



Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen

Ergebnisse der Umfrage:

„Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“

Institut für Gesundheitsplanung

im Auftrag der Arbeiterkammer OÖ
in Kooperation mit der OÖGKK

MMag. Martin Reif

Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten
und gesundheitsrelevante Lebensbereiche
aus der Perspektive der OberösterreicherInnen

Ergebnisse der Umfrage
„Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von
Frauen und Männern in Oberösterreich“

Herausgeber: Institut für Gesundheitsplanung
Verfasser: MMag. Martin Reif

Projektteam: Mag.^a Dagmar Andree (AKOÖ),
Mag. Richard Birgmann (IGP),
Mag. Markus Peböck (IGP),
Mag. Markus Unterthurner (AKOÖ)

Unter Mitarbeit von: Mag. Jan Kronberger (AKOÖ),
Dr.ⁱⁿ Elisabeth Mayr-Frank (OÖGKK),
Mag.^a Notburga Pfoser (OÖGKK)

Layout: pulpmedia.at
Druck: Landesverlag-Denkmayr
Preis: 14,40 Euro
ISBN 978-3-902487-11-7

Institut für Gesundheitsplanung
Weißewolfstraße 5, 4020 Linz
Tel. 0732/784036
Mail: institut@gesundheitsplanung.at
Web: www.gesundheitsplanung.at

Einleitung	7
Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	8
Wichtige Ergebnisse	8
Vorsorgeuntersuchung (VU).....	8
Verhaltensbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen	10
Gesundheitsfördernde Settings	11
Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall (Präsentismus).....	11
Schlussfolgerungen	12
1. Methode	16
1.1. Erhebung und Datengrundlage	16
1.2. Repräsentativität.....	17
1.3. Vergleich der Inanspruchnahme mit Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2006/07)	18
2. Vorsorgeuntersuchung (VU)	22
2.1. Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.....	22
2.1.1. Durch VU erreichter Personenkreis	22
2.1.2. In Anspruch genommene VU-Angebote	24
2.2. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme.....	25
2.2.1. Einflussfaktoren auf subjektiver Ebene	25
2.2.2. Einflussfaktoren auf struktureller Ebene.....	47
2.2.3. Vorsorgeuntersuchung und Region	55
2.3. Wahrgenommene Qualität	56
2.4. Akzeptanz von Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme	60
3. Verhaltensorientierte Gesundheitsförderungsangebote	67
3.1. Gesundheitsverhalten	67
3.2. Veränderungsbereitschaft hinsichtlich relevanter Verhaltensweisen und unterstützende Angebote.....	70
3.3. Betriebliche Angebote.....	73
3.4. Rauchen und Bereitschaft zur Rauchentwöhnung.....	79
4. Verhältnisorientierte Gesundheitsförderungsangebote	88
4.1. Relevante Lebensbereiche für Gesundheit	88
4.2. Wahrgenommenes Ausmaß an Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung in den Lebensbereichen	92
4.3. Handlungsbedarf	94
5. Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall (Präsentismus)	98
5.1. Ergebnisse zur Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall.....	98
5.2. Krankenstandsvermeidung nach demografischen Merkmalen	99
5.3. Krankenstandsvermeidung und persönliche bzw. berufliche Belastungen	101
5.4. Krankenstandsvermeidung und gesundheitsrelevante bzw. gesundheitsriskante Verhaltensweisen	103
5.5. Krankenstandsvermeidung und Gesundheitszustand	104
Glossar	106
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	108
Abbildungen	108
Tabellen	111
Literatur.....	111
Fragebogen	113

EINLEITUNG

Einleitung

Die vorliegende Studie wurde vom Institut für Gesundheitsplanung (IGP) im Auftrag der Arbeiterkammer Oberösterreich (AKOÖ) und in Kooperation mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (OÖGKK) durchgeführt.

Im Zentrum der Studie steht die Gesundheitsvorsorge in Form der Vorsorgeuntersuchung (VU, auch häufig „Gesundenuntersuchung“ oder Früherkennungsuntersuchung genannt). Es soll analysiert werden, welche Einflussfaktoren (Hürden, Erschwernisse, Vorbehalte aus Sicht der Befragten) und Rahmenbedingungen (z.B. soziale Lage) sich positiv oder negativ auf die Inanspruchnahme der VU auswirken um Anhaltspunkte für eine Erhöhung der Teilnahme in der Bevölkerung zu gewinnen. Darüber hinaus werden Aspekte der Beratungsqualität und Beratungsinhalte im Rahmen der Vorsorgeuntersuchung dargestellt und beschrieben (siehe Kapitel 2).

Grundsätzlich kann die Vorsorgeuntersuchung als Screeningangebot zur Früherkennung von Erkrankungen betrachtet werden (z.B. Krebs, Diabetes, Bluthochdruck) und ist so eher der Sekundärprävention zuzuordnen. In den letzten Jahren, insbesondere seit Einführung der „Vorsorgeuntersuchung Neu“ (Oktober 2005), gewinnen jedoch auch Aspekte der Identifikation von Erkrankungsrisiken (Risikofaktoren) und deren Verminderung in Form von Lebensstilveränderung (z.B. Rauchentwöhnung, Alkoholberatung, Übergewicht, Ernährung) zusehends an Bedeutung, so dass die Funktion der Vorsorgeuntersuchung deutlich in Richtung Primärprävention rückt.¹ Daher soll in diesem Bericht auch auf das Gesundheitsverhalten und die Bereitschaft zu Lebensstilveränderung in der Bevölkerung eingegangen werden. Daraus sollen Anhaltspunkte für die Gestaltung von verhaltensorientierten Präventions- und Gesundheitsförderungsangeboten gewonnen werden (siehe Kapitel 3).

Unter Public-Health-Gesichtspunkten wird zunehmend die Bedeutung von Einflüssen, die sich aus den Lebensverhältnissen und -bedingungen in den unterschiedlichen Lebenswelten (Settings)

ergeben, betont. Daher ist es wichtig zu wissen, wie weit grundsätzlich Akzeptanz und Verständnis für verhältnisorientierte Maßnahmen in der Bevölkerung vorhanden sind. Daher wird auch der Frage nachgegangen, wie weit verschiedenen Lebensbereichen (z.B. Beruf, Arbeitswelt, Wohnumgebung, Bildung etc.) Relevanz für die Gesundheit zugeschrieben wird und ob aus der Sicht der Befragten Defizite in diesen Bereichen bestehen, um daraus Handlungsbedarf für verschiedene Settings abzuleiten (Kapitel 4).

Viele Menschen versuchen im Krankheitsfall Krankenstand zu vermeiden und gehen auch krank zur Arbeit. Diesem Phänomen (auch Präsentismus genannt) wird im Kapitel 5 nachgegangen. Vor allem sollen Beschäftigtengruppen identifiziert werden, die verstärkt zu diesem Verhalten neigen und soziale Hintergründe (berufliche und persönliche Belastungssituationen) beleuchtet werden. Die Datengrundlage der vorliegenden Studie stellt eine Befragung dar, die Ende 2007 unter dem Titel „Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich“ durchgeführt wurde (genaueres siehe Kapitel 1) und an der sich über 3.500 OberösterreicherInnen beteiligt haben.

¹ OÖGKK 2008

ZUSAMMENFASSUNG & SCHLUSSFOLGERUNGEN

Wichtige Ergebnisse

Vorsorgeuntersuchung (VU)

Rund 30 Prozent der Befragten waren innerhalb des letzten Jahres bei einer Vorsorgeuntersuchung. Weitere 20 Prozent waren im Zeitraum zwischen einem und zwei Jahren bei einer Vorsorgeuntersuchung. Dabei ist davon auszugehen, dass die Befragten nicht nur die klassische Vorsorgeuntersuchung vor Augen haben, sondern auch andere Untersuchungen, die zur Früherkennung dienen, als Vorsorge einstufen. Mit zunehmendem Alter steigt der Anteil der Personen mit Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung. In den Altersgruppen über 45 Jahren liegt der Anteil mit einer Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten zwei Jahre bei über 55 Prozent. Die überwiegende Mehrheit (90 Prozent) lässt die Vorsorgeuntersuchung bei niedergelassenen ÄrztInnen durchführen. Zwischen Männern und Frauen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme beobachten.

Für 43 Prozent war der Grund für die letzte Vorsorgeuntersuchung die regelmäßige Inanspruchnahme derselben. Andere häufig genannte Auslöser und Gründe waren Arztbesuche aus anderen Gründen (23 Prozent), dass sie von ärztlicher Seite darauf aufmerksam gemacht wurden (23 Prozent) bzw. aufgrund von Beschwerden (22 Prozent). 15 Prozent folgten einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung, der Gesundheitspass war für kaum jemanden ein Grund zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen.

Hürden und Erschwernisse, zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen, können in inneren Einstellungen oder Emotionen (wie Ängste, Unsicherheiten, ablehnende Gefühle usw.) oder in äußeren Gegebenheiten (z.B. Erreichbarkeit von Angeboten, Wartezeit, zeitlichem Angebot usw.) begründet sein. Dabei erweisen sich äußere Gegebenheiten als deutlich stärkere Einflussfaktoren auf die tatsächliche Inanspruchnahme, als innere Hürden.

Der Großteil der Befragten hält die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich für sinnvoll (87 Prozent). 70 Prozent sind der Meinung, dass durch die Vorsorgeuntersuchung Krankheiten frühzeitig

erkannt werden können und 45 Prozent, dass durch die VU schwere Erkrankungen verhindert werden können. Nur eine Minderheit ist der Meinung, die VU sei zu ungenau für die Früherkennung von Erkrankungen (rund 10 Prozent).

Die grundsätzliche Bewertung der Vorsorgeuntersuchung als sinnvoll spielt für die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung keine wesentliche Rolle. Eine viel größere Rolle für die tatsächliche Inanspruchnahme spielen Vorbehalte wie bspw. die Meinungen, dass bei gesunder Lebensweise oder gutem Gesundheitszustand keine Vorsorgeuntersuchung notwendig wäre oder eine VU erst in höherem Alter von Bedeutung wäre.

Die unterste Einkommensschicht (Äquivalenzeinkommen im untersten Viertel) weist eine etwas geringere Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten zwei Jahre auf (45 Prozent) als höhere Einkommensschichten (rund 50 Prozent). Nach Bildungsgrad lässt sich kein wesentlicher Unterschied in der Inanspruchnahme beobachten. Mit zunehmendem Einkommen nimmt die Betroffenheit von inneren und äußeren Hürden/Erschwernissen, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen, ab. Ähnliches gilt für unterschiedliche Bildungsschichten. Höhere Bildungsschichten sind in geringerem Ausmaß von Hürden/Erschwernissen betroffen.

Die unmittelbaren Gründe/Anlässe zu einer Vorsorgeuntersuchung zu gehen, variieren deutlich nach Bildungs- und Einkommensschicht. Personen mit niedrigerem Einkommen nennen häufiger Beschwerden, Arztbesuch aus anderem Grund, Motivation durch Arzt/Ärztin und Einladung als unmittelbaren Grund.

Ähnliches gilt für untere Bildungsschichten. Im städtischen Raum wird die Vorsorgeuntersuchung deutlich häufiger in Anspruch genommen als im ländlichen Gebiet.

Der überwiegende Teil der Befragten stuft die Information über die Untersuchungsergebnisse bei der Vorsorgeuntersuchung als sehr gut oder ausreichend ein. Ebenso wird die Beratung bezüglich

Gesundheitserhaltung und Krankheitsvermeidung überwiegend als sehr gut oder ausreichend eingestuft. Die häufigsten Beratungsinhalte bei der Vorsorgeuntersuchung beziehen sich auf eine gesunde Lebensweise und medizinische Untersuchungen. Wohnsituation, berufliche Belastungen oder privates Umfeld werden kaum bezüglich ihrer Bedeutung für die Gesundheit angesprochen. Mögliche Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung sehen die Befragten vor allem in einer besseren Information bezüglich des Angebots und in einer Einladung zur Vorsorgeuntersuchung. Finanzielle und symbolische Anreize finden eher geringe Akzeptanz.

Nach Einkommensschicht lassen sich bezüglich der Akzeptanz der verschiedenen Anreizsysteme keine wesentlichen Unterschiede beobachten. Nach Bildungsgrad betrachtet lassen sich bei höher Gebildeten etwas stärkere Akzeptanz von symbolischer Anerkennung und Einladung zur Vorsorgeuntersuchung beobachten. Während die Akzeptanz von Information und Einladung als Anreizsystem kaum nach Alter und Geschlecht variiert, sinkt die Akzeptanz von finanziellen Anreizen und symbolischer Anerkennung in den höheren Altersgruppen.

Verhaltensbezogene Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen

Mehr als die Hälfte der Befragten gibt an, dass sie ihre Lebensweise gerne hinsichtlich einer gesünderen Ernährung, mehr Bewegung und eines besseren Umgangs mit psychischen Belastungen verändern möchte.

Die beliebtesten Angebotsformen zur Unterstützung der Verhaltensänderung sind persönliche Beratung (37 Prozent), Informationsmaterial (28 Prozent), sowie einschlägige Vorträge oder persönliche Begleitung (jeweils 22 Prozent). Rund ein Drittel der Befragten ortet ein Defizit an Unterstützungsangeboten.

43 Prozent der RaucherInnen geben an, dass sie das Rauchen aufgeben oder zumindest reduzieren möchten. 31 Prozent der RaucherInnen versuchten im letzten Jahr vor der Befragung erfolglos das Rauchen aufzugeben.

42 Prozent der RaucherInnen, die das Rauchen aufgeben oder reduzieren möchten, geben an, zu wenig unterstützende Angebote zu sehen. Personen, die mehr in den Bereichen gesunde Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit (Stress/Umgang mit Belastungen) tun möchten, geben zu jeweils 36 bis 38 Prozent an, dass diesbezüglich zu wenig Angebot vorhanden ist und Personen die ihren Alkoholkonsum reduzieren möchten zu 33 Prozent. Angebotsdefizite sehen vor allem Personen, die Aktivgruppen/Selbsthilfegruppen oder persönliche Begleitung (Coaching) in Anspruch nehmen würden (jeweils rund 40 Prozent). In deutlich geringerem Ausmaß geben Personen Defizite an, denen persönliche Beratung, Informationsmaterial, Vorträge und Kurse/Seminare hilfreich erscheinen (mit jeweils 28-32 Prozent, die zu wenig Angebot sehen).

Rund die Hälfte der berufstätigen Befragten gibt an, dass in ihrem Betrieb bzw. an ihrem Arbeitsplatz ausreichend für Unfallverhütung und für NichtraucherInnenschutz gesorgt wird. Rund ein Drittel gibt an, dass ausreichend Möglichkeit besteht, sich bei Konflikten oder anderen Problemen mit KollegInnen an eine Ansprechperson zu wenden. 28 Prozent sehen ausreichende medizinische Betreuung im Betrieb in Form von Untersuchungen. Ein Fünftel bis ein Viertel sehen ausreichende betriebliche Angebote in den Bereichen Rauchentwöhnung, gesundes Essen (z.B. in der Betriebsküche), Ruhe/Sozialräume und ergonomische Ausstattung. Am geringsten ist das Angebot, den Angaben der Befragten zufolge, in den Bereichen Bewegung/Sport, Informationsveranstaltungen und ganzheitlicher betriebliche Gesundheitsförderung (in Form eingerichteter Gesundheitszirkel).

In fast allen Bereichen geben Beschäftigte von Klein- und Mittelbetrieben ein geringeres Angebot an, als Beschäftigte in größeren Betrieben. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass viele Angebote auf die Struktur größerer Betriebe zugeschnitten sind, dass aber auch kleinere Betriebe geringere Spielräume und Möglichkeiten (z.B. in der Freistellung von MitarbeiterInnen für bestimmte Aufgaben und Fortbildung oder den Aufbau innerbetrieblicher gesundheitsförderlicher Strukturen) haben. Diesbezüglich ist die Entwicklung von neuen bzw. die Verknüpfung von bereits bestehenden Konzepten, Angebotsformen und

Strukturen, die auf die Bedürfnisse kleiner und mittlere Betriebe abgestimmt sind, von wesentlicher Bedeutung (z.B. Betriebsverbände im Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung etc.).

Gesundheitsfördernde Settings

Ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis ist in der Bevölkerung weit verbreitet. Die Befragten erkennen, dass viele verschiedene Lebensbereiche einen Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Lebensbereich mit der höchsten Relevanz für die Gesundheit ist für die Befragten der Bereich Betrieb/Arbeitswelt. Erst an zweiter Stelle folgt die medizinische Versorgung. Ebenfalls als hoch relevant werden die Bereiche Wohnumgebung (Gemeinde/Stadtteil), Lebensmittelversorgung, Information/Bildung und Schule eingestuft. Nach Bildungsgrad ergeben sich Unterschiede bezüglich der Bereiche Betrieb/Arbeitswelt, Information/Bildung, Wohnumgebung und Schule (denen höher Gebildete tendenziell größere Relevanz zuschreiben) sowie im Hinblick auf den Bereich medizinische Versorgung (dem von Befragten mit niedrigerem Bildungsabschluss tendenziell höhere Bedeutung zugemessen wird).

Defizite werden vor allem in den Bereichen Betrieb/Arbeitswelt gesehen, wo mehr als die Hälfte der Befragten angibt, dass in diesem Bereich noch zu wenig gemacht wird. Rund 40 Prozent der Befragten sehen Defizite in den Bereichen Gastronomie, Mobilität/Verkehr, Wohnumgebung und Schule und rund ein Drittel im Bereich Lebensmittelversorgung. Ein Fünftel bis ein Viertel meint, dass in den Bereichen Freizeitangebot, Information/Bildung und medizinische Versorgung noch zu wenig getan wird.

Kombiniert man die Angaben zur Relevanz und zu den Defiziten in den verschiedenen Bereichen, so ergibt sich der höchste Handlungsbedarf im Hinblick auf Betrieb/Arbeitswelt (rund 40 Prozent mit hohem und weitere 10 Prozent mit mittlerem Handlungsbedarf) sowie für die Bereiche Wohnumgebung, Schule und Lebensmittelversorgung (rund 20-25 Prozent hoher und weitere 10-15 Prozent mittlerer Handlungsbedarf). Wenig Handlungsbedarf sehen die Befragten in den Bereichen Information/Bildung und Freizeitangebote (rund 10 Prozent hoher und rund 10 Prozent mittlerer Handlungsbedarf).

Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall (Präsentismus)

21 Prozent der Befragten Erwerbstätigen geben an, dass sie auch krank zur Arbeit gehen und Krankenstand vermeiden und weitere 39 Prozent neigen zu dieser Einstellung. Bei Frauen ist der Anteil etwas höher als bei Männern.

Im Durchschnitt verfügen Beschäftigte, die auch krank zur Arbeit gehen, über geringere Ressourcen als die übrigen Beschäftigten. Sie verfügen über geringere finanzielle Mittel (Äquivalenzeinkommen) und weisen einen geringeren Bildungsgrad auf.

Darüber hinaus ist die Gruppe der Krankenstandsvermeidenden deutlich stärker von beruflichen und persönlichen Belastungen betroffen. Im privaten Bereich spielen vor allem finanzielle Probleme, aber auch Doppelbelastungen (Betreuungsaufgaben) eine wesentliche Rolle. Die stärkere Betroffenheit durch berufliche Belastungen zeigt sich in praktisch allen erhobenen Aspekten. Obwohl die hier betrachtete Gruppe in einem Beschäftigungsverhältnis steht, geben 5 Prozent an, durch Arbeitsplatzsuche stark belastet zu sein. Diese sind offensichtlich dabei, ihre Arbeitsstelle zu wechseln.

Der Gesundheitszustand der Beschäftigten, die Krankenstand vermeiden, ist deutlich schlechter als unter den übrigen Befragten. Der Anteil, der einen zufriedenstellenden Gesundheitszustand angibt, liegt mit 66 Prozent deutlich unter dem der übrigen befragten Personen (78 Prozent). Auch der Anteil mit Schlafstörungen und Konzentrationsproblemen ist deutlich erhöht.

Darüber hinaus zeigen sich häufiger Symptome affektiver Störungen. 49 Prozent geben an, dass sie immer, oft oder zumindest zeitweilig unter negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression leiden (unter den übrigen Erwerbstätigen beträgt der Anteil 34 Prozent).

Personen, die Krankenstand vermeiden, geben häufiger Einschränkungen hinsichtlich der Mobilität sowie infolge von Schmerzen an. Außerdem sind sie häufiger auf medizinische Betreuung angewiesen.

Schlussfolgerungen

Grundsätzlich können Strategien zur Erhöhung der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung an folgenden Punkten ansetzen:

- Rahmenbedingungen wie Erreichbarkeit, Angebotszeiten, Wartezeiten können als äußere Hürden/Erschwernisse für die Inanspruchnahme angesehen werden. Diese können durch eine bessere Abstimmung auf die jeweilige Situation der Betroffenen, aber auch durch Unterstützung der Betroffenen bezüglich der Koordination (z.B. zeitliche bzw. verkehrstechnische Koordination) abgebaut werden.
- Durch Bewusstseinsbildung kann die Meinung und Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung beeinflusst werden. Es können aber auch Hürden, die auf Informationsmangel, Ängsten, Unsicherheiten etc. beruhen (inneren Hürden) abgebaut werden.
- Grundsätzlich können auch Qualitätsmängel zu einer verminderten Inanspruchnahme führen. In diesem Fall könnte an der Gestaltung der Untersuchung und der Beratung angesetzt werden. Wenn die Qualitätsmängel nicht objektiv, sondern nur in der Wahrnehmung der Bevölkerung bestehen, ist wiederum Information und Aufklärung von Bedeutung.
- Natürlich spielen auch strukturelle Rahmenbedingungen, wie soziale Schicht, Bildung und soziale Benachteiligung eine wesentliche Rolle für die Nutzung von Angeboten. Es kann nicht oft genug darauf hingewiesen werden, dass soziale Benachteiligung einen wesentlichen Faktor für gesundheitliche Belastungen der betroffenen Bevölkerungsgruppen sowie für ungleiche Zugangschancen darstellen. Diese strukturellen Faktoren können jedoch nur langfristig verändert werden. Daher sind spezifische Maßnahmen, die die negativen Folgen sozialer Ungleichheit ausgleichen, von wesentlicher Bedeutung. Sehr wichtig ist hier, dass die Angebote aktiv an die Betroffenen herangetragen werden müssen.

Die Befunde deuten darauf hin, dass wahrgenommene Qualitätsmängel nur eine untergeordnete Rolle spielen. Großteils wird die Beratung bei der VU positiv bewertet. Auch stuft ein Großteil der Befragten die VU als grundsätzlich sinnvoll ein, nur eine Minderheit findet, dass die VU für eine Früherkennung zu ungenau sei.

Die grundsätzliche Einstufung der VU als sinnvoll korreliert nicht mit der Inanspruchnahme. Sehr wohl lässt sich aber ein Zusammenhang mit persönlichen Vorbehalten der VU gegenüber erkennen. Bspw. sind manche Befragten der Meinung, dass eine VU bei gesunder Lebensweise nicht nötig sei oder erst in höherem Alter sinnvoll sei. Diese Einstellungen führen zu geringerer Inanspruchnahme. Bewusstseinsbildung und Information sollte also bei derartigen Vorbehalten ansetzen, und nicht bei der grundsätzlichen Bedeutung der VU für die Früherkennung von Erkrankungen.

Ein wesentlicher Beitrag kann durch den Abbau von Hürden und Erschwernissen, die einer Inanspruchnahme der VU im Wege stehen, erwartet werden. Von wesentlicher Bedeutung sind hier vor allem äußere Hürden, also Erschwernisse, die mit Rahmenbedingungen verbunden sind, wie bspw. Angebotszeiten, Erreichbarkeit, Wartezeiten etc. Diese Faktoren drücken Schwierigkeiten der zeitlichen Koordinationsmöglichkeiten oder verkehrstechnischen Erreichbarkeit (Mobilität) aus, die für manche Betroffene schwer einzurichten sind.

Diese Probleme können einerseits dadurch abgebaut werden, dass das Angebot in zeitlicher und örtlicher Hinsicht besser auf die Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmt werden. Andererseits können auch Informationen bezüglich (vielleicht unbekannter) Angebote sowie Unterstützung bei der zeitlichen Koordination (z.B. durch aktives Anbieten von Terminen etc.) von Bedeutung sein. Hier ist auch anzumerken, dass die Einladung zur VU sowie die Information, wo eine VU in Anspruch genommen werden kann, als Maßnahme zur Erhöhung der Inanspruchnahme von einem deutlich höheren Anteil der Befragten als sinnvoll erachtet wird als finanzielle Anreize oder symbolische Anerkennungen. Auch hier drückt sich ein Unter-

stützungsbedarf hinsichtlich der zeitlichen Koordination der Möglichkeiten der Inanspruchnahme aus.

Hürden, die in Unsicherheiten, Ängsten und Informationsmängeln der VU gegenüber bestehen (innere Hürden), spielen im Bezug auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung eine deutlich geringere Rolle als Erschwernisse, die mit den Rahmenbedingungen und damit verbundenen Koordinationsproblemen zusammenhängen.

Erwähnenswert ist jedoch, dass derartige innere Hürden für Personen mit nicht deutscher Muttersprache bzw. nicht österreichischer Staatsbürgerschaft eine deutlich größere Rolle spielen. Für Personen mit Migrationshintergrund sind daher Informationen sowie Maßnahmen, die das Vertrauen in die Vorsorgeuntersuchung erhöhen, von großer Bedeutung.

Eine Möglichkeit stellen Informationsmaterialien in der Sprache des jeweiligen Herkunftslandes dar, die auch auf den kulturellen Hintergrund der Betroffenen Rücksicht nehmen. Interessanter Weise zeigen sich nach Einkommensschicht nur geringe Unterschiede in der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung. Nach Bildungsgrad lassen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten. Dies ist insofern bemerkenswert, weil Unterschichten (sowohl nach Bildungsgrad als auch nach Einkommensschicht) deutlich häufiger Hürden und Erschwernisse angeben, aber auch häufiger Vorbehalte der VU gegenüber äußern.

Eine Erklärung ergibt sich daraus, dass bei Personen aus unteren Schichten die Gründe/Anlässe „Arztbesuch aus anderem Grund“, „Beschwerden“, „Einladung“ und „Motivation durch Arzt/Ärztin“ eine deutlich größere Rolle spielen, als für Personen oberer Schichten. Vermutlich nehmen die Haus- bzw. VertrauensärztInnen hier eine vermittelnde Rolle ein. Es ist anzunehmen, dass sie Personen, die in ihre Ordination kommen, aktiv auf die Vorsorgeuntersuchung aufmerksam machen oder Personen, die länger keine VU hatten zu einer solchen einladen.

Dieses Aktivwerden kann also Benachteiligungen, die sich in stärkeren Hürden, Erschwernissen oder Vorbehalten ausdrücken, ausgleichen. Dies bestätigt, dass im Hinblick auf sozial benachteiligte

Gruppen aktive, auf die Betroffenen zugehende Angebote geschaffen werden müssen.

Die Beratungsinhalte bei der Vorsorgeuntersuchung beziehen sich vor allem auf medizinische Untersuchungen, Behandlungsmöglichkeiten oder auf individuenorientierte, verhaltenspräventive Inhalte einer gesunden Lebensweise. Einflüsse, die sich durch Lebensbedingungen wie z.B. berufliche Belastungen oder der Wohnsituation ergeben, werden vergleichsweise wenig angesprochen. Dies obwohl sich der Großteil der Befragten sehr wohl der Relevanz dieser Lebensbereiche für die Gesundheit bewusst ist.

Es ist daher zu überlegen, wie weit eine Erweiterung der Beratungsinhalte bei der Vorsorgeuntersuchung hinsichtlich dieser Inhalte angestrebt werden sollte. Zumindest würde es sich lohnen die Möglichkeiten und Voraussetzungen einer stärkeren Betonung von Gesundheitsdeterminanten, die sich aus Arbeits- und Lebensumfeld ergeben, auszuloten. Hinsichtlich gesundheitsbezogener Verhaltensweisen signalisiert ein hoher Anteil der Befragten die Veränderungsbereitschaft in Richtung einer gesünderen Lebensweise. Ein erheblicher Anteil lässt jedoch durchblicken, dass er nicht das geeignete Angebot vorfindet. Eine Vermittlung bzw. (falls nicht vorhanden) Schaffung geeigneter Unterstützungsmaßnahmen ist daher von Bedeutung.

Insbesondere sollte geeignete Unterstützung für RaucherInnen angeboten werden. Auch Hilfestellungen hinsichtlich gezielter Aktivitäten zum besseren Umgang mit psychischen Belastungen sind wichtig, da hier ein hoher Anteil der Befragten Veränderungsbereitschaft signalisiert hat und derzeit noch ein relativ geringer Anteil der Befragten angibt, bereits diesbezüglich Aktivitäten zu setzen. Aber auch die Bereiche Bewegung, Ernährung und Alkoholreduktion sind im Hinblick auf Unterstützungsmaßnahmen relevant.

Bezüglich betrieblicher gesundheitsrelevanter Angebote besteht vor allem Bedarf an ganzheitlicher betrieblicher Gesundheitsförderung. Aber auch die Unterstützung bezüglich verhaltensorientierter Aktivitäten scheint Lücken aufzuweisen. Vor allem kleinen und mittleren Betrieben scheint es schwer zu fallen, geeignete Angebote

und Strukturen zu entwickeln. Die Entwicklung geeigneter Angebotsformen und Strukturen, die den Bedürfnissen kleiner und mittlerer Betriebe entsprechen (z.B. in Form von Firmennetzwerken etc.) scheint unabdingbar.

Ebenfalls hoher Handlungsbedarf lässt sich für settingorientierte Maßnahmen, also für Aktivitäten, die die Lebensbedingungen der Menschen verbessern, nachweisen. Die Relevanz verschiedener Lebensbereiche, insbesondere von Betrieb/Arbeitswelt, Wohnbedingungen, Lebensmittelversorgung, Schule, aber auch anderer Lebensbereiche ist dem Großteil der Bevölkerung sehr wohl bewusst.

Da die Relevanz den Lebensbedingungen in diesen Settings in höher gebildeten Schichten größere Bedeutung für die Gesundheit zugeschrieben wird, ist in der Zukunft, bei steigendem Bildungsgrad in der Bevölkerung, ein weiteres Anwachsen der Bedeutung zu erwarten.

Daher muss die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebensbedingungen künftig stärker berücksichtigt werden. Den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten in Stadtteilen und Gemeinden sowie der Gesundheitsförderung in der Schule müssen wesentlich mehr Beachtung geschenkt werden als bisher.

Bezüglich Präsentismus deuten alle Indikatoren darauf hin, dass vor allem stark durch persönliche und betriebliche Gegebenheiten belastete Personen zu einer Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall neigen. Sie verfügen auch über geringere Ressourcen (Einkommen, Bildung) und dürften in geringerem Maß Handlungsspielräume aufweisen. Eine Verringerung der Verbreitung von Präsentismus kann also nur durch entlastende Maßnahmen erwartet werden.

Auf betrieblicher Ebene wären dies bspw. die Verbesserung des Arbeitsklimas und des Verhältnisses zu Vorgesetzten, Führungsstil der Vorgesetzten etc. Genannte Aspekte sind auch integrale Bestandteile der betrieblichen Gesundheitsförderung. Natürlich dürfen auch strukturelle Ursachen (Arbeitsmarkt) nicht aus den Augen verloren werden, auch wenn hier nur längerfristig Verbesserungen denkbar sind.

METHODE

1.1. Erhebung und Datengrundlage

Die Erhebung verfolgte folgende Zielsetzungen: Einerseits sollten Informationen bezüglich Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung erhoben werden, die es erlauben, Verbesserungsvorschläge für die Angebotsgestaltung bzw. -verbesserung anzuregen. Die Schwerpunkte bezogen sich auf die Bereiche Vorsorgeuntersuchung sowie verhaltens- und verhältnisorientierte Gesundheitsförderung bzw. Prävention. Als weiterer Aspekt sollte die Fragestellung „Präsentismus“ (Krankenstandsvermeidung bei Krankheit) nachgegangen werden. Die genannten Fragestellungen sind im vorliegenden Bericht enthalten.

Im Rahmen der Befragung wurden auch Daten zum Thema „Gender und Gesundheit“ erhoben. Diese werden in einem eigenen Bericht bearbeitet, der zurzeit noch nicht vorliegt.

Die Befragung erfolgte postalisch mittels eines standardisierten Fragebogens, der eigens für die

genannten Fragestellungen entwickelt wurde. Bei der Fragebogenerstellung wurde das IGP von zwei ExpertInnenarbeitskreisen unterstützt. Zum Test des Erhebungsinstrumentes wurden 30 Pretests durchgeführt.

Zielgruppe der Erhebung waren alle Versicherten der OÖGKK (Hauptversicherte und Mitversicherte) im Alter zwischen 18 und 70 Jahren mit Wohnsitz in Oberösterreich. Aus dem Versichertenstamm wurde eine Zufallstichprobe von 10.000 Personen gezogen, an die von der OÖGKK die Fragebögen verschickt wurden.

Die Fragebögen wurden Anfang November 2007 verschickt. Nach einer Woche wurde ein Erinnerungsschreiben verschickt, um den Rücklauf zu erhöhen. Alle Fragebögen, die bis Ende Dezember einlangten, konnten in die Auswertung aufgenommen werden (3.529). Der Rücklauf beträgt 35 Prozent, was für postalische Befragungen als hoch einzustufen ist.

Tabelle 1: Übersicht - Eckdaten zur Erhebung

Zielgruppe	Versicherte der OÖGKK (Hauptversicherte und Mitversicherte) mit Wohnsitz in OÖ	
	Altersgruppe 18-70 Jahre	
Methode	Schriftliche Befragung mit standardisiertem Fragebogen (Fragebogen siehe Anhang)	
	30 Pretests zum Test des Instruments	
	Auswahlverfahren: Zufallstichprobe	
	Postalischer Versand der Fragebögen (inkl. Anschreiben und freiem Rückkuvert)	
	Erinnerungsschreiben eine Woche nach Fragebogenversand	
Erhebungszeitraum	Nov./Dez. 2007	
Fragebogenrücklauf	Versandte Fragebögen:	10.000
	Retournierte und verwertbare Fragebögen:	3.529
	Rücklaufquote:	35,3 %

1.2. Repräsentativität

Trotz des relativ hohen Rücklaufs von 35 Prozent muss mit gewissen Verzerrungen gerechnet werden, die sich aus der unterschiedlichen Beteiligungsbereitschaft in verschiedenen Bevölkerungsgruppen ergeben. Nachfolgend soll anhand demografischer Merkmale geprüft werden, in welchem Ausmaß die erhobenen Daten von der ursprünglichen Stichprobe abweichen. Es lassen sich folgende Unterschiede feststellen:

- Frauen sind etwas überrepräsentiert (Stichprobe 52 Prozent, Rücklauf 61 Prozent; siehe Abbildung 1).
- Ältere Personen haben sich häufiger beteiligt, so dass die Altersgruppen über 50 Jahren überrepräsentiert sind. Die Altersgruppen unter 40 Jahren sind unterrepräsentiert (siehe Abbildung 2).
- Befragte mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft sind deutlich unterrepräsentiert. Sie machen in der Grundgesamtheit 14 Prozent aus, in den erhobenen Daten jedoch nur 4 Prozent (siehe Abbildung 3).
- Befragte aus städtischen Gebieten sind etwas unterrepräsentiert (Stichprobe: 24 Prozent; Rücklauf: 20 Prozent; siehe Abbildung 4).

Abbildung 1: Repräsentativität nach Geschlecht

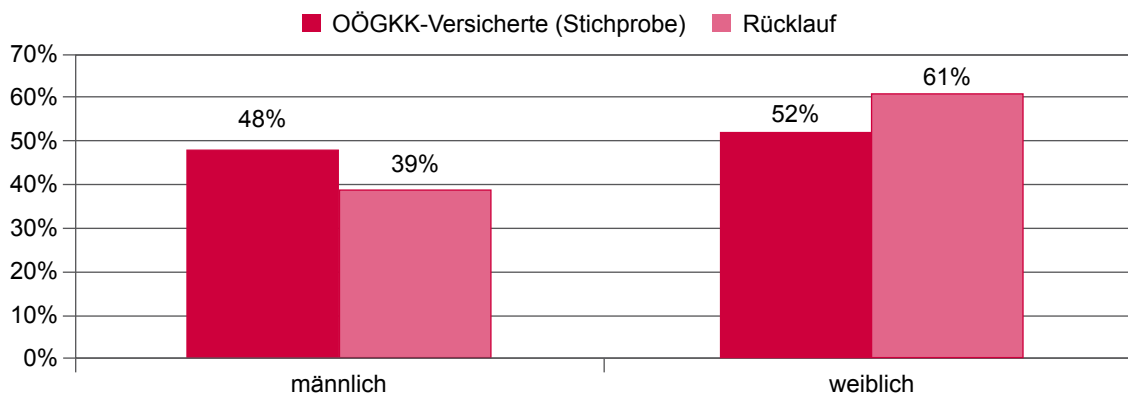


Abbildung 2: Repräsentativität nach Alter

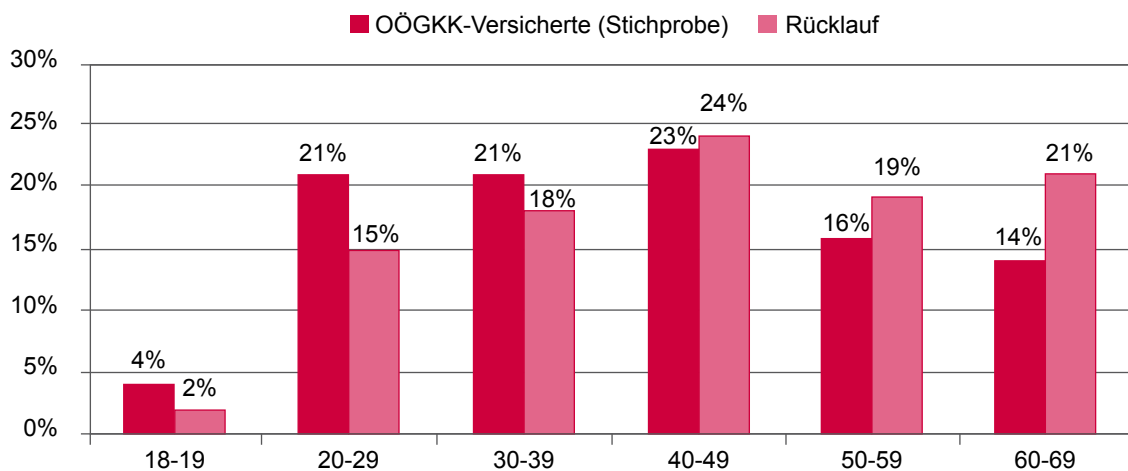


Abbildung 3: Repräsentativität nach Staatsbürgerschaft

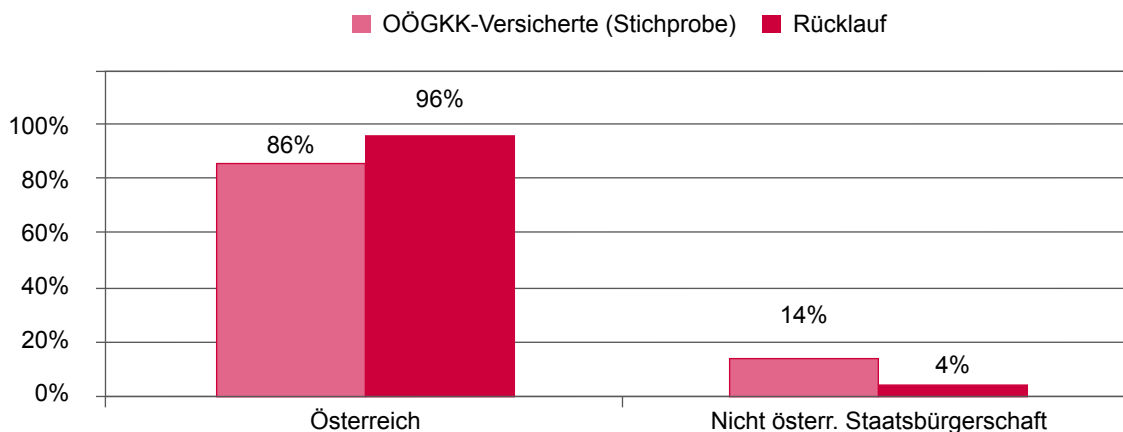
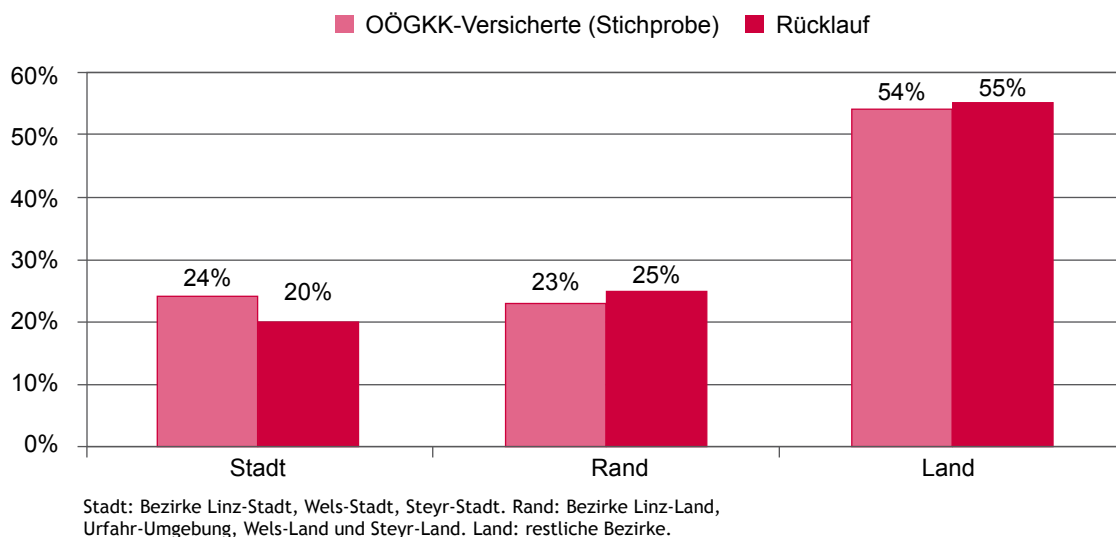


Abbildung 4: Repräsentativität nach Region



1.3. Vergleich der Inanspruchnahme mit Ergebnissen der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2006/07)

Nachfolgend soll der Frage nachgegangen werden, wie weit sich die Ergebnisse der vorliegenden Umfrage mit anderen Daten zur Vorsorgeuntersuchung decken. Als Vergleichsdaten werden die Ergebnisse des „Austrian Health Interview Survey“ der Statistik Austria (ATHIS 2006/2007) herangezogen. Dadurch sollen Rückschlüsse über mögliche Unterschiede, die sich aus dem unterschiedlichen methodischen Zugang ergeben, ermöglicht werden.

Die Ergebnisse des „Austrian Health Interview Survey“ sind nicht unmittelbar mit den Ergebnissen der vorliegenden oberösterreichischen Befragung vergleichbar. Unterschiede ergeben sich aus der Frageformulierung und vor allem auch aus der Erhebungsmethode. Hervorzuheben sind nachfolgende Punkte, die eine Unvergleichbarkeit der Ergebnisse nach sich ziehen könnten:

- Die ATHIS-Erhebung wurde in Form von Face-to-face Interviews durchgeführt

(Stichprobenausschöpfung OÖ: 64 Prozent),² während die vorliegenden Daten postalisch erhoben wurden (Rücklauf 35 Prozent). Daraus könnten sich in den Ergebnissen Verzerrungen infolge des geringeren Rücklaufes ergeben (z.B. wenn Gesundheitsbewusste eher zur Rücksendung des Fragebogens neigen, würde die Inanspruchnahme überschätzt).

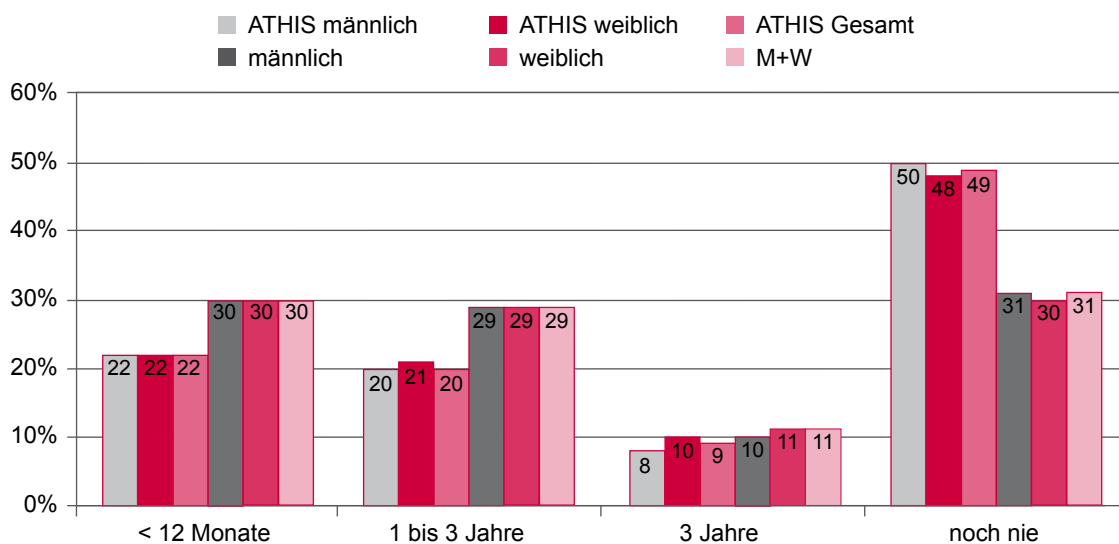
- In der ATHIS-Erhebung wurde nach „... kostenlosen Gesundenuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung) ...“ gefragt, während die Fragestellung in der vorliegenden Studie weiter gefasst war. Zudem wurden beim ATHIS vor der Vorsorgeuntersuchung verschiedene Screeningmaßnahmen, die nicht in der üblichen Vorsorgeuntersuchung enthalten sind (z.B. Krebsabstrich, Mammografie etc.) als eigene Punkte abgefragt.

Dies ist in der vorliegenden Studie nicht der Fall. Es ist zu vermuten, dass in der Oberösterreichumfrage viele Personen diese Screenings auch als Vorsorgeuntersuchung eingestuft haben und daraus ein höherer Anteil mit Inanspruchnahme resultiert.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Anteil der Personen, der angibt, innerhalb des letzten Jahres bei einer VU gewesen zu sein, in der vorliegenden Studie deutlich höher (30 Prozent) liegt als in der ATHIS-Erhebung (22 Prozent der 20-70-Jährigen in OÖ). Ebenso der Anteil mit einer VU innerhalb von ein bis drei Jahren (29 Prozent gegenüber 20 Prozent). Dementsprechend ist der Anteil der Personen, der nie bei einer VU waren, deutlich geringer (31 Prozent gegenüber 49 Prozent bei der ATHIS-Erhebung).

² Klimont et al. 2007

Abbildung 5: Letzte Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung (Vergleich ATHIS 2006/2007)

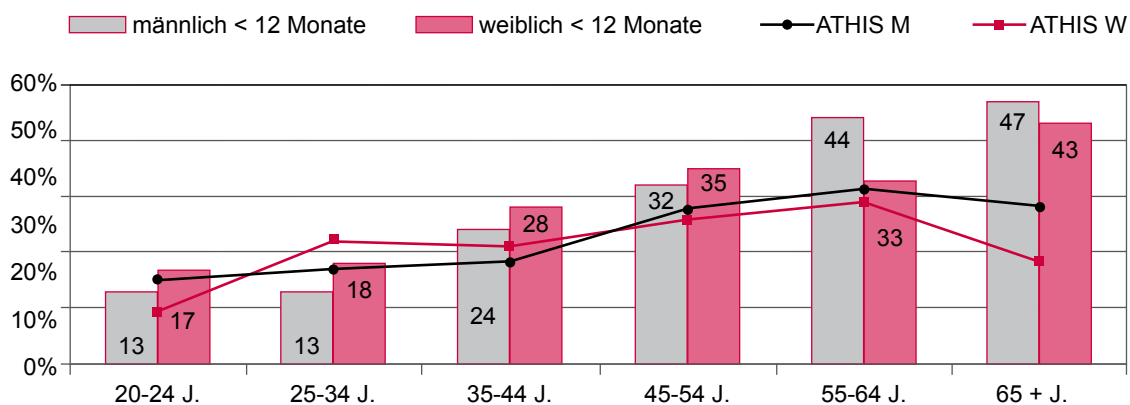


N=3.252, k.A.=167; ATHIS: N=2.531 (nur OÖ, Altersgruppen 20-70 Jahre) (Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert)

Die Inanspruchnahme liegt vor allem in den älteren Bevölkerungsgruppen über den Ergebnissen der ATHIS-Erhebung. Da gerade in diesen Gruppen der Rücklauf relativ hoch war, ist anzunehmen, dass die Überschätzung der Inanspruchnahme damit zusammenhängt, dass die Befragten in der

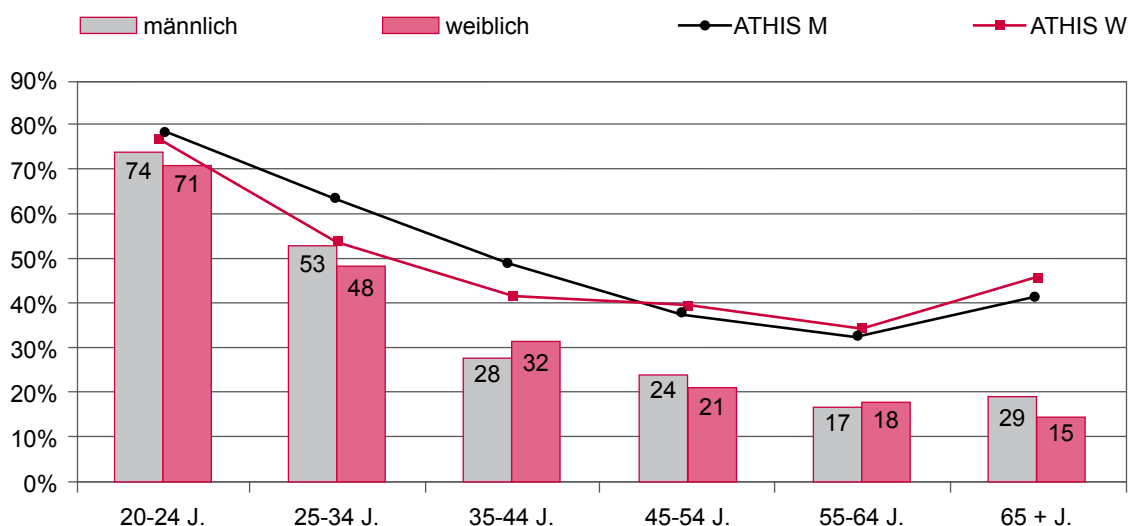
OÖ-Befragung auch andere Screening-Angebote als die klassische Vorsorgeuntersuchung unter den Begriff Vorsorgeuntersuchung einbezogen haben.

Abbildung 6: Anteil der Befragten mit VU innerhalb eines Jahres bzw. innerhalb von 12 Monaten (nach Alter und Geschlecht) (Vergleich ATHIS 2006/2007)



N=3.252, k.A.=167, ATHIS: N=2.531 (nur OÖ, Altersgruppen 20-70 Jahre)

Abbildung 7: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren (nach Alter und Geschlecht) (Vergleich ATHIS 2006/2007)



N=3.252, k.A.=167, ATHIS: N=2.531 (nur OÖ, Altersgruppen 20-70 Jahre)

VORSORGE UNTERSUCHUNG

Zum Thema Vorsorgeuntersuchung wurden im Wesentlichen folgende Informationen erhoben:

- Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer VU,
- Art des VU-Angebots: Durchführende Stelle (niedergelassene ÄrztInnen, Ambulatorium, Betrieb etc.), eventuelle Kosten (kostenlos oder nicht),
- Unmittelbare Gründe bzw. Anlässe für die VU,
- Wahrgenommene Qualität (Beratungsqualität, Beratungsinhalte), Einstellungen zur VU,
- Hürden und Erschwernisse für die Inanspruchnahme,
- Akzeptanz für Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme.

Dabei wird davon ausgegangen, dass von den Befragten unter Vorsorgeuntersuchung nicht nur die klassische, kostenlose VU verstanden wird, sondern ein breiteres Spektrum an Untersuchungen, die zur Früherkennung von Erkrankungen dienen (siehe Kapitel 1.3).

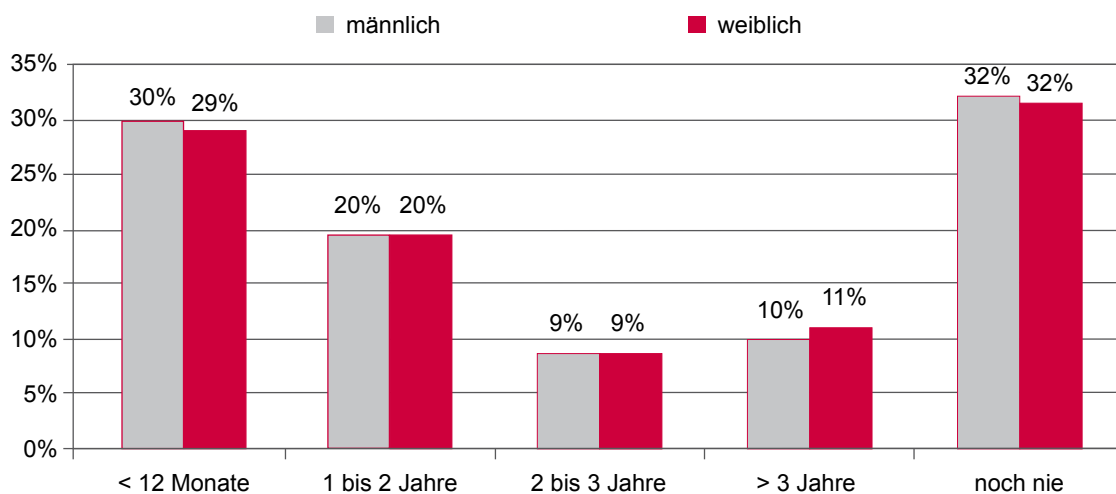
2.1. Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung

2.1.1. Durch VU erreichter Personenkreis

Zum Befragungszeitpunkt waren 32 Prozent der Befragten noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Rund 30 Prozent der Befragten waren innerhalb eines Jahres bei einer Vorsorgeuntersuchung und weitere 20 Prozent in einem Zeitraum von einem bis zwei Jahren vor der Befragung. Bei den restlichen Befragten liegt die letzte Vorsorgeuntersuchung länger als ein Jahr zurück. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht.

