

Gesundheitsförderung als Event?!

Eine Evaluationsstudie von Präventionsprogrammen
im Kontext sozialer Differenzen

Von der Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften
der Universität Stuttgart zur Erlangung der Würde
eines Doktors der Philosophie (Dr. phil.) genehmigte Abhandlung

vorgelegt von

Sina Schlickum

geb. Schnierer

aus Aschersleben

Hauptberichter: Prof. Dr. W. Schlicht
Mitberichter: Prof. Dr. Michael Diehl

Tag der mündlichen Prüfung: 15. Juli 2004

Institut für Sportwissenschaft der Universität Stuttgart

2004

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

©Copyright Logos Verlag Berlin 2004

Alle Rechte vorbehalten.

ISBN 3-8325-0662-4

D93

Logos Verlag Berlin
Comeniushof, Gubener Str. 47,
10243 Berlin
Tel.: +49 030 42 85 10 90
Fax: +49 030 42 85 10 92
INTERNET: <http://www.logos-verlag.de>

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	7
Danksagung	8
Zusammenfassung	9
Abstract	12
A GRUNDLAGEN UND THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN	15
1 Einführung in die Problemstellung	15
2 Zur Gesundheit und Gesundheitsförderung	19
2.1 Was ist unter Gesundheit zu verstehen?.....	19
2.2 Zur Prävention und Gesundheitsförderung	21
Exkurs: Der „Präventionsparagraph“ 20 des V. SGB.....	25
2.3 Körperliche Aktivität als eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise.....	28
2.4 Wirksamkeit präventiver Maßnahmen am Beispiel der körperlichen Aktivität.....	31
2.4.1 Körperliche Aktivität und physische Gesundheit	32
2.4.2 Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit	35
2.4.3 Körperliche Aktivität und soziale Gesundheit.....	37
2.4.4 Kritische Auseinandersetzung	38
3 Zur gesundheitlichen Disparität von Sozialgruppen	39
3.1 Zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen	39
3.1.1 Zur vertikalen Dimension sozialer Ungleichheit	43
3.1.2 Zur horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit	46
3.2 Inanspruchnahme präventiver Interventionsmaßnahmen.....	49
3.3 Zum Aktivitätsverhalten in unterschiedlichen Sozialgruppen	54
3.4 Zielgruppenspezifische Präventionskampagnen	56
4 Zusammenfassung und Relevanz für die eigene Arbeit	63

B	EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG	67
5	Konzeption der empirischen Untersuchung.....	67
5.1	Grundlagen der Untersuchung	67
5.2	Fragestellung und Hypothesen	68
6	Untersuchungsmethoden.....	71
6.1	Untersuchungsgegenstand.....	71
6.1.1	Die „SWR 4-Tour de Ländle“	71
6.1.2	Der „AOK-Radsonntag“	74
6.1.3	Der „AOK-Radtreff“	75
6.2	Studiendesign	75
6.3	Messinstrument	77
7	Untersuchungstichprobe.....	79
7.1	Auswahl der Stichprobe und Fragebogenrücklauf	79
7.2	Soziodemographische Merkmale	81
7.2.1	Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“	84
7.2.2	Selbstorganisierte Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“	85
7.2.3	Tagesteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“	85
7.2.4	Teilnehmer des AOK-Radsonntags	86
7.2.5	Teilnehmer des AOK-Radtreffs	86
7.3	Repräsentativität der Stichprobe	86
8	Zur vertikalen und horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit	89
8.1	Zur sozialen Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer	89
8.1.1	Operationalisierung der Gruppenvariable `soziale Schicht´	89
8.1.2	Soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer	91
8.2	Zu den Lebensstilen der Teilnehmer	94
8.2.1	Zum Bewusstsein von Lebensstilen.....	96
8.2.2	Zur Rekonstruktion alltagsästhetischer Schemata	97
8.2.3	Alltagsästhetische Schemata in Abhängigkeit soziodemographischer Merkmale	105
8.2.4	Zusammenhang vom Bewusstsein und Reproduktion von Lebensstilen....	107
8.2.5	Versuch der Reproduktion sozialer Milieus	108
8.2.6	Fazit zur Rekonstruktion von Lebensstilen	112

8.3	Zum Zusammenhang sozialer Schichtzugehörigkeit und Lebensstilen	114
	Exkurs: Schicht- und lebensstilspezifische Präferenzen bei der Auswahl von Radiosendern	116
9	Auswirkung zielgruppenspezifischer Kampagnen auf die Teilnehmerstruktur von „Gesundheitsevents“	119
9.1	Die „SWR 4-Tour de Ländle“: Hypothesen 1a) und 1b)	120
9.2	Der „AOK-Radsonntag“: Hypothese 2)	127
9.3	Der „AOK-Radtreff“: Hypothese 3)	129
9.4	Diskussion	131
10	Zum schichtspezifischen Gesundheitsstatus.....	133
10.1	Body-Maß-Index	133
10.2	Objektiv körperliche Beschwerden	135
10.3	Subjektiv körperliches Befinden	138
10.3.1	Körperlicher Zustand	138
10.3.2	Körperliche Verfassung	140
10.4	Lebensqualität	141
10.5	Seelische Verfassung.....	142
10.6	Zum Zusammenhang der einzelnen Gesundheitsmerkmale.....	144
10.7	Bildung von Gesundheitstypen im Kontext der Schichtzugehörigkeit	146
10.8	Fazit zum schichtspezifischen Gesundheitsstatus der Teilnehmer	150
11	Zum schichtspezifischen Gesundheitsverhalten	153
11.1	Körperliche Aktivität.....	153
11.1.1	Zum Radfahren	158
11.1.2	Sportlertyp	159
11.1.3	Verhaltensstufe	161
11.1.4	Fazit zur körperlichen Aktivität	161
11.2	Ernährung.....	163
11.3	Alkoholkonsum	166
11.4	Nikotinkonsum	168
11.5	Zum Zusammenhang der Gesundheitsverhaltensweisen	170
11.6	Fazit zum Gesundheitsverhalten im Kontext der Schichtzugehörigkeit	171

C ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK	175
Literaturverzeichnis	181
Anhang	203
Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 1. Messzeitpunkt	203
Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 2. Messzeitpunkt	217
Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 3. Messzeitpunkt	228

Abkürzungsverzeichnis

SBA	Statistisches Bundesamt
WHO	Weltgesundheitsorganisation
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
SGB	Sozialgesetzbuch
DHP	Deutsche Herz-Kreislauf- und Präventionsstudie
BGS	Bundesgesundheits surveys
DSB	Deutscher Sportbund
BzgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
vs.	versus
SWR	Südwestrundfunk
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
WRSV	Württembergischer Radsportverband
DT	Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“
SDT	Selbstorganisierte Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“
TT	Tagesteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“
RST	AOK-Radsonntagsteilnehmer
RTT	AOK-Radtreffsteilnehmer
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
N/n	Stichprobenumfang/Anzahl der Fälle
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
χ^2	Chi ²
α	Chronbachs Alpha
n. s.	nicht signifikant (Signifikanzniveau .05)

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich in erster Linie bei der Deutschen Forschungsgemeinschaft für das mir entgegengebrachte Vertrauen bedanken. Ohne deren Stipendium ist ein solch umfangreiches Projekt wohl um einiges schwerer durchführbar. Die Projektidee, drei Freizeitradsporevents in Baden-Württemberg mit Blick auf die Zielgruppenspezifika und die sozialen Differenzen von Gesundheitschancen zu evaluieren, habe ich nicht zuletzt Gundolf Greule zu verdanken, der mir von dem Phänomen „SWR 4-Tour de Ländle“ berichtete.

Für die Umsetzung des Konzeptes möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Wolfgang Schlicht bedanken, der mir mit methodischen und statistischen Hinweisen den nötigen wissenschaftlichen Feinschliff gab. Mein Dank gebührt auch Herrn Prof. Dr. Michael Diehl für sein stets offenes Ohr und seine fachkundige Betreuung.

Für den materiellen und informativen Beistand bei der Umsetzung der Datensammlung möchte ich mich bei der AOK Baden-Württemberg sowie bei SWR 4 recht herzlich bedanken, ohne deren Unterstützung die Umsetzung der Arbeit so nicht realisierbar gewesen wäre. Des Weiteren bin ich der Agentur FREUNDE Eventlogistik GmbH, speziell Albrecht Röder für seine kritischen und konstruktiven Anregungen bei der Fertigstellung der Arbeit, sehr verbunden. Darüber hinaus bedanke ich mich bei Dr. Hans-Peter Dürr, Denis Gerstorf und Martin Diedrichs die mir mit Rat und Tat in statistischen Fragen zur Seite standen.

Das allergrößte Dankeschön möchte ich an meine Familie, speziell an meinen Mann Michael, richten, die mir den Weg ans Ziel sehr erleichterten und mich sowohl in guten als auch in schlechten Tagen ertragen haben und mir beistanden.

Zusammenfassung

Sozialepidemiologische Studien belegen übereinstimmend, dass aufgrund verhaltensbedingter Risikofaktoren Angehörige der sozialen Unterschicht häufiger erkranken (Morbidität) und über eine geringere Lebenserwartung verfügen (Mortalität). Präventive Gesundheitsprogramme werben häufig ausschließlich mit Gesundheitsappellen und sind somit vorrangig auf Personen der sozialen Mittel- und Oberschicht abgestimmt, die sich ohnehin mit ihrer Gesundheit stärker auseinandersetzen. Die für die Gesundheitsförderung wesentliche (Risiko-)Zielgruppe aus der sozialen Unterschicht nimmt präventive Angebote hingegen kaum in Anspruch. Dieses schichtspezifische Auseinanderdriften im Gesundheitsverhalten führt zur verstärkten sozialen Disparität.

Unter dem Aspekt sozialer Disparitäten geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, inwieweit durch zielgruppenspezifische Gestaltung von Präventionskampagnen und -programmen die „präventionsresistenten“ Angehörigen der sozialen Unterschicht zur Gesundheitsvorsorge motiviert werden können. Unter diesem Gesichtspunkt wurden drei präventive Freizeitradsporevents, die „SWR 4-Tour de Ländle“, der „AOK-Radsonntag“ und der „AOK-Radtreff“, evaluiert.

Ausgangspunkt der Untersuchung war die Klassifizierung aller erfassten 1 171 Teilnehmer hinsichtlich ihrer sozialen Schichtzugehörigkeit (vertikale Dimension) sowie ihrer Lebensstiltypologie (horizontale Dimension). Der ermittelte Zusammenhang zwischen den beiden Dimensionen verdeutlicht, dass sich den jeweiligen sozialen Schichten eindeutig bestimmte lebensstiltypische Gruppen zuordnen lassen. Dabei korrelieren Unterschichtmerkmale mit dem „Trivialschema“ (Volkstümlichkeit, Passivität, Harmoniebedürfnis), Mittelschichtmerkmale mit dem „Spannungsschema“ (Action, Aktivität, Narzissmus) und Oberschichtmerkmale mit dem „Hochkulturschema“ (Schöngest, Genuss, Individualismus). Mit Hilfe der ermittelten Lebensstiltypologien wurde eine Charakterisierung der drei unterschiedlichen Events vorgenommen und deren Einfluss auf die soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer abgeleitet.

Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigen deutlich, dass die soziale Teilnehmerstruktur der jeweiligen Events (Teilstichproben) in hohem Maße durch deren zielgruppenspezifischen Kampagneninhalte und Werbebotschaften geprägt sind. Aufgrund der jeweils durch hohe Trivialaffinität gekennzeichneten Kampagnen (Gemeinschaft, Spaß, ungezwungene Atmosphäre) ist unter den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ sowie unter den AOK-

Radtreffteilnehmern ein hoher Anteil Unterschichtangehöriger festzustellen. Demgegenüber folgen dem hochkulturschemaorientierten Motto: „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ des „AOK-Radsonntags“ überwiegend Personen der sozialen Oberschicht. Aber auch unter den separat untersuchten Selbstorganisierten Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ sind, aufgrund der mit dem hohen eigenen Organisationsaufwand verbundenen individualistischen Anforderungen, erwartungsgemäß überwiegend Angehörige der sozialen Oberschicht zu finden.

Anhand schichtspezifischer Daten zum Gesundheitsstatus sowie Gesundheitsverhalten der Teilnehmer kann letztlich nachgewiesen werden, dass durch zielgerichtete Kampagnen tatsächlich eine Verringerung sozialer Disparität generell erreicht werden könnte. Entgegen der theoretischen Vorannahmen lässt sich ein nur unwesentliches schichtspezifisches Gesundheitsgefälle unter den Teilnehmern der einzelnen Events feststellen. Hinsichtlich der Gesundheitsverhaltensweisen kann zwar erwartungsgemäß den Mittel- und Oberschichtangehörigen des „AOK-Radsonntags“ eine gesündere Lebensweise attestiert werden. Demgegenüber geben die Unterschichtangehörigen unter den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ sowie den Teilnehmern des „AOK-Radtreffs“ im Vergleich zu den Angehörigen höherer sozialer Schichten eine insgesamt gesündere Lebensweise an. Darüber hinaus bleibt als wichtiges Ergebnis der Untersuchung der „SWR 4-Tour de Ländle“ festzuhalten, dass überwiegend die als Risikogruppe geltenden Älteren und „präventionsresistenten“ Männer zur Teilnahme motiviert wurden. Auf Basis der vor, während und nach der Tour vorgenommenen Befragungen konnte bei den Teilnehmern eine kurzfristige positive Wirkung der Präventionsmaßnahme in Bezug auf Gesundheitsmerkmale und Gesundheitsverhaltensweisen nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Schichtzusammensetzung der Teilnehmer von Präventionsveranstaltungen maßgeblich durch die Zielgruppenspezifik der dazugehörigen Kampagnengestaltung beeinflusst wird. Dabei erweisen sich die „SWR 4-Tour de Ländle“ sowie der „AOK-Radtreff“ durch ihre „niederschweligen“ Kampagneninhalte und der Vermittlung von kollektiven Gemeinschaftserlebnissen nicht nur als geeignet, die „präventionsresistente“ soziale Unterschicht verstärkt zur Teilnahme zu motivieren. Es konnte zudem kein gravierendes schichtspezifisches Gefälle im Gesundheitsstatus und beim Gesundheitsverhalten der Teilnehmer festgestellt werden. Schlussfolgernd bleibt daher mit Blick auf die zentrale Fragestellung der Arbeit festzuhalten, dass bei den Teilnehmern dieser präventiven

Interventionen insofern keine sozial bedingten Nachteile bei den Gesundheitschancen zu erkennen waren.

Künftig sollten die im Rahmen der Untersuchung erarbeiteten Zusammenhänge zwischen Lebensstiltypologie und Schichtzugehörigkeit bei der Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen beachtet werden. Schließlich ist es am einfachsten, die als Risikogruppe identifizierten Menschen dort „abzuholen“, wo sie sich verhaltensbedingt gerade befinden.

Abstract

Social-epidemiological studies agree that for reasons of behavior-determined risk factors members of the lower middle class get sick more frequently (morbidity) and have a shorter life expectancy (mortality). Preventive public health programs often promote health with appeals for a healthy lifestyle and as such are primarily targeting persons of the upper middle and upper classes who are much more concerned about their health anyway. Since the most important risk target group for promoting public health, the lower middle class, is not taking advantage of preventive public health offers this results in social disparities with regard to equal health opportunity.

From the point of view of reducing social disparities, the present study pursues the question of how target-group-specific disease prevention campaigns and programs may motivate the typically ‚prevention-resistant‘ members of the lower middle class to participate in disease prevention. To this end, three preventive cycling sport events in the Southwest German state of Baden-Württemberg were evaluated: the *SWR 4-Tour de Ländle* (promoted by SWR, the Southwest German Radio Network), and the *AOK-Radsonntag* and *AOK-Radtreff* (two events promoted by AOK, a German public health organization).

The point of departure for this study was the classification of 1 171 questioned participants with regard to their social class identity (vertical dimension) and their life style (horizontal dimension). The results of statistical analyses showed a connection between the vertical and the horizontal social dimension and a clear correspondence between social class and life style types. Members of the lower middle class fit into the „triviality pattern“ (traditional, passive, harmony-oriented), the upper middle class into the „tension pattern“ (action, activity, narcissism) and the upper class into the „high culture pattern“ (aesthetics, pleasure, individualism). With the identified lifestyle typologies it was possible to characterize the three different health promotion events and, by way of hypotheses, show their determining influence on the social class identity of the participants.

The results of the investigations clearly demonstrate that the social make-up of the people participating in those events (spot checks among the different groups) was very much determined by the target-group-specific promotion campaign content and advertising messages. Because of the campaigns characterized by trivial messages (community, fun, relaxed atmosphere) there is a high percentage of members of the lower middle class among the habitual participants of *SWR 4-Tour de Ländle* and among the participants of the *AOK-Radtreff*.

The slogan of the *AOK-Radsonntag*, however, „A Great Party for Health and the Environment“, corresponds more to the high culture pattern and attracted mainly people from the upper class. But also among the separately investigated self-organized habitual participants of the *SWR 4-Tour de Ländle* there are mainly members of the upper class which was to be expected due to the fact that a considerable individual organizing effort is required.

By way of the class-specific data regarding the health status and health behavior of the participants it could finally be shown that targeted campaigns indeed make it possible to reduce social disparity. Contrary to the theoretical assumptions at the outset of this investigation, there were only insignificant differences in terms of *health status* among the members of the different social classes participating in those three events. In terms of *health behavior*, the members of the upper middle and upper classes participating in the *AOK-Radsonntag* can be attested a healthier lifestyle, as expected. The members of the lower middle class among the habitual participants of the *SWR 4-Tour de Ländle* and among the participants of the *AOK-Radtreff*, on the other hand, stated a healthier overall lifestyle in comparison to the members of the upper middle and upper classes. Another important result of the investigation of the *SWR 4-Tour de Ländle* is that mainly older people and senior citizens – who are usually considered a ‚risk-group‘ – and men – who are typically considered ‚prevention-resistant‘ – were motivated to participate in the event. On the basis of inquiries before, during and after the cycle tour, a short-term positive effect of the prevention measure could be shown in terms of overall health status and health behavior.

The results of this study clearly show that the social make-up of the participants in disease prevention events is strongly influenced by the specific targeting of the corresponding advertisement campaigns. For their trivial campaign content and their messages promising a collective experience, the *SWR 4-Tour de Ländle* as well as the *AOK-Radtreff* proved to be suitable to motivate the typically ‚prevention-resistant‘ lower middle class to participate in higher numbers. Beyond that, no significant class-related differences in the health status and health behavior of the participants could be observed.

As a final conclusion, with regard to the central question of this study we can say that there was no evidence of social inequality with regard to the health opportunities among participants of these preventive interventions. The connections between life style and social identity shown in this study should make an important contribution for designing disease prevention measures in the future. After all, it is easiest to ‚pick up‘ the persons identified as a risk group right where they are in terms of health behavior.

A GRUNDLAGEN UND THEORETISCHE ÜBERLEGUNGEN

1 Einführung in die Problemstellung

*Gesagt ist nicht gehört
Gehört ist nicht verstanden
Verstanden ist nicht einverstanden
Einverstanden ist nicht ausprobiert
Ausprobiert ist nicht beibehalten
(Ernst, 1992, S.20).*

In den letzten 20 Jahren vervierfachten sich die Ausgaben des deutschen Gesundheitssystems auf über 260 Mrd. Euro (vgl. Statistisches Bundesamt [SBA], 2000), nicht nur bedingt durch das hochtechnologische und leistungsfähige Gesundheitswesen, sondern auch verursacht durch die immer älter werdende Bevölkerung und die sehr häufig vorkommenden chronisch degenerativen (Zivilisations- bzw. Wohlstands-)Erkrankungen (vgl. u. a. Rosenbrock, 1998). Bei letzteren sind insbesondere die risikoverhaltensbedingten Herz-Kreislaufkrankungen zu nennen, die mit 48% heute die häufigste Todesursache darstellen. Das zur Zeit vorrangig auf Versorgung ausgerichtete deutsche Gesundheitssystem bietet kaum Anlaufstellen für den Aufbau von Gesundheitspotential (vgl. Brösskamp-Stone, Kickbusch & Walter, 1998). Die Ausgaben für Prävention und Gesundheitsschutz stiegen zwar in den letzten Jahren aufgrund der steigenden Gesamtkosten etwas an, der Anteil nahm jedoch nur unwesentlich zu. Somit werden lediglich die „Ertrinkenden“ aus dem Wasser gezogen und wieder belebt. Kaum jemand geht aber den „wahrscheinlich gemeinsamen Ursachen für die vielen individuellen Unglücksfälle“ (Rosenbrock, 2002, S.20) nach, um diese möglicherweise zu verringern oder abzustellen.

Eigentlich gibt es in Deutschland keine sozialen Barrieren für die Inanspruchnahme präventiver und medizinischer Leistungen. Dennoch belegen sozialepidemiologische Studien übereinstimmend, dass Gesundheitsverhalten, Morbidität und Mortalität von vertikalen Merkmalen sozialer Differenzen systematisch beeinflusst werden (vgl. Kap. 3.1.1). Je niedriger die soziale Schichtzugehörigkeit, desto gesundheitsriskanter das Verhalten, desto geringer die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen und desto höher das Risiko zu erkranken und frühzeitig zu versterben. Demgegenüber scheint ein gesundheitsorientiertes Verhalten in der sozialen Mittel- und Oberschicht eine Art Lebensstilcharakteristikum, um die „feinen Unterschiede“ (Bourdieu, 1982) gegenüber sozial Schwächeren zu demonstrieren (vgl. Schlicht & Dickhuth, 1999). Gesundheit ist demnach sozial determiniert und „trotz immen-

ser Investitionen im Gesundheitsbereich und dem forcierten Ausbau des Wohlfahrtsstaates gibt es keine gesicherten Hinweise darauf, dass die soziale Ungleichheit der Gesundheit in Deutschland in den letzten 20 bis 30 Jahren entscheidend reduziert werden konnte“ (Helmert, Baumann, Voges & Müller, 2000, S.9).

Mit dem Ziel der Verringerung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen hat das Regionalkomitee für Europa der Weltgesundheitsorganisation im Jahr 1998 die Fortschreibung und Aktualisierung des Programms „health for all“ beschlossen (Weltgesundheitsorganisation [WHO], 1998). Deutschland wird diesem Ziel formal vor allem mit dem in den Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verankerten Solidarprinzip und durch die Neufassung des Paragraphen 20 des V. Sozialgesetzbuches (SGB) durch das Gesundheitsreformgesetz 2000 gerecht (vgl. Kap. 2.2). In dessen Gesetzestext (u. a. GKS-Leitfaden, 2001) ist verankert, dass primärpräventive Leistungen eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und „einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen“ sollen, womit zumindest theoretisch die Weichen für eine „Gesundheit für alle“ gestellt wären.

Dass die Problematik nicht neu ist, belegen Studien aus den 1960er und 1970er Jahren, die den Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit thematisieren. Forschungsdaten hinsichtlich körperlicher Aktivität - als *eine* gesundheitsförderliche Verhaltensweise - im sozialen Ungleichheitskontext konstatieren übereinstimmend, dass Personen aus der sozialen Oberschicht körperlich aktiver sind als Unterschichtangehörige, obwohl der Zugang zum Sport bereits in den 1960er Jahren prinzipiell jedem offen stand (vgl. Lüschen, 1963; Schlagenhaut, 1977; Voigt, 1978). Die Thematik geriet in den 1980er Jahren weitgehend aus dem Blickfeld, da Debatten hinsichtlich Veränderungen soziostruktureller Determinanten – weg von der vertikalen und hin zur horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit – geführt wurden (vgl. Kap. 3.1). Dass soziale Differenzen aber auch heute noch existieren, bestätigen Befunde aus neueren soziologischen und gesundheitspsychologischen Studien aus dem deutschsprachigen Raum (u. a. Hoffmeister, Hüttner, Stolzenberg, Lopez & Winkler, 1992; Heinemann, 1990; Kirschner, Radoschewski & Kirschner, 1995; Kreuter, Klaes, Hoffmeister & Laaser, 1995; Opper, 1998 und Voigt, 1992). Ähnliche Ergebnisse liegen auch aus Arbeiten aus dem Ausland vor (u. a. Lamprecht & Stamm, 1995; Weiss, Russo & Norden, 1994).

Ein Weg, um gesundheitliche Disparitäten sozial differenter Lebensstilgruppen entgegenzuwirken, wird in zielgruppenspezifischen Präventionsangeboten gesehen (vgl. Kirschner et

al., 1995). Übliche Werbekampagnen bisheriger präventiver Angebote wie z. B. Entspannungs-, Ernährungs- oder Raucherentwöhnungskurse vermitteln die entsprechenden Interventionsinhalte jedoch vorrangig über negative Gesundheitsappelle mit Schlagworten wie „Du darfst nicht“. Erreicht werden so im Durchschnitt gerade einmal 17% der Bevölkerung, vorwiegend Frauen mittleren Alters, die sich nachweislich bereits überwiegend gesundheitsrelevant verhalten (ebd., S.17). Zudem können sie aufgrund einer hohen Bildung der sozialen Oberschicht zugeordnet werden. Zu der für die Gesundheitsförderung wesentlich wichtigeren Zielgruppe gehören Personen mit niedrigem Bildungsgrad aus der sozialen Unterschicht. Diese werden mit Angeboten zur Gesundheitsförderung allerdings kaum erreicht, da nur eine geringe Anzahl der von unterschiedlichen Institutionen angebotenen Präventionsmaßnahmen auf sozial Schwächere ausgerichtet sind.

Im Sinne des „Sozialmarketings“, mit dem durch die Anwendung kommerzieller Marketingtechniken Programme darauf ausgerichtet werden, „das freiwillige Verhalten von Zielgruppen zu beeinflussen, um deren persönliches Wohlergehen zu verbessern“ (McDermott, 2001, S.164), stehen insbesondere bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ weniger die sich als weniger wirksam erwiesenen Gesundheitsappelle (vgl. Barth & Bengel, 1998) im Vordergrund der Kampagne. Vielmehr wird hier die Geselligkeit und der „Spaß an der Sache“ in den Vordergrund gerückt und ein *Setting* geschaffen, was in Hinblick auf die zu beantwortenden Fragestellungen viel versprechende Ansätze zu bieten scheint. Ziel der vorliegenden Arbeit ist es herauszufinden, ob ein „niederschwelliger“ Bewegungsevent die üblicherweise als „präventionsresistent“ geltenden sozialen Unterschichtangehörigen zur aktiven Teilnahme motivieren kann und damit die Möglichkeit bietet, einen Beitrag zur Minderung sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen zu leisten.

Als Untersuchungsgegenstand dienen drei Freizeitradsporevents in Baden-Württemberg. Es handelt sich um:

- die „SWR 4-Tour de Ländle“: eine neuntägige, ca. 700 km lange Rundfahrt für jedermann,
- den „AOK-Radsonntag“: einmal jährlich dezentral angebotene Tagestouren,
- die „AOK-Radtreffs“: regelmäßig wöchentlich stattfindende Tagestouren.

Der Arbeit liegt ein prospektives Studiendesign zugrunde. Dabei wurden mittels 1 837 Fragebögen an zwei bzw. drei Messzeitpunkten von insgesamt 1 171 Teilnehmern der drei genannten präventiven Angebote Daten weitgehend postalisch erhoben. Der Befragungszeit-

raum erstreckte sich von Juni 2000 bis März 2002. Mit dem Messinstrument lassen sich einerseits sowohl Rückschlüsse auf die sozioökonomischen Bedingungen (vertikale Dimension sozialer Ungleichheit) als auch auf die Lebensstile (horizontale Dimension sozialer Ungleichheit) der Teilnehmer ziehen. Andererseits werden Gesundheitsmerkmale und gesundheitsrelevante Verhaltensdeterminanten fokussiert, um darzustellen, inwieweit durch zielgruppenspezifische Kampagnen tatsächlich eine Verringerung sozialer Disparität erreicht werden könnte.

Folgende Fragestellungen sollen in der vorliegenden Arbeit abgehandelt werden:

- Gelingt es einem der drei Freizeitradsporevents „präventionsresistente“ Personen der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und damit zum Bewegungsverhalten zu motivieren?
- Können durch eine „niederschwellig“ und zielgruppenspezifisch kommunizierte Kampagne „präventionsresistente“ Gruppierungen zur Teilnahme an einem körperlichen Aktivitätsprogramm motiviert werden?
- Können die „präventionsresistenten“ Personen auch längerfristig an das Bewegungsverhalten gebunden werden?
- Inwieweit lassen sich Zusammenhänge zwischen der vertikalen (soziale Schicht) und der horizontalen (Lebensstil) Dimension sozialer Ungleichheit feststellen und welche Erkenntnisse lassen sich daraus für eine zielgruppenspezifische Kampagne ableiten?
- Inwieweit unterscheidet sich der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der einzelnen Eventteilnehmer schichtspezifisch?
- Verändert sich durch die Teilnahme an den Bewegungsangeboten der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der Teilnehmer über die Zeit hinweg?

Ableitend aus den resultierenden Ergebnissen könnten Rückschlüsse für die Gestaltung zielgruppenspezifischer Kampagnen und Angebote, in diesem Fall für „präventionsresistente“ sozial Schwächere, gezogen werden, um der sozialen Disparität von Gesundheitschancen wirksam entgegenzutreten.

2 Zur Gesundheit und Gesundheitsförderung

2.1 Was ist unter Gesundheit zu verstehen?

Ist Gesundheit das Gegenteil von Krankheit oder können diese beiden Begriffe synonym verwendet werden? Eine Frage, mit der sich viele Wissenschaftler seit langem beschäftigen. Gesundheit und Krankheit sind viel beschriebene Begriffe ohne eine bisher allgemein anerkannte Definition, die stets mit Herausforderungen, wie z. B. technischem Fortschritt oder ökonomischen Strategien, in Verbindung gebracht werden. Die in drei Kategorien: Wertaussage (Gesundheit als positiver Zustand), Abgrenzungskonzept (Gesundheit als Fehlen von Krankheit) und Funktionsaussage (Gesundheit als Bedingung der Möglichkeit, gestellte Anforderungen zu erfüllen) einteilbaren Gesundheitsdefinitionen (vgl. Schlicht, 1998, S.212) sind in ebenfalls mindestens drei divergenten Bezugssystemen zu betrachten (Schwartz, Siegrist & von Troschke, 1998, S.8f).

Das erste Bezugssystem stellt die Gesellschaft dar, die auch für das Gesundheitssystem und für legislative Regelungen steht. Danach ist Gesundheit ein Grundwert. Dieser ist zu bewahren, zu verbessern, wiederherzustellen und primärer Zweck unseres Gesundheitssystems (vgl. §1 des I. SGB). Als Leitbegriff rechtfertigt Gesundheit beinahe alles, was dafür getan und gefordert wird. Kritiker, wie z. B. Kühn (1993a) und Schlicht (1998, 2000), weisen aber auch auf die Gefahren dieser Entwicklung hin und sprechen vom *Healthismus*. Gesundheit würde unter dem Aspekt der Wertorientierung und der wirtschaftlichen Ausgaben betrachtet und „zur säkularen Heilssymbolik stilisiert“ (Schlicht, 1998, S.214).

Das zweite Bezugssystem ist die betroffene Person selbst. Die subjektiven Bestimmungen von Gesundheit charakterisieren Gesundheit als Freisein von Beschwerden und Krankheit, als „Kapital“ oder „Ressource“, als Befähigung zur Bewältigung von Alltagsverpflichtungen und sozialem Austausch sowie als erfahrenes Gleichgewicht, als Wohlbefinden, Gefühl der Fitness und der Lebensfreude. Die subjektiven Bestimmungen repräsentieren Konzepte, die sich an Fähigkeiten, Befindlichkeiten oder an Gesundheit als Voraussetzung orientieren (vgl. Flick, 1997). Diese Konzepte variieren je nach Lebensalter, Geschlecht, aber auch sozioökonomischer Lage und religiöser Orientierung.

Das dritte Bezugssystem stellen die Medizin und deren angrenzende Fachgebiete dar. Gesundheit wird hier als Erfüllung objektivierbarer Normen, physiologischer Regulation bzw. organischer Funktion verstanden, Krankheit als Abweichung daran. In zahlreichen medizinischen Beiträgen stehen unter Beachtung der Erscheinungsformen und Ursachen eher Defini-

tionen von Krankheit als deren Abgrenzung zur Gesundheit im Vordergrund. „Als Krankheit wird das Vorliegen von Symptomen und/oder Befunden bezeichnet“ (Schwartz, Siegrist et al., 1998, S.11) die als Abweichung von einem physiologischen Gleichgewicht interpretiert und auf definierte (innere oder äußere) Ursachen zurückgeführt werden.

Die gebräuchlichste Definition von Gesundheit stammt aus dem Jahre 1946. Die WHO definiert Gesundheit als „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur als Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“ (Schwartz, Siegrist et al., 1998, S.10f, zitiert nach WHO, 1946). Jedoch wird diese Definition und die Chancen der meisten Menschen deren Anspruch gerecht zu werden, angesichts ihrer realen Lebenslage, als zu utopisch kritisiert. Ebenso ist sie zu statisch, da Gesundheit keinen Zustand, sondern einen sich verändernden Prozess darstellt (vgl. Franke, 1993).

Der in den 1970er Jahren beginnende Umdenkprozess führte von dem bis dato sehr verengten medizinischen Gesundheitsbegriff weg und rückte eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Krankheit und Gesundheit, wie das Salutogenese-Konzept von Antonovsky, in den Vordergrund (vgl. Bengel, Strittmatter & Willmann, 1998). Damit gewannen holistische Gesundheitsmodelle, die die Umwelt, die soziale Lage sowie die Lebensweise mit einbeziehen, zunehmend an Bedeutung. Des Weiteren betrachten sie die Struktur, Inanspruchnahme, Arbeitsweise und Wirksamkeit des Gesundheitswesens selbst, indem sie nicht nur nach dem Vorhandensein chronischer Erkrankungen fragen, sondern auch nach ihrer Entstehung und deren Modifizierbarkeit. Neben den physischen Faktoren wurden nunmehr auch psychosoziale Aspekte beachtet. Ergebnisse großer Präventionsstudien, etwa der *Framingham-Studie* (Kannel et al., 1986), halfen, dieses Umdenken in Europa anzuregen (vgl. Kap. 2.4.1).

Wichtig scheint in diesem Zusammenhang die Weiterentwicklung von subjektiv-psychologisch bzw. soziologischen Konzepten der Gesundheit, die im *Public-Health*-Bereich bisher große Bedeutung erlangt haben (vgl. Bengel & Belz-Merk, 1997; Siegrist, 1995). Gesundheitskonzepte bestimmen angemessene Gesundheitsindizes bzw. Gesundheitsindikatoren, ohne deren Hilfe das komplexe Phänomen Gesundheit weder wissenschaftlich erfasst noch in praktischer Form beschrieben werden kann (Schwartz, Siegrist et al., 1998).

Das am weitesten verbreitete Indikatorenkonzept ist durch die Biomedizin geprägt, deren klassische Indikatoren das Sterblichkeitsmaß (Mortalität) sowie das Krankheitsmaß (Morbidität) darstellen. Diese Maße beruhen auf Todesursache-, Krankenhausdiagnose- und Arbeitsunfähigkeitsstatistiken, Krankenregistern oder auf groß angelegte Bevölkerungssurveys.

In Deutschland gehören die im Rahmen der Deutschen Herz-Kreislauf- und Präventionsstudie (DHP-Studie) durchgeführten Bundesgesundheits surveys (BGS) zu den wichtigsten Datenquellen (vgl. Bellach, Knopf & Thefeld, 1998; Troschke, Klaes & Maschewsky-Schneider, 1991).

Den subjektiven Gesundheits- und Krankheitsindikatoren kommt ebenfalls eine wichtige Rolle zu, denn zwischen den subjektiven Einschätzungen und der medizinischen Befundlage besteht häufig eine große Diskrepanz. So kann ein Arzt trotz subjektivem Gesundheitsgefühl des Patienten einen Befund feststellen. Laut Bosma und Appels (1996) hat sich die subjektiv eingeschätzte Gesundheit in verschiedenen Studien als starker, unabhängiger Prädiktor für Mortalität erwiesen. Deshalb werden sie in zunehmendem Maße auch in gesundheitsökonomischen Analysen verwendet, wie z. B. im Gesundheitsstatus-Fragebogen (u. a. Bullinger, 1996) und im WHO Instrument zur Erfassung der Lebensqualität (Angermeyer, Kilian & Matschinger, 2000), um nur einige zu nennen.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass zwischen den beiden Polen „sicher gesund“ und „sicher krank“ ein umfangreicher Bereich grenzwertiger Phänomene existiert, die in uneindeutigen Termini wie z. B. „bedingte Gesundheit bei chronischer Krankheit“ (Hartmann, 1999, S.11) oder „chronische Gesundheit“ (Varul-Zick, 2001, S.1) ihren Ausdruck finden. „Gesundheit ist ein deskriptiver Begriff, der seine Ausdeutung paradigm- und zeitabhängig erfährt“ (Schlicht & Dickhuth, 1999, S.7), und dessen Konzeption das Handeln beeinflusst. Gesundheit ist immer im jeweiligen gesellschaftlichen, persönlichen Rahmen zu sehen und wird als prozesshaftes Geschehen verstanden (Opper, 1998, S.27). Das Streben nach vollständiger Gesundheit liegt wohl in der Sache der Natur, bleibt aber Illusion, da das Ausmerzen von Krankheiten lebensfern ist (Schlicht, 1998, S.217).

2.2 Zur Prävention und Gesundheitsförderung

Im Jahre 2035 wird voraussichtlich der Anteil der über Sechzigjährigen in Deutschland von momentan 20% auf 35% gestiegen sein (vgl. Kühn & Rosenbrock, 1994). Vor diesem Hintergrund wurden in den letzten Jahren verschiedene Konzepte zur Gesundheitsförderung entwickelt, um die Gesundheitserhaltung bis ins hohe Alter zu gewährleisten. Diese Konzepte rücken neben der Abkehr von der alleinigen Suche nach Risikofaktoren immer mehr die *Salutogenese* und somit die Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen sowie die damit verbundene Frage, wie und wo Gesundheit sichergestellt wird, in den Mittelpunkt (vgl.

Schwartz, 1998). Diese „Ressourcenforschung“ leitete letztlich einen Paradigmenwechsel hin zu einem „positiven Gesundheitsverständnis“ ein (vgl. Bengel et al., 1998).

Das im Jahre 1986 während der ersten internationalen Fachkonferenz zur Gesundheitsförderung in Kanada ausformulierte Gesundheitsförderungskonzept der WHO (Ottawa-Charta) plädiert für ein „*health for all*“, wobei der Schwerpunkt entsprechend dem Leitsatz auf Gesundheit und nicht auf Krankheit liegt (WHO, 1986, 1993). Die dort formulierten Leitideen wurden international schnell verbreitet und akzeptiert. Nach dem Verständnis der WHO setzt Gesundheitsförderung „bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potentiale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an“ (Bröskamp-Stone et al., 1998, S.149). Gesundheitsförderung sollte darauf abzielen, bestehende soziale Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung zu reduzieren und gleichermaßen physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden zu fördern. Gesundheit wird dabei nicht als vorrangiges Lebensziel, sondern als wesentlicher Bestandteil des Alltags verstanden.

Der *Setting*-Ansatz bildet eine Kernstrategie mehrerer WHO-Programme zur Gesundheitsförderung. Gesundheitsprotektive Maßnahmen finden hierbei in den Lebensbereichen statt, in denen die Menschen die meiste Zeit verbringen und durch deren Struktur die Gesundheit maßgeblich beeinflusst wird. Ein *Setting* kann somit die Gemeinde oder die Stadt sein, die Schule, in denen die Kinder über zehn Jahre den Großteil des Tages verbringen, oder der Arbeitsplatz. Aber auch Familien oder Vereine verfügen über spezifische soziale Gefüge und Organisationsstrukturen und bestimmen die Gesundheit, das Gesundheitsverständnis und -verhalten jedes Einzelnen mit. In einem Netzwerkprojekt zur Gesundheitsförderung, wie z. B. „Gesunde Städte“ oder „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“, werden Kompetenzförderungen und Verhaltensbeeinflussungen sowie Kontextsteuerungen integriert (vgl. Woll, Illmer & Bös, 2002).

Das WHO Konzept wurde auch in Deutschland aufgegriffen und trug zur Wiederbelebung der *Public-Health*-Forschung bei. Schwartz macht zwar bereits 1987 darauf aufmerksam, dass dieses politisch-idealistische Programm „möglicherweise von unseren tatsächlichen Möglichkeiten ähnlich weit entfernt ist wie die Charta der Menschenrechte von unserer realen Welt. Dennoch bedarf es solchen Leitvorstellungen, um ein kollektives Umdenken in Gang zu bringen“ (1987, S.143). Die in der *Public-Health*-Forschung vorgesehenen Maßnahmen der Gesundheitsförderung beziehen sich dabei auf die Bekämpfung von Gesundheitsrisiken und den Aufbau von gesundheitsrelevanten Verhaltensweisen von Individuen oder kollektiven Einheiten. Eine allein am Individuum orientierte Perspektive würde nicht

ausreichen, um „Gesundheit für alle“ zu erzielen, da Personen in schwierigen Lebensumständen nur begrenzte Wahlmöglichkeiten eines individuellen Lebensstils zur Verfügung haben (u. a. Mielck, 1994; Schlicht, 2000). So ergeben sich beispielsweise andere Lebensbedingungen und Chancen für eine gesundheitsförderliche Lebensweise für den pensionierten Oberstudienrat in einer Kleinstadt im Schwarzwald als für einen arbeitslosen Hilfsarbeiter in einer norddeutschen Großstadt (vgl. Troschke, 1993). Die psychologischen Konzepte zur Erklärung und Vorhersage des Gesundheitsverhaltens von Individuen bedürfen daher einer sozialwissenschaftlich-ökologischen Erweiterung, die das Alltagsverhalten beschreiben (u. a. Schlicht, 2000). Schlicht stellt ein Konzept vor, welches sich an der multidisziplinären Perspektive der *Public-Health*-Forschung orientiert und strukturelle (biologisch-materieller, gesellschaftlich-politischer Rahmen) und prozessuale (Handeln/Verhalten und soziale Konstruktion von Wirklichkeit) Komponenten mit einbezieht.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung grenzen sich dabei theoretisch und praktisch nicht scharf von Präventionsmaßnahmen ab, wobei Prävention bedeutet, Krankheiten durch gezielte Aktivitäten zuvorkommen (vgl. Anderson, 1984; Schwartz & Walter, 1998). Ein Unterscheidungskriterium der beiden Begriffe bezieht sich auf die Interventionsebenen (vgl. Laaser, Hurrelmann & Wolters, 1993). Demnach sind Maßnahmen zur Gesundheitsförderung (primordial) unspezifisch und richten sich an die gesamte Bevölkerung. Die Primärprävention widmet sich hingegen der Risikosenkung vor Krankheitsbeginn und orientiert sich an Risikogruppen. Bei der Sekundärprävention wird bereits medizinisch interveniert, während die Tertiärprävention mit der Rehabilitation gleichzusetzen ist (vgl. Tab. 1). Gesundheitsförderung bezieht dabei Präventionsmaßnahmen, die die Lebensqualität von Menschen positiv beeinflussen und verhältnis- sowie verhaltensbezogene Dimensionen berücksichtigen, mit ein (Laaser et al., 1993).

Die Abgrenzung der Primärprävention von der Gesundheitsförderung mit Hilfe der Terminologie von Interventionsformen ist sehr schwierig, vor allem hinsichtlich der praktischen Umsetzung. Wichtiger scheint die Differenzierung von Prävention nach ihrer Zielgröße. Hierbei wird zwischen Verhaltensprävention und Verhältnisprävention unterschieden. Verhaltensprävention bedeutet, Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung durch eine Änderung des individuellen Verhaltens, indem gesundheitsgefährdende Lebensweisen abgebaut und gesundheitsprotektive gestärkt werden. Verhältnisprävention beruht auf Krankheitsvermeidung und Gesundheitsförderung durch eine Veränderung der Lebensverhältnisse. „Da die alltägliche soziale und institutionelle Umgebung weitgehend das eigene Verhalten

beeinflusst, sind oft kombinierte Maßnahmen nötig“, so Schwartz und Walter (1998, S.153). Ein Beispiel hierfür wäre das Tragen eines Schutzhelmes am Arbeitsplatz und zugleich technische Schutzmaßnahmen an den Maschinen.

Tabelle 1

Terminologie von Interventionsformen moderiert nach Laaser, Hurrelmann & Wolters (1993, S.178)

Interventionsform	Gesundheitsförderung (primordial)	Primärprävention	Sekundärprävention	Tertiärprävention, Kuration
Ansatzpunkte	vor Risikosenkung	Risikosenkung vor Krankheitsbeginn	im Krankheitsfrühstadium	im chronischen Krankheitsstadium
Zielgruppe	Gesunde (Bevölkerung)	Risikogruppen (Merkmalsträger)	Patienten (Einzelpersonen)	Rehabilitanden (Einzelpersonen)
Zustand	unspezifische Gesundheit, Wohlbefinden	unspezifische/spezifische Befindlichkeitsstörungen	klinische Symptome, spezifischer Behandlungsbedarf	akute/chronische Erkrankung, spezifische Behandlung
Absicht	Lebensstiländerung (Verhältnisse und Verhalten)	Lebensstiländerung (Verhältnisse und Verhalten)	Verhinderung der Chronifizierung	Rehabilitation, Kuration
handelnde Ebene	Politik und Individuum	Politik und Individuum	Medizin und Individuum	Medizin und Individuum

Ein zentrales Problem der Prävention stellt die Kosten-Nutzen-Relation dar. Daher ist bei der Auswahl von präventiven Maßnahmen die Höhe der kollektiven Krankheitslast in den möglichen Zielpopulationen, der wahrscheinliche Erfolg (Nutzen), der Aufwand (direkte und indirekte Kosten) und die unbeabsichtigten Folgewirkungen (Nebenwirkungen) zu berücksichtigen (Schwartz & Walter, 1998, S.154). Darüber hinaus spielt die Größe und Zugänglichkeit der Zielgruppen, die Art der Interventionsstrategie und Ergebnisse einer vorgängigen (Pilotphase) sowie fortlaufenden Evaluation eine entscheidende Rolle. Die Kosten-Nutzen-Relation fällt umso geringer aus, je größer die zeitliche Verzögerung zwischen Kostenausgaben und Nutzeneffekten ist (vgl. Haddix, Teusch, Shaffer & Dunet, 1996). Dies ist vor allem bei den zunehmenden, sich langsam entwickelnden chronischen Erkrankungen der Fall. Hier sollten primärpräventive Maßnahmen möglichst so angelegt sein, dass der Nutzen einer Verbesserung der individuellen Lebensqualität als wichtiges Nebenziel von Präventionsmaßnahmen neben der Vermeidung unnötiger Behandlungs- oder Folgekosten unmittelbar anfällt. Die vielfältigen Handlungsfelder von Prävention und Gesundheitsförderung sind zudem altersabhängig. So profitieren bereits Föten von der Betreuung ihrer schwangeren Mütter, Schulkindern wird die Zahnprophylaxe nahe gebracht, bei Jugendlichen werden u. a. Themen zur Unfallverhütung oder zum Drogenkonsum aktuell, bei den Erwachsenen wird auf

Risikofaktoren und Früherkennungsuntersuchungen eingegangen und bei den Ruheständlern wird auf die körperliche und geistige Beweglichkeit geachtet, um nur einige Beispiele zu nennen. Allen primärpräventiven Interventionen ist eine individuelle Verhaltensbeeinflussung in der Gegenwart gemeinsam, um zukünftig wahrscheinliche Schäden zu vermeiden.

Das positive Gesundheitsverständnis im Rahmen der Salutogenese sollte auf einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik basieren (WHO, 1988), die derzeit noch zu oft als Verwaltung von Krankheit und Krankenversicherungen sowie als Kostendämpfungspolitik missverstanden wird. Als Aufgabe einer vorbeugenden Gesundheitspolitik sollte neben der positiven Beeinflussung des Gesundheitsverhaltens die Verringerung bzw. Beseitigung von Risikofaktoren gehören. Nur so besteht im Kontext einer Kosten-Nutzen-Analyse eine reale Chance, die steigenden Ausgaben im Gesundheitswesen zu stoppen, die u. a. durch die zunehmende Anzahl von Erkrankungen und deren kurativer Versorgung verursacht werden. Denn die meisten Erkrankungen, wie z. B. ischämische Herzkrankheiten, Diabetes mellitus oder Fettstoffwechselstörungen sind oft durch gesundheitsriskantes Verhalten, wie z. B. Bewegungsmangel und Fehlernährung, der Betroffenen mit verursacht. Gesundheitsriskante Verhaltensweisen sind von der jeweils persönlichen Einstellung des Individuums, geprägt durch eine Reihe gesellschaftlich und kulturell vermittelter Verhaltensmuster, als auch vom Wissen um die Zusammenhänge von Fehlverhalten und Krankheiten, abhängig. Dies wird durch die Erkenntnis untermauert, dass Haushalte und Personen mit niedrigem Einkommen bzw. geringem Bildungsniveau häufig mit Risikomerkmale behaftet sind (vgl. u. a. SBA, 1998). Hinsichtlich der Verteilung der Risikomerkmale lässt sich demnach ein soziales Ungleichgewicht feststellen, worauf in Kapitel 3.1 näher eingegangen wird.

Insofern proklamiert die WHO-Charta (1986), dass in Zukunft innerhalb der Gesundheitspolitik das Ziel der Gesundheitsförderung als präventive Strategie an Bedeutung gewinnen und unter Berücksichtigung sozialer Bezüge „alle“ selbstbestimmend zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll.

Exkurs: Der „Präventionsparagraph“ 20 des V. SGB

Nicht zuletzt durch die Ottawa-Charta (WHO, 1986) bekam die Prävention in Deutschland Ende der 1980er Jahre einen politisch-programmatischen „Auftrieb“. Die Gesundheitsförderung bildet seitdem ein neues Aufgabengebiet innerhalb der GKV. Die rechtliche Grundlage für die GKV bildet das V. SGB, dessen Paragraphen die Beziehung zwischen Versicherten, Krankenkassen und Leistungserbringern regelt.

Die GKV ist durch drei Grundprinzipien gekennzeichnet:

- das medizinische *Bedarfsprinzip* (Versorgungssicherheit),
- das *Solidarprinzip* (Versicherungsprämien der Mitglieder im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und nicht entsprechend des versicherungsmathematischen Risikos),
- das *Sachleistungsprinzip* (Abrechnung der Leistungen erfolgt zwischen Versicherten und Leistungserbringer ohne die Einschaltung der Versicherung).

Der bis dato weitgehend kurativ ausgerichtete Aufgaben- und Leistungsbereich der GKV wurde im Rahmen des *Gesundheitsreformgesetzes* um die präventiven Orientierungen und Maßnahmen erweitert und in dem 1988 neu eingeführten Paragraphen 20 des V. SGB gesetzlich verankert. Den mit dem eingeführten Paragraphen 20 verbundenen konzeptionellen, inhaltlichen und strukturellen Spielraum bei der Selbstbestimmung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung nutzten die Krankenkassen allerdings, um Gesundheitsförderung als Marketingmaßnahmen im Werben um Zielmitglieder (gesund, jung, einkommensstark) einzusetzen (vgl. Klotter, 1997). Daraus ließ sich auch das gering ausgeprägte Evaluationsinteresse von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung der Krankenkassen begründen, deren Erfolg sich demnach nicht an Wirksamkeitskriterien der Angebote sondern eher an Mitgliederrekrutierungszahlen ausrichten.

Unter Berücksichtigung dieser Fehlentwicklung und mit Blick auf den Vorwurf, Krankenkassen betrieben Werbung mit dem Paragraph 20 und nicht wirksame Gesundheitsförderung (vgl. Sabo, 2000), schränkte die damalige Regierung mit dem 1996 in Kraft getretenem Beitragsentlastungsgesetz die Leistungen der Gesundheitsförderung stark ein. In diesem Zuge wurde mit dem „Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenkasse“, in Verbindung mit dem Risikostrukturausgleich zwischen den Kassen, vom Gesetzgeber in dem bis dahin vollständig regulierten Gesundheitssektor mit der Wahlfreiheit der Versicherten eine Wettbewerbskomponente eingeführt. Im Rahmen dieser so genannten „solidarischen Wettbewerbsordnung“ sollten sich die Kassen „stärker an den Interessen ihrer Versicherten ausrichten und sich vor allem um eine verbesserte Qualität und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsvorsorge bemühen“ (vgl. SBA, 1998, S.11).

Seit dem Jahr 2000 können die Spitzenverbände der Krankenkassen die Wiedereinführung des Paragraphen 20 des V. SGB und die damit verbundenen qualitätsgesicherten Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung begrüßen. Der Para-

graph 20 schreibt in seiner aktuellen Fassung aus dem Jahr 2001 gesetzlich vor, dass primärpräventive Leistungen eine Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und eine Verminderung sozial bedingter Ungleichheiten von Gesundheitschancen sicherstellen sollen. Den Krankenkassen ist es dadurch möglich, „den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitliche Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren“ (GKS-Leitfaden, 2001). Gewährleistet wird eine kostenfreie Teilnahme der Mitglieder an qualitätsgesicherten, zielgerichteten und erfolgreich den Präventionsbedarf der Versicherten abdeckenden Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. Die sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen orientierenden Ausgaben für Präventionsmaßnahmen beschränken sich allerdings derzeit auf einen nicht zu überschreitenden Richtwert von lediglich 2.62 € je Versicherten und Kalenderjahr, was den präventiven Maßnahmenkatalog zweifellos deutlich einschränkt. Dagegen bewegen sich die durchschnittlichen Ausgaben für die Therapie von vor allem verhaltensbedingten Erkrankungen im vierstelligen Bereich. Die mit der knappen Budgetgrenze zur Bedeutungslosigkeit verurteilte Prävention kann somit schwerlich die Anforderungen an Qualitätssicherung sowie Zielgruppenspezifikation erfüllen. Indessen werden so genannte „Gesundheitsaktionen“ aus dem Marketingetat der Krankenkassen finanziert, die lediglich deren Attraktivität für Personen mit „guten“ Gesundheitsrisiken und hohem Einkommen erhöhen sollen.

Mit dem Paragraph 20 des V. SGB ist zwar ein „sehr, sehr zaghafter, aber eben richtiger Schritt in jene Richtung getan [...] in der sich Erfolg oder Misserfolg einer künftigen ‚Gesundheits‘-Politik [...] entscheiden werden“ (Rosenbrock, 2000, S.69). Eine erfolgreiche Gesundheitspolitik bemisst sich an einem steigenden Gesundheitszustand der Bevölkerung, der an der Lebensqualität und Lebenserwartung gemessen wird. Vor allem durch die sehr häufig auftretenden chronisch-degenerativen Erkrankungen wird der sich kontinuierlich verbessernde Gesundheitszustand jedoch ausgebremst. Die in Deutschland zumeist auf einem sehr hohen Niveau arbeitende Medizin kann zur Verminderung dieser Last nur einen relativ geringen Beitrag von ca. 10-30% leisten (ebd., S.69). Einen maßgeblichen Einfluss jedoch hätte die Änderung ungesunder Lebens- und Verhaltensweisen der Bevölkerung, die wiederum von den vor allem in der sozialen Unterschicht nicht so einfach anpassbaren Lebensverhältnissen abhängig sind. Die Vernachlässigung dieser Tatsache führte oft zum Scheitern üblicher Präventionsappelle, in denen die Aufklärung und Gesundheitserziehung durch bloße Marketinginformationen vermittelt wird (vgl. Kap. 3.4).

Das im Gesetzestext verankerte Anliegen, die soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen zu verringern, sollte auch tatsächlich zur handlungsleitenden Maxime in der Praxis werden. Die aktuellen Debatten in der Gesundheitspolitik müssen daher, wollen sie zielführend und zukunftsfähig sein, die Prävention von chronischen Erkrankungen durch zielgruppenspezifische Angebote stärker gewichten. Insbesondere die sozial unterprivilegierte Bevölkerungsschicht muss mehr in den Mittelpunkt rücken, hier liegen die größten präventiven Potentiale (vgl. Kap. 3).

2.3 Körperliche Aktivität als eine gesundheitsfördernde Verhaltensweise

Der körperlichen Aktivität als *einer* gesundheitsförderlichen Verhaltensweise wird im Rahmen der praktischen Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zugestanden (u. a. Bös & Woll, 1989; Bös, Wydra & Karisch, 1992). Die Inanspruchnahmestatistik präventiver Maßnahmen von Kirschner et al. (1995) belegt, dass Bewegungsangebote im Vergleich zu anderen präventiven Maßnahmen von allen Altersgruppen am häufigsten genutzt werden.

Körperliche Bewegung ist ein Grundbedürfnis des Menschen, das sich durch Sport vorzüglich befriedigen lässt. Wurde unter dem Begriff „Sport“ früher im allgemeinen noch das Betreiben reglementierter Spiele im Wettkampf verstanden (vgl. Voigt, 1992), so wird er heute differenzierter betrachtet und hat zahlreiche Definitionen und Unterbegriffe hervorgeufen (u. a. Digel, 1990; Grupe, 1987; Heinemann, 1990; Kurz, 1986; Steinkamp, 1983), wie beispielsweise Leistungs-, Breiten-, Freizeit- oder Gesundheitssport. Diese Begrifflichkeiten unterscheiden sich im jeweiligen Verwendungszusammenhang und Bezugsrahmen. Röthig (1992, S.420) betont, dass eine allgemeingültige Definition von Sport nicht möglich sei. Auch Langenfeld (1987, S.352) weist auf das „heterogene Phänomen Sport“ hin und Digel (1990, S.75) spricht gar von der „Verwässerung“ des Sportbegriffs, da auch körperliche Aktivitäten wie z. B. spazieren gehen mit einbezogen werden. Der Begriff Sport wird sehr widersprüchlich verwendet. Was dem einen die „schönste Nebensache der Welt“ ist, ist dem anderen „bitterer Ernst oder gar existenzsicherndes Muß“ (Voigt, 1992, S.142).

Der Inhalt und die Bedeutung des Sportbegriffs sind ebenso wie der Gesundheitsbegriff gesellschaftlichen Veränderungen unterworfen. Sport ist ein soziales Konstrukt (Heinemann, 1990) und somit Ergebnis sozialen Handelns und Bestandteil unserer Kultur. Das menschliche Handeln wiederum ist durch Motive geprägt, die auf Bedürfnissen beruhen. So kann die gleiche Bewegung unter bestimmten Umständen Sport, unter anderen Bedingungen und

Zielsetzungen hingegen etwas ganz anderes sein. Dabei schafft sich jede soziale Gruppierung ihren eigenen Sport mit entsprechenden Begriffsinhalten (Voigt, 1992).

In der vorliegenden Arbeit wird nicht von einem engen sondern einem erweiterten Sportbegriff ausgegangen. Unter körperlichen Aktivitäten werden Bewegungen subsumiert, die nicht zwingend gesundheitliche Effekte aufweisen (wie z. B. Haus- und Gartenarbeiten), die aber hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens durchaus positive gesundheitliche Auswirkungen haben können. Für Bouchart und Shephart (1994, S.7) ist die körperliche Aktivität sehr weit gefasst: „physical activity comprises anybody movement produced by the skeletal muscles that results in a substantial increase over the resting energy expenditure“.

Dass die körperliche Aktivität in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen hat, zeigt nicht zuletzt die steigende Mitgliederzahl der Vereine und Fitnessstudios, sondern auch das Interesse am Sportfunk und -fernsehen sowie die zahlreichen Zuschauer bei Sportveranstaltungen, aber auch die wachsende Sportartikelherstellung und die steigende Wertschätzung in der Gesellschaft und Politik. Im Jahr 2002 registrierte der Deutsche Sportbund knapp 27 Mio. Mitglieder in den organisierten Verbänden bzw. Vereinen, was 33% der Bevölkerung entspricht (vgl. Deutscher Sportbund [DSB], 2002). Somit ist statistisch gesehen jeder dritte Bundesbürger Mitglied in einem Sportverein. Unter den 41- bis 60-Jährigen befinden sich mit knapp 6 Mio. die meisten Vereinsmitglieder. Allerdings ist mit ca. 60% der Gesamtbevölkerung die Altersgruppe der 7- bis 14-Jährigen am stärksten vertreten. Während üblicherweise Frauen (70%) an gesundheitsförderlichen Maßnahmen teilnehmen, sind Männer (62%) in deutschen Sportvereinen überrepräsentiert. Allerdings sagt eine Vereinsmitgliedschaft nichts über die tatsächliche Häufigkeit und Intensität körperlicher Aktivität aus, sondern lediglich über das Sportinteresse und die Traditionen.

Angaben zur körperlichen Aktivität driften in unterschiedlichen Studien aufgrund eines unterschiedlichen Sportverständnisses und der Handhabung verschiedener Operationalisierungen sehr auseinander. Laut den im Jahre 1998 an 18- bis 79-Jährigen erhobenen Daten des Bundesgesundheits surveys sind Männer mit 56% im Vergleich zu Frauen mit 50% körperlich aktiver (vgl. Mensink, 1999). Mit dem Alter nimmt die Inaktivität erheblich zu. Sie erreicht bei den ostdeutschen Frauen ab dem 70. Lebensjahr sogar beachtliche 82%. „Insgesamt ist der Anteil der Inaktiven in der Bevölkerung alarmierend hoch“ (ebd., S.128). Die Ergebnisse aus deutschen Untersuchungen liegen dabei im internationalen Trend (Woll, 1998).

Die moderne Sportentwicklung ist von einer Umstrukturierung im Geschlechtsverhältnis gekennzeichnet. Im Vergleich zu den 1991/92 erhobenen Daten des Bundesgesundheits surveys ist zu erkennen, dass Frauen über die Jahre in allen Altersklassen aktiver geworden sind, so dass langfristig gesehen eine gleichberechtigte Sportpartizipation zu erwarten ist. Insgesamt konnte bei den Älteren eine Abnahme des Anteils an Inaktiven festgestellt werden. Anscheinend ist in den vergangenen Jahren „mehr Personen im höheren Alter bewusst geworden, daß sie körperlich aktiv werden sollten“ (Mensink, 1999, S.129). Dies ist in Hinblick auf das Altern und den damit zusammenhängenden demographischen Wandel auch notwendig. Körperliche Aktivität erweist sich auf der verhaltensbedingten Ebene gerade bei den Älteren als wirkungsvolle gesundheitsförderliche Maßnahme. „Beim älteren und alten Menschen sind Training und Sport die einzige wissenschaftlich gesicherte Maßnahme, altersbedingten körperlichen und geistigen Leistungseinbußen entgegenzuwirken“ (Hollmann, 1998, S.218).

Die körperlich aktiven Personen wählen vorzugsweise Sportarten, die Spaß machen, einen geringen organisatorischen Aufwand erfordern, Ungebundenheit einschließen und an den Alltagsbewegungen angrenzen, wie z. B. Radfahren, Wandern oder Schwimmen (vgl. Voigt, 1992). Als Gründe für das Sporttreiben werden z. B. laut einer Studie der Angestelltenkammer Bremen (1993) vor allem Gesundheit, Spaß, Ausgleich zur Arbeit und die Möglichkeit zum Abschalten genannt, wobei die Gesundheit als Sportmotiv mit 77% im Vordergrund steht (vgl. Rittner, 1985). Dies untermauern ebenfalls Daten des SBA (1998, S.83), in denen 73% der Freizeitsportler meinen, „mit Sport kann ich etwas für meine Gesundheit tun“. Während Frauen mehr Wert auf gutes Aussehen, eine schlanke Figur und Jugendlichkeit legen, stehen Kondition und Fitness bei den Männern an oberster Stelle. Auch sind die Motive zum Sporttreiben altersabhängig. Für die Jüngeren stehen eher Spaß, Fitness und Figur und für die Älteren ab 50 Jahre Belastbarkeit und Steigerung der Widerstandskräfte im Vordergrund. Die am häufigsten genannten Hinderungsgründe für körperliche Aktivität sind Mangel an Freizeit, zu hohes Alter, konkurrierende Interessen oder Krankheiten. Für eine dauerhafte Sportteilnahme spielen neben schichtspezifischen auch freizeitorientierte Wert- und Motivstrukturen eine große Rolle. Heute gilt Sport vor allem als Ausgleich zur bewegungsarmen Arbeit, als Mittel zur Selbstinszenierung, als Ausdruck eines Lebensstils, als Erlebnis, als Therapie oder Gesundheitsförderung (vgl. Digel, 1986b).

2.4 Wirksamkeit präventiver Maßnahmen am Beispiel der körperlichen Aktivität

Ein gesundheitsorientierter Lebensstil ist vor allem durch Vermeidung von gesundheitsriskantem Verhalten sowie durch präventive Maßnahmen geprägt. Regelmäßige körperliche Bewegung gehört dabei zu den wichtigsten Elementen einer protektiven gesunden Lebensführung. Die Erhaltung der Gesundheit gilt als eines der ältesten Motive und Bildungsziele der körperlichen Aktivität (vgl. Grupe, 1967). Körperliche Aktivität ist mit Abstand das wichtigste Medium, um etwas für die Gesundheit zu tun und eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens zu bewirken (vgl. Rittner & Breuer, 1998).

Als Mittel zur Gesundheitsförderung wurde die Bewegung seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts propagiert und Ende des 19. Jahrhunderts wurden die ersten wissenschaftlichen Studien zum Thema „Sport und Gesundheit“ durchgeführt. Allerdings lag hier noch ein sehr enger, medizinisch geprägter Gesundheitsbegriff zugrunde. Anlässlich der *Framingham-Studie* (Kannel et al., 1986, vgl. Kap. 2.4.1) wurde seit Mitte der 1980er Jahre auch in Deutschland diesem Thema wieder stärkere Beachtung geschenkt. Allerdings basieren die Ansätze zum Teil nach wie vor auf einem engen, vorrangig aus kardiologischer Sicht betrachteten, Gesundheitsbegriff.

Die heutige Bevölkerung in den Industrieländern ist die erste Generation, die das biologische Mindestmaß an körperlicher Aktivität im Privat- wie auch im Berufsleben nicht mehr erfüllt (vgl. Hollmann, 1991). Dem Bewegungsmangel wird eine zentrale Rolle bei der Entstehung von immer mehr Zivilisationskrankheiten zugeschrieben. Dies führt zu dem Bedeutungszuwachs von körperlicher Aktivität als individuelle Verhaltensweise zur Gesundheitsförderung. Mit dem Bewegungsmangel geht eine Steigerung psychisch-mentaler Belastungen einher, da Maschinen und Computer die körperliche Arbeitskraft zunehmend ersetzen (vgl. Digel, 1986a; Müller-Limroth, 1990). Körperliche Aktivität dient heutzutage dem Ausgleich zu einem bewegungsarmen Alltag, um negativen gesundheitlichen Auswirkungen entgegenzuwirken. Laut Hollmann (1991) müsste Sport „aus medizinischen Gründen erfunden und eingeführt werden“ (S.2), wenn es ihn bis dato noch nicht gäbe.

Nach den Ergebnissen von Metaanalysen (u. a. Knoll, 1993; Schlicht, 1994) bestehen keine globalen Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit nach der Formel: „Sport gleich Gesundheit“ (vgl. Kleine, 1996). Wird diese Beziehung aufgegriffen, dann sollte in Längsschnittanalysen Alter, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht, Art und Dauer der körperlichen Aktivität mit berücksichtigt bzw. kontrolliert werden. So ist z. B. der Effekt

eines Trainingsprogramms für untrainierte Männer gesundheitswirksamer als für untrainierte Frauen, ein Fitnessprogramm für Jüngere und ein Ausdauertraining für Ältere vorteilhafter (vgl. Knoll, 1993). Vor allem Ausdauersportarten (z. B. Radfahren) üben eine Reihe gesundheitsförderlicher Effekte aus, so z. B. eine adaptive Wirkung auf Risikofaktoren des Herz-Kreislaufsystems. Blair (1996) gibt einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der letzten 30 Jahre, die sich auf den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und Gesundheit beziehen. Die Resultate der aufgeführten Studien sind jedoch inkonsistent. Da die Studien teilweise nicht auf statistischen Kennwerten sondern nur auf „sicheren Beweisen“ beruhen und viele mit speziellen Stichproben durchgeführt wurden, sind sie kaum generalisierbar.

Im Folgenden wird die Wirkung körperlicher Aktivität auf die physische, psychische und soziale Gesundheitsdimension dargestellt. Bereits an dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass der allgemeine Gesundheitsbegriff ein Konstrukt der separat untersuchten Teildimensionen darstellt und von Gesundheit nur unter Berücksichtigung aller Teildimensionen gesprochen werden kann.

2.4.1 Körperliche Aktivität und physische Gesundheit

Den zahlreichen Untersuchungen zur körperlichen Aktivität und physischen Gesundheit liegt ein enger Sportbegriff zugrunde. In erster Linie werden Ausdauersportarten betrachtet, so dass die Ergebnisse nicht ungeprüft auf andere Sport- und Bewegungsarten übertragen werden können. Der Gesundheitsbegriff orientiert sich hingegen häufig an der medizinischen Sichtweise, wobei die Wirkung körperlicher Aktivität vor allem bei Herz-Kreislauf-erkrankungen untersucht bzw. mit der Mortalitätsrate in Zusammenhang gebracht wurde. Verständlicherweise, denn diese Erkrankungen stehen an erster Stelle der Mortalitätsstatistiken und machen ca. 50% der Todesfälle in den Industrienationen aus (vgl. Rost, 1995).

Eine Mortalitätsreduzierung an koronaren Herzerkrankungen durch körperliche Aktivität ist mittlerweile unbestritten (vgl. Dickhuth & Schlicht, 1997). Dies belegen eine Vielzahl von Studien (u. a. Paffenbarger, 1991; Bucksch, 2003). So auch die *Morris-Studie*, bei der Busfahrer und Schaffner der Londoner Verkehrsbetriebe untersucht wurden (vgl. Morris, Heady, Raffle, Roberts & Parks, 1953). Dabei zeigte sich, dass die körperlich aktiveren Schaffner (Doppelstockbus) eine um den Faktor 1.5 niedrigere Sterblichkeit aufwiesen als die passiven Busfahrer. Nachträgliche Analysen ergaben jedoch, dass die Busfahrer vorher schon wesentlich mehr koronare Risikofaktoren aufwiesen und deshalb die sitzende Tätigkeit mit geringerer körperlicher Belastung auswählten (vgl. Rost, 1995). Dennoch wird diese

Studie gern als Beleg für die Schutzwirkung körperlicher Aktivität zitiert und durch eine ähnliche von Kahn (1963) bestätigt. In Kahns Studie wurden 2 240 Postbeamte untersucht und es wurde festgestellt, dass die bewegungsärmeren Postschalterbeamten ein dreimal so hohes Sterblichkeitsrisiko aufwiesen wie die körperlich aktiven Briefzusteller. Beide Ergebnisse machen aber auch auf die Frage nach den kausalen Beziehungen aufmerksam: Sind die Gesunden körperlich aktiver oder sind die körperlich Aktiven gesünder?

Innerhalb der *Framingham-Studie* haben Kannel et al. (1986) bei 5 000 Männern und Frauen seit dem Jahr 1949 deren Aktivitäts- und Gesundheitszustand regelmäßig untersucht. Dabei wurde ein höheres Mortalitätsrisiko bezüglich koronarer Herzerkrankungen für körperlich passivere Personen ausgewiesen. Es zeigte sich aber auch, dass am Sterblichkeitsrisiko der Anteil der Hypertonie, des Rauchens und des Übergewichtes höher war als der Anteil der körperlichen Inaktivität. Auch Pfaffenbarger, Hyde und Wing (1990) kamen zu diesem Schluss und zeigten auf, dass das relative Mortalitätsrisiko durch Bewegungsmangel 31%, das durch Rauchen 73% und das durch Hypertonie 76% höher lag als bei Probanden, die diese Risikofaktoren nicht aufwiesen.

In der viel zitierten *Harvard-Alumni-Studie* von Pfaffenbarger, Wing und Hyde (1978) wurde die gesamte körperliche Aktivität in Beruf und Freizeit von knapp 17 000 ehemaligen Harvard Studenten zwischen den Jahren 1962 und 1978 untersucht und in Energieeinheiten umgewandelt. Dabei fanden sie heraus, dass das Mortalitätsrisiko mit zunehmendem Energieverbrauch kontinuierlich abfällt, aber bei einer Aktivität über 3 500 Kilokalorien/Woche wieder ansteigt. Das gesundheitliche Optimum liegt bei einem wöchentlich kalorischen Mehrverbrauch von etwa 2 000 bis 3 000 Kilokalorien durch körperliche Aktivität (Pfaffenbarger et al., 1990). Allerdings bleibt anzumerken, dass es sich hierbei aufgrund des hohen Bildungsgrades um eine hochselektierte Gruppe von Männern handelte und dies bei Verallgemeinerungen berücksichtigt werden sollte. Knoll (1993), die 43 Arbeiten zum Zusammenhang zwischen Sport und physischer Gesundheit metaanalytisch auswertete, stellte bei Belastungen über 5 000 Kilokalorien/Woche sogar einen Anstieg des Herzinfarkttrisikos fest.

Wenn durch eine sinnvolle Belastungssetzung (Art, Häufigkeit, Dauer und Intensität der ausgeübten körperlichen Aktivität) ein bestimmtes Maß an Energie verbraucht wird, dann können dadurch gesundheitliche Auswirkungen erreicht werden, wie z. B. die Steigerung der Ausdauerleistungsfähigkeit oder der Muskelkraft. Studien zur Beziehung zwischen der körperlichen Aktivität und einzelnen Risikofaktoren zeigen zusammenfassend, dass regelmäßige körperliche Aktivität eine günstige Wirkung auf verschiedene Risikofaktoren ausübt bzw.

gesundheitsförderliche Effekte aufweist (u. a. Bouchard & Shepard, 1994; Hollmann, 1998; Knoll, 1993; Newsholme, 1990; Rost, 1995; Woll, 1996). So wurde in einigen dieser Studien ein Anstieg des gesundheitsförderlichen HDL-Cholesterins und eine Senkung des „schädlichen“ LDL-Cholesterins und der Triglyzeride belegt. Sheperd (1987) wies auf die positive Wirkung hinsichtlich des Blutdruckes hin und Knoll (1993) bilanzierte eine positive Beeinflussung auf den Harnsäurespiegel. Die körperliche Fitness wird zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit als Mediator angesehen (vgl. Bouchard et al., 1990). Bouchard & Shephard (1994), Schwarzer (1992) und Woll (1996) nehmen an, dass sich die körperliche Aktivität positiv auf die Fitness auswirkt und diese wiederum einen günstigen Einfluss auf die Gesundheit ausübt. Ein Mindestmaß an Gesundheit ist jedoch notwendig, um überhaupt körperlich aktiv sein zu können.

