



Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung

Bericht

Projekt „Evaluation und Qualitätssicherung der Vorsorgeuntersuchung Neu“

Modul „Kurz-, mittel- und langfristige Evaluation“

Arbeitspakete 12.6 und 12.7

Impressum

Herausgeber

Institut für Gesundheitsförderung und Prävention GmbH
Haideggerweg 40
8044 Graz
UID-Nr.: ATU 63975513
Tel. 0316 391101 700
Fax.0316 391101 717

AutorInnen

Dr. Ursula Reichenpfader, MPH
Mag. Dr. Karin Tropper
DI Andreas Kvas
Mag. (FH) Ines Spath-Dreyer
Mag. Dr. Markus Schweiger

Graz, Dezember 2008



Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis	5
Tabellenverzeichnis	7
Executive Summary	8
1 Einleitung	11
2 Methodik und Studiendesign	12
2.1 Literaturanalyse	13
2.1.1 Methodik und Suchstrategie	14
2.1.2 Erklärungsansätze zu protektivem Gesundheitshandeln und Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen	15
2.2 Relevante Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/ 2007	16
2.3 Durchführung von Fokusgruppen	17
2.4 Befragung	19
2.4.1 Befragungsmethode	19
2.4.2 Zielgruppenfestlegung und Stichprobendesign	19
2.4.3 Ausschöpfung	21
2.4.4 Durchführung	21
2.4.5 Datenverarbeitung und Auswertung	22
2.5 Stichprobe	23
2.5.1 Soziodemografische Personenmerkmale – Überblick	23
2.5.2 Geschlechts- und Altersstruktur	25
2.5.3 Familienstand	25
2.5.4 Ausbildung, Berufliche Stellung, Beschäftigungsausmaß und Einkommen	26
2.5.5 Staatsbürgerschaft, Geburtsland und Wohnort	28
3 Ergebnisse	30
3.1 Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung	30
3.2 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit	31
3.3 Vorliegen eines dauerhaften, behandlungsbedürftigen gesundheitlichen Problems	33
3.4 Vorhandensein einer Ärztin/ eines Arztes des Vertrauens (Hausärztin/ -arzt)	34
3.5 Angaben zur zahnärztlichen Vorsorge	38
3.6 Angaben zu den Rauchgewohnheiten	38
3.7 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen	39
3.8 Verhalten bei gesundheitlichen Problemen	40
3.9 Subjektive Einschätzung des eigenen Erkrankungsrisikos	42
3.10 Subjektiv wahrgenommener Nutzen der Vorsorgeuntersuchung	42
3.11 Informiertheit zur Vorsorgeuntersuchung	44
3.11.1 Einschätzung des eigenen Anspruchs auf eine Vorsorgeuntersuchung	44

3.11.2	Annahmen über die Programminhalte der Vorsorgeuntersuchung _____	45
3.12	Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU _____	47
3.13	Soziodemografische Personenmerkmale _____	51
3.13.1	Soziodemografische Personenmerkmale – Überblick _____	51
3.13.2	Geschlecht und Alter _____	54
3.13.3	Familienstand _____	55
3.13.4	Höchste abgeschlossene Ausbildung _____	55
3.13.5	Berufliche Stellung und Beschäftigungsausmaß _____	57
3.13.6	Persönliches monatliches Netto-Einkommen _____	58
3.13.7	Staatsbürgerschaft und Geburtsland _____	59
3.13.8	Wohnort nach Bundesland _____	60
3.13.9	Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl _____	60
4	Diskussion _____	61
4.1	„Predisposing Characteristics“ _____	62
4.1.1	Sozialstruktur _____	62
4.1.2	Gesundheitsbezogene Überzeugungen _____	65
4.2	„Enabling Resources“: Personenbezogene und systembezogene Voraussetzungen _____	68
4.2.1	Persönliches Netto-Einkommen _____	68
4.2.2	Vorhandensein einer Ärztin/ eines Arztes des Vertrauens (Hausärztin/ -arzt) & ärztliche Empfehlung _____	69
4.2.3	Externe Hürden _____	69
4.3	„Need“: Einflussfaktoren des Bedarfs _____	70
4.3.1	Subjektiver Gesundheitszustand _____	70
4.3.2	Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems _____	71
4.4	Vorsorge- und Gesundheitsverhalten _____	72
4.5	Methodische Einschränkungen _____	72
4.6	Public Health-Relevanz _____	73
Literatur	_____	76
Anhang	_____	79
	Fragebogen zur Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung _____	80