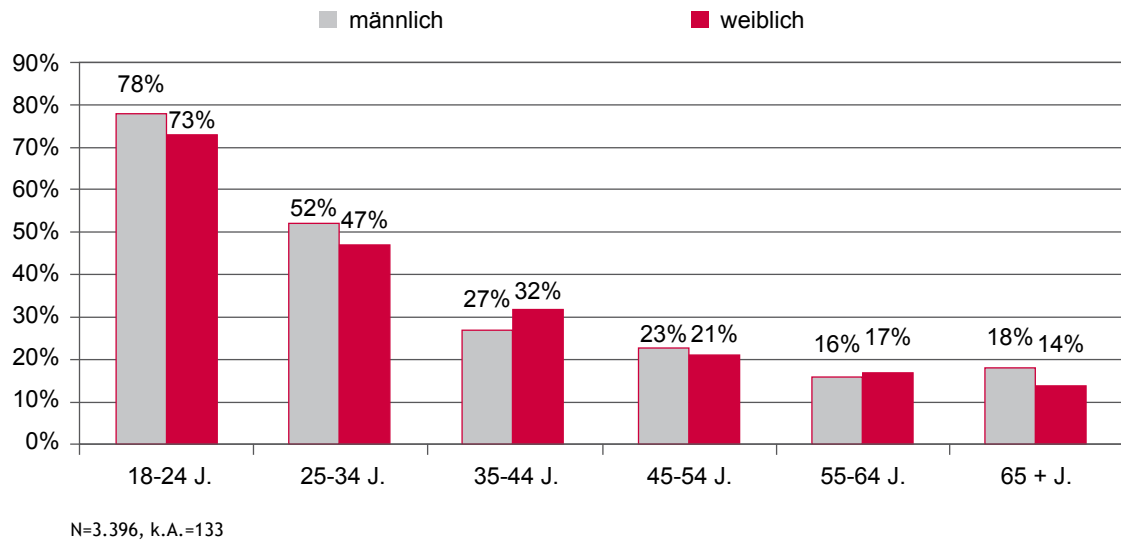
Der Anteil der Personen, der noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung war, nimmt erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter ab. Rund drei Viertel der 18-24-Jährigen waren noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung. Unter den 35-40-Jährigen beträgt der Anteil nur mehr rund 30 Prozent und in den Altersgruppen über 55 ca. 17 Prozent.

Abbildung 8: Letzte Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung



N=3.339, k.A.=190 (Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert)

Abbildung 9: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren (nach Alter und Geschlecht)



Der Anteil der Befragten mit einer Vorsorgeuntersuchung innerhalb des vergangenen Jahres steigt mit zunehmendem Alter. Insbesondere ab dem 35. Lebensjahr ist ein starker Anstieg zu beobachten. Unter den 18-24-Jährigen beträgt der Anteil 14 Prozent und unter den 25-35-Jährigen 16 Prozent.

In der Altersgruppe zwischen 35 und 44 Jahren steigt der Anteil auf über ein Viertel (26 Prozent) und unter den 45-54-Jährigen auf ein Drittel (34 Prozent). 38 Prozent der 55-64-Jährigen weisen eine VU innerhalb des vergangenen Jahres auf und 45 Prozent der über 64-Jährigen.

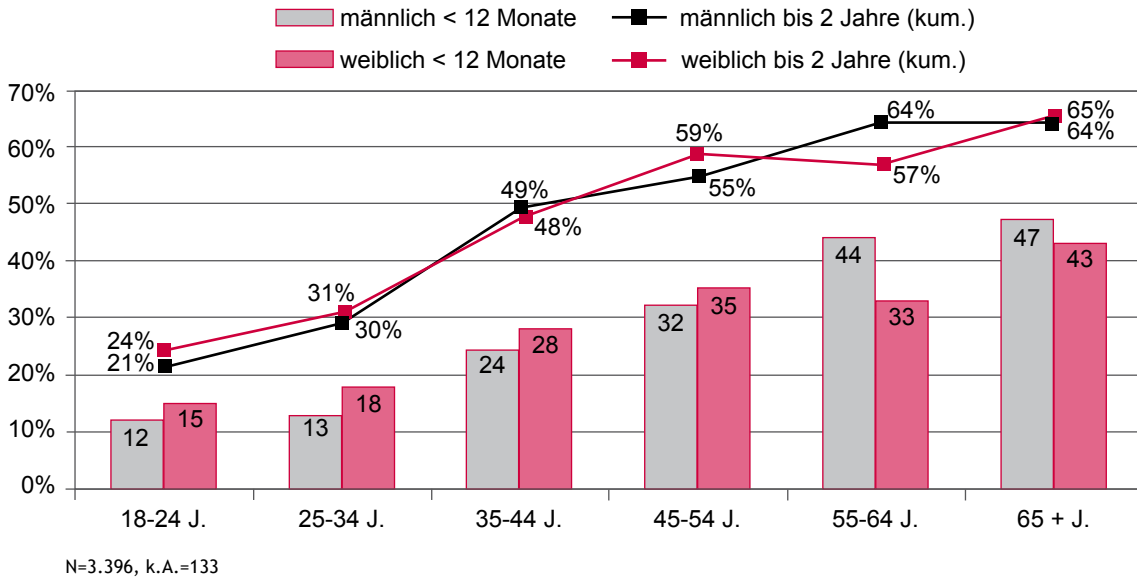
In den meisten Altersgruppen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen beobachten. Eine Ausnahme bildet die Altersgruppe der 55-65-Jährigen, wo ein geringerer Anteil der Frauen (33 Prozent) als der Männer (44 Prozent) eine VU innerhalb des letzten Jahres durchführen ließ.³

Der Anteil der Personen, deren letzte VU weniger als zwei Jahre zurück liegt², steigt von 23 Prozent bei den 18-24-Jährigen mit zunehmendem Alter auf 57 Prozent bei den 45-54-Jährigen.

In höherem Alter sind weitere, aber geringere Zunahmen zu beobachten. Bei den über 65-Jährigen beträgt der Anteil 65 Prozent. Zwischen Männern und Frauen sind diesbezüglich keine signifikanten Unterschiede festzustellen.

³ Der Unterschied ist statistisch signifikant ($\Phi=0,111$; $p<0,01$)
⁴ Inkl. der Personen mit VU innerhalb eines Jahres.

Abbildung 10: Anteil der Befragten mit VU innerhalb eines Jahres bzw. innerhalb von 2 Jahren (nach Alter und Geschlecht)



2.1.2. In Anspruch genommene VU-Angebote

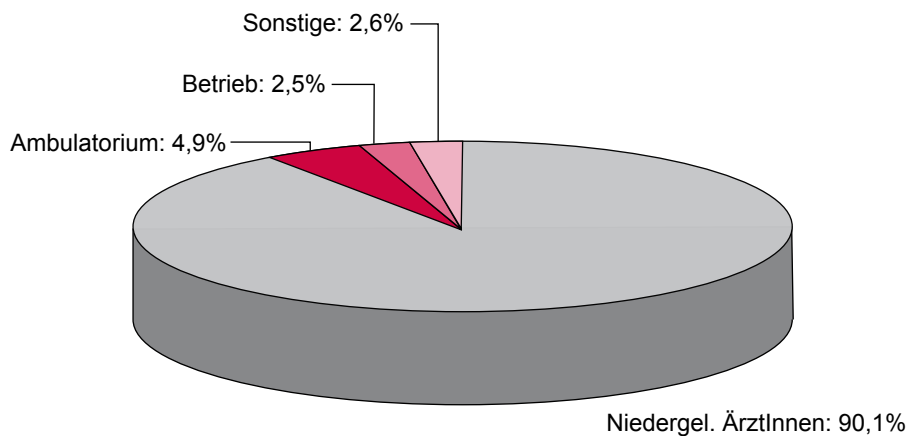
Der Großteil der Befragten (90 Prozent), der bereits ein Mal bei einer Vorsorgeuntersuchung war, nutzte bei der letzten durchgeführten VU das Angebot bei niedergelassenen ÄrztInnen.

5 Prozent waren in einem Ambulatorium zur VU und 2 Prozent bei einer betrieblichen Vorsorgeun-

tersuchung. 94 Prozent nahmen eine kostenlose Vorsorgeuntersuchung in Anspruch.

6 Prozent geben an, dass die VU nicht kostenlos war. Bei nicht kostenlosen Vorsorgeuntersuchungen handelt es sich fast ausschließlich (92 Prozent) um Angebote im niedergelassenen ärztlichen Bereich.

Abbildung 11: In Anspruch genommenes Angebot



Nur Personen die schon einmal bei einer VU waren. N=2.276, k.A.=79

2.2. Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme

2.2.1. Einflussfaktoren auf subjektiver Ebene Unmittelbare Anlässe/Auslöser

Es wurde erhoben, welche unmittelbaren Gründe für die Inanspruchnahme der letzten Vorsorgeuntersuchung relevant waren. In diesem Zusammenhang wurden folgende Aspekte erfasst:

- Einladung zur VU: „Weil ich zur Untersuchung eingeladen wurde“
- Regelmäßige Inanspruchnahme: „Weil ich regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehe“
- Arztbesuch aus anderem Grund: „Weil ich aus einem anderen Grund beim Arzt/Ärztin war“
- Beschwerden: „Weil ich Beschwerden hatte“
- Persönliches Umfeld: „Weil ich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten darauf aufmerksam gemacht wurde“
- Arzt/Ärztin: „Weil ich vom Arzt/Ärztin darauf aufmerksam gemacht wurde“
- Angebot im Betrieb: „Weil die Untersuchung im Betrieb angeboten wurde“
- Gesundheitspass: „Weil es im Gesundheitspass vorgesehen ist“

Am häufigsten wird als Grund die regelmäßige Inanspruchnahme der VU genannt. Für 43 Prozent der Befragten, die bereits bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, war dies ein Grund für die Inanspruchnahme und für weitere 17 Prozent hat dies als Grund mitgespielt.

Jeweils 22-23 Prozent nennen als Grund, dass sie von ärztlicher Seite auf die VU aufmerksam gemacht wurden, dass sie aus anderem Grund beim Arzt bzw. der Ärztin waren oder dass Beschwerden einen Grund für die VU darstellten. Weitere 15-17 Prozent geben an, dass diese Aspekte mitgespielt

haben. Anzumerken ist, dass diese Aspekte stark miteinander korrelieren.⁵ Vermutlich drückt sich in diesen drei Aspekten der Umstand aus, dass die Betroffenen aus Gründen von Beschwerden oder aus anderen Gründen eine ärztliche Praxis aufsuchen und bei dieser Gelegenheit von den ÄrztInnen auf das Angebot der VU aufmerksam gemacht werden.

15 Prozent nennen als Anlass für die Inanspruchnahme, dass sie zur VU eingeladen wurden. Für weitere 11 Prozent hat dieser Umstand mitgespielt. Auch hier zeigt sich eine starke Korrelation zu dem Aspekt „von Arzt/Ärztin aufmerksam gemacht“.⁶ Offensichtlich erfolgt die Einladung im Wesentlichen von den betreuenden ÄrztInnen. Nur eine geringe Rolle spielen Angebot im Betrieb und Gesundheitspass.

Erwartungsgemäß spielt der Grund der regelmäßigen Inanspruchnahme in der Gruppe der Personen, die innerhalb eines Jahres die letzte VU hatte, eine deutlich größere Rolle, als in den Gruppen, bei denen die letzte VU weiter zurück liegt. Je regelmäßiger jemand zur VU geht, desto kürzer ist der Zeitraum zur letzten VU.

80 Prozent der Befragten, die innerhalb der letzten zwölf Monate bei einer VU waren, nennen die regelmäßige Inanspruchnahme als Grund. Personen, bei denen die letzte VU ein bis zwei Jahre zurück liegt, nennen diese Begründung noch zu 64 Prozent, während Personen mit 2-3 Jahre zurückliegender VU nur mehr zu 32 Prozent angeben, dass dieser Grund eine Rolle gespielt hat (Personen mit mehr als drei Jahre zurückliegender VU nur mehr zu 9 Prozent).

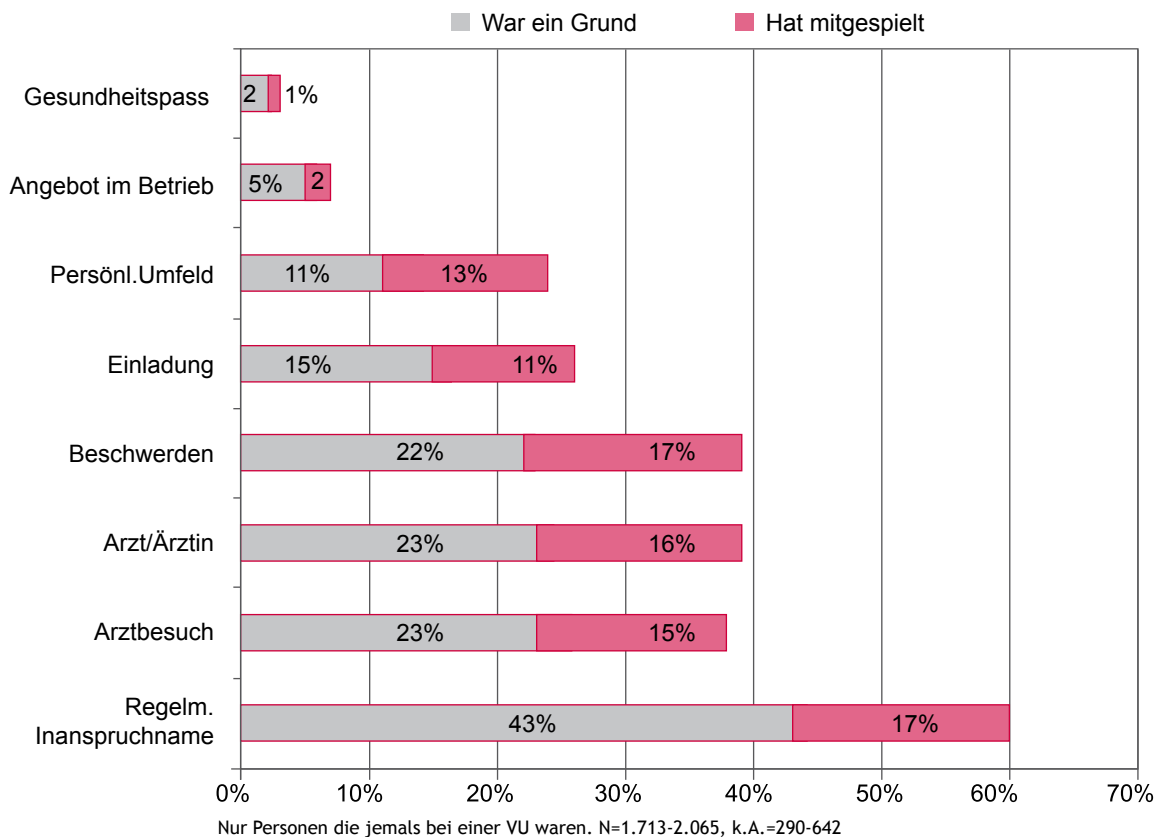
Anders ausgedrückt waren 60 Prozent der Personen, die eine regelmäßige Inanspruchnahme als Begründung nennen, innerhalb eines Jahres bei einer VU und weitere 31 Prozent innerhalb von ein bis zwei Jahren. Der Gesundheitspass („weil

⁵ Variable dichotomisiert (Grund/mitgespielt v. (eher) keine Rolle gespielt); Korrelation nach Pearson:

- Arzt/Ärztin aufmerksam gemacht mit Arztbesuch aus anderem Grund: $r=0,393$; $p<0,001$;
 - Arzt/Ärztin aufmerksam gemacht mit Beschwerden: $r=0,228$; $p<0,001$;
 - Arztbesuch aus anderem Grund mit Beschwerden: $r=0,429$; $p<0,001$.

⁶ Variable dichotomisiert (Grund/mitgespielt v. (eher) keine Rolle gespielt); Korrelation nach Pearson: $r=0,358$; $p<0,001$.

Abbildung 12: Anlässe/Auslöser für Inanspruchnahme



es im Gesundheitspass vorgesehen ist“) spielt zwar nur für einen sehr kleinen Teil der Befragten eine Rolle, aber für die Gruppe mit VU innerhalb eines Jahres in deutlich höherem Ausmaß (5 Prozent) als für die Gruppe derer, deren letzte VU weiter zurück liegt (2 Prozent).

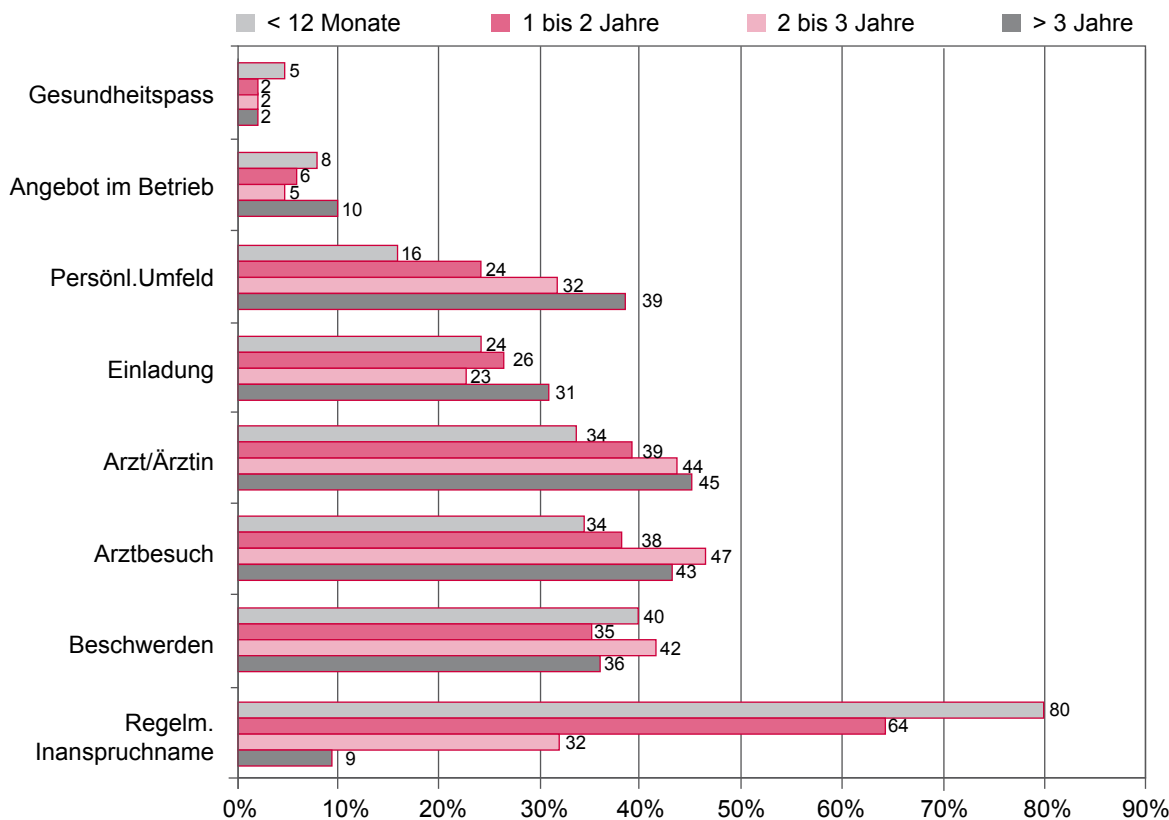
Anders formuliert weisen 68 Prozent derer, für die der Gesundheitspass eine Rolle spielt, eine VU innerhalb eines Jahres auf und weitere 16 Prozent waren vor ein bis zwei Jahren bei einer VU. Das deutet darauf hin, dass die Personen, die den Gesundheitspass nutzen, auch regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Anzumerken ist, dass nur 5 Prozent aller Befragten einen Gesundheitspass besitzen (siehe Abbildung 14). Betrachtet man nur die Personen, die einen Gesundheitspass besitzen, so gibt rund ein Viertel (26 Prozent) an, dass dieser als Grund für die letzte VU zumindest mitgespielt hat. Arztbesuche aus anderen Gründen spielen für Personen mit länger zurückliegender VU (über 40 Prozent wenn letzte VU länger als zwei Jahre zurück liegt) eine grö-

ßere Rolle, als bei der Gruppe mit VU innerhalb des letzten Jahres (34 Prozent).

Ähnliches gilt für die Veranlassung durch ÄrztInnen („durch ÄrztIn darauf aufmerksam gemacht“). Bei rund 45 Prozent der Befragten, deren letzte VU länger als zwei Jahre zurück liegt, aber nur bei 34 Prozent derer mit VU innerhalb eines Jahres spielt dieser Grund/Anlass eine Rolle.

Beschwerden als Anlässe zur Vorsorgeuntersuchung spielen - unabhängig davon, wie weit die letzte VU zurück liegt - für 35-40 Prozent eine Rolle. Auch bezüglich der Aspekte „Einladung“ und „Angebot im Betrieb“ zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Personen mit kürzer bzw. länger zurückliegender VU.

Abbildung 13: Anlässe/Auslöser für Inanspruchnahme nach Zeitraum letzte VU



Nur Personen die jemals bei einer VU waren. Anteile „war ein Grund“/“hat mitgespielt“. N=1.693-2.033, k.A.=322-662

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Exkurs Gesundheitspass

Das Angebot des sogenannten „Gesundheitspasses“, in dem die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung dokumentiert werden können, bestand bis Ende 2007, war also zum Befragungszeitpunkt noch aufrecht. Laut Auskunft beim Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend wurde das Angebot Ende 2007 eingestellt. Nur rund 5 Prozent der Befragten verfügen über einen Gesundheitspass.

Weitere 32 Prozent haben bereits vom Angebot Gesundheitspass gehört oder gelesen, besitzen jedoch keinen solchen. Der Großteil der Befragten hat noch nie vom Gesundheitspass gehört oder gelesen (63 Prozent).

Die Bekanntheit steigt mit zunehmendem Alter (von 29 Prozent bei den 18-24-Jährigen auf 45 Prozent bei den 55-64-Jährigen). Bei den über 65-Jährigen ist ein leichter Rückgang zu

beobachten (auf 37 Prozent), davor allem durch die geringere Bekanntheit des Gesundheitspasses unter älteren Frauen bedingt ist. In der Altersgruppe zwischen 25 und 34 Jahren ist der Gesundheitspass unter Frauen bekannter als bei Männern. Möglicherweise wurde aber von einigen Frauen der Gesundheitspass mit dem Mutter-Kind-Pass verwechselt. Im fortgeschrittenen Alter (ab dem 55. Lebensjahr) ist der Bekanntheitsgrad unter Männern höher.

Der Anteil der Personen, der über einen Gesundheitspass verfügt, steigt mit zunehmendem Alter (von 2 Prozent in der Altersgruppe 18-24 auf 8 Prozent in der Gruppe der 55-65-Jährigen). Wie beim Bekanntheitsgrad ist auch hier ein leichter Rückgang bei über 65-Jährigen zu erkennen, der damit zusammenhängt, dass ältere Frauen deutlich seltener einen Gesundheitspass besitzen als Männer gleichen Alters.

Abbildung 14: Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses

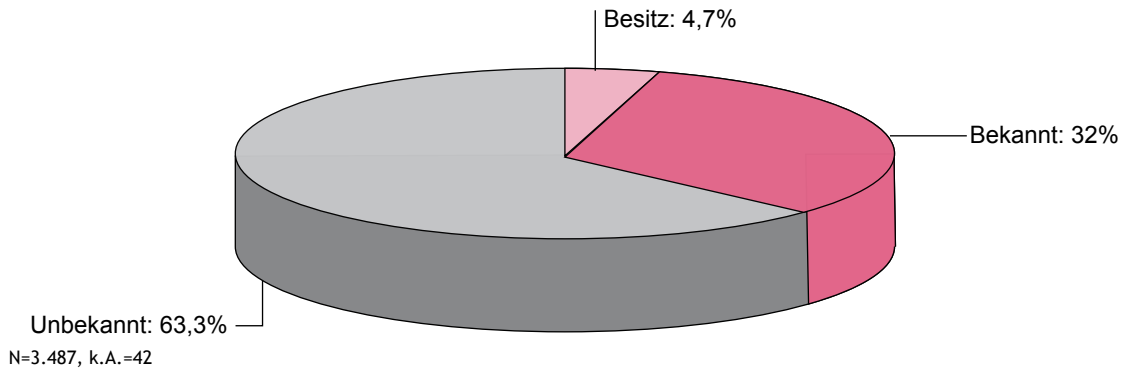
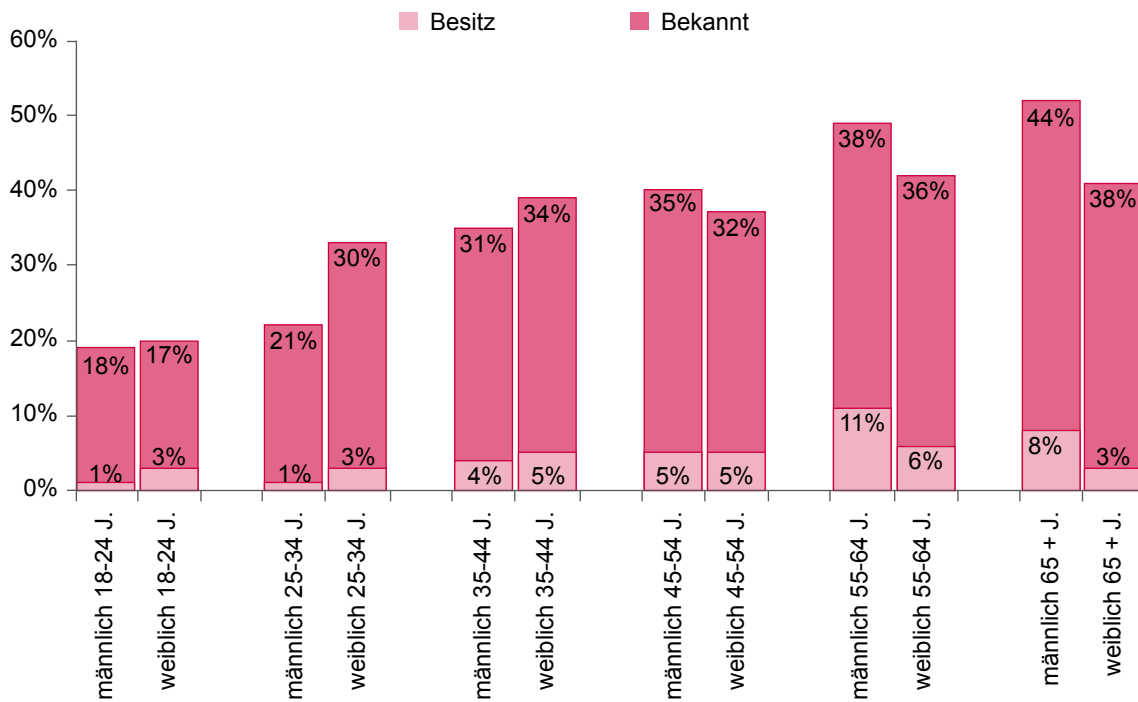


Abbildung 15: Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses nach Alter und Geschlecht

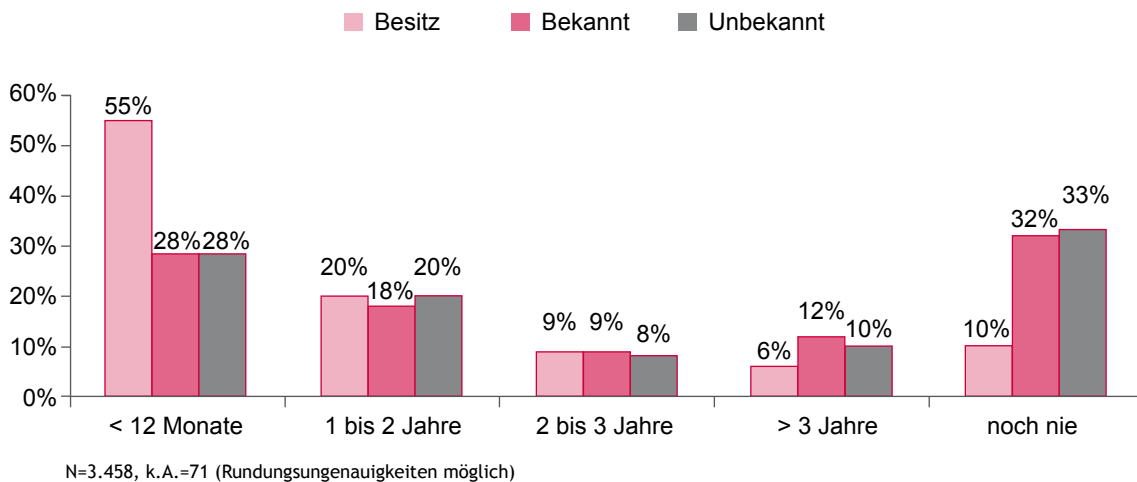


N=3.458, k.A.=71

Die Gruppe, die über einen Gesundheitspass verfügt, war zu einem deutlich höheren Anteil innerhalb des letzten Jahres vor der Befragung bei einer VU, als die restlichen Befragten (zu 55 Prozent). Auch der Anteil, der noch nie bei einer VU war, ist deutlich geringer (10 Prozent).⁷

⁷ Da sowohl die Inanspruchnahme der VU, als auch die Häufigkeit des Gesundheitspasses mit dem Alter zunimmt, könnte der Unterschied auch am höheren Alter der Personen mit Gesundheitspass liegen. Bei getrennter Betrachtung der Altersgruppen zeigt sich jedoch ein ähnliches Muster innerhalb der Altersgruppen.

Abbildung 16: Inanspruchnahme VU und Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses



VORSORGEUNTERSUCHUNG

Erschwernisse und persönliche Hürden

Aus der Sicht der Befragten sind die häufigsten Erschwernisse bzw. persönliche Hürden, um regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen, eine generelle Abneigung vor Arztbesuchen („gehe generell nicht gern zum/r Arzt/Ärztin“), lange Wartezeiten in der Ordination und emotionale Vorbehalte bezüglich der Arztkonsultation ohne Beschwerden („Es ist ungewohnt, ohne Beschwerden zum/r Arzt/Ärztin zu gehen“).

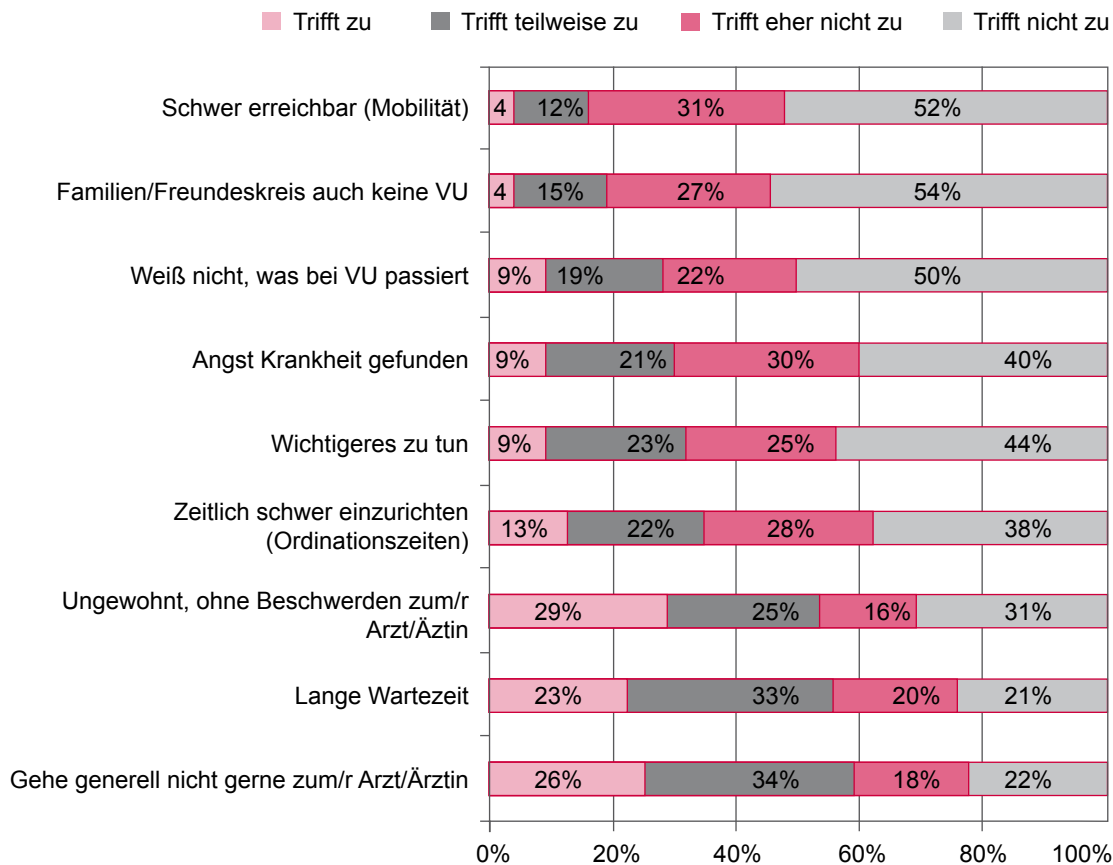
Für 54 bis 59 Prozent der Befragten spielen diese Aspekte als Hürden zumindest teilweise eine Rolle (jeweils 23 bis 29 Prozent geben an, dass diese Aspekte voll zutreffen).

Im Mittelfeld rangieren zeitliche Koordination und Einschränkungen durch vorrangigere Aufgaben des Alltags („Zeitlich schwer einzurichten“, „Habe oft wichtigeres zu tun“) sowie Ängste und Unsicherheit bezüglich der Untersuchung („Angst davor, dass eine Krankheit gefunden werden könnte“, „Weiß nicht genau, was bei der Untersuchung passiert“).

Diese Aspekte treffen für 28 bis 35 Prozent der Befragten zumindest teilweise zu. In geringerem Ausmaß werden Einflüsse aus dem persönlichen Umfeld („Im Familien und Freundeskreis lässt

sich auch niemand untersuchen“) und Mobilität („Schwer erreichbar“) als Erschwernisse für die regelmäßige Inanspruchnahme der VU gesehen. Für 16 bzw. 19 Prozent treffen diese Aspekte teilweise zu.

Abbildung 17: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU



N=3.395-3.448, k.A.=81-134 (Rundungsungenauigkeiten nicht bereinigt)

Probleme bezüglich Mobilität bzw. Erreichbarkeit als Erschwernis nennen verstärkt Frauen im fortgeschrittenen Alter. In der Altersgruppe über 65 Jahren nennen 24 Prozent der Frauen diese Hürde, aber nur 12 Prozent der Männer.

Frauen der Altersgruppe über 55 Jahre nennen deutlich häufiger Ängste vor einer möglichen Erkrankung als Hürde für regelmäßige VU-Inanspruchnahme (38 Prozent, Männer rund 30 Prozent).

Der Anteil der Befragten, der als Erschwernis die Belastung durch andere alltägliche Aktivitäten angibt („Habe Wichtigeres zu tun“), sinkt mit zunehmendem Alter und ist vor allem bei unter 44-Jährigen verbreitet.

Deutlich häufiger wird diese Hürde von Männern genannt, vor allem in der Altersgruppe zwischen 18 und 34 Jahren.

Lange Wartezeiten als Hürde/Erschwernis für eine regelmäßige Vorsorgeuntersuchung werden zwar in allen Altersgruppen von mehr als der Hälfte der Befragten genannt, der Anteil geht jedoch mit zunehmendem Alter zurück (von 71 Prozent bei 18-24-Jährigen auf 51 Prozent bei über 60-Jährigen). Frauen und Männer unterscheiden sich nicht wesentlich.

Abbildung 18: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Schwer erreichbar (Mobilität)“

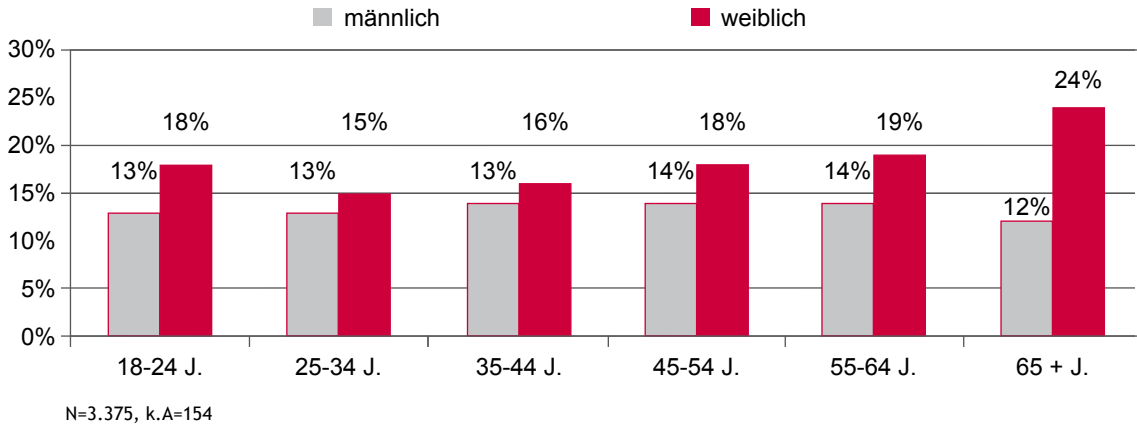


Abbildung 19: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Angst Krankheit gefunden“

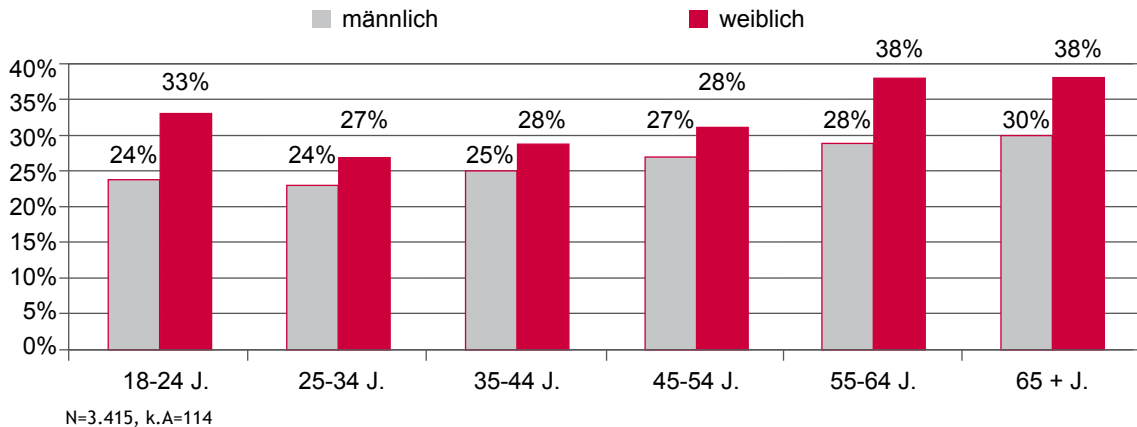


Abbildung 20: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Wichtigeres zu tun“

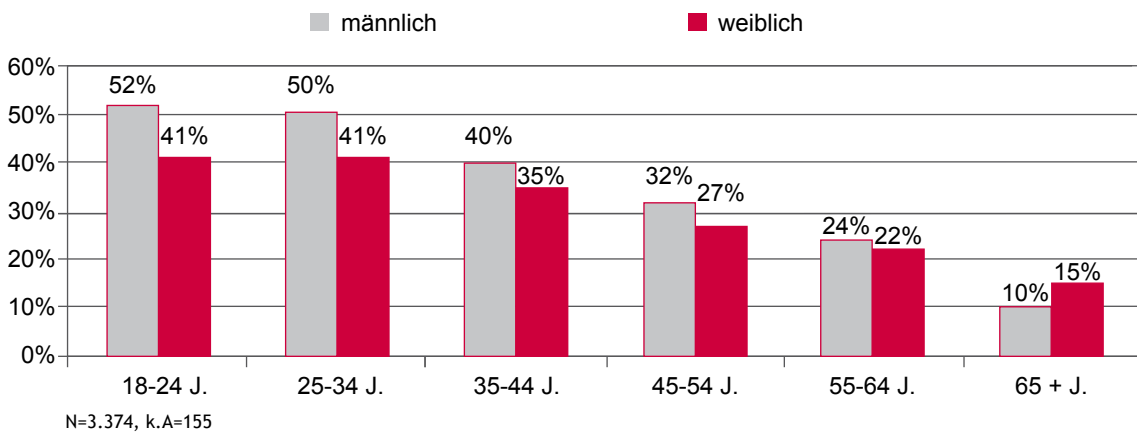
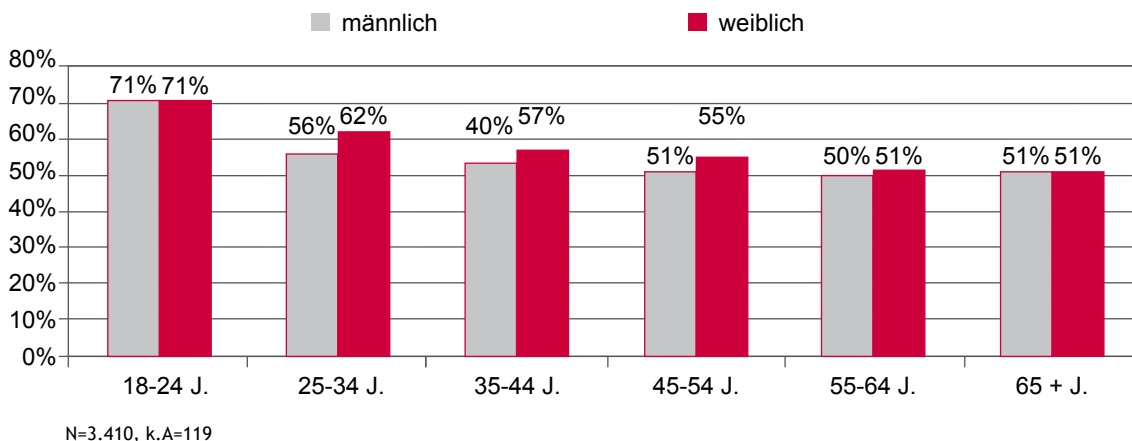


Abbildung 21: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Lange Wartezeit“



Auch der Anteil der Befragten, die zeitliche Koordinationsprobleme (Ordinationszeiten) als Erschwernis für regelmäßige Inanspruchnahme nennen, sinkt mit zunehmendem Alter, von rund 55-60 Prozent bei 18-25-Jährigen auf 18 Prozent bei über 60-Jährigen. Auch hier lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen erkennen.

Einflüsse aus dem persönlichen Umfeld spielen tendenziell bei Jüngeren eine größere Rolle als bei Älteren. Zwischen den Geschlechtern lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Die generelle Abneigung vor Arztbesuchen als Hürde steigt mit zunehmendem Alter bis zur Altersgruppe der 55-64-Jährigen leicht an (von 54

Prozent auf rund 64 Prozent). Auch hier ist kein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen zu erkennen.

Unsicherheit bezüglich der Abläufe bei der VU („weiß nicht, was bei der VU passiert“) spielt vor allem in den Altersgruppen zwischen 18 und 44 Jahren eine gewisse Rolle (für 43 Prozent bei den 18-24-Jährigen und 37 Prozent bei den 25-35-Jährigen).

Vorbehalte bezüglich eines Arztbesuchs ohne Beschwerden sind vor allem unter Jüngeren stärker von Bedeutung (bis 25 Jahre 65 Prozent, 25-35 Jahre 58 Prozent), während in den übrigen Altersgruppen der Anteil bei rund 50-55 Prozent liegt.

Abbildung 22: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)“

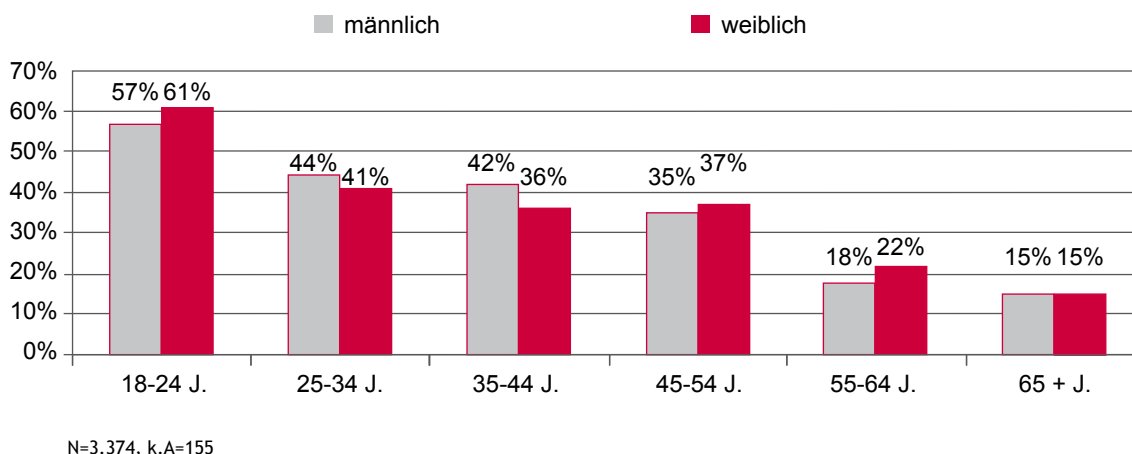


Abbildung 23: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Familien/Freundeskreis auch keine VU“

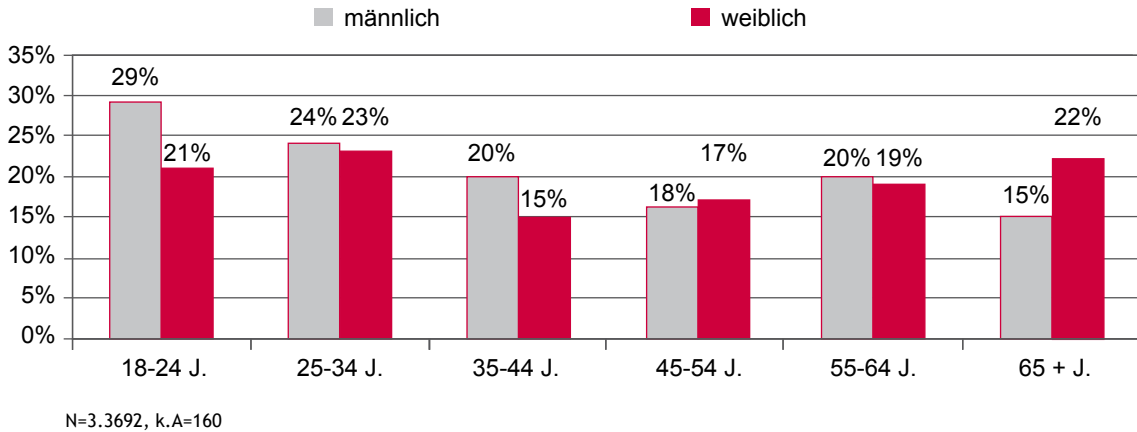


Abbildung 24: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Gehe generell nicht gerne zum/r Arzt/Ärztin“

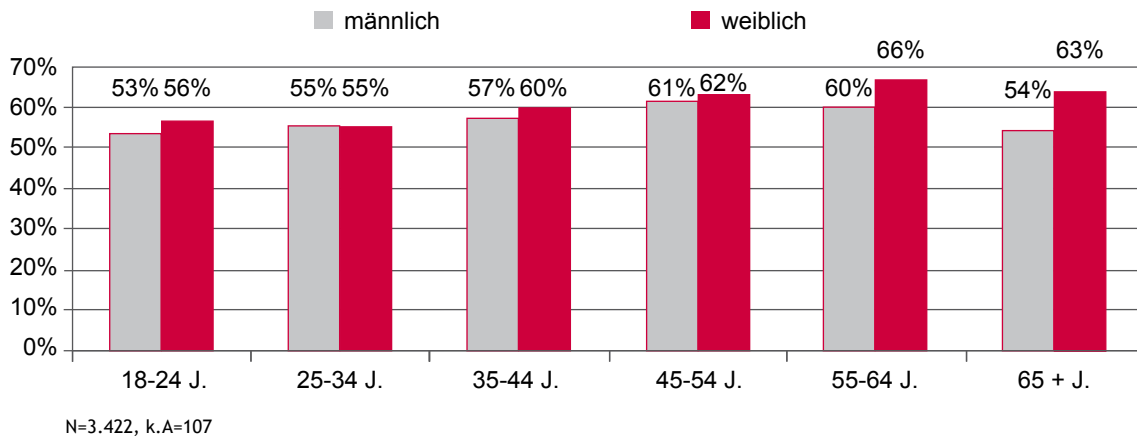


Abbildung 25: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Weiß nicht was bei VU passiert“

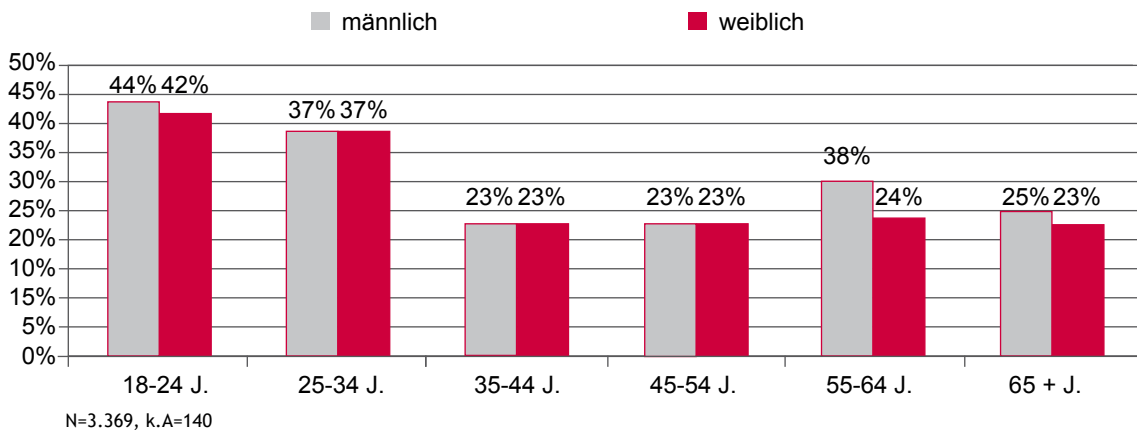
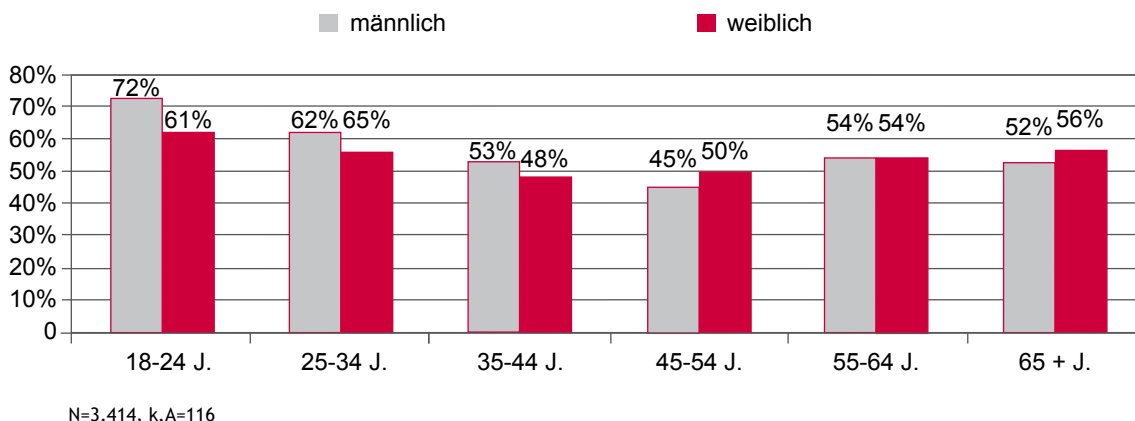


Abbildung 26: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Ungewohnt, ohne Beschwerden zum Arzt“



Innere und äußere Hürden und Erschwernisse

Grundsätzlich lässt sich zwischen Hürden und Erschwernissen, die vor allem in der Einstellung bzw. psychologischen Faktoren begründet sind (Ängste, Abneigungen etc.) und Faktoren, die an äußeren Rahmenbedingungen liegen (Wartezeiten, Erreichbarkeit, Ordinationszeiten) unterscheiden. Mittels Faktorenanalyse konnten aus den Items zwei Faktoren extrahiert werden, die sinnvoll zu einem Index zusammengefasst werden können.⁸

Innere (intrinsische) Hürden (Faktor 1): Folgende Items können zum Index „innere Hürden“ zusammengefasst werden. Sie hängen vor allem mit Einstellungen und Emotionen der Befragten zusammen.

- Ungewohnt, ohne Beschwerden zum/r Arzt/Ärztin
- Weiß nicht was bei VU passiert
- Gehe generell nicht gerne zum/r Arzt/Ärztin
- Familien/Freundeskreis auch keine VU
- Angst Krankheit gefunden

Äußere (extrinsische) Hürden (Faktor 2): dazu können folgende Items gezählt werden:

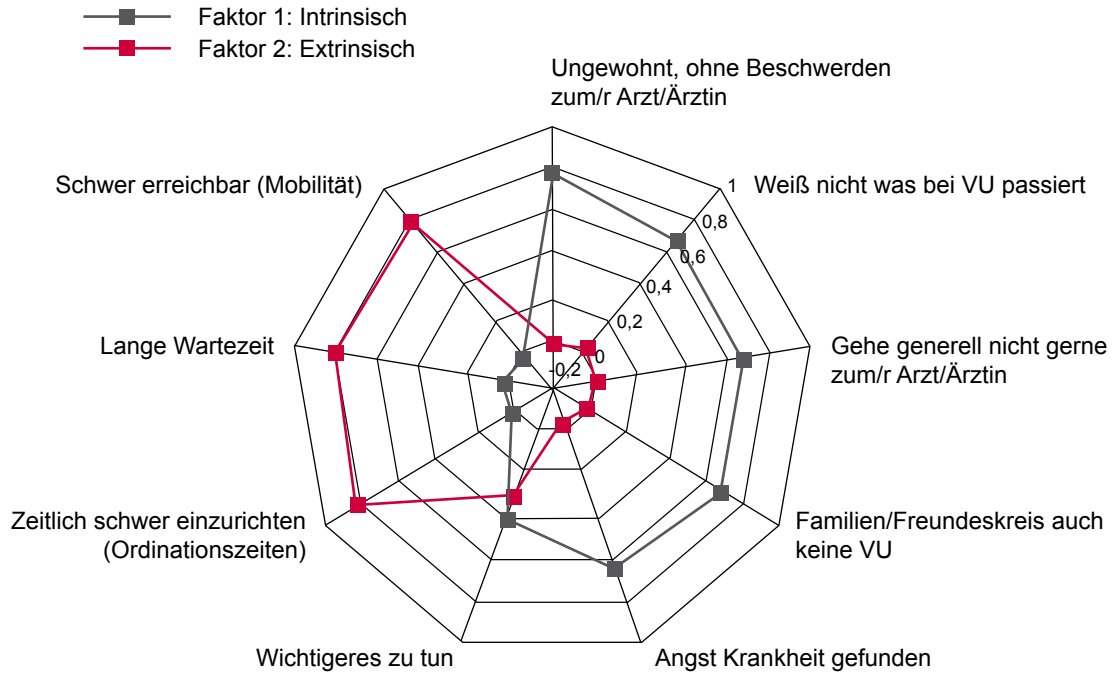
- Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)
- Lange Wartezeit
- Schwer erreichbar (Mobilität)

Diese Items hängen vor allem mit den wahrgenommenen bzw. vorgefundenen Rahmenbedingungen zusammen. Das Item „Habe oft Wichtigeres zu tun“ ist keinem der beiden Faktoren zuzurechnen und wird daher bei der Bildung der Indizes nicht berücksichtigt.⁹

⁸ Hauptkomponentenanalyse (PC) mit schiefwinkliger Rotation (Oblimin, Delta=0): Die beiden Faktoren erklären 51 Prozent der Varianz.

⁹ Für beide Faktoren wurde ein Index zwischen 0 (keine Hürde) und 3 (starke Hürde) gebildet. Anzumerken ist, dass der Grad an intrinsischen und extrinsischen Hürden miteinander korrelieren (Pearson's R=0,38 p<0,001), d.h. dass Personen, die in höherem Ausmaß extrinsische Hürden wahrnehmen tendenziell auch häufiger intrinsische Hürden angeben (und umgekehrt).