Einen weiteren interessanten Aspekt konstatierten Harris et al. (1989) sowie Leon, Jacobs, DeBacker und Taylor (1991), die bei Probanden, die sich erst im höheren Lebensalter regelmäßig körperlich betätigten, eine ebenfalls gesundheitsprotektive Wirkung verzeichneten. Diese Ergebnisse sind von hoher praktischer Relevanz, da durch die Verschiebung der Alterspyramide Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für die ältere Generation immer wichtiger werden. Letztlich ist es für die Gesundheitsvorsorge nie zu spät.

Weitaus weniger Forschungsergebnisse liegen insbesondere aus dem amerikanischen und skandinavischen Raum für den Zusammenhang von körperlicher Aktivität und orthopädischen Erkrankungen bzw. Beschwerden vor. Diese Thematik wird aber aufgrund der steigenden Anzahl an frühzeitigen Ruheständlern durch funktionell orthopädische Beschwerden immer häufiger in den Blickwinkel genommen. Nowacki (1985) sowie Hollmann und Hettlinger (1990) weisen bei einer spezifischen Belastung des Bewegungsapparates eine positive Wirkung auf den passiven und aktiven Bewegungsapparat nach. Auch Woll (1996) kommt zu dem Schluss, dass die gesundheitsprotektiven Wirkungen einzelner Fitnesskomponenten wie Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Koordination unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht als wichtige physische Gesundheitsressourcen zu betrachten sind.

Der Mangel an Untersuchungen zur koordinativen Leistungsfähigkeit hinsichtlich der Bedeutung für die Gesundheit ist eher erstaunlich, da vor allem diese Fähigkeiten im fortgeschrittenem Alter bei der Bewältigung der Alltagsanforderungen eine große Rolle spielen (Bös & Brehm, 1995; Bös et al., 1992). Die Gesundheitsrelevanz der koordinativen Leistungen liegt überwiegend bei der Vermeidung von Unfällen und in der Haltungskontrolle (Woll, 1996).

Generell kann von einer präventiven Wirksamkeit von körperlicher Aktivität im Sinne von Ausdauerbelastungen auf die Sterblichkeit die Rede sein. Geringe, jedoch regelmäßig durchgeführte körperliche Belastungen reichen bereits aus, um gesundheitsschützende Wirkungen durch körperliche Aktivität zu erzielen. Allerdings sind dabei moderierende Variablen, wie z. B. Alter, Geschlecht, Körpergewicht und -fettanteil sowie Belastungsintensitäten relevant (Tran et al., 1983). Auch sollte der Kontext, in dem körperliche Aktivität stattfindet, beachtet werden (vgl. Schlicht, 1994, 1995).

Hollmann (1998) fasst die Auswirkung körperlicher Aktivität unter Berücksichtigung von Kontraindikationen und Gefährdungsmöglichkeiten auf die Gesundheit folgendermaßen treffend zusammen:

Durch geeignetes körperliches Training bzw. Sport ist man in der Lage, zahlreichen Herz-Kreislauf- und Stoffwechselerkrankungen sowie auch verschiedenen Krebskrankheiten entgegenwirken zu können. Gleichzeitig kann man sich hierdurch funktionell körperlich wie geistig jünger halten, als es chronologisch dem Geburtsschein entspricht. (S.223)

2.4.2 Körperliche Aktivität und psychische Gesundheit

Im deutschsprachigen Raum fehlen nach wie vor empirisch abgesicherte Belege für den Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychischer Gesundheit. Knobloch und Fritz beschreiben diesen Forschungszustand bereits 1988 „als Diskrepanz zwischen optimistischen Erwartungen einerseits und insgesamt eher bescheidenen bestätigten empirischen Befunden andererseits“ (S.61). Dies ist auf den sehr breit angelegten Begriff der *psychischen Gesundheit* zurückzuführen, da verschiedenste Verhaltensvariablen aus emotionalen und kognitiven Prozessen sowie Persönlichkeitsmerkmalen willkürlich zusammenstellt bzw. interpretiert werden (vgl. Schlicht, 1994). Bisherige Ergebnisse beziehen sich auf einzelne Dimensionen wie z. B. Wohlbefinden, Selbstachtung, Depressionen und sehen diese im Zusammenhang mit Ausdauersportarten. Daraus resultierende Kritikpunkte liegen vor allem in der Selektion von Aktivität und Stichprobe, aber auch in den meistens zugrunde liegenden prä-experimentellen Designs, wodurch von Effekten in diesem Zusammenhang nicht die Rede sein kann (vgl. u. a. Saam, 1990; Woll, 1996). Auch Meta-Analytiker, z. B. Crews und Landers (1987), Knoll (1993), McDonald und Hodgdon (1991) sowie Schlicht (1991, 1994) beurteilen die methodische Vorgehensweise und die Qualität verschiedener Forschungsdokumentationen, in denen der Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und psychi-

scher Gesundheit mittels verschiedener Wirkungsweisen und Erklärungsmodelle diskutiert wird, negativ (vgl. Schwenkmezger & Schlicht, 1994, S.226).

In sportwissenschaftlichen Untersuchungen wird psychische Gesundheit häufig als Befindlichkeit, Depressivität, Angst, Selbstkonzept, Stressverarbeitung und internale Kontrollüberzeugung operationalisiert (Schlicht, 1991). Schlicht hat mit seiner Meta-Analyse, wobei er 39 Originalarbeiten mit etwa 9 000 Probanden aus den achtziger Jahren auswertete, eine einflussreiche Arbeit zu diesem Thema vorgelegt. Dabei kam er zu dem Schluss, dass eine positive Assoziation von Sport und psychischer Gesundheit nicht ohne weiteres zutrifft. Einen Einfluss auf deren Beziehung scheinen zum einen die Moderatorvariablen Alter, Geschlecht, Art und Zeitraum der körperlichen Aktivität zu nehmen sowie die Betrachtung des Konstruktes psychischer Gesundheit an sich. Daraufhin fordert er eine stärkere Berücksichtigung der Mehrdimensionalität der Konstrukte, der Sportprogramme, des Alters und des Geschlechts in zukünftigen Studien, um fundierte Zusammenhänge zwischen seelischem Befinden und körperlicher Aktivität herstellen zu können.

Mit der Frage, welche Rolle die körperliche Aktivität als Strategie zur Stressbewältigung einnehmen könne, beschäftigten sich Crews und Landers (1987). Sie haben eine Meta-Analyse mit 34 Studien und insgesamt 1 449 Personen durchgeführt und herausgefunden, dass ausdauertrainierte Personen psychosoziale Stressoren besser bewältigen können als Untrainierte. Allerdings kann dieser Effekt auch umschlagen, wenn das Sporttreiben selbst zum Stressor wird und der Aktive sich permanent zum Sporttreiben zwingt.

Berger und Owen (1988) stellten fest, dass nicht nur durch körperliche Aktivität und somit durch Fitnesssteigerung, sondern auch durch andere Tätigkeiten die psychische Gesundheit positiv beeinflusst werden kann, beispielsweise durch Yoga (vgl. auch Doyne, Ossip-Klein, Bowman, Osburn, McDavid-Wilson & Neimeyer, 1987). Dieser Befund hat hinsichtlich präventiver Angebote im Sport eine hohe Relevanz. So können auch ältere Menschen mit geringen körperlichen Aktivitäten von positiven Effekten in Bezug auf das Wohlbefinden profitieren (Opper, 1998). Die Effekte auf die Grundgestimmtheit im Sinne von habituellem Wohlbefinden, sind nach Abele, Brehm und Gall (1994) positiv zu bewerten. Sie resümieren, dass

- physische Aktivität eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung sei,
- physiologische Veränderungen nicht zwangsläufig psychische nach sich ziehen und

- die Durchführung eines wenig abwechslungsreichen und langweilig erlebten Trainingsprogramms keine positiven Resultate hervorbringe (ebd., S.283f).

Schlicht (1994, S.40) merkt jedoch an, dass die Ergebnisse des Reviews von Abele et al. (1994) sehr selektiv, entsprechend der Argumentationsrichtung, ausgewählt worden sind. Demgegenüber konstatieren Pahmeier (1998) sowie Seiler und Birrer (2001), dass Fitnesskurse, Laufen und Schwimmen eine aktivere, gehobene aber ruhige Stimmung fördern, wobei Personen mit einer schlechteren Ausgangssituation stärker von körperlicher Aktivität profitieren.

Die wenigen *experimentellen* Studien zu diesem Thema werden u. a. von Morgan (1994) kritisiert. Anhand eines randomisierten Feldexperiments haben Alfermann und Stoll (1997) die langfristige Wirkung von Sporttreiben untersucht. Dabei führte eine Gruppe ein Jogging oder gemischtes Sportprogramm durch, während die andere Gruppe an nichtsportlichen, aber gezielten Interventionen im Rahmen einer Rückenschule bzw. Entspannungskurses teilnahm. Als Ergebnis zeigte es, dass nicht nur sportliche Aktivität sondern auch andere Aktivitätsprogramme für eine positive psychische Veränderung sinnvoll sind. Dies wird auf die Motivationsorientierung und den Gesundheitszustand der Personen zurückgeführt.

Zusammenfassend kann demnach festgehalten werden, dass die Wirksamkeit körperlicher Aktivität auf die psychische Gesundheit sowohl von personalen als auch von situativen und sozialen Bedingungen abhängen (vgl. auch Brehm, 1998).

2.4.3 Körperliche Aktivität und soziale Gesundheit

In Bezug auf die WHO Definition, in der Gesundheit in eine physische, psychische und soziale Komponente unterteilt wird, sind Studien zum Zusammenhang zwischen der körperlichen Aktivität und der sozialen Gesundheit eher unterrepräsentiert.

Sportarten, insbesondere Sportspiele, die in einem sozialen Kontext stattfinden, wie z. B. auch das Radfahren in der Gruppe, bieten die Möglichkeit soziale Kontakte zu schließen und der Isolierung vorzubeugen (Abele et al., 1994, S.286). Sehr kommunikativ geht es z. B. im Sportverein und im Fitnessstudio her. Dem Sport kommt daher im Sinne der sozialen Unterstützung eine protektive Wirkung zu und beeinflusst die moralische Entwicklung, Fairness und das soziale Verhalten positiv (vgl. Rittner & Breuer, 1999). Dass sich soziale Unterstützung günstig auf das gesundheitsorientierte Verhalten und auf die Abwendung von Risikoverhalten auswirkt, nehmen Leppin und Schwarzer (1997) an.

Die soziale Ungleichheit ist ein weiterer Aspekt im Rahmen sozialer Gesundheit, wobei sich gesundheitliche Ungleichheiten auf die soziale Ungleichheit auswirkt (vgl. Mielck & Helmert, 1998; vgl. auch Kap 3.1).

2.4.4 Kritische Auseinandersetzung

Ein Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit ist vorsichtig zu beurteilen und differenziert zu betrachten, da in zahlreichen Untersuchungen soziodemographische Faktoren ebenso wenig berücksichtigt werden wie die Art der sportlichen Betätigung und der Belastungszeitraum (vgl. Knoll, 1993; Schlicht, 1991, 1994). Darüber hinaus liegen in den Studien zu diesem Thema unterschiedliche Operationalisierungen von Gesundheit und körperlicher Aktivität vor (Woll, Bös, Gerhardt & Schulze, 1998). Einige verdeutlichen, dass die Effekte von Präventionsmaßnahmen nicht hinreichend bewiesen sind (McCormick & Skrabanek, 1989). Balz (1992) und Digel (1994) weisen darauf hin, dass der Sport oft in seiner präventiven Möglichkeit überschätzt wird und nicht als Allheilmittel gesehen werden soll. Es existieren nämlich auch gegensätzliche Ergebnisse, die die positive Auswirkung von körperlicher Aktivität nicht untermauern. Rost (1995) beziffert das Verhältnis von Studien mit positiven und negativen Beziehungen sogar auf eins zu eins. So fanden z. B. Punsar und Korvonen (1976) bei körperlich aktiven finnischen Holzfällern ein höheres koronares Risiko für Herzkrankheiten als bei körperlich geringer belasteten Bevölkerungsgruppen. Das führten sie auf den hohen Nikotinkonsum und auf die fettreiche Ernährung der Holzfäller zurück.

Dass der Sport viele Gefährdungen und Risiken durch Sportunfälle und Überlastungssyndrome am Bewegungsapparat mit sich bringt, erscheint oft vernachlässigt. Ebenfalls wird gegen die Instrumentalisierung des Sports zum Zwecke der Gesundheit polemisiert (vgl. Balz, 1992; Digel, 1994; Schulz, 1991). Das ständige Streben nach Gesundheit und Körperkultur setzt hohe Maßstäbe an jeden Einzelnen, wenn er der Schablone eines gesunden, dynamischen und leistungsstarken Individuums gerecht werden will. Durch die Kampfansage an den eigenen Körper entsteht jedoch eine neue soziale Krankheit, die „chronische Gesundheit“ wie sie Varul-Zick (2001) treffend bezeichnet. Körperliche Aktivität allein hat demnach keine gesundheitsförderlichen Effekte, sondern muss im Kontext mit anderen Merkmalen des Lebensstils, mit sozialen Indikatoren und dem gesamten Umfeld betrachtet werden. Aufgrund der ambivalenten Ergebnisse sind daher die Zusammenhänge zwischen körperlicher Aktivität und Gesundheit differenziert zu betrachten.

3 Zur gesundheitlichen Disparität von Sozialgruppen

3.1 Zur sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen

Um den Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit untersuchen und interpretieren zu können, muss vorab geklärt werden, was unter dem Begriff „sozialer Ungleichheit“ verstanden wird. Eine soziale Ungleichheit ist dann vorhanden, wenn ein sozialer Unterschied mit Vor- und Nachteilen innerhalb der Gesellschaft verbunden ist bzw. wenn „als wertvoll geltende Güter nicht absolut gleich verteilt sind“ (vgl. Hradil, 1999, S.25). Diese Beeinträchtigungen sind nicht nur an gesellschaftliche Berufspositionen, sondern auch an soziale Positionen, das Geschlecht, das Alter oder die Region geknüpft (vgl. Hradil, 1994). Laut Helmert et al. (2000) geht es dabei um die Frage: „Welches Ausmaß sozialer Ungleichheit gesellschaftlich gerechtfertigt erscheint, und welche strukturellen Maßnahmen ergriffen werden sollen, um zu verhindern, dass sich das Ausmaß der sozialen Ungleichheit weiter vergrößert“ (S.17). Der in der vorliegenden Arbeit mit der sozialen Ungleichheit häufig einhergehende Begriff der „Gesundheitschancen“ meint, dass jeder die gleichen Chancen hinsichtlich der gesellschaftlichen Teilhabe bezogen auf das Gesundheitswesen besitzen soll.

Mit dem Aufdecken von gesellschaftlichen Zuständen und Prozessen, die die Entstehung von Krankheiten und unterschiedlichen Gesundheitseffekten begünstigen und so zu ungleichen Lebenschancen einzelner Bevölkerungsgruppen beitragen, beschäftigt sich die sozialmedizinische und epidemiologische Forschung (vgl. Weber, 1994). Sozialepidemiologische Daten lassen erkennen, dass Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung nicht gleichmäßig verteilt sind. Die in der Bundesrepublik vorliegenden Studien zur sozialstrukturell bedingten gesundheitlichen Disparität und vor allem empirische Arbeiten aus Großbritannien belegen übereinstimmend, dass Gesundheitsverhalten, Morbidität und Mortalität von vertikalen Merkmalen sozialer Differenzen systematisch beeinflusst werden. Es gilt, je niedriger das Einkommen, je geringer der formale Grad an Bildung oder der beruflich erreichte Status, desto gesundheitsriskanter das Verhalten (Bewegungsmangel, Nikotinkonsum, ungesunde Ernährung), desto geringer ist die Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen und desto höher ist das Risiko zu erkranken und frühzeitig zu versterben (vgl. u. a. Hoffmeister et al., 1992; Hurrelmann, 1994; Kühn, 1993b; Marmot & Theorell, 1988; Mielck & Helmert, 1994; Siegrist, 1996; Steinkamp, 1999; Townsed & Davidson, 1982). Bis heute können verhaltensorientierte Merkmalen bestimmten sozialen Schichten zugeordnet werden (vgl. Kühn 1993b). Dabei konzentrieren sich gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen, wie Rau-

chen, Fehlernährung und Bewegungsmangel, vor allem in der sozialen Unterschicht. Das daraus resultierende erhöhte Krankheitsrisiko scheint mit einer geringeren Möglichkeit und Fähigkeit individueller gesundheitsrelevanter Verhaltensänderung einherzugehen (vgl. Lamprecht & Stamm, 1996). Neben Bildungsstand, beruflichem Status sowie Einkommen, sind auch Alter, genetische Dispositionen und gesellschaftliche Bedingungen, die bis Ende der 1970er Jahre kaum thematisiert wurden, für die Risikoverteilung relevant. Traditionelle soziale Ungleichheitsmodelle, die „vornehmlich vertikale Schichtungen als prädiagnostisch für Mortalität und Morbidität betrachten, treten in modernen Konzepten zu Gunsten von Mischmodellen zurück, in denen vorteilhafte und nachteilige Lebensbedingungen und Lebensweisen gruppenspezifisch gebündelt werden“ (Schlicht, 1998, S.213).

Die historische Entwicklung der sozialen Ungleichheit klassifiziert Hradil (1999, S.32ff) in vier grobe Stufen:

- Vorindustrielle Gesellschaft: *Stände*, d. h. Abhängigkeit der gesellschaftlichen Stellung vor allem von der familiären Herkunft.
- Frühindustrielle Gesellschaft: *Klassen*, d. h. Abhängigkeit der gesellschaftlichen Stellung vor allem vom Besitz an Kapital und Produktionsstätten.
- Entwickelte Industriegesellschaften: *soziale Schicht*, d. h. hierarchische Einteilung in Abhängigkeit von Bildung, beruflichem Status und Einkommen.
- Postindustrielle Gesellschaft: *Lebenslagen*, d. h. Einteilungen nach den vielfältigen Ausprägungen der Lebensbedingungen.

Die ersten beiden Stufen haben mittlerweile bereits an Bedeutung verloren. Durch den Individualisierungsprozess, vielfältige Lebenslagen sowie die fortschreitende Auflösung von alten Klassenstrukturen in der Gesellschaft verlieren vertikale Schichtmerkmale seit den 1970er Jahren zunehmend ihren Einfluss und verschwimmen in der vierten Stufe Hradils zusehends. Diese Restrukturierung führt dazu, dass sich die Diskussionen jetzt vor allem auf die horizontale soziale Ungleichheit, auf soziale Lagen, Milieus oder Lebensstile konzentrieren (u. a. Beck, 1983; Hradil, 1987; Mielck, 2000; Schulze, 1992, 2000). Präferenzen sind zunehmend unabhängig von der Intelligenz und damit den bis dato gültigen vertikalen Unterscheidungsmerkmalen Bildungsstand und Berufsstatus. Durch verschiedene Kombinationen horizontaler Determinanten, wie Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Anzahl der Kinder, Größe des Wohnortes oder bestimmte Präferenzen, lässt sich die Bevölkerung in der postindustriellen Gesellschaft in viele Subgruppen unterteilen und kennzeichnen.

Dennoch weisen einige deutsche Soziologen, wie z. B. Geißler (1996) oder Habich und Noll (1997), immer wieder darauf hin, dass in Deutschland nach wie vor wichtige vertikale Ungleichheiten bestehen. Der Begriff 'soziale Schicht' soll nicht den Eindruck hinterlassen, als sei unsere Gesellschaft in starre und undurchlässige Schichten unterteilt. „Auch in einer Wohlstandsgesellschaft mit vielfältigen Vermischungen der sozialen Schichten lassen sich jedoch nach wie vor klare Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status und Einkommen erkennen“, so Mielck (2000, S.20). Elkeles und Mielck (1993) betonen, dass vor allem „in der Diskussion über gesundheitliche Ungleichheiten die 'alten' [d. h. die vertikalen] sozialen Ungleichheiten weiterhin die zentrale Rolle“ (S.31) spielen.

Die Qualität und Quantität der empirischen Untersuchungen zum Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit, werden „immer wieder als ungenügend beschrieben“ (Oppper, 1998, S.42). Das Fehlen geeigneter sozialer Merkmale in gesundheitlichen Routinestatistiken wird zum einen, der Mangel an empirischen Studien zum anderen als Grund dafür genannt. Mielck (2000), der in einem Sammelband die Befunde der soziodemographischen Forschung in Deutschland aufzeigt, stellt in Bezug auf die Qualität der dort vorgestellten Studien einen Vergleich mit der Ungleichheitsforschung in Großbritannien an. Hier begann mit dem *Black-Report* Anfang der 1980er Jahre eine intensive Forschung (Townsend & Davidson, 1982). So können z. B. Beziehungen zwischen Beruf und Mortalität hergestellt werden, da die zuletzt ausgeführte Hauptbeschäftigung auf dem Totenschein vermerkt wird. Eine Zusatzinformation, die die empirische Ungleichheitsforschung erheblich erleichtert. In Bezug auf die Quantität von Studien konstatieren Mielck und Helmert (1994) in einer Übersicht über 65 empirische Forschungsarbeiten, dass bei zahlreichen Untersuchungen die sozialen Indikatoren nicht im Zentrum des Forschungsinteresses stehen, sondern eher als Kontrollvariablen, wie Alter und Geschlecht, mit erhoben und betrachtet werden. Dabei wird der Begriff der sozialen Schicht häufig als kovariierende Variable angesehen, welche die angenommenen Zusammenhänge verdeckt (vgl. Liberatos, Link & Kelsey, 1988).

Dennoch liegen mittlerweile eine Reihe empirischer Befunde seit dem 12. Jahrhundert vor (vgl. Steinkamp, 1999), die auf den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und dem Gesundheitszustand - auch als „gesundheitliche Ungleichheit“ bezeichnet - in verschiedenen Bevölkerungsschichten hinweisen. Allerdings fehlen präzise Annahmen bezüglich der Ursachen dieser Ungleichheit (vgl. Oppper, 1998). Elkeles und Mielck (1993) merken an, dass weder Theorien zur alten (vertikalen) noch zu einer neuen (horizontalen) sozialen Ungleichheit direkt auf das Phänomen „Gesundheit“ bzw. auf den „Gesundheitszu-

stand“ übertragbar seien, und dass die Ursachenkomplexe hinter den gesundheitlichen Ungleichheiten und Handlungsmustern um einiges komplizierter seien, als traditionelle kausale Denkmuster vermuten ließen.

Soziale Merkmale, wie z. B. Bildung oder Berufsstatus, können jedoch nicht allein als Determinanten des Gesundheitszustandes angenommen werden, sondern wirken mit biologischen und psychischen Mechanismen zusammen. Gesundheit eröffnet demnach einerseits soziale Chancen, andererseits wird sie aber auch „beständig durch Lebensstil und Umwelteinflüsse produziert oder beeinträchtigt“ (Weber, 1994, S.196). Als Bestimmungsgründe für die gesundheitlichen Unterschiede differenziert Weber die Umweltbelastungen und deren Möglichkeit ihrer Bewältigung, gesundheitsrelevante Aspekte des Lebensstils sowie das Krankheitsverhalten, das heißt die Einstellungen und Entscheidungen im Prozess des Hilfesuchens und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen ist unabhängig von der Sozialschicht bei den Männern trotz höherer Risikofaktoren geringer als bei den Frauen.

Als Globalziel der WHO gilt es, mit geeigneten Maßnahmen die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen den Sozialschichten innerhalb der Länder zu verringern. Als geeignete Maßnahme zur Förderung der Primärprävention in der BRD gilt der geschaffene Paragraph 20 des V. SGB, mit dem auch in Deutschland die Weichen für eine Primärprävention und Gesundheitsförderung „für alle“ gestellt wurden (vgl. Kap. 2.2). Um die von der WHO postulierte „Gesundheit für alle“ zu erreichen (WHO, 1986, 1993), sollte aber zunächst herausgefunden werden, welche Bevölkerungsgruppen (soziale Schicht, Alter, Geschlecht) präventive Interventionen nutzen und welche sich Präventionsmaßnahmen eher verschließen („präventionsresistent“). Auf Basis dieser Erkenntnisse kann festgestellt werden, für welche Bevölkerungsschichten präventive Verhaltensweisen überhaupt eine Möglichkeit zur Gesundheitsförderung darstellen. Werden unterschiedliche soziale Gruppen definiert und anschließend deren präventives Gesundheitsverhalten untersucht, dann sollte ebenfalls klar sein, um welche Gruppen es sich handelt und wie groß diese Gruppen im Einzelnen sind. Nur so lässt sich der gesundheitspolitische Handlungsbedarf bestimmen, woraufhin geeignete Interventionsmaßnahmen bzw. darauf ausgerichtete zielgruppenspezifische Kampagnen richtig geplant werden können. Dieser Aspekt wurde in der bisherigen Diskussion um Sport und Gesundheitsförderungsmaßnahmen weitgehend vernachlässigt.

Im Folgenden soll ein kurzer Abriss über die Sozialstrukturanalyse und die langwährende Forschung zur sozialen Ungleichheit dargestellt werden. Einen umfassenden Überblick bie-

ten die Arbeiten von Bolte und Hradil (1984), Geißler (1992, 1994), Müller (1987), Voigt (1992) und Weber (1972).

3.1.1 Zur vertikalen Dimension sozialer Ungleichheit

Unter sozialer Ungleichheit werden zumeist Unterschiede in der Schulbildung, der beruflichen Stellung und im Einkommen verstanden. Exakter formuliert handelt es sich hierbei um die vertikalen Merkmale der sozialen Ungleichheit, mit deren Hilfe sich der soziale Schichtindex einer Person bestimmen lässt (vgl. Mielck, 2000). Die vertikalen Merkmale ermöglichen eine hierarchische Einteilung der Bevölkerung, die durch Begriffe wie „Status“ und „soziale Schicht“ impliziert werden.

Theodor Geiger prägte in den 1930er Jahren erstmals den Begriff der sozialen Schicht, die aus Personen besteht, die einen ähnlichen sozialen Status aufweisen und „ein Bündel von sozial gleich bewerteten Positionen“ (Voigt, 1992, S.152) verkörpern. Obwohl die „Schichtmodelle versuchen, Ordnung und Übersicht in das Chaos sozialer Ungleichheit zu bringen“ (Geißler, 1994, S.7), existiert heute in den bisherig vorliegenden empirischen Studien aufgrund zahlreicher Definitionen, verschiedener Indikatoren und unterschiedlicher Schichtgrenzen ein Wirrwarr. Grundsätzlich werden aber Personen mit geringem Bildungsstand, Berufsstatus bzw. Einkommen der sozialen Unterschicht und Personen mit hohem Bildungsgrad, Berufsstatus und Einkommen der sozialen Oberschicht zugeordnet.

Die „Arbeitsgruppe epidemiologische Methoden“ stellt heute das zentrale Forum für die Diskussion epidemiologischer Methoden in der Bundesrepublik dar. Diese Arbeitsgruppe gab in jüngster Zeit eine Empfehlung zur Messung der vertikalen sozialen Ungleichheit mit Hilfe der drei vertikalen Merkmale Bildung, beruflicher Status und Einkommen heraus (vgl. Jöckel, Babitsch, Belach, Bloomfield, Hoffmeister-Zlotnik & Winkler, 1998). Dort werden Standards in Form von konkreten Fragen und Antworten für jedes Merkmal vorgeschlagen, um die Ergebnisse aus verschiedenen epidemiologischen Studien besser miteinander vergleichen zu können. Dabei sollten die drei vorgenannten Merkmale zur Messung der vertikalen sozialen Ungleichheit zwar getrennt untersucht, aber stets gemeinsam betrachtet werden, da sie eng miteinander zusammenhängen (vgl. Mielck, 2000; Scheuch, 1970). So kann ein arbeitsloser Akademiker z. B. einen hohen Bildungsstatus aufweisen, aber über ein relativ geringes Einkommen gegenüber berufstätigen Akademikern verfügen. Deshalb werden die drei Merkmale häufig in einem sozialen Schichtindex zusammengefasst, wobei Mielck (2000) in diesem Zusammenhang auch vom „sozioökonomischen Status“ spricht.

Die Mortalität zwischen den Berufsgruppen sind zwar in den letzten Jahren aufgrund der Angleichungen der Arbeits- und Lebensbedingungen in den Industrieländern geringer geworden, sie bestehen jedoch immer noch (vgl. Steinkamp, 1999). In einer Studie zur Mortalität in Deutschland aus dem Jahr 1986 konnten einkommensabhängige Unterschiede festgestellt werden, wobei die Sterblichkeitswahrscheinlichkeit bei Besserverdienenden deutlich unter der von - in diesem Falle - Angestellten mit niedrigerem Einkommen lag (Klosterhuis & Müller-Fahrnow, 1994). Ergebnisse einer Studie von schwarzen und weißen US-Amerikanern zeigen, dass die Mortalität eher mit dem Familieneinkommen als mit der Rasse zusammenhängt (Kühn, 1993b). Darüber hinaus steigt die Lebenserwartung mit steigendem Bildungsniveau an. Klein (1996) fand anhand der auf dem sozioökonomischen Panel basierenden Daten von 1984 bis 1993 heraus, dass Männer ohne Abitur statistisch eine 3.3 Jahre geringere Lebenserwartung aufweisen, Frauen sogar eine um 3.9 Jahre.

Die soziale Ungleichheit drückt sich aber nicht nur in einer geringeren Lebenserwartung aus. Lebenslange Ungleichheiten gehen dieser in Form von Morbiditätsraten voraus. Für Menschen in unteren sozialen Lagen ergibt sich demnach ein „doppeltes Handicap“ (Steinkamp, 1999, S.10):

Ihr Leben ist kürzer und seine Qualität ist geringer als von Menschen in höheren Statuslagen. Hinzu kommt, daß ein bestimmtes Ausmaß chronischer Erkrankungen die Wahrscheinlichkeit des vorzeitigen Austritts aus dem Erwerbsleben erhöht, mit all seinen negativen Folgen für die Qualität des Weiteren Lebens. (ebd., S.110)

Vor allem die Herz-Kreislaufkrankungen weisen einen deutlichen Schichtgradienten auf. Das bestätigten auch die Ergebnisse aus der für die westdeutsche Bevölkerung repräsentativen DHP-Studie, die eine Sekundäranalyse zum Zusammenhang zwischen sozialer Schicht und Gesundheit zulässt (Hoffmeister et al., 1992). Nach der Intervention gegen koronare Risikofaktoren bei einer unselektierten Bevölkerungsgruppe zeigte sich in Bezug auf die soziale Schicht, dass die Interventionen vor allem bei Probanden der mittleren und oberen sozialen Schicht erfolgreich sind (vgl. Kreuter et al., 1995). Die Untersuchung ergab für männliche Unterschichtangehörige ein doppelt so hohes und für weibliche sogar ein dreimal so hohes Risiko an Herz-Kreislauf-Krankheiten zu erkranken als für Oberschichtangehörige. So erlitten vor allem 40- bis 49-jährige Unterschichtangehörige häufiger als Oberschichtangehörige einen Herzinfarkt. Fast 82% der erkrankten Personen wiesen keinen bzw. einen

Volksschulabschluss auf. Demgegenüber waren Abiturienten, Selbständige und Personen mit hohem Haushaltseinkommen – hier vor allem Frauen – am geringsten von Herzerkrankungen betroffen.

Ebenfalls konnte Blaxter (1990) bestätigen, dass verhaltensabhängige Gesundheitseffekte in sozial höheren Schichten größer sind, als in solchen mit ungünstigeren Lebensbedingungen. Blaxter hat auf der Grundlage der Daten des britischen *Health and Lifestyle Surveys* die verhaltensabhängigen Risikofaktoren, wie Nikotinkonsum, Hypertonie und Übergewicht statistisch kontrolliert und fand dennoch eine höhere Morbidität bei den Personen der unteren sozialen Schicht. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen Bolm (1981), Kühn (1993b) und Salonen (1982). Badura, Kaufhold, Lehmann, Pfaff, Schott & Waltz (1987) stellten fest, dass nicht nur die Prävalenz von Herzkrankheiten in den unterschiedlichen Schichten variieren, sondern auch ihr Verlauf bzw. die Bewältigung ihrer Folgen. Demnach hängen nicht nur das Gesundheitsverhalten und die Einstellungen sondern auch deren Wirkungen von sozioökonomischen Lebensbedingungen ab. Mielck und Helmert (1994) verifizieren den Zusammenhang zwischen sozialen Indikatoren und Morbidität bzw. Mortalität anhand der empirischen Ergebnisse von 54 aus insgesamt 65 Studien.

Je besser die Lebensbedingungen also sind, umso größer sind die Effekte gesunder Verhaltensweisen. Kühn (1993b) merkt an, dass die Individuen die ihnen zur Verfügung stehenden Verhaltensressourcen, die zur Verbesserung führen, ungleich nutzen können:

Es multiplizieren sich nämlich (1) die ungleichen Chancen der Aneignung gesundheitsbezogener Kenntnisse, Einstellungen und Fähigkeiten mit (2) den ungleichen Ressourcen für Verhaltensänderung und Risikominderung und schließlich tritt (3) noch hinzu, daß die Effekte der anerkannt gesundheitsförderlichen Verhaltensweise die Ungleichheit noch einmal in die selbe Richtung vergrößern. (S.152)

Somit wird deutlich, dass die Verbesserung des gesundheitsprotektiven Verhaltens bei den Mittel- und Oberschichten exponentieller Art ist. Dabei variieren Lebenserwartung und Erkrankungsrisiko vor allem bei 24- bis 64-Jährigen in Hinblick auf soziale Merkmale (vgl. u. a. Antonowsky, 1967; Marmot & McDowall, 1986). Kühn (1993b) dokumentiert, dass Differenzen zwischen den einzelnen sozialen Schichten mit zunehmendem Alter größer werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Gesundheitschancen von sozialstrukturellen Merkmalen abhängig und damit ungleich verteilt sind. Der sozioökonomische Status ist als Determinante der Lebenserwartung einer ganzen Gesellschaft von Bedeutung (Weber, 1994). Vor allem aber gelten in diesem Zusammenhang schwache Einkommenschichten, Menschen mit begrenztem Bildungsstand, Alleinerziehende, Ältere, Behinderte und Langzeitarbeitslose als besonders gefährdete Personen bzw. Gruppen (Dahlgren & Whitehead, 1993).

3.1.2 Zur horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit

Der Forschungsstand hinsichtlich des Einflusses komplexer Lebensstile auf die Gesundheit ist dürftig, da in der Ungleichheitsforschung die Analysen hauptsächlich mit traditionellen vertikalen Schichtungsindikatoren durchgeführt werden (vgl. Abel, 1992; Mielck, 2000). Wie bereits erwähnt, kam es aber in den 1970er Jahren vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen zu einem Umdenkungsprozess. Die Devise hieß weg von hierarchischen und hin zu horizontalen Dimensionen sozialer Ungleichheit.

Eine Liste von Merkmalen zur Erfassung der horizontalen sozialen Ungleichheit existiert laut Mielck (2000) bisher nicht. Am bedeutsamsten sind neben den Merkmalen Geschlecht und Nationalität vor allem Präferenzen und Interessen, die die Bevölkerung in Lebensstilgruppen unterteilen. Lebensstile werden durch Merkmale, die in gemeinsamer Häufung in Subgruppen auftreten, beschrieben (u. a. Lüdtko, 1996; Schulze, 1992, 2000). „Die Grenzen zwischen diesen Gruppen verlaufen sozusagen quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit“ (Mielck, 2000, S.18), so dass von horizontaler sozialer Ungleichheit gesprochen werden kann.

Die ersten Forschungsansätze zu Lebensstilkonzepten gehen auf Bourdieu (1982) mit seiner Arbeit über die „feinen Unterschiede“ sowie auf die theoretischen Arbeiten von Weber (1972) und Simmel (1977) zurück. Hier sei darauf hingewiesen, dass sich die Begriffe „Lebensstil“ und „Lebensweise“ nicht trennscharf von einander unterscheiden und häufig synonym verwendet werden (vgl. Abel, 1995; Gerhardt, 1993). Die Bemühungen um eine theoretische Fundierung und Konzeptionalisierung von gesundheitsrelevanten Lebensstilen im Zusammenhang mit sozialer Ungleichheit haben sich seit den 1990er Jahren verstärkt. Diese empirischen Arbeiten verbinden individuelle Verhaltensweisen mit sozioökonomischen Determinanten und verdeutlichen so den integrativen Ansatz. Mit dieser Thematik beschäftigen

sich vor allem Abel (1992, 1995), Blaxter (1990), Elkeles und Mielck (1993), Gerhardt (1993), Kühn (1993a), Lamprecht und Stamm (1996), Rütten (1993) und Winkler (1995a).

Für Elkeles und Mielck (1993) subsumiert der gesundheitsorientierte Lebensstilbegriff zum einen alltägliche Verhaltensmuster (Konsum von Genuss- und Suchtmitteln), „die individuell grundsätzlich variierbar sind, empirisch jedoch sozialen Gradienten folgen“ (S.30). Zum anderen werden damit auch inhaltlich weiter gefasste Lebensstile von Gruppen einbezogen, „die auf explizit gesundheitsbezogenen Einstellungen, Wertvorstellungen und Deutungsmustern basieren können (allgemeine Einstellung zum eigenen Körper, Sensibilität für Krankheitsanzeichen, Umgang mit subjektiv wahrgenommenen Bewältigungsmöglichkeiten von Krankheiten etc.) oder aber mittelbaren Gesundheitsbezug haben“ (ebd., S.30).

Das zentrale Thema in den soziologischen Lebensstiltheorien bildet das komplexe Zusammenspiel von strukturellen Faktoren und handlungsorientierten Leistungen der Individuen (Abel, 2000). Mit zunehmender Differenzierung von Lebensstilen, als einer Konsequenz der sich wandelnden soziokulturellen Bedingungen in der Moderne, beschäftigte sich Giddens (1991). Er zeigt auf, welche neuen Aufgaben bewältigt werden müssen, um soziale Zugehörigkeit, existentielle Sicherheit und Selbstidentität auch und gerade mit Hilfe von Lebensstilen zu erreichen. Für ihn sind Wahlmöglichkeiten durch ökonomische Bedingungen, subkulturellen Gruppendruck und Rollenvorschriften eingeschränkt, weiterhin beschreibt er einen Zwang zu Lebensstilentscheidungen, womit er den wachsenden Druck meint, die Wahl zu treffen und konsistente Verhaltens- und Orientierungsmuster zu entwickeln.

Eines haben die sozialen Schichtmodelle und die Lebensstilkonzeptionen jedoch gemeinsam. Beide Konzepte verfügen über eine mangelnde Vergleichbarkeit verschiedener Studien aufgrund unterschiedlicher theoretischer Konzeptionen, Differenzen in der Definition, Operationalisierungen und Grenzziehungen zwischen den einzelnen Gruppen sowie der Anwendung unterschiedlicher statistischer Methoden. Hartmann (1999) und Schwenk (1996) versuchen in Überblickswerken zur „Lebensstilforschung“ Licht in das Dunkel zu bringen. Während Schwenk theoretische Ansätze als auch Forschungsmethoden diskutiert, vergleicht Hartmann in seiner Publikation zehn Lebensstilstudien hinsichtlich ihrer theoretischen Fundierung und übt Kritik an deren empirisch ermittelten Typologien. Weitere unterschiedliche Positionen zu dieser Thematik werden bei Beck (1986), Lüdtke (1989, 1996), Müller, H.P. (1992), Müller, W. (1986) sowie bei Schulze (1992, 2000) und Spellerberg (1996a) besprochen.

Als ein zentraler Anspruch der Lebensstilforschung gilt, dass Lebensstile das Verhalten besser vorhersagen können als dies soziodemographische Variablen vermögen. Jedoch fehlen in den bisherigen Lebensstilstudien explizite Validitätskriterien (vgl. Hartmann, 1999). Hartmann hält die Lebensstilkonzeption von Schulze (1992, 2000) für am besten geeignet, um Erklärungsleistungen und dynamische Aspekte von Lebensstilen zu überprüfen, da sich diese Konzeption als allgemeiner Rahmen für feinere Differenzierungen gewissermaßen „aufdrängt“ (Hartmann, 1999, S.237).

Die am Modell der Alltagsästhetik orientierte Lebensstilkonzeption von Schulze (1992, 2000) unterstreicht die Abkehr von der vertikalen Ungleichheit. Lebensstile verbinden für Schulze die Eigenschaften von Genuss, Abgrenzung von anderen und charakteristischer Lebensphilosophie. In einem „kollektiven dimensional Raum der Alltagsästhetik“ analysiert er drei alltagsästhetische Schemata (vgl. Abb. 1). Diese bezeichnet er als „Kodierungen intersubjektiver Bedeutungen für große Gruppen ästhetischer Zeichen“ (2000, S.733). Tendenziell werden diese Bedeutungen von einem gegebenen Individuum auf alle Zeichen einer als zusammengehörig empfundenen Gruppe übertragen. Innerhalb von sozialen Kollektiven sorgen verschiedene „Modi der Angleichung“ (objektiver Erlebnisreiz, Definitionen, Traditionen) für die Intersubjektivität der Abgrenzung und die Verbindung von Zeichengruppen mit Bedeutungskomplexen.

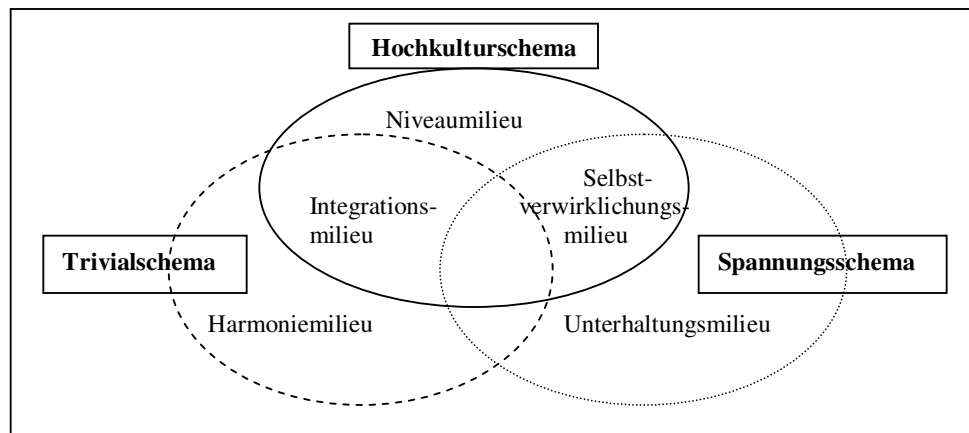


Abbildung 1. Alltagsästhetische Schemata und soziale Milieus (Hartmann, 1999, S.117)

Schulze unterteilt die alltagsästhetischen Schemata in Hochkultur-, Trivial- und Spannungsschema. Diese haben sich seiner Meinung nach in der kulturellen Entwicklung in der

zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts herausgebildet und durch die Zuordnung verschiedener Präferenzen voneinander abgegrenzt (vgl. Tab. 2).

Tabelle 2

Alltagsästhetische Schemata im Überblick (nach Schulze, 2000, S.163)

Alltags- ästhetische Schemata	Typische Zeichen	Bedeutung		
		Genuss	Distinktion	Lebens- philosophie
Hochkultur- schema	klassische Musik, Museumsbesuche, Lektüre „guter Literatur“	Kontemplation	antibarbarisch	Perfektion
Trivial- schema	deutscher Schlager, Fernsehquiz, Arztromane	Gemütlichkeit	antiexzentrisch	Harmonie
Spannungs- schema	Rockmusik, Thriller, Ausgehen (Kneipe, Disco, Kino,...)	Action	antikonventionell	Narzissmus

Die Position eines Menschen gegenüber einem alltagsästhetischen Schema beschreibt Schulze (2000) als Nähe oder Distanz. Innerhalb des dimensionalen Raums sind „Kombinationen bestimmter Ausprägungen“ darstellbar, die durch spezifisch verteilte milieuindefinierte Zeichen fünf soziale Milieugruppen (Unterhaltungs-, Selbstverwirklichungs-, Niveau-, Integration- und Harmoniemilieu, vgl. Abb. 1) strukturieren und als Stiltypen bezeichnet werden. Milieuindefinierte Zeichen sind „evidente Attribute von Personen mit hoher Signifikanz für die Zugehörigkeit zu sozialen Milieus“ (ebd., S.746). Als alte milieuindefinierte Zeichen werden die Stellung im Produktionsprozess, der Lebensstandard, die Umgebung und die Religionszugehörigkeit und als neue das Alter (Lebensalter, Generationszugehörigkeit), die Bildung und der persönliche Stil bezeichnet.

Hartmann (1999) zeigte in bivariaten Analysen jedoch auf, dass die Erklärungskraft der Schemata im Mittel nicht nennenswert über der Erklärungskraft der leistungsfähigsten soziodemographischen Variablen (Alter und Schulbildung) lag. Daher scheint es vermessen, den Stil des ganzen Lebens in nur einer Typologie abbilden zu wollen. Soziodemographische Variablen sollten deshalb zur besseren Interpretierbarkeit der Typologien hinzugenommen werden, was in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung findet (vgl. Kap. 8.3).

3.2 Inanspruchnahme präventiver Interventionsmaßnahmen

In der Literatur zur empirischen Sozialforschung in Deutschland ist die Aussage, dass präventive Interventionen vorrangig von der oberen sozialen Schicht in Anspruch genommen werden, häufig zu finden. Aber nur wenige Autoren geben Belege dafür an (u. a. Hoffmeister

et al., 1992; Hurrelmann, 1994; Kirschner et al., 1995; Kühn, 1993b; Mielck & Helmert, 1994). Dies deutet auf eine mangelnde Datenlage hin, die auf Evaluationsdefiziten hinsichtlich der Inanspruchnahme von Präventionsangeboten bzw. Teilnehmerstrukturen beruht.

In einer empirischen Untersuchung zur Umsetzung von Gesundheitsförderung im Rahmen des Paragraphen 20 des V. SGB durch die GKV führten Kirschner et al. (1995) 26 qualitative Interviews mit regional gesetzlichen Kassengliederungen zwischen Dezember 1993 und April 1994 durch. Dabei zeigte sich, dass bis dato lediglich zwei Drittel der einbezogenen Kassengliederungen eine Inanspruchnahmestatistik zu Gesundheitsförderungsmaßnahmen führten. Hierbei dominieren quantitative Parameter wie z. B. Teilnehmerzahlen. Strukturelle und qualitative Inanspruchnahmeindikatoren wie z. B. Zielgruppe oder Sozial- und Risikostruktur sind nur in ganz wenigen Fällen erfasst und bekannt. Bei allen Kassengliederungen wurde eine Zunahme der Teilnehmer an Gesundheitsförderungskursen vor allem im Bewegungs- und Entspannungsbereich konstatiert. Eher rückläufig ist die Teilnahme an Ernährungskursen. Dennoch ist die Teilnahme an Kursangeboten zur Gesundheitsförderung mit 1 bis 5% der Versicherten insgesamt sehr gering - ein somit „völlig indiskutabler und letztlich schon prinzipiell wirkungsloser Anteil“ (ebd., S.39).

In den Aussagen der Kassengliederungen herrscht Einigkeit hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur der Teilnehmer. Es handelt sich überwiegend um Frauen (>70%) im mittleren Alter, die eher den oberen Bildungsstufen zuzuordnen sind. Zudem wird von Teilnehmern berichtet, die zu Gruppen mit ohnehin geringeren gesundheitlichen Gefährdungen und Risiken zählen. Dies „schränkt die epidemiologische Wirksamkeit auf Bevölkerungsebene nahezu bis zur Bedeutungslosigkeit ein“, so Kirschner et al. (1995, S.39).

Um etwas über die Kenntnisse bzw. Inanspruchnahme von Präventionsmaßnahmen der Bevölkerung zu erfahren, führten Kirschner et al. (1995) im Jahr 1994 eine repräsentative Bevölkerungsbefragung in Deutschland in zwei Erhebungswellen durch. Die Grundgesamtheit der Untersuchung umfasste alle in Privathaushalten lebenden Deutschen ab 14 Jahre. Es wurden insgesamt 4 067 Westdeutsche und 990 Ostdeutsche befragt und somit die Ost-/Westverteilung proportional berücksichtigt.

Insgesamt 17% der Bevölkerung (12% Männer und 21% Frauen) haben an jeglichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung schon einmal teilgenommen, wobei Angebote der Krankenkassen von 8% (5% Männer und 10% Frauen) jemals genutzt wurden. Frauen weisen dabei eine doppelt so hohe Teilnehmerrate auf als Männer. Zwischen den Teilnehmern

an Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Nichtteilnehmern existieren einige Unterschiede. So zeigen Teilnehmer:

- ein höheres Gesundheitsbewusstsein und aktiveres Gesundheitsverhalten,
- eine intensivere Interaktion mit dem System der medizinischen Versorgung,
- eine höhere Teilnahmerate an sekundärpräventiven Programmen,
- geringere Gesundheitsrisiken mit höherem Anteil „ehemaliger Raucher“ sowie
- eine deutliche Schichtspezifität der Nutzung der Maßnahmen durch Oberschichtangehörige, insbesondere bei Frauen (Kirschner et al., 1995, S.73).

In allen Altersgruppen wurden Maßnahmen im Bereich Bewegung am häufigsten in Anspruch genommen (gesamt 67%). Während Frauen häufiger Gymnastik und Tanz angaben, bevorzugten Männer häufiger Fitnessübungen. Auf die Wirksamkeit dieser geschlechtsspezifischen Aktivitäten hat Schlicht (1991, 1994) in seiner Meta-Analyse bereits hingewiesen. Ernährungskurse haben ungefähr die Hälfte der Teilnehmer besucht und jeder dritte hat Entspannungsmaßnahmen genutzt. Nur 3% der befragten Teilnehmer haben an Raucherentwöhnungskursen teilgenommen, die somit wohl offensichtlich unattraktivste Gesundheitsförderungsmaßnahme. Gründe für eine Teilnahme waren zu 25% präventivorientiert sowie zu 27% ausschließlich beschwerdeorientiert motiviert, wobei letzteres Motiv mit zunehmendem Alter anstieg.

Wider Erwarten zeigt sich nur bei den Frauen ein starker Schichtgradient. Weibliche Oberschichtangehörige haben anteilmäßig nahezu doppelt so häufig Gesundheitsförderungsmaßnahmen genutzt wie die weibliche Unterschicht. Hinsichtlich der Nutzung von Maßnahmen unterschiedlicher Träger rangierten die Krankenkassen mit 45% deutlich an erster Stelle, deren Angebote vor allem von Personen der unteren sozialen Schicht von Bedeutung sind. Ein Drittel der Teilnehmer besuchte Angebote von freien Trägern, Kirchen oder Vereinen und ein Viertel Kurse der Volkshochschule.

In Bezug auf die Kenntnis von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zeigen die Ergebnisse, dass über drei Viertel der Bevölkerung bereits davon gehört oder gelesen haben. Ein geringes Interesse dafür weisen die Jüngeren bis 19 Jahre und die Älteren ab 70 Jahre auf. Ein näheres Informationsinteresse äußerte etwa ein Viertel, wobei die Frauen mit 29% interessierter als Männer mit 19% sind. Das Interesse für bzw. die Kenntnisse über solche Programme steigen mit zunehmender Schichtzugehörigkeit an. Hauptinformationsträger über Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind mit Abstand die Krankenkassenzeitschriften (66%),

gefolgt von allgemeinen Medien (40%), Broschüren der jeweiligen Veranstalter (34%) und allgemeine Werbung (29%). Den letzten Rangplatz als Informationsträger (Männer 18% vs. Frauen 24%) nehmen Gespräche mit Ärzten ein, da im gegenwärtigen Gesundheitssystem für Mediziner offensichtlich keine anreizkompatiblen Mechanismen zur Förderung von Präventionsangeboten existieren.

Kirschner et al. (1995) teilten die Bevölkerung ab 14 Jahre anhand der erhobenen Daten mittels Clusteranalyse in vier Gesundheitstypen ein:

Typ 1) Gesundheitsrisikotyp (19%)	kein Sport/ ungesunde Ernährung/ Alkoholkonsum/ Tabakkonsum
Typ 2) Gestresste (21%)	keine Entspannungszeit/ viel Stress/ kaum Sport
Typ 3) Gesundheitsbewusste (31%)	ausgewogene Ernährung/ viel Sport
Typ 4) Ältere mit Bewegungsmangel (28%)	ausgewogene Ernährung/ kaum Tabak- konsum/ kaum Sport

Diese vier Typen weisen eine bestimmte Schichtzugehörigkeit auf. Während die Oberschichtangehörigen signifikant häufiger unter den Gesundheitsbewussten zu finden sind, gehören zum Gesundheitsrisikotyp und zu den Älteren mit Bewegungsmangel hauptsächlich Unterschichtangehörige. Geschlechtsspezifisch befinden sich unter dem gestressten Typ 70% Frauen, hingegen unter dem Gesundheitsrisikotyp 70% Männer.

Für eine präventive Intervention sind außer den Gesundheitsbewussten alle anderen drei Typen relevant. Als Hauptzielgruppe im Sinne primärpräventiver Prävention sollte insbesondere aber der Gesundheitsrisikotyp angesehen werden, dessen Interesse hierfür jedoch unterdurchschnittlich ausgeprägt ist. Tabelle 3 verdeutlicht, dass gerade die Gesundheitstypen mit hohem Präventionsbedarf die Angebote von Gesundheitsförderungsmaßnahmen am wenigsten in Anspruch nehmen, obwohl sie durchaus ein Informationsinteresse äußern.

Tabelle 3

Kenntnis und Inanspruchnahme von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in den vier Bevölkerungstypen nach Kirschner, Radoschewski & Kirschner (1995, S.73), Angaben in %

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung	Typ				Gesamt
	Gesundheitsrisiko	Gestresst	Gesundheitsbewusst	inaktive Ältere	
Kenner von Programmen	76.1	79.0	83.8	73.7	78.3
Näheres Informationsinteresse	15.4	27.5	30.3	21.0	24.1
Ehemalige Teilnehmer	8.0	16.9	24.7	15.5	16.7
Aktuelle Teilnahme 1993/94	3.4	7.1	12.6	5.8	7.5

Von den 83% der Bevölkerung, die bisher nicht an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilgenommen haben, äußern 76% ein weniger großes bzw. kein Interesse an derartigen Programmen einmal teilzunehmen. 7% weisen hingegen ein sehr großes bzw. großes und weitere 15% ein mittleres Interesse auf, auch, wenn sie 100 DM (ca. 50 Euro) selbst bezahlen müssten. Die an Gesundheitsförderungsmaßnahmen interessierten bisherigen Nichtteilnehmer geben folgende Hinderungsgründe zur Teilnahme an:

- 66% fehlende Zeit,
- 18% keine ausreichenden Kenntnisse über die Angebote,
- 16% zu weite Wege,
- 13% die Nichtansprache des Angebots,
- 5% Unbehagen und Angst vor der Situation.

Als weitere Barrieren für eine Verhaltensänderung werden im Wesentlichen zu viel Alltagsstress, individuell im Wege stehende Bedürfnisse oder schwer zu verändernde externe Einflüsse angegeben. Eine ebenfalls große Hürde dürfte aber das eigene soziale Umfeld sein, denn es muss die Entscheidung zu einem gesünderen Leben akzeptieren. Obwohl die Mehrheit der Bevölkerung eine positive Einstellung zur Gesundheit hat und die Aussage „solange ich mich wohl fühle, brauche ich mir um meine Gesundheit keine Sorgen zu machen“ ablehnt, folgen keine Taten (GP Forschungsgruppe, 1990).

Nach den Ergebnissen der repräsentativen Studie von Kirschner et al. (1995) werden mit Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aufgrund ihrer insgesamt noch geringen Nutzung sowie selektiver Inanspruchnahme die wesentlichen Zielgruppen, nämlich die Risikogruppen mit hohem Präventionsbedarf, am wenigsten erreicht. Als „präventionsresistente“ Gruppen gelten vor allem Personen aus schwachen Einkommensschichten, Menschen mit niedrigem Bildungsstand, Langzeitarbeitslose, Alleinerziehende sowie Ältere und Behinderte. Die Hauptzielgruppe von „Gesundheitsaktionen“ der Krankenkassen stellen allerdings noch immer die jüngeren und gesünderen Erwachsenen mit einem überdurchschnittlichen Einkommen und einem geringen Gesundheitsrisiko dar. Seit der Einführung der freien Kassenwahl innerhalb der GKV 1996 verschärfte sich der Wettbewerb um diese Klientel. Die Kassen benutzten die Gesundheitsförderung als wichtiges Marketinginstrument, der „Präventionsparagraph“ 20 des V. SGB wurde daher in diesem Zusammenhang auch als „Marketingparagraph“ bezeichnet (Rosenbrock, 2000). Diese Situation nahm zwar der Gesetzgeber bei der Wiedereingliederung dieses Paragraphen im Jahre 2000 zum Anlass, den Kassen eine ziel-

gruppenorientierte, programmatische und qualitätsgesicherte Gesundheitsförderung vorzuschreiben. Mit Blick auf die bereits erwähnten starken Budgetrestriktionen sowie eine grundsätzlich unveränderte Kurzsichtigkeit in Bezug auf die (erst in der Zukunft) eintretenden Erfolge präventiver Interventionen, scheinen diesbezüglich jedoch noch stärkere Anreizmechanismen erforderlich.

3.3 Zum Aktivitätsverhalten in unterschiedlichen Sozialgruppen

Seit den 1980er Jahren mangelt es in Deutschland an aktuellen Studien zur sozialen Ungleichheit im Kontext körperlicher Aktivität. Forschungsdaten zu diesem Thema stammen vorrangig aus den 1960er und 1970er Jahren (u. a. Lüschen, 1963; Schlagenhaut, 1977; Voigt, 1978). Arbeiten aus den 1980er Jahren, in denen es allerdings nicht direkt um Schichtzugehörigkeit und sportliche Aktivität geht, liegen zum einen von Opaschowski (1987), der sich mit Fitness und Berufsmotivation beschäftigte, und zum anderen von To-fahrn (1991), der die Schichtzugehörigkeit von Betriebssportteilnehmern analysierte, vor.

Neuere soziologische und gesundheitspsychologische Studien, die bisher die Frage nach dem Zusammenhang von sozialer Schicht, Sportaktivität und Gesundheit aufgriffen, liegen u. a. von Hoffmeister et al. (1992), Heinemann (1990), Kirschner et al. (1995), Kreuter et al. (1995), Lamprecht & Stamm (1995), Opper (1998), Voigt (1992) und Weiss, Russo & Norden (1994) vor. Alle diese Arbeiten untermauern die bereits erwähnte soziale Ungleichheit und somit die gesundheitliche Disparität zwischen verschiedenen Sozialgruppen übereinstimmend. Personen aus der sozialen Mittel- und Oberschicht sind körperlich aktiver als Unterschichtangehörige, obwohl der Zugang zum Sport seit den 1960er Jahren prinzipiell jedem offen steht. Die Ergebnisse der DHP-Studie (Hoffmeister et al., 1992) zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen den sozialen Schichtmerkmalen und der körperlichen Aktivität: Personen mit hohem Bildungsgrad, Berufsstatus und Einkommen sind körperlich aktiver als Personen mit Volks- und Hauptschulabschluss, Arbeiter und Personen mit einem monatlichen Einkommen unter 1 000 €. Insgesamt liegt das relative Risiko für Bewegungsmangel in der Unterschicht um das Sechsfache höher als in der Oberschicht. Auch Opper (1998) fand heraus, dass Angehörige der mittleren und oberen Sozialschicht häufiger Sport treiben. Nicht zuletzt dadurch weisen sie eine bessere körperliche Fitness, mehr Schutzfaktoren und weniger Risikofaktoren auf als Unterschichtangehörige.

Die Beweggründe körperlicher Aktivität sind vielschichtig. Mit dem Bildungsgrad steigt beispielsweise das Wissen um gesundheitsförderliche Auswirkungen körperlicher Aktivität.

Darüber hinaus entscheidet über den Zugang und die Ausführung bestimmter Sportarten, wie z. B. Tennis, Segeln oder Golf, das Einkommen. Allerdings sind zu einem Wald- und Wiesenlauf bzw. Fußballspiel lediglich ein paar Turnschuhe nötig. Demgegenüber ist zu vermuten, dass Personen mit niedrigem Einkommen ihren Lebensunterhalt oft mit körperlich und zeitlich belastenden Überstunden oder Schwarzarbeit finanzieren. Ihnen demnach wenig Freizeit zur Verfügung steht und entsprechende Angebote, z. B. für Schichtarbeiter, fehlen. Zwar verfügen Personen mit höherem Berufsstatus ebenfalls über wenig Zeit, aber sie gönnen sich z. B. ein Tennismatch mit dem Geschäftspartner in der Mittagspause (Winkler, 1995a). Heute ist beruflicher Erfolg mit dem Image verknüpft, sportlich aktiv und körperlich fit zu sein. Je exklusiver eine Sportart ist und je mehr gesundheitsförderliche Funktionen im Vordergrund stehen, umso eher nehmen Personen aus der finanzkräftigen höheren Schicht daran teil (Heinemann, 1990). Demnach zeigen sich soziale Differenzen auch in der Wahl der Sportart. Während Oberschichtangehörige vorwiegend Individualsportarten (Tennis, Golf, Reiten, Skifahren) ausüben, bevorzugen Unterschichtangehörige eher Sportarten mit starkem Körperkontakt (Fußball, Boxen, Ringen).

Im Gegensatz zur allgemeinen Sportaktivität konstatierte Frogner (1991) im vereinsbezogenen Sport bereits in der schulischen Lebensphase eine geringere Beteiligung von Schülern aus der sozialen Unterschicht, vor allem bei Mädchen. Darüber hinaus treten sie auch viel später als Kinder der Mittel- und Oberschicht in einen Verein ein (Müller-Wolf & Miethling, 1986) und treten relativ häufig aus dem Sportverein wieder aus (Sack, 1983). Auch sind unterschichtangehörige Erwachsene speziell im Sportverein unterrepräsentiert. Laut Schlagenhaut (1977) tritt der „erste Einbruch“ in der Sportaktivität bei Angehörigen der Unterschicht mit Beendigung der Schulzeit in der Gruppe der 21- bis 25-Jährigen auf. Damit viel früher als bei den Mittel- und Oberschichtangehörigen, wobei der größte Unterschied in der Altersklasse der 31- bis 45-Jährigen besteht. Auch finden Unterschichtangehörige in der Erwachsenenzeit seltener zum Sport, wenn sie früher keine Sporterfahrungen gesammelt haben (Frogner, 1991). Frogner merkt an, dass Unterschichtangehörige insgesamt weniger Sport ausüben, im Schnitt früher damit aufhören und sich weniger an „neuen Formen des Erwachsenensports“ (ebd., S.70) beteiligen.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die „Sportlichkeit als Lebensgefühl“ schichten-, geschlechts-, alters- und persönlichkeitspezifisch geprägt ist und der Typus des körperlich Aktiven „eher jung, männlich und ungebunden“ (Opaschowski, 1997, S.41) ist, was letztlich auch die Medien suggerieren. Inwieweit gezielte Medienkampagnen mit dem richti-

gen „Slogan“ und „Image“ das gesundheitsrelevante Verhalten der Bevölkerung positiv beeinflussen, wird im folgenden Kapitel dokumentiert.

3.4 Zielgruppenspezifische Präventionskampagnen

Es existieren bereits zahlreiche Präventionsangebote für jedermann in unterschiedlichen Institutionen und mit verschiedenen Zielen und Inhalten, so z. B. der Senioren- oder Gesundheitssport im Verein; der Fitnesssport für Junge, Alte, Über- oder Normalgewichtige im Fitnessstudio; die Ernährungs- oder Entspannungskurse bei Krankenkassen oder die Wellnesskur bei der Volkshochschule bzw. im Gesundheits- bzw. Beautyzentrum. Allerdings kann bei den meisten dieser marketingorientierten Maßnahmen nicht von „echter Gesundheitsförderung“ gesprochen werden. Obwohl die entsprechenden Kampagnen oft auf den ersten Blick einen „non-profit“ Charakter zeigen, zielen sie, wird der Sekundärnutzen dieser Angebote hinterfragt, auf die finanzkräftigere soziale Mittel- und Oberschicht ab. Damit wird der volkswirtschaftliche Nutzen durch private Anbieter, z. B. der durch Fitnessstudios, ersichtlich. Dass dadurch aber nicht nur Übergewichtige, sondern insbesondere Normalgewichtige im Gewichtsreduktionskurs anzutreffen sind, ist aufgrund von marketingorientierten Strategien offensichtlich. Eine zielgerichtete Kommunikation ist daher unabdingbar.

Kommunikation ist die Übermittlung gezielter Botschaften, mit denen Reaktionen ausgelöst werden sollen, „die das Wissen vergrößern sowie das Verhalten, die Einstellungen, Erwartungen, Wünsche und Neigungen des Empfängers beeinflussen und letztlich sogar steuern“ (Schneider & Pflaum, 1993, S.222). Um mit medialer Kommunikation (z. B. in Zeitungen, Fernsehen, Hörfunk) Aufmerksamkeit, Interesse oder gar Verhaltensänderungen beim Kommunikationsempfänger zu erreichen, bedarf es überzeugender Argumente und sachlicher Informationen. „Der Kommunikationserfolg hängt mehr denn je davon ab, dass Menschen überzeugend und persönlich angesprochen und erreicht werden“ (ebd., S.230). Dabei spielen neben emotionalen Angeboten in Form von Events vor allem die zielgruppenspezifischen Kommunikationsinhalte und Anspracheformen eine große Rolle, um den richtigen Zugang zur Lebenswelt des einzelnen Konsumenten zu finden (vgl. Bruhn, 1997; Meffert, 1998). Eine genauere Zielgruppenanalyse, in der neben den soziodemographischen Merkmalen der Personen insbesondere die menschlichen Eigenschaften und Verhaltensweisen transparent gemacht und mit Hilfe von lebensstiltypologischen Segmentierungen „Gruppen von Gleichgesinnten“ charakterisiert werden, ist dabei unabdingbar. Die Kenntnisse über die charakteristischen Eigenschaften bestimmter Lebensstiltypen, wie z. B. die der drei alltagsästhe-

tischen Schemata Schulzes (2000), können daraufhin einer zielgerichteten Ansprache dienen, deren Botschaften von einzelnen Zielgruppen unterschiedlich wahrgenommen, verstanden und akzeptiert werden.

Gesundheitskampagnen sind Bestandteil der Gesundheitskommunikation, welche als „central social process in the provision of health care delivery and the promotion of public health“ (Kreps, Bonaguro & Query, 1998, S.2) gesehen wird. Gesundheitskommunikation wird als „wichtiger Bestandteil einer modernen Gesundheitspolitik verstanden, die sich verschiedener Medien und Strategien bedient, um gesundheitsfördernde Verhaltensweisen in der Bevölkerung zu initiieren und zu unterstützen“ (Hurrelmann & Leppin, 2001, S.9). In der veranschlagten Strategie einer gesundheitsorientierten Sozialkampagne bemüht sich eine Gruppe (Mittler des Wandels) systematisch „mit dem Ziel, andere (die Zielgruppe) zur Annahme, Änderung oder Aufgabe bestimmter Vorstellungen, Einstellungen, Gewohnheiten oder Verhaltensweisen zu bewegen“ (Kotler & Roberto, 1991, S.18). Die Strategien der seit den 1970er Jahren initiierten Werbefeldzüge für die Gesundheit, wie z. B. die der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der Krankenversicherungen, der Wohlfahrtsverbände oder der Pharmaunternehmen, orientieren sich zum Teil an Sozialmarketingkonzeptionen (vgl. Beilmann, 1995; Kotler & Roberto, 1991; Krzeminski & Neck, 1994; McDermott, 2001). Dem sozialen Marketing wird dabei ein „gemeinnütziger“ oder volkswirtschaftlicher Wert zugesprochen, weil der Nutzen nicht im Profit für eine Organisation liegt, sondern wertvolle Informationen für die Steuerung der eigenen Gesundheit als Lebensstil „verkauft“ werden (Hurrelmann & Leppin, 2001, S.15). Das für die Umsetzung dieser Gesundheitskampagnen eingesetzte Instrument heißt Massenkommunikation. Massenmediale Vermittlungsformen, die mit Hilfe elektronischer (u. a. TV, Rundfunk, Internet) und gedruckter (u. a. Zeitungen) Massenmedien eine größtmögliche Zielgruppe über gesundheitsrelevante Themen informieren, haben die direkte Arzt-Patienten-Kommunikation teilweise ersetzt (Hurrelmann & Leppin, 2001, S.15). Dabei spielen Konformität, Reichweite, Erscheinungshäufigkeit und Wirksamkeit des eingesetzten Mediums eine bedeutende Rolle. „Die grundsätzliche Bedeutung des Einsatzes von Massenmedien zur Gesundheitsaufklärung liegt auf dem Gebiet der Primärprävention“ (Göpfert, 2001, S.131).

Die durch massenmediale Kampagnen vermittelten Kenntnisse und Informationen zu gesundheitsrelevanten Themen sind in der Bevölkerung jedoch nicht gleichmäßig verteilt. Übliche Gesundheitskampagnen zielen auf Personen ab, die grundsätzlich bereit sind, sich aktiv um ihre Gesundheit zu kümmern und dafür Zeit investieren. Es handelt sich überwiegend um

eine eher junge, gesunde und gut situierte Klientel, wobei speziell Frauen mittleren Alters aus höheren sozialen Schichten animiert werden. Gebildete Personen verfügen meistens über bessere Gesundheitskenntnisse, nehmen diesbezüglich mehr Informationen auf und können diese relativ besser nutzen und für sich umsetzen. „So verwundert es nicht, daß primärpräventive Programme [...] vornehmlich solche Personen anziehen, die der Mittel- und Oberschicht angehören, und die im Vergleich zur Unterschicht bereits über eine bessere Gesundheit verfügen“ (Schlicht & Dickhuth, 1998, S.8). Darüber hinaus spielen differente Einstellungen, Werte und Erwartungen für die Aufnahmebereitschaft bestimmter Botschaften, aber vor allem die Motivation und persönliche Risikoeinschätzung der Zielgruppe eine bedeutende Rolle (Hurrelmann & Leppin, 2001, S.16). Personen, die ohnehin schon viel für Ihre Gesundheit tun, lassen sich „erfahrungsgemäß leichter überzeugen als sozial Benachteiligte, denen es – statistisch gesehen – oft auch gesundheitlich schlechter geht“ (Jazbinsek, 2001, S.156). Dies wird anhand der Wissenskluft-Hypothese verdeutlicht, die davon ausgeht, dass Personen mit bestimmtem Vorwissen von diesbezüglichen Meldungen eher profitieren.

Nur wenige Daten liegen über „präventionsresistente“ Personen vor, die weder aktiv sind, noch ein Interesse daran haben, dieses in nächster Zukunft zu werden. Es handelt sich um Personen, die sich im dynamischen Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung von Prochaska und DiClemente (1986) in der Präkontemplationsstufe befinden. Diese ziehen eine gesundheitsfördernde Aktivität in den nächsten sechs Monaten nicht in Betracht, weil sie oft keine bzw. nur wenige Kenntnisse über die negativen Folgen ihres Risikoverhaltens besitzen, den Glauben an die eigene Fähigkeit verloren haben, das Verhalten zu ändern oder ein Gesundheitsverhalten einfach nicht für wichtig erachten (vgl. Fuchs, 1997). Hieraus wird bereits deutlich, dass es nicht nur eine einzige Interventionsmaßnahme und darauf ausgerichtete Kampagne geben kann, um „Gesundheit für alle“ mit unterschiedlichen Motivationsstufen zu erreichen.

Diese Feststellungen sind für die Planungen öffentlicher Gesundheitskampagnen von größter Wichtigkeit, die nicht als Allheilmittel für die Lösung sozialer und gesundheitlicher Probleme gesehen werden können. Insbesondere bei massenmedialen Kampagnen konnte nachgewiesen werden, dass das Gesundheitsverhalten nur beeinflusst werden kann, wenn es nicht flächendeckend, sondern zielgruppenspezifisch durchgeführt wird und die angesprochenen Personen eine positive Einstellung gegenüber dem entsprechenden Gesundheitsverhalten aufweisen (vgl. Brown & Einsiedel, 1990). Großangelegte Gesundheitskampagnen, wie etwa Anti-Raucher-Aktionen oder Gewichtsreduktions-Programme, bleiben oft ohne

massenhafte Wirkung (vgl. McCron & Budd, 1982). Dabei leiden Raucher und Übergewichtige nicht an einem Informationsdefizit, denn sie wissen in der Regel über ihr gesundheitsbeeinträchtigendes Verhalten Bescheid. Entsprechend der Verstärkerhypothese (vgl. McGuire, 1969) scheinen Massenmedien weniger neues Verhalten zu bewirken, sondern verstärken bestehendes Verhalten. Im Sinne der kognitiven Dissonanztheorie (vgl. Festinger, 1957) sucht der Mensch eher nach verhaltensbestätigenden Informationen, um Widersprüche zwischen Wissen und Tun aufzulösen. So ist es schwer, vorhandenes Risikoverhalten über Informationen, die auf eine Einstellungsänderung abzielen, positiv zu beeinflussen.

Auch in Deutschland gab es bereits seit den 1970er Jahren breit angelegte und vielfältige massenmediale Kampagnen, z. B. von der AOK und der BZgA – wie z. B. die Kampagne „Keine Macht den Drogen“. Insbesondere in Bezug auf die für ältere Personen wirksame körperliche Aktivität gab es mit dem „Sportabzeichen“ eine groß angelegte Aktion, die aufgrund der Inanspruchnahmestatistik jedoch „nicht alle“ sozialen Gruppen animiert hat. Bis heute existieren hinsichtlich der Verringerung gesundheitlicher Disparität zwischen den Sozialgruppen vor allem durch Krankenkassen kaum massenmedial geförderte und wirksame Kampagnen, die zielgruppenspezifisch auf körperliche Präventionsprogramme für sozial Benachteiligte hinweisen. Hingegen vermitteln Werbekampagnen üblicher präventiver Angebote einzelner Krankenkassen die entsprechenden Interventionsinhalte nach dem „Gießkannenprinzip“. Die dort vorrangig über negativ charakterisierte Gesundheitsappelle im Sinne von „Du darfst nicht!“ rufen oft das Gegenteil, nämlich eine Ablehnung im Sinne von „Jetzt erst recht nicht!“ hervor. Viele Sozialkampagnen bleiben mit solchen „Furchtappellen“ (vgl. Barth & Bengel, 1998) erfolglos, weil die anvisierte Zielgruppe kein Problembewusstsein oder keinen Wunsch nach Veränderung verspürt.

