolle ab und es tauchen immer wieder Barrieren und Ressourcen auf, die sich auf Intention, Planung und Handeln auswirken. Subjektive Überzeugungen steuern dabei kognitive, emotionale, aktionale und motivationale Denkprozesse.

Analog zu diesem Modell wurde ein Kodierleitfaden erstellt, in welchem die beeinflussenden Variablen als Kategorien definiert (Explikation) und mit Kodierregeln sowie typischen Beispielaussagen versehen wurden. Der explizite Sprachinhalt der Interviews wurde in Analyseeinheiten unterteilt, paraphrasiert, generalisiert und im Hinblick auf die Forschungsfragen den vorab definierten Kategorien zugeordnet (▣ Tab. 1).

## Ergebnisse

Alle Befragten hatten Vorerfahrungen mit gesundheitsfördernden Maßnahmen und diese in der Vergangenheit teilweise erfolgreich umgesetzt, z. B. Maßnahmen für einen Nikotinentzug eingeleitet oder Ernährungs- und Bewegungsge-

wohnheiten optimiert. Einige achteten generell verstärkt auf eine ausgewogene Ernährung und körperliche Aktivität: „Man hat jetzt mehr Freizeit und kann wesentlich besser für sich selber disponieren, um gesundheitlich etwas für sich persönlich zu tun. Und das ist genau das, was ich auch mache.“ Anderen war die Sinnhaftigkeit zwar bewusst, jedoch fiel ihnen die regelmäßige Ausführung schwer: „Ich gehe ganz selten mal aufs Fahrrad im Dachgeschoss.“

Bezogen auf Verhaltensänderungen zeigte sich als besonders interessant, dass die Ausprägung der Veränderungsabsicht, also der selbstbestimmte Handlungsentschluss als Grad der Motivation, den offenbar einflussreichsten Treiber darstellte, um Vorhaben anzustoßen und längerfristig zu realisieren. Dies wurde von den Interviewten unter anderem mit dem Umlegen eines Schalters oder dem Ziehen eines Schlusstrichs bezeichnet: „Ich wollte immer aufhören zu rauchen. Nur muss im Kopf ein Schalter umgelegt werden oder es muss ein Anlass da sein, der einen dazu bewegt.“ Informationsbeschaffung zu Gesundheitsthemen über Internet und TV, Wissen um gesundheitsschädigendes Verhalten sowie Ursachen zu (teils eingetretenen) Erkrankungen unterstützten den Veränderungsprozess und deuten auf eine ausreichende Risikowahrnehmung hin. Die Befragten entwickelten eine grobe Vorstellung darüber, welche Maßnah-

men sie ergreifen und wie sie diese umsetzen wollten. Bewegungsziele wurden an individuell passenden Aktivitäten orientiert, die Spaß bereiten: „Tanzen ist für mich nicht anstrengend, sondern macht mir Freude.“ Anspornende Beweggründe als selbstkonzeptionelles Motiv bildeten sich bei den Männern u. a. in der Verbesserung ihrer Atmung oder dem Erhalt ihrer Muskelmasse ab, bei den Frauen v. a. in der Sicherung ihrer Attraktivität. So stellten sich in der Selbstwirksamkeitseinschätzung Stolz (Ziel erreicht), Freiwilligkeit (selbstbestimmter Handlungsentschluss ohne äußere Zwänge) und Zuspruch/Unterstützung durch Angehörige/Sozialkontakte als herausragende motivationale Faktoren heraus.

Lebensereignisse oder situative Gelegenheiten konnten zudem eine Lebensstilveränderung anstoßen. So führte etwa die Diagnose einer Venenverengung, eine durch Krankenhausaufenthalt erzwungene Nikotinabstinenz oder die von außen angestoßene Anmeldung zu hypnotherapeutischen Verfahren zu dem Entschluss, den Nikotingenuss endgültig zu beenden. Eine Person schilderte das Konstatieren der plötzlich nicht mehr passenden Kleidergröße als Auslöser für ihre enorme Gewichtsreduktion. Stabilisierung von Gesundheit und Beweglichkeit, Attraktivität und Kosteneinsparung (etwa durch Nikotinverzicht) zeigten sich somit als Handlungsergebniserwartung.

