



Langlebigkeit und Vorsorge

Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung in Deutschland

Dr. Tatjana Begerow, Martin Fleischer, Elnaz Seraj, Dr. Frank Wild

Die Autoren

Dr. Tatjana Begerow
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV

Martin Fleischer
Vorstand Personenversicherung Konzern Versicherungskammer

Elnaz Seraj
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV

Dr. Frank Wild
WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV

Impressum

WIP – Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln
Telefon: (0221) 9987 – 1652
E-Mail: wip@wip-pkv.de
Internet: www.wip-pkv.de
Juni 2026
ISBN 978-3-9827312-4-7

Inhalt

Abbildungen.....	2
Tabellen.....	2
1 Einleitung.....	3
2 Methodisches Vorgehen.....	5
2.1 Studiendesign.....	5
2.2 Erhebungsinstrument.....	5
2.3 Durchführung der Befragung.....	6
2.4 Datenauswertung.....	7
3 Beschreibung der Stichprobe.....	9
4 Ergebnisse.....	12
4.1 Psychologische Perspektiven des Alterns.....	12
4.2 Vorsorgeverständnis und Bewertung von Vorsorgemaßnahmen.....	16
4.3 Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen.....	22
4.4 Investitionen in die eigene Vorsorge.....	33
4.5 Digitale Innovationen und neue Trends in der Gesundheitsvorsorge.....	37
4.5.1 Nutzung von Gesundheitstechnologien.....	37
4.5.2 Auswirkungen auf die Häufigkeit von Arztbesuchen.....	42
5 Zusammenfassung.....	44
6 Schlussfolgerung.....	46
Anhang A: Erhebungsinstrument.....	47
Anhang B: Ergebnisse aus Subgruppenanalysen.....	56
Anhang C: Ergebnisse aus Regressionsanalysen.....	64
Literatur.....	72
WIP-Veröffentlichungen seit 2018.....	77

Abbildungen

Abbildung 1:	Stichprobenbeschreibung	10
Abbildung 2:	Selbsteingeschätzte Lebenserwartung	14
Abbildung 3:	Einstellung gegenüber dem Altwerden	15
Abbildung 4:	Zustimmung zu Aussagen zum Thema Altwerden und Vorsorge.....	15
Abbildung 5:	Eignung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen	19
Abbildung 6:	Eignung finanzieller Vorsorgemaßnahmen.....	20
Abbildung 7:	Eignung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen	21
Abbildung 8:	Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen	24
Abbildung 9:	Gap-Analyse gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen	25
Abbildung 10:	Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen	28
Abbildung 11:	Gap-Analyse finanzieller Vorsorgemaßnahmen	29
Abbildung 12:	Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen.....	31
Abbildung 13:	Gap-Analyse rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen	31
Abbildung 14:	Wöchentlicher Zeitaufwand für die eigene Gesundheitsvorsorge	34
Abbildung 15:	Barrieren einer stärkeren Investition in Gesundheitsvorsorge	35
Abbildung 16:	Monatliche Aufwendungen für die eigene finanzielle Vorsorge.....	36
Abbildung 17:	Barrieren einer stärkeren Investition in finanzielle Vorsorge	36
Abbildung 18:	Verbreitung von Gesundheitstechnologien in der Gesellschaft.....	38
Abbildung 19:	Nutzung von Innovationen und Trends in der Gesundheitsvorsorge	39
Abbildung 20:	Auswirkungen der Ermittlung von Gesundheitsparametern auf die Häufigkeit von Arztbesuchen.....	43

Tabellen

Tabelle B1:	Subgruppenanalyse der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen	56
Tabelle B2:	Subgruppenanalyse der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen	58
Tabelle B3:	Subgruppenanalyse der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen	60
Tabelle B4:	Subgruppenanalyse der Nutzung von Gesundheitstechnologien	62
Tabelle C1:	Regressionsanalysen der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen	64
Tabelle C2:	Regressionsanalysen der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen	66
Tabelle C3:	Regressionsanalysen der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen	68
Tabelle C4:	Regressionsanalysen der Nutzung von Gesundheitstechnologien	70

Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit meist das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht – auf alle Geschlechter.

1 Einleitung

In Deutschland lebten im Jahr 2024 rund 6 Millionen Menschen im Alter von 80 Jahren oder älter. Aktuelle Bevölkerungsprojektionen gehen davon aus, dass die Zahl in den kommenden Jahrzehnten deutlich zunehmen wird, da geburtenstarke Kohorten in das hohe Alter vorrücken und die Lebenserwartung weiter steigt. Bis 2050 könnte die Zahl der Hochaltrigen demnach auf rund 10 Millionen anwachsen (Statistisches Bundesamt 2026a). In diesem Kontext steigt auch die Zahl der Personen, die das 100. Lebensjahr erreichen oder überschreiten. Ende 2024 lebten in Deutschland rund 17.900 Hundertjährige – ein Anstieg um annähernd ein Viertel gegenüber 2011 (Statistisches Bundesamt 2025). Mit steigender Lebenserwartung verlängert sich nicht nur die Lebensspanne, sondern auch der Zeitraum, in dem gesundheitliche, finanzielle und rechtlich-organisatorische Risiken eintreten können. Dies betrifft insbesondere die zunehmende Prävalenz chronischer Erkrankungen und Multimorbidität, eine verlängerte Rentenbezugsdauer sowie einen wachsenden Pflege- und Unterstützungsbedarf. Vor diesem Hintergrund gewinnt das individuelle Vorsorgeverhalten zunehmend an gesellschaftlicher und gesundheitspolitischer Relevanz. Auch für die Versicherungswirtschaft – insbesondere die private Kranken-, Pflege- und Lebensversicherung – ergeben sich hieraus unmittelbare Implikationen für die langfristige Kalkulation von Versicherungsleistungen, die Gestaltung von Vorsorgeprodukten sowie die Beratung und Unterstützung der Versicherten.

Vorsorge umfasst sämtliche Maßnahmen zur Reduzierung bzw. Absicherung zukünftiger Risiken und lässt sich grob in gesundheitliche, finanzielle und rechtlich-organisatorische Maßnahmen unterteilen. Gesundheitliche Vorsorge umfasst dabei Maßnahmen zur Früherkennung und Vermeidung von Krankheiten sowie zur Förderung und Erhaltung der Gesundheit – etwa durch einen gesunden Lebensstil, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen oder Impfungen (BMG 2026). Über diese klassischen Präventionsmaßnahmen hinaus zählen auch soziale Teilhabe sowie die Förderung der psychischen Gesundheit zu gesundheitlicher Vorsorge (Holt-Lunstad et al. 2010; Walker et al. 2015). Ergänzt wird dies zunehmend durch digitale Gesundheitstechnologien (z. B. Gesundheits-Apps und Wearables), die ein gesundheitsförderliches Verhalten unterstützen und zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen können (Ferguson et al. 2022). Finanzielle Vorsorge dient der Absicherung gegen zukünftige Einkommens- oder Kostenrisiken, beispielsweise durch den Abschluss von Versicherungen, Vermögensaufbau oder Immobilienerwerb (Bäcker und Kistler 2024). Ergänzend dazu umfasst rechtlich-organisatorische Vorsorge Regelungen für Entscheidungs- und Verantwortungsfragen im Fall eingeschränkter Handlungsfähigkeit im Alter, etwa durch Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen sowie die Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten (BMJV 2026).

Die bisherige Forschung untersucht gesundheitliches, finanzielles und rechtlich-organisatorisches Vorsorgeverhalten weitgehend isoliert voneinander und konzentriert sich dabei überwiegend auf einzelne Vorsorgeaspekte. Für die gesundheitliche Vorsorge zeigen Analysen auf Basis der Erhebung Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA), dass Gesundheits-Check-ups lediglich von rund der Hälfte der Anspruchsberechtigten wahrgenommen werden, wobei ein ausgeprägter sozialer Gradient besteht. So nehmen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status signifikant seltener teil, wobei dieser Zusammenhang bei Männern stärker ausgeprägt ist als bei Frauen (Hoebel et al. 2013). Bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen liegen die Teilnahmequoten je nach Untersuchungsart zwischen 16 % und 48 % (Starker et al. 2018). Hoebel et al. (2014) identifizieren zudem ein Präventionsdilemma, wonach gerade Personen mit hohem Präventionsbedarf Vorsorgeangebote seltener nutzen. Zudem erweisen sich soziale Beziehungen als relevante Prädiktoren der Inanspruchnahme (Bremer et al. 2019). Darüber hinaus weisen internationale Vergleiche darauf hin, dass Deutschland trotz eines im europäischen Vergleich sehr guten Zugangs zur Gesundheitsversorgung bei gesundheitsrelevanten Lebensstilfaktoren wie Alkoholkonsum, Ernährung und Bewegung lediglich durchschnittlich bis unterdurchschnittlich abschneidet (Begerow et al. 2025). Im Bereich der finanziellen Vorsorge zeigt die Panelstudie Sparen und Altersvorsorge in Deutschland (SAVE), dass 39 % der Haushalte über keinerlei ergänzende Altersvorsorgeprodukte jenseits der gesetzlichen Rentenversicherung verfügen, wobei insbesondere Personen mit niedrigem Einkommen, niedriger

Bildung und geringem Finanzwissen die größten Vorsorgelücken aufweisen (Börsch-Supan et al. 2015). Bucher-Koenen und Lusardi (2011) belegen zudem einen kausalen Zusammenhang zwischen Finanzkompetenz und Altersvorsorgeplanung mit signifikanten Unterschieden nach Geschlecht, Bildung und Region. Hinsichtlich der rechtlich-organisatorischen Vorsorge zeigen Daten des Deutschen Alterssurveys (DEAS), dass lediglich 45 % der Personen ab 50 Jahren über eine Patientenverfügung verfügen, wobei Frauen signifikant häufiger vorsorgen als Männer und die Verbreitung mit dem Alter zunimmt (Wurm et al. 2023). Trotz hoher Bekanntheit von Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten bestehen zugleich erhebliche Wissensdefizite hinsichtlich deren konkreter Inhalte und Abgrenzung (Fleischmann et al. 2023). Nach aktuellem Kenntnisstand liegen bislang keine Studien vor, die die drei Vorsorgedimensionen integriert betrachten. Die vorliegende Befragungsstudie setzt an dieser Forschungslücke an, um ein ganzheitliches Bild des Vorsorgeverhaltens zu ermöglichen.

Die Befragung wurde vom Konzern Versicherungskammer (VKB) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) durchgeführt und basiert auf einer standardisierten Onlinebefragung der deutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren. Die Befragung erfolgte im November 2025 über die Marktforschungsplattform Appinio. Insgesamt nahmen 3.000 Personen an der Befragung teil. Ziel der Studie ist es zu untersuchen, welche Einstellungen die deutsche Bevölkerung gegenüber dem Erreichen eines Alters von 100 Jahren hat, welches individuelle Verständnis von Vorsorge vorliegt, welche subjektive Relevanz gesundheitlichen, finanziellen sowie rechtlich-organisatorischen Vorsorgemaßnahmen zugeschrieben wird und in welchem Ausmaß entsprechende Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung liegt auf der Nutzung von Innovationen und neuen Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge (z. B. Gesundheits-Apps, Wearables).

Die Studie ist in sechs Kapitel gegliedert. Nach der Einleitung wird in Kapitel 2 die zugrunde liegende Methodik beschrieben, gefolgt von der Darstellung der Stichprobe in Kapitel 3. In Kapitel 4 werden zunächst die theoretischen Grundlagen der jeweiligen Themenbereiche dargelegt, bevor die Befragungsergebnisse deskriptiv ausgewertet werden. Für ausgewählte Fragestellungen werden darüber hinaus die Ergebnisse bivariater Subgruppenanalysen sowie multivariater Regressionsanalysen dargestellt. Kapitel 5 fasst die Ergebnisse zusammen, während Kapitel 6 abschließend die zentralen Schlussfolgerungen und Implikationen der Studie formuliert.

2 Methodisches Vorgehen

2.1 Studiendesign

Die Befragung ist als explorative Querschnittserhebung konzipiert und basiert auf einer standardisierten Onlinebefragung der deutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren¹. Insgesamt nahmen 3.000 Personen an der Befragung teil, was belastbare statistische Auswertungen sowie differenzierte Subgruppenanalysen ermöglicht. Die Stichprobe wurde onlinerepräsentativ aufgebaut und gezielt an der Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland ausgerichtet, um eine möglichst realitätsnahe Abbildung der deutschen Bevölkerung zu gewährleisten.²

Ziel der Studie ist es, die Einstellungen der deutschen Bevölkerung zum Altwerden sowie deren Vorsorgeverständnis und Vorsorgeverhalten zu analysieren, ohne einen kausalen Erklärungsanspruch zu erheben. Die Analysen erfolgen deskriptiv und werden für ausgewählte Fragestellungen durch bivariate Subgruppenanalysen und multivariate Regressionsanalysen ergänzt, um Unterschiede zwischen Teilgruppen zu identifizieren und potenzielle Einflussfaktoren zu analysieren.

2.2 Erhebungsinstrument

Für die Befragung kam ein standardisierter Onlinefragebogen zur Anwendung, der vom Konzern Versicherungskammer (VKB) in Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Institut der PKV (WIP) entwickelt wurde. Der Fragebogen durchlief einen Pretest und wurde auf Verständlichkeit geprüft.

Das Erhebungsinstrument ist in verschiedene thematische Abschnitte gegliedert und umfasst psychologische Perspektiven des Altwerdens (Einstellungen, Gedanken und Gefühle zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung), das individuelle Verständnis von Vorsorge und die wahrgenommene Eignung von Maßnahmen aus den Bereichen Gesundheitsvorsorge (u. a. Bewegung, Ernährung, Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen), Finanzvorsorge (u. a. Abschluss von Zusatzversicherungen, Immobilienerwerb) und rechtlich-organisatorische Vorsorge (u. a. Regelung von Vollmachten) sowie die Umsetzung dieser Maßnahmen im Alltag. Ein weiterer Schwerpunkt der Befragung liegt auf der Nutzung von Innovationen und aktuellen Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge (z. B. Gesundheits-Apps, Wearables). Der Fragebogen enthält geschlossene, offene sowie halboffene Fragen, sodass sowohl quantitative Daten erhoben als auch qualitative Einblicke in die Einstellungen der Befragten gewonnen werden können.

Frage 1 des Erhebungsinstruments erfasst die subjektive Lebenserwartung der Befragten, gefolgt von den frei formulierten Gedanken und Gefühlen der Befragten zur Vorstellung, selbst 100 Jahre alt zu werden in Frage 2. Anschließend wird in einer geschlossenen Frage erfasst, ob die Befragten dem Erreichen eines Alters von 100 Jahren (sehr) positiv, neutral oder (sehr) negativ gegenüberstehen (Frage 3). Das Alter von 100 Jahren dient dabei als bewusst gewählter Referenzpunkt, der über die heutige durchschnittliche Lebenserwartung hinausgeht, angesichts der dargestellten demografischen Entwicklung jedoch ein zunehmend realistisches Szenario darstellt.

Die Fragen 4 bis 6 des Fragebogens beschäftigen sich mit verschiedenen Aspekten des Vorsorgeverhaltens der Befragten. Zur Erfassung des individuellen Vorsorgeverständnisses dient zunächst eine offene Frage, in der die Befragten frei formulieren, was sie unter Vorsorge verstehen, wodurch individuelle Deutungen ohne Einschränkung durch vorgegebene Antwortkategorien erfasst werden (Frage 4). Daraufhin wird

1 Die Altersspanne von 16 bis 79 Jahren wurde gewählt, um ein breites Spektrum an Lebensphasen und Vorsorgeperspektiven abzubilden. Hochaltrige ab 80 Jahren wurden nicht einbezogen, da die methodischen Anforderungen einer Onlinebefragung, insbesondere hinsichtlich digitaler Erreichbarkeit und kognitiver Belastbarkeit, eine valide Erhebung in dieser Altersgruppe erheblich erschwert hätten.

2 Aufgrund des Onlineformats ist von einer höheren digitalen Affinität der Teilnehmenden auszugehen, sodass Personen ohne Internetzugang oder mit geringer digitaler Kompetenz tendenziell unterrepräsentiert sind, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu berücksichtigen ist.

in einer geschlossenen Frage die Eignung verschiedener Vorsorgemaßnahmen zur Verringerung bzw. Absicherung von Risiken im Alter erfasst (Frage 5). Auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr wenig“ bis „sehr stark“ sind die Befragten dazu aufgefordert, insgesamt zwölf gesundheitliche, vier finanzielle und vier rechtlich-organisatorische Aspekte hinsichtlich ihrer Eignung als Vorsorgemaßnahmen zu bewerten. Darüber hinaus wird in Frage 6 erfasst, in welchem Umfang die genannten Vorsorgeaspekte bereits umgesetzt werden. Die Bewertung erfolgt ebenfalls anhand einer fünfstufigen Likert-Skala, die von „(fast) gar nicht“ bis „voll und ganz“ reicht.

Die Fragen 7 bis 10 befassen sich mit den zeitlichen und finanziellen Investitionen der Befragten in die eigene Vorsorge. Dabei wird erfasst, wie viel Zeit sie wöchentlich gezielt für Gesundheitsvorsorgeaktivitäten wie Sport, Bewegung oder Yoga aufwenden (Frage 7) und wie viel Geld sie monatlich für finanzielle Absicherung und Vermögensaufbau, etwa durch Versicherungen, Kapitalanlagen oder Immobilienfinanzierung, einsetzen (Frage 9). Ergänzend wird erfragt, was die Befragten daran hindert, noch mehr Zeit oder Geld in ihre Gesundheits- bzw. Finanzvorsorge zu investieren (Frage 8 und Frage 10). Die Abfrage erfolgt gestützt, indem mögliche Gründe vorgegeben wurden (z. B. Priorisierung anderer Themen, zeitliche oder finanzielle Einschränkungen, fehlende Informationen).

Frage 11 erfasst auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „stimme überhaupt nicht zu“ bis „stimme voll und ganz zu“ die Zustimmung der Befragten zu fünf Aussagen rund um das Thema Altwerden und Vorsorge. Die Aussagen beziehen sich auf Erwartungen an ein langes Leben, finanzielle Absicherung, Gedanken über das Älterwerden sowie Motivationen und Sorgen hinsichtlich Gesundheit und Selbstständigkeit im Alter.

Schließlich widmen sich die Fragen 12 bis 14 Innovationen und aktuellen Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge. Dabei erfasst Frage 12 die wahrgenommene allgemeine Verbreitung solcher Technologien in der Gesellschaft, während Frage 13 die individuelle Nutzung von Fitness- und Gesundheits-Apps, Wearables, digitalen Therapie- und Coaching-Programmen, digitalen Gesundheitsanalysen sowie Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends im Alltag untersucht. Frage 14 dient der Einschätzung möglicher Zusammenhänge zwischen der Ermittlung von Gesundheitsparametern durch moderne Technik und der Häufigkeit von Arztbesuchen.

Weitere Einzelheiten sind dem Fragebogen in Anhang A zu entnehmen. Die aus der Befragung gewonnenen Informationen wurden ergänzt um Strukturdaten, die über Appinio erhoben werden. Diese umfassen die folgenden Merkmale: Geschlecht, Alter, Bundesland und Urbanisierungsgrad des Wohnortes, höchster Bildungsabschluss, Erwerbsstatus, Familienstand, Haushaltsgröße, Haushaltsnettoeinkommen und Anzahl der Kinder unter 18 Jahren im Haushalt.

2.3 Durchführung der Befragung

Die Befragung wurde im Zeitraum vom 12.11.2025 bis zum 15.11.2025 online über die Crowd-Marktforschungsplattform Appinio durchgeführt. Die Rekrutierung der Teilnehmenden erfolgte über das bestehende Onlinepanel von Appinio. Die Teilnahme an der Befragung war freiwillig und anonym. Darüber hinaus ist die Teilnahme an Umfragen auf der Plattform Appinio grundsätzlich incentiviert: Teilnehmende erhalten für die Beantwortung von Befragungen standardmäßig sogenannte Reward-Coins (Belohnungspunkte), die gegen Gutscheine eingelöst oder an wohltätige Projekte gespendet werden können.

Darüber hinaus greift die Plattform Appinio bei Befragungen auf standardisierte Qualitätsmechanismen zurück. Diese umfassen unter anderem eine mehrstufige Authentifizierung der Teilnehmenden über die Verifizierung der Konten per Mobilnummer und Apple- oder Google-Anmeldung sowie über Geo-Checks zur Sicherstellung der Übereinstimmung von IP-Adresse und Länderkennung. Während der Datenerhebung kommen sowohl automatisierte als auch manuelle Verfahren zur Erkennung verdächtigen Antwortverhaltens zum Einsatz. Hierzu zählen unter anderem die Identifikation von sogenannten Schnell-

antwortern und Straightlinern³ sowie die Prüfung inkonsistenter Antwortmuster über mehrere Fragen hinweg. Zusätzlich wurden die Antworten auf offene Fragen einer vertieften Validierung unterzogen. Diese erfolgte automatisiert und unterstützend durch KI-basierte Verfahren, die unter anderem sinnlose, themenfremde, doppelte oder sprachlich unplausible Antworten identifizierten. Ergänzend überprüfte ein Research-Team von Appinio auffällige Fälle manuell, um Fehlklassifikationen zu vermeiden und valide Antworten nicht fälschlicherweise auszuschließen. Durch diese Kombination aus technischen, algorithmischen und manuellen Qualitätskontrollen wird eine hohe Validität und Reliabilität der erhobenen Daten gewährleistet.

2.4 Datenauswertung

Alle geschlossenen Fragen des Fragebogens wurden zunächst deskriptiv ausgewertet, indem absolute und relative Häufigkeiten je Antwortkategorie berechnet wurden. Die Darstellungen der relativen Häufigkeiten orientieren sich an der Gesamtzahl an gültigen Antworten. Nicht beantwortete Fragen (fehlende Werte) gingen nicht in die Auswertungen ein. Zur anschaulichen Darstellung wurden die Ergebnisse in grafischer Form aufbereitet, z. B. als Balken- oder Kreisdiagramme. Offene Fragen wurden KI-gestützt über Appinio ausgewertet, indem die Antworten bereinigt, nach Themen oder Kategorien gruppiert und zusammengefasst wurden, um zentrale Themen und wiederkehrende Muster systematisch zu erfassen.

Für ausgewählte Fragen wurden darüber hinaus Subgruppenanalysen durchgeführt, um Unterschiede zwischen einzelnen Teilgruppen innerhalb der Stichprobe zu untersuchen. Diese umfassen die tatsächliche Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen (Frage 6) sowie die Nutzung von Gesundheitstechnologien (Frage 13). Die Frage zur Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen umfasst 20 Likert-skalierte Items, die thematisch in drei Subskalen gegliedert wurden: gesundheitliche Vorsorge (12 Items), finanzielle Vorsorge (4 Items) und rechtlich-organisatorische Vorsorge (4 Items). Die fünf Items zur Nutzung unterschiedlicher Gesundheitstechnologien (Frage 13) wurden ebenfalls zu einer eigenen Skala zusammengefasst. Für jede Skala bzw. Subskala wurde die interne Konsistenz der Items mittels Cronbachs Alpha geprüft (Tavakol und Dennick 2011). Alle Skalen wiesen eine ausreichende Reliabilität von $\alpha \geq 0,7$ auf, sodass die Items unter Berechnung des Mittelwerts zu einer Skala zusammengefasst werden konnten.⁴ Die so gebildeten Skalen bilden die Grundlage für die Gruppenvergleiche nach den folgenden Merkmalen: Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus und Einstellung zum Altwerden.

Das Alter wird in drei Gruppen operationalisiert (16–34, 35–54 und 55–79 Jahre), um unterschiedliche Lebensphasen abzubilden, die mit variierenden Vorsorgebedarfen und -möglichkeiten einhergehen. Das Geschlecht wird einbezogen, um geschlechtsspezifische Unterschiede im Vorsorgeverhalten zu adressieren. Der höchste Bildungsabschluss wird herangezogen, da er eng mit Gesundheits- und Finanzkompetenz, Rechtswissen sowie mit der Fähigkeit zur Informationsverarbeitung und langfristigen Planung verknüpft ist. Die Differenzierung erfolgt in niedrige Bildung (maximal mittlere Reife), mittlere Bildung (ohne Studium) und hohe Bildung (mit Studium). Da finanzielle Ressourcen eine zentrale Voraussetzung für Vorsorge, insbesondere im finanziellen Bereich darstellen, wird darüber hinaus das Haushaltsnettoeinkommen einbezogen, das ebenfalls in drei Gruppen eingeteilt wurde: niedrig (bis 2.000 Euro), mittel (über 2.000 bis 4.000 Euro) und hoch (über 4.000 Euro). Zudem wird der Erwerbsstatus berücksichtigt, da er unterschiedliche Lebenslagen sowie die institutionelle Einbindung in soziale Sicherungssysteme abbildet. Er wird differenziert nach erwerbstätig (angestellt oder selbstständig), in Schule/Ausbildung/Studium, nicht erwerbstätig, in Rente sowie einer Restkategorie (Sonstige). Zusätzlich werden Unterschiede zwischen Personen mit positiver, neutraler und negativer Einstellung zum Altwerden betrachtet,

3 Unter Schnellantwortern werden Teilnehmende verstanden, deren Antwortzeit im Verhältnis zur Länge der Umfrage und Fragenkomplexität ungewöhnlich kurz ist. Sogenannte Straightliner sind Teilnehmende, die über eine signifikante Anzahl von Fragen hinweg durchgehend dieselbe Antwortoption wählen.

4 Konkret wurden für die interne Konsistenz folgende Werte ermittelt: Index gesundheitlicher Vorsorge ($\alpha = 0,87$), Index finanzieller Vorsorge ($\alpha = 0,84$), Index rechtlich-organisatorischer Vorsorge ($\alpha = 0,85$), Index der Nutzung von Gesundheitstechnologien ($\alpha = 0,78$).

da individuelle Zukunftserwartungen und Bewertungen des Alterungsprozesses das Vorsorgeverhalten beeinflussen können. Die Klassifikation erfolgt dabei auf Grundlage der Antworten auf Frage 3 des Fragebogens (siehe Anhang A). Aufgrund ihrer quasi-metrischen Eigenschaften und der ausreichenden internen Konsistenz wurden für die aus den Likert-Items gebildeten Skalen Gruppenvergleiche mittels parametrischer Tests durchgeführt. Bei zwei Gruppen (z. B. Geschlecht) kamen t-Tests zum Einsatz, bei mehr als zwei Gruppen (z. B. Altersgruppen) eine Analysis of Variance (ANOVA). ANOVA prüft zunächst global, ob sich mindestens eine Gruppe signifikant von den anderen unterscheidet. Bei signifikanter ANOVA ($p < 0,05$) wurden zusätzlich paarweise Post-hoc-Vergleiche mittels Tukey HSD (honestly significant difference)-Tests durchgeführt, um zu identifizieren, welche Gruppen sich signifikant voneinander unterscheiden. Um die praktische Bedeutsamkeit signifikanter Unterschiede zu bewerten, wurden zusätzlich Effektstärken berechnet. Für t-Tests wird die Effektstärke Cohen's d berechnet, indem der Mittelwertunterschied beider Gruppen durch die gepoolte Standardabweichung dividiert wird. Die berechneten Werte werden folgendermaßen interpretiert: $0,2 \leq |d| < 0,5$ (kleiner Effekt), $0,5 \leq |d| < 0,8$ (mittlerer Effekt) und $|d| \geq 0,8$ (großer Effekt). Die Effektstärke η^2 wird im Rahmen von ANOVA berechnet, indem die Quadratsumme zwischen den Gruppen durch die gesamte Quadratsumme geteilt wird. Werte von $0,01 \leq \eta^2 < 0,06$ entsprechen einem kleinen Effekt, Werte von $0,06 \leq \eta^2 < 0,14$ einem mittleren Effekt und Werte von $\eta^2 \geq 0,14$ einem großen Effekt (Lakens 2013).

Um Einflussfaktoren auf die Umsetzung von Maßnahmen aus den Bereichen gesundheitlicher, finanzieller und rechtlich-organisatorischer Vorsorge zu identifizieren, wurden zudem multivariate lineare Regressionsanalysen geschätzt. Während für die bivariaten Subgruppenanalysen aus Gründen der Übersichtlichkeit lediglich die sechs oben beschriebenen Merkmale analysiert wurden, flossen in die multivariaten Regressionsanalysen alle verfügbaren soziodemografischen Variablen ein (einfache Modellspezifikation). In einer erweiterten Modellspezifikation wurde zusätzlich die wahrgenommene Eignung von Maßnahmen aus allen drei Vorsorgebereichen (jeweils als Skala) aufgenommen, um den Einfluss der wahrgenommenen Sinnhaftigkeit auf die Umsetzung zu prüfen. Ebenfalls aufgenommen wurde die Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen aus den jeweils anderen beiden Vorsorgebereichen, um Zusammenhänge zwischen den Vorsorgebereichen zu berücksichtigen. In einer weiteren Modellspezifikation wurden zusätzlich Variablen zur subjektiven Alterswahrnehmung (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung⁵) aufgenommen. Die Einflussfaktoren auf den Index der Nutzung von Gesundheitstechnologien wurden ebenfalls in einem multivariaten linearen Regressionsmodell unter Einbezug der zuvor beschriebenen Merkmale geschätzt.

Alle Auswertungen wurden mit der Statistiksoftware R durchgeführt. Für die Berechnung von Cronbachs Alpha wurde das Paket psych (Revelle 2026) herangezogen. Die Subgruppenanalysen erfolgten mithilfe des Pakets rstatix (Kassambara 2025). Die grafischen Darstellungen wurden mit Microsoft Excel erstellt.

5 Die subjektive Lebenserwartung wurde dafür in drei Kategorien eingeteilt: „Maximal 75 Jahre“, „76 bis 90 Jahre“, „Älter als 90 Jahre“.

3 Beschreibung der Stichprobe

Im Folgenden wird die Stichprobe (n = 3.000) anhand zentraler soziodemografischer Merkmale beschrieben. Dazu zählen Alter, Geschlecht, Haushaltsnettoeinkommen, Erwerbsstatus, Bundesland und Urbanisierungsgrad des Wohnortes, Haushaltsgröße, höchster Bildungsabschluss, Familienstand sowie die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder unter 18 Jahren. Die Verteilung dieser Merkmale ist in Abbildung 1 dargestellt.

Das Alter der Befragten wurde im Rahmen der Befragung nach Einzelalter erfasst und für die Auswertung in sechs Altersgruppen eingeteilt (16–24 Jahre, 25–34 Jahre, 35–44 Jahre, 45–54 Jahre, 55–64 Jahre, 65–79 Jahre). Die größten Altersgruppen bilden die 25- bis 34-Jährigen, die 35- bis 44-Jährigen, die 45- bis 54-Jährigen und die 55- bis 64-Jährigen mit jeweils knapp unter 20 %. Ältere Befragte im Alter von 65 bis 79 Jahren machen etwa 13 % aus, während die jüngste Altersgruppe der 16- bis 24-Jährigen mit rund 11 % den kleinsten Anteil stellt. Das durchschnittliche Alter in der Stichprobe beträgt 45,2 Jahre und liegt damit in einem Lebensabschnitt, in dem Vorsorgethemen typischerweise an Relevanz gewinnen (z. B. eigene gesundheitliche Veränderungen, Pflege der Eltern, Überprüfung der Altersvorsorge). Die Geschlechterverteilung in der Stichprobe ist nahezu ausgeglichen (Männer: 49,9 %, Frauen: 51,1 %).

In Bezug auf den höchsten Bildungsabschluss zeigt sich ein hoher Anteil mittlerer und höherer Abschlüsse. Am häufigsten vertreten sind Personen mit abgeschlossener (postsekundärer, nicht-tertiärer) Berufsausbildung, die knapp 41 % der Stichprobe ausmachen. Darauf folgen Abschlüsse der unteren Sekundarstufe⁶ (etwa 19 %) und höheren Sekundarstufe⁷ (14 %) sowie Bachelor oder ähnliche Abschlüsse (11 %) und Master oder vergleichbare Abschlüsse (knapp 9 %). Knapp 4 % der Befragten verfügen über eine kurze tertiäre Ausbildung in Form einer Meisterausbildung. Befragte mit sehr niedriger Bildung, darunter Grundschul- oder Förderschulabschlüsse sowie fehlender Schulabschlüsse, machen zusammen lediglich 1,6 % der Stichprobe aus.

Rund zwei Drittel der Befragten sind erwerbstätig (angestellt oder selbstständig). Personen im Ruhestand machen etwa 16 % aus, während rund 8 % Schüler, Studierende oder Auszubildende sind. 8 % der Befragten sind nicht erwerbstätig.

Beim Haushaltsnettoeinkommen zeigt sich eine Konzentration auf mittlere Einkommensklassen. Am häufigsten vertreten sind Haushalte mit einem monatlichen Einkommen zwischen 2.000 und 3.000 Euro (rund 22 %) sowie zwischen 3.000 und 4.000 Euro (etwa 19 %). Einkommen zwischen 1.000 und 2.000 Euro machen rund 18 % aus, während knapp 14 % der Befragten ein Einkommen zwischen 4.000 und 5.000 Euro zur Verfügung haben. Niedrigere Einkommen unter 1.000 Euro sowie sehr hohe Einkommen über 6.000 Euro sind mit jeweils knapp 9 % deutlich seltener vertreten.

Zudem wurde das Bundesland des Wohnortes erfasst und für die Auswertung zu vier Regionen aggregiert (Nord, Ost, Süd, West)⁸. Die meisten Befragten kommen aus den westdeutschen Bundesländern (etwa 36 %), gefolgt von Süd- und Ostdeutschland (jeweils rund 23 %). Die wenigsten Befragten wohnen im Norden Deutschlands (etwa 17 %). Knapp zwei Drittel der Befragten leben in kleinstädtisch-ländlichen Regionen Deutschlands mit weniger als 100.000 Einwohnern, während etwa ein Drittel in großstädtisch-urbanen Regionen wohnt.

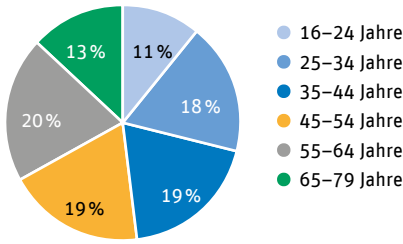
6 Unter einem Abschluss der unteren Sekundarstufe werden sowohl Abschlüsse der Volks- oder Hauptschule bzw. der polytechnischen Oberschule nach der 8. oder 9. Klasse als auch die mittlere Reife und Abschlüsse der Realschule oder der polytechnischen Oberschule nach der 10. Klasse zusammengefasst.

7 Abschlüsse der höheren Sekundarstufe umfassen Fachhochschulreife, allgemeine Hochschulreife (Abitur), fachgebundene Hochschulreife sowie Abschlüsse der erweiterten Oberschule nach der 12. Klasse und Berufsausbildungen ohne Abschluss.

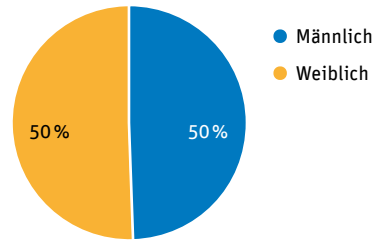
8 Die Region West setzt sich aus den Bundesländern Nordrhein-Westfalen, Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland zusammen. Die Region Süd umfasst Bayern und Baden-Württemberg. Zur Region Nord gehören Schleswig-Holstein, Hamburg, Bremen und Niedersachsen. Die Region Ost umfasst Berlin, Brandenburg, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Mecklenburg-Vorpommern.