Vermeidbare Gründe für eine nur selektive Inanspruchnahme präventiver Programme liegen in der nicht zielgruppenspezifisch ausgerichteten Kampagne, der nicht genügend motivierenden Aussage oder der zu geringen Finanzmittel. Darüber hinaus kamen Hymann und Sheatsley bereits 1947 zu dem Schluss, dass massenmediale Kampagnen oft zum Scheitern verurteilt sind, weil es einen harten Kern der „chronischen Nichtwisser“ gibt, die schwer zu erreichen sind. Weiterhin neigen die Menschen dazu, unangenehme Informationen auszuweichen bzw. diese unterschiedlich zu deuten. Außerdem steigen Reaktionen auf neue Informationen erst mit dem Engagement der Öffentlichkeit für das Thema. Ein weiterer Nachteil von Kampagnen durch Massenmedien ist, dass die Benutzer nicht alle als Betroffene im Sinne der Primärprävention gelten und deren Interesse an den angebotenen Informationen

von vornherein gering sein dürfte. Zwar bekunden viele ihr Interesse an Gesundheitsthemen, ohne sich aber mit diesbezüglichen Beiträgen tatsächlich auseinander zusetzen (vgl. Bogart, 1989). Daher ist festzustellen, dass das Interesse der jeweiligen Zielgruppe durch unterschiedliche Mittel geweckt werden muss. Es sollte eine möglichst selektive Ansprache vorgesehen werden, die das Interesse sowie die Aufmerksamkeit der relevanten Gruppe sichert. Nur so können die gewünschten Informationen transportiert und eine Verhaltensbeeinflussung erreicht werden.

Doch wie müssen Kampagnen zu Gesundheitsangeboten konzipiert werden, um zielgruppenspezifisch jene Personen anzusprechen und zur regelmäßigen Teilnahme zu motivieren, die durch übliche gesundheitspräventive Appelle bzw. Angebote nicht erreicht werden? Mit dieser Frage haben sich bislang z. B. Arbeiten von Leppin (1994) für die Risikowahrnehmung von Hypertonikern, von Forster, Schwenkmezger und Krönig (1997) für eine Nicht-raucherkampagne bei Schülern oder von einer Bielefelder Arbeitsgruppe für die Gesundheitsförderung in Schulen (Quentin & Kobusch, 1997) befasst. Dass zielstrebig und sorgfältig vorbereitete massenmediale Sozialkampagnen durchaus erfolgreich informieren und zu einer gesünderen Lebensweise anregen, bestätigen nicht zuletzt Beispiele aus den USA. Hier sei die Kampagne der Stanford-University zur Vorbeugung von Herzkrankheiten durch Verhaltensänderungen genannt. Ein weiteres Beispiel ist das in Schweden entwickelte Programm zur Erziehung einer Nation von Nichtrauchern, welches eine intensive Anti-Raucher-Aufklärungskampagne in Schulen und in der Schwangerschaftsbetreuung, schärfere Einschränkungen für Zigarettenwerbung und –verkaufsförderung in Verbindung mit hohen Tabaksteuern, ein Rauchverbot in öffentlichen Räumen und bestens ausgestatteten Zentren zur Unterstützung bei der Raucherentwöhnung umfasste. Massenmediale Informationskampagnen sollten, wollen sie wirksam sein:

- eine *Monopolstellung* in den Medien einnehmen, ohne dass gleichzeitig Kampagnen mit entgegengesetzten Botschaften erscheinen,
- einer *Kanalisierungsfunktion* entsprechen, die eine günstige öffentliche Grundstimmung benötigt,
- durch *direkte Kommunikation* ergänzt werden, um das Gehörte mit anderen zur besseren Verarbeitung zu besprechen und
- je nach den soziodemographischen und charakteristischen Eigenschaften, Ansprüchen, Einstellungen und Werten der *Zielgruppe* ausgerichtet und strukturiert werden (Kotler & Roberto, 1991, S.22).

Mit dem Hervorheben gesundheitsbewusster „Moden“ und der Betonung bestimmter Verhaltensweisen kann ein massenmediales Vorgehen durchaus wirksam sein (Schwartz & Walter, 1998). Sollen allerdings bestimmte Risikogruppen gezielt nach vorhandenen Krankheitsrisiken oder bestimmten Verhaltensmustern angesprochen werden, ist eine direkte Information der Zielgruppe (*direct mailing*) effektiver als breit gestreute Hinweise zu den Präventionsmaßnahmen. Eine Kombination massenmedialer und zwischenmenschlicher (z. B. Vorträge, Interventionen) bzw. persönlicher Kommunikationsmaßnahmen scheint daher das wirksamste Instrument zu sein, um Menschen zur Annahme gesundheitsfördernder Gewohnheiten anzuregen (vgl. Kotler & Roberto, 1991, S.20). Dies setzt aber genügend Mittel zum Einsatz qualifizierter Trainer für eine flächendeckende Versorgung voraus. Walter und Schwartz (1995) heben als mögliche Zugangswege die Identifikation auf der Basis von Leistungsdaten der Krankenkassen unter Angabe von Alter und Geschlecht der Versicherten hervor. Allerdings sind sie sich bewusst, dass dieses Vorgehen „zart besaitet“ ist und kreativ ablaufen muss, da „Präventionsresistente“ in der Regel nur schwer erreichbar sind. Eine Möglichkeit wird in „niederschweligen“ Sozialkampagnen gesehen, weil hier nicht Gesundheitsappelle im Vordergrund stehen, sondern vielmehr Werte, die bei den Angesprochenen Interesse wecken, wie z. B. Spaß und Geselligkeit. Es gilt allerdings nicht nur „*niederschwellige Angebote*“ zu konzipieren, sondern auch, verschiedene Zugangsmöglichkeiten in institutions- und professionsübergreifender Zusammenarbeit zu nutzen“ (ebd., S.161).

Die richtige Wahl des Kommunikationsmediums und deren Inhalte sind jedoch vom Rezipienten und seiner sozialen Situation abhängig. Für die aus präventiver Sicht relevante Bevölkerungsgruppe der Älteren und sozial Benachteiligten sind die Präventionskampagnen sehr rar. Hier steht noch ein großes Präventionspotential zur Verfügung. Die bisher realisierten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung waren oft „weniger zielgruppenorientiert als vielmehr nachfrage- und marketingorientiert“ (Schwartz & Walter, 1998, S.158). Hinsichtlich der Zielgruppe müssten sich die auf unterschiedliche präventive Maßnahmen ausgerichteten Kampagnen z. B. von Universitäts-, Senioren-, Betriebs- oder Familiensportprogrammen in Abhängigkeit der jeweiligen erwünschten sozialen Gruppe inhaltlich und medial unterscheiden. Schließlich sind „präventionsresistente“ Personen da „abzuholen“, wo sie sich verhaltensbedingt gerade befinden.

4 Zusammenfassung und Relevanz für die eigene Arbeit

Eine ausgereifte Theorie zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit und Gesundheit gibt es derzeit nicht (vgl. Winkler, 2000). Dennoch belegen Ergebnisse sozialepidemiologischer Studien übereinstimmend, dass das soziale Gefälle die Gesundheit systematisch beeinflusst. Für die sozialen Differenzen von Gesundheitschancen spielen nach Siegrist (1996) zum einen die gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen im Sinne von fettreicher Ernährung, starkem Alkoholkonsum, mangelnder Gewichtskontrolle, Bewegungsarmut sowie Nikotinkonsum und zum anderen die Exposition gegenüber sozioökonomischer und psychosozialen Belastungsbedingungen eine bedeutende Rolle. Steinkamp (1999) merkt an, „was selbstverschuldet, individuellem Verhalten zugeschrieben wird, ist tatsächlich in erheblichem Umfang von strukturellen, ökonomischen, kulturellen und sozialen Bedingungen abhängig, nämlich von der Verfügung über Geld, Wissen und selbstbestimmter beruflicher Arbeit einschließlich ihrer Sicherheit“ (S.125).

Es kann resümiert werden, dass zurzeit zwei grundsätzliche und unterschiedliche Ansätze zur Diskussion um soziale Ungleichheit bestehen. Zum einen der traditionelle Ansatz, nach dem strukturelle Gegebenheiten und *vertikale* Schichtungen als bedingende Variable des Lebensstils betrachtet werden und zum anderen Konzepte, in denen der Lebensstil als *horizontale* Dimension unabhängig und autonom gesehen wird. Einige Lebensstilforscher (u. a. Lüdtker, 1989, 1996; Müller, 1992; Tokarski, 1989) plädieren jedoch für eine Position zwischen den extremen Polen. Dabei beansprucht der Lebensstilansatz eine „ganzheitliche“ Perspektive und die Komplexität der sozialen Ungleichheit kann nur im System beider Dimensionen ausgedrückt werden (vgl. Lüdtker, 1996). Um der Komplexität der sozialen Ungleichheit von Gesundheitschancen gerecht werden zu können, werden in der vorliegenden empirischen Untersuchung in Anlehnung an das Modell der Alltagsästhetik von Schulze (1992, 2000) verschiedene horizontale Ungleichheitsdimensionen aus dem Gesamtkomplex der Lebensstilforschung ausgewählt und mit dem traditionellen vertikalen Schichtkonzept in Verbindung gebracht (vgl. Kap. 8.3). Die sich daraus ergebenden Erkenntnisse könnten der Konzeption zielgruppenspezifischer Kommunikation dienen, um die für die Prävention relevanten Personengruppen zu erreichen.

Zwischen Gesundheit und körperlicher Aktivität - als eine gesundheitsförderliche Verhaltensweise - bestehen zwar keine globalen Zusammenhänge (u. a. Schlicht, 1994). Unter Berücksichtigung von Moderatorvariablen, wie z. B. Alter, Schichtzugehörigkeit, Geschlecht,

Art und Dauer der körperlichen Aktivität, können aber durchaus positive Gesundheitseffekte aufgezeigt werden. Nach Opper (1998) weisen körperlich aktive Personen eine bessere körperliche Fitness, mehr Schutzfaktoren und weniger Risikofaktoren auf, sie sind „gesünder“ (körperliche Gesundheit) und fühlen sich auch so (Selbsteinschätzung). Die Orientierung an den Effekten der körperlichen Aktivität ist für eine dauerhafte Teilnahme mitentscheidend. Handlungsleitend sind mittel- und langfristige Ziele, wie Gesundheit, Entspannung und Ausgleich, die aber eher in der sozialen Mittel- und Oberschicht zur Handlungsmaxime werden. Durch körperliche Bewegung sollen bestimmte Wirkungen erzielt und Funktionen erfüllt werden, was auch zahlreiche Medien suggerieren. In unserer Gesellschaft gilt es, gemäß den sozialen Normen, das Bild eines sportlichen, dynamischen und erfolgreichen Menschen zu verkörpern. Dieses Leitbild ist für Unterprivilegierte, bei denen Bewegungsmangel oft noch ein Zeichen von Lebensqualität zu sein scheint, wahrscheinlich zu weit entfernt, um glaubhaft bzw. realistisch angestrebt zu werden. Dieses Idealbild könnte ein Grund für die unterproportionale Beteiligung dieses Personenkreises an Präventionsveranstaltungen mit entsprechenden Werbekampagnen sein. Daran wird deutlich, dass die Zusammenhänge zwischen der körperlichen Aktivität und den Merkmalen sozialer Ungleichheit nicht mehr nur mit den vertikalen Ungleichheitsdimensionen beantwortet werden können, sondern die horizontal verankerten Lebensstilmuster mit berücksichtigt werden müssen, wie es in dem vorliegenden empirischen Teil gehandhabt wird. Die körperliche Aktivität ist ein Teil des gesundheitsorientierten Lebensstils geworden und findet ihren Ausdruck auch im Konsum- und Ernährungsverhalten, in der Werbung oder in der Kleidung. Nach den Ergebnissen der Arbeitsgruppe um Lüschen, Abel, Cockerham und Kunz (1993, S.181ff) legen Sporttreibende mehr Wert auf ihr Aussehen, ernähren sich gesünder und rauchen nicht bzw. weniger.

Das entscheidende Problem von Gesundheitsförderung und Prävention stellt auf der Grundlage von Ergebnissen aus sozialwissenschaftlicher und epidemiologischer Studien nicht das mangelnde Wissen über gesundheitliche Risiken, sondern die Umsetzung bestehenden Wissens in Verhalten, unter Berücksichtigung der Verhaltensbedingungen, dar. In Bezug auf die qualitative und quantitative Bewertung von Maßnahmen und deren Wirksamkeit besteht noch auf zahlreichen Interventionsebenen Forschungs- und Entwicklungsbedarf. Zunächst sollte die Problemstellung geklärt werden, wie viele und welche Personen tatsächlich mit gegenwärtigen Gesundheitsangeboten erreicht und angesprochen werden. Denn gemessen am ableitbaren Präventionsbedarf in der Bevölkerung, werden die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in einem zu geringen Maße, insbesondere von Personen der unteren

sozialen Schicht, genutzt. Bei den Teilnehmern handelt es sich zudem meist um Frauen aus der mittleren und oberen sozialen Schicht mit einem hohen Gesundheitsbewusstsein. Der präventive Bedarf in der Bevölkerung kann demnach nicht annähernd ausgeschöpft werden, auch wenn der derzeit für Prävention und Gesundheitsförderung nur sehr geringe Etat ausgeweitet werden sollte. Die soziale und gesundheitliche Positivselektion des Teilnehmers wäre damit nicht behoben. Kirschner et al. (1995, S.76) bringen die wesentlichen Defizite und Probleme dieser Diskussion auf den Punkt:

- fehlende Ziel-, Zielgruppen- und Bedarfsbestimmungen der Maßnahmen,
- vorwiegend nachfragedeterminierte, maßnahmeorientierte Angebotspolitik, die entsprechend keinen „Programmcharakter“ aufweist,
- weitgehend formale Kooperation mit anderen Akteuren der Gesundheitsförderung, sofern sie über die Optimierung der eigenen Ziele hinausgeht,
- äußerst gering ausgeprägte Evaluationsroutinen bzw. kaum Evaluationsinteresse der Maßnahmen.

Als Fazit konstatieren sie, dass es zur Weiterentwicklung von Gesundheitsförderung und Prävention nur dann kommen kann, wenn erkannte Problembereiche angegangen, eine ziel- und bedarfsorientierte programmatische Präventionspolitik implementiert und der Etat für Gesundheitsförderung und Prävention deutlich erhöht wird. Mit dem reformierten Paragraphen 20 des V. SGB wurde u. a. durch die notwendige Qualitätssicherung der angebotenen Maßnahmen die Grundlage geschaffen, um einem Teil dieser Forderungen entgegenzukommen. Dafür müssten aber sowohl die Nutzer als auch die Nichtnutzer von Gesundheitsförderungsmaßnahmen befragt werden. Laut Radoschewski, Kirschner, Kirschner und Heydt (1994) erfordert Prävention „eine wissenschaftliche, programmatische Herangehensweise, die sich in der Konzeption, Umsetzung und Evaluation an den Grundproblemen der Prävention“ (S.35) orientiert. Auf dieser Basis entwickelten sie folgende Leitlinien:

- 1) Ziele (primärer) Prävention
Reduktion von Risikofaktoren, Gesundheitsförderung, Erhöhung der Lebensqualität, strukturelle Prävention, Grenzwertreduktion, operationalisierbare Evaluationsparameter
- 2) Inhalte präventiver Maßnahmen
Programmeffektivität/Evaluation/Qualitätssicherung
- 3) Zielgruppen präventiver Maßnahmen
high risk, Gesamtbevölkerung nach Altersstufen, Kranke
- 4) Zieleffektivität der Maßnahmen
Evaluation

- 5) Struktur präventiver Maßnahmen
 - Aufklärung und Bereitstellung entsprechender Angebote (Wissens-, Einstellungs- und Verhaltensintervention)
 - Anreizsystem (Bonus/Malus)
 - Preis bzw. kostenbezogene Intervention
 - Verordnung, Verbote (Sanktionen)
- 6) Träger bzw. Umsetzer präventiver Maßnahmen
 - Krankenkassen, Gesundheitsämter, freie Träger, Selbsthilfegruppen, Ärzte
- 7) Motive, Interessen der Zielgruppe
 - Akzeptanz, Bereitschaft, Interesse an Prävention/Benefiz
 - Soziale Disparitäten, aktive vs. kurative/reaktive Prävention
- 8) Bedarf an Prävention
- 9) Gesamtgesellschaftlicher, ökonomischer, politischer und institutioneller Kontext und Limitierung von Prävention/Wertesystem
- 10) Kosten der Prävention
- 11) Kosten und Nutzen der Prävention

Demnach müssen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung viel stärker ziel- und bedarfsgruppenspezifisch ausgerichtet sein, wenn sie gerade die eher „risikobehaftete“ und „präventionsresistente“ Bevölkerungsgruppe besser erreichen und wirksam sein wollen. Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollten daher den Motiven der Angehörigen der sozial schwachen Schicht stärkere Aufmerksamkeit schenken und diese als Hauptzielgruppe in den Mittelpunkt ihrer Kampagnen und Programme rücken (vgl. Mielck, 2000). Ausgehend von diesen Grundgedanken werden in der vorliegenden Studie die „SWR 4-Tour de Ländle“, der „AOK-Radsonntag“ und „AOK-Radtreff“ analysiert.

B EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG

5 Konzeption der empirischen Untersuchung

5.1 Grundlagen der Untersuchung

Die empirische Untersuchung fand in der Zeit von Juni 2000 bis März 2002 statt. Als Untersuchungsgegenstand dienten drei Freizeitradsporthangebote: die „SWR 4-Tour de Ländle“, der „AOK-Radsonntag“ und der „AOK-Radtreff“, in denen insgesamt 1 171 Personen mittels Fragebögen sowie weitere 50 Personen per Telefoninterview befragt wurden. Die aus zwei bzw. drei Messzeitpunkten resultierenden Daten der Befragten ergaben zusammengefasst 1 837 Rückläufe. Eine sehr positive Resonanz auf die Umfrage konnte speziell unter den 671 Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ verzeichnet werden, von denen 461 Personen (69%) an der Vor- und 301 Personen (45%) an der Nachbefragung teilnahmen.

Für die Beantwortung der Fragestellungen wurde ein multidimensional ausgerichtetes Messinstrument aus z. T. selbst entwickelten sowie bewährten Skalen und Items verschiedener Quellen zusammengestellt, welches das gesundheitsrelevante Alltagsverhalten der Teilnehmer fokussiert. Der Fragebogen operationalisiert Konstrukte zu soziodemographischen Daten und Lebensstildaten, zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten sowie zu Einstellungen. Mit dieser Vorgehensweise wird der Versuch unternommen, der theoretischen Komplexität sozialer Ungleichheit von Gesundheitschancen auch empirisch gerecht zu werden.

Die Daten der empirischen Untersuchung erlauben aufgrund einer Querschnittsanalyse Aussagen über momentane Eigenschaften (Zustand) einzelner Teilstichproben, über deren Verhältnisse zueinander und über mögliche Interaktionen zwischen einzelnen Faktoren. Weiterhin können Effekte und Veränderungen gemessen werden, da ein *prospektives Design* zugrunde liegt und Daten über zwei bzw. drei Messzeitpunkte vorliegen. Die im Jahr 1993 bereits gesammelten soziodemographischen Daten der Dauerteilnehmer an der „SWR 4-Tour de Ländle“ dienen als Vergleichsdaten, um eventuelle Veränderungen in der Stichprobenszusammensetzung zu analysieren.

Die Datenanalyse erfolgte mittels *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* Version 10.0. Damit lassen sich wesentliche Aussagen über Kontingenztafeln deskriptiv darstellen. Für die Anwendung statistischer Tests werden intervallskalierte Variablen anhand von Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstests (*K-S-Test*) auf Normalverteilung hin überprüft. Für

normalverteilte intervallskalierte Variablen mit gleicher Varianz dienen zur Signifikanzprüfung (Alpha-Niveau stets .05) Mittelwertvergleiche (*t*-Test nach Student) bzw. einfaktorielle ANOVAS (*F*-Test). Zur Datenanalyse nichtnormalverteilter intervallskalierter sowie ordinalskalierter Variablen werden nichtparametrische Tests herangezogen (*U*-Test nach Mann und Withney, *H*-Test nach Kruskal und Wallis, Wilcoxon-Test und Friedman-Test). Darüber hinaus finden die Verfahren der konfirmatorischen Faktorenanalyse und Clusterzentrenanalyse Anwendung sowie bivariate Korrelationen, Chi²-Tests (χ^2) und mehrfaktorielle Varianzanalysen, letztgenannte zum Teil auch mit Messwiederholungen.

Wird im Folgenden nicht explizit geschlechtsspezifisch differenziert, sind unter der Nennung „Teilnehmer“ oder ähnlich männlich konnotierten Bezeichnungen beide Geschlechter zu verstehen.

5.2 Fragestellung und Hypothesen

Aufgrund der im theoretischen Teil gesammelten Äußerungen zu den sozialen Differenzen im Bereich Gesundheit und Gesundheitsverhalten, lautet die Kernfrage der Untersuchung: Gelingt es einem erlebnisorientierten Event mit zielgruppenspezifischer Kommunikation „präventionsresistente“ Personen vor allem aus der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und demnach zum gesundheitsrelevanten Bewegungsverhalten zu motivieren? Folgende Teilfragen sollen genauer analysiert werden:

- Gelingt es einem der drei Freizeitradsporevents „präventionsresistente“ Personen der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und damit zum Bewegungsverhalten zu motivieren?
- Können durch eine „niederschwellig“ und zielgruppenspezifisch kommunizierte Kampagne „präventionsresistente“ Gruppierungen zur Teilnahme an einem körperlichen Aktivitätsprogramm motiviert werden?
- Können die „präventionsresistenten“ Personen auch längerfristig an das Bewegungsverhalten gebunden werden?
- Inwieweit lassen sich Zusammenhänge zwischen der vertikalen (soziale Schicht) und der horizontalen (Lebensstil) Dimension sozialer Ungleichheit feststellen und welche Erkenntnisse lassen sich daraus für eine zielgruppenspezifische Kampagne ableiten?
- Inwieweit unterscheidet sich der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der einzelnen Eventteilnehmer schichtspezifisch?
- Verändert sich durch die Teilnahme an den Bewegungsangeboten der Gesundheitsstatus und das gesundheitsorientierte Verhalten der Teilnehmer über die Zeit hinweg?

Zur Beantwortung dieser Teilfragen sind verschiedene Arbeitsschritte nötig. Zunächst wird die aus den Teilnehmern der drei Events resultierende Gesamtstichprobe auf deren Soziodemographie bzw. soziale Schichtzugehörigkeit (vertikale Dimension) hin untersucht. Anschließend werden auf Basis der erhobenen Lebensstildaten (horizontale Dimension) entsprechende Lebensstiltypologien der Teilnehmer konstruiert, um nicht zuletzt einen Zusammenhang zur vertikalen Dimension sozialer Ungleichheit herzustellen. Mit Hilfe der ermittelten Lebensstiltypologien wird eine Charakterisierung der drei Events vorgenommen und schließlich deren Einfluss auf die soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer abgeleitet. Es wird vermutet, dass die soziale Teilnehmerstruktur der jeweiligen Events durch die auf die anzusprechende Zielgruppe zugeschnittenen Kampagneninhalte und deren Werbebotschaften geprägt ist. Folgende Hypothesen gilt es zu testen:

H1) Die „SWR 4-Tour de Ländle“ und soziale Schichtzugehörigkeit

- 1a) Obwohl es sich bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ um eine hohe körperliche Belastung handelt, werden aufgrund der „niederschweligen“ Kampagneninhalte für die Tour üblicherweise „präventionsresistente“ Personen der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und damit zum Bewegungsverhalten motiviert.*
- 1b) Die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer nehmen mehr organisatorischen Aufwand auf sich, um an der „SWR 4-Tour de Ländle“ teilnehmen zu können. Dies ist ein Mehraufwand, der sich vom lebensstilcharakteristischen „Rundumsorglos-Pauschal Tourismus“ abgrenzt. Daher wird vermutet, dass die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer eher der durch Individualismus geprägten sozialen Oberschicht angehören.*

H2) Der „AOK-Radsonntag“ und soziale Schichtzugehörigkeit

- 2) Das unter dem Motto „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ stattfindende Angebot des „AOK-Radsonntags“ richtet sich aufgrund der unterschiedlichen Streckenlängen sowohl an Einsteiger als auch an Fortgeschrittene. Es wird aber angenommen, dass hauptsächlich die sich mit dem Thema Gesundheit und Umweltschutz identifizierende soziale Oberschicht am „AOK-Radsonntag“ teilnimmt.*

H3) Der „AOK-Radtreff“ und soziale Schichtzugehörigkeit

- 3) *Da die Kampagne des „AOK-Radtreffs“ vor allem durch die Vermittlung von Geselligkeit und Gemeinschaftserlebnis geprägt ist und primär auf AOK Mitglieder abzielt, wird angenommen, dass die Teilnehmer des „AOK-Radtreffs“ eher der sich mit den Kampagneninhalten identifizierenden und in der beworbenen Zielgruppe stark repräsentierten sozialen Unterschicht zuzuordnen sind.*

Inwieweit durch zielgruppenspezifische Kampagnen eine Verringerung sozialer Disparität von Gesundheitschancen tatsächlich erreicht werden kann, ist in einer einzelnen und quasi-experimentellen Studie nicht abschließend zu klären. Dennoch wird in der vorliegenden Arbeit der Frage nachgegangen, inwiefern sich die Teilstichproben schichtspezifisch in ihrem Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten unterscheiden.

6 Untersuchungsmethoden

6.1 Untersuchungsgegenstand

Die in Tabelle 4 aufgeführten drei Freizeitradsportangebote bilden die Grundlage der empirischen Untersuchung. Diese wurden auf der Suche nach einem Modell für eine zielgruppenspezifische Gesundheitsmaßnahme ausgewählt, da gesundheitsorientiertes Radfahren ein geeignetes Medium „für alle“ Personengruppen darstellt.

Tabelle 4

Evaluierte Freizeitradsportveranstaltungen in Baden-Württemberg

Event	Zeit	Häufigkeit	Umfang	Dauer	Bemerkung
AOK–Radsonntag	Mitte Juni	1 Tag	20 – 60 km	1 – 2 Std.	landesweit ausgeschilderte, z. T. geführte Touren, kostenlos
AOK–Radtreff	ganzjährig	1-2x pro Woche	20 – 60 km pro Tag	1 – 3 Std.	177 Treffs, unabhängig von einer Mitgliedschaft, kostenlos
SWR 4–Tour de Ländle	Anfang August	9 Etappen	70 – 90 km pro Tag	4 – 5 Std.	Freizeitrundfahrt für Dauer-/Tages Teilnehmer, z. T. kostenpflichtig

6.1.1 Die „SWR 4-Tour de Ländle“

Die im Jahr 2003 bereits zum 16. Mal durchgeführte Tour ist eine Freizeitradrundfahrt für jedermann in Baden-Württemberg, die sich zunehmender Beliebtheit erfreut (vgl. Tab. 5). Während der Tour 2000 bewältigten insgesamt ca. 25 000 Teilnehmer auf neun Etappen eine Gesamtstreckenlänge von fast 700 Kilometern. Sie radelten in Tagesetappen von Kaiserslautern nach Landau, Waldbronn, Backnang, Wendlingen, Aalen, Ulm, Bad Waldsee, Überlingen bis nach Singen. Die Teilnehmer setzen sich aus so genannten „Dauerteilnehmern“, „Selbstorganisierte Dauerteilnehmern“ und „Tagesteilnehmern“ zusammen.



Abbildung 2. Logo „SWR 4-Tour de Ländle“ 2000

Die Dauerteilnehmer fahren alle Etappen mit und sind in Gemeinschaftsunterkünften (Sporthallen) oder Pensionen bzw. Hotels untergebracht. Sie haben sich vier Monate vor Tourbeginn beim veranstaltenden Südwestrundfunk (SWR 4) um einen Startplatz beworben,

wobei von den jährlich etwa 2 000 Bewerbungen aus Kapazitätsgründen nur 650 Personen berücksichtigt werden können. Einige Interessenten, die im Losverfahren kein Glück hatten und sich selbst um ein Quartier in den Zielorten bemühen müssen bzw. diejenigen, die dies aus unterschiedlichen Gründen sofort nach der Streckenbekanntgabe vor dem Losverfahren tun, nehmen als Selbstorganisierte Dauerteilnehmer an der Tour teil. Dabei stellt sich die Unterkunftssuche z. T. als sehr schwierig dar, da das Tour-Organisationsteam und die Dauerteilnehmer bereits den größten Teil der Bettenkapazität im Umkreis eines Zielortes in Anspruch nehmen. Um nicht noch jeden Tag etliche Kilometer zusätzlich mit Gepäck übers Land zu einer Unterkunft radeln zu müssen, wird immer öfter auf ein Zelt als Quartier zurückgegriffen. Für viele ein guter und kostengünstiger Kompromiss, da die Zelte ebenfalls durch den toureigenen Gepäcktransport befördert werden. Hinzu gesellen sich täglich, je nach Wochentag und Witterungsbedingungen, zwei- bis dreitausend Tagesteilnehmer, die nur eine Etappe mitfahren. Diese wohnen meist in der näheren Umgebung der Tourstrecke und fahren abends mit dem Rad wieder heim oder lassen sich abholen.

Tabelle 5

Daten und Fakten zur „SWR 4-Tour de Ländle“ (Quelle: SWR)

Jahr	Länge in km	Etappen	Haltepunkte	Dauerteilnehmer	Tagesteilnehmer/Tag	Gesamtteilnehmerzahl
1992	1 000	13	45	450	150-700	
1993	700	9	38	500	200-500	
1994	650	9	25	500	300-800	
1995	667	9	25	500	700-1 300	
1996	685	9	24	650	500-800	
1997	700	9	23	650	500-800	11 400
1998	670	9	22	650	950-1 900	17 600
1999	752	9	23	650	1 450-2 350	22 000
2000	690	9	23	650	1 650-2 850	25 000
2001	685	9	23	650	1 550-2 100	16 000
2002	552	8	22	650	1 800-3 000	18 300
2003	616	8	24	750	1 800-3 500	22 000

Allen Teilnehmern wird während der gesamten Tour ein umfassender Service geboten, welcher sich von der Aufwärmgymnastik (vgl. Abb. 3), über Verpflegung, Massage- und Reparaturservice, „Besenwagen“ (nimmt Zurückgebliebene auf), Gepäcktransport, bis hin zu kulturellen Besichtigungen und Abendmusikveranstaltungen erstreckt. Betreut werden alle Teilnehmer von radelnden Ordnern, den so genannten „Roten Radlern“, die während der ganzen Tour Tipps und Hinweise zum richtigen Radfahren geben und die Strecke mit absichern und ausschildern.



Abbildung 3. „SWR 4-Tour de Ländle“ – Aufwärmgymnastik, Gemeinschaftsunterkunft, Fahrerfeld

Die Tour verbindet in einzigartiger Weise ein sportliches Gemeinschaftserlebnis mit einem umfangreichen geselligen und kulturellen Angebot. Unter der Devise „der Weg ist das Ziel“ ist Ankommen alles und Schnelligkeit nichts. Der von der „Gesundheitskasse“, der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Baden-Württemberg, und vom Württembergischen Radsportverband (WRSV) unterstützte regionale Radiosender SWR 4 ist der Hauptveranstalter der Tour und wirbt vor, während und nach diesem „Volksfest auf Rädern“ mittels vernetzter massenmedialer Kampagne in Printmedien, Funk, Fernsehen und Internet. Unter dem Motto „Da sind wir daheim“ werden vorrangig „niederschwellige“ Aspekte wie Geselligkeit, Spaß und Unterhaltung in den Vordergrund gerückt, während Gesundheitsappelle und Präventionsgedanken in den Hintergrund treten.

Die „SWR 4–Tour de Ländle“ ist im Rahmen eigener Marketingaktivitäten von SWR 4 das größte Projekt und wird als erfolgreicher Erlebnisevent vermarktet, was darüber hinaus viele Prominente, Politiker und Sponsoren erkannt haben. Ein „Event“ (Veranstaltung) dient durch kommunikative Vermittlung emotionaler Erlebniswerte der Kundenbindung, Imagebildung und Erhöhung des Bekanntheitsgrades des Veranstalters sowie beteiligter Sponsoren (vgl. Dress, 1997). Entsprechend dem SWR 4-Motto: „Da sind wir daheim“, steht aber auch

das Bedürfnis, den Hörern die Augen für die Schönheit der Heimat zu öffnen, mit im Vordergrund. Zur sportlichen Vorbereitung auf die Tour gelten der eintägige „AOK-Radsonntag“ und die wöchentlich stattfindenden „AOK-Radtreffs“, beides Gemeinschaftsaktionen der AOK und der Radsportverbände in Baden-Württemberg. Beide Veranstaltungen werden seit Jahren unabhängig von einer Vereinsmitgliedschaft und kostenlos angeboten.

6.1.2 Der „AOK-Radsonntag“

Der „AOK-Radsonntag“ findet seit 10 Jahren alljährlich Mitte Juni statt und motivierte im Jahr 2000 an einem Tag dezentral über 85 000 Radfahrer (AOK Baden-Württemberg, 2003). Damit ist der in Zusammenarbeit mit SWR 4, den Radsportverbänden und der Aktion „Mobil ohne Auto“ stattfindende „AOK-Radsonntag“ die größte Radaktion im Land Baden-Württemberg. Ziel des „AOK-Radsonntags“ ist es, „die gesundheitsförderlichen Aspekte des Radfahrens und seine ökologischen und umweltschonenden Vorteile noch stärker in das Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit zu rufen“ (ebd., S.2). Mit seinem Angebot setzt er Zeichen für die Vorzüge des Radfahrens: gesunde Bewegung, gesunde Umwelt und gemeinsames Erlebnis. Ohne Zeitdruck können individuell oder in Gruppen mehr als 100 verschiedene Strecken von 20 bis 60 km per Rad absolviert werden. Das Angebot richtet sich an alle Fahrradbesitzer, egal ob jung oder alt, normal- oder übergewichtig, Alleinradler oder Familien, Einsteiger oder Fortgeschrittene. Vor allem aber für Einsteiger werden besondere Möglichkeiten geboten, da geführte Strecken von ausgebildeten AOK-Radtreflleitern angeboten werden. Explizit wird auch auf den „AOK-Radtreff“ aufmerksam gemacht.



Abbildung 4. Logo des „AOK-Radsonntags“ und „AOK-Radtreffs“

6.1.3 Der „AOK-Radtreff“

Zur Institutionalisierung von regelmäßigen sportlichen Aktivitäten stehen für ein breites Zielgruppenspektrum derzeit 177 „AOK-Radtreffs“ in Baden-Württemberg zur Verfügung. Diese vor bereits neun Jahren und mit dem Württembergischen Radsportverband initiierten Treffs werden von der AOK als primärpräventives Gesundheitsangebot eingeordnet und von ausgebildeten Radtreffleitern ein- bis zweimal wöchentlich angeleitet. Neben einem speziellen Einsteigerprogramm werden Tipps zum sicheren Fahren, Informationen über die Fitness und die neueste Fahrradtechnik geboten. Innerhalb des „AOK-Radtreffs“ wird ein dreiwöchiges Vorbereitungsprogramm „Fit für die Tour de Ländle“ durchgeführt. Das Angebot des „AOK-Radtreffs“ zielt u. a. auf eine langfristige Verbesserung der Lebensqualität der Teilnehmer ab. Neben dem Gesundheitsaspekt werden hier aber vor allem das gesellige Miteinander beim gemeinsamen Radfahren und der Spaß an der Sache in den Vordergrund gerückt.

6.2 Studiendesign

Bei der vorliegenden *entwicklungsorientierten Evaluation* handelt es sich um eine *prospektive Studie* mit mehreren Messzeitpunkten. Die anfallende Stichprobe wurde aus den drei Freizeitradsportangeboten Baden-Württembergs: die „SWR 4-Tour de Ländle“, der „AOK-Radsonntag“ und der „AOK-Radtreff“ rekrutiert (vgl. Tab. 6).

Tabelle 6
Studiendesign

Gruppe	T1	T2a	T2b	T3	Nonresponser
	Juni 2000	August 2000		Februar 2001	Februar 2002
	Prä	Event		Post	Telefon
Tour-Dauerteilnehmer	X	X	X	X	n = 50
		Prä (Event)		Post	
Tour-Selbstorganisierte		X		X	
Tour-Tagesteilnehmer		X		X	
	Prä (Event)				
AOK-Radsonntagsteilnehmer	X			X	
AOK-Radtreffsteilnehmer	X			X	

Die Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ erhielten zu drei Erhebungszeitpunkten - vor, während und nach der Tour - einen Fragebogen, entweder postalisch zugesandt oder direkt übergeben. Darüber hinaus liegen Daten aus einer per Telefoninterview erhaltenen Zufallsstichprobe von *Nonrespondern* der Dauerteilnehmer vor. Daten aus zwei Mess-

zeitpunkten (während und nach der Veranstaltung) lieferten die Tagesteilnehmer, die Selbstorganisierten, die AOK-Radsonntagsteilnehmer und die AOK-Radtreffsteilnehmer. Die Kattmese fand bei allen Stichproben ca. sechs bis acht Monate nach jedem Event statt, wobei neben allen angemeldeten Dauerteilnehmern jene Personen angeschrieben wurden, die ihre Adresse bei der ersten Erhebung mit angaben. Der Zeitraum von sechs Monaten erschien sinnvoll, da ca. 50% der Teilnehmer an organisierten Sportprogrammen das Training bereits während der ersten sechs Monate aufgeben (vgl. Dishman, 1986).

Eine Evaluation liefert Informationen, mit denen die primären Nutzer Veränderungen realisieren bzw. intern Entscheidungshilfen vorweisen können (vgl. Øvretveit, 2002). Primäre Nutzer der vorliegenden Evaluationsstudie sind SWR 4 und AOK - die Veranstalter der Events – aber auch der WRSV sowie Gesundheitswissenschaftler, die sich mit der brisanten Frage beschäftigen, wie bestimmte Zielgruppen angesprochen und zur aktiven Teilnahme an einem körperlichen Aktivitätsprogramm motiviert werden können. Somit ist es möglich, effizientere Aussagen über zielgruppenspezifische Angebote, in diesem Falle für “präventionsresistente“ Personen, zu treffen.

In der vorliegenden Evaluationsstudie werden drei verschiedene Freizeitradsportangebote miteinander vergleichen, aber nicht, um aus präventiver Sicht ein Angebot in Frage zu stellen, sondern vielmehr die charakteristischen Merkmale der Events einschließlich ihrer Kampagnen bzw. die Eigenheiten der teilnehmenden Personen herauszuarbeiten. Es handelt sich hierbei nicht um eine experimentelle Evaluation, obgleich mit sozialwissenschaftlichen Methoden gearbeitet wird und Hypothesen geprüft werden. Vielmehr wird die auf die Praxis fokussierte entwicklungsorientierte Perspektive verwendet, um den Veranstaltungsorganisatoren strategische Entscheidungshilfen zu geben und diese zu verbessern. Prospektive Messungen im Rahmen einer entwicklungsorientierten Perspektive gehen, die Wirkung betreffend, eher von Fragen als von Hypothesen aus (vgl. Øvretveit, 2002).

Als Evaluator nahm die Verfasserin der vorliegenden Arbeit unabhängig sowohl an der neuntägigen „SWR 4-Tour de Ländle“, als auch am „AOK-Radsonntag“ und einmal am „AOK-Radtreff“ teil. Die in individuellen Gesprächen mit den verschiedenen Teilnehmergruppen gesammelten Erfahrungen, der persönliche Eindruck von der körperlichen Belastung und der vorherrschenden Stimmung dieser Events halfen bei der Interpretation der erhobenen Daten. Als ideal erwies sich insbesondere bei der Tour de Ländle, dass Fragebögen an die Tagesteilnehmer und Selbstorganisierten Dauerteilnehmer durch aktive Teilnahme persönlich übergeben werden konnten.

6.3 Messinstrument

Zur Beantwortung der Untersuchungsfragen wurde ein multidimensionaler Fragebogen aus selbstentwickelten, modifizierten und komplett übernommenen Skalen bzw. Items verschiedener Quellen zusammengestellt. Dazu dienten vor allem:

- die Klassifikationsliste der beruflichen Stellung (Mayer & Schmidt, 1984; Pappi, 1979)
- die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL) von Averbek, Leiberich, Grote-Kusch, Olbrich, Schröder, Brieger & Schumacher (1997)
- der Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) von Dlugosch und Krieger (1995)
- der mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF) von Steyer, Schwenkmezger, Notz und Eid (1997)
- der Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKH) von Lohaus und Schmitt (1989)
- der Fragebogen zur Lebensqualität (WHO-QOL) von Angermeyer, Kilian und Matschinger (2000)
- die sportbezogenen Verhaltensstadien (vgl. Fuchs, 1997; Marcus, Rossi, Selby, Niuara & Abrams, 1992; Proschaska & DiClemente, 1986; Schmid, Keller, Jäkle, Baum & Basler, 1999).

Der Fragebogen operationalisiert Konstrukte zu soziodemographischen Daten und Lebensstildaten, zum Gesundheitsstatus und -verhalten sowie zur Einstellung. Des Weiteren liegen vor allem aus dem Tourtagebuch der Dauerteilnehmer Daten zum Service und zur Organisation rund um die „SWR 4-Tour de Ländle“ vor. Aufgrund der Vielzahl erhobener Variablen und des recht umfangreichen Datensatzes wird in der vorliegenden Arbeit jedoch nur auf die für die Fragestellung und Hypothesenbearbeitung relevanten Variablen eingegangen, die der Tabelle 7 zu entnehmen sind. Die Beschreibung der einzelnen Skalen und deren Kennwerte wurde in den entsprechenden deskriptiven Ausführungen vorgenommen. Die Fragebögen der drei Messzeitpunkte von den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ befinden sich in der Anlage. Auf die Dokumentation der aus je zwei Messzeitpunkten bestehenden Bögen der anderen Teilstichproben wird verzichtet, da diese Bögen denen der Tour-Dauerteilnehmer aus der ersten und dritten Befragung ähneln.

Alle ausgegebenen Messinstrumente waren mit einem Anschreiben der jeweiligen Organisationsverantwortlichen (SWR 4, AOK, WRSV) versehen. Ein zusätzlich mitgeliefertes

Hinweisblatt enthielt Erläuterungen zum Ausfüllen des Bogens sowie Informationen zur Anonymität bzw. zum Datenschutz (vgl. Anhang).

Tabelle 7

Variablen, Itemanzahl und Skalierung der im Messinstrument vorhandenen Konstrukte

Konstrukte	Variable	Items	Skalierung	Testverfahren
Demographie	Geschlecht	1	männlich/weiblich	Standard-Demographie
	Alter	1	Jahre	
	Gewicht/ Größe	2	Kilogramm/Meter	
	Kinderanzahl	1		
	Personen im Haushalt	1		
	Familienstand	1		
	Krankenkasse	1		
Sozio- ökonomie	Schulabschluss	1		gekürzte Fassung der Klassifikationsliste beruflicher Stellungen (Mayer & Schmidt, 1984)
	beruflicher Abschluss	1		
	berufliche Tätigkeit	1		
	eigene Einkommen	1	1= kein Eink. - 7= >6.000 DM	
	Haushaltseinkommen	1	offen (netto)	
Lebensstil	Radioprogramm	8	1=nie - 5=sehr oft	Schulze (1992, 2000) Hartmann (1999) Neu
	Radiobestandteile	7		
	Musik	12		
	Fernsehen	17		
	Lektüre	9		
	Freizeitveranstaltungen	10		
	Freizeitgestaltung	16		
	Einkauf	8		
Gesundheitsstatus	Body-Maß-Index		Gewicht/Körpergröße ²	
	körperl. Beschwerden	8	1=nie - 5=sehr oft	FEG
	körperlicher Zustand	1	1=sehr schlecht - 5=sehr gut	FEG
	körperliche Verfassung	1	1=überhaupt nicht - 5=sehr stark	SEL
	Lebensqualität	8	1=sehr schlecht - 5=sehr gut	SEL
	seelische Verfassung	2	1=überhaupt nicht - 5=sehr stark	SEL
Gesundheits- verhalten	körperliche Aktivität	11	1=nie - 5=täglich	FEG
	Aktivitätsdauer	1	in Minuten	u. a. Fuchs (1997)
	Verhaltensstadien	3	1=stimmt nicht - 5=stimmt völlig	
	Vereinsmitgliedschaft	1	ja/nein	
	Essverhalten	15	1=nie - 5=sehr oft	FEG
	Alkoholkonsum	3	1=nie - 5=sehr oft	FEG
	Rauchen	2	Anzahl/Dauer	FEG

7 Untersuchungsstichprobe

7.1 Auswahl der Stichprobe und Fragebogenrücklauf

Dem Gesamtprojekt liegen Daten aus 1 837 Fragebögen (inkl. 50 Telefoninterviews mit *Nonrespondern*) von zwei- bzw. dreimal befragten 1 171 Personen vor (vgl. Tab. 8). Somit kann eine sehr positive Resonanz auf die Umfrage verzeichnet werden, wobei in den einzelnen Stichprobengruppen die Rücklaufquoten etwas differieren.

Tabelle 8
Anzahl der Fragebogenrückläufe (in %)

Gruppe	T1	T2a & T2b	Adressen	T3	Kompletter Datensatz
Dauerteilnehmer n=671	461 (69%)	132 (20%)	671 (100%)	301 (45%)	T1-T3: 89 (13%) T1+T3: 285 (42%)
Selbstorganisierte	24		17 (71%)	14 (58%)	14 (58%)
Tagesteilnehmer	104		69 (66%)	47 (45%)	47 (45%)
Rote Radler	16				
Radsonntagsteilnehmer	173		70 (40%)	39 (23%)	39 (23%)
Radtreffsteilnehmer	322		94 (29%)	64 (20%)	64 (20%)
Radtreffleiter	71		31 (44%)	19 (27%)	19 (27%)

Anmerkungen:

Die Rücklaufquote bezieht sich bei den Dauerteilnehmern auf alle Angemeldeten (N=671) und bei den anderen Teilstichproben auf die Teilnehmerzahl zum ersten Messzeitpunkt (T1). Grau markierte Teilstichproben werden in die für die vorliegende Arbeit relevante Gesamtstichprobe (N=1 084) integriert.

Die größte und bedeutendste Untersuchungsstichprobe der vorliegenden Studie bilden die *Dauerteilnehmer* (DT) der „SWR 4-Tour de Ländle“, die vorrangig aus Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und anderen angrenzenden Bundesländern stammen. Aus dem Anmeldeformular zur Tour konnte die Adresse entnommen werden und so den Dauerteilnehmern vor und nach der Tour ein Fragebogen mit frankiertem Rückumschlag zugeschickt werden. Den zweiten Fragebogen in Form eines Tourtagebuches bekamen sie während der Tour am ersten Tag nach der Etappe persönlich überreicht. Diejenigen, die in der Gemeinschaftsunterkunft untergebracht waren, erhielten den Bogen am Eingang der Sporthalle. Pensions- bzw. Hotelgäste bekamen ihn im Bus auf der Fahrt dorthin. Von den 671 angemeldeten Dauerteilnehmern füllten 461 Personen (69%) den für die Fragestellung der Arbeit bedeutenderen ersten und 301 Personen (45%) den dritten Bogen aus. Der hauptsächlich für die Veranstaltungsevaluation dienende zweite Bogen in Form eines Tourtagebuches, dessen Daten es den Organisatoren erlauben, auf die Nutzung und Bewertung des umfangreichen Tourangebotes durch die Teilnehmer zu schließen, wurde lediglich von 132 Personen (20%) beantwortet. Insgesamt liegen von 89 Dauerteilnehmern (13%) komplette Datensätze aus allen drei Mess-

zeitpunkten vor. Daten aus der für die Fragestellung relevanteren ersten und dritten Befragung liefern 285 Personen (42%). Von den 210 Dauerteilnehmern, die nicht an den Umfragen teilnahmen, wurde im Februar 2002 eine Zufallsstichprobe von 50 Personen gezogen. Diese Nichtumfrageteilnehmer wurden mittels Telefoninterview nach sozioökonomischen Daten befragt, um eventuelle Gruppenunterschiede zwischen den Nichtumfrage- und Umfrageteilnehmern zu analysieren.

Die zweite Stichprobe bilden die *Selbstorganisierten Dauerteilnehmer* (SDT). Diese Gruppe wurde durch einen Aufruf im zweiten Zielort oder durch ein persönliches Gespräch während des Radfahrens auf die Befragung aufmerksam gemacht und der Fragebogen dann eigenhändig übergeben. Es erwies sich als nicht einfach, die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer in dem großen Fahrerfeld ausfindig zu machen. Es konnten 24 Personen, die die ganze Tour mitfahren und die Unterkunft selbst organisierten, kontaktiert und dazu angehalten werden, einen Bogen auszufüllen.

Die dritte Stichprobe stellen die *Tagesteilnehmer* (TT) dar, die nur eine Touretappe mitfahren und aus dem unmittelbaren Einzugsgebiet der Etappenstrecke stammen. Sie wurden täglich über einen Aufruf am Startort mit der Befragung kontaktiert und mit einem gekürzten Fragebogen ausgestattet, wobei ausschließlich die umfangreichen Fragen zum Lebensstil entfernt wurden. Insgesamt konnten 132 ausgefüllte Bögen in den Zielorten wieder eingesammelt werden. Weiterhin liegen Daten von 16 radelnden Ordnern, den Roten Radlern vor.

Die *AOK-Radsonntagsteilnehmer* (RST) stellen die vierte Stichprobengruppe dar. Im Start- und Zielbereich der zahlreich ausgeschilderten Strecken wurden durch die AOK-Mitarbeiter an 38 AOK-Ständen der jeweiligen Bezirksdirektionen Baden-Württembergs die Bögen an Teilnehmer verteilt, 173 wieder eingesammelt und an das eingerichtete Studienpostfach gesendet.

Die fünfte Stichprobe wurde bei den 177 in Baden-Württemberg stattfindenden „AOK-Radtreffs“ rekrutiert. Die *AOK-Radtreffleiter* (RTL) bekamen von einer der 38 AOK-Bezirksdirektionen Fragebögen für sich selbst und für die *AOK-Radtreffteilnehmer* (RTT). Diese wurden beim „AOK-Radtreff“ mit einem frankierten Rückumschlag verteilt, wovon 324 ausgefüllt, von den Teilnehmern einzeln oder z. T. von den Radtreffleiter (71 Bögen) gesammelt, wieder zurückgesendet wurden.

Von den Tagesteilnehmern, Selbstorganisierten, AOK-Radsonntag- und AOK-Radtreffteilnehmern, die ihre Adresse bei der ersten Befragung angaben und im Rahmen der

Katamnese angeschrieben wurden, antwortete die Mehrheit. Die für die Fragestellung relevante und aus fünf Teilstichproben bestehende Gesamtstichprobe setzt sich aus 1 084 Personen zusammen. Die Antworten der Roten Radler und der AOK-Radtreffleiter wurden gesondert ausgewertet und finden in der vorliegenden Studie keine Berücksichtigung.

7.2 Soziodemographische Merkmale

Insgesamt sind Männer mit 734 Personen (68%) doppelt so häufig wie Frauen vertreten, die 32% ($n=352$) der Gesamtstichprobe ausmachen. Das Alter der vorliegenden Stichprobe ist nach einem *Kolmogorov-Smirnov-Test* (*K-S-Test*) nicht normalverteilt und zeigt im Histogramm eine Rechtssteilheit auf. Mit einem Durchschnittsalter von 56 Jahren (*Median*) liegt hier eine ältere Stichprobe vor, während sich die Spannweite von acht (männlicher RST) bis 78 Jahre (weibliche RTT) erstreckt. Es wurden sieben Altersklassen gebildet, wobei die jüngste die 10- bis 19-Jährigen und die älteste die 70- bis 79-Jährigen darstellen.

Das Geschlechterverhältnis ist bei den unter 40-Jährigen relativ ausgewogen, driftet aber mit höherem Alter immer stärker auseinander (vgl. Abb. 5). Die ersten drei Altersgruppen bilden allerdings mit insgesamt 15% ($n=168$) sehr schwach besetzte Gruppen. Nach einem *U-Test nach Mann und Whitney* unterscheiden sich die Geschlechter in ihrem Durchschnittsalter signifikant voneinander ($p < .001$), wobei die Männer (*Median*=58) sieben Jahre älter als die Frauen (*Median*=51) sind. Generell kann gesagt werden, dass mit dem Ansteigen des Alters der Teilnehmer die Männer dominieren ($\chi^2(6, N=1\ 083) = 51.01, p < .001$).

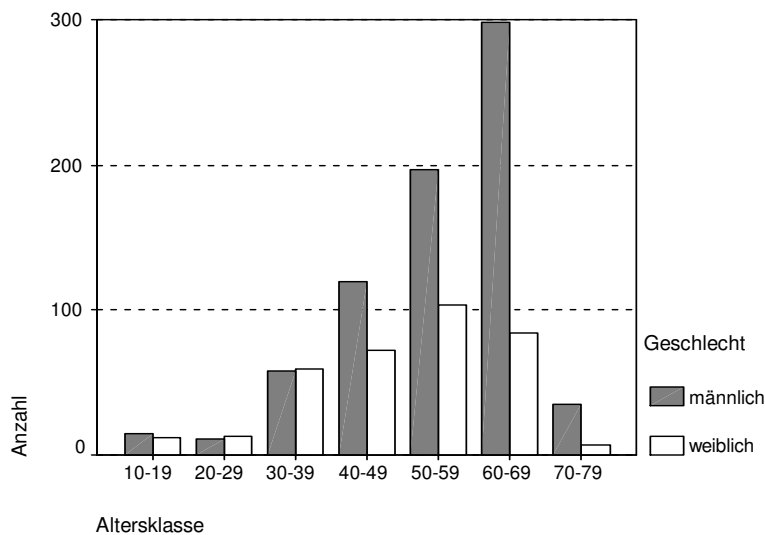


Abbildung 5. Geschlechtsspezifische Altersverteilung (N=1 083)

Unabdingbar für die Beantwortung der gestellten Untersuchungsfragen ist die Kategorisierung in soziale Schichten, die aus den zur Erklärung der sozialen Ungleichheit besonders geeigneten Merkmalen Bildung und berufliche Stellung erfolgt (vgl. Kap. 8.1). In Anlehnung an das bundesdeutsche Bildungssystem wurden deshalb zum einen nach dem höchsten Bildungsabschluss gefragt. Hier zeigte sich, dass die Hälfte der Stichprobe (52%) über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss verfügt. Dieses niedrige Bildungsniveau erklärt sich aus der Alterszusammensetzung. Generell gilt, dass ältere Personengruppen über ein niedrigeres Bildungsniveau als jüngere Jahrgänge verfügen ($\chi^2(24, N=1\ 056) = 54.06, p < .001$). Dies geht auf die Änderung der Bildungsstruktur in den 1970er Jahren zurück. Der Ausbau von Bildungsangeboten hatte zur Folge, dass höhere Abschlüsse stark zunahmen. Die Tabelle 9 verdeutlicht diesen Bildungsschub. Je jünger die Personen sind, umso weniger Haupt- bzw. Volksschulabschlüsse liegen zugunsten von Realschulabschlüssen vor. Dieser Einwand betrifft aber gerade einmal 14% der Stichprobe, nämlich die unter 40-Jährigen, zu deren Schulzeit sich die Umstrukturierung gerade vollzog. Da heutzutage aber nur noch selten jemand mit einem Haupt- oder Volksschulabschluss einen höheren Berufsstatus erreichen kann, wie es früher der Fall war, relativiert sich dieser Einspruch in Bezug auf die Operationalisierung der sozialen Schicht wieder.

Tabelle 9

Häufigkeit der Bildungsabschlüsse nach Geschlecht und Alter (in %)

Bildungsabschluss	m n=716	w n=340	Gesamt N=1 055	Alter Median	< 30 n=31	30-39 n=117	40-49 n=190	50-59 n=298	60-69 n=378	> 70 n=41
keinen Abschluss	3	1	2	61	3	2	1	1	3	5
Haupt-/Volksschule	53	48	52	60	16	29	35	51	68	73
Realsch./Mittl. Reife	17	36	24	50	45	45	29	22	15	5
Abitur/ FH-Reife	6	6	6	46	26	9	9	5	4	5
Fach-/ Hochschule	21	9	16	51	10	15	26	21	10	12

Geschlechtsspezifisch existiert ein beachtlicher Unterschied in Bezug auf die Bildung ($\chi^2(4, N=1\ 056) = 54.06, p < .001$). Während der Haupt- bzw. Volksschulabschluss sowohl bei den Männern (53%) als auch bei den Frauen (48%) am häufigsten vorkommt, haben die Frauen mit 36% doppelt so häufig wie die Männer (17%) einen Realschulabschluss absolviert. Dafür schlugen die Männer mit 21% mehr als doppelt so häufig wie die Frauen (9%) erfolgreich den Weg des Studiums ein.

Zum anderen erfolgte die Frage nach der beruflichen Tätigkeit in Anlehnung an die gängigen Berufsgruppenlisten aus der Sozialforschung (vgl. Mayer & Schmidt, 1984). Dabei

gaben die Rentner ihren Berufsstatus vor dem Eintritt ins Rentnerleben an. Aus der Tabelle 10 wird ersichtlich, dass der größte Teil (47%) in einem Angestelltenverhältnis beschäftigt ist bzw. war. Dieser Anteil nimmt bei den älteren Teilnehmern ab, wohingegen der Anteil der Arbeiter zunimmt. Die Arbeiter bilden mit 28% die zweitgrößte Berufsgruppe, gefolgt von den Beamten (13%). Bei diesen beiden Berufsgruppen dominieren jeweils die Männer. Die Frauen überwiegen hingegen bei den Angestellten (60% vs. 43%) und bei der Gruppe der sonstigen Berufstätigkeiten (12% vs. 1%), unter denen u. a. die Hausfrauen eingeordnet wurden. Insgesamt unterscheiden sich sowohl die Geschlechter (χ^2 (5, $N=1\ 032$) =112.71, $p<.001$) als auch die Altersklassen (χ^2 (24, $N=1\ 031$) =666.48, $p<.001$) in Bezug auf den Berufsstatus signifikant voneinander.

Tabelle 10

Häufigkeit der gruppierten beruflichen Tätigkeiten nach Geschlecht und Alter (in %)

Berufsstatus	m n=716	w n=340	Gesamt N=1 031	Alter Median	< 30 n=31	30-39 n=117	40-49 n=190	50-59 n=298	60-69 n=378	> 70 n=41
Arbeiter	32	19	28	60	13	26	19	20	39	43
Angestellte	42	58	47	54	38	59	59	47	41	31
Beamte	17	4	13	55	3	6	15	20	9	14
Selbständige	7	4	6	59		5	4	6	7	12
Auszubildende	1	2	1	17	38					
Sonstiges	1	12	5	53	8	4	3	7	4	

73% aller Teilnehmer sind verheiratet, 78% haben im Schnitt zwei Kinder und leben zu zweit in einem Haushalt, wobei die verheirateten Personen mehr Kinder haben und mit mehr Personen in einem Haushalt leben. Nachfolgend werden die soziodemographischen Daten aller fünf Teilstichproben gegenübergestellt (vgl. Tab. 11) und einzeln kurz abgehandelt.

Tabelle 11

Soziodemographische Daten der Gesamtstichprobe und der fünf Teilstichproben

Merkmal	Statistik	Gesamt	DT	SDT	TE	RST	RTT
Gesamt	N	1 084	461	24	104	173	322
Männer	n/ (%)	734 (68)	344 (74)	21 (87)	84 (80)	104 (60)	181 (56)
Frauen	n/ (%)	352 (32)	118 (26)	3 (13)	20 (20)	70 (40)	141 (44)
Alter	Median	56	59	58.5	52.5	47	55
> 30	n/ (%)	51 (5)	16 (3)	1 (4)	6 (6)	20 (12)	8 (2)
30-39	n/ (%)	117 (11)	31 (7)		9 (9)	29 (17)	48 (15)
40-49	n/ (%)	191 (18)	56 (12)	7 (30)	22 (21)	47 (28)	59 (18)
50-59	n/ (%)	300 (28)	137 (30)	5 (21)	35 (34)	33 (19)	90 (28)
60-69	n/ (%)	382 (35)	203 (44)	11 (46)	29 (28)	37 (22)	102 (32)
< 70	n/ (%)	42 (3)	18 (4)		3 (3)	5 (3)	15 (5)

Merkmal	Statistik	Gesamt	DT	SDT	TE	RST	RTT
Kinder	Median	2	2	2	2	2	2
im Haushalt	Median	2	2	2	2	2	2
verheiratet	n/ (%)	782 (72)	325 (71)	13 (54)	76 (72)	117 (69)	251 (78)
Einkommen	in DM	3-4 000	3-4 000	4-6 000	3-4 000	3-4 000	2-3 000
Bildungsabschluss	Haupt-/Volkss.	52%	55%	30%	48%	38%	56%
	Mittlere Reife	23%	21%	4%	21%	27%	26%
	Abitur	6%	4%	4%	10%	12%	5%
	Hochschule	17%	16%	56%	20%	20%	12%
Berufliche Tätigkeit	Arbeiter	28%	30%	17%	26%	18%	30%
	Angestellt	47%	46%	46%	49%	50%	47%
	Beamter	13%	11%	21%	16%	23%	10%
	Selbständig	6%	7%	13%	5%	4%	5%

7.2.1 Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“

Männer sind mit 74% dreimal häufiger als Frauen vertreten. Werden die von SWR 4 erhobenen soziodemografischen Daten der Dauerteilnehmer aus dem Jahr 1993 herangezogen (vgl. SWR 4, 1993), dann sank über sieben Jahre hinweg der Anteil der Frauen von 39% auf 26%. Eine mögliche Erklärung hierfür wären die spartanischen Bedingungen der Gemeinschaftsunterkünfte in Sporthallen. Die Hemmschwelle, hier zu übernachten, liegt bei den Frauen sicher um einiges höher als bei den Männern. Darüber hinaus dürfte das in den letzten Jahren zunehmend schwierigere Streckenprofil vor allem für Frauen ein Hinderungsgrund bedeuten.

90% der Dauerteilnehmer sind über 40 Jahre alt (*Median*=59), was u. a. auf den Veranstalter der Tour, SWR 4, mit seinem auf diese Zielgruppe ausgerichteten volkstümlichen Programm zurückgeführt werden kann. Das Durchschnittsalter ist von 1993 bis 2000 von 48 auf 59 Jahre angestiegen, so dass die Dauerteilnehmer mit der Tour quasi „mitgealtert“ sind. 41% geben an, Rentner zu sein. Der jüngste Teilnehmer war 13 und der älteste 77 Jahre alt.

Die Frage nach dem höchsten Schulabschluss zeigt, dass über die Hälfte (55%) einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss, 21% die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss, 4% das Abitur und 16% ein Hochschulstudium abgeschlossen haben. Die meisten Dauerteilnehmer sind zu den Angestellten (46%) und zu den Arbeitern (30%) zu zählen. Das sich im Durchschnitt auf 3 000 DM (ca. 1 500 €) belaufende Netto-Einkommen ist relativ gering. 70% der Dauerteilnehmer sind verheiratet, haben im Durchschnitt zwei Kinder und leben zu zweit in einem Haushalt.

Die Daten der an der Umfrage teilgenommenen 461 Dauerteilnehmer (Umfrageteilnehmer) können als repräsentativ für die gesamten 671 Tour-Dauerteilnehmer angesehen werden, da 50 Telefoninterviews mit Dauerteilnehmern, die nicht an der Umfrage teilgenommen haben (Nichtumfrageteilnehmer), keine Differenzen bzgl. soziodemographischer Merkmale ergaben. Die Umfrageteilnehmer (*Median*=59) waren ein Jahr jünger als die Nichtumfrageteilnehmer (*Median*=60), unter denen 5% mehr Frauen (30% vs. 25%) waren. Auch unterscheiden sich der Familienstand, der Bildungsgrad und der Berufsstatus nicht voneinander.

7.2.2 *Selbstorganisierte Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“*

Die Selbstorganisierten setzen sich sogar zu 87% aus Männern zusammen. Ein ausschlaggebender Grund für Frauen, nicht selbstorganisiert an der ganzen Tour teilzunehmen, könnte die unkomfortablere Unterkunft in Zelten oder fernab vom Zielort sein. Der Altersdurchschnitt liegt bei 58.5 Jahre (*Median*) und nahezu alle Selbstorganisierten (99%) sind zwischen 40 und 69 Jahre alt. Knapp ein Drittel (30%) verfügt über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und mehr als die Hälfte (56%) über ein abgeschlossenes Hochschulstudium. Damit stellen sie die am meisten gebildete Personengruppe innerhalb der Studie dar. Der hohe Bildungsabschluss spiegelt sich auch in der beruflichen Tätigkeit (21% Beamte, 13% Selbständige) sowie im höheren Netto-Einkommen (54% über 4 000 DM, ca. 2 000 €) wider. Unter den Selbstorganisierten sind die meisten Singles (29%) vertreten und nur etwa die Hälfte (54%) ist verheiratet. Dennoch geben sie wie die anderen Gruppen im Durchschnitt an, zwei Kinder zu haben und zu zweit in einem Haushalt zu leben.

7.2.3 *Tagesteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“*

Auch bei den Tagesteilnehmern sind mit 80% überwiegend Männer vertreten. Ein möglicher Grund für die geringe Frauenquote kann die zu organisierende Logistik der Rückfahrt nach Etappenende sein oder die gestiegenen Leistungsanforderungen der letzten Jahre. 85% der Tagesteilnehmer sind über 40 Jahre alt, jedoch bilden sie mit einem Durchschnittsalter von 52.5 Jahre (*Median*) die jüngste Gruppe der Tourteilnehmer. Die Hälfte (48%) verfügt über einen Haupt- bzw. Volksschulabschluss und 21% über die Mittlere Reife bzw. einen Realschulabschluss. 10% können mindestens das Abitur und weitere 20% ein abgeschlossenes Hochschulstudium vorweisen. Die meisten sind als Angestellte (49%) und Arbeiter (26%) tätig. Der Netto-Durchschnittsverdienst liegt bei 3 000 DM (ca. 1 500 €). 72% sind verheiratet, haben durchschnittlich zwei Kinder und leben in einem Zweipersonenhaushalt.

7.2.4 Teilnehmer des AOK-Radsonntags

Die Geschlechterverteilung bei den Radsonntagteilnehmern sieht mit 60% Männern zu 40% Frauen ausgewogener aus als bei den Tourteilnehmern. Mit einem Durchschnittsalter von 47 Jahre (*Median*) bilden sie die jüngste Gruppe der Studie. 29% sind unter 40 Jahre alt. Die Radsonntagteilnehmer bilden die Gruppe mit den meisten Mittlere Reife- bzw. Realschulabschlüssen (27%). 12% haben das Abitur beendet und weitere 20% ein Studium abgeschlossen. Trotz höherem Bildungsniveau und obwohl sie die größte Gruppe der Angestellten (50%) und Beamten (23%) darstellen, verfügen sie mit 2 500 DM (ca. 1 250 €) über ein geringeres Netto-Einkommen als die Dauerteilnehmer und Tagesteilnehmer. Bei einer genauen Analyse des Einkommens fällt auf, dass es unter ihnen viele gut gebildete Frauen (74%) gibt, die unter 1 000 DM (ca. 500 €) verdienen und als Hausfrauen mit Nebentätigkeiten eingeordnet werden. 69% sind verheiratet, haben ebenfalls zwei Kinder und leben zu zweit in einem Haushalt.

7.2.5 Teilnehmer des AOK-Radtreffs

Mit 56% Männern ist das Geschlechterverhältnis bei den Radtreffteilnehmern am ausgewogensten. 83% sind über 40 Jahre und im Durchschnitt 55 Jahre (*Median*) alt. Die Radtreffteilnehmer stellen die Gruppe mit dem niedrigsten Bildungsniveau dar, da 56% Haupt- bzw. Volksschulabgänger sind und 26% einen Mittlere Reife- bzw. Realschulabschluss absolviert haben. Auch gehören die meisten zu den Arbeitern (30%) und zu den Angestellten (47%). Mit einem Netto-Einkommen von 2 500 DM (ca. 1 250 €) monatlich sind sie den gering Verdienenden zuzuordnen. Dafür führen sie die Quotenliste der Verheirateten mit 78% an, haben im Durchschnitt zwei Kinder und leben zu zweit in einem Haushalt.

7.3 Repräsentativität der Stichprobe

Die vorliegende Studie erhebt keinen Anspruch auf Repräsentativität. Das Ziel ist es, sozioökonomische und Lebensstil-Daten sowie gesundheitsrelevante Merkmale und Verhaltensdeterminanten von Personen zu sammeln, die an einem organisierten und als präventiv einzuordnenden Bewegungsangebot teilnehmen. Es gab keinerlei Beschränkungen, die zum Ausschluss von Personen für die Auswahl der Stichproben führten. Alle Personen haben freiwillig an den Befragungen teilgenommen. Zur Beurteilung der Stichprobenqualität wurden die vorliegenden Daten mit der für die 18- bis 79-Jährigen repräsentativen westdeutschen Bevölkerungsstatistik des Bundesgesundheits surveys (vgl. Bellach et al., 1998) vergli-

chen, wobei sich hinsichtlich soziodemographischer Merkmale einige Abweichungen ergaben.

Der Frauenanteil der westdeutschen Bevölkerung (51%) konnte mit insgesamt 32% in der vorliegenden Studie nicht wiedergegeben werden. Die Frauenquote im „AOK-Radtreff“ war mit 44% am höchsten, die bei den Dauerteilnehmern der Tour mit 26% am geringsten. Bezüglich der Altersverteilung sind die älteren Jahrgänge zu stark vertreten, die jüngeren hingegen zu schwach besetzt. Lediglich die Gruppe der AOK-Radsonntagteilnehmer nähern sich hinsichtlich der Altersverteilung der Bevölkerungsverteilung an. Mit Blick auf die Mitgliederstruktur des Bundes Deutscher Radfahrer, der Dachorganisation des Radsports in Deutschland, relativiert sich diese Feststellung. Mit 73% im Verein organisierten männlichen Mitgliedern wird das Radfahren als Männerdomäne bestätigt und unabhängig vom Geschlecht, ist die Altersgruppe zwischen 41 bis 60 Jahren ebenfalls am stärksten vertreten (DSB, 2002).

Der Anteil der Haupt- bzw. Volksschulabsolventen fällt im Vergleich zur Bevölkerung etwas niedriger aus. Demgegenüber ist die Quote der Realschulabsolventen und Abiturienten der Teilnehmer etwas höher ($\chi^2 (2, N=1\ 056) = 102.44, p < .001$). Bei den Dauer- und Radtreffteilnehmern hält der Bildungsabschluss ebenso wie der Berufsstatus den Vergleichsdaten am ehesten stand. Während in der Gesamtstichprobe der Anteil der Arbeiter- und Selbständigen etwas zu niedrig ausfällt, sind die Angestellten und Beamten überproportional vertreten ($\chi^2 (3, N=970) = 65.74, p < .001$).

Insgesamt kann resümiert werden, dass in der vorliegenden Gesamtstichprobe im Vergleich zur Bevölkerung mehr männliche und ältere Personen anzutreffen sind. Für die Beantwortung der Kernfrage, ob es einem erlebnisorientierten Event mit zielgruppenspezifischer Kommunikation gelingt, „präventionsresistente“ Personen vor allem aus der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und demnach zum gesundheitsrelevanten Bewegungsverhalten zu motivieren, ist die Abweichung von den repräsentativen Vergleichsdaten hinsichtlich Alter und Geschlecht allerdings wenig relevant.

8 Zur vertikalen und horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit

8.1 Zur sozialen Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer

Um die sozial determinierten Fragestellungen beantworten zu können, wird der *soziale Schichtindex* als unabhängige Variable herangezogen. Dieser gilt als Erklärungsfaktor für bestimmte Verhaltensweisen bzw. gesundheitliche Unterschiede und weist als Determinante der körperlichen Aktivität offenbar einen hohen Einfluss auf.

8.1.1 Operationalisierung der Gruppenvariable 'soziale Schicht'

Die Grundannahme bei der Anwendung eines Schichtindex besteht darin, dass „eine Gesellschaft vertikal gegliedert ist und die sozialen Positionen nach Sozialprestige eingeordnet werden können“ (Hoffmeister et al., 1992, S.26). Die zur sozialen Ungleichheit existierenden Studien greifen jedoch fast alle auf unterschiedlich gebildete Schichtindizes zurück. Bisher gibt es noch keine einheitliche Festlegung, mit wie vielen und welchen Merkmalen der soziale Schichtindex gebildet werden sollte. Auch die Schichtanzahl und deren Grenzziehung variiert in den unterschiedlichen Studien. In jüngster Zeit gab die „Arbeitsgruppe epidemiologische Methoden“ eine Empfehlung zur Messung der sozialen Ungleichheit mit Hilfe der drei vertikalen Merkmale Bildung, beruflicher Status und Einkommen heraus (vgl. Jöckel et al., 1998). Bereits 1970 stellte Scheuch die Bedeutsamkeit dieser drei als besonders erklärungskünftig erwiesenen Merkmale heraus, deren Variablen folgende sind:

- Bildungsniveau: Schulbildung und berufliche Ausbildung
- Beruflicher Status: aktuell oder früher ausgeübte berufliche Tätigkeit
- Einkommen: gewichtetes Haushalts-Nettoeinkommen.

Wie in den meisten Studien wurde auch in der vorliegenden Untersuchung die Frage nach dem Haushalts-Nettoeinkommen nur teilweise beantwortet. Anders sah es bei dem eigenen Nettoeinkommen aus. Hier liegen von den meisten befragten Teilnehmern Daten vor. Dennoch wurde das Einkommen in der vorliegenden Untersuchung nicht zur Bildung des sozialen Schichtindex mit herangezogen, da das „eigene Nettoeinkommen“ in Verbindung zu den anderen Merkmalen zu widersprüchlichen Ergebnissen führen kann. So können etwa Akademiker arbeitslos oder Hausfrauen hoch gebildet sein, wie z. B. bei den AOK-Radsonntageteilnehmern (vgl. Kap. 7.2.4). Um niemanden zu benachteiligen, wird der Index deshalb nur aus zwei Merkmalen gebildet, das erhobene eigene Nettoeinkommen aber zur Untermauerung mit herangezogen. Diese Vorgehensweise erfolgt in Anlehnung an die Ope-

rationalisierung des Schichtindex von Oppen (1998), die in ihrer Untersuchung das Sportengagement in den sozialen Schichten verglich. Außerdem „haben verschiedene Studien gezeigt, dass Beruf und Bildung tatsächlich die wichtigsten Komponenten eines Schichtungsmodells darstellen“ (Siegrist, 1995, S.64).

In der vorliegenden Studie erfolgt die Einteilung in soziale Schichten demnach aus den zur Erklärung der sozialen Ungleichheit besonders geeigneten Merkmalen *Bildungsniveau* und *Berufsprestige* (vgl. Tab. 12). Diese beiden Merkmale hängen eng miteinander zusammen, denn mit der besseren Ausbildung steigt die Chance auf einen höheren beruflichen Status. Um die Komplexität des sozialen Status zu erfassen, ist laut Mielck (2000) eine getrennte Untersuchung der Merkmale sinnvoll, wobei deren Kombination die Erklärungskraft gegenüber den einzelnen Indikatoren bzw. deren Summe erhöht.

