

Präventionsverhalten und Einstellung zu technischen Geräten von Personen im mittleren Lebensalter

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung

Peter Enste

Institut Arbeit und Technik

Gelsenkirchen, im September 2011

1. Inhalt

Inhaltsverzeichnis

1.	Inhalt.....	1
2.	Einleitung.....	4
3.	Beschreibung der Zielgruppe und Methodische Vorgehensweise.....	7
4.	Teil I: Präventionsverhalten.....	9
4.1.	Verantwortlichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung.....	17
4.2.	Der subjektive Gesundheitszustand.....	22
5.	Teil II: Sportverhalten.....	27
6.	Teil III: Anforderungen der Zielgruppe an technische Geräte.....	32
7.	Diskussion und Zusammenfassung: Wo liegen Potenziale für den Einsatz von technischen Geräten im Bereich Prävention für die Zielgruppe der Personen im mittleren Lebensalter?	42
7.1.	Bestandsaufnahme – Welche technischen Geräte sind bereits im Einsatz?.....	42
7.2.	Identifizierung von Anwendungsfeldern	46
7.3.	Zusammenhang zwischen den Clustern Prävention und Geräteanspruch	49
7.4.	Zusammenführung der Ergebnisse.....	50
8.	Literatur:.....	55

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zusammensetzung der Stichprobe anhand der Variable „Beruf“	7
Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe anhand der Variable „Haushaltsgröße“ (n=1.093).....	8
Abbildung 3: Formen der Gesundheitsvorsorge in Kategorien (n=1.020)	10
Abbildung 4: Präventionstypen und ihre Schwerpunktaktivitäten	10
Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Präventionstypen innerhalb der Stichprobe (in Prozent)	11
Abbildung 6: Präventionstypen differenziert nach Geschlecht.....	12
Abbildung 7: Präventionstypen differenziert nach Alter	13
Abbildung 8: Präventionstypen differenziert nach Haushaltseinkommen	14
Abbildung 9: Monatliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung.....	15
Abbildung 10: Präventionstypen differenziert nach monatlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung	16
Abbildung 11: Verantwortlichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung	18
Abbildung 12: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Haushaltseinkommen	19
Abbildung 13: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Geschlecht	20
Abbildung 14: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Präventionstypen.....	21
Abbildung 15: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (subjektiver Gesundheitszustand).....	23
Abbildung 16: Positiver subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Alter	23
Abbildung 17: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Haushaltseinkommen.....	24
Abbildung 18: Positiver subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Präventionstypen.....	25
Abbildung 19: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Personen, die Prävention ausüben und nicht.....	26
Abbildung 20: Antworten auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ (n=1.092).....	27
Abbildung 21: Sportverhalten differenziert nach Einkommen	28
Abbildung 22: Welche sportliche Aktivität wird regelmäßig ausgeübt?.....	28
Abbildung 23: Sportarten differenziert nach Geschlecht.....	29
Abbildung 24: Sportarten differenziert nach Altersklassen	30

Abbildung 25: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen..	32
Abbildung 26: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Geschlecht	33
Abbildung 27: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Altersklasse	34
Abbildung 28: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Einkommen	36
Abbildung 29: Clusteranalyse zur Identifizierung von Gerätetypen	37
Abbildung 30: Verteilung der Gerätetypen auf die gesamte Stichprobe	38
Abbildung 31: Gerätetypen differenziert nach Geschlecht.....	39
Abbildung 32: Gerätetypen differenziert nach Alter.....	39
Abbildung 33: Gerätetypen differenziert nach Einkommen	40
Abbildung 34: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden	42
Abbildung 35: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden, differenziert nach Sportlicher und Nicht-Sportler	43
Abbildung 36: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden, differenziert nach Präventionstypen	44
Abbildung 37: Zukünftige Anwendungsfelder für technische Produkte	46
Abbildung 38: Bewertung von technischen Geräten zur Leistungsmessung differenziert nach Gerätetyp.....	46
Abbildung 39: Bewertung von technischen Geräten zur Leistungsmessung differenziert nach Präventionstyp	47
Abbildung 40: Bewertung von technischen Geräten zur Körperfunktionsüberwachung differenziert nach Gerätetyp.....	48
Abbildung 41: Bewertung von technischen Geräten zur Körperfunktionsüberwachung differenziert nach Präventionstyp.....	48
Abbildung 42: Zusammenhang zwischen den Clustern Prävention und Geräteanspruch	49

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Bevölkerungsanzahl der Personen mittleren Lebensalters in Deutschland (2009).....	7
Tabelle 2: Durchschnittliche Ausgaben für Geräte	44

Präventionsverhalten und Einstellung zu technischen Geräten von Personen im mittleren Lebensalter

Ergebnisse einer repräsentativen Befragung¹

2. Einleitung

„So früh wie möglich“ – Das ist eigentlich die Devise, wenn es darum geht, einen Zeitpunkt festzulegen, an dem mit der Aufnahme von präventiven Aktivitäten begonnen werden soll. Grundlegend ist diese Aussage sicherlich richtig, sie darf aber keinesfalls dazu benutzt werden, die Wichtigkeit der Prävention im Erwachsenenalter herabzustufen. Dass es sich durchaus lohnt, seine körperliche Bewegung auch in späteren Lebensphasen zu erhöhen, zeigen die Ergebnisse einer schwedischen Studie: Über einen langen Zeitraum wurden die Sterblichkeitsraten von Menschen mit unterschiedlichem Aktivitätsniveau untersucht. Unter anderem wurde festgestellt, dass Personen der Altersgruppe 50 – 60 Jahre, die ihre Aktivität zu diesem Zeitpunkt erhöhen, in den ersten fünf Jahren keine Senkung des Mortalitätsrisikos erzielen. Nach zehn Jahren sinkt die Mortalitätsrate allerdings auf das Niveau der Gruppe, die dauerhaft eine hohe Aktivität verfolgt haben (Byberg et al. 2008).

Im Fokus dieser Untersuchung sollen die Personen im mittleren Lebensalter stehen, also Menschen, die zwischen 45 und 65 Jahren sind. Wie wichtig präventive Angebote für diese haltensweisen, die sich entweder positiv oder negativ auf die Gesundheit auswirken, festigen sich in diesem Lebensabschnitt. Außerdem nehmen der Beruf und die Karriere (und damit das Setting des Arbeitsplatzes) eine wichtige Stellung ein und nicht selten werden dort eine Reihe von gesundheitlichen Einflüssen wirksam (FES 2003). Empirisch lassen sich in diesem Zusammenhang Faktoren nachweisen, die das Risiko gleich mehrerer Krankheiten deutlich erhöhen. Hierzu zählen beispielsweise Stressoren und psychische Belastungen, riskante Lebensweise, bestimmte Persönlichkeitsmerkmale und Lebensbedingungen (Faltermeier 2009).

Es wird deutlich, dass durch die Lebenssituation, in der sich die meisten Menschen im mittleren Lebensalter befinden, eine Reihe von Risikofaktoren allgegenwärtig sind: Das Berufsleben kann eine Reihe von Stressoren und psychischen Belastungen mit sich ziehen, zudem hat die Einkommenssituation entscheidenden Einfluss auf die Lebensbedingungen eines Menschen. Es zeigt sich allerdings, dass die Risikofaktoren individuell sehr unterschiedlich ausfal-

¹ Die Befragung ist Bestandteil des BMBF geförderten Projektes „Lifescience.biz“. Weitere Information zum Projekt finden Sie unter: www.lifescience.biz

len können, zumal es auch eine Rolle spielt, inwieweit man sich bestimmten Faktoren überhaupt aussetzt (z.B. Alkohol, Rauchen etc.). Generell sind die Risikofaktoren sehr unterschiedlich verteilt, wobei sich einige Tendenzen abzeichnen: So sind Menschen mit geringem Einkommen und niedriger Bildung einem gesundheitlich höheren Risiko ausgesetzt, für zahlreiche Krankheiten kann ein höheres Risiko für Männer festgestellt werden (Faltermeier 2009).

Das Salutogenesemodell verfolgt einen anderen Ansatz: Es wird nicht nach den Faktoren gefragt, die eine Krankheit entstehen lassen, sondern vielmehr nach Faktoren, die zur Gesunderhaltung des Körpers dienen. Hierzu zählen beispielsweise personal-psychische Ressourcen, die durch Eigenschaften wie Kontrollüberzeugung, Intelligenz oder Selbstwertgefühl gekennzeichnet sind. Weiter spielen sozial-interpersonale Ressourcen eine wichtige Rolle. Hierunter werden Faktoren wie soziale Unterstützung und emotionale Bindungen zusammengefasst. Die soziale Unterstützung durch eng Vertraute Personen ist beispielsweise im Zusammenhang mit der Entstehung von Demenzerkrankungen und kognitiven Beeinträchtigungen in Langzeitstudien untersucht worden. Es konnte festgestellt werden, dass Personen, die sich im mittleren Lebensalter vom Partner getrennt haben und alleine leben, ein dreimal so hohes Risiko haben, wie Personen, die in einer festen Partnerschaft leben (Hakansson et al 2009). Selbstverständlich spielen auch materielle Ressourcen, die über Zugang oder Ausschluss zu bestimmten Angeboten entscheiden, eine zentrale Rolle und letztendlich die Gesundheitskompetenz, d. h. das eigene Wissen, die individuelle Gesundheit selbst erhalten zu können (Faltermeier 2009).

Im ersten Teil der Untersuchung soll das Präventionsverhalten der Altersgruppe näher untersucht werden. Fragen, die in diesem Zusammenhang erörtert werden sollen, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Was verstehen die Menschen unter Prävention und Gesundheitsvorsorge und welchen Tätigkeiten gehen sie nach?
- Gibt es Unterschiede im Präventionsverhalten anhand der Merkmale Geschlecht, Einkommen und Ausgabeverhalten?
- Ist es möglich anhand der Angaben der Personen bestimmte Präventionstypen zu bilden?
- Wer wird von den Befragten als verantwortlich für die Bereiche Prävention und Gesundheitsvorsorge eingeschätzt?

Im zweiten Teil der Untersuchung wird ein besonderer Fokus auf das Sportverhalten der Zielgruppe gesetzt, da im Vorfeld die These aufgestellt wurde, dass unter Prävention in ers-

ter Linie körperliche Bewegung verstanden wird. Grundlegende Fragen dieses Untersuchungsschrittes waren:

- Welche Sportarten werden von Personen im mittleren Lebensalter bevorzugt ausgeübt?
- Gibt es Unterschiede im Präventionsverhalten anhand der Merkmale Geschlecht, Einkommen und Alter?

Im dritten Teil der Untersuchung wird die Einstellung zu technischen Geräten näher beleuchtet. Themenschwerpunkte bilden:

- Auf welche Eigenschaften wird beim Kauf eines technischen Geräts besonderer Wert gelegt? Lassen sich hier bestimmte Typenprofile beschreiben?
- Wie sinnvoll wird der Einsatz von technischen Geräten im Bereich der Prävention und Gesundheitsvorsorge eingeschätzt?
- Welche Geräte sind hier schon im Einsatz und wie lässt sich das Ausgabeverhalten beschreiben?

Im abschließenden Teil der Untersuchung werden die Ergebnisse aus den vorangegangenen Arbeitsschritten diskutiert und auf zukünftige Anwendungsfelder und Potenziale analysiert.

3. Beschreibung der Zielgruppe und Methodische Vorgehensweise

Spricht man von Personen im mittleren Lebensalter, sind dabei alle Personen gemeint, die zwischen 45 und 65 Jahren sind. Ein Blick auf die Bevölkerungszahlen ergibt folgendes Bild:

Tabelle 1: Bevölkerungsanzahl der Personen mittleren Lebensalters in Deutschland (2009)

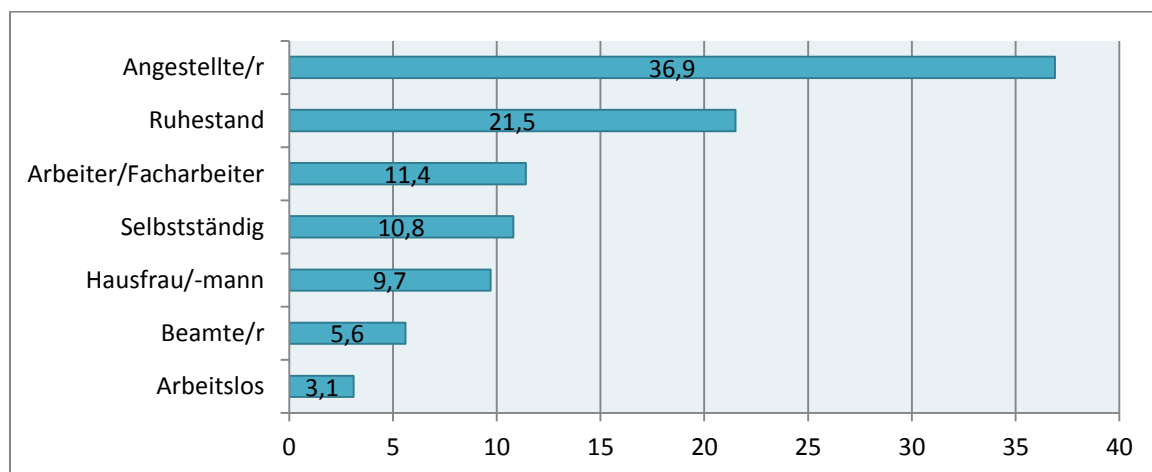
	45 – 65 Jahre	Insgesamt
	1.000	
Männlich	11.220,8	40.184,3
Weiblich	11.180,7	41.818,1
Insgesamt	22.401,4	82.002,4

Quelle: Statistisches Bundesamt, 2011

Insgesamt leben rund 82 Millionen Menschen in Deutschland, davon sind ca. 22 Millionen Menschen zwischen 45 und 65 Jahre. Das entspricht einem Anteil von 27,3% an der Gesamtbevölkerung. Das Verhältnis zwischen Männern und Frauen ist annähernd ausgeglichen.

Für die Untersuchung wurde als Erhebungsinstrument eine telefonische Befragung mit standardisiertem Fragebogen gewählt. Der Fragebogen setzte sich insgesamt aus 2 offenen, 48 geschlossenen Fragen und Erfassung der soziodemografischen Daten zusammen. Für die Beantwortung der Fragen wurde eine Zeit von 20-30 Minuten kalkuliert. Die gesamte Stichprobe umfasst einen Umfang von n=1.093. Es handelt sich um eine bundesweit repräsentative Telefonbefragung, die in der ersten Jahreshälfte des Jahres 2010 durchgeführt wurde. Personen, die an der Befragung teilnehmen sollten, mussten zwischen 45 und 65 Jahren sein. Hinsichtlich der Variable „Beruf“ ergibt sich folgendes Bild:

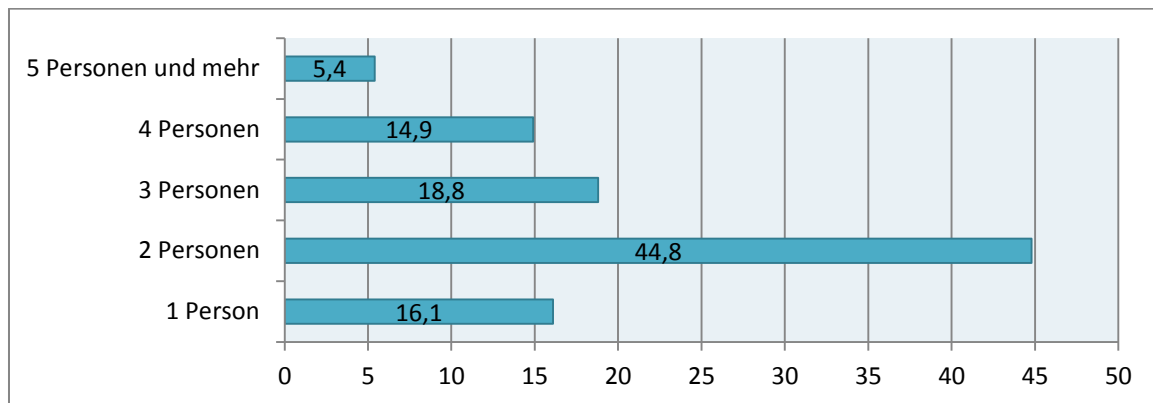
Abbildung 1: Zusammensetzung der Stichprobe anhand der Variable „Beruf“



Quelle: Eigene Darstellung

Mehr als ein Drittel (36,9%) der Befragten befinden sich in einer Angestelltenposition. Gut ein Fünftel der Stichprobe (21,5%) befindet sich bereits im Ruhestand, gefolgt von Arbeitern und Selbstständigen, die jeweils etwa 11% ausmachen. Annähernd 10% der Stichprobe geben als Status „Hausfrau/mann“ an, gefolgt von 5,6%, die Beamte sind. Den kleinsten Anteil bilden die Arbeitslosen, die 3,1% der Stichprobe ausmachen.

Abbildung 2: Zusammensetzung der Stichprobe anhand der Variable „Haushaltsgröße“ in Prozent (n=1.093)



Quelle: Eigene Darstellung

Den größten Anteil bildet mit fast 45% die Gruppe der 2-Personen-Haushalte. Mit größerem Abstand folgen die 3-Personen-Haushalte (18,8%) und Ein-Personen-Haushalte (16,1%). In Haushalten mit 5 Personen oder mehr leben nur 5% der Befragten.

4. Teil I: Präventionsverhalten

Ziel dieses Themenschwerpunktes soll es sein, ein genaues Bild vom Präventionsverhalten der Personen im mittleren Lebensalter zu erhalten. Es wird beispielsweise nach den Verantwortlichkeiten, den eigenen Aktivitäten und nach den persönlichen Ausgaben für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung gefragt.

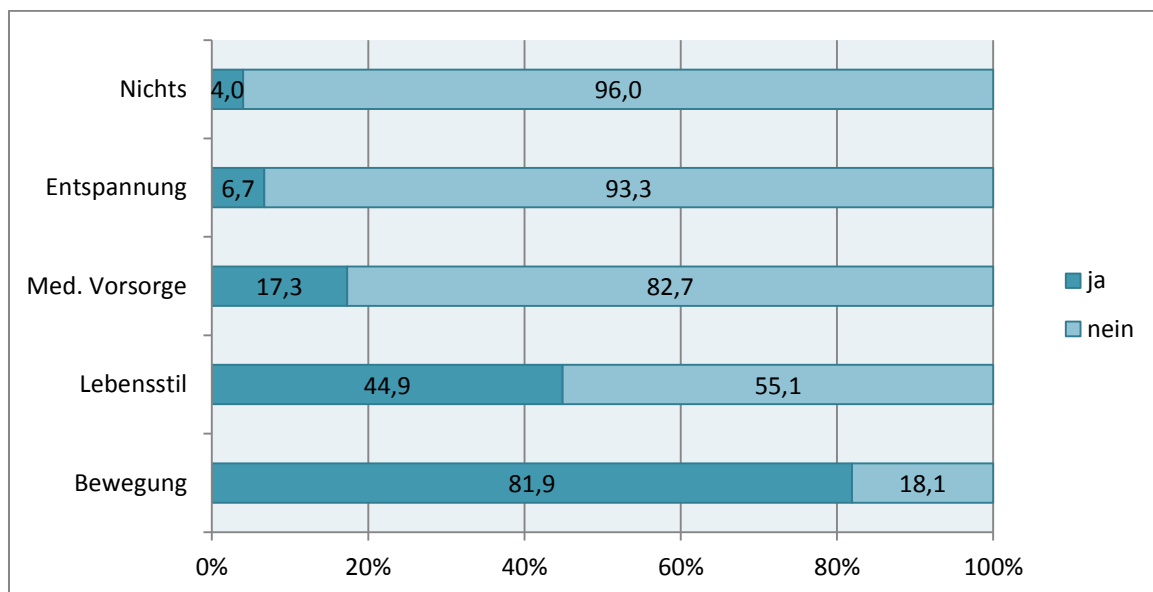
Um zu erfahren, welche Tätigkeiten von den Befragten als präventive Maßnahmen bezeichnet werden, wurde in der Umfrage bewusst darauf verzichtet, bei dieser Fragestellung vorgegebene Antwortkategorien einzusetzen. Vielmehr wurde das Instrument der offenen Frage gewählt, das den Befragten ein breiteres Spektrum an Antwortmöglichkeiten einräumt. Mit der Frage wurde somit erfasst, was von den Befragten als „präventive Tätigkeit“ angesehen und ausgeführt wird.

Bei der Auswertung der offenen Frage wurden die Antworten in Kategorien eingeteilt, Mehrfachantworten waren erlaubt. Demnach ergaben sich fünf Kategorien:

- **Kategorie „Nichts“:** In diese Kategorie wurden Antworten eingeordnet, in denen die Befragten angaben, dass sie keiner präventiven Tätigkeit nachgehen.
- **Kategorie „Entspannung“:** Jede Form von Entspannungsübungen, Gehirntraining, autogenes Training, Yoga oder einfach nur Antworten wie „die Seele baumeln lassen“ oder „regelmäßig abschalten“ lassen sich dieser Kategorie zuordnen.
- **Kategorie „Medizinische Vorsorge“:** Hierunter wurde Antworten gefasst, die sich dem Thema der medizinischen Vorsorge zuordnen lassen: „Regelmäßig zum Arzt gehen“, „Krebsvorsorge“ oder „Impfen“ sind typische Beispiele, die von den Befragten genannt wurden.
- **Kategorie „Lebensstil“:** In dieser breit gefächerten Kategorie wurde Antworten gesammelt, die unter dem Stichwort „Bewusste Lebensführung“ subsumiert werden können. Typische Beispiele sind: „Gesunde Ernährung“, „Wenig Alkohol trinken“ oder „auf einen gesunden Lebensrhythmus achten“.
- **Kategorie „Bewegung“:** In dieser Kategorie wurden alle Aktivitäten zusammengefasst, die sich im weiteren Sinne mit Bewegung beschäftigen. Hierzu zählen Aktivitäten wie Wandern, Spaziergehen oder Laufen.