Abbildung 1: Stichprobenbeschreibung

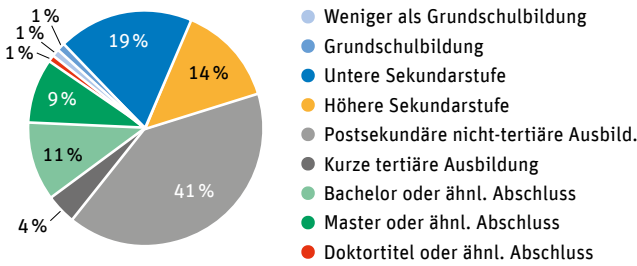
Alter



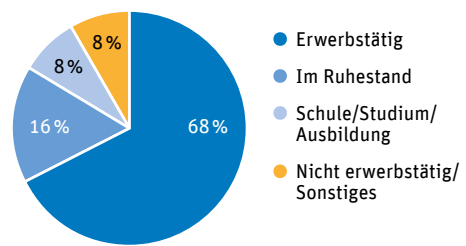
Geschlecht



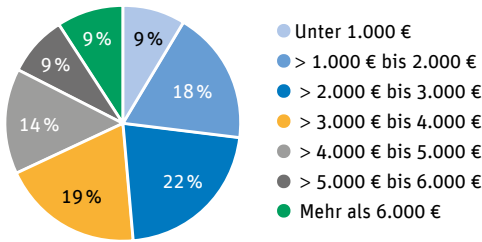
Höchster Bildungsabschluss



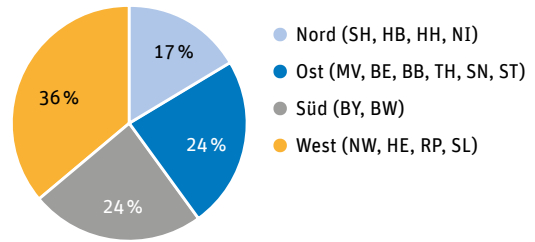
Erwerbsstatus



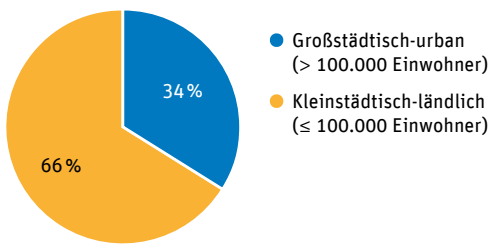
Haushaltsnettoeinkommen



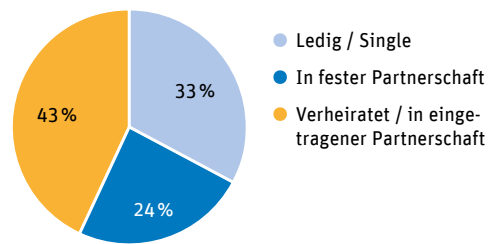
Region des Wohnortes



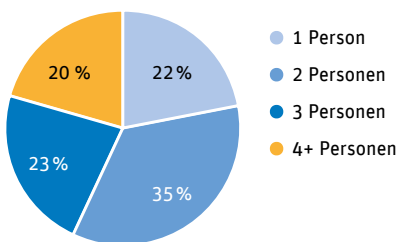
Urbanisierungsgrad des Wohnortes



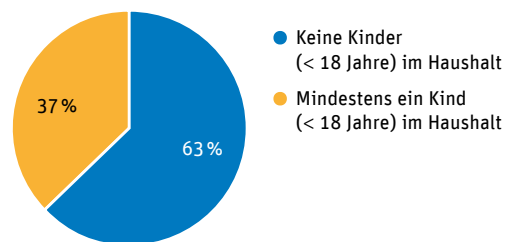
Familienstand



Haushaltsgröße



Kinder (<18 J.) im Haushalt



Quelle: Eigene Darstellung, n=3.000.

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Bezogen auf den Familienstand stellen verheiratete oder in eingetragener Partnerschaft lebende Personen mit rund 43 % die größte Gruppe dar. Ledige und Singles (inklusive Geschiedene und Verwitwete) machen etwa 33 % aus, während rund 24 % der Befragten in einer festen Partnerschaft leben. Die meisten Befragten leben in Zwei-Personen-Haushalten (etwa 35 %), gefolgt von Drei-Personen-Haushalten (etwa 23 %) und Ein-Personen-Haushalten (etwa 22 %). Haushalte mit vier oder mehr Personen stellen mit rund 20 % ebenfalls einen relevanten Anteil dar. Knapp 63 % der Befragten leben ohne minderjährige Kinder im Haushalt, während rund 37 % der Befragten angeben, mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren zusammenzuleben.

4 Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung dargestellt. Die Auswertung folgt weitgehend der thematischen Struktur des Fragebogens:

- Psychologische Perspektiven des Alterns (Kapitel 4.1, Fragen 1–3, 11)
- Vorsorgeverständnis und Bewertung von Vorsorgemaßnahmen (Kapitel 4.2, Fragen 4–5)
- Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen (Kapitel 4.3, Fragen 5–6)
- Investitionen in die eigene Vorsorge (Kapitel 4.4, Fragen 7–10)
- Digitale Innovationen und neue Trends in der Gesundheitsvorsorge (Kapitel 4.5, Fragen 12–14).

Jedes Unterkapitel führt zunächst in den thematischen Hintergrund und die theoretischen Grundlagen des jeweiligen Themenfelds ein und präsentiert anschließend die deskriptiven Befunde sowie für ausgewählte Fragestellungen Ergebnisse aus Subgruppen- und Regressionsanalysen.

4.1 Psychologische Perspektiven des Alterns

In diesem Unterkapitel werden zunächst die theoretischen Grundlagen zu Altersstereotypen und Alterswahrnehmungen sowie subjektiven Zukunftsperspektiven dargestellt. Diese bilden den Hintergrund für die anschließende Auswertung der Fragen zu Einstellungen, Gedanken und Gefühlen zum Altwerden sowie zur subjektiven Lebenserwartung der Teilnehmenden (Fragen 1–3, 11).

Theoretischer Hintergrund

Die kognitive und emotionale Auseinandersetzung mit dem eigenen Alterungsprozess bildet eine zentrale Grundlage für die Wahrnehmung des eigenen Vorsorgebedarfs und der Ausgestaltung des Vorsorgeverhaltens. Einen theoretischen Rahmen für diese Zusammenhänge liefert die Stereotype Embodiment Theory von Levy (2009), die beschreibt, wie gesellschaftlich verbreitete Altersstereotype – wie die Annahme, dass Altern zwangsläufig mit körperlichem Verfall, geistigem Abbau oder sozialer Isolation einhergeht – im Laufe des Lebens verinnerlicht werden, sich zu individuellen Einstellungen gegenüber dem eigenen Altern verfestigen und sich auf Verhalten und Gesundheit auswirken. Studien zeigen, dass negative Alterswahrnehmungen mit einer Verzögerung notwendiger medizinischer Versorgung (Sun und Smith 2017) und einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen (Levy et al. 2009) einhergehen. Positive Alterswahrnehmungen sind hingegen mit gesundheitsförderlichem Verhalten (Levy und Myers 2004; Huy et al. 2010), besserer körperlicher und kognitiver Leistungsfähigkeit (Levy et al. 2002a; Levy 2003) sowie längerer Lebenserwartung (Levy et al. 2002b) assoziiert. Während sich diese Befunde auf Unterschiede zwischen Personen mit positiver und negativer Alterswahrnehmung beziehen, zeigen Levy und Slade (2026) in einer Längsschnittstudie, dass positive Altersüberzeugungen auch mit tatsächlichen Verbesserungen kognitiver und körperlicher Funktionen über die Zeit einhergehen. Über den gesundheitlichen Bereich hinaus sind Alterswahrnehmungen auch für finanzielle Vorsorgeentscheidungen von Bedeutung (Heraty und McCarthy 2015).

Die Socioemotional Selectivity Theory nach Carstensen et al. (1999) betont die Rolle der subjektiv wahrgenommenen verbleibenden Lebenszeit für Ziel- und Prioritätensetzung. Demnach fördert eine lange Zukunftsperspektive langfristige, zukunftsorientierte Ziele, während eine als begrenzt erlebte Zukunft mit einer stärkeren Gegenwartsorientierung einhergeht, bei der emotional bedeutsame Ziele in den Vordergrund rücken. Für Vorsorgeverhalten ist dies von Bedeutung, da insbesondere finanzielle und rechtlich-organisatorische Vorsorge ihren Nutzen erst zeitversetzt entfaltet. Empirisch zeigt sich, dass die mit einer begrenzten Zeitperspektive einhergehende Priorisierung emotionaler Ziele dazu führen kann, belastende, aber gesundheitsrelevante Informationen zu meiden (Löckenhoff und Carstensen 2004),

während eine stärkere Zukunftsorientierung altersbedingte Rückgänge präventiven Gesundheitsverhaltens abschwächen kann (Kahana et al. 2005). Im Bereich der finanziellen Vorsorge zeigen Jacobs-Lawson und Hershey (2005), dass eine hohe Zukunftsorientierung mit verstärktem Sparverhalten für den Ruhestand einhergeht.

Zwischen den Ansätzen lassen sich plausible Verbindungen herstellen. So ist denkbar, dass internalisierte negative Altersstereotype nicht nur direkt auf Verhalten wirken, sondern auch subjektive Zukunftsperspektiven verkürzen: Personen, die das Alter vorwiegend mit Verlust, Abbau und Vulnerabilität assoziieren, könnten die eigene verbleibende Lebenszeit als begrenzter einschätzen. Umgekehrt spricht zudem einiges dafür, dass eine verkürzte subjektive Zukunftsperspektive die Ausbildung und Festigung negativer Altersbilder begünstigt, indem die Lebensphase Alter primär im Kontext von Endlichkeit, Verlust und eingeschränkten Handlungsspielräumen wahrgenommen wird. Vor diesem Hintergrund erscheint es plausibel, dass Alterswahrnehmungen und subjektive Zeitperspektiven im Kontext der vorliegenden Befragungsstudie eine wichtige Rolle spielen und im Zusammenspiel einen Erklärungsansatz dafür liefern können, inwieweit Personen bereit sind, bestimmte Vorsorgemaßnahmen zu ergreifen.

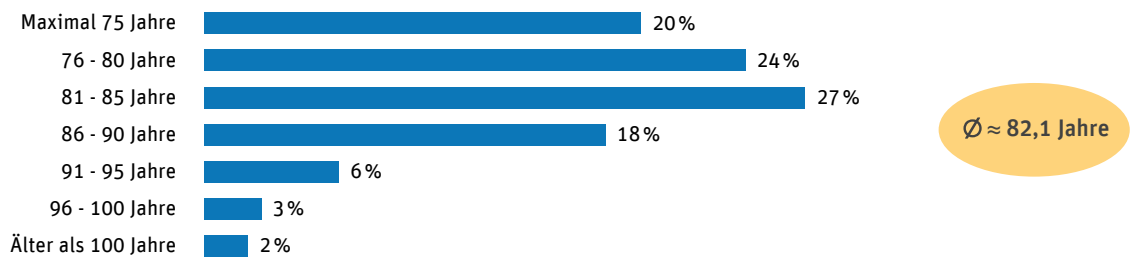
Befragungsergebnisse

Der Fragebogen umfasst mehrere Fragen, die verschiedene Aspekte der subjektiven Wahrnehmung und Einstellung zum Altwerden erfassen. Konkret wird untersucht, wie die Teilnehmenden ihre eigene Lebenserwartung einschätzen (Frage 1), welche Gedanken und Gefühle sie mit dem Altwerden verknüpfen (Frage 2), ob sie dem Altwerden gegenüber eher positiv oder negativ eingestellt sind (Frage 3) und inwiefern sie verschiedenen Aussagen zum Thema Altwerden und Vorsorge zustimmen (Frage 11).

Die Erfassung der selbsteingeschätzten Lebenserwartung (siehe Frage 1 in Anhang A) knüpft unmittelbar an die Socioemotional Selectivity Theory nach Carstensen an, der zufolge die subjektiv wahrgenommene verbleibende Lebenszeit ein zentraler Prädiktor für Zielprioritäten und zukunftsbezogenes Handeln ist und damit auch die Relevanzzuweisung sowie die Bereitschaft zur Investition in Vorsorgemaßnahmen beeinflussen kann. Abbildung 2 zeigt, dass fast ein Fünftel der Befragten (20 %) ein Lebensalter von höchstens 75 Jahren erwartet. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (51 %) schätzt ihre Lebenserwartung hingegen auf 76 bis 85 Jahre. Weitere 18 % der Befragten geben eine prognostizierte Lebenserwartung von 86 bis 90 Jahren an, während nur etwa 11 % der Befragten davon ausgehen, ein Alter von mindestens 90 Jahren zu erreichen. Im Durchschnitt liegt die selbsteingeschätzte Lebenserwartung der Befragten bei 82,1 Jahren.⁹ Der relativ hohe Anteil an Personen mit einer prognostizierten Lebenserwartung von höchstens 75 Jahren deutet darauf hin, dass es in der Stichprobe eine Gruppe von Personen mit eher geringeren oder pessimistischeren Zukunftserwartungen gibt, die nicht mit extremer Langlebigkeit, sondern mit einem moderat hohen Alter rechnet. Im Sinne der Socioemotional Selectivity Theory kann dies als Ausdruck einer verkürzten subjektiven Zukunftsperspektive verstanden werden, die mit einer stärkeren Gegenwartsorientierung und einer geringeren Fokussierung auf langfristige Ziele einhergeht. Der daraus resultierende verkürzte subjektive Planungshorizont könnte dazu führen, dass Vorsorge insgesamt als weniger relevant wahrgenommen und einzelne Vorsorgemaßnahmen niedriger priorisiert werden, da der erwartete Nutzen langfristiger Investitionen bei kürzerer angenommener Restlebenszeit geringer eingeschätzt wird. Hinzu kommt, dass viele dieser Einschätzungen unter der tatsächlichen mittleren Lebenserwartung in Deutschland liegen, die aktuell bei etwa 83,2 Jahren für Frauen und 78,5 Jahren für Männer liegt (Statistisches Bundesamt 2026b). Diese Unterschätzung der eigenen Lebensdauer könnte den Planungshorizont zusätzlich verkürzen und die Bereitschaft zur langfristigen Vorsorge weiter reduzieren (Rappange et al. 2016).

⁹ Der Mittelwert wurde näherungsweise berechnet, indem jeder Alterskategorie ihr Klassenmittelpunkt zugeordnet und anschließend nach der Personenanzahl gewichtet wurde. Bei offenen Kategorien („max. 75 Jahre“, „älter als 100 Jahre“) wurde jeweils datengestützt ein geschätzter Wert ermittelt.

Abbildung 2: Selbsteingeschätzte Lebenserwartung

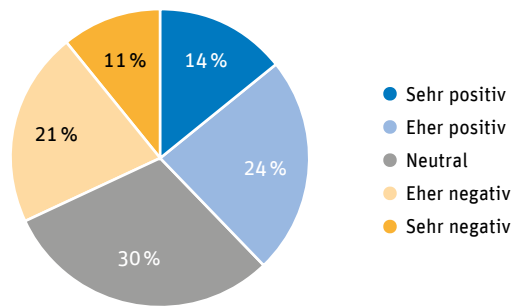


Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 1: „In dieser Umfrage geht es um das Alter und um alles, was dazu gehört. Auch wenn Sie das natürlich nicht genau wissen, aber was glauben Sie, wie alt Sie einmal werden (unter normalen Lebensumständen)?“).

Im Anschluss an die Selbsteinschätzung der eigenen Lebenserwartung wurden die Teilnehmenden in einer offenen Frage gebeten, sich gedanklich mit einem sehr hohen Lebensalter auseinanderzusetzen (siehe Frage 2 in Anhang A). Ausgehend von aktuellen Entwicklungen der Lebenserwartung in Deutschland und der Perspektive, dass künftig immer mehr Menschen ein Alter von 100 Jahren erreichen könnten, zielte die Frage darauf ab, Gedanken und Gefühle sowie die grundsätzliche Einstellung zum Thema Langlebigkeit zu erfassen. Im Sinne der Stereotype Embodiment Theory nach Levy können die hier erfassten spontanen Assoziationen als Ausdruck individueller Altersbilder verstanden werden, die auf internalisierten Altersstereotypen beruhen und kognitive wie emotionale Reaktionen auf das eigene Altwerden prägen. Die Auswertung der offenen Nennungen mit KI-Unterstützung zeigt, dass die Vorstellung, selbst ein Alter von 100 Jahren zu erreichen, bei den Befragten ein breites Spektrum an Gedanken und Gefühlen auslöst, das von Freude und Hoffnung bis hin zu Angst und Sorge reicht. Viele Teilnehmende verbinden ein sehr hohes Lebensalter mit positiven Gedanken und Gefühlen wie Dankbarkeit und Freude über die Aussicht, mehr Zeit mit Familie und nahestehenden Personen verbringen zu können. Einige Teilnehmer betonen darüber hinaus die Möglichkeit, viele Erfahrungen sammeln und neue Menschen kennenlernen zu können. Diese Beschreibungen lassen sich im Sinne der Stereotype Embodiment Theory als Ausdruck positiver Altersbilder interpretieren, in denen Langlebigkeit mit einem Zugewinn an Lebenszeit und Erfahrungsreichtum assoziiert ist. Gleichzeitig äußern viele Befragte jedoch erhebliche Bedenken und Ängste, die sich vor allem auf die körperliche und geistige Gesundheit im hohen Alter beziehen. Insbesondere die Angst vor körperlicher Gebrechlichkeit, dem Verlust kognitiver Leistungsfähigkeit sowie vor Krankheiten wie Demenz spielt eine zentrale Rolle. Darüber hinaus äußern viele Befragte Sorgen hinsichtlich eines möglichen Verlusts von Selbstständigkeit und einer Abhängigkeit von Pflege. Neben gesundheitlichen Aspekten werden auch soziale und emotionale Aspekte thematisiert, etwa die Gefahr von Einsamkeit durch den Verlust von Partnern, Freunden oder Familienangehörigen. Die Vorstellung, dass nahestehende Personen vor ihnen sterben, wird von den Befragten oft als belastend und beängstigend empfunden. Ergänzend treten wirtschaftliche und gesellschaftliche Überlegungen in den Vordergrund, wie Unsicherheiten hinsichtlich der finanziellen Absicherung im Alter, insbesondere in Bezug auf Renten und die finanzielle Belastbarkeit des Sozialsystems. Diese Befunde verweisen auf eher negative Altersbilder, in denen Alter primär mit Defiziten, Verlusten und Vulnerabilität assoziiert ist.

Daran anknüpfend wurden die Teilnehmenden in einer geschlossenen Frage dazu befragt, ob der Gedanke, selbst 100 Jahre alt werden zu können, für sie eher positiv oder eher negativ ist (siehe Frage 3 in Anhang A). Dabei äußern knapp 38 % der Befragten eine eher positive bis sehr positive Einstellung. Rund 32 % geben an, sehr negativ oder eher negativ darüber zu denken, während etwa 30 % eine neutrale Einstellung haben (siehe Abbildung 3). Insgesamt zeigt sich somit eine ambivalente Grundhaltung gegenüber dem Altwerden, die weder von ausgeprägtem Pessimismus noch von uneingeschränktem Optimismus dominiert wird. Dieses Muster deckt sich mit den zuvor in der offenen Frage erhobenen spontanen Assoziationen zum Thema Altwerden und spiegelt im Sinne der Stereotype Embodiment Theory wider, dass sowohl positive als auch negative Altersstereotype im individuellen Bewusstsein wirksam sind, die potenziell unterschiedliche Konsequenzen für vorsorgebezogene Einstellungen und Verhaltensweisen entfalten können.

Abbildung 3: Einstellung gegenüber dem Altwerden

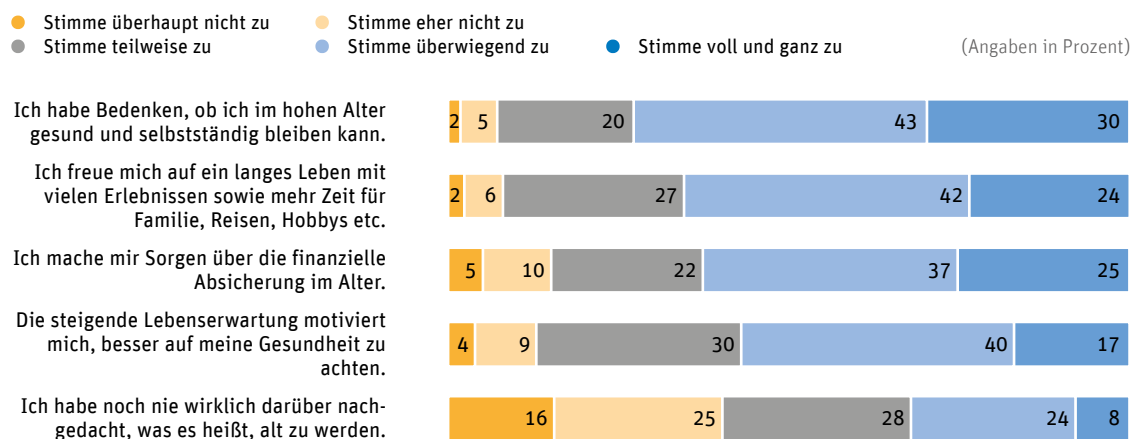


Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 3: „Ist der Gedanke, selbst einmal 100 Jahre alt werden zu können, für Sie eher positiv oder eher negativ?“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Aufbauend auf den zuvor erfassten offenen Gedanken und Gefühlen sowie der Einstellung zum Altwerden wurden die Teilnehmenden im weiteren Verlauf der Befragung gebeten, ihre Zustimmung zu bestimmten Aussagen zum Thema Altwerden und Vorsorge anzugeben (siehe Frage 11 in Anhang A). Die Ergebnisse bestätigen insgesamt die bereits in der offenen Frage beobachtete ambivalente Grundhaltung gegenüber dem Altwerden (siehe Abbildung 4). Während ein Teil der Befragten eine eher positive Grundhaltung hat und sich auf eine Lebensphase mit neuen Möglichkeiten freut, überwiegen bei anderen Unsicherheiten und Sorgen. Dabei zeigt sich, dass nicht ausschließlich finanzielle Faktoren im Zentrum der Befürchtungen stehen. Zwar äußern 62 % der Befragten Sorgen um ihre finanzielle Absicherung im Alter, doch erweist sich die Sorge um den Verlust von Gesundheit und Selbstständigkeit mit 73 % als die zentrale Befürchtung. Zugleich stimmen zwei Drittel der Befragten (66 %) der Aussage zu, sich auf ein langes Leben mit vielen Erlebnissen und mehr Zeit für Familie, Reisen und Hobbys zu freuen, während 57 % angeben, dass die steigende Lebenserwartung sie motiviere, stärker auf ihre Gesundheit zu achten. Demgegenüber stimmt knapp ein Drittel (32 %) der Aussage zu, sich bislang noch nie intensiver mit dem Thema Altwerden beschäftigt zu haben. Sämtliche Anteile beziehen sich jeweils auf die zusammengefassten Zustimmungswerte „stimme voll und ganz zu“ und „stimme überwiegend zu“.

Abbildung 4: Zustimmung zu Aussagen zum Thema Altwerden und Vorsorge



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 11: „Im Folgenden sehen Sie einige Aussagen zum Thema Vorsorge. Bitte geben Sie an, wie stark Sie diesen Aussagen zustimmen.“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Psychologische Perspektiven des Alterns

Zentrale Ergebnisse

Die Befragungsergebnisse zeigen ein ambivalentes Bild in Bezug auf die Einstellung zur Langlebigkeit: Während 38 % der Befragten das Erreichen eines Alters von 100 Jahren positiv bewerten, sehen 32 % dies eher kritisch. Für einen Teil der Befragten steht ein langes Leben vor allem für zusätzliche Lebenszeit, die mit Familie und Freunden verbracht werden kann. Für andere überwiegt hingegen die Sorge vor gesundheitlichen Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, finanzieller Unsicherheit und sozialer Isolation im Alter.

Schlussfolgerungen

Angesichts der steigenden Lebenserwartung gewinnt die aktive Gestaltung zusätzlicher Lebensjahre an Bedeutung, um diese möglichst gesund und selbstbestimmt verbringen zu können. Von zentraler Bedeutung ist dabei ein mentaler Wirkungskanal: Eine optimistische, von einer positiven Einstellung zum eigenen Älterwerden getragene Zukunftserwartung fördert die Eigenverantwortung und damit das Vorsorgeverhalten, was wiederum zu geringeren Kosten im Sozialsystem beitragen kann. Versicherungsunternehmen können hierzu einen wichtigen Beitrag leisten, indem sie Prävention stärken, individuelles Gesundheitsmanagement fördern und ergänzende Pflegevorsorge anbieten. Auf diese Weise wird den weitverbreiteten Befürchtungen hinsichtlich Krankheit und Pflegebedürftigkeit im Alter gezielt begegnet und zugleich die Voraussetzung für ein längeres Leben mit möglichst hoher Lebensqualität geschaffen.

4.2 Vorsorgeverständnis und Bewertung von Vorsorgemaßnahmen

Dieses Kapitel nimmt zunächst eine begriffliche Einordnung des Vorsorgebegriffs vor, bevor es unter Rückgriff auf das Health Belief Model nach Rosenstock der Frage nachgeht, welches Verständnis die Befragten von Vorsorge haben (Frage 4) und welche Relevanz sie verschiedenen Vorsorgemaßnahmen beimessen (Frage 5).

Definition des Vorsorgebegriffs

In der vorliegenden Arbeit wird Vorsorge als ein Bündel von Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, zukünftige Risiken unterschiedlicher Art zu reduzieren oder abzusichern. Konzeptionell lässt sich Vorsorge dabei in gesundheitliche, finanzielle sowie rechtlich-organisatorische Aspekte gliedern. Gesundheitliche Vorsorge zielt auf die Vermeidung von Erkrankungen und die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Risiken ab und umfasst neben klassischen präventiven Lebensstilmaßnahmen wie körperlicher Aktivität, gesunder Ernährung und der Vermeidung von Alkohol, Nikotin oder Drogen auch medizinisch-präventive Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. Darüber hinaus beinhaltet gesundheitsbezogene Vorsorge psychosoziale Komponenten, etwa die Pflege persönlicher sozialer Kontakte, den offenen Austausch mit Angehörigen über Themen wie Gesundheit und Altern sowie die aktive Freizeitgestaltung und Teilnahme am öffentlichen Leben, die einen wesentlichen Beitrag zum ganzheitlichen Wohlbefinden und zur Gesundheit leisten können. Ergänzend können Maßnahmen wie die Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit und Nahrungsergänzungsmitteln, die Reduktion übermäßigen Medien- und Gerätekonsums („Digital Detox“) sowie die Förderung der mentalen Gesundheit (z. B. Stressbewältigung, mentales Training, ausreichend Schlaf, Entschleunigung im Alltag, Work-Life-Balance) das Wohlbefinden stärken und zählen damit ebenfalls zur gesundheitlichen Vorsorge. Darüber hinaus gewinnt die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote (z. B. Apps, Wearables) zur Überwachung, Dokumentation und Verbesserung des Gesundheitszustandes im Rahmen der Gesund-

heitsvorsorge zunehmend an Bedeutung. Finanzielle Vorsorge zielt darauf ab, Einkommens- und Kostenrisiken im Alter abzusichern und die wirtschaftliche Stabilität langfristig zu sichern. Zu den zentralen Maßnahmen zählen die Risikoabsicherung durch den Abschluss entsprechender Zusatzversicherungen, der gezielte Karriereaufbau zur Erzielung eines höheren Einkommens und Vermögens, der Erwerb von Immobilien als Altersruhesitz oder Vermögensreserve sowie der gezielte Vermögensaufbau über Sparpläne, Aktien, Fonds oder ETFs. Rechtlich-organisatorische Vorsorge dient der frühzeitigen Regelung von Entscheidungs- und Verantwortungsfragen für den Fall eingeschränkter Handlungsfähigkeit. Dazu gehören die Aufsetzung von Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen, die Vorbereitung eines altersgerechten Wohnumfelds – etwa durch den Umbau der eigenen Wohnung – sowie die Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten wie ambulanter Pflegedienste. Darüber hinaus spielt der Aufbau von Gesundheits- und Finanzkompetenz eine zentrale Rolle, um fundierte Entscheidungen treffen und die eigene Handlungsfähigkeit langfristig sichern zu können.

Theoretischer Hintergrund

Bereits das grundlegende Verständnis davon, was unter Vorsorge zu verstehen ist, kann sich zwischen Personen unterscheiden. Während einige Menschen Vorsorge primär mit gesundheitsbezogenen Maßnahmen wie gesunder Ernährung, Bewegung oder Vorsorgeuntersuchungen assoziieren, verbinden andere den Begriff vorrangig mit finanzieller Absicherung. Ebenso kann Vorsorge primär im Sinne rechtlich-organisatorischer Regelungen verstanden werden, etwa in Form von Vorsorgevollmachten oder der Gestaltung eines altersgerechten Wohnumfelds. Aus dieser Heterogenität im Begriffsverständnis resultiert, dass auch die wahrgenommene Relevanz einzelner Vorsorgemaßnahmen erheblich zwischen Personen variieren kann. So können gesundheitsbezogene Maßnahmen von einigen Personen als besonders bedeutsam eingeschätzt werden, während finanzielle oder rechtlich-organisatorische Maßnahmen als abstrakt, komplex oder erst in späteren Lebensphasen handlungsrelevant wahrgenommen werden. Umgekehrt kann eine ausgeprägte Orientierung an materieller Sicherheit dazu führen, dass finanzielle Vorsorge als zentrale Vorsorgeform bewertet wird, während gesundheitsbezogene Maßnahmen weniger der Vorsorge zugeordnet, sondern vielmehr als Bestandteil der allgemeinen Lebensführung eingeordnet werden. Zudem kann auch innerhalb einzelner Kategorien von Vorsorgemaßnahmen – etwa im gesundheitlichen, finanziellen oder rechtlich-organisatorischen Bereich – die Bewertung einzelner Maßnahmen variieren.

Diese Unterschiede in der Bewertung von Vorsorgemaßnahmen lassen sich mithilfe des Health Belief Model erklären. Demnach hängt die wahrgenommene Eignung von (gesundheitlichen) Vorsorgemaßnahmen von mehreren Faktoren ab: der Einschätzung der persönlichen Anfälligkeit für ein Risiko, der erwarteten Schwere möglicher Konsequenzen, dem wahrgenommenen Nutzen der Maßnahme sowie den wahrgenommenen individuellen Barrieren wie Kosten, Zeitaufwand oder Komplexität. Darüber hinaus können konkrete Handlungsanreize – etwa ärztliche Empfehlungen, Erkrankungen im persönlichen Umfeld oder mediale Berichterstattung – dazu beitragen, dass eine Person sich aktiv mit Vorsorgemaßnahmen auseinandersetzt. Schließlich spielt auch die Selbstwirksamkeitserwartung eine Rolle: Eine Maßnahme wird eher als geeignet wahrgenommen, wenn eine Person sich zutraut, diese auch tatsächlich erfolgreich umzusetzen (Rosenstock 1974). Auch im Kontext finanzieller sowie rechtlich-organisatorischer Vorsorge basiert die Entscheidung für oder gegen bestimmte Maßnahmen auf einer individuellen Einschätzung von Risiken, potenziellen Konsequenzen sowie einer Abwägung von Nutzen und Barrieren. So kann beispielsweise die Wahrnehmung des Risikos finanzieller Unsicherheit im Alter sowie der erwarteten Schwere möglicher Folgen die Bewertung von finanziellen Vorsorgemaßnahmen beeinflussen. Gleichzeitig können wahrgenommene Barrieren wie begrenzte finanzielle Mittel, mangelnde Transparenz oder die Komplexität von Finanzprodukten dazu führen, dass entsprechende Maßnahmen trotz grundsätzlich wahrgenommenem Nutzen nicht als geeignet eingeschätzt werden.

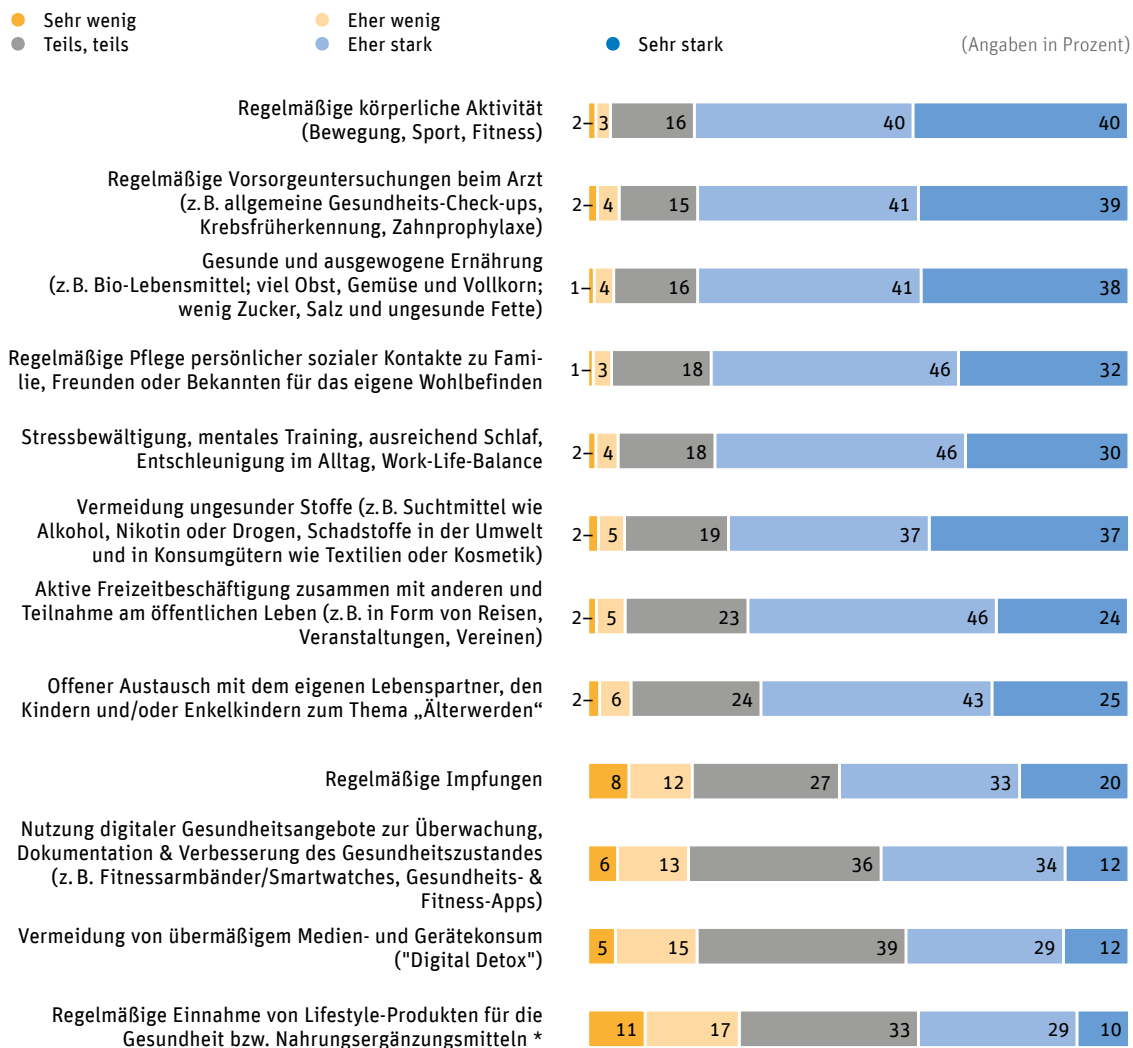
Befragungsergebnisse

Vor diesem Hintergrund wurden die Teilnehmenden im Rahmen der Befragung zunächst in einer offenen Frage dazu aufgefordert, zu beschreiben, was sie unter Vorsorge verstehen (siehe Frage 4 in Anhang A). Die Auswertung der offenen Nennungen zeigt, dass Vorsorge von den Befragten als ein umfassendes und vielschichtiges Konzept verstanden wird. Ein Großteil der Teilnehmenden subsumiert darunter die finanzielle Absicherung für das Alter, die mit Aspekten wie Sparen, Vermögensaufbau, Investitionen in Geldanlagen, Erwerb von Wohneigentum sowie Abschluss von Versicherungen verbunden wird. Die Wichtigkeit finanzieller Sicherheit im Alter wird häufig betont. Gleichzeitig nimmt die gesundheitliche Vorsorge einen ebenso hohen Stellenwert ein. Viele Befragte erwähnen hier vor allem regelmäßige ärztliche Untersuchungen, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung sowie die Prävention von Krankheiten, um im Alter möglichst lange gesund zu bleiben. Zudem verstehen viele Befragte Vorsorge als Zusammenspiel finanzieller und gesundheitlicher Aspekte, was verdeutlicht, dass beide Bereiche häufig als eng miteinander verbunden wahrgenommen werden. Darüber hinaus nennen einige der Teilnehmenden organisatorische Aspekte und betonen, dass Vorsorge auch die frühzeitige und langfristige Planung und Vorbereitung auf die Zukunft beinhaltet, um im Alter sowohl finanziell als auch gesundheitlich abgesichert zu sein.