Tabelle 12

Punktwerte zur Konstruktion des sozialen Schichtindex

Schulbildung		Punktwert
	ohne Schulabschluss	1
	Haupt-/Volksschulabschluss	2
	Realschulabschluss	3
	Abitur/Fachabitur	4
	Hochschul-/Fachhochschulabschluss	5
Berufstätigkeit		
Arbeiter/in	ungelernt	1
	angelernt	1
	Facharbeiter/in	2
	Vorarbeiter/in oder Kolonnenführer/in	2
	Meister/in	3
Angestellte/r	„einfache Tätigkeit“ (z. B. Kassiererin)	2
	selbstständig nach Anweisung (z. B. Sachbearbeiter/in)	3
	Leitungsfunktion mit begrenzter Verantwortung (z. B. Abt.-Leiter/in)	4
	Führungsfunktion (z. B. Direktor/in; Geschäftsführer/in)	5
Beamter/in	Einfacher Dienst	2
	Mittlerer Dienst	3
	Gehobener Dienst	4
	Höherer Dienst	5
selbstständige/r Landwirt /in		2
selbstständig in Handel, Gewerbe oder Dienstleistung		4
Freiberufler (z. B. Steuerberater/in, Anwalt)		5
Mithelfende/r Familienangehörige/r & Hausfrauen		2

Basierend auf dem *Scheuch-Index* (Scheuch, 1970) wurde ein Drei-Schichtenmodell (Unter-, Mittel- und Oberschicht) gewählt. Eine Aufteilung in ein zahlreicheres Schichtenmodell

ist hinsichtlich der nachfolgenden statistischen Analysen nicht zweckmäßig, da z. B. der Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und den drei alltagsästhetischen Schemata (Lebensstile) untersucht werden soll. In Anlehnung an Opper (1998) wird folgendermaßen vorgegangen: Für die Variablen Schulbildung und Beruf werden jeweils Punktwerte von eins bis fünf vergeben und zu einem *additiven Index* von minimal zwei und maximal 10 summiert (vgl. Tab. 12). Damit jede Schicht die gleiche Anzahl von Indexwerten einschließt, erfolgt die Grenzziehung mathematisch. Aus der *Indexsumme* wird so die Unterschicht (2-4 Punkte), Mittelschicht (5-7 Punkte) und Oberschicht (8-10 Punkte) klassifiziert.

Arbeitslose oder Rentner gaben den Beruf an, den sie vor dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit oder ins Rentnerleben ausübten. Alle Personen, die sich noch in der Ausbildung (1.4%) befanden bzw. keinen Beruf oder Schulabschluss nannten, wurden bei der Bildung des Schichtindex (5.9%) nicht berücksichtigt.

8.1.2 Soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer

Gemäß der vorgenannten Operationalisierung kann der soziale Schichtindex für 1 024 Personen ausgewiesen werden. 29% sind der Unterschicht, 52% der Mittelschicht und 19% der Oberschicht zuzuordnen, wobei der so genannte „Mittelstandsbauch“ deutlich erkennbar ist. Anhand eines *Chi²-Test*, „der überprüft, ob sich die beobachtbaren Häufigkeiten signifikant von den erwarteten Häufigkeiten unterscheiden“ (Bühl & Zöffel, 2000, S.225) differenzieren sich die geschlechtsspezifischen Schichtzugehörigkeiten ($\chi^2 (2, N=1\ 024) = 19.26, p < .001$). Während die Männer in der Oberschicht deutlich überrepräsentiert sind, lässt sich eine stärkere Präsenz der Frauen in der Mittelschicht festhalten (vgl. Tab. 13).

Tabelle 13

Häufigkeit der soziale Schichtzugehörigkeit nach Geschlecht (in %)

soziale Schicht		Geschlecht		Gesamt
		männlich	weiblich	
Unterschicht	Anzahl	199	97	296
	% von Geschlecht	28.3	30.2	28.9
Mittelschicht	Anzahl	342	187	529
	% von Geschlecht	48.6	58.3	51.7
Oberschicht	Anzahl	162	37	199
	% von Geschlecht	23.0	11.5	19.4
Gesamt	Anzahl	703	321	1 024
	% von Geschlecht	100	100	100

Die soziale Schicht ist ebenfalls altersabhängig (*H-Test* $p < .001$). Die Unterschichtangehörigen bilden mit 60.5 Jahren (*Median*) die älteste Gruppe, während die Mittelschicht durch-

schnittlich viereinhalb Jahre (*Median*=56) und die Oberschicht knapp 10 Jahre (*Median*=51) jünger ist. Anhand der Kontingenztafel wird erkennbar, dass mit zunehmendem Alter der Unterschichtanteil steigt, während der Anteil der Mittelschicht soweit sinkt, dass ein „Mittelstandsbauch“ unter den Älteren nicht mehr erkennbar ist ($\chi^2(12, N=1\,023) = 73.61, p < .001$). Die Oberschichtangehörigen sind besonders in den mittleren Jahrgängen stark vertreten (vgl. Abb. 6).

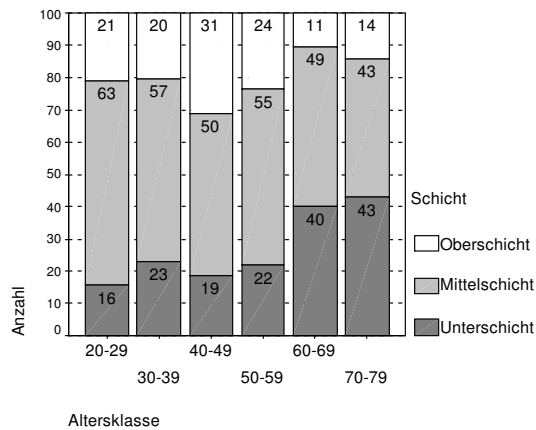


Abbildung 6. Häufigkeit der sozialen Schicht nach Altersklassen (in %, N=1 023)

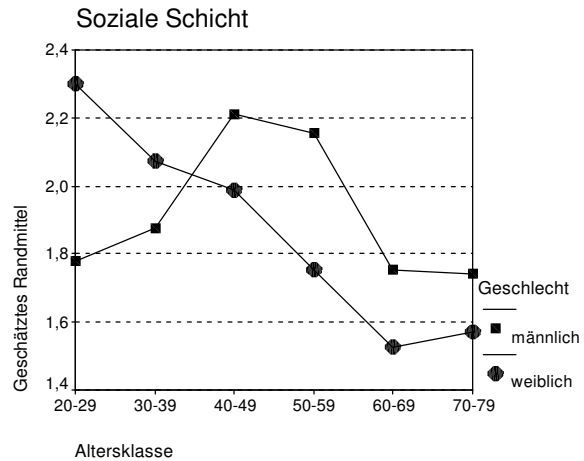


Abbildung 7. Soziale Schicht in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht (N=1 023)

Wird die soziale Schicht aufgrund der großen Stichprobe als stetige Größe in Abhängigkeit von Geschlecht und Alter modelliert, ist ersichtlich, dass jüngere Frauen einen höheren sozialen Status als Männer aufweisen, der jedoch mit dem Alter stetig abnimmt (vgl. Abb. 7). Bei den Männern nimmt er hingegen bis zur Altersklasse der 40-Jährigen erst einmal zu, um dann wieder auf das Ausgangsniveau abzusinken. Eine Erklärung für diese Wechselwirkung zwischen Geschlecht und Alter könnte in der Ausbildungszeit liegen, da die befragten Männer häufiger den längeren Ausbildungsweg des Studiums gewählt haben, die Frauen hingegen eher in das Berufsleben eingestiegen sind. Nach dem 30. Lebensjahr beenden viele Frauen die berufliche Karriere zugunsten der Kindererziehung und üben, wenn überhaupt, nur noch einen niedrig bewerteten Job aus. Demgegenüber haben die Männer das Studium abgeschlossen und steigen als Akademiker in das Berufsleben ein. Der niedrige soziale Status der Älteren dürfte jedoch eher der Bildungsreform in den siebziger Jahren zuzurechnen sein, von der heute die jüngeren Jahrgänge profitieren.

Ein Vergleich mit repräsentativen Schichtverteilungen ist insofern etwas problematisch, da präzise Zahlenvergleiche durch unterschiedliche Indexkonstruktionen in den verschiede-

nen Untersuchungen erschwert werden. Dennoch sollen die vorliegenden Ergebnisse mit der repräsentativen westdeutschen Bevölkerungsstatistik des BGS von 1998 (vgl. Knopf, Ellert & Melchert, 1999) verglichen werden (vgl. Tab. 14). In beiden Schichtverteilungen ist eine Dominanz der Mittelschicht erkennbar. Dennoch unterscheidet sich die Schichtverteilung der befragten Teilnehmer signifikant (χ^2 (2, $N=1\ 024$) =20.67, $p<.001$) von der der BGS-Gesamtstichprobe. Dies liegt vor allem in dem höheren Unterschichtanteil der vorliegenden Studie begründet, der sich auch bei dem geschlechtsabhängigen Vergleich der Schichtverteilungen bemerkbar macht. Dabei unterscheiden sich sowohl die befragten Männer (χ^2 (2, $N=703$) =22.68, $p<.001$) als auch die Frauen (χ^2 (2, $N=321$) =15.64, $p<.001$) von den geschlechtsspezifischen Schichtverteilungen des BGS.

Tabelle 14

Soziale Schichtzugehörigkeit der Gesamtstichprobe im Vergleich zur Bevölkerung (in %)

soziale Schicht	Freizeitsportler			BGS - Studie		
	Gesamt N = 1 024	Männer n = 703	Frauen n = 321	Gesamt N = 4 541	Männer n = 2 218	Frauen n = 2 323
Unterschicht	29	28	30	23	21	25
Mittelschicht	52	49	58	55	54	55
Oberschicht	19	23	12	22	25	20

Obgleich das Einkommen aus oben erwähnten Gründen nicht bei der Konstruktion des Schichtindexes berücksichtigt wurde, soll es nachfolgend zur Untermauerung herangezogen werden. Unabhängig vom Einkommen wird der zu 90% in gesetzlichen Krankenkassen versicherten deutschen Bevölkerung der gleiche Zugang zu medizinischen Leistungen gewährt. Zusätzliche Ausgaben für Gesundheitspflege, wie z. B. für Verbandstoff, Brillen, Massagen, Vitaminpräparate, Selbstmedikationen oder Eigenleistungen bei Zahnersatz, die nicht von den Krankenkassen finanziert werden, steigen jedoch mit zunehmendem Haushaltsnettoeinkommen kontinuierlich an (vgl. SBA, 1998). Während die untere Einkommensgruppe nur ca. 3.50 € pro Kopf und Monat für Gesundheitspflege ausgibt, sind es in den anderen Einkommensgruppen ca. 10 €.

Bei der Frage nach dem eigenen Netto-Einkommen (in DM) konnte zwischen sieben Einkommenskategorien gewählt werden, nämlich von 1=kein eigenes Einkommen bis 7=6 000 DM und mehr (ca. 3 000 € und mehr). Dabei ist erkennbar, dass das Einkommen mit der Erhöhung der sozialen Schicht signifikant (χ^2 (12, $N=959$) =337.19, $p<.001$) ansteigt (vgl. Abb. 8). Erwartungsgemäß, denn je besser die Bildung und der berufliche Status, desto höher sind

eben auch die Verdienstmöglichkeiten. Allerdings kann aus dem eigenen Netto-Einkommen nicht auf das vorhandene Vermögen geschlussfolgert werden.

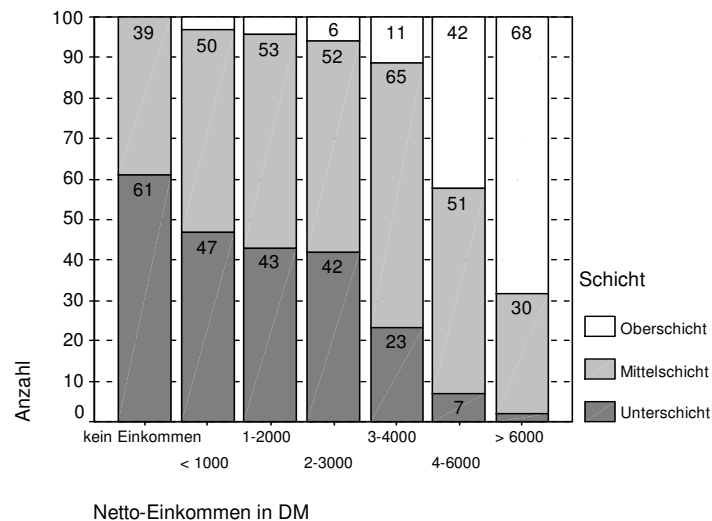


Abbildung 8. Netto-Einkommen in Abhängigkeit zur Schichtzugehörigkeit (in %)

Geschlechtsspezifisch existiert bezüglich des Einkommens ein deutlich signifikanter Unterschied ($\chi^2(6, N=1\ 001) = 380.23, p < .001$). Bekanntermaßen verdienen Männer durchschnittlich mehr als Frauen (vgl. Hoffmeister et al., 1992), nicht zuletzt, weil den meisten Frauen die Kinderbetreuung obliegt und ihnen deshalb weniger Zeit für die berufliche Karriere zur Verfügung steht. Das monatliche Nettoeinkommen der Männer beträgt im Durchschnitt ca. 3 000 bis 4 000 DM (ca. 1 500 bis 2 000 €), das der Frauen liegt bei ca. 1 000 bis 2 000 DM (ca. 500 bis 1 000 €). Darüber hinaus besteht ein altersabhängiger Einkommensunterschied ($\chi^2(36, N=998) = 312.62, p < .001$). Während das Einkommen bis zu den 50- bis 59-Jährigen ansteigt, fällt es, wie erwartet, mit dem Eintritt ins Rentenalter wieder ab (*H-Test* $p < .001$).

8.2 Zu den Lebensstilen der Teilnehmer

Um die dynamischen Perspektiven von Lebensstilen beleuchten und somit auf das Verhalten von Personen schließen zu können, wurden acht Variablen mit insgesamt 89 Items zum Lebensstil erhoben. Dabei fanden überwiegend die bereits bei Schulze (1992, 2000) und Hartmann (1999) aufgeführten Kategorien – ergänzt um eigene – Verwendung. Als Variablen dienten neben der Wahl der Radiosender (8 Items), die Radiobestandteile (7), die Lektüre- (10), Musik- (12) und Fernsehgenrepräferenzen (18), das Freizeit- und das Konsumver-

halten (8). Anlehnend an Schulzes Vorgaben entsprechen diese mittels 5er-Skalierung (1=nie bis 5=sehr oft) erfassten Items den Präferenzen und Interessen der drei definierten alltagsästhetischen Schemata. Für das *Hochkulturschema* (HS) stehen so z. B. Präferenzen für klassische Musik oder Besuche von Theateraufführungen, für das *Trivialschema* (TS) Präferenzen für Volksmusik oder Naturfilme und für das *Spannungsschema* (SS) Rock- und Popmusik oder Kinobesuche. Aus den einzelnen Lebensstildaten, die in deskriptiv ausgewerteter Form bei der Autorin vorliegen, werden nachfolgend Gruppen von Gleichgesinnten mittels Faktoren- und Clusteranalyse gebildet.

Zur Rekonstruktion von Lebensstilen wurde Schulzes (1992, 2000) Konzeption der alltagsästhetischen Schemata ausgewählt, weil sie am besten geeignet scheint, Erklärungsleistungen und dynamische Aspekte von Lebensstilen zu überprüfen und sich diese Konzeption „als allgemeiner Rahmen oder Anker für feinere Differenzierungen“ (Hartmann, 1999, S.237) gewissermaßen aufdrängt. Hartmann spricht hierbei gleichzeitig von einem einfachen Ansatz, „der eine klare dimensionale Struktur aufweist, relativ gut dokumentiert ist und mit wenigen Variablen empirisch überprüft werden kann“ (ebd., S.237). Dabei bilden Korrelationsfelder von Nähe-Distanz-Indikatoren (z. B. Interessen, Präferenzen) Grundinformationen zur Identifikation der drei definierten alltagsästhetischen Schemata. In der Regel ist das Verfahren zur Konstruktion von Lebensstiltypen mit umfangreichen Datenerhebungen, einer Vielzahl statistischer Verfahren und damit hohen Kosten verbunden.

Die wohl einfachste, schnellste und kostengünstigste Variante zur Erhebung von Lebensstilen stellt jedoch die direkte Selbstzuordnung der Befragten anhand vorgegebener Lebensstilgruppen dar. Dieses bisher nur selten angewandte Verfahren wurde z. B. bei einer stadtsoziologischen Studie in Hamburg von Dangschat und Alisch (1995) eingesetzt. Hier wurde versucht, acht Sinus-Milieus (vgl. Flaig, Meyer & Ueltzhöffer, 1994) direkt über die Milieubezeichnungen (z. B. „kleinbürgerliches Milieu“) zu erheben. Die gefundene Verteilung der Selbstzuordnung wich dabei aber stark von der Sinusverteilung der Bevölkerung ab, da sich die Befragten kaum den negativ konnotierten Bezeichnungen, wie z. B. der Gruppe „traditionsloser Arbeiter“, zuordneten. Ein vermutlich valideres Verfahren dürfte daher die Vorgabe charakteristischer Merkmale und Präferenzen bestimmter Lebensstilgruppen, wie z. B. *DIE ZEIT lesen*, sein, wie es u. a. Kleinig und Moore (1968) in der Schichtungsforschung durchführten. Leider wurden die in der Studie von Dangschat und Alisch (1995) ermittelten subjektiven Selbstzuordnungen nicht mit objektiven Kriterien per Sinus-Originalitems bzw. Sinus-Zuweisungsalgorithmus verglichen. Die Informationen dieser Studie hinsichtlich des

Bewusstseins der Befragten über deren eigene (richtige) Zuordnung zu bestimmten Lebensstiltypen sind daher nur eingeschränkt nutzbar.

Die Schwächen der vorgenannten Studie berücksichtigend, wurden in der vorliegenden Untersuchung die alltagsästhetischen Schemata daher einerseits mittels direkter *Selbstzuordnung* anhand von charakteristisch gekennzeichneten Gruppen ermittelt. Andererseits dienen gebildete Skalen aus zahlreich erhobenen *Lebensstilitems* der Überprüfung. Sollte sich im Folgenden herausstellen, dass die Methode der Selbstzuordnung weitgehend zu den Ergebnissen der Skalenbildung führt, dann lohnen sich Überlegungen, in Zukunft Messinstrumente zur Erhebung von Lebensstiltypologien drastisch zu verkürzen.

8.2.1 Zum Bewusstsein von Lebensstilen

Alle Teilnehmer der vorliegenden Untersuchung fanden im Fragebogen die Bitte vor, sich einer der drei nachfolgenden, charakteristisch gekennzeichneten Gruppen selbst zuzuordnen:

- *Gruppe 1 mit Vorlieben für:* Klassische Literatur, DIE ZEIT, Klassische Musik, SWR 2, Konzerte, Dokumentarfilme, Nachrichtensendungen, politische Magazine, Ausstellungen, Sprachkurse, Individualsportarten
- *Gruppe 2 mit Vorlieben für:* Heimatromane, Volksmusik, Deutsche Schlager, Talk-/ Spielshows, volkstümliche Unterhaltung, naturkundliche Filme, Fußball, Autopflege
- *Gruppe 3 mit Vorlieben für:* Kriminalromane, Rock- und Popmusik, Jazz, Kino, Freunde/Verwandte, Kneipen, Gaststätten, Weinlokale, Diskos, Cafes, Bistros, Motorradfahren, Sportszenentreff

Dabei wurde mit den Merkmalen der ersten Gruppe das Hochkulturschema beschrieben, die zweite Gruppe stellte das Trivialschema und die dritte Gruppe das Spannungsschema dar. Vergleichbar mit den 4% aus der Studie von Dangschat und Alisch (1995) ordneten sich lediglich 5.5% der 1 088 Teilnehmer umfassenden Gesamtstichprobe keiner der aufgeführten Gruppen zu. Von den 1 028 Personen, die sich einer der drei Gruppen zuordneten, entschieden sich 39% für die das Trivialschema, 35% für die das Hochkulturschema und 26% für die das Spannungsschema charakterisierende Kategorie.

Alle fünf Teilstichproben unterscheiden sich, abgesehen von den Tagesteilnehmern und Radtreffteilnehmern ($\chi^2 (2, N=298) = 0.94, p = .626$), in ihrer Selbstzuordnung signifikant voneinander (vgl. Abb. 9). Während sich insbesondere die Dauerteilnehmer (45%), Tagesteilnehmer (41%) und Radtreffteilnehmer (39%) gruppenintern dem Trivialschema am häufigsten zuordneten, dominiert bei den Selbstorganisierten Dauerteilnehmern mit 62% eindeutig das Hochkultur- und bei den Radsonntagteilnehmern das Spannungsschema (44%).

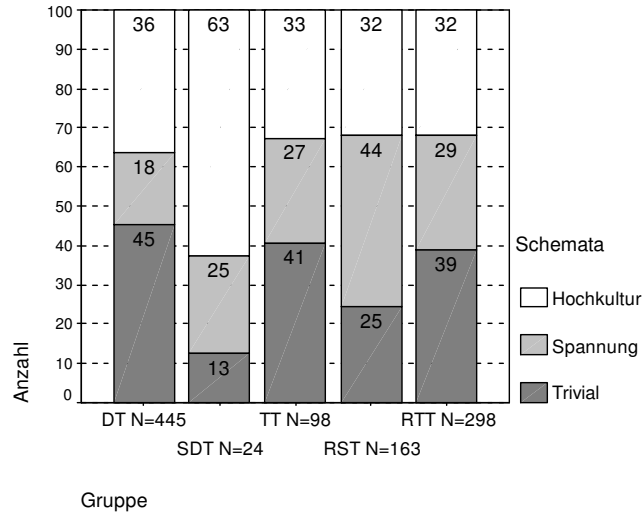


Abbildung 9. Häufigkeit der Selbstzuordnung zu einem Schema nach Teilstichproben

Um herauszufinden, ob die Entscheidung für eine der drei Lebensstilgruppen (Schemata) über die Zeit stabil bleibt, wurde die *Retest-Reliabilität* nach der Testwiederholungsmethode geprüft (vgl. Bortz, 1984). Sie entspricht der Korrelation beider Ergebnisse der Selbstzuordnung aus dem Zeitpunkt der ersten und letzten Befragung. Der Zusammenhang ist mit $r=.703$ auf dem Niveau von $p<.01$ signifikant und das Ergebnis somit stabil. Von den 384 Personen, die sich auch ein zweites Mal dieser Frage stellten, ordneten sich lediglich je 1% mehr dem Trivial- und Spannungsschema und 2% weniger dem Hochkulturschema zu. Ein *Chi²-Test* ($\chi^2(2, N=384) = 0.71, p=.702$) lässt keinen Unterschied zwischen den beiden Verteilungen erkennen. Die Methode, den Lebensstil einer Person mittels eines einzigen Items per Selbstzuordnung zu erheben, erweist sich demnach auf den ersten Blick als durchaus reliabel und stabil. Um das Ergebnis zu verifizieren, wird die Reproduktion der alltagsästhetischen Schemata über Skalen aus charakteristischen Präferenzen und Interessen als indirektes Verfahren der direkten Selbstzuordnung im Folgenden vergleichend gegenübergestellt.

8.2.2 Zur Rekonstruktion alltagsästhetischer Schemata

Schulze (1992) entwickelte und überprüfte im Jahr 1985 sein Modell der alltagsästhetischen Schemata anhand einer Zufallsstichprobe aus dem Melderegister von 1 014 Einwohnern Nürnbergs, die zwischen 18 und 70 Jahre alt waren. Dabei verwendete er zahlreiche Items zum Lebensstil und Verfahren der klassischen Testtheorie sowie der Faktorenanalyse. Nachfolgend werden die alltagsästhetischen Schemata in Anlehnung an Schulze in drei Schritten rekonstruiert. Die vorliegende Stichprobengröße entspricht mit 948 Personen nahe-

zu der der Nürnberger Studie. Die Tagesteilnehmer beantworteten aus zeitlichen Gründen weniger Fragen zum Lebensstil und fanden daher hier keine Berücksichtigung.

(1) Schulze ordnete den Schemata bestimmte Präferenzen und Verhaltensmuster zu, die gleichzeitig zur Identifikation in einer bestimmten Personengruppe dienen. Aus diesen den drei Schemata entsprechend charakterisierten Merkmalen wurden stark ausgeprägte Lebensstilitems ausgewählt und nachfolgend vergleichbare Subskalen (*mean*) gebildet. Dabei beschreiben 14 Items das Hochkultur-, 16 Items das Spannungs- und 10 Items das Trivialschema (vgl. Tab. 15).

Tabelle 15

Konstruktion der alltagsästhetischen Schemata nach Schulze (N=948), Trennschärfe (TS) der Items

Hochkulturschema	TS	Spannungsschema	TS	Trivialschema	TS
14 Items; $\alpha=.86$ $M=2.32$; $SD=0.65$		16 Items; $\alpha=.84$ $M=1.98$; $SD=0.54$		10 Items; $\alpha=.85$ $M=2.35$; $SD=0.77$	
Musikpräferenzen					
Klassische Musik	.57	Pop- und Rockmusik	.62	Volksmusik	.70
Oper	.54	Reggae	.55	Blasmusik	.69
		Soul	.50	Deutsche Schlager	.65
		Oldies (z. B. Beatles)	.45		
		Jazz	.36		
Fernsehpräferenzen					
Kulturmagazine	.60	Musikvideos	.47	volkstüml. Unterhaltung	.75
Politische Magazine	.54	Zeichentrickfilme	.47	Heimatfilme	.71
Dokumentarfilme	.50	Science fiction, Fantasy	.46	Talk-Shows	.47
		Kriminalfilme	.39	Komödien	.43
				Naturfilme	.39
				Spielshows	.34
Lektüre					
Biographien	.56			Heimatromane	.30
Dokumentarberichte	.55				
Klassische Literatur	.54				
Freizeitplätze					
Museum	.58	Pop-/Rockkonzert	.59		
Oper und Operette	.55	Kino	.56		
Theater	.53	Trödelmarkt	.33		
Messe & Ausstellung	.21	Volksfest	.22		
Freizeitgestaltung					
Lesen	.48	Kneipenbummel	.47		
Kurse besuchen	.39	Freunde treffen	.46		
		Diskothek besuchen	.39		

Der Versuch, in jeder Skala alle fünf Bereiche mit einer ähnlichen Itemanzahl zu besetzen, gelang nicht. Bereits hieran sind charakteristische Eigenheiten zu erkennen. So fällt im

Gegensatz zum Spannungs- und Trivialschema beim Hochkulturschema eine stärkere Neigung zur Lektüre auf, was sich wiederum in der Freizeitgestaltung dem *Lesen* widerspiegelt. Hingegen präferieren Angehörige des Spannungsschemas *Musik* und des Trivialschemas *Fernsehen*. Erkennbar ist, dass die internen Konsistenzen (Cronbachs Alpha) aller drei Skalen sehr gut ausfallen und lediglich die Items *Messe & Ausstellung* (Hochkultur) und *Volksfest* (Spannung) einen niedrigen Trennschärfekoeffizienten aufweisen. „Der Trennschärfekoeffizient als wohl wichtigstes Kriterium zur Beurteilung der Brauchbarkeit eines Items ist der Korrelationskoeffizient zwischen der Aufgabenbeantwortung und dem Gesamt-Skalenwert“ (Bühl & Zöffel, 2000, S.503). Ob diese Items anhand der vorliegenden Stichprobe eventuell einem anderen Schema zuzuweisen sind, klärt die nachfolgende Faktorenanalyse.

(2) Das Ziel einer Faktorenanalyse ist es, „Korrelationen zwischen beobachteten Variablen auf ‚dahinterliegende‘, also nicht direkt beobachtbare, hypothetische Größen zurückzuführen, die Faktoren genannt werden“ (Kleine, 1999, S.399). Damit verbunden ist das Anliegen einer Dimensionsreduktion vieler Variablen auf eine deutlich kleinere Faktorenanzahl, die aber nur dann hilfreich ist, wenn „Zusammenhänge zwischen beobachtbaren Variablen auf gemeinsame Ursachen zurückzuführen sind“ (ebd., S.399). Zur Rekonstruktion der Schemata dient die theorieprüfende *konfirmatorische Faktorenanalyse* (Extraktion: Hauptkomponentenmethode; Rotation: Variamaxmethode). Dabei werden die zu überprüfenden Dimensionen von vornherein auf die theoretisch untermauerten drei Faktoren reduziert, die den alltagsästhetischen Schemata entsprechen. Somit kann zunächst überprüft werden, ob die ausschließlich auf Schulze beruhenden Items tatsächlich auch in Bezug auf die vorliegende Stichprobe den drei Schemata entsprechen.

Die drei bestimmten Hauptfaktoren erklären eine Gesamtvarianz (GV) von 40%. Dabei entspricht der varianzstärkste erste Faktor (17.6% GV) - ersichtlich anhand der *rotierten Komponentenmatrix* (Variamaxmethode) - dem Hochkulturschema (vgl. Tab. 16). Der zweite Faktor (12.7% GV) kennzeichnet das Spannungsschema und der dritte (9.8% GV) das Trivialschema. Im Vergleich zur Rekonstruktion der Schemata anhand der einfachen Skalenbildungen zeigen sich bei der Hauptkomponentenanalyse nur geringe Abweichungen. Lediglich die in den Skalen bereits geringe Trennschärfekoeffizienten aufweisenden Items *Messe & Ausstellung* (HS) sowie *Trödelmarkt* (SS) verfügen über eine niedrige Faktorladung von unter $r=.35$ (vgl. Kleine, 1999) und wurden somit keinem Schema zugeordnet, die beiden ursprünglich dem Spannungsschema angehörenden Items *Jazz* (zum HS) und *Volksfest* (zum TS) hingegen einem anderen Schema zugeordnet.

Tabelle 16

Erklärte Gesamtvarianz der faktoranalytisch reduzierten 40 Lebensstilitems anhand der Schemata nach Schulze (2000) und rotierte Komponentenmatrix (Varimax-Rotation, Faktorladungen >0.35)

Komponente	anfängliche Eigenwerte			Summe von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			rotierte Summe der quadrierten Ladung		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%
1	7.06	17.64	17.64	7.06	17.64	17.64	5.69	14.22	14.22
2	5.06	12.66	30.29	5.06	12.66	30.29	5.37	13.43	27.66
3	3.90	9.76	40.06	3.90	9.76	40.06	4.96	12.40	40.06
...									
40	.17	.42	100						

Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Musik-Klassik	,702		
Freizeit-Oper	,665		
Fernseh-Kulturmagazin	,660		
Musik-Oper	,658		
Bücher-Klassik	,646		
Bücher-Biographien	,632		
Freizeit-Museum	,630		
Freizeit-Theater	,628		
Fernseh-Politik	,607		
Bücher-Dokumentare	,588		
Fernseh-Dokumentare	,556		
Freizeitgestaltung-Lesen	,540		
Musik-Jazz	,431		
Freizeitgestaltung-Kurse	,426		
Musik-Pop/Rock		,749	
Freizeit-R/P-Konzert		,697	
Freizeit-Kino		,628	
Musik-Raggae		,610	
Fernseh-Fantasy		,590	
Fernseh-Musikvideos		,571	
Fernseh-Trickfilme		,569	
Freizeitgestaltung-Disco		,538	
Musik-Soul		,525	
Freizeitgestaltung-Kneipe		,522	
Freizeitgestaltung-Freunde		,486	
Musik-Oldies		,455	
Fernseh-Krimies		,441	
Freizeit-Trödelmarkt			
Fernseh-Volkstümliches			,789
Fernseh-Heimatfilme			,767
Musik-Volksmusik		-,362	,745
Musik-Blasmusik			,736
Musik-Dt. Schlager			,712
Fernseh-Komödien			,568
Fernseh-Talkshows			,554
Freizeitb-Volksfest			,516
Fernseh-Naturfilme			,505
Fernseh-Spielshows			,486
Bücher-Heimatromane			,380
Freizeit-Messe			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

a. Die Rotation ist in 5 Iterationen konvergiert.

(3) Die charakteristischen Merkmale der drei Schemata haben somit auch in der vorliegenden Stichprobe ihren Bestand. Um den Lebensstil einer Person aber hinsichtlich der Spezifika der Untersuchung besser beschreiben zu können, wurden in einem weiteren Schritt die 1985 von Schulze überprüften Items aktualisiert und um sinnvolle Items ergänzt, um zeitgemäße Präferenzen (z. B. *Computernutzung*) und lokale Gegebenheiten (z. B. *SWR 4 hören*) zu berücksichtigen. Inklusiv der bereits von Schulze überprüften 40 ästhetischen Zeichen wurden nun 80 von 89 erhobenen Lebensstilitems einer weiteren *konfirmatorischen Faktorenanalyse* unterzogen und erneut von vornherein drei Gruppen im Sinne der Schemata bestimmt. Unberücksichtigt blieben *string*-Items sowie Items mit geringer Antworthäufigkeit.

Die auf drei Hauptkomponenten reduzierte Lösung erklärt insgesamt 30% der Gesamtvarianz (vgl. Tab. 17), wobei 66 Items über eine Faktorladung größer $r=.35$ verfügen. Die restlichen nicht berücksichtigten 14 Items weisen einen kleineren Absolutwert auf und werden keinem Faktor eindeutig zugeordnet. Der varianzstärkste, nun 26 Items beinhaltende, erste Faktor (14.1% GV) bildet anhand der *rotierten Komponentenmatrix* (Variamaxmethode) eindeutig das Hochkulturschema ab. Der zweite Faktor charakterisiert mit 21 Items das Spannungsschema (9.2% GV) und der dritte, 19 Items umfassende, Faktor (6.7% GV) das Trivialschema.

Tabelle 17

Erklärte Gesamtvarianz der faktoranalytisch reduzierten 80 Lebensstilitems

Komponente	anfängliche Eigenwerte			Summe von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			rotierte Summe der quadrierten Ladung		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte%
1	11.26	14.08	14.08	11.26	14.08	14.08	8.90	11.13	11.13
2	7.38	9.23	23.30	7.38	9.23	23.30	8.06	10.07	21.20
3	5.37	6.71	30.01	5.37	6.71	30.01	7.05	8.82	30.02
...									
80	.16	.19	100						

In Tabelle 18 sind neben den drei Hauptfaktoren auch deren hoch korrelierende Items samt Faktorladungen aufgeführt. Aus den jeweils zu einem Faktor gehörenden Items wurden anschließend wiederum Skalen (*mean*) gebildet, deren Alphawerte sowie Trennschärfekoeffizienten ebenfalls der Tabelle zu entnehmen sind. Aufgrund der niedrigen Faktorenladung blieben die erwähnten und von Schulze bereits überprüften Präferenzen *Messe & Ausstellung* sowie *Trödelmarkt* unberücksichtigt bzw. wurden die ursprünglich dem Spannungsschema angehörenden Items (*Jazz* und *Volksfest*) einem anderen Schema zugeordnet.

Tabelle 18

Konstruktion der alltagsästhetischen Schemata anhand einer konfirmatorischen Faktorenanalyse (Variamax-Rotation) mit 80 Lebensstilitems (N=948)

Hochkulturschema			Spannungsschema			Trivialschema		
26 Items; $\alpha=.89$ $M=2.30$; $SD=0.59$	FL	TS	21 Items; $\alpha=.87$ $M=1.91$; $SD=0.54$	FL	TS	19 Items; $\alpha=.86$ $M=2.57$; $SD=0.77$	FL	TS
Musikpräferenzen								
Klassische Musik	.65	.54	Pop- und Rockmusik	.78	.69	Volksmusik	.69	.66
Oper	.59	.52	<i>Hip Hop</i>	.61	.50	Deutsche Schlager	.68	.63
Jazz (von SS)	.44	.41	Reggae	.60	.57	Blasmusik	.68	.64
			<i>Techno</i>	.56	.45			
			Soul	.51	.50			
			Oldies (z. B. Beatles)	.40	.44			
Fernsehpräferenzen								
Kulturmagazine	.63	.60	Science fiction	.58	.50	volkst. Unterhaltng.	.74	.70
polit. Magazine	.58	.56	Musikvideos	.55	.50	Heimatfilme	.69	.63
Dokumentarfilme	.54	.52	Zeichentrickfilme	.53	.47	Komödien	.53	.44
<i>Nachrichten</i>	.39	.36	Kriminalfilme	.40	.39	Spielshows	.52	.43
			<i>Erotikfilme</i>	.36	.34	Talk-Shows	.49	.44
						Naturfilme	.47	.42
						<i>Serien</i>	.45	.35
						<i>Sport</i>	.39	.31
Lektüre								
Biographien	.63	.56	<i>Krimis</i>	.37	.40	Heimatromane	.37	.33
Klass. Literatur	.63	.55						
Dokumentare	.59	.57						
<i>Reiseberichte</i>	.53	.50						
<i>Bildbände</i>	.51	.48						
Freizeitplätze								
Museum	.62	.58	Pop-/Rockkonzert	.67	.60	Volksfest (von SS)	.51	.41
Theater	.61	.53	Kino	.63	.57			
Oper & Operette	.60	.52						
<i>Bibliothek</i>	.46	.42						
Freizeitgestaltung								
Lesen	.57	.51	Diskotheek besuchen	.53	.43	<i>Fernsehen</i>	.39	.31
Kurse besuchen	.47	.43	<i>Computer & Internet</i>	.52	.44	<i>Radio hören</i>	.36	.30
<i>Essen gehen</i>	.37	.35	Kneipenbummel	.48	.45			
			Freunde treffen	.45	.45			
			Einkaufsbummel	.37	.37			
Radio								
<i>Wortbeiträge</i>	.54	.51	SWR 3	.48	.41	<i>Wunschkonzerte</i>	.58	.54
<i>Nachrichten</i>	.41	.38	<i>Comedy</i>	.38	.40	SWR 4	.54	.51
SWR 2	.38	.32				<i>Sportberichte</i>	.45	.39
						<i>Quiz</i>	.38	.32
Einkauf								
<i>Ausländer</i>	.44	.41						
<i>Bioladen</i>	.40	.36						
<i>Markt</i>	.40	.36						
<i>Feinkostladen</i>	.37	.37						

Anmerkungen:

Genannt werden Faktorladungen (FL >.35) und Trennschärfekoeffizienten (TS). Kursiv markierte Items sind bei Schulze (2000) nicht vorhanden.

Die Hauptkomponentenanalyse berücksichtigt neben den ausgewählten Items aus der Studie von Schulze weitere 28 eigens hinzugefügte Lebensstilitems. Allerdings fällt anhand

der Kennwerte auf, dass die Items von Schulze bereits sehr charakteristisch für die Beschreibung der Schemata sind und nach wie vor festen Bestand haben. Hier könnte durchaus der Nutzen der Integration weiterer Lebensstilitems thematisiert werden. Exemplarisch dafür sprechen jedoch die größeren Bedeutungen der dem Spannungsschema zugeordneten Musikrichtungen *Hip Hop* und *Techno* im Vergleich zu *Soul* und *Oldies* sowie die Freizeitgestaltungen *Computer und Internet*, die heutzutage eine Alternative zum *Kneipenbummel* und *Freunde treffen* darstellen. Ferner verfügen die Items der beiden hinzugefügten Bereiche *Radio hören* und *Einkauf* (Verpflegung) durchaus gute Faktorenladungen bzw. Trennschärfekoeffizienten, wobei *Radio hören* eher eine Vorliebe des Trivialschemas und *Einkaufen* eher eine des Hochkulturschemas zu sein scheint.

Von Interesse für die Ziele der Arbeit ist, dass die körperliche Aktivität als Freizeitgestaltung (*Sport*) auf allen drei Faktoren eine niedrige Ladung aufweist und keinem der drei Schemata eindeutig zugeordnet werden kann. Demgegenüber zeigen passive Sportpräferenzen wie *Sportsendungen im TV* bzw. *im Radio* und *Sportveranstaltungen besuchen* (je $r < .35$) eher eine Tendenz zum Trivialschema, deren Angehörigen eine passive unsportliche Lebensweise zugeschrieben wird. Dabei bevorzugen im Vergleich zu Angehörigen des Hochkulturschemas vor allem männliche Trivialschemaangehörige Sportarten wie *Fußball* (*H-Tests* $p < .001$), *Autorennen* ($p < .001$), *Radspport* ($p = .003$) und *Boxen* ($p = .008$).

Ein Blick auf die Skalenkennwerte zeigt, dass wiederum alle Trennschärfekoeffizienten positiv und die Maße der internen Konsistenzen im Vergleich zur vorhergehenden Konstruktion der Schemata (anhand ausschließlich der von Schulze verwendeten Items) sogar noch etwas angestiegen sind. Damit liegen die Alphawerte im Vergleich zur Untersuchung von Schulze (2000, S.620ff) durchweg in ähnlicher Größenordnung (vgl. Tab. 19).

Tabelle 19

Vergleich interner Konsistenzen der Schemata verschiedener Studien (Chronbachs α / Itemzahl)

alltagsästhetische Schemata	Schlickum, Baden-Württemberg 2000				Hartmann Köln 1995		Schulze Nürnberg 1985	
	Skalen nach Faktorenanalyse		Skalen anhand von Schulze					
Hochkulturschema	.89	26	.86	14	.84	12	.92	36
Spannungsschema	.87	21	.84	16	.71	9	.89	20
Trivialschema	.86	19	.85	10	.73	6	.89	20

Die Verwendung der Skalen von Schulze scheint also auch in der vorliegenden Stichprobe durchaus geeignet, um die drei Schemata abbilden zu können. Gründe für die abweichenden

den Konsistenzen in Hartmanns Untersuchung, der ebenfalls die drei von Schulze definierten alltagsästhetischen Schemata zu rekonstruieren versuchte, könnten in der lediglich 129 Personen umfassenden Stichprobe (Einwohner Kölns) und in der geringeren Itemanzahl der Studie liegen, da die Reliabilität auch eine Funktion der Skalenlänge ist (Hartmann, 1999, S.182f).

Die Interkorrelationen der rekonstruierten Schemata mittels Skalenbildung, unter ausschließlicher Verwendung der Items von Schulze, zeigen ähnliche Werte wie jene aus den Studien von Schulze und Hartmann. Hingegen weichen die Interkorrelationen der Schemata anhand der faktoranalytisch reduzierten Methode, unter Verwendung weiterer Items, etwas ab (vgl. Tab. 20). Während bei Schulze und Hartmann ein schwach negativer Zusammenhang zwischen dem Hochkultur- und Trivialschema besteht, liegt in der vorliegenden Studie keine bzw. eine schwach positive Korrelation vor. Auch fällt die Polarisierung zwischen dem Trivial- und Spannungsschema, die es seit Mitte der 1980er Jahre zu geben scheint (Hartmann, 1999, S.184; Lechner, 1998, S.266), sehr viel niedriger als bei den anderen beiden Studien aus. Die Ursache hierfür ist sicher nicht ausschließlich in der historischen Veränderung, sondern vielmehr in der Stichprobenszusammensetzung zu suchen. Die Gesamtstichprobe ist mit durchschnittlich 56 Jahren älter als der Bevölkerungsdurchschnitt und demnach nicht repräsentativ, um das Modell der Alltagsästhetik für die deutsche Gesamtbevölkerung abbilden zu können.

Tabelle 20

Vergleich der Interkorrelationen zwischen Hochkultur- (HK), Trivial- (TV) und Spannungsschema verschiedener Studien, Spearman-Rho

Skalen anhand	Schlickum Baden-Württemberg 2000				Hartmann Köln 1995		Schulze Nürnberg 1985	
	Faktorenanalyse		Schulze		HK	TV	HK	TV
Schemata	HK	TV	HK	TV	HK	TV	HK	TV
Trivialschema	.10**		.00		-.23		-.26	
Spannungsschema	.38**	.02	.32**	-.11**	.19	-.46	.25	-.24

Anmerkungen:

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Für die nachfolgenden Analysen ist eine geeignete Auswahl der beiden Verfahren zur Reproduktion der alltagsästhetischen Schemata zu treffen. Aufgrund der hohen Korrelationen der Schemata beider Verfahren (je $r=.93$, $p<.01$) sind die Skalen aus den von Schulze verwendeten Items mit den faktoranalytisch reduzierten Skalen zunächst gut miteinander in Einklang zu bringen. Da im vorliegenden Fall spezifische Fragestellungen anhand der hinzugefügten Lebensstilitems geklärt werden sollen und es sich nicht wie bei Schulze um eine

allgemeine Stichprobe handelt, scheinen die faktoranalytisch reduzierten Skalen auch aufgrund der höheren internen Konsistenzen eher in der Lage, die Teilnehmer entsprechend zu etikettieren und sie im dreidimensionalen Modell der Schemata einzuordnen. Daher wird im weiteren Verlauf der Datenanalyse auf die erweiterten Skalen mit vorgeschalteter Hauptkomponentenanalyse zurückgegriffen.

8.2.3 Alltagsästhetische Schemata in Abhängigkeit soziodemographischer Merkmale

Jeder Proband verfügt nun über drei Skalenmittelwerte. Während die Skalen des Trivial- (*K-S-Test* $p=.049$) und Hochkulturschemas ($p=.008$) annähernd normalverteilt vorliegen, platzieren sich die Werte der Spannungsschemaskala im Histogramm ($p<.001$) etwas linkslastig, was auf eine geringe Ausprägung (*Median*=1.86) der Gesamtstichprobe zurückzuführen ist. Am ausgeprägtesten sind die Skalenwerte des Trivialschemas (*Median*=2.56) und des Hochkulturschemas (*Median*=2.35).

Geschlechtsspezifisch existiert sowohl beim Hochkultur- (*U-Test*, $p<.001$) als auch beim Trivialschema ($p<.001$) ein bedeutender signifikanter Unterschied, demgegenüber ist dieser beim Spannungsschema ($p=.050$) nicht so bezeichnend. Während das Trivialschema vor allem bei den Männern vorzufinden ist, verfügen die Frauen über eine höhere Ausprägung im Hochkultur- und Spannungsschema (vgl. Tab. 21).

Tabelle 21
Skalenausprägung der Schemata in Abhängigkeit zum Geschlecht

Geschlecht		Skala Hochkultur	Skala Spannung	Skala Trivial
männlich	N	734	734	734
	Median	2.31	1.83	2.63
weiblich	N	352	352	352
	Median	2.42	1.91	2.32
Gesamt	N	1 086	1 086	1 086
	Median	2.35	1.86	2.58
Signifikanz	U-Test nach	Z=-4.00	Z=-1.96	Z=-4.94
	Mann und Withney	$p<.001$	$p=.050$	$p<.001$

Hinsichtlich der demographischen Variablen *Alter* und *Schulbildung* postuliert Schulze (2000, S.278) eine hohe Abhängigkeit alltagsästhetischer Schemata. In der Tabelle 22 werden die einzelnen Korrelationskoeffizienten der vorliegenden Untersuchung mit denen von Schulze und Hartmann verglichen. Dabei ist die Metrisierung des Merkmals Bildung zu beachten, die folgendermaßen vorgenommen wurde: 1=kein Abschluss, 2=Haupt-/ Volks-

schulabschluss, 3=Mittlere Reife/Realschulabschluss, 4=Abitur/Fachhochschulreife und 5=Fach-/Hochschulabschluss.

Tabelle 22

Korrelationen der alltagsästhetischen Schemata mit Alter und Bildung, Spearman-Rho

alltagsästhetische Schemata	Schlickum Baden-Württemberg 2000		Hartmann Köln 1995		Schulze Nürnberg 1985	
	Alter	Bildung	Alter	Bildung	Alter	Bildung
Hochkulturschema	.08**	.25**	-.02	.39**	k.A.	.71
Trivialschema	.32**	-.32**	.59**	-.52**	.48	-.63
Spannungsschema	-.55**	.26**	-.75**	.50**	-.69	k.A.

Anmerkungen:

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

In Bezug auf das Alter lassen die Korrelationen erkennen, dass das Trivialschema (*H-Test*, $p < .001$) eher für ältere Personen und das Spannungsschema ($p < .001$) eher bei Jüngeren zutrifft, während die Zuordnung bei den Angehörigen des Hochkulturschemas etwas divergiert. Eine genauere Analyse zeigt, dass die Zuneigung zum Hochkulturschema mit dem Alter zunächst ansteigt, aber mit dem Eintritt ins Rentnerleben wieder absinkt ($p < .001$).

Darüber hinaus kann konstatiert werden, dass die Angehörigen des Trivialschemas einen niedrigen Bildungsabschluss (Haupt-/Volksschule) aufweisen, während die mittleren Bildungsabschlüsse vorwiegend beim Spannungsschema (Mittlere Reife bzw. Realschule) und die höheren hingegen eher beim Hochkulturschema anzutreffen sind. Für Hartmann (1999) „scheint sich beim Hochkulturschema die Korrelation mit der Schulbildung über die Zeit hinweg abgeschwächt zu haben“ (S.186). Dieser Trend wird durch die noch geringere Korrelation ($r = .25$) in der vorliegenden Studie untermauert.

Aufgrund der Bildungsreform in den 1970er Jahren korreliert das Alter der Befragten mit deren Schulbildung negativ ($r = -.31$), womit die Bildung in gewisser Weise vom Alter abhängig ist: je höher das Alter, umso niedriger der Bildungsabschluss. Allerdings scheint die Zuneigung älterer Personen zum Trivialschema „eher eine Funktion ihres Alters (-jahrgangs?) als ihrer Schulbildung zu sein“ (Hartmann, 1999, S.188). Mit dem Spannungsschema verhält es sich bei Hartmann ähnlich, da von der positiven Korrelation mit der Schulbildung unter Kontrolle des Alters wenig übrig bleibt.

Hinsichtlich der fünf Teilstichproben verrät die Tabelle 23, dass unter den Dauer- und Tagesteilnehmern gruppenintern das Trivialschema dominiert. Bei den Selbstorganisierten und den Radsonntagteilnehmern ist es hingegen das Hochkulturschema.

Tabelle 23
Skalenausprägungen der Teilstichproben

Gruppe		Skala Hochkultur	Skala Spannung	Skala Trivial
Dauerteilnehmer	N	462	462	462
	Median	2.38	1.81	2.68
Selbstorganisierte	N	24	24	24
	Median	2.56	1.88	2.47
Tagesteilnehmer	N	105	105	105
	Median	2.00	2.00	3.33
Radsonntagsteilnehmer	N	174	174	174
	Median	2.35	2.00	2.16
Radtreffsteilnehmer	N	323	323	323
	Median	2.35	1.86	2.32
Gesamt	N	1 088	1 088	1 088
	Median	2.35	1.86	2.55
Signifikanz	H-Test nach	$\chi^2=24.71$	$\chi^2=22.21$	$\chi^2=144.21$
	Kruskal und Wallis	$df=4$ $p<.001$	$df=4$ $p<.001$	$df=4$ $p<.001$

Die Ausprägungen der drei Schemata anhand der Skalenbildung sind somit mit denen der direkten Selbstzuordnung zu einer Lebensstilgruppe vergleichbar (vgl. Kap. 8.2.1). Auf den Zusammenhang der beiden Methoden wird im nächsten Abschnitt eingegangen.

8.2.4 Zusammenhang vom Bewusstsein und Reproduktion von Lebensstilen

Die Konstruktion alltagsästhetischer Schemata erfolgt üblicherweise anhand von Skalenbildungen. Als alternatives Verfahren gilt die direkte Selbstzuordnung, die Informationen zum Bewusstsein von Lebensstiltypen der Befragten zulässt. Nachfolgend soll im Sinne eines *Reliabilitätstests* die Übereinstimmung der Ergebnisse beider methodischer Verfahren überprüft werden.

Der Vergleich der Ergebnisse beider Verfahren zeigt, dass die Reihenfolge der Mittelwertausprägungen der drei Schemata anhand der Skalenbildung mit den Ausprägungen der direkten Selbstzuordnung übereinstimmt: Trivialschema, gefolgt von Hochkultur- und Spannungsschema. Tatsächlich ordneten sich die meisten Befragten der vorliegenden Untersuchung dem Schema direkt zu, dem sie anhand indirekter Kriterien mittels Skalenberechnungen ohnehin zugewiesen wurden. In der Tabelle 24 ist erkennbar, dass sich die Gruppe der mit dem Trivialschema identifizierenden Personen auch die höchste Ausprägung in der Subskala „Trivial“ aufweisen. Dieses gilt ebenfalls für das Hochkultur- sowie das Spannungsschema. Die aus den Selbstzuordnungen resultierenden drei Gruppen unterscheiden sich

hoch signifikant in den Ausprägungen der drei durch Skalenbildung reproduzierten Schemata. Lediglich beim Spannungsschema fällt gruppenintern das Ergebnis nicht so eindeutig aus.

Tabelle 24

Zusammenhang zwischen Skalenausprägung und Selbstzuordnung zu einem Schema

alltagsästhetische Schemata		Skala Hochkultur	Skala Spannung	Skala Trivial
Trivialschema	N	400	400	400
	Median	2.08	1.64	3.00
Spannungsschema	N	272	272	272
	Median	2.27	2.43	2.13
Hochkulturschema	N	356	356	356
	Median	2.65	1.83	2.37
Gesamt	N	1 028	1 028	1 028
	Median	2.35	1.86	2.58
Signifikanz	H-Test nach	$\chi^2=193.90$	$\chi^2=270.33$	$\chi^2=246.43$
	Kruskal und Wallis	$df=2$	$df=2$	$df=2$
		$p<.001$	$p<.001$	$p<.001$

8.2.5 Versuch der Reproduktion sozialer Milieus

In diesem Abschnitt soll geklärt werden, ob sich anhand der erhobenen Lebensstilitems auch Personenaggregate im Sinne von *sozialen Milieus* sinnvoll identifizieren lassen. Soziale Milieus definiert Schulze als „Personengruppen, die voneinander durch erhöhte Binnenkommunikation abgegrenzt sind und typische Existenzformen aufweisen“ (2000, S.167f). Für jedes Individuum können Nähe- und Distanzangaben zu den drei Schemata angegeben werden (vgl. Kap. 3.2). Durch die vereinfachte dichotome Betrachtungsweise ergeben sich bei drei Schemata acht logische Milieus ($2^3=8$). Schulze begründet jedoch nur fünf empirisch existierende soziale Milieugruppen innerhalb Deutschlands, die klare Muster der Assoziation mit den Merkmalen Alter und Schulbildung vorhersagen (vgl. Tab. 25). Die Merkmale Alter und Schulbildung eignen sich besonders als spezifische Zeichen der Milieuzugehörigkeit, da sie gleichzeitig verhältnismäßig gut die Kombination der lebensstilgenerierenden alltagsästhetischen Schemata ermöglichen.

Tabelle 25

Alltagsästhetische Schemata und soziale Milieus unter Berücksichtigung der Assoziation mit den Merkmalen Alter und Schulbildung

Alter	jüngere Personen (bis 40 Jahre)		ältere Personen (über 40 Jahre)		
	unten	mittel/gehoben	gehoben	mittel	unten
Bildungsgrad					
Sozialmilieu	<i>Unterhaltungsmilieu</i>	<i>Selbstverwirklichungsmilieu</i>	<i>Niveau-milieu</i>	<i>Integrationsmilieu</i>	<i>Harmonie-milieu</i>
alltagsästhetische Schema	Spannungsschema		Hochkulturschema		Trivialschema

Um von den alltagsästhetischen Schemata auf Milieugruppen schließen und sie empirisch nachweisen zu können, ist eine *Clusteranalyse* notwendig. Diese bildet anhand von vorgegebenen Variablen Gruppen von Fällen. Die Variablenausprägungen weisen innerhalb einer Gruppe (Cluster) Ähnlichkeiten und zwischen den Gruppen Unähnlichkeiten auf (vgl. Bühl & Zöfel, 2000).

Da es sich bei der vorliegenden Stichprobe um eine hohe Fallzahl ($N=948$) handelt, ist eine *Clusterzentrenanalyse* anstelle des üblichen hierarchischen Fusionierungsverfahrens zu bevorzugen. Die dabei im Gegensatz zur hierarchischen Clusteranalyse vorzugebende Clusteranzahl (k) wird im vorliegenden Fall, entsprechend der fünf von Schulze nachgewiesenen sozialen Milieus, theoriegeleitet auf fünf Cluster bestimmt. Für die anschließend festzulegenden Anfangsclusterzentren besteht mittels der Statistiksoftware SPSS die Möglichkeit, „die ersten k -Fälle der Datendatei als erste Cluster“ (Bühl & Zöfel, 2000, S.495) zu benutzen. „In den Folgeschritten ersetzt ein Fall ein Clusterzentrum, wenn seine kleinste Distanz zu einem Clusterzentrum größer ist als die Distanz zwischen den beiden nächsten Clustern. Das Clusterzentrum, welches dem Fall näher ist, wird ersetzt“ (ebd., S.495). Diese so entstandenen Anfangsclusterzentren werden anhand der neu aufgenommenen Fälle in einem iterativen Prozess solange neu berechnet, bis sich die Clusterzentren nicht mehr ändern.

Im vorliegenden Fall werden die aus den oben erwähnten faktoranalytisch reduzierten Lebensstilitems ermittelten drei Faktorwerte benutzt, um die Teilnehmer einer Clusteranalyse zu unterziehen. Die Clusterzentren der endgültigen Lösung anhand von 12 Iterationen sind der Tabelle 26 zu entnehmen. Dabei handelt es sich um Mittelwerte der Faktorwerte, die sich im Bereich von -3 bis $+3$ bewegen, wobei ein hoher positiver Wert eine hohe Ausprägung auf diesem Faktor bedeutet.

Tabelle 26
Clusteranalyse der endgültigen Lösung

factor score	Cluster				
	1	2	3	4	5
Hochkultur	1.091	-.907	.396	-.262	-.944
Spannung	-.247	-.640	-.226	1.46	-.666
Trivial	-.584	-1.221	1.114	-.174	.589

Unter Beachtung von Schulzes Zuordnung der sozialen Milieus zu den drei alltagsästhetischen Schemata können die Cluster wie folgt gedeutet werden:

- Cluster 1 Nähe zum Hochkulturschema, Distanz zum Spannungs- und Trivialschema
= *Niveaumilieu*
- Cluster 2 Distanzen zu allen drei Schemata
= „Distanzmilieu“ (*Selbstverwirklichungsmilieu*)
- Cluster 3 Nähe zum Trivial- und Hochkulturschema, Distanz zum Spannungsschema
= *Integrationsmilieu*
- Cluster 4 Nähe zum Spannungsschema, Distanz zum Hochkultur- und Trivialschema
= *Unterhaltungsmilieu*
- Cluster 5 Nähe zum Trivialschema, Distanz zum Spannungs- und Hochkulturschema
= *Harmoniemilieu*

Abgesehen vom Selbstverwirklichungsmilieu (Cluster 2) können anhand der Clusterzentrenanalyse innerhalb der vorliegenden Untersuchung alle von Schulze (2000) benannten Milieugruppen relativ eindeutig reproduziert werden. Das sich als nicht eindeutig reproduzierbar erweisende Selbstverwirklichungsmilieu ist hingegen durch die Distanz zu allen drei Schemata gekennzeichnet. Dieses Cluster wird daher als „Distanzmilieu“ bezeichnet. Das Phänomen, bei Antworten zur Verneinung und Ablehnung von Items zu tendieren, wurde bislang nur selten untersucht. Lediglich Georg (1995, S.117) interpretierte eines seiner Cluster als methodisches Artefakt im Sinne einer positiven Antworttendenz. Sich negativ zu Fragen anderer zu äußern, kann ein „Charakteristikum expressiven Verhaltens“ (Hartmann, 1999, S.193) darstellen. Dieses „methodische“ Distanzmilieu soll daher nicht wie bei Georg von weiteren Analysen ausgeschlossen werden, da es schließlich echte Lebensstilelemente repräsentiert. Bei diesem zweiten Cluster handelt es sich entgegen den Erwartungen nicht um jüngere, gut bis sehr gut gebildete Personen mit einer nachgewiesenen Nähe zum Spannungs- und Hochkulturschema. Vielmehr zeichnet sich dieses Personenaggregat durch ein hohes Alter (56 Jahre) und einen niedrigen Bildungsgrad aus. Neben der Assoziation zum Alter und zur Bildung der einzelnen Milieugruppen stellt die Tabelle 27 zusammenfassend die Faktorenmittelwerte dar. Die Teilnehmer der drei Freizeitradsporthauptveranstaltungen lokalisieren sich dabei in den fünf Milieugruppen in einem sehr ausgewogenen Verhältnis. Die meisten Personen können dem Niveau- (24%), dicht gefolgt vom Integrations- (22%) und Unterhaltungsmilieu (22%) zugeordnet werden. Erwartungsgemäß befinden sich die jüngeren Teilnehmer im Unterhaltungsmilieu. Das mit dem relativ hohen Durchschnittsalter verbundene niedrige Bildungsniveau der Stichprobe wirkt sich speziell beim Integrationsmilieu aus, welches eigentlich einen mittleren Bildungstand hätte aufweisen müssen.

Tabelle 27

Numerische Ergebnisse der eigenen Clusterzentrenanalyse anhand der drei Faktorwerte, vorgegebene 5-Cluster-Lösung, Mittelwerte der Faktorwerte über die Gesamtstichprobe (N=948)

Mittelwert der Faktorwerte	Cluster/Milieubezeichnung				
	4	2	1	3	5
	Unterhaltungsmilieu	Distanzmilieu (Selbstverwirklichungsmilieu)	Niveaumilieu	Integrationsmilieu	Harmoniemilieu
Spannungsschema	Nähe 1.46	<i>Distanz</i> (Nähe) -0.64	Distanz -0.25	Distanz -0.23	Distanz -0.67
Hochkulturschema	Distanz -0.26	<i>Distanz</i> (Nähe) -0.91	Nähe 1.09	Nähe 0.40	Distanz -0.94
Trivialschema	Distanz -0.17	Distanz -1.22	Distanz -0.58	Nähe 1.11	Nähe 0.59
N/(%)	207 (22%)	134 (14%)	229 (24%)	211 (22%)	167 (18%)
Alter	39 (< 40)	56 (< 40)	57	61	61
Bildungsgrad	unten (34%) mittel (37%)	<i>unten</i> (59%) (mittel/gehoben)	gehoben (38%)	<i>unten</i> (73%) (mittel)	unten (80%)
alltagsästhetische Schemata	Spannungsschema		Hochkulturschema		Trivialschema

Anmerkungen:

Kursiv=Abweichungen zu den in Klammer stehenden Daten nach Schulze (2000).

Dass die reproduzierten sozialen Milieus entsprechend den theoretischen Vorannahmen korrekt zu den drei alltagsästhetischen Schemata zugeordnet werden konnten, belegen die beiden Graphiken in Abb. 10.

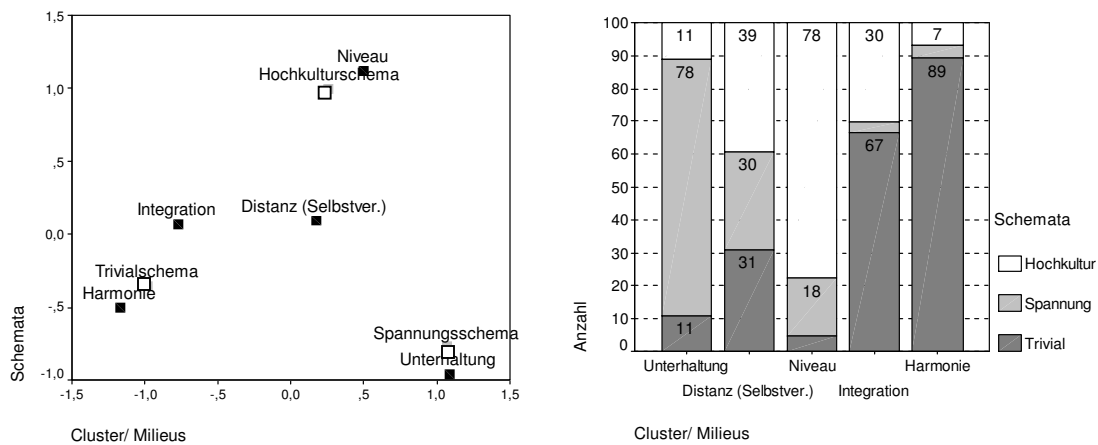


Abbildung 10. Zusammenhang zwischen alltagsästhetischen Schemata und sozialen Milieus

Hier wird eine eindeutige Tendenz des Unterhaltungsmilieus zum Spannungsschema, des Harmoniemilieus zum Trivialschema und des Niveaumilieus zum Hochkulturschema verdeutlicht. Darüber hinaus weist das Integrationsmilieu sowohl eine Nähe zum Trivial- als

auch zum Hochkulturschema auf. Ersichtlich wird auch das sich zu allen drei Schemata reservierende Distanzmilieu. Die von Schulze angegebene Zuordnung der Milieus zu den drei Schemata kann anhand des Mosaikplots für die vorliegende Untersuchung ebenfalls wiedergegeben werden. Dabei unterscheiden sich die fünf Milieugruppen in Bezug auf die drei per Selbstzuordnung ermittelten Schemata deutlich voneinander ($\chi^2(8, N=897) = 711.38, p < .001$).

In den Teilnehmergruppen fällt die Reproduktion der sozialen Milieus unterschiedlich aus ($\chi^2(12, N=948) = 78.68, p < .001$). Während unter den Selbstorganisierten vor allem das das Hochkulturschemacharakterisierende Niveaumilieu und unter den Radsonntagteilnehmern das das Spannungsschemacharakterisierende Unterhaltungsmilieu dominieren, sind unter den Dauer- und Radtreffteilnehmern mehrere Milieugruppen in ähnlicher Größenordnung präsent (vgl. Tab. 28).

Tabelle 28

Milieuzugehörigkeit in Abhängigkeit zu den einzelnen Teilstichproben

Gruppe		Cluster/Milieu					Gesamt
		Niveau	Distanz	Integration	Unterhaltung	Harmonie	
DT	Anzahl	106	36	113	67	105	427
	% von Gruppe	24.8	8.4	26.5	24.6	24.6	100
SDT	Anzahl	10	2	4	4	4	24
	% von Gruppe	41.7	8.3	16.7	16.7	16.7	100
RST	Anzahl	45	31	21	59	18	174
	% von Gruppe	25.9	17.8	12.1	33.9	10.3	100
RTT	Anzahl	68	65	73	77	40	323
	% von Gruppe	21.1	20.1	22.6	23.8	12.4	100
Gesamt	Anzahl	229	134	211	207	167	948
	% von Gruppe	24.2	14.1	22.3	21.8	17.6	100

8.2.6 Fazit zur Rekonstruktion von Lebensstilen

Die von Schulze in den 1980er Jahren aufgezeigte dreidimensionale Struktur der alltagsästhetischer Schemata kann anhand der vorliegenden Daten dreier Freizeitradtransportveranstaltungen mittels unterschiedlicher methodischer Verfahrensweisen rekonstruiert bzw. reproduziert werden.

Einerseits ordnen sich die Befragten selbst einem der drei alltagsästhetischen Schemata zu. Hierbei dominierte das Trivialschema (39%) gefolgt vom Hochkulturschema (35%). Die kongruenten Ergebnisse der Nachbefragung unterstreichen die Stabilität dieses Verfahrens. Andererseits werden die drei Schemata aufgrund eines indirekten Verfahrens mittels zahlreich erhobener Lebensstilitems und faktoranalytisch reduzierter Skalen gebildet. Dabei

konnte eine weitgehende Übereinstimmung der per Selbstzuordnung entstandenen Schemaausprägungen mit den Skalenausprägungen festgestellt werden. Das heißt, dass sich die meisten Personen bei geeigneter Klassifizierung der Merkmale „ihrer“ Lebensstilgruppe bewusst sind. Unter Berücksichtigung der Reliabilität lohnen sich somit Überlegungen, in Zukunft die Messinstrumente zur Erhebung von Lebensstiltypologien drastisch zu reduzieren, indem sich die Befragten in nur einem Item „ihrer“ mit charakteristischen Merkmalen und Präferenzen gekennzeichneten Lebensstilgruppe zuordnen. Die Vorteile liegen in der Kosten- sowie Zeiteinsparung bei der Erstellung des Messinstrumentes, in der geringeren Bearbeitungszeit des Bogens durch den Befragten und der damit verbundenen Akzeptanz. Schließlich wird ein Fragebogen mit seiner Komplexität für den Befragten unattraktiver.

Während in der vorliegenden Untersuchung das Trivialschema bei den Männern ausgeprägter ist, überwiegt bei den Frauen sowohl das Hochkultur- als auch das Trivialschema. Die Merkmale Alter und Bildung weisen Assoziationen zu den alltagsästhetischen Schemata auf. Dabei ist das Trivialschema überwiegend unter den ältesten Jahrgängen zu finden bzw. bei Personen mit niedriger Schulbildung. Das Spannungsschema wird hingegen überwiegend durch die jüngeren Jahrgänge bzw. Personen mit mittlerer Schulbildung vertreten. Das Hochkulturschema wird vor allem durch die 50- bis 60-Jährigen bzw. Personen mit höheren Bindungsabschlüssen repräsentiert.

Die grundsätzlich unveränderte Gültigkeit, der ursprünglich für die 1980er Jahre geltenden Struktur der alltagsästhetischen Schemata, wird auch in anderen Untersuchungen bestätigt. auch für die 1990er. Anhand des gekürzten Datensatzes ($N=1\ 320$) Spellerbergs (1996b) konnte Otte (1997) in einer durchgeführten Sekundäranalyse die von Schulze entwickelten alltagsästhetischen Schemata eindeutig reproduzieren. Mittels Clusteranalysen identifizierte er jedoch sechs von Schulze postulierte Lebensstiltypen. Neben dem Niveau-, Integrations-, Harmonie- und Selbstverwirklichungsmilieu differenziert er das Unterhaltungsmilieu in zwei Gruppen: einen „sportorientierten Unterhaltungstypus“ mit Tendenz zu außerhäuslichen Aktivitäten (87% Männer) und einen „passiven Unterhaltungstypus“ mit Tendenz zu häuslichen Aktivitäten (77% Frauen).

Darüber hinaus bildete Hartmann (1999) die alltagsästhetischen Schemata ab, jedoch nur vier der fünf von Schulze beschriebenen Milieus. Das Integrationsmilieu erwies sich bei ihm trotz der Feststellung einer älteren Personengruppe mit mittlerer Bildung als nicht reproduzierbar, da diese Gruppe zu allen drei Schemata eine Distanz aufwies. Durch den Mittellagencharakter ist es „schwer, das Integrationsmilieu aufzuspüren“ (Schulze, 2000, S.301).

Hartmann (1999) schlussfolgerte nach einer multivariaten Analyse zur Erklärungskraft des Lebensstils heraus, dass „alltagsästhetische Schemata erklärungskräftiger als die soziale Milieuzugehörigkeit“ sind und es demnach keinen Grund gibt, „ein typologisches gegenüber einem variablenorientierten Konzept zu präferieren“ (ebd., S.213). Das Heranziehen der variablenorientierten alltagsästhetischen Schemata scheint jedoch trotz des schlecht reproduzierbaren Selbstverwirklichungsmilieus bei nachfolgenden Analysen zum Lebensstil angebracht, da soziale Milieus letztlich auch nur eine Funktion der jeweiligen Bestandteile sind.

8.3 Zum Zusammenhang sozialer Schichtzugehörigkeit und Lebensstilen

Lebensstile vermögen eine Vielzahl von Verhaltensweisen zu präjudizieren. Bekannt ist, dass horizontale Merkmale wie Alter, Geschlecht und Präferenzen das Verhalten determinieren und demnach Lebensstile charakterisieren. Aus statistischer Sicht sind dies auch die vertikalen Merkmale Schulbildung und berufliche Stellung bzw. die aus diesen Merkmalen ableitbare soziale Schichtzugehörigkeit. Die Position von Individuen in dem Gefüge der sozialen Schicht hat „einen differenzierenden Einfluss auf das Wissen, die Einstellung und das Verhalten (Lebensstil)“ (Hoffmeister et al., 1992, S.26). Eine gewisser Bildungsgrad und ein einschlägiges Interesse sind z. B. unerlässlich, um Kausalzusammenhänge im Gesundheitsbereich zu erkennen und entsprechende Handlungsmaximen, wie z. B. gesunde Ernährung, abzuleiten. Ob Merkmale der horizontalen Dimension bessere Verhaltensprädiktoren als Merkmale vertikaler Dimension sind, gilt es hier nicht zu beantworten (vgl. Kap. 3). Es soll lediglich die Frage geklärt werden, inwieweit die beiden Dimensionen zusammenhängen. Dabei wird angenommen, dass Angehörige der sozialen Oberschicht eher dem hochkulturorientierten Schema und Angehörige der sozialen Unterschicht eher dem trivialorientierten Schema angehören. Ein solcher Zusammenhang kann wertvolle Hinweise für die Gestaltung zielgruppenspezifischer Präventionskampagnen bzw. -angebote liefern. Die entsprechenden Präferenzen einer bestimmten Zielgruppe (z. B. Unterschicht) könnten dann die Kampagne bzw. das präventive Angebot inhaltlich schmücken, womit die Chancen steigen, die erwünschte Zielgruppe auch tatsächlich zu erreichen.

Zur Überprüfung der gestellten Frage dienen u. a. die Werte der Korrelationsmatrix in Tabelle 29, die in der Tat erkennen lassen, dass eine höhere soziale Schichtzugehörigkeit mit dem Hochkultur- bzw. Spannungsschema einhergeht. Trivialschemaangehörige sind eher in der Unterschicht anzutreffen. Bereits Schulze (2000) stellte fest, dass vor allem der Bildungsgrad mit den drei alltagsästhetischen Schemata korreliert.

Tabelle 29

Korrelationsmatrix der Schemata (Skalen) mit den sozialen Schichtmerkmalen, Spearman-Rho

	Hochkulturschema	Spannungsschema	Trivialschema
soziale Schicht	.32**	.22**	-.20**
Bildungsgrad	.25**	.26**	-.32**
Berufsstatus	.20**	.14**	-.20**
Netto-Einkommen	.17**	.03	-.08*

Anmerkungen:

* Korrelation ist auf dem Niveau von .05 signifikant (2-seitig).

** Korrelation ist auf dem Niveau von .01 signifikant (2-seitig).

Die nächsten Darstellungen verdeutlichen ebenfalls den Zusammenhang der beiden diametralen Dimensionen sozialer Ungleichheit. Die Skalenmittelwerte der drei Schemata zeigen (vgl. Tab. 30), dass mit dem Ansteigen der sozialen Schichtzugehörigkeit sowohl die Ausprägung des Hochkultur- (*H-Test*, $p < .001$) als auch die des Spannungsschemas ($p < .001$) zunimmt, während die des Trivialschemas ($p < .001$) absinkt.