Als Barrieren kristallisierten sich anderweitige Verpflichtungen, die Zeit und Energie erfordern, wie z. B. ein zu großer Anstrengungsaufwand, Antriebslosigkeit, körperliche Eingeschränktheit und ein unterschätzter Handlungsbedarf bei (noch) nicht vorhandenen Beschwerden heraus. Des Weiteren behinderten temporäre Rückschläge, eingefahrene Gewohnheiten, mangelnde Bereitschaft, auf positive Reize zu verzichten, die Befürchtung negativ bewerteter Nebeneffekte, emotional belastende Situationen (z. B. Unfall) sowie limitierende Einflüsse durch Ärzte (negative Prognosen, unkonkrete Aufklärung) die Fortführung von Maßnahmen. Zur Minimierung solcher Barrieren wurden unterschiedliche Strategien genannt. Aktive Gewohnheitsbildung und Erhöhung des Spaßfaktors

Präv Gesundheitsf 2023 · 18:44–49 <https://doi.org/10.1007/s11553-021-00921-1>  
© Der/die Autor(en) 2021

N. Krüger · B. Killersreiter

## Gesundheitsbezogene Verhaltensänderungen in der nachberuflichen Lebensphase

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Im Anschluss an die Erwerbszeit gestaltet sich das Gesundheitsverhalten bei Menschen im Ruhestand unterschiedlich. Doch welche Möglichkeiten bestehen aus Sicht der Betroffenen, um gesundheitsrelevante Veränderungsabsichten leichter umzusetzen? Und wie können daraus neue Gewohnheiten etabliert werden?

**Methodik.** Im August 2020 erfolgte die Datenerhebung im Rahmen einer qualitativen Forschung durch Face-to-face-Interviews mit deduktiv ausgewählten Personen in der nachberuflichen Lebensphase. Das gewonnene Material wurde systematisch und regelgeleitet auf Basis der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet. Zur Orientierung diente ein Kodierleitfaden in Anlehnung an das HAPA-Modell (Health Action Process Approach model).

**Ergebnisse.** Die Aussagen der Befragten deuten auf eine starke Absichtsbildung als bedeutendsten Vorhersagewert für eine längerfristige Durchführung von gesundheitsfördernden Handlungen hin. Weitere Verstärker zeigen sich in

der selbstbestimmten Schaffung neuer Gewohnheiten, der Visualisierung von Vorteilen, einem Barrierenmanagement, Erfolgserlebnissen, Ersatzbefriedigungen und individuellen Handlungsplänen, die auch Freude bereitende Aspekte beinhalten.

**Schlussfolgerung.** Unter Beachtung mehrerer beeinflussender Faktoren könnten die Erfolgsaussichten bei selbstgesteckten Gesundheitszielen wirksam erhöht werden. In Eigenregie oder gemeinschaftlich erstellte Konzepte würden dabei als Verstärker wirken. Zu diesem Zweck könnte ein niedrigschwelliges Seminarangebot unterstützend zur Verfügung gestellt und ggf. in Kooperation mit Ärzt\*innen, Krankenhäusern oder Rehabilitationseinrichtungen forciert werden. Auch situative Einflüsse scheinen die Absichtsbildung zu beeinflussen und sollten daher in das HAPA-Modell (Health Action Process Approach model) integriert werden.

### Schlüsselwörter

Gesundheitsverhalten · Ruhestand · Förderfaktoren · Barrieren · HAPA-Modell

## Health-related behavioral changes in the post-occupational phase of life

### Abstract

**Background.** After retirement, the health behavior of retired people varies. But from the point of view of those affected, what possibilities exist to make it easier to implement health-related change intentions? And how can new habits be established as a result?

**Methods.** In August 2020, data were collected as part of a qualitative research study in face-to-face interviews with deductively selected individuals in the post-professional phase of life. The material obtained was analyzed systematically and rule-guided on the basis of qualitative content analysis according to Mayring. A coding guide based on the HAPA model (Health Action Process Approach model) served as orientation.

**Results.** Respondents' statements indicate strong intention formation as the most significant predictor of longer-term performance of health-promoting actions. Other reinforcers

show up in self-determined creation of new habits, visualization of benefits, barrier management, feelings of success, substitute satisfactions, and individual action plans that include enjoyment aspects.

**Conclusions.** By paying attention to several influencing factors, the likelihood of success with self-imposed health goals could be effectively increased. Self-directed or collaborative concepts would act as reinforcers. For this purpose, a low-threshold seminar offer could be made available in a supportive manner and, if necessary, pushed in cooperation with physicians, hospitals or rehabilitation facilities. Situational influences also seem to affect intention formation and should therefore be integrated into the HAPA model.