Im Anschluss an das frei formulierte Vorsorgeverständnis wurden die Befragten gebeten anzugeben, wie stark sie vorgegebene Aspekte mit dem Thema Vorsorge verknüpfen (siehe Frage 5 in Anhang A). Ziel war es zu erfassen, inwieweit die Befragten diese Aspekte als geeignete Möglichkeiten zur Vorsorge einschätzen. Die Abfrage umfasst zwölf gesundheitliche Aspekte, vier finanzielle Aspekte und vier rechtlich-organisatorische Aspekte, die jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr wenig“ bis „sehr stark“ von den Befragten bewertet wurden. Abbildung 5 stellt die von den Befragten wahrgenommene Eignung der zwölf gesundheitlichen Aspekte als Vorsorgemaßnahmen dar. Maßnahmen wie regelmäßige körperliche Aktivität (80 %), regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (80 %), gesunde und ausgewogene Ernährung (79 %), Pflege sozialer Kontakte (78 %), mentaler Ausgleich (76 %) sowie die Vermeidung ungesunder Stoffe wie Alkohol, Nikotin, Drogen (74 %) werden überwiegend als eher stark bis sehr stark geeignet eingeschätzt. Hinsichtlich einer aktiven Freizeitgestaltung gemeinsam mit anderen und der Teilnahme am öffentlichen Leben (70 %) sowie eines offenen Austauschs mit Angehörigen über das Thema Altern (68 %) fällt der Anteil der Befragten, die diese Maßnahmen als eher stark bis sehr stark geeignet einschätzen, etwas geringer aus. Nur etwa die Hälfte der Befragten (53 %) hält regelmäßige Impfungen für eine geeignete Vorsorgemaßnahme. Die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote, die Vermeidung von übermäßigem Medien- und Gerätekonsum (sogenanntes „Digital Detox“) sowie die regelmäßige Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit bzw. Nahrungsergänzungsmitteln¹⁰ werden hingegen kritischer bewertet. Bei diesen Maßnahmen liegt der Anteil der Befragten, die sie als eher stark bis sehr stark geeignet einschätzen, lediglich zwischen 39 % und 46 %. Insgesamt zeigt sich, dass klassische Präventionsmaßnahmen wie körperliche Aktivität, eine ausgewogene Ernährung und regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen von den Befragten als relevant eingeschätzt werden, während neuere Ansätze deutlich zurückhaltender bewertet werden, was auf eine stärkere Akzeptanz etablierter Präventionsformen im Vergleich zu neueren oder technikbasierten Ansätzen hinweist. Aus der Perspektive des Health Belief Model lässt sich die Präferenz für klassische Präventionsmaßnahmen dadurch erklären, dass deren Nutzen und Wirksamkeit gesellschaftlich breit verankert und alltagsnah erfahrbar sind. Demgegenüber könnten neuere oder technikbasierte Ansätze mit höherer Unsicherheit und größerer wahrgenommener Komplexität verbunden sein und somit stärkere Barrieren im Sinne des Health Belief Model aufweisen.

¹⁰ Darunter werden im Rahmen der Befragung Produkte verstanden, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen (z. B. Hyaluron-Präparate, Haarwuchsmittel, Ayurveda-Produkte).

Abbildung 5: Eignung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 5: „Bitte geben Sie an, wie stark Sie die folgenden Aspekte mit dem Thema ‚Vorsorge‘ verknüpfen, d. h. wie geeignet Sie diese Aspekte als Möglichkeit zur Vorsorge sehen.“).

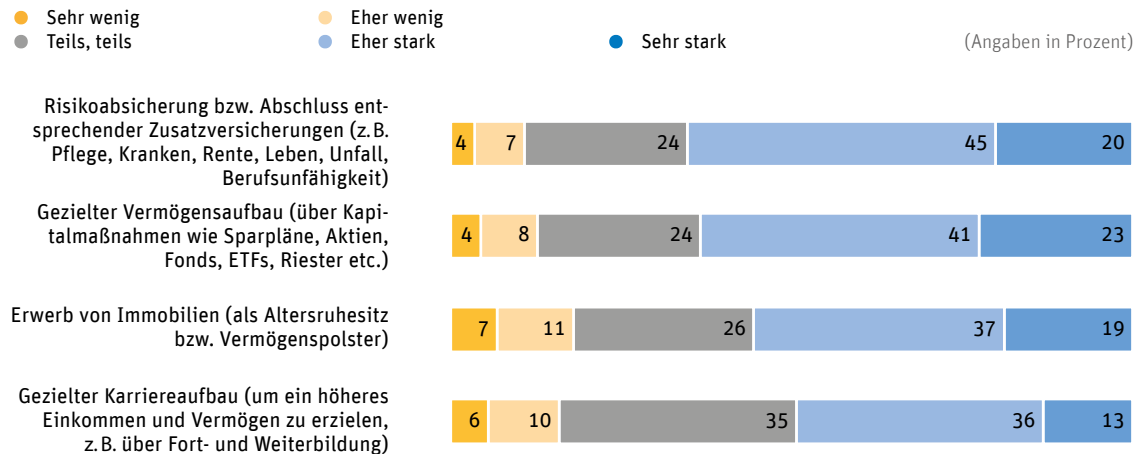
* Produkte, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen, z. B. hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens oder des äußeren Erscheinungsbilds (Beispiele: Hyaluron-Präparate, Kräuteresenzen und -öle, Haarwuchsmittel oder Ayurveda-Produkte).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Die Zustimmung zu vier vorgegebenen Maßnahmen der finanziellen Vorsorge fällt insgesamt etwas niedriger aus als bei der Mehrheit der gesundheitlichen Maßnahmen (siehe Abbildung 6). So geben 65 % der Befragten an, dass sie den Abschluss von Zusatzversicherungen zur Risikoabsicherung als eher stark bis sehr stark geeignete Vorsorgemaßnahme erachten, während 64 % einen gezielten Vermögensaufbau über Kapitalanlagen wie Aktien, Fonds, ETFs als eher stark bis sehr stark geeignet erachten. Die Zustimmung zum Erwerb von Immobilien fällt mit 56 % hingegen etwas geringer aus. Nur etwas weniger als die Hälfte der Befragten (49 %) hält einen gezielten Karriereaufbau zur Erzielung eines höheren Einkommens und Vermögens, beispielsweise über Fort- und Weiterbildung, für eine sinnvolle Vorsorgemaßnahme. Dies deutet darauf hin, dass die Befragten unter finanzieller Vorsorge primär klassische produktbasierte Vorsorgeinstrumente verstehen, während Maßnahmen, die ein kontinuierliches, eigeninitiatives Handeln über einen längeren Zeitraum voraussetzen (z. B. Karriereplanung), seltener als geeignete Vorsorgemaß-

nahmen wahrgenommen werden.¹¹ Vor dem Hintergrund des Health Belief Model deutet dies darauf hin, dass produktbasierte Finanzinstrumente als Maßnahmen mit klar erkennbarem Nutzen und vergleichsweise geringen Barrieren wahrgenommen werden, wohingegen langfristig angelegte, eigeninitiativ zu gestaltende Maßnahmen stärker mit Unsicherheit, höherem Aufwand und einem weniger klar erkennbaren Nutzen assoziiert sind und daher zurückhaltender als geeignete Vorsorgemaßnahmen bewertet werden.

Abbildung 6: Eignung finanzieller Vorsorgemaßnahmen



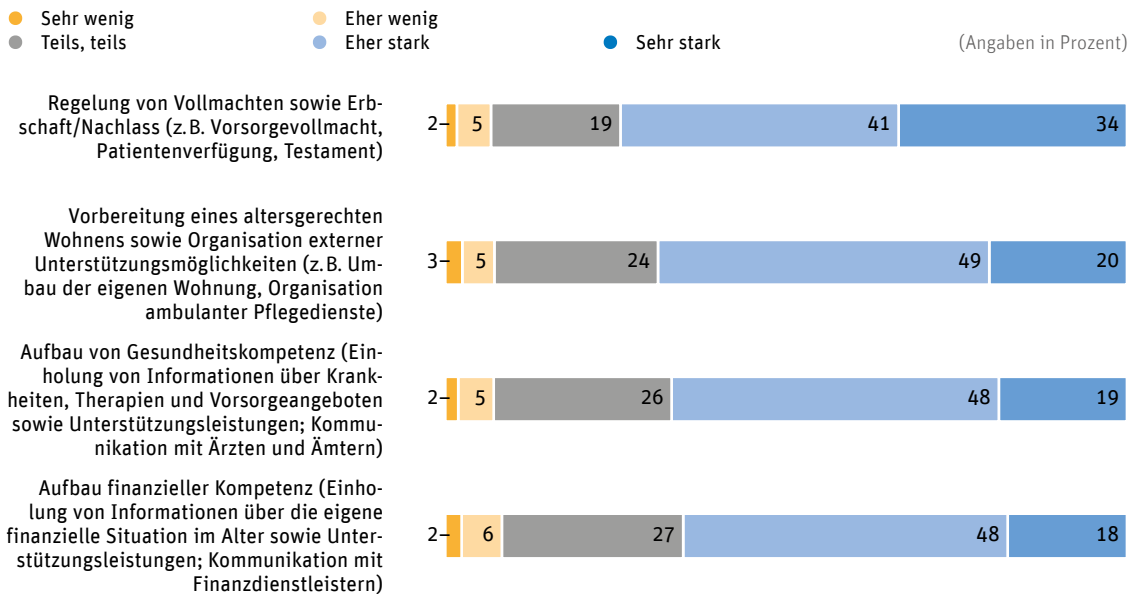
Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 5: „Bitte geben Sie an, wie stark Sie die folgenden Aspekte mit dem Thema ‚Vorsorge‘ verknüpfen, d. h. wie geeignet Sie diese Aspekte als Möglichkeit zur Vorsorge sehen.“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Die Bewertung der vier vorgegebenen rechtlich-organisatorischen Aspekte hinsichtlich ihrer Eignung als Vorsorgemaßnahmen ist in Abbildung 7 dargestellt. 75 % der Befragten bewerten die Regelung von Vollmachten, Erbschaft und Nachlass (z. B. Vorsorgevollmachten, Patientenverfügungen, Testamente) als eher stark bis sehr stark geeignete Vorsorgemaßnahme. Auch die Vorbereitung altersgerechten Wohnens und die Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Umbau der Wohnung, Organisation ambulanter Pflegedienste) sowie der Aufbau von Gesundheits- und Finanzkompetenz werden von einem Großteil der Befragten als sinnvoll erachtet. Hier liegen die Anteile einer eher starken bis sehr starken Eignung zwischen 66 % und 69 %. Die hohen Zustimmungswerte über alle vier Aspekte hinweg legen nahe, dass rechtlich-organisatorische Maßnahmen von den Befragten als wichtiger Bestandteil der Vorsorge wahrgenommen werden. Besonders die Regelung von Vollmachten, Erbschaft und Nachlass sticht mit dem höchsten Zustimmungswert hervor, was auf eine besondere Relevanz der rechtlichen Absicherung durch formalisierte Verfügungen und Willensbekundungen im Vorsorgeverständnis der Befragten hindeutet. Aus Sicht des Health Belief Model spricht dies dafür, dass ein ausgeprägtes Schwereempfinden hinsichtlich potenziell schwerer Folgen von Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder Tod dazu beiträgt, dass rechtlich-organisatorische Regelungen als wirksame Instrumente zur Absicherung gegen diese Konsequenzen wahrgenommen werden und der erwartete Nutzen dieser Maßnahmen wahrgenommene Barrieren wie Informations- oder Beratungsbedarf übersteigt.

11 Es fällt auf, dass die Zustimmung zu finanziellen Vorsorgemaßnahmen in der geschlossenen Abfrage geringer ausfällt als es die häufigen offenen Nennungen erwarten ließen. Dies lässt sich durch einen methodischen Effekt der Frageform erklären: Offene Fragen erfassen primär kognitiv leicht zugängliche und subjektiv besonders relevante Inhalte, wobei finanzielle Vorsorge möglicherweise aufgrund ihrer hohen gesellschaftlichen und medialen Präsenz besonders häufig spontan genannt wird. In geschlossenen Abfragen hingegen werden verschiedene Vorsorgedimensionen simultan präsentiert, was stärker vergleichende Bewertungsprozesse auslöst und die Dominanz einzelner Themenbereiche relativieren kann (Züll und Menold 2019).

Abbildung 7: Eignung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 5: „Bitte geben Sie an, wie stark Sie die folgenden Aspekte mit dem Thema ‚Vorsorge‘ verknüpfen, d. h. wie geeignet Sie diese Aspekte als Möglichkeit zur Vorsorge sehen.“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Insgesamt legen die Ergebnisse nahe, dass die Bewertung der Eignung verschiedener Vorsorgemaßnahmen eng mit den im Health Belief Model beschriebenen Komponenten verknüpft ist. Maßnahmen mit hohem subjektivem Risiko- und Schwereempfinden sowie klar erkennbarem Nutzen werden eher als geeignete Vorsorgeformen eingestuft, während Angebote mit unklarem Nutzen oder hohen wahrgenommenen Barrieren bereichsübergreifend zurückhaltender bewertet werden.

Vorsorgeverständnis und Bewertung von Vorsorgemaßnahmen

Zentrale Ergebnisse

Die Ergebnisse der Befragung zeigen, dass Vorsorge von der Bevölkerung ganzheitlich verstanden wird. Sie umfasst nicht nur gesundheitliche Aspekte, sondern ebenso finanzielle Absicherung sowie rechtlich-organisatorische Fragen. Klassische Präventionsmaßnahmen wie regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen werden von den Befragten als besonders sinnvolle Vorsorgemaßnahmen eingestuft. Neuere Ansätze wie digitale Gesundheitsangebote, sogenanntes „Digital Detox“ oder die Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit werden hingegen als deutlich weniger relevant bewertet. Rechtlich-organisatorische Maßnahmen (z. B. altersgerechtes Wohnen, Vollmachten) werden überwiegend als sinnvoll wahrgenommen, während finanzielle Vorsorgeaspekte (z. B. Abschluss von Versicherungen, Vermögensaufbau, Immobilienerwerb) im direkten Vergleich eine geringere Relevanz zugeschrieben bekommen.

Schlussfolgerungen

Eine moderne Vorsorgepolitik sollte diese verschiedenen Vorsorgedimensionen stärker berücksichtigen. Gesundheitsvorsorge, finanzielle Eigenverantwortung und organisatorische Vorbereitung greifen ineinander und bilden gemeinsam die Grundlage für ein selbstbestimmtes Leben im Alter. Die Bedeutung mentaler Gesundheit für ein gesundes Altern wird in der öffentlichen Wahrnehmung bislang noch unterschätzt. Vor diesem Hintergrund ist mentale Gesundheit als gleichwertiger

Bestandteil gesundheitlicher Vorsorge zu konzeptualisieren und in der Vorsorgepolitik neben der körperlichen Dimension entsprechend zu gewichten. Voraussetzung für eigenverantwortliches Vorsorgehandeln ist zudem ein hinreichendes Maß an finanzieller und gesundheitlicher Bildung. Aus politischer Perspektive ist deren gezielte Förderung daher als zentrale Forderung zu formulieren, da nur informierte Bürgerinnen und Bürger in die Lage versetzt werden, fundierte und bedarfsgerechte Vorsorgeentscheidungen zu treffen.

Versicherer können in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle übernehmen – etwa durch die Bereitstellung von Orientierungshilfen und bedarfsgerechten Beratungsangeboten sowie die Unterstützung bei der strukturierten Vorsorgeplanung.

4.3 Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen

Das folgende Unterkapitel untersucht, inwieweit die zuvor bewerteten Vorsorgemaßnahmen von den Befragten tatsächlich umgesetzt werden. Zur theoretischen Einordnung werden die Theory of Planned Behavior (Ajzen) und der Health Action Process Approach (Schwarzer) herangezogen. Auf dieser Grundlage werden die Ergebnisse zu Frage 6 deskriptiv dargestellt und den Befunden zu Frage 5 gegenübergestellt, um eine mögliche Diskrepanz zwischen wahrgenommener Eignung und tatsächlicher Umsetzung sichtbar zu machen. Abschließend wird die Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen anhand von Subgruppen- und Regressionsanalysen vertiefend untersucht.

Theoretischer Hintergrund

Eine positive Bewertung von Vorsorgemaßnahmen bildet zwar die Grundlage für eine Vorsorgeabsicht, führt jedoch nicht automatisch zur Umsetzung. Die Theory of Planned Behavior nach Ajzen (1991) setzt an dieser Stelle an und beschreibt die drei zentralen Determinanten der Intentionsbildung: die Einstellung zur Maßnahme bzw. zum Verhalten, die wahrgenommene soziale Norm und die subjektive Verhaltenskontrolle. Die Einstellung entspricht dabei der individuellen Überzeugung von Nutzen und Sinnhaftigkeit der Maßnahme. Die subjektive Norm bezieht sich auf die wahrgenommene Erwartung relevanter Bezugspersonen, ein bestimmtes Verhalten auszuführen oder zu unterlassen. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle beschreibt schließlich, inwieweit eine Person glaubt, über die notwendigen Ressourcen und Fähigkeiten (z. B. Wissen, Kompetenzen, finanzielle Mittel, Zugang zu Informationen) zu verfügen, um die Maßnahme tatsächlich umzusetzen. Auf Basis dieser Faktoren entsteht eine konkrete Intention, eine Maßnahme auszuführen, die notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die tatsächliche Umsetzung ist.

Studien zeigen, dass Intentionen über verschiedene Verhaltensweisen hinweg lediglich etwa 18–23 % der Varianz im Verhalten erklären (Armitage und Conner 2001; McEachan et al. 2011). Dies deutet auf eine Diskrepanz zwischen Intention und Verhalten hin, die in der Literatur als Intentions-Verhaltens-Lücke (Intention-Behavior Gap) bezeichnet wird (Ajzen 1991; Sheeran 2002). Im Bereich der körperlichen Aktivität wird die Lücke auf 46–48 % geschätzt, wobei die Zahl sowohl Personen umfasst, die eine Absicht hatten, diese aber nicht umsetzen („unsuccessful intenders“), als auch Personen, die ohne konkrete Absicht dennoch handeln („disinclined actors“). Betrachtet man nur die Gruppe der Personen mit Intention, scheitert etwa ein Drittel (33–36 %) daran, diese in tatsächliches Handeln zu überführen (Rhodes und Bruijn 2013; Feil et al. 2023). Die Lücke lässt sich unter anderem durch zeitliche Präferenzen und Selbstkontrolle erklären. So erkennen Individuen zwar den langfristigen Nutzen von Vorsorge, neigen jedoch dazu, kurzfristige Vorteile oder Bequemlichkeit stärker zu gewichten (Present Bias), wodurch Maßnahmen aufgeschoben werden oder gänzlich unterbleiben. Gleichzeitig kann eine geringe Selbstkontrolle verhindern, dass Vorsorgeabsichten trotz vorhandener Motivation und Ressourcen umgesetzt werden (Thaler und Shefrin 1981; Laibson 1997). Darüber hinaus können zeitliche, finanzielle und organisatorische Hürden, kognitive Belastungen (z. B. durch die Komplexität von Vorsorgeprodukten) sowie emotionale Faktoren (z. B. Angst, Stress oder Unbehagen im Umgang mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit

oder dem Verlust von Autonomie) die Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen hemmen. Auch fehlende soziale Unterstützung und Informationsdefizite können verhindern, dass Vorsorgeabsichten in Verhalten überführt werden (Sheeran 2002). Diese Mechanismen sind auch für finanzielle und rechtlich-organisatorische Vorsorge relevant, da in beiden Bereichen langfristige Vorteile gegen kurzfristigen Aufwand abgewogen werden müssen (Rabinovich und Webley 2007; Yeo et al. 2024).

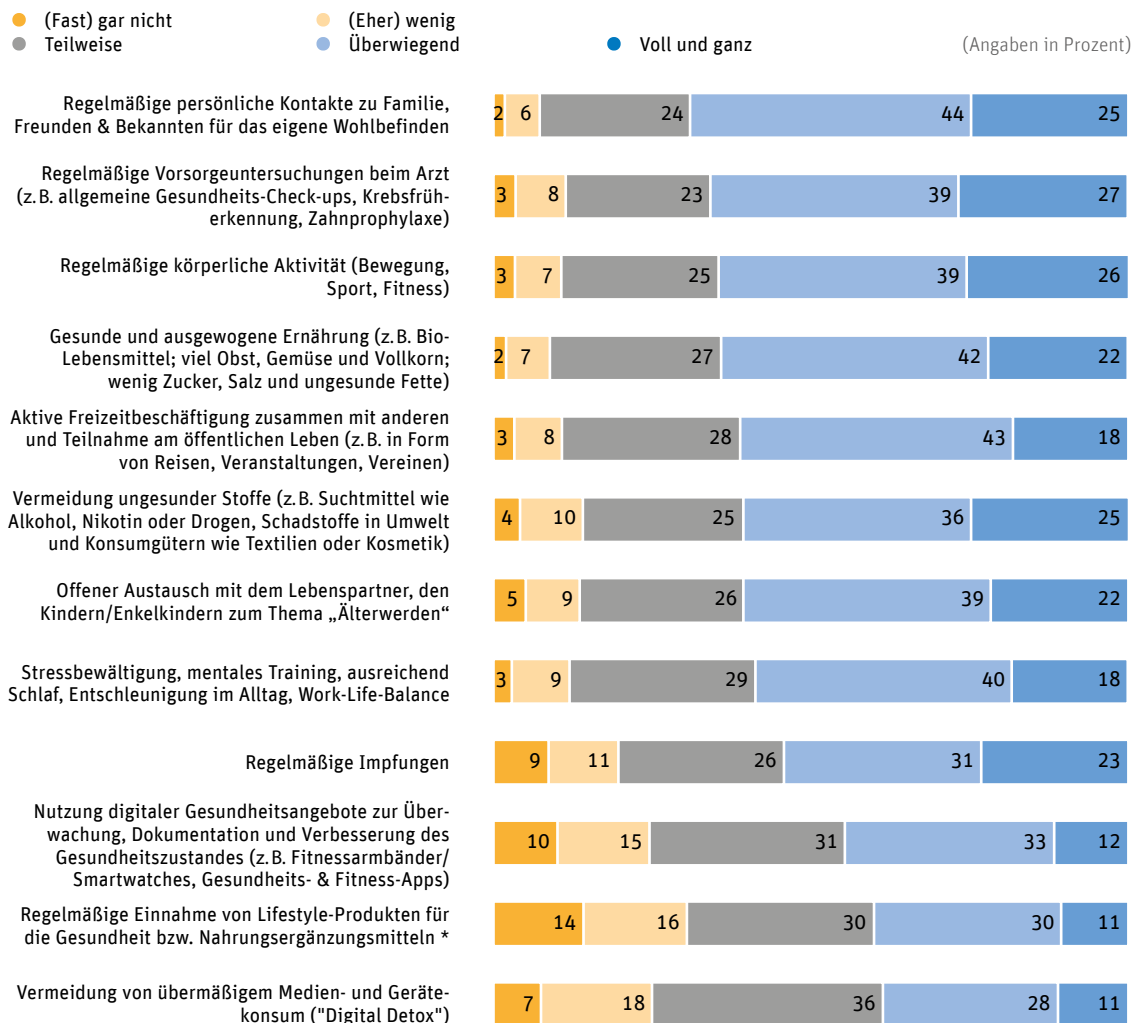
Der Health Action Process Approach (HAPA) nach Schwarzer adressiert diese Umsetzungslücke, indem er zwischen einer motivationalen und einer volitionalen Phase unterscheidet. In der motivationalen Phase entsteht auf Basis von Risikowahrnehmung, Erwartungen über Handlungsergebnisse und Selbstwirksamkeitserwartung eine Verhaltensintention. In der anschließenden volitionalen Phase stehen die Umsetzung dieser Intention in konkretes Handeln sowie die Aufrechterhaltung des Verhaltens im Vordergrund. Diese Phase umfasst insbesondere das Aufstellen konkreter Handlungs- und Bewältigungspläne, die Initiierung sowie die Aufrechterhaltung des Verhaltens trotz auftretender Barrieren. Auch in dieser Phase spielt die Selbstwirksamkeit eine entscheidende Rolle (Schwarzer 2008). Der HAPA verdeutlicht damit, dass Vorsorgeverhalten nicht allein von der Handlungsabsicht abhängt, sondern wesentlich durch nachgelagerte Planungs- und Selbstregulationsprozesse bestimmt wird. Wenngleich der HAPA ursprünglich im Kontext gesundheitsbezogener Verhaltensänderungen konzipiert wurde, lässt sich die dem Modell zugrundeliegende Prozesslogik auch auf den finanziellen und rechtlich-organisatorischen Vorsorgebereich übertragen.

Befragungsergebnisse – Gesundheitliche Vorsorge

Vor diesem theoretischen Hintergrund wurden die Befragten gebeten, auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „(fast) gar nicht“ bis „voll und ganz“ anzugeben, wie sehr sie von sich selbst behaupten würden, dass sie in Bezug auf die vorgegebenen Aspekte aus dem gesundheitlichen, finanziellen und rechtlich-organisatorischen Vorsorgebereich bereits genügend für das Alter vorgesorgt haben bzw. aktuell Vorsorge betreiben (siehe Frage 6 in Anhang A).

Abbildung 8 stellt die selbstberichtete Umsetzung der zwölf abgefragten gesundheitsbezogenen Vorsorgemaßnahmen dar. Es zeigt sich, dass die Pflege persönlicher sozialer Kontakte, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt, regelmäßige körperliche Aktivität sowie eine gesunde Ernährung nicht nur als besonders geeignet eingeschätzt werden, sondern auch am häufigsten umgesetzt werden. Jeweils rund zwei Drittel (64 % bis 69 %) der Befragten geben an, diese Maßnahmen überwiegend oder voll und ganz umzusetzen. Vergleichbar hohe, wenngleich leicht niedrigere Umsetzungsraten zeigen sich bei der aktiven Freizeitgestaltung sowie der Teilnahme am öffentlichen Leben (61 %), der Vermeidung ungesunder Substanzen (61 %), dem Austausch mit Angehörigen zum Thema Altwerden (61 %) sowie Maßnahmen zur Förderung der psychischen Gesundheit – wie Stressbewältigung, Entschleunigung im Alltag und ausreichend Schlaf (58 %). Regelmäßige Impfungen werden von etwas mehr als der Hälfte der Befragten (54 %) bereits ausreichend häufig in Anspruch genommen. Hinsichtlich der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote (45 %), der Einnahme von Lifestyle-Produkten und sonstigen Produkten zur Steigerung der subjektiven Lebensqualität (41 %) sowie der Vermeidung übermäßigen Medien- und Gerätekonsums (39 %) fällt der Anteil derjenigen, die diese Maßnahmen überwiegend oder voll und ganz umsetzen, hingegen etwas geringer aus. Die Ergebnisse legen nahe, dass neben der Pflege sozialer Kontakte vor allem klassische präventive Gesundheitsverhaltensweisen – wie regelmäßige körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung, Vorsorgeuntersuchungen – eine hohe Umsetzung erfahren. Neuere oder weniger verbreitete Ansätze oder stärker spezialisierte Maßnahmen – wie die Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit, „Digital Detox“ oder die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote – werden dagegen deutlich seltener realisiert. Dies könnte darauf hindeuten, dass insbesondere die wahrgenommene Alltagsnähe und Vertrautheit eine wichtige Rolle für die tatsächliche Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen spielen.

Abbildung 8: Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 6: “Und wie sehr würden Sie von sich selbst behaupten, dass Sie bei diesen Aspekten für das Alter bereits genügend vorgesorgt haben bzw. aktuell Vorsorge betreiben?”).

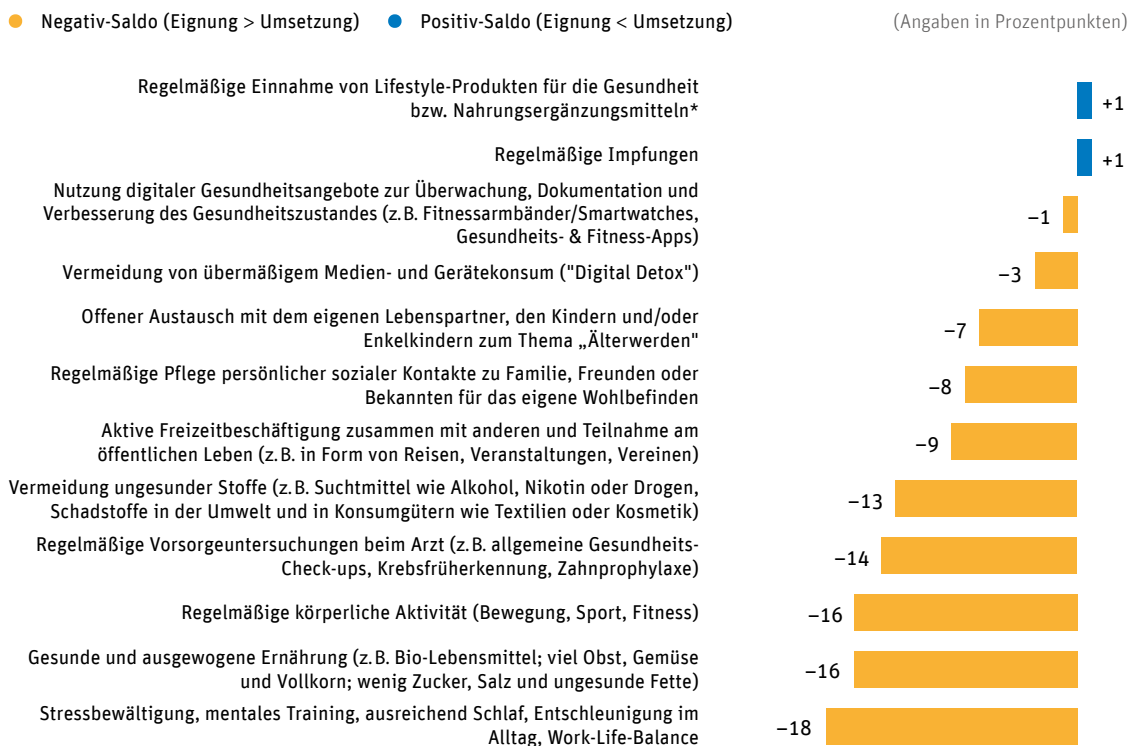
* Produkte, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen, z. B. hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens oder des äußeren Erscheinungsbilds (Beispiele: Hyaluron-Präparate, Kräuteresenzen und -öle, Haarwuchsmittel oder Ayurveda-Produkte).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Darüber hinaus wurden Diskrepanzen zwischen der wahrgenommenen Eignung und der selbstberichteten Umsetzung gesundheitsbezogener Vorsorgemaßnahmen mittels einer Gap-Analyse quantifiziert. Abbildung 9 visualisiert die resultierende Differenz in Prozentpunkten zwischen dem Anteil der Befragten, die eine Maßnahme „überwiegend“ oder „voll und ganz“ umsetzen (Top2 bei Frage 6) und dem Anteil derjenigen, die diese Maßnahme als „eher stark“ oder „sehr stark“ geeignet bewerten (Top2 bei Frage 5). Ein negativer Saldo kennzeichnet dabei eine Umsetzungslücke, bei der die wahrgenommene Eignung die tatsächliche Umsetzung übersteigt. Für nahezu alle gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen zeigt sich ein negativer Saldo, was darauf hindeutet, dass diese häufiger als geeignet eingeschätzt werden, als sie tatsächlich umgesetzt werden. Besonders ausgeprägt ist die Abweichung bei mentalen Maßnahmen (Stressbewältigung, mentales Training, ausreichend Schlaf, Entschleunigung im Alltag, Work-Life-Balance). Diese haben einen Saldo-Wert von -18 Prozentpunkten, d. h. es geben deutlich weniger Personen an, dass sie solche Vorsorgemaßnahmen umsetzen, als sie diese als geeignet einstufen. Auch gesunde Ernährung (-16 Prozentpunkte), regelmäßige körperliche Aktivität (-16 Prozentpunkte), regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen (-14 Prozentpunkte) sowie die Vermeidung ungesunder Stoffe (-13 Prozentpunkte) weisen deutliche Negativsalden auf. Geringere, aber dennoch vorhandene Lücken zeigen sich in

Bezug auf die aktive Freizeitbeschäftigung zusammen mit anderen und Teilnahme am öffentlichen Leben (-9 Prozentpunkte), die Pflege persönlicher sozialer Kontakte (-8 Prozentpunkte) und den offenen Austausch über das Altwerden mit den Angehörigen (-7 Prozentpunkte). Kaum nennenswerte Abweichungen ergeben sich für die Vermeidung von übermäßigem Medien- und Gerätekonsum (-3 Prozentpunkte), die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote (-1 Prozentpunkt), die Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit bzw. Nahrungsergänzungsmitteln (+1 Prozentpunkt) sowie regelmäßige Impfungen (+1 Prozentpunkt). Zusätzlich wurde für jede Maßnahme der Anteil der Personen berechnet, die die Maßnahme zwar als geeignet einschätzen, sie jedoch nicht umsetzen. Dieser Wert entspricht dem Anteil der sogenannten „unsuccessful intenders“ in der Intention-Behavior-Gap-Literatur. Betrachtet man nur diejenigen, die die Maßnahmen als geeignet bewerten, zeigt sich, dass je nach Maßnahme rund 17 % bis 36 % dieser Personen die entsprechenden Maßnahmen nicht umsetzen. Im Vergleich zu klassischen Intention-Behavior-Gap-Studien liegen die hier beobachteten Werte – je nach Maßnahme – insgesamt in einem vergleichbaren Bereich, wengleich mit einer gewissen Spannweite.¹²

Abbildung 9: Gap-Analyse gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000.

Hinweis: Die Abbildung zeigt die Differenz in Prozentpunkten zwischen dem Anteil der Befragten, die eine Maßnahme „überwiegend“ oder „voll und ganz“ umsetzen (Top2-Umsetzung, Frage 6) und dem Anteil derjenigen, die diese Maßnahme als „eher stark“ oder „sehr stark“ geeignet bewerten (Top2-Eignung, Frage 5). Negative Werte kennzeichnen demnach eine Umsetzungslücke, bei der die wahrgenommene Eignung die tatsächliche Umsetzung übersteigt.

* Produkte, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen, z. B. hinsichtlich des eigenen Wohlbefindens oder des äußeren Erscheinungsbilds (Beispiele: Hyaluron-Präparate, Kräuteressenzen und -öle, Haarwuchsmittel oder Ayurveda-Produkte).

¹² Abweichungen können mehrere Gründe haben. Erstens wird in der vorliegenden Befragungsstudie keine explizite Handlungsintention, sondern die wahrgenommene Eignung von Maßnahmen erfasst. Diese ist als Prädiktor für Verhalten konzeptuell schwächer als eine konkrete Umsetzungsabsicht, sodass ein direkter Vergleich mit klassischen Intention-Behavior-Gap-Studien nur eingeschränkt möglich ist. Zweitens unterscheiden sich die untersuchten Verhaltensbereiche. Während in der vorliegenden Studie ein breites Spektrum an Vorsorgemaßnahmen untersucht wird, werden in der Literatur häufig spezifische Gesundheitsverhaltensweisen (Sport oder Ernährung) betrachtet. Drittens variiert die Operationalisierung, da die Lücke in dieser Studie auf einer Top-2-Dichotomisierung einer 5-stufigen Skala und auf selbstberichteter Umsetzung basiert, während andere Studien teils andere Skalen, Schwellenwerte oder objektivere Verhaltensmaße verwenden.