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Studiendesign.....	13
Abbildung 2: Altersverteilung nach Kategorien getrennt für Frauen und Männer.....	25
Abbildung 3: Familienstand nach Geschlecht.....	26
Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Geschlecht.....	26
Abbildung 5: Berufliche Stellung nach Geschlecht.....	27
Abbildung 6: Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht.....	27
Abbildung 7: Persönliches monatliches Netto-Einkommen nach Geschlecht.....	28
Abbildung 8: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht.....	28
Abbildung 9: Geburtsland nach Geschlecht.....	28
Abbildung 10: Bundesland nach Geschlecht.....	29
Abbildung 11: Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl nach Geschlecht.....	29
Abbildung 12: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes.....	31
Abbildung 13: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes nach Alter und Geschlecht.....	31
Abbildung 14: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorjahr.....	32
Abbildung 15: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen im gleichen Alter.....	32
Abbildung 16: Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems.....	33
Abbildung 17: Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems getrennt für Frauen und Männer.....	33
Abbildung 18: Prozentsatz der Personen innerhalb einer Altersgruppe, die aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems in ärztlicher Behandlung sind, getrennt für Frauen und Männer. .	34
Abbildung 19: Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt.....	35
Abbildung 20: Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt getrennt für Frauen und Männer...	35
Abbildung 21: Prozentsatz der Personen innerhalb einer Altersgruppe, die eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens bzw. eine/n Hausärztin/ -arzt haben, getrennt für Frauen und Männer.....	35
Abbildung 22: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt.....	36
Abbildung 23: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt getrennt für Frauen und Männer.....	36
Abbildung 24: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt nach Altersgruppen und getrennt für Frauen und Männer.....	37
Abbildung 25: Anzahl der Behandlungen bei/m Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt innerhalb der letzten 12 Monate.....	37
Abbildung 26: Vorsorge bei Zahnärztin/ -arzt.....	38
Abbildung 27: Rauchgewohnheiten.....	39
Abbildung 28: Rauchgewohnheiten nach Geschlecht.....	39

Abbildung 29: Mittelwerte der Items zur gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung	40
Abbildung 30: Mittelwerte der Items zur Erfassung des Verhaltens bei gesundheitlichen Problemen.	41
Abbildung 31: Subjektive Einschätzung des Erkrankungsrisikos.....	42
Abbildung 32: Wahrgenommener Nutzen der Vorsorgeuntersuchung	43
Abbildung 33: Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchung.....	44
Abbildung 34: Annahme über die Programminhalte der VU, gereiht nach Häufigkeit der Nennungen.	45
Abbildung 35: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU gereiht nach Häufigkeit der Nennungen.....	47
Abbildung 36: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU.....	49
Abbildung 37: Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht.....	54
Abbildung 38: Alter nach Geschlecht und nach Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.	54
Abbildung 39: Familienstand.	55
Abbildung 40: Familienstand getrennt für Frauen und Männer.....	55
Abbildung 41: Höchste abgeschlossene Ausbildung.	56
Abbildung 42: Höchste abgeschlossene Ausbildung getrennt nach Altersgruppen.	56
Abbildung 43: Berufliche Stellung.	57
Abbildung 44: Beschäftigungsausmaß.....	57
Abbildung 45: Beschäftigungsausmaß getrennt für Frauen und Männer.	58
Abbildung 46: Persönliches monatliches Netto-Einkommen.....	58
Abbildung 47: Persönliches monatliches Netto-Einkommen getrennt für Frauen und Männer.	59
Abbildung 48: Persönliches monatliches Netto-Einkommen getrennt nach Alterskategorien.	59
Abbildung 49: Staatsbürgerschaft.	59
Abbildung 50: Geburtsland.	59
Abbildung 51: Wohnort nach Bundesland.....	60
Abbildung 52: Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl.....	60
Abbildung 53: Verhaltensmodell der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.....	62

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Trackingfrage 1 „Wann haben Sie zuletzt in etwa an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen?“	20
Tabelle 2: Trackingfrage 2 „Wie oft machen Sie eine solche Gesundenuntersuchung?“	20
Tabelle 3: Kreuztabelle „Wann haben Sie zuletzt in etwa an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen?“ und „Wie oft machen Sie eine solche Gesundenuntersuchung?“	20
Tabelle 4: Soziodemografische Personenmerkmale.....	23
Tabelle 5: Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.	30
Tabelle 6: Deskriptive Daten der Items zum Verhalten bei gesundheitlichen Problemen und die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen.....	41
Tabelle 7: Deskriptive Daten der Items zum subjektiv wahrgenommenen Nutzen der VU und die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen.....	43
Tabelle 8: Kreuztabelle Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchung und VU-Teilnahme.....	44
Tabelle 9: Annahmen über die Programminhalte der VU.	46
Tabelle 10: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU.....	48
Tabelle 11: Gründe (selbstgenannt und nachgefragt) für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU..	50
Tabelle 12: Kreuztabelle höchste abgeschlossene Ausbildung und VU-Teilnahme (Teilstichproben). 51	
Tabelle 13: Kreuztabelle Beschäftigungsausmaß und VU-Teilnahme (Teilstichproben).....	52
Tabelle 14: Kreuztabelle persönliches monatliches Netto-Einkommen und VU-Teilnahme (Teilstichproben).	52
Tabelle 15: Kreuztabelle Staatsbürgerschaft und VU-Teilnahme (Teilstichproben).	53
Tabelle 16: Kreuztabelle Geburtsland und VU-Teilnahme (Teilstichproben).....	53