Eine einfache Häufigkeitsauszählung ergibt dabei das folgende Bild:

Abbildung 3: Formen der Gesundheitsvorsorge in Kategorien in Prozent (n=1.020)



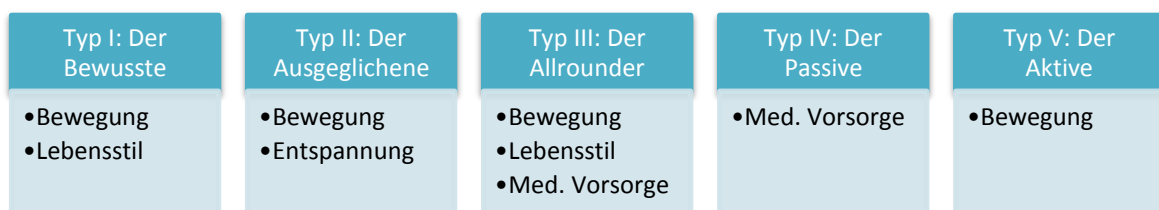
Quelle: Eigene Darstellung

Mit 4% gibt ein relativ geringer Anteil an, keine Tätigkeit auszuüben, die den Bereichen Prävention und Gesundheitsvorsorge zugeordnet werden kann. Mit ca. 7% ist der Anteil der Personen relativ gering, die angeben, einer Tätigkeit aus dem Bereich „Entspannung“ nachzugehen.

Etwa 45% geben an, eine Tätigkeit auszuüben, die der Kategorie „Lebensstil“ zugeordnet werden kann. Der überwiegende Teil versteht unter Prävention und Gesundheitsvorsorge körperliche Bewegung: Fast 82% geben an, eine Tätigkeit auszuüben, die dem Oberbegriff der Bewegung zuzuordnen ist.

Diese Darstellung der Häufigkeiten lässt allerdings noch keinen Schluss zu, ob Befragte mehrere Antworten gegeben haben, die sich in unterschiedliche Kategorien einordnen lassen. Um dieser Frage nachzugehen wurde eine Clusteranalyse durchgeführt, mit dem Ziel, verschiedene Präventionstypen zu finden, die sich anhand ihrer unterschiedlichen Aktivitäten unterscheiden. Die Clusteranalyse liefert folgendes Ergebnis:

Abbildung 4: Präventionstypen und ihre Schwerpunktaktivitäten



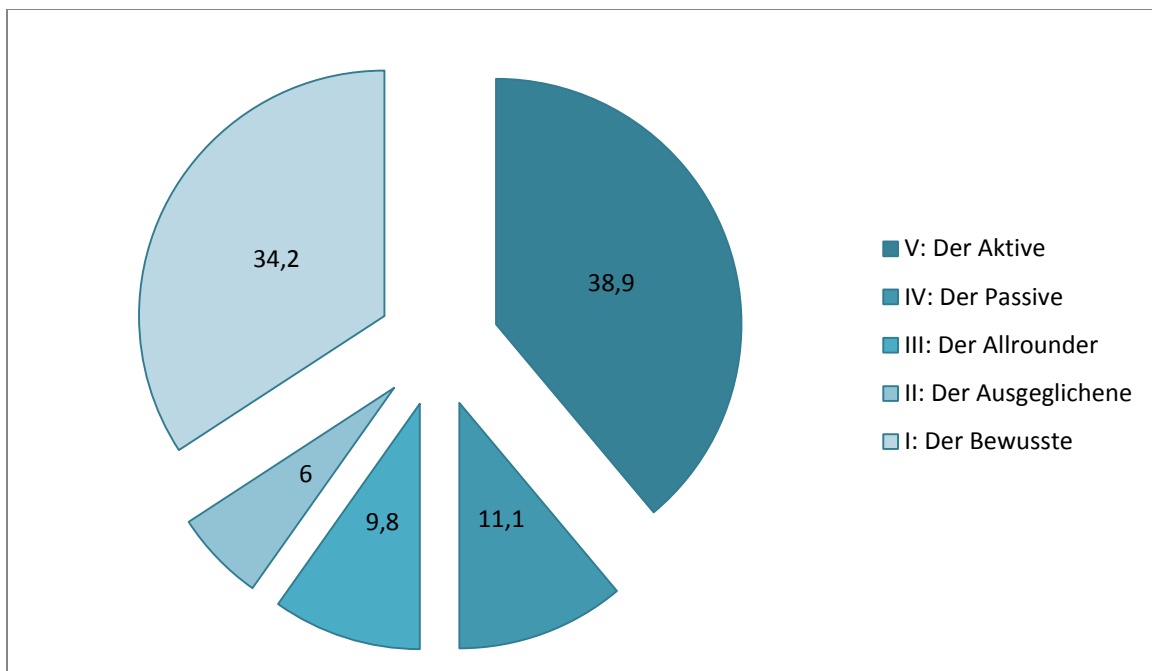
Quelle: Eigene Darstellung

Aus den vorliegenden Daten lassen sich fünf Präventionstypen bilden, die sich wie folgt beschreiben lassen:

- **Typ I – Der Bewusste:** Neben der Aktivität Bewegung legt er hinsichtlich seiner Präventionsaktivitäten auch einen gesteigerten Wert auf Maßnahmen, die dem Bereich Lebensstil zuzuordnen sind.
- **Typ II – Der Ausgeglichene:** Neben der Aktivität Bewegung legt er hinsichtlich seiner Präventionsaktivitäten auch einen gesteigerten Wert auf Maßnahmen, die unter dem Stichwort Entspannung zusammengefasst werden können.
- **Typ III – Der Allrounder:** Er weist die gleichen Aktivitäten auf wie Typ I, rechnet nur den Bereich der medizinischen Vorsorge hinzu.
- **Typ IV – Der Passive:** Wie der Name schon sagt, geht er keinen körperlichen Aktivitäten nach und rechnet zur Prävention und Gesundheitsvorsorge nur den Bereich der medizinischen Vorsorge.
- **Typ V – Der Aktive:** Dieser Typus konzentriert sich allein auf den Bereich der Bewegung.

In der Stichprobe verteilen sich die Befragten wie folgt auf die verschiedenen Präventionstypen:

Abbildung 5: Häufigkeitsverteilung der Präventionstypen innerhalb der Stichprobe (in Prozent)



Quelle: Eigene Darstellung

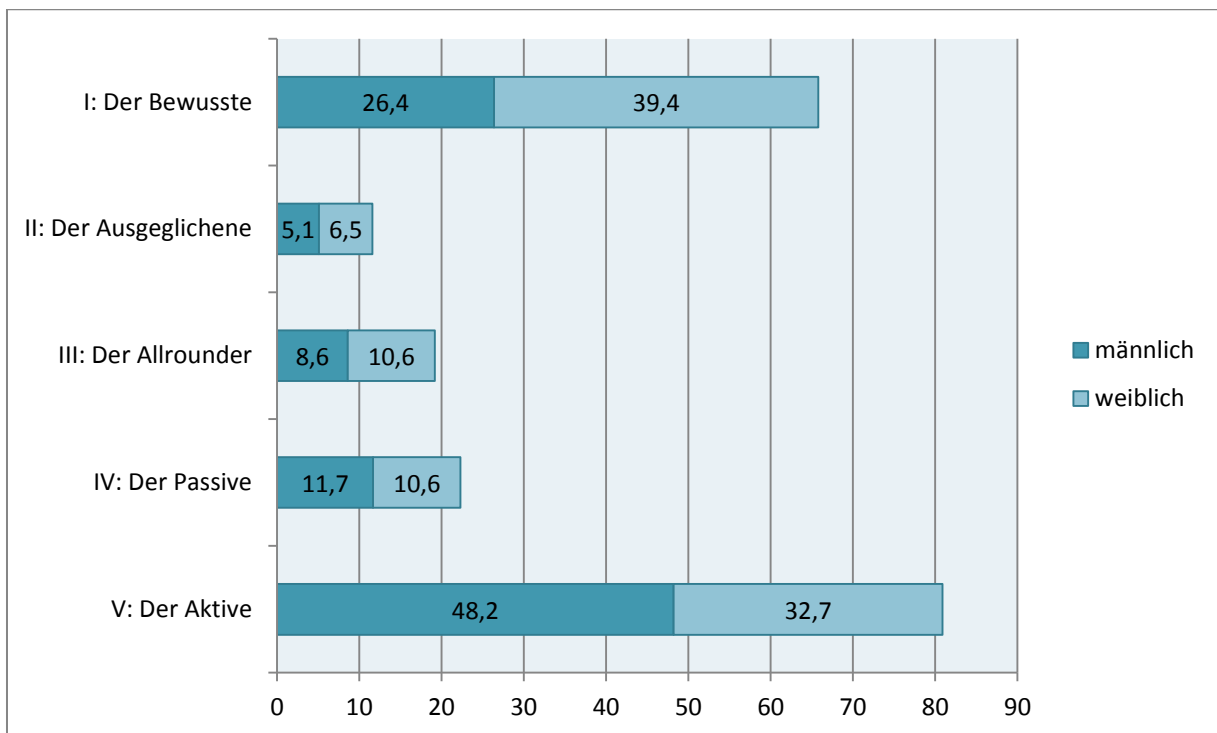
Der aktive Typ V, der sich mit Bewegung befasst, bildet mit 38,9% den größten Anteil. An zweiter Position befindet sich mit 34,2% der bewusste Typ, der neben der Bewegung auch

noch auf seinen Lebensstil achtet. An dritter Position steht mit 11,1% der passive Typ, gefolgt von dem „Allrounder“, der einen Anteil von 9,8% für sich beansprucht. Den geringsten Anteil nimmt der ausgeglichene Typ ein, auf ihn fallen 6%.

Um die einzelnen Typen näher zu charakterisieren, wird in einem weiteren Schritt untersucht, welche anderen Variablen mit der neu gebildeten Variable „Typenzugehörigkeit“ eine Abhängigkeit oder Unabhängigkeit bilden. Untersucht werden dabei die Variablen „Geschlecht“, „Alter“, „Einkommen“ und „Ausgaben für den Bereich Prävention“.

Für die Variable Geschlecht ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 6: Präventionstypen differenziert nach Geschlecht in Prozent

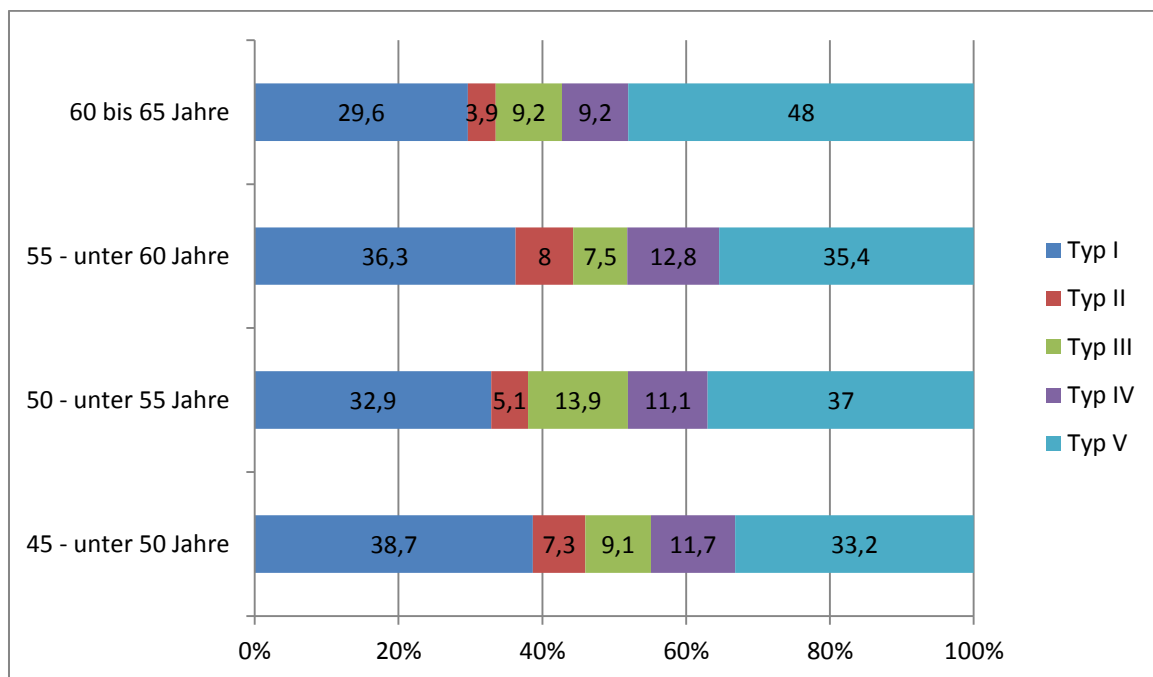


Quelle: Eigene Darstellung

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

In einem weiteren Schritt wird untersucht, in wieweit sich die Variable „Alter“ auf die Verteilung der einzelnen Präventionstypen niederschlägt:

Abbildung 7: Präventionstypen differenziert nach Alter in Prozent

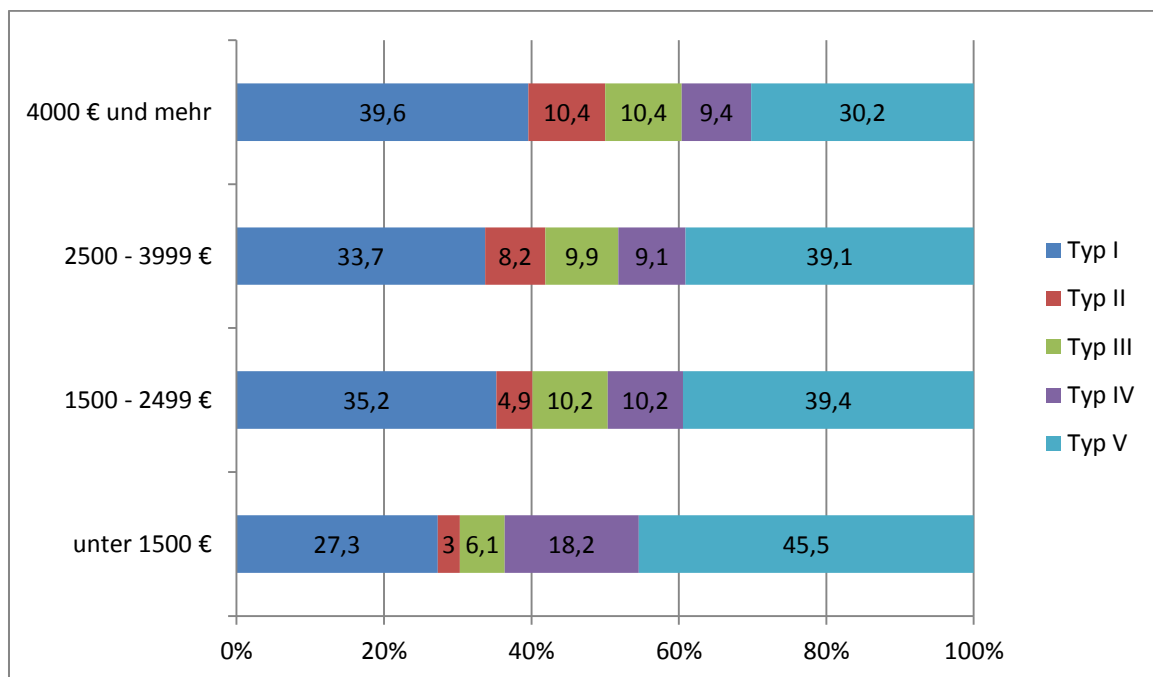


Quelle: Eigene Darstellung

Auch hier zeigt sich hinsichtlich der Verteilung in den Altersgruppen ein differenziertes Bild. In der jüngsten Altersklasse dominiert mit fast 40% der Typ I, gefolgt vom Typ V mit 33%. In der Altersklasse „50 bis unter 55 Jahre“ verschiebt sich das Bild: Hier dominiert der Typ V mit 33% und der Typ I liegt an der zweiten Position. Annähernd ausgeglichen verhalten sich die beiden Typen in der folgenden Altersklasse „55 bis unter 60 Jahre“: Mit 36,3% (Typ I) und 35,4% (Typ V) liegen sie nahezu gleich auf. Ein deutlicher Wechsel zeichnet sich in der ältesten Altersklasse ab: Fast jeder Zweite kann dem Typ V zugerechnet werden (48%), während der Typ I nur noch den Wert von fast 30% erreicht.

Die Typen II – IV weisen altersspezifische Besonderheiten auf: Der passive Typ V verteilt sich in den ersten drei Altersgruppen mit 11 – 12% relativ gleichmäßig. Lediglich in der ältesten Altersklasse kommt er mit 9,2% deutlich weniger vor. Beim Typ „Allrounder“ ergibt sich in der Altersklasse „50 bis unter 55 Jahre“ eine Besonderheit: Mit annähernd 14% wird ein deutlich höherer Wert erreicht als in den anderen Altersklassen.

Abbildung 8: Präventionstypen differenziert nach Haushaltseinkommen in Prozent



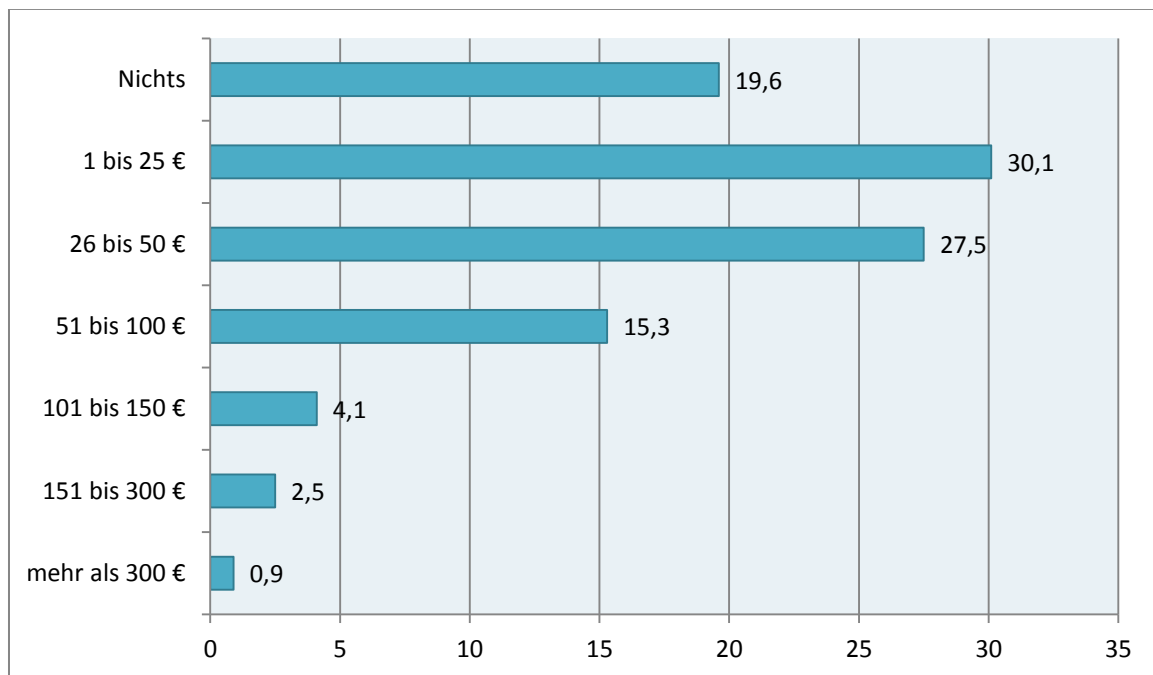
Quelle: Eigene Darstellung

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

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem Präventionstyp gibt. Es liegt nun die Vermutung nahe, dass der finanzielle Aufwand, der im Monat für Prävention aufgebracht wird, in den Präventionstypen unterschiedlich ist. Hängen die Ausgaben für Prävention nun eng mit dem Haushaltsein-

kommen zusammen, deuten die oben genannten Zahlen darauf hin, dass beispielsweise der Typ V deutlich weniger ausgibt, als die Typen I oder II. Um diese Frage genauer zu erörtern, sollen in der Folge die Ausgaben für Prävention näher untersucht werden. Daher wurde in einem weiteren Untersuchungsschritt gefragt, welchen Betrag die Befragten monatlich für Angebote aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsvorsorge ausgeben. Nach einer Kategorisierung ergibt sich über den gesamten Datensatz folgendes Bild:

Abbildung 9: Monatliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Prozent

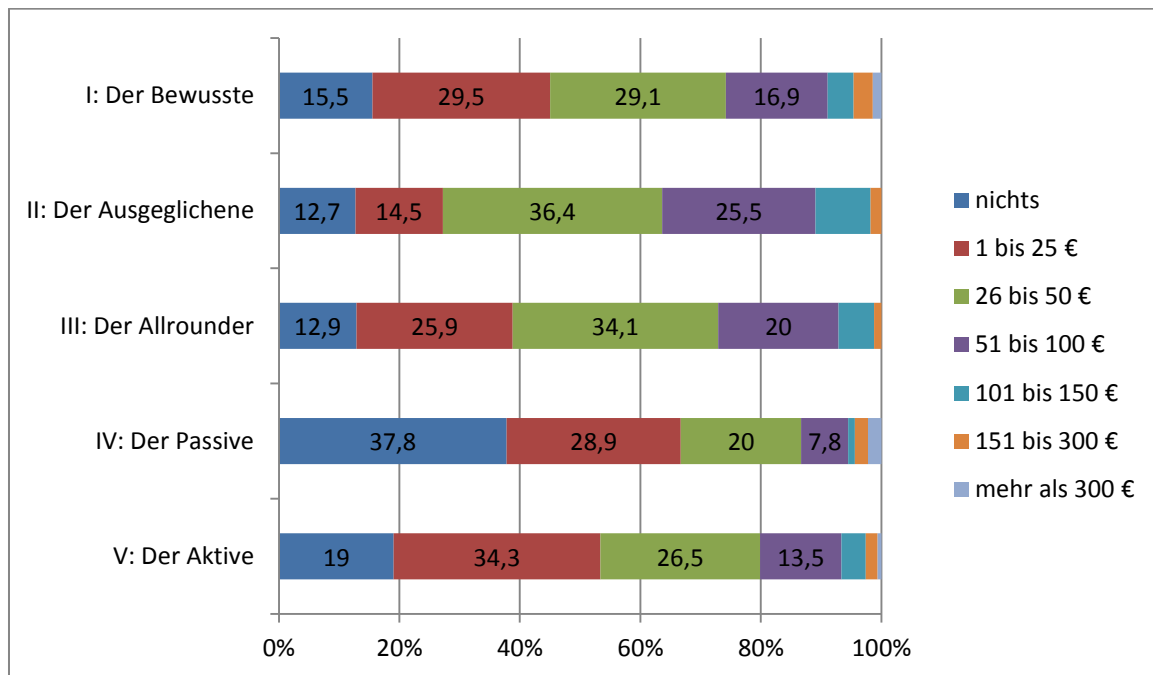


Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Grafik lassen sich einige „Schwellen“ erkennen. Insgesamt geben immerhin fast 20% an, monatlich kein Geld für Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben. Eine wesentliche Grenze scheint der Wert von 50 Euro zu sein. Nur etwas mehr als 20% geben an, monatlich einen höheren Betrag als 50 Euro auszugeben. Der höchste Anteil der Befragten gibt an, monatlich zwischen 1 und 25 Euro auszugeben, der Wert liegt bei 30%. Auf dem zweiten Rang liegt mit 27,5% die Gruppe der Personen, die monatlich zwischen 25 und 50 Euro ausgeben. Den dritten Rang bilden die bereits weiter oben erwähnten „Null-Zahler“. Mit etwas Abstand folgt die Gruppe der Personen, die monatlich 51 bis 100 Euro für Prävention und Gesundheitsförderung ausgeben, sie kommt auf 15%. Mehr als 100 Euro im Monat geben insgesamt 7,5% der Befragten aus.