Über die deskriptive Betrachtung auf Gesamtstichprobenebene hinaus ist von Interesse, welche individuellen Faktoren mit einer höheren bzw. geringeren Umsetzungsbereitschaft assoziiert sind. Zur Beantwortung dieser Frage wurden Subgruppenanalysen entlang zentraler soziodemografischer und einstellungsbezogener Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen in Bezug auf den Index der selbstberichteten Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen nach Alter (16–34 Jahre, 35–54 Jahre, 55–79 Jahre), Geschlecht, Bildung (niedrig, mittel, hoch), Einkommen (niedrig, mittel, hoch), Erwerbsstatus (nicht erwerbstätig, in Schule/Studium/Ausbildung, erwerbstätig, in Rente, sonstiges) sowie der Einstellung zum Altwerden (negativ, neutral, positiv) sind in Tabelle B1 in Anhang B dargestellt. In den Subgruppenanalysen zeigen sich signifikante Unterschiede in der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen zwischen den Altersgruppen ($F = 11,44$; $p < 0,001$). 55- bis 79-Jährige weisen dabei signifikant höhere Zustimmungswerte als 16- bis 34-Jährige ($p < 0,001$) und 35- bis 54-Jährige ($p = 0,002$) auf. Zudem geben Frauen signifikant häufiger an, Gesundheitsvorsorge zu betreiben als Männer ($t = 3,72$; $p < 0,001$). Auch für das Bildungsniveau ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($F = 5,85$; $p = 0,003$). Dabei weist die hohe Bildungsgruppe jeweils signifikant höhere Zustimmungswerte auf als die niedrige Bildungsgruppe ($p = 0,005$) und als die mittlere Bildungsgruppe ($p = 0,008$). Ein signifikanter Unterschied zeigt sich zudem für das Haushaltsnettoeinkommen ($F = 17,6$; $p < 0,001$). Die hohe Einkommensgruppe gibt jeweils signifikant häufiger an, gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen umzusetzen, als die mittlere Einkommensgruppe ($p < 0,001$) und die niedrige Einkommensgruppe ($p < 0,001$). Darüber hinaus zeigen sich signifikante Unterschiede nach dem Erwerbsstatus ($F = 13,17$; $p < 0,001$). Die Ergebnisse legen nahe, dass sowohl Erwerbstätige als auch Rentner signifikant höhere Zustimmungswerte aufweisen als nicht erwerbstätige Personen ($p < 0,001$). Zudem geben Schüler, Studierende und Auszubildende signifikant seltener an, Gesundheitsvorsorge zu betreiben als Erwerbstätige ($p = 0,003$) und Rentner ($p = 0,006$). Schließlich zeigen sich in den Subgruppenanalysen signifikante Unterschiede in der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen zwischen den verschiedenen Einstellungstypen ($F = 74,74$; $p < 0,001$), die sich in allen paarweisen Vergleichen bestätigen: Positiveingestellte geben signifikant häufiger an, gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen umzusetzen als Personen mit negativer Einstellung und neutraler Einstellung gegenüber dem Altwerden. Personen mit neutraler Einstellung zum Altwerden weisen zudem höhere Werte auf als Negativeingestellte. Allerdings sind die Effektgrößen in den Subgruppenanalysen überwiegend klein bis sehr klein und deuten damit auf eine geringe praktische Relevanz der beobachteten Unterschiede hin. Lediglich in Bezug auf die Einstellung zum Altwerden zeigt sich für den Vergleich zwischen Personen mit positiver Einstellung und negativer Einstellung zum Altwerden ein mittlerer Effekt ($d = 0,53$).

Die Subgruppenanalysen ermöglichen eine erste deskriptive Differenzierung der Umsetzungsmuster entlang einzelner Merkmale, erlauben jedoch keine Aussagen über die relative Erklärungskraft der betrachteten Variablen unter gleichzeitiger Kontrolle konfundierender Einflüsse. Um die unabhängigen Beiträge soziodemografischer, einstellungsbezogener und verhaltensbezogener Prädiktoren zur Erklärung der selbstberichteten gesundheitlichen Vorsorge simultan zu schätzen, wurden ergänzend multivariate Regressionsanalysen durchgeführt. Die Regressionsergebnisse für den Index gesundheitlicher Vorsorge sind in Tabelle C1 im Anhang C dargestellt. Während soziodemografische Merkmale allein nur einen geringen Teil der Varianz erklären (Modell (1): adj. $R^2 = 0,059$), steigt die Erklärungskraft mit der Einbeziehung der wahrgenommenen Eignung von Vorsorgemaßnahmen und der Umsetzung von Maßnahmen aus den anderen beiden Vorsorgebereichen sprunghaft an (Modell (2): adj. $R^2 = 0,661$), wohingegen individuelle Zukunftsperspektiven (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung) kaum zusätzlichen Erklärungsbeitrag leisten (Modell (3): adj. $R^2 = 0,662$). Im Folgenden werden daher die Ergebnisse auf Basis des Modells (3) berichtet. Die berichteten Zusammenhänge sind jeweils unter Kontrolle der übrigen im Modell berücksichtigten Variablen (*ceteris paribus*) zu interpretieren. Modell (3) zeigt, dass Befragte im Alter von 55 bis 79 Jahren nach eigenen Angaben signifikant häufiger Gesundheitsvorsorge betreiben als 16- bis 34-Jährige, während Männer niedrigere Indexwerte aufweisen als Frauen. Personen mit mittlerem Haushaltsnettoeinkommen (über 2.000 bis 4.000 Euro) setzen im Vergleich zur niedri-

gen Einkommensgruppe (bis 2.000 Euro) seltener gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen um.¹³ Zudem betreiben Nicht-Erwerbstätige sowie Personen ohne minderjährige Kinder im Haushalt seltener Gesundheitsvorsorge als Erwerbstätige bzw. Personen mit minderjährigen Kindern im Haushalt. Darüber hinaus erweist sich die wahrgenommene Eignung von Vorsorgemaßnahmen als bedeutsam. Je höher Befragte die Eignung gesundheitlicher Maßnahmen einschätzen, desto häufiger setzen sie diese um. Auch eine höhere wahrgenommene Eignung rechtlich-organisatorischer Maßnahmen geht mit einer signifikant häufigeren Umsetzung von Gesundheitsvorsorge einher. Demgegenüber ist eine höhere wahrgenommene Eignung finanzieller Vorsorgemaßnahmen mit niedrigeren Werten im Index gesundheitlicher Vorsorge verbunden. Hinsichtlich der bereichsübergreifenden Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen zeigt sich ein konsistent positiver Zusammenhang: Personen, die häufiger finanzielle bzw. rechtlich-organisatorische Maßnahmen umsetzen, berichten zugleich eine signifikant häufigere Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen. Schließlich zeigt sich, dass Befragte, die ihre Lebenserwartung auf über 90 Jahre schätzen, signifikant häufiger Gesundheitsvorsorge betreiben als jene mit einer geschätzten Lebenserwartung von maximal 75 Jahren. Weitere im Modell berücksichtigte Variablen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge.¹⁴ Der verbleibende unerklärte Varianzanteil könnte auf weitere, in dieser Studie nicht erfasste Faktoren zurückzuführen sein – etwa auf individuelle und psychologische Faktoren (z. B. Risikowahrnehmung, Zeitpräferenzen, Selbstkontrolle, Gesundheitskompetenz), gesundheitsbezogene Faktoren (z. B. Gesundheitszustand, Krankheitserfahrungen), soziale Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) sowie strukturelle Faktoren (z. B. zeitliche und räumliche Zugangshürden). Der erhebliche Zuwachs an Erklärungskraft von Modell (1) zu Modell (2) bzw. (3) zeigt, dass die Umsetzung gesundheitlicher Vorsorge weniger durch soziodemografische Merkmale oder subjektive Zukunftsperspektiven als durch die wahrgenommene Eignung der Maßnahmen und eine bereichsübergreifende Vorsorgeorientierung bestimmt wird. Je sinnvoller gesundheitliche Maßnahmen eingeschätzt werden, desto häufiger werden sie umgesetzt. Zugleich geht die Umsetzung von Maßnahmen aus den anderen Vorsorgebereichen mit einer höheren Umsetzung gesundheitlicher Maßnahmen einher, was auf eine generelle Vorsorgeorientierung verweist, die sich bereichsübergreifend förderlich auswirken kann. Die Befunde lassen sich im Rahmen der Theory of Planned Behavior dahingehend interpretieren, dass insbesondere kognitive Bewertungen eines Verhaltens mit dessen tatsächlicher Umsetzung zusammenhängen. Ergänzend verweist die verbleibende, nicht erklärte Varianz darauf hin, dass zwischen Bewertung der Relevanz und der tatsächlichen Umsetzung weitere Faktoren eine Rolle spielen. Im Sinne des Health Action Process Approach können dies insbesondere volitionale Prozesse wie Handlungs- und Bewältigungsplanung, Selbstwirksamkeitserwartungen sowie die Überwindung struktureller Barrieren sein.

Wenngleich die vorliegenden Querschnittsdaten keine kausalen Schlüsse zulassen, legen die Befunde insgesamt nahe, dass Aufklärungs- und Beratungsangebote darauf abzielen sollten, die wahrgenommene Relevanz konkreter Maßnahmen zu erhöhen und dabei gezielt auf die Aktivierung konkreten Vorsorgehandelns hinzuwirken, da dies auch bereichsübergreifend positive Effekte entfalten kann. Da einzelne soziodemografische Unterschiede darauf hindeuten, dass nicht alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen erreicht werden, sollten solche Angebote zudem zielgruppengerecht ausgestaltet sein. Ansatzpunkte hierfür bieten einerseits Maßnahmen zur Stärkung der wahrgenommenen Relevanz – etwa durch evidenzbasierte Gesundheitskommunikation oder Beratungsformate in alltagsnahen Lebenswelten (z. B. Betriebe, Kommunen). Andererseits sollten solche Angebote durch verhaltensnahe Elemente ergänzt werden, die den Übergang von der Intention zum Handeln erleichtern – etwa durch begleitete Erstschnitte im Beratungskontext, niedrigschwellige Einstiegsangebote oder die bereichsübergreifende Verknüpfung von gesundheitlicher, finanzieller und rechtlich-organisatorischer Vorsorge in integrierten Beratungskonzepten, die unmittelbar zu konkreten Umsetzungsschritten anleiten.

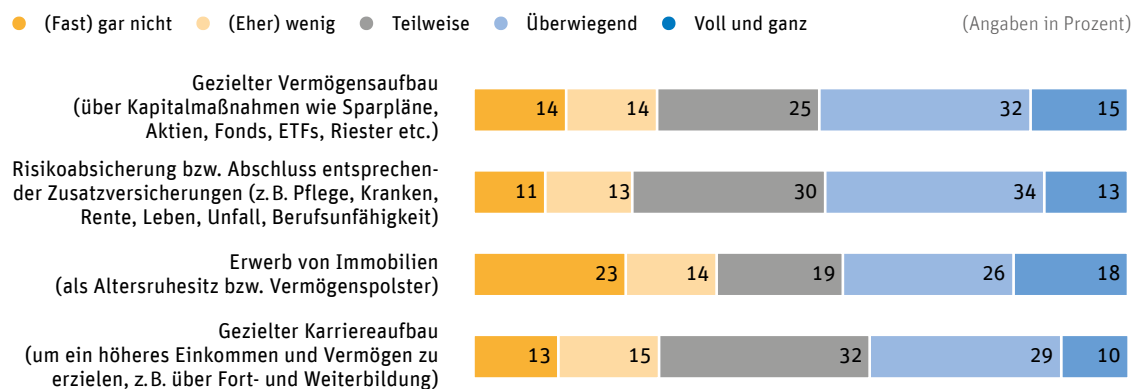
13 Der Vergleich zwischen den bivariaten und multivariaten Ergebnissen zeigt, dass sich der bivariat positive Zusammenhang zwischen Einkommen und gesundheitlicher Vorsorge im multivariaten Modell umkehrt. Dies deutet darauf hin, dass der bivariante Zusammenhang durch die übrigen Modellvariablen konfundiert war.

14 Es fällt auf, dass der bivariat starke Zusammenhang zwischen der Einstellung zum Altwerden und der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorge im multivariaten Modell nahezu vollständig absorbiert wird. Dies deutet darauf hin, dass die Einstellung weniger als eigenständiger Prädiktor auf das Vorsorgeverhalten wirkt, sondern vielmehr über die Bewertung konkreter Maßnahmen.

Befragungsergebnisse – Finanzielle Vorsorge

Die selbstberichtete Umsetzung der vier abgefragten finanziellen Vorsorgemaßnahmen ist in Abbildung 10 dargestellt. Im Vergleich zu gesundheitlichen Maßnahmen werden finanzielle Vorsorgemaßnahmen von den Befragten nach eigenen Angaben deutlich seltener in ausreichendem Umfang umgesetzt. Jeweils rund 47 % der Befragten geben an, Maßnahmen wie einen gezielten Vermögensaufbau und den Abschluss von Zusatzversicherungen zur Risikoabsicherung überwiegend oder voll und ganz umzusetzen. In Bezug auf den Erwerb von Immobilien (44 %) und den gezielten Karriereaufbau (39 %) fällt der selbstberichtete Umsetzungsgrad noch etwas geringer aus. Innerhalb des finanziellen Vorsorgebereichs zeigen sich für die vier abgefragten Maßnahmen somit keine deutlichen Unterschiede in der Umsetzung, sodass keine einzelne Maßnahme besonders hervorsticht. Dies deutet weniger auf maßnahmenspezifische Barrieren als auf eine generell geringere Vorsorgebereitschaft im finanziellen Bereich hin. Finanzielle Vorsorge könnte demnach als weniger dringlich wahrgenommen, aufgrund des langfristigen Zeithorizonts aufgeschoben, als komplex empfunden oder aufgrund begrenzter finanzieller Mittel nur eingeschränkt realisiert werden.

Abbildung 10: Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen



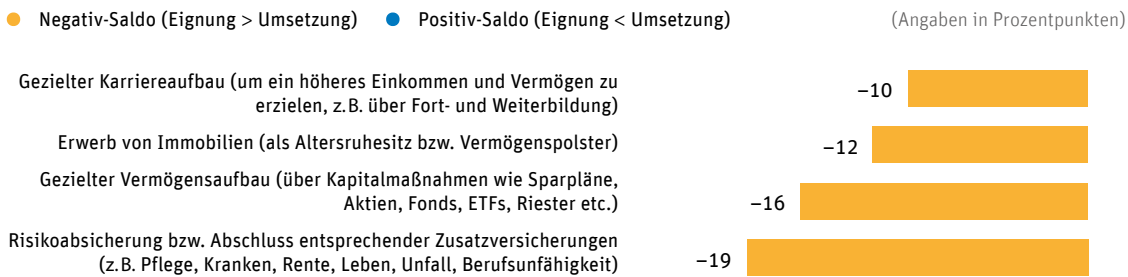
Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 6: "Und wie sehr würden Sie von sich selbst behaupten, dass Sie bei diesen Aspekten für das Alter bereits genügend vorgesorgt haben bzw. aktuell Vorsorge betreiben?").

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Die Gap-Analyse der tatsächlichen Umsetzung und wahrgenommenen Eignung finanzieller Vorsorgemaßnahmen ist in Abbildung 11 dargestellt. Hier zeigt sich für alle vier betrachteten Vorsorgemaßnahmen ein negativer Saldo. Das bedeutet, dass alle Maßnahmen häufiger als geeignet eingeschätzt werden, als sie tatsächlich umgesetzt werden. Besonders ausgeprägt ist der Negativ-Saldo beim Abschluss von Zusatzversicherungen (-19 Prozentpunkte) sowie beim gezielten Vermögensaufbau (-16 Prozentpunkte). Auch der Erwerb von Immobilien sowie der gezielte Karriereaufbau zeigen relevante Umsetzungslücken von -12 Prozentpunkten bzw. -10 Prozentpunkten. Wird die Bezugsgruppe auf diejenigen Personen eingeschränkt, die die jeweilige Maßnahme als geeignet bewerten, zeigt sich ein entsprechend höherer Anteil an Nicht-Umsetzenden: Etwa 36 % (Erwerb von Immobilien), 37 % (gezielter Vermögensaufbau), 40 % (gezielter Karriereaufbau) bzw. 41 % (Abschluss von Zusatzversicherungen) setzen die als geeignet bewerteten Maßnahmen nicht um.

Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen in Bezug auf den Index der selbstberichteten Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen sind in Tabelle B2 in Anhang B dargestellt. Es zeigen sich signifikante Unterschiede in der selbstberichteten Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen zwischen den Altersgruppen ($F = 8,18$; $p < 0,001$). In den paarweisen Post-hoc-Analysen wird deutlich, dass 55- bis 79-Jährige signifikant niedrigere Werte als 16- bis 34-Jährige ($p = 0,002$) und als 35- bis 54-Jährige ($p = 0,001$) aufweisen. Zwischen Männern und Frauen bestehen ebenfalls signifikante Unterschiede ($t = -5,96$; $p < 0,001$), wobei Männer nach eigenen Angaben signifikant häufiger finanzielle Vorsorge betreiben als Frauen.

Abbildung 11: Gap-Analyse finanzieller Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000.

Hinweis: Die Abbildung zeigt die Differenz in Prozentpunkten zwischen dem Anteil der Befragten, die eine Maßnahme „überwiegend“ oder „voll und ganz“ umsetzen (Top2-Umsetzung, Frage 6) und dem Anteil derjenigen, die diese Maßnahme als „eher stark“ oder „sehr stark“ geeignet bewerten (Top2-Eignung, Frage 5). Negative Werte kennzeichnen demnach eine Umsetzungslücke, bei der die wahrgenommene Eignung die tatsächliche Umsetzung übersteigt.

Auch in Bezug auf das Bildungsniveau zeigt sich in den Subgruppenanalysen ein signifikanter Unterschied ($F = 35,99$; $p < 0,001$). Dabei weist die hohe Bildungsgruppe signifikant höhere Zustimmungswerte auf als die niedrige Bildungsgruppe ($p < 0,001$) und die mittlere Bildungsgruppe ($p < 0,001$). Ein signifikanter Unterschied zeigt sich zudem für das Haushaltsnettoeinkommen ($F = 138,53$; $p < 0,001$), der in allen drei paarweisen Post-hoc-Vergleichen signifikant ist ($p < 0,001$), wobei die Umsetzungshäufigkeit finanzieller Vorsorgemaßnahmen mit steigendem Einkommen zunimmt. Darüber hinaus zeigen sich signifikante Unterschiede in der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen nach dem Erwerbsstatus der Befragten ($F = 45,02$, $p < 0,001$). Im Vergleich zu nicht erwerbstätigen Personen weisen Erwerbstätige, Schüler, Studierende und Auszubildende sowie Rentner signifikant höhere Zustimmungswerte auf ($p < 0,001$). Zudem geben Erwerbstätige signifikant häufiger an, finanzielle Vorsorge zu betreiben als Schüler, Studierende und Auszubildende ($p < 0,001$) sowie Rentner ($p < 0,001$). Darüber hinaus zeigen die Subgruppenanalysen signifikante Unterschiede in der selbstberichteten Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen zwischen den verschiedenen Einstellungstypen ($F = 42,96$; $p < 0,001$), die in allen drei paarweisen Post-hoc-Vergleichen signifikant sind, wobei die Umsetzung mit positiverer Einstellung gegenüber dem Altwerden zunimmt. Insgesamt fallen die Effektgrößen in den Subgruppenanalysen überwiegend klein bis sehr klein aus. Ausnahmen bilden drei Gruppenunterschiede nach Erwerbsstatus und Haushaltseinkommen. So geht der Vergleich zwischen nicht erwerbstätigen und erwerbstätigen Personen mit einer großen Effektstärke ($d = 0,81$) und der Vergleich zwischen nicht erwerbstätigen Personen und Schülern, Studierenden und Auszubildenden mit einer mittleren Effektstärke ($d = 0,51$) einher. Zudem weist der Unterschied zwischen Personen mit hohem und niedrigem Haushaltseinkommen eine mittlere Effektstärke auf ($d = 0,78$). Die Umsetzung finanzieller Vorsorge könnte somit insbesondere von der Erwerbssituation und den verfügbaren finanziellen Mitteln abhängen. Erwerbstätige verfügen über ein regelmäßiges Einkommen und haben dadurch mehr Spielraum für Rücklagen und Investitionen, wobei die Höhe des Einkommens ein wesentlicher Faktor für das Ausmaß der Vorsorge sein dürfte. Zudem erleichtert Erwerbstätigkeit häufig den Zugang zu betrieblichen Vorsorgeangeboten (z. B. betriebliche Altersvorsorge), was finanzielle und organisatorische Hürden reduziert.

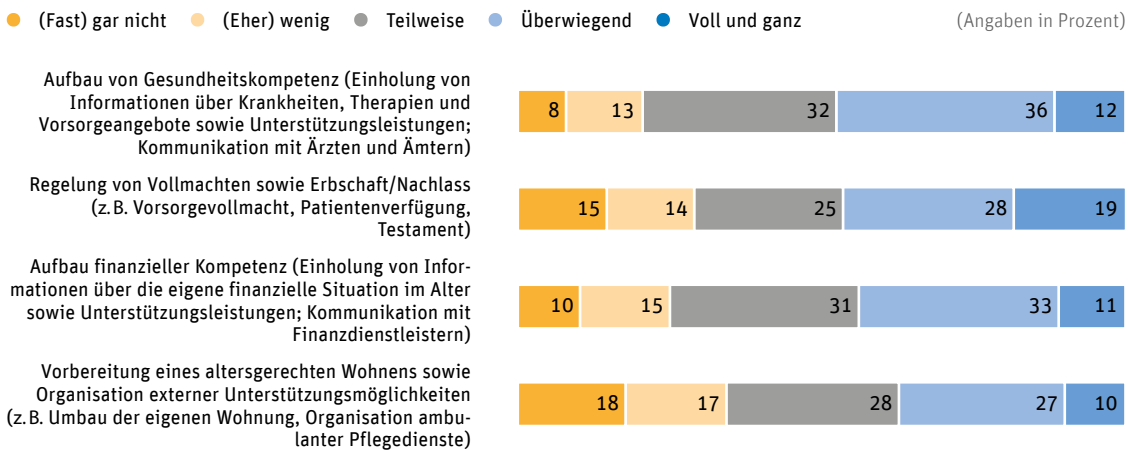
Die multivariaten Regressionsergebnisse der Einflussfaktoren auf die Umsetzung finanzieller Vorsorge sind in Tabelle C2 im Anhang C dargestellt. Soziodemografische Merkmale allein erklären nur einen begrenzten Anteil der Varianz (Modell (1): adj. $R^2 = 0,141$). Die Erklärungskraft steigt hingegen deutlich an, sobald die wahrgenommene Eignung von Vorsorgemaßnahmen sowie die tatsächliche Umsetzung in den anderen beiden Vorsorgebereichen berücksichtigt werden (Modell (2): adj. $R^2 = 0,670$). Individuelle Zukunftseinstellungen tragen darüber hinaus kaum zusätzlich zur Varianzaufklärung bei (Modell (3): adj. $R^2 = 0,671$). Im vollständigen Modell (3) erweisen sich mehrere soziodemografische Merkmale als signifikante Prädiktoren. Männer berichten eine häufigere Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen als Frauen, während die Altersgruppe der 55- bis 79-Jährigen signifikant niedrigere Werte aufweist

als die 16- bis 34-Jährigen. Auch das Haushaltsnettoeinkommen zeigt einen positiven Zusammenhang mit der finanziellen Vorsorge: Sowohl Personen mit hohem Einkommen (über 4.000 Euro) als auch mit mittlerem Einkommen (über 2.000 bis 4.000 Euro) erzielen im Vergleich zur niedrigen Einkommensgruppe (bis 2.000 Euro) signifikant höhere Indexwerte. Nicht-Erwerbstätige und Rentner setzen finanzielle Vorsorgemaßnahmen jeweils signifikant seltener um als Erwerbstätige, wohingegen Verheiratete signifikant häufiger finanzielle Vorsorge betreiben als Alleinstehende (Ledige, Singles, Geschiedene und Verwitwete). Darüber hinaus setzen Personen, die die Relevanz finanzieller Vorsorgemaßnahmen höher einschätzen, diese auch signifikant häufiger um. Wird hingegen die Eignung gesundheitlicher oder rechtlich-organisatorischer Maßnahmen höher bewertet, fällt die Umsetzung finanzieller Vorsorge signifikant geringer aus. Gleichzeitig besteht ein positiver Zusammenhang zwischen der Umsetzung von Maßnahmen aus den anderen Vorsorgebereichen und finanzieller Vorsorge: Personen, die häufiger gesundheitliche und rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen umsetzen, betreiben auch signifikant häufiger finanzielle Vorsorge. Schließlich zeigt sich, dass Personen mit neutraler Einstellung zum Altwerden signifikant häufiger finanzielle Vorsorge betreiben als Personen mit negativer Einstellung. Weitere in den Modellen berücksichtigte Variablen zeigen keine signifikanten Zusammenhänge mit der Umsetzung finanzieller Vorsorge. Der verbleibende unerklärte Varianzanteil könnte auf weitere, im Modell nicht erfasste Faktoren zurückzuführen sein – etwa auf individuelle und psychologische Faktoren (z. B. Risikowahrnehmung, Zeitpräferenzen, Finanzkompetenz), ökonomische Faktoren (z. B. Vermögenssituation, Verschuldung), soziale Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) sowie strukturelle Faktoren (z. B. Verfügbarkeit und Transparenz von Vorsorgeprodukten). Analog zu den Ergebnissen zur Umsetzung gesundheitlicher Vorsorge zeigt sich, dass auch finanzielle Vorsorge weniger durch soziodemografische Merkmale oder Zukunftsperspektiven, sondern vielmehr durch die wahrgenommene Sinnhaftigkeit entsprechender Vorsorgemaßnahmen und die Umsetzung anderer Vorsorgeformen erklärt wird. Dies entspricht den im theoretischen Teil skizzierten Annahmen der Theory of Planned Behavior, wonach kognitive Bewertungen zentral für die Verhaltensausführung sind, und unterstreicht zugleich die Bedeutung volitionaler Prozesse im Sinne des Health Action Process Approach für die tatsächliche Umsetzung von Vorsorgehandlungen. Entsprechend sollten auch Maßnahmen zur Förderung finanzieller Vorsorge die wahrgenommene Relevanz und den konkreten Nutzen finanzieller Vorsorgemaßnahmen in den Vordergrund stellen und durch verhaltensnahe Elemente gezielt zur Umsetzung anleiten, um bereichsübergreifend positive Effekte auf das Vorsorgeverhalten zu erzielen.

Befragungsergebnisse – Rechtlich-organisatorische Vorsorge

Die Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen ist in Abbildung 12 dargestellt. Neben finanziellen Maßnahmen werden auch rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen nach Angaben der Befragten insgesamt deutlich seltener in ausreichendem Umfang umgesetzt als die meisten gesundheitlichen Maßnahmen. Insbesondere die Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens sowie die Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten (z. B. Umbau der eigenen Wohnung, Organisation ambulanter Pflegedienste) werden nur von 37 % der Befragten überwiegend oder voll und ganz umgesetzt, gefolgt vom Aufbau von finanzieller Kompetenz durch die Einholung von Informationen über die eigene finanzielle Situation und Unterstützungsleistungen im Alter sowie die Kommunikation mit Finanzdienstleistern (44 %). In Bezug auf Regelungen zu Vollmachten oder Nachlassfragen (47 %) sowie den Aufbau von Gesundheitskompetenz durch die Einholung von Informationen über Krankheiten, Therapien, Vorsorgeangebote und Unterstützungsleistungen sowie die Kommunikation mit Ärzten und Ämtern (48 %) liegen die selbstberichteten Anteile nur leicht darüber. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass Testamente, Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten im Vergleich zu Maßnahmen der gesundheitlichen Vorsorge als emotional belastender und komplexer wahrgenommen werden, da sie eine bewusste Auseinandersetzung mit Krankheit, Pflegebedürftigkeit oder dem eigenen Tod und zugleich eine langfristige Vorausplanung voraussetzen. Zudem ist zu vermuten, dass solche Maßnahmen erst in späteren Lebensphasen oder in bestimmten Lebenssituationen (z. B. bei schweren Vorerkrankungen) als persönlich relevant erachtet werden, was die insgesamt niedrigen Umsetzungsquoten über die gesamte Stichprobe hinweg erklären könnte.

Abbildung 12: Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen

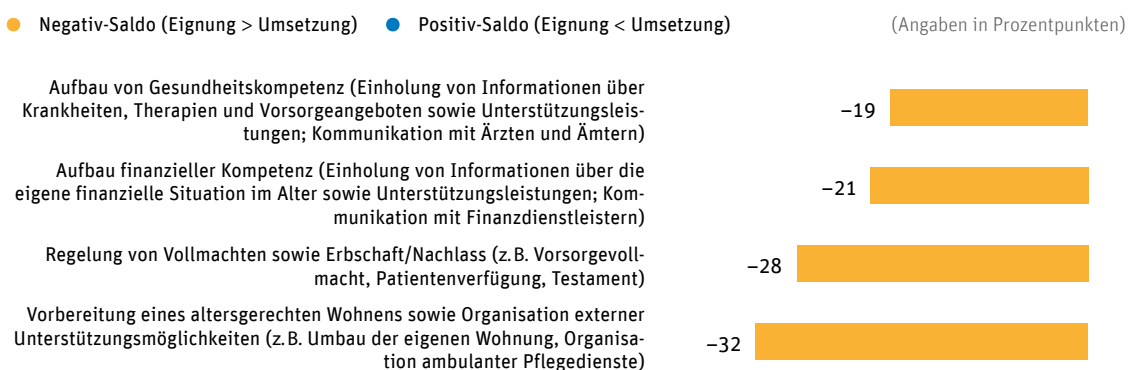


Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 6: „Und wie sehr würden Sie von sich selbst behaupten, dass Sie bei diesen Aspekten für das Alter bereits genügend vorgesorgt haben bzw. aktuell Vorsorge betreiben?“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Im Rahmen der Gap-Analyse zeigt sich im Bereich der rechtlich-organisatorischen Vorsorge bei allen vier untersuchten Maßnahmen ein deutlicher Negativ-Saldo (siehe Abbildung 13). Im Vergleich zur gesundheitlichen und finanziellen Vorsorge fallen die Abweichungen in diesem Bereich insgesamt am stärksten aus. Die größte Abweichung besteht bei der Vorbereitung altersgerechten Wohnens und der Organisation externer Unterstützung (-32 Prozentpunkte). Ebenfalls stark ausgeprägt ist der negative Saldo bei der Regelung von Vollmachten (-28 Prozentpunkte). Der Aufbau finanzieller Kompetenz sowie der Aufbau von Gesundheitskompetenz weisen Negativsalden von -21 bzw. -19 Prozentpunkten auf. Unter den Personen, die die Maßnahmen als geeignet einschätzen, setzen etwa 40 % (Aufbau von Gesundheitskompetenz), 44 % (Aufbau finanzieller Kompetenz), 45 % (Regelung von Vollmachten) bzw. 54 % (Vorbereitung altersgerechten Wohnens und der Organisation externer Unterstützung) sie nicht um.

Abbildung 13: Gap-Analyse rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000.

Hinweis: Die Abbildung zeigt die Differenz in Prozentpunkten zwischen dem Anteil der Befragten, die eine Maßnahme „überwiegend“ oder „voll und ganz“ umsetzen (Top2-Umsetzung, Frage 6) und dem Anteil derjenigen, die diese Maßnahme als „eher stark“ oder „sehr stark“ geeignet bewerten (Top2-Eignung, Frage 5). Negative Werte kennzeichnen demnach eine Umsetzungslücke, bei der die wahrgenommene Eignung die tatsächliche Umsetzung übersteigt.

Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen in Bezug auf den Index der selbstberichteten Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen nach Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus und Einstellung zum Altwerden sind in Tabelle B3 Anhang B dargestellt. Es zeigen sich signifikante

Unterschiede in Abhängigkeit vom Alter ($F = 21,61$; $p < 0,001$). Die Post-hoc-Vergleiche belegen, dass Personen im Alter von 55 bis 79 Jahren entsprechende Maßnahmen signifikant häufiger umsetzen als 16- bis 34-Jährige ($p < 0,001$) sowie 35- bis 54-Jährige ($p < 0,001$). Darüber hinaus betreiben Männer nach eigenen Angaben signifikant häufiger rechtlich-organisatorische Vorsorge als Frauen ($t = -2,61$; $p = 0,009$). Für das Bildungsniveau ergibt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied ($F = 9,44$; $p < 0,001$). Die Post-hoc-Analysen zeigen, dass Personen mit hohem Bildungsniveau signifikant höhere Zustimmungswerte aufweisen als Personen mit niedrigem ($p = 0,009$) und mittlerem Bildungsniveau ($p < 0,001$). Auch für das Haushaltsnettoeinkommen zeigen sich signifikante Unterschiede ($F = 33,37$; $p < 0,001$), die sich in allen paarweisen Post-hoc-Vergleichen bestätigen. Darüber hinaus unterscheidet sich die Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen signifikant nach dem Erwerbsstatus ($F = 21,18$; $p < 0,001$). Erwerbstätige und Rentner berichten dabei jeweils signifikant höhere Umsetzungswerte als nicht erwerbstätige Personen ($p < 0,001$). Zudem geben Schüler, Studierende und Auszubildende jeweils signifikant seltener an, rechtlich-organisatorische Vorsorge zu betreiben als Erwerbstätige und Rentner (jeweils $p < 0,001$). Schließlich zeigen sich auch für die Einstellung zum Altwerden signifikante Unterschiede in der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen ($F = 43,11$; $p < 0,001$), wobei sämtliche paarweisen Vergleiche signifikant sind. Die Effektstärken sind überwiegend klein bis sehr klein und deuten somit auf eine geringe praktische Relevanz der beobachteten Unterschiede hin. Eine Ausnahme bildet der Vergleich zwischen nicht erwerbstätigen Personen und Rentnern, für den sich eine mittlere Effektstärke zeigt ($d = 0,57$). Eine mögliche Erklärung hierfür ist, dass im Ruhestand die wahrgenommene Dringlichkeit rechtlich-organisatorischer Maßnahmen steigt, etwa aufgrund zunehmender gesundheitlicher Risiken oder der konkreten Auseinandersetzung mit Fragen des eigenen Nachlasses.

Die multivariaten Regressionsergebnisse der Einflussfaktoren auf die Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorge sind in Tabelle C3 im Anhang C dargestellt. Soziodemografische Merkmale allein erklären nur einen kleinen Teil der Varianz (Modell (1): adj. $R^2 = 0,073$). Mit Einbezug der wahrgenommenen Eignung von Vorsorgemaßnahmen sowie der Umsetzung von Maßnahmen aus den anderen beiden Vorsorgebereichen steigt die Erklärungskraft sprunghaft an (Modell (2): adj. $R^2 = 0,642$), während die zusätzliche Berücksichtigung der subjektiven Zukunftseinstellung die Modellgüte nur marginal verändert (Modell (3): adj. $R^2 = 0,641$). In Modell (3) zeigt sich, dass Befragte im Alter von 55 bis 79 Jahren signifikant häufiger rechtlich-organisatorische Vorsorge betreiben als 16- bis 34-Jährige. Zudem setzen Personen im Ruhestand solche Maßnahmen signifikant häufiger um als Erwerbstätige. Analog zu den beiden anderen Vorsorgebereichen zeigt sich zudem, dass eine höhere Bewertung der Sinnhaftigkeit rechtlich-organisatorischer Maßnahmen mit einer deutlich häufigeren Umsetzung in diesem Bereich einhergeht. Eine höhere Bewertung gesundheitlicher und finanzieller Vorsorgemaßnahmen ist hingegen mit einer geringeren Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorge verbunden. Schließlich besteht ein signifikant positiver Zusammenhang mit der Umsetzung von Maßnahmen in den anderen Vorsorgebereichen: Personen, die gesundheitsbezogene bzw. finanzielle Vorsorge umsetzen, treffen auch signifikant häufiger rechtlich-organisatorische Regelungen. Der verbleibende unerklärte Varianzanteil könnte auf weitere, in dieser Studie nicht erfasste Faktoren zurückzuführen sein – etwa auf individuelle und psychologische Faktoren (z. B. Risikowahrnehmung, Zeitpräferenzen, Rechtswissen), gesundheitsbezogene Faktoren (z. B. Gesundheitszustand, Pflegeerfahrungen im sozialen Umfeld), soziale Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) sowie strukturelle Faktoren (z. B. Zugang zu rechtlicher Beratung, Verständlichkeit von Formularen und Verfahren). Die Ergebnisse bestätigen die Befunde aus den Bereichen der gesundheitlichen und finanziellen Vorsorge und betonen auch in diesem Vorsorgebereich die Relevanz von Informations- und Beratungsangeboten, die den konkreten Nutzen solcher Regelungen in den Vordergrund stellen und durch verhaltensnahe Elemente zur Umsetzung anleiten, um bereichsübergreifend positive Effekte auf das Vorsorgeverhalten zu erzielen. Wenngleich soziodemografische Merkmale insgesamt nur einen kleinen Teil der Varianz erklären, deutet die höhere Umsetzung im höheren Erwachsenenalter und Ruhestand darauf hin, dass rechtlich-organisatorische Vorsorge erst in späteren Lebensphasen als handlungsrelevant wahrgenommen wird. Ein frühzeitigeres Adressieren der Relevanz könnte dazu beitragen, einem möglichen Aufschiebeverhalten entgegenzuwirken.

Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen

Zentrale Ergebnisse

Im Bereich der Gesundheitsvorsorge weisen die Pflege sozialer Kontakte sowie klassische Präventionsmaßnahmen wie körperliche Aktivität, ausgewogene Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen die höchsten Umsetzungsquoten auf, wohingegen neuere Ansätze wie digitale Gesundheitsangebote oder „Digital Detox“ deutlich seltener genutzt werden. Finanzielle und rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen werden im Vergleich zu den meisten gesundheitlichen Maßnahmen seltener umgesetzt. Ein erheblicher Anteil der Befragten betreibt keinerlei finanzielle Vorsorge (11–23 %) oder rechtlich-organisatorische Vorsorge (8–17 %). In allen Vorsorgebereichen zeigt sich eine Diskrepanz zwischen wahrgenommener Eignung und tatsächlicher Umsetzung: Zwar wird Vorsorge grundsätzlich als sinnvoll und geeignet wahrgenommen, jedoch spiegelt sich diese Einschätzung nur teilweise im konkreten Handeln wider. Diese Lücke fällt bei rechtlich-organisatorischen Maßnahmen wie der Organisation altersgerechten Wohnens oder der Regelung von Vollmachten besonders stark aus. Als stärkste Prädiktoren des Vorsorgeverhaltens erweisen sich die wahrgenommene Relevanz von Vorsorgemaßnahmen sowie eine bereichsübergreifende Vorsorgeorientierung, während soziodemografische Merkmale und subjektive Zukunftserwartungen eine untergeordnete Rolle spielen. Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, dass weitere Faktoren das Vorsorgehandeln maßgeblich beeinflussen (z. B. Risikowahrnehmung, Zeitpräferenzen, Gesundheits- und Finanzkompetenz, strukturelle Rahmenbedingungen).

Schlussfolgerungen

Politische Maßnahmen sollten vorrangig auf Informations- und Aufklärungsangebote abzielen, die die wahrgenommene Relevanz von Vorsorgemaßnahmen stärken und durch verhaltensnahe Elemente gezielt zur Umsetzung anleiten. Die bereichsübergreifende Vorsorgeorientierung eröffnet zudem das Potenzial, dass gezielte Impulse in einem Vorsorgebereich auch die Vorsorgebereitschaft in anderen Bereichen fördern. Die Ergebnisse verdeutlichen darüber hinaus, dass das zentrale Umsetzungsdefizit nicht allein in einer mangelnden Vorsorgebereitschaft der Bevölkerung begründet liegt, sondern auch auf unzureichende strukturelle und institutionelle Rahmenbedingungen zurückzuführen sein dürfte. Maßnahmen zur Stärkung der Eigenvorsorge sollten daher primär auf den Abbau von Umsetzungsbarrieren, gezielte Anreize sowie die Vereinfachung von Vorsorgeprozessen ausgerichtet sein, anstatt zusätzliche Komplexität zu erzeugen.

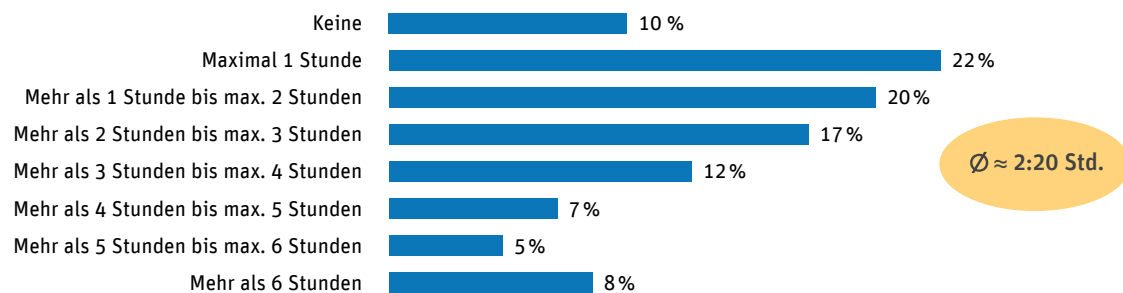
4.4 Investitionen in die eigene Vorsorge

In diesem Unterkapitel wird untersucht, welche Ressourcen die Befragten in gesundheitliche und finanzielle Vorsorge investieren. Als Indikatoren dienen der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand für gesundheitsbezogene Vorsorgemaßnahmen (Frage 7) sowie die durchschnittlichen monatlichen Aufwendungen für die finanzielle Vorsorge (Frage 9), um den zuvor beschriebenen selbstberichteten Umsetzungsgrad mit tatsächlichen Zeit- und Geldaufwänden zu verknüpfen.¹⁵ Darüber hinaus werden potenzielle Hinderungsgründe erfasst, die einer stärkeren Investition in die eigene gesundheitliche und finanzielle Vorsorge entgegenstehen (Fragen 8 und 10). Abbildung 14 zeigt, wie viel Zeit die Befragten nach eigener Angabe

¹⁵ Bei der Interpretation der Befragungsergebnisse ist zu berücksichtigen, dass es sich um Selbstangaben handelt, die auf individueller Ebene mit gewissen Ungenauigkeiten behaftet sein können. Im Kontext körperlicher Aktivität zeigen Vergleiche mit objektiven Messungen (z. B. durch Wearables), dass Menschen dazu neigen, die tatsächlich investierte Zeit zu über- oder unterschätzen. Solche Abweichungen können unter anderem durch Erinnerungsfehler, unterschiedliche Wahrnehmung von Intensität oder soziale Erwünschtheit entstehen. Trotz dieser Abweichungen zeigen zahlreiche Studien, dass Selbstangaben auf Gruppenebene zuverlässig die mittleren Aktivitätsmuster und Verteilungen abbilden (Prince et al. 2008; Garriguet und Colley 2014; Lines et al. 2020).

durchschnittlich pro Woche in ihre Gesundheitsvorsorge investieren. Dies schließt die Zeit ein, die ganz bewusst und gezielt in die eigene Gesunderhaltung fließt, beispielsweise durch Sport und Bewegung, Yoga oder andere regelmäßige gesundheitsbezogene Aktivitäten (siehe Frage 7 in Anhang A). Nicht berücksichtigt sind somit zeitlich nicht eindeutig abgrenzbare Maßnahmen wie beispielsweise eine gesunde Ernährung, Alkohol- oder Rauchverzicht, eine allgemein stressärmere Lebensgestaltung (z. B. Reduktion von Überstunden), die Integration zusätzlicher Alltagsbewegung (z. B. Treppen statt Aufzug), eine verbesserte Schlafhygiene (z. B. regelmäßige Schlafenszeiten) oder ein bewusst schonender Umgang mit digitalen Medien (z. B. weniger Bildschirmzeit). Zudem bleibt unklar, welche Verhaltensweisen die Befragten jeweils als gesundheitsbezogene Aktivitäten einstufen. Dennoch ist die Frage aufschlussreich, da sie Hinweise darauf liefert, wie stark Gesundheitsvorsorge subjektiv im Alltag der Befragten verankert ist. Die Ergebnisse zeigen, dass ein Zehntel der Befragten überhaupt keine Zeit für Gesundheitsvorsorge aufwendet. 22 % der Befragten investieren maximal eine Stunde pro Woche, während insgesamt rund 37 % der Befragten zwischen mehr als einer und maximal drei Stunden investieren. Längere Zeitaufwände von mehr als drei Stunden sind deutlich seltener. Insgesamt etwa ein Drittel der Befragten (32 %) gibt an, mehr als drei Stunden pro Woche in die eigene Gesundheitsvorsorge zu investieren, darunter 8 %, die mehr als sechs Stunden pro Woche aufwenden. Die durchschnittliche Investition in die eigene Gesundheitsvorsorge liegt bei etwa 2 Stunden und 20 Minuten.¹⁶ Der durchschnittliche wöchentliche Zeitaufwand liegt damit knapp unter dem von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Mindestumfang von 150 Minuten bzw. 2,5 Stunden moderater körperlicher Aktivität pro Woche (WHO 2020). Gleichzeitig verdeutlichen die Ergebnisse, dass sich hinter diesem Mittelwert eine deutliche Heterogenität verbirgt: Während ein relevanter Teil kaum oder gar keine Zeit aufwendet, engagiert sich etwa ein Drittel deutlich überdurchschnittlich.

Abbildung 14: Wöchentlicher Zeitaufwand für die eigene Gesundheitsvorsorge



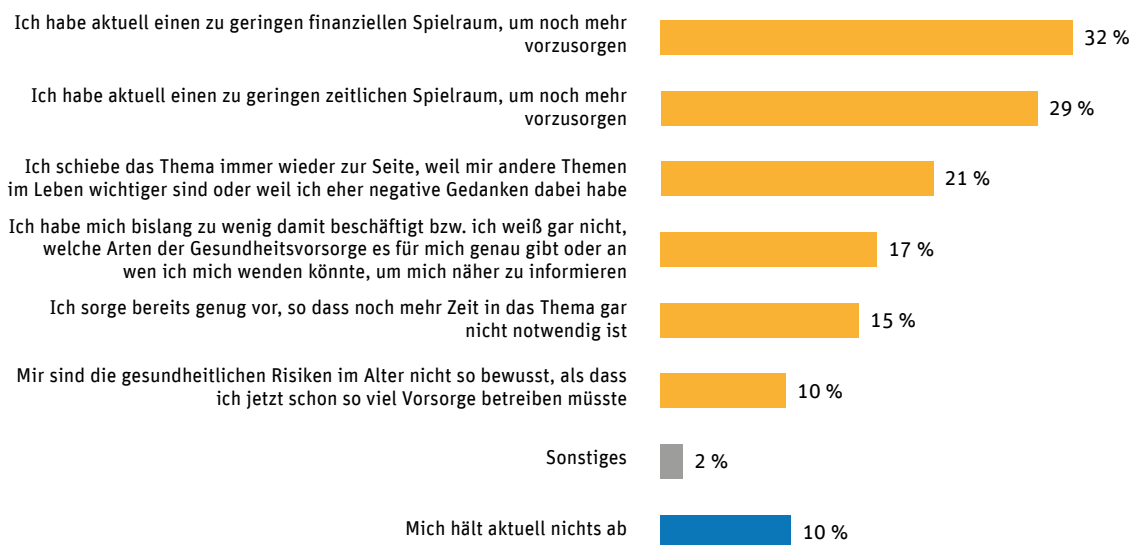
Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 7: "Wie viel Zeit investieren Sie durchschnittlich jede Woche in ihre eigene Gesundheitsvorsorge? Wir meinen im engeren Sinne damit die Zeit, die Sie ganz bewusst und gezielt in die eigene Gesunderhaltung stecken, z. B. durch Sport und Bewegung, Yoga oder sonstige regelmäßige gesundheitliche Aktivitäten.>").

Darauf aufbauend wurden die Befragten im Rahmen einer halboffenen Frage dazu aufgefordert, die zentralen Gründe zu nennen, die einer stärkeren Investition in Gesundheitsvorsorge entgegenstehen (siehe Frage 8 in Anhang A). Die Frage kombiniert vorgegebene Antwortmöglichkeiten mit der Möglichkeit, eigene Antworten zu ergänzen („Sonstiges, und zwar: ...“) und erlaubt Mehrfachnennungen. Die Ergebnisse sind in Abbildung 15 dargestellt. Am häufigsten wird ein zu geringer finanzieller Spielraum genannt (32 %), gefolgt von zeitlichen Restriktionen (29 %). Ebenfalls ein relevanter Teil der Befragten gibt an, das Thema aufgrund der Priorisierung anderer Lebensbereiche oder negativer Gedanken aufzuschieben (21 %) oder sich bislang zu wenig mit dem Thema beschäftigt zu haben oder zu wenig informiert zu sein (17 %). Weitere 15 % der Befragten geben an, bereits ausreichend vorzusorgen und daher keinen Bedarf für zusätzliche Gesundheitsvorsorge zu sehen. 8 % der Befragten führen ein gering ausgeprägtes Bewusstsein für gesundheitliche Risiken im Alter als Hinderungsgrund an, während 10 % angeben,

¹⁶ Der Mittelwert wurde näherungsweise berechnet, indem jeder Kategorie ihr Klassenmittelpunkt zugeordnet und anschließend nach der Personenanzahl gewichtet wurde. Bei der nach oben offenen Kategorie („mehr als 6 Stunden“) wurde datengestützt ein geschätzter Wert ermittelt.

dass aktuell keine Hindernisse bestehen, die sie von einer intensiveren Gesundheitsvorsorge abhalten würden. Schließlich nennen 2 % der Befragten sonstige Gründe (offene Nennungen), die aufgrund der geringen quantitativen Bedeutung nicht weiter ausgewertet wurden. Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass vor allem strukturelle Rahmenbedingungen, wie ein geringer finanzieller und zeitlicher Spielraum, einer Intensivierung der Gesundheitsvorsorge entgegenstehen. Die häufige Nennung finanzieller Ressourcen unterstreicht zugleich die unmittelbare Verknüpfung zwischen den Bereichen der Gesundheits- und Finanzvorsorge. Informations- und Wissensaspekte nehmen demgegenüber eine deutlich nachgeordnete Rolle ein.

Abbildung 15: Barrieren einer stärkeren Investition in Gesundheitsvorsorge

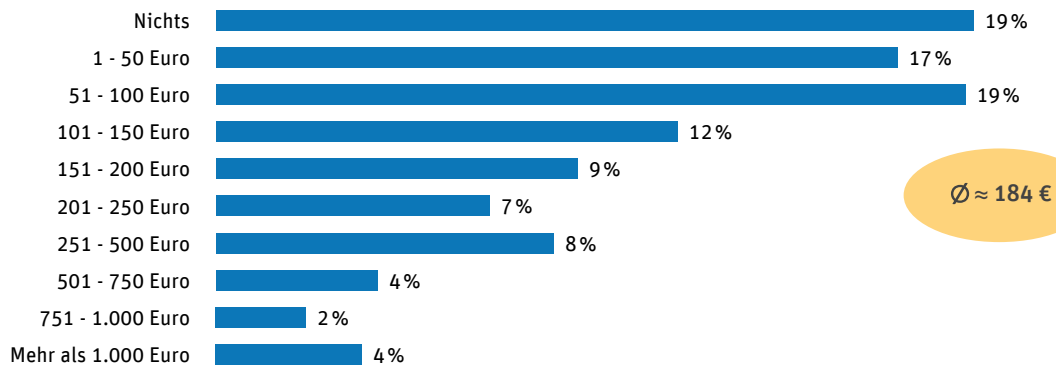


Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 8: „Was hält Sie möglicherweise aktuell davon ab, noch mehr Zeit in die eigene Gesundheitsvorsorge zu investieren?“, Mehrfachnennungen möglich).

Abbildung 16 zeigt, wie viel Geld die Befragten nach eigener Angabe durchschnittlich pro Monat für ihre finanzielle Vorsorge verwenden. Dies umfasst alle Ausgaben oder Rücklagen, die ganz bewusst und gezielt zur Absicherung bzw. für den Vermögensaufbau (z. B. Beiträge für Zusatzversicherungen, Kapitalanlagen wie Sparpläne, ETFs, Fonds, Aktien) oder zur Immobilienfinanzierung getätigt werden (siehe Frage 9 in Anhang A).¹⁷ Ein erheblicher Anteil der Befragten (19 %) gibt an, nichts in die eigene finanzielle Vorsorge zu investieren. Somit betreibt fast jede fünfte Person keine aktive finanzielle Vorsorge. Rund ein Drittel der Befragten (insgesamt 36 %) investiert geringe Beträge von bis zu 100 Euro pro Monat, während weitere 12 % im Bereich von 101 bis 150 Euro liegen. Mittlere Beträge zwischen 151 und 500 Euro geben zusammen rund 24 % der Befragten an. Hohe monatliche Investitionen von mehr als 500 Euro werden dagegen nur von einer Minderheit getätigt (insgesamt 10 %). Die durchschnittliche monatliche Investition liegt bei knapp 184 Euro.¹⁸ Dieser Mittelwert wird jedoch von der vergleichsweise kleinen Gruppe der Hochinvestoren nach oben gezogen, während die Mehrheit deutlich geringere Beträge investiert (rechtsschiefe Verteilung).

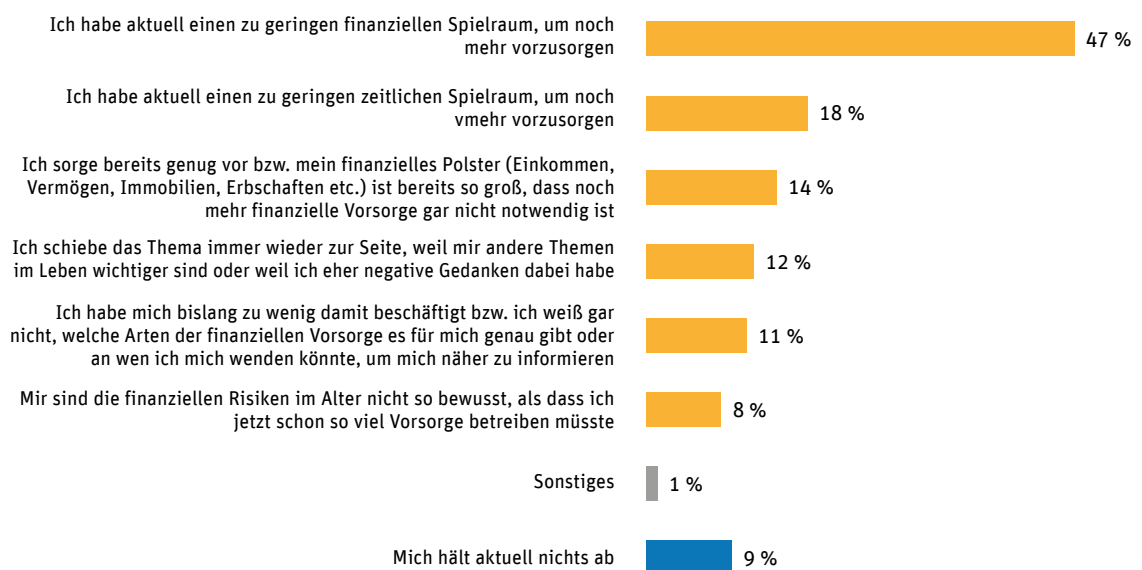
17 Die Angaben zur monatlichen Investition in finanzielle Vorsorge beruhen ebenfalls auf Selbstangaben, bei denen es durch beispielsweise durch Rundungen (z. B. auf glatte Zehnerbeträge) oder das Vergessen regelmäßiger kleiner Beiträge auf individueller Ebene zu Ungenauigkeiten kommen kann (Madeira et al. 2022). Zudem kann die Genauigkeit der Selbstangaben von der finanziellen Bildung abhängen, wobei Personen mit höherer Finanzkompetenz tendenziell präzisere Angaben liefern (Madeira und Margaretic 2022). Gleichwohl ermöglichen die Angaben eine Einschätzung der Größenordnung der monatlichen Investitionen im Bereich der finanziellen Vorsorge.

18 Der Mittelwert wurde näherungsweise berechnet, indem jeder Kategorie ihr Klassenmittelpunkt zugeordnet und anschließend nach der Personenanzahl gewichtet wurde. Bei der nach oben offenen Kategorie („mehr als 1.000 Euro“) wurde datengestützt ein geschätzter Wert ermittelt.

Abbildung 16: Monatliche Aufwendungen für die eigene finanzielle Vorsorge

Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 9: "Wie viel Geld verwenden Sie durchschnittlich pro Monat für Ihre finanzielle Vorsorge? Wir meinen damit alle Ausgaben oder Rücklagen, die Sie ganz bewusst und gezielt zur Absicherung bzw. für den Vermögensaufbau tätigen, z. B. Beiträge für Zusatzversicherungen (z. B. Kranken, Pflege, Rente, Leben, Unfall, Berufsunfähigkeit), Kapitalanlagen (z. B. Sparpläne, ETFs, Fonds, Aktien) oder zur Immobilienfinanzierung.").

Die Gründe, die einer höheren finanziellen Investition entgegenstehen stehen, sind in Abbildung 17 dargestellt. Die Darstellung basiert auf den Antworten zu Frage 10 des Fragebogens (siehe Anhang A). Hierbei handelt es sich wie bei Frage 8 um eine halboffene Frage, die vorgegebene Antwortmöglichkeiten mit der Möglichkeit verbindet, eigene Antworten zu ergänzen (Kategorie „Sonstiges, und zwar: ...“). Mit Abstand am häufigsten wird ein zu geringer finanzieller Spielraum genannt (47 %). Ein deutlich geringerer Anteil von 18 % der Befragten gibt an, aktuell nicht genügend Zeit für eine intensivere Vorsorge zu haben. 14 % der Befragten halten zusätzliche Vorsorge für nicht erforderlich, während 12 % das Thema aufgrund anderer Prioritäten oder negativer Gedanken aufschieben. Auch Wissensaspekte, wie fehlende Kenntnis oder Beschäftigung mit dem Thema, scheinen eher eine geringere Rolle zu spielen: 11 % geben an, sich bislang wenig beschäftigt zu haben bzw. nicht zu wissen, an wen sie sich wenden können, um sich mehr über das Thema zu informieren. Weitere 8 % nennen ein geringes Bewusstsein für finanzielle Risiken im Alter als Grund, während 9 % der Befragten nach eigenen Angaben aktuell nichts von einer stärkeren Investition in finanzielle Vorsorge abhält.

Abbildung 17: Barrieren einer stärkeren Investition in finanzielle Vorsorge

Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 10: "Was hält Sie möglicherweise aktuell davon ab, noch mehr in die eigene finanzielle Vorsorge zu investieren?", Mehrfachnennungen möglich).

1 % entfällt auf sonstige Gründe (offene Nennungen), die aufgrund der geringen quantitativen Bedeutung nicht weiter ausgewertet wurden. Die finanzielle Situation erweist sich damit als zentraler Einflussfaktor für die Möglichkeit einer Intensivierung der finanziellen Vorsorge, während Zeit- und Wissensaspekte nur eine untergeordnete Rolle spielen.

Investitionen in die eigene Vorsorge

Zentrale Ergebnisse

Für die eigene Gesundheitsvorsorge wenden die Befragten in Deutschland im Durchschnitt knapp zweieinhalb Stunden pro Woche auf. In die finanzielle Vorsorge investieren sie durchschnittlich knapp 200 Euro pro Monat. Gleichzeitig wird deutlich, dass finanzielle Restriktionen das zentrale Hemmnis für individuelle Vorsorge darstellen. Fast die Hälfte der Befragten (47 %) nennt finanzielle Engpässe als Hauptgrund dafür, nicht mehr in die eigene finanzielle Absicherung zu investieren. Auch im Bereich der Gesundheitsvorsorge werden fehlende finanzielle Spielräume am häufigsten als Hinderungsgrund für zusätzliche Vorsorgemaßnahmen genannt (32 %). Wissensaspekte spielen hingegen eher eine untergeordnete Rolle.

Schlussfolgerungen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Möglichkeit, Vorsorge zu betreiben, eng mit den verfügbaren finanziellen Ressourcen verknüpft ist. Eine Stärkung der individuellen Vorsorge setzt daher voraus, dass die finanziellen Handlungsspielräume der Haushalte erhalten oder erweitert werden. Politische Maßnahmen, die zu steigenden Abgaben und Beiträgen führen, dürften diese Spielräume verengen und damit die Vorsorgefähigkeit strukturell schwächen. Modelle privater und kapitalgedeckter Vorsorge können demgegenüber einen Beitrag leisten, indem sie Eigenverantwortung ermöglichen und zugleich langfristig zur Stabilität der sozialen Sicherungssysteme beitragen.

4.5 Digitale Innovationen und neue Trends in der Gesundheitsvorsorge

Dieses Kapitel widmet sich digitalen Innovationen und neuen Trends in der Gesundheitsvorsorge. Kapitel 4.5.1 untersucht zunächst, für wie verbreitet die Befragten solche Technologien in der Gesellschaft bereits halten (Frage 12), und erfasst anschließend die individuelle Nutzungshäufigkeit verschiedener Anwendungen – von Gesundheits-Apps über Wearables bis hin zu digitalen Diagnostikverfahren (Frage 13). Darauf aufbauend analysiert Kapitel 4.5.2, ob die Erhebung von Gesundheitsparametern durch moderne Technik das Verhalten der Nutzenden hinsichtlich der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung beeinflusst (Frage 14).

4.5.1 Nutzung von Gesundheitstechnologien

Hintergrund

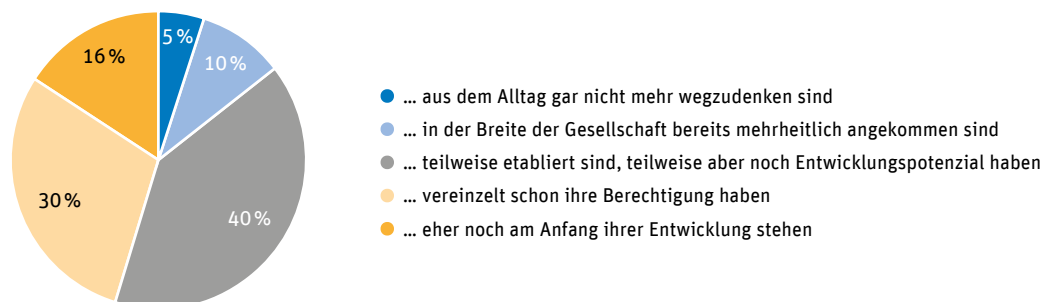
Der technologische Fortschritt eröffnet im Bereich der Gesundheitsvorsorge neue Möglichkeiten, Prävention individueller, messbarer und effizienter zu gestalten. Zu den zentralen Entwicklungen zählen digitale und technische Hilfsmittel wie Gesundheits-Apps, die Nutzende bei der eigenständigen Dokumentation und Steuerung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen unterstützen – etwa durch Bewegungs- und Ernährungstracking oder geführte Trainingsprogramme. Darüber hinaus gewinnen Wearables wie Fitnessarmbänder oder Smartwatches zunehmend an Bedeutung, die eine kontinuierliche Erfassung

physiologischer Parameter wie Herzfrequenz, Schlafqualität, Aktivitätsniveau oder Blutsauerstoffsättigung ermöglichen. Ergänzend kommen digitale Therapie- und Coaching-Programme vermehrt zum Einsatz, etwa zur Unterstützung bei Ernährungsumstellungen, zur Förderung der mentalen Gesundheit oder zur Begleitung chronischer Erkrankungen. Auch digitale Gesundheitsanalysen – darunter Genanalysen, Biomarker-Analysen, medizinisch-diagnostische Selbsttests sowie KI-gestützte Diagnostik – rücken zunehmend in den Fokus.¹⁹ Neben diesen technologischen Entwicklungen gewinnen Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends an Relevanz, darunter ernährungsbasierte Ansätze wie Intervallfasten, ketogene oder pflanzenbasierte Ernährung, medizinisch-präventive Konzepte wie Anti-Aging- und Longevity-Medizin sowie Lifestyle- und Selbstoptimierungsansätze wie Biohacking.²⁰

Befragungsergebnisse

Angesichts dieser Entwicklungen erfasst die erste Frage in diesem Themenblock die von den Befragten wahrgenommene allgemeine Verbreitung von Gesundheitstechnologien in der Gesellschaft (siehe Frage 12 in Anhang A). Abbildung 18 verdeutlicht, dass solche Technologien nach Einschätzung der Befragten bisher nur teilweise in der Gesellschaft angekommen sind. Fast die Hälfte der Befragten (46 %) bewertet die beschriebenen Technologien als noch am Anfang ihrer Entwicklung stehend oder sieht ihre Anwendung bislang nur vereinzelt als sinnvoll an. Weitere 40 % der Befragten betrachten digitale Gesundheitslösungen als teilweise etabliert, erkennen jedoch noch erhebliches Entwicklungspotenzial. Lediglich ein kleiner Teil der Befragten ist der Ansicht, dass Gesundheitstechnologien bereits in der Breite der Gesellschaft angekommen sind (10 %) oder aus dem Alltag kaum noch wegzudenken sind (5 %).

Abbildung 18: Verbreitung von Gesundheitstechnologien in der Gesellschaft



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 12: "In der heutigen Zeit werden im Zuge des technologischen Fortschritts viele Innovationen im Bereich der Medizin und der Gesundheit vorangetrieben, v.a. im Bereich der Vorsorge. Dazu gehören beispielsweise intelligente Geräte/Devices wie Fitness Smart Watches (Wearables), die wichtige Gesundheitsdaten rund um die Uhr tracken, Gesundheits-Apps (z. B. Fitness-Apps) oder spezifische Diagnostikverfahren, um mittels künstlicher Intelligenz (KI) entsprechende Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln. Würden Sie sagen, dass solche Möglichkeiten im Bereich der Gesundheitsvorsorge heutzutage...?").

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

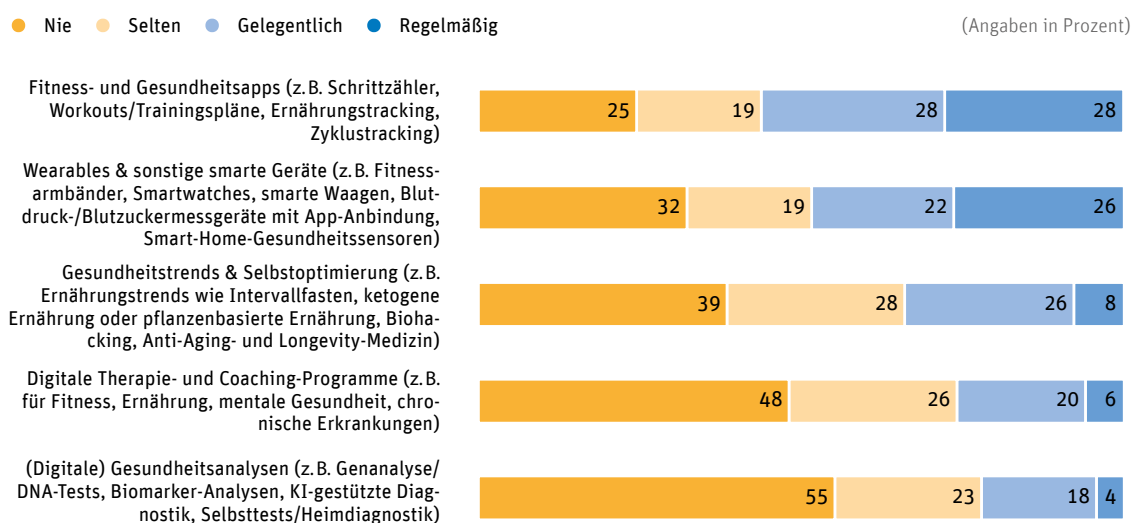
¹⁹ Digitale Genanalysen nutzen bioinformatische Verfahren zur Auswertung genetischer Daten und ermöglichen so die frühzeitige Identifikation erblicher Risikofaktoren (Bombard et al. 2022). Digitale Biomarker-Analysen erfassen über Wearables oder Sensoren kontinuierlich physiologische Parameter und liefern Hinweise auf Gesundheitszustand und Krankheitsverläufe (Vasudevan et al. 2022). Medizinisch-diagnostische Selbsttests ermöglichen die häusliche Erhebung klinischer Parameter (z. B. Blut- oder Stoffwechselwerte), teils mit digitaler Auswertung. KI-gestützte Diagnostik ermöglicht die Analyse von Gesundheitsdaten, das Erkennen relevanter Muster und die Ableitung personalisierter Empfehlungen für Prävention und Vorsorge (Sedlmayr et al. 2025).

²⁰ Intervallfasten bezeichnet den systematischen Wechsel von Essens- und Fastenphasen (Patterson und Sears 2017). Ketogene Ernährung ist eine kohlenhydratarme, fettreiche Ernährungsform, die den Körper in Ketose versetzt (Paoli et al. 2013), während pflanzenbasierte Ernährung überwiegend auf pflanzlichen Lebensmitteln basiert (Satija et al. 2016). Anti-Aging- und Longevity-Medizin gehen über die Ernährung hinaus und zielen darauf ab, den Alterungsprozess durch präventive und therapeutische Maßnahmen zu verlangsamen (Ok 2022; Martinović et al. 2024). Schließlich kombiniert Biohacking Lebensstil, Technologieeinsatz und experimentelle Maßnahmen zur Optimierung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit (Yetisen 2018).

Darüber hinaus wurden die Teilnehmenden auf einer Likert-Skala mit vier Antwortkategorien („nie“, „selten“, „gelegentlich“, „regelmäßig“) danach gefragt, wie häufig sie fünf Innovationen und neuen Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge im Alltag nutzen (siehe Frage 13 in Anhang A). Abbildung 19 zeigt, dass Fitness- und Gesundheits-Apps sowie Wearables und sonstige smarte Geräte die größte Reichweite aufweisen: 28 % der Befragten geben an, Fitness- und Gesundheits-Apps regelmäßig zu nutzen, während Wearables und sonstige smarte Geräte bei 26 % der Befragten regelmäßig zum Einsatz kommen. Die anderen Technologien weisen eine geringe regelmäßige Nutzung auf. Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends werden nur von 8 % der Befragten regelmäßig verfolgt, während nur 6 % der Befragten digitale Therapie- und Coachingprogramme regelmäßig nutzen. Lediglich 4 % der Befragten führen regelmäßig digitale Gesundheitsanalysen durch. Gleichzeitig ist der Anteil derjenigen, bei denen Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends, digitale Therapie- und Coachingprogramme und digitale Gesundheitsanalysen nie zum Einsatz kommen vergleichsweise groß (zwischen 39 % und 55 %).

Die Befragungsergebnisse weisen somit auf eine noch geringe Durchdringung digitaler Innovationen im Bereich der Gesundheitsvorsorge hin, wobei sich ein deutlich selektives Nutzungsmuster abzeichnet. Zwar werden niedrigschwellige, alltagsintegrierte Anwendungen wie Gesundheits-Apps oder Wearables vergleichsweise noch relativ häufig genutzt, doch liegt auch hier der Anteil der regelmäßigen Nutzer nur bei unter einem Drittel der Befragten. Komplexere und stärker spezialisierte Angebote kommen hingegen lediglich bei 4 bis 8 % der Befragten regelmäßig zum Einsatz. Dies deutet darauf hin, dass das Potenzial digitaler Gesundheitsinnovationen in der Breite bislang noch weitgehend unausgeschöpft bleibt. Zu einem vergleichbaren Befund gelangen Schweitzer et al. (2026). Im Rahmen einer Onlinebefragung mit 4.150 Personen im Alter von 18 bis 75 Jahren zeigen die Autoren, dass vor allem niedrigschwellige Geräte wie Smartwatches, smarte Körperwaagen, Fitnessarmbänder und smarte Blutdruckmessgeräte am weitesten verbreitet sind, während die regelmäßige Nutzung interventioneller Anwendungstypen mit potenziell direktem Einfluss auf den Gesundheitszustand – wie Monitoring, Coaching oder Therapiebegleitung – lediglich bei 2 % bis 5 % der Befragten liegt. Zugleich zeigen Schweitzer et al. (2026), dass 84 % der Befragten interventionelle Anwendungen bereits nutzen oder sich eine Nutzung vorstellen können, sodass eine erhebliche Diskrepanz zwischen hoher grundsätzlicher Nutzungsbereitschaft und geringer tatsächlicher Nutzung besteht. Ausschlaggebend für die geringe Nutzung scheint demnach weniger eine grundsätzliche Ablehnung digitaler Gesundheitslösungen zu sein als vielmehr eine bislang unzureichende Einbindung in bestehende Versorgungsprozesse sowie bestehende Informations- und Orientierungsdefizite auf Seiten der Nutzenden.