Tabelle 30

Zusammenhang zwischen Skalenausprägung und Selbstzuordnung zu einem der drei Schemata

soziale Schicht		Skala Hochkultur	Skala Spannung	Skala Trivial
Unterschicht	N	296	296	296
	Median	2.00	1.67	2.89
Mittelschicht	N	529	529	529
	Median	2.42	1.86	2.53
Oberschicht	N	199	199	199
	Median	2.58	1.95	2.16
Gesamt	N	1 024	1 024	1 024
	Median	2.35	1.83	2.58
Signifikanz	H-Test nach	$\chi^2=108.50$	$\chi^2=49.65$	$\chi^2=92.79$
	Kruskal und Wallis	$df=2$ $p < .001$	$df=2$ $p < .001$	$df=2$ $p < .001$

Um die Beziehung der Variablen in einem zweidimensionalen Raum beschreiben zu können, wird das Instrumentarium der Korrespondenzanalyse herangezogen (Abb. 11). Hierbei wird ersichtlich, dass das Trivialschema (gekennzeichnet durch Volkstümlichkeit, Passivität, Harmoniebedürfnis) mit der sozialen Unterschicht, das Spannungsschema (Action, Aktivität, Narzissmus) mit der sozialen Mittelschicht sowie das Hochkulturschema (Schöngest, Genuss, Individualismus) mit der sozialen Oberschicht korrespondieren.

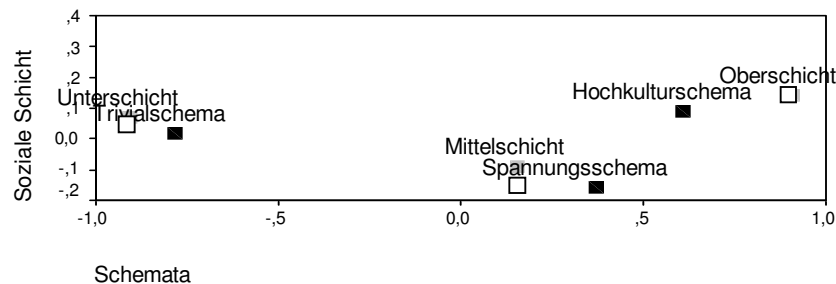


Abbildung 11. Zusammenhang zwischen den Schemata und der Schichtzugehörigkeit

Exkurs: Schicht- und lebensstilspezifische Präferenzen bei der Auswahl von Radiosendern

Der Zusammenhang zwischen der sozialen Schicht und den Lebensstilen soll im Folgenden am Beispiel der Wahl des Radiosenders beschrieben werden. Zunächst sei erwähnt, dass die „Media Analyse 2000“ (MA 2000) den Radiosender SWR 4 als reichweitenstärkstes Programm in Baden-Württemberg ermittelte, der einen Marktanteil in Baden-Württemberg von 19.4% der Hörer (Hochrechnung) an einem durchschnittlichen Werktag erreicht. Als Radioprogramm mit der zweithöchsten Tagesreichweite wird SWR 3 (18.7% Marktanteil in Baden-Württemberg) gelistet. Die MA 2000 ist die wichtigste Reichweitenerhebung im Hörfunk und wird von der Arbeitsgemeinschaft Media Analyse (AG.MA) durchgeführt. Es handelt sich um eine Stichtagserhebung „Hörer gestern“ am Telefon, wobei eine Person über 14 Jahre aus dem Telefonhaushalt per Zufall ausgewählt wird. Die Antworten der Befragten werden per Computerprogramm (CATI) vom Interviewer sofort in einer Datenbank gespeichert (vgl. Weitkunat, 1998).

Die vorliegende Gesamtstichprobe wurde mit einer in der Antwortmöglichkeit 5er-skalierten (1=nie bis 5=sehr oft) Frage: „Welches Radioprogramm (welchen Sender) hören sie bevorzugt?“ konfrontiert, wobei verschiedene Sender der Region aufgeführt bzw. in einer offenen Frage nach der Nutzung von anderen regionalen bzw. Spartensendern gefragt wurde. Von allen Eventteilnehmern hören mit 65% die meisten SWR 4, gefolgt von SWR 3 (44%) und SWR 1 (41%). Der dem Hochkulturschema zuzuordnende kulturorientierte Sender SWR 2 wird hingegen nur von 25% eingeschaltet. Regionale bzw. Spartensender, von denen *Antenne 1* und das *Neckar-Alb-Radio* noch am häufigsten Erwähnung fanden, werden von den Teilnehmern kaum gehört.

Hinsichtlich der einzelnen Teilstichproben wird *SWR 4* insbesondere von den Dauer- und Tagesteilnehmer (*Median*=4.0), *SWR 3* von den Radsonntagteilnehmern (*Median*=2.0) und *SWR 1* von den Selbstorganisierten (*Median*=2.5) präferiert. Werden die Sender nach Altersklassen analysiert, wird erkennbar, dass der mit seinem volkstümlichen Programm auf ältere Hörer abzielende *SWR 4* (*H-Test* $p<.001$) mit dem Alter häufiger, während der auf jüngere Hörer abzielende *SWR 3* ($p<.001$) dann weniger eingeschaltet wird. Ob der gefundene Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Lebensstiltypologie auch anhand der präferierten Radiosender tatsächlich Bestand hat, zeigen die Daten der Tabelle 31. Während *SWR 4* mit zunehmender Schichtzugehörigkeit an Bedeutung verliert, nehmen die anderen drei *SWR*-Sender an Bedeutung zu.

Tabelle 31
Senderpräferenzen nach Teilstichproben und sozialen Schichten

soziale Schicht		SWR1	SWR2	SWR3	SWR 4
Unterschicht	N	296	296	296	296
	Median	1.00	1.00	1.00	5.00
	M	1.69	1.24	1.74	3.67
	SD	1.23	.71	1.33	1.65
Mittelschicht	N	529	529	529	529
	Median	1.00	1.00	1.00	3.00
	M	2.03	1.50	2.18	3.05
	SD	1.35	.97	1.42	1.71
Oberschicht	N	199	199	199	199
	Median	2.00	1.00	2.00	2.00
	M	2.31	1.79	2.27	2.42
	SD	1.47	1.18	1.41	1.51
Gesamt	N	1 024	1 024	1 024	1 024
	Median	1.00	1.00	1.00	3.00
	M	1.99	1.48	2.07	3.10
	SD	1.36	.97	1.41	1.71
Signifikanz	H-Test nach	$\chi^2=29.52$	$\chi^2=44.64$	$\chi^2=33.50$	$\chi^2=68.02$
	Kruskal und	$df=2$	$df=2$	$df=2$	$df=2$
	Wallis	$p<.001$	$p<.001$	$p<.001$	$p<.001$

Am Beispiel der Radiosenderwahl kann als Fazit daher festgehalten werden, dass auf Basis der vorgenommenen Untersuchungen die horizontale (Lebensstile) und die vertikale Dimension (soziale Schichten) der sozialen Ungleichheit zusammenhängen. Angehörige der oberen Sozialschicht gehören eher dem hochkulturorientierten Schema an und bevorzugen den kulturorientierten *SWR 2*, insbesondere die gut gebildeten und einen hohen Berufsstatus aufweisenden Selbstorganisierten Dauerteilnehmer. Angehörige der unteren Sozialschicht gehören eher dem trivialorientierten Schema an und bevorzugen den volkstümlichen *SWR 4*, insbesondere die einen eher niedrigen Bildungs- und Berufsstatus aufweisenden Dauerteilnehmer.

9 Auswirkung zielgruppenspezifischer Kampagnen auf die Teilnehmerstruktur von „Gesundheitsevents“

Das Hauptanliegen dieser Arbeit ist es, herauszufinden, welche Sozialgruppen von den drei unterschiedlichen FreizeitradspORTEvents angesprochen und somit zur körperlichen Aktivität motiviert werden? Dafür werden die Kampagneninhalte der drei Events charakterisiert, um im Kontext der Schichtzugehörigkeit aus diesen Erkenntnissen Rückschlüsse für zielgruppenspezifische Präventionsangebote zu ziehen. In diesem Zusammenhang stellt sich die interessante Frage: Ist ein „niederschwelliger“ Event, wie die „SWR 4-Tour de Ländle“ geeignet, insbesondere die sich „präventionsresistent“ verhaltende soziale Unterschicht zur aktiven Teilnahme zu motivieren. Im Folgenden werden zur Beantwortung der Fragestellung die sozialen Schichtmerkmale der einzelnen fünf Teilstichproben mit denen der Bevölkerung bzw. von Freizeit- und Nichtsportlern sowie denen von Teilnehmern einer präventiven Intervention verglichen.

Werden vorab die Schichtverteilungen der Teilstichproben gegenübergestellt, dann lässt sich dabei ein Unterschied konstatieren ($\chi^2(8, N=1\ 024) = 47.74, p < .001$; vgl. Abb. 12). Während sich die eher niedrig ausgeprägten Schichtverteilungen der Dauer- und Radtreffteilmehmer ($\chi^2 = n. s.$) ähneln, verfügen die Selbstorganisierten und Radsonntagteilnehmer über einen höheren Sozialstatus. Damit wird der in Kapitel 8.3 gefundene Zusammenhang zwischen Sozialschicht und alltagsästhetischen Schemata gestützt, da die trivialschemadominierenden Gruppen (DT, TT, RTT) einen signifikant niedrigeren sozialen Status als die hochkultur- bzw. spannungsschemadominierenden Gruppen (SDT, RST) aufweisen.

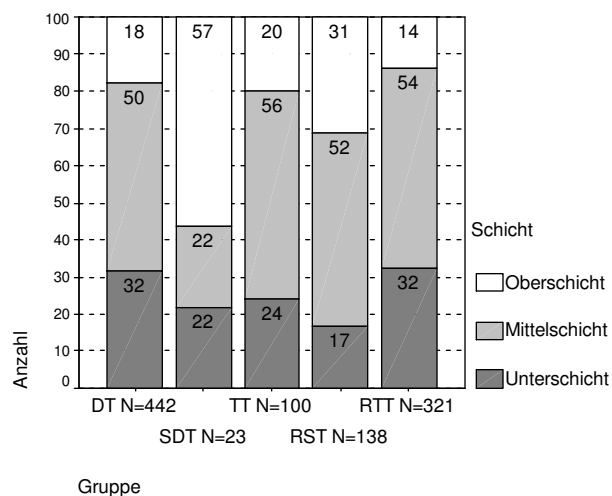


Abbildung 12. Häufigkeit der sozialen Schicht nach Teilstichproben in % (N=1 024)

9.1 Die „SWR 4-Tour de Ländle“: Hypothesen 1a) und 1b)

Wie bereits in Kapitel 3.3 erwähnt, konnte in diversen Studien nachgewiesen werden, dass gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, wie z. B. körperliche Aktivität, vorwiegend bei Personen der sozialen Mittel- und Oberschicht, deren Angehörige sich ohnehin bereits gesundheitsbewusster verhalten, vorzufinden sind. Für Angehörige der sozialen Unterschicht ist das relative Risiko für Bewegungsmangel hingegen sechsmal höher als für Oberschichtangehörige (vgl. Hoffmeister et al., 1992). Bewegungsmangel gilt u. a. als Indikator für Herz-Kreislaufkrankungen, die statistisch häufigste Todesursache. Dabei ist besonders das Merkmal Schulbildung geeignet, einen Bewegungsmangel mittelbar vorherzusagen. Die Absolventen von Volks- und Hauptschulen bzw. Personen ohne Schulabschluss weisen dabei statistisch gesehen ein 3.4mal höheres Risiko für Inaktivität auf als Fachhochschulabsolventen bzw. Abiturienten.

Auch Opper (1998) hat in einer Studie den Zusammenhang zwischen dem sozialen Schichtgradienten und körperlicher Aktivität, wenn auch mit einer für diese Fragestellung unwesentlichen, nicht repräsentativen Zufallsstichprobe, untermauert. Sie verglich das Sportengagement in den sozialen Schichten im Rahmen des Projekts „Sport in Hessen“, wobei 863 Personen zwischen 19 und 84 Jahren freiwillig einem Aufruf folgten. Von den befragten Personen waren 69% ($N=595$) mindestens einmal pro Woche körperlich aktiv. Bei diesen im Folgenden als „Freizeitsportler“ bezeichneten Teilnehmern waren, abweichend von der westdeutschen Bevölkerungsverteilung, die Angehörigen der sozialen Unterschicht deutlich unterrepräsentiert. Der bereits im Theorieteil dieser Arbeit aufgezeigte Zusammenhang zwischen körperlicher Aktivität und sozialer Schichtzugehörigkeit wird durch die Ergebnisse Oppers untermauert: Sporttreibende sind demnach überwiegend der sozialen Mittel- und Oberschicht angehörig.

Bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ handelt es sich um eine hohe körperliche Anforderung für alle Teilnehmer. Schließlich gilt es bei der Tour an insgesamt neun Tagen über 700 km mit dem Fahrrad zu bewältigen. Da es notwendig erscheint, sich auf die Bewältigung dieser Herausforderung entsprechend körperlich aktiv vorzubereiten, kann die Tour durchaus als Präventionsprogramm eingeordnet werden. Daher sollte in Bezug auf die vorerwähnten theoretischen Zusammenhänge sowie die empirischen Befunde der Studie von Opper angenommen werden können, dass unter den Dauerteilnehmern der Tour vorwiegend Personen aus der sozialen Mittel- und Oberschicht vertreten sind, da sich diese bekanntlich häufiger und regelmäßiger körperlich betätigen.

Der Hauptveranstalter SWR 4 wirbt für seine „SWR 4-Tour de Ländle“ unter dem Motto: „Da sind wir daheim“. Die Wahrnehmung der Tour in der Bevölkerung wird durch die opportunen Kampagneninhalte von SWR 4, die ganz auf die Erhöhung der Reichweite und Einschaltquote sowie die Behauptung der Marktführerschaft in der Senderegion ausgerichtet sind, bestimmt. Ziel von SWR 4 ist letztlich eine bedeutende Hörerschaft unter den aktiven (Radlern) und passiven (Zuhörern) Teilnehmern zu finden und langfristig die Hörerbindung an das Programm zu festigen.

Die Inhalte der von SWR 4 geprägten Kampagnen zur Tour haben weniger den Gesundheitsaspekt der hohen körperlichen Anforderungen zum Gegenstand. Vielmehr sollen Heimatgefühl, Unterhaltung, Gemeinschaftserlebnis, Geselligkeit und Spaß von den Teilnehmern erlebt werden. Mit diesen trivialen Botschaften wird die „SWR 4-Tour de Ländle“ vor, während und nach der Tour mittels massenmedialer Kampagne als „Volksfest auf Rädern“ beworben. Dabei werden die erfreulichen Nebeneffekte der Prävention und Gesundheitsförderung, mit denen üblicherweise die sich bereits gesundheitsrelevant verhaltende soziale Mittel- und Oberschicht angesprochen wird (vgl. Kirschner et al., 1995), größtenteils überdeckt. Die „Gesundheitskasse“ AOK Baden-Württemberg verfolgt jedoch als einer der Hauptpartner der Tour das Ziel, einen inhaltlichen Bezug zwischen dem Radfahren und der Gesundheit herzustellen. In dem kostenlosen Mitglieder Magazin der AOK Baden-Württemberg „Bleib gesund“ werden mit der Teilnahme an der „SWR 4-Tour de Ländle“ zwangloses Radeln und Gemeinschaftserlebnisse suggeriert, die gleichzeitig die Gesundheit verbessern helfen.

Aufgrund des bereits in Kapitel 8.3 nachgewiesenen Zusammenhangs zwischen Lebensstilen und sozialer Schichtzugehörigkeit wird deshalb in der Hypothese 1a) angenommen, dass durch die „niederschwellige“ Kampagne für die „SWR 4-Tour de Ländle“ eher Personen aus der „präventionsresistenteren“ sozialen Unterschicht erreicht und zur Teilnahme motiviert werden. Die Hypothese lautet:

1a) Obwohl es sich bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ um eine hohe körperliche Belastung handelt, werden aufgrund der „niederschweligen“ Kampagneninhalte für die Tour üblicherweise „präventionsresistente“ Personen der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und damit zum Bewegungsverhalten motiviert.

Um diese Hypothese überprüfen zu können, werden die Schichtverteilungen der Dauerteilnehmer auch mit der repräsentativen westdeutschen Bevölkerungsstatistik des Bundesge-

sundheitssurveys von 1998 (Knopf et al., 1999), den Freizeit- (69%) und Nichtsportlern (31%) der Studie „Sport in Hessen“ (Oppel, 1998) sowie mit Teilnehmern einer präventiven Intervention verglichen.

Der Abbildung 13 ist zu entnehmen, dass gemäß der Operationalisierung des Schichtindex 32% der Dauerteilnehmer der Unter-, 50% der Mittel- und 18% der Oberschicht zuzuordnen sind. Im Vergleich zur Bevölkerungsverteilung ist erkennbar, dass unter den Dauerteilnehmern etwas weniger Ober- (18% vs. 22%) und Mittelschicht- (50% vs. 55%), hingegen aber deutlich mehr (32% vs. 23%) Unterschichtangehörige zu finden sind. Dies trifft auch für den Vergleich der Dauerteilnehmer mit den Freizeitsportlern von Oppel zu, wobei die Differenz in der Ober- (18% vs. 31%) und Unterschicht (32% vs. 13%) stärker ausfällt. In Hinblick auf die üblicherweise körperlich aktivere Mittel- und Oberschicht kann somit festgehalten werden, dass deren Anteil an der „SWR 4-Tour de Ländle“ im Vergleich zur repräsentativen Bevölkerung ($\chi^2 (2, N=442) = 19.54, p < .001$) und zu Freizeitsportlern ($\chi^2 (2, N=442) = 145.56, p < .001$) deutlich geringer ausfällt. Demgegenüber ähnelt die Schichtverteilung innerhalb der Dauerteilnehmer derjenigen der Nichtsportler aus Oppels Studie ($\chi^2 (2, N=442) = 2.12, p = .347$). Sowohl unter den Dauerteilnehmern als auch unter den Nichtsportlern sind mehr Unter- als Oberschichtangehörige zu finden.

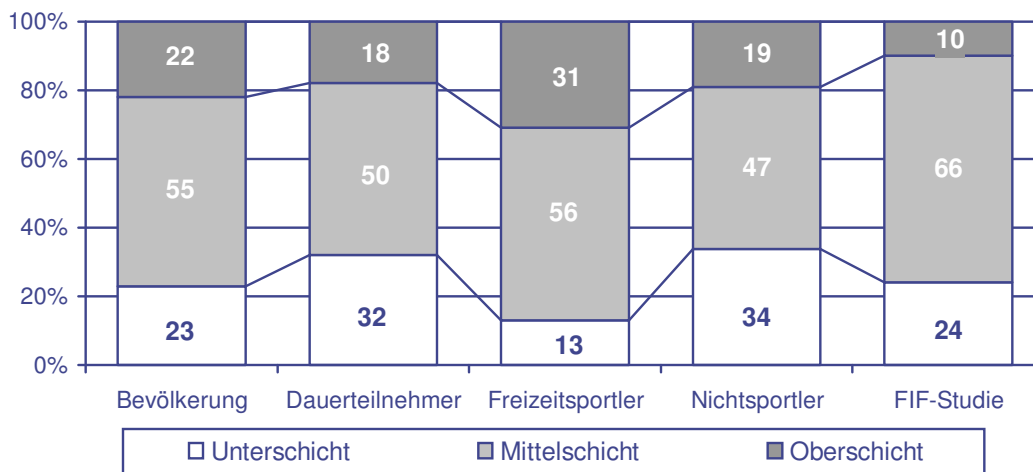


Abbildung 13. Soziale Schichtverteilung der Dauerteilnehmer im Vergleich zur Bevölkerung und anderen Sporttreibenden

Zur Untermauerung dieser Ergebnisse soll die Schichtverteilung der Dauerteilnehmer darüber hinaus mit der von Teilnehmern einer präventiven Maßnahme verglichen werden. Leider mangelt es aber an aktuellen Studien zur sozialen Ungleichheit im Kontext präventi-

ver Maßnahmen. Als Vergleichsgruppe wurde daher ein nicht explizit für diese Thematik erhobener Datensatz des gesundheits- und familienorientierten Präventionsprogramms der Kieler Studie „Familie in Form“ (nachfolgend „FIF“) von Manfred Wegner (2000) aufgearbeitet. Die identische Schichtindexkonstruktion der Studien von Opper (Freizeitsportler/Nichtsportler), Wegner (FIF) sowie der untersuchten Dauerteilnehmer gewährleisten eine gute Vergleichbarkeit.

Das FIF Programm wird vom Landessportverband Schleswig-Holstein angeboten und von einer Krankenkasse, die auch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit übernimmt, unterstützt. Obwohl von den an der FIF-Studie ($N=275$) teilnehmenden Eltern 24% als Nichtsportler gelten, sollen sie in die Vergleichsgruppe integriert werden. Schließlich handeln sie gesundheitsorientiert, indem sie mit ihren Kindern zum Sport gehen¹. Es zeigt sich, dass das familienorientierte Angebot überwiegend Angehörige der Mittelschicht (66%) anspricht (vgl. Abb. 13). Wie auch bei der Untersuchung der Dauerteilnehmer sind die Unterschichtangehörigen (24%) häufiger vertreten als Angehörige der Oberschicht (10%). Aber dennoch unterscheiden sich die FIF-Teilnehmer von den Tour-Dauerteilnehmern in ihrem sozialen Status signifikant voneinander ($\chi^2(2, N=442) = 54.43, p < .001$). Die Dauerteilnehmer weisen noch mehr Unter- sowie Oberschichtangehörige, jedoch deutlich weniger Mittelschichtangehörige als die FIF-Teilnehmer auf.

Als Ergebnis der Betrachtung der verschiedenen Gruppen kann somit festgehalten werden, dass die Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ im Vergleich

- zur westdeutschen Bevölkerung und zu Freizeitsportlern über weniger normalerweise körperlich aktivere Mittel- und Oberschichtangehörige verfügen,
- zur westdeutschen Bevölkerung, zu Freizeitsportlern sowie zum Präventionsprogramm „Familie in Form“ durch mehr üblicherweise „präventionsresistente“ Unterschichtangehörige gekennzeichnet sind,
- zu Nichtsportlern, deren Schichtverteilung üblicherweise durch mehr Unterschichtangehörige geprägt ist, eine ähnliche Schichtverteilung aufweisen.

Die Hypothese 1a) kann demzufolge bestätigt werden. Unter den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ werden mehr „präventionsresistente“ Unterschichtangehörige im Vergleich zur üblicherweise körperlich aktiveren Oberschicht zum Bewegungsverhalten motiviert. Dass die Dauerteilnehmer durchschnittlich bereits dreimal an der Tour teilnahmen,

¹ Werden nur körperlich aktive Eltern ($N=208$) einbezogen, dann gehören 22% (bei Gesamtstichprobe 24%) der Unter-, 67% (66%) der Mittel- und 11% (10%) der Oberschicht an. Damit unterscheiden sie sich nur unwesentlich von der Gesamtgruppe teilnehmender Eltern, unter denen sich auch Nichtsportler befinden.

bestätigt darüber hinaus eine gewisse Nachhaltigkeit der Wirkung dieses präventiven Gemeinschaftsereignisses.

Ausgangsbasis für die Aufstellung der Hypothese 1a) waren die von SWR 4 geprägten „niederschweligen“ Kampagneninhalte zur Tour in Verbindung mit dem bereits in Kapitel 8.3 erwähnten Zusammenhang zwischen Lebensstilen und sozialer Schichtzugehörigkeit. SWR 4 zielt mit seinen sparsam moderierten, bevorzugt deutschsprachigen melodischen und volkstümlichen Musiksendungen vor allem auf eine ältere Hörerschaft ab 50 Jahre mit eher „häuslichem“ Charakter ab. Eine Untersuchung der Lebensstiltypologie durch die SDR-/SWF-Medienforschung (Erk, 1998) ergab, dass die Gruppe der „Häuslichen“ mit 32% den größten Anteil an der SWR 4-Hörerschaft hat. Unter diesen sind ca. zwei Drittel beim Radiohören mit Arbeiten im Haus(-halt) beschäftigt. Von der Gesamtbevölkerung verrichtet dagegen nur etwa die Hälfte während des Radiohörens Hausarbeit. Die „Häuslichen“ unter den SWR 4-Hörern zeichnen sich durch eine traditionelle, bodenständige und sicherheitsorientierte Grundhaltung aus, sie mögen Haus- und Gartenarbeit, hören bevorzugt Schlager- und Volksmusik und gehören mit einer überdurchschnittlichen Hördauer zu den treuesten Kunden von SWR 4. Die soziodemographischen und Lebensstilmerkmale der von SWR 4 definierten Zielhörerschaft weisen eine hohe Übereinstimmung mit der Charakteristik des im Rahmen der Lebensstilkonzeption von Schulze klassifizierten Trivialschemas auf (vgl. Kap. 3.1.2 und 8.2.2). Auf Basis des erläuterten Zusammenhangs zwischen sozialer Schichtzugehörigkeit und Lebensstilen dürfte es sich dabei um Angehörige der sozialen Unterschicht handeln, denen eine eher passive, unsportliche Lebensweise zugeschrieben wird. Die Dauerteilnehmer spiegeln diese SWR 4-Zielgruppe (vgl. Medienanalyse, 2000) hinsichtlich der soziodemographischen Merkmale Alter (Durchschnittsalter 59 Jahre DT vs. 60 Jahre SWR 4-Hörer, 74% der DT gehören zur von SWR 4 angesprochenen Alterskategorie der 50- bis 69-Jährigen) und Bildung (55% der DT vs. 70% der SWR 4-Hörer mit Volksschulabschluss) nahezu vollständig wider. Damit liegt eine Zielgruppenkongruenz der Dauerteilnehmer mit den SWR 4-Hörern vor, bestätigt durch die Erkenntnis, dass 78% der Dauerteilnehmer nach eigenen Angaben SWR 4 regelmäßig einschalten.

Die Hypothese 1a) spiegelt den Zusammenhang zwischen den von opportunen Zielen des SWR 4 geprägten Kampagnen sowie deren „niederschweligen“ Inhalten zur „SWR 4-Tour de Ländle“ und den damit im Vergleich zur Gesamtbevölkerung bei den Dauerteilnehmern überdurchschnittlich „erreichten“ Angehörigen der sozialen Unterschicht wider. Die von SWR 4 umworbene Zielgruppe stellt dabei gleichzeitig eine in Präventionsprogrammen oft

vernachlässigte Bevölkerungsschicht dar, die älter als 40 Jahre sowie durch volkstümlichen, häuslichen und passiven Charakter im Sinne des Trivialschemas determiniert ist, der sozialen Unterschicht zugehört und sich durch ein eher „präventionsresistentes“ Verhalten auszeichnet. Für diese Zielgruppe spielt aber auch der insbesondere bei der Tour erlebbare kollektive Aspekt eine bedeutende Rolle. Die eher Individualität ablehnenden Unterschichtangehörigen suchen Sicherheit und Geborgenheit im Gemeinschaftsgefühl. So sind sie z. B. eher bei Volksfesten oder im Fußballstadion anzutreffen und präferieren Mannschaftssportarten. Bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ trifft sich eine Vielzahl Gleichgesinnter, die beim gemeinsamen Radfahren, beim abendlichen geselligen Beisammensein und bei der Übernachtung in der Gemeinschaftsunterkunft stets mit Massenaufmärschen konfrontiert werden. Das kollektive Miteinander wird auch an der Tatsache deutlich, dass der Anteil Alleinradler im Zeitraum von 1993 bis 2000 von 40% auf 33% zurückgegangen ist, hingegen die Bedeutung, die Tour mit Freunden, zu bestreiten von 24% auf 50% stark zugenommen hat.

Der Erfolg der „SWR 4-Tour de Ländle“ hinsichtlich der Motivation überwiegend „präventionsresistenter“ Unterschichtangehöriger zu hoher körperlicher Aktivität ist nicht zuletzt auch ein Verdienst der guten Organisation der Veranstaltung (organisiert sind z. B. Anreise per Zug, Übernachtung, Gepäcktransport, Reparaturservice, Verpflegung, medizinische Betreuung und diverse Unterhaltung), die es den Teilnehmern gestattet, sich gleich dem Pauschalurlaub auf das „Rundumsorglos-“, Aktivitäts- und Rahmenprogramm einzulassen. Zusätzlicher Organisationsaufwand wird hingegen von Angehörigen der sozialen Oberschicht auf Basis ihrer Lebensstiltypologie nicht gescheut (Pauschal- vs. Individualtourismus). Zu dieser Kategorie gehören vermutlich auch die so genannten Selbstorganisierten Dauerteilnehmer, die neben den Dauerteilnehmern und Tagesteilnehmern die dritte Gruppe der an der „SWR 4-Tour de Ländle“ teilnehmenden Personen darstellen. Diese hatten entweder im Losverfahren um die begrenzten Teilnahmeplätze kein Glück oder entschieden sich von vornherein dafür, die Unterkünfte in den Etappenorten selbstständig zu organisieren, um, wenngleich unter erschwerten Bedingungen, an der Tour in jedem Fall teilnehmen zu können. Durch den bereitwillig zu bewältigenden Mehraufwand und die diesbezügliche Abgrenzung zu den (regulär im Losverfahren ermittelten) Dauerteilnehmern wird vermutet, dass die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer eher der sozialen Oberschicht angehören. Die Hypothese 1b) lautet folglich:

1b) Die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer nehmen mehr organisatorischen Aufwand auf sich, um an der „SWR 4-Tour de Ländle“ teilnehmen zu können. Dies ist ein

Mehraufwand, der sich vom lebensstilcharakteristischen „Rundumsorglos-Pauschaltourismus“ abgrenzt. Daher wird vermutet, dass die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer eher der durch Individualismus geprägten sozialen Oberschicht angehören.

Die in Abbildung 14 visualisierten Ergebnisse der Untersuchung zeigen, dass über die Hälfte (56%) der Selbstorganisierten ($N=23$) zur sozialen Oberschicht zu zählen sind. Damit unterscheiden sie sich in ihrer Schichtverteilung sowohl von der Bevölkerung ($\chi^2(2, N=23) = 14.18, p=.001$) als auch von den Dauerteilnehmern ($\chi^2(2, N=23) = 23.39, p<.001$). Die Ausprägung der alltagsästhetischen Schemata verdeutlicht, dass die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer im Vergleich zu den Dauerteilnehmern eher dem Hochkultur- ($U\text{-Test } p=.097$) und weniger dem Trivialschema ($p=.076$) angehören (vgl. Kap. 8.2.2).

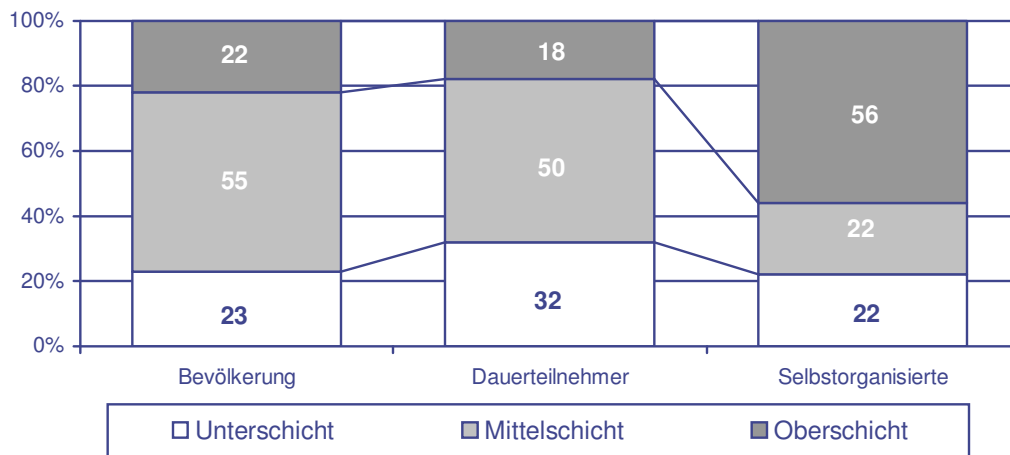


Abbildung 14. Soziale Schichtverteilung der Selbstorganisierten im Vergleich zur Bevölkerung und zu den Dauerteilnehmern

Für die durchschnittlich bereits fünfmal an der Tour teilnehmenden Selbstorganisierten Dauerteilnehmer scheint es eine Art Lebensstil zu sein, sich von den übrigen Teilnehmern abzusetzen, sei es durch eine selbstorganisierte Übernachtung im komfortableren, dafür kostenintensiveren Hotel oder im Zelt, den Witterungseinflüssen ausgesetzt. Kennzeichnend für das den „Klassisch-Kulturorientierten“ aus der Typologie der SDR/SWF-Medienforschung (Erk, 1998) entsprechende Hochkulturschema meiden sie Massenaufläufe, wie z. B. in der Gemeinschaftsunterkunft, und können beim Nächtigen in einem Zelt ihre Naturverbundenheit ausleben. Im Vergleich zu den Dauerteilnehmern ist das Motiv ‚Naturerleben‘ bei den Selbstorganisierten charakteristischer. *Die Hypothese 1b) wird angenommen*, da die Selbst-

organisierten Dauerteilnehmer sich von den anderen Tour-Teilnehmern lebensstilcharakteristisch abgrenzen und überwiegend der sozialen Oberschicht angehören.

9.2 Der „AOK-Radsonntag“: Hypothese 2)

Der einmal jährlich stattfindende „AOK-Radsonntag“ wird regelmäßig in Verbindung mit der in Baden-Württemberg landesweit initiierten Aktion „Mobil ohne Auto“ organisiert. Durch die ohne Zeitdruck zu bewältigenden verschiedenen Streckenlängen werden mit diesem Angebot alle Fahrradbesitzer unabhängig von ihren sportlichen Ambitionen angesprochen. Mit Blick auf das Motto des „AOK-Radsonntags“: „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ wird angenommen, dass diese Kampagne zielgruppenspezifisch wirkt und hauptsächlich jene Personen zur Teilnahme bewegt, die sich mit diesem Motto identifizieren. Unter Berücksichtigung der bereits in Kapitel 8.3 geschilderten Zusammenhänge zwischen Lebensstiltypologie und Schichtzugehörigkeit dürften unter den Teilnehmern des „AOK-Radsonntags“ überwiegend Personen des Hochkulturschemas zu finden sein, die aufgrund ihrer Präferenzen und Merkmalsausprägungen der sozialen Oberschicht zuzuordnen sind. Die Hypothese 2) lautet daher:

- 2) *Das unter dem Motto „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ stattfindende Angebot des „AOK-Radsonntags“ richtet sich aufgrund der unterschiedlichen Streckenlängen sowohl an Einsteiger als auch an Fortgeschrittene. Es wird aber angenommen, dass hauptsächlich die sich mit dem Thema Gesundheit und Umweltschutz identifizierende soziale Oberschicht am „AOK-Radsonntag“ teilnimmt.*

Wie der Abbildung 15 zu entnehmen ist, gehören im Vergleich zur Unterschicht (17%) nahezu doppelt so viele Radsonntageteilnehmer der sich eher gesundheitsrelevant verhaltenden Oberschicht (31%) an. Zur Prüfung der Hypothese 2) wird die Schichtverteilung der AOK-Radsonntageteilnehmer insbesondere mit der Bevölkerung, aber auch mit den Freizeitsportlern der Studie „Sport in Hessen“ (vgl. Opper, 1998) verglichen. Dabei weisen die Teilnehmer des „AOK-Radsonntags“ im Vergleich zur Bevölkerungsverteilung mehr Angehörige der sozialen Oberschicht (31% vs. 22%), dagegen weniger Angehörige der sozialen Unterschicht (17% vs. 23%) auf. Der *Chi²-Test* ($\chi^2(2, N=138) = 7.87, p = .020$) unterstützt den optischen Eindruck der unterschiedlichen Schichtverteilung beider Gruppen. Demgegenüber repräsentieren, wie bereits im Zusammenhang mit den Untersuchungen zur Hypothese 1a) erwähnt, die Freizeitsportler stärker die Mittel- und Oberschichtangehörigen,

womit sie sich in der Schichtverteilung mit den AOK-Radsonntagsteilnehmern ähneln ($\chi^2(2, N=138) = 1.79, p=.409$). Dies bestätigt wiederum die These, dass im „AOK-Radsonntag“ insbesondere die Mittel- und Oberschichtangehörigen körperlich aktiv sind.

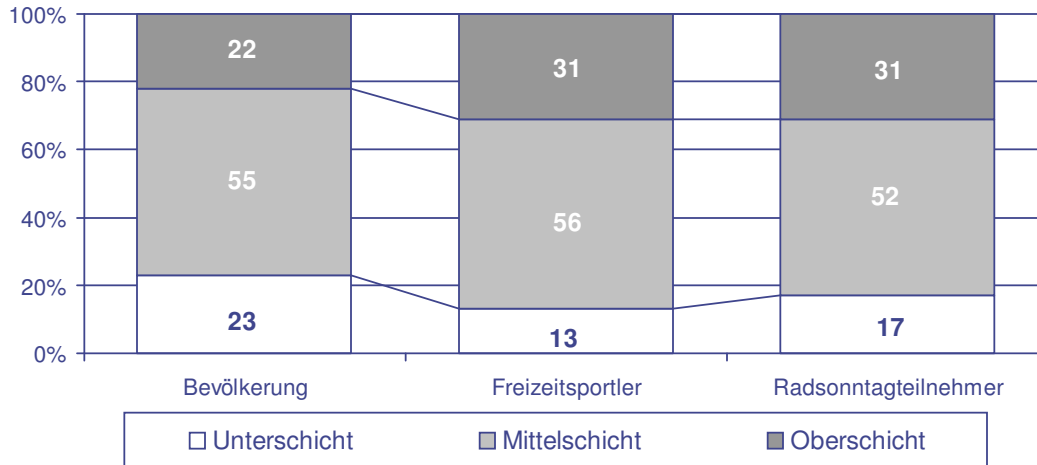


Abbildung 15. Soziale Schichtverteilung der AOK-Radsonntagsteilnehmer im Vergleich zur Bevölkerung und zu Freizeitsportlern

Der „AOK-Radsonntag“ gilt als Event für die ganze Familie: 35% nehmen mit dem Partner und 21% mit den Kindern daran teil, hingegen 48% mit Freunden. Den ganzen Tag über können ausgeschilderte Strecken individuell abgefahren werden, ein Aspekt für die eher Individualsport betreibende Oberschicht. Neben dem Radfahren werden auch Inlinetouren angeboten, so dass es nicht verwundert, dass die befragten radfahrenden AOK-Radsonntagsteilnehmer mit 47 Jahren (*Median*) die jüngste Teilstichprobe im Vergleich zu den Tour- und Radtreffteilnehmern darstellen. Dies wirkt sich auch auf die Ausprägung der einzelnen drei Schemata aus. Zwar dominiert unter den Radsonntagsteilnehmern das der sozialen Oberschicht und den „Klassisch-Kulturorientierten“ (Erk, 1998) zuzuordnende Hochkulturschema, im Vergleich zu den anderen Teilstichproben sind hier jedoch mit Abstand auch die meisten Spannungsschemaangehörigen zu finden.

Die Hypothese 2) kann angenommen werden, da der „AOK-Radsonntag“ hinsichtlich der Vergleichsgruppen (Bevölkerung und Freizeitsportler) weniger Unterschicht-, dafür jedoch mehr Oberschichtangehörige zur aktiven Teilnahme motiviert. Das Motto „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ verfehlt seine Wirkung nicht, da die damit transportierten Werte die Schichtzusammensetzung der Teilnehmer im Vergleich zur repräsentativen Bevölkerung zugunsten der diesen Werten zugeneigten Lebensstiltypen verschiebt.

9.3 Der „AOK-Radtreff“: Hypothese 3)

Mit dem von der AOK Baden-Württemberg und dem württembergischen Radsportverband initiierten „AOK-Radtreff“ werden an unterschiedlichen Orten in Baden-Württemberg regelmäßig, jeweils ein- bis zweimal in der Woche, Radtouren für jedermann angeboten. Die unter Anleitung absolvierten Strecken mit einer Länge zwischen 20 und 60 km sind sowohl für Einsteiger als auch für Ambitionierte attraktiv. Da der „AOK-Radtreff“ aufgrund seiner institutionalisierten körperlichen Anforderungen die Kriterien einer Präventionsmaßnahme erfüllt, dürften auf Basis der theoretischen Vorannahmen zum Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Präventionsverhalten (vgl. Kap. 8.3) vorrangig Personen teilnehmen, die sich bereits gesundheitsbewusst verhalten und eher der sozialen Oberschicht zuzuordnen sind.

Die Kampagne zum „AOK-Radtreff“ wird primär unter den Mitgliedern der AOK Baden-Württemberg ausgetragen. Die kostenlos an die Mitglieder verteilte Zeitschrift „Bleib gesund“ macht auf den „AOK-Radtreff“ als ein zwangloses Radeln und Gemeinschaftserlebnis aufmerksam, bei dem „Jeder, der Lust hat“, seine Gesundheit verbessern kann. Spaß und ungezwungene Atmosphäre sind jedoch charakteristisch für den Lebensstiltyp des Trivialschemas, der eher der sozialen Unterschicht zuzuordnen ist. Die Mitgliederstruktur der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) weist aufgrund des gesetzlich vorgeschriebenen Kontrahierungszwangs im Vergleich zu anderen Krankenversicherungen einen überdurchschnittlich hohen Anteil sozial- und einkommensschwacher Mitglieder auf. Eine 1999 von der AOK Baden-Württemberg vorgenommene Mitgliederbefragung (Kundenzufriedenheitsmonitor) ergab, dass auf Basis der Bildung und des Berufsstatus ein im Vergleich zur Bevölkerung hoher Anteil der Mitglieder der sozialen Unterschicht zuzuordnen sind (AOK Baden-Württemberg, 1999). Daraus ableitend wird in Verbindung mit dem „AOK-Radtreff“ die Hypothese 3) geschlussfolgert:

- 3) *Da die Kampagne des „AOK-Radtreffs“ vor allem durch die Vermittlung von Geselligkeit und Gemeinschaftserlebnis geprägt ist und primär auf AOK-Mitglieder abzielt, wird angenommen, dass die Teilnehmer des „AOK-Radtreffs“ eher der sich mit den Kampagneninhalten identifizierenden und in der beworbenen Zielgruppe stark repräsentierten sozialen Unterschicht zuzuordnen sind.*

Die Untersuchung ergab, dass doppelt so viel AOK-Radtreffteilnehmer der Unterschicht (32%) als der Oberschicht (14%) angehören (vgl. Abb. 16). Dabei weisen die AOK-

Radtreffteilnehmer im Vergleich zur Bevölkerung ($\chi^2(2, N=321) = 22.43, p < .001$) wesentlich mehr Unterschicht- (32% vs. 23%) und demgegenüber entsprechend weniger Oberschichtangehörige (14% vs. 22%) auf. Auch unterscheiden ($\chi^2(2, N=321) = 124.14, p < .001$) sie sich signifikant von den aus 31% Oberschichtangehörigen bestehenden Freizeitsportlern.

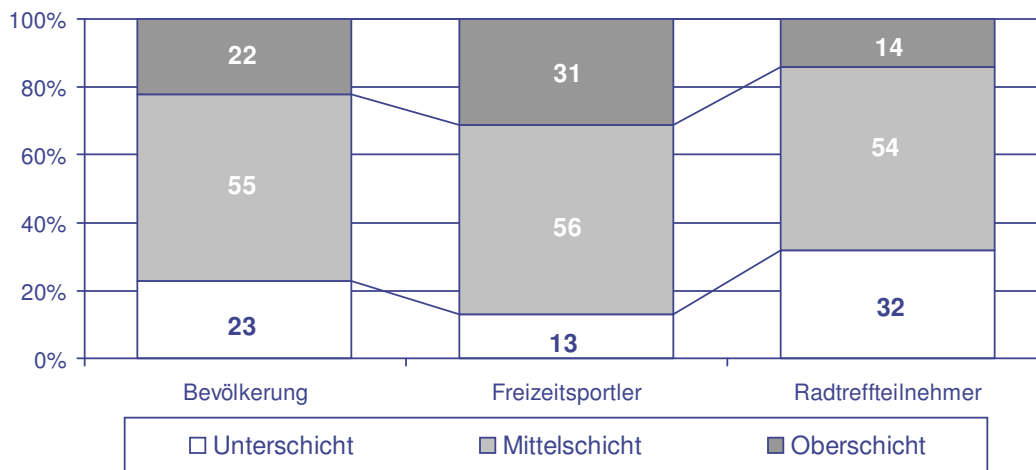


Abbildung 16. Soziale Schichtverteilung der AOK-Radtreffteilnehmer im Vergleich zur Bevölkerung und zu Freizeitsportlern

Die durchschnittlich bereits seit fünf Jahren einmal pro Woche (68%) am „AOK-Radtreff“ Teilnehmenden sind in ihrem Sozialstatus durchaus mit den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ vergleichbar ($\chi^2(2, N=321) = 4.28, p = .118$). Auch weisen beide Teilstichproben mit 55 bzw. 59 Jahren ein ähnliches Durchschnittsalter auf. Die hohe Übereinstimmung der AOK-Radtreffteilnehmer mit den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ in ihren soziodemographischen Merkmalen dürfte letztlich auch darauf zurückzuführen sein, dass die AOK Baden-Württemberg beide Ereignisse in ihrer Mitgliederzeitschrift „Bleib gesund“ mit ähnlichen Kampagneninhalten bewirbt und den „AOK-Radtreff“ jeweils im Vorfeld der „SWR 4-Tour de Ländle“ als geeignete Vorbereitung auf deren sportliche Herausforderungen propagiert.

Als Hauptmotive für das Interesse am „AOK-Radtreff“ wird von den Teilnehmern neben der positiven Gesundheitswirkung vor allem das Kollektiverlebnis in den Vordergrund gestellt. Die Resonanz auf die Kampagnenbotschaft „Gemeinschaftserlebnis“ wird damit untermauert, dass die AOK-Radtreffteilnehmer in der geführten Gruppe die Strecke angebelegemäß überwiegend mit Freunden (51% der Teilnehmer) sowie dem Partner (34%) bewältigen.

Die Hypothese, dass sich unter den Teilnehmern des „AOK-Radtreffs“ eher Angehörige der sozialen Unterschicht befinden, kann angenommen werden. Es werden im Vergleich zu Freizeitsportlern und zur Bevölkerungsverteilung mehr Unterschichtangehörige angesprochen und zur aktiven Teilnahme motiviert.

9.4 Diskussion

Entsprechend den theoretischen Vorannahmen sind insbesondere Mittel- und Oberschichtangehörige körperlich aktiv. In der vorliegenden Studie konnte herausgefunden werden, dass unter zwei der drei evaluierten Freizeitradveranstaltungen insbesondere auch Personen aus der sich eher „präventionsresistent“ verhaltenden sozialen Unterschicht vertreten sind. Einerseits befinden sich unter den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ und den AOK-Radtreffteilnehmern, deren soziale Schichtverteilungen sich ähneln, mehr Unter- als Oberschichtangehörige. Andererseits sind die mit diesen „Präventionsevents“ erreichten Unterschichtangehörigen im Vergleich zur westdeutschen Bevölkerung und zu Freizeitsportlern einer anderen Studie häufiger vertreten, jeweils zu Lasten der Oberschicht. Dies ist aus gesundheitspolitischer Sicht ein Ergebnis mit hoher Relevanz, denn es scheint eine Möglichkeit gefunden, die „präventionsresistenten“ Unterschichtangehörigen zur aktiven Teilnahme an körperlichen Präventionsmaßnahmen zu motivieren. Der Schlüssel zum Erfolg ist in diesem Fall eine Kombination aus zielgruppenspezifischer Ansprache und einem kollektiven Gemeinschaftsangebot. Bei den erreichten Unterschichtangehörigen handelt es sich um Personen, deren soziodemographischen Daten (u. a. eher ältere Personen) und Lebensstiltypologie (eher häuslicher, volkstümlicher Charakter) sich mit den „niederschwelligen“, ohne explizit an die Gesundheit zu appellierenden, Kampagneninhalten zur „SWR 4-Tour de Ländle“ und zum „AOK-Radtreff“ decken.

Die Erkenntnisse der in Kapitel 8.3 gefundenen sowie in den Hypothesen aufgegriffenen Zusammenhänge zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und den Lebensstilen liefern die Möglichkeit, Rückschlüsse auf die Gestaltung zielgruppenspezifischer Kommunikation zu ziehen. Wenn beispielsweise die als „präventionsresistent“ geltende soziale Unterschicht mit einer gesundheitsförderlichen Maßnahme erfolgreich konfrontiert werden soll, was in Anbetracht der bestehenden sozialen Differenzen von Gesundheitschancen wünschenswert ist, wäre eine triviale Kampagne mit der Betonung auf ein kollektives Erlebnis zielführend und der Lebensstiltypologie dieser Zielgruppe entsprechend. Denn es kann gezeigt werden, dass vor allem Personen aus der sozialen Unterschicht einen charakteristischen trivialen Le-

bensstil aufweisen. Dieser Lebensstil äußert sich in volkstümlichen Präferenzen, z. B. hinsichtlich des Musikgeschmacks (Volksmusik, Deutsche Schlager, Blasmusik) und einer vor allem passiven Lebensweise, dokumentiert durch extensiven Fernsehkonsum. Sport nehmen sie vor allem als Zuschauer wahr, ob im Fernsehen, am Radio bzw. live vor Ort (vorzugsweise Fußball). Als Präsentationsplattformen einer entsprechenden trivialschemacharakteristischen Kampagne bieten sich z. B. Kaffeefahrten, Schützenfeste, volkstümliche Fernsehsendungen oder bestimmte Zeitungen (z. B. Die BILD-Zeitung) oder Illustrierte (z. B. Mitgliederzeitschriften) an. Dabei wäre es hilfreich, eine Trennung des Zwecks einer Präventionsmaßnahme und der Mittel, um diesen zu erreichen, vorzunehmen.

So sollte, wie am Beispiel der „SWR 4-Tour de Ländle“ aufgezeigt, der eigentliche (Primär-)Zweck des als Primärpräventionsmaßnahme geltenden Events in Form der Vorbeugung von z. B. Herz-Kreislauferkrankungen und Diabetes mellitus durch so genannte Zwischen-, Neben- oder Kampagnenziele wie Spaß, Geselligkeit und Wohlbefinden überlagert werden. Bei gleichzeitiger Verknüpfung dieser Kampagneninhalte mit den zur Erreichung des (Primär-)Zwecks geeigneten Mitteln, wie dem Radfahren, Schwimmen oder Walken im Fall der Ansprache von z. B. Übergewichtigen, als einer Risikogruppe der vorgenannten Indikationen, können nachhaltige Erfolge erzielt werden, da die relevante Zielgruppe eine positive Konnotation zu den Kampagneninhalten herstellt.

Stellen hingegen Angehörige der sozialen Oberschicht die Zielgruppe einer Intervention dar, dann sollte eine entsprechende hochkulturelle Kampagne zugrunde liegen. Da sich diese Bevölkerungsgruppe ohnehin eher gesundheitsbewusst verhält, sind die Inhalte der jeweiligen Ansprache, z. B. die Werbung für einen meditativen Entspannungskurs, direkt übertragbar, und können z. B. an Universitäten oder im Feuilleton einer Zeitung ausgeschrieben werden. Zielführend sind in diesem Fall auch Kommunikationsinhalte, die sich mit speziellen, der Lebensstiltypologie der Zielgruppe kompatiblen Themen auseinandersetzen und gleichzeitig einen gewissen Freiraum für Individualität bieten, wie z. B. die Mottos „Mobil ohne Auto“ oder „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ des „AOK-Radsonntags“.

Inwieweit sich die, durch zielgruppenspezifische Kampagnen und kollektive Gemeinschaftserlebnisse zur Teilnahme motivierte, soziale Unterschicht in Bezug auf den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten von der üblicherweise gesundheitsbewussten sozialen Oberschicht unterscheidet, soll nachfolgend anhand entsprechender schichtspezifischer Daten belegt werden.

10 Zum schichtspezifischen Gesundheitsstatus

Wie bereits in Kapitel 3 beschrieben, ist die Gesundheit sozial determiniert, wobei Angehörige der sozialen Unterschicht eine höhere Morbiditätsrate aufweisen und über eine geringere Lebenserwartung (Mortalität) verfügen. Diese Erkenntnis soll anhand der vorliegenden Teilstichproben überprüft werden. Dabei erscheint die empirische Umsetzbarkeit von Gesundheit aufgrund zahlreicher Gesundheitsdefinitionen und die damit verbundene Vielzahl an Erfassungsmethoden und Gesundheitsindikatoren als äußerst schwierig (vgl. Caspersen, Powell & Merritt, 1994). In Anlehnung an das naturwissenschaftlich-medizinische Modell werden zum einen häufig objektive Kriterien von Gesundheit bzw. Krankheit anhand von ärztlichen Untersuchungen, Symptom- oder Beschwerdelisten (z. B. Zerssen-Beschwerdenliste von Zerssen, 1976) bestimmt. Zum anderen werden mittels Fragebogen Daten zur Selbsteinschätzung der Gesundheit erhoben, die sich am integrativ-psychosozialen Modell orientieren. Eine Kombination objektiver und subjektiver Gesundheitsmerkmale scheint daher zielführend, um adäquate Aussagen darüber zuzulassen, ob sich jemand gesund oder krank fühlt (Braun, 1994, S.247).

Zur optimalen Darstellung der integrativen Sichtweise von Gesundheit werden in der vorliegenden Arbeit die erhobenen Selbsteinschätzungen zum körperlichen Zustand (SEL) und zur körperlichen Verfassung (SEL) mit einer objektiven Beschwerdeliste (FEG) verglichen sowie Daten zur seelischen Verfassung (SEL), zur Lebensqualität (SEL) und zum Body-Maß-Index herangezogen (vgl. Kap. 6.3). Die aus diesen sechs Gesundheitsmerkmalen gebildete Gesundheitsskala dient der Konstruktion von Gesundheitstypen. Neben der schicht-, gruppen-, geschlechts- und altersspezifischen Darstellung soll die Kontrolle der erhobenen Längsschnittdaten eine Veränderung im Sinne einer Gesundheitswirkung hervorheben.

10.1 Body-Maß-Index

Jahrzehntelange Beobachtungen der Lebensversicherungsgesellschaften und zahlreiche epidemiologische Studien belegen einen Zusammenhang zwischen starkem Übergewicht entsprechend einem hohen Body-Maß-Index (BMI) und erhöhter Morbidität bzw. Mortalität (u. a. Marks, 1960). Der aus der bewährten Formel: $\text{Körpergewicht} / \text{Körpergröße}^2 (\text{kg/m}^2)$ errechnete BMI gilt als eines der wichtigsten Messinstrumente zur Beurteilung des Körpergewichtes in Relation zur Körpergröße. Von starkem Übergewicht (Adipositas) wird dabei ab einem BMI von größer als 30 kg/m^2 gesprochen. Die Referenzbereiche von den gängigen vier BMI-Klassen lauten (vgl. SBA, 1998):

Untergewicht < 19	Normalgewicht 19.0 – 24.9	Übergewicht 25.0 – 30.0	Adipositas > 30.
----------------------	------------------------------	----------------------------	---------------------

Der BMI der Gesamtstichprobe ist im Histogramm etwas linkslastig ($K-S-Test p=.004$), wobei der *Median* bei 24.8 kg/m^2 ($M=25$; $SD=3.11$) und somit an der oberen Grenze des Normalgewichts liegt. Die Bandbreite erstreckt sich von minimal 14.9 kg/m^2 (40-jährige RSTin, 43 kg bei 1.70 m) bis maximal 40.3 kg/m^2 (63-jährige RSTin, 98 kg bei 1.53 m).

Unter Berücksichtigung der Referenzbereiche ist die Hälfte (50%) der in der Gesamtstichprobe integrierten Personen zu den Normalgewichtigen zu zählen. 41% gehören den Übergewichtigen an. Erfreulicherweise wurden 68 adipöse Personen (6%) zum Radfahren motiviert, von denen die meisten unter den Tour-Teilnehmern zu finden sind (vgl. Abb. 17). Abgesehen von den Selbstorganisierten dominieren in allen anderen Teilstichproben die Normalgewichtigen. Unter den Selbstorganisierten sind vorwiegend Übergewichtige und sogar doppelt so viele Adipöse (13%) anzutreffen als bei den anderen Gruppen. Ein Gruppenunterschied zwischen den BMI-Klassen besteht jedoch nicht ($\chi^2=n. s.$). In Relation zur Körpergröße sind die Selbstorganisierten mit einem BMI von 25.1 (*Median*) am schwersten und die Radsonntagsteilnehmer am leichtesten (*Median*= 24.5).

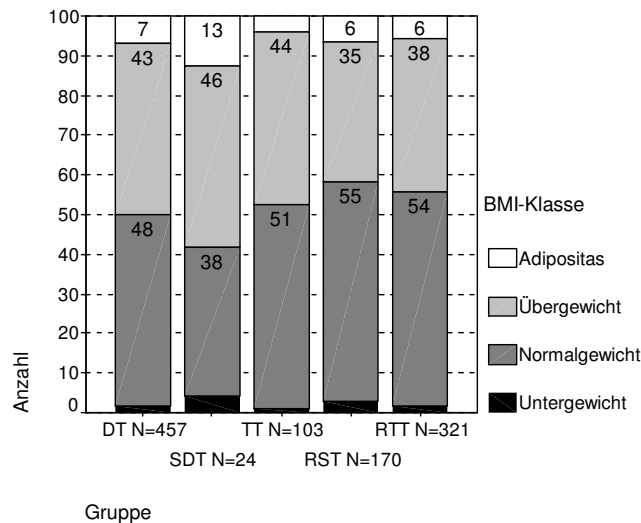


Abbildung 17. Häufigkeit der Body-Maß-Index-Klassen nach Teilstichproben

Der BMI ist in der vorliegenden Stichprobe vom Geschlecht abhängig ($H-Test p<.001$). Männer (*Median*= 25.3) sind in Bezug auf ihre Körpergröße schwerer als Frauen (*Median*= 23.6). Das überrascht wenig, denn Männer verfügen normalerweise über einen stärkeren Knochenbau und mehr Muskelmasse. Diese ist kompakter und schwerer als Fettgewebe, von

denen die Frauen genetisch bedingt mehr besitzen. Im Vergleich zu den Frauen konnten bei den Männern 22%-Punkte mehr Übergewichtige und 3%-Punkte mehr Adipöse erreicht werden ($\chi^2(3, N=729) = 223.27, p < .001$). Mit den Lebensjahren steigt der BMI an (*H-Test* $p < .001$). Während die 10- bis 19-Jährigen über einen BMI von 20.25 verfügen, weisen die 60- bis 69-Jährigen den höchsten BMI (*Median*=25.25) auf. Hierin liegt auch die Tatsache begründet, dass die jüngste Gruppe, die Radsonntageteilnehmer, über die meisten Normalgewichtigen verfügt.

Aufgrund der vorliegenden Längsschnittdaten kann der BMI über die Zeit hinweg verfolgt werden. Dieser verändert sich in den ca. sechs Monaten zwischen den beiden Befragungen jedoch in keiner der fünf Teilstichproben nennenswert, auch nicht unter Berücksichtigung der aus drei Messzeitpunkten bestehenden Daten der Dauerteilnehmer (vgl. Tab. 32).

Tabelle 32

Body-Maß-Index der Dauerteilnehmer zu drei Messzeitpunkten

BMI	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	83	24.41	2.85	17.22	33.58	22.58	24.39	26.28
Zeit 2	83	24.35	2.90	17.22	33.95	22.59	24.39	26.17
Zeit 3	83	24.67	3.00	17.30	35.10	22.84	24.62	26.04

10.2 Objektiv körperliche Beschwerden

Um etwas über den objektiven Gesundheitsstatus der Teilnehmer zu erfahren, wurde die Kurzsкала zur Erfassung körperlicher Beschwerden aus dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG, Dlugosch & Krieger, 1995) herangezogen und leicht modifiziert. Diese Kurzsкала lehnt sich wiederum an die Freiburger Beschwerdenliste an (Fahrenberg, 1975) und erfasst das Ausmaß der körperlichen Beschwerden in fünf Ausprägungen (1=nie bis 5=sehr oft).

Insgesamt nannten die Befragten am häufigsten die im Gesundheitssurvey (SBA, 1998) ebenfalls am zahlreichsten anzutreffenden *Rückenschmerzen* (*Median*=3; *M*=2.67; *SD*=1.17), gefolgt vom *beeinträchtigten Allgemeinbefinden* (*Median*=2; *M*=2.02; *SD*=0.90). Als „sonstige“ Beschwerden wurden vor allem Gelenkprobleme und Kopfschmerzen aufgeführt.

Die aus den sieben Beeinträchtigungen summierte Beschwerdeskala weist eine Spannweite von sieben (keine Beschwerden) bis 29 (häufiger mehrere Beschwerden gleichzeitig) auf. Die nicht normalverteilte Beschwerdeskala (*K-S-Test* $p < .001$) zeigt eine Linkslastigkeit, da

sich die Gesamtstichprobe durch wenig vorhandene körperliche Beschwerden auszeichnet ($Median=12$). Die Homogenität der aus den Beschwerdeitems zusammengefassten Globalskala ist vergleichbar mit der Studie von Dlugosch und Krieger (1995) (vgl. Tab. 33).

Tabelle 33

Körperliche Beschwerdeskala, Trennschärfe (TS), Cronbachs Alpha (α)

Beschwerdeskala	N	M	SD	α	TS	range	Items
Schlickum	822	2.12	0.77	.75	.38 - .56	1 - 5	7
Dlugosch & Krieger	111	2.84	0.85	.72	.35 - .65	1 - 5	5

Dabei unterscheiden sich die fünf Teilstichproben der drei untersuchten Events in ihrem Beschwerdeausmaß (H -Test $p<.001$), wobei vor allem die Tagesteilnehmer weniger körperliche Beschwerden angeben (vgl. Tab. 34). Dieser Gruppenunterschied ist vor allem auf die unterschiedlichen Beschwerdegrade hinsichtlich eines *beeinträchtigten Allgemeinbefindens* (H -Tests $p<.001$) zurückzuführen.

Tabelle 34

Ausmaß der körperlichen Beschwerden nach Teilstichproben

Gruppe	N	Median	M	SD	Mini	Maxi
DT	430	12.0	12.57	3.78	7	28
SDT	24	10.0	11.63	3.83	7	20
TT	105	10.0	11.08	3.74	7	25
RST	174	13.0	12.84	3.95	7	26
RTT	328	13.0	12.99	4.07	7	29
Gesamt	1 061	12.0	12.57	3.93	7	29

Bei den Frauen ($Median=12$; $M=13.12$; $SD=4.30$) treten alle aufgelisteten körperlichen Beeinträchtigungen häufiger als bei den Männern ($Median=12$; $M=12.36$; $SD=3.69$) auf, was sich in der Gesamtbeschwerdeskala bemerkbar macht (U -Test $p=.017$). Generell wurde in Bezug auf die körperlichen Beschwerden bereits mehrfach ein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt, der gern als höhere Klagebereitschaft der Frauen bzw. stärkere Symptomaufmerksamkeit interpretiert wird (vgl. SBA, 1998).

Hinsichtlich des Alters ist festzustellen, dass die Gesamtbeschwerden der Untersuchungsgruppe bis zum 40. Lebensjahr zunächst ansteigen und dann wieder abnehmen (n. s.). Meist wird den „Vierzignern“ bewusst, dass auch sie etwas für die eigene Gesundheit tun müssen, wenn die ersten Alterserscheinungen wahrgenommen werden. Das Absinken der Beschwerden kann auch auf die geringeren Belastungen nach dem Berufsausstieg oder die zunehmende Gleichgültigkeit gegenüber Beschwerden der Älteren zurückzuführen sein. Werden die

einzelnen Beschwerden analysiert (*H-Test*), dann steigen *Rücken-* ($p < .001$), *Herz-Kreislauf-* (n. s.) und *Atembeschwerden* (n. s.) mit dem Alter an, während sich die Symptome der *Kraftlosigkeit* ($p = .007$) und des *beeinträchtigten Allgemeinbefindens* ($p < .001$) reduzieren.

In Bezug auf die körperlichen Beschwerden liegen ebenfalls Längsschnittdaten vor, die eine Veränderung innerhalb von sechs Monaten nach der Sportveranstaltung darstellen können. *Wilcoxon-Tests* lassen erkennen, dass sich in der Gesamtstichprobe Gefühle der *Anspannung* ($p = .012$) und der *Kraftlosigkeit* ($p = .032$) verstärken bzw. sich das *Allgemeinbefinden* ($p = .002$) verschlechtert. Wird das gesamte Beschwerdeausmaß betrachtet, dann verändert sich das Beschwerdeausmaß zwischen den Messzeitpunkten nicht. Während die körperlichen Beschwerden bei den Dauerteilnehmern und Selbstorganisierten eher sinken, nahmen die Beschwerden bei den Radsonntag- und Radtreffteilnehmern, aber insbesondere bei den Tagesteilnehmern ($p = .009$) etwas zu (vgl. Abb. 18).

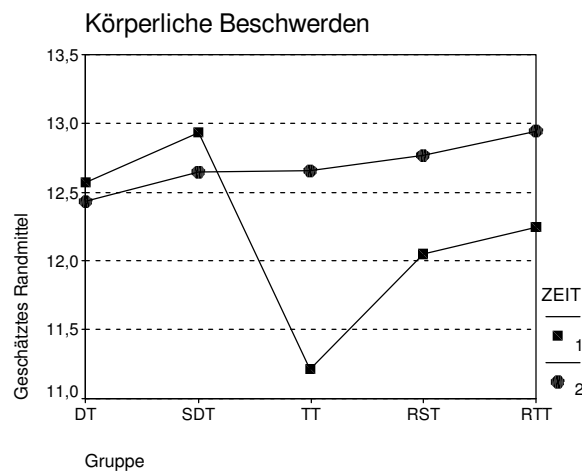


Abbildung 18. Körperliche Beschwerden nach Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Eine genauere Analyse des umfangreichen Datenmaterials aus dem Tourtagebuch der Dauerteilnehmer lässt erkennen (vgl. Tab. 35), dass sich die körperlichen Beschwerden bis über die „SWR 4-Tour de Ländle“ hinaus insgesamt verbessert haben (*Friedman-Test*: $\chi^2(3, N=89) = 35.9, p < .001$). Aufgrund von *Wilcoxon-Tests* wird ersichtlich, dass es von der ersten Befragung bis hin zum Tourstart und darüber hinaus bis zum Tourende zunächst zu einem Absinken ($p < .001$) der körperlichen Beschwerden kommt, die anschließend wieder ansteigen ($p < .001$), jedoch nicht bis zum Ausgangsniveau (n. s.).

Tabelle 35

Körperliche Beschwerden der Dauerteilnehmer zu vier Messzeitpunkten

Körperliche Beschwerden	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	89	12.61	3.81	7	26	10.0	13.0	15.0
Zeit 2a	89	11.00	3.22	7	21	8.5	11.0	13.0
Zeit 2b	89	11.20	3.47	7	22	9.0	10.0	13.0
Zeit 3	89	12.31	4.00	7	25	9.5	11.0	14.5

Die Überprüfung der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Maßen lässt feststellen (vgl. Tab. 36), dass alle aufgeführten körperlichen Beschwerden positiv miteinander korrelieren. Am stärksten bedingen sich die *Anspannungen* im Sinne von Verkrampfungen mit dem *Allgemeinbefinden* ($r=.43$, $p<.01$) sowie die *Kraftlosigkeit* mit dem *Allgemeinbefinden* ($r=.56$, $p<.01$). Die nur mittleren Korrelationswerte befürworten die Existenz der einzelnen Beschwerdedimensionen und sprechen für eine komplexe Beschwerdeskala.

Tabelle 36

Korrelationen zwischen den Items zur Erfassung körperlicher Beschwerden, Spearman-Rho

	Magen/ Darm	Rücken	Anspan- nung	Atmung	Kraftlosig- keit	Allgemeinb efinden
HerzKreislauf	.27**	.23**	.28**	.36**	.32**	.33**
Magen/Darm		.27**	.31**	.19**	.26**	.32**
Rücken			.36**	.20**	.27**	.35**
Anspannung				.28**	.38**	.43**
Atmung					.38**	.23**
Kraftlosigkeit						.56**

Anmerkungen:

**Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

10.3 Subjektiv körperliches Befinden

Während bei der körperlichen Beschwerdeskala die objektivierbaren körperlichen Beeinträchtigungen im Vordergrund stehen, geht es bei dem subjektiven körperlichen Befinden stärker um das Erleben des eigenen körperlichen Zustandes sowie um die körperliche Verfassung einer Person, inwieweit sie sich müde und erschöpft und im Gegensatz dazu belastbar und leistungsfähig fühlt.

10.3.1 Körperlicher Zustand

Bei der den Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL) von Averbek et al. (1997) entnommenen Frage: „Wie würden Sie insgesamt Ihren körperlichen Zustand einschätzen?“ handelt es sich um ordinalskalierte Antworten von 1=sehr schlecht bis 5=sehr gut. Die 954

berücksichtigten Teilnehmer bewerten ihren körperlichen Zustand insgesamt als gut (*Median*=4; *M*=3.91; *SD*=0.56).

Es existieren weder zwischen den Teilstichproben noch geschlechts- oder altersspezifische Unterschiede hinsichtlich der Selbsteinschätzung des körperlichen Zustandes. Zu beobachten ist lediglich eine geringe Verschlechterung bis zum 30. Lebensjahr und eine anschließende leichte Verbesserung mit zunehmendem Alter. Diese altersbedingte Veränderung stimmt mit den zuvor aufgeführten körperlichen Beschwerden überein, was einen Zusammenhang dieser Gesundheitsmerkmale vermuten lässt (vgl. Kap. 10.6).

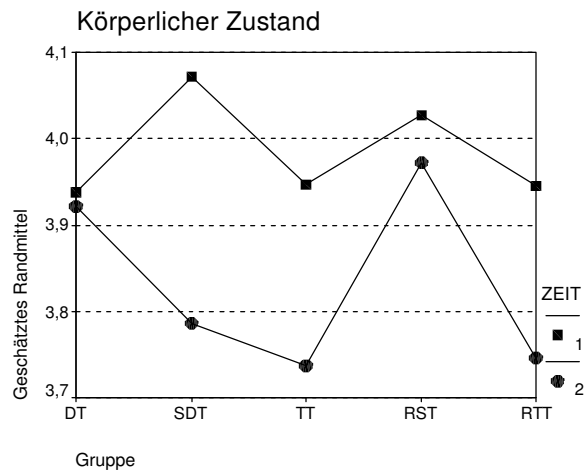


Abbildung 19. Körperlicher Zustand nach Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Mittels *Wilcoxon-Test* lässt sich eine Veränderung des körperlichen Zustandes über die Zeit ($p=.020$) feststellen, was insbesondere auf die Verschlechterung der Werte bei den Selbstorganisierten ($p=.046$), Tages- ($p=.074$) und Radtreffteilnehmern ($p=.022$) zurückzuführen ist (vgl. Abb. 19).

Tabelle 37
Körperlicher Zustand der Dauerteilnehmer zu vier Messzeitpunkten

Körperlicher Zustand	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	74	3.93	.65	2.0	5.0	4.0	4.0	4.0
Zeit 2a	74	4.07	.63	2.0	5.0	4.0	4.0	4.0
Zeit 2b	74	4.26	.57	3.0	5.0	4.0	4.0	5.0
Zeit 3	74	3.91	.64	2.0	5.0	4.0	4.0	4.0

Die aus vier Messzeitpunkten resultierenden Daten der Dauerteilnehmer verdeutlichen in der Tabelle 37 jedoch zunächst eine Verbesserung des körperlichen Zustandes bis zur und

während der Tour (*Wilcoxon-Test* $p=.007$) und erst danach eine Verschlechterung ($p=.091$) auf das Ausgangsniveau (*Friedman-Test* $\chi^2(3, N=77) = 22.90, p < .001$).

10.3.2 Körperliche Verfassung

In Anlehnung an den SEL von Averbek et al. (1997) wird zur Bestimmung der subjektiven körperlichen Verfassung das negativ skalierte Item *müde und erschöpft* (1=sehr stark bis 5=überhaupt nicht) sowie das positiv skalierte Item *belastbar und leistungsfähig* (1=überhaupt nicht bis 5=sehr stark) zu einer Skala ($\alpha=.40$) zusammengefasst. Demnach gehen höhere Werte mit Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit und niedrigere Werte mit Müdigkeit und Erschöpfungszuständen einher.

Die in der Gesamtstichprobe erfassten Teilnehmer fühlten sich „stark“ *belastbar und leistungsfähig* (*Median*=4; *M*=3.71; *SD*=0.75), womit die Rechtsschiefverteilung der Skala begründet ist (*K-S-Test* $p < .001$). Lediglich die Tagesteilnehmer fühlen sich etwas *müder und erschöpfter* (*Median*=3) und unterscheiden sich von den anderen Teilstichprobanten (*H-Test* $p < .001$) in ihrer körperlichen Verfassung. Dies könnte auf deren zusätzliche Belastung in Verbindung mit dem frühen Aufstehen und der Anreise zum Startort zurückzuführen sein, was sich wiederum negativ auf die körperliche Verfassung ausgewirkt haben kann.

Geschlechtsspezifisch existiert kein Unterschied im Erschöpfungs- bzw. Belastbarkeitszustand, wohl aber zwischen den Altersklassen. Generell kann gesagt werden, dass mit dem Alter (*H-Test* $p=.001$) die körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit leicht zunimmt sowie Müdigkeit und Erschöpfung nachlassen.

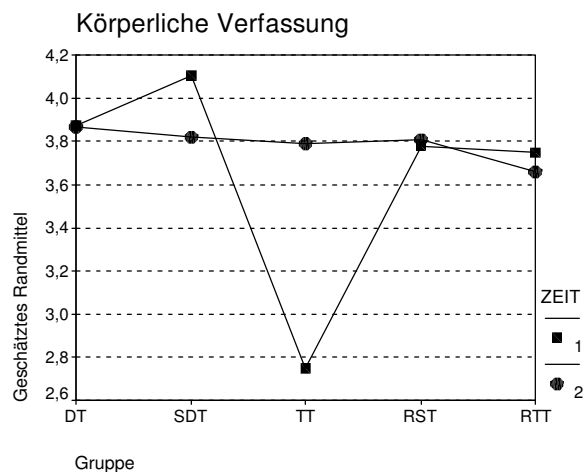


Abbildung 20. Körperliche Verfassung nach Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Im Verlaufe der Zeit (*Wilcoxon-Test* $p=.103$) verändert sich die körperliche Verfassung in der Gesamtstichprobe nicht. Gruppenspezifisch steigt sie allerdings bei den Tagesteilnehmern ($p<.001$) sehr stark an (vgl. Abb. 20).

Werden die Daten des Tourtagebuches der Dauerteilnehmer wieder separat betrachtet (vgl. Tab. 38), dann ist ein deutlicher Unterschied zwischen den vier Messzeitpunkten zu erkennen (*Friedman-Test* ($\chi^2(3, N=78) = 11.59, p=.009$). Bis zum Tourstart und darüber hinaus bis zum Tourende (*Wilcoxon-Test* $p=.013$) werden die Dauerteilnehmer zunächst belastbarer und leistungsfähiger, bevor die körperliche Verfassung bis zur Katamnese (T3) auf das Ausgangsniveau zurückfällt. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass die eigene körperliche Verfassung trotz ansteigender körperlicher Belastungen während der Tour besser wird.