Abbildung 27: Innere und äußere Hürden (Faktorladungen)

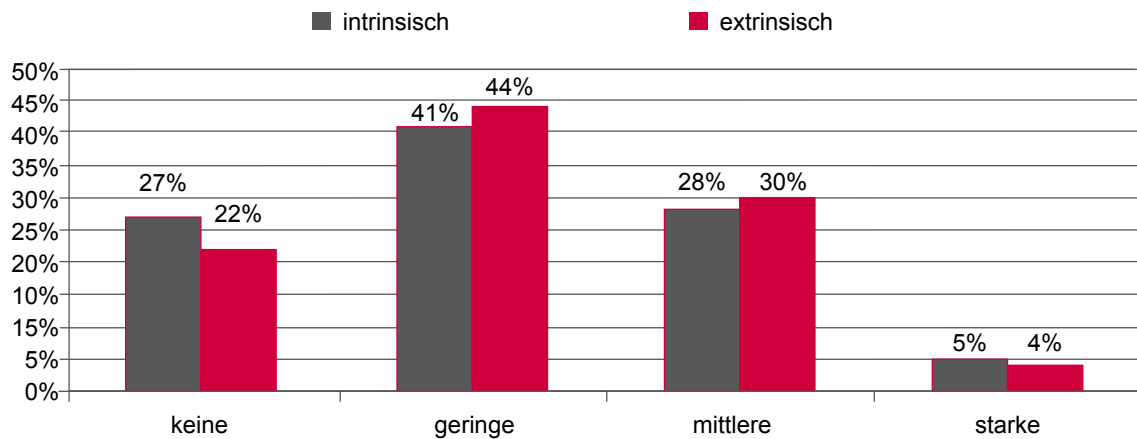


N=3.278, k.A.=252

Innere und äußere Hürden sind in etwa gleich verteilt. Rund 5 Prozent der Befragten weisen starke innere Hürden auf und weitere 28 Prozent mittlere. Äußere Hürden sind bei 4 Prozent der Befragten stark und bei weiteren 30 Prozent mittelmäßig ausgeprägt. Zwischen Männern und Frauen sind keine Unterschiede festzustellen.

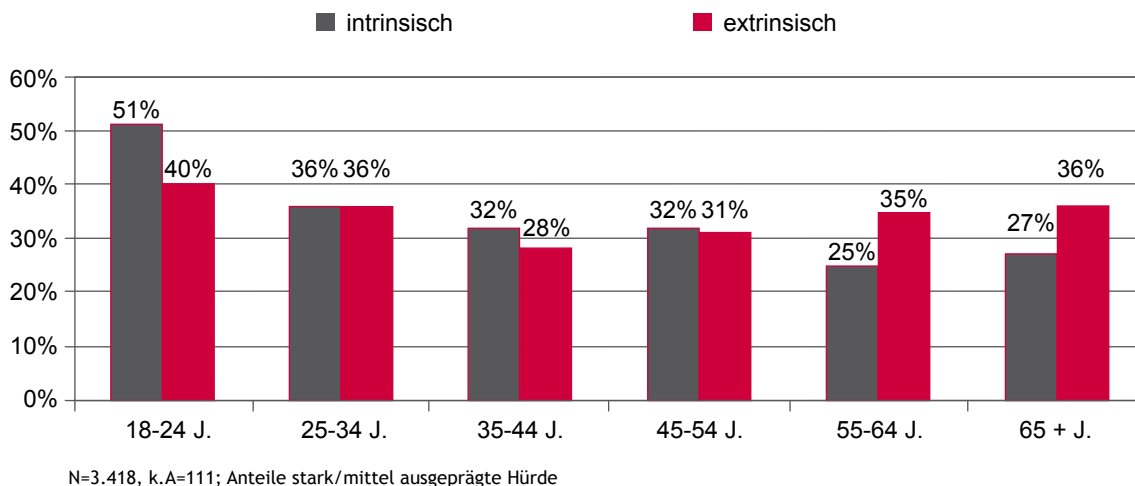
Innere Hürden nehmen mit zunehmendem Alter ab und sind vor allem in den Altersgruppen unter 43 Jahren stärker verbreitet. Der Anteil mit äußeren Hürden ist in der Altersgruppe zwischen 35 und 44 Jahren am niedrigsten während Jüngere und Ältere höhere Werte aufweisen.

Abbildung 28: Innere und äußere Hürden



N=3.430, k.A.=99

Abbildung 29: Innere und äußere Hürden nach Altersgruppen



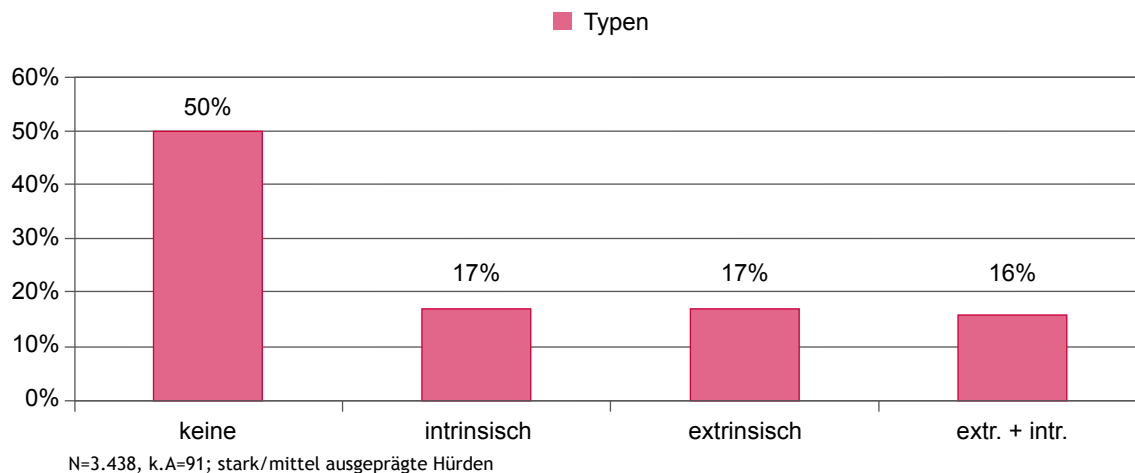
16 Prozent der Befragten weisen sowohl innere als auch äußere Hürden auf zumindest mittlerem Niveau auf. Jeweils 17 Prozent sind nur von äußeren Hürden bzw. nur von inneren Hürden betroffen. 50 Prozent der Befragten weisen weder innere noch äußere Hürden auf bzw. sind nur in geringem Maß betroffen.

Es stellt sich die Frage, ob sich innere oder äußere Hürden stärker auf die Inanspruchnahme der VU auswirken. Da sich insbesondere die inneren Erschwernisse als altersabhängig erwiesen haben, muss die Altersgruppe bei dieser Betrachtung berücksichtigt werden.

Schon der Überblick über die Verteilung (Abbildung 31) legt nahe, dass vor allem äußere Hürden mit einer geringeren Inanspruchnahme (VU innerhalb der letzten zwei Jahre) korrelieren. In den meisten Altersgruppen sind nur verhältnismäßig geringe Unterschiede zwischen Personen, die keine (mittel bis stark ausgeprägten) Hürden aufweisen und denen, die innere Hürden nennen, zu beobachten (je nach Altersgruppe zwischen 6 und 18 Prozentpunkte).

Bei Personen, die äußere Hürden nennen, liegt der Anteil mit einer VU innerhalb von zwei Jahren 25 bis 37 Prozentpunkte unter dem der Personen ohne bzw. mit nur geringen Hürden. Personen, die

Abbildung 30: Typologie innere und äußere Hürden



sowohl innere als auch äußere Hürden auf zumindest mittlerem Niveau angeben, unterscheiden sich nur geringfügig von denen mit nur äußeren Hürden. Das kann dahingehend gedeutet werden, dass sobald äußeren Hürden vorhanden sind, zusätzliche innere Hürden kaum eine Rolle für die Inanspruchnahme spielen.

Mittels eines logistischen Regressionsmodells lässt sich bestätigen, dass äußere Hürden deutlich stärker mit der Häufigkeit der Inanspruchnahme korrelieren, als innere Hürden. Dabei wird das Wahrscheinlichkeitsverhältnis (Quotenverhältnis, Odds-Ratio) für ein binäres Merkmal (z.B. VU innerhalb eines Jahres) im Verhältnis zu einer Referenzkategorie unter Kontrolle der übrigen einbezogenen Variablen geschätzt.

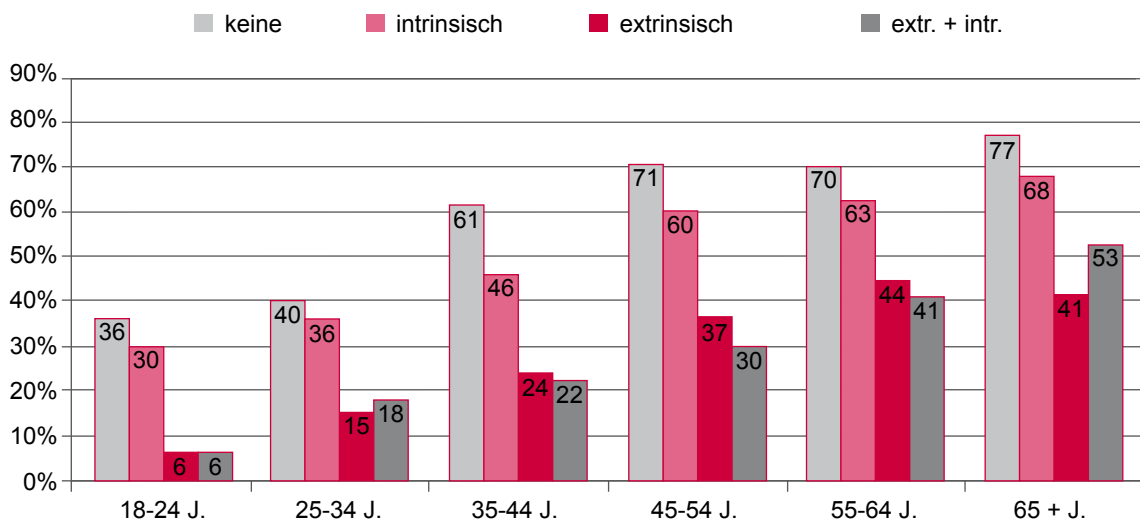
Abbildung 32 gibt das Ergebnis für das Merkmal „Inanspruchnahme einer VU innerhalb des letzten Jahres“ wieder. Wie schon dargelegt steigt die Chance (Odds-Ratio), dass eine Person innerhalb des letzten Jahres bei einer VU war mit dem Alter an.

Bei 35-Jährigen beträgt diese nur 20 Prozent der Referenzkategorie der über 65-Jährigen. Zwischen Männern und Frauen lässt sich kein signifikanter Unterschied feststellen.

Personen, die innere Hürden (auf zumindest mittlerem Niveau) angeben, weisen zwar eine etwas geringere Wahrscheinlichkeit (Odds-Ratio) für eine VU auf, als Personen ohne bzw. mit nur geringen Hürden, die Unterschiede sind jedoch nicht signifikant.

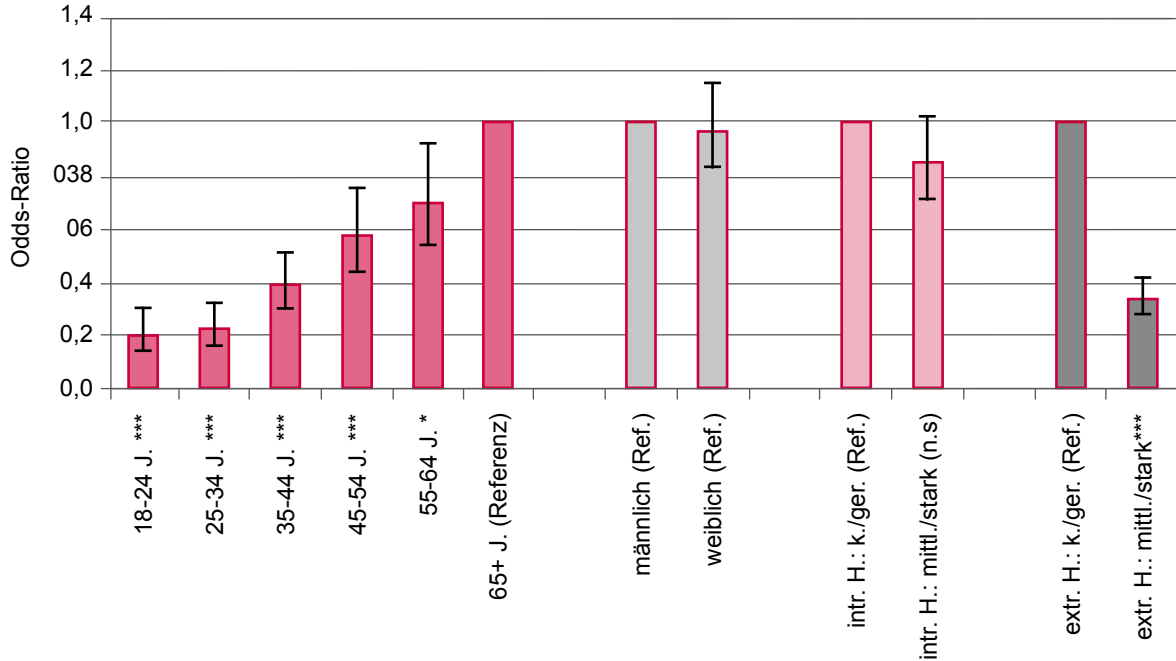
Sehr deutlich sind die Unterschiede zwischen Personen, die äußere Hürden auf zumindest mittlerem Niveau angeben (Odds-Ratio=0,34). In dieser Gruppe ist die Quote (also das Verhältnis von Personen mit VU innerhalb eines Jahres zu denen mit weiter zurückliegender VU bzw. ohne VU) nur ein Drittel derer der Referenzgruppe (mit nur geringen bzw. ohne äußere Hürden).

Abbildung 31: Innere und äußere Hürden und Inanspruchnahme der VU nach Altersgruppe



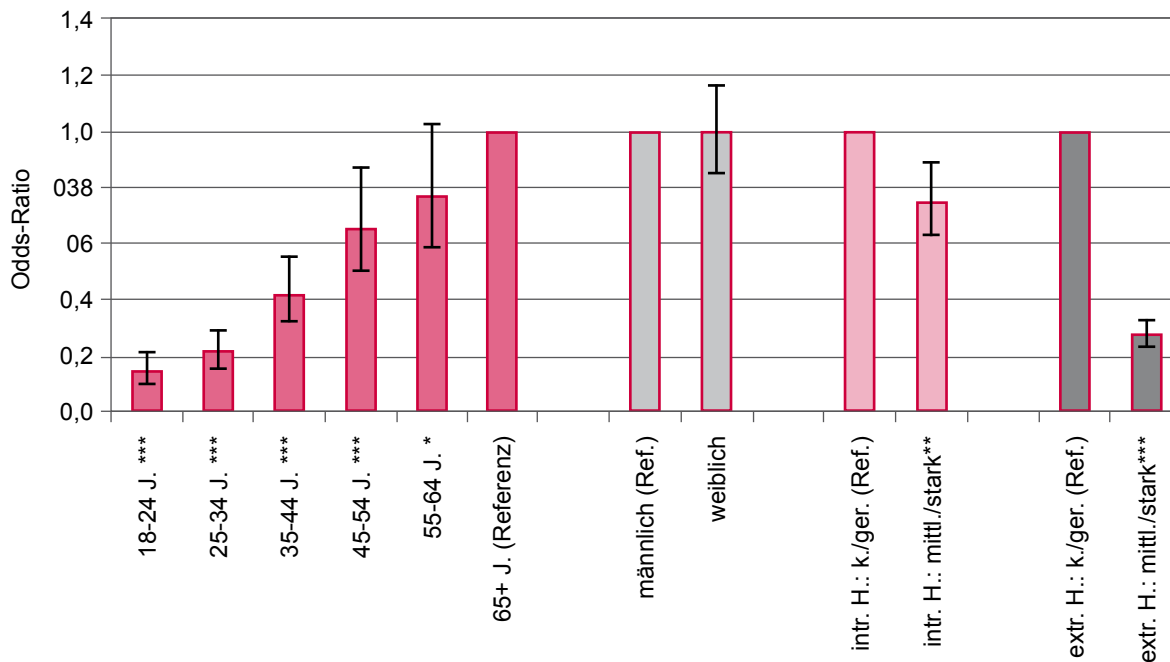
N=3.418, k.A.=111; Anteile mit VU innerhalb von 2 Jahren; stark/mittel ausgeprägte Hürden

Abbildung 32: VU innerhalb 12 Monaten: Ergebnisse logistische Regression



N=3.258, k.A.=271; Logistische Regression: Abh. V.=VU innerhalb 12 Monaten; R-Quadrat (Nagelkerke)=0,128 (p<0,001); Signifikanzniveaus: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; (n.s.)= nicht signifikant; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall für Odds-Ratio

Abbildung 33: VU innerhalb von 2 Jahren: Ergebnisse logistische Regression



N=3.258, k.A.=271; Logistische Regression: Abh. V.=VU innerhalb von 2 Jahren; R-Quadrat (Nagelkerke)=0,205 (p<0,001); Signifikanzniveaus: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001; (n.s.)= nicht signifikant; Fehlerindikator: 95-Prozentiges Konfidenzintervall für Odds-Ratio

Erweitert man das Kriterium für die Inanspruchnahme dahingehend, dass auch die Personen einbezogen werden, die innerhalb von zwei Jahren bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, so zeigt sich ein sehr ähnliches Bild (Abbildung 33). Zwar erweisen sich in diesem Modell innere Hürden als signifikanter Einflussfaktor (Odds-Ratio=0,75), jedoch ist der Einfluss deutlich geringer als von äußeren Hürden (Odds-Ratio=0,28).

Insgesamt deuten die Daten darauf hin, dass äußere Hürden bzw. Erschwernisse, wie beispielsweise Erreichbarkeit, ein ungünstiges zeitliches Angebot oder Wartezeiten, einen deutlich stärkeren Einfluss auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung ausüben als innere Hürden, wie bspw. Ängste, Unsicherheit oder mangelnde Information über Untersuchungsinhalte.

Bezüglich der persönlichen Hürden und Erschwernisse ist also festzuhalten, dass sich äußere Umstände stärker auf die tatsächliche Inanspruchnahme auswirken, als innere Widerstände und Unsicherheiten etc. Für die Inanspruchnahme spielt also vor allem ein auf die Bedürfnisse der Bevölkerung abgestimmtes Angebot eine Rolle. Das bedeutet, dass eine Erhöhung der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung dadurch erreicht werden kann, wenn das Angebot besser hinsichtlich zeitlicher und örtlicher Aspekte (Ordinationszeiten, Erreichbarkeit usw.) und die jeweilige Lebenssituation der Menschen abgestimmt wird.

Das bedeutet nicht unbedingt eine Ausweitung des VU-Angebotes. Möglicherweise kann auch durch Unterstützung bei der Koordination (zeitlich, verkehrstechnisch etc.) oder Flexibilisierung des Angebotes den Menschen mit geringerer Inanspruchnahme entgegengekommen werden. Die Überlegungen sollten also in die Richtung gehen, wo und in welcher Form das Angebot der VU besser an die Menschen herangebracht werden kann (z.B. durch Angebote im Betrieb etc.).

Maßnahmen zur Verminderung innerer Hürden/ Erschwernisse dürften einen vergleichsweise geringeren Effekt aufweisen. Der Abbau von Unsicherheiten, Informationsdefiziten, Ängsten etc. zur besseren Information oder „Bewerbung“ sind

also von deutlich geringerer Bedeutung für die Inanspruchnahme.

Einstellungen zur Vorsorgeuntersuchung

Rund 95 Prozent stimmen der Aussage (eher) zu, dass durch die Vorsorgeuntersuchung Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden können und knapp 80 Prozent meinen (eher), dass durch die VU Krankheiten verhindert werden können.

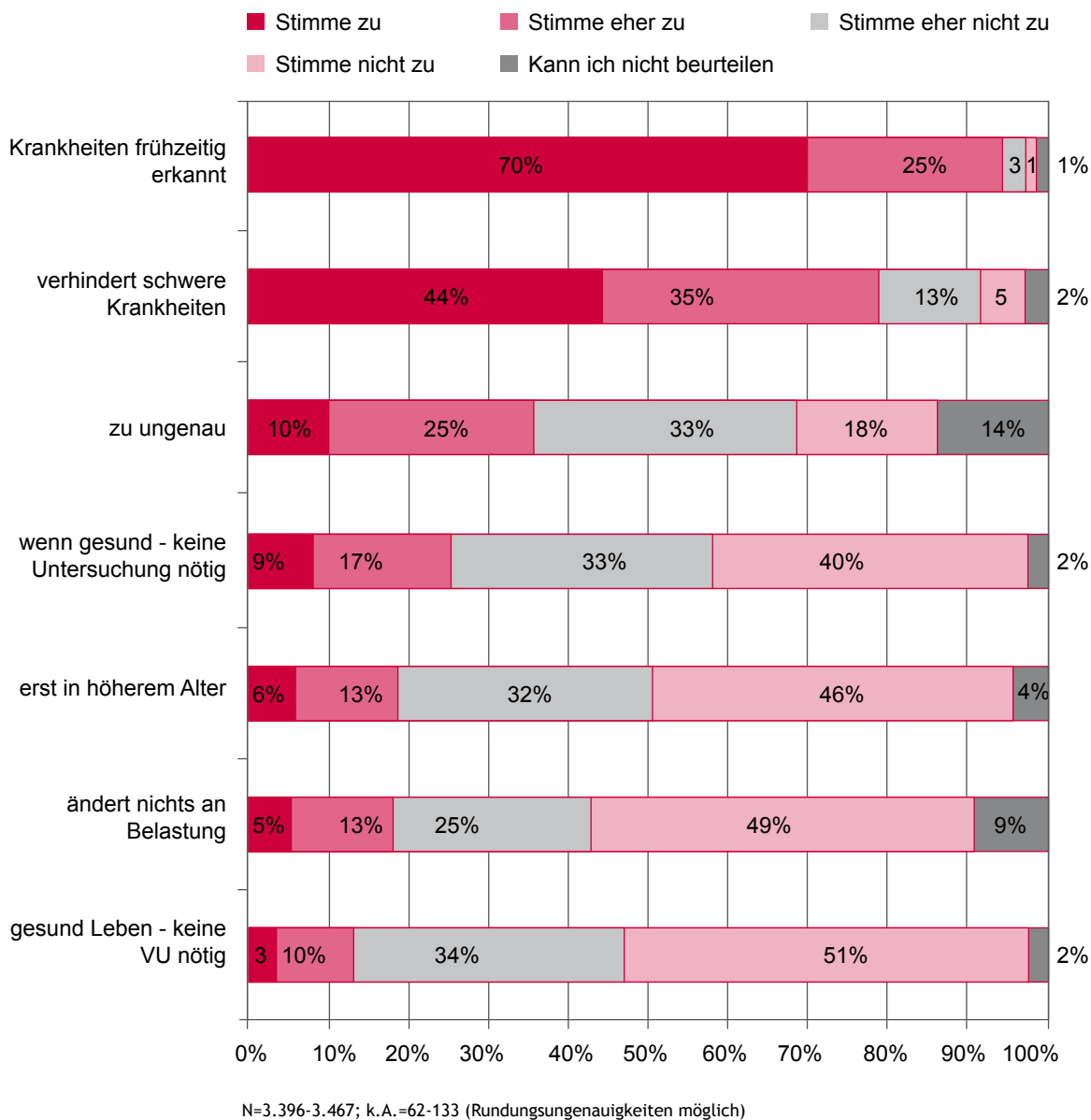
Ungefähr ein Drittel neigt zu der Ansicht, dass die Vorsorgeuntersuchung für die Früherkennung von Erkrankungen zu ungenau sei. Bei diesem Item ist der Anteil derer, die angeben dies nicht beurteilen zu können am höchsten (14 Prozent).

Ein Viertel der Befragten ist der Ansicht, dass man - solange man sich gesund fühlt - keine Untersuchung braucht und knapp ein Fünftel (19 Prozent) findet, dass die VU erst im höheren Alter sinnvoll ist.

Fast ein Fünftel (18 Prozent) hält die Vorsorgeuntersuchung für sinnlos, da sie an den persönlichen Belastungen nichts ändern kann und 13 Prozent denken, dass eine gesunde Lebensweise die VU überflüssig macht („Wenn man gesund lebt braucht man keine VU“).

Abbildung 34: Einstellungen zur Vorsorgeuntersuchung

VORSORGEUNTERSUCHUNG



Bezüglich der Einstellungen zur Früherkennung von Erkrankungen und die mögliche Verhinderung von Erkrankungen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen Männern und Frauen feststellen. Auch die Altersgruppen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich, nur dass äl-

tere Frauen über 60 Jahren geringfügig mehr zu der Ansicht neigen, dass durch die VU Krankheiten verhindert werden können (86 Prozent) als Frauen unter 60 Jahren (rund 80 Prozent).

Abbildung 35: „VU Einstellung: Durch die Vorsorgeuntersuchung können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden“ nach Altersgruppe und Geschlecht

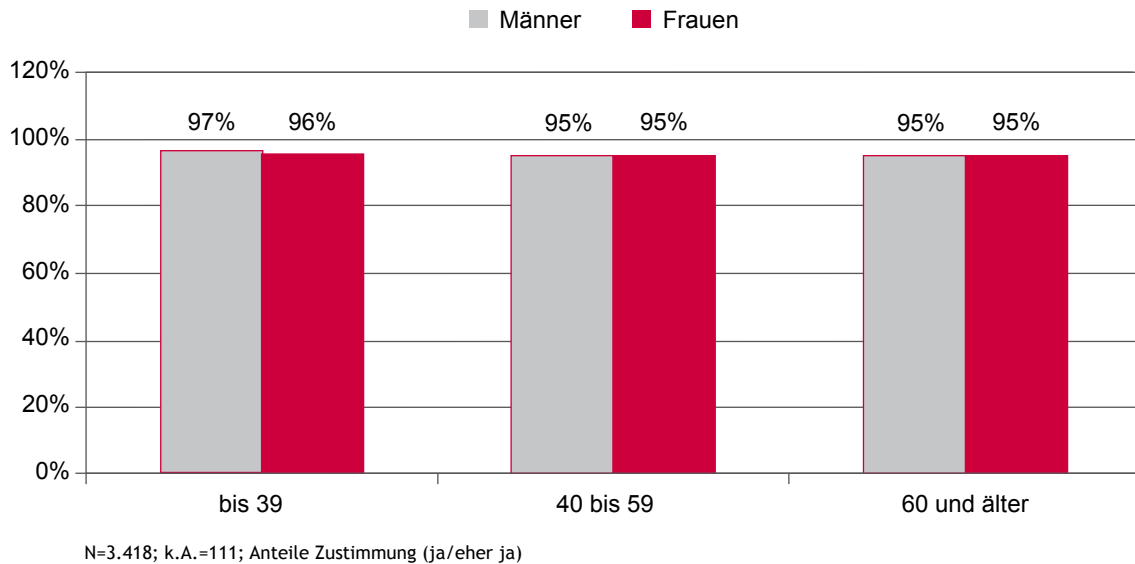
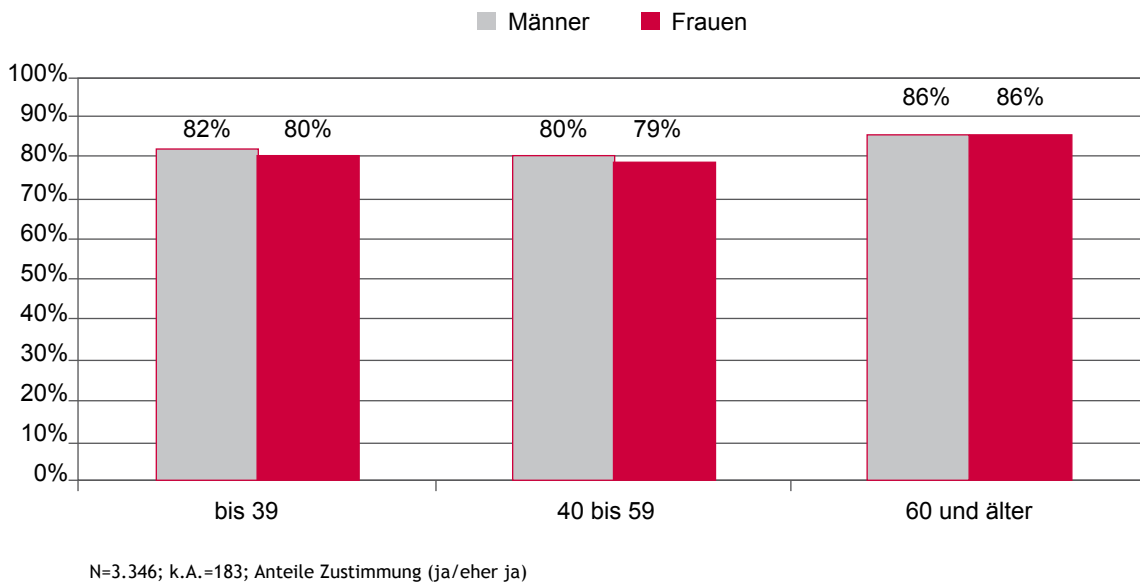


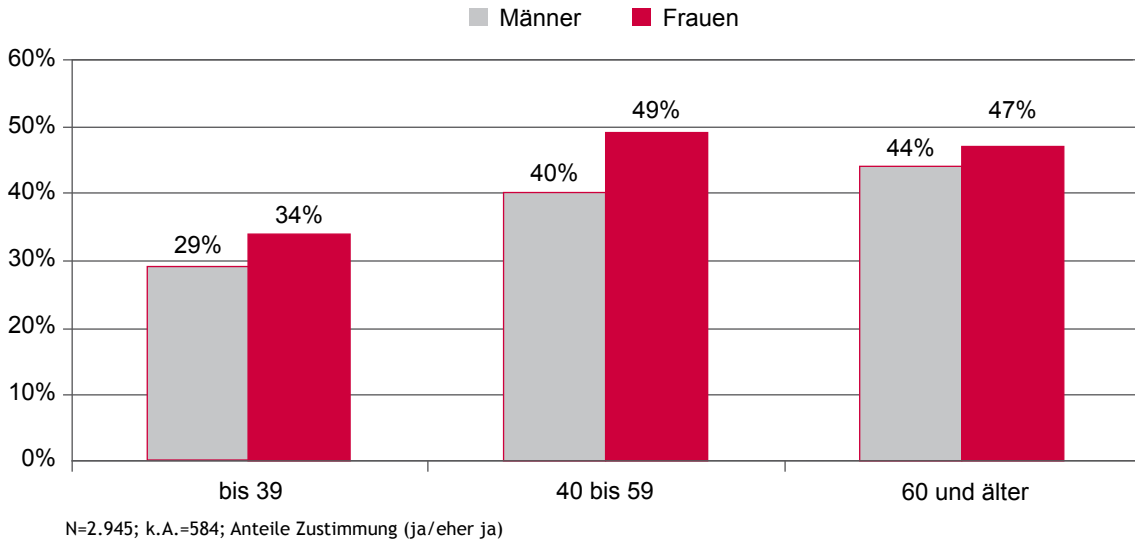
Abbildung 36: „VU Einstellung: Durch die Vorsorgeuntersuchung können schwere Erkrankungen verhindert werden“ nach Altersgruppe und Geschlecht



Der Ansicht, dass die Vorsorgeuntersuchung für die Früherkennung von Erkrankungen zu ungenau sei, stimmen jüngere weniger zu als ältere Befragte. Auch neigen Frauen stärker zu dieser Meinung als Männer. 29 Prozent der Männer und 34 Prozent der Frauen unter 39 Jahren sind dieser Ansicht. Bei den über 40-Jährigen liegt der Anteil

bei Männern bei 40 Prozent und bei Frauen bei 49 Prozent. In der Altersgruppe über 60 Jahren sind 44 Prozent der Männer und 47 Prozent der Frauen der Ansicht, dass die Vorsorgeuntersuchung zu ungenau sei.

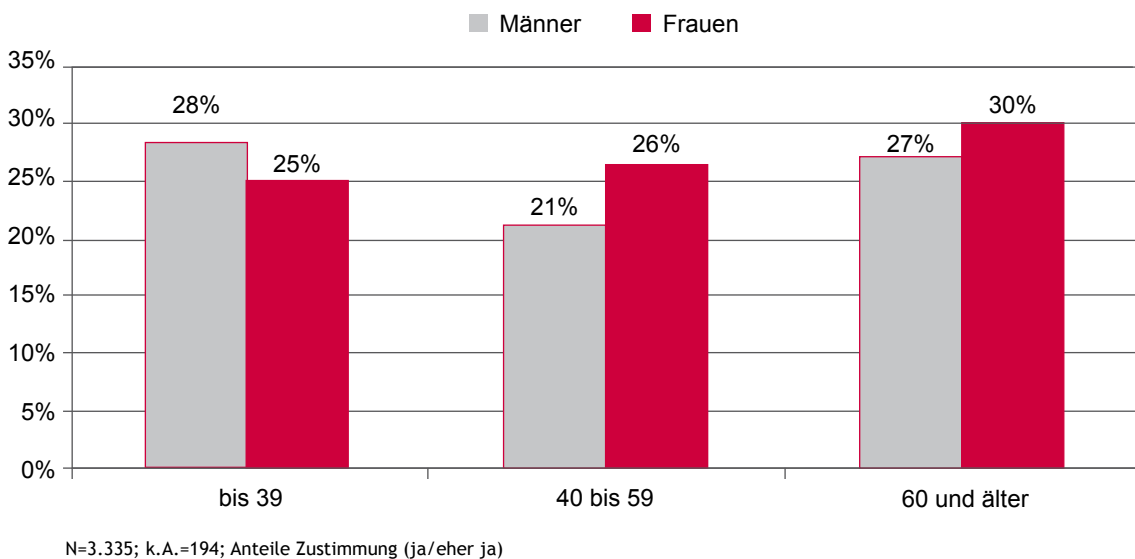
Abbildung 37: „VU Einstellung: Die Vorsorgeuntersuchung ist für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau“ nach Altersgruppe und Geschlecht



Zur Ansicht, dass man, solange man sich gesund fühlt, keine VU braucht, tendieren Frauen über 60 Jahren (mit 30 Prozent Zustimmung) geringfügig häufiger als jüngere Frauen (25 Prozent Zustimmung). Bei den Männern zeichnet sich die Altersgruppe zwischen 40 und 59 Jahren dadurch aus, dass sie dieser Meinung in geringerem Ausmaß zustimmt (12 Prozent) als ältere und jüngere Männer (27 bzw. 28 Prozent).

Hinsichtlich der Ansicht, dass die Vorsorgeuntersuchung erst in höherem Alter sinnvoll sei, unterscheiden sich Frauen unterschiedlicher Altersgruppen nicht wesentlich. Bei jüngeren Männern unter 40 Jahren ist der Anteil mit dieser Meinung mit 27 Prozent höher als bei Männern über 40 Jahren (21 Prozent).

Abbildung 38: VU Einstellung: „Solange man sich gesund fühlt, braucht man keine Untersuchung“ nach Altersgruppe und Geschlecht



In den Altersgruppen unter 60 weisen Männer noch einen höheren Anteil mit dieser Einstellung auf, mit zunehmendem Alter nähern sich Männer und Frauen jedoch an, so dass in der Altersgruppe über 60 Jahren kein signifikanter Unterschied mehr zu beobachten ist.

Zu der Meinung, dass die Vorsorgeuntersuchung nichts bringt, weil sie nichts an der Belastungssituation ändert, neigen Frauen in der Altersgruppe

zwischen 40 und 59 Jahren stärker (24 Prozent) als jüngere (unter 40 Jahren 28 Prozent) und ältere Frauen (über 60 Jahre 17 Prozent). Bei den Männern sind die Unterschiede zwischen den Altersgruppen nicht signifikant, obwohl der Anteil in der Gruppe der über 60-Jährigen etwas geringer ausfällt (16 Prozent) als bei Männern unter 60 (rund 20 Prozent).

Abbildung 39: „VU Einstellung: Eine Vorsorgeuntersuchung ist erst im höheren Alter sinnvoll“ nach Altersgruppe und Geschlecht

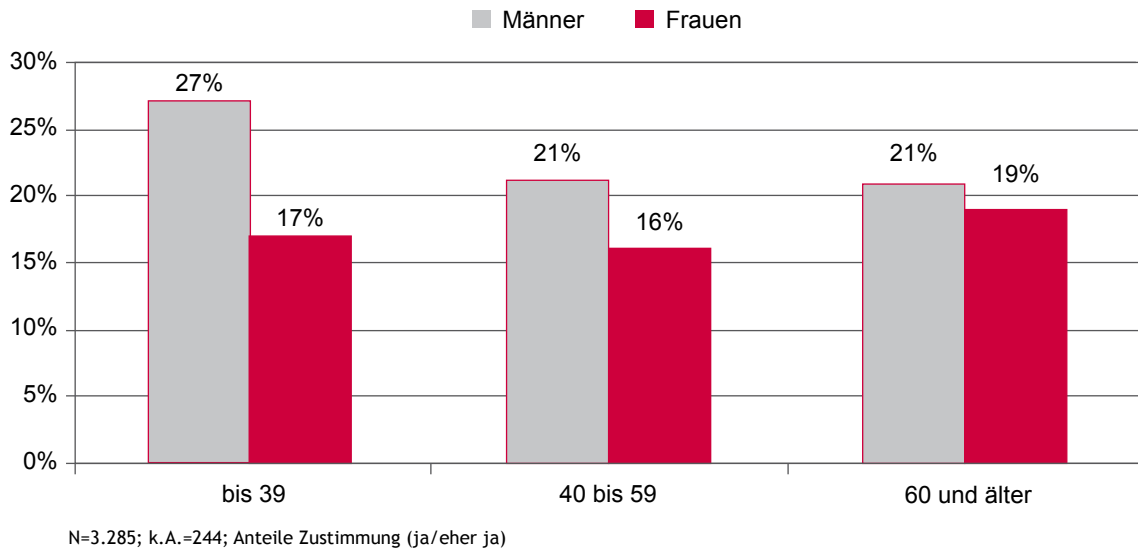
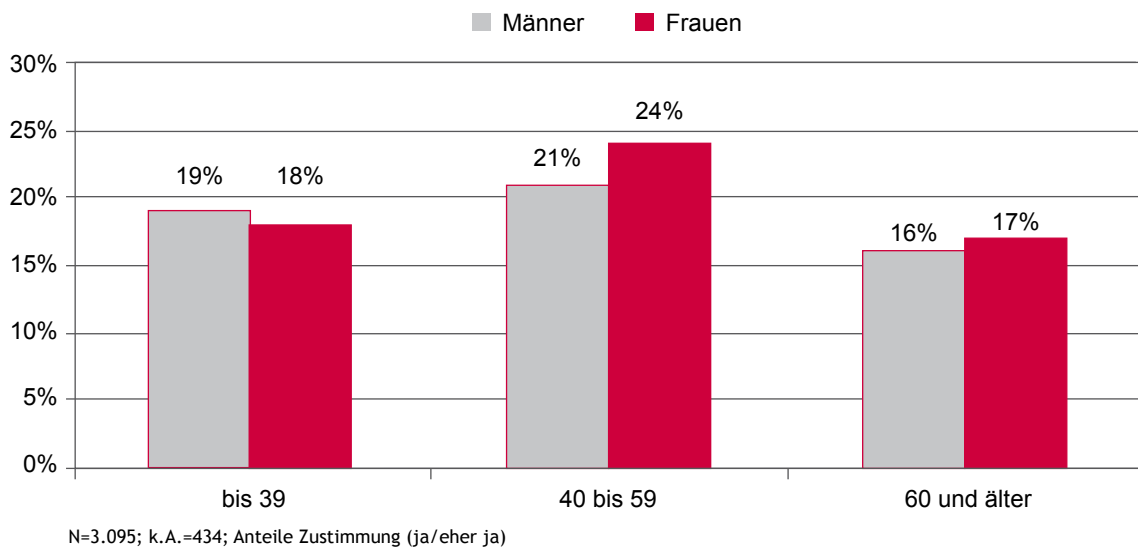


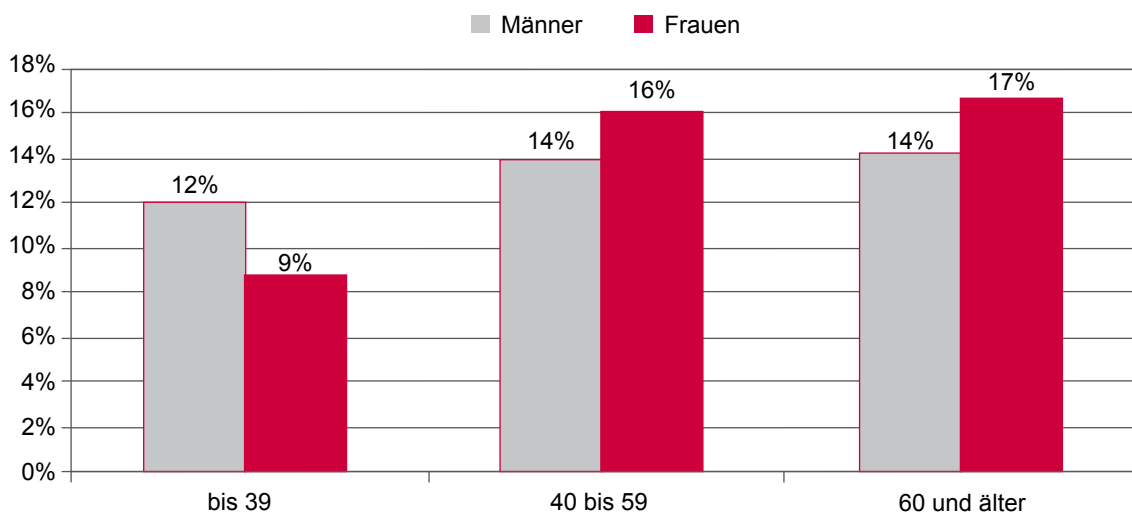
Abbildung 40: „VU Einstellung: Die Vorsorgeuntersuchung bringt nichts, weil sie an meinen Belastungen nichts ändert“ nach Altersgruppe und Geschlecht



Der Anteil der Frauen, der meint, dass bei einer gesunden Lebensweise die Vorsorgeuntersuchung unwichtig ist, nimmt mit zunehmendem Alter von 9 Prozent (bei unter 40-Jährigen) auf 17 Prozent (bei über 60-Jährigen) zu. Bei Männern ist keine

signifikante bzw. nur eine geringfügige Zunahme zu beobachten. Insgesamt unterscheiden sich Männer und Frauen nicht signifikant hinsichtlich dieser Meinung.

Abbildung 41: „VU Einstellung: Wenn man gesund lebt braucht man keine Vorsorgeuntersuchung“ nach Altersgruppe und Geschlecht



N=3.345; k.A.=184; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

Anhand der Antworten bzgl. der Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung lassen sich zwei Faktoren identifizieren, die als unterschiedliche Bewertungsdimensionen der Vorsorgeuntersuchung interpretiert werden können. Eine Bewertungsdimension (Faktor 1) ergibt sich daraus, in welchem Ausmaß von den Befragten den Aussagen

- „Durch die Vorsorgeuntersuchung können schwere Erkrankungen verhindert werden“ und
- „Durch die Vorsorgeuntersuchung können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden“ zugestimmt wird und
- Und in wie weit die Aussage „Die Vorsorgeuntersuchung ist für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau“ abgelehnt wird.

Diese Bewertungsdimension gibt wieder, wie weit die Befragten die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich für sinnvoll im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge halten. Man könnte diese Bewertungsdimension „Grundsätzliche Sinnhaftigkeit der VU“ bezeichnen.

Unabhängig davon kann es Einstellungen geben, die nahelegen, dass eine Vorsorgeuntersuchung nicht unter allen Umständen sinnvoll ist bzw. bei konkreten Gegebenheiten nicht notwendig ist. Daraus ergibt sich eine zweite Bewertungsdimension (Faktor 2) die sich darin ausdrückt, wie weit die Befragten den folgenden Aussagen zustimmen:

- „Wenn man gesund lebt braucht man keine Vorsorgeuntersuchung“,
- „Eine Vorsorgeuntersuchung ist erst im höheren Alter sinnvoll“,
- „Solange man sich gesund fühlt, braucht man keine Untersuchung“,
- „Die Vorsorgeuntersuchung bringt nichts, weil sie an meinen Belastungen nichts ändert“.

Diese Aussagen drücken Einschränkungen der Notwendigkeit bzw. Bedeutung bei bestimmten Gegebenheiten der VU aus, die aus der konkreten Situation (z.B. geringes wahrgenommenes Erkrankungsrisiko, bestimmte Lebenssituationen) der Betroffenen resultieren. Man könnte die-

se Bewertungsdimension „Vorbehalte bzw. Einschränkungen der Bedeutung der VU“ nennen.

Insgesamt halten 87 Prozent der Befragten die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich für (eher) sinnvoll. Ebenso viele haben (eher) keine Vorbehalte bzw. einschränkende Einstellungen. 13 Prozent sehen die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich nicht als geeignetes Vorsorgeinstrument an.

Ebenso viele sehen Einschränkungen bei bestimmten Gegebenheiten (z.B. nur im Alter sinnvoll oder bei guter Gesundheit nicht sinnvoll etc.)

Kombiniert man die beiden Merkmale, so ergibt sich folgende Verteilung:

77 Prozent sind grundsätzlich der Ansicht, dass die Vorsorgeuntersuchung sinnvoll im Hinblick auf die Früherkennung und Vermeidung von Krankheiten ist und sehen auch (eher) keine Einschränkungen und Vorbehalte.

9 Prozent halten die VU zwar für grundsätzlich sinnvoll, haben aber gewisse Vorbehalte bzw.

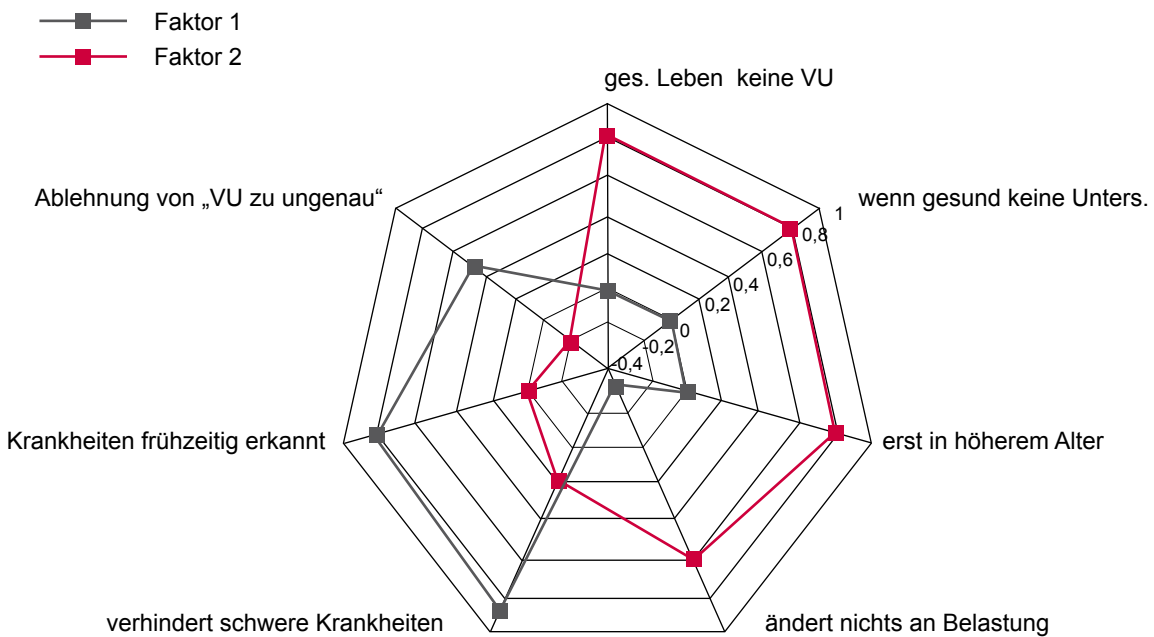
meinen, dass unter bestimmten Gegebenheiten eine VU nicht nötig ist.

7 Prozent halten die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich (eher) nicht als geeignet für die Vermeidung von Krankheiten, nennt aber keine besonderen Einschränkungen in Bezug auf bestimmte Situationen und Gegebenheiten und

4 Prozent halten die VU grundsätzlich nicht für sinnvoll und haben zusätzlich Vorbehalte. Männer und Frauen unterscheiden sich diesbezüglich nicht wesentlich.

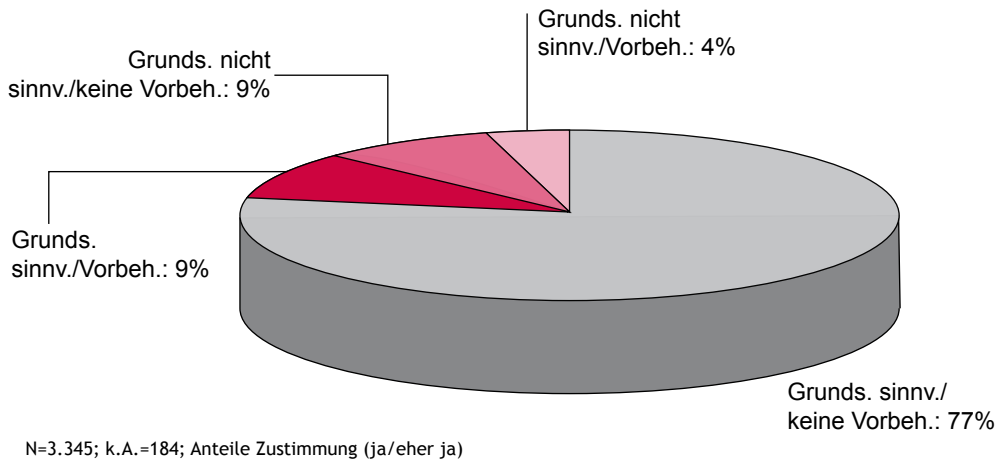
¹⁰ Hauptkomponentenanalyse (PC) mit schiefwinkliger Rotation (Oblimin, Delta=0): Die beiden Faktoren erklären 58 Prozent der Varianz.

Abbildung 42: Bewertungsdimensionen der VU (Faktorladungen)



N=3.033-3.440, k.A./keine Beurteilung=89-496¹⁰

Abbildung 43: Typen der Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung



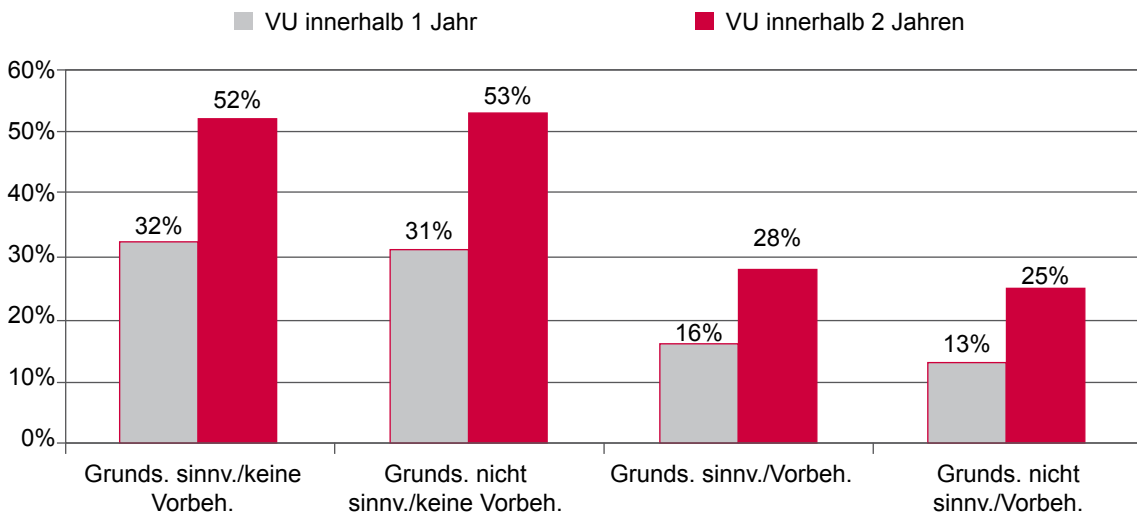
Es stellt sich die Frage, wie sich die Gruppen mit unterschiedlicher Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung hinsichtlich der Inanspruchnahme unterscheiden (Abbildung 44). Es lassen sich nur Unterschiede zwischen Personen mit Vorbehalten (wie z.B. dass man keine VU braucht, wenn man gesund ist) und solchen, ohne solche Vorbehalte erkennen.

Unabhängig davon, ob die Vorsorgeuntersuchung grundsätzlich als sinnvoll angesehen wird, weisen rund 30 Prozent der Befragten, die keine Vorbehalte haben eine VU innerhalb des letzten Jahres auf (und über 50 Prozent innerhalb von zwei Jah-

ren), aber nur rund 18 Prozent derer, die solchen Vorbehalten zustimmen (bzw. rund ein Viertel innerhalb von zwei Jahren).

Das bedeutet, dass vor allem Menschen, die meinen, die Vorsorgeuntersuchung sei nur unter bestimmten Bedingungen wichtig (z.B. nicht so wichtig bei gesunder Lebensweise oder wenn keine Beschwerden vorliegen bzw. erst in höherem Alter sinnvoll oder ähnliches) in geringerem Maß zur Vorsorgeuntersuchung gehen. Die Grundsätzliche Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung (z.B. ob diese genau genug ist, etc.) spielt eher eine geringe Rolle.

Abbildung 44: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung nach Einstellungstyp



N=3.287; k.A.=242; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

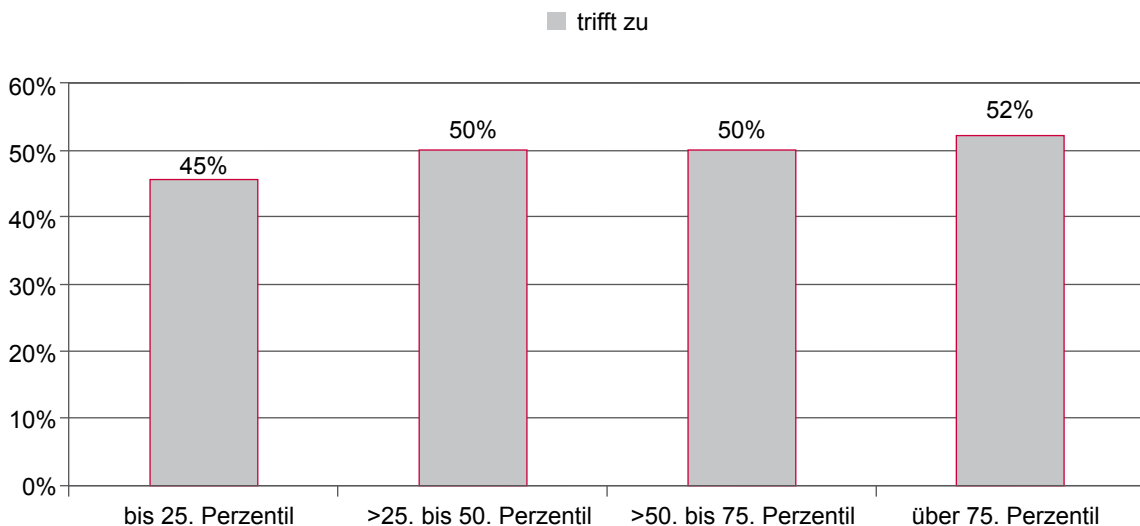
2.2.2. Einflussfaktoren auf struktureller Ebene

Familieneinkommen

Personen aus Haushalten mit geringem Einkommen (bis zum 25. Perzentil, das ist das Viertel mit dem geringsten Einkommen) weisen in geringerem Ausmaß eine Vorsorgeuntersuchung inner-

halb der letzten zwei Jahre auf (45 Prozent) als Personen mit höherem Familieneinkommen (50 Prozent bzw. 52 Prozent beim Viertel mit dem höchsten Familieneinkommen).

Abbildung 45: Inanspruchnahme (innerhalb der letzten 2 Jahre) nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)



N=3.098; k.A.=431

Hinsichtlich des Anlasses für die Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den Einkommensschichten.