In einem weiteren Schritt soll nun untersucht werden, ob es eine Abhängigkeit zwischen den Variablen Präventionstyp und Ausgabebetrag gibt. Es ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 10: Präventionstypen differenziert nach monatlichen Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist deutlich zu erkennen, dass es erhebliche Unterschiede in dem Ausgabeverhalten zwischen den unterschiedlichen Typen gibt. Einen gravierenden Unterschied gibt es in der Verteilung der „Null-Zahler“: Während sich ihr Anteil in den ersten drei Typen relativ gleich verhält (zwischen 12,9 und 15,9%), dominiert er den vierten Typus mit fast 38%. Auch in Typ V ist der Anteil der Null-Zahler mit 19% deutlich erhöht.

In der Preiskategorie „1 bis 25 €“ zeigt sich ein sehr differenziertes Bild. Während Typ I und III – V alle in einem Spektrum von 25 – 35% liegen, fällt der ausgeglichene Typ II mit 14,5% deutlich aus der Rolle. Es zeigt sich, dass die Grenze von 25 Euro eine wichtige Größe markiert, denn es lässt sich feststellen:

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

Der Anteil an Personen, die monatlich zwischen 26 und 50 Euro ausgeben, ist besonders in den ersten drei Typenklassen (29,1 – 36,4%) hoch. In der Typenklasse „Der Aktive“ ist es lediglich jeder Vierte und in der Typenklasse „Der Passive“ nur jeder Fünfte.

Ein weiterer Schwellenwert ist an der Marke „100 Euro“ auszumachen. Nur sehr wenige in allen Typen geben an, den Wert von 100 Euro für Präventionsausgaben zu überschreiten. Doch auch hier gibt es typenspezifische Unterschiede. Mit nur 5,5% ist der Anteil in dem Typ VI am geringsten, gefolgt von dem Aktiv-Typ (6,6%) und dem Allrounder-Typ (7,1%). Mit etwas Abstand folgt der Typ I mit 8,9%. Mit einem Anteilswert von 10,9% ist die Gruppe der Personen, die mehr als 100 Euro im Monat für Präventionsleistungen ausgeben am größten.

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

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse „Präventionsverhalten“

- Der überwiegende Teil der Befragten versteht unter Prävention und Gesundheitsförderung Aktivitäten, die sich dem Bereich „Bewegung“ zuordnen lassen (82%).
- Kognitive Methoden wie Entspannung oder Stressbewältigung werden nur von sehr wenigen genannt (6,7%).
- Anhand der Eigenangaben der Befragten über ihr Präventionsverhalten lassen sich fünf unterschiedliche „Präventionstypen“ bilden, die von den Variablen *Alter, Geschlecht und Einkommen* abhängig sind.
- Über die Hälfte der Befragten gibt monatlich maximal 25 Euro für Prävention und Gesundheitsförderung aus, während rund 20% mehr als 50 Euro monatlich investieren.
- Die Präventionstypen unterscheiden sich deutlich bezüglich des Ausgabeverhaltens.

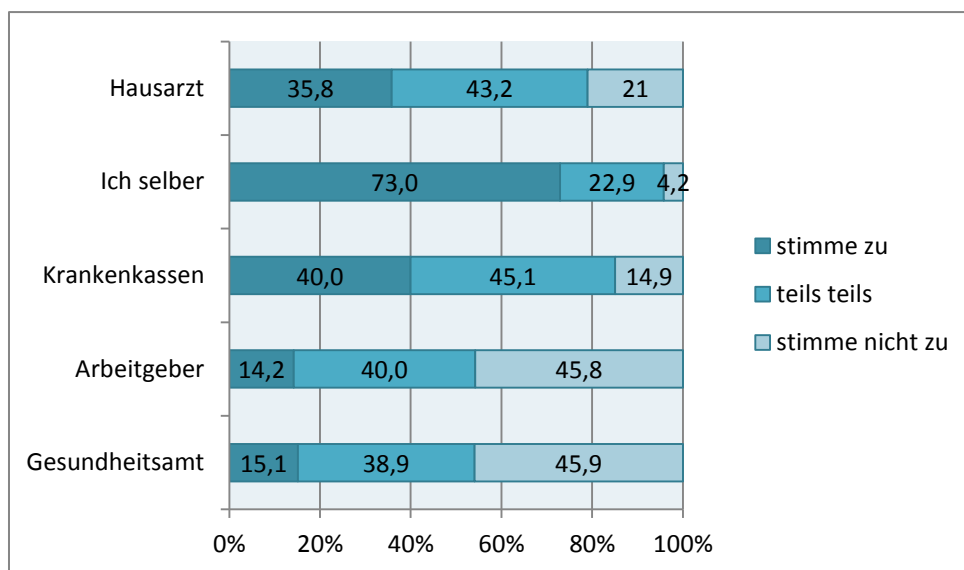
4.1. Verantwortlichkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung

Es gibt zahlreiche Ansätze, Strategien und Methoden, um Angebote aus dem Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung zu stärken und in der Bevölkerung zu implementieren. Alle Maßnahmen verfolgen dabei die Zielsetzung, bei der Bevölkerung bzw. den Adressaten, an die die Maßnahmen gerichtet sind, die Kompetenz und die Motivation zu stärken (Leppin 2009). Ob dieses Ziel nun erreicht werden kann, hängt maßgeblich davon ab,

inwieweit das Individuum sich selbst für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung verantwortlich sieht und wie sich diese Verantwortlichkeit im Kontext einordnen lässt.

Daher wurden die Befragten gebeten, anzugeben, wer nach ihrer Einschätzung für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung zuständig ist. Es waren die Kategorien „Hausarzt“, „Ich selber“, „Krankenkassen“, „Arbeitgeber“ und „Gesundheitsamt“ vorgeben, die anhand einer 6-stufigen Likertskala bewertet werden sollten. Über den gesamten Datensatz ergab sich folgendes Bild.

Abbildung 11: Verantwortlichkeiten für Prävention und Gesundheitsförderung in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

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

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

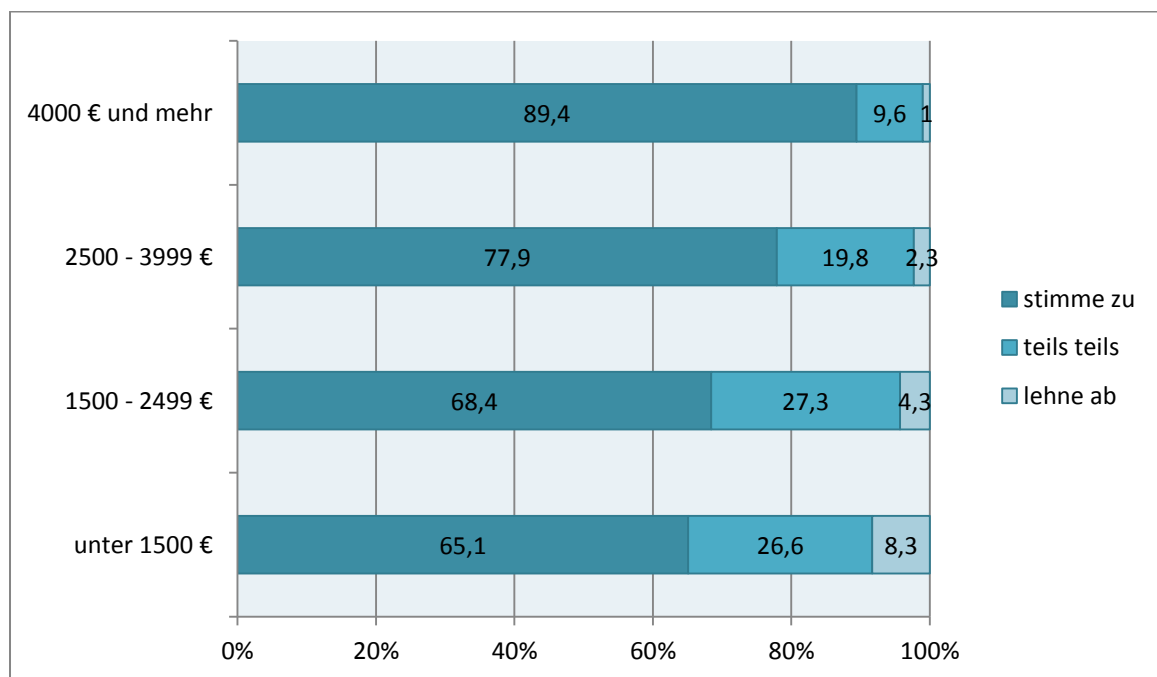
Im Sinne von Empowerment sind diese Ergebnisse zunächst einmal positiv zu bewerten, da ein Großteil der Personen des mittleren Lebensalters ihre Eigenverantwortlichkeit erkannt

hat. Die Eigenverantwortlichkeit spielt im Zusammenhang mit Prävention eine wesentliche Rolle, daher ist es sinnvoll, sich diese Kategorie differenzierter anzuschauen. In der Folge soll nun erörtert werden, ob es einen Zusammenhang mit der Bewertung der Eigenverantwortung und folgenden Faktoren gibt:

- Einkommen;
- Geschlecht;
- Alter;
- Präventionstyp.

Differenziert nach Einkommensklassen ergibt sich für die Bewertung der Eigenverantwortlichkeit folgendes Bild:

Abbildung 12: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Haushaltseinkommen in Prozent

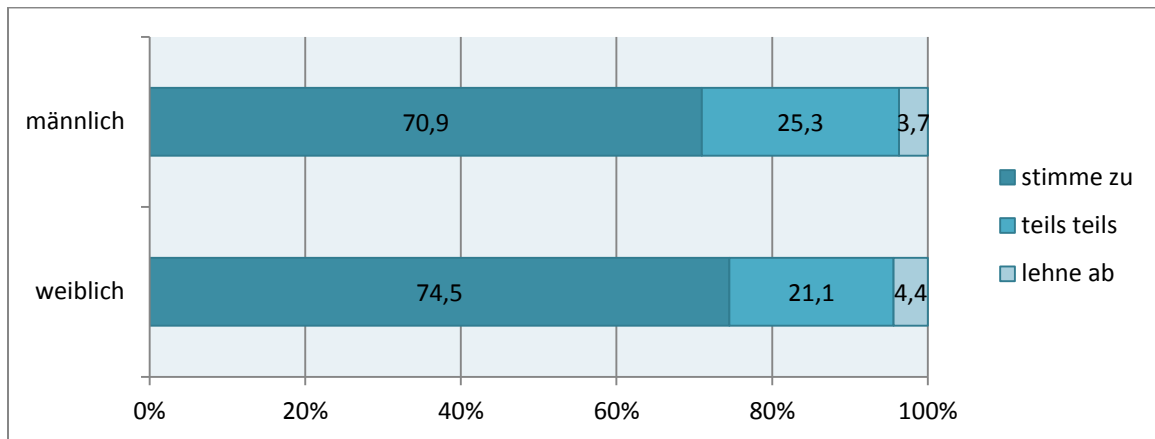


Quelle: Eigene Darstellung

Es ist deutlich zu erkennen, dass mit steigendem Einkommen auch die Bewertung der Eigenverantwortlichkeit bezüglich Prävention und Gesundheitsvorsorge zunimmt: Während in der Einkommensklasse „4000 € und mehr“ annähernd 90% sich selbst ein hohes Maß an Eigenverantwortung zusprechen und nur 1% die Eigenverantwortung von sich weisen, verändert sich das Bild mit fallendem Einkommen kontinuierlich. In der untersten Einkommensklasse „unter 1500 €“ stimmen nur noch 65% der These der Eigenverantwortlichkeit zu und schon 8% weisen die Eigenverantwortung von sich. Statistische Berechnungen können zudem eine Abhängigkeit der beiden Variablen nachweisen (Chi Quadrat=0,001).

Bezüglich der Variable „Geschlecht“ ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 13: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Geschlecht in Prozent

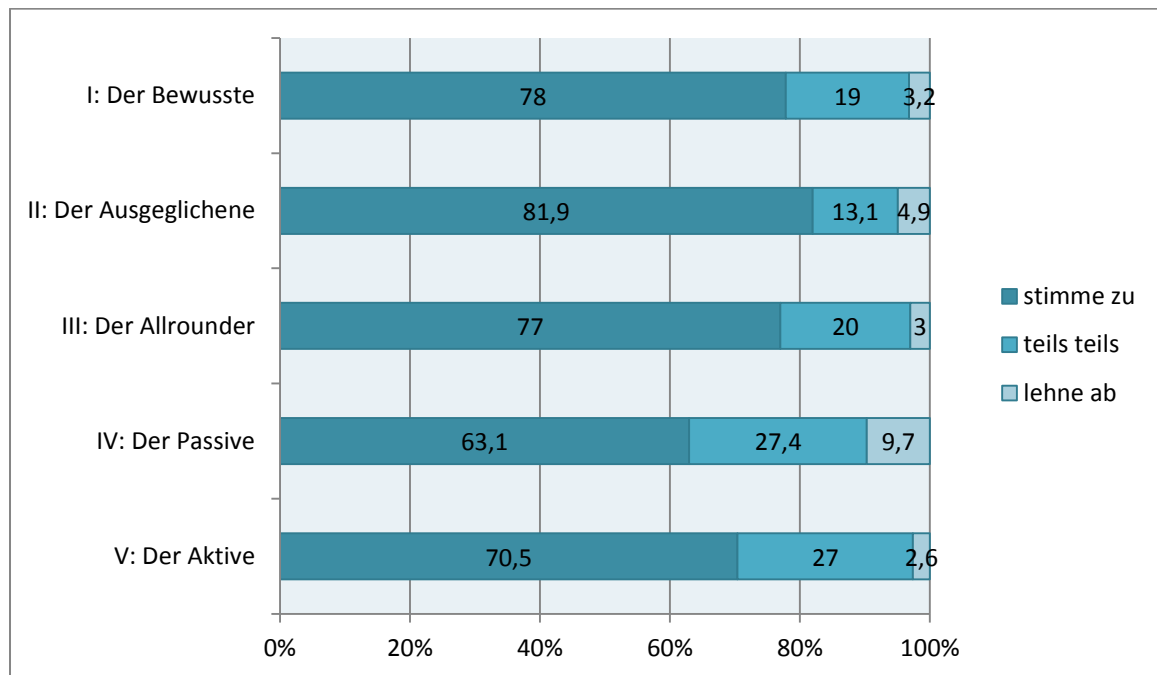


Quelle: Eigene Darstellung

Bei der Zustimmung zur These der Eigenverantwortlichkeit ergeben sich leichte geschlechts-spezifische Unterschiede: Während insgesamt 70,9% der Männer zustimmen, sind es bei den Frauen 74,5%. Deutlich niedriger fällt der Unterschied bei der Ablehnung der These aus: Mit 3,7% bei den Männern und 4,4% bei den Frauen fallen die Prozentsätze sehr niedrig aus. Statistisch gesehen ist allerdings keine eindeutige Abhängigkeit nachzuweisen (Chi Quadrat=0,528). Auch bezüglich des Alters ergibt sich keine statistische Abhängigkeit (Chi Quadrat=0,534), d. h. die Zustimmung und Ablehnung der These der Eigenverantwortung wird von der Variablen „Alter“ nicht beeinflusst, was sich darin niederschlägt, dass sich die Verteilung in allen Altersklassen in etwa gleich verhält.

Zum Abschluss soll noch untersucht werden, ob die Beurteilung der These der Eigenverantwortlichkeit von der Zugehörigkeit der oben dargestellten Präventionstypenklassen beeinflusst wird. Es ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 14: Beurteilung der Eigenverantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung differenziert nach Präventionstypen in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

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

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

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

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse „Verantwortlichkeit“

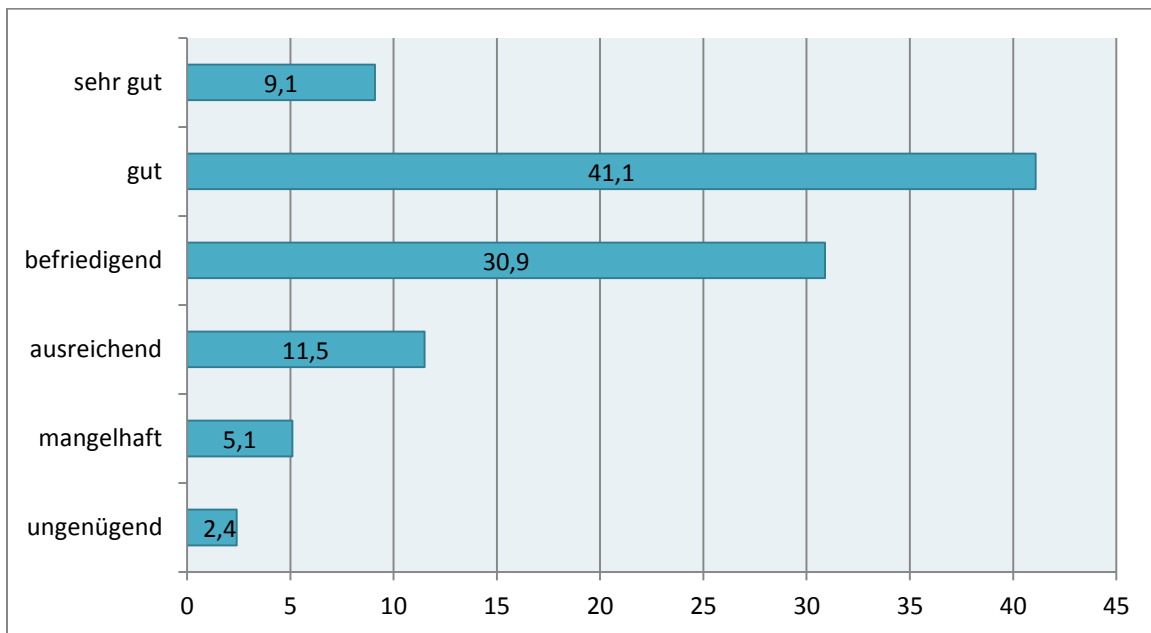
- Fast drei Viertel der Befragten stimmen der These voll zu, dass sie selbst für den Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung zuständig sind.
- Nur 14,2% sehen den Arbeitgeber in voller Verantwortung für Prävention und Gesundheitsförderung
- Die Bewertung der Eigenverantwortung ist deutlich abhängig vom Einkommen: Mit steigendem Einkommen steigt auch die Bewertung der Eigenverantwortung.
- Geschlecht und Alter haben keinen Einfluss auf die Bewertung der Eigenverantwortlichkeit.
- Die Präventionstypen unterscheiden sich untereinander deutlich bezüglich der Bewertung der Eigenverantwortung: Während die Typen I-III eine relativ hohe Zustimmung haben, ist die Zustimmung in den beiden anderen Typen deutlich niedriger.