### Keywords

Health behavior · Retirement · Promoting factors · Barriers · HAPA model

Tab. 1 Kategoriendefinitionen und Ankerbeispiele		
Kategorie	Definition	Ankerbeispiel
Gesundheit	Voraussetzung für Zufriedenheit ohne starke körperliche und psychische Leistungseinbußen	„Jetzt möchte ich meine Gesundheit erhalten, damit ich viele Dinge noch lange tun kann.“
Selbstwirksamkeit	Überzeugung, neue oder schwierige Anforderungen mithilfe eigener Kompetenzen und Fähigkeiten erfüllen. bzw. bewältigen zu können	„Im Moment habe ich nicht den Eindruck, dass ich es schaffe abzunehmen.“ „Wenn ich etwas will, zweifle ich nicht, sondern ziehe es durch. Dann klappt es auch.“
Handlungsergebnis-Erwartung	Vorstellung darüber, welche Konsequenzen eine durchgeführte oder unterlassene Handlung nach sich ziehen wird	„Regelmäßiges Tanzen wird meine Beweglichkeit und die Gesundheit meines Herzens erhalten.“
Risiko-wahrnehmung	Abwägen und subjektive Bewertung von Risiken, welche mit einem geplanten oder unterlassenen Handeln verbunden sind	„Ich möchte weiterhin weniger Fett und Zucker essen, das ist ja auch gefährlich.“
Vorsatz/Absicht	Anstrengungsbereitschaft einer Person, ein als positiv bewertetes Ziel zu erreichen	„Ich muss das schaffen! Ich möchte nicht noch eine Kleidergröße mehr haben!“
Handlungsplanung	Spezifizierung einer allgemeinen Absicht in mehr oder weniger detaillierte Verhaltenskonzepte	„Bei schönem Wetter plane ich Radtouren, ansonsten laufe ich täglich 8–11 km.“
Barrieren	Hemmnisse, hindernde Faktoren und Schwierigkeiten, die die Erreichung des Verhaltensziels erschweren	„Früher bin ich um die Talsperre gejoggt. Das geht jetzt nicht mehr aufgrund meiner Hüfte und meines Fußes.“
Bewältigungsplanung	Einbeziehen von Vorüberlegungen zur Selbstregulation Strategien zur Abschirmung negativer Einflüsse	„Jedes Mal, wenn ich das Verlangen nach einer Zigarette hatte, habe ich mich 5 min hingelegt und mir gesagt, dass das nicht geht.“
Gewohnheitsbildung	Regelmäßige, automatisierte Durchführung eines Verhaltens	„Es wurde auf jeden Fall leichter. Auch durch den Erfolg, den ich durch die Umstellung meiner Ernährung hatte.“
Soziale Einflüsse	Ressourcen in Form von emotionaler Unterstützung, Lob, Zuspruch und hilfreichen Informationen von außen	„Wenn man Komplimente bekommt, ist man stolz.“
	Negative Einflüsse durch andere Personen	„Wenn die Ärzte sagen würden, es wird besser, wenn ich jeden Tag daran arbeite, dann würde ich das auch tun.“

durch neue Erlebnisse und Eindrücke seien nach Angaben der Befragten hilfreiche Faktoren, um das gesundheitsfördernde Handeln zu automatisieren: „Ich brauche das. Das Laufen ist bei mir ein ganz festes Ritual und meistens auch die Uhrzeit.“ Auch ein Ausgleich für den Verzicht auf Zigaretten oder bestimmte Nahrungsmittel durch Befriedigung sonstiger Bedürfnisse in Form von materiellen Gütern (z. B. E-Bike, neue Kleidung) trugen zur Stärkung des Durchhaltevermögens bei. Außerdem beugten Smartwatches einem Einbruch bei der Zielverfolgung zusätzlich vor, wenn diese zur Kontrolle von Leistungsvorhaben eingesetzt wurden. Überdies erwies sich der Einsatz hypnotherapeutischer Verfahren als zweckmäßig, sofern diese neben einer Verstärkung der Umsetzungsabsicht zur Abschirmung von Barrieren herangezogen wurden.

## Diskussion

Aus den Ergebnissen geht hervor, dass der selbstbestimmte Handlungsentschluss zur Bildung der erforderlichen Willens-

kraft [9] u. a. durch den Erhalt gezielter Informationen zu gesundheitlichen Themen gefördert wurde. Daraus ergibt sich, dass einer gefestigten Absicht offenbar zunächst die bewusste Auseinandersetzung mit Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention vor dem Hintergrund persönlicher Möglichkeiten, Bedürfnissen und Interessen vorausgehen muss. Deutlich wurde dies u. a. dadurch, dass das Wunschselbstbild, also das Selbstideal [1], hinterfragt und der imaginäre Zielzustand scheinbar als „Motor“ zur Verwirklichung von Intentionen genutzt wurde. In einem subjektiven Abwägungsprozess konnten mögliche Vorteile und Perspektiven (z. B. Verbesserung persönlicher Leistungsfähigkeit oder Attraktivität) visualisiert werden.