Nachfolgende Gründe sind für Befragte aus unteren Einkommensschichten deutlich häufiger Anlass für eine Vorsorgeuntersuchung als für Befragte aus Haushalten mit höherem Familieneinkommen:

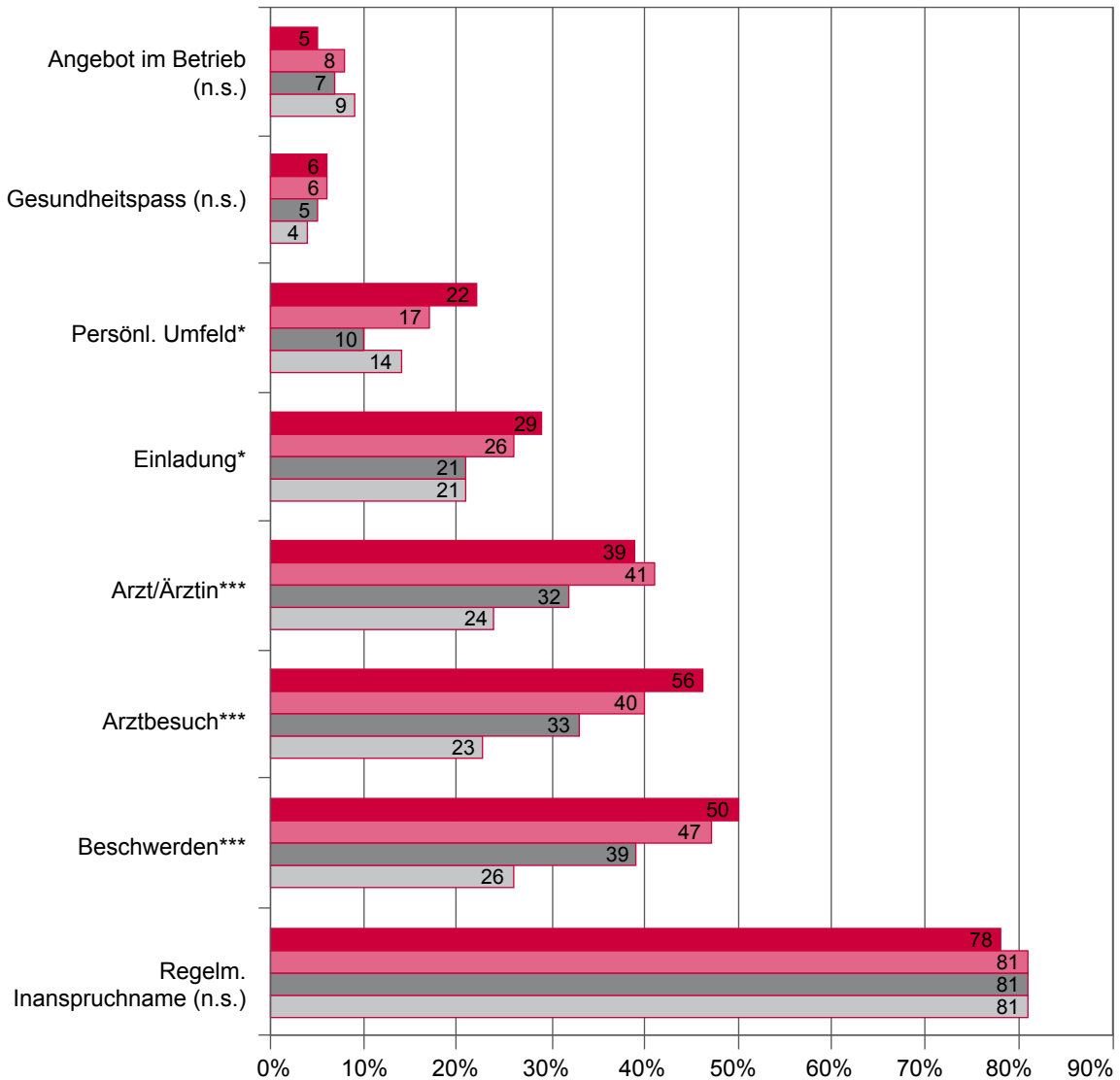
- Beschwerden
- Arztbesuch aus anderem Grund
- Motivation durch Arzt/Ärztin

- Einladung
- persönliches Umfeld

Bezüglich der Anlässe/Gründe „regelmäßige Inanspruchnahme der VU“, „Gesundheitspass“ und „Angebot im Betrieb“ lassen sich keine signifikanten Unterschiede beobachten.

Abbildung 46: Anlass für letzte VU Inanspruchnahme nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)

■ bis 25. Perzentil ■ >25. bis 50. Perzentil ■ >50. bis 75. Perzentil ■ über 75. Perzentil



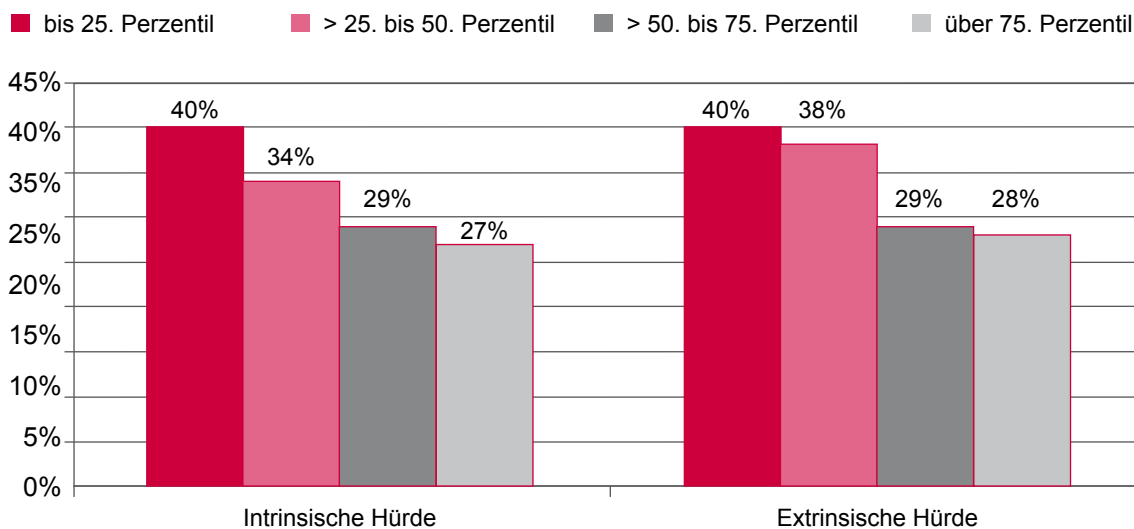
N=675-859; k.A.=133-317; nur Personen mit VU innerhalb eines Jahres; Anteile „war Grund“/„hat mit-gespielt“; Signifikanz Tau-b: *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$; n.s.=nicht signifikant

Höhere Einkommensschichten geben in deutlich geringerem Ausmaß Hürden bzw. Erschwernisse im Bezug auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung an.

Im unteren Einkommensviertel geben 40 Prozent der Befragten innere Hürden/Erschwernisse an. Mit zunehmendem Familieneinkommen sinkt der

Anteil kontinuierlich bis auf 27 Prozent im Viertel mit den höchsten Einkommen. Ähnliches gilt für äußere Hürden, nur dass sich die beiden unteren Einkommensviertel nur sehr wenig unterscheiden (ca. 40 Prozent), während die beiden oberen Einkommensviertel deutlich geringere Werte aufweisen (ca. 29 Prozent).

Abbildung 47: Innere und äußere Hürden nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)

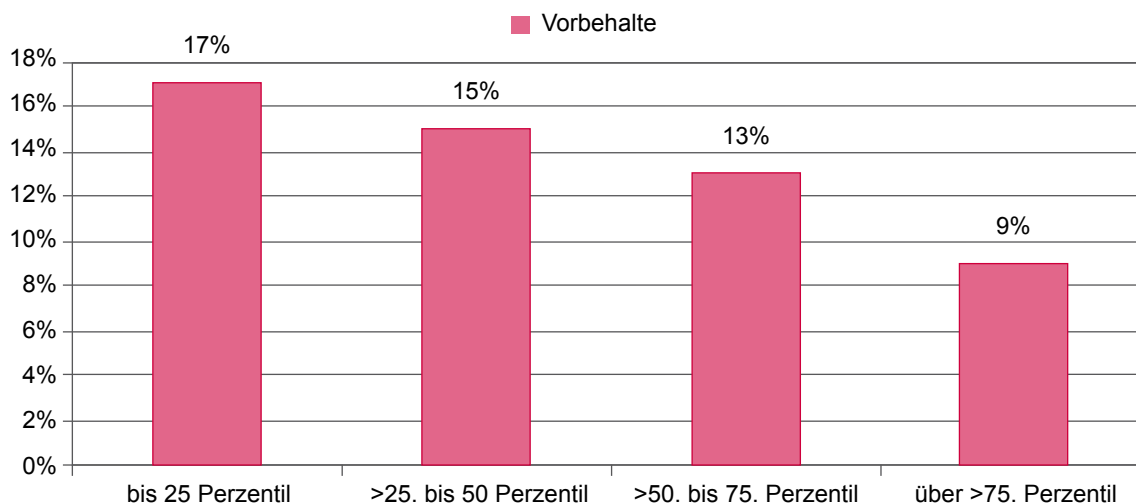


N=3.186-3.214; k.A.=315-343, Anteil mit Hürden teilweise oder stark

Der Anteil der Personen mit Vorbehalten gegenüber der Vorsorgeuntersuchung (z.B. „nur im höheren Alter sinnvoll“ oder „wenn man gesund ist nicht notwendig“) nimmt mit zunehmendem Familieneinkommen kontinuierlich ab. Im untersten Einkommensviertel beträgt der Anteil 17 Prozent,

im oberen Einkommensviertel nur 9 Prozent. Bezüglich der Einschätzung der grundsätzlichen Sinnhaftigkeit der Vorsorgeuntersuchung im Hinblick auf die Gesundheitsvorsorge lässt sich kein Unterschied zwischen den Einkommensschichten beobachten.

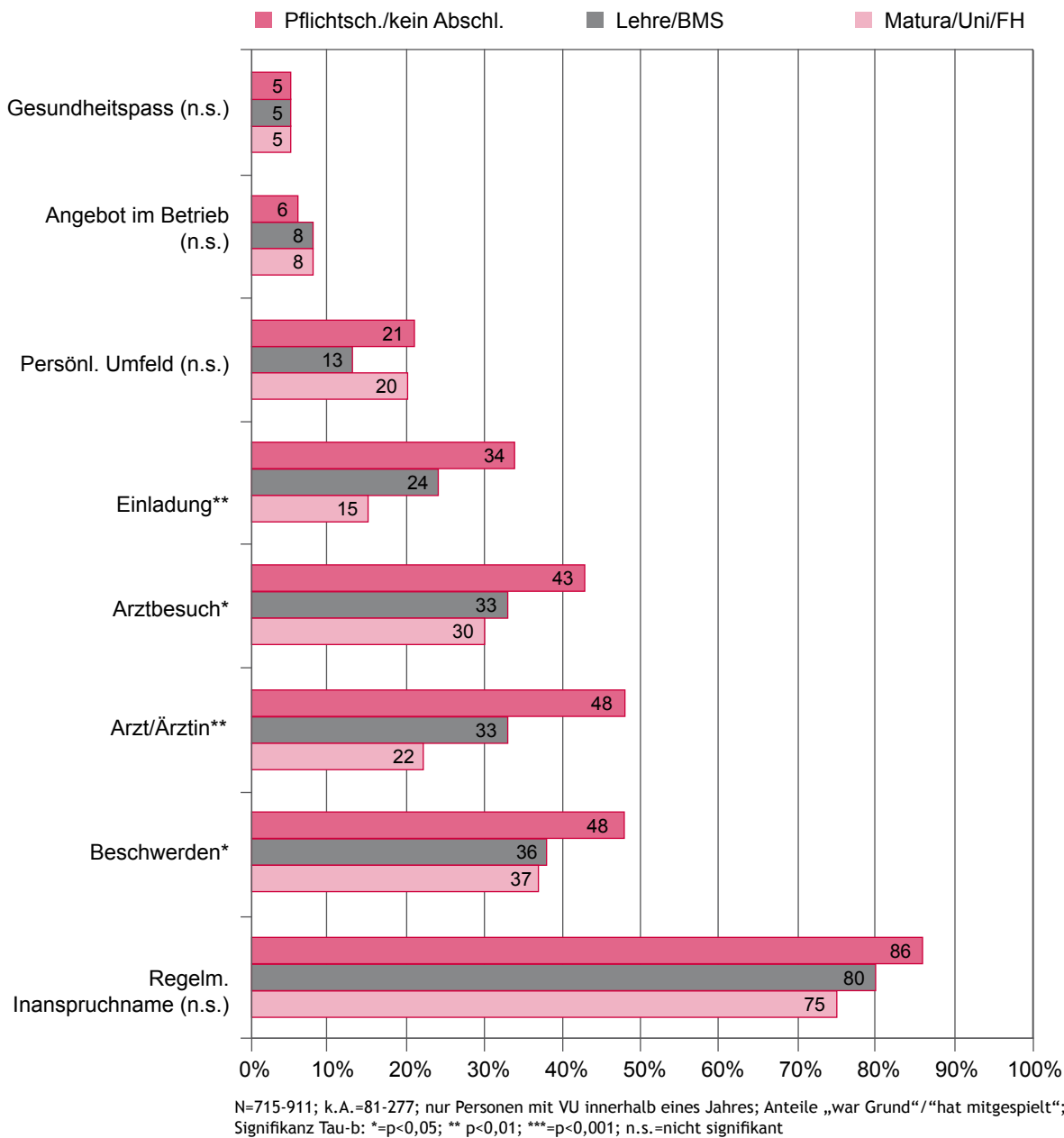
Abbildung 48: Einstellungen zur VU nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)



N=3.195; k.A.=334

VORSORGEUNTERSUCHUNG

Abbildung 49: Anlass für letzte VU Inanspruchnahme nach Bildungsgrad



VORSORGEUNTERSUCHUNG

Bildung

Bezüglich der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung (Vorsorgeuntersuchung innerhalb der letzten zwei Jahre) lässt sich kein Unterschied nach Bildungsgrad beobachten.

Es zeigen sich jedoch deutliche Unterschiede bezüglich der unmittelbaren Gründe/Anlässe für die Inanspruchnahme. Befragte aus unteren Bildungsschichten geben deutlich häufiger folgende Gründe bzw. Anlässe an:

- Regelmäßige Inanspruchnahme
- Beschwerden
- Motivation durch Arzt/Ärztin
- Arztbesuch aus anderem Grund
- Einladung

Hinsichtlich der Gründe „persönliches Umfeld“, „Angebot im Betrieb“ und „Gesundheitspass“ lassen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen.

Die Unterschiede bezüglich des Grundes „ohnedies regelmäßige Inanspruchnahme“ sind vor allem dadurch bedingt, dass einerseits der Bildungsgrad mit zunehmendem Alter abnimmt, andererseits die Inanspruchnahme zunimmt.

Berücksichtigt man das Alter als Kontrollvariable, so lässt sich kein Unterschied zwischen den Bildungsschichten feststellen. Für die anderen Aspekte zeigt sich auch bei Kontrolle durch das Alter ein sehr ähnliches (wenngleich aufgrund der geringeren Fallzahlen nicht immer signifikantes) Muster.

Personen aus unteren Bildungsschichten geben häufiger Hürden/Erschwernisse im Hinblick auf die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchungen an.

In den Altersgruppen über 40 Jahren werden von Personen mit Pflichtschulabschluss deutlich häufiger innere Hürden, wie z.B. Ängste vor Erkrankung und Unsicherheiten, genannt. Mit zunehmendem Bildungsgrad sinkt der Anteil. In der Altersgruppe bis 39 Jahre ist der Unterschied zwischen den Bildungsgruppen nicht so deutlich ausgeprägt und daher nicht signifikant (Abbildung 50).

Äußere Hürden, wie z.B. schwere Erreichbarkeit, zeitliche Probleme (Öffnungszeiten) oder Wartezeiten, werden in allen Altersgruppen von Befragten aus der unteren Bildungsschicht deutlich häufiger genannt als in höheren (Abbildung 51).

Abbildung 50: Innere Hürden nach Bildungsgrad und Alter

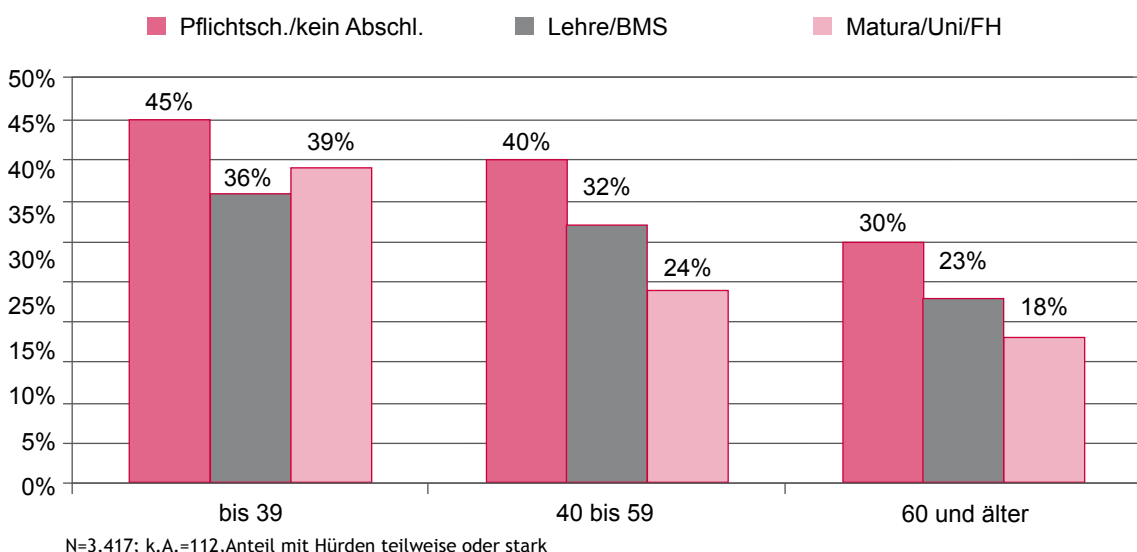
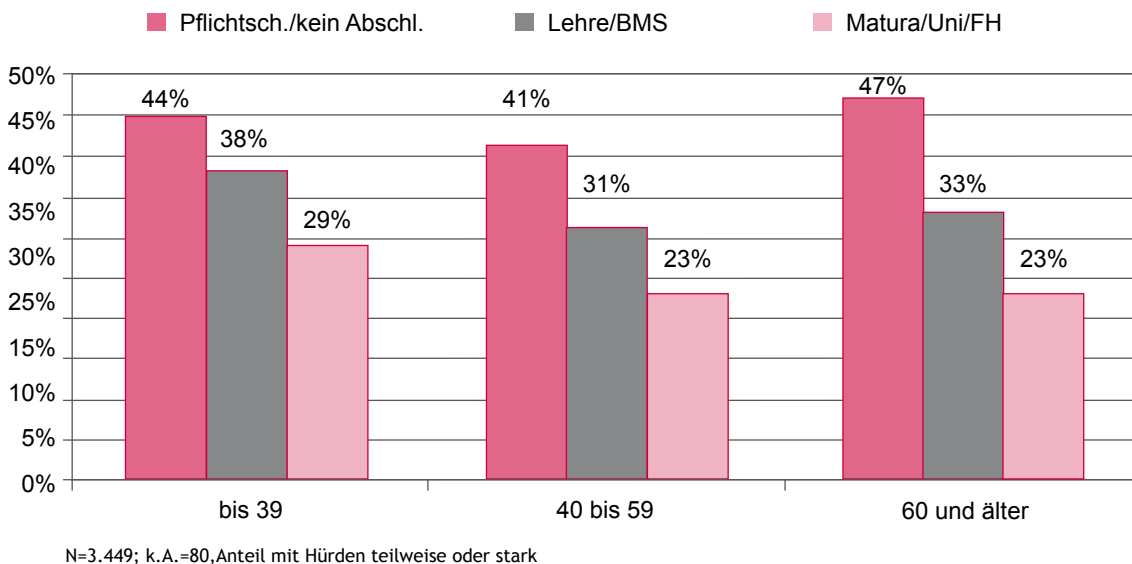


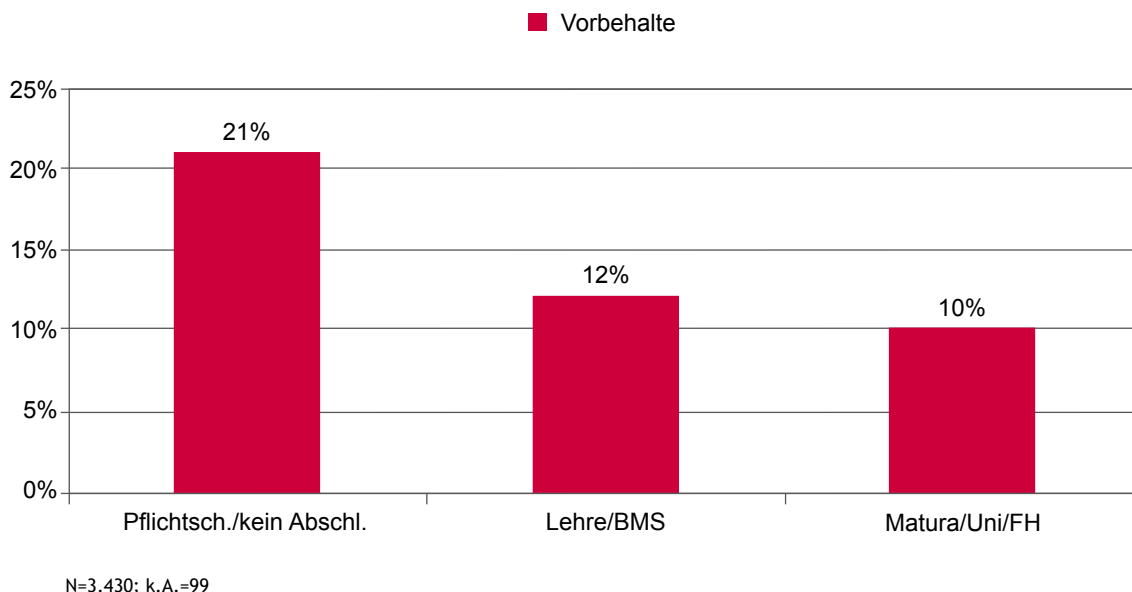
Abbildung 51: Äußere Hürden nach Bildungsgrad und Alter



Befragte aus unteren Bildungsschichten weisen eine andere Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung auf, insofern als sie häufiger zu Vorbehal-

ten wie z.B. „VU erst in höherem Alter sinnvoll“ oder „Wenn man gesund lebt braucht man keine VU“ etc. neigen (Abbildung 52).

Abbildung 52: Einstellungen zur VU nach Bildungsgrad



Staatsbürgerschaft und Muttersprache

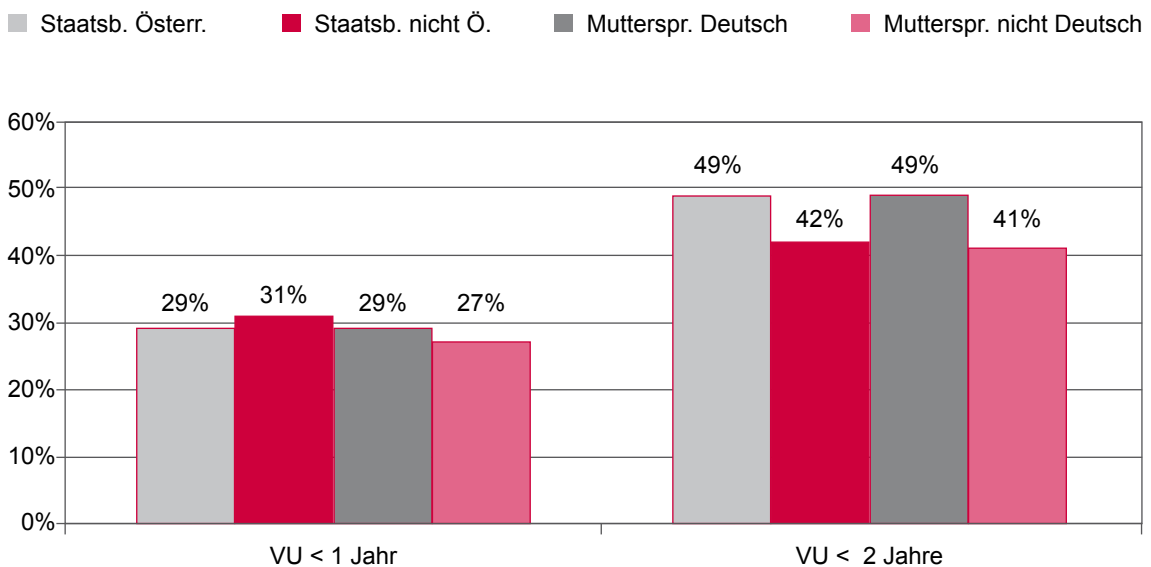
Personen mit österreichischer und nicht österreichischer Staatsbürgerschaft unterscheiden sich nicht hinsichtlich des Anteils, der innerhalb eines Jahres bei einer Vorsorgeuntersuchung war. Dasselbe gilt für Personen mit nicht deutscher Muttersprache im Vergleich zu denen mit deutscher Muttersprache.

Der Anteil, der innerhalb von zwei Jahren bei einer VU war, ist bei Personen nicht österr. Staatsbürgerschaft ein wenig (nicht signifikant) niedriger, als bei österr. StaatsbürgerInnen. Die Gruppe der Personen mit nicht deutscher Muttersprache weist einen geringeren Anteil an Personen auf, der innerhalb von zwei Jahren bei einer VU war (41 Prozent im Vergleich zu 49 Prozent in der Gruppe mit deutscher Muttersprache).

Hinsichtlich innerer Hürden bzgl. VU-Inanspruchnahme (wie bspw. Ängste vor Arztbesuch oder

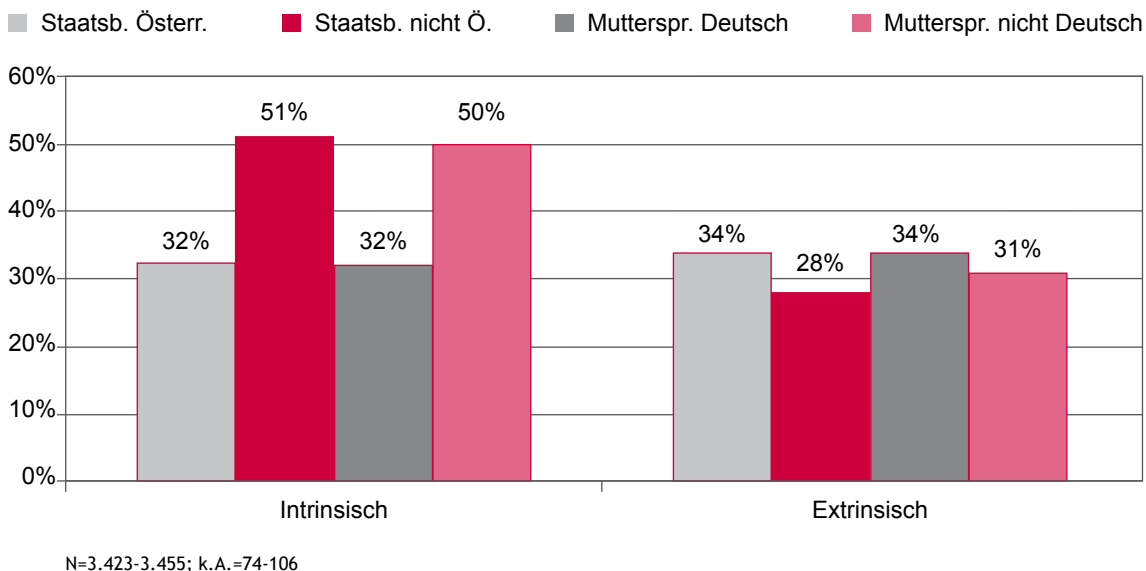
Erkrankung, Unsicherheiten etc.) lassen sich sowohl nach Staatsbürgerschaft als auch nach Muttersprache deutliche Unterschiede beobachten. Während nur 32 Prozent der österr. StaatsbürgerInnen solche Hürden angeben, sind es unter denen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft etwa die Hälfte. Dasselbe lässt sich für Personen mit nicht deutscher Muttersprache feststellen. Im Hinblick auf äußere Hürden (z.B. Wartezeiten, Mobilität als Erschwernis) lassen sich keine Unterschiede beobachten.

Abbildung 53: Inanspruchnahme (VU innerhalb eines Jahres) der Vorsorgeuntersuchung nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache



N=3.331-3340; k.A.=189-198; Anteile Zustimmung (ja/eher ja)

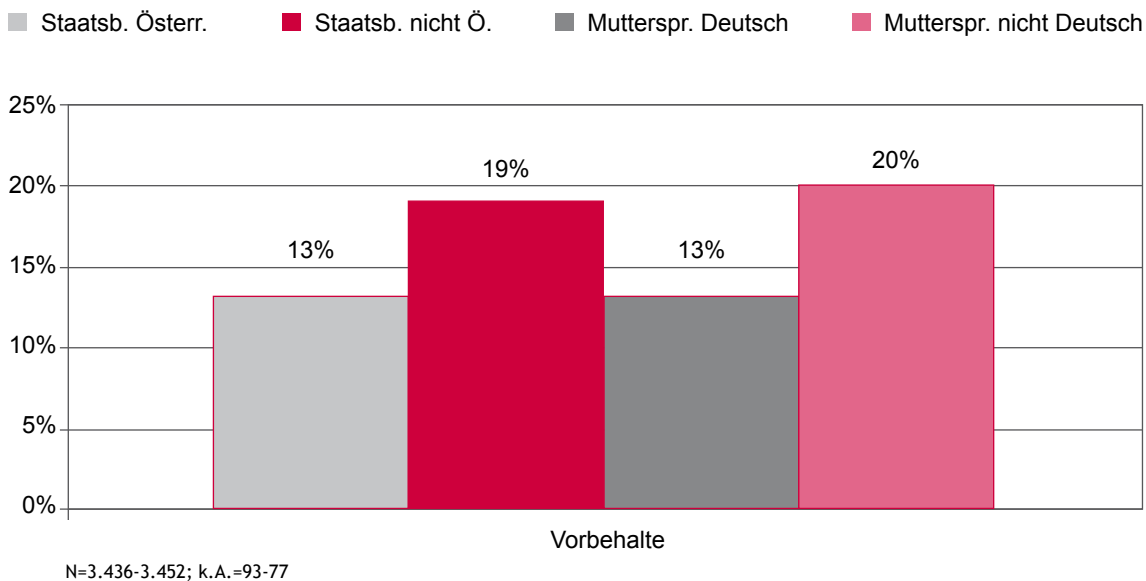
Abbildung 54: Innere und äußere Hürden nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache



Bezüglich der Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung neigen Personen mit nicht deutscher Muttersprache eher dazu, Vorbehalten zuzustimmen (wie z.B. dass eine VU erst im höheren Alter sinnvoll ist oder dass man keine VU braucht, wenn

man gesund ist). Dasselbe gilt für Personen mit nicht österreichischer Staatsbürgerschaft, wobei der Unterschied hier aufgrund der geringeren Fallzahl nicht signifikant ist.

Abbildung 55: Einstellungen zur VU nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache



Gesamtbetrachtung

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass Personen aus unteren Bildungsschichten deutlich häufiger Hürden bzw. Erschwernissen zur VU zu gehen vorfinden. Sie weisen in ihrer Einstellung zur VU auch häufiger Vorbehalte auf, wie bspw. dass eine VU erst in höherem Alter sinnvoll oder bei gesunder Lebensweise nicht notwendig sei. Obwohl diese Faktoren im Allgemeinen die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung senken, zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Bildungsgrad.

Ähnliches gilt für die verschiedenen Einkommensschichten. Zwar weisen Personen aus der unteren Einkommensschicht eine signifikant geringere Inanspruchnahme auf, der Unterschied ist jedoch nicht sehr groß.

Eine Erklärungsmöglichkeit für die scheinbar widersprüchlichen Befunde ergibt sich aus den Anlässen bzw. unmittelbaren Gründen, die von den Befragten angegeben werden. Hier spielen in unteren Schichten (sowohl nach Einkommen als auch nach Bildungsgrad) die Gründe Beschwerden, Arztbesuch aus anderem Grund, Motivation durch Arzt/Ärztin und Einladung, eine viel größere Rolle, als für die oberen Bevölkerungsschichten.

Es ist anzunehmen, dass hier die ÄrztInnen eine gewisse Vermittlerrolle einnehmen. Vermutlich werden Personen, die aus irgendwelchen Gründen in die Ordination kommen, auf die Möglichkeit der VU angesprochen und dazu motiviert oder Personen, die schon länger keine VU hatten zu einer solchen eingeladen oder ähnliches.

Es entsteht der Eindruck, dass diese Mechanismen tendenziell eine (infolge stärkerer Hürden/Beschwerden, Vorbehalte etc.) geringere Inanspruchnahme unterer Schichten ausgleichen können.

Dies legt den Schluss nahe, dass eine aktive Rolle der HausärztInnen bzw. VertrauensärztInnen wesentlich zum Ausgleich unterschiedlicher Zugangschancen von sozial benachteiligten Gruppen beitragen können. Generell muss davon ausgegangen werden, dass durch aktive, auf die Betroffenen zugehende und auf deren Situation abgestimmte

Gestaltung der Angebote sozial bedingte Unterschiede in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erheblich verringert werden können.

Für MigrantInnen lassen sich ähnliche Befunde feststellen, wie für untere Einkommens- und Bildungsschichten.

Es ergibt sich jedoch ein wesentliches Charakteristikum dieser Gruppe: Im Vergleich zu InländerInnen weisen sie deutlich häufiger innere Hürden und Erschwernisse, wie bspw. Unsicherheiten oder Ängste, Informationsmängel bzgl. der Untersuchungsinhalte sowie Vorbehalte - der VU gegenüber - etc. auf.

Dies deutet darauf hin, dass für MigrantInnen bessere Information, Aufklärung sowie vertrauensbildende Maßnahmen von größerer Bedeutung sind, als für die übrige Bevölkerung.

2.2.3. Vorsorgeuntersuchung und Region

Für die regionale Analyse wurden die Kategorien „Stadt“, „Rand“ und „Land“ gebildet. Dadurch sollen Unterschiede in der Infrastruktur (z.B. Versorgungsdichte) abgebildet werden. Als städtische Region wurden die Bezirke Linz, Wels und Steyr eingeordnet.

Da die an Städte angrenzenden Gebiete teilweise die städtische Infrastruktur mit nutzen können, wurden diese unter der Kategorie „Rand“ zusammengefasst (Bezirke Linz-Land, Umfahr-Umgebung, Wels-Land und Steyr-Land). Die restlichen Bezirke werden als ländliche Bezirke betrachtet.

Im städtischen Raum ist der Anteil mit einer VU innerhalb eines Jahres deutlich höher (37 Prozent) als in ländlichen Bezirken (27 Prozent). Umgekehrt ist der Anteil, der noch nie bei einer VU war (mit 26 Prozent) geringer als im ländlichen Gebiet (34 Prozent). Die Unterschiede sind nicht durch die unterschiedliche Altersstruktur bedingt, sondern ziehen sich im Wesentlichen durch alle Altersgruppen.

Abbildung 56: Zeitraum der letzten VU nach Region

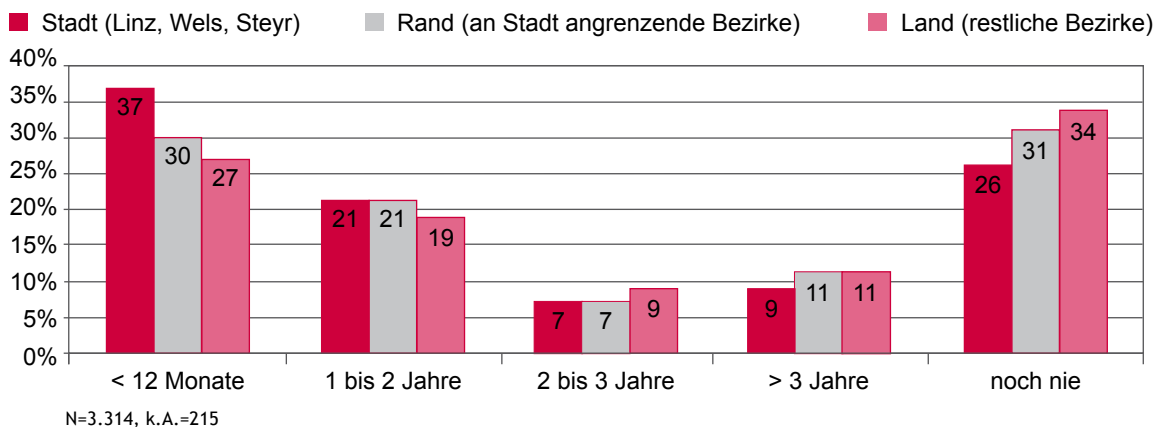
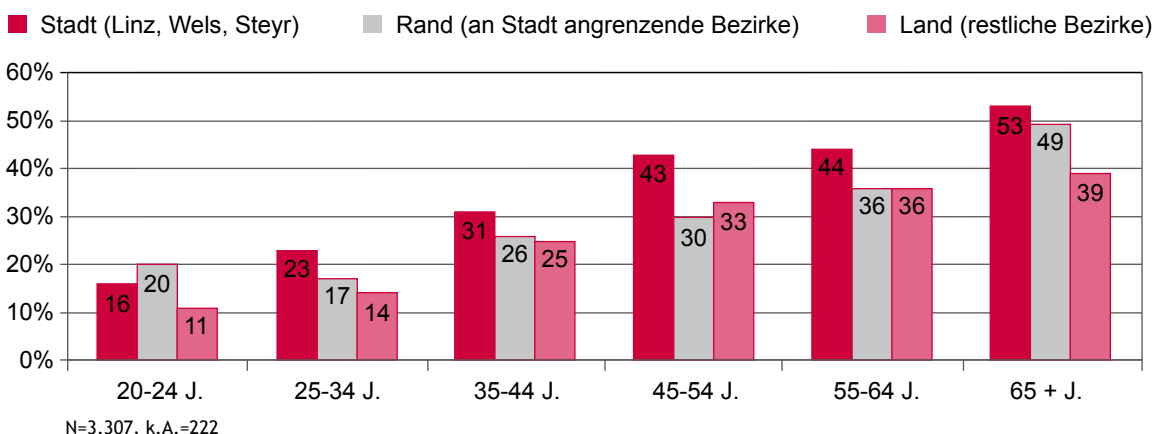


Abbildung 57: Anteil mit VU innerhalb eines Jahres nach Region und Altersgruppe



2.3. Wahrgenommene Qualität

40 Prozent der Befragten, die bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, geben an, dass sie sehr gut über das Ergebnis der Untersuchung informiert wurden. Weitere 48 Prozent meinen, dass sie ausreichend informiert wurden.

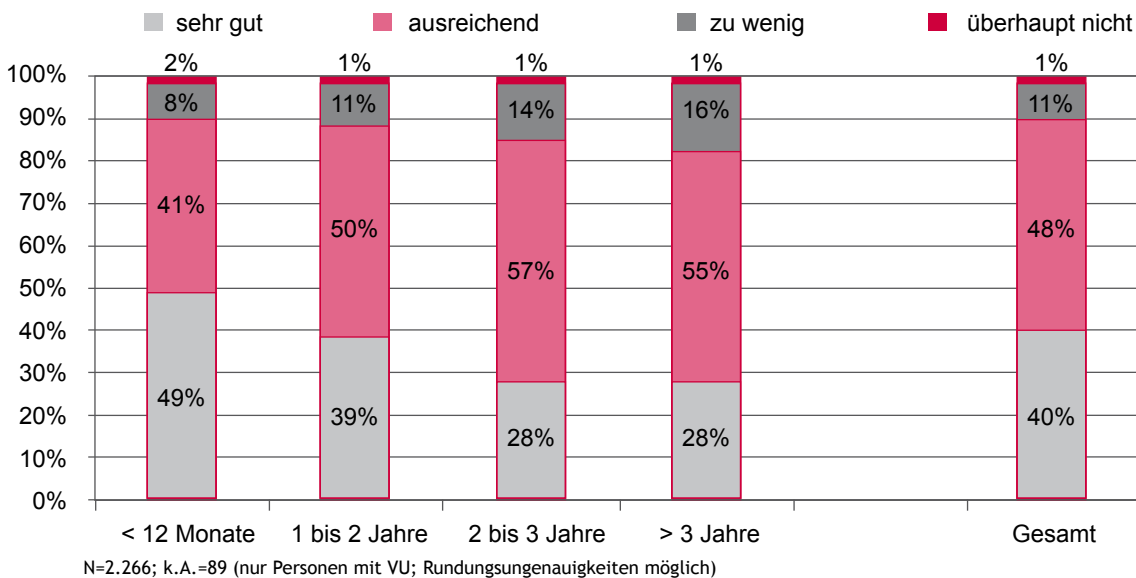
Die Bewertung der Information über die Ergebnisse der Vorsorgeuntersuchung hängt damit zusammen, wie weit die letzte Vorsorgeuntersuchung zurück liegt. Personen, die innerhalb des letzten Jahres bei einer VU waren, geben zur Hälfte an, dass sie sehr gut informiert wurden, diejenigen deren letzte Vorsorgeuntersuchung zwei Jahre und länger zurück liegt nur mehr zu 28 Prozent. Dies könnte mit verschiedenen Faktoren zusammenhängen. Möglich wäre, dass sich Personen mit

länger zurückliegender VU nicht mehr so genau an die Umstände der Vorsorgeuntersuchung erinnern können.

Eine weitere denkbare Erklärung wäre, dass die Personen mit regelmäßiger Inanspruchnahme (diese sind in der Gruppe mit weniger lang zurückliegender VU zu finden) generell interessierter sind und mehr Informationen einfordern. Nicht zuletzt könnten die Zahlen auch auf eine Verbesserung der Informationsaktivität seitens der ÄrztInnen hindeuten.¹¹

¹¹ Etwaige Unterschiede in der Altersverteilung sind nicht als Grund anzusehen. Das Muster bleibt bei getrennter Betrachtung einzelner Altersgruppen weitgehend erhalten.

Abbildung 58: Information über Untersuchungsergebnisse

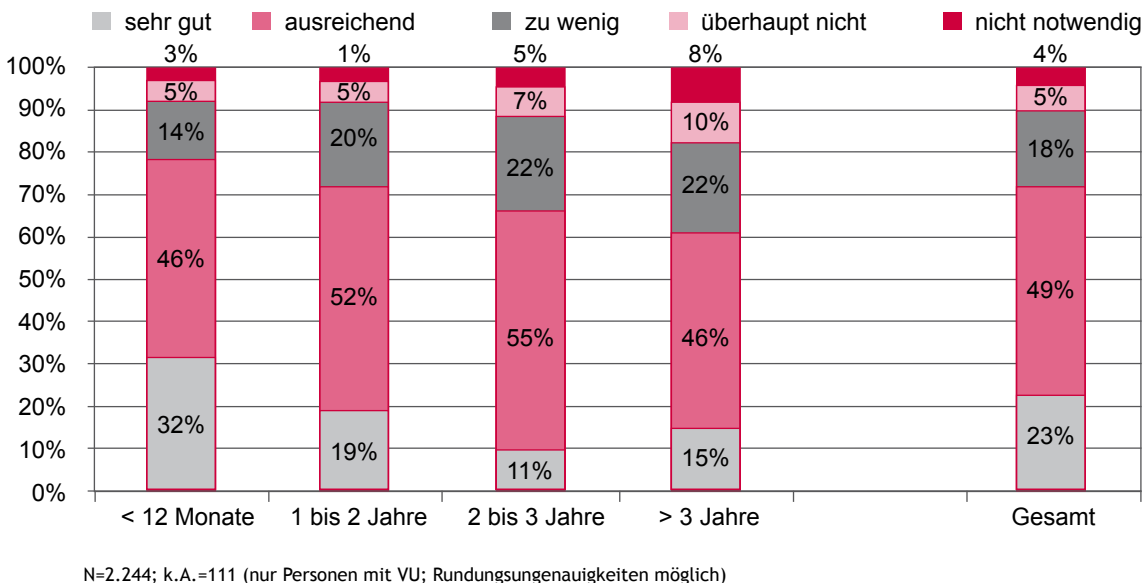


Insgesamt bewerten 23 Prozent der Befragten die Beratung hinsichtlich Gesundheitserhaltung und Krankheitsvermeidung als sehr gut und knapp die Hälfte als ausreichend (49 Prozent). Auch hier lässt sich ein Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der letzten VU feststellen. Personen, deren letzte Vorsorgeuntersuchung weniger als ein Jahr zurück liegt, bewerten die Beratung besser (34

Prozent sehr gut) als solche, deren letzte VU zwei oder mehr Jahre zurück liegt (10-15 Prozent sehr gut). Auch der Anteil derer, die meinen, eine Beratung sei nicht notwendig gewesen, nimmt mit weiter zurückliegender VU zu.¹²

¹² Etwaige Unterschiede in der Altersverteilung sind nicht als Grund anzusehen. Das Muster bleibt bei getrennter Betrachtung einzelner Altersgruppen weitgehend erhalten.

Abbildung 59: Beratung über Gesundheit und Krankheitsvermeidung



Die häufigsten Beratungsinhalte beziehen sich auf eine gesunde Lebensweise (Ernährung, Bewegung etc.) und medizinische Untersuchungen, welche bei rund 27 Prozent der Befragten ausführlich besprochen wurden und bei weiteren 33 bzw. 39 Prozent kurz angesprochen wurden. Darauf folgen medizinische Behandlungsmöglichkeiten (22 Prozent ausführlich und 26 Prozent kurz angesprochen).

Übergewicht bzw. Gewichtsreduktion wurde in 17 Prozent der Fälle ausführlich behandelt und bei weiteren 25 Prozent kurz angesprochen. Das bedeutet, dass bei rund 40 Prozent der Personen, die einen Body-Mass-Index (BMI)¹³ zwischen 30 und 35 aufweisen und 49 Prozent derer mit einem BMI über 35 dieses Thema ausführlich besprochen wurde und bei weiteren 40 Prozent mit BMI über 30 wurde das Thema zumindest angesprochen. Rauchen war bei insgesamt 27 Prozent ein Thema (10 Prozent ausführlich und 17 Prozent angesprochen). Bei 28 Prozent der täglichen RaucherInnen und bei 11 Prozent der gelegentlichen RaucherInnen wurde das Thema ausführlich behandelt. Bei weiteren 43 Prozent der täglichen RaucherInnen und bei 11 Prozent der GelegenheitsraucherInnen wurde das Thema kurz angesprochen.

Alkohol wurde bei 26 Prozent der Vorsorgeuntersuchungen angesprochen (9 Prozent ausführlich und weitere 17 Prozent kurz). Bei Personen mit einem wöchentlichen Alkoholkonsum (nach eigenen Angaben)¹⁴ von mehr als 20 Standardgläsern wurde das Thema Alkohol zu 17 Prozent ausführlich behandelt und zu 43 Prozent kurz angesprochen.

Berufliche Belastungen wurden bei 36 Prozent der Vorsorgeuntersuchungen angesprochen (11 Prozent ausführlich). Bei 23 Prozent war das private Umfeld ein Thema (5 Prozent ausführlich) und bei 12 Prozent das Wohnumfeld (3 Prozent ausführlich).

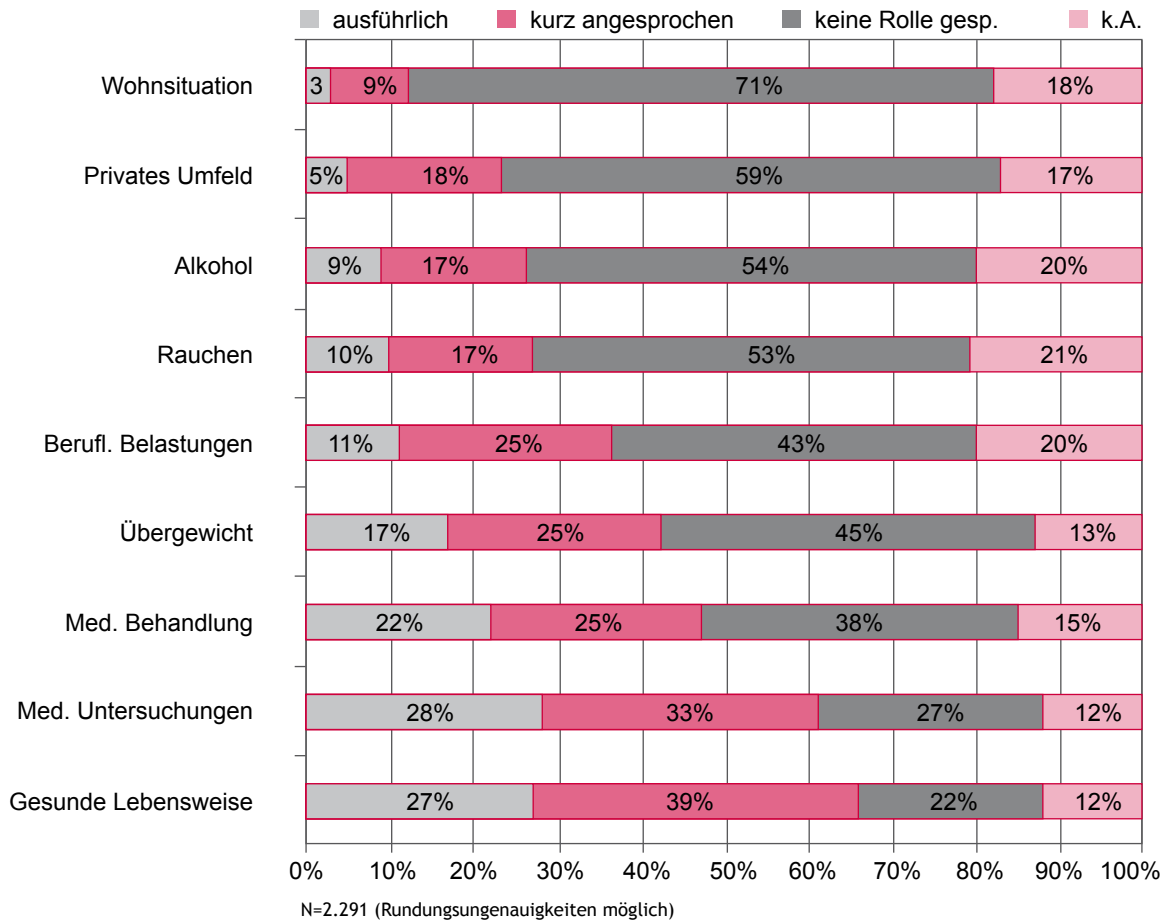
Zur Einschätzung der Beratungsqualität wurden die RespondentInnen befragt, wie weit die Ratschläge für sie hilfreich waren. Insgesamt geben 20 Prozent an, dass die Ratschläge für sie sehr hilfreich waren. Weitere 49 Prozent stufen die Beratung als eher hilfreich ein. 18 Prozent meinen, dass die Beratung (eher) nicht hilfreich war und 14 Prozent, dass keine Beratung nötig war.

Je weiter die letzte VU zurück liegt desto geringer ist der Anteil derer, die angeben, dass die erhaltenen Ratschläge hilfreich bzw. sehr hilfreich waren. Dies ist nicht nur darauf zurückzuführen, dass auch der Anteil derer steigt, die meinen, dass keine Beratung nötig war. Nimmt man letztere aus der Betrachtung aus, so liegt der Anteil mit der Einstufung „sehr hilfreich“ in der Gruppe mit VU innerhalb des letzten Jahres bei 29 Prozent, bei denen mit mehr als zwei Jahre zurückliegenden VU unter 20 Prozent. Mögliche Ursachen wurden bereits weiter oben erwähnt.

¹³ Der BMI errechnet sich aus dem Körpergewicht (in Kilogramm) dividiert durch das Quadrat der Körpergröße (in Metern). Personen mit einem BMI von 30 und darüber werden nach üblicher Klassifikation als adipös eingestuft.

¹⁴ Aus vielen Studien ist bekannt, dass bei Befragungen der tatsächliche Alkoholkonsum deutlich unterschätzt wird.

Abbildung 60: Beratungsinhalte



VORSORGEUNTERSUCHUNG

Abbildung 61: Beratungsqualität

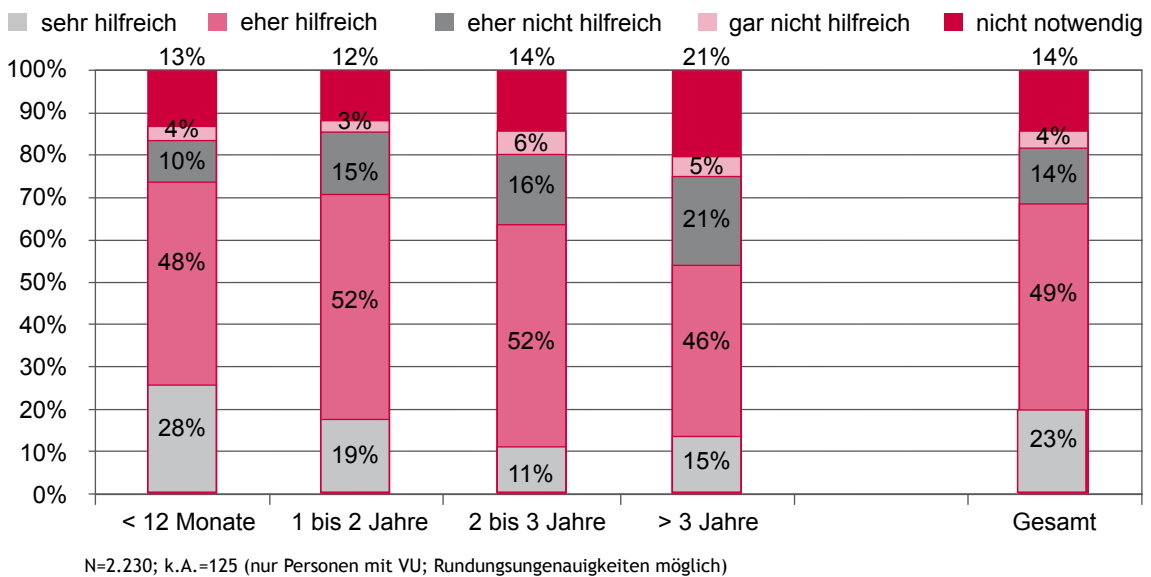
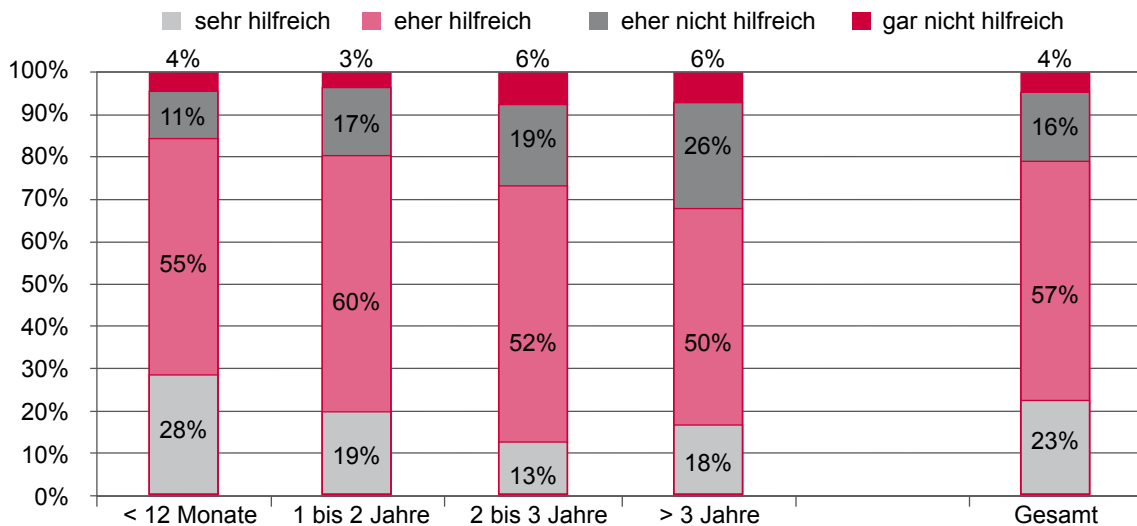


Abbildung 62: Beratungsqualität (nur Personen, bei denen Beratung stattfand)



N=1.919 (Personen mit der Angabe „Beratung war nicht notwendig“ wurden ausgenommen; Rundungsungenauigkeiten möglich)

Generell kann festgehalten werden, dass die Befragten die Beratung bei der Vorsorgeuntersuchung großteils positiv oder zumindest ausreichend bewerten. Auch die Ratschläge werden Großteils als hilfreich oder sehr hilfreich eingestuft.