Executive Summary

Trotz der niedrigen Zugangsbarrieren der jährlichen kostenlosen Vorsorgeuntersuchung in Österreich greift ein hoher Anteil von Anspruchsberechtigten auf dieses Präventionsangebot nicht bzw. nur sehr unregelmäßig zurück. Über die näheren Gründe für diese Nicht-Inanspruchnahme liegen österreichweit wenig aktuelle Informationen vor. Gegenstand der hier vorgestellten Studie sind die Einflussfaktoren der Nicht-Teilnahme bzw. nicht-regelmäßigen Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung. Auf Basis einer Literaturanalyse sowie von Fokusgruppen wurde ein Fragebogen-Instrument entwickelt und insgesamt 1.000 Personen mittels computerunterstützten Telefoninterviews im Juli 2008 befragt. Dabei wurden für die Analysen Angaben der Nicht-TeilnehmerInnen mit jenen der nicht-regelmäßigen und regelmäßigen TeilnehmerInnen verglichen.

Bei den vorliegenden Ergebnissen sind aufgrund des querschnittlichen Designs der Befragung keine ursächlichen Zuordnungen zulässig. Auch erschwert der besondere Charakter der Vorsorgeuntersuchung eine klare Vorstellung in Bezug auf das Bedrohungsleben, die Wirksamkeitserwartung sowie die Kosten-Nutzen-Bilanz. Es ist daher davon auszugehen, dass die hier untersuchten Nicht-TeilnehmerInnen keine homogene Gruppe darstellen, was die zielgruppenspezifische Identifikation und Kontaktierung sowie auch andere Strategien erschwert.

Erwähnenswert ist jedoch, dass auf Basis dieser aktuellen Befragungsdaten keine direkten Hinweise auf sozioökonomische oder systembedingte Zugangsbarrieren vorliegen. In Bezug auf die erhobenen soziodemografischen Faktoren liegt kein Hinweis vor, dass Personen mit niedrigerer absolvierter Aus- bzw. Schulbildung weniger regelmäßig bzw. niemals an einer VU teilnehmen. Vielmehr sind in der Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen Personen mit höherem Bildungsabschluss in der Gruppe der regelmäßigen TeilnehmerInnen der VU deutlich unterrepräsentiert. Keine bzw. keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen Nicht-TeilnehmerInnen und VU-TeilnehmerInnen liegen hinsichtlich der beruflichen Stellung und der Staatsbürgerschaft vor. Interessant sind die Unterschiede im Zusammenhang mit dem Familienstand, wo bei den Männern eine statistisch signifikante Häufung von ledigen Personen in der Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen besonders stark auffällt. Gesundheitspsychologische Erklärungsansätze verweisen hier auf die Rolle der Frauen in der Motivation ihrer Partner für ein Vorsorgeverhalten.

Als Gründe für die Nicht-Teilnahme werden systembezogene Hürden wie Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Ordination, Ärztedichte oder Wartezeiten nur von wenigen Befragten genannt. Vermutlich auch aufgrund des kostenlosen und nicht an den Versichertenstatus gebundenen Charakters lässt sich aus den hier erhobenen Daten nicht auf einkommensbezogene Hürden der VU-Teilnahme

rückschließen. Wesentliche förderliche Faktoren zur VU-Teilnahme scheinen die Hausarztbindung und die ärztliche Empfehlung zur Vorsorgeuntersuchung darzustellen. Dem Arzt/ der Ärztin kommt dadurch ein hoher Stellenwert in der Einschätzung des Bedarfs zu einer Vorsorgeuntersuchung zu. Möglicherweise würden Personen ohne spezielle Arztbindung durch noch niedrighschwelligere Angebote der VU besser erreicht werden.

Keine Unterschiede zwischen VU-TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen zeigen sich in Bezug auf die Einschätzungen sowohl des allgemeinen als auch des speziellen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung) Erkrankungsrisikos. Erwähnenswert scheint außerdem, dass das eigene Risiko zu erkranken generell als niedrig eingeschätzt wird. In Bezug auf den wahrgenommenen Nutzen der VU wird über alle Gruppen hinweg die Erwartung, dass die VU dazu beitragen kann, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln, am höchsten eingestuft, am geringsten wird der Nutzen eingeschätzt, durch die VU das Erkrankungsrisiko für Krebs zu verringern. Insgesamt bewerten Personen mit regelmäßiger VU-Teilnahme den Nutzen in allen Dimensionen signifikant höher als die nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen.