4.2. Der subjektive Gesundheitszustand

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

Daher wurden die Befragten gebeten, ihren Gesundheitszustand selber mit dem Schulnotenbewertungsschema einzuschätzen. Über die gesamte Stichprobe ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 15: Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (subjektiver Gesundheitszustand) in Prozent

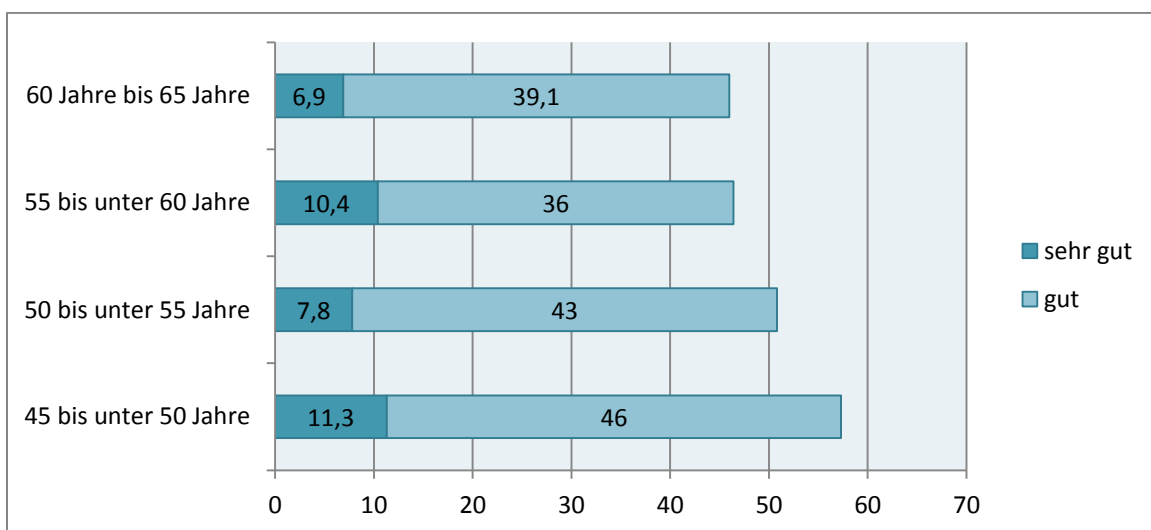


Quelle: Eigene Darstellung

Aus der Abbildung wird deutlich, dass mehr als die Hälfte der Befragten ihren eigenen Gesundheitszustand als „sehr gut“ bis „gut“ beurteilen. Fast ein Drittel bewertet die eigene Gesundheit mit „befriedigend“. Der Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand mangelhaft oder ungenügend beurteilen, bleibt deutlich unter 10%.

Inwieweit die Variable Alter Einfluss auf die Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustandes nimmt wird in der Folge untersucht:

Abbildung 16: Positiver subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Alter in Prozent

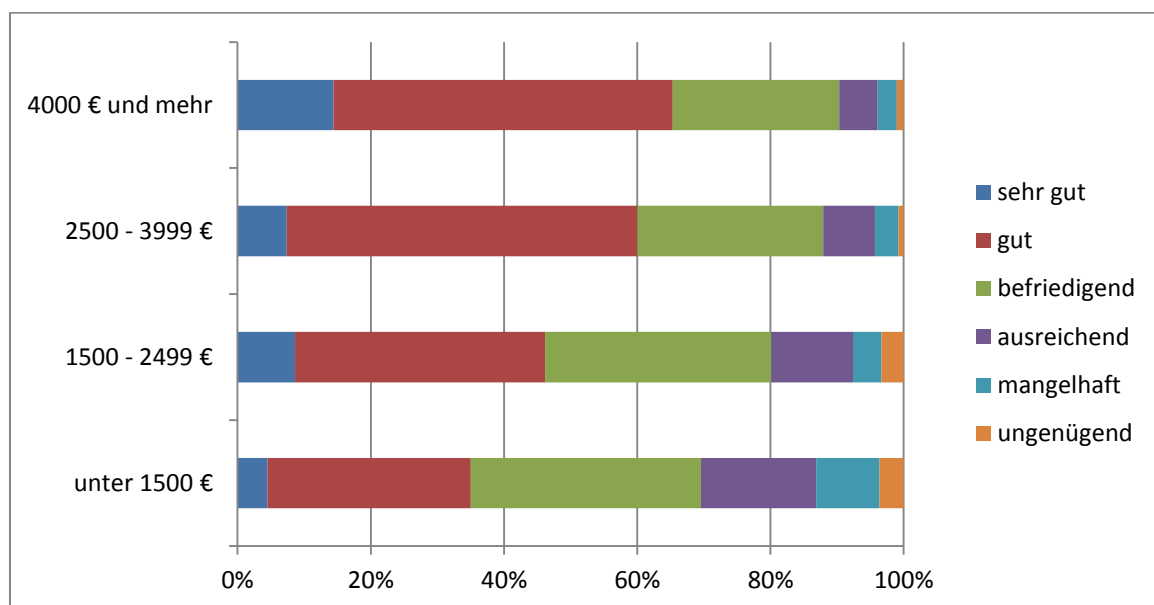


Quelle: Eigene Darstellung

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Beurteilung des subjektiven Gesundheitszustands von der Variable „Alter“ abhängig ist. Mit steigendem Alter wird die subjektive Gesundheit weniger gut beurteilt. Zunächst ist diese Beobachtung nicht verwunderlich: Obwohl der größte Teil der älteren Menschen heute relativ gesund alt wird, steigt mit wachsendem Lebensalter auch die Wahrscheinlichkeit, an einer oder mehreren Erkrankungen zu leiden. Daher ist anzunehmen, dass mit steigendem Alter auch das subjektive Gesundheitsempfinden sinkt. Dies lässt sich anhand der oben zu sehenden Zahlen belegen: Während in der unteren Altersklasse noch 57,3% ihre Gesundheit als „sehr gut bis gut“ beschreiben, nimmt dieser Wert kontinuierlich ab. Die obere Altersklasse erreicht einen Wert von 46%.

In einem weiteren Untersuchungsschritt soll untersucht werden, inwieweit das subjektive Gesundheitsempfinden vom Haushaltseinkommen abhängig ist:

Abbildung 17: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Haushaltseinkommen in Prozent



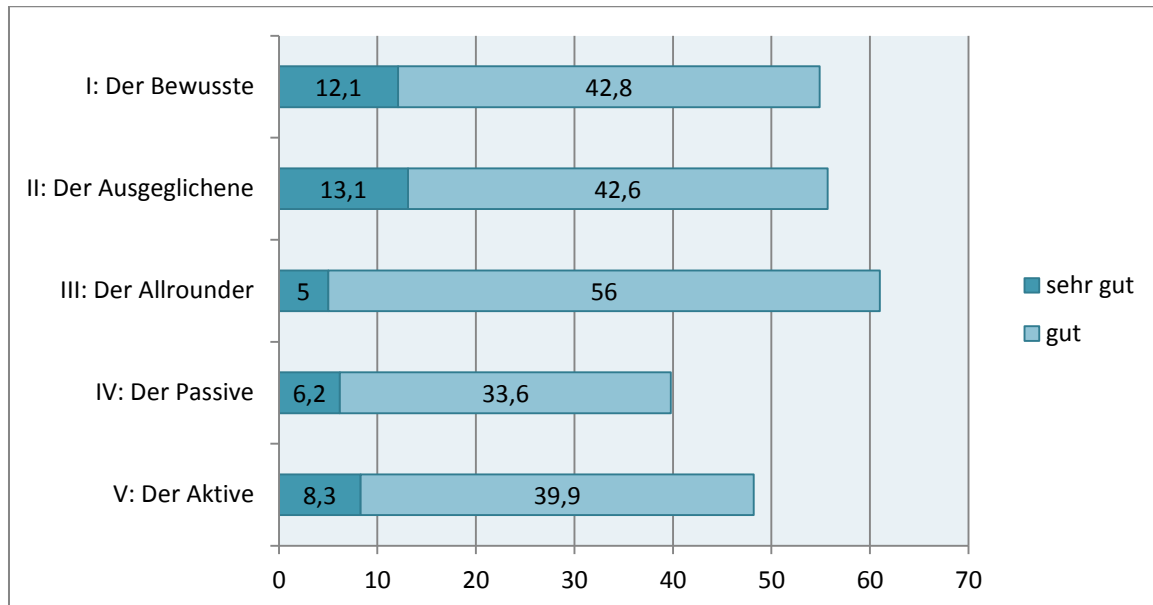
Quelle: Eigene Darstellung

Auf den ersten Blick ist zu erkennen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Einkommen und dem subjektiven Gesundheitsempfinden gibt. Sehr deutlich wird der Unterschied bei der „sehr gut bis guten“ Bewertung des Gesundheitszustandes: Während diese Bewertung in der oberen Einkommensklasse noch einen Wert von 65,4% erreicht, nimmt sie mit sinkendem Einkommen kontinuierlich ab, bis sie in der unteren Klasse nur noch 35,0% erreicht.

Besonders auffällig ist der hohe Anteil der Personen in der unteren Einkommensklasse, die ihren Gesundheitszustand im schlechten Bereich anordnen (ausreichend, mangelhaft und ungenügend). Mit fast einem Drittel (30,4%) liegt dieser Wert deutlich höher als in den ande-

ren Einkommensklassen, wo in keiner der drei anderen der Wert von 20% überschritten wird.

Abbildung 18: Positiver subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Präventionstypen in Prozent



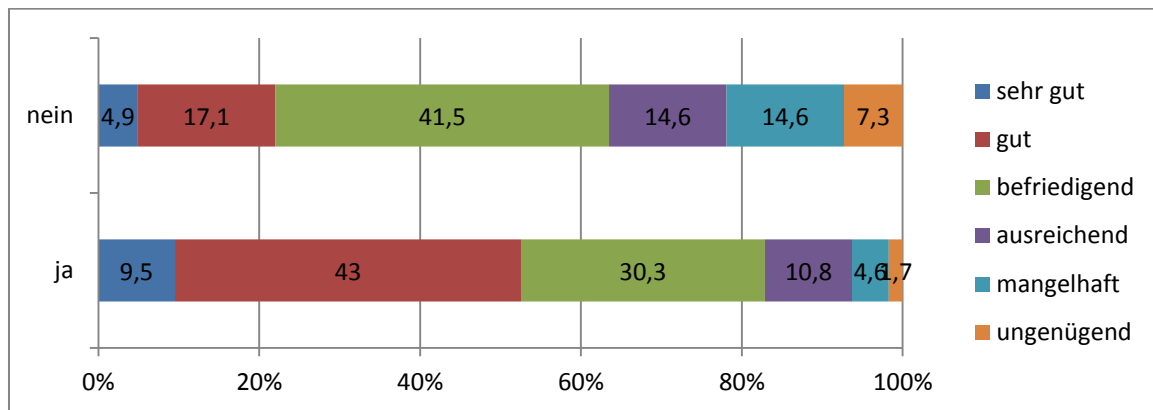
Quelle: Eigene Darstellung

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

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass es einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Präventionstypen und dem subjektiven Gesundheitszustand gibt.

Abschließend soll noch untersucht werden, ob es einen Unterschied bezüglich des subjektiven Gesundheitszustandes gibt zwischen Personen, die Prävention ausüben und Personen, die keiner präventiven Tätigkeit nachgehen.

Abbildung 19: Subjektiver Gesundheitszustand differenziert nach Personen, die Prävention ausüben und nicht in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

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

Auch ein Mittelwertvergleich bestätigt einen signifikanten Unterschied: Während Personen, die einer präventiven Tätigkeit nachgehen ihren Gesundheitszustand im Mittel mit 2,63 beurteilen, bewerten Personen, die keine Prävention ausüben ihren Gesundheitszustand lediglich mit 3,39.

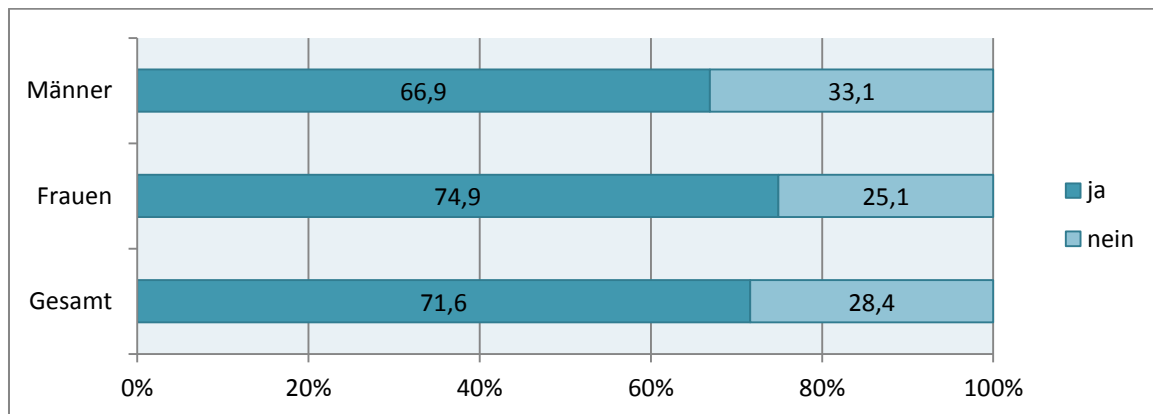
Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse „Subjektiver Gesundheitszustand“

- Über die Hälfte der Befragten bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand als sehr gut bis gut.
- Weniger als 10% geben an, ihr Gesundheitszustand sei mangelhaft bis ungenügend.
- Erwartungsgemäß wird mit steigendem Lebensalter die eigene Gesundheit schlechter bewertet.
- Der subjektive Gesundheitszustand hängt sehr eng mit der Variablen Einkommen zusammen: Personen in den oberen Einkommensklassen fühlen sich deutlich gesünder als Personen aus den unteren Einkommensklassen.
- Personen die Prävention ausüben, bewerten ihren Gesundheitszustand deutlich besser als Personen, die keiner präventiven Tätigkeit nachgehen.

5. Teil II: Sportverhalten

Der Bewegung wird innerhalb der Präventionsaktivitäten eine besondere Rolle zugerechnet. Es ist belegt, dass regelmäßige körperliche Aktivität zur Verzögerung der Abnahme wichtiger Vitalfunktionen beitragen kann (WHO 2002). Auch die weiter oben beschriebenen Ergebnisse des Präventionsverhaltens haben gezeigt, dass ein wesentlicher Schwerpunkt auf den Faktor „Bewegung“ gesetzt wird. Wie dieses Bewegungs- oder Sportverhalten aussieht, wird in der Folge näher untersucht. Zunächst wird analysiert, ob die Befragten einer sportlichen Tätigkeit regelmäßig nachgehen:

Abbildung 20: Antworten auf die Frage „Treiben Sie Sport?“ (n=1.092) in Prozent

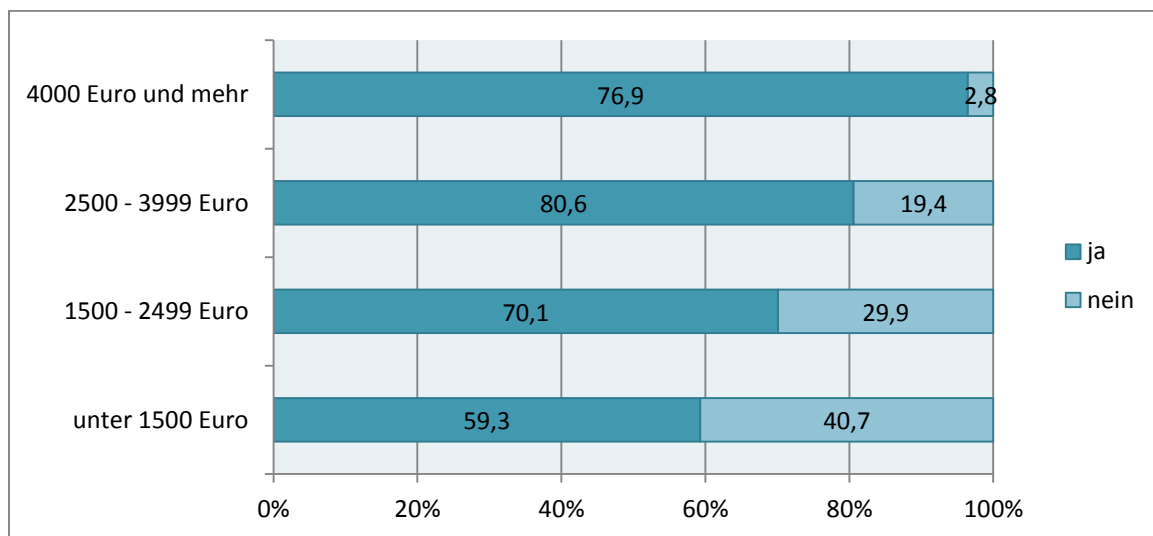


Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt, dass aus dem gesamten Datensatz 71,6% angeben, Sport zu treiben. Gleichzeitig besteht ein enger Zusammenhang zu der Variablen „Geschlecht“: Während bei den Frauen rund drei Viertel der Befragten sportlich aktiv sind, sind es bei den Männern nur zwei Drittel. Eine statistische Abhängigkeit kann durch den Chi-Quadrat-Test nachgewiesen werden ($\chi^2=0,004$).

Kein Zusammenhang hingegen besteht zwischen den Variablen „Sport“ und „Alter“: In allen vier Altersgruppen verläuft die Verteilung nahezu gleich. Allerdings lässt sich eine deutliche Abhängigkeit mit dem Einkommen nachweisen, wie die folgende Abbildung zeigt.

Abbildung 21: Sportverhalten differenziert nach Einkommen in Prozent

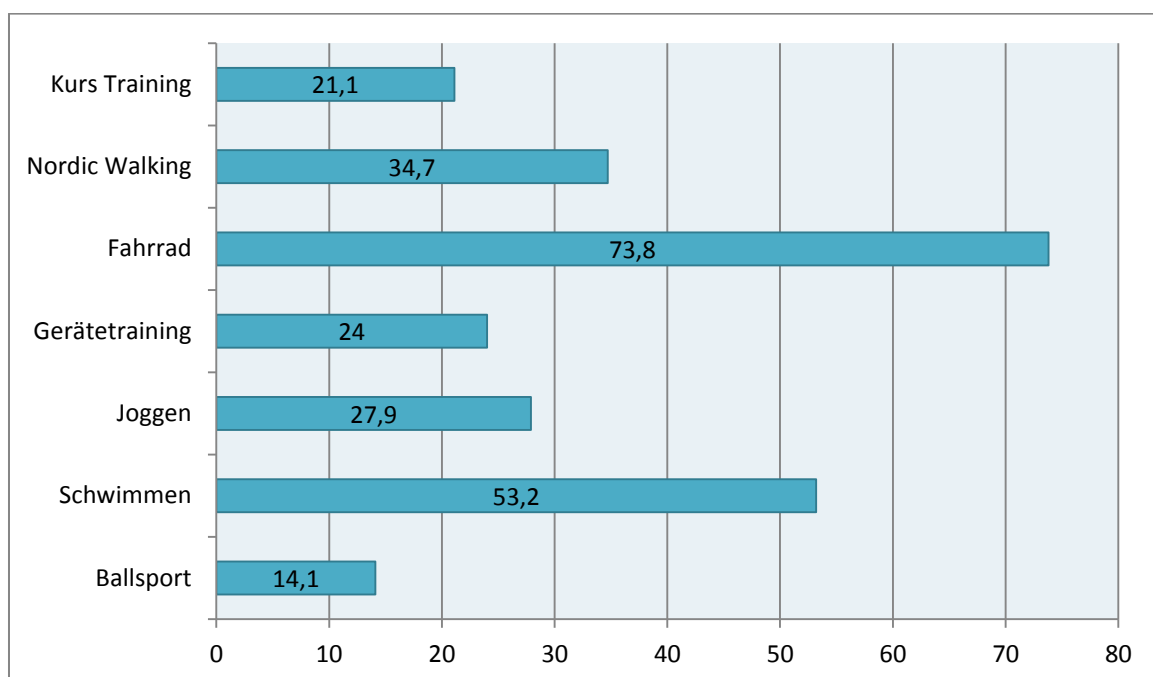


Quelle: Eigene Darstellung

Die Unterschiede sind eindeutig zu erkennen: Während in der unteren Einkommensklasse lediglich 60% angeben, Sport zu treiben, sind es in den darüber liegenden Einkommensklassen deutlich mehr: Der höchste Wert wird mit 80,6% von der Einkommensklasse „2500 – 3999 Euro“ erreicht, dicht gefolgt von der höchsten Einkommensklasse (76,9%). Die Einkommensklasse „1500 – 2499 Euro“ erreicht 70,1%.

Auf die Frage, welcher sportlichen Tätigkeit die Befragten nachgehen, wurden folgende Antworten gegeben:

Abbildung 22: Welche sportliche Aktivität wird regelmäßig ausgeübt? (in Prozent)

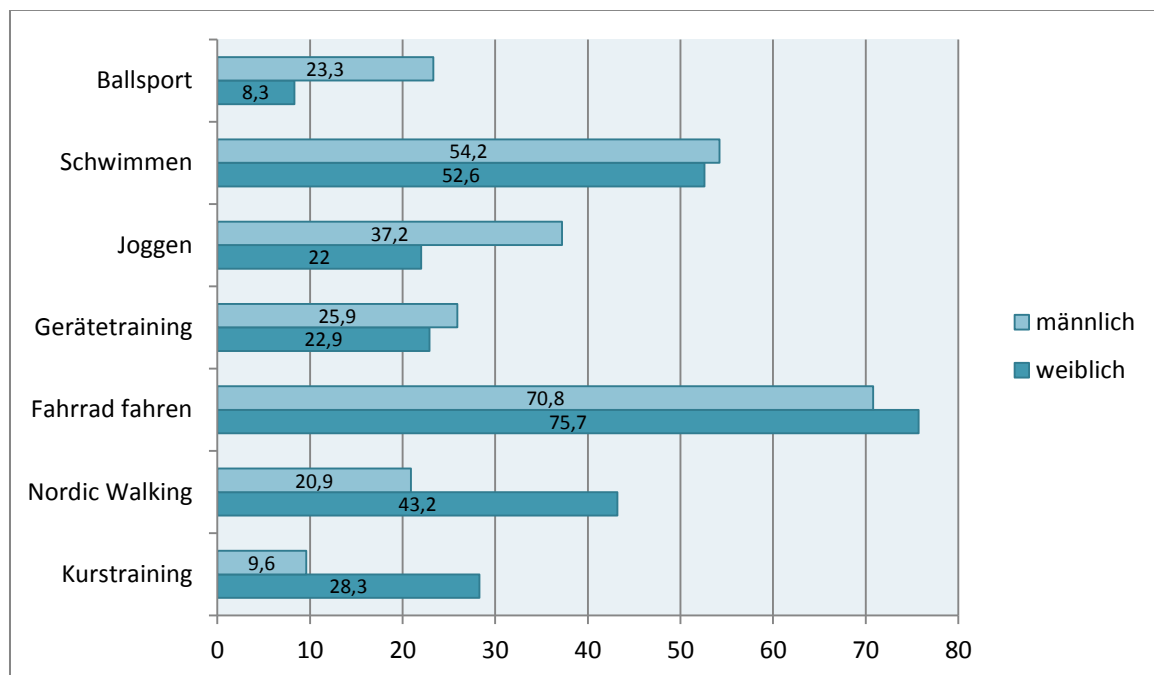


Quelle: Eigene Darstellung

Den höchsten Wert erzielt die Aktivität „Fahrrad fahren“: Drei Viertel der Sporttreibenden (73,8%) geben an, Fahrrad zu fahren. Auf dem zweiten Platz liegt mit etwa der Hälfte der Nennungen (53,2%) das Schwimmen, gefolgt vom Nordic Walking mit 34,7%. Sehr dicht zusammen liegen die Aktivitäten Joggen (27,9%), Gerätetraining (24,0%) und Kurstraining (21,1%). Ballsport erreicht einen Wert von 14,1%.