Auch kann nach Angaben der Befragten ein individueller Spaßfaktor einen entscheidenden Beitrag zur Initiierung und überdauernden Umsetzung von Absichten leisten. Es scheint also hilfreich, positive Emotionen an die Verhaltensänderung zu knüpfen. Freude bereiten neben interessenorientierten Handlungen auch Erfolgserlebnisse oder Er-

satzbefriedigungen. Die Motivation zum Weitermachen wurde hierdurch offensichtlich angetrieben. Zuspruch, Lob und Mitwirkung des sozialen Umfelds könnten nach Angaben der Befragten zusätzlich als Selbstwirksamkeitsverstärker betrachtet werden. Mit Bezug auf die Ergebnisse lässt sich außerdem ableiten, dass neben einem aktiven Barrierenmanagement auch die selbstbestimmte Gewohnheitsbildung Beachtung finden sollte [7]. Diese Erkenntnisse könnten im Rahmen aktivierender, niedrigschwelliger Gesundheitsseminare je nach Milieugruppe in Volkshochschulen oder ähnlichen leicht zugänglichen Institutionen eingesetzt werden. Auch private Zusammenschlüsse von Gleichgesinnten sind denkbar. Unter Beachtung eines individuellen Barrierenmanagements könnten hierbei Informationen vermittelt und Strategien entwickelt werden. Alleinstehende oder Personen, deren Partner weniger Interesse an bestimmten Themen haben, würden zudem von der erwähnten sozialen Unterstützung durch Gruppenangebote profitieren [13].

Eine motivationshemmende Wirkung entstand bei einer der Befragten durch die negative Prognose eines behandelnden Arztes im Hinblick auf deren künftige Leistungsfähigkeit. Diese war vor ihrer plötzlichen Erkrankung sportlich aktiv und bis zu besagtem Arztgespräch davon überzeugt, es auch künftig wieder sein zu können. Offensichtlich wäre es im Rahmen der ärztlichen Versorgung sinnvoll, die Patient\*innen aktiv zu gesundheitsfördernden Handlungen zu ermutigen, wie dies bereits an vielen Stellen geschieht. Unter Berücksichtigung geschlechts-, bzw. interessenspezifischer Kriterien könnte dahingehend eine gezielte Vermittlung zu Gesundheitskursen/-seminaren über Ärzt\*innen, Krankenhäuser oder Reha-Zentren erfolgen.

Im HAPA-Modell [16, 17] sind situative Einflüsse in der Willensphase beschrieben. Die Teilnehmenden der Studie berichteten jedoch zusätzlich von situationsbedingten Handlungsimpulsen, welche in der motivationalen Phase zur Initiierung ihrer teilweise bereits über einen längeren Zeitraum bestehenden Absichten führten. Demnach wären in diesem Modell situative Einflüsse (Umgebungsveränderung, plötzliche Beeinträchtigung des Handlungsspielraums, Neugestaltung der Lebenssituation etc.) sinnvolle Ergänzungsvariablen auch bei der Absichtsbildung. So könnte gerade der Eintritt in den Ruhestand ein Anstoß für Wandlung sein. Infolgedessen dürfte die gezielte Entwicklung persönlicher Kompetenzen im Sinne der Gesundheit den Adaptionsprozess an den neuen Lebensabschnitt und damit die allgemeine Lebenszufriedenheit unterstützen.

## Limitationen

Die Anwendung wissenschaftlicher Gütekriterien ist bei qualitativen Forschungen nur bedingt möglich [15]. Mit Hilfe der Intersubjektivität, einer Vergrößerung der Stichprobe sowie der Betrachtung unterschiedlicher Kohorten könnte die Repräsentativität der Studie abgesichert werden.

## Ausblick

Um Verhaltensänderungen bei Personen in der nachberuflichen Lebensphase herbeizuführen, bieten sich unterstützende Interventionen an, welche sich an den beschriebenen Einflussfaktoren orientieren. Damit die Durchführung von Vorhaben geplant, angestoßen und anschließend auch beibehalten wird, könnten Betroffene unter Beachtung dieser Wirkzusammenhänge selbstwirksam die Qualität ihres Ruhestands optimieren.