Tabelle 38

Körperliche Verfassung der Dauerteilnehmer zu vier Messzeitpunkten

Körperliche Verfassung	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	78	3.85	.70	2.0	5.0	4.0	4.0	4.0
Zeit 2a	78	3.90	.71	1.5	5.0	4.0	4.0	4.0
Zeit 2b	78	4.03	.73	2.0	5.0	4.0	4.0	5.0
Zeit 3	78	3.79	.80	1.0	5.0	4.0	4.0	4.0

Obwohl die objektiven körperlichen Beschwerden während der Tour ansteigen, verbessert sich die subjektive körperliche Verfassung bzw. der körperliche Zustand der Dauerteilnehmer. Begründet werden könnte dies u. a. mit der seelischen Verfassung bzw. der Stimmungslage, die positiv ausfallen dürfte, da sich die Teilnehmer im Urlaub befinden und ein Gemeinschaftserlebnis in der Natur genießen (vgl. Kap. 10.6).

10.4 Lebensqualität

Die Frage: „Wie bewerten Sie ganz allgemein Ihre Lebensqualität?“ wurde in Anlehnung an die Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (Averbeck et al., 1997) mit 1=sehr schlecht bis 5=sehr gut beantwortet. Insgesamt ($N=1\ 050$) wird die ordinalskalierte Lebensqualität als „gut“ ($Median=4; M=4.05; SD=0.55$) bewertet. Ein signifikanter Gruppenunterschied zwischen den Teilstichproben (*H-Test* $p=.009$) beruht auf der etwas besser eingestuften Lebensqualität der Selbstorganisierten.

Geschlechts- und altersspezifisch können keine Differenzen ausgemacht werden, jedoch innerhalb des Zeitverlaufs (*Wilcoxon-Test* $p < .001$). Während die Lebensqualität bei vier der fünf Teilstichproben leicht absinkt, kommt es bei den Dauerteilnehmern ($p < .001$) zu einem größeren Lebensqualitätseinbruch nach der Tour (vgl. Abb. 21).

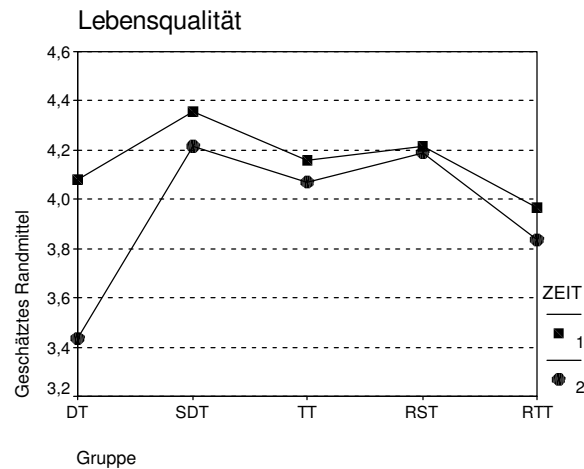


Abbildung 21. Lebensqualität nach Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Unter Berücksichtigung der Tourtagebuchdaten (vgl. Tab. 39) steigt die Lebensqualität bis zur Tour jedoch zunächst an (n. s.), was in der Vorfreude auf das „Volksfest auf Rädern“ bzw. auf den Urlaub vermutet wird, aber auch mit einer gesteigerten körperlichen Aktivität vor der Tour einhergehen kann (vgl. Kap. 11.1). Erst nach der Tour ($p < .001$) kommt es zu einem Abfallen der Lebensqualität (*Friedman-Test* $\chi^2(2, N=86) = 68.77, p < .001$).

Tabelle 39

Lebensqualität der Dauerteilnehmer zu drei Messzeitpunkten

Lebensqualität	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	86	4.07	.55	3.0	5.0	4.0	4.0	4.0
Zeit 2	86	4.15	.58	2.0	5.0	4.0	4.0	4.25
Zeit 3	86	3.47	.71	3.0	5.0	3.0	3.0	5.0

10.5 Seelische Verfassung

Um der integrativen Sichtweise von Gesundheit gerecht zu werden, muss auch die seelische Verfassung im Sinne der Stimmungslage der Teilnehmer berücksichtigt werden. Dabei wurden die vier Items der aktuellen Stimmungsskala (STIM) sowie vier von sechs Items der Skala Grundstimmung (GRUSTI) aus dem SEL (Averbeck et al., 1997) herangezogen. Beide Dimensionen wurden jeweils für die „vergangenen Wochen“ befragt und sollen deshalb zu-

sammengefasst in der seelischen Verfassungsskala betrachtet werden. Die Skalenhomogenität fällt mit $\alpha=.86$ sehr gut aus (vgl. Tab. 40).

Tabelle 40

Seelische Verfassungsskala, $N=793$

	entspannt	bedrückt	aktiv	energieelos	glücklich	traurig	ängstlich	wütend
Skalierung	+	-	+	-	+	-	-	-
Trennschärfe	.34	.78	.31	.75	.38	.81	.76	.62

Anmerkungen:

(+): 1 = überhaupt nicht bis 5 = sehr stark (-): 1 = sehr stark bis 5 = überhaupt nicht

Bei der rechtslastig schief verteilten seelischen Verfassung (*K-S-Test* $p<.000$) befindet sich die Gesamtstichprobe in einer eher *entspannten, aktiven, glücklichen* Verfassung voller Lebensfreude und damit in einem positiven Zustand (*Median*=4; *M*=3.83; *SD*=0.72). Allerdings unterscheiden sich die Tagesteilnehmer von den anderen Gruppen (*H-Test* $p<.001$), indem sie am Tourtag eine besonders negative Grundstimmung aufwiesen und sich *bedrückter, energieloser, trauriger, ängstlicher* und *wütender* fühlten. Zwischen den männlichen und weiblichen Teilnehmern gibt es keinen Unterschied hinsichtlich der seelischen Verfassungslage, wohl aber zwischen den Altersgruppen. Abgesehen von den Ältesten kann verallgemeinert festgestellt werden, dass die seelische Verfassung mit dem Lebensalter positiver wird (*H-Test* $p=.005$).

Die seelische Verfassung in der Gesamtstichprobe verbessert sich etwas von der ersten Umfrage bis zur Nachbefragung (*Wilcoxon-Test* $p=.079$). Dies beruht jedoch ausschließlich auf der sich verbessernden Verfassungslage der Tagesteilnehmer ($p<.001$; vgl. Abb. 22).

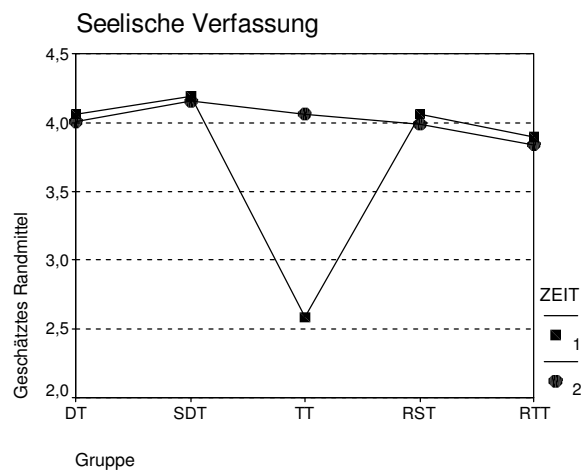


Abbildung 22. Seelische Verfassung nach Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Unter Berücksichtigung der Daten des Tourtagebuches (vgl. Tab. 41) wird die seelische Verfassungslage der Dauerteilnehmer zunächst über den Tourstart hinaus bis zum Tourende (*Wilcoxon-Test* $p < .001$) erst einmal positiver, um nach der Tour etwas unter das Ausgangsniveau abzufallen (*Friedman-Test* $\chi^2(3, N=85) = 46.53, p < .001$).

Tabelle 41

Seelische Verfassung der Dauerteilnehmer zu vier Messzeitpunkten

Seelische Verfassung	N	M	SD	Mini	Maxi	Perzentile		
						25.	Median	75.
Zeit 1	85	4.11	.61	1.88	5.0	3.88	4.13	4.63
Zeit 2a	85	4.15	.53	2.25	5.0	3.88	4.25	4.50
Zeit 2b	85	4.46	.39	3.0	5.0	4.13	4.50	4.75
Zeit 3	85	4.00	.65	1.75	4.88	3.63	4.13	4.50

10.6 Zum Zusammenhang der einzelnen Gesundheitsmerkmale

Da die Daten im vorangegangenen Text einige Zusammenhänge der aufgeführten Gesundheitsmerkmale vermuten lassen, sollen sie nun miteinander verglichen werden (vgl. Tab. 42). Dabei ist zu berücksichtigen, dass hohe Werte in Verbindung mit dem BMI und den körperlichen Beschwerden auf eine schlechte Gesundheit hinweisen, während bei allen anderen Maßen hohe Werte als 'Gesundheitswert' zu deuten sind.

Abgesehen davon, dass die körperliche und seelische Verfassung nicht vom BMI einer Person abhängig sind, korrelieren alle anderen Gesundheitsmerkmale signifikant und nachvollziehbar miteinander. Das heißt beispielsweise, je höher der BMI ausfällt, umso höher sind die körperlichen Beschwerden und umso schlechter der körperliche Zustand bzw. die Lebensqualität einer Person. Je niedriger dagegen die körperlichen Beschwerden, umso besser der körperliche Zustand, die körperliche und seelische Verfassung sowie die Lebensqualität. Da die ermittelte objektive Beschwerdeskala mit den subjektiv erhobenen Selbsteinschätzungen zum körperlichen Zustand und zur körperlichen Verfassung korreliert, kann die Reliabilität der Teilnehmerdaten gewährleistet werden. Bei den einzelnen Gesundheitsmerkmalen handelt es sich aber, abgesehen vom Zusammenhang zwischen der seelischen und körperlichen Verfassung, nicht um sehr eng miteinander verbundene Konstrukte. Dies verdeutlichen die relativ geringen bis mittleren Korrelationen, womit die einzelnen Teilaspekte von Gesundheit ihre empirische Berechtigung unterstreichen.

Tabelle 42
Korrelation der Gesundheitsmerkmale, Spearman-Rho

	Beschwerden (Summe)	körperlicher Zustand (Item)	körperliche Verfassung (Skala)	Lebens- qualität (Item)	seelische Verfassung (Skala)
Body-Maß-Index	.10**	-.25**	-.05	-.12**	-.05
Beschwerden		-.40**	-.28**	-.20**	-.21**
körperlicher Zustand			.35**	.36**	.30**
körperliche Verfassung				.24**	.70**
Lebensqualität					.24**

Anmerkungen:

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von .01 (2-seitig) signifikant.

Der starke Zusammenhang ($r=.70$) zwischen der seelischen und körperlichen Verfassung wird speziell in Abhängigkeit zu den fünf Teilstichproben oder zu den Altersklassen, aber auch im Zeitverlauf bei den Dauerteilnehmern deutlich. Beide Gesundheitsmerkmale verbessern sich z. B. während der Tour, was auf das erlebte Gemeinschaftsgefühl und den Spaß der Teilnehmer zurückgeführt werden.

Aus dem drei bzw. vier Messzeitpunkte umfassenden Zeitverlauf der Dauerteilnehmer lässt sich eine weitere Erkenntnis ermitteln. Alle sechs Gesundheitsmerkmale werden im Verlaufe der Zeit gleichzeitig beeinflusst. Während sich der körperliche Zustand, die körperliche und seelische Verfassung sowie die Lebensqualität bis zum Tourstart (T2a) bzw. darüber hinaus bis zum Tourende (T2b) verbessern, sinken die körperlichen Beschwerden. Anschließend fallen, abgesehen von der Lebensqualität, alle Werte bis zur Nachbefragung (T3) auf das Ausgangsniveau zurück. Lediglich der BMI ändert sich nicht im Verlaufe der Kontrollzeit. Zur Veranschaulichung dient die Tabelle 43, in der die vor der Tour erhobenen Ausgangswerte eine Art *Baseline* darstellen.

Tabelle 43
Prozentuale Veränderung der Gesundheitsmerkmale im Verhältnis zur Baseline (T1) über den Erhebungszeitraum hinweg

Gesundheitsmerkmal	Konnotation	vor Tour T1	Tourstart T2a	Tourende T2b	nach Tour T3
Body-Maß-Index	negativ	24.8=0	-0.24		1.06
Beschwerden	negativ	12.0=0	-12.76	-11.18	-2.38
körperlicher Zustand	positiv	3.93=0	3.56	8.39	-0.51
körperliche Verfassung	positiv	3.71=0	1.30	4.40	-1.56
Lebensqualität	positiv	4.05=0	1.96		-14.74
seelische Verfassung	positiv	3.83=0	0.97	8.51	-2.67

10.7 Bildung von Gesundheitstypen im Kontext der Schichtzugehörigkeit

Um in weiteren Analysen im Zusammenhang mit dem Gesundheitsstatus der Teilnehmer nicht mit den sechs einzeln untersuchten Gesundheitsmerkmalen „jonglieren“ zu müssen, werden diese zu einer Gesundheitsskala subsumiert bzw. daraus vier Gesundheitstypen konstruiert. Dazu dienen die in vier Gruppen untergliederten und von 1=ungesund bis 4=gesund umcodierten Summen- bzw. Skalenwerte der körperlichen Beschwerden sowie der körperlichen und seelischen Verfassung. Bei den Maßen körperlicher Zustand und Lebensqualität wird die bestehende 5er-Skalierung lediglich umbenannt, wobei die Merkmalsausprägung „sehr schlecht“ beider Items keine Berücksichtigung findet, da sie nicht bzw. nur einmal vorkommt. Ebenfalls dienlich ist die bereits vorhandene Klasseneinteilung des BMI. Auf die Ausprägung „eher gesund“ wird jedoch verzichtet, da neben den Übergewichtigen auch die Untergewichtigen als „eher ungesund“ einzuordnen sind. Schließlich kann auch ein zu niedriges Gewicht ein Gesundheitsrisiko (z. B. für Osteoporose) darstellen. Die Quartile der sechs von „ungesund“ bis „gesund“ umcodierten und zu einer Gesundheitsskala zusammengefassten Gesundheitsmerkmale bilden letztlich die Gesundheitstypen ab (vgl. Tab. 44).

Die Gesamtstichprobanten können als „eher gesund“ eingestuft werden (*Median*=2.80; *M*=2.78; *SD*=0.59), womit die Verteilungskurve - anhand der Einzelmaße bereits erkennbar - erwartungsgemäß rechtssteil verteilt ist (*K-S-Test* *p*=.001). Die „Gesunden“ sind mit 28% am häufigsten, die „eher Gesunden“ mit 24%, die „eher Ungesunden“ mit 27% und die „Ungesunden“ mit 21% am wenigsten vertreten.

Tabelle 44

Bildung von Gesundheitstypen anhand der sechs Gesundheitsmerkmale

Gesundheitsmerkmal	Erfassung durch	1 = ungesund	2 = eher ungesund	3 = eher gesund	4 = gesund
Body-Maß-Index	Wert 1-4	Adipositas	Unter-/Übergewicht		Normalgewicht
körperliche Beschwerden	Summe 7-29	16-29	13-15	10-12	7-9
körperlicher Zustand	Item 2-5	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
körperliche Verfassung	Skala 1-5	1.0 – 3.0	3.5	4.0	4.5 – 5.0
Lebensqualität	Item 1-5	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
seelische Verfassung	Skala 1-5	1.00 – 3.43	3.50 – 3.88	4.00 – 4.33	4.38 – 5.00
Gesundheitstyp	Skala 1-4	1.00 – 2.25	2.30 – 2.75	2.80 – 3.00	3.15 – 4.00

Sowohl in der komplexen Gesundheitsskala (*H-Test* *p*<.001) als auch in den daraus resultierenden Gesundheitstypen (χ^2 (12, *N*=1 093) =37.45, *p*<.001) unterscheiden sich die einzelnen Teilstichproben voneinander (vgl. Abb. 23). Dabei weisen die Tagesteilnehmer, die bei

den meisten Gesundheitsmerkmalen die schlechtesten Ausprägungen erkennen lassen, einen geringeren Gesundheitsstatus als die anderen Gruppen auf. Mit 34% verfügen sie mit Abstand über die meisten „ungesunden“ und mit 40% ebenfalls über die meisten „eher ungesunden“ Probanden. Demgegenüber bilden anhand der einzelnen Klassifizierungen zur Gesundheit erwartungsgemäß die Selbstorganisierten die „gesündeste“ Gruppe. Unter ihnen befinden sich die meisten „eher gesunden“ (29%) und „gesunden“ (38%) Personen.

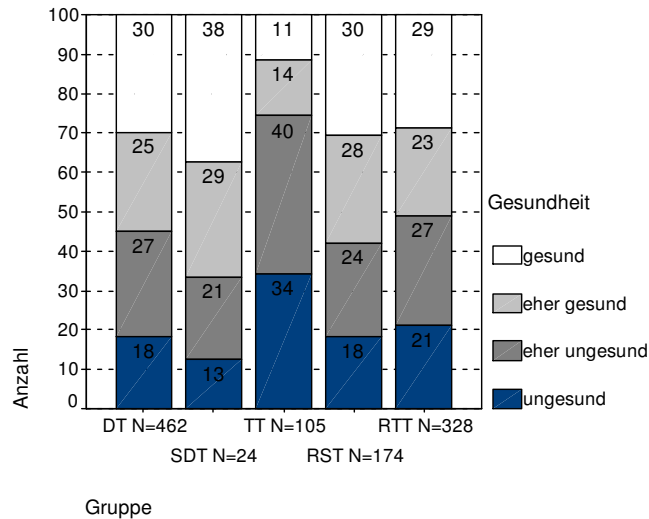


Abbildung 23. Gesundheitstypen nach Teilstichproben

Die Frauen der Gesamtstichprobe (*Median*=2.83) weisen insgesamt eine bessere Gesundheit (*U-Test* $p=.088$) als die Männer (*Median*=2.75) auf. Dies wird auch anhand der unterschiedlich ausgeprägten Gesundheitstypen deutlich ($\chi^2(3, N=1\ 086) = 7.32, p=.062$), wobei mehr Frauen als „gesund“ (32% vs. 25%) und mehr Männer als „eher ungesund“ (30% vs. 24%) eingestuft werden können.

Altersspezifisch existieren keine Differenzen. Der Gesundheitszustand der unter 20-Jährigen fällt am besten und derjenigen im Alter von 20 bis 29 Jahren überraschenderweise am schlechtesten aus. Während laut dem SBA (1998) 40% der erwachsenen Deutschen sehr stark bzw. stark auf ihre Gesundheit achten, geben insbesondere die 20- bis 29-Jährigen eine eher ungesunde Lebensweise an. In der dritten Lebensdekade kommt es oft zu einem Lebenswandel. Nach einer Berufsausbildung verlassen die meisten der 20- bis 30-Jährigen ihr Elternhaus, gründen eine eigene Familie und stehen mit eigenem Einkommen auf „eigenen Füßen“. Dieser Zeitraum kann sehr belastend und Kräfte zehrend sein, in der wenig Zeit (wenig Bewegung, Fastfood, Stress) für gesundheitsbewusstes Verhalten bleibt. Erst etwa

mit dem 40. Lebensjahr, einhergehend mit den ersten körperlichen Beschwerden, merken vermutlich die meisten, dass Gesundheit vergänglich ist und sie gegen den altersbedingten Verfall etwas tun müssen. Ab diesem Alter steigt der Gesundheitsstatus auch in dieser Gesamtstichprobe wieder an. Dieser altersabhängige Verlauf wird z. B. anhand der körperlichen Beschwerden sowie des körperlichen Zustandes offensichtlich.

Nicht zuletzt weil die Selbstorganisierten aus 56% Oberschichtangehörigen bestehen und über die geringsten körperlichen Beschwerden und den besten körperlichen Zustand verfügen, wird ein Zusammenhang zwischen Gesundheitsmerkmalen und Sozialstatus vermutet. Bereits in den theoretischen Vorannahmen (vgl. Kap. 3) wurde referiert, dass die Oberschicht einen besseren Gesundheitsstatus als die Unterschicht aufweist (u. a. Kirschner et al., 1995) und diese es subjektiv auch so einschätzen (vgl. STB, 1998). Demnach ist Gesundheit vom sozialen Status einer Person determiniert, was anhand der vorliegenden Untersuchungsgruppe überprüft werden soll.

Eine einfache Analyse der Abhängigkeit des Gesundheitsstatus von den sozialen Schichten ergibt wider Erwarten, dass sich mit steigender Sozialschicht der Gesundheitsstatus der Gesamtstichprobe als auch der einzelnen Teilstichproben nur unbedeutend verbessert (vgl. Abb. 24). Schichtspezifische Unterschiede in der Verteilung der Gesundheitstypen existieren anhand eines χ^2 -Tests ebenfalls nicht. Der Oberschicht werden nur unerheblich mehr „Gesunde“ und der Unterschicht nur unerheblich mehr „Ungesunde“ sowie „eher Ungesunde“ zugeordnet.

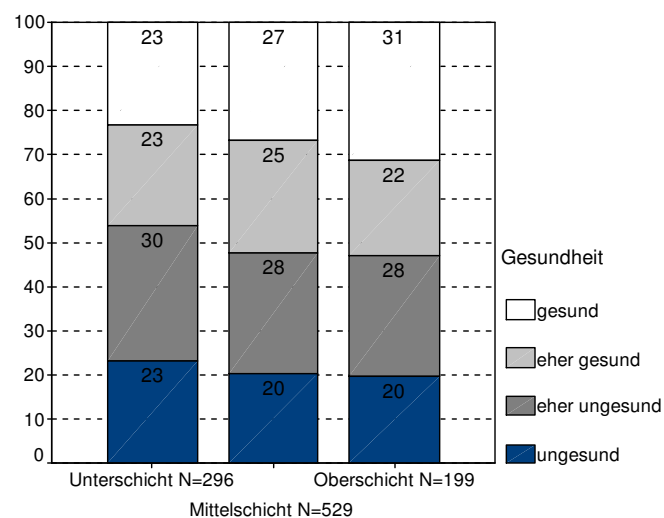


Abbildung 24. Gesundheitstypen nach sozialer Schichtzugehörigkeit

Die Korrelationen zwischen der Schichtzugehörigkeit und der sechs einzelnen Gesundheitsmerkmale (vgl. Tab. 45) lassen ebenfalls kaum Zusammenhänge erkennen. Lediglich die Lebensqualität verbessert sich mit steigender Schichtzugehörigkeit (*H-Test* $p < .001$). Ein Abfallen des BMI ($p = .009$) mit dem Ansteigen des sozialen Status wurde bereits durch die Daten der DHP-Studie bestätigt: das Risiko übergewichtig zu sein steigt, je niedriger die soziale Schicht ist (*Odds Ratio*), wobei dies geschlechtsspezifisch eher für Frauen als für Männer gilt (Hoffmeister et al., 1992).

Tabelle 45

Korrelation der einzelnen Gesundheitsmerkmale mit der sozialen Schicht, Spearman-Rho

	BMI (kg/ m ²)	Körperl. Beschwerden (Summe)	Körperl. Zustand (Item)	Körperl. Verfassg. (Skala)	Lebens- qualität (Item)	Seelische Verfassg. (Skala)	Gesund- heit (Summe)
Schicht- index	-.10**	-.02	.02	.07*	.16**	-.03	.06*

Anmerkungen:

* Korrelation ist auf dem Niveau von .05 signifikant (2-seitig).

** Korrelation ist auf dem Niveau von .01 signifikant (2-seitig).

Über die Kontrollzeit hinweg verschlechtert sich der Gesundheitszustand (*Wilcoxon-Test* $p = .002$) der Gesamtstichprobe ($N = 474$) von 2.83 (*Median*) auf 2.67 (*Median*). Da keine schichtspezifischen Gesundheitsunterschiede in den einzelnen Teilstichproben existieren, werden diesbezügliche Veränderungen über die Zeit hinweg mittels *univariater Varianzanalyse mit Messwiederholungen* für die soziale Schicht sowie die Teilstichproben getrennt durchgeführt. Bei Varianzanalysen wird „der Einfluss von einer oder mehreren unabhängigen Variablen auf eine abhängige Variable (univariate Analyse) oder mehrere abhängige Variablen (multivariate Analysen)“ (Bühl & Zöffel, 2000, S.401) untersucht.

Anhand der Analysen wird ersichtlich, dass sich bei der Nachbefragung der Gesundheitsstatus innerhalb der Gesamtstichprobe bei der Mittel- und Oberschicht verschlechtert hat (vgl. Abb. 25). Zu einer signifikanten Interaktion zwischen Zeit x Schicht ($F = 1.66$, $p = .191$, $\eta^2 = .007$) kommt es aber nicht, da sich der Gesundheitsstatus der Unterschicht nicht verbessert. Bezüglich der zeitlichen Betrachtung des gruppenspezifischen Gesundheitsstatus zeigt sich hingegen eine signifikante Interaktion zwischen der Zeit x Gruppe ($F = 3.24$, $p = .012$, $\eta^2 = .027$). Diese ist auf die deutliche Gesundheitssteigerung der Tagesteilnehmer zurückzuführen, während sich der Gesundheitsstatus in den anderen Teilstichproben verschlechtert (vgl. Abb. 25).

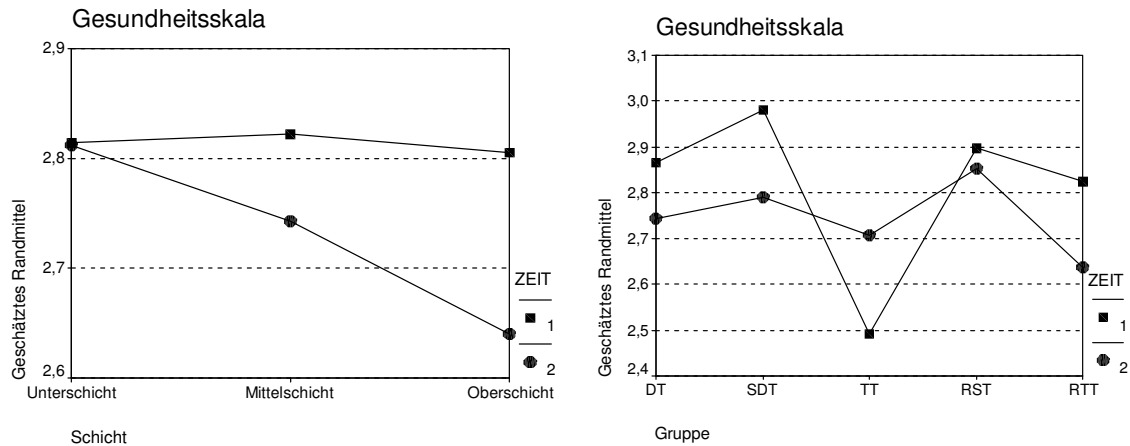


Abbildung 25. Gesundheitskala nach Schichtzugehörigkeit und Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

10.8 Fazit zum schichtspezifischen Gesundheitsstatus der Teilnehmer

Die Betrachtung der Gesundheitsmerkmale zeigt einige positive Resultate auf. So konnte vor allem die „SWR 4-Tour de Ländle“ prozentual weitaus mehr Übergewichtige (43% bis 46%) zur aktiven Teilnahme motivieren als in der Bevölkerung (40%) existieren (vgl. Hoffmeister et al., 1992). Die 16% als adipös geltenden Personen innerhalb der Bevölkerung werden mit dem 13%-Anteil bei den Selbstorganisierten Dauerteilnehmern annähernd wiedergespiegelt. Die anderen Teilstichproben erreichen immerhin 4% bis 7%. Das ist ein erfreuliches Ergebnis, da Übergewicht neben dem Rauchen, Bluthochdruck und Hypercholesterin zu den klassischen Risikofaktoren für Herz-Kreislauferkrankungen zählt. Das Ergebnis stützt die These, dass das getragene Körpergewicht beim gelenkschonenden Radfahren eine optimale Bewegungsart für „stabilere“ Menschen sein kann.

Auch steigt der *BMI* nach den Interventionen in den Teilstichproben nicht an, obwohl die eher „bewegungsarmen“ Wintermonate zwischen den Messzeitpunkten lagen. Die Merkmale *körperliche* und *seelische Verfassung* verbessern sich vor allem bei den Tagesteilnehmern, was sich, bezogen auf den alle sechs Gesundheitsmerkmale umfassenden Gesundheitsstatus, ausschließlich in dieser Gruppe positiv auswirkt. Unter Berücksichtigung der Daten aus dem Tourtagebuch zeigen die Dauerteilnehmer bis zum Zeitpunkt des Tourbeginns und teilweise sogar während der Tour eine kurzfristige Verbesserung aller Gesundheitsmerkmale, während diese nach der Tour beinahe wieder bis zum Ausgangsniveau abfallen. Diese nachweisliche Verbesserung der physischen und psychischen Gesundheitsmerkmale, insbesondere im Vorfeld der Tour, kann mit einer positiv gestimmten psychischen Vorfreude auf dieses „Volks-

fest auf Rädern“ bzw. mit einer möglicherweise gesteigerten physischen Tourvorbereitung (vgl. Kap. 11.1) erklärt werden. Würde es gelingen, die Teilnehmer nach der Tour weiterhin zur Teilnahme an einem regelmäßig und dauerhaft stattfindenden körperlichen Aktivitätsprogramm zu motivieren, dann besteht die Möglichkeit, nachhaltig positive Gesundheitswirkungen zu erreichen. Ein Weg in die richtige Richtung wurde mit dem Angebot des kostenlosen „AOK-Radtreffs“ eingeschlagen, an dem 19% der befragten Dauerteilnehmer und 9% der Tagesteilnehmer bereits teilnehmen. Dass im „AOK-Radtreff“ innerhalb der sechs Monate zwischen den Messzeitpunkten keine positiven Gesundheitswirkungen festgestellt werden konnten, mag an dem bereits „gesunden“ Ausgangsniveau der bereits im Durchschnitt seit fünf Jahren teilnehmenden AOK-Radtreffteilnehmer liegen.

Schichtspezifisch bleibt zusammenfassend festzuhalten, dass es entgegen den theoretischen Vorannahmen sowohl in der vorliegenden Gesamtstichprobe als auch in den einzelnen Teilstichproben keine bedeutenden gesundheitlichen Differenzen zwischen den einzelnen Sozialgruppen gibt. Personen der sozialen Unterschicht weisen einen nur geringfügig schlechteren Gesundheitszustand als Angehörige der sozialen Mittel- und Oberschicht auf, der vor allem in der steigenden Lebensqualität mit zunehmendem Status begründet liegt. Über die Zeit hinweg verschlechtert sich in der Mittel- und Oberschicht sogar der Gesundheitsstatus, während er in der Unterschicht stabil bleibt. Aufgrund dieser Erkenntnis ist zu schlussfolgern, dass sich bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ und dem „AOK-Radtreff“ die üblicherweise eher „präventionsresistenten“ Unterschichtangehörigen zum gesundheitsfördernden Bewegungsverhalten motivieren lassen. Darüber hinaus lässt sich auch kein gravierendes schichtspezifisches Gefälle im Gesundheitsstatus feststellen.

11 Zum schichtspezifischen Gesundheitsverhalten

Für die sozialen Differenzen von Gesundheitschancen spielen u. a. die gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen und gleichzeitig Herz-Kreislauf-Risikofaktoren wie Bewegungsarmut, fettreiche Ernährung, starker Alkohol- sowie Nikotinkonsum eine bedeutende Rolle, die überwiegend in der sozialen Unterschicht anzutreffen sind (vgl. u. a. Hoffmeister et al., 1992; Kühn, 1993a). Inwieweit dies auch für die vorliegende Stichprobe zutreffend ist, soll abschließend geprüft werden.

Zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens dienen im deutschsprachigen Raum inzwischen einige Messinstrumente, die aber nur eingeschränkte Aussagekraft besitzen (Dlugosch & Krieger, 1995). Viele Fragebögen entstanden nur zum Teil theorie- und modellgeleitet, wurden nur an Querschnittuntersuchungen getestet oder erfassen nur Bereichsspezifika, wie z. B. der Fragebogen zum Essverhalten von Pudiel und Westenhöfer (1989). Mit dem Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) von Dlugosch und Krieger (1995) scheint ein für die Diagnostik des Gesundheitsverhaltens qualitativ hochwertiges, theoretisch untermauertes und längsschnittlich überprüftes Instrument mit Praxisbezug gefunden zu sein. Die darin beinhalteten Konstrukte erlauben, in etwas modifizierter und gekürzter Form, eine überblicksartige Erfassung gesundheitsförderlicher bzw. gesundheitsbeeinträchtigender Verhaltensweisen der vorliegenden Teilnehmer in den „klassischen“ Bereichen Bewegung, Ernährung, Alkohol- und Nikotinkonsum.

11.1 Körperliche Aktivität

Körperliche Aktivität bzw. Bewegung wird als eine individuelle Gesundheitsverhaltensweise verstanden und gilt als Schutzfaktor gegen die Entwicklung von Übergewicht, Herz-Kreislauferkrankungen sowie gegen Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (u. a. Eberle, 1990). Obwohl in der letzten Zeit auch die Kosten der Sportverletzungen durch Extrembelastungen thematisiert wurden (ebd.), ist grundsätzlich das Bewegungsausmaß der Allgemeinbevölkerung viel zu gering. Wie bereits in Kapitel 2.3 erwähnt, sind laut den 1998 an 18- bis 79-Jährigen erhobenen Daten des Bundesgesundheits surveys 56% der Männer und 50% der Frauen körperlich aktiv (Mensink, 1999), wobei die Inaktivität mit dem Alter erheblich zunimmt.

Die Erfassungsmethoden zur körperlichen Aktivität sind mittlerweile sehr breit gefächert (vgl. Ainsworth et al., 1994). „About 50 different individual assessment techniques are in-

cluded under six general categories of physical activity assessment tool" (Bouchard, Shepard & Stephens, 1994, S.9). Amerikanische Epidemiologen (vgl. Ainsworth et al., 1993) schlagen zur Klassifizierung der sportlichen Aktivität vor, die Häufigkeit der wöchentlichen Trainings- bzw. Bewegungseinheit, deren Dauer und die subjektiv empfundene Intensität der Belastung zu erfassen. Weiterhin sollte zwischen der aktuellen und habituellen Aktivität unterschieden werden. Als gesundheitsförderlich gilt körperliche Aktivität nach heutigem Erkenntnisstand demnach, wenn möglichst viele Muskelgruppen einbezogen werden, wenn sie 30-40 Minuten andauert und mindestens zweimal in der Woche durchgeführt wird (vgl. Eberle, 1990; Rost, 1995).

Der gegenwärtigen Aktivitätshäufigkeit der vorliegenden Stichprobe wurde mit der Frage: „Welche körperlichen Aktivitäten üben sie in Ihrer Freizeit aus?“ nachgegangen. Darüber hinaus konnte mit den erhobenen Daten zur körperlichen Aktivitätsdauer pro Bewegungseinheit, zur subjektiv empfundenen Belastungsintensität während der evaluierten Freizeitradsporevents und zum Verhaltensstatus festgestellt werden, ob und in welchem Maße die Teilnehmer auch außerhalb der drei Veranstaltungen körperlich aktiv sind. Bei den generell populärsten neun vorgegebenen körperlichen Aktivitäten wird aber nicht von einem engen Sportbegriff ausgegangen. Stattdessen werden auch Haus- und Gartenarbeiten gelistet, mit denen nicht zwingend gesundheitliche Effekte verbunden sind, denen aber hinsichtlich des subjektiven Wohlbefindens durchaus positive gesundheitliche Auswirkungen unterstellt werden.

Am häufigsten *fahren* die Teilnehmer mit durchschnittlich 2-3mal pro Woche *Rad*, gefolgt von *Haus- und Gartenarbeiten*. So gut wie kaum werden *Fußball*, *Tennis* und *Skifahren* (saisonal bedingt) und die anderen vier abgefragten Aktivitäten (*Laufen*, *Wandern*, *Schwimmen*, *Gymnastik*) ca. einmal im Monat betrieben. In der offenen Frage nach „sonstigen“ körperlichen Aktivitäten wurden weitere 29 Sportarten aufgeführt. Innerhalb dieser sehr differenzierten „Sportlandschaft“ stellten Tanzen, Tischtennis und Kegeln die beliebtesten körperlichen Freizeitbetätigungen dar.

Um das gesamte Aktivitätsausmaß einer Person beschreiben zu können, wird aus den neun vorgegebenen zzgl. der „sonstigen“ körperlichen Aktivitäten ein Summenscore gebildet, der die körperliche Aktivität bewertet. Da es sich bei der Häufigkeitseinteilung (1=selten/nie bis 5=täglich) nicht um eine Intervallskalierung handelt, werden die fünf Wertelabels auf eine Woche bezogen gewichtet und folgendermaßen kodiert: 0=nie/selten; 0.25=1x/Monat; 1=1x/Woche; 2.5=2-3x/Woche; 5=täglich. Somit ist eine angemessene Ver-

gleichbarkeit der unterschiedlichen körperlichen Aktivitäten gewährleistet. Der sich so von eins (z. B. eine Sportart 1x/Woche oder vier Sportarten 1x/Monat) bis 30 (mehrere Sportarten mehrmals/Woche) erstreckende durchschnittliche Summenscore der 1 049 berücksichtigten Personen liegt bei einem Mittelwert von 8.52 ($SD=4.26$). Dieser, durch etwas erhöhte Häufigkeiten am rechten Rand schief verteilte, Summenscore wird durch eine Wurzeltransformation perfekt symmetrisch und entsprechend normalverteilt ($K-S-Test\ p=.296$). Die so ermittelte körperliche Aktivität umfasst Werte von 1.00 bis 5.48 ($M=2.83$; $SD=0.73$). Alle Befragten sind folglich mindestens einmal pro Woche unabhängig der evaluierten Radsportveranstaltung körperlich aktiv.

Hinsichtlich der Aktivitätshäufigkeit unterscheiden sich die einzelnen Teilstichproben ($F=4.75$, $p=.001$). Dieser Unterschied beruht vor allem auf der Differenz der sehr aktiven Dauerteilnehmer und Selbstorganisierten im Vergleich zu den Tagesteilnehmern, die sich deutlich weniger bewegen (vgl. Tab. 46).

Tabelle 46

Körperliche Aktivität nach Teilstichproben

Gruppe	N	M	SD	Mini	Maxi
Dauerteilnehmer	429	2.91	.72	1.00	5.48
Selbstorganisierte	24	3.09	.49	1.94	3.91
Tagesteilnehmer	105	2.62	.68	1.00	4.50
Radsontagteilnehmer	174	2.81	.74	1.00	5.48
Radtreffteilnehmer	328	2.78	.74	1.00	5.00
Gesamt	1 061	2.82	.73	1.00	5.48

Die Frauen ($M=2.97$; $SD=0.72$) unter den Teilnehmern sind insgesamt körperlich aktiver ($t=-4.48$, $p<.001$) als die Männer ($M=2.76$; $SD=0.72$), die erwartungsgemäß häufiger *Fußball spielen* ($t=4.85$, $p<.001$). Frauen sind demgegenüber häufiger *gymnastisch* ($t=5.40$, $p<.001$) tätig und mit *Haus- und Gartenarbeiten* ($t=-6.01$, $p<.001$) beschäftigt. Abgesehen von den Selbstorganisierten sind die Frauen durchweg aktiver als die Männer, speziell bei den Radtreffteilnehmern ($t=-3.84$, $p<.001$), den Tagesteilnehmern ($t=-3.12$, $p=.002$) und den Dauerteilnehmern ($t=-2.10$, $p=.037$).

In Bezug auf das Alter kann festgestellt werden, dass die Aktivitätshäufigkeit mit den Lebensjahren ansteigt ($F=9.97$, $p<.001$), insbesondere bei den Dauer- ($F=12.69$, $p<.001$) und Radtreffteilnehmern ($F=4.46$, $p=.012$) sowie Tagesteilnehmern ($F=3.30$, $p=.041$). Dieser Anstieg verläuft jedoch nicht geradlinig, denn nach der Schulzeit kommt es zunächst zu ei-

dem Absinken an körperlicher Aktivität. Dass das Aktivitätsausmaß zwischen dem 21. und 30. Lebensjahr einen Einbruch erlebt, fand Schlagenhaut bereits 1977 heraus. In dieser Lebensphase wird mehr Zeit in die Berufsausbildung und Familienplanung gesteckt, andererseits fallen die aktiven Arbeitsgemeinschaften im Anschluss an den Schulunterricht meist ersatzlos weg. Allerdings nimmt normalerweise, konträr zum vorliegenden Untersuchungsergebnis, die körperliche Aktivität mit dem Älterwerden ab (Frogner, 1991; Mensink, 1999).

In den theoretischen Vorannahmen wurde bereits darauf hingewiesen, dass Angehörige der Oberschicht ein gesundheitsprotektiveres Verhalten aufweisen, indem sie u. a. körperlich aktiver als die Unterschichtangehörigen sind, bei denen das relative Risiko für Bewegungsmangel sechsmal höher ist (vgl. Hoffmeister et al., 1992). Da alle Befragten der vorliegenden Stichprobe angeben, auch außerhalb des jeweiligen Events körperlich aktiv zu sein, kann nicht explizit dargestellt werden, ob Nichtsportler eher in der Unterschicht anzutreffen sind. Es kann lediglich untersucht werden, inwieweit sich die Angehörigen der drei Sozialschichten in der Häufigkeit ihrer körperlichen Aktivität unterscheiden.

Ein Mittelwertvergleich ergibt zunächst eine geringe Abhängigkeit der körperlichen Aktivität hinsichtlich der drei sozialen Schichten ($F=3.12$, $p=.044$), allerdings konträr zu den Vorannahmen (vgl. Tab. 47). Mit dem Ansteigen der sozialen Schichtzugehörigkeit sinkt bei den Befragten nämlich die körperliche Aktivität. Dabei unterscheidet sich vor allem die aktivere Unterschicht im Vergleich zur passiveren Oberschicht (*Scheffe`-Test* $p=.049$). Um herauszufinden, bei welchen der drei Freizeitradsporevents Unterschichtangehörige körperlich aktiver als Oberschichtangehörige sind, wird eine differenzierte Betrachtung der drei inhaltlich verschiedenen Radsportinterventionen sowie der damit verbundenen fünf Teilstichproben vorgenommen. Eine *zweifaktorielle Varianzanalyse* ermittelt sowohl einen Gruppen- ($F=3.95$, $p=.003$, $\eta^2=.016$) als auch einen Schichteffekt ($F=4.19$, $p=.015$, $\eta^2=.009$) sowie eine geringe Interaktion ($F=1.72$, $p=.091$, $\eta^2=.014$) zwischen Gruppe x Schicht (vgl. Tab. 47). *Scheffe`-Tests* verdeutlichen, dass sich hauptsächlich die Unterschichtangehörigen der an der „SWR 4-Tour de Ländle“ startenden Dauerteilnehmer, Selbstorganisierten und Tagesteilnehmer mehr als die Oberschichtangehörigen bewegen. Beim „AOK-Radsonntag“ und „AOK-Radtreff“ sind hingegen die Mittel- und Oberschichtangehörigen aktiver. Das konträr zur Vorannahme lautende Ergebnis ist somit vor allem auf die Teilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ zurückzuführen. Die in dieser Intervention erreichten Unterschichtangehörigen geben im Vergleich zu den Angehörigen der Oberschicht an, außerhalb des untersuchten Programms körperlich aktiver zu sein.

Tabelle 47

Körperliche Aktivität nach Teilstichproben und Schichtzugehörigkeit

Gruppe		Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Gesamt	Signifikanz ANOVA
Dauerteilnehmer	N	125	214	73	412	$F=3.50$ $p=.031$
	M	2.98	2.92	2.71	2.91	
	SD	.76	.69	.73	.72	
Selbstorganisierte	N	5	5	13	23	$F=8.89$ $p=.002$
	M	3.63	3.24	2.81	3.09	
	SD	.28	.31	.43	.49	
Tagesteilnehmer	N	24	56	20	100	$F=1.97$ n. s.
	M	2.82	2.60	2.42	2.62	
	SD	.82	.623	.61	.68	
Radsonntagsteilnehmer	N	23	72	43	138	$F=2.42$ n.s
	M	2.61	2.93	2.70	2.81	
	SD	.649	.75	.74	.74	
Radtreffsteilnehmer	N	103	173	43	319	$F=0.42$ n.s
	M	2.80	2.74	2.85	2.78	
	SD	.73	.77	.66	.74	
Gesamt	N	280	520	192	992	$F=3.12$ $p=.044$
	M	2.88	2.83	2.71	2.82	
	SD	.75	.72	.69	.73	
Signifikanz	ANOVA	$F=2.96$ $p=.020$	$F=3.71$ $p=.006$	$F=1.41$ n. s.		

Im Verlaufe der Zeit wurden in der Gesamtstichprobe aufgrund der zwischen den Messzeitpunkten liegenden Herbst- und Wintermonate vor allem typische Freiluftsportarten wie z. B. *Radfahren* und *Tennis* weniger betrieben, häufiger hingegen *Wanderungen*, *Laufen*, *Skifahren*, *Schwimmen* (im Hallenbad) und *Gymnastik* (alle $p<.001$). Insgesamt kommt es zu einer geringen Verminderung der körperlichen Aktivität ($t=1.81$, $p=.071$). Bei weiterführenden *Varianzanalysen mit Messwiederholungen* zeigt sich bei der schichtspezifischen Erklärung eine signifikante Interaktion ($F=6.41$, $p=.002$, $\eta^2=.032$) zwischen Zeit x Schicht (vgl. Abb. 26). Während in der Mittel- und Oberschicht die körperliche Aktivität im Zeitverlauf sinkt, steigt sie in der Unterschicht an. Hinsichtlich der gruppenspezifischen Aktivitätsänderung über die Zeit hinweg kann keine nennenswerte Interaktion festgestellt werden (vgl. Abb. 26). Allerdings kann eine Aktivitätsverringerung bei vier der fünf Teilstichproben konstatiert werden, während die inaktivste Gruppe, die Tagesteilnehmer ($t=-1.41$, $p=.165$), zur körperlichen Aktivität animiert worden ist. Eventuell liegt der Auslöser hierfür in einem positiven „Aha“-Erlebnis während der Touretappe bzw. einem entfachten Motivationsschub, im nächsten Jahr die ganze Tour als Dauerteilnehmer mitzufahren.

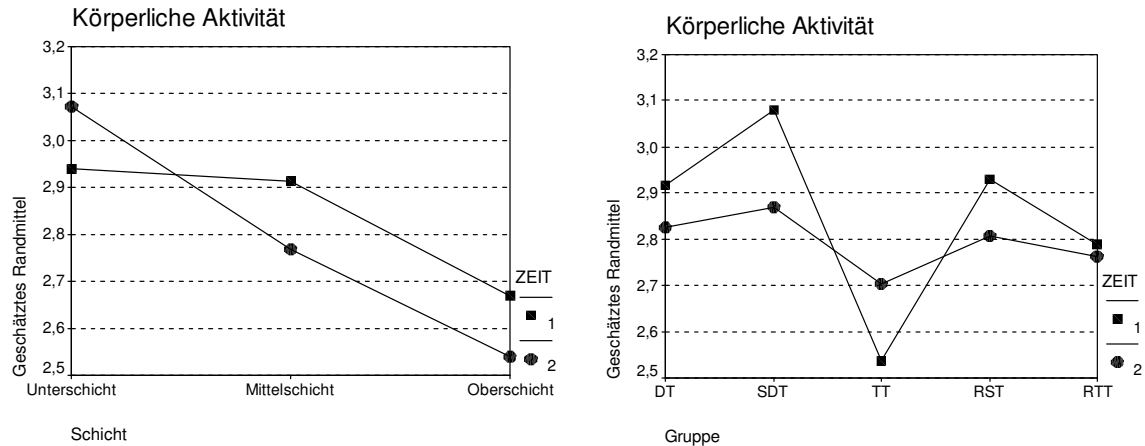


Abbildung 26. Körperliche Aktivität nach Schichtzugehörigkeit und Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Die Aktivitätsdauer pro Bewegungseinheit erstreckt sich von 10 Minuten bis 6 Stunden. 47% der Befragten sind bis zu einer Stunde, 34% 1 bis 2 Stunden und 19% mehr als 2 Stunden aktiv. Pro Bewegungseinheit bewegen sich die Befragten durchschnittlich 100 Minuten ($M=98.38$; $SD=64.27$) bzw. bewegen sich 89% mindestens 30 Minuten.

Daten zur Belastungsintensität verdeutlichen, dass die „SWR 4-Tour de Ländle“ von den Teilnehmern einiges abfordert. Auf einer Skala von eins bis fünf wurde die Strecke ($M=3.25$; $SD=0.73$), das gefahrene Tempo ($M=3.29$, $SD=0.63$) und die empfundene subjektive Belastung ($M=3.27$, $SD=0.85$) der erste Touretappe 2000 von Kaiserslautern nach Landau (65km) als „mittelmäßig“ eingestuft. Demgegenüber stieg auf der achten Etappe von Bad Waldsee nach Überlingen (75km) die empfundene Belastungsintensität trotz vergleichbarer Anforderungen an die Teilnehmer an. Zwar wurde das gefahrene Tempo ($M=3.33$; $SD=0.65$) von den Dauerteilnehmern wiederum als „mittelmäßig“ bewertet, die Strecke ($M=3.69$, $SD=0.82$) aber als „eher schwer“ und die Belastungsintensität ($M=3.81$; $SD=0.91$) als „eher anstrengend“. Die empfundene Belastungsintensität der gefahrenen Strecken im „AOK-Radtreff“ ($M=3.06$; $SD=0.72$) und am „AOK-Radsonntag“ ($M=3.33$; $SD=1.05$) wird ebenfalls als „mittelmäßig“ eingeordnet.

11.1.1 Zum Radfahren

Den meisten Umfragen zufolge (u. a. Brand, 2002; Opper, 1998), ist das Radfahren die am häufigsten betriebene Bewegungsart. Da das Radfahren als Gegenstand der drei evaluierten Veranstaltungen dient, soll es gesondert herausgestellt werden.

91% der Fragebogenteilnehmer fährt mindestens einmal pro Woche Rad. Diese durchschnittliche Häufigkeitsangabe kann anhand einer repräsentativen Umfrage des BAT Freizeit-Forschungsinstituts bestätigt werden (Opaschowski, 1997). Mit sinkendem Sozialstatus nimmt generell die Radfahraktivität der Teilnehmer zu (n. s.). Zwar unterscheiden sich die einzelnen Teilstichproben nicht signifikant in ihrer Radfahrfrequenz voneinander, aber zu erwähnen ist, dass die aktivsten Radfahrer unter den Selbstorganisierten und den Dauerteilnehmern zu finden sind, während die Tagesteilnehmer und Radsonntagsteilnehmer, deren Event nur einen Tag lang ging, etwas weniger Rad fahren. Beim „AOK-Radsonntag“ werden sogar 13% erreicht, die dies nur einmal im Monat oder noch seltener ausüben. Erstaunlicherweise befinden sich unter den Dauerteilnehmern ebenfalls 12% die kaum Rad fahren, aber sich dennoch der relativ hohen Belastung stellen. Zwischen den Geschlechtern gibt es keinen Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit des Radfahrens, aber in Bezug auf das Alter ($F=2.24$; $p=.037$). Abgesehen von der jüngsten Altersklasse (10 bis 19 Jahre) wird mit zunehmenden Lebensjahren mehr Rad gefahren.

Für die meisten Befragten dient das Fahrrad dem Freizeitvergnügen, um z. B. Ausflüge zu machen, erst danach kommt es als reines Sportgerät zum Einsatz. Die wenigsten nutzen das Fahrrad als Fortbewegungsmittel, um damit z. B. zur Arbeit zu fahren. Das heißt, dass die meisten Teilnehmer das Fahrrad in sportlicher Hinsicht gebrauchen. Regelmäßiges Radfahren kann bei Einhaltung der trainingswissenschaftlichen Vorgaben als Gesundheitssport im Ausdauerbereich angesehen werden. Neben den Vorteilen hinsichtlich gesundheitsförderlicher Wirkung auf das Herz-Kreislaufsystem werden vor allem auch Gelenke, Bänder und Sehnen geschont, da das Körpergewicht durch das Fahrrad getragen wird. Dies ist ein bedeutender Aspekt für Übergewichtige oder Arthrosepatienten und stellt somit eine gute Alternative zum Joggen dar. Darüber hinaus konnten infolge des Stressabbaus beim Radfahren auch hormonelle Verbesserungen festgestellt werden. Nicht zu unterschätzen sind die positiv auf die Psyche wirkenden sozialen Komponenten des Sporttreibens in der Gruppe. Auch das gemeinsame Radfahren bietet die Möglichkeit, sich ruhig, gleichmäßig und gemütlich zu bewegen und gleichzeitig zu kommunizieren.

11.1.2 Sportlertyp

Für die Ermittlung der als Gruppenvariable für weitere Analysen dienende Sportlertyp wird die Aktivitätshäufigkeit, deren Summenscore dafür in drei ähnlich große Gruppen geteilt wird, herangezogen. Von den 1 049 befragten Personen gelten demnach 33% als „Gele-

„Gelegenheitssportler“, 62% als „regelmäßige Sportler“ und 5% als „Intensivsportler“. Werden die vorliegenden Angaben zur Dauer pro Bewegungseinheit mit berücksichtigt (vgl. Abb. 27), dann ist ein geringes Ansteigen mit zunehmender Aktivitätshäufigkeit feststellbar (n. s.). Die „Gelegenheitssportler“ sind 92 Minuten ($SD=59.0$), die „regelmäßigen Sportler“ 97 Minuten ($SD=62.9$) und die „Intensivsportler“ 106 Minuten ($SD=79.6$) aktiv.

Der im χ^2 -Test ausgegebene Unterschied zwischen den Teilstichproben (χ^2 (8, $N=1\ 049$) = 22.13, $p=.005$) beruht vor allem auf den verschiedenen Anteilen an Sportlertypen zwischen den Dauer- und Tagesteilnehmern. Während die Tagesteilnehmer mit 46% über die meisten „Gelegenheitssportler“ verfügen, sind unter den beiden aktivsten Gruppen, den Selbstorganisierten (88%) und Dauerteilnehmern (66%), die meisten „regelmäßigen Sportler“ zu finden (vgl. Abb. 28).

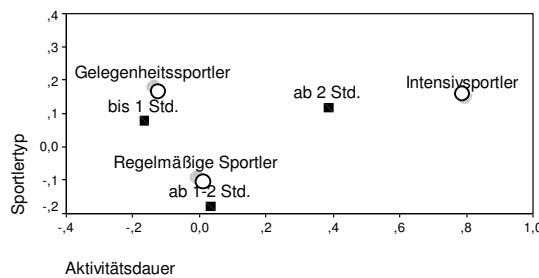


Abbildung 27. Zusammenhang zwischen Sportlertyp und Aktivitätsdauer

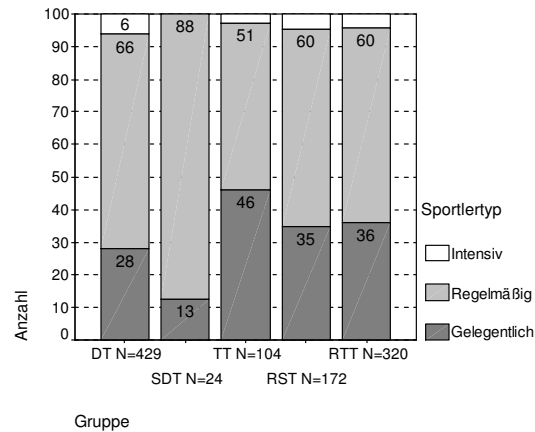


Abbildung 28. Sportlertypen nach Teilstichproben

Die Männer verfügen über 12%-Punkte mehr „Gelegenheitssportler“ (37% vs. 25%) als die Frauen, die 9%-Punkte mehr „regelmäßige Sportler“ (59% vs. 68%) und 4%-Punkte mehr „Intensivsportler“ (4% vs. 7%) aufweisen (χ^2 (2, $N=1\ 049$) = 19.39, $p<.001$). Hinsichtlich des Alters unterscheiden sich die drei Sportlertypen ebenfalls voneinander (H -Test $p<.001$). Je älter die Teilnehmer sind, umso körperlich aktiver sind sie. Während die „Gelegenheitssportler“ ein durchschnittliches Alter von 51 Jahren aufweisen, sind die „regelmäßigen Sportler“ im Durchschnitt 58 Jahre und die „Intensivsportler“ 61 Jahre alt.

11.1.3 Verhaltensstufe

Von 983 Personen sind 81% „kontinuierlich“ und 16% „unregelmäßig“ aktiv. Lediglich 2% bezeichnen sich als „Einsteiger“, die vor weniger als sechs Monate das Training erst aufgenommen haben. Bezüglich der Teilstichproben existieren Unterschiede (χ^2 (8, $N=983$) = 27.94, $p < .001$). Während sich unter den Selbstorganisierten, Dauer- sowie Radtreffteilnehmern vorwiegend „kontinuierlich“ Sporttreibende befinden, bewegen sich die Tagesteilnehmer und Radsonntagteilnehmer eher „unregelmäßig“ (vgl. Tab. 48).

Insgesamt gehören 59% der Teilnehmer einem Sportverein an. Unter den Radtreffteilnehmern sind mit 73% die meisten Vereinsmitglieder zu finden, obwohl dies zur Teilnahme am Treff nicht notwendig ist. Radsonntagteilnehmer sind mit 44% am wenigsten im Verein organisiert, 10% geben aber an, Mitglied in einem Fitnessstudio zu sein. Insgesamt gehören 9% einem Fitnessstudio an, wobei die Dauerteilnehmer mit 12% die meisten Fitnessstudiomitglieder aufweisen. Lediglich 4% gehören beiden Institutionen an bzw. 36% gar keiner. Geschlechtsspezifisch gibt es bei der Zugehörigkeit zum Verein keinen Unterschied, jedoch hinsichtlich der Mitgliedschaft im Fitnessstudio (χ^2 (1, $N=1\ 084$) = 7.71, $p = .005$), das von Frauen häufiger besucht wird als von Männern. Nach dem jeweiligen Freizeitradsporevent geben insgesamt 6% an, eine Mitgliedschaft in einem Verein oder einem Studio neu abgeschlossen zu haben.

Tabelle 48
Verhaltensstufen der Teilstichproben

Gruppe		Verhaltensstufe			Gesamt
		Einsteiger	unregelmäßig	kontinuierlich	
DT	Anzahl	12	59	345	416
	% von Gruppe	2.9	14.2	82.9	100
SDT	Anzahl		2	20	22
	% von Gruppe		9.1	2.47	100
TT	Anzahl	3	18	71	92
	% von Gruppe	3.3	19.6	77.2	100
RST	Anzahl	3	46	110	159
	% von Gruppe	1.9	28.9	69.2	100
RTT	Anzahl	5	35	254	294
	% von Gruppe	1.7	11.9	86.4	100
Gesamt	Anzahl	23	160	800	983
	% von Gruppe	2.3	16.3	81.4	100

11.1.4 Fazit zur körperlichen Aktivität

Aus dem Gesichtspunkt präventiver Inanspruchnahme von Maßnahmen sind hinsichtlich der körperlichen Aktivität positive Ergebnisse zu verbuchen.

- Üblicherweise nimmt die Aktivität mit zunehmendem Alter ab (Frogner, 1991; Mensink, 1999). In der vorliegenden Gesamtstichprobe verhält es sich aber genau andersherum: Ältere sind körperlich aktiver als Jüngere.
- Normalerweise werden mit Präventionsmaßnahmen generell mehr Frauen erreicht und zur Teilnahme motiviert, abgesehen von körperlichen Präventionsmaßnahmen, bei denen Männer gewöhnlich häufiger anzutreffen sind (vgl. Hoffmeister al., 1992). Dies kann in der vorliegenden Untersuchung aufgrund der durchschnittlichen Männerquote von 68% bestätigt werden. Allerdings sind die an den drei Veranstaltungen teilnehmenden Frauen abgesehen von den Selbstorganisierten Dauerteilnehmern körperlich aktiver als die Männer.
- Ein weiteres überraschendes Ergebnis ist, dass, konträr zu den theoretischen Vorannahmen, die erreichten Unterschichtangehörigen der untersuchten Stichprobe körperlich aktiver sind als die der Oberschicht.
- Die körperliche Aktivität steigt im Laufe der Zeit bei den Unterschichtangehörigen an. Unabhängig vom sozialen Status nimmt speziell bei den Tour-Tagesteilnehmern das Aktivitätsausmaß im Zeitverlauf zu.

Das Radfahren im Sinne von körperlicher Aktivität scheint demnach als Instrument geeignet, um die sonst „präventionsresistenten“ Männer, Älteren und Unterschichtangehörigen zum gesundheitsförderlichen Verhalten zu motivieren.

Auf die Frage, ob die erste Teilnahme am jeweiligen Event einen Anstoß zur regelmäßigen körperlichen Aktivität gegeben hat, antworteten 27% mit „ja“. Vor allem konnte die „SWR 4-Tour de Ländle“ die Dauerteilnehmer (31%) dazu bewegen, regelmäßig aktiv zu sein. Dagegen ließen sich 18% der Radsonntagteilnehmer und 19% der Radtreffteilnehmer von regelmäßiger körperlicher Aktivität überzeugen. Dass die erste Teilnahme an einer der drei evaluierten Veranstaltungen einen Anstoß zur Teilnahme am regelmäßig stattfindenden „AOK-Radtreff“ gegeben hat, stimmten insgesamt 24% der Befragten zu (vgl. Tab. 49). Dies vermochte insbesondere der „AOK-Radtreff“ selbst, da 71% der Erstteilnehmer zur dauerhaften Teilnahme an diesem Treffen motiviert werden konnten.

Tabelle 49

Verhaltensänderung nach der ersten Teilnahme am jeweiligen Event (in %)

Gruppe	Anstoß zur regelmäßigen Aktivität	Anstoß zur Teilnahme am Radtreff
Dauerteilnehmer	30.5	14.8
Selbstorganisierte	21.4	7.1
Tagesteilnehmer	21.7	15.2
Radsonntagteilnehmer	17.9	33.3
Radtreffteilnehmer	18.5	70.8
Gesamt	26.5	24.4

Hinsichtlich der Hauptfragestellung kann geschlussfolgert werden, dass insbesondere die Unterschichtangehörigen der Tour-Dauerteilnehmer körperlich aktiver als die Oberschichtangehörigen sind.

11.2 Ernährung

Ungefähr 21 Milliarden Euro jährlich, entsprechend 27% der Gesamtkosten aller Krankheiten in Deutschland, sind Folgekosten ernährungsbedingter Erkrankungen, die vor allem in unteren Sozialgruppen vorhanden sind (Pudel & Maus, 1990). Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1988) weist seit Jahren darauf hin, dass unsere Nahrung zu viel Fett, Zucker, Salz, tierisches Eiweiß und Alkohol enthält und demgegenüber zu wenige Vitamine, Mineralstoffe und Ballaststoffe. Das heißt, wir verzehren zu viele „leere“ Kalorien. Daraus entstehen ernährungsabhängige Krankheiten, wie z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen, Anämien, Karies und Osteoporose, um nur einige zu nennen. Bei gesetzlich Krankenversicherten entfallen im Rahmen einer ambulanten Behandlung 25% und im stationären Bereich 24% aller Kontakte auf ernährungsabhängige Erkrankungen (vgl. Kohlmeier, Kroke, Pöttsch, Kohlmeier & Martin, 1993).

Wesentlich im Zusammenhang mit einer gesunden Ernährung ist nicht nur das was gegessen wird, sondern sind auch Determinanten die beschreiben, wo, wann, wie oft und warum Nahrung zu sich genommen wird (vgl. Dlugosch, 1994). Aus methodischen Gründen wird im Folgenden jedoch nur auf die Fragen *was* und *wie oft* gegessen wird eingegangen. In Anlehnung an die umfassende Nahrungsmittel- und Getränke-Liste des FEG's (Dlugosch & Krieger, 1995) wurden für die Beschreibung der Ernährung zwei Bereiche ausgewählt. Die Skala „Tradition“ beinhaltet die beiden, bei übermäßigem Verzehr, aufgrund des hohen tierischen Fettgehalts, als risikoträchtig eingestuft Items *Fleisch* und *Wurst*. Aus den fünf gesundheitsförderlichen Items *Frischkost (Obst/Gemüse)*, *Vegetarische Kost*, *Käse*, *Tee* und *Wasser* besteht die Skala „gesund“. Nach der Umcodierung der negativ konnotierten Skala „Tradition“ wird durch die Addition der beiden Ernährungsbereiche ein Summenscore (Ernährungsskala) ermittelt (vgl. Tab. 50). Dabei stellen hohe Skalenwerte (maximal=35) eine gesunde, ausgewogene und niedrige Werte (minimal=10) eine ungesunde, risikoreiche Ernährungsweise dar.

Insgesamt weisen die Teilnehmer ein eher gesundes Ernährungsverhalten auf (*Median*=23; *M*=23.60; *SD*=3.79). Die dadurch verstärkten Häufigkeiten am rechten Rand verursachen eine nicht normalverteilte (*K-S-Test* $p < .001$) Ernährungsskala.

Tabelle 50

Kennwerte der Ernährungsskala, Trennschärfekoeffizient (TS), Cronbachs Alpha (α)

	Skalen	N	M	SD	α	TS	range	Items
Schlickum	Tradition	1 045	6.45	1.74	.80	.68	2 - 10	2
	gesund	1 004	18.04	3.14	.58	.28 - .48	5 - 25	5
Dlugosch & Krieger	Tradition	467	24.2	3.50	.65	.15 - .53	11 - 33	10
	gesund	471	22.8	3.50	.69	.27 - .50	12 - 32	8

Zwischen den Teilstichproben kann kein Unterschied festgestellt werden, wohl aber hinsichtlich des Geschlechts (*U-Test* $p < .001$). Männer (*Median*=23) essen risikoreicher, das heißt mehr Wurst- und Fleischwaren und z. B. weniger Frischkost, als Frauen (*Median*=25). Mit dem Älterwerden wird die Ernährungsweise der Teilnehmer etwas gesünder (n. s.). Am risikoreichsten ernähren sich die 10- bis 19-Jährigen und am gesündesten die über 70-Jährigen. Das kann z. B. durch ernährungsbedingte Erkrankungen und Folgeerscheinungen im Alter wie beispielsweise den Altersdiabetes begründet werden, nach deren Auftreten es oft zu einer ärztlich angeleiteten bewussteren und gesünderen (diätischen) Ernährung kommt.

Das Ernährungsverhalten hängt insbesondere auch vom sozialen Status einer Person ab (*H-Test* $p = .001$). Vor allem unterscheidet sich die ungesünder essende Unterschicht von der ausgewogener essenden Mittel- und Oberschicht (vgl. Tab. 51). Dieses schichtspezifische Ernährungsverhalten ist in allen fünf Teilstichproben vorzufinden.

Tabelle 51

Ernährung nach Schichtzugehörigkeit

soziale Schicht	N	Median	M	SD	Mini	Maxi
Unterschicht	251	23.0	22.88	3.77	10.0	34.0
Mittelschicht	503	24.0	23.88	3.73	12.0	35.0
Oberschicht	188	24.0	24.19	3.47	17.0	34.0
Gesamt	942	24.0	23.68	3.72	10.0	35.0

Insgesamt kann eine Verbesserung des Ernährungsverhaltens über die *Zeit* (*Wilcoxon-Test* $p < .001$) festgestellt werden (vgl. Abb. 29). Dies betrifft sowohl alle drei soziale Schichten als auch alle Teilstichproben, insbesondere aber die Dauerteilnehmer ($p < .001$), Tagesteilnehmer ($p = .009$) und Radtreffeilnehmer ($p < .001$).

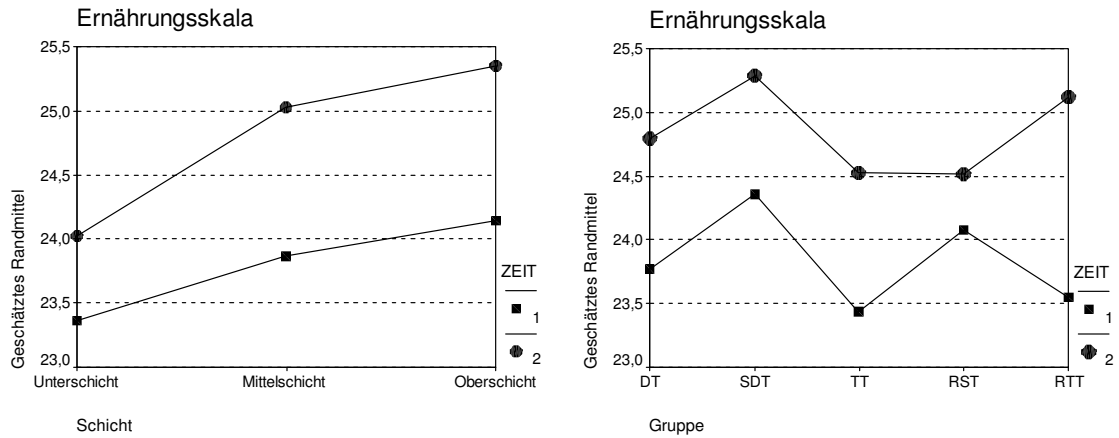


Abbildung 29. Ernährung nach sozialen Schichten und Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

Auf die Frage, ob sich die Radler nach der ersten Teilnahme am jeweiligen Event gesünder ernährt haben, antworteten immerhin 38% mit „ja“. Dabei sind vor allem das Ernährungsangebot (z. B. Joghurt und Obst) während der Tour, aber auch Informationen rund um ein gesünderes Essverhalten während der Tour und beim „AOK-Radtreff“ in der Lage, einen positiven Einfluss auf das Ernährungsverhalten der Teilnehmer zu nehmen. Die sich ungesünder ernährenden Männer gaben dabei häufiger als die Frauen an, sich nach der ersten Teilnahme am jeweiligen Event gesünder ernährt zu haben, was anhand der Längsschnittdaten auch bestätigt werden kann (Zeit x Geschlecht $F=4.02$, $p=.046$, $\eta^2=.011$).

Erfreulicherweise gaben auch die sich am ungesündesten ernährenden Jüngeren am häufigsten an, durch den Event zu einer positiven Ernährungsweise beeinflusst worden zu sein. Mit zunehmendem Alter scheinen die Veranstaltungen dann wiederum eine Verbesserung der qualitativen Nahrungsaufnahme zu bewirken. Diese altersbedingte subjektiv angegebene Qualitätssteigerung der Ernährung kann anhand der Daten so jedoch nicht dargestellt werden. Die Ernährung verbessert sich, abgesehen von der ältesten Gruppe der über 70-Jährigen, in allen Altersgruppen in gleicher Weise.

Zusammenfassend kann demnach konstatiert werden, dass das Ernährungsverhalten bei den Frauen, mit zunehmendem Alter und mit steigender Schichtzugehörigkeit gesünder und ausgewogener ist. Über die Zeit hinweg kam es in allen drei Sozialschichten zu einer Verbesserung der Ernährungsweise, gruppenspezifisch insbesondere bei den Teilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ und den AOK-Radtreffteilnehmern.

11.3 Alkoholkonsum

In Deutschland stellt der Alkohol- neben dem Tabakkonsum das Suchtproblem Nummer eins dar und kann zu einer Vielzahl von Gesundheitsstörungen führen (SBA, 1998). Alkohol ist nicht nur ein Gruppenphänomen, ihm wird von den Betroffenen auch eine Rolle des persönlichen Problemlösers zugeschrieben. Deutschland liegt mit 10.3 Liter reinem Alkohol pro Kopf in Form von Bier, Spirituosen und Wein auf einem der vordersten Plätze Europas (Hüllenhorst, 1993). Laut SBA (1998) trinken 22% der deutschen Bevölkerung keinen Alkohol, während über die Hälfte (56%) nach eigenen Angaben regelmäßig Alkohol in mäßigen Mengen (1-20g reinen Alkohol pro Tag, ca. 0.4l Wein) verkonsumiert. 10% geben einen starken Alkoholkonsum (mehr als 40g reiner Alkohol pro Tag) zu. Ein dauerhafter Tagesverbrauch von mehr als 40g reinem Alkohol für Männer und mehr als 20g für Frauen stellt eine besondere Gesundheitsgefahr dar. Dies betraf im Jahr 1995 in Deutschland knapp 11 Mio. Betroffene beiderlei Geschlechts. Somit verweisen der Alkoholkonsum bzw. die Häufigkeiten der alkoholbezogenen Krankheiten auf ein beträchtliches Präventionspotential.

Der Alkoholkonsum in der vorliegenden Stichprobe wird über einen Summenscore aus den Items *Bier-, Wein-, Schnaps- & Likörverbrauch* (1=nie bis 5=sehr oft) ermittelt. Während Bier (*Median=3; M=2.73; SD=1.09*) und Wein (*Median=3; M=2.74; SD=0.98*) „gelegentlich“ konsumiert werden, wird Hochprozentiges (*Median=2; M=1.82; SD=0.73*) nur „selten“ getrunken. Die Alkoholskala ($\alpha=.70$) erstreckt sich von 3 bis 15, wobei sich die Gesamtstichprobe durch einen mittelmäßigen, entsprechend gelegentlichen Alkoholkonsum (*Median=8; M=7.26; SD=2.24*) auszeichnet. Dennoch handelt es sich nicht um eine Normalverteilung (*K-S-Test* $p<.001$).

Die fünf Teilstichproben unterscheiden sich in ihrem Alkoholkonsum signifikant (*H-Test* $p<.001$) voneinander. Dieser Unterschied beruht vor allem auf dem höheren Verbrauch der Dauer- im Vergleich zu den Radsonntagteilnehmern (vgl. Tab. 52). Anzumerken ist, dass es sich bei den „Mehralkoholtrinkern“ um jene Gruppen handelt, die häufiger Rad fahren und eher zu den „Intensivsportlern“ gehören. Dies dürfte auf die soziale Komponente, die Geselligkeit bzw. das Gemeinschaftsgefühl des Sporttreibens, zurückzuführen sein. Wahrscheinlich kommt hier das Gruppenphänomen des Alkoholtrinkens zum Tragen, denn viele Radler kehren unterwegs z. B. in einer Wirtschaft ein, um ihren Flüssigkeitshaushalt „aufzutanken“ und soziale Kontakte zu pflegen. Alkohol kann in gewissen Mengen eine stimmungsauflebende und entspannende Komponente zugeschrieben werden. Auch gilt er nicht immer als

gesundheitsschädigendes Handeln, da dies immer eine Frage der Dosierung bzw. der Quantität ist (Siegrist, 1995).

Tabelle 52
Alkoholkonsum nach Teilstichproben

Gruppe	N	Median	M	SD	Mini	Maxi
DT	389	8.0	7.52	2.15	3.0	14.0
SDT	24	8.0	8.04	2.42	3.0	11.0
TT	105	7.0	7.01	2.16	3.0	13.0
RST	175	7.0	6.74	2.52	3.0	15.0
RTT	324	7.0	7.26	2.15	3.0	15.0
Gesamt	1 016	8.0	7.26	2.24	3.0	15.0

Zwischen den Geschlechtern gibt es einen Unterschied in der Trinkgewohnheit (*U-Test* $p < .001$), wobei Männer (*Median*=8) mehr Alkohol als Frauen (*Median*=6) trinken. Der Alkoholkonsum ist des Weiteren vom Alter abhängig und steigt mit den Lebensjahren an (*H-Test* $p < .001$). Während die 10- bis 19-Jährigen (*Median*=4) kaum Alkohol trinken, verkonsumieren die 60- bis 69-Jährigen einiges mehr (*Median*=8).