Aus den Befragungsdaten ergibt sich kein Hinweis, dass Personen, welche noch nie bzw. eher unregelmäßig eine VU in Anspruch genommen haben, ihren Gesundheitszustand subjektiv anders bewerten als Personen, welche regelmäßig bzw. vor kürzerer Zeit eine VU in Anspruch genommen haben. Dies würde die Vermutung stützen, dass sich der gefühlte Bedarf aller vier Gruppen nicht unterscheidet. Nicht-TeilnehmerInnen geben jedoch signifikant seltener als regelmäßige TeilnehmerInnen an, aufgrund eines chronischen Gesundheitsproblems in ärztlicher Behandlung zu sein. Statistisch signifikante Unterschiede existieren in Bezug auf die Rauchgewohnheiten. So zeigt sich beispielsweise, dass unter den regelmäßigen TeilnehmerInnen der Anteil der RaucherInnen am geringsten ist. Dieser Effekt tritt besonders ausgeprägt bei den Männern auf. Insgesamt gibt es jedoch keine eindeutigen Hinweise, dass Nicht-TeilnehmerInnen oder nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen eine weniger ausgeprägte präventive Orientierung aufweisen als VU-TeilnehmerInnen.

Das Gestaltungspotenzial von Public Health-Strategien, welches sich an einer bedarfsgerechten Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der VU ausrichten sollte, ist nicht für alle Einflussfaktoren als gleich hoch einzustufen. Mehr Potenzial im Sinne der Veränderbarkeit liegt im Bereich der Gesundheitsüberzeugungen, welche durch gezielte Informationsangebote steuerbarer wären. Auch wenn die allgemeine Informiertheit über die Inhalte und die Anspruchsberechtigung der VU als insgesamt gut eingestuft werden kann, so existieren bei Nicht-TeilnehmerInnen spezifische „Wissenslücken“ in Bezug auf die lebensstil- und gesprächsbezogenen Aspekte der VU.

Der von sowohl Nicht-TeilnehmerInnen als auch nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen am häufigsten genannte Grund nicht zur VU zu gehen, ist, sich gesund zu fühlen, direkt gefolgt von der Aussage, den Arzt nur im Krankheitsfall aufzusuchen. Beide, miteinander in Verbindung stehenden Gründe

geben immerhin fast zwei Drittel aller Nicht-TeilnehmerInnen und nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen an. Eine Erklärung für derartige Aussagen könnte sein, dass das Konzept der Früherkennung symptomloser Erkrankungen sowie der Lebensstilberatung noch nicht entsprechend verbreitet ist. Hier scheint ein gewisses Potenzial für die Informationsvermittlung gegeben. Empfehlenswert wäre, in der inhaltlichen Ausrichtung sachgerechte und qualitätsgesicherte Informationen zu Zweck und Grenzen der Vorsorgeuntersuchung sowie zu Möglichkeiten ärztlicher Gesundheitsberatung und Lebensstilmedizin zu berücksichtigen und sich dabei zielgruppenspezifischer Informations- und Kommunikationsstrategien zu bedienen.

1 Einleitung

Seit 1974 besteht in Österreich die Möglichkeit der jährlichen kostenlosen Inanspruchnahme einer Gesundenuntersuchung, in deren Mittelpunkt die Früherkennung von so genannten Volkskrankheiten, wie Krebs, Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen steht (Fenk, 2000, S. 25). Nach schrittweisen, eher geringfügigen inhaltlichen Anpassungen erfolgte im Jahr 2005 eine Neuausrichtung als „Vorsorgeuntersuchung Neu“ (VU Neu) mit verstärkter Berücksichtigung der Lebensstilmedizin, individualisierter Beratung und auf Altersgruppen ausgerichtete Untersuchungsinhalte. Es erfolgte eine geringfügige Ausweitung der Inanspruchnahmeberechtigung auf Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Grundsätzlich ist eine jährliche Teilnahme möglich, wenngleich altersgruppen-spezifische Empfehlungen von längeren Intervallen formuliert wurden (Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB, 2005, S. 14-15) Die Anspruchsberechtigung gilt nicht nur für Versicherte und deren Angehörige, sondern gesetzlich auch für alle Nichtversicherten und somit für fast alle Personen mit Wohnsitz in Österreich. Mit der Implementierung eines Einladesystems zur VU Neu (VU-Call/ Recall), welches briefliche Einladungen spezieller Zielgruppen über die Krankenversicherungsträger vorsieht, wird offenbar die Absicht einer – zielgruppenspezifischen – Steigerung der Teilnahme an der VU Neu verfolgt.