Die Beratungsinhalte bei der Vorsorgeuntersuchung sind jedoch stark medizinlastig oder sehr stark am individuellen gesundheitsrelevanten Verhalten orientiert (gesunde Lebensweise, Übergewicht, Rauchen, Alkohol). Gesundheitsrelevante Lebensbereiche und Settings (Wohnsituation, privates Umfeld, berufliche Belastungen), werden in eher geringerem Ausmaß thematisiert. Darin spiegelt sich die individuenzentrierte Tradition der Medizin wieder.

Die Bedeutung der Gesundheitsdeterminanten, die sich aus Lebenssituation und Lebensumfeld ergeben, muss hier nicht gesondert betont werden. Vorweg soll jedoch darauf hingewiesen werden, dass in der Bevölkerung ein weitreichendes Verständnis für die Bedeutung dieser Aspekte für die Gesundheit vorhanden ist (siehe Kapitel 4). Eine Erweiterung der Beratungsinhalte dürfte also durchaus auf Akzeptanz der Bevölkerung treffen.

2.4. Akzeptanz von Maßnahmen zur Erhöhung der Inanspruchnahme

Am Ende des Fragebogens wurden die Befragten mittels einer offenen Frage nach einer Stellungnahme zum Thema Vorsorgeuntersuchung und Gesundheit gefragt („Gibt es etwas, das sie uns zum Thema Vorsorgeuntersuchung und Gesundheit noch mitteilen möchten“).

Bei dieser Frage wurde von einigen TeilnehmerInnen erwähnt, dass Informationen zum Thema Vorsorgeuntersuchung nur mangelhaft vorhanden seien und es einer besseren Kommunikation zu den angebotenen Leistungen bedarf. Genannt wurden etwa Postwurfsendungen, Zeitschriften und Broschüren von der GKK, Erinnerungsschreiben, schriftliche Einladungen und Aufforderungen, die Untersuchung wahrzunehmen.

So wurde mitgeteilt, dass „zu wenig Info an Personen unter 40“ verfügbar seien. Informationen sollten außerdem für folgende weitere Bereiche verbessert werden: „Aufklärung über Risiken und Unsicherheiten (Wahrscheinlichkeit von falschen Ergebnissen); Interessenskonflikte offen legen.“ „Mehr Informationen über Möglichkeiten der Vorsorgeuntersuchung: welche Untersuchungen bei welchem Arzt (Facharzt)? Ich würde gerne

das Angebot einer Vorsorge in Anspruch nehmen, weiß nur einfach nicht, bei welchem Arzt dies am sinnvollsten wäre.“ „Ich wünsche mir, dass es eine genauere Information darüber gibt, wo bzw. wann man Vorsorgeuntersuchungen machen kann; und auch eine kleine Übersicht, welche Untersuchungen dazugehören.“ Um diese Punkte umzusetzen, sollte von den Krankenkassen mehr in die Vorsorge investiert werden, um Kosteneinsparungen durch geringere Behandlungskosten zu erzielen. Um einen größeren Personenkreis in die Vorsorgeuntersuchung einzubinden wurde vorgeschlagen, besonderes Augenmerk auf sozial benachteiligte Gruppen zu legen: „Es sollte auch viel Wert gelegt werden auf Personen, die Vorsorgeuntersuchungen nicht nutzen können (z.B. Obdachlose im Obdachlosenheim).“

Um die Akzeptanz von Anreizen und Maßnahmen, die die Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung erhöhen könnten, abzutesten, wurde gefragt, für wie sinnvoll sie verschiedene Ansätze einstufen würden. Folgende Aspekte wurden erhoben:

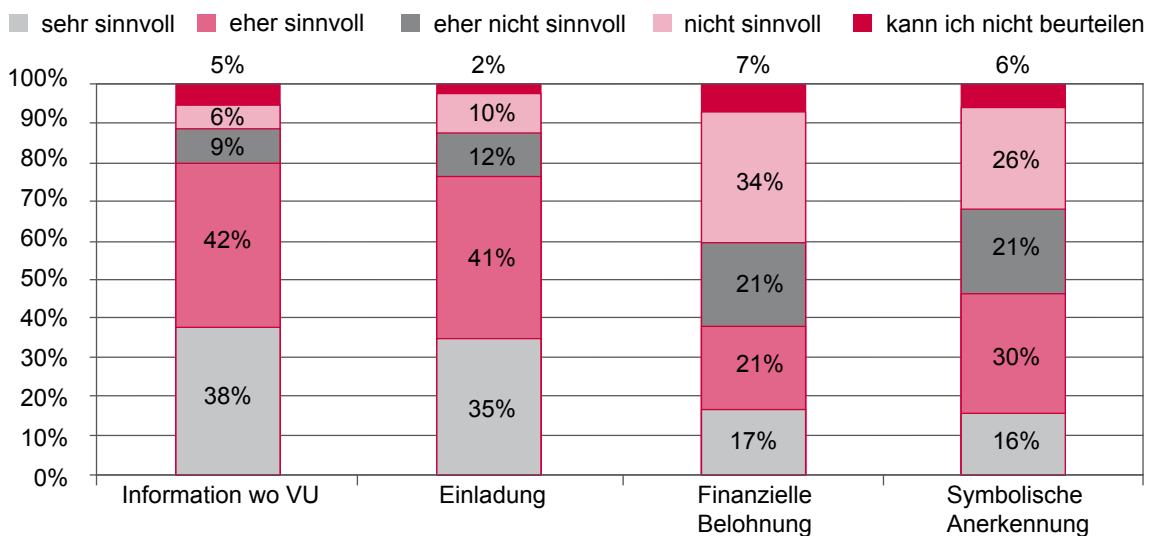
- Finanzielle Belohnung für Menschen, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen (z.B. Bonus)

- Kleine symbolische Anerkennung (z.B. Gutschein für Fitnesscenter)
- Regelmäßige schriftliche oder telefonische Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (z.B. jedes Jahr)
- Bessere Information darüber, wo man sich untersuchen lassen kann

Weitgehend sinnvoll werden bessere Informationen über Angebote der VU sowie eine Einladung zur Vorsorgeuntersuchung eingestuft. Über 35 Prozent halten diese Maßnahmen für sehr sinnvoll und weitere 40 Prozent für eher sinnvoll. Nur 15 bzw. 22 Prozent meinen, diese Maßnahmen seien (eher) nicht sinnvoll.

Bei finanziellen Anreizen und symbolischer Anerkennung überwiegt der Anteil derer, die diese für (eher) nicht sinnvoll halten. Finanzielle Anreize werden von 34 Prozent der Befragten als nicht sinnvoll und von weiteren 21 Prozent als eher nicht sinnvoll eingestuft. 17 Prozent meinen, diese seien sinnvoll und weitere 21 Prozent halten sie für eher sinnvoll. Symbolische Anerkennung wird von 26 Prozent als nicht sinnvoll erachtet und von weiteren 21 Prozent als eher nicht sinnvoll. 16 Prozent stufen diese als sinnvoll ein und weitere 30 Prozent als eher sinnvoll.

Abbildung 63: Anreize und Maßnahmen zur Erhöhung der VU - Teilnahme

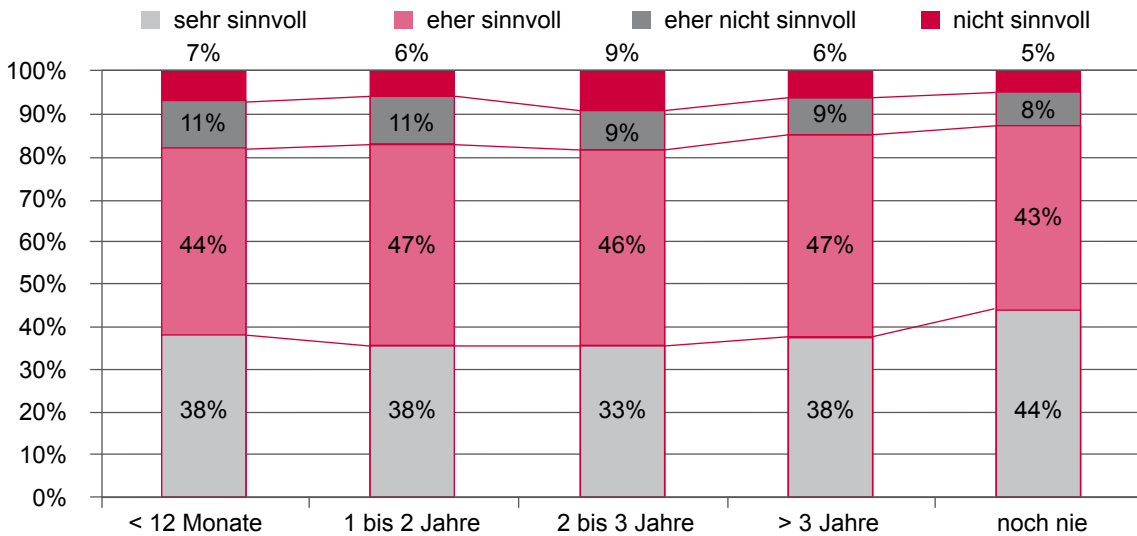


N=3419-3.461; k.A.=68-110 (Rundungsungenauigkeiten möglich)

Nach Inanspruchnahmegruppe (Zeitpunkt letzte VU) lassen sich zwar statistisch signifikante aber keine substanziellen Unterschiede feststellen. Zwar neigen Personen, deren letzte VU weiter zurück liegt, bzw. die noch nie bei einer VU waren eher zu den Maßnahmen „Information wo VU“,

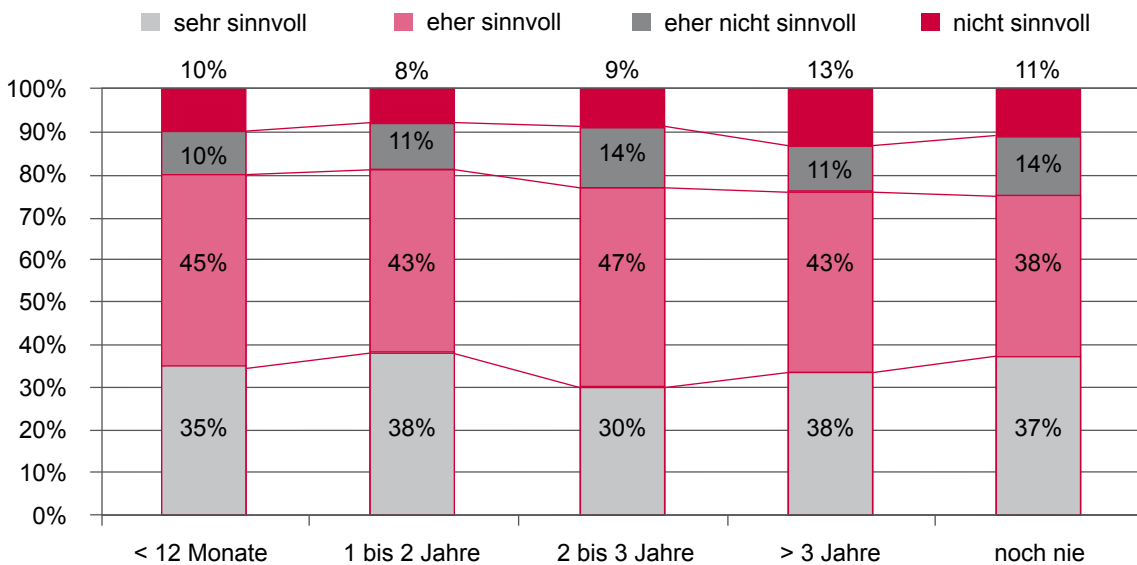
„finanzieller Anreiz“ und „symbolische Anerkennung“ und etwas weniger zur Maßnahme „Einladung“, im Wesentlichen bleibt die Rangordnung bezüglich der Einstufung jedoch gleich.

Abbildung 64: Anreiz: Information (nach Zeitpunkt letzte VU)



N=3.121; k.A.=408 (Rundungsungenauigkeiten möglich)

Abbildung 65: Anreiz: Einladung (nach Zeitpunkt letzte VU)



N=3.223; k.A.=306 (Rundungsungenauigkeiten möglich)

Abbildung 66: Anreiz: Symbolische Anerkennung (nach Zeitpunkt letzte VU)

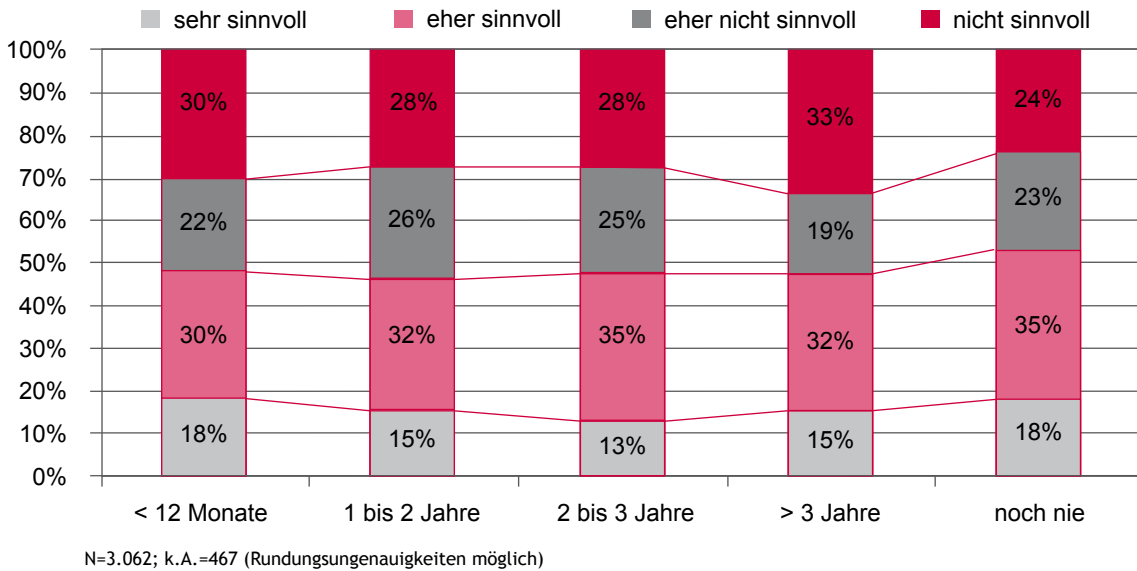
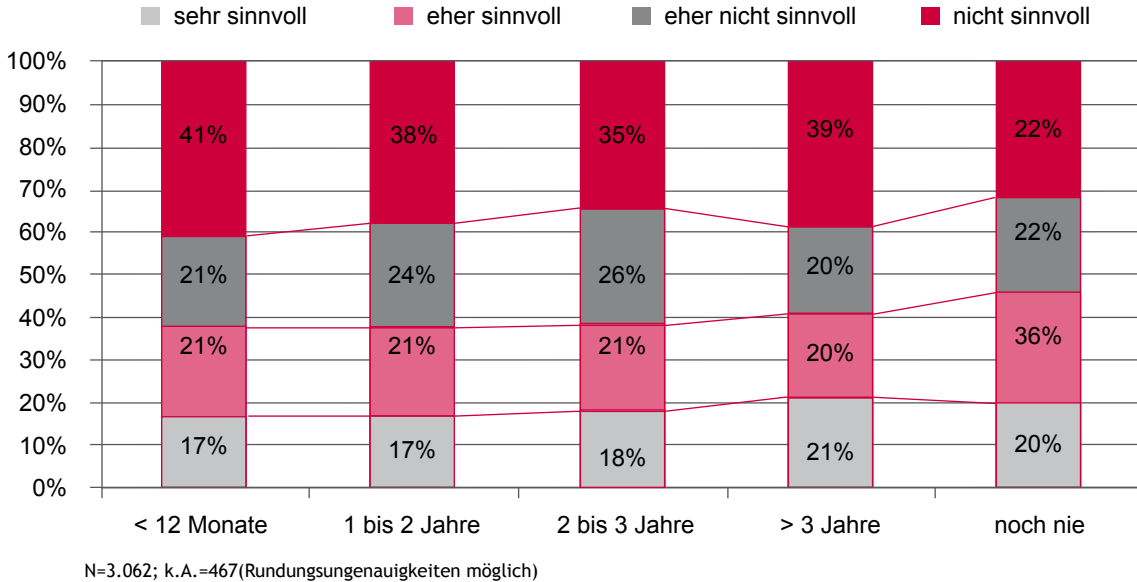


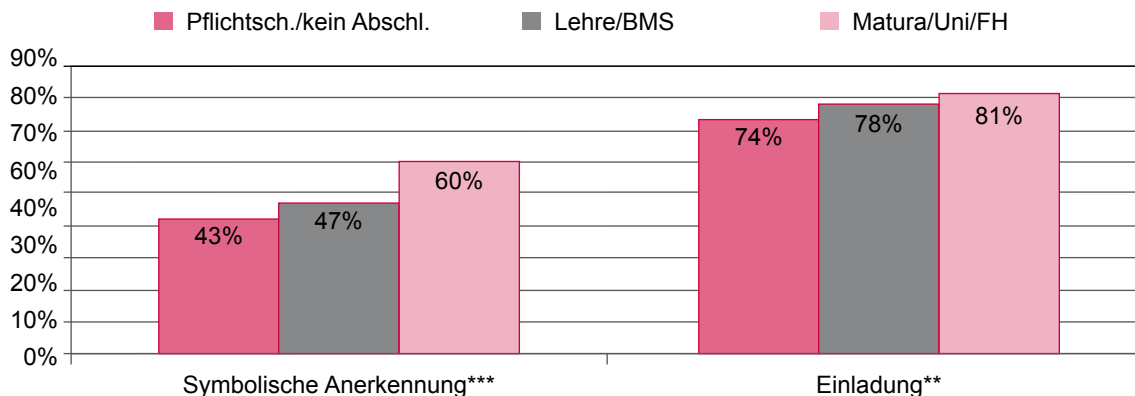
Abbildung 67: Anreiz: Finanzielle Belohnung (nach Zeitpunkt letzte VU)



Nach Einkommensschicht lassen sich keine wesentlichen Unterschiede in der Akzeptanz der genannten Anreizsysteme beobachten. Bei der Betrachtung nach dem Bildungsgrad zeigen sich Unterschiede hinsichtlich der Aspekte „Einladung“ und „symbolische Anerkennung“. Personen aus höher gebildeten Schichten halten diese Maßnahmen tendenziell für sinnvoller als

Personen mit niedrigerem Bildungsgrad (siehe Abbildung 68). Bezüglich finanzieller Anreize und Information lassen sich keine wesentlichen Unterschiede zwischen höher Gebildeten und Personen mit niedrigem Bildungsgrad beobachten.

Abbildung 68: Anreize und Maßnahmen zur Erhöhung der VU nach Bildungsgrad

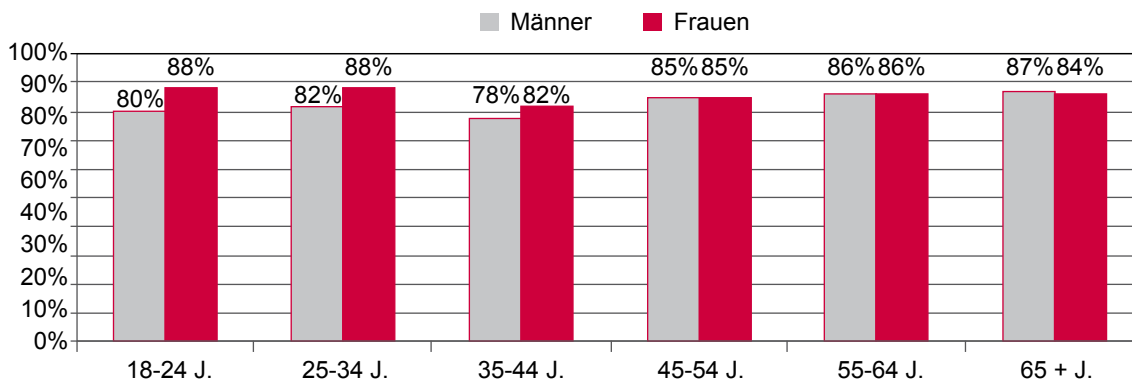


N=3.171-3.347, k.A.=182.158, Anteile sehr/eher sinnvoll, Signifikanzniveaus (Korrelation nach Spearman): *= $p < 0,05$; **= $p < 0,01$; ***= $p < 0,001$; (n.s.)= nicht signifikant

Unter jüngeren Frauen (unter 40 Jahren), ist der Anteil derer, der Information als Anreiz für eher sinnvoll halten, ein wenig höher (88 Prozent), als unter den gleichaltrigen Männern (rund 80 Prozent). Ansonsten lassen sich keine Auffälligkeiten beobachten. Das Anreizsystem wird in allen Altersgruppen ungefähr gleich akzeptiert.

Einladungen als Anreiz zur Erhöhung der VU-Teilnahme werden, ähnlich wie Informationen (siehe oben) von Frauen unter 35 Jahren geringfügig mehr als sinnvoll eingestuft, als unter gleichaltrigen Männern. Ansonsten verteilt sich die Zustimmung relativ gleichmäßig auf die Altersgruppen.

Abbildung 69: Anreiz: Information (nach Alter und Geschlecht)



N=3.247, k.A.=282, Anteile sehr/eher sinnvoll

Bezüglich der Akzeptanz von symbolischen Anerkennungen lässt sich eine deutliche Abnahme mit zunehmendem Alter erkennen. Während in der Altersgruppe zwischen 18 und 24 Jahren rund 60 Prozent solche Maßnahmen für eher sinnvoll halten sind es in der Altersgruppe über 60 nur mehr rund ein Drittel.

Zwischen Männern und Frauen lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten.

Finanzielle Anreize sind in der Altersgruppe zwischen 25 und 35 Jahren am meisten akzeptiert. Mit zunehmendem Alter sinkt der Anteil der Personen, die einer solchen Maßnahme zustimmen.

In den Altersgruppen über 55 Jahren sind Frauen eher der Meinung, finanzielle Anreize könnten die Inanspruchnahme der VU erhöhen, als dies bei gleichaltrigen Männern der Fall ist.

Abbildung 70: Anreiz: Einladung (nach Alter und Geschlecht)

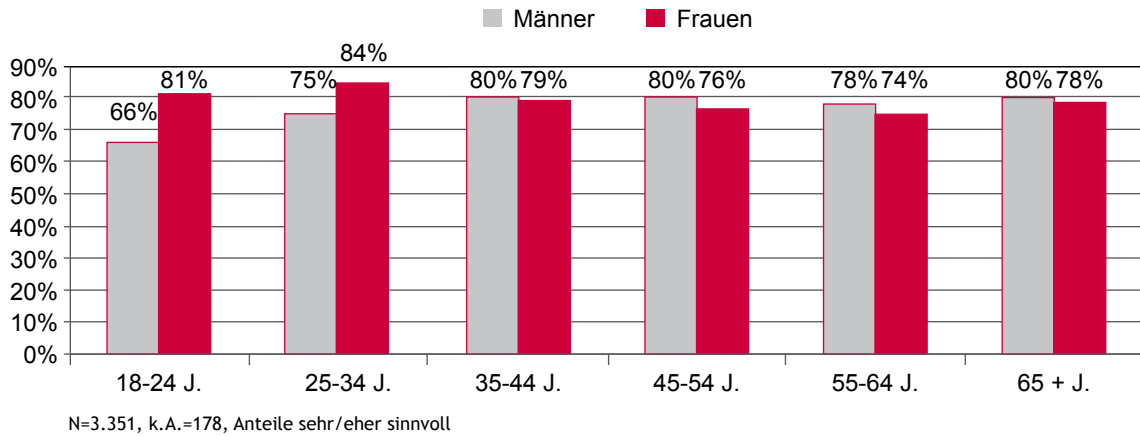


Abbildung 71: Anreiz: Symbolische Anerkennung (nach Alter und Geschlecht)

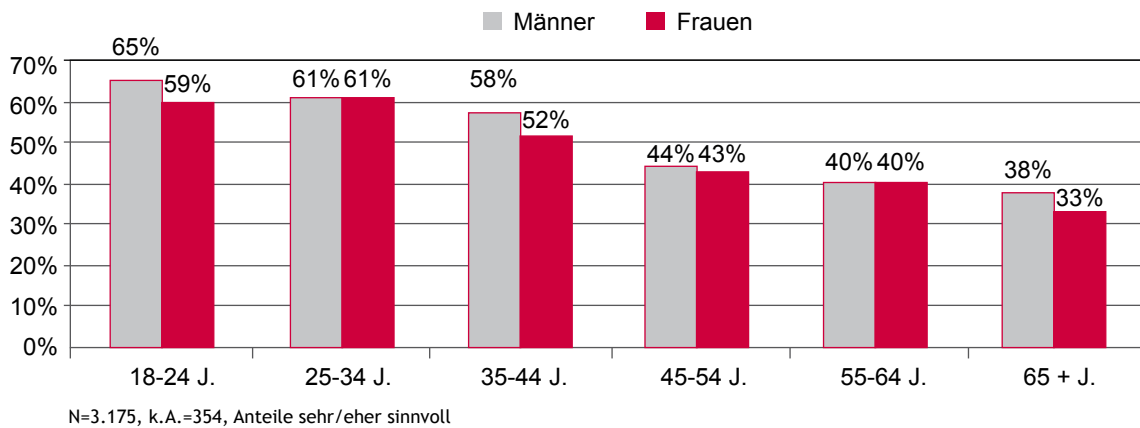
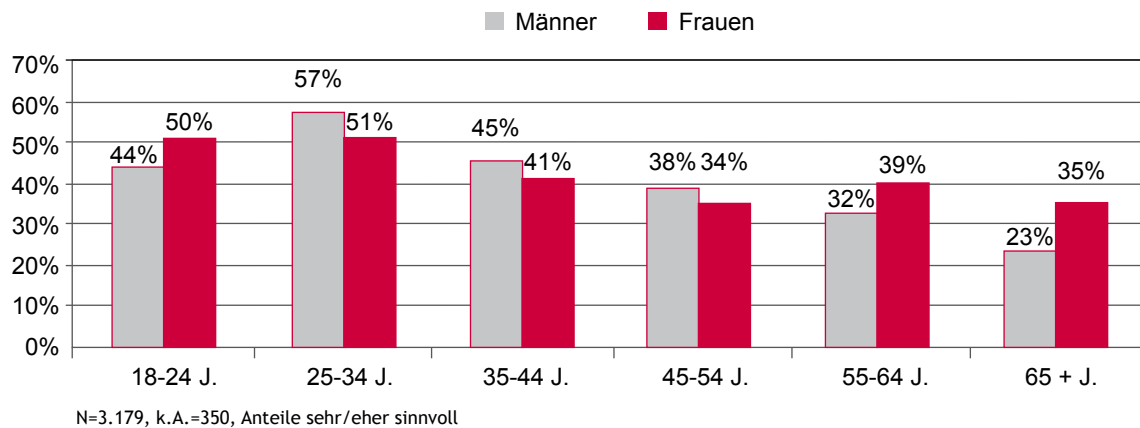


Abbildung 72: Anreiz: Finanzielle Anreize (nach Alter und Geschlecht)



VORSORGEUNTERSUCHUNG

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGS ANGEBOTE

3.1. Gesundheitsverhalten

Für die Aspekte Ernährung, Bewegung und psychische Gesundheit wurde erhoben, wie weit die Befragten diesbezüglich gezielte Aktivitäten setzen. Insgesamt geben 44 Prozent an, dass sie auf gesunde Ernährung achten und 38 Prozent nennen regelmäßige körperliche Betätigungen.

Angesichts der hohen Prävalenz von Depressionen und sonstigen psychischen Problemen ist der Anteil, der gezielte Aktivitäten zur psychischen

Gesundheit (Stressabbau, Entspannung) tätigt, (9 Prozent) bemerkenswert niedrig. Der Anteil der Personen, der auf gesunde Ernährung achtet, ist unter Frauen deutlich höher (52 Prozent) als bei Männern (32 Prozent).

Mit zunehmendem Alter nimmt der Anteil kontinuierlich zu. In der Altersgruppe zwischen 18 und 24 Jahren geben 34 Prozent an, auf gesunde Ernährung zu achten, in der Altersgruppe über 65 Jahren 56 Prozent.

Abbildung 73: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung

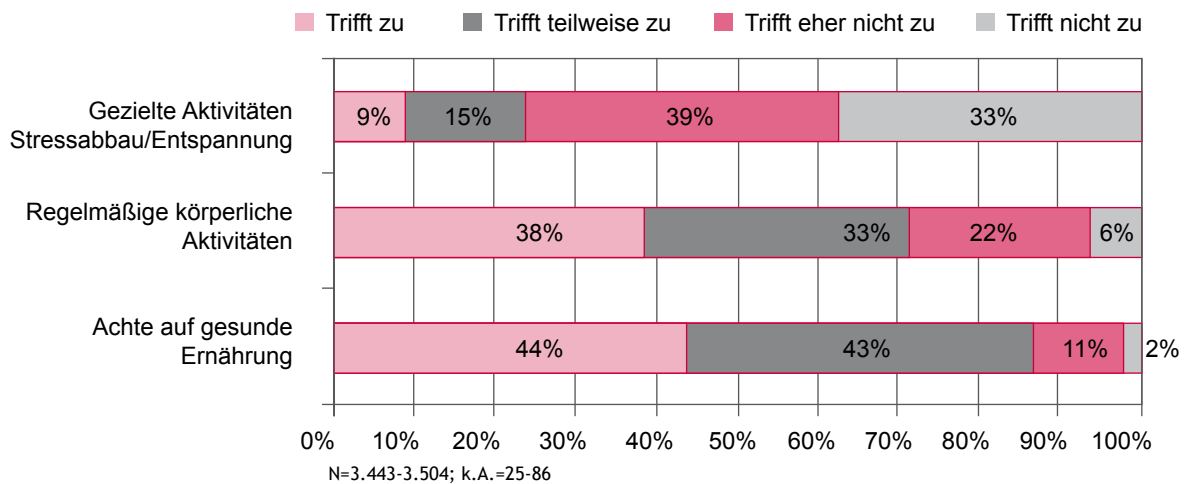
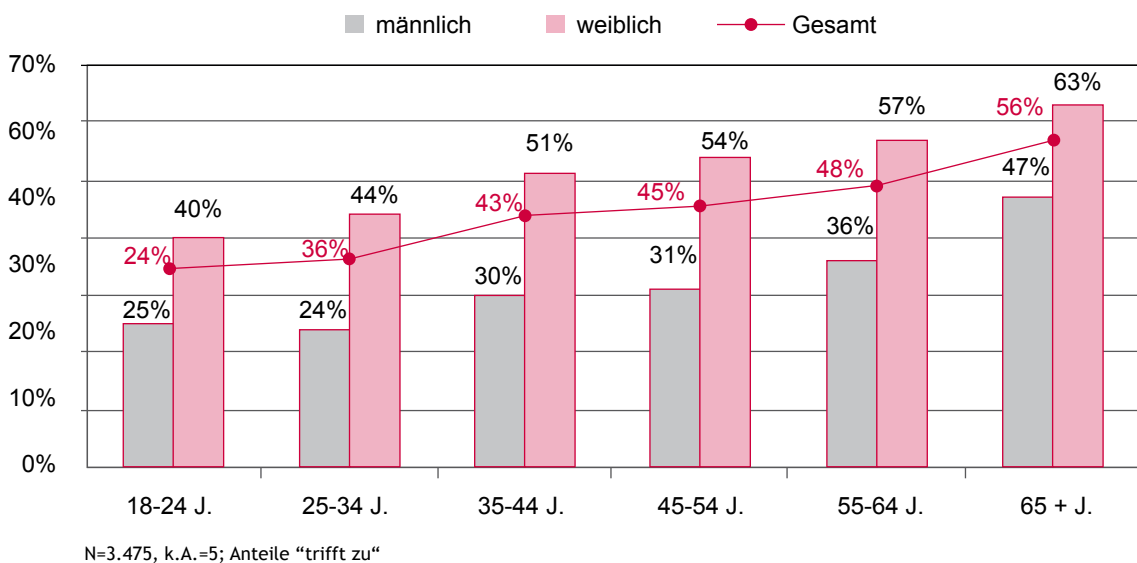


Abbildung 74: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Ernährung



VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Auch hinsichtlich des Merkmals Bewegung zur Gesundheitserhaltung ist mit zunehmendem Alter eine kontinuierliche Zunahme festzustellen. Unter den 18-24-Jährigen beträgt der Anteil 24 Prozent, in der Altersgruppe über 65 ungefähr die Hälfte (49 Prozent).

Zwischen Männern und Frauen lässt sich nur in der Altersgruppe zwischen 18 und 24 ein signifikanter Unterschied feststellen, wo 35 Prozent der Männer, aber nur 22 Prozent der Frauen kör-

perliche Aktivitäten zur Erhaltung der Gesundheit angeben.

Im Bezug auf Aktivitäten zur Erhaltung der psychischen Gesundheit lässt sich zwischen den Altersgruppen kein systematischer Zusammenhang feststellen. Frauen weisen in den Altersgruppen ab 35 Jahren ein höheres Aktivitätsniveau auf (über 10 Prozent) als Männer (5-6 Prozent). In den jüngeren Altersgruppen sind die Unterschiede zwischen Männern und Frauen nicht signifikant.

Abbildung 75: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Bewegung

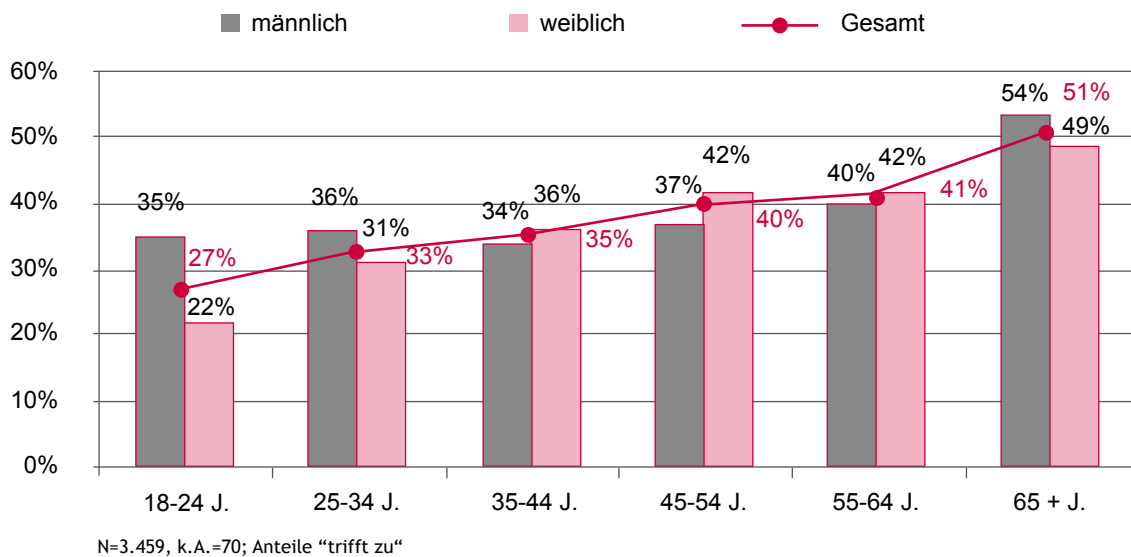
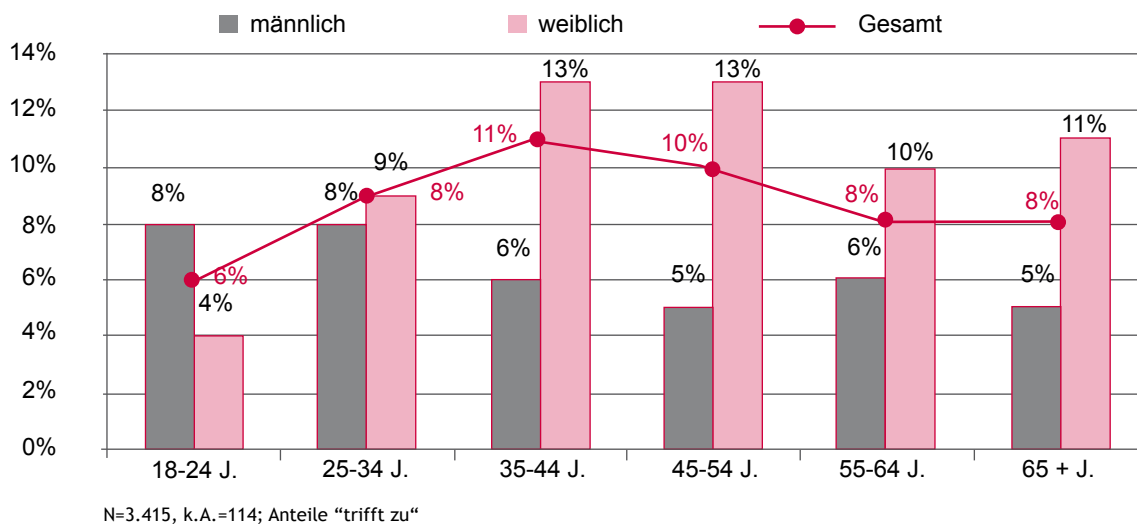


Abbildung 76: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Stressabbau/Entspannung



Hinsichtlich des Anteils der Personen, der angibt, sich gesund zu ernähren, ist kein wesentlicher Unterschied zwischen den verschiedenen Einkommensschichten zu beobachten. Auch bezüglich der Angaben zu Stressabbau/Entspannung sind keine wesentlichen Unterschiede zu erkennen. Es zeigt sich jedoch, dass höhere Einkommensschichten tendenziell häufiger Aktivitäten im Bereich Bewegung angeben.

Bei den Frauen weist das Viertel mit dem höch-

ten Äquivalenzeinkommen (mit 46 Prozent) ein deutlich höheres Aktivitätsniveau auf als die übrigen Einkommensgruppen (36 Prozent).

Bei den Männern zeichnet sich vor allem das untere Einkommensviertel (mit 30 Prozent Aktiven) durch ein deutlich geringeres Niveau aus als die übrigen Einkommensgruppen (rund 40 Prozent). Nach Bildungsgrad lassen sich keine wesentlichen Unterschiede bezüglich des Aspektes „Gesunde Ernährung“ beobachten.

Abbildung 77: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Einkommensschicht: Bewegung

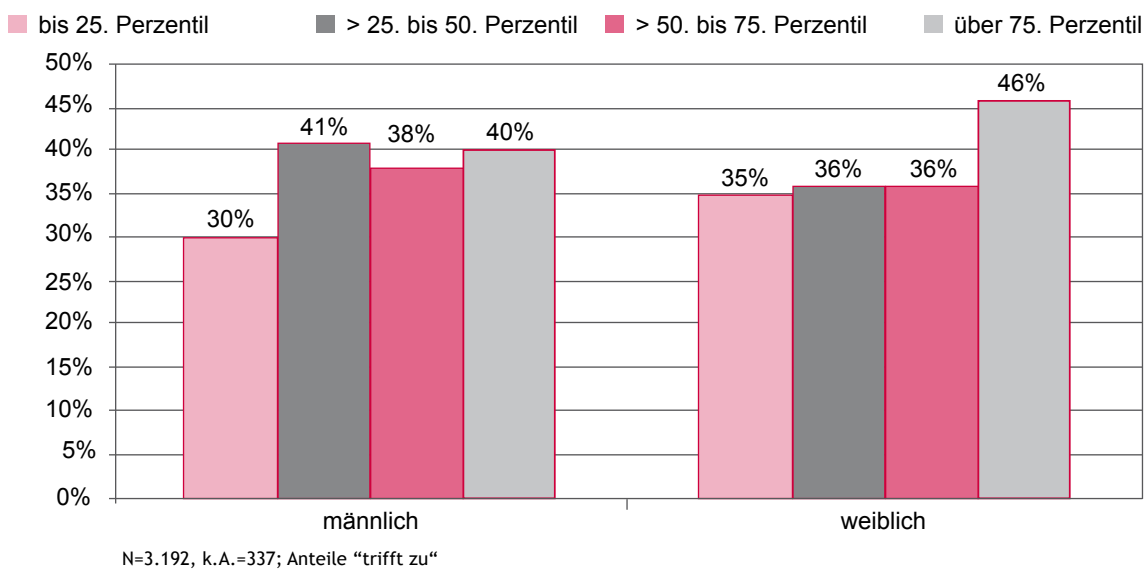
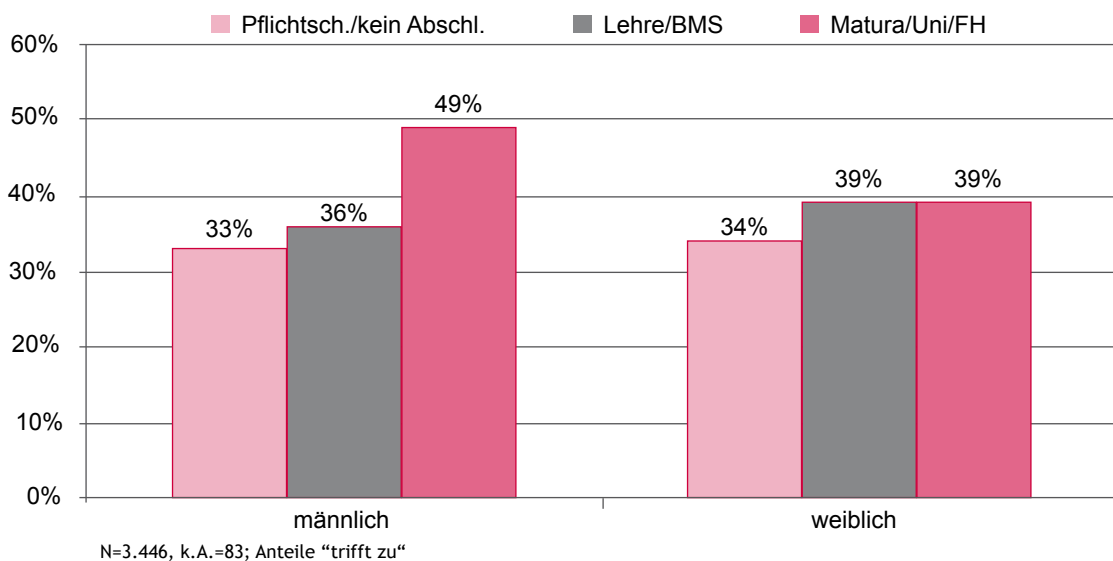


Abbildung 78: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Bildungsgrad: Bewegung



VERHALTENSORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
ANGEBOTE

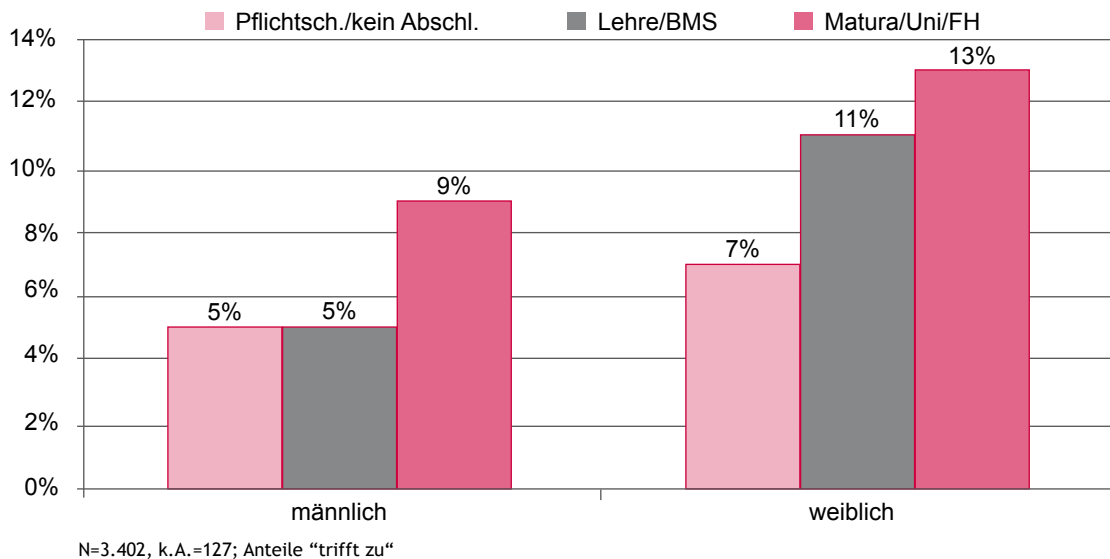
Bezüglich des Aspektes „Bewegung“ zeichnen sich Männer aus der oberen Bildungsschicht (ab Maturaniveau) durch ein deutlich höheres Aktivitätsniveau (49 Prozent) aus (übrige Bildungsschichten rund 35 Prozent). Bei den Frauen sind die Unterschiede zwischen den Bildungsgruppen nicht signifikant.

Sowohl bei Männern als auch bei Frauen zeigen sich bezüglich der Aktivitäten zu Stressabbau/

Entspannung Unterschiede zwischen den Bildungsschichten. Männer mit höherem Bildungsgrad (ab Maturaniveau) geben in höherem Ausmaß derartige Aktivitäten an (9 Prozent) als Männer mit mittlerer oder niedrigerer Bildung (5 Prozent).

Bei Frauen liegt der Anteil mit Aktivitäten im Bereich Entspannung/Stressabbau in der unteren Bildungsschicht (Pflichtschule/kein Abschluss mit 7 Prozent) deutlich unter dem der mittleren und oberen Bildungsschicht (11-13 Prozent).

Abbildung 79: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Bildungsgrad: Entspannung/Stressabbau



3.2. Veränderungsbereitschaft hinsichtlich relevanter Verhaltensweisen und unterstützende Angebote

Mehr als die Hälfte der Befragten würden gerne mehr hinsichtlich der Aspekte „gesunde Ernährung“, „mehr Bewegung“ und „besserer Umgang mit Stress und persönlichen Belastungen“ tun bzw. ihren Lebensstil diesbezüglich verändern. Rund ein Viertel (26 Prozent) gibt an, dass sie ihren Alkoholkonsum reduzieren möchten.

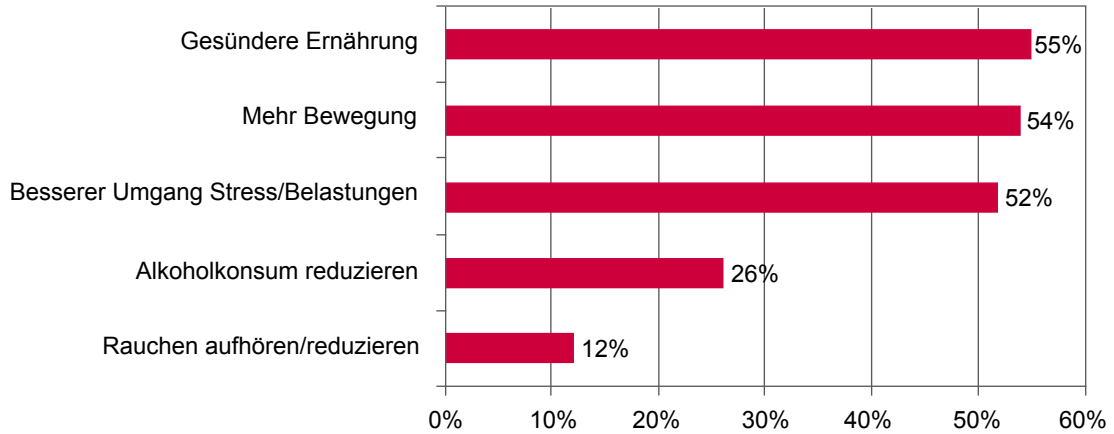
12 Prozent geben an, dass sie weniger Rauchen möchten bzw. das Rauchen aufgeben möchten - das sind über 40 Prozent der RaucherInnen.

Auf die Frage, welche Angebotsformen den Befragten bei geplanten Lebensstilveränderungen weiterhelfen könnten, werden am häufigsten persönliche Beratung (37 Prozent „hilfreich“) und Informationsmaterial (28 Prozent) genannt.

Im Mittelfeld rangieren Vorträge und persönliche Begleitung (22 Prozent) sowie Kurse/Seminare (18 Prozent). 14 Prozent geben an, dass Aktiv- und Selbsthilfegruppen hilfreich sind.

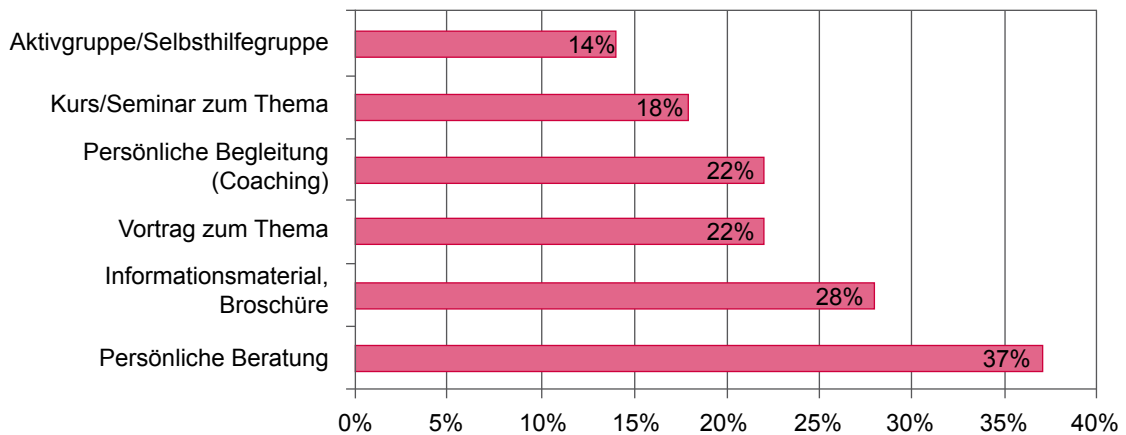
Auf die Frage, ob die für sie hilfreichen Angebote in ausreichendem Maß angeboten werden, antworten ein Drittel der Befragten, dass zu wenig Angebot vorhanden ist. 62 Prozent meinen, dass ausreichend Angebot besteht und 5 Prozent orten ein Überangebot.

Abbildung 80: Veränderungsbereitschaft hinsichtlich Gesundheitsverhalten



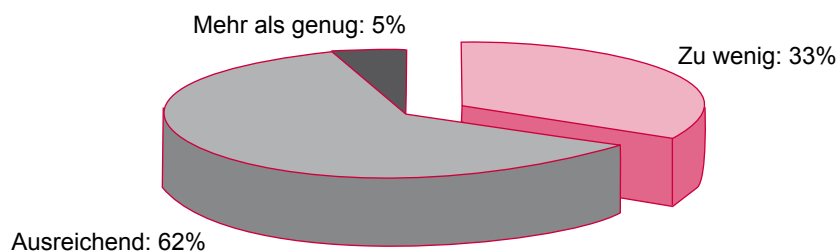
Frage 8: „Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie künftig gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?“; nur klare Zustimmung (ja / eher ja / eher nein / nein); N=3.529

Abbildung 81: Angebotsformen



Frage 9: „Wenn Sie nun an diese Dinge denken, die Sie gerne verändern möchten: Welche Angebote würden Ihnen diesbezüglich weiterhelfen?“; (ja / eher ja / eher nein / nein); N=3.529

Abbildung 82: Angebot an Unterstützungsmaßnahmen



Frage 9a: „Werden die Angebote, die für Sie hilfreich wären, in ausreichendem Maß angeboten?“; /ja / eher ja / eher nein / nein); N=3.397; k.A.=132

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

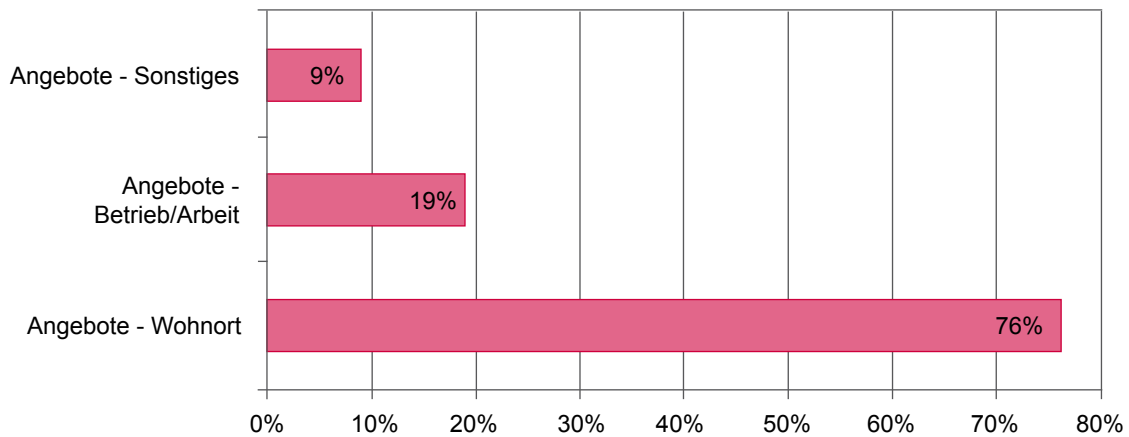
Rund drei Viertel geben an, dass für sie relevante Angebote in der Nähe des Wohnortes verfügbar sind. 19 Prozent sehen ein Angebot im Betrieb bzw. am Arbeitsplatz und 9 Prozent geben an, dass sie anderswo Angebote nutzen könnten.

Betrachtet man das von den Befragten wahrgenommene Angebot, so geben Personen, die das Rauchen aufgeben bzw. reduzieren möchten, am häufigsten an, dass zu wenig Unterstützungsange-

bote vorhanden sind (42 Prozent). Am geringsten ist der Anteil, der zu wenig Angebot sieht, bei den Befragten, die ihren Alkoholkonsum reduzieren möchten (33 Prozent).

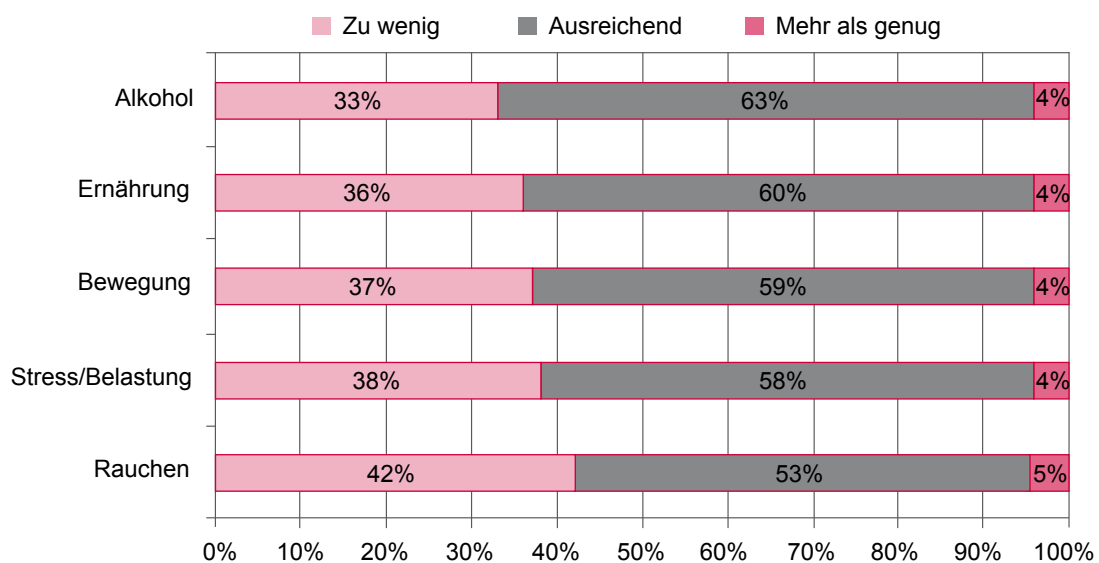
Im Mittelfeld liegen die Personen, die ihre Lebensweise bezüglich Bewegung, Ernährung und psychischen Belastungen verändern möchten (rund 37 Prozent sehen hier zu wenig Angebot).