Um ein differenzierteres Bild zu erhalten, wer welche Sportart ausübt, wird in der Folge das Sportverhalten anhand der Variablen „Geschlecht“ und „Einkommen“ näher untersucht.

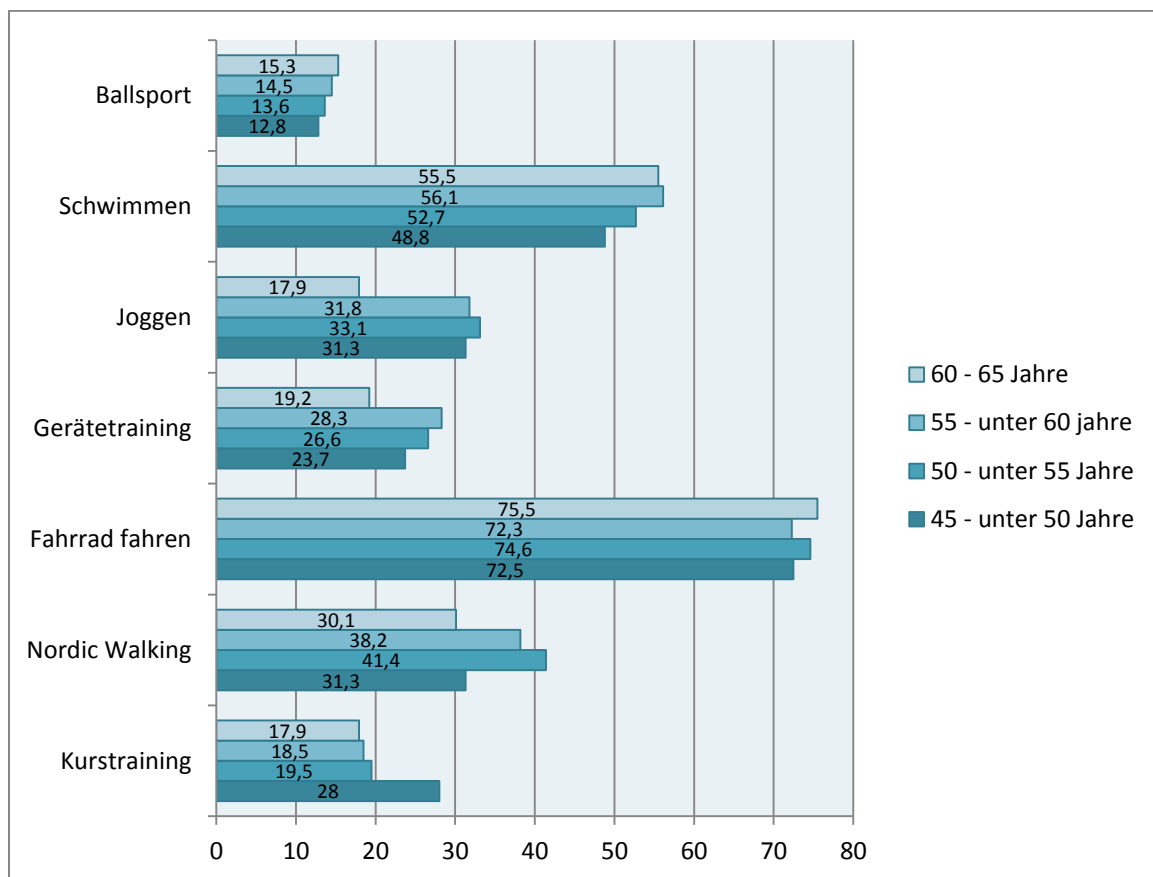
Abbildung 23: Sportarten differenziert nach Geschlecht in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Anhand der Abbildung ist zu erkennen, dass es durchaus Sportarten gibt, die sich anhand der Variablen „Geschlecht“ ungleich verteilen: Während beispielsweise nur 8,3% der Frauen eine Ballsportart ausüben, sind es bei den Männern fast jeder Vierte. Andersherum verhält es sich mit der Verteilung beim Nordic Walking: Während nur jeder fünfte Mann in dieser Sportart aktiv ist, liegt der Anteilswert der Frauen mit 43,2% mehr als doppelt so hoch. Auch das Kurstraining ist deutlich von den Frauen dominiert (9,6%: 28,3%). Joggen wiederum wird prozentual von mehr Männern ausgeübt: 22% der Frauen geben an, im Jogging aktiv zu sein, bei den Männern sind es 37,2%. Nicht so gravierend sind die Unterschiede in den Sportarten Schwimmen, Gerätetraining und Fahrradfahren.

Abbildung 24: Sportarten differenziert nach Altersklassen in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Bezüglich der Altersstruktur zeigen sich teilweise deutliche Unterschiede in den bevorzugten sportlichen Aktivitäten. Während Fahrrad fahren nahezu in allen Altersgruppen gleich beliebt ist (in allen vier Altersgruppen geben fast Dreiviertel der Befragten an, aktiv Fahrrad zu fahren), gibt es beispielsweise bei der Sportart Nordic Walking deutliche Unterschiede: Es fällt auf, dass sowohl die jüngere (31,3%) als auch die ältere Altersgruppe (30,1%) deutlich weniger an Nordic Walking interessiert ist, als die mittleren Altersgruppen. Die Gruppe „50 – unter 55 Jahre“ erreicht den Höchstwert von 41,4%, in der darauf folgenden Altersklasse sind es immerhin noch 38,2%.

Schwimmen ist auch in allen Altersklassen sehr beliebt, es ist allerdings eine Tendenz zu erkennen, dass mit steigendem Lebensalter Schwimmen beliebter wird. Anders verhält es sich mit dem Jogging: Während in den ersten drei Altersklassen ungefähr jeder Dritte angibt, Jogging zu betreiben, fällt der Wert in der oberen Altersklasse deutlich auf 17,9% zurück.

Von der Verteilung einen ähnlichen Verlauf nehmen die Sportarten Nordic Walking und Gerätetraining: Die Spitzen liegen jeweils in den mittleren Altersklassen, niedrigere Werten fallen auf die untere und obere Altersklasse.

Eine Sportart, die von der jüngeren Altersklasse dominiert wird, ist das Kurstraining. Liegt der Wert in dieser Klasse noch bei 28%, fällt er in der folgenden Altersklasse deutlich auf 19,5% zurück und sinkt weiter kontinuierlich auf den Tiefstwert 17,9% in der oberen Altersklasse.

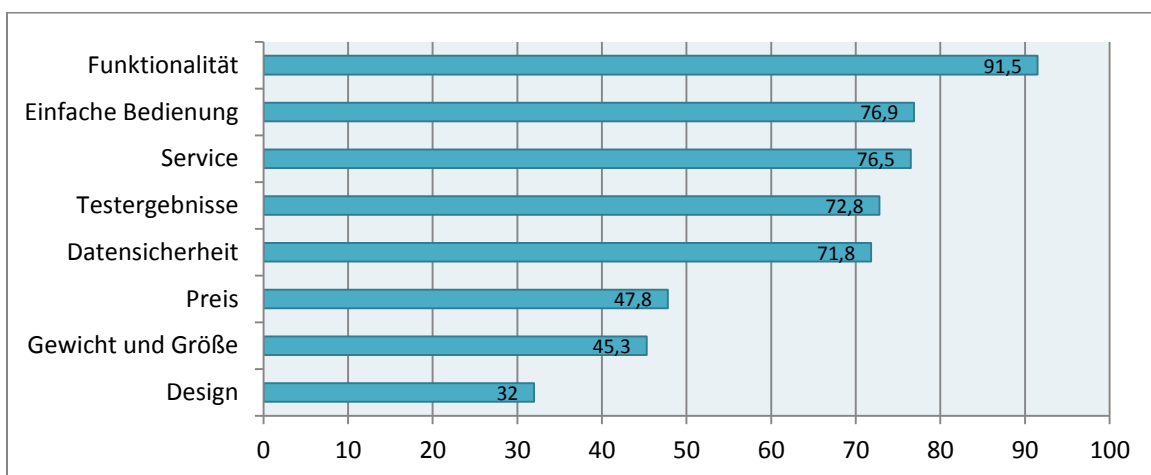
Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse „Sportverhalten“

- Mehr als 70% geben an, sportlich aktiv zu sein. Frauen sind dabei deutlich aktiver als Männer.
- Die beliebtesten Sportarten sind Schwimmen und Fahrradfahren
- Das Sportverhalten ist deutlich durch die Variable Einkommen geprägt: Wer ein höheres Einkommen hat, ist auch sportlich aktiver.
- Es gibt Sportarten, die von Frauen bevorzugt werden (z. B. Nordic Walking und Kurstraining) und Sportarten, für die sich eher Männer entscheiden (z.B. Joggen und Ballsport).

6. Teil III: Anforderungen der Zielgruppe an technische Geräte

In einem Fragenblock wurde abgefragt, welche Faktoren bei dem Kauf eines technischen Gerätes die Kaufentscheidung beeinflussen. Die Faktoren „Preis“, „Design“, „einfache Bedienung“, „Funktionalität“, „Service“, „Datensicherheit“ und „Gewicht und Größe“ sollten je nach Grad der Zustimmung nach Schulnoten bewertet werden. Eine 1 in der Bewertung entspricht somit der vollen Zustimmung, eine 6 bedeutet „stimme überhaupt nicht zu“. Fasst man die Kategorien „stimme voll zu“ und „stimme zu“ zusammen, ergibt sich für den gesamten Datensatz folgendes Bild:

Abbildung 25: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen in Prozent

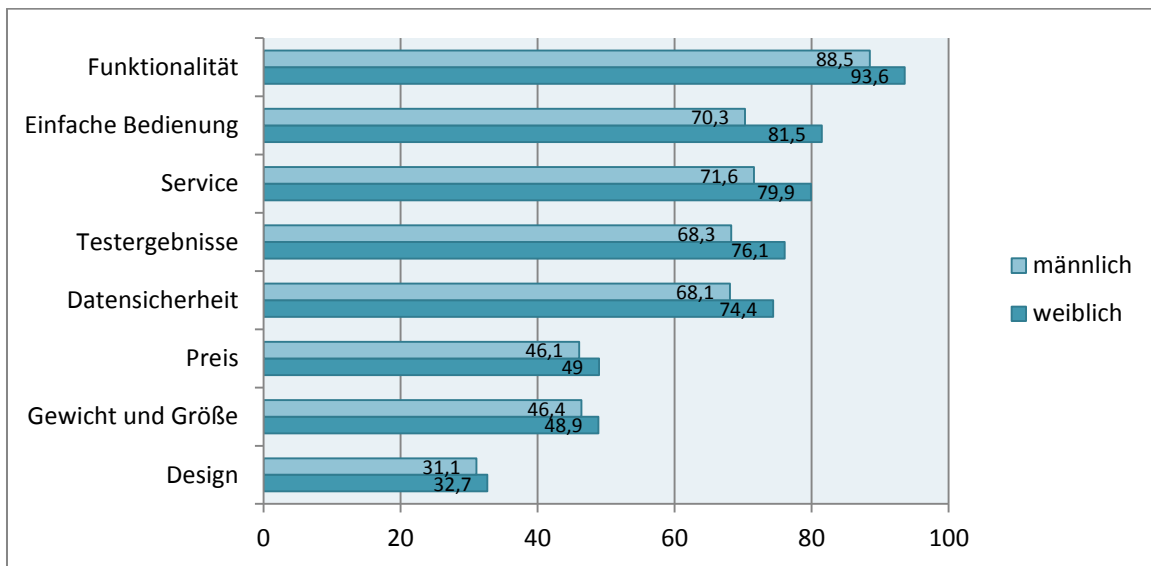


Quelle: Eigene Darstellung

Die Zahlen zeigen, dass ein deutlicher Schwerpunkt auf die Funktionalität eines Geräts gesetzt wird: Mehr als 90% legen gesteigerten Wert auf diesen Faktor, wenn es um die Kaufentscheidung eines technischen Geräts geht. Für Dreiviertel der Befragten ist sowohl die einfache Bedienung als auch die Serviceleistung sehr wichtig. Mit mehr als 70% spielen auch die Datensicherheit und das Abschneiden in Testergebnissen eine wichtige Rolle. Etwas weniger als die Hälfte geben an, einen gesteigerten Wert auf Preis und Gewicht und Größe des Produktes zu legen. Nur jeder Dritte hingegen gibt an, besonderen Wert auf das Design des technischen Geräts zu legen.

Differenziert nach Geschlecht, Alter und Einkommen ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 26: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Geschlecht in Prozent

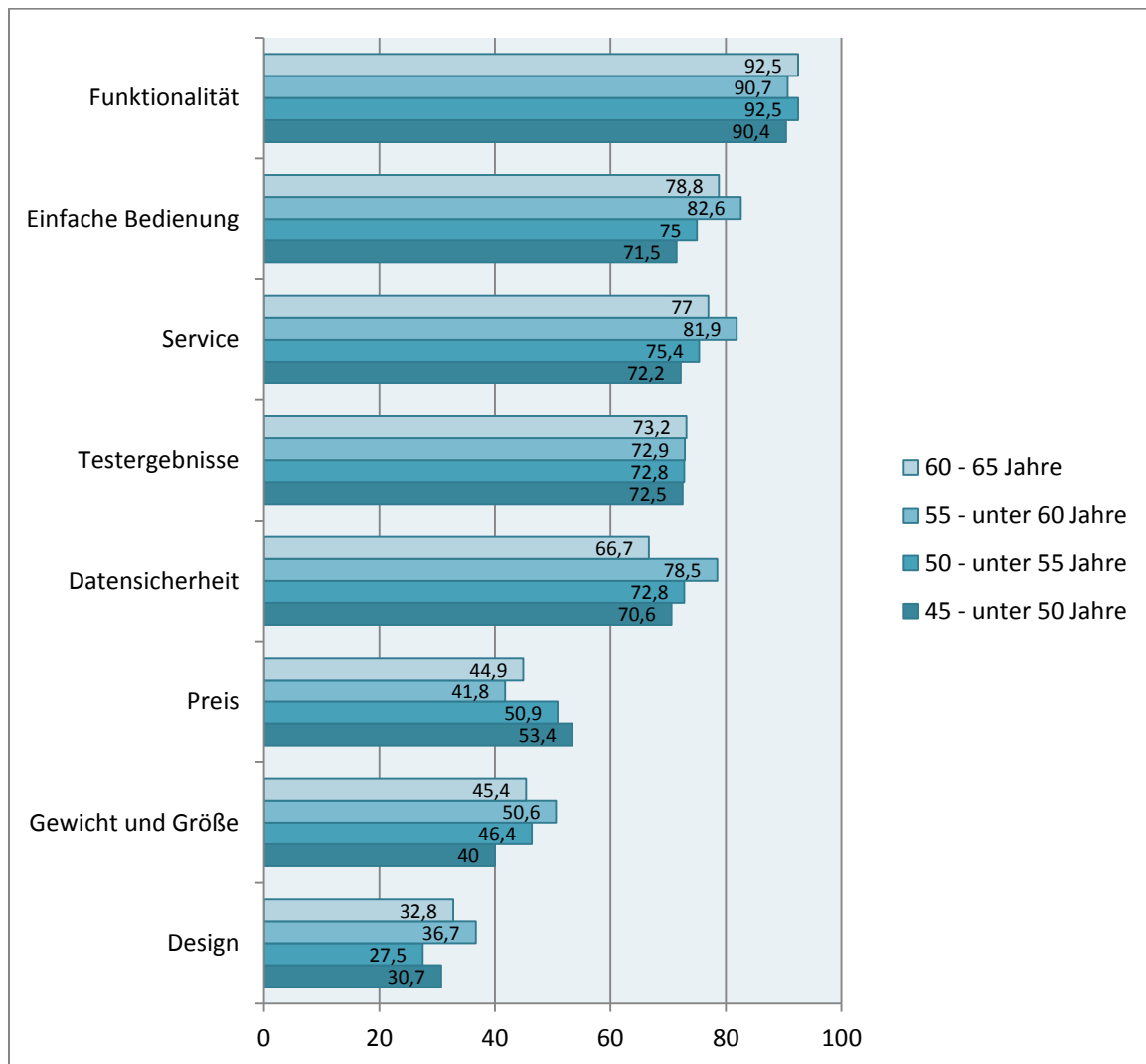


Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigen sich deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Beurteilung, welche Faktoren eine Kaufentscheidung eines technischen Geräts beeinflussen: Während 81,5% der Frauen einen besonderen Wert auf eine einfache Bedienung legen, sind es bei den Männern nur 70,3%. Die gleiche Tendenz in weniger ausgeprägter Form ist bei den Variablen Service, Testergebnisse, Funktionalität und Datensicherheit zu erkennen.

Ein einheitlicheres Bild zeichnet sich bei den Variablen Preis, Gewicht und Größe und Design ab.

Abbildung 27: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Altersklasse in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Bezüglich der Funktionalität sind sich alle Altersklassen weitestgehend einig: Der Wert liegt in allen vier Klassen über 90%. Hinsichtlich der einfachen Bedienung ergeben sich allerdings Unterschiede. Tendenziell steigt die Zustimmung mit wachsendem Lebensalter an: In der unteren Altersklasse liegt sie bei 71,5% und wächst auf 82,6% in der Altersklasse „55 – unter 60 Jahre“. Danach geht sie wieder leicht zurück (78,8%).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Beurteilung der Serviceleistungen: Auch hier lässt sich ein tendenzieller Anstieg mit wachsendem Lebensalter beobachten (Anstieg von 72,2% auf 81,9%, dann wieder leichter Rückgang auf 77%).

Bei der Beurteilung von Testergebnissen sind sich alle Altersklassen relativ einig: Knapp Drei-viertel der Befragten in jeder Altersklasse halten diesen Punkt für wichtig bei der Kaufentscheidung.

Die Datensicherheit steigt bei der Beurteilung zunächst mit dem Lebensalter an (von 70,6% auf 78,5%), in der höheren Altersklasse fällt sie allerdings auf den Tiefstwert von 66,7%.

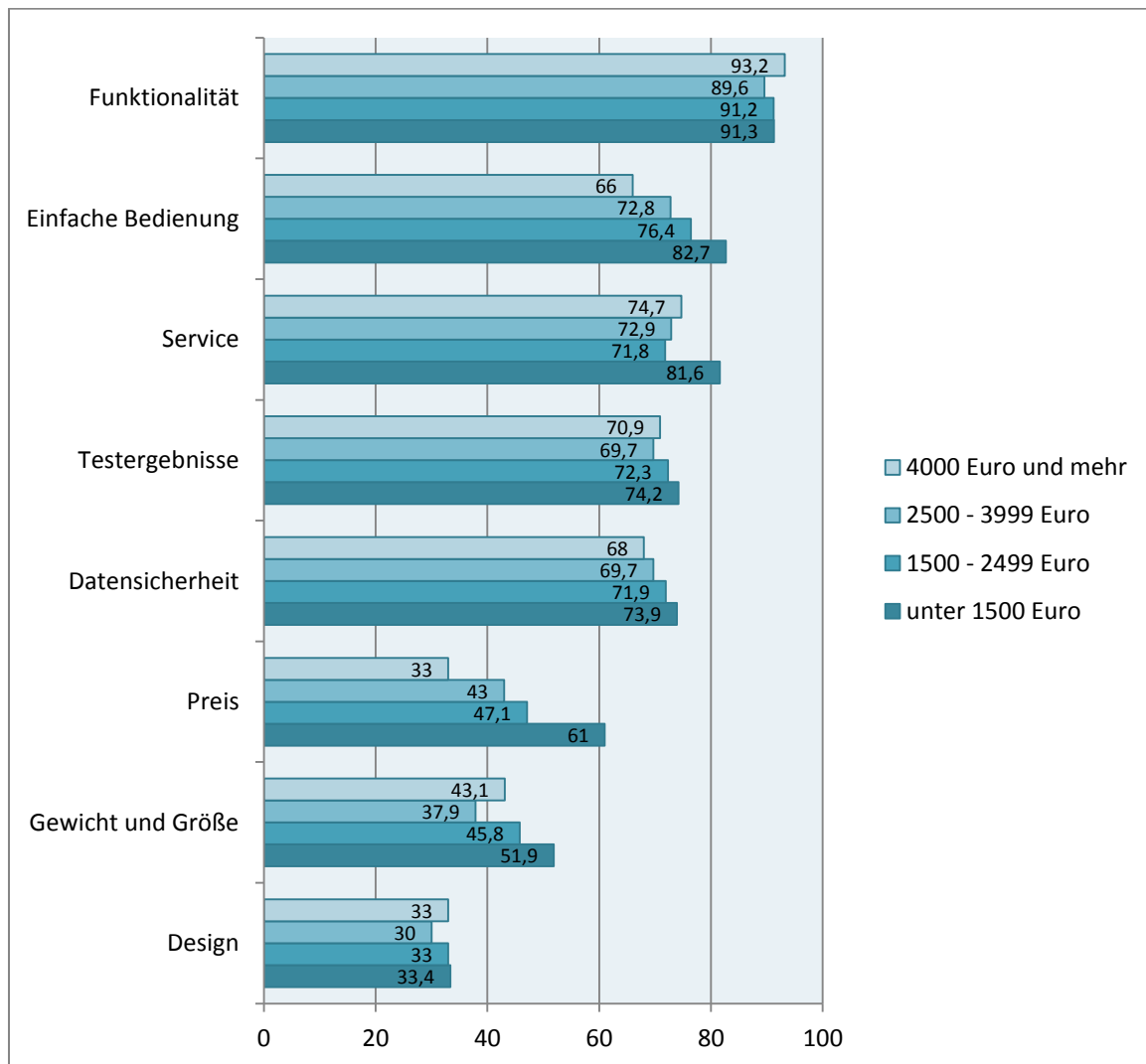
Gegenläufig verhält es sich bei der Beurteilung des Preises eines technischen Geräts. Während in der unteren Altersklasse noch mehr als jeder Zweite besonderen Wert auf den Preis legt, sinkt er kontinuierlich bis auf den Wert von 41,8% ab (Altersklasse „55 – unter 60 Jahre“) und steigt in der oberen Altersklasse wieder leicht an auf 44,9%.