Abbildung 19: Nutzung von Innovationen und Trends in der Gesundheitsvorsorge



Quelle: Eigene Darstellung, n = 3.000 (Frage 13: „Wie häufig nutzen Sie im Alltag die folgenden Innovationen im Bereich der Gesundheitsvorsorge (z. B. intelligente Geräte/Devices, Gesundheits-Apps) sowie aktuelle Vorsorgetrends?“).

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Angesichts der insgesamt geringen Verbreitung von Gesundheitstechnologien stellt sich die Frage, ob sich die beobachteten Nutzungsmuster systematisch zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen unterscheiden. Die Ergebnisse der Subgruppenanalysen in Bezug auf den Index der Nutzung von Gesundheitstechnologien nach Alter, Geschlecht, Bildung, Einkommen, Erwerbsstatus sowie der Einstellung zum Altwerden sind in Tabelle B4 im Anhang B dargestellt. Für das Alter zeigen sich signifikante Gruppenunterschiede ($F = 28,4$; $p < 0,001$), wobei 55- bis 79-Jährige signifikant niedrigere Zustimmungswerte aufweisen als 35- bis 54- und 16- bis 34-Jährige (jeweils $p < 0,001$) und 35- bis 54-Jährige signifikant seltener angeben, Gesundheitstechnologien zu nutzen als 16- bis 34-Jährige ($p = 0,008$). Hinsichtlich des Geschlechts lässt sich hingegen kein signifikanter Unterschied feststellen ($p = 0,759$). Für das Bildungsniveau ergibt sich ein signifikanter Unterschied ($F = 5,85$; $p < 0,001$). Die paarweisen Post-hoc-Vergleiche zeigen, dass Personen mit hoher Bildung eine signifikant höhere Nutzung von Gesundheitstechnologien berichten als Personen mit mittlerer Bildung ($p < 0,001$) und Personen mit niedriger Bildung ($p = 0,003$). Ein signifikanter Unterschied zeigt sich zudem für das Haushaltsnettoeinkommen ($F = 35,79$; $p < 0,001$), der sich in allen paarweisen Post-hoc-Vergleichen bestätigt: Die hohe Einkommensgruppe gibt jeweils signifikant häufiger an, Gesundheitstechnologien und neue Vorsorgetrends zu nutzen als die mittlere Einkommensgruppe ($p < 0,001$) und die niedrige Einkommensgruppe ($p < 0,001$). Zudem haben Personen mit mittlerem Einkommen signifikant höhere Zustimmungswerte als Personen mit niedrigem Einkommen ($p < 0,001$). Auch der Erwerbsstatus steht in signifikantem Zusammenhang mit der Nutzung von Gesundheitstechnologien ($F = 26,32$; $p < 0,001$). Erwerbstätige ($p < 0,001$) sowie Schüler, Studierende und Auszubildende ($p < 0,003$) weisen jeweils signifikant höhere Nutzungswerte auf als Nicht-Erwerbstätige. Zudem geben Erwerbstätige signifikant häufiger an, Gesundheitstechnologien zu nutzen als Personen im Ruhestand ($p < 0,001$). Schließlich unterscheidet sich die Nutzung auch in Bezug auf die Einstellung zum Altwerden signifikant zwischen den Gruppen ($F = 43,11$; $p < 0,001$). Positiv Eingestellte weisen dabei signifikant höhere Zustimmungswerte auf als Personen mit negativer oder neutraler Einstellung. Trotz der statistischen Signifikanz sind die Effektgrößen in allen Subgruppenanalysen klein bis sehr klein, was auf eine begrenzte praktische Relevanz der beobachteten Unterschiede hindeutet.

Die multivariaten Regressionsergebnisse zu den Einflussfaktoren auf die Nutzung von Gesundheitstechnologien und neuen Vorsorgetrends sind in Tabelle C4 im Anhang C dargestellt. Während soziodemografische Merkmale allein nur einen geringen Teil der Varianz erklären (Modell (1): adj. $R^2 = 0,072$), steigt die Erklärungskraft mit der Einbeziehung der wahrgenommenen Eignung von Vorsorgemaßnahmen und der Umsetzung von Maßnahmen aus den finanziellen und rechtlich-organisatorischen Vorsorgebereichen an (Modell (2): adj. $R^2 = 0,275$). Die zusätzliche Berücksichtigung subjektiver Zukunftsaussichten erhöht die erklärte Varianz hingegen nur marginal (Modell (3): adj. $R^2 = 0,279$). Trotz der insgesamt geringen Erklärungskraft soziodemografischer Merkmale zeigen sich in Modell (3) mehrere signifikante Zusammenhänge. So nutzen sowohl 55- bis 79- als auch 35- bis 54-Jährige Gesundheitstechnologien signifikant seltener als 16- bis 34-Jährige. Zudem berichten Personen im Ruhestand, Personen ohne minderjährige Kinder im Haushalt sowie Alleinstehende eine signifikant geringere Nutzung als Erwerbstätige, Personen mit Kindern im Haushalt bzw. Personen in fester Partnerschaft. Dies legt nahe, dass soziale und berufliche Einbettung eine relevante Rolle bei der Nutzung digitaler Gesundheitstechnologien spielt. Hinsichtlich individueller Zukunftsperspektiven zeigt sich entgegen der Erwartung, dass Personen mit positiver Einstellung zum Altwerden – im Vergleich zu einer neutralen Einstellung – solche Technologien signifikant seltener nutzen. Die deutlichsten Zusammenhänge zeigen sich bei den vorsorgebezogenen Variablen: Personen, die die Relevanz gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen höher einschätzen, geben signifikant häufiger an, digitale Innovationen und neue Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge zu nutzen. Demgegenüber geht eine höhere Bewertung rechtlich-organisatorischer Maßnahmen mit einer signifikant niedrigeren Nutzung einher. Zugleich nutzen Personen, die häufiger finanzielle und rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen umsetzen, tendenziell häufiger Gesundheitstechnologien.

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Nutzung von Gesundheitstechnologien weniger durch Zukunftserwartungen und soziodemografische Merkmale erklärt wird als vielmehr durch die wahrgenommene Relevanz gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen und eine allgemeine, bereichsübergreifende Vorsorgeorientierung. Innerhalb der soziodemografischen Merkmale kommt dabei insbesondere

Indikatoren sozialer Einbettung – wie Partnerschaftsstatus, Erwerbstätigkeit und Kindern im Haushalt – eine wichtige Bedeutung zu. Zu diesem Ergebnis kommen auch Hajek et al. (2025) im Rahmen einer Befragungsstudie der deutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 74 Jahren ($n = 3270$) zur Nutzung von Wearables. Die Modellgüte ist mit einem adjustierten R^2 von knapp 28 % allerdings nur als moderat einzuschätzen. Dies deutet darauf hin, dass die Nutzung von Gesundheitstechnologien nur teilweise durch die in dieser Befragung berücksichtigten Merkmale erklärt werden kann. Es ist daher davon auszugehen, dass weitere, hier nicht erfasste Einflussfaktoren eine zentrale Rolle spielen. Naheliegend erscheinen insbesondere technikbezogene Merkmale (z. B. Technikaffinität, Datenschutzbedenken, Vertrauen in digitale Angebote, digitale Kompetenz), gesundheitsbezogene Faktoren (z. B. Gesundheitszustand, Lebensstil), psychologische Faktoren (z. B. Zeitpräferenzen, Risikowahrnehmung, Offenheit für Neues), soziale Faktoren (z. B. soziale Unterstützung) sowie strukturelle Faktoren (z. B. technische Infrastruktur, Einbindung in bestehende Versorgungsprozesse). Schweitzer et al. (2026) identifizieren insbesondere technikbezogene und strukturelle Barrieren – darunter Datenschutzbedenken, Zweifel an der Priorisierung gesundheitlicher gegenüber wirtschaftlichen Interessen sowie eine als unzureichend empfundene Individualität der Lösungen – als zentrale Nutzungshemmnisse. Zudem zeigt sich, dass digitale Gesundheitskompetenz sowie das Vertrauen in digitale Gesundheitsangebote mit der Nutzung entsprechender Angebote assoziiert sind (Pan et al. 2025; Catapan et al. 2025). Ergänzend hierzu zeigen Hajek et al. (2025), dass neben sozialen Faktoren insbesondere lebensstilbezogene Faktoren wie körperliche Aktivität und gesunde Ernährung sowie gesundheitsbezogene Variablen wie die Anzahl chronischer Erkrankungen signifikant mit der Nutzung assoziiert sind. Aus diesen Ergebnissen lassen sich drei zentrale Ansatzpunkte ableiten. Erstens sollten Maßnahmen zur Förderung der Nutzung an der wahrgenommenen Relevanz digitaler Gesundheitsangebote ansetzen und Vorsorgeaktivitäten in anderen Bereichen gezielt als Anknüpfungspunkte nutzen. Zweitens legen die beobachteten soziodemografischen Unterschiede nahe, dass Informations- und Unterstützungsangebote zielgruppenspezifisch konzipiert werden sollten – etwa durch differenzierte Angebote für Personen mittleren und höheren Alters sowie alleinstehende Personen. Drittens deuten die in der vorliegenden Befragung nicht erfassten, aber in der Literatur als relevant identifizierten Faktoren – insbesondere digitale Gesundheitskompetenz, Datenschutzbedenken und das Vertrauen in digitale Angebote – darauf hin, dass auch der Abbau technikbezogener Barrieren eine wesentliche Voraussetzung für eine breitere Nutzung darstellt.

Nutzung von Gesundheitstechnologien

Zentrale Ergebnisse

Insgesamt zeigt sich ein relativ geringer Durchdringungsgrad digitaler Gesundheitstechnologien in der Bevölkerung. Digitale Gesundheitsangebote wie Fitness- und Gesundheits-Apps sowie Wearables (z. B. Fitnessarmbänder, Smartwatches) weisen noch vergleichsweise die höchste Verbreitung auf, während Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends (z. B. verschiedene Ernährungstrends, Anti-Aging- und Longevity-Medizin), digitale Therapie- und Coachingprogramme (z. B. zu Fitness, Ernährung oder mentaler Gesundheit) sowie digitale Gesundheitsanalysen (z. B. DNA- und Biomarker-Analysen, KI-gestützte Diagnostik, Heimdiagnostik) bisher noch seltener genutzt werden.

Schlussfolgerungen

Digitale Gesundheitsangebote weisen insbesondere für ältere Bevölkerungsgruppen ein erhebliches versorgungsbezogenes Potenzial auf: Telemedizin, Telemonitoring und digitale Therapieprogramme können dazu beitragen, die Selbstständigkeit zu stärken, Mobilitätseinschränkungen zu kompensieren und vermeidbare Krankenhausaufenthalte zu reduzieren. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und eines zunehmenden Fachkräftemangels im Gesundheitswesen bedarf es daher innovationsförderlicher Rahmenbedingungen und einer stärkeren Einbettung in bestehende Versorgungsstrukturen, um diese Potenziale konsequent zu nutzen. Angesichts ihrer

hohen Skalierbarkeit erscheint eine stärkere politische Förderung moderner Gesundheitstechnologien geboten. Voraussetzung hierfür ist, Vertrauen aufzubauen, Wissensdefizite abzubauen und Orientierung zu schaffen – etwa durch standardisierte Zertifizierungsverfahren, die Qualität, Sicherheit und Transparenz nachvollziehbar signalisieren.

4.5.2 Auswirkungen auf die Häufigkeit von Arztbesuchen

Hintergrund

Neben den Einflussfaktoren auf die Nutzung von Gesundheitstechnologien ist deren Auswirkung auf das Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen relevant. Die kontinuierliche Erfassung gesundheitsbezogener Daten durch Wearables oder Gesundheits-Apps kann dabei auf unterschiedliche Weise auf die Häufigkeit von Arztbesuchen wirken. Einerseits kann die eigenständige Einschätzung leichter Beschwerden mithilfe der erhobenen Daten vermeidbare Arztkontakte reduzieren. Die frühzeitige Erkennung gesundheitlicher Veränderungen bzw. Verschlechterungen ermöglicht zudem eine rechtzeitige Intervention und kann so beispielsweise Hospitalisierungen vermeiden (Taylor et al. 2021). Zudem können durch Selbstmessungen angestoßene Verhaltensänderungen langfristig die Krankheitslast senken und dadurch die Notwendigkeit ärztlicher Konsultationen weiter verringern (Ferguson et al. 2022). Andererseits können erkannte Auffälligkeiten oder Unsicherheiten im Umgang mit den erhobenen Daten zusätzliche ärztliche Abklärungen erforderlich machen und so zu einer Zunahme von Arztbesuchen führen. Während dies bei bisher unerkannten Erkrankungen sinnvoll ist und eine frühzeitige Diagnosestellung und Therapieeinleitung ermöglichen kann, besteht bei falsch-positiven Befunden oder der Fehlinterpretation normaler physiologischer Schwankungen das Risiko einer klinisch nicht indizierten Inanspruchnahme (Wyatt et al. 2020; Rosman et al. 2024). Zudem kann eine exzessive Selbstüberwachung pathologische Züge annehmen und sich – etwa bei einem durch Krankheit bedingten Fitnessverlust, der sich anhand objektiver Gesundheitsindikatoren von Wearables zeigt – negativ auf die psychische Gesundheit auswirken (Chen et al. 2024).

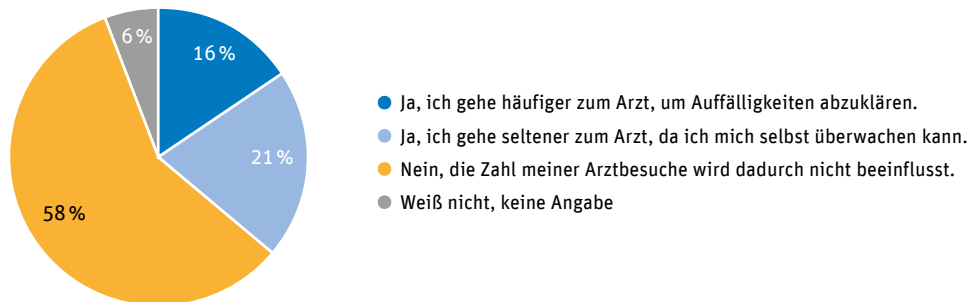
Befragungsergebnisse

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen der Befragung untersucht, ob die Erhebung von Gesundheitsparametern durch Apps oder Wearables die Häufigkeit von Arztbesuchen beeinflusst (siehe Frage 14 in Anhang A).²¹ Abbildung 20 stellt die selbstberichteten Einschätzungen der Befragten zu diesem Zusammenhang dar. 21 % der Befragten geben an, dass sie seltener zum Arzt gehen, da sie ihre Gesundheitsparameter selbst überwachen können. 16 % der Befragten nehmen ärztliche Untersuchungen nach eigenen Angaben hingegen häufiger in Anspruch, um durch digitale Messungen festgestellte Auffälligkeiten abzuklären. Weitere 5 % können hierzu keine Einschätzung abgeben. Mehr als die Hälfte der Befragten (58 %) gibt wiederum an, dass die Anzahl ihrer Arztbesuche durch die Nutzung von Apps oder Wearables nicht beeinflusst wird.

Aus den Ergebnissen lässt sich schließen, dass die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote keinen einheitlichen Effekt auf die Häufigkeit von Arztbesuchen hat. Während ein geringer Anteil der Befragten seltener bzw. häufiger ärztliche Versorgung in Anspruch nimmt, berichtet die Mehrheit von keiner Veränderung. Die gegenläufigen Effekte scheinen sich auf Populationsebene somit weitgehend auszugleichen, sodass weder eine substanzielle Entlastung noch eine zusätzliche Belastung des Gesundheitssystems zu erwarten ist. Aus versorgungswissenschaftlicher Perspektive ist allerdings weniger die Nettoveränderung auf Populationsebene entscheidend als deren differentielle Verteilung über Subpopulationen. Eine reduzierte Inanspruchnahme vorwiegend gesunder Nutzender ließe sich als funktionale Entlastung des

²¹ Die Frage richtete sich an alle Befragten, die bei Frage 13 angaben, mindestens eine Innovation gelegentlich oder regelmäßig zu nutzen (n = 2.177).

Abbildung 20: Auswirkungen der Ermittlung von Gesundheitsparametern auf die Häufigkeit von Arztbesuchen



Quelle: Eigene Darstellung, n = 2.177 (Frage 14: "Beeinflusst die Ermittlung von Gesundheitsparametern durch moderne Technik (Apps, Wearables, Online-Tools) Ihr Verhalten, einen Arzt aufzusuchen?").

Hinweis: Summen können rundungsbedingt von 100 % abweichen.

Versorgungssysteme interpretieren, wohingegen ein entsprechender Rückgang bei Personen mit chronischen Erkrankungen das Risiko einer klinisch relevanten Unterversorgung birgt. Analog könnte eine erhöhte Inanspruchnahme von Arztkontakten bei beschwerdefreien Personen auf eine nicht indizierte Inanspruchnahme verweisen, die zusätzliche Systemressourcen bindet. Für eine differenziertere Bewertung wären daher stratifizierte Analysen nach Morbiditätsstatus, idealerweise im Rahmen eines längsschnittlichen Designs unter Einbezug von objektiven Versorgungsdaten, notwendig.

Auswirkungen der Nutzung digitaler Tools auf die Häufigkeit von Arztbesuchen

Zentrale Ergebnisse

Ein kontinuierliches Monitoring von Gesundheitsparametern mittels digitaler Technologien (z. B. Wearables, Apps) kann die individuelle Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen beeinflussen. So können eigenständige Einschätzungen leichter Beschwerden und präventiv wirksame Verhaltensmodifikationen Arztkontakte reduzieren, wohingegen detektierte Auffälligkeiten oder eine fehlerhafte Interpretation erhobener Daten zusätzliche diagnostische Konsultationen nach sich ziehen können. Die Befragungsergebnisse zeigen diesbezüglich ein heterogenes Bild: Während 21 % der Befragten angeben, seltener zum Arzt zu gehen, berichten 16 % der Befragten, mehr Arztbesuche infolge der Nutzung digitaler Gesundheitsangebote zu haben. 58 % der Befragten geben an, dass die Anzahl der Arztbesuche nicht durch die Nutzung moderner Technik beeinflusst wird.

Schlussfolgerungen

Kontinuierliche Messungen von Gesundheitsdaten mittels digitaler Tools bieten das Potenzial, die Versorgung gezielter und effizienter zu gestalten, indem sie die Gesundheitskompetenz stärken, gesundheitliche Veränderungen frühzeitig sichtbar machen und rechtzeitige Interventionen ermöglichen. Versicherungsunternehmen sollten diese unter Einhaltung klarer datenschutzrechtlicher Rahmenbedingungen und transparenter Regelungen für Prävention und Gesundheitsmanagement nutzen dürfen, um eine bedarfsgerechte, individualisierte Ansprache und Unterstützung der Versicherten zu ermöglichen.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie untersucht auf Basis einer Online-Befragung der deutschen Bevölkerung im Alter von 16 bis 79 Jahren die Einstellung zur Langlebigkeit, das Verständnis von Vorsorge, die Bewertung und Umsetzung gesundheitlicher, finanzieller sowie rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen und die Nutzung von digitalen Innovationen und Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge.

Langlebigkeit wird ambivalent wahrgenommen – zwischen Hoffnung und Sorge

Hinsichtlich der Einstellung zur Langlebigkeit zeichnen die Befragungsergebnisse ein ambivalentes Bild: Während 38 % der Befragten das Erreichen eines Alters von 100 Jahren positiv bewerten, steht etwa ein Drittel (32 %) dieser Perspektive eher kritisch gegenüber. Die positiven Assoziationen beziehen sich vorrangig auf zusätzliche Lebenszeit im Kreis von Familie und Freunden, während die kritischen Einschätzungen vor allem durch die Sorge vor gesundheitlichen Einschränkungen, Pflegebedürftigkeit, finanzieller Unsicherheit und sozialer Isolation geprägt sind.

Die ambivalente Bewertung eines sehr hohen Lebensalters lässt sich im Sinne der Stereotype Embodiment Theory (Levy) als Ausdruck internalisierter Altersstereotype interpretieren: Die genannten Hoffnungen und Befürchtungen spiegeln den Einfluss positiver und negativer Altersstereotype wider, die nicht nur Einstellungen zum hohen Alter, sondern potenziell auch gesundheitsbezogenes Verhalten und die tatsächliche Langlebigkeit beeinflussen.

Vorsorge wird ganzheitlich verstanden und umfasst gesundheitliche Aspekte, finanzielle Absicherung sowie rechtlich-organisatorische Fragen

Die Mehrdimensionalität der Gedanken zum Altwerden korrespondiert mit einem entsprechend breit gefassten Vorsorgeverständnis, das gesundheitliche, finanzielle und rechtlich-organisatorische Aspekte umfasst. Im Bereich der Gesundheitsvorsorge werden klassische Präventionsmaßnahmen deutlich priorisiert: Jeweils knapp 80 % der Befragten stufen regelmäßige körperliche Aktivität, Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt sowie für eine gesunde Ernährung als sehr wichtig ein. Demgegenüber werden neuere Ansätze wie digitale Gesundheitsangebote (46 %), „Digital Detox“ (41 %) oder die Einnahme von Lifestyle-Produkten und sonstigen Produkten zur Steigerung der subjektiven Lebensqualität (39 %) als deutlich weniger relevant eingeschätzt. Rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen werden überwiegend als sinnvoll eingeschätzt: 75 % der Befragten bewerten die Regelung von Vollmachten, Erbschaft und Nachlass als stark geeignete Vorsorgemaßnahme. Die Vorbereitung altersgerechten Wohnens (69 %) sowie der Aufbau von Gesundheits- und Finanzkompetenz (66–67 %) werden ebenfalls von einem Großteil der Befragten als sehr relevant beurteilt. Finanziellen Vorsorgeaspekten wird im Vergleich zu den meisten gesundheitlichen und rechtlich-organisatorischen Maßnahmen hingegen eine geringere Relevanz zugeschrieben. Hier liegen die Zustimmungswerte zwischen 49 % (gezielter Karriereaufbau) und 65 % (Abschluss von Zusatzversicherungen).

Diese Priorisierungen stehen im Einklang mit dem in den 1950er Jahren entwickelten Health Belief Model zur Erklärung von Gesundheitsverhalten, dessen Annahmen sich auch auf andere Vorsorgebereiche übertragen lassen: Maßnahmen, die als alltagsnah wahrgenommen werden und deren Nutzen als unmittelbar und gut nachvollziehbar erscheint, werden höher bewertet als solche, die als abstrakter und komplexer eingeschätzt werden.

Zwischen wahrgenommener Relevanz und Umsetzung besteht eine Vorsorgelücke

Bei der tatsächlichen Umsetzung zeigt sich im gesundheitlichen Bereich, dass die Pflege sozialer Kontakte den höchsten Stellenwert einnimmt, gefolgt von klassischen Präventionsmaßnahmen wie körperlicher Aktivität, ausgewogener Ernährung und Vorsorgeuntersuchungen. Jeweils rund zwei Drittel (64–69 %)

der Befragten geben an, diese Maßnahmen überwiegend oder voll und ganz umzusetzen. Demgegenüber werden neuere Ansätze wie digitale Gesundheitsangebote (45 %), die Einnahme von Lifestyle-Produkten (41 %) oder „Digital Detox“ (39 %) deutlich seltener umgesetzt. Finanzielle und rechtlich-organisatorische Vorsorgemaßnahmen werden insgesamt deutlich seltener realisiert als die meisten gesundheitlichen Maßnahmen. Bei den rechtlich-organisatorischen Maßnahmen geben lediglich 37 % bis 48 % der Befragten an, diese in ausreichendem Maße umzusetzen. Bei den finanziellen Maßnahmen liegt dieser Anteil je nach Maßnahme bei 40 % bis 47 %.

Zugleich zeigt sich in allen Vorsorgebereichen eine Diskrepanz zwischen wahrgenommener Relevanz und konkretem Handeln: Unter den Personen, die die jeweiligen Maßnahmen als geeignet einschätzen, setzen im gesundheitlichen Bereich 17 % bis 36 %, im finanziellen Bereich 36 % bis 41 % und im rechtlich-organisatorischen Bereich 40 % bis 54 % die entsprechenden Maßnahmen nicht um. Diese Diskrepanz lässt sich im Sinne der Theory of Planned Behavior (Ajzen) und des Health Action Process Approach (Schwarzer) als Intention-Behavior-Gap interpretieren, bei der positive Einstellungen und Intentionen zwar notwendige, aber keine hinreichenden Bedingungen für tatsächliches Verhalten sind.

Über alle Vorsorgebereiche hinweg erweisen sich die wahrgenommene Relevanz der entsprechenden Maßnahmen sowie eine übergreifende Vorsorgeorientierung als stärkste Prädiktoren des Vorsorgeverhaltens, während soziodemografische Merkmale und subjektive Zukunftserwartungen eher eine untergeordnete Rolle spielen. Darüber hinaus legen die Ergebnisse nahe, dass weitere Faktoren das Vorsorgehandeln maßgeblich beeinflussen (z. B. psychologische, gesundheitsbezogene, soziale und strukturelle Faktoren). Dieses Muster ist mit der Theory of Planned Behavior und dem Health Action Process Approach vereinbar, denen zufolge neben Relevanzeinschätzungen und generellen Intentionen insbesondere wahrgenommene Verhaltenskontrolle, Selbstwirksamkeit sowie konkrete Handlungs- und Bewältigungsplanungen für die tatsächliche Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen entscheidend sind.

Finanzielle Restriktionen sind das zentrale Vorsorgehemmnis

Die Analyse der konkret aufgewendeten Ressourcen zeigt, dass die Befragten durchschnittlich knapp zwei-einhalb Stunden pro Woche für die Gesundheitsvorsorge und rund 200 Euro monatlich für die finanzielle Vorsorge aufwenden. Als zentrales Hemmnis für weitergehende Investitionen in beide Vorsorgebereiche werden finanzielle Restriktionen angeführt, während mangelnde Information und fehlendes Wissen eine vergleichsweise nachrangige Rolle einnehmen.

Nutzung digitaler Gesundheitsangebote bleibt hinter ihrem Potenzial zurück

Im Hinblick auf digitale Innovationen und neue Trends im Bereich der Gesundheitsvorsorge zeigt sich insgesamt ein relativ geringer Nutzungsgrad. Niedrigschwellige, alltagsnahe Technologien weisen noch die vergleichsweise höchste Verbreitung auf: 28 % der Befragten geben an, Fitness- und Gesundheits-Apps regelmäßig zu nutzen, während Wearables und sonstige smarte Geräte bei 26 % der Befragten regelmäßig zum Einsatz kommen. Demgegenüber werden komplexere Angebote wie digitale Gesundheitsanalysen (4 %) oder Therapie- und Coachingprogramme (6 %) sowie Gesundheits- und Selbstoptimierungstrends (8 %) deutlich seltener regelmäßig genutzt.

Die Nutzung digitaler Tools beeinflusst das Inanspruchnahmeverhalten ärztlicher Versorgung nach Angaben der Befragten dabei heterogen: 21 % der Befragten geben an, seltener einen Arzt aufzusuchen, während 16 % von häufigeren Arztbesuchen berichten. Die Mehrheit von 58 % nimmt hingegen keine Veränderung wahr.

6 Schlussfolgerung

Die Lebenserwartung in Deutschland ist seit Anfang der 1970er Jahre um mehr als zehn Jahre gestiegen. Den Hintergrund bilden der medizinische Fortschritt mit besserer Diagnostik, wirksameren Medikamenten, neuen Impfungen und modernen Therapiemöglichkeiten sowie verbesserte Umwelt- und Hygienebedingungen. Die steigende Lebenserwartung führt dazu, dass die gewonnenen Lebensjahre keineswegs nur gesunde Lebenszeit sind, sondern teilweise in Krankheit verbracht werden. Viele Menschen haben deshalb einen ambivalenten Blick auf Langlebigkeit. Ein längeres Leben wird von vielen Menschen zwar mit zusätzlichen Chancen und Lebensmöglichkeiten verbunden, zugleich aber auch mit Sorgen vor gesundheitlichen Einschränkungen und Pflegebedürftigkeit. Hinzu kommt die finanzielle Unsicherheit: Die erwerbslose Zeit nach dem Renteneintritt verlängert sich und das während der Erwerbszeit aufgebaute Vermögen reicht möglicherweise nicht aus, die längere Zeit im Ruhestand zu finanzieren. Die Anforderungen an die individuelle Vorsorge verändern sich dadurch.

Die Studie zeigt, dass diese individuellen Herausforderungen von vielen Menschen durchaus wahrgenommen werden. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass weniger ein fehlendes Problembewusstsein als vielmehr psychologische, gesundheitsbezogene, soziale und strukturelle Hürden eine Rolle dabei spielen, ob Vorsorge (gesundheitlich, finanziell, rechtlich-organisatorisch) umgesetzt wird. Interessant ist auch, dass die individuelle Umsetzung der Vorsorge sich nicht allein durch soziodemografische Faktoren erklären lässt. So finden sich in allen Gruppen nach Einkommen, Alter, Geschlecht und Familienstand gleichermaßen Personen mit stark ausgeprägtem und mit weniger stark ausgeprägtem Vorsorgeverhalten. Oder anders ausgedrückt: Die für eine Vorsorge relevante Voraussetzung, kurzfristige Belastungen zugunsten langfristiger Vorteile in Kauf zu nehmen, ist nicht signifikant nur in bestimmten Bevölkerungsgruppen zu finden.

Die steigende Lebenserwartung benötigt eine aktive Lebensgestaltung, wobei eine enge Verzahnung von gesundheitlicher, finanzieller und rechtlich-organisatorischer Vorsorge sehr sinnvoll erscheint. An dieser Stelle können Versicherungsunternehmen einen wichtigen Beitrag leisten, da sie sowohl gesundheitlich orientierte Angebote als auch finanzielle Vorsorgeprodukte bereitstellen können. Hierbei können auch Beratungs- und Informationsangebote eine große Rolle spielen, um die von vielen Menschen wahrgenommene Komplexität von Vorsorgeprodukten zu adressieren.

Eine Grundlage für den Aufbau finanzieller Vorsorge sind vorhandene finanzielle Spielräume. Es braucht hier unterstützende Rahmenbedingungen, sodass auch Menschen mit geringeren Einkommen in die Lage versetzt werden, finanzielle Eigenvorsorge zu betreiben. Klare politische Rahmenbedingungen und konsistente Signale zur Rolle individueller Eigenvorsorge könnten das Bewusstsein für finanzielle Vorsorge zusätzlich stärken.

Digitale Angebote schaffen neue Möglichkeiten sowohl in der Vorsorge als auch in der Bewältigung der Herausforderungen des Alters. Die Nutzung digitaler Gesundheitsangebote bleibt momentan noch hinter ihre Möglichkeiten zurück. Mit Blick auf die Vorsorge ist in diesem Zusammenhang auch an neue Möglichkeiten in der Früherkennung von Krankheiten zu denken. Um dieses Potenzial ausschöpfen zu können, braucht es innovationsfreundliche Rahmenbedingungen, die auch den Versicherungsunternehmen den rechtlichen Spielraum schaffen.

Die demografische Entwicklung erhöht nicht nur die Anforderungen an die sozialen Sicherungssysteme, sondern auch die Bedeutung frühzeitiger individueller Vorsorge. Gesundheitsförderung, finanzielle Eigenvorsorge und organisatorische Vorbereitung sollten dabei stärker als zusammenhängende Elemente der Vorsorge verstanden werden. Versicherungsunternehmen können eine wichtige unterstützende Rolle übernehmen, indem sie Präventionsanreize setzen, ergänzende Absicherung ermöglichen und Menschen bei langfristigen Vorsorgeentscheidungen begleiten.

Anhang A: Erhebungsinstrument

Fragebogen

[= Einfachnennung | = Mehrfachnennung]

- 1) In dieser Umfrage geht es um das Alter und um alles, was dazu gehört. Auch wenn Sie das natürlich nicht genau wissen, aber was glauben Sie, wie alt Sie einmal werden (unter normalen Lebensumständen)?

- Max. 75 Jahre
- 76 - 80 Jahre
- 81 - 85 Jahre
- 86 - 90 Jahre
- 91 - 95 Jahre
- 96 - 100 Jahre
- Älter als 100 Jahre

- 2) Wenn man den aktuellen Schätzungen der Lebenserwartung in Deutschland folgt, werden heute geborene Männer 78,9 Jahre und Frauen sogar 83,5 Jahre alt – Tendenz weiter steigend. Man geht davon aus, dass in nicht allzu ferner Zukunft etliche Menschen die magische Altersgrenze von 100 Jahren erreichen. Wenn Sie sich einmal vorstellen, dass Sie selbst 100 Jahre alt werden könnten, was löst das in Ihnen aus, welche Gedanken und Gefühle haben Sie dabei?

- 3) Ist der Gedanke, selbst einmal 100 Jahre alt werden zu können, für Sie eher positiv oder eher negativ?

Sehr negativ <input type="radio"/>	Eher negativ <input type="radio"/>	Neutral <input type="radio"/>	Eher positiv <input type="radio"/>	Sehr positiv <input type="radio"/>
---------------------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

- 4) Eine Möglichkeit, sich optimal auf das Alter vorzubereiten, ist entsprechend „Vorsorge“ zu betreiben. Was verstehen Sie persönlich unter dem Begriff „Vorsorge“, d.h. was umfasst der Begriff aus Ihrer Sicht alles?

- 5) Vorsorge kann sich um **gesundheitliche**, **finanzielle** oder **rechtlich-organisatorische** Aspekte drehen. Sie sehen nachfolgend einige Aspekte aufgelistet. Bitte geben Sie an, wie stark Sie diese Aspekte mit dem Thema „Vorsorge“ verknüpfen, d.h. wie geeignet Sie diese Aspekte als Möglichkeit zur Vorsorge sehen.