Bezüglich der Schichtzugehörigkeit kann eine Abhängigkeit des Alkoholkonsums (*H-Test* $p < .001$) festgestellt werden. Oberschichtangehörige trinken mehr Alkohol als die in der Unterschicht (vgl. Tab. 53). Diese schichtspezifische Ausprägung wird in einigen Studien repliziert, in anderen widerlegt (vgl. Lamprecht & Stamm, 1996; Mielck & Helmert, 1998).

Tabelle 53
Alkoholkonsum nach Schichtzugehörigkeit

Soziale Schicht		Alkoholskala	Wein	Bier	Schnaps
Unterschicht	N	259	269	274	259
	Median	7.0	3.0	3.0	2.0
	M	7.03	2.57	2.73	1.80
	SD	2.18	.97	1.08	.68
Mittelschicht	N	506	517	518	506
	Median	8.0	3.0	3.0	2.0
	M	7.36	2.80	2.76	1.82
	SD	2.11	.92	1.05	.72
Oberschicht	N	191	192	191	191
	Median	8.0	3.0	3.0	2.0
	M	7.92	3.07	2.93	1.92
	SD	2.20	.96	1.09	.77
Gesamt	N	956	978	983	956
	Median	8.0	3.0	3.0	2.0
	M	7.38	2.79	2.78	1.83
	SD	2.16	.96	1.07	.72
Signifikanz	H-Test nach Kruskal und Wallis	$\chi^2=18.04$ $df=2$ $p < .001$	$\chi^2=28.67$ $df=2$ $p < .001$	$\chi^2=4.96$ $df=2$ n. s.	$\chi^2=2.97$ $df=2$ n. s.

Während in allen Gruppen der Alkoholkonsum mit zunehmendem Sozialstatus ansteigt, trinken bei den Selbstorganisierten insbesondere die Mittel- und Unterschichtangehörigen Alkohol. Eine Wechselwirkung zwischen der sozialen Schicht und den Teilstichproben besteht jedoch nicht. Werden die drei Alkoholitems schichtspezifisch analysiert, dann ist erkennbar, dass hauptsächlich der Weinkonsum ($H\text{-Test } p < .001$) über die sozialen Schichten hinweg ansteigt. In der Mittel- und Oberschicht wird das Weintrinken häufiger „zelebriert“ und kann als eine Art Lebensstilcharakteristikum angesehen werden. Während in der Unterschicht erwartungsgemäß mehr Bier als Wein getrunken wird, spielen Spirituosen in allen Schichtebenen eine untergeordnete Rolle.

Erfreulicherweise kommt es zwischen den Messzeitpunkten zu einer Senkung des Alkoholverbrauchs ($Wilcoxon\text{-Test } p = .077$). Anhand einer schichtspezifischen *Varianzanalyse mit Messwiederholungen* wird ersichtlich, dass der Alkoholkonsum insbesondere bei den Meisttrinkenden, der sozialen Oberschicht ($p = .011$), gesunken ist (vgl. Abb. 30). Die gruppenspezifische Veränderung des Alkoholkonsums offenbart, dass der Alkoholkonsum speziell bei den Dauerteilnehmern ($p = .007$) und Selbstorganisierten (n. s.) abgenommen hat (vgl. Abb. 30).

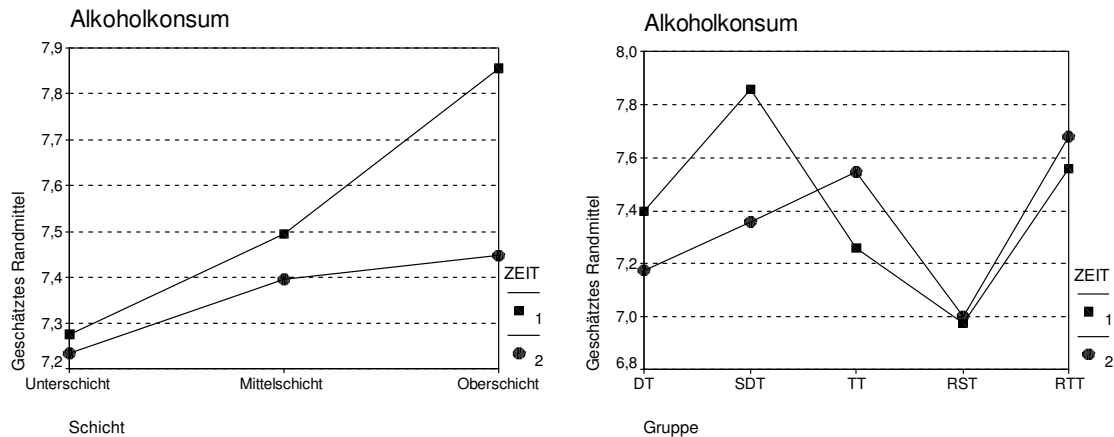


Abbildung 30. Alkoholkonsum nach Schichtzugehörigkeit und Teilstichproben zum ersten (1) und letzten (2) Messzeitpunkt

11.4 Nikotinkonsum

Unumstritten sind die ebenfalls gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen des Rauchens. Zigaretten sind wichtigste Quelle von Nitrosaminen, die zusammen mit anderen Stoffen das Altern beschleunigen und die Gefahr von Herz-Kreislaufkrankungen, Erkrankungen der Atemwege und Krebserkrankungen erhöhen. Das Rauchen hat den höchsten Einfluss

auf die Gesamtsterblichkeit der Bevölkerung (vgl. SBA, 1998). Jährlich sterben in Deutschland 90 000 bis 140 000 Personen an den Folgen des Tabakkonsums. Eine beachtliche Zahl, wenn man bedenkt, dass um die 1 600 Rauschgifttoden eine größere öffentliche und politische Diskussion stattfindet. Die meisten Raucher greifen bereits im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter zur Zigarette. Die nachgewiesene Abhängigkeit führt meist zum unaufhalt-samen Fortsetzen des Tabakkonsums. Zwar wissen 90% der Raucher über die Gesundheitsgefährdung des Nikotinkonsums Bescheid, aber dennoch nehmen sie diese in Kauf. Entsprechend hoch werden Präventionsmaßnahmen bewertet.

Laut SBA (1998) rauchen in Deutschland ab dem 15. Lebensjahr 22% der Frauen und 36% der Männer. Der Verbrauch von mehr als 20 Zigaretten pro Tag gilt als stark gesundheitsgefährdend. Betroffen sind davon in Deutschland 6% der Männer und 2% der Frauen, womit die Raucherquote der Deutschen im internationalen Vergleich unter dem Durchschnitt liegt. Während der Anteil der rauchenden Männer seit 1978 sank, stieg er bei den Frauen leicht an, die sich dadurch den Männern immer weiter annähern. Am meisten rauchen die Arbeitslosen und Arbeiter und am wenigsten die Akademiker (vgl. Schafstedde, 1989).

In der vorliegenden Studie rauchen mit insgesamt 91 Personen (8%) vergleichsweise wenig. Die Streubreite ist sehr groß und erstreckt sich von einer Zigarette bzw. Zigarre oder Pfeife bis zu 50 Zigaretten (2 ½ Schachteln!) am Tag (*K-S-Test* $p=.016$). Im Durchschnitt werden 10 Zigaretten (*Median*) pro Tag über einen Zeitraum von 20 Jahre (*Median*) hinweg geraucht. Mehr als 20 Zigaretten pro Tag inhalieren 27% ($n=24$) der rauchenden Teilnehmer, die somit als „starke“ Raucher bezeichnet werden können.

Die insgesamt weniger körperlich aktiven Tages- und Radsonntagteilnehmer, deren Event nur einen Tag lang dauert, rauchen ca. fünf Zigaretten mehr (n. s.) als die anderen drei Untersuchungsgruppen. Nicht zuletzt deshalb werden Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Gesundheitsverhaltensweisen vermutet, die in Kapitel 11.5 aufgegriffen werden.

Unabhängig von der Intensität des Nikotinkonsums rauchen mehr Männer (9%, $n=67$) als Frauen (7%, $n=24$). Bezüglich der Zigarettenanzahl existiert ein Unterschied zwischen den Geschlechtern ($t=2.07$, $p=.041$), wobei Männer am Tag ca. 4 Zigaretten ($M=13.22$; $SD=9.58$) mehr als Frauen ($M=8.88$; $SD=6.14$) rauchen. Die meisten männlichen Raucher (31%) sind 50 bis 59 Jahre alt. Bei den Frauen ist die Gruppe der Meistrauchenden (38%) mit 40 bis 49 Jahren etwas jünger. Der durchschnittliche Raucher unter den Befragten ist 50 Jahre (*Median*) alt, der Jüngste 16 und der Älteste 70 Jahre. Während der durchschnittliche Zigaretten-

konsum bis zum 40. Lebensjahr ansteigt, sinkt er danach wieder ab (n. s.). Lopez und Fuchs (1990) nennen ähnliche Alters- und Geschlechtseinflüsse und dokumentieren, dass die Prävalenzrate für das Rauchen mit zunehmendem Älterwerden sinkt.

Laut DHP-Studie rauchen Männer der Unterschicht doppelt so häufig wie die der Oberschicht, wobei bei Frauen dieser Unterschied nicht so ausgeprägt ist (vgl. Hoffmann et al., 1992). In der vorliegenden Stichprobe wird die Unabhängigkeit des Rauchverhaltens von der sozialen Schicht anhand eines *H-Tests* ermittelt. Die bei der sozialen Oberschicht festgestellten zwei Zigaretten mehr am Tag sind dabei allerdings nicht relevant. Während unter den Dauer- und Radtreffteilnehmern keine Schichtunterschiede existieren (vgl. Tab. 54), rauchen im Vergleich zur Unter- und Mittelschicht die Oberschichtangehörigen der Tageseinsteiger deutlich weniger (n. s.), demgegenüber die Oberschichtangehörigen der Radsonntagsteilnehmer mehr (n. s.) als die der Unter- und Mittelschicht.

Tabelle 54
Nikotinkonsum nach Teilstichproben und Schichtzugehörigkeit

Gruppe		Unterschicht	Mittelschicht	Oberschicht	Gesamt	Signifikanz H-Test
Dauerteilnehmer	N	10	20	10	40	n. s.
	M	10.10	10.50	12.40	10.88	
	SD	5.04	7.55	7.66	6.93	
Selbstorganisierte	N			2	2	n. s.
	M			12.00	12.00	
	SD			11.31	11.31	
Tagesteilnehmer	N	1	3	1	5	n. s.
	M	20.00	21.67	2.00	17.40	
	SD		16.07		14.28	
Radsonntagsteilnehmer	N	3	9	7	19	n. s.
	M	12.67	8.56	21.14	13.84	
	SD	15.14	6.04	14.72	12.20	
Radtreffteilnehmer	N	4	12	5	21	n. s.
	M	13.75	11.33	10.20	11.52	
	SD	13.62	7.20	6.72	8.18	
Gesamt	N	18	44	25	87	n. s.
	M	11.89	11.09	13.96	12.08	
	SD	8.94	8.16	10.69	9.09	

Ein halbes Jahr nach der Veranstaltung haben von den 91 Rauchern immerhin 21% ($n=19$) das Rauchen aufgegeben. Unterdessen gaben 11 weitere Personen (12%) an, bewusst weniger Nikotin zu inhalieren.

11.5 Zum Zusammenhang der Gesundheitsverhaltensweisen

Zwischen den aufgeführten vier Gesundheitsverhaltensweisen wird ein Zusammenhang angenommen. So wird beispielsweise vermutet, dass körperliche Aktivität mit anderen ge-

sundheitsbezogenen Lebensweisen, wie etwa einer gesünderen Ernährung, Nichtrauchen und weniger Alkoholkonsum, korreliert (vgl. Helmert, 1997). Anhand der Korrelationsmatrix in Tabelle 55 können Zusammenhänge jedoch nicht eindeutig für die vorliegende Gesamtstichprobe bestätigt werden, was mit den Ergebnissen des Reviewartikels von Wankel und Sefton (1994) übereinstimmt. Die nur geringen Zusammenhänge lassen erkennen, dass eine höhere körperliche Aktivität inkonsistent mit dem Alkoholkonsum ist und nur mäßig mit einem geringeren Nikotinkonsum korreliert (vgl. auch Mensink, 1999; Lamprecht & Stamm, 2000). Wankel und Sefton (1994) beobachten einen Trend bezüglich einer ausgewogenen Ernährung und körperlicher Aktivität. Dieser Zusammenhang kann im Fall der vorliegenden Daten bestätigt werden ($H\text{-Test } p < .001$), da die Ernährung mit steigender Aktivität gesünder und ausgewogener wird. Darüber hinaus hängt ein höherer Alkohol- und Nikotinkonsum mit einer risikoreicheren Ernährungsweise zusammen.

Tabelle 55

Korrelation der Gesundheitsverhaltensmaße, Spearman-Rho

	Ernährung (Summe)	Alkohol (Summe)	Rauchen (Menge/Tag)
Aktivität (Summe)	.26**	.01	-.12
Ernährung		-.10**	-.23*
Alkohol			-.10

Anmerkungen:

* Korrelation ist auf dem Niveau von .05 signifikant (2-seitig).

** Korrelation ist auf dem Niveau von .01 signifikant (2-seitig).

11.6 Fazit zum Gesundheitsverhalten im Kontext der Schichtzugehörigkeit

Körperliche Aktivität: Erfreulicherweise kann festgestellt werden, dass *alle* Teilnehmer auch außerhalb der drei Radsportveranstaltungen körperlich aktiv sind. Am häufigsten fahren sie Rad und bewegen sich im Durchschnitt an drei Tagen der Woche für ca. 100 Minuten pro Bewegungseinheit. Während sich die Dauer- und Selbstorganisierten am häufigsten körperlich bewegen, sind die Tageseinsteiger weniger aktiv. Abgesehen von den Selbstorganisierten bewegen sich die Frauen mehr als die „präventionsresistenteren“ Männer, die allerdings mit 68% häufiger bei den Events vertreten sind. Weiterhin kann konstatiert werden, dass das Aktivitätslevel der Befragten mit den Lebensjahren ansteigt. Das ist ein aus präventiver Sicht erfreuliches Ergebnis, denn normalerweise lässt die körperliche Aktivität im Alter nach. Ebenfalls positiv ist, dass das Aktivitätsniveau der Befragten über die eher bewegungsärmere Winterzeit unbedeutend gesunken ist. Bei den Tagesteilnehmern kann darüber hinaus sogar ein Anstieg der Aktivität verzeichnet werden. Ein Viertel der Befragten konnte durch die erste Teilnahme am jeweiligen Event zur regelmäßigen körperlichen Aktivität mo-

tiviert werden und dies daraufhin zum Teil im Rahmen des regelmäßig stattfindenden „AOK-Radtreffs“. Daraus kann geschlussfolgert werden, dass 25% der an einem der drei Bewegungsveranstaltungen erstmals teilnehmenden Personen einen Aha-Effekt erlebten und zum längerfristigen Bewegungsverhalten motiviert werden konnten.

Ernährung: Die Ernährungsweisen in den einzelnen Teilstichproben unterscheiden sich nicht voneinander. Insgesamt sind sie vor allem bei den Frauen gesund und risikoarm, da diese mehr Frischkost essen. Männer verzehren im Gegensatz dazu mehr risikoreichere Lebensmittel, wie Fleisch- und Wurstwaren. Auch wird das Ernährungsverhalten mit dem Alter gesünder. Nach sechs Monaten konnte eine Verbesserung der Ernährungsweise festgestellt werden, insbesondere bei den Männern. 38% gaben des Weiteren an, sich nach der ersten Teilnahme an einem der drei Events gesünder ernährt zu haben.

Alkoholkonsum: Insgesamt trinken die Befragten der Stichprobe nur „gelegentlich“ Alkohol, wobei die Dauer- und Selbstorganisierten sowie die Männer mehr konsumieren. Darüber hinaus greifen ältere Personen eher zum Gläschen Bier oder Wein. Nach sechs Monaten ist der Alkoholenuss der Teilnehmer etwas gesunken.

Nikotinkonsum: Die gesamte Stichprobe weist relativ wenig Raucher (8%) auf, die im Durchschnitt 12 Zigaretten pro Tag und bis dato durchschnittlich seit 21 Jahren rauchen. Sechs Monate nach der ersten Befragung haben erfreulicherweise 19 Personen (21%) das Rauchen aufgegeben und 11 Personen (12%) inhalieren bewusst weniger Nikotin als vorher.

Ob sich etwas in der Einstellung zur Gesundheit bzw. im Gesundheitsverhalten nach der ersten Teilnahme am jeweiligen Event geändert hat, bejahten insgesamt 24%. Insbesondere bei den Dauerteilnehmern (28%), Tageseinsteigern (22%) und Selbstorganisierten (21%) der „SWR 4-Tour de Ländle“ hat die erste Tourteilnahme zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung geführt. Der „AOK-Radtreff“ konnte 19% der Teilnehmer und der „AOK-Radsonntag“ 13% zur positiven Änderung der gesundheitsorientierten Einstellung bzw. des Verhaltens bewegen.

Soziale Schicht: Mit Blick auf die üblicherweise vorhandene soziale Disparität verhaltensorientierter Lebensstilmerkmale können zusammenfassend unterschiedliche Ergebnisse festgehalten werden. Wider Erwarten nimmt mit steigender sozialer Schichtzugehörigkeit die körperliche Aktivität ab, insbesondere bei den Tourteilnehmern. Darüber hinaus bleibt das Aktivitätsniveau bei den Unterschichtangehörigen über die Zeit stabil, im Gegensatz zur Mittel- und Oberschicht, deren Aktivitätsniveau sinkt. Der Alkoholkonsum (vor allem das

Weintrinken) steigt, außer bei den Selbstorganisierten, ebenfalls mit zunehmenden sozialen Status an, wobei dieser jedoch insbesondere in der Oberschicht zwischen den Messzeitpunkten etwas abnimmt. Während es beim Nikotinkonsum keine schichtspezifischen Unterschiede gibt, wird entsprechend den Erwartungen das Ernährungsverhalten mit zunehmendem Sozialstatus deutlich gesünder. Die Qualität der Ernährungsweise steigt in allen Sozialschichten im Zeitverlauf an.

Daher gilt die Vorannahme, dass Angehörige der sozialen Oberschicht ein gesundheitsorientierteres Verhalten aufweisen als Angehörige der sozialen Unterschicht, für die vorliegende Gesamtstichprobe nur bedingt. Bezüglich der schichtspezifischen Gesundheitsverhaltensweisen der einzelnen Teilstichproben ist ein durchaus differenziertes Bild festzustellen. Entsprechend den Hypothesen kann den Mittel- und Oberschichtangehörigen des „AOK-Radsonntags“ sowie den Selbstorganisierten Dauerteilnehmer eine gesündere Lebensweise attestiert werden. Hingegen kann den Unterschichtangehörigen der Tour-Dauerteilnehmer sowie der AOK-Radtrefteilnehmer im Vergleich zu den Angehörigen höherer sozialer Schichten eine gesündere Lebensweise zugeschrieben werden. Somit gelingt es der „SWR 4-Tour de Ländle“ sowie dem „AOK-Radtreff“ Personen der „präventionsresistenten“ sozialen Unterschicht verstärkt zur Teilnahme zu motivieren. Es zeigt sich, dass bei den teilnehmenden Unterschichtangehörigen auch kein gravierendes Gesundheitsverhaltensgefälle vorzufinden ist.

C ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Die explosive Ausgabenentwicklung im deutschen Gesundheitswesen wird nicht zuletzt durch die Therapie chronischer (Zivilisations-)Erkrankungen verursacht, die vor allem durch das Risikoverhalten der Betroffenen hervorgerufen werden. Sozialepidemiologische Studien belegen übereinstimmend, dass die verhaltensbedingten Risikofaktoren, wie z. B. Bewegungsmangel, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Nikotinkonsum, häufiger in der so genannten sozialen Unterschicht auftreten, das heißt bei Personen mit niedrigem Bildungs- und Berufsstatus. Zur Vorbeugung bzw. Verminderung von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen bieten derzeit gesetzliche Krankenkassen sowie private Einrichtungen unterschiedliche präventive Angebote an. Diese sind jedoch nachweislich vorrangig auf Personen der sozialen Mittel- und Oberschicht abgestimmt, da sie mit Gesundheitsappellen werben, die insbesondere jene erreichen, die sich ohnehin mit ihrer Gesundheit stärker auseinandersetzen. Die für die Gesundheitsförderung wesentliche (Risiko-)Zielgruppe nimmt präventive Angebote hingegen kaum wahr. Dies steht offensichtlich im Widerspruch zu der im Paragraph 20 des V. SGB gesetzlich verankerten Anforderung an primärpräventive Leistungen, neben der Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes einen Beitrag zur Verminderung der sozial bedingten Ungleichheit von Gesundheitschancen zu erbringen.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich unter dem Aspekt sozialer Disparitäten hinsichtlich der Gesundheitschancen mit der Frage, inwieweit durch zielgruppenspezifische Gestaltung von Präventionskampagnen und -programmen „präventionsresistente“ Angehörige der sozialen Unterschicht zur Teilnahme und damit zur Gesundheitsvorsorge motiviert werden können. Unter diesem Gesichtspunkt wurden drei präventive Bewegungsevents, die „SWR 4-Tour de Ländle“, der „AOK-Radsonntag“ und der „AOK-Radtreff“, evaluiert. Zur Beantwortung der zentralen Fragestellung erfolgte eine prospektive Evaluationsstudie an Teilnehmern der untersuchten Veranstaltungen. An zwei bzw. drei Erhebungszeitpunkten wurden von Juni 2000 bis März 2002 Daten aus 1 837 Fragebögen erfasst. Das dazu verwendete Messinstrument operationalisierte für die Fragestellung relevante Konstrukte zu soziodemographischen Daten, Lebensstildaten, zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten.

Zunächst wurde die Gesamtstichprobe über alle drei Events auf ihre soziodemographische Zusammensetzung und hinsichtlich der sozialen Schichtzugehörigkeit (vertikale Dimension) untersucht. Gemäß der Operationalisierung des Schichtindex sind 29% der Unterschicht, 52% der Mittelschicht und 19% der Oberschicht zuzuordnen. Auf Basis der erhobenen Le-

bensstildaten (horizontale Dimension) ließen sich entsprechende Lebensstiltypologien der Teilnehmer konstruieren. Zwischen der vertikalen und horizontalen Dimension sozialer Ungleichheit konnte ein Zusammenhang festgestellt werden, wobei sich den jeweiligen sozialen Schichten eindeutig bestimmte lebensstiltypische Gruppen zuordnen ließen. Dabei korrelieren Merkmale der sozialen Unterschicht mit dem „Trivialschema“ (Volkstümlichkeit, Passivität, Harmoniebedürfnis), soziale Mittelschichtmerkmale mit dem „Spannungsschema“ (Action, Aktivität, Narzissmus) und soziale Oberschichtmerkmale mit dem „Hochkulturschema“ (Schöngeist, Genuss, Individualismus).

Auf Basis von Teilstichproben wurde mit Hilfe der ermittelten Lebensstiltypologien eine Charakterisierung der drei Events vorgenommen und deren Einfluss auf die soziale Schichtzugehörigkeit der Teilnehmer abgeleitet. Es wurde vermutet, dass die zielgruppenspezifischen Kampagneninhalte und deren Werbebotschaften die soziale Teilnehmerstruktur der jeweiligen Events prägen. Inwieweit durch zielgerichtete Kampagnen tatsächlich eine Verringerung sozialer Disparität erreicht werden könnte, belegen abschließend schichtspezifische Daten zum Gesundheitsstatus und Gesundheitsverhalten der einzelnen Teilstichproben.

Die „SWR 4-Tour de Ländle“ ist eine jährlich stattfindende Freizeitradrundfahrt, bei der 650 Dauerteilnehmer und zahlreiche Selbstorganisierte Dauerteilnehmer an neun Tagen fast 700 km auf dem Fahrrad zurücklegen. Hinzu kommen täglich zwei- bis dreitausend Tageseinsteiger, die eine der zwischen 60 bis 70 km langen Etappen mitfahren. Die vom „volkstümlichen“ Radiosender SWR 4 als „Volksfest auf Rädern“ stilisierte „SWR 4-Tour de Ländle“ kann aufgrund ihrer hohen körperlichen Anforderungen als Präventionsmaßnahme eingeordnet werden. Die „niederschwellige“ und mit „trivialen“ Botschaften gekennzeichnete Kampagne zielt dabei auf eine SWR 4-Hörerschaft ab, die der Charakteristika des im Rahmen der Lebensstilkonzeption klassifizierten Trivialschemas entspricht. Entgegen den theoretischen Vorannahmen, wonach die soziale Oberschicht als allgemein aktiver und gesundheitsbewusster gilt, wurde daher aufgrund der Zielgruppenspezifika der Kampagne vermutet, dass sich unter den Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ mehr „präventionsresistente“ Personen der sozialen Unterschicht befinden als bei üblichen Präventionsprogrammen (Hypothese 1a). Diese Annahme kann anhand des Vergleichs der Schichtverteilung der Dauerteilnehmer mit der westdeutschen Bevölkerung, den Freizeitsportlern und den Teilnehmern eines weiteren Präventionsprogramms bestätigt werden. Mit 32% sind nicht nur mehr Unterschichtangehörige unter den Dauerteilnehmern anzutreffen als in allen Ver-

gleichsgruppen, gegenüber den Angehörigen der sozialen Oberschicht (18%) sind sie zudem deutlich überrepräsentiert.

Die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ nehmen durch ihre individuelle Unterbringung (im Zelt oder Wohnmobil) hohen eigenen organisatorischen Aufwand in Kauf, vermeiden Massenunterkünfte und können dabei ihre Naturverbundenheit ausleben. Da sie im Vergleich mit den Dauerteilnehmern offensichtlich anderen (erschwerteren) Teilnahmebedingungen unterliegen, wurden sie als weitere Teilstichprobe separat untersucht. Die Vermutung, dass die Selbstorganisierten Dauerteilnehmer lebensstilcharakteristisch dem Hochkulturschema und damit der sozialen Oberschicht zuzuordnen sind und sich damit von den übrigen Dauerteilnehmern der „SWR 4-Tour de Ländle“ absetzen, kann bestätigt werden (Hypothese 1b). Der übliche „Mittelstandsbauch“ (22%) nimmt hier zu Gunsten der Oberschicht (56%) ab.

Der „AOK-Radsonntag“ mobilisiert einmal jährlich unter den Mottos „Mobil ohne Auto“ und „Große Party für Gesundheit und Umwelt“ dezentral über 40 000 Menschen in Baden-Württemberg zur Bewegung. Dabei wird den Teilnehmern mit der Kampagne suggeriert, durch den Verzicht auf das Auto gleichzeitig etwas für die Umwelt und die eigene Gesundheit zu tun. Auf Basis der Lebensstiltypologie wurde daher vermutet, dass dadurch vor allem Personen mit hochkulturschemaorientierten Merkmalsausprägungen und Präferenzen angesprochen werden, die der sozialen Oberschicht zuzuordnen sind (Hypothese 2). Die Vermutung kann bestätigt werden. Mit 31% Oberschichtangehörigen sind knapp doppelt so viele wie in der Unterschicht (17%) vertreten.

Der „AOK-Radtreff“ dient als wöchentlich stattfindendes Ereignis vor allem der Institutionalisierung körperlicher Aktivität. Die AOK Baden-Württemberg wirbt als Initiator primär unter ihren eigenen Mitgliedern, die sich im Vergleich zur Bevölkerung aus einem hohen Anteil Angehöriger der sozialen Unterschicht zusammensetzt. Da die Kampagne darüber hinaus neben einer positiven Gesundheitswirkung vor allem einen Erlebnischarakter des Radfahrens mit hoher Trivialaffinität (Gemeinschaft, Spaß und ungezwungene Atmosphäre) vermittelt, wurde angenommen, dass die Teilnehmer des „AOK-Radtreffs“ überwiegend der sozialen Unterschicht angehören (Hypothese 3). Mit 32% Unter- gegenüber lediglich 14% Oberschichtangehörigen wird die Vermutung bestätigt.

Die auf Basis der Hypothesen ermittelte schichtspezifische Zusammensetzung der Angehörigen der einzelnen Teilstichproben sollte in Verbindung mit der Untersuchung von Ge-

sundheitsstatus und Gesundheitsverhalten der Teilnehmer Aufschluss darüber geben, inwieweit innerhalb der zielgruppenspezifisch unterschiedlich gestalteten Präventionsprogramme (Teilstichproben) soziale Disparitäten hinsichtlich der Gesundheitschancen bestehen. Entgegen den theoretischen Vorannahmen ließ sich bezüglich des Gesundheitsstatus ein nur unwesentlich schichtspezifisches Gesundheitsgefälle in den einzelnen Teilstichproben feststellen, das lediglich auf der mit zunehmendem Status steigenden Lebensqualität beruht. Hinsichtlich der Gesundheitsverhaltensweisen im Kontext der Schichtzugehörigkeit ergab sich jedoch ein durchaus differenziertes Bild. Erwartungsgemäß kann den Mittel- und Oberschichtangehörigen des „AOK-Radsonntags“ sowie den Selbstorganisierten Dauerteilnehmern eine gesündere Lebensweise attestiert werden. Anders sieht es jedoch bei den Tour-Dauerteilnehmern sowie den AOK-Radtreffteilnehmern aus, bei deren Unterschichtangehörigen im Vergleich zu den Angehörigen höherer sozialer Schichten eine gesündere Lebensweise festzustellen ist.

Als weiteres Ergebnis kann konstatiert werden, dass die hinsichtlich Morbidität und Mortalität identifizierte Risikogruppe Nummer eins, bestehend aus „präventionsresistenten“ und übergewichtigen Männern und Älteren, speziell bei der „SWR 4-Tour de Ländle“ bzw. dem „AOK-Radtreff“ zahlreich vertreten sind. Darüber hinaus wird unter Berücksichtigung der aus drei Messzeitpunkten (vor, während, nach der Tour) bestehenden Daten der Dauerteilnehmer eine kurzfristige Verbesserung aller Gesundheitsmerkmale im Vorfeld der Tour und teilweise sogar währenddessen festgestellt. Die Ursache könnte in den positiven Auswirkungen der physischen Tourvorbereitungen bzw. psychischen Vorfreude auf das „Volksfest auf Rädern“ liegen. Erst nach der Tour fallen die Werte aller Gesundheitsmerkmale wieder auf das gesunde Ausgangsniveau ab. Hinsichtlich gesundheitsrelevanter Verhaltensänderungen kann, abgesehen von den in den Hypothesen nicht berücksichtigten Tour-Tageseinsteigern, zwar keine Aktivitätssteigerung, aber ein gesünderes Ernährungsverhalten bei allen Gruppen und eine Reduktion des Alkoholkonsums speziell bei den Tour-Dauerteilnehmern analysiert werden.

Die Ergebnisse der drei evaluierten Freizeitradsportevents verdeutlichen somit, dass die Schichtzusammensetzung der Teilnehmer von Präventionsveranstaltungen maßgeblich durch die Zielgruppenspezifika der entsprechenden Kampagnen- und Programmgestaltung beeinflusst wird. Dabei erweisen sich die „SWR 4-Tour de Ländle“ sowie der „AOK-Radtreff“ durch ihre „niederschweligen“ Kampagneninhalte nicht nur als geeignet, die „präventionsresistente“ soziale Unterschicht verstärkt zur Teilnahme zu motivieren. Es konnte zudem bei

diesen präventiven Interventionen kein gravierendes schichtspezifisches Gefälle im Gesundheitsstatus und beim Gesundheitsverhalten der Teilnehmer festgestellt werden. Als zentrales Ergebnis bleibt daher festzuhalten, dass bei den Teilnehmern dieser präventiven Interventionen insofern keine sozial bedingten Nachteile bei den Gesundheitschancen zu erkennen waren.

Aus Sicht der Gesundheitsförderung und Prävention ist eine zielgruppenspezifische Ausrichtung der Programme durchaus wünschenswert, da sie im Sinne des Paragraphen 20 des V. SGB als zielführend erscheint. Die im Rahmen der Untersuchung erarbeiteten Zusammenhänge zwischen Lebensstiltypologie und Schichtzugehörigkeit sollten demnach künftig bei der Ausgestaltung von Präventionsmaßnahmen einen wichtigen Beitrag leisten. Denn schließlich ist es am einfachsten, die als Risikogruppe identifizierten Menschen dort „abzuholen“, wo sie sich verhaltensbedingt gerade befinden.

Literaturverzeichnis

- Abel, Th. (1992). Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. *Prävention*, 15 (4), 123-128.
- Abel, Th. (1995). Sport, Gesundheit, Lebensstile: Eine Betrachtung komplexer Zusammenhänge aus medizinsoziologischer Perspektive. In W. Schlicht & P. Schenkmezger (Hrsg.), *Gesundheitsverhalten und Bewegung* (S. 51-63). Schorndorf: Hofmann.
- Abel, Th. (2000). Gesundheitsrelevante Lebensstile: Zur Verbindung von handlungs- und strukturtheoretischen Aspekten in der modernen Ungleichheitsforschung. In Ch. Maeder, C. Burton-Jeangros, M. Haour-Knipe (Hrsg.), *Gesundheit, Medizin und Gesellschaft: Beiträge zur Soziologie der Gesundheit* (S. 43-61). Zürich: Seismo.
- Abele, A., Brehm, W. & Gall, T. (1994). Sportliche Aktivität und Wohlbefinden. In A. Abele, & P. Becker (Hrsg.), *Wohlbefinden. Theorie – Empirie – Diagnostik* (S. 279-296). Weinheim: Juventa.
- Ainsworth, B. E., Haskell, W. L., Leon, A. S., Jacobs, D. R., Montoye, H. J., Sallis, J. F. & Paffenbarger, R. J. (1993). Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 25, 71-80.
- Ainsworth, B. E., Montoye, H. J. & Leon, A. S. (1994). Methods of assessing physical activity during leisure and work. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 146-159). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Alfermann, D. & Stoll, O. (1997). Sport in der Primärprävention: Langfristige Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 5, 91-108.
- Anderson, R. (1984). Gesundheitsförderung: Ein Überblick. In Bundesministerium für Gesundheit und Umweltschutz (Hrsg.), *Europäische Monographien zur Forschung in Gesundheitserziehungen* (Bd. 6., S. 1-140). Wien: Herausgeber.
- Angermeyer, M. C., Kilian, R. & Matschinger, H. (2000). *Handbuch für die deutschsprachigen Versionen der WHO Instrumente zur internationalen Erfassung von Lebensqualität (WHO-QOL)*. Göttingen: Hogrefe.

- Angestelltenkammer Bremen (1993). *Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik über Arbeit und Freizeit im Land Bremen*. Bremen: Autor.
- AOK Baden-Württemberg (1999). Kundenzufriedenheitsmonitor. Produkt und Markt. Stuttgart.
- AOK Baden-Württemberg (2003). *10 Jahre AOK-Radsonntag* (Presse-Information vom 10.06. 2003). Stuttgart.
- Antonowsky, A. (1967). Social class, life expectancy and overall mortality. *Milband Memorial Fund Quarterly*, 45, 31-73.
- Averbeck, M., Leiberich, P., Grote-Kusch, M. Th., Olbrich, E., Schröder, A., Brieger, M. & Schumacher, K. (1997). *Skalen zur Erfassung der Lebensqualität (SEL)*. Frankfurt: Swets Test Service.
- Badura, B., Kaufhold, G., Lehmann, H., Pfaff, H., Schott, T. & Waltz, M. (1987). *Leben mit dem Herzinfarkt*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Badura, B. (1993). Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In U. Laaser & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 63-87). Weinheim, Basel: Beltz.
- Balz, E. (1992). Sport und Gesundheit. Problemorientierte Reflexion in pädagogischer Absicht. *Sportwissenschaft*, 22 (3), 257-282.
- Barth, J. & Bengel, J. (1998). *Prävention durch Angst. Stand der Furchtappellforschung* (Bd. 4). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Beck, U. (1983). Jenseits von Stand und Klasse? Soziale Ungleichheiten, gesellschaftliche Individualisierungsprozesse und die Entstehung neuer sozialer Formationen und Identitäten. In R. Kreckel (Hrsg.), *Soziale Ungleichheiten*. Göttingen: Hogrefe.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Beilmann, M. (1995). *Sozial Marketing und Kommunikation*. Neuwied: Luchterhand.
- Bellach, B. M., Knopf, H. & Thefeld, W. (1998). Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. *Gesundheitswesen*, 60 (Suppl. 2), 59-68.

- Bengel, J. & Belz-Merk, M. (1997). Subjektive Gesundheitsvorstellungen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (2. Aufl., S. 32-42). Göttingen: Hogrefe.
- Bengel, J., Strittmatter, R. & Willmann, H. (1998). *Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese - Diskussionsstand und Stellenwert* (Bd. 6). Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Berger, B. & Owen, D. R. (1988). Stress reduction and mood enhancement in four exercise modes: Swimming, body conditioning, hatha yoga and fencing. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 59, 149-155.
- Blair, S. N. (1996). Körperliche Aktivität, körperliche Fitness und Gesundheit. In The Club of COLOGNE (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und körperliche Aktivität* (S. 11-41). Köln: Herausgeber.
- Blaxter, M. (1990). *Health and Lifestyles*. London.
- Bös, K. & Brehm, W. (1995). Gesundheitsförderung Erwachsener im Erwerbsalter durch sportliche Aktivierung in der Kommune und im Betrieb. *Zeitschrift für Gesundheitsförderung*, 3, 51-73.
- Bös, K. & Woll, A. (1989). *Kommunale Sportentwicklung*. Erlensee: SFT-Verlag.
- Bös, K., Wydra, G. & Karisch, G. (Hrsg.), (1992). *Gesundheitsförderung durch Bewegung, Spiel und Sport. Ziele und Methoden des Gesundheitssports in der Klinik*. Erlangen: perimed.
- Bogart, L. (1989). *Press and public* (2nd ed.). Hillsdale: Erlbaum.
- Bolm, U. (1981). *Koronare Risikoberufe. Ergebnisse einer bundesweiten Fall-Kontroll-Studie auf der Basis von Sozialversicherungsdaten*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Marburg.
- Bolte, K. M. & Hradil, S. (1984). *Soziale Ungleichheiten in der Bundesrepublik Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Bortz, J. (1984). *Lehrbuch der empirischen Forschung für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York, Tokyo: Springer.
- Bosma, H. & Appels, A. (1996). Differences in mortality between Lithuanian and Dutch middle-aged men. In C. Hertzman, S. Kelly & M. Bobak (Eds.), *East/West life expectancy gap in Europe* (pp. 161-168). Kluwer: Dordrecht.

- Bouchard, C. et al. (Eds.), (1990). *Exercise, fitness and health*. Champaign: Human Kinetics Publisher.
- Bouchard, C. & Shepard, R. (1994). Physical activity, fitness and health: The model and key concepts. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 77-88). Champaign: Human Kinetics Publisher.
- Bourdieu, P. (1982). *Die feinen Unterschiede. Kritik der gesellschaftlichen Urteilskraft*. Frankfurt: Suhrkamp.
- Brand, G. (2002). Sportverhaltensstudie der Stadt Mannheim – Bevölkerungsbefragung 2000. In A. Woll, D. Illmer & K. Bös (Hrsg.), *Bewegte Kommune – Gesunde Kommune* (S. 59-63). Schorndorf: Hofmann.
- Braun, M. (1994). *Blickpunkt Gesellschaft*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Brehm, W. (1998). Sportliche Aktivität und psychische Gesundheit. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 33-43). Schorndorf: Hofmann.
- Brehm, W., Sygusch, R., Hahn, U., Mehnert, G. & Schönung, A. (2001). *Qualitäten von Gesundheitssport unter den Voraussetzungen eines bewegungsarmen Lebensstils. Ergebnisbericht 1* (Bayreuther Beiträge zur Sportwissenschaft Bd. 8). Universität Bayreuth.
- Brown, J. D. & Einsiedel, E. F. (1990). Public health campaigns: Mass media strategies. In E. B. Ray, L. Donohew (Eds.), *Communication and health: systems and applications* (pp. 153-170). Hillsdale, New York: Erlbaum.
- Bröskamp-Stone, U., Kickbusch, I. & Walter, U. (1998). Gesundheitsförderung. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 141-150). München: Urban & Schwarzenberg.
- Bruhn, M. (1997). Kommunikationspolitik. Grundlagen der Unternehmenskommunikation. München: Vahlen.
- Bucksch, J. (2003). *Der Einfluss Freizeitsportlicher Aktivität auf die Mortalität in einer bevölkerungsbezogenen prospektiven Kohortenstudie*. Unveröffentlichte Magisterarbeit. Universität Bremen.
- Bühl, A. & Zöffel, P. (2000). *SPSS Version 10: Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison Wesley.

- Bullinger, M. (1996). Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. *Rehabilitation*, 35, 17-30.
- Caspersen, C. J., Powell, K. E. & Merritt, R. K. (1994). Measurement of health status and well-being. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 180-202). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Cockerham, W., Rütten, A. & Abel, Th. (1997). Conceptualizing contemporary health lifestyles: Moving beyond Weber. *Sociological Quarterly*, 38 (2), 321-342.
- Crews, D. J. & Landers, D. M. (1987). A meta-analytic review of aerobic fitness and reactivity to psychosocial stressors. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 19, 114-120.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. (1993). *Konzept und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich*. Kopenhagen: Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa.
- Dangschat, J. & Alisch, M. (1995). *Gentrifikation in Hamburg. Die ökonomische Aufwertung und kulturelle Umwertung dreier innenstadtnaher Wohngebiete* (DFG-Projektbericht). Universität Hamburg. Institut für Soziologie. Forschungsstelle Vergleichende Stadtforschung.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. (1988). *Ernährungsbericht 1988*. Frankfurt: Druckerei Henrich.
- Deutscher Sportbund (2002). *Bestandserhebung 2002* [www.dsb.de]. Frankfurt/Main.
- Dickhuth, H. H. & Schlicht, W. (1997). Körperliche Aktivität in der Prävention von Herz-Kreislaufkrankungen – eine Standortbestimmung. *Sportwissenschaft*, 27, 9-22.
- Digel, H. (1986a). Die Bedeutung von Gesundheit in unserer modernen Industriegesellschaft (Teil 1 und 2). *Turnblatt aus Schwaben*, 11/12, 4-7.
- Digel, H. (1986b). Über den Wandel der Werte in Gesellschaft, Freizeit und Sport. In K. Heinemann & P. Becker (Hrsg.), *Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongress „Menschen im Sport 2000“* (S. 14-43). Schorndorf: Hofmann.
- Digel, H. (1990). Die Versportlichung unserer Kultur und deren Folgen für den Sport – ein Beitrag zur Uneigentlichkeit des Sports. In H. Gabler & U. Göhner (Hrsg.), *Für einen besseren Sport. Themen, Entwicklungen und Perspektiven aus Sport und Sportwissenschaft* (S. 73-96). Schorndorf: Hofmann.

- Digel, H. (1994). Contra Gesundheitssport. Sport – hoffentlich nicht nur der Gesundheit wegen. In H. Hartmann (Hrsg.), *Gesundheitssport unter der Lupe. Bericht zum 8. Darmstädter Sportforum* (Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft der Technischen Hochschule Darmstadt, S. 127-149). Darmstadt.
- Dishman, R. K. (1986). Exercise compliance: A new view for public health. *Physician and Sports Medicine*, 14 (5), 127-145.
- Dlugosch, G. E. (1994). *Veränderungen des Gesundheitsverhaltens während einer Kur. Eine Längsschnittstudie zur Reliabilitäts- und Validitätsprüfung des Fragebogens zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens* (Psychologie Bd. 1). Landau: empirische Pädagogik.
- Dlugosch, G. E. & Krieger, W. (1995). *Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG)*. Frankfurt: Swets Test Service.
- Doyne, E. J., Ossip-Klein, D. J., Bowman, E., Osburn, K. M., McDaudall-Wilson, J. B. & Neimeyer, R. A. (1987). Running versus weight lifting in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 748-754.
- Dress, N. (1997). *Sportsponsoring* (3. Aufl.). Wiesbaden.
- Eberle, G. (1990). *Leitfaden Prävention*. Sankt Augustin: Asgard.
- Elkeles, Th. & Mielck, A. (1993). *Soziale und gesundheitliche Ungleichheit: Theoretische Ansätze zur Erklärung von sozioökonomischen Unterschieden in Morbidität und Mortalität*. Berlin: Wissenschaftszentrum.
- Erk, S. (1998). S4 Baden-Württemberg - Nutzung und Publikum (Materialien zur Klausurtagung am 18. 07. 1998). SDR-/ SWF-Medienforschung.
- Ernst, H. (1992). *Gesund ist, was Spaß macht*. Stuttgart: Kreuz.
- Fahrenberg, J. (1975). Die Freiburger Beschwerdeliste (FBL). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 4, 79-100.
- Festinger, L. (1957). Die Lehre von der "kognitiven Dissonanz". In R. Burkart (Hrsg.), (1987). *Wirkungen der Massenkommunikation, theoretische Ansätze und empirische Ergebnisse* (S. 16-22). Wien: Braumüller.
- Flaig, B. B., Meyer, Th. & Ueltzhöfer, J. (1994). *Alltagsästhetik und politische Kultur. Zur ästhetischen Dimension politischer Bildung und politischer Kommunikation* (2. Aufl.). Bonn: Dietz.

- Flick, U. (1997). Gesundheitsvorstellung im Alltag: Forschungsansätze und Ihre Bedeutung für Verhaltens- und Gesundheitswissenschaften. In R. Weitkunat, J. Haisch & M. Kessler (Hrsg.), *Public Health und Gesundheitspsychologie*. Bern: Hans-Huber.
- Franke, A. (1993). Die Unschärfe des Begriffs „Gesundheit“ und seine gesundheitspolitischen Auswirkungen. In A. Franke & M. Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 15-35). Tübingen: dgvt.
- Forster, I., Schwenkmezger, P. & Krönig, D. (1997). Zigarettenkonsum bei Kindern und Jugendlichen: Entstehungsbedingungen und schulische Präventionsansätze. *Prävention und Rehabilitation*, 9, 62-70.
- Frogner, E. (1991). *Sport im Lebenslauf. Eine Verhaltensanalyse zum Breiten- und Freizeitsport*. Stuttgart: Enke-Verlag.
- Fuchs, R. (1997). *Psychologie und körperliche Bewegung*. Göttingen: Hogrefe.
- Geißler, R. (1992). *Die Sozialstruktur Deutschlands*. Opladen: Leske und Budrich.
- Geißler, R. (Hrsg.), (1994). *Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland* (2. Aufl.). Stuttgart: Enke-Verlag.
- Geißler, R. (Hrsg.), (1996). *Die Sozialstruktur Deutschlands: Zur gesellschaftlichen Entwicklung mit einer Zwischenbilanz zur Vereinigung* (2. Aufl.). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Georg, W. (1995). Soziale Lage und Lebensstil – eine Typologie auf der Grundlage repräsentativer Daten. *Angewandte Sozialforschung*, 19 (1), 107-118.
- Gerhard, U. (1993). Lebensweisen und Gesundheitsorientierungen. Methodologische Probleme. In R. Gawatz & P. Novak (Hrsg.), *Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte* (S. 73-95). Ulm.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self identity. Self and society in the late modern age*. Stanford: University Press.
- GKS-Leitfaden (2001). *Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von §20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000 in der Fassung vom 27. Juni 2001*.

- Göpfert, W. (2001). Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsaufklärung über Massenmedien. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 131-141). Bern: Hans-Huber.
- GP Forschungsgruppe (1990). *Repräsentative Untersuchung zur Motivation für gesundheitsbewußte Lebensführung und zur Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen* [Gutachten]. München.
- Grupe, O. (1967). Bildungsaufgabe und Bildungsmotive der Leibeserziehung. In H. Plessner, E. Bock & O. Grupe (Hrsg.), *Sport und Leibeserziehung* (S. 123-137). München: Piper.
- Grupe, O. (1987). *Sport als Kultur*. Zürich: Interfron.
- Habich, R. & Noll, H. H. (2000). Soziale Schichtung und soziale Lage. In Statistisches Bundesamt (Hrsg.), *Datenreport 1999*. Bonn: Herausgeber.
- Haddix, A., Teusch, S., Shaffer, P. A. & Dunet, D. O. (1996). *Prevention effectiveness. A guide to decision analysis and economic evaluation*. New York: Oxford University Press.
- Harris, S.S. et al. (1989). Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical setting: Report for the US-Preventive Services Task Force. *Journal of American Medical Association*, 261, 3590-3598.
- Hartmann, P. H. (1999). *Lebensstilforschung: Darstellung, Kritik und Weiterentwicklung*. Opladen: Leske und Budrich.
- Heinemann, K. (1990). Einführung in die Soziologie des Sports (3. Aufl.). Schorndorf: Hofmann.
- Helmert, U. (1997). Epidemiologische Erkenntnisse zu sportlichen Aktivitäten in der Bevölkerung – Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP). In H. J. Schulke, J. von Troschke & A. Hoffmann (Hrsg.), *Gesundheitssport und Public Health* (Schriftenreihe der `Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften` an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Bd. 7, S. 79-85). Freiburg.
- Helmert, U., Baumann, K., Voges, W. & Müller, R. (2000). Zum Stand der Forschung: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In U. Helmert, K. Baumann, W. Voges & R. Müller (Hrsg.), *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland* (S. 9-26). Weinheim, München: Juventa.

- Hoffmeister, H., Hüttner, H., Stolzenberg, H., Lopez, H. & Winkler, J. (1992). *Sozialer Status und Gesundheit* (bga-Schriften 2/92). München.
- Hollmann, W. (1991). Zur gesundheitlichen Bedeutung von Training. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42, 457-463.
- Hollmann, W. (1998). Gesundheit/Fitness/körperliche Leistungsfähigkeit. In O. Gruppe & D. Mieth (Hrsg.), *Lexikon der Ethik im Sport* (S. 218-223). Schorndorf: Hofmann.
- Hollmann, W. & Hettinger, T. (1990). *Sportmedizin – Arbeits- und Trainingsgrundlagen* (3. Aufl.). Stuttgart: Schattauer.
- Hradil, S. (1987). *Sozialstrukturanalyse in einer fortgeschrittenen Gesellschaft*. Opladen: Leske und Budrich.
- Hradil, S. (1994). Neuerung in der Ungleichheitsanalyse und die Programmatik künftiger Sozialepidemiologie. In A. Mielck (Hrsg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit. Ergebnisse der sozialeepidemiologischen Forschung in Deutschland* (S. 375-392). Opladen: Leske und Budrich.
- Hradil, S. (1999). *Soziale Ungleichheit in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Hüllingshorst, R. (1996). Zur Versorgung Suchtkranker in Deutschland. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.), *Jahrbuch Sucht 97* (S. 23-37). Geesthacht: Neuland.
- Hurrelmann, K. (1994). *Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf* (3. Aufl.). Weinheim, München: Juventa.
- Hurrelmann, K. & Leppin, A. (2001). Moderne Gesundheitskommunikation – eine Einführung. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 9-21). Bern: Hans-Huber.
- Humann, H. H. & Sheatsley, P. B. (1947). Some reasons why information campaigns fail. *Public Opinion Quarterly*, 2, 412-423.
- Jazbinsek, J. (2001). Public Health & Public Opinion – Die Ansätze der empirischen Kommunikationsforschung aus Sicht der Gesundheitswissenschaften. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 142-163). Bern: Hans-Huber.

- Jöckel, K. H., Babitsch, B., Belach, B. M., Bloomfield, K., Hoffmeyer-Zlotnik, J. & Winkler, J. (1998). Messung und Quantifizierung soziodemographischer Merkmale in epidemiologischen Studien. In W. Ahrens, B. M. Bellach & K. H. Jöckel (Hrsg.), *Messung soziodemographischer Merkmale in der Epidemiologie* (Robert Koch-Institut Schriften 1/98, S. 7-38). Berlin.
- Kahn, H. A. (1963). The relationship of reported coronary heart disease mortality to physical activity of work. *American Journal of Public Health*, 53, 1058-1067.
- Kannel, W. B. et al. (1986). Physical activity and physical demand on the job and risk of cardiovascular disease and death: The Framingham study. *American Heart Journal*, 112, 820-825.
- Kirschner, W., Radoschewski, M. & Kirschner, R. (1995). § 20 SGB V Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung: Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. Sankt Augustin: Asgard-Verlag.
- Klein, T. (1996). Mortalität in Deutschland: Aktuelle Entwicklung und soziale Unterschiede. In W. Zapf, J. Schupp & R. Habich (Hrsg.), *Lebenslagen im Wandel, Sozialberichterstattung im Längsschnitt* (S. 366-377). Frankfurt, New York: Campus.
- Kleine, W. (1996). Problemfelder des Gesundheitssports – Eine Einführung in die Thematik unter besonderer Berücksichtigung psychischer Prozesse. In W. Kleine & M. Hautzinger (Hrsg.), *Sport und psychisches Wohlbefinden: Beiträge zum Lehren und Lernen im Gesundheitssport*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Kleine, D. (1999). Exploratorische Faktorenanalyse. In B. Strauß, H. Haag & M. Kolb (Hrsg.), *Datenanalyse in der Sportwissenschaft* (S. 399-426). Schorndorf: Hofmann.
- Kleinig, G. & Moore, H. (1968). Soziale Selbsteinstufung (SSE). Ein Instrument zur Messung sozialer Schichten. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 20, 502-552.
- Klosterhuis, H. & Müller-Fahrnow, W. (1994). Sozialschicht und Sterblichkeit bei männlichen Angestellten aus den alten Bundesländern. In A. Mielck (Hrsg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland* (S. 319-330). Opladen: Leske und Budrich.
- Klotter, Ch. (Hrsg.), (1997). *Prävention im Gesundheitswesen*. Göttingen: Hogrefe.

- Knobloch, J. & Fritz, A. (1988). Erklärungsansätze für psychische Effekte von Bewegungsprogrammen. *Brennpunkt der Sportwissenschaft*, 2, 59-70.
- Knoll, M. (1993). *Sport und Gesundheit – Eine Metaanalyse*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Frankfurt.
- Knopf, H., Ellert, U. & Melchert, H. U. (1999). Sozialschicht und Gesundheit. *Gesundheitswesen*, 61 (2), 169-177.
- Kohlmeier, L., Kroke, A., Pötzsch, J., Kohlmeier, M. & Martin, K. (1993). *Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten* (Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 27). Baden-Baden: Nomos.
- Kotler, Ph. & Roberto, E. (1991). *Social Marketing*. New York: Econ.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W. & Query J. L. (1998). The history and development of the field of health communication. In L. D. Jackson & B. K. Duffy (Eds.), *Health communication research* (pp. 1-16). Westport, CT: Greenwood Press.
- Kreuter, H., Klaes, L., Hoffmeister, H. & Laaser, U. (1995). *Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Ergebnisse und Konsequenzen der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventions-Studie*. Weinheim, München: Juventa.
- Krzeminski, M. & Neck, C. (1994). *Praxis des Social Marketings*. Frankfurt/ Main: IMK.
- Kühn, H. (1993a). *Healthismus: Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA*. Berlin: Sigma.
- Kühn, H. (1993b). Gesundheitsverhalten, Morbidität und Mortalität: Soziale Ungleichheit in den USA. In R. Gawatz & P. Novak (Hrsg.), *Soziale Konstruktion von Gesundheit. Wissenschaftliche und alltagspraktische Gesundheitskonzepte* (S. 137-154). Ulm.
- Kühn, H. & Rosenbrock, R. (1994). Präventionspolitik und Gesundheitswissenschaften. Eine Problemskizze. In R. Rosenbrock, H. Kühn & M. Köhler (Hrsg.), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung* (S. 29-53). Berlin.
- Kurz, D. (1986). Vom Sinn des Sports. In K. Heinmann & H. Becker (Hrsg.), *Die Zukunft des Sports. Materialien zum Kongreß „Menschen im Sport 2000“* (S. 44-68). Schorndorf: Hofmann.

- Laaser, U., Hurrelmann, K. & Wolters, P. (1993). Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung. In U. Laaser & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 176-206). Weinheim, Basel: Beltz.
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (1995). Soziale Differenzierung und soziale Ungleichheit im Breiten- und Freizeitsport. *Sportwissenschaft*, 25 (3), 265-284.
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (1996). *Individualisiertes Gesundheitshandeln und soziale Lage. Beitrag für den XIV. Kongress der Schweizerischen Gesellschaft für Soziologie „Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“*. St. Gallen.
- Lamprecht, M. & Stamm, H. (2000). *Bewegung, Sport und Gesundheit in der Schweizer Bevölkerung*. Sekundäranalyse der Daten der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 1997 im Auftrag des Bundesamtes für Sport. Kurzfassung.
- Langenfeld, H. (1987). Sport. In H. Eberspächer (Hrsg.), *Handlexikon Sportwissenschaft* (S. 351-357). Reinbek: Rowohlt.
- Lechner, G. (1998). Ist die Erlebnisgesellschaft in Chemnitz angekommen? In P. A. Berger & M. Vester (Hrsg.), *Alte Ungleichheiten, neue Spaltungen* (S. 257-274). Opladen: Leske und Budrich.
- Leon, A. S., Jacobs, D. R., De Backer, G. & Taylor, H. L. (1991). Relationship of physical characteristics and life habits to treadmill exercise capacity. *American Journal of Epidemiology*, 113, 653-660.
- Leppin, A. (1994). *Bedingungen des Gesundheitsverhaltens. Risikowahrnehmung und persönliche Ressourcen*. Weinheim, München: Juventa.
- Leppin, A. & Schwarzer, R. (1997). Sozialer Rückhalt, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 349-373). Göttingen: Hogrefe.
- Liberatos, P., Link, B. & Kelsey, J. (1988). The measurement of social class in epidemiology. *Epidemiologic Reviews*, 10, 87-121.
- Lohaus, A. & Schmitt, G. M. (1989). *Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG)*. Göttingen: Hogrefe.
- Lopez, H. & Fuchs, R. (1990). Rauchen. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 185-197). Göttingen: Hogrefe.

- Lüdtke, H. (1989). *Expressive Ungleichheit. Zur Soziologie der Lebensstile*. Opladen: Leske und Budrich.
- Lüdtke, H. (1996). Methodenprobleme der Lebensstilforschung. In O. G. Schwenk (Hrsg.), *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft* (S. 139-163). Opladen: Leske und Budrich.
- Lüschen, G. (1963). Soziale Schichtung und Mobilität bei jungen Sportlern. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 15, 74-93.
- Lüschen, G. (1998). Sport und öffentliche Gesundheit in Europa und Amerika. In A. Rütten (Hrsg.), *Public Health und Sport* (S. 37-58). Stuttgart: Nagelschmid.
- Lüschen, G., Abel, T., Cockerham, W. & Kunz, G. (1993). Kausalbeziehung und soziokulturelle Kontexte zwischen Sport und Gesundheit. *Sportwissenschaft*, 23, 175-186.
- Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S. & Abrams, D. B. (1992). The stage and processes of exercise adaptation and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11 (6), 386-395.
- Marks, H. H. (1960). Influence of obesity on morbidity and mortality. *Bull New York Academic Medicine*, 36, 296-312.
- Marmot, M. G. & McDowall, M. E. (1986). Mortality decline and widening social inequalities. *Lancet*, 2, 274-276.
- Marmot, M. G. & Theorell, T. (1988). Social class and cardiovascular disease: The contribution of work. *International Journal of Health Service*, 18, 659-674.
- Mayer, K. U. & Schmidt, F. (1984). *Die allgemeine Bevölkerungsumfrage*. Frankfurt, New York.
- McCormick, P. & Skrabanek, P. (1989). Koronare Herzkrankheit kann durch Interventionsmaßnahmen in der Bevölkerung nicht verhindert werden (Deutsche Ausgabe 1). *Lancet*, 39.
- McCron, R. & Budd, J. (1982). Die Rolle der Massenmedien in der Gesundheitserziehung: Eine Analyse. In M. Meyer (Hrsg.), *Gesundheitserziehung im Fernsehen und Hörfunk. Beiträge zu einer internationalen Konferenz mit einer annotierten Auswahlbiographie* (S. 114-133). München: K. G. Saur.

- McDermott, R. (2001). Soziales Marketing – ein Instrument der Gesundheitskommunikation. In K. Hurrelmann & A. Leppin (Hrsg.), *Moderne Gesundheitskommunikation. Vom Aufklärungsgespräch zur E-Health* (S. 164-168). Bern: Hans-Huber.
- McDonald, D. G. & Hodgdon, J. A. (1991). *Psychological effects of aerobic fitness training*. New York.
- McGuire, W. (1969). The nature of attitudes and attitude change. In G. Lindzey & E. Aronson (Hrsg.), *The handbook of social psychology* (Bd. 32, S. 163-314). Reading, MA: Addison-Wesley.
- Medien Daten Südwest (2000): www.mediendaten.de/bw/basisdaten/personen_p.html
- Meffert, H. (1998). *Marketing: Grundlagen marktorientierter Unternehmensführung*. Wiesbaden: Gabler.
- Mensink, G. B. M. (1999). Körperliche Aktivität. *Gesundheitswesen*, 60 (Suppl. 2), 126-131.
- Meyer, D. (1995). *Technischer Fortschritt im Gesundheitswesen*. Tübingen: Mohr.
- Mielck, A. (Hrsg.), (1994). *Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland*. Opladen: Leske und Budrich.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans-Huber.
- Mielck, A. & Helmert, U. (1994). Krankheit und soziale Ungleichheit: Empirische Studien in West-Deutschland. In A. Mielck (Hrsg.), *Krankheit und soziale Ungleichheit*. Opladen: Leske und Budrich.
- Mielck, A. & Helmert, U. (1998). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 519-535). Weinheim; München: Juventa.
- Morgan, W. P. (1994). Physical activity, fitness, and depression. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 851-867). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Morris, J. N., Heady, J. A., Raffle, P. A. B., Roberts, C. G. & Parks, J. W. (1953). Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet*, 2, 1053-1057.
- Müller, H. P. (1992). *Sozialstruktur und Lebensstil. Der neuere theoretische Diskurs über soziale Ungleichheit*. Frankfurt/Main: Suhrkamp.

- Müller, W. (1986). Ist die Klassenanalyse obsolet geworden? In J. Friedrichs (Hrsg.), *Berichte über den 23. Deutschen Soziologentag 1986* (S. 499-502). Opladen: Leske und Budrich.
- Müller-Limroth, W. (1990). *Arbeit und Streß*. München.
- Müller-Wolf, H. M & Miethling, W. D. (1986). *Sportunterricht – das Lehrverhalten von Sportlehrern: Analysen, Zusammenhänge, praktische Konsequenzen*. Baltmannsweiler: Pädagogischer Verlag.
- Newsholme, E. A. (1990). Effects of exercise on aspects of carbohydrate, fat, and amino acid metabolism. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 293-308). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Nowacki, P. E. (1985). Training und Sport als Mittel der präventiven Medizin in der technisierten Umwelt. In I. W. Franz (Hrsg.), *Training und Sport zur Prävention und Rehabilitation in der technisierten Umwelt* (S. 28-41). Berlin.
- Opaschowski, H. W. (1987). *Sport in der Freizeit. Mehr Lust als Leistung. Auf dem Weg zu einem neuen Sportverständnis* (Bd. 8). Hamburg: BAT.
- Opaschowski, H. W. (1997). *Einführung in die Freizeitwissenschaft* (3. Aufl.). Opladen: Leske und Budrich.
- Opper, E. (1998). *Sport – ein Instrument zur Gesundheitsförderung für alle?: Eine empirische Untersuchung zum Zusammenhang von sportlicher Aktivität, sozialer Lage und Gesundheit*. Aachen: Meyer und Meyer.
- Otte, G. (1997). Lebensstile versus Klassen – welche Sozialstrukturkonzepte kann die individuelle Parteipräferenz besser erklären? In W. Müller (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit. Neue Befunde zu Strukturen, Bewusstsein und Politik* (S. 303-346). Opladen: Leske und Budrich.
- Øvretveit, J. (2002). *Evaluation gesundheitsbezogener Interventionen: Einführung in die Bewertung von gesundheitsbezogenen Behandlungen, Dienstleitungen, Richtlinien und organisationsbezogenen Interventionen*. Bern: Hans-Huber.
- Paffenbarger, R. S. (1991). Körperliche Aktivität. Leistungsfähigkeit, koronare Herzkrankheit und Lebenserwartung. *Deutsche Zeitschrift für Sportmedizin*, 42, 60-66.

- Paffenbarger, R. S., Hyde, R. T. & Wing, A. L. (1990). Physical activity and physical fitness as determinants of health and longevity. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 33-48). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Paffenbarger, R. S., Wing, A. L. & Hyde, R. T. (1978). Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. *American Journal of Epidemiology*, 108 (3), 161-175.
- Pahmeier, I. (1998). Die Bedeutung des Sports für die Gesundheitsförderung. In G. Amann & R. Wipplinger (Hrsg.), *Gesundheitsförderung: Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld* (S. 329-364). Tübingen: Dgvt.
- Pappi, F. U. (Hrsg.), (1979). *Sozialstrukturanalyse mit Umfragedaten: Probleme der standardisierten Erfassung von Hintergrundmerkmalen in allgemeinen Bevölkerungsumfragen*. Königstein/ Ts.: Athenäum.
- Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.), *Treating addictive behaviors: Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Essverhalten (FEV): Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel, V. & Maus, N. (1990). Ernährung. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch* (2. Aufl., S. 151-167). Göttingen: Hogrefe.
- Punsar, S. & Karvonen, M. (1976). Physical activity and coronary heart disease in populations from east and west Finland. *Advances in Cardiology*, 18, 196.
- Quentin, G. & Kobusch, A. B. (1997). *Wege zur gesundheitsfördernden Schule*. Universität Bielefeld.
- Radoschewski, M., Kirschner, W., Kirschner, R. & Heydt, K. (1994). *Entwicklung eines Präventionskonzeptes für das Land Berlin* (Senatsverwaltung für Gesundheit, Reihe Diskussionsbeiträge zur Gesundheitsforschung). Berlin.
- Rittner, V. (1985). Sport und Gesundheit. Zur Ausdifferenzierung des Gesundheitsmotivs im Sport. *Sportwissenschaft*, 15, 136-154.

- Rittner, V. & Breuer, C. (1998). Sport – ein vernachlässigtes Medium in der Public-Health-Diskussion. In A. Rütten (Hrsg.), *Public Health und Sport* (S. 259-272). Stuttgart: Nagelschmid.
- Rittner, V. & Breuer, C. (1999). Bewegung. In BfGe e.V. (Hrsg.), *Gesundheit: Strukturen und Handlungsfelder*. Neuwied: Luchterhand.
- Röthig, P. (Hrsg.), (1992). *Sportwissenschaftliches Lexikon*. Schorndorf: Hofmann.
- Rosenbrock, R. (1989, Juni). *Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung und Prävention*. Plenumsreferat auf dem AOK/WHO-Kongreß „Gesundheit als Herausforderung“. Hamburg.
- Rosenbrock, R. (1998). Gesundheitspolitik. In K. Hurrelmann & U. Laaser (Hrsg.), *Handbuch Gesundheitswissenschaften* (S. 707-751). Weinheim, München: Juventa.
- Rosenbrock, R. (2000). Prävention durch Krankenkassen. *Prävention*, 23 (3), 69-72.
- Rosenbrock, R. (2002). Die Public Health Perspektive: Krankheit vermeiden – Gesundheit fördern. In U. Flick (Hrsg.), *Innovation durch New PublicHealth* (S. 20-39). Göttingen: Hogrefe.
- Rost, R. (1995). *Sport - und Bewegungstherapie bei inneren Krankheiten* (2. Aufl.). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Rütten, A. (1993). Sport, Lebensstil und Gesundheitsförderung. Sozialwissenschaftliche Grundlagen für eine ganzheitliche Betrachtungsweise. *Sportwissenschaft*, 23 (4), 345-370.
- Saam, J. (1990). *Sport und Gesundheit - Literaturanalyse zu Theorien und empirischen Befunden*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Frankfurt/ Main.
- Sabo, P. (2000). Editorial. *Prävention*, 23 (3), 66.
- Sack, H. G. (1983). *Die Fluktuation Jugendlicher in Sportvereinen, Teil 2* (Schriftenreihe des DSB: Berichte und Analysen, Heft 64, 4. Aufl.). Frankfurt/ Main.
- Salonen, J. T. (1982). Social economic status and risk of cancer, cerebral stroke, and death due to coronary heart disease and any disease: a longitudinal study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 36, 294-297.

- Schafstedde, F. (1989). *Rauchen und soziale Lage. Zur Abhängigkeit des Rauchverhaltens von sozialen Merkmalen auf der Basis der Ergebnisse des Mikrozensus* (Epidemiologie Bd. 1). Bielefeld: IDIS.
- Scheuch, E. K. (1970). Sozialprestige und soziale Schichtung. *Kölner Zeitschrift für Soziologie*, 5, 65-103.
- Schlagenhauf, K. (1977). *Sportvereine in der Bundesrepublik Deutschland. Teil 1: Strukturelemente und Verhaltensdeterminanten im organisierten Freizeitbereich* (Schriftenreihe des Instituts für Sportwissenschaft, Bd. 15). Schorndorf: Hofmann.
- Schlicht, W. (1991). *Sport und seelische Gesundheit. Meta - Analysen zum Zusammenhang zweier summarischer Konstrukte*. Unveröffentlichte Habilitationsschrift, Universität Kiel.
- Schlicht, W. (1994). *Sport und Primärprävention*. Göttingen: Hogrefe.
- Schlicht, W. (1995): *Wohlbefinden und Gesundheit durch Sport*. Schorndorf: Hofmann.
- Schlicht, W. (1998): Gesundheit. In O. Gruppe & D. Mieth (Hrsg.), *Lexikon der Ethik im Sport* (S. 211-217). Schorndorf: Hofmann.
- Schlicht, W. (2000). *Gesundheitsverhalten im Alltag: Auf der Suche nach einem Paradigma*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6 (2), 49-60.
- Schlicht, W. & Dickhuth, H. H. (Hrsg.), (1999). *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?*. Schorndorf: Hofmann.
- Schmid, S., Keller, S., Jäkle, C., Baum, E. & Basler, H. D. (1999). Kognition und Motivation zu sportlicher Aktivität – eine Längsschnittstudie zum Transtheoretischen Modell. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 7 (1), 21-26.
- Schneider, K. & Pflaum, D. (1993). *Werbung*. Waiblingen: M + S Verlag.
- Schneider, R. & Kirschner, W. (1995). Ernährung und „Wellness“: Eine repräsentative Befragung in Deutschland. *Ernährungs-Umschau*, 8, 287-288.
- Schwartz, F. W. (1987). Mehr Prävention in der gesetzlichen Krankenversicherung? – Fragen des Nutzens und der Kosten. *Sozialer Fortschritt*, 10, 221-224.
- Schwartz, F. W. (1998). Public Health: Zugang zu Gesundheit und Krankheit der Bevölkerung, Analysen für effektive und effiziente Lösungsansätze. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 2-7). München: Urban und Schwarzenberg.

- Schwartz, F. W., Siegrist, J., Troschke, J. von (1998). Wer ist gesund? Wer ist krank? Wie gesund bzw. krank sind Bevölkerungen? In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 8-31). München: Urban und Schwarzenberg.
- Schwartz, F. W. & Walter U. (1998). Prävention. In F. W. Schwartz, B. Badura, R. Leidl, H. Raspe & J. Siegrist (Hrsg.), *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen* (S. 151-171). München: Urban und Schwarzenberg.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwenk, O. G. (Hrsg.), (1996). *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft*. Opladen: Leske und Budrich.
- Schwenkmezger, P. & Schlicht, W. (1994). Sport in der Primärprävention: Plädoyer für eine differenzierte Betrachtungsweise. *Sportwissenschaft*, 24 (3), 215-232.
- Schulz, N. (1991). Das Gesundheitsmotiv im sportpädagogischen Denken. Historische Stationen eines wechselhaften Verhältnisses. In D. Küpper & L. Kottmann (Hrsg.), *Sport und Gesundheit* (S. 9-33). Schorndorf: Hofmann.
- Schulze, G. (1992). *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Schulze, G. (2000). *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart* (8.Aufl.). Frankfurt: Campus Verlag.
- Seiler, R. & Birrer, D. (2001). Treibe Sport und fühl` dich wohl! Die Auswirkung von Sport auf die physische Gesundheit. *Therapeutische Umschau*, 58, 202-205.
- Sheperd, J. T. (1987). Circulatory response to exercise in health. *Circulation*, 76, V13-VI10.
- Siegrist, J. (1995). *Medizinische Soziologie* (5. Aufl.). München: Urban und Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1996). „Public Health“ als Herausforderung für Wissenschaft und Politik in europäischer Perspektive. In *European Public Health Centre* (S. 28-33). Bielefeld: LÖGD.
- Simmel, G. (1977). *Philosophie des Geldes* (7. Aufl.). Berlin: Dunker und Humblot.
- Spellerberg, A. (1996a). Lebensstile in Deutschland - Verteilung und Beitrag zur Erklärung unterschiedlichen Wohlbefindens. In O. G. Schwenk (Hrsg.), *Lebensstil zwischen Sozialstrukturanalyse und Kulturwissenschaft* (S. 237-260). Opladen: Leske und Budrich.

- Spellerberg, A. (1996b). *Soziale Differenzierung durch Lebensstile. Eine empirische Untersuchung zur Lebensqualität in West - und Ostdeutschland*. Berlin: Edition Sigma
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), (1998). *Gesundheitsbericht für Deutschland*. Stuttgart: Metzler-Poeschel.
- Statistisches Bundesamt (Hrsg.), (2000). *Datenreport 1999. Zahlen und Fakten über die Bundesrepublik Deutschland*. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung.
- Steinkamp, E. (1983). *Was ist eigentlich Sport ? Ein Konzept zu seinem Verständnis*. Wuppertal.
- Steinkamp, G. (1999). Soziale Ungleichheit in Mortalität und Morbidität. In W. Schlicht & H. H. Dickhuth (Hrsg.), *Gesundheit für alle: Fiktion oder Realität?* (S. 101-154). Schorn-dorf: Hofmann.
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P. & Eid, M. (1997). *Mehrdimensionale Befindlichkeitsbogen (MDBF)*. Göttingen: Hogrefe.
- Tofahrn, K. W. (1991). *Arbeit und Betriebssport. Eine empirische Untersuchung bei bundesdeutschen Großunternehmen im Jahre 1989*. Berlin: Dunker und Humblot.
- Tokarski, W. (1989). *Freizeit - und Lebensstile älterer Menschen* (Kasseler Gerontologen Schriften). Kassel.
- Townsend, P. & Davidson, N. (Eds.), (1982). *The black report*. London.
- Tran, Z. V. et al. (1983). The effects of exercise on blood lipids and lipoproteins: A meta-analysis of studies. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 15, 392-402.
- Troschke, J. von, Klaes, L. & Maschewsky-Schneider, U. (Hrsg.), (1991). *Erfolge gemeindebezogener Prävention. Ergebnisse aus der DHP-Studie*. Sant Augustin: Asgart.
- Troschke, J. von (1993). Gesundheits- und Krankheitsverhalten. In U. Laaser & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis* (S. 155-175). Weinheim, Basel: Beltz.
- Varul-Zick, M. (2000). *Von der chronischen Krankheit zur chronischen Gesundheit. Phänomene der Regierung und der Konsumgesellschaft*. Tagung der Sektion für Medizin- und Gesundheitssoziologie.
- Voigt, D. (1978). Soziale Schichtung im Sport. In *Sportsoziologische Arbeiten* (Bd. 1) Berlin: Bartels und Wernitz.