Auch bei der Beurteilung von Gewicht und Größe eines technischen Gerätes gibt es Unterschiede zwischen den Altersklassen: In der Altersklasse „45 – unter 50 Jahre“ legen nur 40% Wert auf diesen Faktor. Die Zustimmung steigt daraufhin an und erreicht in der Altersklasse „55 – unter 60 Jahre“ mit 50,6% ihren Höchstwert. In der oberen Altersklasse fällt sie leicht zurück auf den Wert von 45,4%.

Ein sehr uneinheitliches Bild ergibt sich bei der Beurteilung, inwieweit das Design eines Produktes die Kaufentscheidung beeinflusst. In der unteren Altersklasse liegt der Wert der Zustimmung bei 30,7% und fällt in der folgenden Altersklasse auf 27,5% zurück. Den Höchstwert von 36,7% erreicht die Zustimmung in der Altersklasse „50 – unter 55 Jahre“. In der oberen Altersklasse fällt sie wieder zurück auf 32,8%.

Differenziert nach Einkommen ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 28: Faktoren, die die Kaufentscheidung eines technischen Gerätes positiv beeinflussen, differenziert nach Einkommen in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

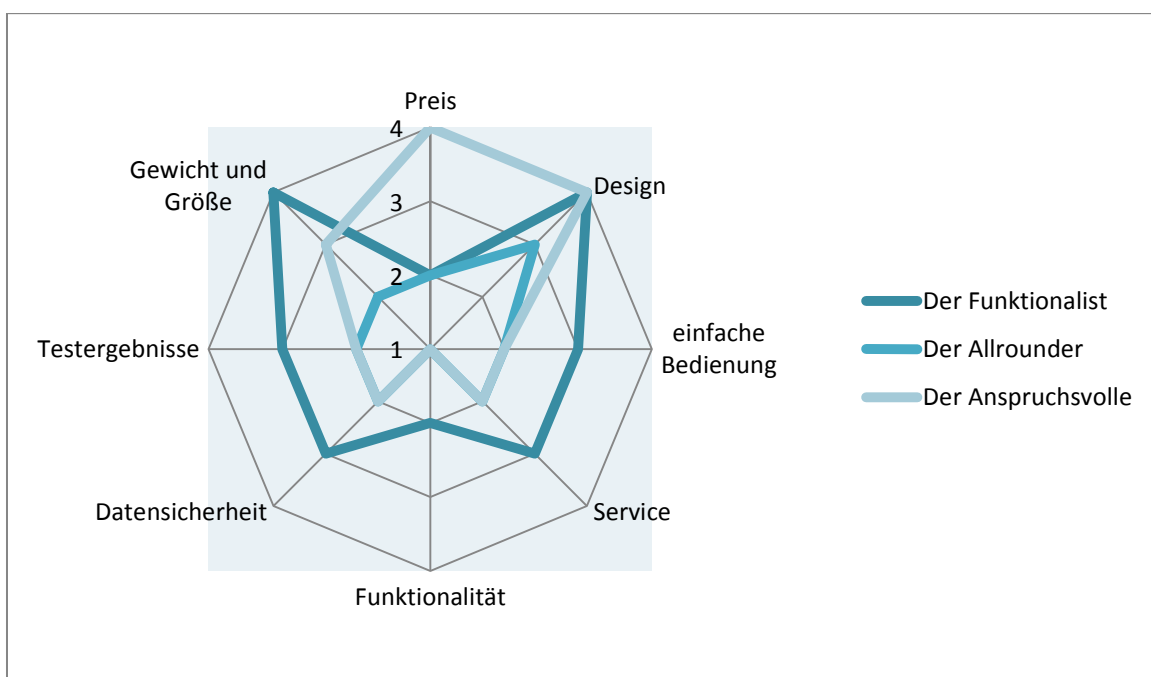
Hinsichtlich der Beurteilung der Funktionalität sind sich die unterschiedlichen Einkommensklassen einig: In allen Gruppen wird dieser Faktor als besonders wichtig bewertet. Anders sieht es bei der Beurteilung der einfachen Bedienung aus: Hier besteht ein sichtbarer Zusammenhang, denn die Zustimmung nimmt mit wachsendem Einkommen ab. Während noch 82,7% der unteren Einkommensklasse die einfache Bedienung als wesentlichen Grund für die Kaufentscheidung sehen, sinkt der Wert kontinuierlich ab und erreicht in der oberen Einkommensklasse das Minimum von 66,0%. Die gleiche Tendenz lässt sich bei der Datensicherheit beobachten. Deutlich ausgeprägter ist diese Rückläufigkeit der Zustimmung bei dem Faktor Preis: Während in der unteren Einkommensklasse 61,0% zustimmen, geht der Wert mit steigendem Einkommen kontinuierlich zurück und erreicht in der oberen Einkommensklasse das Minimum von 31,0%.

Auffällig ist die Verteilung der Kategorie „Service“: Während die Zustimmung in den oberen Einkommensklasse zwischen 71,8% und 74,7% liegt, steigt sie in der unteren Klasse auf fast 82% an.

Relativ einheitlich fällt die Beurteilung der Kategorie Design aus: Mit leichten Abweichungen stimmt in allen Einkommensklassen rund jeder Dritte zu.

Mit Hilfe einer Cluster-Analyse konnte dabei drei unterschiedliche Typen identifiziert werden:

Abbildung 29: Clusteranalyse zur Identifizierung von Gerätetypen



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt, dass der Typ I „Der Funktionalist“ besonderen Wert auf die Funktionalität eines Gerätes legt, gleichzeitig aber auch preisbewusst denkt. Andere Faktoren wie Service, Bedienung und Datensicherheit erhalten eher durchschnittliche Werte. Wenig Wert werden auf die äußeren Werte gelegt: Design, Größe und Gewicht spielen eine eher untergeordnete Rolle

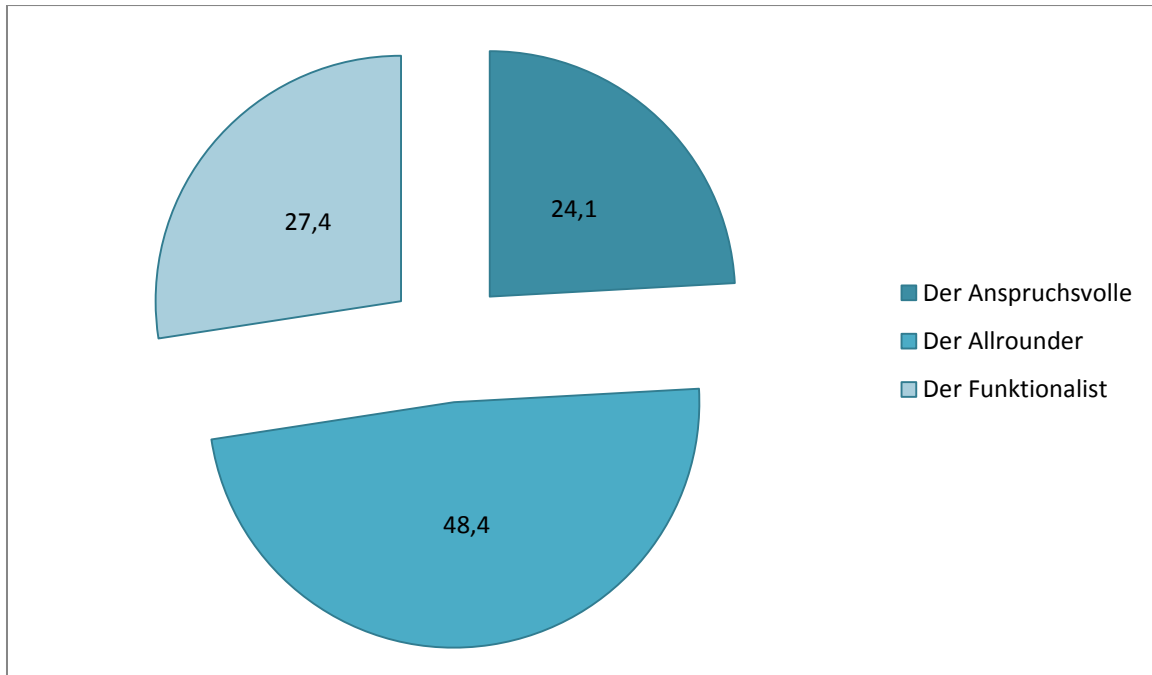
Der Typ II „Der Allrounder“ bewertet fast alle Faktoren gleich hoch, lediglich das Design des Produktes entscheidet seine Kaufentscheidung nicht maßgeblich. Er informiert sich vorher mittels Testergebnisse und möchte preisbewusst und serviceorientiert einkaufen.

Der Typ III „Der Anspruchsvolle“ kauft sehr zielgerichtet ein: Das Produkt muss funktionieren, einfach zu bedienen sein und der Service muss stimmen. Stimmen die Faktoren, spielt

der Preis bei der Kaufentscheidung eine eher untergeordnete Rolle. Auch auf Design, Gewicht und Größe wird kein besonderer Wert gelegt.

Wie sich die Stichprobe auf die unterschiedlichen Typen verteilt, zeigt das folgende Kreisdiagramm:

Abbildung 30: Verteilung der Gerätetypen auf die gesamte Stichprobe in Prozent

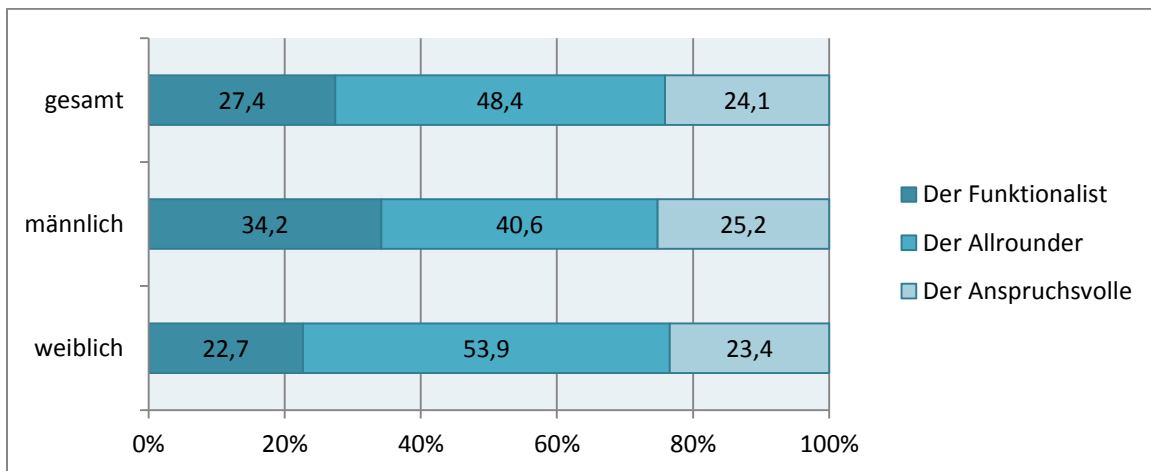


Quelle: Eigene Darstellung

Nahezu die Hälfte der Befragten (48,4%) lassen sich dem Typen „Allrounder“ zuordnen. „Der Funktionalist“ kommt auf einen Anteilswert von 27,4% und 24,1% fallen auf den „Anspruchsvollen“.

In einem weiteren Untersuchungsschritt erfolgt ein differenzierter Blick auf die Gerätetypen. Differenziert nach den Variablen „Geschlecht“, „Alter“ und „Einkommen“ ergibt sich folgendes Bild:

Abbildung 31: Gerätetypen differenziert nach Geschlecht in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

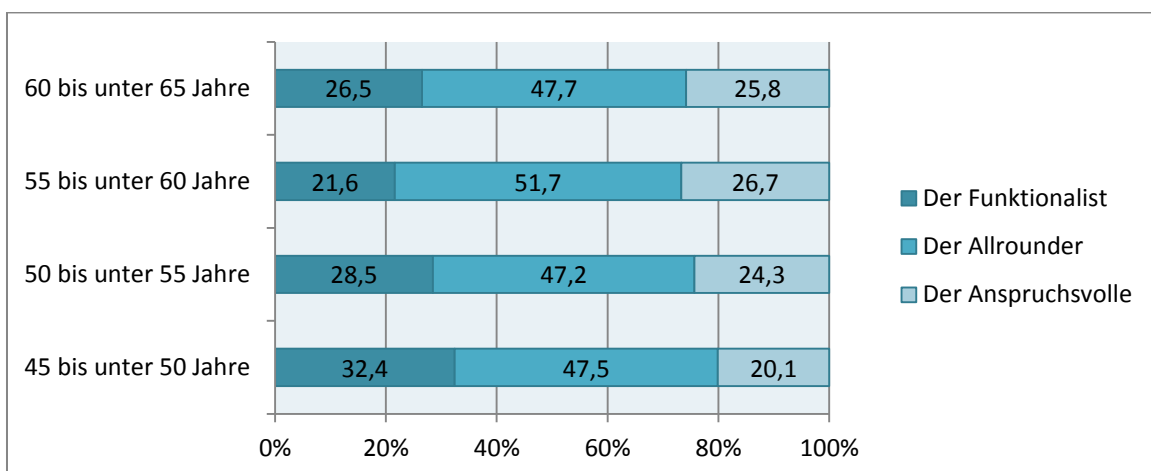
Die Grafik zeigt, dass es deutliche Unterschiede bei der Verteilung der „Gerätetypen“ in Bezug auf das Geschlecht gibt: Mehr als die Hälfte der Frauen (53,9%) lassen sich dem Typus „Allrounder“ zuordnen. Bei den Männern sind es nur 40,6%.

Jeder Dritte Mann hingegen lässt sich dem Typ „Funktionalist“ zuordnen (34,2%), bei den Frauen sind es nur 22,7%.

Nicht so deutlich fällt der Unterschied bei dem anspruchsvollen Typus aus: Mit 23,4% (Frauen) und 25,2% (Männer) sind die Unterschiede bei der Verteilung nicht gravierend.

Die folgende Abbildung zeigt das Verhältnis zwischen Gerätetypen und Altersklassen:

Abbildung 32: Gerätetypen differenziert nach Alter in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

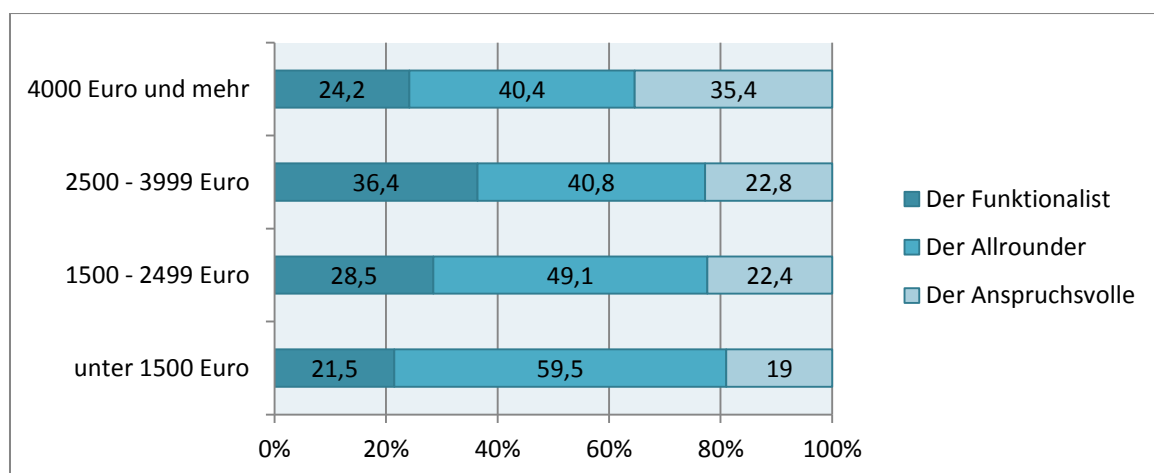
Es ist zu erkennen, dass die Verteilung der Gerätetypen innerhalb der Altersklassen nicht einheitlich verläuft. Am deutlichsten ist dies an den Typen „Der Funktionalist“ und „Der Anspruchsvolle“ zu erkennen. Während in der unteren Einkommensklasse nahezu jeder Dritte

sich dem Typ des Funktionalisten zuordnen lässt, sind es in der Altersklasse „55 bis unter 60 Jahre“ nur 21,6%. Beim „Anspruchsvollen“ verläuft die Verteilung in die entgegengesetzte Richtung: Während in der unteren Altersklasse nur jeder Fünfte dieser Kategorie zugeordnet werden kann, sind es in der Altersklasse „55 bis unter 60 Jahre“ immerhin 26,7%.

Nahezu einheitlich verläuft die Verteilung des Typen „Der Allrounder“: Der Anteil liegt im Durchschnitt bei etwa 47%, eine Ausnahme bildet die Altersklasse „55 bis unter 60 Jahre“, hier wird ein Anteilswert von 51,7% erreicht.

Ob es einen Zusammenhang zwischen Gerätetyp und Einkommen gibt, zeigt die folgende Grafik:

Abbildung 33: Gerätetypen differenziert nach Einkommen in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist sehr deutlich zu erkennen, dass die Verteilung des Typen „Der Funktionalist“ in den Einkommensklassen stark variiert. Der Anteil nimmt mit steigendem Einkommen zunächst von 21,5% bis auf 36,4% zu, fällt allerdings in der oberen Einkommensklasse wieder zurück auf 24,5%.

Beim Typen „Allrounder“ ist die Entwicklung gleichmäßiger: Mit steigendem Einkommen ist der Anteil rückläufig: In der unteren Einkommensklasse können fast 60% diesem Typus zugeordnet werden, der Anteil sinkt kontinuierlich, bis er in der oberen Einkommensklasse den Tiefstwert von 40,4% erreicht.

Erwartungsgemäß steigt der Anteil der „Anspruchsvollen“, also denen, die wenig auf den Preis achten, mit steigendem Einkommen: In der unteren Einkommensklasse liegt ihr Anteil bei 19% und steigt kontinuierlich mit wachsendem Einkommen. In der oberen Einkommensklasse lässt sich mehr als jeder Dritte diesem Typus zuordnen.

Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse „Anforderungen an technische Geräte“

- Generell legen Personen im mittleren Lebensalter gesteigerten Wert auf Faktoren wie Funktionalität, einfache Bedienung und Service beim Kauf eines technischen Gerätes. Weniger Wert wird auf Design, Gewicht und Größe gelegt.
- Die Variablen Geschlecht, Alter und Einkommen bringen teilweise unterschiedliche Anforderungen hervor, so dass ein differenzierter Blick notwendig ist.
- Mit Hilfe einer Clusteranalyse lassen sie die Typen „Der Funktionalist“, „Der All-rounder“ und „Der Anspruchsvolle“ bilden, die unterschiedliche Schwerpunkte beim Kauf eines technischen Gerätes setzen.