	Sehr wenig	Eher wenig	Teils, teils	Eher stark	Sehr stark
1. Regelmäßige körperliche Aktivität (Bewegung, Sport, Fitness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Regelmäßige Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit ¹ bzw. Nahrungsergänzungsmitteln ¹ Produkte, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen (z.B. das eigene Wohlbefinden oder das äußere Erscheinungsbild) – Beispiele: Hyaluron-Präparate, Kräuteresenzen und -öle, Haarwuchsmittel, Ayurveda-Produkte etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gesunde und ausgewogene Ernährung (z.B. Bio-Lebensmittel; viel Obst, Gemüse und Vollkorn; wenig Zucker, Salz und ungesunde Fette)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vermeidung ungesunder Stoffe (z.B. Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin oder Drogen, Schadstoffe in der Umwelt und in Konsumgütern wie Textilien oder Kosmetik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vermeidung von übermäßigem Medien- und Gerätekonsum („Digital Detox“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (z.B. allgemeine Gesundheits-Check-ups, Krebsfrüherkennung, Zahnprophylaxe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Regelmäßige Impfungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Stressbewältigung, mentales Training, ausreichend Schlaf, Entschleunigung im Alltag, Work-Life-Balance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nutzung digitaler Gesundheitsangebote zur Überwachung, Dokumentation und Verbesserung des Gesundheitszustandes (z.B. Fitnessarmbänder/Smartwatches, Gesundheits- & Fitness-Apps)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Regelmäßige Pflege persönlicher sozialer Kontakte zu Familie, Freunden oder Bekannten für das eigene Wohlbefinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Offener Austausch mit dem eigenen Lebenspartner, den Kindern und/oder Enkelkindern zum Thema „Älterwerden“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Aktive Freizeitbeschäftigung zusammen mit anderen und Teilnahme am öffentlichen Leben (z.B. in Form von Reisen, Veranstaltungen, Vereinen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Risikoabsicherung bzw. Abschluss entsprechender Zusatzversicherungen (z.B. Pflege, Kranken, Rente, Leben, Unfall, Berufsunfähigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gezielter Karriereaufbau (um ein höheres Einkommen und Vermögen zu erzielen, z.B. über Fort- und Weiterbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Erwerb von Immobilien (als Altersruhesitz bzw. Vermögenspolster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Gezielter Vermögensaufbau (über Kapitalmaßnahmen wie Sparpläne, Aktien, Fonds, ETFs, Riester etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens sowie Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Umbau der eigenen Wohnung, Organisation ambulanter Pflegedienste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Aufbau von Gesundheitskompetenz (Einholung von Informationen über Krankheiten, Therapien und Vorsorgeangeboten sowie Unterstützungsleistungen; Kommunikation mit Ärzten und Ämtern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Aufbau finanzieller Kompetenz (Einholung von Informationen über die eigene finanzielle Situation im Alter sowie Unterstützungsleistungen; Kommunikation mit Finanzdienstleistern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Regelung von Vollmachten sowie Erbschaft/Nachlass (z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 6) Und wie sehr würden Sie von sich selbst behaupten, dass Sie bei diesen Aspekten für das Alter bereits genügend vorgesorgt haben bzw. aktuell Vorsorge betreiben?

	(Fast) gar nicht	(Eher) wenig	Teil- weise	Über- wiegend	Voll und ganz
1. Regelmäßige körperliche Aktivität (Bewegung, Sport, Fitness)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Regelmäßige Einnahme von Lifestyle-Produkten für die Gesundheit ¹ bzw. Nahrungsergänzungsmitteln ¹ Produkte, die für eine (subjektive) Verbesserung der Lebensqualität sorgen (z.B. das eigene Wohlbefinden oder das äußere Erscheinungsbild) – Beispiele: Hyaluron-Präparate, Kräuteresenzen und -öle, Haarwuchsmittel, Ayurveda-Produkte etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Gesunde und ausgewogene Ernährung (z.B. Bio-Lebensmittel; viel Obst, Gemüse und Vollkorn; wenig Zucker, Salz und ungesunde Fette)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vermeidung ungesunder Stoffe (z.B. Suchtmittel wie Alkohol, Nikotin oder Drogen, Schadstoffe in der Umwelt und in Konsumgütern wie Textilien oder Kosmetik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Vermeidung von übermäßigem Medien- und Gerätekonsum („Digital Detox“)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen beim Arzt (z.B. allgemeine Gesundheits-Check-ups, Krebsfrüherkennung, Zahnprophylaxe)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Regelmäßige Impfungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Stressbewältigung, mentales Training, ausreichend Schlaf, Entschleunigung im Alltag, Work-Life-Balance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nutzung digitaler Gesundheitsangebote zur Überwachung, Dokumentation und Verbesserung des Gesundheitszustandes (z.B. Fitnessarmbänder/Smartwatches, Gesundheits- & Fitness-Apps)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Regelmäßige Pflege persönlicher sozialer Kontakte zu Familie, Freunden oder Bekannten für das eigene Wohlbefinden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Offener Austausch mit dem eigenen Lebenspartner, den Kindern und/oder Enkelkindern zum Thema „Älterwerden“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Aktive Freizeitbeschäftigung zusammen mit anderen und Teilnahme am öffentlichen Leben (z.B. in Form von Reisen, Veranstaltungen, Vereinen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Risikoabsicherung bzw. Abschluss entsprechender Zusatzversicherungen (z.B. Pflege, Kranken, Rente, Leben, Unfall, Berufsunfähigkeit)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Gezielter Karriereaufbau (um ein höheres Einkommen und Vermögen zu erzielen, z.B. über Fort- und Weiterbildung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Erwerb von Immobilien (als Altersruhesitz bzw. Vermögenspolster)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Gezielter Vermögensaufbau (über Kapitalmaßnahmen wie Sparpläne, Aktien, Fonds, ETFs, Riester etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Vorbereitung eines altersgerechten Wohnens sowie Organisation externer Unterstützungsmöglichkeiten (z.B. Umbau der eigenen Wohnung, Organisation ambulanter Pflegedienste)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Aufbau von Gesundheitskompetenz (Einholung von Informationen über Krankheiten, Therapien und Vorsorgeangeboten sowie Unterstützungsleistungen; Kommunikation mit Ärzten und Ämtern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Aufbau finanzieller Kompetenz (Einholung von Informationen über die eigene finanzielle Situation im Alter sowie Unterstützungsleistungen; Kommunikation mit Finanzdienstleistern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Regelung von Vollmachten sowie Erbschaft/Nachlass (z.B. Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Testament)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 7) Wie viel Zeit investieren Sie durchschnittlich jede Woche in Ihre eigene Gesundheitsvorsorge? Wir meinen im engeren Sinne damit die Zeit, die Sie ganz bewusst und gezielt in die eigene Gesunderhaltung stecken, z.B. durch Sport und Bewegung, Yoga oder sonstige regelmäßige gesundheitliche Aktivitäten.
- Keine
 - Max. 1 Stunde
 - Mehr als 1 Stunde bis max. 2 Stunden
 - Mehr als 2 Stunden bis max. 3 Stunden
 - Mehr als 3 Stunden bis max. 4 Stunden
 - Mehr als 4 Stunden bis max. 5 Stunden
 - Mehr als 5 Stunden bis max. 6 Stunden
 - Mehr als 6 Stunden
- 8) Was hält Sie möglicherweise aktuell davon ab, noch mehr Zeit in die eigene Gesundheitsvorsorge zu investieren?
- Mir sind die gesundheitlichen Risiken im Alter nicht so bewusst, als dass ich jetzt schon so viel Vorsorge betreiben müsste
 - Ich sorge bereits genug vor, so dass noch mehr Zeit in das Thema gar nicht notwendig ist
 - Ich schiebe das Thema immer wieder zur Seite, weil mir andere Themen im Leben wichtiger sind oder weil ich eher negative Gedanken dabei habe (z.B. aufgrund von schlechten Erfahrungen in der Vergangenheit)
 - Ich habe mich bislang zu wenig damit beschäftigt bzw. ich weiß gar nicht, welche Arten der Gesundheitsvorsorge es für mich genau gibt oder an wen ich mich wenden könnte, um mich näher zu informieren
 - Ich habe aktuell einen zu geringen zeitlichen Spielraum, um noch mehr vorzusorgen
 - Ich habe aktuell einen zu geringen finanziellen Spielraum, um noch mehr vorzusorgen
 - Sonstiges, und zwar: _____
- 9) Wie viel Geld verwenden Sie durchschnittlich pro Monat für Ihre finanzielle Vorsorge? Wir meinen damit alle Ausgaben oder Rücklagen, die Sie ganz bewusst und gezielt zur Absicherung bzw. für den Vermögensaufbau tätigen, z.B. Beiträge für Zusatzversicherungen (z.B. Kranken, Pflege, Rente, Leben, Unfall, Berufsunfähigkeit), Kapitalanlagen (z.B. Sparpläne, ETFs, Fonds, Aktien) oder zur Immobilienfinanzierung.
- Nichts
 - 1 - 50 EUR
 - 51 - 100 EUR
 - 101 - 150 EUR
 - 151 - 200 EUR
 - 201 - 250 EUR
 - 251 - 500 EUR
 - 501 - 750 EUR
 - 751 - 1.000 EUR
 - Mehr als 1.000 EUR

10) Was hält Sie möglicherweise aktuell davon ab, noch mehr in die eigene finanzielle Vorsorge zu investieren?

- Mir sind die finanziellen Risiken im Alter nicht so bewusst, als dass ich jetzt schon so viel Vorsorge betreiben müsste
- Ich Sorge bereits genug vor bzw. mein finanzielles Polster (Einkommen, Vermögen, Immobilien, Erbschaften etc.) ist bereits so groß, dass noch mehr finanzielle Vorsorge gar nicht notwendig ist
- Ich schiebe das Thema immer wieder zur Seite, weil mir andere Themen im Leben wichtiger sind oder weil ich eher negative Gedanken dabei habe (z.B. aufgrund von finanziellen Engpässen, Falschberatung in der Vergangenheit)
- Ich habe mich bislang zu wenig damit beschäftigt bzw. ich weiß gar nicht, welche Arten der finanziellen Vorsorge es für mich genau gibt oder an wen ich mich wenden könnte, um mich näher zu informieren
- Ich habe aktuell einen zu geringen zeitlichen Spielraum, um noch mehr vorzusorgen
- Ich habe aktuell einen zu geringen finanziellen Spielraum, um noch mehr vorzusorgen
- Sonstiges, und zwar: _____

11) Im Folgenden sehen Sie einige Aussagen zum Thema Vorsorge. Bitte geben Sie an, wie stark Sie diesen Aussagen zustimmen.

<i>[Ich stimme der Aussage...]</i>	Überhaupt nicht zu	Eher nicht zu	Teilweise zu	Überwiegend zu	Voll und ganz zu
Ich freue mich auf ein langes Leben mit vielen Erlebnissen sowie mehr Zeit für Familie, Reisen, Hobbys etc.	○	○	○	○	○
Ich mache mir Sorgen über die finanzielle Absicherung im Alter.	○	○	○	○	○
Ich habe noch nie wirklich darüber nachgedacht, was es heißt, alt zu werden.	○	○	○	○	○
Die steigende Lebenserwartung motiviert mich, besser auf meine Gesundheit zu achten.	○	○	○	○	○
Ich habe Bedenken, ob ich im hohen Alter gesund und selbstständig bleiben kann.	○	○	○	○	○

- 12) In der heutigen Zeit werden im Zuge des technologischen Fortschritts viele Innovationen im Bereich der Medizin und der Gesundheit vorangetrieben, v.a. im Bereich der Vorsorge. Dazu gehören beispielsweise intelligente Geräte/Devices wie Fitness Smart Watches (Wearables), die wichtige Gesundheitsdaten rund um die Uhr tracken, Gesundheits-Apps (z.B. Fitness-Apps) oder spezifische Diagnostikverfahren, um mittels künstlicher Intelligenz (KI) entsprechende Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Würden Sie sagen, dass solche Möglichkeiten im Bereich der Gesundheitsvorsorge heutzutage...?

eher noch am Anfang ihrer Entwicklung stehen <input type="radio"/>	vereinzelt schon ihre Berechtigung haben <input type="radio"/>	teilweise etabliert sind, teilweise aber noch Entwicklungspotenzial haben <input type="radio"/>	in der Breite der Gesellschaft bereits mehrheitlich angekommen sind <input type="radio"/>	aus dem Alltag gar nicht mehr wegzudenken sind <input type="radio"/>
---	---	--	--	---

- 13) Wie häufig nutzen Sie im Alltag die folgenden Innovationen im Bereich der Gesundheitsvorsorge (z.B. intelligente Geräte/Devices, Gesundheits-Apps) sowie aktuelle Vorsorgetrends?

	Nie	Selten	Gelegentlich	Regelmäßig
Fitness- und Gesundheitsapps (z.B. Schrittzähler, Workouts/Trainingspläne, Ernährungstracking, Zyklustracking)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wearables & sonstige smarte Geräte (z.B. Fitnessarmbänder, Smartwatches, smarte Waagen, Blutdruck-/Blutzuckermessgeräte mit App-Anbindung, Smart-Home-Gesundheitssensoren)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Digitale Therapie- und Coaching-Programme (z.B. für Fitness, Ernährung, mentale Gesundheit, chronische Erkrankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
(Digitale) Gesundheitsanalysen (z.B. Genanalyse/DNA-Tests, Biomarker-Analysen, KI-gestützte Diagnostik, Selbsttests/Heimdiagnostik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gesundheitstrends & Selbstoptimierung (z.B. Ernährungstrends wie Intervallfasten, ketogene Ernährung oder pflanzenbasierte Ernährung, Biohacking, Anti-Aging- und Longevity-Medizin)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 14) Beeinflusst die Ermittlung von Gesundheitsparametern durch moderne Technik (Apps, Wearables, Online-Tools) Ihr Verhalten, einen Arzt aufzusuchen?
- Ja, ich gehe häufiger zum Arzt, um Auffälligkeiten abzuklären.
 - Ja, ich gehe seltener zum Arzt, da ich mich selbst überwachen kann.
 - Nein, die Zahl meiner Arztbesuche wird dadurch nicht beeinflusst.
 - Weiß nicht, keine Angabe

Anhang B: Ergebnisse aus Subgruppenanalysen

Tabelle B1: Subgruppenanalyse der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
Alter	Gesamtvergleich	16–34 Jahre: 3,49 35–54 Jahre: 3,54 55–79 Jahre: 3,64	F = 11,44	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (sehr gering)
	16–34 Jahre; 35–54 Jahre	16–34 Jahre: 3,49 35–54 Jahre: 3,54	$\Delta = 0,04$	0,323	d = -0,06 (sehr gering)
	16–34 Jahre; 55–79 Jahre	16–34 Jahre: 3,49 55–79 Jahre: 3,64	$\Delta = 0,14$	<0,001 ***	d = -0,22 (gering)
	35–54 Jahre; 55–79 Jahre	35–54 Jahre: 3,54 55–79 Jahre: 3,64	$\Delta = 0,1$	0,002 **	d = -0,15 (sehr gering)
Bildung	Gesamtvergleich	Niedrig: 3,52 Mittel: 3,55 Hoch: 3,64	F = 5,85	0,003 **	$\eta^2 = 0$ (sehr gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 3,52 Mittel: 3,55	$\Delta = 0,03$	0,702	d = -0,04 (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 3,52 Hoch: 3,64	$\Delta = 0,12$	0,005 **	d = -0,18 (sehr gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,55 Hoch: 3,64	$\Delta = 0,1$	0,008 **	d = -0,15 (sehr gering)
Einstellung zum Altwerden	Gesamtvergleich	Negativ: 3,36 Neutral: 3,58 Positiv: 3,71	F = 74,74	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,05$ (gering)
	Negativ; Neutral	Negativ: 3,36 Neutral: 3,58	$\Delta = 0,22$	<0,001 ***	d = -0,32 (gering)
	Negativ; Positiv	Negativ: 3,36 Positiv: 3,71	$\Delta = 0,35$	<0,001 ***	d = -0,53 (mittel)
	Neutral; Positiv	Neutral: 3,58 Positiv: 3,71	$\Delta = 0,14$	<0,001 ***	d = -0,21 (gering)
Erwerbs- status	Gesamtvergleich	Nicht erwerbstätig: 3,27 Sonstige: 3,43 Schule/Studium/Ausbildung: 3,43 Erwerbstätig: 3,59 Rente: 3,61	F = 13,17	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,02$ (gering)
	Nicht erwerbstätig; Schule/Studium/ Ausbildung	Nicht erwerbstätig: 3,27 Schule/Studium/Ausbildung: 3,43	$\Delta = 0,16$	0,119	d = -0,22 (gering)
	Nicht erwerbstätig; Erwerbstätig	Nicht erwerbstätig: 3,27 Erwerbstätig: 3,59	$\Delta = 0,32$	<0,001 ***	d = -0,44 (gering)
	Nicht erwerbstätig; Rente	Nicht erwerbstätig: 3,27 Rente: 3,61	$\Delta = 0,34$	<0,001 ***	d = -0,46 (gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Erwerbstätig	Schule/Studium/Ausbildung: 3,43 Erwerbstätig: 3,59	$\Delta = 0,17$	0,003 **	d = -0,26 (gering)

Tabelle B1: Subgruppenanalyse der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
	Schule/Studium/ Ausbildung; Rente	Schule/Studium/Ausbildung: 3,43 Rente: 3,61	$\Delta = 0,18$	0,006 **	d = -0,28 (gering)
	Erwerbstätig; Rente	Erwerbstätig: 3,59 Rente: 3,61	$\Delta = 0,02$	0,992	d = -0,02 (sehr gering)
Geschlecht	Gesamtvergleich	Weiblich: 3,6 Männlich: 3,51	t = 3,72	<0,001 ***	d = 0,14 (sehr gering)
Einkommen	Gesamtvergleich	Niedrig: 3,49 Mittel: 3,53 Hoch: 3,66	F = 17,6	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 3,49 Mittel: 3,53	$\Delta = 0,04$	0,346	d = -0,06 (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 3,49 Hoch: 3,66	$\Delta = 0,18$	<0,001 ***	d = -0,26 (gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,53 Hoch: 3,66	$\Delta = 0,14$	<0,001 ***	d = -0,21 (gering)

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Unterschiede zur Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus wurden berechnet, aber sind hier nicht dargestellt.

Tabelle B2: Subgruppenanalyse der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
Alter	Gesamtvergleich	16–34 Jahre: 3,19 35–54 Jahre: 3,19 55–79 Jahre: 3,03	F = 8,18	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (sehr gering)
	16–34 Jahre; 35–54 Jahre	16–34 Jahre: 3,19 35–54 Jahre: 3,19	$\Delta = 0$	0,997	d = 0 (sehr gering)
	16–34 Jahre; 55–79 Jahre	16–34 Jahre: 3,19 55–79 Jahre: 3,03	$\Delta = -0,16$	0,002 **	d = 0,16 (sehr gering)
	35–54 Jahre; 55–79 Jahre	35–54 Jahre: 3,19 55–79 Jahre: 3,03	$\Delta = -0,16$	0,001 **	d = 0,15 (sehr gering)
Bildung	Gesamtvergleich	Niedrig: 3,03 Mittel: 3,06 Hoch: 3,44	F = 35,99	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,02$ (gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 3,03 Mittel: 3,06	$\Delta = 0,02$	0,88	d = -0,02 (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 3,03 Hoch: 3,44	$\Delta = 0,41$	<0,001 ***	d = -0,4 (gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,06 Hoch: 3,44	$\Delta = 0,39$	<0,001 ***	d = -0,39 (gering)
Einstellung zum Altwerden	Gesamtvergleich	Negativ: 2,9 Neutral: 3,15 Positiv: 3,32	F = 42,96	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,03$ (gering)
	Negativ; Neutral	Negativ: 2,9 Neutral: 3,15	$\Delta = 0,24$	<0,001 ***	d = -0,24 (gering)
	Negativ; Positiv	Negativ: 2,9 Positiv: 3,32	$\Delta = 0,41$	<0,001 ***	d = -0,4 (gering)
	Neutral; Positiv	Neutral: 3,15 Positiv: 3,32	$\Delta = 0,17$	<0,001 ***	d = -0,17 (sehr gering)
Erwerbs- status	Gesamtvergleich	Nicht erwerbstätig: 2,44 Sonstige: 2,8 Schule/Studium/Ausbildung: 2,99 Erwerbstätig: 3,29 Rente: 2,85	F = 45,02	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,06$ (gering)
	Nicht erwerbstätig; Schule/Studium/ Ausbildung	Nicht erwerbstätig: 2,44 Schule/Studium/Ausbildung: 2,99	$\Delta = 0,55$	<0,001 ***	d = -0,51 (mittel)
	Nicht erwerbstätig; Erwerbstätig	Nicht erwerbstätig: 2,44 Erwerbstätig: 3,29	$\Delta = 0,84$	<0,001 ***	d = -0,81 (groß)
	Nicht erwerbstätig; Rente	Nicht erwerbstätig: 2,44 Rente: 2,85	$\Delta = 0,41$	<0,001 ***	d = -0,37 (gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Erwerbstätig	Schule/Studium/Ausbildung: 2,99 Erwerbstätig: 3,29	$\Delta = 0,29$	<0,001 ***	d = -0,29 (gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Rente	Schule/Studium/Ausbildung: 2,99; Rente: 2,85	$\Delta = -0,14$	0,369	d = 0,13 (sehr gering)

Tabelle B2: Subgruppenanalyse der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
	Erwerbstätig; Rente	Erwerbstätig: 3,29 Rente: 2,85	$\Delta = -0,44$	<0,001 ***	d = 0,42 (gering)
Geschlecht	Gesamtvergleich	Weiblich: 3,02 Männlich: 3,25	t = -5,96	<0,001 ***	d = -0,22 (gering)
Ein- kommen	Gesamtvergleich	Niedrig: 2,75 Mittel: 3,07 Hoch: 3,53	F = 138,53	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,09$ (mittel)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 2,75 Mittel: 3,07	$\Delta = 0,32$	<0,001 ***	d = -0,3 (gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 2,75 Hoch: 3,53	$\Delta = 0,78$	<0,001 ***	d = -0,78 (mittel)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,07 Hoch: 3,53	$\Delta = 0,46$	<0,001 ***	d = -0,5 (gering)

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Unterschiede zur Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus wurden berechnet, aber sind hier nicht dargestellt.

Tabelle B3: Subgruppenanalyse der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
Alter	Gesamtvergleich	16–34 Jahre: 3,03 35–54 Jahre: 3,13 55–79 Jahre: 3,33	F = 21,61	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (sehr gering)
	16–34 Jahre; 35–54 Jahre	16–34 Jahre: 3,03 35–54 Jahre: 3,13	$\Delta = 0,1$	0,057	d = -0,1 (sehr gering)
	16–34 Jahre; 55–79 Jahre	16–34 Jahre: 3,03 55–79 Jahre: 3,33	$\Delta = 0,3$	<0,001 ***	d = -0,3 (gering)
	35–54 Jahre; 55–79 Jahre	35–54 Jahre: 3,13 55–79 Jahre: 3,33	$\Delta = 0,19$	<0,001 ***	d = -0,2 (gering)
Bildung	Gesamtvergleich	Niedrig: 3,16 Mittel: 3,12 Hoch: 3,33	F = 9,44	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (sehr gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 3,16 Mittel: 3,12	$\Delta = -0,03$	0,761	d = 0,03 (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 3,16 Hoch: 3,33	$\Delta = 0,17$	0,009 **	d = -0,17 (sehr gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,12 Hoch: 3,33	$\Delta = 0,2$	<0,001 ***	d = -0,21 (gering)
Einstellung zum Altwerden	Gesamtvergleich	Negativ: 2,94 Neutral: 3,21 Positiv: 3,33	F = 43,11	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,03$ (gering)
	Negativ; Neutral	Negativ: 2,94 Neutral: 3,21	$\Delta = 0,27$	<0,001 ***	d = -0,28 (gering)
	Negativ; Positiv	Negativ: 2,94 Positiv: 3,33	$\Delta = 0,4$	<0,001 ***	d = -0,39 (gering)
	Neutral; Positiv	Neutral: 3,21 Positiv: 3,33	$\Delta = 0,12$	0,014 *	d = -0,13 (sehr gering)
Erwerbs- status	Gesamtvergleich	Nicht erwerbstätig: 2,73 Sonstige: 2,88 Schule/Studium/Ausbildung: 2,84 Erwerbstätig: 3,23 Rente: 3,31	F = 21,18	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,03$ (gering)
	Nicht erwerbstätig; Schule/Studium/ Ausbildung	Nicht erwerbstätig: 2,73 Schule/Studium/Ausbildung: 2,84	$\Delta = 0,11$	0,789	d = -0,1 (sehr gering)
	Nicht erwerbstätig; Erwerbstätig	Nicht erwerbstätig: 2,73 Erwerbstätig: 3,23	$\Delta = 0,5$	<0,001 ***	d = -0,48 (gering)
	Nicht erwerbstätig; Rente	Nicht erwerbstätig: 2,73 Rente: 3,31	$\Delta = 0,58$	<0,001 ***	d = -0,57 (mittel)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Erwerbstätig	Schule/Studium/Ausbildung: 2,84 Erwerbstätig: 3,23	$\Delta = 0,39$	<0,001 ***	d = -0,38 (gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Rente	Schule/Studium/Ausbildung: 2,84 Rente: 3,31	$\Delta = 0,47$	<0,001 ***	d = -0,47 (gering)

Tabelle B3: Subgruppenanalyse der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
	Erwerbstätig; Rente	Erwerbstätig: 3,23 Rente: 3,31	$\Delta = 0,09$	0,393	$d = -0,09$ (sehr gering)
Geschlecht	Gesamtvergleich	Weiblich: 3,12 Männlich: 3,22	$t = -2,61$	0,009 **	$d = -0,1$ (sehr gering)
Ein- kommen	Gesamtvergleich	Niedrig: 3,00 Mittel: 3,13 Hoch: 3,37	$F = 33,37$	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,02$ (gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 3,00 Mittel: 3,13	$\Delta = 0,14$	0,007 **	$d = -0,13$ (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 3,00 Hoch: 3,37	$\Delta = 0,38$	<0,001 ***	$d = -0,38$ (gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 3,13 Hoch: 3,37	$\Delta = 0,24$	<0,001 ***	$d = -0,25$ (gering)

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Unterschiede zur Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus wurden berechnet, aber sind hier nicht dargestellt.

Tabelle B4: Subgruppenanalyse der Nutzung von Gesundheitstechnologien

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
Alter	Gesamtvergleich	16-34 Jahre: 2,24 35-54 Jahre: 2,14 55-79 Jahre: 1,98	F = 28,4	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,02$ (gering)
	16-34 Jahre; 35-54 Jahre	16-34 Jahre: 2,24 35-54 Jahre: 2,14	$\Delta = -0,1$	0,008 **	d = 0,14 (sehr gering)
	16-34 Jahre; 55-79 Jahre	16-34 Jahre: 2,24 55-79 Jahre: 1,98	$\Delta = -0,26$	<0,001 ***	d = 0,35 (gering)
	35-54 Jahre; 55-79 Jahre	35-54 Jahre: 2,14 55-79 Jahre: 1,98	$\Delta = -0,16$	<0,001 ***	d = 0,21 (gering)
Bildung	Gesamtvergleich	Niedrig: 2,11 Mittel: 2,08 Hoch: 2,25	F = 11,48	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,01$ (sehr gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 2,11 Mittel: 2,08	$\Delta = -0,03$	0,756	d = 0,03 (sehr gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 2,11 Hoch: 2,25	$\Delta = 0,14$	0,003 **	d = -0,19 (sehr gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 2,08; Hoch: 2,25	$\Delta = 0,17$	<0,001 ***	d = -0,22 (gering)
Einstellung zum Altwerden	Gesamtvergleich	Negativ: 2,00 Neutral: 2,05 Positiv: 2,28	F = 43,11	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,03$ (gering)
	Negativ; Neutral	Negativ: 2,00 Neutral: 2,05	$\Delta = 0,05$	0,294	d = -0,07 (sehr gering)
	Negativ; Positiv	Negativ: 2,00 Positiv: 2,28	$\Delta = 0,28$	<0,001 ***	d = -0,38 (gering)
	Neutral; Positiv	Neutral: 2,05 Positiv: 2,28	$\Delta = 0,23$	<0,001 ***	d = -0,31 (gering)
Erwerbs- status	Gesamtvergleich	Nicht erwerbstätig: 1,9 Sonstige: 1,94 Schule/Studium/Ausbildung: 2,16 Erwerbstätig: 2,2 Rente: 1,86	F = 26,32	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,04$ (gering)
	Nicht erwerbstätig; Schule/Studium/ Ausbildung	Nicht erwerbstätig: 1,9 Schule/Studium/Ausbildung: 2,16	$\Delta = 0,26$	0,003 **	d = -0,37 (gering)
	Nicht erwerbstätig; Erwerbstätig	Nicht erwerbstätig: 1,9 Erwerbstätig: 2,2	$\Delta = 0,3$	<0,001 ***	d = -0,4 (gering)
	Nicht erwerbstätig; Rente	Nicht erwerbstätig: 1,9 Rente: 1,86	$\Delta = -0,05$	0,95	d = 0,06 (sehr gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Erwerbstätig	Schule/Studium/Ausbildung: 2,16 Erwerbstätig: 2,2	$\Delta = 0,04$	0,946	d = -0,05 (sehr gering)
	Schule/Studium/ Ausbildung; Rente	Schule/Studium/Ausbildung: 2,16 Rente: 1,86	$\Delta = -0,31$	<0,001 ***	d = 0,44 (gering)

Tabelle B4: Subgruppenanalyse der Nutzung von Gesundheitstechnologien (Fortsetzung)

Subgruppe	Gruppenvergleich	Mittelwerte	Teststatistik	p-Wert	Effektstärke
	Erwerbstätig; Rente	Erwerbstätig: 2,2 Rente: 1,86	$\Delta = -0,35$	<0,001 ***	d = 0,47 (gering)
Geschlecht	Gesamtvergleich	Weiblich: 2,12 Männlich: 2,12	t = 0,31	0,759	d = 0,01 (sehr gering)
Haushalts- einkommen	Gesamtvergleich	Niedrig: 1,96 Mittel: 2,11 Hoch: 2,26	F = 35,79	<0,001 ***	$\eta^2 = 0,02$ (gering)
	Niedrig; Mittel	Niedrig: 1,96 Mittel: 2,11	$\Delta = 0,15$	<0,001 ***	d = -0,21 (gering)
	Niedrig; Hoch	Niedrig: 1,96 Hoch: 2,26	$\Delta = 0,3$	<0,001 ***	d = -0,4 (gering)
	Mittel; Hoch	Mittel: 2,11 Hoch: 2,26	$\Delta = 0,15$	<0,001 ***	d = -0,2 (gering)

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Unterschiede zur Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus wurden berechnet, aber sind hier nicht dargestellt.

Anhang C: Ergebnisse aus Regressionsanalysen

Tabelle C1: Regressionsanalysen der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Alter			
35–54 Jahre	–0,02 (0,03)	–0,01 (0,02)	0,00 (0,02)
55–79 Jahre	0,16 (0,04) ^{***}	0,05 (0,02) [*]	0,05 (0,02) [*]
Geschlecht			
Männlich	–0,12 (0,02) ^{***}	–0,05 (0,02) ^{***}	–0,05 (0,02) ^{***}
Bildung			
Mittel	0,00 (0,03)	0,00 (0,02)	0,00 (0,02)
Hoch	0,05 (0,04)	0,00 (0,02)	–0,01 (0,02)
Haushaltsnettoeinkommen			
Mittel	–0,03 (0,03)	–0,05 (0,02) [*]	–0,05 (0,02) [*]
Hoch	0,07 (0,04)	–0,04 (0,02)	–0,04 (0,02)
Region			
Ost	0,01 (0,04)	–0,02 (0,02)	–0,01 (0,02)
Süd	0,04 (0,04)	–0,01 (0,02)	–0,01 (0,02)
West	0,03 (0,04)	0,00 (0,02)	0,00 (0,02)
Urbanregion			
Ja	0,01 (0,03)	0,00 (0,02)	0,00 (0,02)
Erwerbsstatus			
Nicht erwerbstätig	–0,28 (0,05) ^{***}	–0,08 (0,03) [*]	–0,08 (0,03) [*]
Schule / Studium / Ausbildung	–0,07 (0,05)	–0,02 (0,03)	–0,02 (0,03)
Rente	–0,01 (0,04)	0,03 (0,02)	0,03 (0,02)
Familienstand			
In fester Partnerschaft	0,12 (0,04) ^{**}	0,04 (0,02)	0,03 (0,02)
Verheiratet	0,15 (0,04) ^{***}	0,01 (0,02)	0,01 (0,02)
Haushaltsgröße			
2 Personen	–0,02 (0,04)	–0,01 (0,02)	–0,01 (0,02)
3 Personen	–0,10 (0,05)	–0,03 (0,03)	–0,03 (0,03)
4 oder mehr Personen	–0,05 (0,06)	–0,03 (0,04)	–0,02 (0,04)
Kinder (unter 18 J.) im Haushalt			
Keine	–0,20 (0,04) ^{***}	–0,05 (0,02) [*]	–0,05 (0,02) [*]
Bewertung und Umsetzung Vorsorgemaßnahmen			
Bewertung gesundheitliche Vorsorge (Index)		0,56 (0,02) ^{***}	0,55 (0,02) ^{***}
Bewertung finanzielle Vorsorge (Index)		–0,04 (0,01) [*]	–0,03 (0,01) [*]
Bewertung rechtlich-orga. Vorsorge (Index)		0,04 (0,02) [*]	0,04 (0,02) ^{**}

Tabelle C1: Regressionsanalysen der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Umsetzung finanzielle Vorsorge (Index)		0,12 (0,01) ^{***}	0,11 (0,01) ^{***}
Umsetzung rechtlich-orga. Vorsorge (Index)		0,22 (0,01) ^{***}	0,22 (0,01) ^{***}
Einstellung zum Altwerden			
Neutral			0,02 (0,02)
Positiv			0,03 (0,02)
Subjektive Lebenserwartung			
76 bis 90 Jahre			0,03 (0,02)
Älter als 90 Jahre			0,07 (0,03) [*]
R2 Adj.	0,059	0,661	0,662

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Lineare Regressionsmodelle mit der Umsetzung gesundheitlicher Vorsorge (Index) als abhängige Variable. Modell (1) enthält sozio-demografische Variablen, Modell (2) zusätzlich die Eignung und Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen, Modell (3) zusätzlich Variablen der subjektiven Alterswahrnehmung (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung). Referenzkategorien sind jeweils nicht ausgewiesen. Intercept und die Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus sind enthalten, aber nicht dargestellt. N = 2928. Regressionskoeffizienten mit Standardfehlern in Klammern. Signifikanz: ^{***} p < 0,001, ^{**} p < 0,01, ^{*} p < 0,05.