Trotz der niedrigen Zugangsbarrieren gibt es Hinweise, dass ein hoher Anteil von Anspruchsberechtigten auf dieses Präventionsangebot nicht zurückgreift. Über die näheren Gründe für diese Nicht-Inanspruchnahme liegen österreichweit wenig aktuelle Informationen vor (IFES in: Fenk, S.41; Fenk, 1997; für Oberösterreich wurde eine Befragung Ende 2007 durchgeführt und nach der Konzeption dieser Studie veröffentlicht; Reif, 2008).

Gegenstand der hier vorgestellten Studie sind die Determinanten bzw. Einflussfaktoren, welche für die Nicht-Teilnahme sowie nicht-regelmäßige Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung ausschlaggebend sind. Mit Vorsorgeuntersuchung gemeint ist dabei das so genannte „Allgemeine medizinische Programm“ der Vorsorgeuntersuchung. Explizit nicht Gegenstand sind somit Fragestellungen im Zusammenhang mit den erweiterten VU-Untersuchungen Mammographie, Koloskopie oder PAP-Abstrich.

Ein besseres Verständnis der möglichen Hürden der Inanspruchnahme sowie auch der Gründe der unregelmäßigen oder sehr seltenen Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung kann somit in eine den Nutzerbedürfnissen gerechte Planung der VU Neu und zielgruppenspezifische Information der Öffentlichkeit einfließen.

2 Methodik und Studiendesign

Zentrales Anliegen dieser Studie ist es, Gründe für die Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung (VU) trotz Anspruchsberechtigung zu beleuchten. Diese Nicht-Inanspruchnahme bzw. Nicht-Teilnahme ist insofern bemerkenswert, als der Bekanntheitsgrad der VU als hoch eingeschätzt werden kann und ein vergleichsweise niederschwelliger Zugang zur VU gegeben ist. Darüber hinaus sollen zur Gegenüberstellung auch Personen, welche an einer VU nur unregelmäßig bzw. in großen Abständen teilnehmen sowie regelmäßige VU-TeilnehmerInnen befragt werden.

Zahlreiche Forschungsarbeiten im Zusammenhang mit der Teilnahme an Screening-Programmen, der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten bzw. der Ausübung gesundheitsrelevanten Handelns verweisen auf zahlreiche individuenbezogene Faktoren, welche externe oder systembedingte Einflussfaktoren ergänzen oder diese beeinflussen. Zu diesem Zweck wurde von uns ein Untersuchungsinstrument entwickelt, welches sowohl die aktuellen Gegebenheiten der österreichischen VU, als auch Erkenntnisse zu relevanten Einflussfaktoren zur Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten berücksichtigt.

Die Entwicklung des Untersuchungsinstruments verlief in mehreren Phasen (siehe Abbildung 1: Studiendesign). In einem ersten Schritt wurden literaturbasiert mittels einer Inhaltsanalyse Faktoren für die weitere Untersuchung extrahiert. Neben der Literaturanalyse fand in der ersten Studienphase auch eine Sekundärdatenanalyse der Daten der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/ 2007 statt. Im Rahmen dieser Befragung wurde auch die Teilnahme an kostenlosen Gesundenuntersuchungen (Vorsorgeuntersuchung) abgefragt. Diese Analyse diente dazu, Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen und der Inanspruchnahme der Vorsorgeuntersuchung zu explorieren.

Der nächste Schritt bestand darin, auf Basis der zuvor gewonnenen Erkenntnisse einen Leitfaden für Fokusgruppen zu generieren, mit deren Hilfe die theoretisch und sekundäranalytisch gewonnenen Erkenntnisse einer ersten empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Durchgeführt wurden zwei Fokusgruppen mit Personen, die noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung waren oder deren letzte Vorsorgeuntersuchung länger als fünf Jahre zurücklag. Die Ergebnisse der Fokusgruppen ergänzten in weiterer Folge die literaturgestützte Grundlage für den Fragebogen der als Telefonbefragung durchgeführten Hauptuntersuchung.