Abbildung 83: Angebote



Frage 9b: „Wenn diese Angebote vorhanden sind: Wo können Sie diese in Anspruch nehmen?“ N=3.529

Abbildung 84: Angebot nach Veränderungsbereitschaft / Gesundheitsverhalten

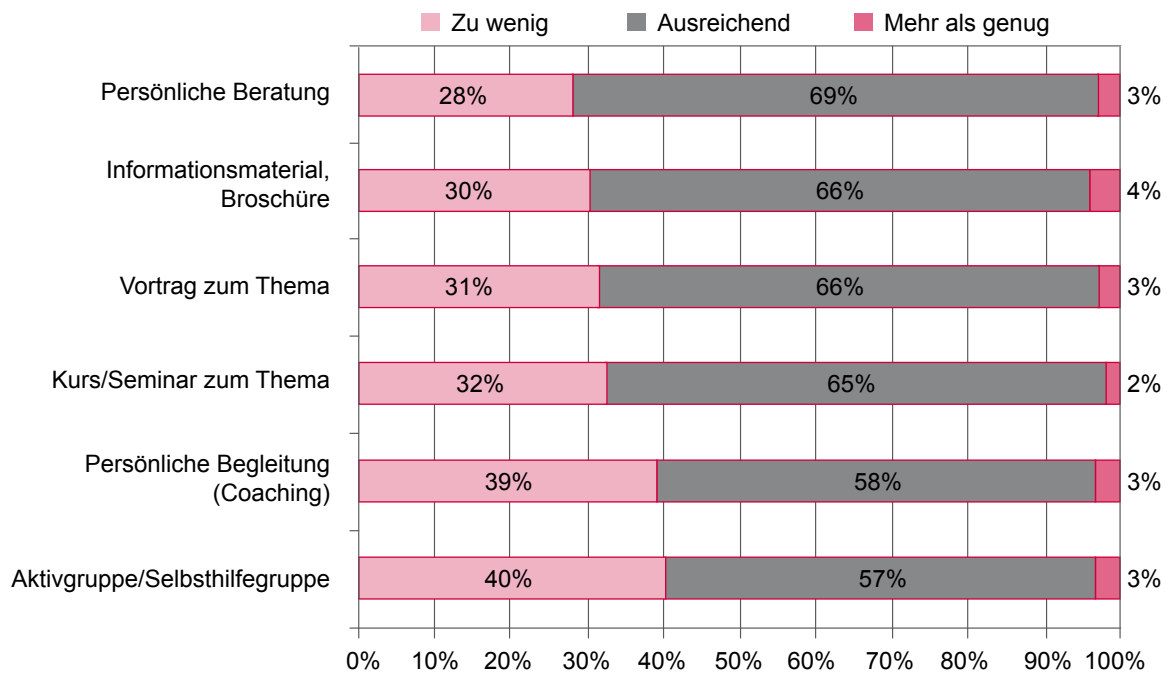


Frage 8: „Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie künftig gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?“; Anteile derer, die das jeweilige Verhalten ändern möchten. N=421-1887; (Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert).

Der Anteil der Personen, der Angebotsdefizite wahrnimmt, ist unter den Befragten, die Aktiv- oder Selbsthilfegruppen bzw. persönliche Beglei-

tung als hilfreich einstufen, am größten (rund 40 Prozent). Bei allen anderen Angebotsformen liegt der Anteil bei rund 30 Prozent.

Abbildung 85: Angebot nach Angebotsform



Frage 8: „Ganz abgesehen davon, was Sie jetzt schon tun um gesund zu bleiben: Was würden Sie künftig gerne verändern, um etwas für Ihre Gesundheit zu tun?“; Anteile derer, die das jeweilige Angebot für hilfreich halten; N=421-1887; (Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert).

3.3. Betriebliche Angebote

Die berufstätigen Personen wurden danach befragt, wie weit in ihrem Betrieb bzw. an ihrer Arbeitsstelle Angebote der Krankheitsprävention bzw. Gesundheitsförderung angeboten oder gefördert werden bzw. ob ihnen solche Angebote bekannt sind.

Den Antworten der Befragten zufolge finden etwa die Hälfte ausreichend Maßnahmen der Unfallverhütung und NichtraucherInnenschutz am Arbeitsplatz vor. 28 Prozent meinen, dass die Unfallverhütungsmaßnahmen zu wenig vorhanden sind und 15 Prozent sehen keine dahingehenden Vorkehrungen. Beim NichtraucherInnenschutz sehen 15 Prozent Defizite und weitere 15 Prozent gar keine Maßnahmen.

Rund ein Drittel gibt an, dass bei Problemen mit KollegInnen in ausreichendem Maß Ansprechpersonen vorhanden sind. Etwa ein Fünftel sieht diesbezüglich zu wenig Angebot und etwas mehr als ein Drittel gar kein Angebot.

28 Prozent der erwerbstätigen Befragten geben an, dass sie im Betrieb ausreichend medizinisch betreut werden (in Form von Untersuchungen). 21 Prozent meinen, dass dies zu wenig der Fall ist und 46 Prozent sehen diesbezüglich gar kein Angebot. Knapp ein Viertel hält die ergonomische Ausstattung für ausreichend, ebenso viele sehen Defizite („zu wenig“) und 45 Prozent meinen, dass keine ergonomische Ausstattung vorhanden ist.

Ruhe- und Sozialräume sind für 23 Prozent in ausreichendem Ausmaß vorhanden. Ebenso viele sehen zu wenig Angebot und die Hälfte gar kein Angebot an solchen Räumlichkeiten für die Belegschaft.

23 Prozent geben an, dass in der Betriebsküche ausreichend gesundes Essen angeboten wird, 15 Prozent meinen, dies sei zu wenig der Fall und 54 Prozent geben an, dass gar kein Angebot an gesundem Essen im Betrieb besteht.

19 Prozent der Befragten sehen ein ausreichendes Angebot an RaucherInnenentwöhnungsangeboten in Ihrem Betrieb. 9 Prozent meinen, dass diesbezüglich zu wenig Angebot besteht und 59 Prozent sehen kein Angebot zur RaucherInnenentwöhnung.

Angebote zur Förderung von Bewegung und Sport nennen 17 Prozent der Befragten. Ebenso viele sehen diesbezüglich zu wenig Angebot und 62 Prozent gar kein Angebot.

Ausreichend Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit sehen 16 Prozent der Befragten in ihrem Betrieb. 20 Prozent sehen zu wenig und weitere 59 Prozent gar kein solches Angebot.

Gesundheitszirkel sind ein spezifisches Instrument im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF). Dieses Angebot können nur Personen kennen, wenn im Betrieb ein BGF-Projekt durchgeführt wird bzw. wurde.

8 Prozent der Beschäftigten geben an, dass in ihrem Betrieb in ausreichendem Maß Gesundheitszirkel eingerichtet sind. 7 Prozent meinen, dies sei zu wenig der Fall und 69 Prozent geben an, dass keine Gesundheitszirkel eingerichtet sind. 16 Prozent ist dieses Angebot unbekannt.

Die Angebote in den Betrieben unterscheiden sich deutlich nach Betriebsgröße. Fast alle Angebote werden von Beschäftigten in kleineren Betrieben deutlich seltener genannt, als von Beschäftigten in größeren Betrieben. Ausnahmen stellen die Angebote an Ruhe- und Sozialräumen sowie an Ansprechpersonen im Falle von Problemen mit KollegInnen dar, die von Beschäftigten in kleineren

und größeren Betrieben in ähnlichem Ausmaß als ausreichend eingestuft werden.

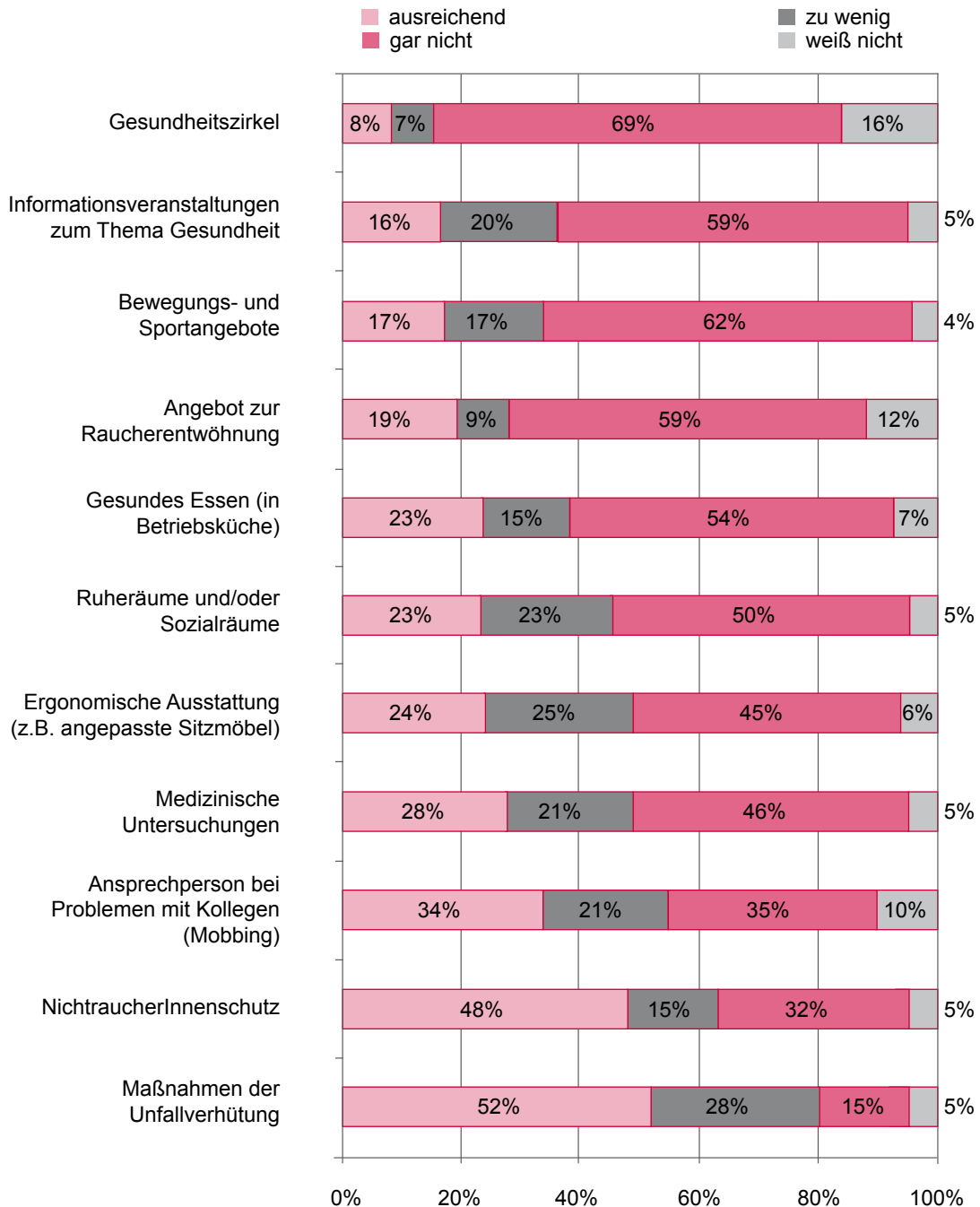
Besonders groß sind die Unterschiede zwischen den Betriebsgrößen bei medizinischen Untersuchungen, gesunder Betriebsküche, Informationsveranstaltungen, Bewegungs- und Sportangeboten, Unfallverhütungsmaßnahmen, NichtraucherInnenenschutz und Gesundheitszirkeln.

Zwischen ArbeiterInnen und Angestellten lassen sich bezüglich der Aspekte Ergonomische Ausstattung und NichtraucherInnenenschutz Unterschiede feststellen. 30 Prozent der Angestellten geben an, dass ihr Arbeitsplatz ausreichend ergonomisch gestaltet ist, aber nur 16 Prozent der ArbeiterInnen.

54 Prozent der Angestellten, aber nur 37 Prozent der ArbeiterInnen geben an, dass in ihrem Betrieb ausreichend für NichtraucherInnenenschutz gesorgt ist. Bezüglich der anderen Angebote im Betrieb lassen sich nur geringe Unterschiede beobachten.

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 86: Betriebliche Angebote

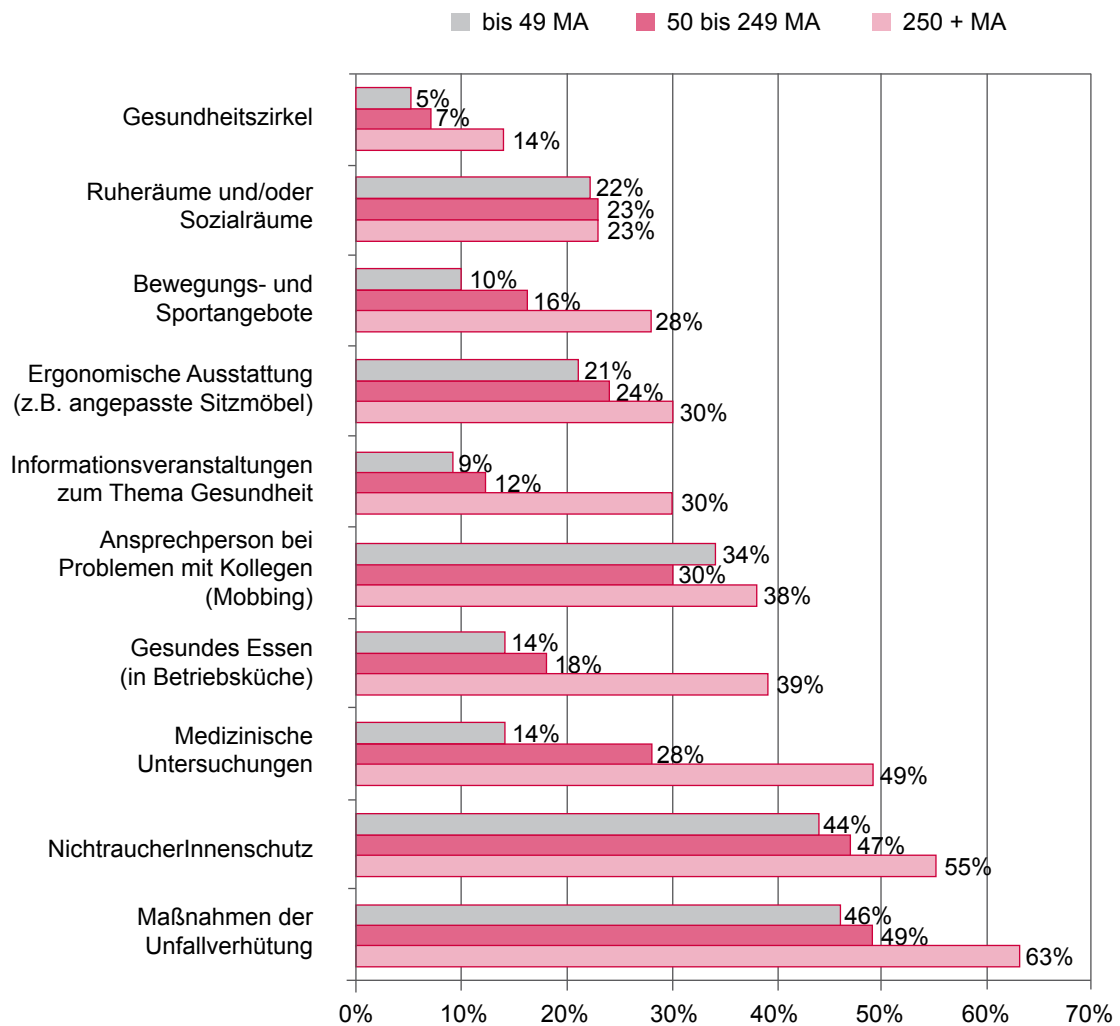


VERHALTENSORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
ANGEBOTE

Frage 10: „Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert?“; nur Erwerbstätige N=1.901-1940, k.a.=70-109 (Rundungsgenauigkeiten nicht korrigiert)

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 87: Betriebliche Angebote nach Betriebsgröße



Frage 10: „Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert?“; Anteil „ausreichend“, nur Erwerbstätige N=1.901-1.940, k.A.=70-109

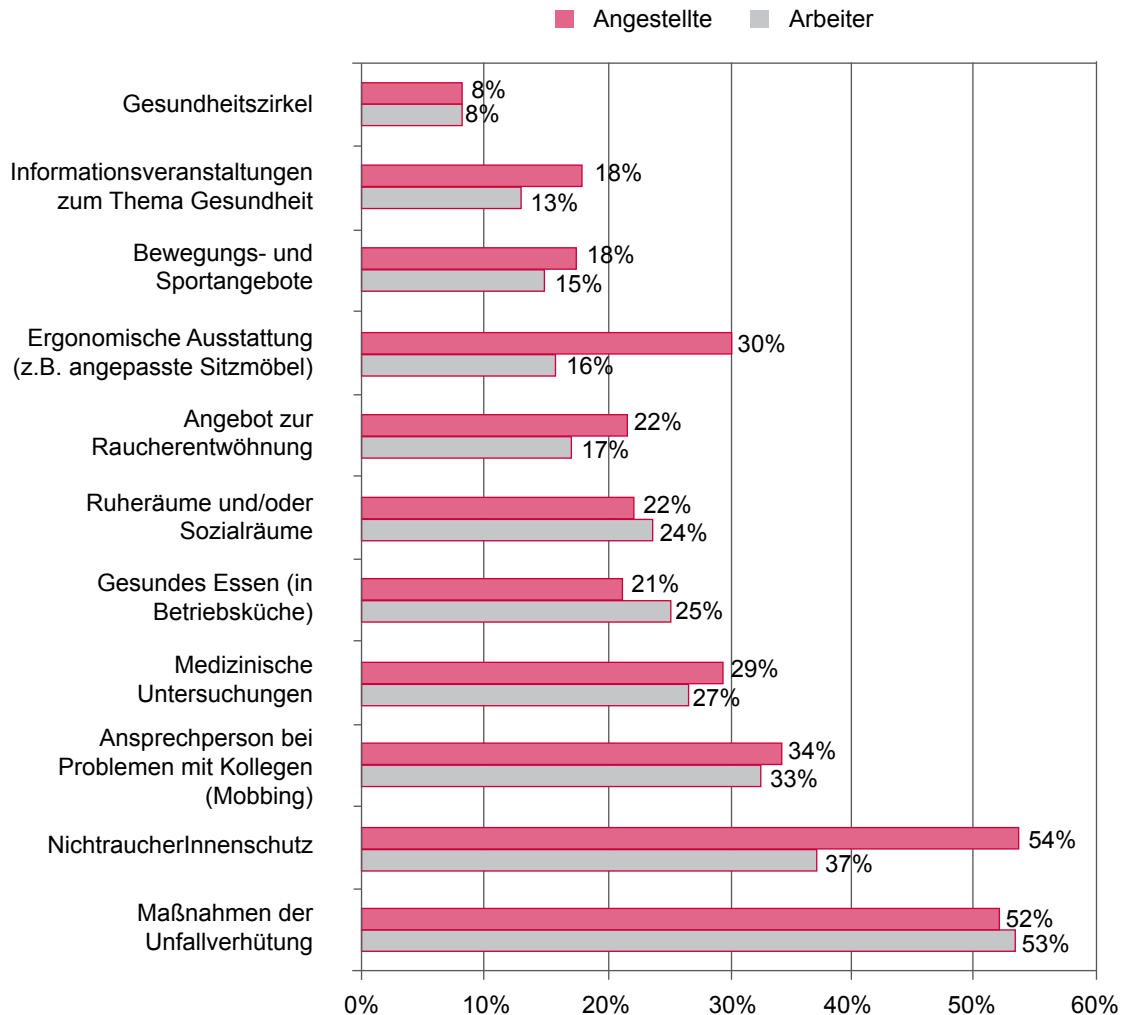
Beschäftigte aus unterschiedlichen Einkommenschichten finden an ihren Arbeitsstätten in unterschiedlichem Ausmaß eine ergonomische Ausstattung des Arbeitsplatzes, Angebote an medizinischen Untersuchungen und Angebote der RaucherInnenentwöhnung vor.

trieb derartige Angebote gibt, als Beschäftigte aus niederen Einkommenschichten (siehe Abbildung 89). Bei den übrigen Aspekten betrieblicher Angebote lassen sich keine wesentlichen Unterschiede beobachten.

Beschäftigte mit höherem Äquivalenzeinkommen geben deutlich häufiger an, dass es in ihrem Be-

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 88: Betriebliche Angebote nach Anstellungsverhältnis



VERHALTENSORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
ANGEBOTE

Frage 10: „Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert?“; Anteil „ausreichend“, nur ArbeiterInnen und Angestellte N=1.868-1.901, k.A.=104-142

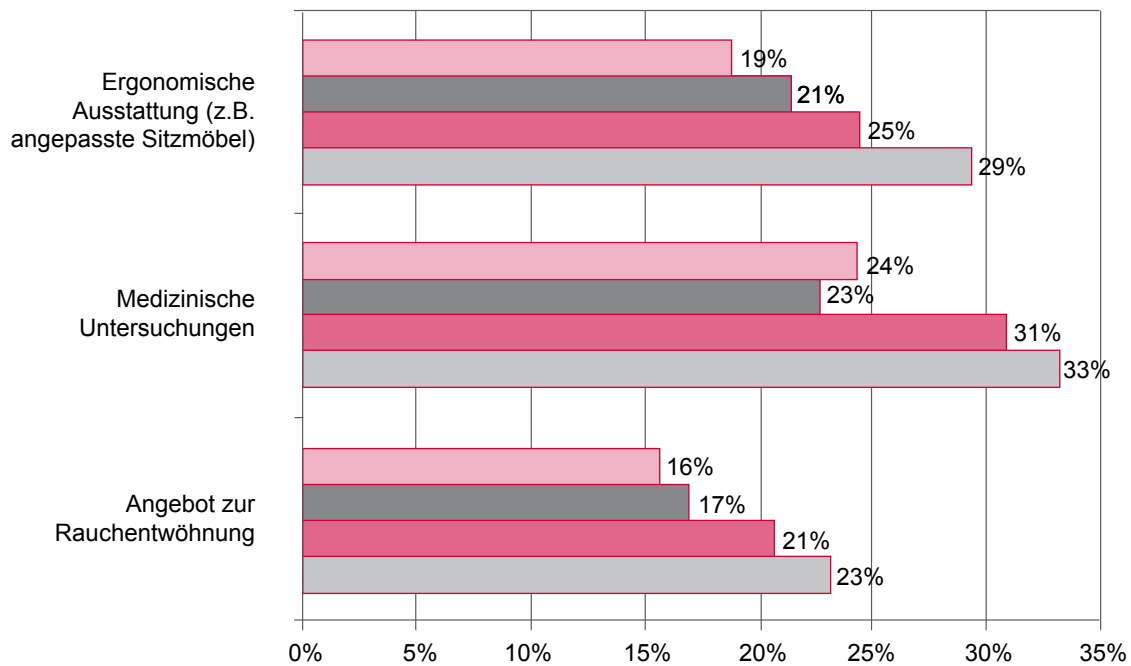
Beschäftigte mit höherem Bildungsgrad (ab Maturaniveau) geben häufiger an, dass in Ihrem Betrieb ausreichend für NichtraucherInnenenschutz gesorgt wird.

Ebenso finden sie häufiger ergonomische Ausstattung, Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit sowie Bewegungs- und Sportangebote vor, als Personen aus unteren Bildungsschichten (Pflichtschule/kein Abschluss).

VERHALTENSORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

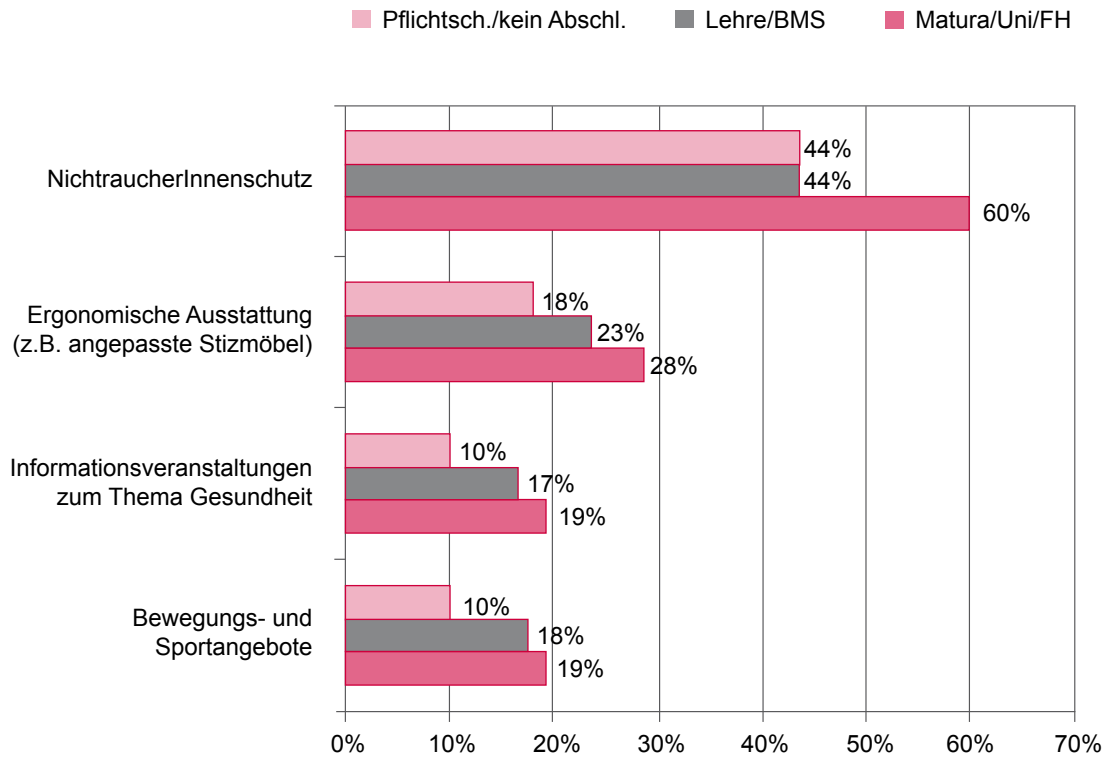
Abbildung 89: Betriebliche Angebote nach Einkommen (Äquivalenzeinkommen)

■ bis 25. Perzentil ■ > 25. bis 50. Perzentil ■ > 50. bis 75. Perzentil ■ über 75. Perzentil



Frage 10: „Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert?“; Anteil „ausreichend“, nur Erwerbstätige: N=1.809-1.831, k.A.=179-201

Abbildung 90: Betriebliche Angebote nach Bildungsgrad

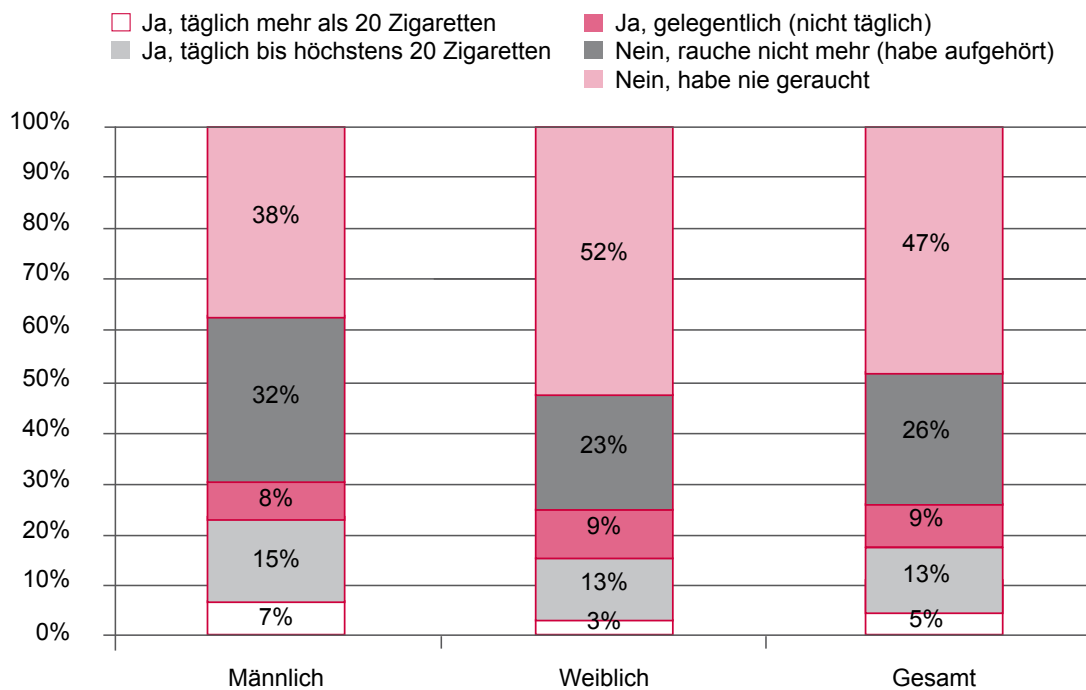


Frage 10: „Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert?“; Anteil „ausreichend“, nur Erwerbstätige: N=1.917-1.930; k.A.=80-93

3.4. Rauchen und Bereitschaft zur Rauchentwöhnung

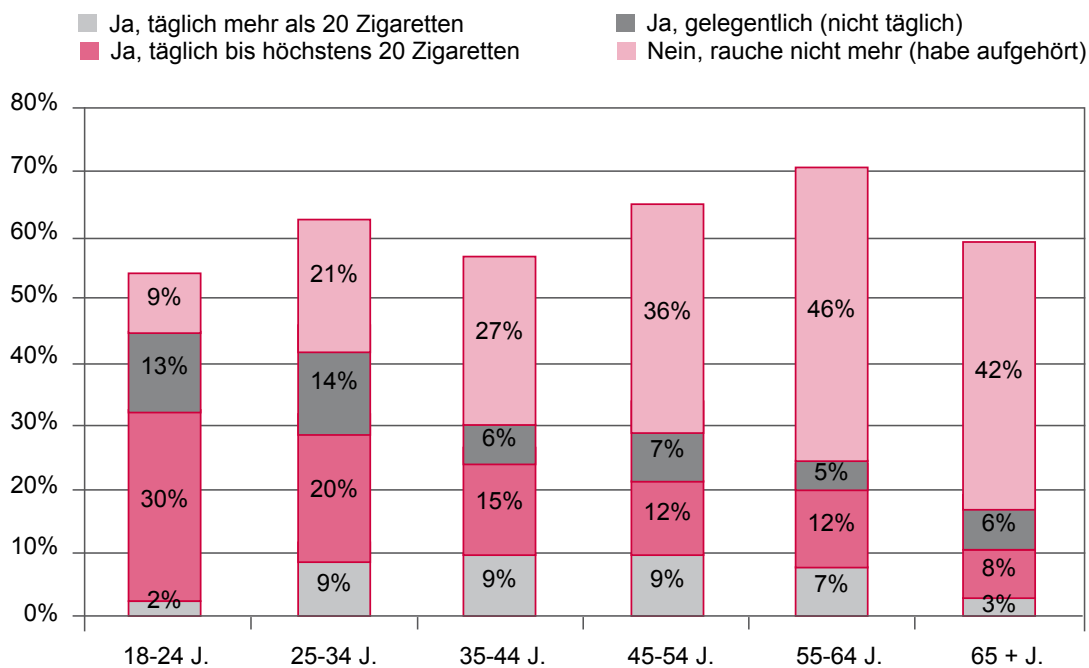
Die Stichprobe beinhaltet 27 Prozent RaucherInnen, 26 Prozent haben früher geraucht und das Rauchen aufgegeben (Ex-RaucherInnen) und 47 Prozent haben nie geraucht. Der Großteil der RaucherInnen raucht täglich bis zu 10 Zigaretten (13 Prozent). 5 Prozent rauchen über 20 Zigaretten täglich und 9 Prozent sind GelegenheitsraucherInnen, die nicht täglich rauchen.

Abbildung 91: Raucherstatus



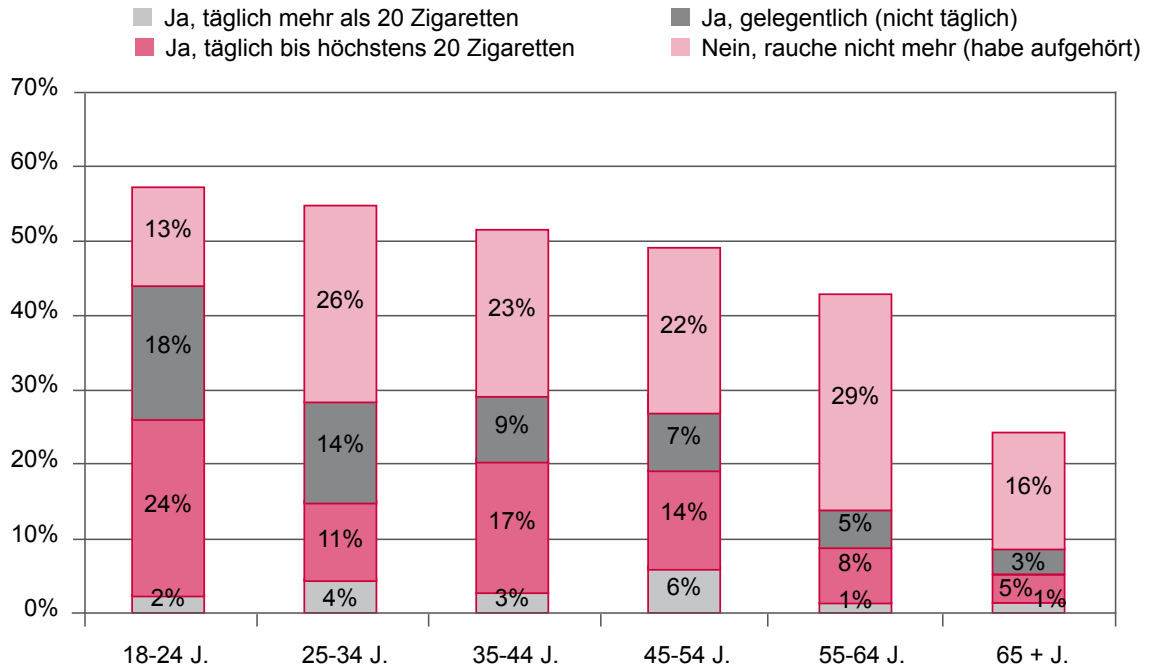
N=3.371, k.A.=158

Abbildung 92: Raucherstatus nach Altersgruppen, Männer



N=1.339, k.A.=41

Abbildung 93: Raucherstatus nach Altersgruppen, Frauen

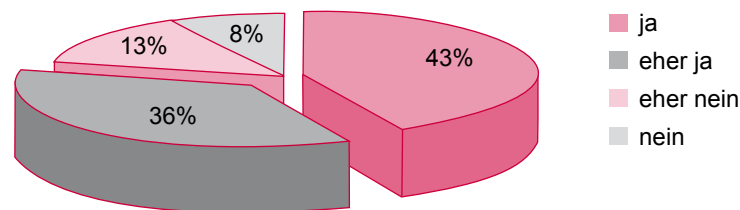


N=1.339, k.A.=41

Auf die Frage, was sie gerne an Ihrem Leben ändern würden, um gesünder zu leben, stimmen 43 Prozent der RaucherInnen der Aussage zu, dass sie das Rauchen aufhören bzw. reduzieren möchten. Diese können bezüglich der Rauchentwöhnung als „Motivierte“ angesehen werden.

Weitere 36 Prozent neigen eher zu einer Zustimmung. Man könnte diese Gruppe als „Unentschlossene“ bzw. „Ambivalente“ bezeichnen. Nur 19 Prozent der befragten RaucherInnen geben an, dass sie (eher) nicht vorhaben, das Rauchen aufzugeben („Ablehnende“ bzw. „Unmotivierte“).

Abbildung 94: Rauchen: Veränderungsbereitschaft



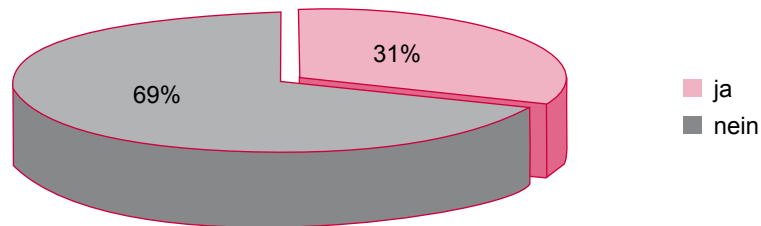
Entwöhnungsversuche: Versuch innerhalb des letzten Jahres mit dem Rauchen aufzuhören. Veränderungsbereitschaft: „Was würden Sie gerne verändern, um etwas für ihre Gesundheit zu tun“, Item „Rauchen aufhören/reduzieren“. N=882, k.A.=40(nur RaucherInnen)

VERHALTENSORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
ANGEBOTE

Fast ein Drittel der Befragten (31 Prozent) hat innerhalb eines Jahres vor der Befragung einen

ernsthaften Versuch gemacht, mit dem Rauchen aufzuhören.

Abbildung 95: Rauchen: Entwöhnungsversuch im Jahr vor der Befragung

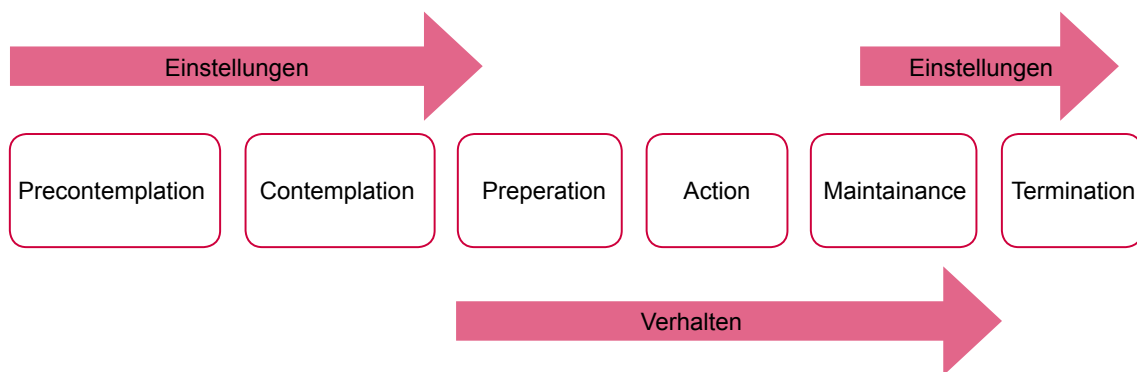


Entwöhnungsversuche: ernsthafter Versuch innerhalb des letzten Jahres mit dem Rauchen aufzuhören. N=863, k.A.=59 (nur RaucherInnen)

Für die nachfolgenden Betrachtungen dient das sogenannte „Transtheoretische Modell“ (TTM), auch Konzept der „Stages of Change“ (SoC) genannt, als Interpretationsrahmen. Daher soll dieses Modell kurz beschrieben werden.

Das transtheoretische Modell kombiniert verschiedene Einstellungs- und Verhaltensaspekte zu einem Gesamtkonzept. Es unterscheidet verschiedene Phasen in Prozessen, die auf die Veränderung von Problemverhalten abzielen.

Abbildung 96: Phasen des transtheoretischen Modells



Maurischat 2001, S.13

Folgende Phasen werden unterschieden:¹⁵

- **Precontemplation:** In der ersten Phase des Modells haben die Menschen keine Absicht ihr Problemverhalten in absehbarer Zeit zu verändern, z.B. weil sie sich des Problems nicht bewusst sind, weil sie es verleugnen oder nicht darüber nachdenken wollen.
- **Contemplation:** In der zweiten Phase sind sich die Betroffenen bereits ihres Problems bewusst und denken ernsthaft über Veränderungen in näherer Zukunft (im nächsten halben Jahr) nach. Sie haben sich aber noch nicht festgelegt und haben sich auch anderen gegenüber noch nicht darauf verpflichtet.
- **Preparation:** In der dritten Phase äußern die Betroffenen bereits die Absicht, ihr Verhalten bald (z.B. im nächsten Monat) zu ändern oder haben bereits erfolglose Versuche hinter sich (z.B. im letzten Jahr).
- **Action:** In der vierten Phase sind die Menschen dabei, ihr Problemverhalten abzulegen. Diese Phase stellt die aktivste Phase des Veränderungsprozesses dar. Es muss viel Energie aufgewendet werden, das neue Verhaltensmuster in den Alltag zu integrieren und die Umwelt auf das neue Verhalten abzustimmen.
- **Maintenance:** In der fünften Phase haben die Betroffenen ihr Problemverhalten bereits abgelegt (z.B. ein halbes Jahr). Es geht nun darum, Rückfällen vorzubeugen und das erlernte neue Verhalten nachhaltig in eine Routine überzuführen. Im Allgemeinen wird angenommen, dass diese Phase zwischen sechs Monate und fünf Jahre dauern kann.
- **Termination:** In der letzten Phase ist das Problemverhalten endgültig aufgegeben. Es besteht keine Versuchung mehr in das alte Verhaltensmuster zurückzufallen.

Natürlich folgen konkrete Veränderungsprozesse nicht immer diesem idealtypischen geradlinigen Ablauf. Das Modell sieht auch vor, dass es jeder Zeit zu Rückfällen in eine vorherige Phase kom-

men kann bzw. dass nicht automatisch eine auf die nächste Stufe folgen muss.

Je nach Phase sind unterschiedliche Unterstützungsangebote von Bedeutung. Daher eignet sich das Modell gut, um sich bzgl. der Bedarfslage an unterschiedlichen Angeboten bzw. Unterstützungsleistungen zu orientieren. In der Phase „Precontemplation“ sind die Betroffenen noch nicht bereit ihr Verhalten zu ändern, so dass manche Angebote kaum angenommen werden dürften (z.B. Rauchentwöhnungsprogramme). Es sind vor allem Maßnahmen zur Veränderung der Einstellung zum Rauchen (Information, Bewusstseinsbildung) relevant.

In der Phase „Contemplation“ sind sich die Betroffenen der Problematik des Verhaltens bewusst. Hier sind Angebote relevant, die den Betroffenen helfen ihre Absichten in die Tat umzusetzen. In der Phase „Preparation“ sind Unterstützungsangebote wichtig, die es den Betroffenen erleichtern, das neue Verhaltensmuster in den Alltag zu integrieren und in der „Maintenancephase“ steht die Verhinderung von Rückfällen im Vordergrund.

Anhand der erhobenen Daten können die Befragten nur sehr grob den Kategorien des transtheoretischen Modells zugeordnet werden. Die Phasen „Maintenance“ und „Termination“ können überhaupt nicht abgebildet werden, da ehemalige RaucherInnen nicht danach gefragt wurden, wann sie das Rauchen aufgegeben haben. Dennoch soll nachfolgend eine grobe Einteilung der RaucherInnen nach dem Modell versucht werden, da die Interpretation vor dem Hintergrund des transtheoretischen Modells äußerst aufschlussreich erscheint (Abbildung 97).

18 Prozent der RaucherInnen haben nicht vor, ihre Rauchgewohnheiten zu verändern (diese haben auch im letzten Jahr vor der Befragung keinen Versuch, das Rauchen zu beenden, hinter sich). Hinzu kommen 3 Prozent, die zwar im letzten Jahr versucht haben das Rauchen aufzugeben, die aber angeben, dass sie ihre Rauchgewohnheiten nicht (mehr) ändern möchten. Diese sind wahrscheinlich durch den erfolglosen Versuch, das Rauchen aufzugeben, demotiviert. Diese Gruppe befindet sich klar in der Phase „Precontemplation“.

¹⁵ Maurischat 2001, S. 13

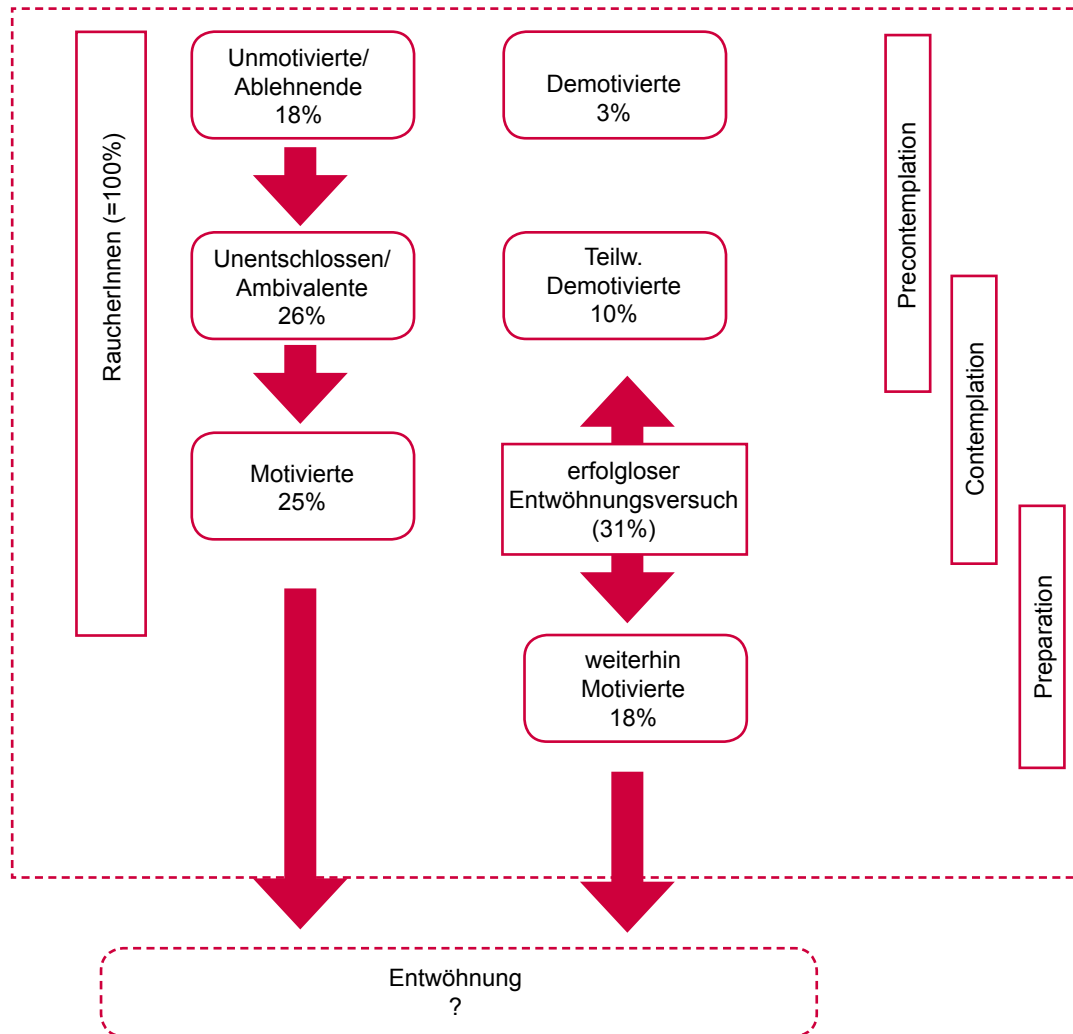
26 Prozent der RaucherInnen sind als unentschlossen bzw. ambivalent einzustufen (Veränderungsbereitschaft „eher ja“, also nicht klar festgelegt), ohne dass sie versucht hätten im letzten Jahr das Rauchen aufzugeben.

Hinzu kommen 10 Prozent, die ihr Verhalten ändern wollten, aber nicht mehr klar einer Verhaltensänderung zustimmen. Diese sind vermutlich durch den erfolglosen Entwöhnungsversuch teilweise demotiviert, d.h. verunsichert worden. Für beide Gruppen ist nicht klar, ob sie sich bereits (bzw. noch bei teilw. Demotivierten) im Stadium „Contemplation“ befinden oder ob sie der Phase „Precotemplation“ zuzuordnen sind.

25 Prozent sind motiviert ihr Rauchverhalten zu verändern, haben aber noch keinen Versuch gestartet, dies zu tun. Diese Gruppe kann der Phase „Contemplation“ zugeordnet werden, ein Teil könnte sich bereits im Stadium Preperation befinden.

18 Prozent der RaucherInnen haben im letzten Jahr vor der Befragung versucht, das Rauchen aufzugeben, sind aber trotz des erfolglosen Versuchs weiterhin motiviert ihr Rauchverhalten zu ändern. Diese können der Phase „Preperation“ zugeordnet werden.

Abbildung 97: Strukturmodell Entwöhnungsbereitschaft Rauchen

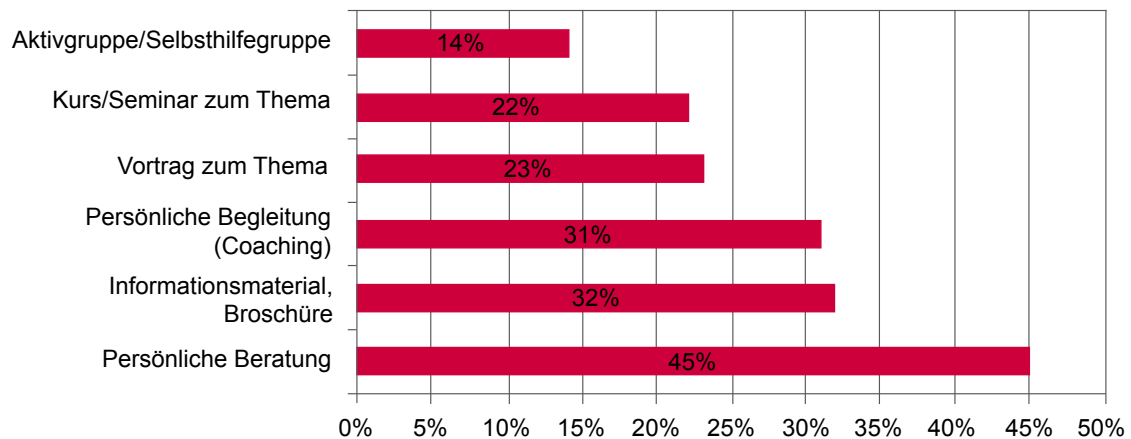


N=843, k.A.=79 (nur RaucherInnen)

45 Prozent der RaucherInnen, die das Rauchen aufgeben möchten, halten persönliche Beratungsangebote für hilfreich und jeweils rund 30 Prozent Informationsmaterial bzw. persönliche Begleitung

(Coaching). Etwas über 20 Prozent halten Vorträge bzw. Kurse/Seminare zum Thema für hilfreich und 14 Prozent Aktiv- oder Selbsthilfegruppen.

Abbildung 98: Angebotsformen für RaucherInnen

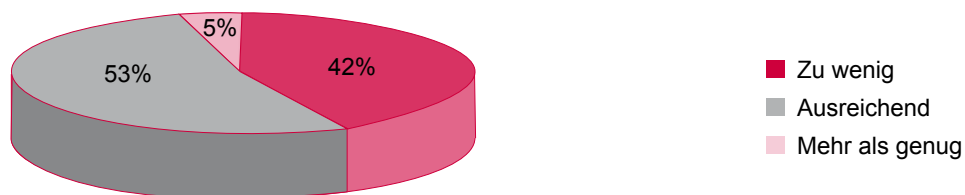


Frage 9: „Wenn Sie nun an diese Dinge denken, die Sie gerne verändern möchten: Welche Angebote würden Ihnen diesbezüglich weiterhelfen?“; (Anteile von ja / eher ja / eher nein / nein); nur Personen, die das Rauchen aufgeben möchten: N=855-870; k.A.=52-67

42 Prozent der RaucherInnen, die das Rauchen aufgeben möchten, sehen zu wenig Unterstützungsangebote.

53 Prozent meinen, dass das Angebot ausreicht und 5 Prozent, dass ein Überangebot besteht.

Abbildung 99: Angebot für RaucherInnen



Nur Personen, die das Rauchen aufgeben möchten: N=870; k.A.=52

VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGS ANGEBOTE

4.1 Relevante Lebensbereiche für Gesundheit

Um festzustellen, in welchen Bereichen und Settings aus der Sicht der Bevölkerung Angebote und Interventionen erwartet werden bzw. auf Akzeptanz stoßen, wurden die Befragten gebeten, für eine Reihe von Angebots- und Lebensbereichen anzugeben, wie weit diese ihrer Ansicht nach zur Förderung der Gesundheit beitragen können. Darüber hinaus wurde gefragt, wie weit in diesen Bereichen bereits genug getan wird bzw. wie weit Defizite bestehen.

Fast alle Befragten schreiben den Bereichen Betrieb/Arbeitswelt, medizinische Versorgung, Wohnumgebung und Lebensmittelversorgung Relevanz für die Gesundheit zu. Nur weniger als 10 Prozent sehen in diesen Bereichen keinen Einfluss auf die Gesundheit.

Noch vor der medizinischen Versorgung liegt der Lebensbereich Betrieb/Arbeitswelt an vorderster Stelle. Fast drei Viertel meinen, dieser Bereich kann sehr viel zur Gesundheit beitragen und weitere 23 Prozent meinen, dass dieser Bereich etwas beitragen kann. Erst an zweiter Stelle folgt die medizinische Versorgung, der zwei Drittel hohe Relevanz zuschreiben und die weitere 29 Prozent für relevant einstufen. Mehr als die Hälfte sieht in den Lebensbedingungen der Wohnumgebung (Stadtteil, Gemeinde) wesentliche Einflussfaktoren für die Gesundheit und weitere 40 Prozent halten dieses Setting für relevant. Ähnlich wird die Lebensmittelversorgung (Geschäfte, Landwirtschaft, Nahrungsmittelerzeugung) beurteilt (55 Prozent sehr relevant und weitere 38 Prozent relevant).