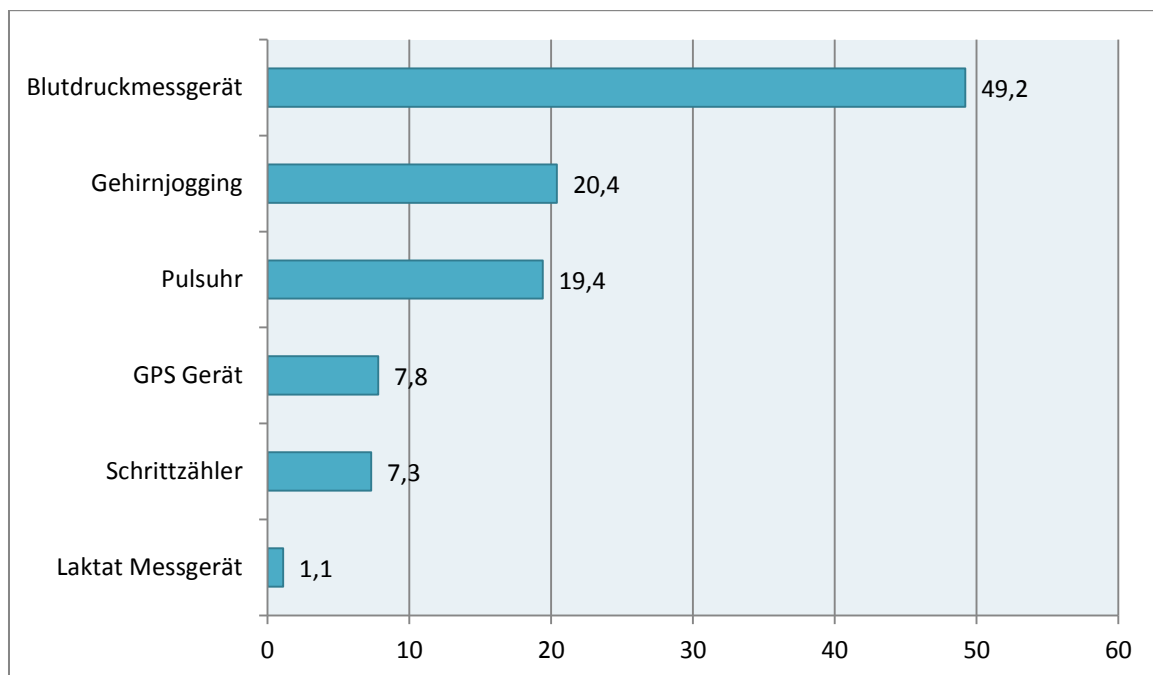
7. Diskussion und Zusammenfassung: Wo liegen Potenziale für den Einsatz von technischen Geräten im Bereich Prävention für die Zielgruppe der Personen im mittleren Lebensalter?

Um Potenziale zu erörtern, in denen in naher Zukunft technische Geräte im Bereich der Prävention zum Einsatz kommen können, wird zunächst eine Bestandsaufnahme durchgeführt.

7.1. Bestandsaufnahme – Welche technischen Geräte sind bereits im Einsatz?

Die Befragten wurden gebeten, anzugeben, welches technische Gerät sie bereits benutzen, das im weitesten Sinne dem Bereich der Prävention zugeordnet werden kann. Über den gesamten Datensatz ergibt sich folgendes Bild.

Abbildung 34: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden in Prozent

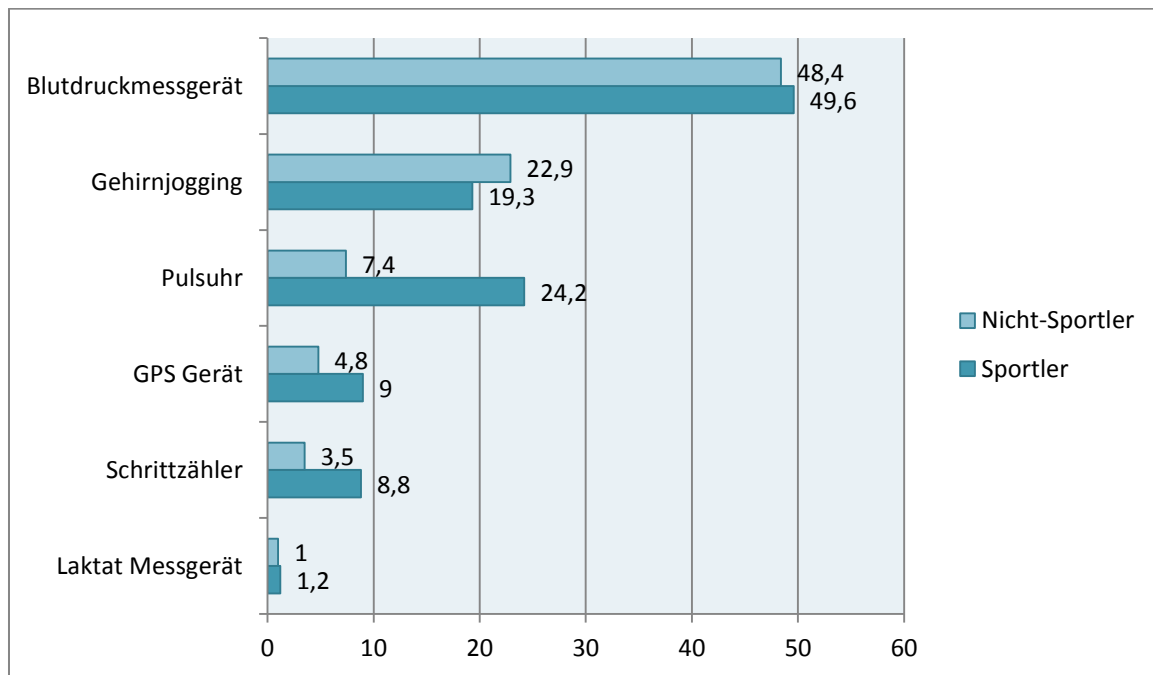


Quelle: Eigene Darstellung

Annähernd die Hälfte der Befragten geben an, ein Blutdruckgerät zu besitzen. Jeder Fünfte gibt an, ein Gerät zu besitzen, mit dem Gehirnjogging praktiziert werden kann, erworben zu haben, gefolgt von der Pulsuhr mit 19,4%. Mit etwas Abstand und deutlich unter der 10%-Marke folgen das GPS-Gerät (7,8%), der Schrittzähler (7,3%) und das Laktat-Messgerät (1,1%).

Da sich mehrere der Geräte für den Einsatz im sportlichen Bereich eignen, liegt die Vermutung nahe, dass es einen Zusammenhang zwischen bestimmten Geräten und der Ausübung einer sportlichen Tätigkeit gibt:

Abbildung 35: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden, differenziert nach Sportlicher und Nicht-Sportler in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung bestätigt die oben getroffene Annahme: Während sich der Anteil der Besitz eines Blutdruckgerätes nur unwesentlich zwischen Sportlern und Nicht-Sportlern unterscheidet, sieht es bei den Geräten Pulsuhr, GPS-Gerät und Schrittzähler deutlich anders aus: Während jeder vierte Sportler eine Pulsuhr besitzt, sind es bei den Nicht-Sportlern nur 7,4%. Ähnlich verhält es sich mit dem GPS-Gerät: Bei den Sportlern liegt der Anteil der Besitzer fast doppelt so hoch. Auch der Schrittzähler ist bei den Sportlern deutlich beliebter als bei den Nicht-Sportlern: 8,8%, die regelmäßig Sport treiben, besitzen einen Schrittzähler, während es bei den Nicht-Sportlern nur 3,5% sind.

Wie hoch die finanziellen Leistungen sind, die für Geräte im Bereich der Prävention ausgegeben werden zeigt die folgende Tabelle. Grundlage für die Daten der Tabelle bildet die Frage, welchen Betrag die Befragten für den Kauf eines Gerätes ausgegeben haben. Aus den Einzelwerten wurde der Mittelwert gebildet.

Tabelle 2: Durchschnittliche Ausgaben für Geräte

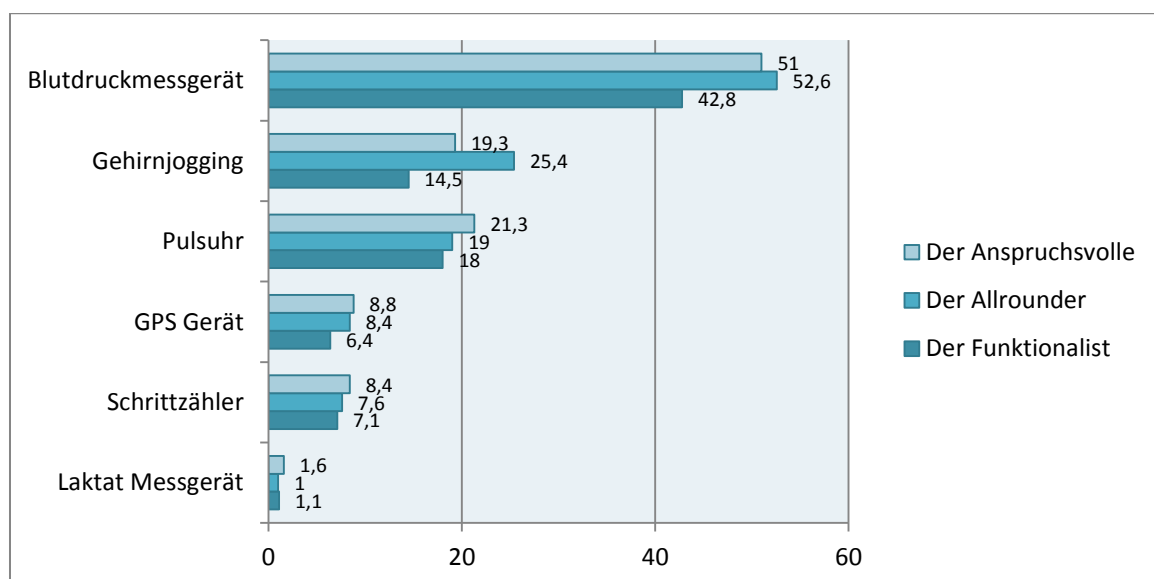
Gerät	Arithmetisches Mittel in Euro	Minimum in Euro	Maximum in Euro	Standardabweichung	Median in Euro
Blutdruckmessgerät	54,15	0	220	35,288	50
Pulsuhr	80,61	0	400	82,943	50
Schrittzähler	25,51	0	250	37,641	15
GPS-Gerät	315,78	0	2500	346,468	250
Gehirn-Jogging	44,34	0	500	69,024	20

Quelle: Eigene Darstellung

Es zeigt sich, dass der Durchschnittswert in der Regel unter 100 Euro liegt. Eine Ausnahme bildet das GPS-Gerät, das mit einem Durchschnittswert von 315 Euro deutlich aus dem Rahmen fällt. Insgesamt kann man erkennen, dass die Spannbreiten, die zwischen dem Minimum und dem Maximum liegen, sehr hoch sind. Dies drückt sich auch in der Standardabweichung aus. Auch die zum Teil erhöhte Differenz zwischen arithmetischem Mittel und Median (z.B. Gehirnjogging), deutet auf eine breite Streuung der Einzelwerte hin. Als Minimum wurde bei allen Geräten zudem der Wert 0 genannt. Es liegt die Vermutung nahe, dass die Befragten das Gerät geschenkt bekommen haben oder es beispielsweise durch die Krankenkassen subventioniert wurde. Die Interpretation des Mittelwertes ist daher nur bedingt aussagekräftig.

In einem weiteren Schritt soll nun erörtert werden, ob das Kaufverhalten der Gerätetypen signifikante Unterschiede aufweist.

Abbildung 36: Geräte, die sich bereits im Besitz befinden, differenziert nach Präventionstypen in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

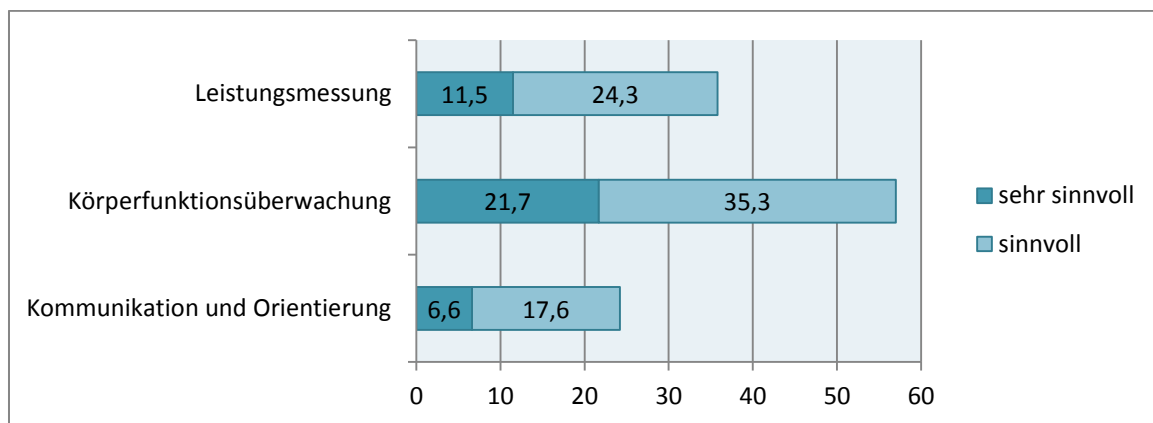
Die Unterschiede in der Verteilung sind deutlich sichtbar: Während sowohl mehr als jeder Zweite „Anspruchsvolle“ als auch jeder „Allrounder“ ein Blutdruckgerät besitzt, sind es bei den „Funktionalisten“ nur 42,8%. Auch bei den Gehirnjogging-Geräten gibt es Unterschiede: Den höchsten Wert erreichen die Allrounder: Hier ist fast jeder Vierte im Besitz eines Gerätes. Die „Anspruchsvollen“ kommen auf 19,3% und den letzten Platz belegen die wieder die „Funktionalisten“ mit 14,5%. Bei den anderen Geräten fallen die Unterschiede nicht so deutlich aus, es ist aber eine gemeinsame Tendenz zu erkennen: Generell nimmt hier der „Anspruchsvolle“ die Spitzenposition ein, gefolgt vom „Allrounder“, während der Funktionalist den niedrigsten Anteilswert in Anspruch nimmt.

Bezüglich des momentanen Kaufverhaltens an der Auswahl der vorgegebenen Geräte lassen sich zusammenfassend einige Tendenzen ausmachen: Grundlegend kann festgehalten werden, dass der Einsatz von technischen Geräten im Bereich der Prävention bislang noch nicht sehr ausgeprägt ist. Lediglich das Blutdruckgerät wird von jedem zweiten Befragten benutzt. Es nimmt bei der vorgegebenen Auswahl allerdings eine Sonderstellung ein: Alle anderen Geräte dienen eher der Leistungsüberwachung oder der Orientierungshilfe bei sportlichen Aktivitäten, während das Blutdruckgerät eher zu Diagnose- und Überwachungszwecken eingesetzt wird.

Auch die Gerätetypen weisen ein unterschiedliches Kaufverhalten auf: Am konsumfreudigsten scheint der „Allrounder“ zu sein, er besitzt zusammengerechnet die höchsten Anteilswerte. An zweiter Position befindet sich der „Anspruchsvolle“ Typ und am wenigsten konsumfreudig zeigt sich der „Funktionalist“.

Um Potenzial für die zukünftige Nachfrage von technischen Geräten im Bereich der Prävention zu ermitteln, wird in der Folge erörtert, welchen Anwendungsfeldern die Befragten einen hohen Bedeutungsgrad zuweisen. Es waren die Kategorien „Leistungsmessung“, „Körperfunktionsüberwachung“ und „Kommunikation und Orientierung“ vorgegeben, die auf einer sechsstufigen Likert-Skala bewertet werden sollten. Über den gesamten Datensatz zeigt sich folgendes Bild:

Abbildung 37: Zukünftige Anwendungsfelder für technische Produkte in Prozent



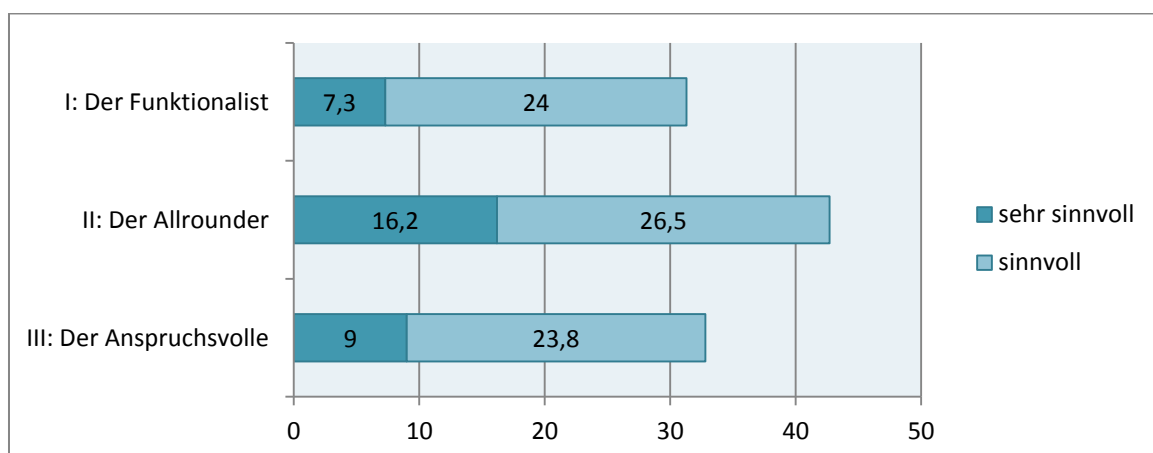
Quelle: Eigene Darstellung

Die Spitzenposition nimmt die Kategorie „Körperfunktionsüberwachung“ ein: 57% halten den Einsatz von technischen Geräten für generell sinnvoll, mehr als jeder Fünfte vergibt sogar die höchste Prioritätsstufe. An zweiter Position folgt die Kategorie „Leistungsmessung“: Immerhin noch mehr als jeder Dritte (35,8%) hält in diesem Bereich den Einsatz von Technik für sinnvoll. Fast jeder Vierte (24,2%) kann sich einen Einsatz von technischen Geräten durchaus sehr gut in dem Anwendungsfeld „Kommunikation und Orientierung“ vorstellen.

7.2. Identifizierung von Anwendungsfeldern

In einem weiteren Untersuchungsschritt wird nun ermittelt, wie die identifizierten Typen (Präventionstypen, Gerätetypen) die Anwendungsfelder bewerten. Hinsichtlich des Anwendungsfelds Leistungsmessung ergibt sich dabei folgendes Bild:

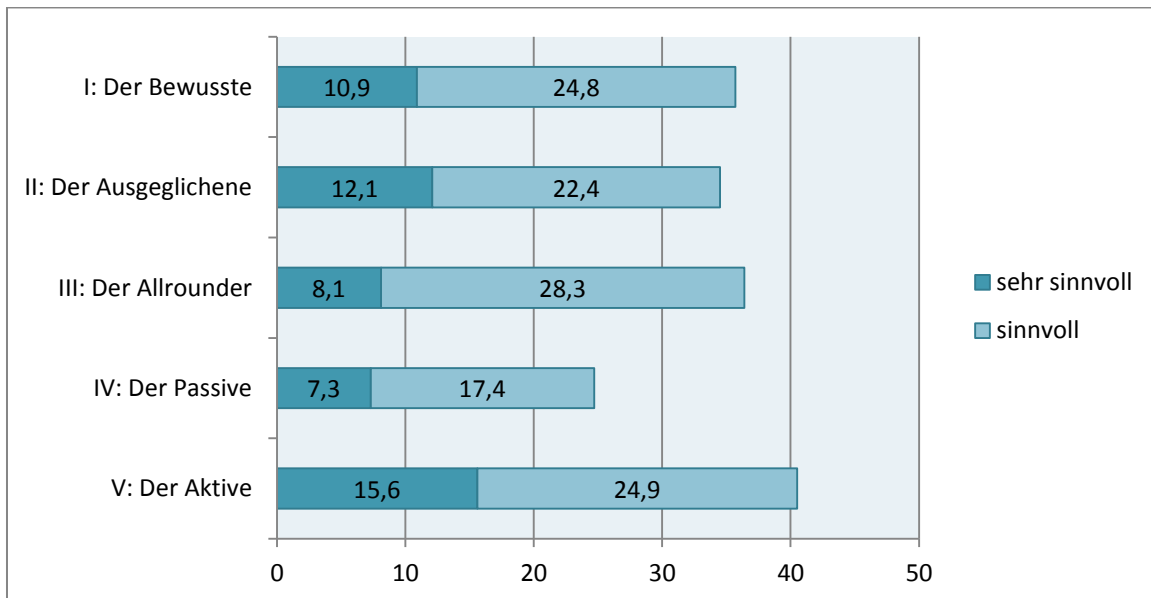
Abbildung 38: Bewertung von technischen Geräten zur Leistungsmessung differenziert nach Gerätetyp in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Die Abbildung zeigt, dass es einen Unterschied zwischen den positiven Bewertungen für das Anwendungsfeld Leistungsmessung gibt. Der „Allrounder“ bewertet dieses Anwendungsfeld deutlich besser als die beiden anderen Typen: Insgesamt geben 42,7% eine positive Bewertung ab, hiervon stimmen sogar 16,2% für die höchste Bewertung. Mit einem deutlichen Abstand folgt auf dem zweiten Rang der „Anspruchsvolle“ mit 32,8%, dicht gefolgt von dem „Funktionalisten“ mit 31,8%. Es kann also ein deutlicher Unterschied festgestellt werden.

Abbildung 39: Bewertung von technischen Geräten zur Leistungsmessung differenziert nach Präventionstyp in Prozent

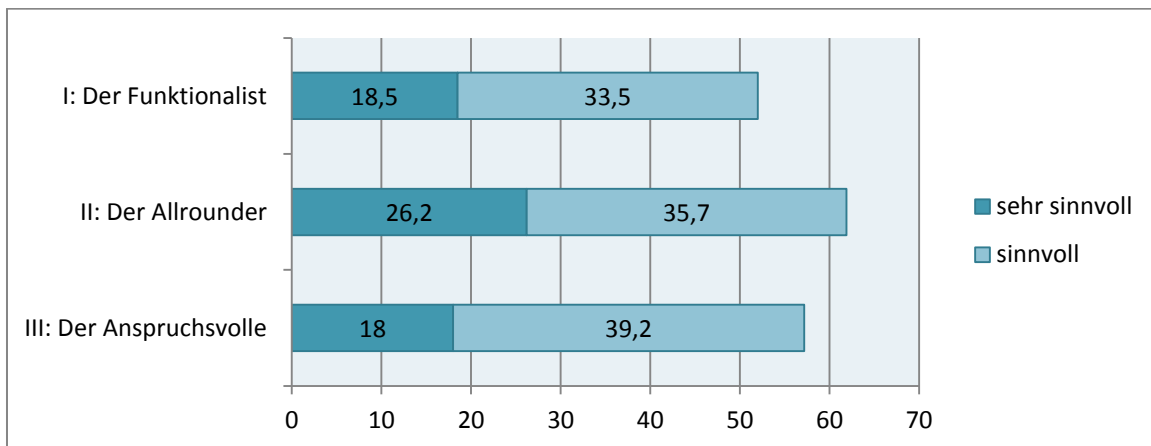


Quelle: Eigene Darstellung

Bei den Präventionstypen ergibt sich ein differenziertes Bild: Die Spitzenposition nimmt mit einem Anteilswert von 40,5% der Bewegungstyp „Der Aktive“ ein. Dahinter folgt das Trio der ersten drei Typen, die alle sehr eng beieinander liegen: Der „Allrounder“ (36,4%), der „Bewusste“ (35,7%) und der „Ausgeglichene“ (34,5%). Mit deutlichem Abstand nimmt der passive Typ mit 24,7% den letzten Platz ein. Auch hier kann festgehalten werden, dass die Präventionstypen das Anwendungsfeld Leistungsmessung unterschiedlich beurteilen.