- Voigt, D. (1992). *Sportsoziologie. Soziologie des Sports*. Aarau: Sauerländer.
- Walter, U. & Schwartz, F. W. (1995). Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen für die Zielgruppe ältere Menschen. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 89, 839-846.
- Wankel, L. M. & Sefton J. M. (1994). Physical activity and other lifestyle behaviors. In C. Bouchard, R. Shepard & T. Stephens (Eds.), *Physical activity, fitness and health* (pp. 530-550). Campaign: Human Kinetics Publisher.
- Weber, I. (1994). Soziale Schichtung und Gesundheit. In R. Geißler (Hrsg.), *Soziale Schichtung und Lebenschancen in Deutschland* (2. Aufl., S. 195-219). Stuttgart: Enke.
- Weber, M. (1972). *Wirtschaft und Gesellschaft*. Tübingen.
- Wegner, M. (2000). FIF – Familie in Form: Gemeinsam aktiv in Sportverein und Familie. In L. Peiffer & N. Wolf (Hrsg.), *Partner für eine bewegte Kindheit* (S. 113-128). Celle: Pohl-Verlag.
- Weitkunat, R. (1998). *Computergestützte Telefoninterviews als Instrument der sozial- und verhaltens-epidemiologischen Gesundheitsforschung*. Berlin: Logos.
- Weiss, O., Russo, M. & Norden, G. (1994). Gesundheitsbewußtsein, Sportengagement und Geselligkeit nach der Sportausübung. In O. Weiss (Hrsg.), *Sport – Gesundheit - Gesundheitskultur* (S. 30-58). Wien, Köln, Weimar.
- Weltgesundheitsorganisation (Eds.), (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion. Charter Endorsed at the First International Conference on Health Promotion*. Ottawa: Editor.
- Weltgesundheitsorganisation (Eds.), (1988). *WHO Healthy Public Policies – Adelaide Recommendations* (Document WHO/ HPR/ HEO 95/2). Geneva: Editor.
- Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa (Hrsg.), (1993). *Ziele zur „Gesundheit für alle“*. *Die Gesundheitspolitik für Europa* (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 4). Kopenhagen: Herausgeber.
- WHO Regional Committee for Europe (1998). *Health 21 – The introduction to the health for all policy for the WHO European region* (Document EUR/RC 48/9). Copenhagen: Editor.
- Winkler, J. (1995a). Lebensstil und Sport. Der Sport als „stilistische Möglichkeit“ in der Symbolisierung von Lebensführung. In J. Winkler & K. Weis (Hrsg.), *Soziologie des Sports*. Opladen: Leske und Budrich.

- Winkler, J. (1995b). Muster sportlichen Handelns in der Bundesrepublik Deutschland (West) zwischen 1984 und 1991. In G. Holzapfel, M. Polzin, K. Achilles & U. Jany (Hrsg.), *Weiterbildung, Sport, Gesundheit. Praxismodelle und theoretische Grundlagen* (S. 89-100). Neuwied: Luchterhand.
- Winkler, J. (2000). Die Bedeutung der neuen Forschung zur sozialen Ungleichheit der Gesundheit für die allgemeine Soziologie. In U. Helmert, K. Baumann, W. Voges & R. Müller (Hrsg.), *Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland* (S. 43-58). Weinheim, München: Juventa.
- Woll, A. (1996). *Gesundheitsförderung in der Gemeinde*. Neu Isenburg.
- Woll, A. (1998). Erwachsene. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 108-116). Schorndorf: Hofmann.
- Woll, A., Bös, K., Gerhardt, M. & Schulze, A. (1998). Konzeptualisierung und Erfassung von körperlich-sportlicher Aktivität. In K. Bös & W. Brehm (Hrsg.), *Gesundheitssport. Ein Handbuch* (S. 85-94). Schorndorf: Hofmann.
- Woll, A., Illmer, D. & Bös, K. (Hrsg.), (2002). *Bewegte Kommune – Gesunde Kommune*. Schorndorf: Hofmann.
- Zerrsen, D. V. (1976). *Die Beschwerdenliste*. Weinheim.

Anhang

Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 1. Messzeitpunkt

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ 2000,

wie wir Ihnen bereits mitgeteilt haben, erfolgt im Juni die erste Erhebungswelle für die diesjährige wissenschaftliche Begleituntersuchung zur „SWR 4-Tour de Ländle“, um unser Tour-Programm gezielt zu verbessern.

Sie können uns bei dem Bemühen um ein attraktives und sachkompetentes Angebot unterstützen, wenn Sie als Teilnehmer/-in der „SWR 4-Tour de Ländle“ den beiliegenden Fragebogen vollständig und gewissenhaft ausfüllen und an die Universität Tübingen zurücksenden. Nutzen Sie bitte den dafür bereits vorgesehenen frankierten und adressierten Rückumschlag.

Wie bereits erwähnt, verbleiben die ausgefüllten Fragebögen bei der Universität Tübingen und werden dort absolut vertraulich behandelt. SWR 4 und unsere Partner, die AOK und der Württembergische Radsportverband können den Fragebogen nicht einsehen. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden strikt eingehalten. SWR 4 erhält von der Universität Tübingen lediglich statistische Ergebnisse, die über die einzelnen Befragten nichts offenbaren. Bitte bedenken Sie, die gewonnenen Daten sind nur dann aussagekräftig, wenn sich möglichst alle an der Befragung beteiligen.

Sofern Sie Nachfragen zur Befragung haben, wenden Sie sich bitte direkt an das DFG-Graduiertenkolleg Lebensstile, soziale Differenzen und Gesundheitsförderung an der Eberhard-Karl-Universität Tübingen (Telefon: 07071 - 297 64 10).

Ich hoffe, dass Ihre Vorbereitungen auf die diesjährige SWR 4 – Tour de Ländle 2000 optimal verlaufen. Nochmals ein herzliches Dankeschön für Ihre Unterstützung. Bleiben Sie gesund und trainieren Sie fleißig!

Mit herzlichen Grüßen

Ihr

Manfred J. Schmitz

SÜDWESTRUNDFUNK

SWR 4 Tour de Ländle - Leitung

*Wissenschaftliche
Begleituntersuchung*

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



„SWR 4-Tour de Ländle“ Dauerteilnehmer

Der Fragebogen besteht aus mehreren Teilen. Bitte füllen Sie alle Teile sorgfältig aus.

Haben Sie bereits vor kurzem an einer ähnlichen Befragung (z. B. im „AOK-Radtreff“ oder beim „AOK-Radsonntag“) teilgenommen und dabei die Teile „Statistische Fragen“ und „Lebensführung“ ausgefüllt? Falls ja, dann brauchen Sie jetzt nur den **Zusatzteil** (3.Teil) auszufüllen. Dafür benötigen wir unbedingt Ihr **Codewort** (siehe Hinweisblatt), um die bereits vorliegenden Daten mit Ihren Angaben im ersten Fragebogen zu vergleichen.

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an:

„SWR 4-Tour de Ländle“
Postfach 1512

72005 Tübingen

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Der Fragebogen enthält keine Fragen, auf die man richtig oder falsch antworten kann. Wir sind vielmehr an Ihrer Meinung und an der Art und Weise interessiert, wie Sie ganz persönlich Ihr Leben in der Freizeit und zu Hause gestalten und nicht, wie es vielleicht andere für richtig halten. Ziel der Studie ist es, die Teilnehmer(innen) an Radsport-ereignissen näher kennen zu lernen und etwas über deren Lebenseinstellungen zu erfahren.

Möglicherweise werden Sie auch an weiteren Radereignissen dieses Jahres teilnehmen. Auch dort befragen wir die Teilnehmer(innen) und wir wären sehr froh, wenn Sie uns auch dann wieder einige Antworten geben. Damit wir eine Chance haben, Sie aus den Fragebögen wiederzufinden, um Ihre Angaben den eventuell bereits vorliegenden zuzuordnen, bitten wir Sie um die Angabe eines Codes.

Sehr gerne würden wir einige Personen im Abstand von sechs oder 12 Monaten nach der Tour de Ländle noch einmal befragen, um etwas über Veränderungen zu erfahren. Wenn Sie an der Tour teilnehmen und bereit sind, uns bei der Nachbefragung zu unterstützen, geben Sie bitte neben Ihrem Code auch Ihre vollständige Anschrift an.

Der Fragebogen ist bei den meisten Fragen so aufgebaut, dass Sie lediglich Kästchen ankreuzen müssen. **Bitte machen Sie immer nur ein Kreuz in das nach Ihrer Meinung zutreffende Kästchen.**

Lesen Sie bitte jede Frage durch und lassen Sie nach Möglichkeit keine Frage aus. Antworten Sie bitte zügig. Die Bearbeitung dauert ca. 30 Minuten.

Hinweise zur Anonymität

Ihre Antworten in diesem Fragebogen werden absolut vertraulich behandelt. Die einzigen Personen, die Ihre Antworten sehen, sind Mitarbeiter der Universität Tübingen, die strengsten Bestimmungen des Datenschutzes unterworfen sind.

Ihre Antworten werden auf Datenträger erfasst und die Fragebogen anschließend vernichtet. Die Auswertung der Fragebogen erfolgt in Form von Zusammenfassungen, denen Angaben von mindestens acht Personen zugrunde liegen. Damit bleiben die Antworten der einzelnen Person anonym.

Ihr Code

Er wird folgendermaßen gebildet.

- aus den letzten beiden Buchstaben Ihres Vornamens
- aus den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
- aus dem Tag Ihres Geburtstags.

Ein Beispiel: Ihr Vorname wäre Hans, der Vorname Ihrer Mutter wäre Petra und Sie wären am 3. April geboren. Der Code laute dann:

NSPE03.

Bitte tragen Sie in die folgenden Kästchen nun Ihren Code ein:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Sofern Sie uns Ihre Anschrift für die Nachbefragung mitteilen wollen, bitte tragen Sie diese hier ein:

Name	:
Straße	:
PLZ Stadt	:

Wir danken Ihnen herzlich für die Zeit und die Mühe des Ausfüllens!

Ihr Team der Universität Tübingen
Arge Prävention und Gesundheitsförderung

1. Teil

Statistische Fragen

Im folgenden bitten wir Sie um einige Angaben, die Ihre Person betreffen.



(1) Bei welchen Befragungen haben Sie in diesem Jahr bereits teilgenommen?		
SWR 4 – Tour de Ländle		<input type="radio"/>
AOK – Radtreff		<input type="radio"/>
AOK – Radsonntag		<input type="radio"/>

(2) Ihr Geschlecht?	
männlich	<input type="radio"/>
weiblich	<input type="radio"/>

(3) Ihr Alter		Jahre


(4) Ihr Gewicht		kg


(5) Ihre Größe		m

(6) Wie viele Kinder haben Sie?	
bis 18 Jahre	.....
über 19 Jahre	.....
keine	<input type="radio"/>


(7) Wie viele Personen leben in Ihrem Haushalt?	.....

(8) Bitte nennen Sie uns Ihren Familienstand		
Verheiratet		<input type="radio"/>
Ledig		<input type="radio"/>
Verwitwet		<input type="radio"/>
Geschieden/ getrennt lebend		<input type="radio"/>
Feste Partnerschaft		<input type="radio"/>



(9) Bitte nennen Sie uns Ihren höchsten Schulabschluss		
Keinen Abschluss		<input type="radio"/>
Noch Schüler		<input type="radio"/>
Hauptschulabschluss		<input type="radio"/>
Mittlere Reife		<input type="radio"/>
Abitur		<input type="radio"/>
Fachhochschulreife		<input type="radio"/>
Anderer Abschluss, und zwar:		<input type="radio"/>
		


(10) Bitte nennen Sie uns Ihren höchsten beruflichen Abschluss		
Keinen beruflichen Abschluß		<input type="radio"/>
Noch in Ausbildung (auszubildend/ studierend)		<input type="radio"/>
Abgeschlossene Lehre		<input type="radio"/>
Berufsfachschule abgeschlossen		<input type="radio"/>
Berufsakademie, Meister- oder Technikerschule abgeschlossen		<input type="radio"/>
Fachhochschule abgeschlossen		<input type="radio"/>
Hochschulabschluß an PH, Uni oder TH/TU		<input type="radio"/>
Haben Sie einen anderen beruflichen Abschluss? Falls ja, welchen:		
		

(11) Bitte nennen Sie uns Ihre derzeitige berufliche Tätigkeit bzw. jene, die sie vor Eintritt in das Rentenleben durchgeführt haben.		
Arbeiter/in		<i>Tätigkeit</i>
Ungelernt		<input type="radio"/>
Angelernt		<input type="radio"/>
Facharbeiter/in		<input type="radio"/>
Vorarbeiter/in oder Kolonnenführer/in		<input type="radio"/>
Meister/in		<input type="radio"/>
Rentner/in		<input type="radio"/>

Angestellte/r		<i>Tätigkeit</i>
	„Einfache Tätigkeit“ (z. B. Kassierer/in)	<input type="radio"/>
	Selbständig nach Anweisung (z. B. Sachbearbeiter/in)	<input type="radio"/>
	Leitungsfunktion mit begrenzter Verantwortung (z. B. Abt.-Leiter/in)	<input type="radio"/>
	Führungsfunktion (z. B. Direktor/in; Geschäftsführer/in)	<input type="radio"/>
	Rentner/in	<input type="radio"/>
Beamter/in		<i>Tätigkeit</i>
	Einfacher Dienst	<input type="radio"/>
	Mittlerer Dienst	<input type="radio"/>
	Gehobener Dienst	<input type="radio"/>
	Höherer Dienst	<input type="radio"/>
	Pensionär/in	<input type="radio"/>
Selbständige/r Landwirt /in		<input type="radio"/>
Selbständig in Handel, Gewerbe oder Dienstleistung		<input type="radio"/>
Freiberufler (z. B. Steuerberater/in, Anwalt)		<input type="radio"/>
Mithelfende/r Familienangehörige/r		<input type="radio"/>
Auszubildender		<input type="radio"/>
Andere berufliche Tätigkeiten: 		<input type="radio"/>

(12) Bitte geben Sie Ihr eigenes monatliches Nettoeinkommen an:		<i>Einkommen</i>
	Kein eigenes Einkommen	<input type="radio"/>
	Unter 1000 DM	<input type="radio"/>
	1000 bis 2000 DM	<input type="radio"/>
	2000 bis 3000 DM	<input type="radio"/>
	3000 bis 4000 DM	<input type="radio"/>
	4000 bis 6000 DM	<input type="radio"/>
	6000 und mehr	<input type="radio"/>

Wenn Sie in häuslicher Gemeinschaft mit anderen leben, wie hoch ist dann das Einkommen über das sie gemeinschaftlich monatlich verfügen?  DM:.....	
Wie viele Personen tragen zum gemeinschaftlichen Einkommen bei?	.....

(13) Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?		<i>Krankenkasse</i>
	AOK – Allgemeine Ortskrankenkasse	<input type="radio"/>
	BEK – Barmer Ersatzkasse	<input type="radio"/>
	BKK – Betriebskrankenkasse	<input type="radio"/>
	DAK – Deutsche Angestellten Krankenkasse	<input type="radio"/>
	GEK – Gmünder Ersatzkasse	<input type="radio"/>
	IKK – Innungskrankenkasse	<input type="radio"/>
	TK – Technikerkrankenkasse	<input type="radio"/>
	Private Krankenversicherung	<input type="radio"/>
	Sonstige: 	<input type="radio"/>

(14) Wie bewerten Sie ganz allgemein Ihre Lebensqualität?	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>mittel-</i> <i>mäßig</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr</i> <i>schlecht</i>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Teil

Lebensführung

(15) Bitte kreuzen Sie diejenige Gruppe von Personen an, zu der Sie sich am ehesten zuordnen.	Bitte nur ein Kreuz
Gruppe 1 mit Vorlieben für: Klassische Literatur, Die ZEIT, Klassische Musik, SWR2, Konzerte besuchen, Nachrichtensendungen, Dokumentarfilme, politische Magazine, Ausstellungen, Sprachkurse besuchen, Individualsportarten	<input type="radio"/>
Gruppe 2 mit Vorlieben für: Heimatromane, Volksmusik, Deutsche Schlager, Talk-/ Spiel-Shows, volkstümliche Unterhaltung, naturkundliche Filme, Fußball, Auto pflegen	<input type="radio"/>
Gruppe 3 mit Vorlieben für: Kriminalromane, Rock- und Popmusik, Jazz, Kino, Freunde/ Verwandte, Kneipen, Gaststätten, Weinlokale, Diskos, Cafes, Bistros, Motorrad fahren, Sportszenentreff	<input type="radio"/>

(16) Welche Zeitungen lesen Sie regelmäßig?	abonniert	2-3 mal pro Woche	1 mal pro Woche	selten	nie
Ich lese keine Zeitung	<input type="radio"/>				
Regionale Tageszeitung (z. B. Rheinische Post) ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Überregionale Tageszeitung (z. B. Die WELT, Bildzeitung) ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wochenzeitung (z. B. Die ZEIT, Spiegel, Auto-Bild, Kickers) ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Zeitungen: ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(17) Welches Radioprogramm (welchen Sender) hören Sie bevorzugt?	sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie
Ich höre kein Radio	<input type="radio"/>	Bitte weiter mit Frage 19			
SWR 1	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SWR 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SWR 3	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SWR 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deutschlandfunk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstiger regionaler Sender: welchen? ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spartensender (z. B. Klassikradio) ✍️	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(18) Welche Radio-Programmbestandteile hören Sie bevorzugt?	sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie
Musik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachrichten und aktuelle Informationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spiele/ Quiz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wunschkonzerte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sportberichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wortbeiträge zu interessanten Themen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
humorvolle Beiträge/ Comedy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(19) Welche Musik hören Sie bevorzugt?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Klassische Musik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volksmusik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deutsche Schlager	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jazz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pop- und Rockmusik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Techno	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hip Hop	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oper	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oldies (z. B. Beatles)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Raggae	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soul	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blasmusik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(20) Welche Fernsehsendungen schauen Sie bevorzugt?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Vorabendserien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Talk-Shows	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spielshows	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sport	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Volkstümliche Unterhaltung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Musikvideos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erotikfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentarfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sciencefiction, Fantasy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachrichten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politische Magazine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturmagazine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heimatfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Komödien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeichentrickfilme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(21) Welche Bücher lesen Sie bevorzugt?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Heimatromane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Biographien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reiseberichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kriminalromane	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bildbände	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dokumentarberichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Klassische Literatur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kochbücher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fachliteratur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(22) Besuchen Sie in Ihrer Freizeit folgende Einrichtungen oder Veranstaltungen?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Messen und Ausstellungen	0	0	0	0	0
Museen	0	0	0	0	0
Theater	0	0	0	0	0
Kino	0	0	0	0	0
Pop- und Rock-Konzerte	0	0	0	0	0
Opern und Operetten	0	0	0	0	0
Bibliotheken	0	0	0	0	0
Sportveranstaltungen	0	0	0	0	0
Volksfeste	0	0	0	0	0
Trödelmärkte	0	0	0	0	0

(23) Wie verbringen Sie üblicherweise Ihre Freizeit?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Lesen	0	0	0	0	0
Freunde treffen	0	0	0	0	0
Verwandte besuchen	0	0	0	0	0
Einkaufs- oder Schaufensterbummel machen	0	0	0	0	0
Essen gehen	0	0	0	0	0
Kneipe oder Gaststätte besuchen	0	0	0	0	0
Diskotheek besuchen	0	0	0	0	0
Sport treiben	0	0	0	0	0
Handarbeiten und Basteln	0	0	0	0	0
Malen	0	0	0	0	0
Fernsehen und Video schauen	0	0	0	0	0
Radio hören	0	0	0	0	0
Computerspiele und Internet	0	0	0	0	0
Kurse besuchen, z. B. bei der Volkshochschule	0	0	0	0	0
Gartenarbeit	0	0	0	0	0
Sonstige Aktivitäten, welche? 	0	0	0	0	0

(24) Wenn Sie sich Sportveranstaltungen anschauen, welchen Sport bevorzugen Sie dann?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Basket-, Volley- oder Handball	0	0	0	0	0
Fußball	0	0	0	0	0
Golf	0	0	0	0	0
Autorennen	0	0	0	0	0
Wintersport (Skispringen, Biathlon, Ski-Alpin)	0	0	0	0	0
Radrennen	0	0	0	0	0
Showtanz, Eiskunstlauf, Paartanz	0	0	0	0	0
Tennis	0	0	0	0	0
Boxen	0	0	0	0	0
Andere: 	0	0	0	0	0

(25) Welche körperlichen Aktivitäten üben Sie in Ihrer Freizeit aus?	täglich	2-3x pro Woche	1 x pro Woche	1 x im Monat	seltener
Ich bin körperlich passiv	<input type="radio"/>				
Wandern, lange Spaziergänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wald-, Dauerlauf, Trimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußball spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skifahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tennis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten in Haus und Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Aktivitäten, welche? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(26) Ich bin körperlich mehr bzw. weniger aktiv, wenn...	sehr aktiv	aktiv	gelegentlich aktiv	selten aktiv	überhaupt nicht aktiv
...ich mit anderen zusammen bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich niedergeschlagen/ deprimiert bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...es mir so richtig gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich mich nicht fit, schlaff und unwohl fühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich Probleme habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich viel Freizeit habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich mich für etwas belohnen will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich viel Stress in der Arbeit habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(27) Welche der folgenden allgemeinen körperlichen Beschwerden sind während der letzten Zeit bei Ihnen aufgetreten:	sehr oft	oft	gelegentlich	selten	nie
Herz-Kreislauf-Beschwerden (z. B. Herzklopfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Verstopfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspannung (z. B. Schlafschwierigkeiten, Verkrampfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot, Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Allgemeines Befinden (z. B. Müdigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden: 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(28) Wie würden Sie insgesamt Ihren körperlichen Zustand einschätzen?	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(29) Falls Sie Rauchen oder das Rauchen erst vor kurzen aufgegeben haben: Wie viel rauchen Sie?	Stück pro Tag	Seit wie viel Jahren
Zigaretten
Zigarillos
Pfeifentabak
Zigarren

(30) Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich während der vergangenen Woche gefühlt haben. Ich fühlte mich...	<i>sehr stark</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>weniger</i>	<i>überhaupt nicht</i>
...entspannt	0	0	0	0	0
...bedrückt	0	0	0	0	0
...aktiv	0	0	0	0	0
...energieelos	0	0	0	0	0
...müde und erschöpft	0	0	0	0	0
...belastbar und leistungsfähig	0	0	0	0	0
...glücklich und voller Lebensfreude	0	0	0	0	0
...traurig	0	0	0	0	0
...ängstlich und unsicher	0	0	0	0	0
...wütend	0	0	0	0	0
...einsam	0	0	0	0	0

(31) Wo kaufen Sie in der Regel Ihre Lebensmittel ein?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
in Einzelhandelsgeschäften (z. B. Bäckerei, Gemüsehändler)	0	0	0	0	0
in Supermärkten	0	0	0	0	0
in Feinkostläden	0	0	0	0	0
in Bioläden	0	0	0	0	0
in Lebensmittelabteilungen von Kaufhäusern	0	0	0	0	0
auf dem Markt	0	0	0	0	0
bei ausländischen Händlern (z. B. Griechen, Italienern)	0	0	0	0	0
Andere, und zwar: 	0	0	0	0	0


(32) Wie oft essen Sie an den folgenden Orten?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
zu Hause	0	0	0	0	0
im Schnellimbiss	0	0	0	0	0
im Fast-Food-Restaurant (z. B. McDonalds)	0	0	0	0	0
im Restaurant, Gaststätte	0	0	0	0	0
in Kantine oder Mensa	0	0	0	0	0
am Arbeitsplatz (z. B. Baustelle, Werkstatt)	0	0	0	0	0
bei Bekannten, Freunden, Verwandten	0	0	0	0	0

(33) Wie häufig essen oder trinken Sie die folgenden Speisen und Getränke?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Fertig- und Schnellgerichte	0	0	0	0	0
Frischkost (Obst, Gemüse)	0	0	0	0	0
Vegetarische Kost	0	0	0	0	0
Fleisch	0	0	0	0	0
Wurstwaren	0	0	0	0	0
Käse	0	0	0	0	0
Ausländische Gerichte, welches Land 	0	0	0	0	0
Kaffee	0	0	0	0	0
Tee	0	0	0	0	0
Wein	0	0	0	0	0
Bier	0	0	0	0	0

(33) Wie häufig essen oder trinken Sie die folgenden Speisen und Getränke?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Schnäpse, Liköre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruchtsäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mineralwasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalorienarme/ Light-Produkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>








(34) Bitte beantworten Sie nun die folgenden Fragen zu Ihren Eßgewohnheiten:	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
Ich esse öfter mal was zwischendurch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich esse häufig außer Haus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich nasche gern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich esse meist große Portionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich knabbere oft Salzgebäck, Nüsse, Chips...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kurz vor dem Schlafengehen esse ich oft noch etwas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich koche meine Mahlzeiten meistens selbst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich kann kaum widerstehen, wenn „Leckereien“ im Hause sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich etwas angeboten bekomme, kann ich nur schwer ablehnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn das Essen noch nicht fertig ist, esse ich bereits irgendeine Kleinigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(35) Falls Sie Änderungswünsche im Bereich Ernährung haben, was möchten Sie gerne ändern: Ich möchte gern...	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...weniger essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßiger essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weniger zwischendurch essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mir mehr Zeit für meine Mahlzeiten nehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gesünder essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...abnehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(36) Was sind aus Ihrer Sicht die 5 wichtigsten Voraussetzungen, um gesund zu bleiben und um ein hohes Alter zu erreichen?	<i>Bitte höchstens 5 Kreuze</i>
Sport treiben	<input type="radio"/>
finanziell abgesichert sein	<input type="radio"/>
sich gesund ernähren	<input type="radio"/>
weniger/ keinen Alkohol trinken	<input type="radio"/>
weniger Belastung am Arbeitsplatz	<input type="radio"/>
in einer harmonischen Partnerschaft leben	<input type="radio"/>
sich nicht so viel Sorgen machen	<input type="radio"/>
weniger Umweltbelastungen ausgesetzt sein	<input type="radio"/>
von Herzen lachen können	<input type="radio"/>
wirklich gute Freunde/innen haben	<input type="radio"/>
nicht rauchen	<input type="radio"/>
einer interessanten Arbeit nach gehen	<input type="radio"/>
Sonstige: 	<input type="radio"/>

3. Teil

„SWR 4-Tour de Ländle“

(37) Haben Sie schon mal an der SWR 4 – Tour de Ländle teilgenommen?		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
		Wenn ja, wie oft? 	
Wie oft waren Sie:			
Dauerteilnehmer? 		Etappenteilnehmer? 	
Wie oft haben Sie dabei in folgenden Kategorien bevorzugt übernachtet?			
Pension..... 		Sporthotel (Matratzenlager) 	
Wohnwagen, Privat (o.ä.)..... 		Hotel..... 	

(38) Nimmt jemand aus Ihrem privatem Umfeld an der SWR 4 -Tour de Ländle teil?	
mein/e Partner/in	<input type="radio"/>
mein/e Kind/er	<input type="radio"/>
Bruder/ Schwester	<input type="radio"/>
andere Verwandte	<input type="radio"/>
Bekannte/ Freunde	<input type="radio"/>
ich nehme allein an der Tour teil	<input type="radio"/>

(39) Nun einige Fragen zur Tourteilnahme:	ja, stimmt	nein, stimmt nicht
Nehmen Sie Urlaub, um die Tour de Ländle mitfahren zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie viel Urlaubstage nehmen Sie dafür in Anspruch?	Tage	
Wird die Tour de Ländle Ihr großer Jahresurlaub sein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich muss keinen Urlaub beantragen, weil ich Rentner o.ä. bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie bewusst Ihren Urlaub schon einmal dort verbracht, wo Ihnen die Tour landschaftlich am besten gefallen hat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sind Sie einzelne Touretappen privat je nachgefahren?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kennen Sie das Tour-Maskottchen den Gärtner „Gießbert“?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(40) Wie haben Sie von der SWR 4 – Tour de Ländle erfahren?	ja	nein
a) über die SWR 4-Tour-Panoramakarte, die...		
...in der AOK-Geschäftsstelle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...beim Shimanoservice im Fahrradladen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bei der Deutschen Post AG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bei der Ehrmann AG	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...beim Gefako-Getränkehandel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...beim Tourismus-Verband	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bei SWR 4 auslag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) über einen Bericht...		
...in der Zeitung/ im Wochenblatt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...im Radiobeitrag des SWR 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...im Regionalfernsehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...von Bekannten/ meinem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...im „AOK-Radtreff“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in einer Broschüre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der letztjährigen Live- Übertragung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(41) In wie fern stimmen Sie den Aussagen zu, dass die SWR 4-Tour de Ländle den Teilnehmern folgende Aspekte bietet:	<i>sehr stark</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>mittel</i>	<i>wenig</i>	<i>gar nicht</i>
Geselligkeit (gemeinsam Spaß haben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegung (Radfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturerleben (Landschaft)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterhaltung (Live-Musikprogramm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturprogramm (Besichtigungen, Stadtrundgänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(42) Wie wichtig finden Sie die folgenden Aspekte der „SWR 4-Tour de Ländle“:	<i>sehr wichtig</i>	<i>wichtig</i>	<i>mittel</i>	<i>weniger wichtig</i>	<i>unwichtig</i>
Geselligkeit (gemeinsam Spaß haben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegung (Radfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturerleben (Landschaft)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterhaltung (Live-Musikprogramm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturprogramm (Besichtigungen, Stadtrundgänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(43) Warum nehmen Sie an der „SWR 4-Tour de Ländle“ teil? Ich möchte....	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...den Alltagsstress abbauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Gesundheit tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mehr Sicherheit beim Fahrverhalten hinzu gewinnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Spaß haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dadurch schlanker werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Fitness (Ausdauer, Kraft) tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meinen Körper besser kennen lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Kontakte zu anderen knüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine körperlichen Beschwerden lindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine Fitness testen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Übungsanregungen für zu Hause bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...optimal betreut werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mich nicht um die Strecke kümmern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas über gesündere Ernährung erfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jemandem mit der Tour-Teilnahme etwas beweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...versuchen, jede Etappe in der Spitzengruppe zuzufahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...es schaffen, alle Tour-Etappen durchzufahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Gruppe Kontakte pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(44) Wie beurteilen Sie folgende Aspekte des Radfahrens? Durch das Radfahren...	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...werde ich fit, stark und leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich mit Freunden zusammen sein bzw. treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bringe ich mich oft in gefährliche Situationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mehr Stress und Hektik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lerne ich neue Leute kennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich kaum Zeit für meine Familie & Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...benötige ich sehr viel Ausrüstung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(44) Wie beurteilen Sie folgende Aspekte des Radfahrens? Durch das Radfahren...	stimmt völlig	stimmt ziemlich	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
...habe ich einen Ausgleich zum Alltag bzw. zum Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich Spaß am Sporttreiben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich mich oft Schindereien aussetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bekomme ich immer Sitzprobleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich konkrete Zielstellungen im Sport verfolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich persönliche Erfolgserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...leide ich häufig an Verletzungen und Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich für andere Freizeitbeschäftigungen keine Zeit mehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wird mein Selbstbewusstsein stärker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wird mir ein idealer Einstieg zur Bewegung ermöglicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich viel Geld ausgeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...leiden meine beruflichen Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schütze ich mich vor Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich Nachts besser schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich mich oft sehr anstrengen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...baue ich Aggressionen ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bewege ich mich mit einem ökologischen Fortbewegungsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...fallen mir auch andere körperliche Belastungen leichter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bin ich auch gezwungen, bei schlechtem Wetter zu fahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bin ich gezwungen, den Fahrradhelm aufzusetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(45) Falls Sie den „AOK-Radtreff“ besuchen, wie oft nehmen Sie daran teil?
2-3x pro Woche <input type="radio"/> 1x pro Woche <input type="radio"/> 2x im Monat <input type="radio"/> 1x im Monat <input type="radio"/> seltener <input type="radio"/>

(46) Wie viele Jahre besuchen Sie den „AOK-Radtreff“ schon regelmäßig?
Jahre

(47) Sind Sie derzeit Mitglied in einem:
Sportverein..... <input type="radio"/> Fitnessstudio..... <input type="radio"/>

(48) Welche Art von Fahrrad besitzen Sie?
Stadtrad..... <input type="radio"/> Trekkingrad..... <input type="radio"/> Rennrad..... <input type="radio"/>
Mountainbike..... <input type="radio"/> Klapp-/Mini-Rad..... <input type="radio"/> Trial-/BMX-Rad..... <input type="radio"/>

(49) Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?	stimmt völlig	stimmt ziemlich	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
Ich fahre zwar manchmal Fahrrad, aber nicht regelmäßig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fahre regelmäßig Rad, habe damit aber erst vor ca. 6 Monaten begonnen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin sehr aktiv und fahre schon länger als 6 Monate regelmäßig Fahrrad.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Fahrrad ist für mich ein Fortbewegungsmittel (zur Arbeit).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Fahrrad ist für mich ein Sportgerät.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Fahrrad dient dem Freizeitvergnügen (Ausflüge).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 2. Messzeitpunkt

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ 2000,

wir freuen uns, Sie nun endlich bei der SWR 4 Tour de Ländle 2000 im Startort Kaiserslautern begrüßen zu dürfen und hoffen, dass Sie eine angenehme Anreise und eine optimale Vorbereitungszeit hatten.

Ein ganz großes Dankeschön gilt den zahlreichen Teilnehmern, die sich an der ersten Fragebogenaktion im Juni beteiligt haben. Einige konnten es sogar kaum erwarten, an der Umfrage teilzunehmen. Das freut uns sehr und wir können nur sagen: „Weiter so!“.

Für die Beurteilung der Ergebnisse ist es natürlich sehr wichtig, dass das Geschehen und Ihre Meinung auch während der SWR 4-Tour der Ländle beobachtet und festgehalten wird. Deshalb haben sich die Experten der Universität Tübingen eine Art „Tour-Tagebuch“ einfallen lassen. Hier werden allgemeine Fragen gestellt sowie Daten nach der 1. Etappe, am Ruhetag und nach der 8. Etappe erhoben. Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in Überlingen oder in Singen am AOK- oder SWR 4-Infostand abgeben. Von dort aus werden sie direkt an die Universität Tübingen weitergeleitet und absolut vertraulich behandelt.

Damit die Ergebnisse am Ende auch richtig eingeordnet und bewertet werden können, werden uns die beiden Wissenschaftler Gundolf Greule und Sina Schnierer auf allen Etappen mit dem Fahrrad begleiten! Sollten Sie Fragen zur Erhebung haben, dann stehen Ihnen die Beiden selbstverständlich Rede und Antwort.

Na dann bleibt nur noch zu sagen: „Startfrei - für die SWR 4 – Tour de Ländle 2000“. Bleiben Sie gesund, viel Spaß und nochmals ein herzliches Dankeschön für Ihre Unterstützung

Ihr
Manfred J. Schmitz

SÜDWESTRUNDFUNK
SWR 4 Tour de Ländle - Leitung

*Wissenschaftliche
Begleituntersuchung*

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



„SWR 4-Tour de Ländle“ Tour-Tagebuch Dauerteilnehmer

Das **Tour-Tagebuch** besteht aus vier Teilen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten auszufüllen sind. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig nach der 1. Etappe (03.08.), am Ruhetag (07.08) und nach der vorletzten Etappe (11.08.).

Um die bereits vorliegenden Daten mit Ihren jetzigen Angaben vergleichen zu können benötigen wir unbedingt wieder Ihr **Codewort** (siehe Hinweisblatt).

Bitte geben Sie das ausgefüllte Tour-Tagebuch am Ende der SWR 4 - Tour de Ländle am SWR 4- oder am AOK-Infostand ab. Sollten Sie es dennoch vergessen haben, senden Sie es bitte an:

SWR 4 – Tour de Ländle
Postfach 1512

72005 Tübingen

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Der Fragebogen enthält keine Fragen, auf die man richtig oder falsch antworten kann. Wir sind vielmehr an Ihrer Meinung und an der Art und Weise interessiert, wie Sie ganz persönlich Ihr Leben in der Freizeit und zu Hause gestalten und nicht, wie es vielleicht andere für richtig halten. Ziel der Studie ist es, die Teilnehmer(innen) an Radsportereignissen näher kennen zu lernen und etwas über deren Lebenseinstellungen zu erfahren.

Möglicherweise werden Sie auch an weiteren Radereignissen dieses Jahres teilnehmen. Auch dort befragen wir die Teilnehmer(innen) und wir wären sehr froh, wenn Sie uns auch dann wieder einige Antworten geben. Damit wir eine Chance haben, Sie aus den Fragebögen wieder zu finden, um Ihre Angaben den eventuell bereits vorliegenden zuzuordnen, bitten wir Sie um die Angabe eines Codes.

Sehr gerne würden wir einige Personen im Abstand von sechs oder 12 Monaten nach der Tour de Ländle noch einmal befragen, um etwas über Veränderungen zu erfahren. Wenn Sie an der Tour teilnehmen und bereit sind, uns bei der Nachbefragung zu unterstützen, geben Sie bitte neben Ihrem Code auch Ihre vollständige Anschrift an.

Der Fragebogen ist bei den meisten Fragen so aufgebaut, dass Sie lediglich Kästchen ankreuzen müssen. **Bitte machen Sie immer nur ein Kreuz in das nach Ihrer Meinung zutreffende Kästchen.**

Lesen Sie bitte jede Frage durch und lassen Sie nach Möglichkeit keine Frage aus. Antworten Sie bitte zügig. Die Bearbeitung dauert ca. 30 Minuten.

Hinweise zur Anonymität

Ihre Antworten in diesem Fragebogen werden absolut vertraulich behandelt. Die einzigen Personen, die Ihre Antworten sehen, sind Mitarbeiter der Universität Tübingen,

die strengsten Bestimmungen des Datenschutzes unterworfen sind.

Ihre Antworten werden auf Datenträger erfasst und die Fragebogen anschließend vernichtet. Die Auswertung der Fragebogen erfolgt in Form von Zusammenfassungen, denen Angaben von mindestens acht Personen zugrunde liegen. Damit bleiben die Antworten der einzelnen Person anonym.

Ihr Code

Er wird folgendermaßen gebildet.

- aus den letzten beiden Buchstaben Ihres Vornamens
- aus den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
- aus dem Tag Ihres Geburtstags.

Ein Beispiel: Ihr Vorname wäre Hans, der Vorname Ihrer Mutter wäre Petra und Sie wären am 3. April geboren. Der Code lautet dann:

NSPE03.

Bitte tragen Sie in die folgenden Kästchen nun Ihren Code ein:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Sofern Sie uns Ihre Anschrift für die Nachfragung mitteilen wollen, bitte tragen Sie diese hier ein:

Name :

Straße :

PLZ Stadt :

Wir danken Ihnen herzlich für die Zeit und die Mühe des Ausfüllens!

Ihr Team der Universität Tübingen
Arge Prävention und Gesundheitsförderung

1. Teil

allgemeine Daten

(1) Haben Sie in diesem Jahr bereits an folgenden Radsportereignissen teilgenommen?	Teilnahme		Wenn ja, nahmen Sie dort auch an der Befragung teil?	Befragung	
	ja	nein		ja	nein
AOK – Radtreff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorbereitungsprogramm „Fit für die Tour“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AOK – Radsonntag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(2) Ihr Geschlecht?	
männlich	<input type="radio"/>
weiblich	<input type="radio"/>

(3) Ihr Alter	<input type="text"/>kg
(4) Ihr Gewicht	<input type="text"/>m
(5) Ihre Größe	<input type="text"/>Jahre

(6) Haben Sie als Dauerteilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ an der 1. Befragung im Juni teilgenommen?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
--	--------------------------	----------------------------

(7) In welcher Kategorie übernachteten Sie bei der diesjährigen SWR 4-Tour de Ländle?	
Pension..... <input type="radio"/>	Sporthotel (Matratzenlager)..... <input type="radio"/>
Hotel..... <input type="radio"/>	Wohnwagen, Privat (o.ä.)..... <input type="radio"/>


(8) Wie haben Sie sich auf die diesjährige „SWR 4-Tour de Ländle“ vorbereitet? Ich habe...	stimmt völlig	stimmt ziemlich	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
...mich überhaupt nicht darauf vorbereitet	<input type="radio"/>				
...mir viel Ruhe gegönnt, um Kraft zu tanken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gezielt Sport getrieben, um mich für die Etappen fit zu machen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weniger Alkohol getrunken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mich gesünder ernährt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weniger geraucht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas über das Radfahren gelesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mich mit dem Streckenverlauf der Tour auseinandergesetzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mich mit den kulturellen Höhepunkten der Tour beschäftigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Vorbereitungsmaßnahmen, welche? <input type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(9) Wie bewerten Sie ganz allgemein...	sehr gut	gut	mittel-mäßig	schlecht	sehr schlecht
...Ihre momentane Lebensqualität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihren momentanen körperlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(10) Im Folgenden finden Sie eine Liste verschiedener Stimmungen. Kreuzen Sie bitte an, wie oft Sie diese Gefühle in den vergangenen Wochen hatten. Meistens fühlte ich mich...	sehr oft	oft	gelegentlich	selten	überhaupt nicht
...zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ruhelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

...munter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(11) Als welchen Typ Sportler schätzen Sie sich ein?	
Professioneller Sportler..... <input type="radio"/>	Leistungssportler..... <input type="radio"/>
Freizeitsportler..... <input type="radio"/>	Gelegenheitssportler..... <input type="radio"/>

(12) Mit welchem Fahrrad bestreiten Sie die diesjährige SWR 4 - Tour de Ländle?	
Stadtrad..... <input type="radio"/>	Rennrad..... <input type="radio"/>
Trekkingrad..... <input type="radio"/>	Klapp-/Mini-Rad..... <input type="radio"/>
Mountainbike..... <input type="radio"/>	Trial-/BMX-Rad..... <input type="radio"/>
Shimano-Elektro-Rad..... <input type="radio"/>	Sonstiges  <input type="radio"/>

(13) Welche der folgenden allgemeinen körperlichen Beschwerden sind während der letzten Woche (27.07.–03.08.) bei Ihnen aufgetreten:	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>überhaupt nicht</i>
Herz-Kreislauf-Beschwerden (z. B. Herzklopfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Verstopfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspannung (z. B. Schlafschwierigkeiten, Verkrampfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot, Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Allgemeines Befinden (z. B. Müdigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden: 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

2. Teil

3. August 2000 (nach der 1. Etappe)

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben erst im Ziel der 1. Etappe in Landau aus.

(14) Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich während der vergangenen Woche (27.07.–03.08.) gefühlt haben. Ich fühlte mich...	<i>sehr stark</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>weniger</i>	<i>überhaupt nicht</i>
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...energielos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...belastbar und leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...glücklich und voller Lebensfreude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ängstlich und unsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wütend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(15) Bitte beurteilen Sie die heutige Etappe. Wie empfanden Sie...	<i>sehr...</i>	<i>eher...</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher...</i>	<i>sehr...</i>
...das Radfahren (Intensität)	anstrengend <input type="radio"/>	anstrengend <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>
...die Tourstrecke (Natur)	schwer ... <input type="radio"/>	schwer ... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>
...das gefahrene Tempo	schnell ... <input type="radio"/>	schnell ... <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	langsam <input type="radio"/>	langsam <input type="radio"/>

(16) Hatten Sie während der heutigen Etappe den Gedanken: „Ich breche die Etappe ab und fahre nicht bis ins Ziel (Landau)“	<i>ja</i> <input type="radio"/>	<i>nein</i> <input type="radio"/>
Wenn ja, warum?		
weil ich keine Kraft mehr hatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich nicht mehr sitzen konnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil das Wetter so schlecht war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil mir die Motivation fehlte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aus gesundheitlichen Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil die Strecke so lang war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich müde war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

3. Teil


7. August 2000 (Ruhetag)

Bitte füllen Sie die folgenden Angaben erst am Ruhetag in Aalen aus.

(17) Bitte beurteilen Sie das diesjährige Angebot und den Service rund um die SWR 4 – Tour de Ländle:	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
Die täglichen Abendveranstaltungen des SWR 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auf den einzelnen <i>Etappen</i> :					
Strecke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturprogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organisation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Angebot der AOK:					
Morgengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinkmobil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obststand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kneipp-Mobil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massageteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den <i>Shimano</i> service:					
Pannenservice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besenwagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Gepäcktransport der <i>Deutschen Post AG</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den <i>Ehrmann-Fruchtjoghurt</i> service an den Verpflegungspunkten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den <i>Gefako-Getränk</i> service an den Verpflegungspunkten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Ratschläge und Hinweise der <i>Roten Radler</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die <i>Unterkunft</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(18) Hier nun einige Fragen zu den Roten Radlern: Die Roten Radler...	stimmt völlig	stimmt ziemlich	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
...verstehen etwas von ihrem Fach	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...vermitteln Wissen über gesundheitsrelevantes Verhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...informieren über richtiges Fahrverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...erklären sehr verständlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...betreuen die Teilnehmer optimal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...haben gute Streckenkenntnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schildern die Strecke sehr gut aus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...motivieren mich, wenn es mir mal nicht so gut geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...haben meine positive Einstellung zur Bewegung noch verstärkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kennen mich zum Teil namentlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(19) Hatten Sie heute schon den Gedanken: „Ich breche die Tour ab und fahre nicht bis Singen mit“	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Wenn ja, warum?		
weil ich keine Kraft mehr habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich nicht mehr sitzen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil das Wetter so schlecht ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil mir die Motivation fehlt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aus gesundheitlichen Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil die Strecken so lang sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich müde bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brechen Sie die Tour heute ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hier haben Sie die Möglichkeit, alles das aufzuschreiben, was Sie schon immer mal über die „SWR 4-Tour de Ländle“ erwähnen wollten: Sie können tadeln, loben oder auch Verbesserungsvorschläge machen.



4. Teil

11. August 2000 (nach der 8. Etappe)

Bitte füllen Sie folgenden Angaben erst im Ziel der 8. Etappe in Überlingen aus.

(20) Im Folgenden finden Sie eine Liste verschiedener Stimmungen. Kreuzen Sie bitte an, wie oft Sie diese Gefühle während der „SWR 4-Tour de Ländle“ hatten. Meistens fühlte ich mich...	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>überhaupt nicht</i>
...zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ruhelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...munter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(21) Wie bewerten Sie ganz allgemein Ihren momentanen körperlichen Zustand?	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(22) Welche der folgenden allgemeinen körperlichen Beschwerden sind während der letzten Woche (03.-11.08.) bei Ihnen aufgetreten:	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>überhaupt nicht</i>
Herz-Kreislauf-Beschwerden (z. B. Herzklopfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Verstopfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspannung (z. B. Schlafschwierigkeiten, Verkrampfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot, Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Allgemeinzustand (z. B. Müdigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden: 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(23) Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich während der vergangenen Woche (03.-11.08.) gefühlt haben. Ich fühlte mich...	<i>sehr stark</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>mittel-mäßig</i>	<i>weniger</i>	<i>überhaupt nicht</i>
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...energieelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...belastbar und leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...glücklich und voller Lebensfreude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ängstlich und unsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wütend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(24) Bitte beurteilen Sie die heutige Etappe. Wie empfanden Sie...	<i>sehr...</i>	<i>eher...</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>eher...</i>	<i>sehr...</i>
...das Radfahren (Intensität)	anstrengend <input type="radio"/>	anstrengend <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>
...die Tourstrecke (Natur)	schwer ... <input type="radio"/>	schwer <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>	leicht ... <input type="radio"/>
...das gefahrene Tempo	schnell ... <input type="radio"/>	schnell <input type="radio"/>	<input type="radio"/>	langsam <input type="radio"/>	langsam <input type="radio"/>

(25) Hatten Sie während der vergangenen Etappen den Gedanken: „Ich breche die Etappe ab und fahre nicht bis ins Ziel (Überlingen)“	<i>ja</i> <input type="radio"/>	<i>nein</i> <input type="radio"/>
Wenn ja, warum?		
weil ich keine Kraft mehr hatte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich nicht mehr sitzen konnte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil das Wetter so schlecht war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil mir die Motivation fehlte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aus gesundheitlichen Gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil die Strecken so lang sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
weil ich müde war	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brechen Sie die Tour heute ab?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(26) Inwieweit stimmen Sie den Aussagen zu, dass die SWR 4–Tour de Ländle den Teilnehmern folgende Aspekte geboten hat:	<i>sehr stark</i>	<i>ziemlich stark</i>	<i>mittel</i>	<i>wenig</i>	<i>gar nicht</i>
Geselligkeit (gemeinsam Spaß haben)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bewegung (Radfahren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Naturerleben (Landschaft)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unterhaltung (Live-Musikprogramm)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturprogramm (Besichtigungen, Stadtrundgänge)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

















(27) Inwieweit haben sich während der SWR 4 - Tour de Ländle folgende Aspekte für Sie verwirklichen lassen? Ich habe....	<i>stimm</i> <i>völlig</i>	<i>stimm</i> <i>ziemlich</i>	<i>stimm</i> <i>teilweise</i>	<i>stimm</i> <i>weniger</i>	<i>stimm</i> <i>nicht</i>
...den Alltagsstress abgebaut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Gesundheit getan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mehr Sicherheit beim Fahrverhalten hinzugewonnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Spaß gehabt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dadurch an Gewicht abgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Fitness (Ausdauer, Kraft) getan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meinen Körper besser kennen gelernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Kontakte zu anderen geknüpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine körperlichen Beschwerden gelindert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine Fitness getestet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Übungsanregungen für zu Hause bekommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine optimale Betreuung vorgefunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...eine optimale Strecke vorgefunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas über gesündere Ernährung erfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jemandem mit der Tour-Teilnahme etwas beweisen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jede Etappe in der Spitzengruppe fahren können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...es geschafft, alle Tour-Etappen durchzufahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Gruppe Kontakte gepflegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(28) Ganz allgemein, wenn Sie alles zusammen betrachten: Wie zufrieden sind Sie dann mit der diesjährigen „SWR 4-Tour de Ländle“?	sehr zufriede-	ziemlich zu-	mitteilungs-	weniger zu-	überhaupt zu-
	den	frieden	mäßig	frieden	nicht zu-
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(29) Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?	stimmt völlig	stimmt ziemlich	stimmt teilweise	stimmt weniger	stimmt nicht
Ich werde bis zur nächsten Tour 2001 eher kein Radfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde weiterhin Radfahren, aber nicht regelmäßig.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich werde weiterhin regelmäßig Radfahren.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(30) Wie oft haben Sie das Rahmenprogramm der SWR 4 – Tour de Ländle genutzt?	gar nicht	1-3 mal	4-6 mal	7-9 mal	täglich
Die täglichen Live-Musikveranstaltungen des SWR 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Das Angebot der AOK:					
Morgengymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinkmobil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Obststand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kneipp-Mobil	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Massageteam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den <i>Shimano</i> service:					
Pannenservice	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Besenwagen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den Gepäcktransport der <i>Deutschen Post AG</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die <i>Ehrmann-Fruchtjoghurt</i> -Drinks an den Verpflegungspunkten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Den <i>Gefako-Getränkesservice</i> an den Verpflegungspunkten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Hinweise und das Wissen der <i>Roten Radler</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(31) Gesundheitswochen in Baden-Württemberg	ja	nein
Kennen Sie die STB/ BTB/ AOK – Gesundheitswochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie schon einmal an der Gesundheitswoche teilgenommen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ja, wie oft?	
Wollen Sie in diesem Jahr an der Gesundheitswoche teilnehmen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(32) Bitte beurteilen Sie abschließend noch einmal die einzelnen Maßnahmen der SWR 4-Tour de Ländle, indem Sie Punkte vergeben. Je mehr Punkte Sie einer Maßnahme zuordnen, umso besser hat Sie Ihnen gefallen. Insgesamt können Sie 160 Punkte vergeben. Wie viel Punkte Sie einer Rubrik zuordnen, bleibt Ihnen überlassen.		<i>Punkte</i>
Die täglichen Abendveranstaltungen des <i>SWR 4</i>		.....
Auf den einzelnen <i>Etappen</i> :		
	Strecke	.....
	Kulturprogramm	.....
	Organisation	.....
Das Angebot der <i>AOK</i> :		
	Morgengymnastik	.....
	Trinkmobil	.....
	Obststand	.....
	Kneipp-Mobil	.....
	Massageteam	.....
Den <i>Shimano</i> service:		
	Pannenservice	.....
	Besenwagen	.....
Den Gepäcktransport der <i>Deutschen Post AG</i>		.....
Den <i>Ehrmann-Fruchtjoghurt</i> service an den Verpflegungspunkten		.....
Den <i>Gefako-Getränk</i> service an den Verpflegungspunkten		.....
Die Ratschläge und Hinweise der <i>Roten Radler</i>		.....
Die <i>Unterkunft</i>		.....
Gesamtpunktzahl		.....160....

(33) Wollen Sie bei der SWR 4- Tour de Ländle 2001 als Dauerteilnehmer starten?	<i>ja</i> <input type="radio"/>	<i>nein</i> <input type="radio"/>
--	---------------------------------	-----------------------------------

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung und viel Spaß auf der morgigen letzten Etappe sowie eine angenehme Heimreise wünscht Ihnen

das „SWR 4-Tour de Ländle“ Team!

Fragebogen der Dauerteilnehmer zum 3. Messzeitpunkt

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer der „SWR 4-Tour de Ländle“ 2000,
wir wünschen Ihnen alles Gute und viel Gesundheit für das neue Jahr.

Sehr viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer beantworteten den Fragebogen für die wissenschaftliche Begleituntersuchung im letzten Jahr, worüber wir uns natürlich sehr gefreut haben und uns herzlich bedanken. Sie haben dabei Ihre Adresse für eine Nachbefragung hinterlassen. Nun ist es soweit, die letzte Umfrage hat begonnen und Sie können uns wieder unterstützen, wenn Sie als Teilnehmer/-in der „SWR 4-Tour de Ländle“ **2000** den beiliegenden Fragebogen vollständig und gewissenhaft ausfüllen und an die Universität Tübingen zurücksenden. Nutzen Sie bitte den dafür bereits vorgesehenen frankierten und adressierten Rückumschlag.

Die ausgefüllten Fragebögen verbleiben bei der Universität Tübingen und werden dort absolut vertraulich behandelt. Weder SWR 4 noch AOK oder Württembergischer Radsportverband können den Fragebogen einsehen. Die gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes werden strikt eingehalten. SWR 4 erhält von der Universität Tübingen lediglich statistische Ergebnisse, die über die einzelnen Befragten nichts offenbaren. Bitte bedenken Sie, dass die gewonnenen Daten nur dann aussagekräftig sind, wenn sich möglichst alle wieder an der Befragung beteiligen.

Sofern Sie Nachfragen haben, wenden Sie sich bitte direkt an die Universität Tübingen (Ansprechpartnerin: Sina Schnierer; Telefon: 07071/ 297 65 02).

Nochmals ein herzliches Dankeschön für Ihre Unterstützung. Bleiben Sie gesund und trainieren Sie fleißig! Wir hoffen, dass wir Sie bei der diesjährigen SWR 4-Tour de Ländle wieder begrüßen dürfen.

Mit herzlichen Grüßen
Ihr

Manfred J. Schmitz
SÜDWESTRUNDFUNK
SWR 4 Tour de Ländle - Leitung

*Wissenschaftliche
Begleituntersuchung*

EBERHARD KARLS
UNIVERSITÄT
TÜBINGEN



„SWR 4-Tour de Ländle“ 2000 Dauerteilnehmer

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen zurück an:

„SWR 4-Tour de Ländle“
Postfach 1512

72005 Tübingen

und nutzen Sie dafür den beigefügten frankierten und adressierten Rückumschlag.

Wie wird der Fragebogen ausgefüllt?

Der Fragebogen enthält keine Fragen, auf die man richtig oder falsch antworten kann. Wir sind vielmehr an Ihrer Meinung und an der Art und Weise interessiert, wie Sie ganz persönlich Ihr Leben in der Freizeit und zu Hause gestalten und nicht, wie es vielleicht andere für richtig halten.

Der Fragebogen ist bei den meisten Fragen so aufgebaut, dass Sie lediglich Kästchen ankreuzen müssen. **Bitte kreuzen Sie pro Zeile immer nur das nach Ihrer Meinung zutreffende Kästchen an.** Lesen Sie bitte jede Frage durch und lassen Sie nach Möglichkeit keine Frage aus. Die Bearbeitung dauert ca. 15 Minuten.

Damit wir diesen zweiten Fragebogen Ihrem bereits vorliegenden Bogen zuordnen können, bitte wir Sie wieder um die Angaben Ihres **Codes**.

Hinweise zur Anonymität

Ihre Antworten in diesem Fragebogen werden absolut vertraulich behandelt. Die einzigen Personen, die Ihre Antworten sehen, sind Mitarbeiter der Universität Tübingen, die strengsten Bestimmungen des Datenschutzes unterworfen sind.

Ihre Antworten werden auf Datenträger erfasst und die Fragebogen anschließend vernichtet. Die Auswertung der Fragebogen erfolgt in Form von Zusammenfassungen, denen Angaben von mindestens acht Personen zugrunde liegen. Damit bleiben die Antworten der einzelnen Person anonym. Ihre Anschrift wird von den Daten getrennt.

Ihr Code

Er wird wieder folgendermaßen gebildet:

- aus den letzten beiden Buchstaben Ihres Vornamens
- aus den ersten beiden Buchstaben des Vornamens Ihrer Mutter
- aus dem Tag Ihres Geburtstags.

Ein Beispiel: Ihr Vorname wäre Hans, der Vorname Ihrer Mutter wäre Petra und Sie wären am 3. April geboren. Der Code laute dann:

NSPE03.

Bitte tragen Sie in die folgenden Kästchen nun Ihren Code ein:

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Sofern Sie uns Ihre Anschrift für Nachfragen mitteilen wollen, bitte tragen Sie diese hier ein:

Name :

Straße :

PLZ Stadt :

Wir danken Ihnen herzlich für die Zeit und die Mühe des Ausfüllens!

Ihr Team der Universität Tübingen
Arge Prävention und Gesundheitsförderung

„SWR 4-Tour de Ländle“ 2000

Dauerteilnehmer

(1) An welchen Radsportereignissen und Befragungen haben Sie im Jahr 2000 teilgenommen?	Teilnahme		Wenn ja, nahmen Sie dort auch an der Befragung teil?	Befragung	
	ja	nein		ja	nein
AOK – Radsonntag	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
AOK – Radtreff	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vorbereitungsprogramm „Fit für die Tour“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SWR 4 – Tour de Ländle 2000	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(2) Ihr Geschlecht?	Geschlecht
männlich	<input type="radio"/>
weiblich	<input type="radio"/>

(3) Ihr Alter	<input type="text"/>	Jahre
(4) Ihr Gewicht	<input type="text"/>	kg
(5) Ihre Größe	<input type="text"/>	m

(6) Nennen Sie uns bitte Ihre Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>
---	----------------------------

(7) Haben Sie in den letzten 6 Monaten einen anderen als Ihren bisherigen schulischen oder beruflichen Abschluss erworben?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Falls ja, welchen: <input type="text"/>		

(8) Hat sich in Ihrer beruflichen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten etwas verändert? Falls ja, bitte nennen Sie uns Ihre jetzige berufliche Tätigkeit.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Auszubildende/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Angestellte/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beamter/in	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selbständigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freiberufler (z. B. Steuerberater/in, Anwalt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mithelfende/r Familienangehörige/r	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jetzige berufliche Tätigkeit: <input type="text"/>		

(9) Sind Sie derzeit:	Bitte nur ein Kreuz
Nicht erwerbstätig (z. B. Rentner/in)	<input type="radio"/>
Hausfrau	<input type="radio"/>
Arbeitslos	<input type="radio"/>
Teilzeitbeschäftigt	<input type="radio"/>
Voll berufstätig	<input type="radio"/>

(10) Hat sich Ihr monatliches Nettoeinkommen in den letzten 6 Monaten geändert? Falls ja, verdienen Sie jetzt:	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Mehr..... <input type="radio"/>	Weniger..... <input type="radio"/>	









(11) Haben Sie die Krankenkasse in den letzten 6 Monaten gewechselt?	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Falls ja, bei welcher Krankenkasse sind Sie <u>jetzt</u> versichert? <input type="text"/>		

(12) Hat sich in Ihrem Familienstand in den letzten 6 Monaten etwas geändert? Falls ja, bitte kreuzen Sie Ihren jetzigen Familienstand an.	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Verheiratet <input type="radio"/>	Verwitwet..... <input type="radio"/>	Feste Partnerschaft..... <input type="radio"/>
Ledig..... <input type="radio"/>	Geschieden/ getrennt lebend..... <input type="radio"/>	


(13) Bitte kreuzen Sie diejenige Gruppe von Personen an, zu der Sie sich am ehesten zuordnen.	<i>Bitte nur ein Kreuz</i>
Gruppe 1 mit Vorlieben für: Klassische Literatur, Die ZEIT, Klassische Musik, SWR2, Konzerte besuchen, Nachrichtensendungen, Dokumentarfilme, politische Magazine, Ausstellungen, Sprachkurse besuchen, Individualsportarten	<input type="radio"/>
Gruppe 2 mit Vorlieben für: Heimatromane, Volksmusik, Deutsche Schlager, Talk-/ Spiel-Shows, volkstümliche Unterhaltung, naturkundliche Filme, Fußball, Auto pflegen	<input type="radio"/>
Gruppe 3 mit Vorlieben für: Kriminalromane, Rock- und Popmusik, Jazz, Kino, Freunde/ Verwandte, Kneipen, Gaststätten, Weinlokale, Diskos, Cafes, Bistros, Motorrad fahren, Sportszenentreff	<input type="radio"/>


(14) Bitte denken Sie bei der Beantwortung der nächsten Fragen an Ihr Leben während der vergangenen 6 Monate.	<i>sehr gut</i>	<i>gut</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>schlecht</i>	<i>sehr schlecht</i>
Wie beurteilen Sie Ihre Lebensqualität?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie bewerten Sie Ihren körperlichen Zustand?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie zufrieden sind Sie mit...	<i>sehr zufrieden</i>	<i>zufrieden</i>	<i>weder noch</i>	<i>unzufrieden</i>	<i>sehr unzufrieden</i>
...Ihrer Gesundheit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihrer Arbeitsfähigkeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sich selbst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihren persönlichen Beziehungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...der Unterstützung durch Ihre Freunde?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihren Wohnbedingungen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste (z. B. Ärzte) in Anspruch nehmen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie stark haben Sie die folgenden Dinge erlebt?	<i>äußerst</i>	<i>ziemlich</i>	<i>mittelmäßig</i>	<i>ein wenig</i>	<i>überhaupt nicht</i>
Wie gut können Sie ihr Leben genießen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welchem Umfang haben Sie die folgenden Dinge erlebt oder waren Sie in der Lage zu tun?	<i>völlig</i>	<i>überwiegend</i>	<i>halbmäßig</i>	<i>eben nicht</i>	<i>überhaupt nicht</i>
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(15) Regelmäßig körperlich aktiv zu sein bedeutet, sich mindestens 3mal pro Woche für 20 Minuten zu bewegen. Wie ist das bei Ihnen? Sind Sie regelmäßig körperlich aktiv? Bitte kreuzen Sie nur ein (das nach Ihrer Meinung zutreffende) Kästchen an.	
Ich tue dies <i>zur Zeit nicht</i> und habe auch <i>nicht die Absicht</i> , mich in den nächsten 6 Monaten regelmäßig körperlich zu bewegen.	<input type="radio"/>
Ich tue dies <i>zur Zeit nicht</i> , aber ich überlege mir gerade, ob ich in den <i>nächsten 6 Monaten</i> damit beginne.	<input type="radio"/>
Ich tue dies zur Zeit nicht, aber ich habe es mir vorgenommen, im <i>nächsten Monat</i> damit zu beginnen.	<input type="radio"/>
Ja, aber erst seit <i>weniger</i> als einem <i>halben</i> Jahr.	<input type="radio"/>
Ja, seit <i>mehr</i> als einem <i>halben</i> Jahr.	<input type="radio"/>

(16) Wenn Sie in den letzten 6 Monaten körperlich aktiv waren...	
... <u>welche</u> körperliche(n) Aktivität/en üben sie hauptsächlich aus?	
1. 	2. 
... <u>wie oft</u> betätigen Sie sich innerhalb einer Woche körperliche aktiv?	
1. 	2. 
... <u>wie lange</u> sind Sie dann jeweils körperlich aktiv? (Zeit in Minuten)	
1. 	2. 
... <u>wo</u> üben Sie diese körperliche(n) Aktivität/en aus? (Verein, Natur, Studio, zu Hause)	
1. 	2. 

(17) Ist jemand, der Ihnen nahe steht, gemeinsam mit Ihnen körperlich aktiv?		
Mein/e Partner/in..... <input type="radio"/>	Bruder/ Schwester..... <input type="radio"/>	Bekannte/ Freunde..... <input type="radio"/>
Mein/e Kind/er..... <input type="radio"/>	andere Verwandte..... <input type="radio"/>	ich treibe allein Sport..... <input type="radio"/>

(18) Welche anderen körperlichen Aktivitäten üben Sie noch in Ihrer Freizeit aus?	<i>täglich</i>	<i>2-3x pro Woche</i>	<i>1 x pro Woche</i>	<i>1 x im Monat</i>	<i>seltener</i>
Wandern, lange Spaziergänge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wald-, Dauerlauf, Trimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fußball spielen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skifahren (im Winter)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Radfahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwimmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gymnastik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tennis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Arbeiten in Haus und Garten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Aktivitäten? 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(19) Treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	<i>ja</i>	<i>nein</i>
„Meine erste Teilnahme an der SWR 4 – Tour de Ländle gab mir einen Anstoß, mich regelmäßig körperlich zu betätigen.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Meine erste Teilnahme an der SWR 4-Tour de Ländle gab mir einen Anstoß zur regelmäßigen Teilnahme am AOK-Radtreff.“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hat sich in Ihren Einstellungen/ in Ihrem Verhalten nach Ihrer ersten Teilnahme an der SWR 4 – Tour de Ländle sonst etwas geändert?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls, ja: Wofür war die erste Teilnahme der Auslöser? 		

(20) Ich bin auch dann körperlich aktiv, wenn...	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...ich Probleme habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich keine Gruppe „Gleichgesinnter“ gefunden habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...im Fernsehen etwas interessantes gezeigt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich nicht sehr motiviert bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich müde bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...das Wetter schlecht ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jemand mit mir etwas anderes unternehmen möchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich Besuch habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich viel Stress habe (beruflich/ privat)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich mich schlaff und unwohl fühle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ich niedergeschlagen/deprimiert bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mir der Sinn der körperlichen Aktivität unklar ist	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(21) Wie beurteilen Sie folgende Aspekte der körperlichen Aktivität? Durch regelmäßige körperliche Aktivität...	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...werde ich fit, stark und leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich mit Freunden zusammen sein bzw. treffen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bringe ich mich oft in gefährliche Situationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich mehr Stress und Hektik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...lerne ich neue Leute kennen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich eine sinnvolle Freizeitbeschäftigung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich kaum Zeit für meine Familie & Freunde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...benötige ich sehr viel Ausrüstung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich einen Ausgleich zum Alltag bzw. zum Beruf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich Spaß	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich mich oft Schindereien aussetzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...fördere ich meine Gesundheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich konkrete Zielstellungen verfolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich persönliche Erfolgserlebnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...leide ich häufig an Verletzungen und Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...habe ich für andere Freizeitbeschäftigungen keine Zeit mehr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wird mein Selbstbewusstsein stärker	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich viel Geld ausgeben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...leiden meine beruflichen Leistungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schütze ich mich vor Krankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...kann ich Nachts besser schlafen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...muss ich mich oft sehr anstrengen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...baue ich Aggressionen ab	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...fallen mir auch andere körperliche Belastungen leichter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>


(22) Warum würden Sie an Sportprogrammen teilnehmen bzw. sind körperlich aktiv ? Ich möchte....	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...den Alltagsstress abbauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Gesundheit tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas erleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Spaß haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...dadurch schlanker werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...etwas für meine Fitness (Ausdauer, Kraft) tun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meinen Körper besser kennen lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Kontakte zu anderen knüpfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine körperlichen Beschwerden lindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...meine Fitness testen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...Gefühle ausleben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...jemandem mit der Sportteilnahme etwas beweisen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...zeigen, dass ich der Beste bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...innere Unruhen abbauen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...in der Gruppe Kontakte pflegen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(23) Wie oft treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
„Ich lese Artikel über das Sporttreiben, um mehr darüber zu erfahren“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Warnungen über gesundheitliche Risiken der Bewegungsarmut machen mich nachdenklich“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich denke, ich wäre ein besseres Verhaltensvorbild für andere, wenn ich regelmäßig körperlich aktiv bin“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich überlege mir, ob regelmäßige körperliche Bewegung eine gesündere und zufriedenere Person aus mir machen würde“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich erlebe, wie sich die Gesellschaft so verändert, dass es leichter fällt, regelmäßig körperlich aktiv zu sein“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich habe jemanden, der mich zur körperlichen Bewegung ermutigt, wenn mir mal nicht danach zumute ist“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich sage mir, dass ich selbst in der Lage dazu bin, an der körperlichen Aktivität dranzubleiben, wenn ich es wirklich will“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Wenn ich mich gestresst fühle, dann ist Sporttreiben eine ideale Möglichkeit, um `abzuschalten`“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich belohne mich selbst dafür, wenn ich regelmäßig aktiv bin“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
„Ich richte mir die Dinge zu Hause so ein, dass sie mich an die körperliche Aktivität erinnern“.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(24) Haben Sie in den letzten 6 Monaten eine neue Mitgliedschaft in einem Sportverein oder Fitnessstudio abgeschlossen?	<i>ja</i> <input type="radio"/>	<i>nein</i> <input type="radio"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

(25) An welchen Radsportveranstaltungen wollen Sie in diesem Jahr (2001) teilnehmen?	
AOK – Radsonntag..... <input type="radio"/>	Vorbereitungsprogramm „Fit für die Tour“ <input type="radio"/>
AOK - Radtreff..... <input type="radio"/>	SWR 4 – Tour de Ländle 2001..... <input type="radio"/>

(26) Falls Sie Rauchen oder es erst vor kurzem aufgegeben haben:	<i>ja</i>	<i>nein</i>
Haben Sie das Rauchen in den letzten 6 Monaten aufgegeben?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falls nein, rauchen Sie bewusst weniger seit den letzten 6 Monaten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(27) Welche der folgenden körperlichen Beschwerden sind während der letzten Woche bei Ihnen aufgetreten:	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Herz-Kreislauf-Beschwerden (z. B. Herzklopfen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Magen-Darm-Beschwerden (z. B. Sodbrennen, Verstopfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glieder-, Schulter-, Rücken- oder Nackenschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anspannung (z. B. Schlafschwierigkeiten, Verkrampfungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atemnot, Atembeschwerden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kraftlosigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beeinträchtigt Allgemeines Befinden (z. B. Müdigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gelenkschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kopfschmerzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sonstige Beschwerden:					
					

(28) Hier geht es um die Bewältigung von Beschwerden. Inwieweit treffen die folgenden Aussagen auf Sie zu?	trifft völlig zu	trifft ziemlich zu	trifft teilweise zu	trifft weniger zu	trifft nicht zu
Wenn ich Beschwerden habe, suche ich einen Arzt auf.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Pech habe, bekomme ich körperliche Beschwerden.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Beschwerden habe, weiß ich, dass ich mir selbst helfen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wenn ich Beschwerden habe, frage ich andere um Rat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ob Beschwerden wieder verschwinden, hängt vor allem davon ab, ob ich Glück habe oder nicht.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich habe es mir zu verdanken, wenn meine Beschwerden nachlassen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(29) Bitte schätzen Sie ein, wie Sie sich während der vergangenen Wochen gefühlt haben. Ich fühlte mich...	sehr stark	ziemlich stark	mittel- mäßig	weniger	überhaupt nicht
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...bedrückt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...aktiv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...energieelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde und erschöpft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...belastbar und leistungsfähig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...glücklich und voller Lebensfreude	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...traurig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ängstlich und unsicher	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...wütend	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...einsam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(30) Im Folgenden finden Sie eine Liste verschiedener Stimmungen. Kreuzen Sie bitte an, wie oft Sie diese Gefühle in den vergangenen Wochen hatten. Ich fühlte mich...	sehr oft	oft	gelegent- lich	selten	überhaupt nicht
...zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ausgeruht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...ruhelos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...schlapp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gelassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...müde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unruhig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...munter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...unwohl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...entspannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(31) Wie häufig essen oder trinken Sie die folgenden Speisen und Getränke? Ich esse/ trinke...	sehr oft	oft	gelegent- lich	selten	nie
Fertig- und Schnellgerichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frischkost (Obst, Gemüse)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vegetarische Kost	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fleisch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wurstwaren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(31) Wie häufig essen oder trinken Sie die folgenden Speisen und Getränke? Ich esse/ trinke...	<i>sehr oft</i>	<i>oft</i>	<i>gelegentlich</i>	<i>selten</i>	<i>nie</i>
Käse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ausländische Gerichte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaffee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tee	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schnäpse, Liköre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fruchtsäfte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mineralwasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalorienarme/ Light-Produkte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Süßigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(32) Falls Sie in den letzten 6 Monaten Änderungswünsche im Bereich Ernährung hatten, was haben Sie erfolgreich geändert? Ich habe...	<i>stimmt völlig</i>	<i>stimmt ziemlich</i>	<i>stimmt teilweise</i>	<i>stimmt weniger</i>	<i>stimmt nicht</i>
...weniger gegessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...regelmäßiger gegessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...weniger zwischendurch gegessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...mir mehr Zeit für meine Mahlzeiten genommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...gesünder gegessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...abgenommen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(33) Sind Sie der Meinung, dass Sie sich seit Ihrer ersten Teilnahme an der SWR 4 - Tour de Ländle gesünder ernähren?	<i>ja</i> <input type="radio"/>	<i>nein</i> <input type="radio"/>
---	---------------------------------	-----------------------------------

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!