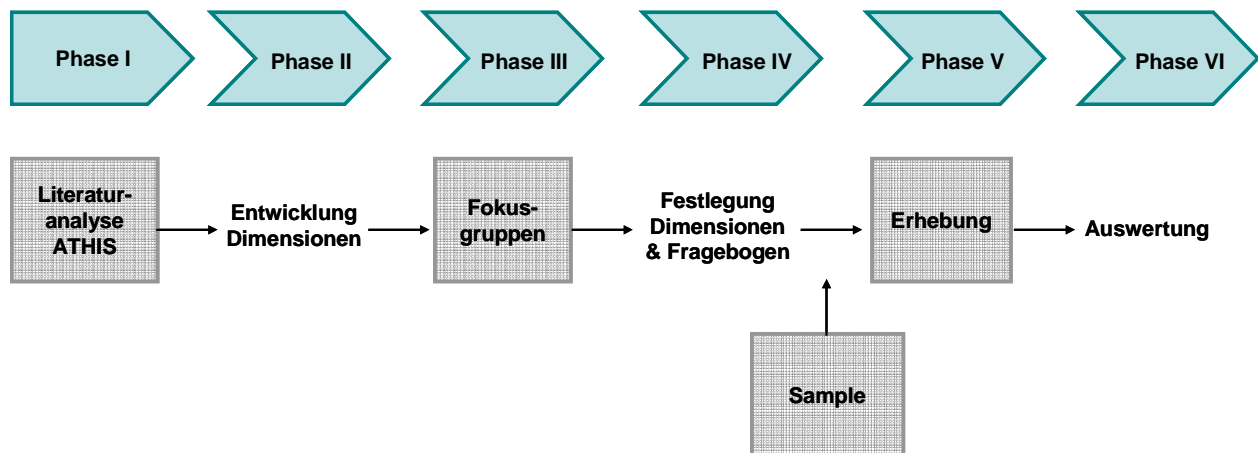


Abbildung 1: Studiendesign.

2.1 Literaturanalyse

Die Vorsorgeuntersuchung (Neu) in Österreich als eine für einen sehr breiten Teil der Wohnbevölkerung in Österreich flächendeckend zugängliche kostenlose Versicherungsleistung, stellt eine mehrdimensionale Intervention der medizinischen Prävention dar. Sie umfasst mit dem „Allgemeinen medizinischen Programm“ einfache Risikofaktoren-orientierte labormedizinische, physische und anamnestische Untersuchungen, Maßnahmen der Kurzberatung im Bereich Lebensstil, Information und Beratung zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z.B. Mammographie, Gebärmutterhalsabstrich) sowie auch, altersgruppenabhängig, ausgewählte Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (z.B. Hämokkult-Test zur Darmkrebs-Früherkennung, Gebärmutterhalsabstrich, Hautinspektion). Dadurch ergibt sich eine im internationalen Kontext zwar nicht einzigartige, aber selten direkt vergleichbare komplexe Intervention. Bei der Suchstrategie wurden neben derartigen sich an breitere Zielgruppen richtende Interventionen (mitunter auch als Check-up oder multiphasisches Screening bezeichnet) auch Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bzw. deren organisierte Form als Screening-Programme berücksichtigt.

2.1.1 Methodik und Suchstrategie

Die Suche erfolgte nach einem offenen, theoriegeleiteten Verfahren im Zeitraum von November 2007 bis Jänner 2008 überwiegend in der Literaturodatenbank MEDLINE über die Suchoberfläche PubMed und wurde durch Internetrecherchen an Websites einschlägiger Einrichtungen (i.e. Gesundheitsberichterstattung, nationale Früherkennungsprogramme, Forschungsinstitute für Versorgungsforschung, Public Health-Portale, Suchmaschinen) ergänzt. Gesucht wurde nach Studien, welche Determinanten der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen, Screening-Programmen oder anderen medizinisch-diagnostischen bzw. präventiven Gesundheitsleistungen untersuchen. Als Suchworte dienten die Begriffe „utilization“, „participation“, „uptake“, „attendance“, „acceptance“, „compliance“, „refusal“, „non-participation“, „non-attendance“, „barriers“ in unterschiedlichen Verknüpfungen mit „preventive health services“, „prevention“, „preventive health“, „periodic health examination“, „screening“ (sowie einzelne Krebsfrüherkennungsuntersuchungen) oder „preventive check-up“. Abgewandelte Suchen wurden in deutscher Sprache durchgeführt.

Vor allem ein Systematischer Review zu Determinanten der Screening-Teilnahme lieferte einen informativen Überblick. Nur qualitativ hochwertige Studien, welche mit multivariaten Analysen die Kontrolle mehrerer Einflussfaktoren erlauben sowie Studien, die Informationen zu Determinanten prospektiv erfassten, wurden dabei berücksichtigt. Überwiegend sind die inkludierten Studien dem Bereich der Krebsfrüherkennungsprogramme zuzuordnen. Dabei stellten sich die Faktoren Alter und vorangegangene Screening-Teilnahme für die Teilnahme an bestimmten Screening-Untersuchungen (Mammographie, PAP-Abstrich und Prostatakrebs-Screening, Hämokkult-Test, HIV-Test) als signifikante Einflussfaktoren dar, wobei jedoch keine klaren Aussagen hinsichtlich spezifischer Alterskategorien möglich waren. Weitere, jedoch nur in wenigen der berücksichtigten Studien relevante Prädiktoren der Screening-Teilnahme, waren neben Wissens-, Verhaltens- und Einstellungsfaktoren auch zahlreiche Indikatoren des Gesundheitszustands sowie soziale Unterstützung. Unklare, nicht konsistente Zusammenhänge ergaben sich für die soziodemografischen Faktoren Familienstand, Ausbildung, berufliche Stellung, Beschäftigung, Geschlecht und Einkommen (Jepson et al., 2000, S. 42-44). Für allgemeine – der VU vergleichbare – Vorsorgeprogramme ließen sich mangels qualitativ guter Studien keine konsistenten Determinanten objektivieren (Jepson et al., 2000).