## Fazit für die Praxis

- Die Ausprägung der Umsetzungsabsicht stellt offenbar einen zentralen Aspekt dar, der künftige Handlungen leitet und bewusst verstärkt werden kann. Eine Steigerung ist v. a. durch Informationsgewinne, die gezielte Visualisierung von Vorteilen, autonome Entscheidungen und individuelle Anreize möglich.
- Im Rahmen niedrigschwelliger Angebote in Form von Gesundheitsseminaren oder in Eigeninitiative könnte die Verfolgung gesundheitlicher Ziele unter Beachtung von Förderfaktoren und Barrieren gezielt unterstützt werden.
- Ärzt\*innen könnten bei der Entwicklung der Gesundheitskompetenz ihrer Patient\*innen effektiver einwirken und diese ggf. gezielt auf Seminar-/Kursangebote hinweisen, um somit deren Verwirklichungsabsicht zu verstärken.
- Unter anderem führten situationsbedingte Handlungsimpulse zur Initiierung, welche in die motivationale Phase des HAPA-Modells integriert werden sollten.

## Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. Birgitt Killersreiter**  
FOM Hochschule für Oekonomie und Management  
Köln, Deutschland  
birgitt.killersreiter@fom.de

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** N. Krüger und B. Killersreiter geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autoren keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Asendorpf J (2019) Persönlichkeitspsychologie für Bachelor, 4. Aufl. Springer, Heidelberg
2. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Nationales Gesundheitsziel. Gesund älter werden. Handlungsfelder, Ziele, Teilziele und Maßnahmen zur Zielerreichung. [https://gesundheitsziele.de/cms/medium/814/Gesund\\_aelter\\_werden\\_020512.pdf](https://gesundheitsziele.de/cms/medium/814/Gesund_aelter_werden_020512.pdf). Zugegriffen: 3. Okt. 2020
3. Bundesministerium für Gesundheit (2021) Online-Ratgeber Krankenversicherung. Gesundheits-Check-up. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/checkup.html>. Zugegriffen: 10. Juni 2021
4. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (2020) Gesund aktiv älter werden. Ausgeschlafen im Alter. Schlaf und seine Veränderungen. <https://www.gesund-aktiv-aelter-werden.de/gesundheitsthemen/ausgeschlafen-im-alter/was-kann-ich-selbst-tun/>. Zugegriffen: 3. Okt. 2020
5. Ding-Greiner C, Lang E (2004) Altersprozesse und Krankheitsprozesse. In: Kruse A, Martin M (Hrsg) Enzyklopädie der Gerontologie. Huber, Bern, S 182–206
6. Franke A (2012) Modelle von Gesundheit und Krankheit, 3. Aufl. Huber, Bern
7. Fuchs R (2007) Körperliche Aktivität und die Macht der Gewohnheit. In: Fuchs R, Göhner W, Seelig H (Hrsg) Aufbau eines körperlich-aktiven Lebensstils, 1. Aufl. Hogrefe, Göttingen, Bern, Wien, S 3–6
8. Fuhr I, Mell T, Dick S (2018) Psychoaktive Substanzen im Alter. In: von Heyden M, Jungaberle H, Majic T (Hrsg) Handbuch Psychoaktive Substanzen. Springer, Berlin, Heidelberg, S 243–258

- 
9. Heckhausen J (2018) Motivation und Handeln. Einführung und Überblick. In: Heckhausen J, Heckhausen H (Hrsg) Motivation und Handeln, 5. Aufl. Springer, Berlin, S2–10
  10. Hoffmann S, Faselt F (2012) Gesundheitspsychologie. Sozial-kognitive Ansätze zur Erklärung des Gesundheitsverhaltens von Konsumenten. In: Hoffmann S, Schwarz U, Mai R (Hrsg) Angewandtes Gesundheitsmarketing. Springer, Wiesbaden, S 33–40
  11. Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2014) Definition von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (Hrsg) Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung, 4. Aufl. Huber, Bern, S 15–16
  12. Kwasnicka D, Dombrowski S, White M, Sniehotta F (2016) Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. HPR 10(3):277–296. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1151372>
  13. Mayer M (2020) Pflege Praxis. Pflegephänomen Einsamkeit: Pfl. Z. 9.2020/73:22–24. <https://doi.org/10.1007/s41906-020-0783-y>
  14. Mayring P (2015) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12. Aufl. Beltz, Weinheim, Basel
  15. Schreier M (2013) Bewertung qualitativer Forschung. In: Hussy W, Schreier M, Echterhoff G (Hrsg) Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor. Springer, Berlin/Heidelberg, S276–284
  16. Schwarzer R (2014) The Health Action Process Approach (HAPA). <http://www.hapa-model.de/>. Zugegriffen: 3. Okt. 2020
  17. Schwarzer R (2004) Psychologie des Gesundheitsverhaltens, 3. Aufl. Hogrefe, Göttingen
  18. Wichmann A (2019) Quantitative und qualitative Forschung im Vergleich. Springer, Berlin, Heidelberg