Für das Anwendungsfeld Körperfunktionsüberwachung ergibt sich folgender Zusammenhang:

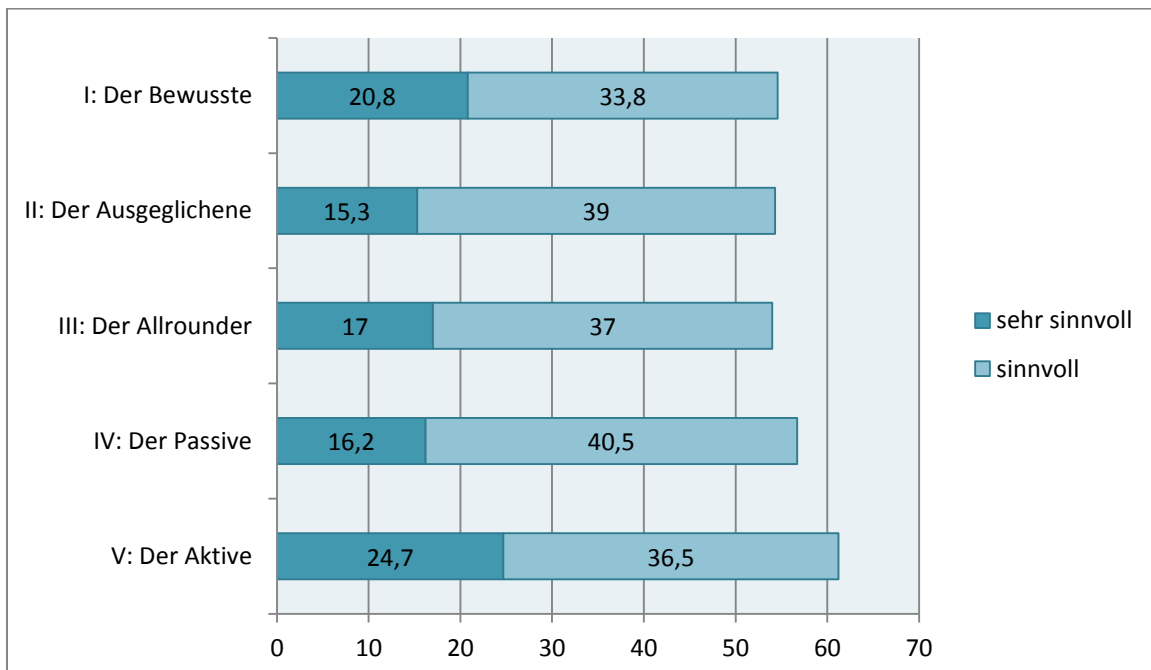
Abbildung 40: Bewertung von technischen Geräten zur Körperfunktionsüberwachung differenziert nach Gerätetyp in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Für die Verteilung ergibt sich hinsichtlich der unterschiedlichen Gerätetypen eine ähnliche Tendenz wie beim Anwendungsfeld „Leistungsmessung“, allerdings liegen die Werte hier alle über der 50%-Marke: Den höchsten Anteil an positiven Bewertungen erreicht mit 61,9% der „Allrounder“, gefolgt vom „Anspruchsvollen“, der auf 57,2% kommt. An dritter Position liegt der „Funktionalist“ mit 54,6%.

Abbildung 41: Bewertung von technischen Geräten zur Körperfunktionsüberwachung differenziert nach Präventionstyp in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Bezüglich der unterschiedlichen Präventionstypen ergibt sich für die Bewertung des Anwendungsfeldes „Körperfunktionsüberwachung“ ein weitaus weniger heterogenes Bild als beim

Anwendungsfeld „Leistungsmessung“. Alle Werte liegen sehr eng beieinander: Die Spitzenposition nimmt mit 61,2% wieder der aktive Typ ein. Alle anderen Typen erreichen auch eine positive Bewertung, die deutlich über der 50%-Marke liegt: Der passive Typ kommt auf einen Wert von 56,7%, der „Bewusste“ liegt bei 54,6%, der „Ausgeglichene“ bei 54,3% und der „Allrounder“ kommt auf einen Wert von 54%.

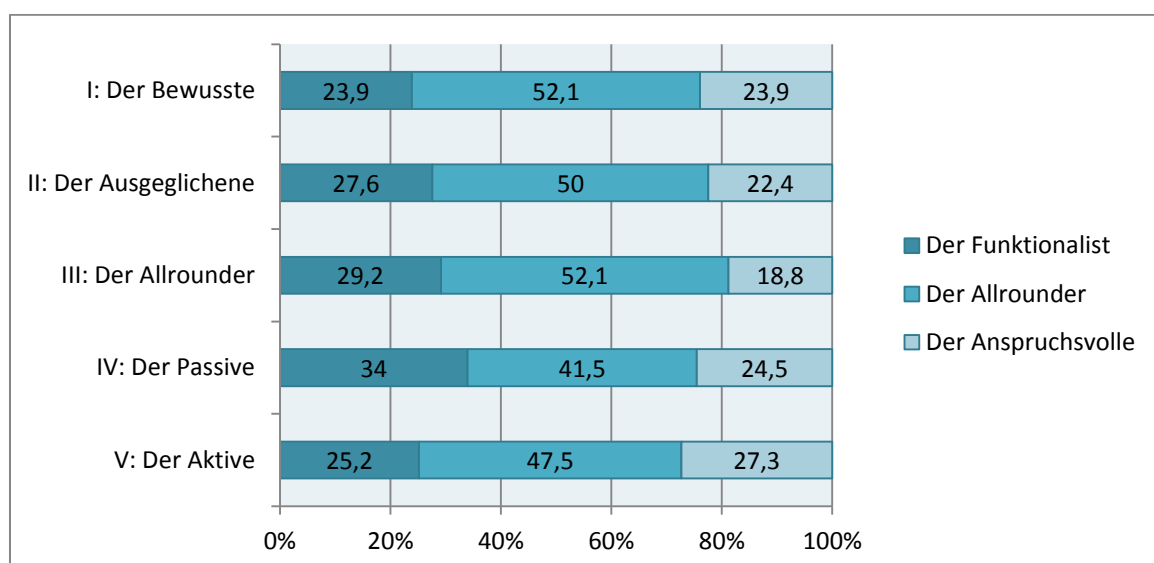
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Bereich „Körperfunktionsüberwachung“ sehr dominiert. Der Einsatz von technischen Geräten wird in diesem Anwendungsfeld von mehr als der Hälfte der befragten als sinnvoll erachtet, somit ergeben sich auch hier Potenziale für eine Ausweitung des Anwendungsbereiches. Die Zustimmung für eine positive Bewertung ist in diesem Bereich zwar geringfügig durch Präventions- und Gerätetyp beeinflusst. Dennoch liegt die Zustimmung in allen Unterkategorien über der 50%-Marke.

Die Bewertung des Anwendungsfeldes „Leistungsbemessung“ läuft deutlich differenzierter ab. Wie zu erwarten besteht ein Zusammenhang zwischen Aktivität und positiver Beurteilung, der anhand der unterschiedlichen Beurteilung der Präventionstypen zusehen ist: Der passive Typ bewertet den Einsatz zur Leistungsmessung deutlich niedriger als die anderen Typen, die alle ein Maß an Aktivität beinhalten.

7.3. Zusammenhang zwischen den Clustern Prävention und Geräteanspruch

In einem weiteren Untersuchungsschritt soll nun erörtert werden, wie sich das Verhältnis zwischen Präventions- und Gerätetypen gestaltet:

Abbildung 42: Zusammenhang zwischen den Clustern Prävention und Geräteanspruch in Prozent



Quelle: Eigene Darstellung

Es ist zu erkennen, dass die Verteilung der Gerätetypen in den einzelnen Präventionstypen unterschiedlich verläuft: Mehr als jeder Dritte des passiven Typen lässt sich beispielsweise dem Funktionalisten zuordnen, während in der Gruppe des bewussten Typus nur 23,9% Funktionalist sind.

Ähnlich verhält es sich mit dem Typ „Der Anspruchsvolle“: Während beim „Allrounder“ nur 18,5% sich diesem Typen zuordnen lassen, sind es beim aktiven Typ 27,3%.

Die Verteilung des Geräte-Allrounders verläuft differenziert: Während sich in den Präventionstypen I – III jeweils etwa die Hälfte diesem Typen zuordnen lassen, sinkt der Anteilwert beim aktiven und passiven Typen ab. Beim aktiven Typen erreicht er noch 27,3%, beim passiven Typ fällt der Wert weiter auf 41,5% ab.

7.4. Zusammenführung der Ergebnisse

Im ersten Teil der Studie wurde das Präventionsverhalten der Personen im mittleren Lebensalter analysiert. Vor allem unter dem Gesichtspunkt zukünftiger Anwendungsfelder und Potenziale können folgende Aussagen getroffen werden:

- Formen der Prävention: Prävention wird vom überwiegenden Teil der Befragten mit dem Faktor „Bewegung“ in Verbindung gebracht: Ein Großteil der Aktivitäten, die die Befragten im präventiven Bereich bislang unternehmen, stehen in Zusammenhang mit dem Bereich „Bewegung“. Die Aktivitätsstufen sind dabei unterschiedlich, er reicht vom einfachen Spaziergang bis hin zum Marathon. Deutlich ausbaufähig sind die Bereiche „Entspannung“ und „Lebensstil“. Wenn es darum geht, zukünftige Anwendungsfelder zu entwickeln, liegen in diesen Bereichen noch unausgeschöpfte Potenziale. Des Weiteren ist mit 4% der Anteil nicht zu vernachlässigen, die angeben, nichts im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung zu unternehmen, zumal ein eindeutiger Zusammenhang zwischen Einkommen und Aktivität festgestellt werden kann: Wer am unteren Ende der Einkommensskala lebt, tendiert eher dazu, Prävention und Gesundheitsförderung zu vernachlässigen. Unter dem Aspekt der sozialen Ungleichheiten, ergeben sich hier weiterführende Fragestellungen, die in erster Linie die Sozialpolitik betreffen.
- Ausgaben für Prävention: Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Teil der Menschen momentan Geld für Leistungen aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung aufbringt. Ein großer Schwellenwert bildet der Betrag von 50 Euro: Fast 60% der Befragten geben an, einen Betrag von 1 – 50 Euro monatlich für Präventionsleistungen auszugeben. Rechnet man zu diesem Wert noch die 20% hinzu, die angeben,

kein Geld für Prävention aufzuwenden, liegt der Anteil der Personen, die einen Betrag höher als 50 Euro ausgeben, bei 20%. Wie zu erwarten, ergibt sich ein Zusammenhang zwischen Ausgabeverhalten und Einkommenssituation: Wer mehr verdient, ist auch bereit, mehr auszugeben. Das differenzierte Ausgabeverhalten der Zielgruppe spiegelt sich auch in den Präventionstypen wider: Während der ausgeglichene Typ sich durchaus konsumfreudig zeigt, konsumiert der passive Typ eher verhalten.

- Subjektiver Gesundheitszustand: Ein Großteil der Befragten gibt den subjektiven Gesundheitszustand mit „sehr gut“ und „gut“ an: Mehr als 50% entscheiden sich für eine positive Bewertung. Mit steigendem Lebensalter sinkt die positive Bewertung des subjektiven Gesundheitszustands ab, aufgrund von altersbedingten Funktionseinschränkungen ist dieses Ergebnis nicht verwunderlich. Ein signifikanter Unterschied ergibt sich zudem, wenn man eine differenzierte Betrachtung anhand der Variablen „Einkommen“ vornimmt: Personen mit höherem Einkommen bewerten ihren Gesundheitszustand deutlich besser als Personen mit niedrigem Einkommen. Ein eindeutiger Zusammenhang kann zwischen Präventionsaktivität und positivem subjektiven Gesundheitszustand ausgemacht werden: Obwohl die Systematik der Untersuchung nicht den Schluss zulässt, dass Präventionsaktivitäten zu einem besseren Wohlbefinden führen, kann eindeutig festgestellt werden, dass Personen, die mindestens eine präventive Tätigkeit ausüben, subjektiv gesundheitlich besser aufgestellt sind, als Personen, die inaktiv sind.
- Zuständigkeit: Die Frage der Zuständigkeit steht in engem Zusammenhang mit der Frage der Eigenverantwortung. Ein großer Teil der Befragten sieht sich selbst in sehr hoher Verantwortung. Allerdings ergibt sich auch hier ein Zusammenhang zwischen Einkommen und positiver Bewertung: Die positive Zustimmung steigt mit steigendem Einkommen kontinuierlich an. Aus der Bewertung der Eigenverantwortung können zudem Rückschlüsse auf das Ausgabeverhalten gezogen werden: Wer sich selbst in der Verantwortung sieht, ist auch eher bereit finanzielle Aufwendungen für Prävention und Gesundheitsvorsorge aufzubringen. Dies lässt sich anhand der Ergebnisse auch bestätigen. Dem Arbeitgeber wird bislang von einem großen Teil der Befragten wenig Zuständigkeit für die Bereiche Prävention und Gesundheitsförderung zugewiesen. Stellt man sich die Frage, wo neue Angebote für Prävention und Gesundheitsförderung etabliert werden können, kann für die Zukunft aus diesem Ergebnis das Anwendungsfeld Arbeitsplatz abgeleitet werden.
- Sportverhalten: Fast Dreiviertel der Befragten geben an, regelmäßig mindestens eine sportliche Tätigkeit auszuüben. Die meisten Befragten gehen einer konditionsför-

dernden Tätigkeit nach: Etwa 75% geben an, aktiv Fahrrad zu fahren, ca. 63% gehen regelmäßig joggen oder walken und mit 53,2% gehen über die Hälfte regelmäßig schwimmen. Auf der Suche nach neuen Produktfeldern können diese Sportarten wichtige Anknüpfungspunkte sein. Die sportliche Aktivität steht wiederum in engem Zusammenhang mit der Einkommenssituation: Personen die mehr verdienen sind deutlich sportlich aktiver, als Personen, die über ein niedriges Einkommen verfügen. Zudem kann festgehalten werden, dass Personen, die mindestens einer sportlichen Aktivität nachgehen ihren subjektiven Gesundheitszustand deutlich besser bewerten als Personen, die sportlich nicht aktiv sind.

- Anspruch an Geräte: In einem Punkt sind sich die Befragten relativ einig: Wenn ein technisches Gerät angeschafft wird, wird besonderer Wert auf die Faktoren Funktionalität, Bedienbarkeit und Service gelegt. Weniger wichtig erscheinen Werte wie Design, Gewicht und Größe. Beim Preis gibt es ein differenziertes Bild. Leichte Unterschiede in allen Punkten der Bewertung führen dazu, dass sich die Zielgruppe in drei unterschiedliche Typen einteilen lässt.

Unter dem Aspekt der Fragestellungen, wo sich in Zukunft neue Anwendungsfelder für technische Geräte im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung ergeben können und welche Anforderungen solche Geräte erfüllen müssen, lassen sich folgende **Handlungsempfehlungen** ableiten:

- Auf der Suche nach neuen *Anwendungsfeldern* und zukünftigen Feldern, in denen Angebote im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung entwickelt werden können, ergeben sich aufgrund der Ergebnisse eine Reihe von Anknüpfungspunkten: Bislang dreht sich im Bereich der Prävention fast alles um das Thema „Bewegung“. Angebote aus den Bereichen „Lifestyle“ und „Entspannung“ finden bislang noch nicht sehr viel Aufmerksamkeit, obwohl sie eine Reihe von Ansatzpunkte bieten, auch technische Geräte in ihre Angebote zu implementieren: Gehirnjogging, kognitive Trainings oder Entspannungsangebote sind sicherlich richtungsweisende Aktivitäten, wenn Anwendungsfelder der Zukunft beschrieben werden.
- Bei der *Preisgestaltung* von Angeboten und Geräten muss unbedingt die Heterogenität der Zielgruppe beachtet werden: Ein Teil der Zielgruppe verfügt über ausreichendes Einkommen und ist auch bereit dieses auszugeben, was an dem Ausgabeverhalten zu erkennen ist. Insgesamt betrachtet muss allerdings ein Mittelweg gefunden werden und es muss im Auge behalten werden, dass nur wenige der Personen bereit

sind, monatlich insgesamt mehr als 50 Euro für den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung auszugeben.

- Eher ein gesellschaftliches und sozialpolitisches Thema ist die *soziale Ungleichheit*, die anhand des Zusammenhanges zwischen Präventions- und Sportverhaltens und dem Einkommen ausgemacht werden kann. Da es zweifelsohne bewiesen ist, dass regelmäßige sportliche Aktivität den Gesundheitszustand positiv beeinflusst, muss verstärkt darauf gesetzt werden, die bislang inaktiven Personen zu Aktivitäten zu motivieren. Da die Ergebnisse gezeigt haben, dass die Inaktiven vermehrt aus einkommensschwächeren Gruppen kommen, muss bei zielgruppenspezifischen Angeboten über alternative Finanzierungsmodelle (z.B. Bürgerschaftliches Engagement) verstärkt nachgedacht werden.
- Bei der Analyse von *Einsatzfeldern* im sportlichen Bereich können vor allem konditionsfördernde Sportarten wie Fahrrad fahren, Schwimmen, Joggen und Walken identifiziert werden. Wenn es um den Einsatz von technischen Geräten geht, lassen sich diese Sportarten sehr gut mit der positiven Bewertung der Nutzer kombinieren, die in der Körperfunktionsüberwachung und Leistungsmessung sinnvolle Anwendungsfelder für technische Geräte sehen.
- Wenn man sich bei der Zielgruppe vor allem auf den älteren Teil der Bevölkerung konzentriert, ist es nicht mit der Gestaltung und einwandfreien Benutzbarkeit eines technischen Gerätes getan. Mit steigendem Lebensalter steigt auch der Wunsch nach *Serviceleistungen*, die mit dem Gerät gekoppelt sind.
- Die Identifizierung der Typen im Bereich Präventionsverhalten und Geräteanspruch machen die stark ausgeprägte *Heterogenität der Zielgruppe* deutlich: Unterschiede in den Bereichen Einkommen, Ausgabeverhalten, Sportpräferenz oder Geräteanspruch machen deutlich, dass es wenig sinnvoll ist, Angebote zu schaffen, die darauf abzielen, die gesamte Zielgruppe zu erfassen. Die Angebote sollten sich besser auf bestimmte Typen konzentrieren und dabei genau die Bedarfe treffen.
- Bei der Suche nach *neuen Feldern im Bereich der Prävention* muss vermehrt ein Blick auf den Arbeitsplatz gelegt werden. Von der Zielgruppe wird bisher der Arbeitgeber wenig in der Pflicht gesehen, Verantwortung für den Arbeitsplatz zu übernehmen. Unter dem Gesichtspunkt von alternden Belegschaften wird dieses Thema aber zunehmend an Bedeutung gewinnen. Zudem ist der Arbeitsplatz ein Setting, in dem Personen des mittleren Lebensalters einen großen Teil ihrer Zeit verbringen.

- Generell soll die Technik eher im *Hintergrund* bleiben und als unterstützende Maßnahme für das eigentliche Angebot aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung dienen.

8. Literatur:

- Altgeld, T./ Kolip, P. (2009): Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. S. 41-50.
- Byberg, L./ Melhus, H./ Gedeberg, R./ Sundström, J./ Ahlbom, A./ Zethelius, B./ Berglund, L./ Wolk, A./ Michaelson, K. (2009): Total mortality after changes in leisure time physical activity in 50 year old men: 35 year follow-up of population based cohort. Uppsala.
- DeSalvo, K. B./ Bloser, N./ Reynolds, K./ He, J./ Muntner, P. (2006): Mortality Prediction with a Single General Self-Rated Health Question. In: Journal of General Internal Medicine 21 (3), S. 267 – 275.
- Faltermeier, T. (2009): Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.). Prävention und Gesundheitsförderung. Bern. S. 71-80.
- Hakansson, K./ Rovio, S./ Helkala, E./ Vilska, A./ Winblad, B./ Soininen, H./ Nissinen, A./ Mohammed, A./ Kivipelto, M. (2009): Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort. Stockholm.
- Leppin, A. (2009): Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, K./ Klotz, T./ Haisch, J. (Hrsg.). Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. S. 31 – 40, Bern.
- Statistisches Bundesamt (2011): Statistisches Jahrbuch 2010. Wiesbaden.
- World Health Organisation (WHO) (2002): Active Ageing. A Policy Framework. Genf
- Wurm, S./ Lampert, T./ Menning, S. (2009): Subjektive Gesundheit. In: Robert Koch Institut (Hg.). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes – Gesundheit und Krankheit im Alter. S. 79 – 91, Berlin.