Eine Mehrzahl der von uns identifizierten Einzelstudien zur Nicht-Teilnahme an Früherkennungs- und Präventionsangeboten fiel in den Bereich der Krebsfrüherkennung oder diesbezüglicher Screening-Programme, sodass auch hier deutlich weniger Material zu allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen verfügbar war. Die Übertragbarkeit der zugrunde liegenden Analysekonzepte bzw. -ansätze auf die Vorsorgeuntersuchung wurde beachtet. Ebenfalls berücksichtigt wurden die besonderen Kontextfaktoren, vor allem auf Gesundheitssystem-Ebene, der überwiegend im anglo-amerikanischen Raum angesiedelten Programme und Studien. Besonders die aus dem US-amerikanischen Raum identifizierten Studien sind von Fragestellungen möglicher Hürden der Inanspruchnahme im

Zusammenhang mit ethnischer Zugehörigkeit und dem grundsätzlichen Zugang zum Krankenversicherungssystem gekennzeichnet. In diesem Fall waren die Ergebnisse nur sehr eingeschränkt übertragbar. Die in der Literatur identifizierten Faktoren der Inanspruchnahme wurden schließlich hinsichtlich ihrer Relevanz beurteilt und dem österreichischen Kontext der Gesundheitsversorgung sowie den Gegebenheiten der Vorsorgeuntersuchung angepasst.

2.1.2 Erklärungsansätze zu protektivem Gesundheitshandeln und Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen

Eine wesentliche theoretische Grundlage zahlreicher Analysen und empirischer Überprüfungen zur Inanspruchnahme von bzw. Nicht-Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und Präventionsangeboten stellt dabei das „Health Belief Model“ bzw. dessen Weiterentwicklungen dar. Dieses Modell diente auch uns als Ausgangspunkt für die durchgeführten Fokusgruppen und die telefonische Befragung.

Das in US-Amerika in den 50er-Jahren postulierte (Rosenstock, 1966) und dann von zahlreichen MitarbeiterInnen weiterentwickelte Health-Belief-Modell (HBM) schien uns aus mehreren Gründen als theoretische Grundlage für die Entwicklung unseres Fragebogens gut geeignet. Dieses Modell (Becker, 1974) fasst verschiedene Konstrukte zusammen, um Faktoren der Bereitschaft zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sowie der Motivation zur Durchführung präventiver Maßnahmen zu erklären.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen wird dabei als eine Form von protektivem Gesundheitshandeln verstanden. Gemäß diesem Modell sowie verwandter Erklärungsansätze (Weinstein, 1993) werden bestimmte Gesundheitsverhaltensweisen – in unserem Fall die Teilnahme an der VU – im Wesentlichen von zwei Determinanten bestimmt: der subjektiv wahrgenommenen Gesundheitsbedrohung und der Einschätzung, dass ein bestimmtes Gesundheitsverhalten diese Gesundheitsbedrohung reduziert. In einer differenzierteren Betrachtung spielen dabei verschiedene Faktoren, wie z.B. die subjektive Einschätzung der persönlichen Gefährdung, die Bewertung der Gefährlichkeit oder des Schweregrads einer möglichen Erkrankung, die Einschätzung eigener Hürden für die Durchführung der präventiven Maßnahme, den wahrgenommenen Nutzen sowie für die Effektivität von präventiven Maßnahmen eine unterschiedliche Rolle.

Viele der gesichteten und analysierten Studien orientierten sich am HBM. Das HBM stellt ein gut empirisch überprüftes Erklärungsmodell für präventives Gesundheitshandeln dar, was schließlich mit den Ausschlag gab, dieses Modell anderen theoretischen Modellen wie etwa dem Health Lifestyle Model (Cockerham, 2006) vorzuziehen. Die Kritik am HBM betrifft vor allem seine alleinige Ausrichtung auf individuelle, kognitive Faktoren und damit seine eingeschränkte prädiktive Aussagekraft (Harrison et al., 1992). Explizit erweitert werden muss das HBM daher auch um Faktoren wie

Kompetenzerwartung bzw. Selbstwirksamkeit, aber vor allem auch um soziale Einflussfaktoren wie soziale Erwartungen und Normen (bzw. Überzeugungen sowie die Motivation, diesen Normen zu entsprechen) (Gebhardt & Maes, 2001). Offen bleibt außerdem, ob das HBM (aber auch andere verwandte Theorien zum Gesundheitsverhalten) gleichwertig für die unterschiedlichsten Formen von Gesundheitshandeln anwendbar ist.