Tabelle C2: Regressionsanalysen der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Alter			
35–54 Jahre	-0,14 (0,05)**	-0,02 (0,03)	-0,02 (0,03)
55–79 Jahre	-0,06 (0,06)	-0,11 (0,04)**	-0,11 (0,04)**
Geschlecht			
Männlich	0,12 (0,04)***	0,08 (0,02)***	0,08 (0,02)***
Bildung			
Mittel	-0,09 (0,05)	-0,05 (0,03)	-0,05 (0,03)
Hoch	0,10 (0,06)	0,05 (0,04)	0,04 (0,04)
Haushaltsnettoeinkommen			
Mittel	0,11 (0,05)*	0,07 (0,03)*	0,07 (0,03)*
Hoch	0,42 (0,06)***	0,19 (0,04)***	0,18 (0,04)***
Region			
Ost	-0,06 (0,06)	-0,05 (0,04)	-0,05 (0,04)
Süd	0,02 (0,06)	-0,01 (0,04)	-0,01 (0,04)
West	-0,01 (0,05)	-0,03 (0,03)	-0,03 (0,03)
Urbanregion			
Ja	-0,03 (0,04)	-0,02 (0,02)	-0,02 (0,02)
Erwerbsstatus			
Nicht erwerbstätig	-0,57 (0,08)***	-0,22 (0,05)***	-0,21 (0,05)***
Schule / Studium / Ausbildung	-0,18 (0,08)*	-0,03 (0,05)	-0,03 (0,05)
Rente	-0,24 (0,06)***	-0,16 (0,04)***	-0,16 (0,04)***
Familienstand			
In fester Partnerschaft	0,12 (0,05)*	0,03 (0,03)	0,02 (0,03)
Verheiratet	0,25 (0,06)***	0,09 (0,04)*	0,09 (0,04)*
Haushaltsgröße			
2 Personen	-0,05 (0,06)	0,03 (0,04)	0,03 (0,04)
3 Personen	-0,12 (0,08)	0,01 (0,05)	0,01 (0,05)
4 oder mehr Personen	-0,06 (0,09)	0,02 (0,05)	0,02 (0,05)
Kinder (unter 18 J.) im Haushalt			
Keine	-0,29 (0,06)***	-0,05 (0,03)	-0,05 (0,03)
Bewertung und Umsetzung Vorsorgemaßnahmen			
Bewertung gesundheitliche Vorsorge (Index)		-0,18 (0,03)***	-0,19 (0,03)***
Bewertung finanzielle Vorsorge (Index)		0,51 (0,02)***	0,51 (0,02)***
Bewertung rechtlich-orga. Vorsorge (Index)		-0,24 (0,02)***	-0,24 (0,02)***
Umsetzung gesundheitliche Vorsorge (Index)		0,27 (0,03)***	0,26 (0,03)***
Umsetzung rechtlich-orga. Vorsorge (Index)		0,56 (0,02)***	0,56 (0,02)***

Tabelle C2: Regressionsanalysen der Umsetzung finanzieller Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Einstellung zum Altwerden			
Neutral			0,06 (0,03)*
Positiv			0,04 (0,03)
Subjektive Lebenserwartung			
76 bis 90 Jahre			0,03 (0,03)
Älter als 90 Jahre			0,04 (0,04)
R2 Adj.	0,141	0,670	0,671

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Lineare Regressionsmodelle mit der Umsetzung finanzieller Vorsorge (Index) als abhängige Variable. Modell (1) enthält sozio-demografische Variablen, Modell (2) zusätzlich die Eignung und Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen, Modell (3) zusätzlich Variablen der subjektiven Alterswahrnehmung (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung). Referenzkategorien sind jeweils nicht ausgewiesen. Intercept und die Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus sind enthalten, aber nicht dargestellt. N = 2928. Regressionskoeffizienten mit Standardfehlern in Klammern. Signifikanz: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Tabelle C3: Regressionsanalysen der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Alter			
35–54 Jahre	–0,05 (0,05)	0,00 (0,03)	0,00 (0,03)
55–79 Jahre	0,24 (0,06)***	0,14 (0,04)***	0,14 (0,04)***
Geschlecht			
Männlich	0,03 (0,04)	0,05 (0,02)*	0,04 (0,02)
Bildung			
Mittel	–0,10 (0,05)*	–0,05 (0,03)	–0,05 (0,03)
Hoch	0,00 (0,06)	–0,07 (0,04)	–0,07 (0,04)
Haushaltsnettoeinkommen			
Mittel	0,03 (0,05)	–0,02 (0,03)	–0,02 (0,03)
Hoch	0,21 (0,06)***	–0,04 (0,04)	–0,04 (0,04)
Region			
Ost	0,03 (0,06)	0,05 (0,04)	0,05 (0,04)
Süd	0,04 (0,06)	0,01 (0,04)	0,00 (0,04)
West	0,05 (0,05)	0,04 (0,03)	0,04 (0,03)
Urbanregion			
Ja	0,00 (0,04)	0,00 (0,02)	0,00 (0,02)
Erwerbsstatus			
Nicht erwerbstätig	–0,38 (0,08)***	0,06 (0,05)	0,06 (0,05)
Schule / Studium / Ausbildung	–0,21 (0,08)**	–0,07 (0,05)	–0,06 (0,05)
Rente	0,06 (0,06)	0,14 (0,04)***	0,15 (0,04)***
Familienstand			
In fester Partnerschaft	0,10 (0,05)	–0,01 (0,03)	–0,02 (0,03)
Verheiratet	0,24 (0,06)***	0,03 (0,04)	0,03 (0,04)
Haushaltsgröße			
2 Personen	–0,08 (0,06)	–0,05 (0,04)	–0,05 (0,04)
3 Personen	–0,15 (0,08)	–0,04 (0,05)	–0,05 (0,05)
4 oder mehr Personen	–0,12 (0,09)	–0,06 (0,05)	–0,07 (0,05)
Kinder (unter 18 J.) im Haushalt			
Keine	–0,31 (0,06)***	–0,06 (0,03)	–0,06 (0,03)
Bewertung und Umsetzung Vorsorgemaßnahmen			
Bewertung gesundheitliche Vorsorge (Index)		–0,12 (0,03)***	–0,12 (0,03)***
Bewertung finanzielle Vorsorge (Index)		–0,21 (0,02)***	–0,21 (0,02)***
Bewertung rechtlich-orga. Vorsorge (Index)		0,26 (0,02)***	0,26 (0,02)***
Umsetzung gesundheitliche Vorsorge (Index)		0,52 (0,03)***	0,52 (0,03)***
Umsetzung finanzielle Vorsorge (Index)		0,56 (0,02)***	0,56 (0,02)***

Tabelle C3: Regressionsanalysen der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorgemaßnahmen (Fortsetzung)

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Einstellung zum Altwerden			
Neutral			0,03 (0,03)
Positiv			0,04 (0,03)
Subjektive Lebenserwartung			
76 bis 90 Jahre			-0,03 (0,03)
Älter als 90 Jahre			-0,05 (0,05)
R2 Adj.	0,073	0,642	0,641

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Lineare Regressionsmodelle mit der Umsetzung rechtlich-organisatorischer Vorsorge (Index) als abhängige Variable. Modell (1) enthält sozio-demografische Variablen, Modell (2) zusätzlich die Eignung und Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen, Modell (3) zusätzlich Variablen der subjektiven Alterswahrnehmung (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung). Referenzkategorien sind jeweils nicht ausgewiesen. Intercept und die Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus sind enthalten, aber nicht dargestellt. N = 2928. Regressionskoeffizienten mit Standardfehlern in Klammern. Signifikanz: *** p < 0,001, ** p < 0,01, * p < 0,05.

Tabelle C4: Regressionsanalysen der Nutzung von Gesundheitstechnologien

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Alter			
35–54 Jahre	–0,15 (0,04) ^{***}	–0,13 (0,03) ^{***}	–0,12 (0,03) ^{***}
55–79 Jahre	–0,12 (0,04) ^{**}	–0,19 (0,04) ^{***}	–0,18 (0,04) ^{***}
Geschlecht			
Männlich	–0,03 (0,03)	0,01 (0,02)	0,00 (0,02)
Bildung			
Mittel	–0,06 (0,04)	–0,05 (0,03)	–0,05 (0,03)
Hoch	0,03 (0,04)	0,01 (0,04)	0,01 (0,04)
Haushaltsnettoeinkommen			
Mittel	0,05 (0,04)	0,05 (0,03)	0,05 (0,03)
Hoch	0,13 (0,04) ^{**}	0,06 (0,04)	0,06 (0,04)
Region			
Ost	0,06 (0,04)	0,04 (0,04)	0,04 (0,04)
Süd	0,08 (0,04)	0,05 (0,04)	0,06 (0,04)
West	0,06 (0,04)	0,04 (0,04)	0,04 (0,04)
Urbanregion			
Ja	0,00 (0,03)	–0,01 (0,03)	–0,01 (0,03)
Erwerbsstatus			
Nicht erwerbstätig	–0,19 (0,06) ^{**}	–0,06 (0,05)	–0,06 (0,05)
Schule / Studium / Ausbildung	–0,07 (0,06)	–0,03 (0,05)	–0,03 (0,05)
Rente	–0,20 (0,05) ^{***}	–0,18 (0,04) ^{***}	–0,18 (0,04) ^{***}
Familienstand			
In fester Partnerschaft	0,15 (0,04) ^{***}	0,09 (0,04) [*]	0,10 (0,04) ^{**}
Verheiratet	0,09 (0,04) [*]	0,00 (0,04)	0,00 (0,04)
Haushaltsgröße			
2 Personen	0,01 (0,05)	0,01 (0,04)	0,02 (0,04)
3 Personen	–0,10 (0,06)	–0,05 (0,05)	–0,05 (0,05)
4 oder mehr Personen	–0,04 (0,07)	–0,02 (0,06)	–0,02 (0,06)
Kinder (unter 18 J.) im Haushalt			
Keine	–0,25 (0,04) ^{***}	–0,14 (0,04) ^{***}	–0,13 (0,04) ^{***}
Bewertung und Umsetzung Vorsorgemaßnahmen			
Bewertung gesundheitliche Vorsorge (Index)		0,43 (0,03) ^{***}	0,42 (0,03) ^{***}
Bewertung finanzielle Vorsorge (Index)		0,00 (0,02)	–0,01 (0,02)
Bewertung rechtlich–organis. Vorsorge (Index)		–0,10 (0,03) ^{***}	–0,09 (0,03) ^{***}
Umsetzung finanzielle Vorsorge (Index)		0,06 (0,02) ^{**}	0,06 (0,02) ^{**}
Umsetzung rechtlich–organis. Vorsorge (Index)		0,17 (0,02) ^{***}	0,17 (0,02) ^{***}

Tabelle C4: Regressionsanalysen der Nutzung von Gesundheitstechnologien (Fortsetzung)

	Modell (1)	Modell (2)	Modell (3)
Einstellung zum Altwerden			
Neutral			-0,08 (0,03)*
Positiv			0,04 (0,03)
Subjektive Lebenserwartung			
76 bis 90 Jahre			0,06 (0,03)
Älter als 90 Jahre			0,03 (0,05)
R2 Adj.	0,072	0,275	0,279

Quelle: eigene Berechnungen.

Hinweis: Lineare Regressionsmodelle mit der Nutzung von Gesundheitstechnologien (Index) als abhängige Variable. Modell (1) enthält sozio-demografische Variablen, Modell (2) zusätzlich die Eignung und Umsetzung von Vorsorgemaßnahmen, Modell (3) zusätzlich Variablen der subjektiven Alterswahrnehmung (Einstellung zum Altwerden, subjektive Lebenserwartung). Referenzkategorien sind jeweils nicht ausgewiesen. Intercept und die Kategorie „Sonstige“ beim Erwerbsstatus sind enthalten, aber nicht dargestellt. N = 2928. Regressionskoeffizienten mit Standardfehlern in Klammern. Signifikanz: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$.

Literatur

Ajzen, I. (1991): The theory of planned behavior. In: *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50 (2), S. 179–211.

Armitage, C. J.; Conner, M. (2001): Efficacy of the Theory of Planned Behaviour: a meta-analytic review. In: *The British journal of social psychology* 40 (Pt 4), S. 471–499.

Bäcker, G.; Kistler, E. (2024): Vorsorgeprodukte. Bundeszentrale für politische Bildung. Online verfügbar unter <https://www.bpb.de/themen/soziale-lage/rentenpolitik/291027/vorsorgeprodukte/#node-content-title-0>, zuletzt geprüft am 09.04.2026.

Begerow, T.; Leugers, N.; Junghanns, L.; Wild, F. (2025): Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren. Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich. Köln: WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV (WIP-Analyse, April 2025).

BMG (2026): Früherkennung & Vorsorge. Bundesministerium für Gesundheit. Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/frueherkennung-vorsorge>, zuletzt geprüft am 09.04.2026.

BMJV (2026): Vorsorge und Betreuungsrecht. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. Online verfügbar unter https://www.bmjv.de/DE/themen/vorsorge_betreuungsrecht/vorsorge_betreuungsecht_node.html, zuletzt geprüft am 09.04.2026.

Bombard, Y.; Ginsburg, G. S.; Sturm, A. C.; Zhou, A. Y.; Lemke, A. A. (2022): Digital health-enabled genomics: Opportunities and challenges. In: *American journal of human genetics* 109 (7), S. 1190–1198.

Börsch-Supan, A.; Bucher-Koenen, T.; Coppola, M.; Lamla, B. (2015): Savings in Times of Demographic Change: Lessons from the German Experience. In: *Journal of Economic Surveys* 29 (4), S. 807–829.

Bremer, D.; Lüdecke, D.; von dem Knesebeck, O. (2019): Social Relationships, Age and the Use of Preventive Health Services: Findings from the German Ageing Survey. In: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (21).

Bucher-Koenen, T.; Lusardi, A. (2011): Financial literacy and retirement planning in Germany. In: *Journal of Pension Economics & Finance* 10 (4), S. 565–584.

Carstensen, L. L.; Isaacowitz, D. M.; Charles, S. T. (1999): Taking time seriously. A theory of socioemotional selectivity. In: *The American psychologist* 54 (3), S. 165–181.

Chen, H.; Schoefer, K.; Manika, D.; Tzemou, E. (2024): The “Dark Side” of General Health and Fitness-Related Self-Service Technologies: A Systematic Review of the Literature and Directions for Future Research. In: *Journal of Public Policy & Marketing* 43 (2), S. 151–170.

De Camargo Catapan, S.; Sazon, H.; Zheng, S.; Gallegos-Rejas, V.; Mendis, R.; Santiago, P. H. R.; Kelly, J. T. (2025): A systematic review of consumers’ and healthcare professionals’ trust in digital healthcare. In: *npj Digit. Med.* 8 (1), S. 115.

Feil, K.; Fritsch, J.; Rhodes, R. E. (2023): The intention-behaviour gap in physical activity: a systematic review and meta-analysis of the action control framework. In: *British journal of sports medicine* 57 (19), S. 1265–1271.

Ferguson, T.; Olds, T.; Curtis, R.; Blake, H.; Crozier, A. J.; Dankiw, K. et al. (2022): Effectiveness of wearable activity trackers to increase physical activity and improve health: a systematic review of systematic reviews and meta-analyses. In: *The Lancet. Digital health* 4 (8), e615-e626.

- Fleischmann, C.; Henking, T.; Neuderth, S.** (2023): Wissensstand und Fehlvorstellungen zu Vorsorge-dokumenten – Ergebnisse einer Bürgerbefragung. In: Bundesgesundheitsbl 66 (10), S. 1172–1182.
- Garriguet, D.; Colley, R. C.** (2014): A comparison of self-reported leisure-time physical activity and measured moderate-to-vigorous physical activity in adolescents and adults. In: Health reports 25 (7), S. 3–11.
- Hajek, A.; König, H.-H.; Yon, D. Keon; Pengpid, S.; Peltzer, K.** (2025): Wearables in the healthcare context: usage and associated factors among the general adult population in Germany. In: J Public Health (Berl.), S. 1–12.
- Heraty, N.; McCarthy, J.** (2015): Unearthing Psychological Predictors of Financial Planning for Retirement Among Late Career Older Workers: Do Self-perceptions of Aging Matter? In: Work, Aging and Retirement 1 (3), S. 274–283.
- Hoebel, J.; Richter, M.; Lampert, T.** (2013): Social status and participation in health checks in men and women in Germany: results from the German Health Update (GEDA), 2009 and 2010. In: Deutsches Arzteblatt international 110 (41), S. 679–685.
- Hoebel, J.; Starker, A.; Jordan, S.; Richter, M.; Lampert, T.** (2014): Determinants of health check attendance in adults: findings from the cross-sectional German Health Update (GEDA) study. In: BMC public health 14, S. 913.
- Holt-Lunstad, J.; Smith, T. B.; Layton, J. Bradley** (2010): Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. In: PLoS medicine 7 (7), e1000316.
- Huy, C.; Schneider, S.; Thiel, A.** (2010): Perceptions of aging and health behavior: determinants of a healthy diet in an older German population. In: The journal of nutrition, health & aging 14 (5), S. 381–385.
- Jacobs-Lawson, J. M.; Hershey, D.** (2005): Influence of future time perspective, financial knowledge, and financial risk tolerance on retirement saving behaviors. In: Financial Services Review.
- Kahana, E.; Kahana, B.; Zhang, J.** (2005): Motivational Antecedents of Preventive Proactivity in Late Life: Linking Future Orientation and Exercise. In: Motivation and emotion 29 (4), S. 438–459.
- Kassambara, A.** (2025): Pipe-Friendly Framework for Basic Statistical Tests [R package rstatix version 0.7.3].
- Laibson, D.** (1997): Golden Eggs and Hyperbolic Discounting. In: The Quarterly Journal of Economics 112 (2), S. 443–478.
- Levy, B.** (2009): Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. In: Current directions in psychological science 18 (6), S. 332–336.
- Levy, B. R.** (2003): Mind matters: cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. In: The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences 58 (4), P203-11.
- Levy, B. R.; Myers, L. M.** (2004): Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. In: Preventive Medicine 39 (3), S. 625–629.
- Levy, B. R.; Slade, M. D.** (2026): Aging Redefined: Cognitive and Physical Improvement with Positive Age Beliefs. In: Geriatrics (Basel, Switzerland) 11 (2).
- Levy, B. R.; Slade, M. D.; Kasl, S. V.** (2002a): Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. In: The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences 57 (5), P409-17.
- Levy, B. R.; Slade, M. D.; Kunkel, S. R.; Kasl, S. V.** (2002b): Longevity increased by positive self-perceptions of aging. In: Journal of personality and social psychology 83 (2), S. 261–270.

Levy, B. R.; Zonderman, A. B.; Slade, M. D.; Ferrucci, L. (2009): Age stereotypes held earlier in life predict cardiovascular events in later life. In: *Psychological science* 20 (3), S. 296–298.

Lines, R. L. J.; Ntoumanis, N.; Thøgersen-Ntoumani, C.; McVeigh, J. A.; Ducker, K. J.; Fletcher, D.; Gucciardi, D. F. (2020): Cross-sectional and longitudinal comparisons of self-reported and device-assessed physical activity and sedentary behaviour. In: *Journal of Science and Medicine in Sport* 23 (9), S. 831–835.

Löckenhoff, C. E.; Carstensen, L. L. (2004): Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. In: *Journal of personality* 72 (6), S. 1395–1424.

Madeira, C.; Margaretic, P. (2022): The impact of financial literacy on the quality of self-reported financial information. In: *Journal of Behavioral and Experimental Finance* 34, S. 100660.

Madeira, C.; Margaretic, P.; Martínez, F.; Roje, P. (2022): Assessing the Quality of Self-Reported Financial Information. In: *Journal of Survey Statistics and Methodology* 10 (5), S. 1183–1210.

Martinović, A.; Mantovani, M.; Trpchevska, N.; Novak, E.; Milev, N. B.; Bode, L. et al. (2024): Climbing the longevity pyramid: overview of evidence-driven healthcare prevention strategies for human longevity. In: *Frontiers in aging* 5, S. 1495029.

McEachan, R. R. C.; Conner, M.; Taylor, N. J.; Lawton, R. J. (2011): Prospective prediction of health-related behaviours with the Theory of Planned Behaviour: a meta-analysis. In: *Health Psychology Review* 5 (2), S. 97–144.

Ok, S.-C. (2022): Insights into the Anti-Aging Prevention and Diagnostic Medicine and Healthcare. In: *Diagnostics (Basel, Switzerland)* 12 (4).

Pan, C.-C.; De Santis, K. K.; Muellmann, S.; Hoffmann, S.; Spallek, J.; Barnils, N. Pedros et al. (2025): Sociodemographics and Digital Health Literacy in Using Wearables for Health Promotion and Disease Prevention: Cross-Sectional Nationwide Survey in Germany. In: *Journal of prevention* (2022) 46 (3), S. 371–391.

Paoli, A.; Rubini, A.; Volek, J. S.; Grimaldi, K. A. (2013): Beyond weight loss: a review of the therapeutic uses of very-low-carbohydrate (ketogenic) diets. In: *European journal of clinical nutrition* 67 (8), S. 789–796.

Patterson, R. E.; Sears, D. D. (2017): Metabolic Effects of Intermittent Fasting. In: *Annual review of nutrition* 37, S. 371–393.

Prince, S. A.; Adamo, K. B.; Hamel, M. E.; Hardt, J.; Connor Gorber, S.; Tremblay, M. (2008): A comparison of direct versus self-report measures for assessing physical activity in adults: a systematic review. In: *The international journal of behavioral nutrition and physical activity* 5, S. 56.

Rabinovich, A.; Webley, P. (2007): Filling the gap between planning and doing: Psychological factors involved in the successful implementation of saving intention. In: *Journal of Economic Psychology* 28 (4), S. 444–461.

Rappange, D. R.; Brouwer, W. B. F.; van Exel, J. (2016): A long life in good health: subjective expectations regarding length and future health-related quality of life. In: *Eur J Health Econ* 17 (5), S. 577–589.

Revelle, W. (2026): Procedures for Psychological, Psychometric, and Personality Research [R package psych version 2.6.1].

Rhodes, R. E.; Bruijn, G.-J. de (2013): How big is the physical activity intention-behaviour gap? A meta-analysis using the action control framework. In: *British journal of health psychology* 18 (2), S. 296–309.

- Rosenstock, I. M.** (1974): Historical Origins of the Health Belief Model. In: Health Education Monographs 2 (4), S. 328–335.
- Rosman, L.; Lampert, R.; Zhuo, S.; Li, Q.; Varma, N.; Burg, M. et al.** (2024): Wearable Devices, Health Care Use, and Psychological Well-Being in Patients With Atrial Fibrillation. In: Journal of the American Heart Association 13 (15), e033750.
- Satija, A.; Bhupathiraju, S. N.; Rimm, E. B.; Spiegelman, D.; Chiuve, S. E.; Borgi, L. et al.** (2016): Plant-Based Dietary Patterns and Incidence of Type 2 Diabetes in US Men and Women: Results from Three Prospective Cohort Studies. In: PLoS medicine 13 (6), e1002039.
- Schwarzer, R.** (2008): Modeling Health Behavior Change: How to Predict and Modify the Adoption and Maintenance of Health Behaviors. In: Applied Psychology 57 (1), S. 1–29.
- Schweitzer, A.; Carrasco Delgado, P. D.; Nawabi, F.** (2026): Digitale Gesundheitsangebote als Bestandteil der Versorgung: Nutzungsmuster und Perspektiven in der Bevölkerung. In: Monitor Versorgungsforschung 26 (02), S. 64–69.
- Sedlmayr, M.; Kuhn, J.; Lauer, W.** (2025): Künstliche Intelligenz (KI) in der Medizin: Erwartungen und Entwicklungen. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 68 (8), S. 843–844.
- Sheeran, P.** (2002): Intention–Behavior Relations: A Conceptual and Empirical Review. In: European Review of Social Psychology 12 (1), S. 1–36.
- Starker, A.; Buttman-Schweiger, N.; Krause, L.; Barnes, B.; Kraywinkel, K.; Holmberg, C.** (2018): Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. In: Bundesgesundheitsbl 61 (12), S. 1491–1499.
- Statistisches Bundesamt** (2025): 17 900 mindestens Hundertjährige lebten Ende 2024 in Deutschland. Pressemitteilung Nr. N052 vom 29. September 2025. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2025/09/PD25_N052_12.html, zuletzt geprüft am 12.03.2026.
- Statistisches Bundesamt** (2026a): 16. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Annahmen und Ergebnisse. Online verfügbar unter https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/annahmen_ergebnisse_16te_kBv.html?nn=208696#senioren, zuletzt geprüft am 12.03.2026.
- Statistisches Bundesamt** (2026b): Lebenserwartung und Sterblichkeit. Online verfügbar unter <https://www.destatis.de/DE/Themen/Querschnitt/Demografischer-Wandel/Aspekte/demografie-lebenserwartung.html>, zuletzt geprüft am 19.03.2026.
- Sun, J. K.; Smith, J.** (2017): Self-Perceptions of Aging and Perceived Barriers to Care: Reasons for Health Care Delay. In: The Gerontologist 57 (suppl_2), S216–S226.
- Tavakol, M.; Dennick, R.** (2011): Making sense of Cronbach's alpha. In: International Journal of Medical Education 2, S. 53–55.
- Taylor, M. L.; Thomas, E. E.; Snowell, C. L.; Smith, A. C.; Caffery, L. J.** (2021): Does remote patient monitoring reduce acute care use? A systematic review. In: BMJ open 11 (3), e040232.
- Thaler, R. H.; Shefrin, H. M.** (1981): An Economic Theory of Self-Control. In: Journal of Political Economy 89 (2), S. 392–406.
- Vasudevan, S.; Saha, A.; Tarver, M. E.; Patel, B.** (2022): Digital biomarkers: Convergence of digital health technologies and biomarkers. In: npj Digit. Med. 5 (1), S. 36.
- Walker, E. R.; McGee, R. E.; Druss, B. G.** (2015): Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. In: JAMA psychiatry 72 (4), S. 334–341.

WHO (2020): WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. 1st ed. Geneva: World Health Organization.

Wurm, S.; Spuling, S. M.; Reinhard, A.-K.; Ehrlich, U. (2023): Prevalence of living wills among older adults in Germany. In: Journal of health monitoring 8 (3), S. 55–60.

Wyatt, K. D.; Poole, L. R.; Mullan, A. F.; Kopecky, S. L.; Heaton, H. A. (2020): Clinical evaluation and diagnostic yield following evaluation of abnormal pulse detected using Apple Watch. In: Journal of the American Medical Informatics Association : JAMIA 27 (9), S. 1359–1363.

Yeo, K. H. K.; Lim, W. M.; Yii, K.-J. (2024): Financial planning behaviour: a systematic literature review and new theory development. In: J Financ Serv Mark 29 (3), S. 979–1001.

Yetisen, A. K. (2018): Biohacking. In: Trends in biotechnology 36 (8), S. 744–747.

Züll, C.; Menold, N. (2019): Offene Fragen. In: Nina Baur und Jörg Blasius (Hg.): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Springer eBook Collection), S. 855–862.

WIP-Veröffentlichungen seit 2018

Regionale Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbelastung bei Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Kranken- und sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse Juni 2026, Jonas Pieper, ISBN 978-3-9827312-3-0

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2026, WIP-Analyse Februar 2026, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9827312-2-3

Auswirkungen einer Zuckersteuer – eine Literaturübersicht, WIP-Analyse Januar 2026, Dr. Tatjana Begerow, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9827312-1-6

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2025 – Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-971-4, MWV, Berlin, November 2025

WIP-Tagungsband 2025, WIP-Tag der Versorgungsforschung am 18.09.2025, Dr. Christian O. Jacke

Methodische Aspekte der Auswahl von Daten der Privaten Krankenversicherung: Unterschied zwischen Einreichungs- und Inanspruchnahmeverhalten, WIP-Analyse, Oktober 2025, Dr. Christian Jacke, Dr. Tatjana Begerow, Julia Schaarschmidt, ISBN 978-3-9827312-0-9

Mehrausgaben in der SPV durch eine Pflegevollversicherung in der stationären Versorgung, WIP-Berechnungen, Oktober 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Handlungsdruck in der GKV – Wie ist die Ausgangslage für die „FinanzKommission Gesundheit“?, WIP-Kurzanalyse, Oktober 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Einkommens- und Vermögensschutz durch die Pflegeversicherung? Eine finanzwissenschaftliche Fallbetrachtung, WIP-Kurzanalyse, Oktober 2025, Dr. Frank Wild, Dr. Jonas Pieper Sozialversicherung in demografischer Schieflage: Steigende Beitragsbelastungen für die junge Generation, WIP-Analyse April 2024, Prof. Dr. Martin Werding, Ruhr-Universität Bochum, ISBN 978-3-9824068-9-3

Zugang zur Gesundheitsversorgung, Gesundheitszustand und Risikofaktoren – Das deutsche Gesundheitssystem im europäischen Vergleich, WIP-Analyse April 2025, Dr. Tatjana Begerow, Nina Leugers, Louis Junghanns, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-7-9

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2025, WIP-Analyse April 2025, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-8-6

Begrenzung der pflegebedingten Eigenanteile nach § 43c SGB XI – Rückblick und Ausblick, WIP-Kurzanalyse Februar 2025, Dr. Lewe Bahnsen

Ärztbarometer – Eine Querschnittsbefragung ambulant-tätiger Ärzte in Deutschland, WIP-Analyse Januar 2025, Louis Junghanns, Dr. Christian Jacke, Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Rychlik, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-6-2

WIP-Tag der Versorgungsforschung, WIP-Tagungsband 2024, Dr. Christian O. Jacke

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2024/2025, WIP-Kurzanalyse November 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild

Psychologie in der Gesundheitsförderung: ein Scoping Review, WIP-Analyse September 2024, Laurin Müller, Dr. Christian O. Jacke, ISBN 978-3-9824068-5-5

Veränderung der ambulanten Leistungsanspruchnahme von Privatversicherten während der COVID-19-Pandemie. WIP-Kurzanalyse Juli 2024, Julia Schaarschmidt, Dr. Frank Wild

Kostenschätzung zu einer Deckelung der pflegebedingten Eigenanteile, WIP-Berechnungen, Juli 2024, Dr. Frank Wild

Der Preis in einer Marktwirtschaft ist fundamental – Ein ökonomischer Blick vor dem Hintergrund der Debatte um die Einführung von vertraulichen Medikamentenpreisen, WIP-Kommentar, Juli 2024, Dr. Frank Wild

Wirtschaftswachstum vs. DeGrowth: Warum Wachstum gut für die Menschen und unser Sozialsystem ist, WIP-Kommentar, Juni 2024, Dr. Frank Wild

Zur Zukunftsfähigkeit der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Lewe Bahnsen

Voraussichtliche Entwicklung der Beitragssätze in der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2024, Dr. Frank Wild

Steuerzuschüsse für die Soziale Pflegeversicherung zur Stabilisierung der Pflegebeiträge – Finanzielle Tragfähigkeit und Prognosen, WIP-Kurzanalyse Mai 2024, Dr. Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2024, WIP-Analyse März 2024, Dr. Lewe Bahnsen, Dr. Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-4-8

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2023 – Zahlen, Fakten, PKV-GKV-Vergleich, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-95466-853-3, MWV, Berlin Dezember 2023

Entwicklung der Prämien und Beitragseinnahmen in PKV und GKV – Aktualisierung 2023/2024, WIP-Kurzanalyse Oktober 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf die zahnärztliche Versorgung der Privatversicherten im Jahr 2020, WIP-Kurzanalyse Juli 2023, Julia Schaarschmidt, Frank Wild

Für die Künstliche Intelligenz gibt es in der privaten Krankenversicherung vielfältige Einsatzmöglichkeiten – Es gilt Potenziale und Risiken gut abzuwägen, WIP-Kommentar, Juni 2023, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2023, WIP-Analyse Mai 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-3-1

Innovation und Diffusion in der ambulant-ärztlichen Versorgungsstruktur, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Bernd Rebmann, Elisabeth Leonhard, Andrea Kern-Schnur, Nadine Brohammer, ISBN 978-3-95466-790-1, MWV, Berlin, Mai 2023

Soziale Pflegeversicherung heute und morgen: Stand und mögliche Szenarien, WIP-Analyse März 2023, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-2-4

Womit in der Zukunft zu rechnen ist: Eine Projektion der Zahl der Pflegebedürftigen, WIP-Kurzanalyse Dezember 2022, Lewe Bahnsen

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2022, Thiess Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9824068-1-7

Aufwachsender Arbeitskräftemangel zeigt auf, dass die Digitalisierung des Arbeitslebens viel zu langsam vorangeht, WIP-Kommentar, November 2022, Frank Wild

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2013-2023, WIP-Kurzanalyse November 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Debatte um eine außerordentliche Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der Krankenversicherung, WIP-Kommentar, Oktober 2022, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2022, WIP-Analyse Juni 2022, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9824068-0-0

Verordnung cannabinoidhaltiger Arzneimittel in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Privatversicherten (2017-2020), WIP-Kurzanalyse Juni 2022, Christian O. Jacke

Nachhaltigkeit von Kranken- und Pflegeversicherung, WIP-Kommentar, Mai 2022, Frank Wild

Wer ist impfberechtigt? Ein internationaler Blick, WIP-Kurzanalyse Mai 2022, Daria Kozica, Frank Wild

Kostenbeteiligungen, Wartezeiten, Leistungsumfang – Ein europäischer Vergleich der Gesundheitssysteme, WIP-Analyse Februar 2022, Lewe Bahnsen, ISBN 978-3-9821682-8-9

Gesundheitssystem in Israel, WIP-Kommentar, Februar 2022, Frank Wild

COVID-19-Todesfälle – Häufigkeit im Verhältnis zu anderen Todesursachen, WIP-Kurzanalyse Januar 2022, Frank Wild, Larissa Tembrink,

Optionen zur Stabilisierung der Einnahmesituation der Sozialversicherungen, WIP-Analyse Dezember 2021, Thies Büttner, Martin Werding, ISBN 978-3-9821682-9-6

Entwicklung der Prämien- und Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2012-2022, WIP-Kurzanalyse November 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Bürgerversicherung oder Finanzausgleich? Keine Lösungen für die demografischen Herausforderungen in der Pflege. WIP-Kurzanalyse Oktober 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Ambulant-ärztliche Versorgung – Ein Blick ins westeuropäische Ausland, WIP-Analyse September 2021, Günter Neubauer, Christof Minartz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-7-2

E-Health-Anwendungen im Ländervergleich, WIP-Kurzanalyse September 2021, Frank Wild, Daria Kozica

Europäische Gesundheitssysteme in der COVID-19-Pandemie: Ein vergleichender Überblick, WIP-Analyse Juli 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-6-5

Langfristige Finanzierungslasten durch kurzfristige Neuregelungen in der Pflegeversicherung, WIP-Kurzanalyse Juni 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse April 2021, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-5-8

Finanzielle Auswirkungen der Pläne einer Pflegereform 2021, WIP-Kurzanalyse April 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Die zukünftige Entwicklung der GKV-Finzen – Ein Beitrag zur Diskussion um erhöhte Steuerzuschüsse, WIP-Kurzanalyse März 2021, Lewe Bahnsen, Frank Wild

Umsetzung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die vertragsärztliche Kollektivversorgung und in die privatärztliche ambulante Versorgung, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, Anke Walendzik, Carina Abels, Jürgen Wasem, ISBN 978-3-95466-601-0, MWV, Berlin, März 2021

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2020 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, Schriftenreihe des Wissenschaftlichen Instituts der PKV, ISBN 978-3-95466-578-5, MWV, Berlin, November 2020

Eigenanteile in der stationären Pflege nach regionaler Verteilung und Trägerschaft, WIP-Analyse 5/2020, Christine Arentz, Sonja Hagemeyer

Überblick über die Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2011-2021, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Sonja Hagemeyer, Frank Wild

Abschätzung der in Zukunft benötigten Steuermittel für die geplante Pflegereform des Bundesministeriums für Gesundheit, WIP-Kurzanalyse Oktober 2020, Frank Wild

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von Privatversicherten – Jahresbericht 2020, WIP-Analyse 4/2020, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-3-4-

Vergleich europäischer Gesundheitssysteme in der Covid-19-Pandemie, WIP-Analyse 3/2020, Christine Arentz, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-2-7

HIV-Report: Epidemiologische und gesundheitsökonomische Entwicklungen bei Privatversicherten, WIP-Analyse 2/2020, Christian O. Jacke, Nicholas Heck-Großek, ISBN 978-3-9821682-1-0

Entwicklung des Absatzes opioidhaltiger Arzneimittel in der PKV, WIP-Kurzanalyse April 2020, Nicholas Heck-Großek

Zugang zu onkologischen Medikamenten – ein europäischer Vergleich, WIP-Analyse 1/2020, Devora Yordanova, Frank Wild, ISBN 978-3-9821682-0-3

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2019 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 5/2019, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeyer, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-9-9

Entwicklung der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2010-2020, WIP-Kurzanalyse Dezember 2019, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild

Bewertung des Reformvorschlags „Die Pflegeversicherung als Vollversicherung“, WIP-Kurzanalyse Oktober 2019, Christine Arentz, Frank Wild,

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2019, WIP-Analyse 4/2019, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-8-2

Die versteckte Verschuldung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 3/2019, Christine Arentz, Maik Moritz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-7-5

Szenarien zur zukünftigen Finanzentwicklung der Sozialen Pflegeversicherung, WIP-Analyse 2/2019, Christine Arentz, ISBN 978-3-9818269-6-8

Pflegefinanzierung im gesellschaftlichen Kontext denken, WIP-Kurzanalyse April 2019, Christine Arentz, Frank Wild

Verschreibung cannabinoidhaltiger Arzneimittel, WIP-Kurzanalyse März 2019, Christian O. Jacke

Impfung gegen humane Papillomviren (HPV) – Eine Analyse der Arzneimittelverordnungsdaten in der PKV 2006 bis 2016, WIP-Analyse 3 1/2019, Tina Lohse, Christian O. Jacke, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-4-4

Überblick über die Entwicklung der Leistungsausgaben und der Beitragseinnahmen in PKV und GKV 2009 bis 2019, WIP-Analyse 4/2018, Christine Arentz, Holger Eich, Frank Wild, ISBN 978-9818269-5-1

Arzneimittelversorgung von Privatversicherten 2018 – Zahlen, Analyse, PKV-GKV-Vergleich, WIP-Analyse 3/2018, Christian O. Jacke, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-3-7

Mehrumsatz und Leistungsausgaben von PKV-Versicherten – Jahresbericht 2018, WIP-Analyse 2/2018, Sonja Hagemeister, Frank Wild, ISBN 978-3-9818269-2-0

Die Krankenversicherung in den Niederlanden seit 2006 – Analyse der Reform und ihrer Auswirkungen, WIP-Analyse 1/2018, Christine Arentz



WIP

Wissenschaftliches
Institut der PKV