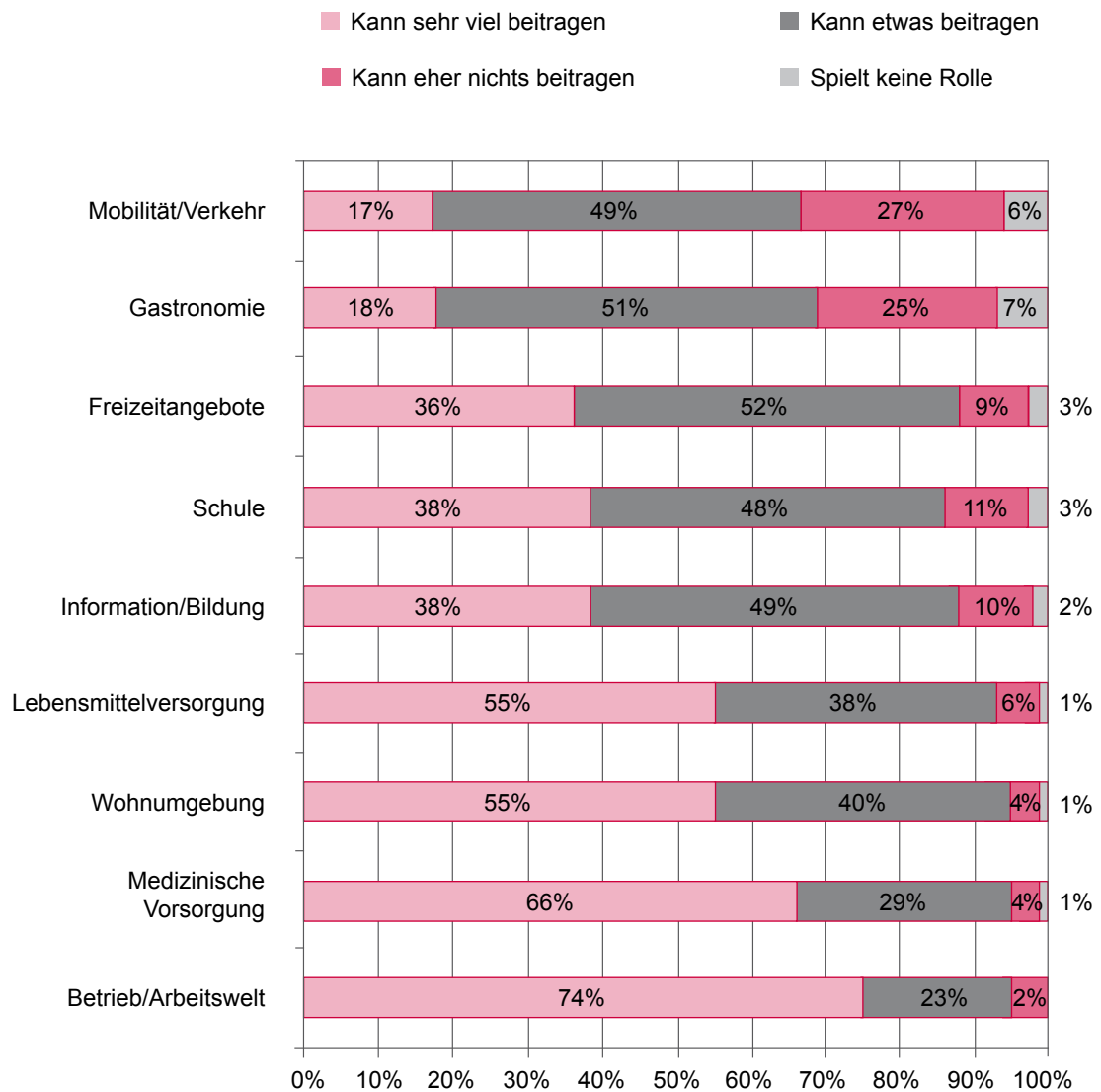
Auch die Bereiche Information/Bildung, Schule und Freizeitangebote sehen nur sehr wenige Befragte als nicht relevant für die Gesundheit an (rund 10 Prozent). 36 bis 37 Prozent meinen, dass diese Bereiche sehr wichtig für die Gesundheit sind und weitere 48 bis 52 Prozent meinen, diese Bereiche können zur Gesundheit beitragen.

Am unteren Ende liegen die Bereiche Mobilität/Verkehr und Gastronomie. Aber auch hier ist nur rund ein Drittel der Meinung, dass diese Berei-

che eher nicht zur Gesundheit beitragen können. Etwa die Hälfte meint, diese Bereiche sind relevant für die Gesundheit und rund 18 Prozent halten sie für sehr relevant.

VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 100: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit



Frage 4: „Können Ihrer Meinung nach die Bedingungen in folgenden Lebensbereichen etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen? Oder glauben Sie, dass diese Lebensbereiche keine Rolle für die Gesundheit spielen?“; N=3.323-3.474, k.A.=52-206 (Rundungsungenauigkeiten nicht korrigiert)

VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Nach Bildungsgrad zeigen sich nur bei den Aspekten „Betrieb/Arbeitswelt“, „Information/Bildung“, „Wohnumgebung“, „Schule“ und „Medizinische Versorgung“ bedeutsame Unterschiede in der Einstufung der Relevanz für die Gesundheit.

Den Aspekten „Betrieb/Arbeitswelt“, „Information/Bildung“, „Wohnumgebung“ und „Schule“ wird von höher gebildeten Befragten mehr Relevanz zugesprochen, als von weniger Gebildeten.

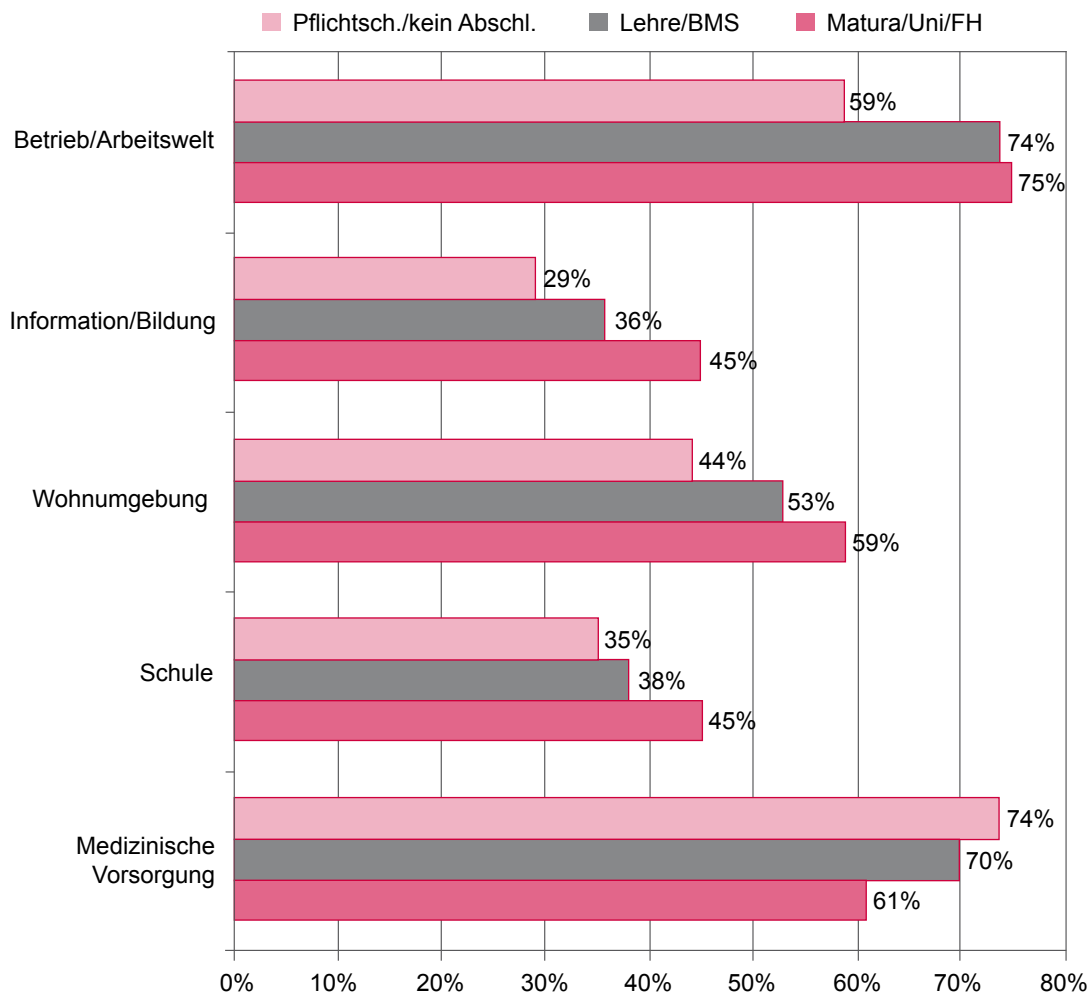
Die Unterschiede zwischen oberster Bildungsschicht (ab Maturaniveau) und unterster Bildungs-

schicht (Pflichtschule/kein Abschluss) bewegen sich zwischen 10 und 16 Prozentpunkten.

Die medizinische Versorgung wird hingegen von Befragten aus unteren Bildungsschichten in höherem Ausmaß Relevanz zugeschrieben als von Personen mit höherem Bildungsniveau.

74 Prozent der Personen mit Pflichtschulabschluss (bzw. ohne Abschluss) aber nur 61 Prozent der Personen mit Maturaniveau (oder höher) meinen, dass die medizinische Versorgung sehr viel zur Gesundheit beitragen kann.

Abbildung 101: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit nach Bildungsgrad



Frage 4: „Können Ihrer Meinung nach die Bedingungen in folgenden Lebensbereichen etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen? Oder glauben Sie, dass diese Lebensbereiche keine Rolle für die Gesundheit spielen?“; Anteile „Kann sehr viel beitragen“: N=3.293-3.441, k.A.=88-236

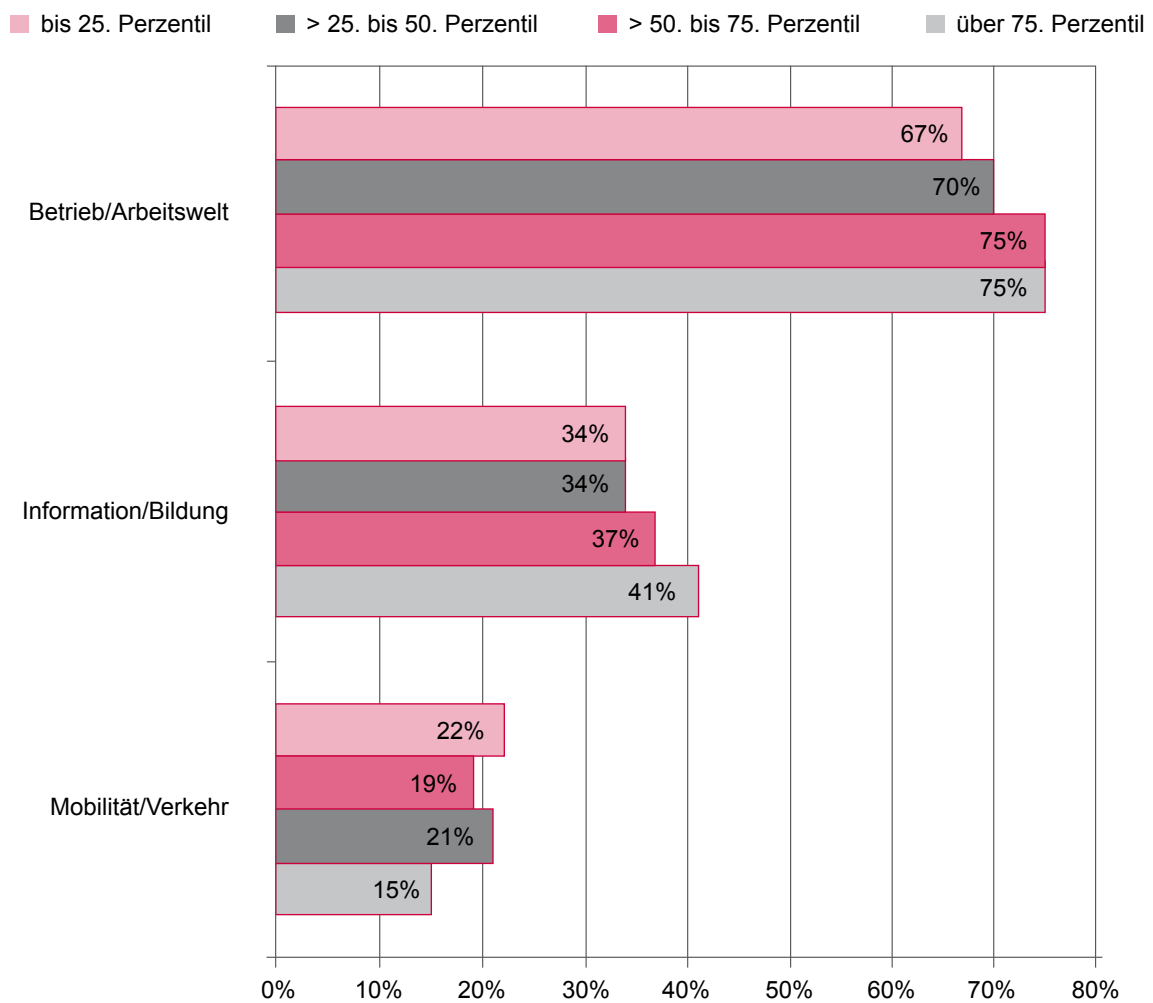
VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Nach Einkommensgruppen lassen sich nur sehr geringe Unterschiede in der Relevanzzuschreibung beobachten. Am höchsten sind die Unterschiede bei den Bereichen „Betrieb/Arbeitswelt“, „Information/Bildung“ und „Mobilität/Verkehr“.

Die Aspekte „Betrieb/Arbeitswelt“ und „Information/Bildung“ werden von Personen aus höheren Einkommenschichten tendenziell als relevanter für die Gesundheit eingestuft, als in unteren Einkommenschichten.

Umgekehrt wird dem Aspekt „Mobilität/Verkehr“ in den unteren Einkommenschichten mehr Relevanz zugeschrieben. Die Unterschiede sind jedoch eher gering und betragen zwischen oberstem Einkommensviertel und unterstem Einkommensviertel rund 7-8 Prozentpunkte.

Abbildung 102: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit nach Einkommen (Äquivalenzeinkommen)



VERHÄLTNISORIENTIERTE
GESUNDHEITSFÖRDERUNGS-
ANGEBOTE

Frage 4: „Können Ihrer Meinung nach die Bedingungen in folgenden Lebensbereichen etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen? Oder glauben Sie, dass diese Lebensbereiche keine Rolle für die Gesundheit spielen?“; Anteile „Kann sehr viel beitragen“: N=3.130-3.156, k.A.=373-399

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dafür, dass in der Bevölkerung ein sehr ganzheitlicher Gesundheitsbegriff verbreitet ist. Einflüsse auf die Gesundheit werden in den verschiedensten Lebensbereichen und Settings wahrgenommen.

Festzuhalten ist auch, dass den Settings Wohnumgebung und Betrieb/Arbeitswelt ähnlich hohe Relevanz zugeschrieben wird, wie der medizinischen Versorgung. Ähnliches gilt für die Lebensmittelversorgung.

4.2. Wahrgenommenes Ausmaß an Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung in den Lebensbereichen

Betrachten wir nun die genannten Bereiche dahingehend, wie weit aus der Sicht der Befragten dort bereits genug für die Gesundheit getan wird. Am ehesten trifft dies auf die Bereiche Freizeitangebot, Information/Bildung, medizinische Versorgung und Lebensmittelversorgung zu.

Jeweils mehr als die Hälfte (zwischen 54 und 59 Prozent) meinen, dass in diesen Bereichen bereits genug getan wird und weitere 9 bis 13 Prozent, dass bereits zu viel getan wird.

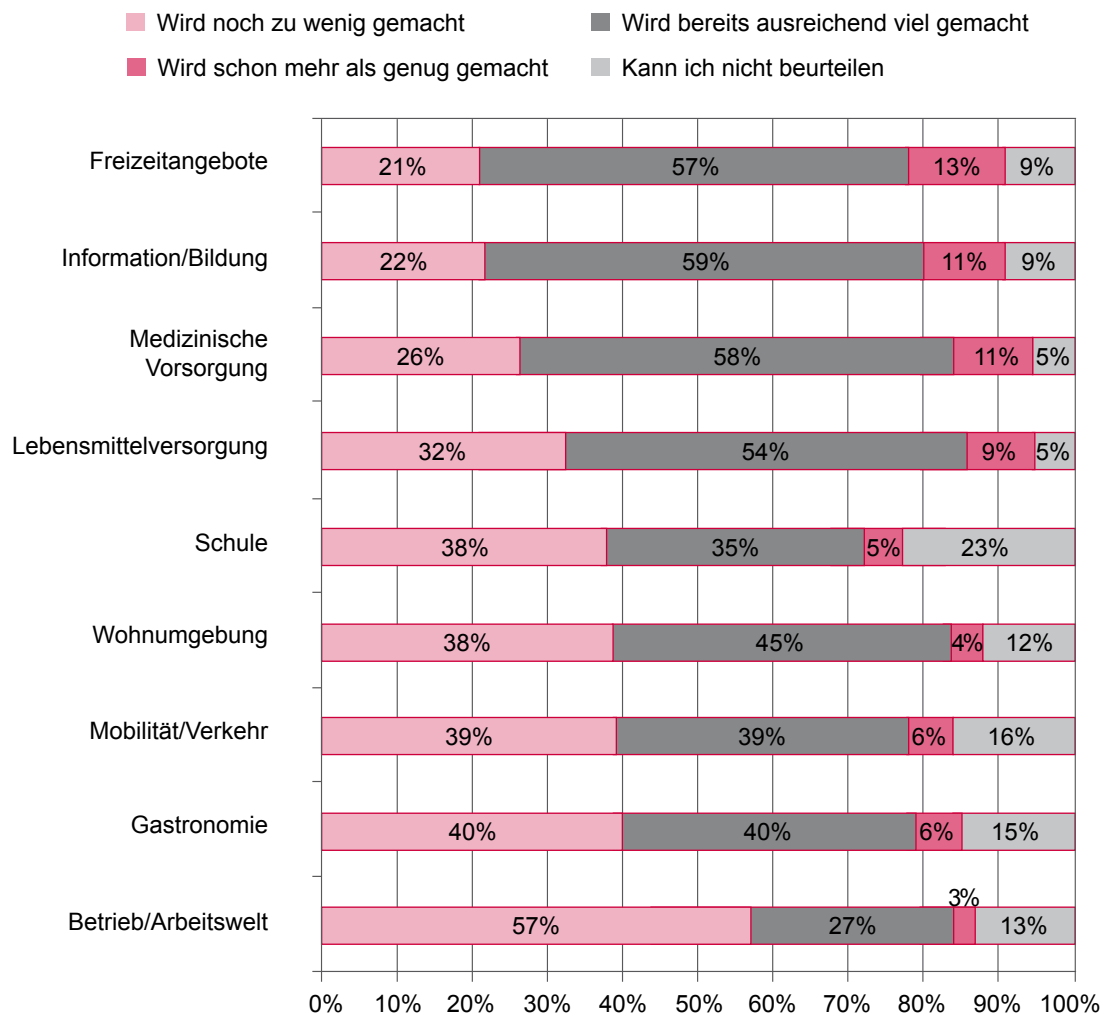
Etwas mehr als ein Fünftel (21 bzw. 22 Prozent) gibt an, dass bezüglich Freizeitangebote und Information/Bildung noch zu wenig getan wird. Bei der medizinischen Versorgung sind dies 26 Prozent und bei der Lebensmittelversorgung 32 Prozent. 5 bis 9 Prozent geben an, dass sie diese Bereiche diesbezüglich nicht beurteilen können.

38 bis 40 Prozent meinen, dass in den Bereichen Schule, Wohnumgebung, Mobilität/Verkehr und Gastronomie noch mehr getan werden könnte. Zwischen 39 und 45 Prozent sehen in diesen Bereichen bereits ausreichend Angebote bzw. Aktivitäten und 4 bis 6 Prozent sehen ein Überangebot. Der Anteil, der sich kein Urteil zutraut, ist für den Bereich Schule besonders hoch (23 Prozent). Ansonsten geben zwischen 12 und 16 Prozent keine Beurteilung ab.

Die höchsten Defizite weist der Lebensbereich Betrieb/Arbeitswelt auf. 57 Prozent der Befragten sind der Ansicht, dass in diesem Bereich noch zu wenig getan wird. 27 Prozent meinen, dass schon genug getan wird und nur 3 Prozent sehen ein Überangebot an gesundheitsförderlichen Aktivitäten. 13 Prozent geben keine Beurteilung ab.

VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 103: Wahrgenommene Angebots- bzw. Maßnahmensituation nach Lebensbereichen



Frage 5: Wenn Sie diese Lebensbereiche noch einmal aus Ihrer persönlichen Situation heraus betrachten: In welchem dieser Bereiche wird ihrer Ansicht nach „noch zu wenig“, „bereits ausreichend“ oder „mehr als genug“ für die Gesundheit gemacht?; N=3.326-3.432, k.A.=97-203 (Rundungungenauigkeiten nicht korrigiert)

4.3. Handlungsbedarf

Aus der Kombination der Beurteilung der Relevanz und dem wahrgenommenen gesundheitsförderlichen Aktivitätsniveau, lässt sich eine Typologie erstellen, die Aufschluss über den Handlungsbedarf in den verschiedenen Bereichen gibt (Tabelle 2).

Wenn die Relevanz hoch eingestuft wird und noch zu wenige Aktivitäten der Gesundheitsförderung wahrgenommen werden, kann man davon ausgehen, dass hoher Handlungsbedarf vorliegt. Handlungsbedarf besteht aber auch, wenn mittlere Relevanz und noch zu wenig Aktivität besteht.

Kein Handlungsbedarf besteht, wenn der Bereich entweder als nicht relevant für die Gesundheit eingestuft wird oder aber bereits ausreichend gesundheitsförderliche Maßnahmen und Aktivitäten vorgefunden werden.

Wenn die Befragten angeben, dass „bereits mehr als genug“ in einem Bereich gemacht wird, so muss davon ausgegangen werden, dass aus ihrer Sicht ein Überangebot vorliegt, unabhängig von der Relevanz des Lebensbereiches.

Tabelle 2: Typologie Handlungsbedarf

		Wahrgenommene Maßnahmen		
		Zu wenig	Ausreichend	Mehr als genug
Relevanz des Bereiches	Hoch (kann sehr viel beitragen)	Hoher Handlungsbedarf	Kein Handlungsbedarf	Überangebot
	Mittel (kann etwas beitragen)	Mittlerer Handlungsbedarf	Kein Handlungsbedarf	Überangebot
	Gering (kann eher nichts beitragen/ spielt keine Rolle)	Kein Handlungsbedarf	Kein Handlungsbedarf	Überangebot

Betrachtet man die Antworten der Befragten aus diesem Blickwinkel, so ergibt sich der weitaus größte Handlungsbedarf im Setting Betrieb/Arbeitswelt. Für mehr als die Hälfte der Befragten besteht hier Handlungsbedarf (42 Prozent hoher Handlungsbedarf und weitere 11 Prozent mittlerer Handlungsbedarf).

Dies spiegelt sich teilweise in den Antworten der offenen Abschlussfrage („Gibt es etwas, das Sie uns zum Thema Vorsorgeuntersuchung und Gesundheit noch mitteilen möchten“) wieder:

- „Bessere Kontrollen am Arbeitsplatz, bezüglich rauchen und Geruchsbelästigung (Dämpfe).“
- „Da sich die meisten Arbeiten auf den Rücken belastend auswirken, wäre eine bessere Information von wirbelsäulenschonender Arbeitstechnik und verstärktem Angebot von gezielten Massagen und Therapien notwendig.“

- „Während der Arbeitszeit mehr auf die seelischen, körperlichen Signale eingehen, damit der Mensch auch rechtzeitig vor Überbelastung gewarnt wird.“
- „Gesundheit am Arbeitsplatz sollte mehr wert sein; dann gäbe es weniger Burn-Out-Symptomatik der Arbeitnehmer. Kostenlose Yoga-Kurse etc. des Arbeitgebers, Gesundheit & Wohlbefinden des Arbeitnehmers sollte mehr gefördert werden.“
- „Es ist sehr schade, dass sich sehr viele Arbeitgeber zieren, Arztstunden zu geben, obwohl sie einem zustehen würden. Man muss sich oft Urlaub nehmen.“
- „Firmen gehören ev. durch Gesetze dazu gezwungen, mehr für die Gesundheit zu tun, durch gesünderes Ernährungsangebot und bessere Arbeitsplatzergonomie.“

Über ein Drittel der Befragten sehen in den Bereichen Wohnumgebung (Gemeinde, Stadtteil) und Schule Handlungsbedarf. Im Bereich Wohnumgebung sehen 23 Prozent hohen und weitere 13

Prozent mittleren Handlungsbedarf. Im Bereich Schule sind es 19 Prozent mit hohem und 14 Prozent mit mittlerem Handlungsbedarf.

Mehrere Vorschläge zur Gesundheitsförderung bzw. Prävention in Schulen und Kindergärten wurden auch bei der offenen Abschlussfrage genannt:

- „Unbedingt mehr Sport- und Ernährungsaufklärung in Schulen oder Kindergärten.“
- „Vorsorge fängt in den Schulen an. Bewegung, Entspannung, Ernährungsangebot und Tipps während der Unterrichtszeit mit einfließen lassen.“
- „Regelmäßige Turnstunde 1x täglich.“
- „Vor der körperlichen Gesundheit ist die seelische noch wichtiger! Besonders Jugendliche sind immer depressiver! Die Schule kann stark zur Minderung des Selbstwertgefühls beitragen! Prävention in Schulklassen wäre wichtig!“
- „Es könnte viel Geld gespart werden und Krankheiten verhindert, wenn man schon in den Schulen den Kindern eine gesunde Ernährung und Lebensweise erklärt und die Schulbuffets dementsprechend ausrichtet. Gesundes Essen sollte billiger werden, Schulsport effektiver und die schulärztliche Untersuchung umfangreicher.“
- „Bereits in der Schule die Eigenverantwortung für die Gesundheit zu lehren und vor den Gefahren von Alkohol und Drogen eindringlich warnen.“
- „In den Schulen statt Getränkeautomaten und Süßigkeitenautomaten Wasserspender aufstellen und täglich Äpfel anbieten; weniger Stress in den Schulen - so werden Lehrer und Schüler gesünder.“

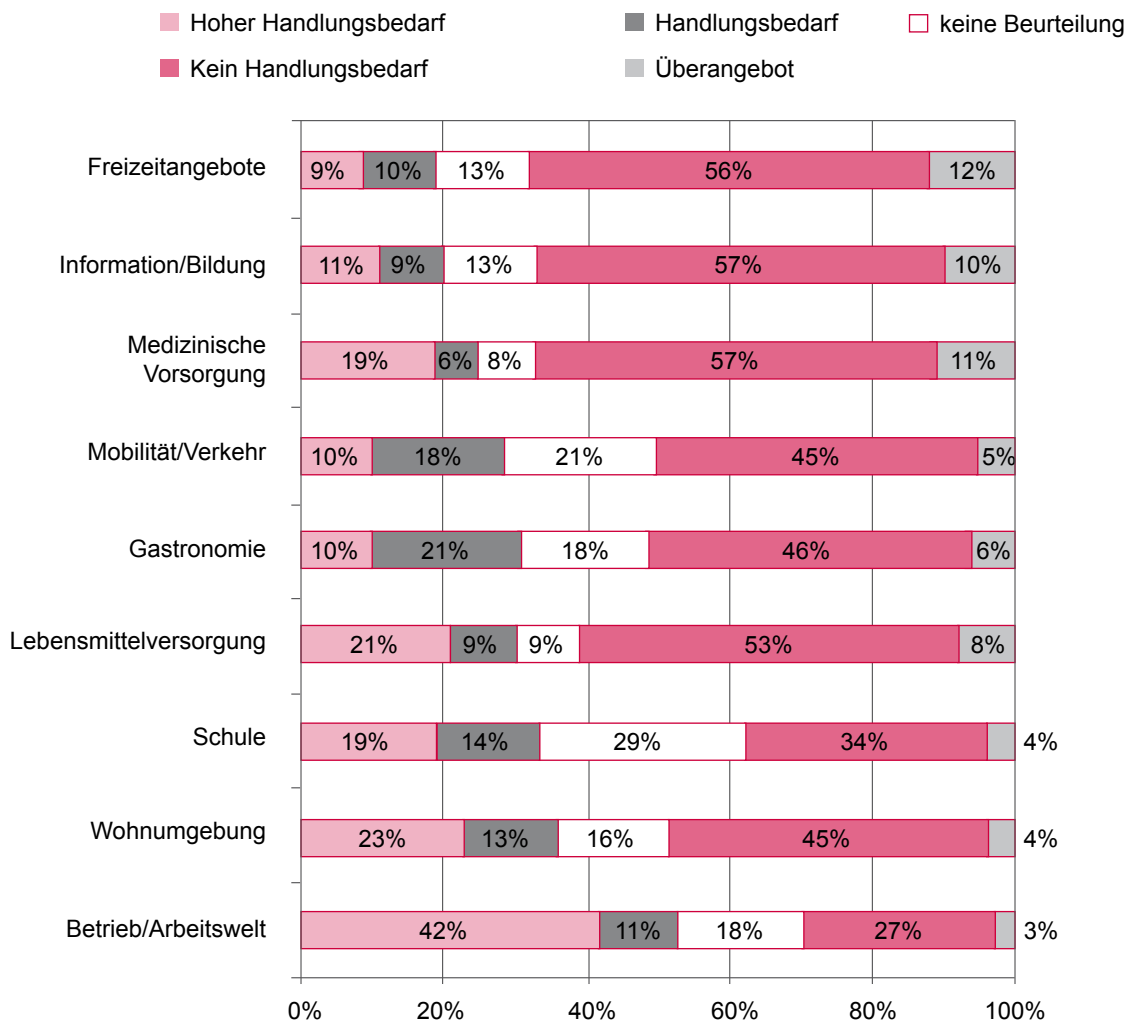
Für rund 30 Prozent besteht Bedarf an Maßnahmen in den Bereichen Lebensmittelversorgung und Gastronomie, wobei der Anteil mit hohem Handlungsbedarf beim Aspekt Lebensmittelversorgung (21 Prozent) deutlich höher ist als beim Aspekt Gastronomie (10 Prozent). Insgesamt 28 Prozent sehen Bedarf im Bereich Mobilität/Verkehr (10 Prozent hohen Handlungsbedarf und weitere 18 Prozent mittleren).

Auch hierfür finden sich Nennungen bei der qualitativen Abschlussfrage wie z.B. „Nahrungsmittelhersteller müssen Qualität stärker bewerben, bzw. Junkfood weniger bewerben (Bewertungsskala für Speisen).“

Im Bereich der medizinischen Versorgung sehen 19 Prozent hohen und weitere 9 Prozent mittleren Handlungsbedarf. Am unteren Ende rangieren Information/Bildung (11 Prozent hoher und 9 Prozent mittlerer Handlungsbedarf) sowie der Freizeitbereich (9 Prozent hoher und weitere 10 Prozent mittlerer Handlungsbedarf).

VERHÄLTNISORIENTIERTE GESUNDHEITSFÖRDERUNGSANGEBOTE

Abbildung 104: Handlungsbedarf nach Lebensbereichen



N=3.529 (Rundungsungenauigkeiten möglich)

KRANKENSTANDSVERMEIDUNG IM KRANKHEITSFALL (PRÄSENTISMUS)

5.1. Ergebnisse zur Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall

Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf ein Item einer Fragebatterie zum Verhalten im Krankheitsfall:

Wenn Sie gesundheitliche Beschwerden oder Probleme haben, wie reagieren Sie normalerweise darauf?

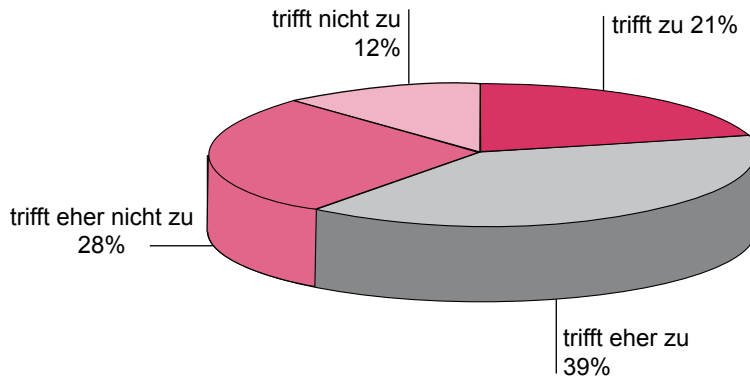
Bei gesundheitlichen Problemen ...	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
... gehe ich sofort zum Arzt oder zu einer Ärztin	1	2	3	4
... gehe ich erst nach einiger Zeit zum Arzt oder zu einer Ärztin	1	2	3	4
... wende ich Hausmittel an (z.B. Wadenwickel, Tee ...)	1	2	3	4
... vermeide ich den Arztbesuch solange es geht	1	2	3	4
... nehme ich homöopathische Medikamente, nutze alternative Heilverfahren	1	2	3	4
... nehme ich rezeptfreie Medikamente	1	2	3	4
... nehme ich rezeptpflichtige Medikamente	1	2	3	4
... vermeide ich Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit	1	2	3	4

Die nachfolgenden Auswertungen beziehen sich nur auf Erwerbstätige (n=2.010). Insgesamt stimmen 60 Prozent der Befragten der Aussage (eher) zu, dass sie im Krankheitsfall zur Arbeit gehen und Krankenstand vermeiden: 21 Prozent stimmen klar zu („trifft zu“) und 39 Prozent geben an, dass dies für sie eher zutrifft.

28 Prozent der Befragten geben an, dass sie eher nicht zur Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall neigen („trifft eher nicht zu“) und nur 18 Prozent sprechen sich klar gegen ein solches Verhalten aus („trifft nicht zu“).

Abbildung 105: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall

vermeide Krankenst./gehe auch krank zur Arbeit



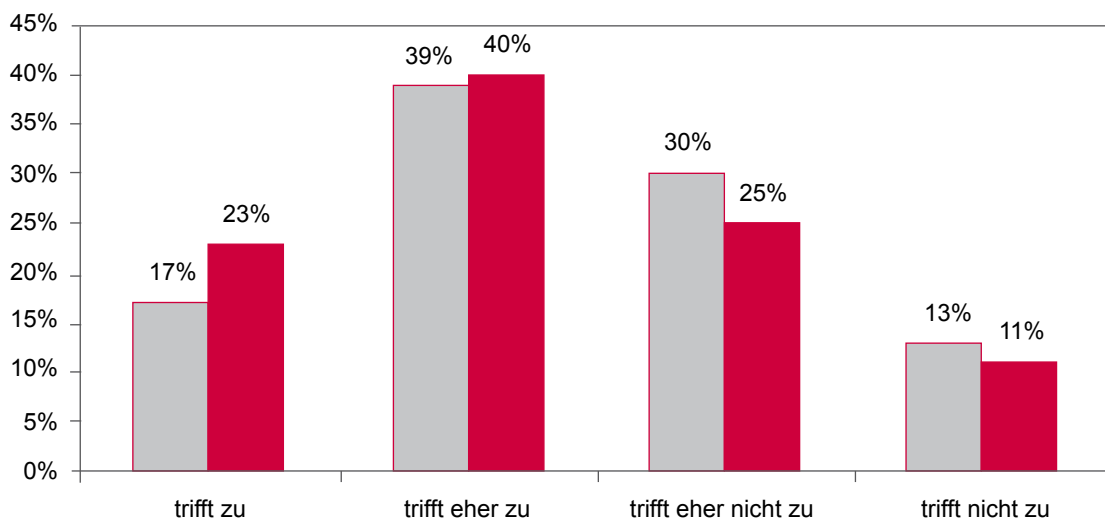
5.2. Krankenstandsvermeidung nach demografischen Merkmalen

Frauen neigen etwas häufiger zur Vermeidung von Krankenstand im Erkrankungsfall (23% „trifft zu“) als Männer (17% „trifft zu“).

Abbildung 106: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Geschlecht

vermeide Krankenst./gehe auch krank zur Arbeit

■ männlich ■ weiblich



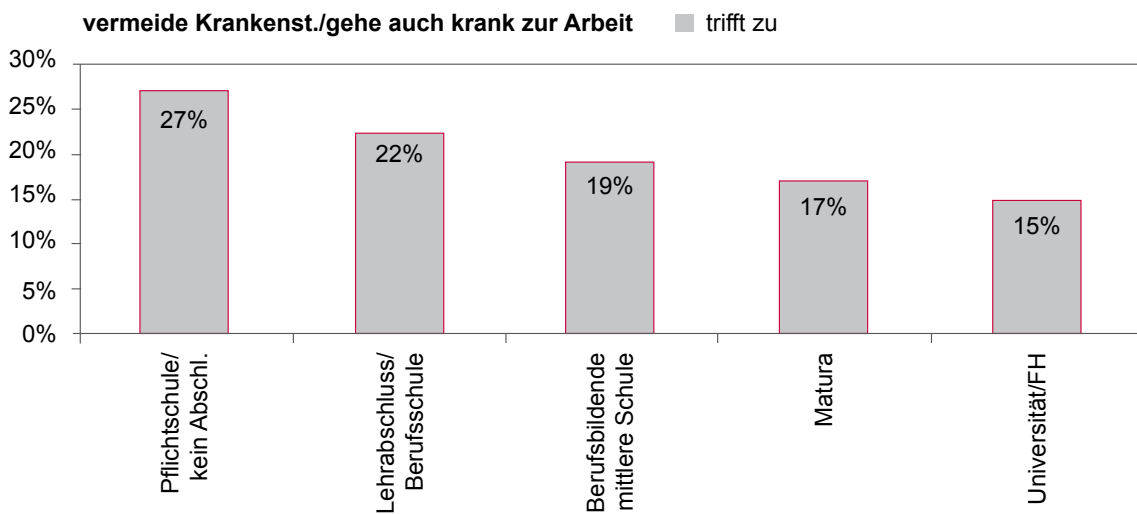
Tau-b=-0,035, p<0,05

KRANKENSTANDSVERMEIDUNG IM KRANKHEITSFALL (PRÄSENTISMUS)

Nach Staatsbürgerschaft (Österreich versus andere Staatsbürgerschaften) lässt sich kein Unterschied erkennen. Auch in den verschiedenen Altersgruppen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Mit zunehmendem Bildungsgrad nimmt der Anteil der Erwerbstätigen, die der

Aussage klar zustimmen, deutlich ab. Unter den Beschäftigten mit Pflichtschulabschluss geben 27 Prozent an, dass sie auch krank zur Arbeit gehen. Unter den höher Gebildeten (ab Maturaniveau) sinkt der Anteil auf 17 Prozent und darunter.

Abbildung 107: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Bildungsgrad

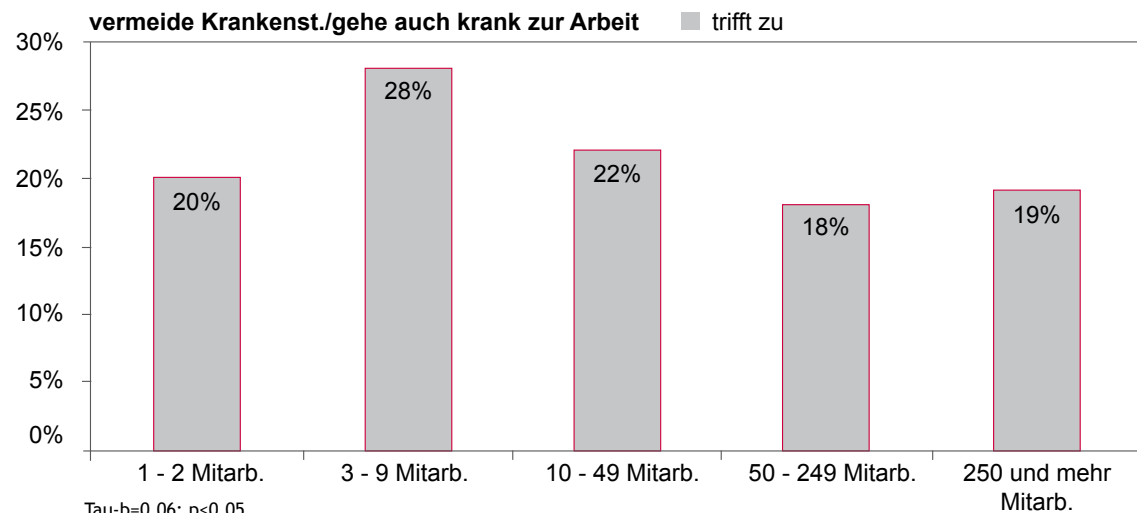


Tau-b=0,05; p<0,01

Auch nach Betriebsgröße zeigen sich deutliche Unterschiede. In Betrieben mit drei bis neun MitarbeiterInnen ist der Anteil mit klarer Zustimmung zur Krankenstandsvermeidung mit 28 Prozent am höchsten.

Mit zunehmender Betriebsgröße sinkt der Anteil. In den Betrieben mit 30 und mehr ArbeitnehmerInnen liegt der Anteil bei unter 20 Prozent. Ebenso bei Kleinstunternehmen mit nur ein bis zwei MitarbeiterInnen.

Abbildung 108: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Betriebsgröße

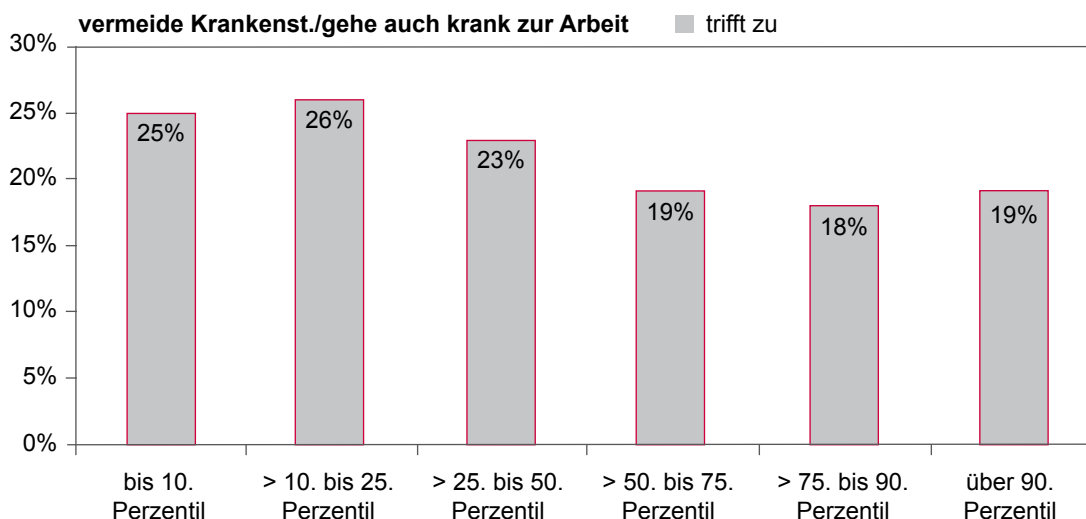


Tau-b=0,06; p<0,05

Mit zunehmendem Äquivalenzeinkommen nimmt der Anteil der Personen, die Krankenstand vermeiden und krank zur Arbeit gehen, ab. Im un-

teren Einkommensviertel (bis zum 25. Perzentil) beträgt der Anteil ca. 25 Prozent, im oberen etwa 18 Prozent.

Abbildung 109: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Äquivalenzeinkommen



Tau-b=0,06; p<0,01

5.3. Krankenstandsvermeidung und persönliche bzw. berufliche Belastungen

ArbeitnehmerInnen, die Krankenstand vermeiden und auch krank zur Arbeit gehen, sind in vielfältiger Weise deutlich stärkeren persönlichen und beruflichen Belastungen ausgesetzt.

Im persönlichen Bereich sticht vor allem die Belastung durch finanzielle Probleme hervor. Personen, die aus Gründen der Krankenstandsvermeidung auch krank zur Arbeit gehen, geben zu 12 Prozent an, dass sie durch finanzielle Probleme stark belastet sind, während der Anteil bei den übrigen Befragten nur 5 Prozent beträgt.

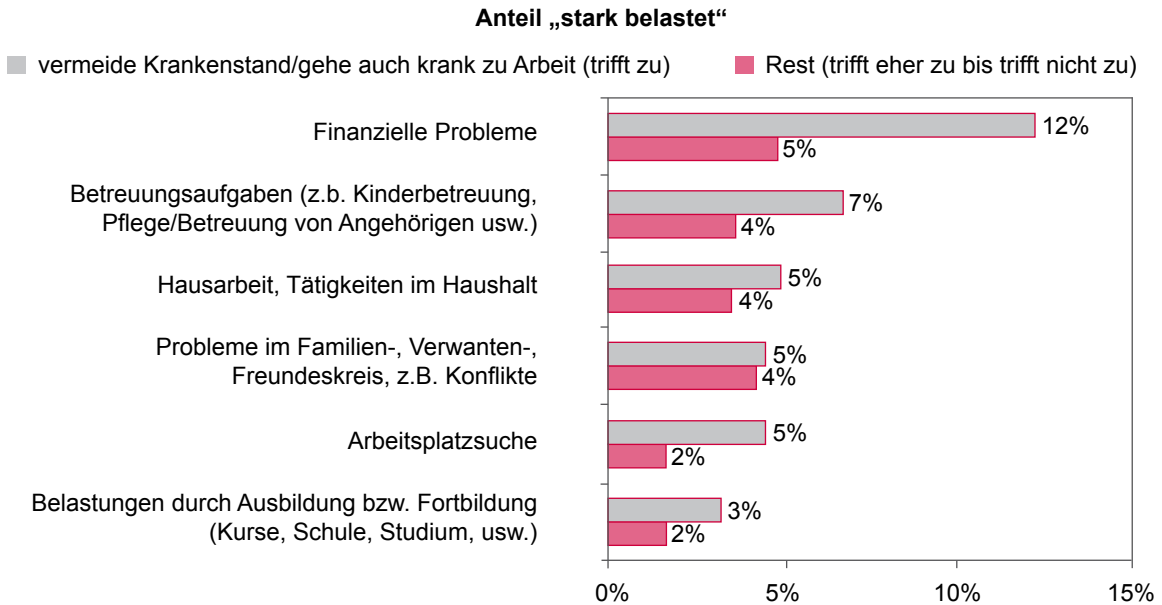
Deutlich häufiger sind auch Belastungen durch Betreuungsaufgaben wie bspw. Kinderbetreuung oder Pflege von Angehörigen. Unter den Personen, die Krankenstand vermeiden, geben 7 Prozent an, dadurch stark belastet zu sein, während der Anteil bei den restlichen ArbeitnehmerInnen nur 4 Prozent beträgt.

Auch Belastungen durch Aus- und Fortbildung sind unter Personen mit Krankenstandsvermeidung (mit 3 Prozent) ein wenig, aber signifikant häufiger als unter den restlichen Befragten (2 Prozent).

Obwohl die hier betrachtete Gruppe zum Zeitpunkt der Befragung in Beschäftigung war, geben knapp 5 Prozent der Personen, die auch krank zur Arbeit gehen, an, dass sie sich stark durch Arbeitsplatzsuche belastet fühlen. Offensichtlich möchte diese Gruppe ihren Arbeitsplatz wechseln, tut sich jedoch schwer, eine Alternative zu finden. Unter den Beschäftigten, die der Aussage „vermeide Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit“ nicht klar zustimmen, beträgt der Anteil mit Belastungen infolge Arbeitsplatzsuche unter 2 Prozent.

Hinsichtlich der Belastungen durch familiäre Probleme und Haushaltsführung lassen sich keine Unterschiede erkennen.

Abbildung 110: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Belastungen im persönlichen Umfeld



Finanzielle Probleme: $\Phi = -0,123$; $p < 0,001$; Aus./Fortbildung: $\Phi = -0,047$; $p < 0,05$; Arbeitsplatzsuche: $\Phi = 0,078$; $p < 0,01$ Restliche Variable: Unterschiede nicht signifikant.

Deutliche Unterschiede lassen sich auch hinsichtlich der beruflichen Belastungen erkennen. Hinsichtlich fast aller erhobenen Aspekte (mit Ausnahme der Belastung durch Monotonie/Unterforderung) zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede dahingehend, dass ArbeitnehmerInnen, die Krankenstand vermeiden und krank zur Arbeit gehen, deutlich stärker belastet sind.

- 10 Prozent sind durch ihre Aufgaben überfordert (versus 5 Prozent) und
- 8 Prozent leiden unter schlechtem Arbeitsklima (versus 5 Prozent).

- 28 Prozent sind von Zeitdruck und Stress stark belastet (unter den restlichen ArbeitnehmerInnen 21 Prozent),
- 22 Prozent durch schwere körperliche Belastungen (versus 13 Prozent unter den restlichen Befragten),
- 15 Prozent durch ungünstige Umweltbedingungen wie Lärm, Geruch, Staub etc. (versus 10 Prozent),
- 15 Prozent durch zu starre Arbeitszeiten (versus 6 Prozent),
- 10 Prozent leiden stark unter mangelnder Anerkennung im Beruf (versus 6 Prozent),

Abbildung 111: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und berufliche Belastungen



5.4. Krankenstandsvermeidung und gesundheitsrelevante bzw. gesundheitsriskante Verhaltensweisen

Beschäftigte, die wegen Krankenstandsvermeidung auch krank zur Arbeit gehen, weisen weniger Aktivitäten zur Erhaltung ihrer Gesundheit auf. 20 Prozent geben Aktivitäten zum Stressabbau an (versus 23 Prozent). 62 Prozent geben an, sich körperlich zu betätigen, um gesund zu bleiben (versus 73 Prozent bei den übrigen Beschäftigten) und 79 Prozent achten auf ihre Ernährung (versus 86 Prozent).

Die Gruppe der Krankenstandsvermeidenden weist auch eine deutlich höhere Raucherquote auf (30 Prozent rauchen täglich) als die übrigen Beschäftigten (21 Prozent).

Der Anteil derer, die selten Bewegung bzw. Sport betreiben, ist deutlich höher (27 Prozent versus 22 Prozent). Hinsichtlich des Alkoholkonsums lassen sich keine Unterschiede feststellen.

Abbildung 112: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Gesundheitsverhalten

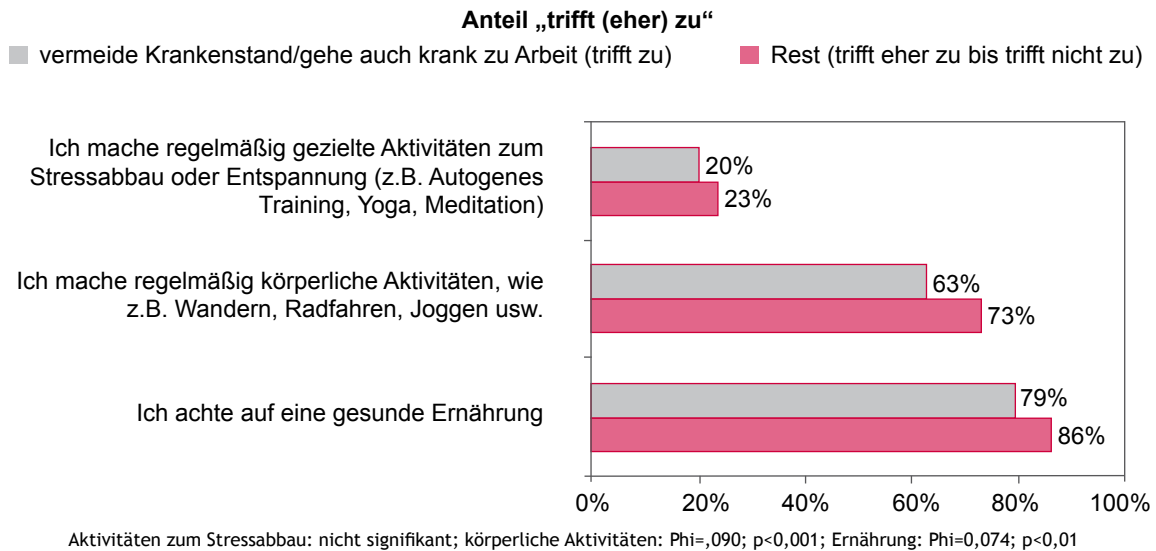
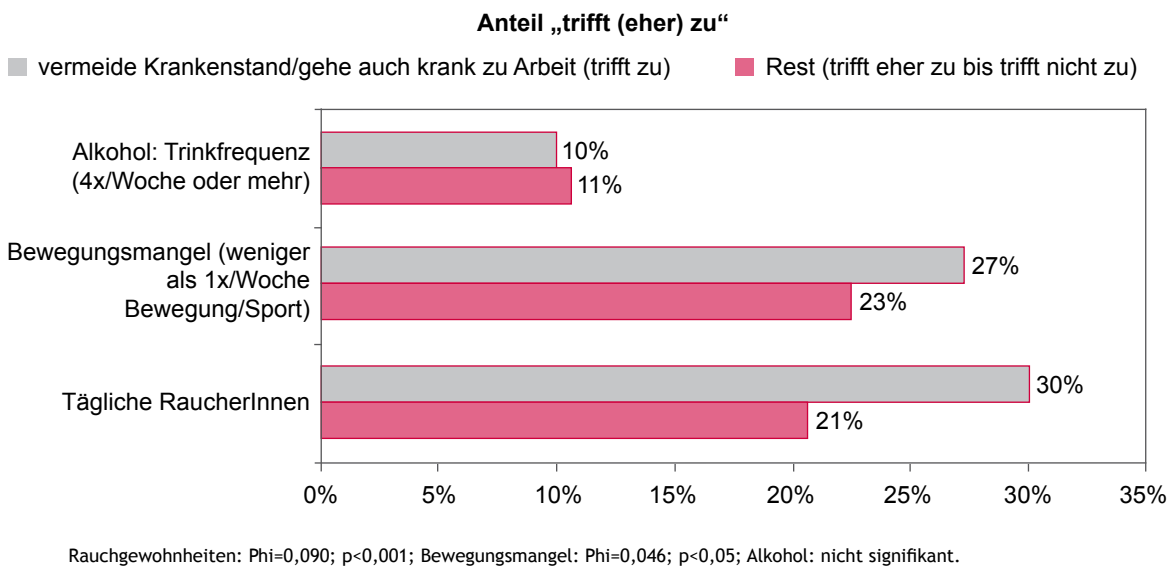


Abbildung 113: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und gesundheitsriskantes Verhalten



5.5. Krankenstandsvermeidung und Gesundheitszustand

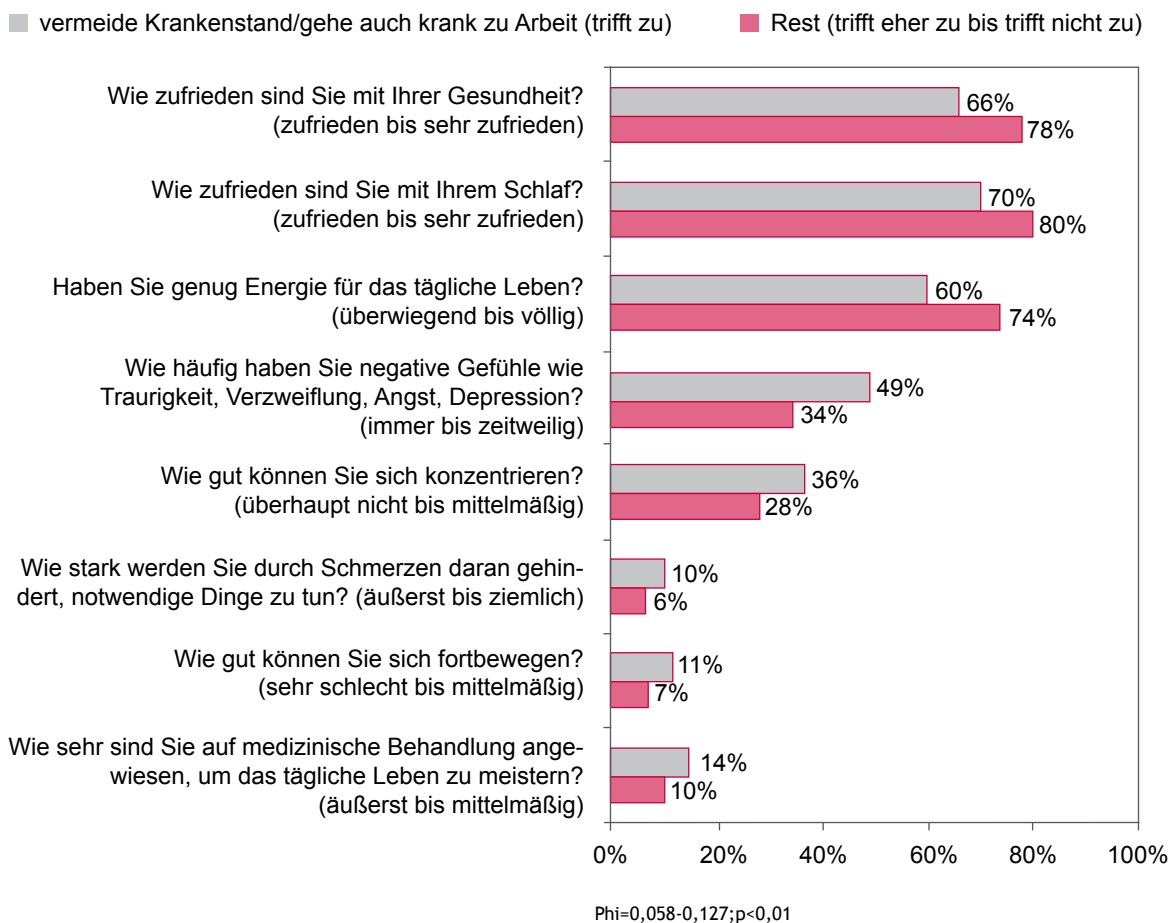
Personen, die Krankenstand vermeiden, weisen im Durchschnitt einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf.

- Nur 66 Prozent sind mit ihrem Gesundheitszustand sehr zufrieden bzw. zufrieden (versus 78 Prozent unter den restlichen Beschäftigten).

KRANKENSTANDSVERMEIDUNG IM KRANKHEITSFALL (PRÄSENTISMUS)

- Der Anteil mit Schlafstörungen dürfte deutlich höher sein. Während unter den übrigen Beschäftigten 78 Prozent mit ihrem Schlaf zufrieden sind, sind es unter den Krankenstandsvermeidenden nur 70 Prozent.
- Nur 60 Prozent geben an, genügend Energie für das tägliche Leben zu haben (versus 74 Prozent unter den restlichen Beschäftigten).
- Krankenstandsvermeidende sind häufiger von negativen Gefühlen wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression betroffen (49 Prozent immer, oft oder zeitweilig versus 34 Prozent unter den restlichen Beschäftigten).
- Sie klagen häufiger über Konzentrationsprobleme (36 Prozent versus 28 Prozent).
- Der Anteil, der Einschränkungen infolge von Schmerzen angibt, ist höher (10 Prozent versus 6 Prozent).
- Ebenso der Anteil mit Einschränkungen hinsichtlich der Mobilität (11 Prozent versus 7 Prozent).
- Ein höherer Anteil ist auf medizinische Behandlung angewiesen (14 Prozent versus 10 Prozent).

Abbildung 114: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Gesundheitszustand



GLOSSAR

Entnommen aus: Glossar – Fonds Gesundes Österreich

Prävention

Krankheitsvorbeugung bzw. Krankheitsverhütung; Während die Gesundheitsförderung alle der Gesundheit dienlichen Maßnahmen im Rahmen einer Gesellschaft umfasst, ist die Prävention auf ein bestimmtes Ziel gerichtet, nämlich auf die Bewahrung der Gesundheit sowie die Verhütung und Früherkennung von Krankheit. Es wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention.

Primärprävention setzt an, noch bevor es zur Krankheit kommt. Sie trägt dazu bei, gesundheitsschädigende Faktoren zu vermeiden, um die Entstehung von Krankheiten zu verhindern.

Sekundärprävention soll das Fortschreiten eines Krankheitsfrühstadiums durch Frühdiagnostik und -behandlung verhindern. Sie greift also in bestehende Risikosituationen ein und versucht, diese abzuwenden.

Tertiärprävention konzentriert sich nach einem Krankheitsereignis auf die Wiederherstellung der Gesundheit. Folgeschäden soll damit vorgebeugt und Rehabilitation ermöglicht werden.

Gesundheitsdeterminanten

Persönliche, soziale, wirtschaftliche oder umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen. Diese Faktoren beeinflussen einander. Gesundheitsförderung befasst sich damit, aktiv die gesamte Bandbreite solcher Determinanten anzugehen und sie in einem gesundheitsfördernden Sinn zu beeinflussen. Dabei geht es nicht nur um individuelle Faktoren wie das Gesundheitsverhalten oder die Lebensweisen einzelner Personen, sondern auch um Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, den Zugang zu bedarfsgerechten gesundheitlichen Leistungen und um die natürliche Umwelt.

Gesundheitsförderung

Prozess, der Menschen dazu in die Lage versetzen soll, mehr Einfluss auf die Gesundheitsdeterminanten zu entwickeln und ihre Gesundheit aktiv

zu verbessern. Laut Ottawa Charta der WHO zielt Gesundheitsförderung „auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, für alle Menschen einen Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden erreichbar zu machen. Und das, indem sie einerseits Menschen motiviert, sich für eine gesunde Lebensführung zu entscheiden. Neben dieser Verhaltensänderung ist aber auch die so genannte Verhältnisänderung ein wesentlicher Bestandteil von Gesundheitsförderung. Maßnahmen der Gesundheitsförderung zielen auf die Ressourcensteigerung und Erhöhung der Gesundheitspotenziale von Bevölkerungsgruppen in bestimmten Settings ab und haben einen umfassenden Gesundheitsbegriff zur Grundlage.

Gesundheitsverhalten

Verhalten und Handeln von Menschen in Bereichen, die ihre Gesundheit betreffen. Das Verhalten von Individuen und Gruppen hängt nicht nur von ihrem Informationsstand zum Thema gesundheitsförderndes und gesundheitsschädigendes Handeln ab. Es wird in jedem Fall auch von den Verhältnissen beeinflusst, in denen Menschen leben. Gesundheitsverhalten ist ein Ergebnis komplexer erlernter Muster und steht in einem Zusammenspiel mit vielen Faktoren wie Wissen, Motivation, Einstellung oder Kompetenzen. Will man Gesundheitsverhalten ändern oder beeinflussen, müssen dabei die Bedingungen, die es prägen, mit berücksichtigt werden.

Lebensstil

Summe von Verhaltensmustern, die durch das Zusammenspiel von Persönlichkeitsmerkmalen der und des einzelnen, sozialen Beziehungen, sozio-

ökonomischen und ökologischen Lebensbedingungen bestimmt ist. Lebensstile umfassen alle Bereiche der täglichen Lebensführung wie Bewegungs- oder Ernährungsverhalten, politisches Handeln, oder den Umgang mit Gefühlen. Diese Handlungen und Verhaltensformen sind gegenüber Veränderungen relativ resistent. Wenn Individuen durch Gesundheitsförderung erfolgreich dafür gewonnen werden sollen, ihren Lebensstil oder ihre Lebensstile zu ändern, dann muss die entsprechende Intervention nicht nur auf das Individuum selbst, sondern auch auf dessen Lebensbedingungen abzielen.

Public Health

Wissenschaft und Praxis der Prävention von Krankheiten, Verlängerung von Leben und Förderung von psychischer und physischer Gesundheit und Effizienz durch strukturierte Maßnahmen des Gemeinwesens. Public Health umfasst Strukturen und Prozesse, über die die Gesundheit von Gemeinschaften verstanden, geschützt und gefördert wird. Sie schafft Bedingungen, unter denen Menschen gesund leben können. Public Health ist deshalb auch eine Querschnittsdisziplin.

Risikofaktoren

Soziale, ökonomische oder biologische Vorgaben, Verhaltensweisen oder Lebensbedingungen, die mit einer erhöhten Anfälligkeit für eine spezifische Krankheit, einen schlechteren Gesundheitszustand oder eine Verletzungsgefahr verbunden sind oder diese verursachen.

Setting

Soziale Systeme oder Lebenswelten für gesundheitliches Handeln. Settings sind Orte oder soziale Zusammenhänge, in denen sich der Alltag von Menschen abspielt und die einen wichtigen Einfluss auf ihre Gesundheit haben. Dazu gehören zum Beispiel Arbeitsplatz, Wohnumfeld, Schule oder Freizeiteinrichtungen. Moderne Gesund-

heitsförderung berücksichtigt immer auch die Settings, in denen sich Zielgruppen bewegen und legt Interventionen und Maßnahmen für bestimmte Settings fest. Die Ottawa Charta fordert die Schaffung von gesundheitsfördernden Lebenswelten als eines ihrer Handlungsfelder.

Verhaltensprävention und Verhältnisprävention

Verhaltensprävention zielt darauf ab, die im persönlichen Lebensstil verankerten gesundheitlichen Risikofaktoren und Verhaltensweisen zu beeinflussen. Verhältnisprävention bezieht auch die Umgebung von Personen und ihre Lebensverhältnisse mit ein. Dahinter steht die Vorstellung, dass Menschen sich nur dann wirklich wohl fühlen können, wenn auch das Umfeld, in dem sie leben, arbeiten, lernen, wohnen und lieben gesundheitsförderlich und nicht krank machend ist. Nicht bloß um die individuelle Lebensführung geht es also in der Gesundheitsförderung, sondern auch darum, die Kontrolle über Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern.

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildungen

Abbildung 1: Repräsentativität nach Geschlecht	17
Abbildung 2: Repräsentativität nach Alter	17
Abbildung 3: Repräsentativität nach Staatsbürgerschaft	18
Abbildung 4: Repräsentativität nach Region	18
Abbildung 5: Letzte Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung (Vergleich ATHIS 2006/2007).....	19
Abbildung 6: Anteil der Befragten mit VU innerhalb eines Jahres bzw. innerhalb von 12 Monaten (nach Alter und Geschlecht) (Vergleich ATHIS 2006/2007)	20
Abbildung 7: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren (nach Alter und Geschlecht) (Vergleich ATHIS 2006/2007).....	20
Abbildung 8: Letzte Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.....	22
Abbildung 9: Anteil der Befragten, die noch nie bei einer VU waren (nach Alter und Geschlecht)	23
Abbildung 10: Anteil der Befragten mit VU innerhalb eines Jahres bzw. innerhalb von 2 Jahren (nach Alter und Geschlecht)	24
Abbildung 11: In Anspruch genommenes Angebot.....	24
Abbildung 12: Anlässe/Auslöser für Inanspruchnahme	26
Abbildung 13: Anlässe/Auslöser für Inanspruchnahme nach Zeitraum letzte VU	27
Abbildung 14: Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses.....	28
Abbildung 15: Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses nach Alter und Geschlecht	28
Abbildung 16: Inanspruchnahme VU und Bekanntheit und Verbreitung des Gesundheitspasses.....	29
Abbildung 17: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU	30
Abbildung 18: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Schwer erreichbar (Mobilität)“.....	31
Abbildung 19: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Angst Krankheit gefunden“	31
Abbildung 20: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Wichtigeres zu tun“	31
Abbildung 21: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Lange Wartezeit“	32
Abbildung 22: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)“	32
Abbildung 23: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Familien/Freundeskreis auch keine VU“.....	33
Abbildung 24: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Gehe generell nicht gerne zum/r Arzt/Ärztin“	33
Abbildung 25: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Weiß nicht was bei VU passiert“	33
Abbildung 26: Erschwernisse/persönliche Hürden für regelmäßige VU: „Ungewohnt, ohne Beschwerden zum Arzt“.....	34
Abbildung 27: Innere und äußere Hürden (Faktorladungen)	35
Abbildung 28: Innere und äußere Hürden	35
Abbildung 29: Innere und äußere Hürden nach Altersgruppen.....	36
Abbildung 30: Typologie innere und äußere Hürden.....	36
Abbildung 31: Innere und äußere Hürden und Inanspruchnahme der VU nach Altersgruppe.....	37
Abbildung 32: VU innerhalb 12 Monaten: Ergebnisse logistische Regression	38
Abbildung 33: VU innerhalb von 2 Jahren: Ergebnisse logistische Regression	38

Abbildung 34: Einstellungen zur Vorsorgeuntersuchung	40
Abbildung 35: „VU Einstellung: Durch die Vorsorgeuntersuchung können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden“ nach Altersgruppe und Geschlecht.....	41
Abbildung 36: „VU Einstellung: Durch die Vorsorgeuntersuchung können schwere Erkrankungen verhindert werden“ nach Altersgruppe und Geschlecht	41
Abbildung 37: „VU Einstellung: Die Vorsorgeuntersuchung ist für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau“ nach Altersgruppe und Geschlecht.....	42
Abbildung 38: VU Einstellung: „Solange man sich gesund fühlt, braucht man keine Untersuchung“ nach Altersgruppe und Geschlecht.....	42
Abbildung 39: „VU Einstellung: Eine Vorsorgeuntersuchung ist erst im höheren Alter sinnvoll“ nach Altersgruppe und Geschlecht	43
Abbildung 40: „VU Einstellung: Die Vorsorgeuntersuchung bringt nichts, weil sie an meinen Belastungen nichts ändert“ nach Altersgruppe und Geschlecht.....	43
Abbildung 41: „VU Einstellung: Wenn man gesund lebt braucht man keine Vorsorgeuntersuchung“ nach Altersgruppe und Geschlecht	44
Abbildung 42: Bewertungsdimensionen der VU (Faktorladungen).....	45
Abbildung 43: Typen der Einstellung zur Vorsorgeuntersuchung.....	46
Abbildung 44: Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung nach Einstellungstyp.....	46
Abbildung 45: Inanspruchnahme (innerhalb der letzten 2 Jahre) nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen).....	47
Abbildung 46: Anlass für letzte VU Inanspruchnahme nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)	48
Abbildung 47: Innere und äußere Hürden nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen)	49
Abbildung 48: Einstellungen zur VU nach Familieneinkommen (Äquivalenzeinkommen).....	49
Abbildung 49: Anlass für letzte VU Inanspruchnahme nach Bildungsgrad	50
Abbildung 50: Innere Hürden nach Bildungsgrad und Alter.....	51
Abbildung 51: Äußere Hürden nach Bildungsgrad und Alter	52
Abbildung 52: Einstellungen zur VU nach Bildungsgrad	52
Abbildung 53: Inanspruchnahme (VU innerhalb eines Jahres) der Vorsorgeuntersuchung nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache.....	53
Abbildung 54: Innere und äußere Hürden nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache	54
Abbildung 55: Einstellungen zur VU nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache	54
Abbildung 56: Zeitraum der letzten VU nach Region	56
Abbildung 57: Anteil mit VU innerhalb eines Jahres nach Region und Altersgruppe.....	56
Abbildung 58: Information über Untersuchungsergebnisse	57
Abbildung 59: Beratung über Gesundheit und Krankheitsvermeidung	57
Abbildung 60: Beratungsinhalte	59
Abbildung 61: Beratungsqualität	59
Abbildung 62: Beratungsqualität (nur Personen, bei denen Beratung stattfand)	60
Abbildung 63: Anreize und Maßnahmen zur Erhöhung der VU - Teilnahme	61
Abbildung 64: Anreiz: Information (nach Zeitpunkt letzte VU)	62
Abbildung 65: Anreiz: Einladung (nach Zeitpunkt letzte VU)	62
Abbildung 66: Anreiz: Symbolische Anerkennung (nach Zeitpunkt letzte VU).....	63
Abbildung 67: Anreiz: Finanzielle Belohnung (nach Zeitpunkt letzte VU)	63
Abbildung 68: Anreize und Maßnahmen zur Erhöhung der VU nach Bildungsgrad.....	64
Abbildung 69: Anreiz: Information (nach Alter und Geschlecht)	64
Abbildung 70: Anreiz: Einladung (nach Alter und Geschlecht)	65
Abbildung 71: Anreiz: Symbolische Anerkennung (nach Alter und Geschlecht)	65
Abbildung 72: Anreiz: Finanzielle Anreize (nach Alter und Geschlecht).....	65
Abbildung 73: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung.....	67

TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 74: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Ernährung.....	67
Abbildung 75: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Bewegung.....	68
Abbildung 76: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Altersgruppe und Geschlecht: Stressabbau/Entspannung.....	68
Abbildung 77: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Einkommenschicht: Bewegung	69
Abbildung 78: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Bildungsgrad: Bewegung.....	69
Abbildung 79: Aktivitäten zur Gesundheitserhaltung nach Bildungsgrad: Entspannung/Stressabbau.....	70
Abbildung 80: Veränderungsbereitschaft hinsichtlich Gesundheitsverhalten.....	71
Abbildung 81: Angebotsformen	71
Abbildung 82: Angebot an Unterstützungsmaßnahmen	71
Abbildung 83: Angebote.....	72
Abbildung 84: Angebotsform nach Veränderungsbereitschaft / Gesundheitsverhalten	72
Abbildung 85: Angebot nach Angebotsform	73
Abbildung 86: Betriebliche Angebote	75
Abbildung 87: Betriebliche Angebote nach Betriebsgröße.....	76
Abbildung 88: Betriebliche Angebote nach Anstellungsverhältnis.....	77
Abbildung 89: Betriebliche Angebote nach Einkommen (Äquivalenzeinkommen)	78
Abbildung 90: Betriebliche Angebote nach Bildungsgrad	79
Abbildung 91: Raucherstatus.....	80
Abbildung 92: Raucherstatus nach Altersgruppen, Männer.....	80
Abbildung 93: Raucherstatus nach Altersgruppen, Frauen	81
Abbildung 94: Rauchen: Veränderungsbereitschaft.....	81
Abbildung 95: Rauchen: Entwöhnungsversuch im Jahr vor der Befragung	82
Abbildung 96: Phasen des transtheoretischen Modells.....	82
Abbildung 97: Strukturmodell Entwöhnungsbereitschaft Rauchen	85
Abbildung 98: Angebotsformen für RaucherInnen	86
Abbildung 99: Angebot für RaucherInnen	86
Abbildung 100: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit.....	89
Abbildung 101: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit nach Bildungsgrad.....	90
Abbildung 102: Relevanz von Lebensbereichen für die Gesundheit nach Einkommen (Äquivalenzeinkommen)	91
Abbildung 103: Wahrgenommene Angebots- bzw. Maßnahmensituation nach Lebensbereichen	93
Abbildung 104: Handlungsbedarf nach Lebensbereichen	96
Abbildung 105: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall	99
Abbildung 106: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Geschlecht	99
Abbildung 107: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Bildungsgrad	100
Abbildung 108: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Betriebsgröße.....	100
Abbildung 109: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall nach Äquivalenzeinkommen	101
Abbildung 110: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Belastungen im persönlichen Umfeld.....	102
Abbildung 111: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und berufliche Belastungen	103
Abbildung 112: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Gesundheitsverhalten	104
Abbildung 113: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und gesundheitsriskantes Verhalten.....	104
Abbildung 114: Krankenstandsvermeidung im Krankheitsfall und Gesundheitszustand.....	105

Tabellen

Tabelle 1: Übersicht - Eckdaten zur Erhebung	16
Tabelle 2: Typologie Handlungsbedarf	94

Literatur

Glossar – Fonds Gesundes Österreich. Online verfügbar unter <http://www.fgoe.org/gesundheitsfoerderung/glossar>, zuletzt geprüft am 01.07.2008.

Transtheoretisches Modell (1998). Online verfügbar unter <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/ttm.html>, zuletzt aktualisiert am 16.07.1998, zuletzt geprüft am 14.05.2008.

DIW (2001): Wohnsituation von Ausländern: Trotz Verbesserung immer noch großer Abstand zu deutschen Haushalten. Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung. (Wochenbericht, 30/2001). Online verfügbar unter <http://www.diw-berlin.de/documents/publikationen/73/38822/01-30.pdf>, zuletzt aktualisiert am 24.07.2001, zuletzt geprüft am 14.05.2008.

Keller, Roger; Willi, Martin; Krebs, Hans; Hornung, Rainer (2004): Aufhör- bzw. Reduktionsbereitschaft der Raucherinnen und Raucher in der Schweiz. Online verfügbar unter http://www.tabakmonitoring.ch/Berichte/Aufhoer_Reduktion/Forschungsbericht/Gesamt_Reduktionsb_03_dt.pdf, zuletzt geprüft am 14.05.2008.

Klimont, Jeannette; Kytir, Josef; Leitner, Barbara (2007): Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien: BMGFJ.

Maurischat, Carsten (2001): Erfassung der „Stages of Change“ im Transtheoretischen Modell Prochaska`s - eine Bestandsaufnahme. Freiburg (Forschungsberichte des Psychologischen Instituts der Albert-Luswigs-Universität Reiburg i. Br., 154).

OÖGKK (2008): Die neue Vorsorgeuntersuchung. Online verfügbar unter http://www.oegkk.at/portal/index.html;jsessionid=ACBFC1DF0B98A6E25061C433C0F60A86?ctrl:cmd=render&ctrl>window=oeegkkportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=61946&p_tabid=3&p_pubid=105194, zuletzt geprüft am 01.07.2008.

Schwartz, F. W.; Badura, B.; Leidl, R.; Raspe, H. (2003): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban u. Schwarzenberg.

WHO: Global Database on Body Mass Index. Online verfügbar unter http://www.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html, zuletzt geprüft am 02.07.2008.

FRAGEBOGEN

Gesundheitsvorsorge und -verhalten
von Frauen und Männern in ÖÖ

FRAGEBOGEN
Gesundheitsvorsorge und -verhalten von Frauen und Männern in OÖ

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an das Institut für Gesundheitsplanung, Gruberstraße 77, 4020 Linz!

Für unsere Studie ist es wichtig zu wissen, wie weit die Bevölkerung zum Thema Gesundheit informiert ist, und welche Informationsquellen die Menschen nutzen. Daher kommen zuerst ein paar Fragen zu diesem Thema.

1. Wie gut fühlen Sie sich über das Thema Gesundheit und über Möglichkeiten gesund zu bleiben informiert?

Sehr gut informiert	Gut informiert	Ausreichend informiert	Eher zu wenig informiert	Deutlich zu wenig informiert
①	②	③	④	⑤

2. Es gibt verschiedene Möglichkeiten, sich über das Thema Gesundheit zu informieren. Wie wichtig bzw. unwichtig sind die nachfolgenden Informationsquellen für Sie persönlich, wenn es um das Thema Gesundheit geht?

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher unwichtig	Unwichtig
Fernsehen/Radio	①	②	③	④
Zeitungen/Zeitschriften	①	②	③	④
Internet	①	②	③	④
Bücher	①	②	③	④
Vorträge, Informationsveranstaltungen	①	②	③	④
Kurse, Bildungseinrichtungen (z.B. Volkshochschule usw.)	①	②	③	④
Familienangehörige, Verwandte	①	②	③	④
Freunde, Bekannte	①	②	③	④
Hausarzt bzw. Hausärztin	①	②	③	④
Private Beratungsangebote (z.B. freiberufliche Ernährungsberater/innen, Kinesiologen/innen, usw.)	①	②	③	④
Öffentliche Einrichtungen im Gesundheitsbereich oder Sozialbereich (z.B. Gesundheitszentrum, Krankenkasse, Sozialberatung)	①	②	③	④
Informationen im Betrieb, am Arbeitsplatz	①	②	③	④
Sonstige Informationsquellen, nämlich: _____	①	②	③	④

Die folgenden Fragen beziehen sich darauf, wovon Ihrer Meinung nach Gesundheit abhängt und welche Umstände Gesundheit beeinflussen.

3. Sie lesen nun ein paar Aussagen, die Leute über ihre Gesundheit machen. Inwieweit stimmen Sie diesen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Meine Gesundheit ist in der Hauptsache eine Frage von guter Veranlagung und Glück.	①	②	③	④
Was meine Gesundheit anbetrifft, so kann ich nur tun, was der Arzt/die Ärztin mir sagt.	①	②	③	④
Wie schnell ich nach einer Krankheit gesund werde, wird in der Hauptsache durch reines Glück bestimmt.	①	②	③	④
Meine Gesundheit wird in erster Linie dadurch bestimmt, was ich selbst tue.	①	②	③	④
Um Krankheit zu vermeiden ist es gut, wenn man sich regelmäßig von der Hausärztin/vom Hausarzt beraten lässt.	①	②	③	④
Es liegt vor allem bei mir selbst, wie schnell ich nach einer Krankheit wieder gesund werde.	①	②	③	④

FRAGEBOGEN

4. Können Ihrer Meinung nach die Bedingungen in folgenden Lebensbereichen etwas zur Förderung der Gesundheit beitragen? Oder glauben Sie, dass diese Lebensbereiche keine Rolle für die Gesundheit spielen?

	Kann sehr viel beitragen	Kann etwas beitragen	Kann eher nichts beitragen	Spielt keine Rolle
Betrieb, Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen	①	②	③	④
Lebensbedingungen in der Wohnumgebung (Gemeinde/Stadtteil)	①	②	③	④
Gastronomie (z.B. angebotene Speisen und Getränke, Räumlichkeiten)	①	②	③	④
Freizeitangebote	①	②	③	④
Mobilität/Verkehr (Straßenverkehr, Bahn, Bus etc.)	①	②	③	④
Schule	①	②	③	④
Lebensmittelversorgung (Geschäfte, Landwirtschaft, Nahrungsmittelerzeuger)	①	②	③	④
Information und Bildung (Medien, Bildungseinrichtungen)	①	②	③	④
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Fachärzte/Fachärztinnen, Krankenhäuser)	①	②	③	④

5. Wenn Sie diese Lebensbereiche noch einmal aus Ihrer persönlichen Situation heraus betrachten: In welchem dieser Bereiche wird ihrer Ansicht nach „noch zu wenig“, „bereits ausreichend“ oder „mehr als genug“ für die Gesundheit gemacht?

	Wird noch zu wenig gemacht	Wird bereits ausreichend viel gemacht	Wird schon mehr als genug gemacht	Kann ich nicht beurteilen
Betrieb, Arbeitswelt, Arbeitsbedingungen	①	②	③	④
Lebensbedingungen in der Wohnumgebung (Gemeinde/Stadtteil)	①	②	③	④
Gastronomie (z.B. angebotene Speisen und Getränke, Räumlichkeiten)	①	②	③	④
Freizeitangebote	①	②	③	④
Mobilität/Verkehr (Straßenverkehr, Bahn, Bus etc.)	①	②	③	④
Schule	①	②	③	④
Lebensmittelversorgung (Geschäfte, Landwirtschaft, Nahrungsmittelerzeuger)	①	②	③	④
Information und Bildung (Medien, Bildungseinrichtungen)	①	②	③	④
Medizinische Versorgung (z.B. Ärzte/Ärztinnen, Fachärzte/Fachärztinnen, Krankenhäuser)	①	②	③	④

In den folgenden Fragen geht es darum, was Sie im Falle einer Erkrankung tun. Außerdem geht es darum, was sie tun um Krankheiten vorzubeugen und gesund zu bleiben.

6. Wenn Sie gesundheitliche Beschwerden oder Probleme haben. Wie reagieren Sie normalerweise darauf?

Bei gesundheitlichen Problemen ...	trifft zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft nicht zu
... gehe ich sofort zum Arzt oder zu einer Ärztin	①	②	③	④
... gehe ich erst nach einiger Zeit zum Arzt oder zu einer Ärztin	①	②	③	④
... wende ich Hausmittel an (z.B. Wadenwickel, Tee ...)	①	②	③	④
... vermeide ich den Arztbesuch solange es geht	①	②	③	④
... nehme ich homöopathische Medikamente, nutze alternative Heilverfahren	①	②	③	④
... nehme ich rezeptfreie Medikamente	①	②	③	④
... nehme ich rezeptpflichtige Medikamente	①	②	③	④
... vermeide ich Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit	①	②	③	④

FRAGEBOGEN

10. Falls Sie berufstätig sind: (Wenn Sie nicht berufstätig sind, gehen sie bitte weiter zur Frage 11.)
Werden von Ihrem/er Arbeitgeber/in folgende Maßnahmen zur Erhaltung der Gesundheit angeboten oder gefördert:

	Ja, ausreichend	Ja, aber zu wenig	Nein	Weiß nicht
Angebot zur Rauchentwöhnung	①	②	③	④
Medizinische Untersuchungen	①	②	③	④
Ergonomische Ausstattung (z.B. angepasste Sitzmöbel)	①	②	③	④
Maßnahmen der Unfallverhütung	①	②	③	④
Ansprechperson bei Problemen mit Kollegen (Mobbing)	①	②	③	④
Bewegungs- und Sportangebote	①	②	③	④
Nichtraucherschutz	①	②	③	④
Gesundes Essen (in Betriebsküche)	①	②	③	④
Ruheräume und/oder Sozialräume	①	②	③	④
Informationsveranstaltungen zum Thema Gesundheit	①	②	③	④
Gesundheitszirkel	①	②	③	④
Sonstiges, nämlich	①	②	③	④

11. In den nächsten Fragen geht es um den so genannten „Gesundheits-Pass“:

Seit einigen Jahren gibt es einen „Gesundheits-Pass“, der Informationen zur Gesundheitsvorsorge enthält und in dem Vorsorgeuntersuchungen eingetragen werden können.

Den Gesundheits-Pass gibt es für verschiedene Altersgruppen: **18 plus, 40 plus, 60 plus und 75 plus.**

(Mit Gesundheits-Pass ist **nicht** der Mutter-Kind-Pass gemeint.)

11.a. Haben Sie bereits von diesem Gesundheits-Pass gehört oder gelesen? Ja Nein

11.b. Wenn ja: Besitzen Sie bereits einen solchen Gesundheits-Pass? Ja Nein

Es folgen nun einige Fragen zum Thema Vorsorgeuntersuchung (häufig auch Gesundenuntersuchung oder Früherkennungsuntersuchung genannt).

12. Waren sie jemals bei einer Vorsorgeuntersuchung?

- Ja Nein (weiter mit Frage 13) Weiß nicht, Vorsorgeuntersuchung unbekannt (weiter mit Frage 13)

Wenn Sie **noch nie** bei einer Vorsorgeuntersuchung waren, gehen Sie bitte weiter zur Frage 13.

Wenn Sie bereits bei einer Vorsorgeuntersuchung waren: Denken Sie bei den nachfolgenden Fragen bitte immer an die **letzte Vorsorgeuntersuchung**, bei der Sie waren.

12.a. Wie lange liegt die letzte Vorsorgeuntersuchung zurück, bei der sie waren?

weniger als 12 Monate	mehr als ein Jahr bis maximal 2 Jahre	mehr als 2 Jahre bis maximal 3 Jahre	mehr als drei Jahre
①	②	③	④

12.b. Wo haben Sie diese Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen?

- Beim Hausarzt/Hausärztin bzw. praktischer Arzt/Ärztin oder Facharzt/Fachärztin
 In einem Ambulatorium (z.B. einer Krankenkasse)
 Im Betrieb
 Bei einer privaten Krankenversicherung
 Bei einer sonstigen Stelle, die eine solche Untersuchung anbietet, nämlich _____

12.c. War diese Vorsorgeuntersuchung kostenlos oder mussten sie etwas dafür bezahlen?

- War kostenlos War nicht kostenlos

**12.d. Wenn sie an Ihre letzte Vorsorgeuntersuchung denken:
Was war der Anlass bzw. Grund, dass sie zur Vorsorgeuntersuchung gegangen sind?**

	War ein Grund	Hat mitgespielt	Hat eher keine Rolle gespielt	Hat gar keine Rolle gespielt
Weil ich zur Untersuchung eingeladen wurde	①	②	③	④
Weil ich regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung gehe	①	②	③	④
Weil ich aus einem anderen Grund beim Arzt/Ärztin war	①	②	③	④
Weil ich Beschwerden hatte	①	②	③	④
Weil ich von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten darauf aufmerksam gemacht wurde	①	②	③	④
Weil ich vom Arzt/Ärztin darauf aufmerksam gemacht wurde	①	②	③	④
Weil die Untersuchung im Betrieb angeboten wurde	①	②	③	④
Weil es im Gesundheitspass vorgesehen ist	①	②	③	④
Sonstige Gründe, nämlich:	①	②	③	④

**12.e. Wenn sie an ihre letzte Vorsorgeuntersuchung denken:
In welchem Ausmaß wurden Sie vom Arzt/Ärztin über das Ergebnis der Untersuchung informiert?**

Wurde sehr gut informiert	Wurde ausreichend informiert	Wurde zu wenig informiert	Wurde überhaupt nicht informiert
①	②	③	④

12.f. Wurden Sie ausreichend über Möglichkeiten beraten, um Krankheiten zu vermeiden bzw. gesund zu bleiben oder eine bestehende Erkrankung zu behandeln?

Wurde sehr gut beraten	Wurde ausreichend beraten	Wurde zu wenig beraten	Wurde überhaupt nicht Beraten	Beratung nicht notwendig, da vollkommen gesund
①	②	③	④	⑤

12.g. Über welche Themen wurden Sie bei Ihrer letzten Vorsorgeuntersuchung informiert oder beraten?

	Hat keine Rolle gespielt	Wurde kurz angesprochen	Wurde ausführlich besprochen
Untersuchungen zur Abklärung einer möglichen Erkrankung	①	②	③
Medizinische Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente)	①	②	③
Rauchen	①	②	③
Alkohol	①	②	③
Gesunde Lebensweise (Ernährung, Bewegung)	①	②	③
Übergewicht, Abnehmen	①	②	③
Berufsbedingte Gesundheitsbelastungen	①	②	③
Privates Umfeld	①	②	③
Wohnsituation	①	②	③
Beratung war nicht notwendig, da alles in Ordnung war	①	②	③

12.h. Wie weit waren die Ratschläge für Sie persönlich hilfreich?

Sehr hilfreich	Eher hilfreich	Eher nicht hilfreich	Gar nicht hilfreich	Beratung nicht notwendig, da vollkommen gesund
①	②	③	④	⑤

FRAGEBOGEN

Es folgen jetzt noch einige allgemeine Fragen, in denen es um Ihre Meinung zur Vorsorgeuntersuchung geht.

Bitte beantworten Sie diese Fragen auch, wenn Sie in letzter Zeit nicht bei der Vorsorgeuntersuchung waren. (Für unsere Studie ist es sehr wichtig, dass wir Ihre persönlich Meinung zu diesem Thema kennen, ganz egal, ob Sie regelmäßig, selten oder nie zur Vorsorgeuntersuchung gehen).

13. Es gibt verschiedenen Meinungen zur Vorsorgeuntersuchung. Welchen nachfolgenden Aussagen würden Sie persönlich zustimmen oder nicht zustimmen?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu	Kann ich nicht beurteilen
Solange man sich gesund fühlt, braucht man keine Untersuchung	①	②	③	④	⑤
Durch die Vorsorgeuntersuchung können Krankheiten frühzeitig erkannt und behandelt werden	①	②	③	④	⑤
Durch die Vorsorgeuntersuchung können schwere Erkrankungen verhindert werden	①	②	③	④	⑤
Wenn man gesund lebt braucht man keine Vorsorgeuntersuchung	①	②	③	④	⑤
Die Vorsorgeuntersuchung ist für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau	①	②	③	④	⑤
Eine Vorsorgeuntersuchung ist erst im höheren Alter sinnvoll	①	②	③	④	⑤
Die Vorsorgeuntersuchung bringt nichts, weil sie an meinen Belastungen nichts ändert	①	②	③	④	⑤

14. Es gibt Erschwernisse/Hürden, die es einem manchmal schwer machen, regelmäßig zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Welche der nachfolgenden Erschwernisse/Hürden treffen auf Sie zu bzw. treffen auf Sie nicht zu? (Ganz unabhängig davon, ob Sie in letzter Zeit bei einer Untersuchung waren oder nicht)

	Trifft zu	Trifft teilweise zu	Trifft eher nicht zu	Trifft nicht zu
Lange Wartezeit (in Ordination)	①	②	③	④
Schwer erreichbar (Mobilität)	①	②	③	④
Zeitlich schwer einzurichten (Ordinationszeiten)	①	②	③	④
Gehe generell nicht gerne zum/r Arzt/Ärztin	①	②	③	④
Angst davor, dass eine Krankheit gefunden werden könnte	①	②	③	④
Habe oft Wichtigeres zu tun	①	②	③	④
Im Familien- und Freundeskreis lässt sich auch niemand untersuchen	①	②	③	④
Weiß nicht genau, was bei der Untersuchung passiert	①	②	③	④
Es ist ungewohnt, ohne Beschwerden zum/r Arzt/Ärztin zu gehen	①	②	③	④

15. Wenn Sie entscheiden könnten: Welche Maßnahmen würden Sie persönlich für sinnvoll halten, damit mehr Menschen zur Vorsorgeuntersuchung gehen? Welche würden Sie nicht für sinnvoll halten?

	Sehr sinnvoll	Eher sinnvoll	Eher nicht sinnvoll	Nicht sinnvoll	Kann ich nicht beurteilen
Finanzielle Belohnung für Menschen, die zur Vorsorgeuntersuchung gehen (z.B. Bonus)	①	②	③	④	⑤
Kleine symbolische Anerkennung (z.B. Gutschein für Fitnesscenter)	①	②	③	④	⑤
Regelmäßige schriftliche oder telefonische Einladung zur Vorsorgeuntersuchung (z.B. jedes Jahr)	①	②	③	④	⑤
Bessere Information darüber, wo man sich untersuchen lassen kann	①	②	③	④	⑤
Andere Maßnahmen, nämlich:	①	②	③	④	⑤

16. Fragen zur Gesundheit und zur Lebensqualität

*In den nachfolgenden Fragen geht es darum, wie gesund Sie sich derzeit fühlen und wie ihre derzeitige Lebensqualität aussieht. Bitte lesen Sie jede Frage, überlegen Sie, wie Sie sich in den vergangenen **zwei Wochen** gefühlt haben, und kreuzen Sie die Zahl an, die für Sie am ehesten zutrifft.*

Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Wie würden Sie Ihre Lebensqualität beurteilen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Überhaupt nicht	Ein wenig	Mittelmäßig	Ziemlich	Äußerst
Wie stark werden Sie durch Schmerzen daran gehindert, notwendige Dinge zu tun?	①	②	③	④	⑤
Wie sehr sind Sie auf medizinische Behandlung angewiesen, um das tägliche Leben zu meistern?	①	②	③	④	⑤
Wie gut können Sie Ihr Leben genießen?	①	②	③	④	⑤
Betrachten Sie Ihr Leben als sinnvoll?	①	②	③	④	⑤
Wie gut können Sie sich konzentrieren?	①	②	③	④	⑤
Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?	①	②	③	④	⑤
Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Überhaupt nicht	Eher nicht	Halbwegs	Überwiegend	Völlig
Haben Sie genug Energie für das tägliche Leben?	①	②	③	④	⑤
Können Sie Ihr Aussehen akzeptieren?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?	①	②	③	④	⑤
Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr schlecht	Schlecht	Mittelmäßig	Gut	Sehr gut
Wie gut können Sie sich fortbewegen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Sehr unzufrieden	Unzufrieden	Weder noch	Zufrieden	Sehr zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Schlaf?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit, alltägliche Dinge erledigen zu können?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Arbeitsfähigkeit?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit sich selbst?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren persönlichen Beziehungen?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Sexualleben?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit der Unterstützung durch Freunde?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?	①	②	③	④	⑤
Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?	①	②	③	④	⑤
Bitte kreuzen Sie die in den letzten 14 Tagen zutreffende Antwort an.	Niemals	Nicht oft	Zeitweilig	Oftmals	Immer
Wie häufig haben Sie negative Gefühle wie Traurigkeit, Verzweiflung, Angst oder Depression?	①	②	③	④	⑤

FRAGEBOGEN

17. Jetzt folgt noch eine Frage dazu, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen: Sie sehen gegensätzliche Eigenschaften, die auf Menschen zutreffen können: In welchem Ausmaß treffen diese Eigenschaften auf Sie persönlich zu? (Kreuzen Sie bitte bei den Ziffern 1 bis 5 die Stelle (das heißt die Zahl) zwischen den beiden Gegensätzen an, die Ihrem Gefühl nach am besten zutrifft.)

nicht unabhängig	①	②	③	④	⑤	völlig unabhängig
nicht gefühlsbetont	①	②	③	④	⑤	sehr gefühlsbetont
sehr passiv	①	②	③	④	⑤	sehr aktiv
fähig, auf andere einzugehen	①	②	③	④	⑤	völlig unfähig, auf andere einzugehen
sehr rau	①	②	③	④	⑤	sehr sanft
nicht hilfreich zu anderen	①	②	③	④	⑤	sehr hilfreich zu anderen
nicht wettbewerbsorientiert	①	②	③	④	⑤	sehr wettbewerbsorientiert
sehr unfreundlich	①	②	③	④	⑤	sehr freundlich
der Gefühle anderer nicht bewusst	①	②	③	④	⑤	der Gefühle anderer bewusst
fälle leicht Entscheidungen	①	②	③	④	⑤	fälle schwer Entscheidungen
gebe leicht auf	①	②	③	④	⑤	gebe nie auf
nicht selbstsicher	①	②	③	④	⑤	sehr selbstsicher
fühle mich unterlegen	①	②	③	④	⑤	fühle mich überlegen
nicht verständnisvoll gegenüber anderen	①	②	③	④	⑤	sehr verständnisvoll gegenüber anderen
sehr kühl in Beziehungen zu anderen	①	②	③	④	⑤	sehr herzlich in Beziehungen zu anderen
kann Druck nicht standhalten	①	②	③	④	⑤	kann Druck gut standhalten

18. Falls Sie berufstätig sind: (Wenn Sie nicht berufstätig sind gehen Sie bitte weiter zur Frage 19) Wie stark fühlen Sie sich an ihrem jetzigen Arbeitsplatz durch die folgenden Faktoren belastet?

	Gar nicht belastet	Eher nicht belastet	Eher belastet	Stark belastet
Stress, Zeitdruck	①	②	③	④
Überforderung durch Tätigkeiten/Aufgaben	①	②	③	④
Unterforderung, Monotonie	①	②	③	④
Umweltbelastungen (z.B. Lärm, Geruch, Staub, mangelnde Beleuchtung usw.)	①	②	③	④
Körperliche Belastungen (körperliche Anstrengung, unangenehme Arbeitshaltung, viel stehen etc.)	①	②	③	④
Unregelmäßige Arbeitszeiten (z.B. unregelmäßiger Dienstplan, Schichtarbeit etc.)	①	②	③	④
Zu starre Arbeitszeiten (kaum Möglichkeit freier Zeiteinteilung oder kurzfristig einen Tag frei zu nehmen)	①	②	③	④
Arbeitsklima (z.B. mangelnde Unterstützung durch Kollegen oder Vorgesetzte, Konflikte, Mobbing usw.)	①	②	③	④
Zu wenig Anerkennung	①	②	③	④
Sonstige Belastungen, nämlich: _____	①	②	③	④

19. Wenn Sie an Ihre allgemeine Lebenssituation denken: Wie stark fühlen Sie sich durch die folgenden Faktoren belastet?

	Gar nicht belastet	Eher nicht belastet	Eher belastet	Stark belastet
Betreuungsaufgaben (z.B. Kinderbetreuung, Pflege/Betreuung von Angehörigen usw.)	①	②	③	④
Hausarbeit, Tätigkeiten im Haushalt	①	②	③	④
Probleme im Familien-, Verwandten-, Freundeskreis, z.B. Konflikte	①	②	③	④
Belastungen durch Ausbildung bzw. Fortbildung (Kurse, Schule, Studium, usw.)	①	②	③	④
Finanzielle Probleme	①	②	③	④
Wohnsituation	①	②	③	④
Arbeitsplatzsuche	①	②	③	④
Sonstige Belastungen, nämlich: _____	①	②	③	④

In den nächsten Fragen geht es um Ihre allgemeinen Lebensgewohnheiten und ihren Lebensstil:

20. Kommen Sie mindestens einmal pro Woche durch körperliche Betätigung bzw. Sport ins Schwitzen? (Zum Beispiel durch Joggen, Hausarbeit, Gartenarbeit, schnelles oder langes Radfahren oder Aerobic.)

Ja Nein

Wenn ja: an wie vielen Tagen in der Woche? An _____ Tagen

21. Rauchen Sie Tabak? (Wenn sie keine Zigaretten, sondern z.B. Zigarren oder Pfeife rauchen, geben sie ungefähr an, wie vielen Zigaretten das entsprechen würde).

- ① Ja, täglich mehr als 20 Zigaretten
- ② Ja, täglich bis höchstens 20 Zigaretten
- ③ Ja, gelegentlich (nicht täglich)
- ④ Nein, rauche nicht mehr (habe aufgehört)
- ⑤ Nein, habe nie geraucht

21.a. Wenn Sie derzeit Raucher/Raucherin sind: Haben Sie innerhalb des letzten Jahres ernsthaft versucht mit dem Rauchen aufzuhören?

Ja Nein

22. Was würden Sie über Ihren Alkoholkonsum sagen? An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?

An sechs bis sieben Tagen pro Woche	An vier bis fünf Tagen pro Woche	An zwei bis drei Tagen pro Woche	Einmal pro Woche	Seltener als einmal pro Woche	Nie
①	②	③	④	⑤	⑥

22.a. Wenn Sie an die vergangenen sieben Tage denken: Wie viele Gläser alkoholischer Getränke haben Sie insgesamt konsumiert? (Bitte alle zusammenzählen!)
(Unter einem Glas verstehen wir ungefähr ½ Liter Bier oder ¼ Liter Wein oder 0,2 cl Spirituosen oder eine ähnliche Menge eines Getränkes mit ähnlichem Alkoholgehalt.)

keines	1 – 5 Gläser	6 - 10 Gläser	11 – 20 Gläser	21 – 30 Gläser	31 – 40 Gläser	41 und mehr Gläser
①	②	③	④	⑤	⑥	⑦

FRAGEBOGEN

22.b. Nachfolgend lesen Sie verschiedene Aussagen zum Thema Alkohol.

Welchen Aussagen würden sie zustimmen und welchen Aussagen würden sie nicht zustimmen?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Regelmäßig ein wenig Alkohol am Abend ist der Gesundheit förderlich	①	②	③	④
Es passiert mir schon hin und wieder, dass ich es übersehe und zuviel trinke	①	②	③	④
Ich habe mir schon öfter vorgenommen, in Zukunft weniger Alkohol zu trinken	①	②	③	④
Wenn es mir nicht gut geht, ich unglücklich bin, trinke ich zuviel Alkohol	①	②	③	④
Nach ein paar Schluck Alkohol fühle ich mich gleich viel wohler	①	②	③	④
Mit Alkohol ist es in einer gemütlichen Runde einfach lustiger	①	②	③	④
Wenn ich Alkohol getrunken habe fällt es mir leichter, jemanden kennen zu lernen	①	②	③	④
Wenn man in einer geselligen Runde keinen Alkohol trinkt, wird man „schief“ angesehen	①	②	③	④

Manche Menschen glauben, dass sich Männer und Frauen bezüglich mancher Einstellungen und Verhaltensweisen unterscheiden. Andere glauben, dass es nicht so ist.

Mit der nachfolgenden Frage wollen wir herausfinden, wie Ihre Meinung dazu ist.

23. Sie lesen nun ein paar Aussagen, die Leute so allgemein darüber machen, wie man sich verhalten soll.

Inwieweit stimmen Sie diesen Aussagen zu oder nicht zu?

	Stimme zu	Stimme eher zu	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Für Frauen ist es wichtiger als für Männer, auf ihre Signale im Körper zu achten.	①	②	③	④
In einer Familie ist vor allem die Frau für die Gesundheit der Familienmitglieder verantwortlich.	①	②	③	④
Gerade Frauen sollten keine größeren Risiken eingehen, wenn es um ihre Gesundheit geht.	①	②	③	④
Für Frauen ist die Stressbelastung im Allgemeinen größer als für Männer.	①	②	③	④
Für Frauen ist es wichtiger über Gesundheit Bescheid zu wissen, als für Männer.	①	②	③	④
Frauen dürfen ruhig einmal „einen über den Durst“ trinken.	①	②	③	④
Gerade Frauen sollten über gesunde Ernährung Bescheid wissen.	①	②	③	④
Es ist schon komisch, wenn Frauen Fußball spielen.	①	②	③	④
In einer Familie oder Partnerschaft sind Mann und Frau gleichermaßen für Gesundheit verantwortlich.	①	②	③	④
Männer sollten sich mehr um ihre Gesundheit sorgen, als sie es bisher tun.	①	②	③	④
Ein Mann vermeidet den Arztbesuch so lange es geht.	①	②	③	④
Ein Mann sollte Traurigkeit für sich behalten.	①	②	③	④
Es gehört für einen Mann einfach dazu, auch mal etwas Gefährliches zu tun.	①	②	③	④
Richtigem Stress sind eigentlich nur Männer ausgesetzt.	①	②	③	④
Männer dürfen ruhig einmal „einen über den Durst“ trinken.	①	②	③	④
Psychotherapie ist eher etwas für Frauen.	①	②	③	④
Männer und Gymnastik passen nicht zusammen.	①	②	③	④

24. Stellen Sie sich vor, Sie sprechen mit Personen aus Ihrem Umfeld (Freunde, Bekannte oder Verwandte): Wie häufig kommen dabei die unten genannten Gesprächsthemen vor?

	Sehr häufig	Häufig	Selten	Nie
Arbeit und Beruf	①	②	③	④
Beziehungen, Beziehungsprobleme	①	②	③	④
Gesunde Lebensweise und Gesundheitsvorsorge	①	②	③	④
Tipps bei leichteren Erkrankungen (etwa rezeptfreie Medikamente, Hausmittel, usw.)	①	②	③	④
Finanzielles/Geldangelegenheiten	①	②	③	④

Nachfolgend noch eine Frage zu Ihrem engeren persönlichen Umfeld.

25. Gibt es in ihrem Umfeld eine oder mehrere Personen, mit der Sie über sehr persönliche Themen sprechen können (z.B. aus der Familie oder Partnerschaft, enge Freunde, Bekannte, aber auch Ärzte/Ärztinnen oder andere Vertrauenspersonen)?

- Ja Nein (weiter mit Frage 26)

Wenn Sie nun an diesen Personenkreis denken:

25.a. Wie viele Personen sind das? _____ Personen

25.b. Besteht dieser engere Kreis vertrauter Personen vorwiegend aus Männern oder aus Frauen?

vor allem Frauen	gemischt, aber mehr Frauen	ungefähr gleich viele Männer und Frauen	gemischt, aber mehr Männer	vor allem Männer
①	②	③	④	⑤

Zum Abschluss bitten wir Sie noch um ein paar statistische Informationen zu Ihrer Person bzw. zu Ihrem Haushalt:

26. Geschlecht: männlich weiblich

27. Alter: _____ Jahre

28. Körpergröße: _____ cm

29. Gewicht: _____ kg

30. Höchster Bildungsabschluss

- Kein Abschluss Berufsbildende mittlere Schule
 Pflichtschule Matura
 Lehrabschluss/Berufsschule Universität/Fachhochschule

31. Leben Sie mit einem festen Partner/einer festen Partnerin zusammen (egal ob verheiratet oder in Lebensgemeinschaft)?

- Ja Nein

32. Staatsbürgerschaft

- Österreich Andere Staatsbürgerschaft, nämlich: _____

33. Muttersprache

- Deutsche Muttersprache Andere Muttersprache, nämlich: _____

34. Wohnbezirk: In welchem Bezirk haben Sie ihren ständigen Wohnsitz?

- Linz-Stadt Braunau Gmunden Linz-Land Rohrbach Urfahr-Umgbg. anderer Bezirk
 Steyr-Stadt Eferding Grieskirchen Perg Schärding Vöcklabruck
 Wels-Stadt Freistadt Kirchdorf Ried Steyr-Land Wels-Land

FRAGEBOGEN

35. Wenn Sie sich selbst zuordnen: Welcher der folgenden Gruppen würden Sie sich zurechnen?

(Bitte nur eine Angabe!)

- Erwerbstätig (auch Lehrling)
- Arbeitslos
- Pensionist/in
- Hausfrau, Hausmann
- In Ausbildung (Schüler/in, Student/in)
- Dauerhaft arbeitsunfähig
- In Elternkarenz
- Anderes, nämlich : _____

35.a. Wenn Sie derzeit erwerbstätig sind: Wie viele Stunden sind das durchschnittlich pro Woche?

- ① bis 11 Std.
- ② 12-25 Std.
- ③ 26-34 Std.
- ④ 35-40 Std.
- ⑤ über 40 Std.

35.b. Wie groß ist der Betrieb, in dem Sie arbeiten? (Wie viele Mitarbeiter/Mitarbeiterinnen hat der Betrieb?)

- ① 1 - 2 Mitarb.
- ② 3 - 9 Mitarb.
- ③ 10 - 49 Mitarb.
- ④ 50-249 Mitarb.,
- ⑤ 250 und mehr Mitarb.

36. Welche Berufstätigkeit üben Sie DERZEIT vorwiegend aus bzw. (wenn derzeit nicht Berufstätig) als was haben Sie ZULETZT gearbeitet? (Bitte nur EINE Antwort!)

- Arbeiter/in, angelernte Tätigkeit bzw. Hilfstätigkeit
- Facharbeiter/in
- Vorarbeiter/in, Meister/in, Polier
- Angestellte/r, nicht leitende Tätigkeit
- Angestellte/r, leitende Tätigkeit
- Beamter/in, Vertragsbedienstete/r in nicht leitender Tätigkeit
- Beamter/in, Vertragsbedienstete/r in leitender Tätigkeit
- Landwirtschaft
- Mithelfende/r Familienangehörige/r
- Freie/r Dienstnehmer/in, Neue/r Selbständige/r
- Selbständig, Freie Berufe
- Sonstiges, nämlich: _____
- War nie berufstätig

37. Personen im Haushalt:

37.a. Wie viele Personen leben derzeit insgesamt in Ihrem Haushalt? _____ Personen
(Sie selbst mit eingerechnet)

37.b. Wie viele davon sind Kinder unter 15 Jahren? _____ Kinder

37.c. Wenn Kinder im Haushalt leben:

Wer in Ihrem Haushalt ist vorrangig für die Betreuung dieser Kinder verantwortlich?

Übernehmen Sie selbst den Großteil der Betreuungsaufgaben oder übernimmt eine Person im Haushalt (z.B. Ihre Partnerin bzw. ihr Partner) den Großteil der Betreuungsaufgaben?

Übernehme Betreuung alleine	Übernehme den Großteil der Betreuung	Betreuung ungefähr gleich aufgeteilt	Partner/in oder andere Person übernimmt Großteil der Betreuung	Partner/in oder andere Person übernimmt gesamte Betreuung
①	②	③	④	⑤

37.d. Weist eines oder mehrere der Kinder in Ihrem Haushalt einen erhöhten Betreuungsaufwand auf?
(z.B. infolge längerer Erkrankung, Behinderung, Verhaltensauffälligkeiten usw.)

- Ja, _____ Kind/er
- Nein, kein Kind

38. Haben sie regelmäßig die Verantwortung für die Betreuung von hilfsbedürftigen Erwachsenen oder Jugendlichen im Alter über 15 Jahren (z.B. von Verwandte, Bekannte, Nachbarn usw.)?

(Ausgenommen sind beruflich ausgeübte Betreuungsaufgaben)

- Ja
- Nein

39. Wohnungsgröße:

Wie viel Wohnfläche steht Ihnen insgesamt zur Verfügung? _____ m²
(Gesamte Nutzfläche für die Familie bzw. den Haushalt; ohne Nebenräume wie z.B. Kellerabteil, Balkon usw.)

40. Wie hoch ist Ihr Haushaltsnettoeinkommen?

Denken Sie bitte an alle Einkünfte: Erwerbseinkommen, Pensionen, Sozialleistungen (z.B.: Familienbeihilfe, Pflegegeld), regelmäßige private Geldleistungen (z.B. Alimente) usw. In welche Stufe fällt der Betrag. (VOR Abzug allfälliger Ausgaben wie Miete etc).

- ① Bis 800 Euro
- ② 801 - 1.500 Euro
- ③ 1.501 – 2.000 Euro
- ④ 2.001 – 2.500 Euro
- ⑤ 2.501 – 3.000 Euro
- ⑥ 3.001 – 3.500 Euro
- ⑦ 3.501 – 4.000 Euro
- ⑧ 4.001 – 4.500 Euro
- ⑨ 4.501 – 5.000 Euro
- ⑩ über 5.000 Euro

41. **Zum Schluss noch eine Frage: Gibt es etwas, dass Sie uns zum Thema Vorsorgeuntersuchung und Gesundheit noch gerne mitteilen möchten!**

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