Für die Entwicklung unseres Instruments zogen wir außerdem Faktoren des von Ronald M. Andersen und MitarbeiterInnen seit den 60er Jahren weiterentwickelten Modells der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, ein sozialwissenschaftlich fundiertes Verhaltensmodell (Andersen, 1995), heran.

2.2 Relevante Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/ 2007

Ergänzend zu internationalen Studien wurden auch die Ergebnisse der für Österreich aktuell vorliegenden Daten der Gesundheitsbefragung 2006/ 2007 berücksichtigt. In der ersten Phase des Projekts wurden diese Ergebnisse in für die VU relevanten Bereichen exploriert und eigene Berechnungen angestellt. Diese bevölkerungsbasierte Befragung hat jedoch die Einschränkung, dass das Interesse an der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung (dort abgefragt als Gesundenuntersuchung) und anderen Vorsorgemaßnahmen nur von untergeordnetem Interesse war und deshalb nur wenige Fragen, welche für unsere Analysen relevant waren, enthielt.

Die Ergebnisse der im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, Familie und Jugend sowie die von der Bundesgesundheitsagentur von Statistik Austria konzipierten und zwischen März 2006 und Februar 2007 durchgeführten österreichweiten Erhebung zum Thema „Gesundheit“ wurden von uns ebenfalls berücksichtigt. Schwerpunkte der Befragung einer repräsentativen Stichprobe der Jugendlichen und Erwachsenen (15 Jahre und älter; hochgerechnet: 6,9 Mio. Personen) waren zum einen Fragen zum Gesundheitszustand der Bevölkerung, also selbst berichtete Krankheiten bzw. Krankheitssymptome, Beschwerden, Schmerzen und funktionale Beeinträchtigungen, sowie das Ausmaß bzw. der Bedarf an Unterstützung bei Aktivitäten des täglichen Lebens. Ein zweiter wichtiger Themenbereich betraf das Gesundheitsverhalten der ÖsterreicherInnen ab 15 Jahren, wozu Daten zu Risikofaktoren (Rauchen, Alkohol) sowie zu Ernährung, körperlichen Aktivitäten und den unterschiedlichen Vorsorgeaktivitäten erhoben wurden. Ein dritter Aspekt der Befragung betraf die Inanspruchnahme der unterschiedlichen Leistungsebenen des Gesundheitswesens, also Leistungen der Spitäler, niedergelassenen ÄrztInnen und sonstiger Gesundheitsberufe (Klimont et al., 2007). Ergebnisse dieses Moduls wurden von uns einer Nachanalyse unterzogen.

Die durchgeführten Analysen bestätigen in vielen Fällen die in der Literatur gefundenen Ergebnisse hinsichtlich der soziodemografischen Unterschiede der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen. So gaben mehr Besserverdienende als Personen mit geringerem Verdienst an, eine Vorsorgeuntersuchung in Anspruch genommen zu haben. 51,6 % der TeilnehmerInnen kommen aus Haushalten mit mehr als 1.800 Euro Netto-Haushaltseinkommen. Eigene Berechnungen anhand der öffentlich zugänglichen Daten der Gesundheitsbefragung hinsichtlich möglicher Korrelationen zwischen der Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung und der Teilnahme an anderen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ergaben keine nennenswerten Zusammenhänge.

Zusammenfassend kann in Hinblick auf die Ergebnisse der Gesundheitsbefragung 2006/ 2007 festgehalten werden, dass, mittels Sekundäranalyse wenig neue Erkenntnisse hinsichtlich der Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung gewonnen werden konnten. Nicht zuletzt ergeben sich gewisse Einschränkungen, da in der Gesundheitsbefragung relativ hohe Teilnahmeraten berichtet wurden, wobei möglicherweise unter der abgefragten „kostenlosen Gesundenuntersuchung“ auch Vorsorgeuntersuchungen bei GynäkologInnen, bei UrologInnen, DermatologInnen bzw. in Apotheken verstanden wurden.

2.3 Durchführung von Fokusgruppen

Einen weiteren Beitrag bei der Fragebogenentwicklung lieferten die Fokusgruppen mit Nicht-TeilnehmerInnen der VU. Basierend auf den Ergebnissen der Literaturanalyse, der Sekundäranalyse und den methodischen Überlegungen zu Fokusgruppen, wurden Fokusgruppen konzipiert, mit deren Hilfe die theoretisch und sekundäranalytisch gewonnenen Erkenntnisse einer ersten empirischen Überprüfung unterzogen wurden. Außerdem dienten die Fokusgruppen dazu, bisher noch nicht bekannte Dimensionen bzw. Aspekte zu identifizieren und in die Erstellung des Fragebogens einfließen zu lassen. Für die Wahl der Methode waren die folgenden methodischen Überlegungen für uns von Belang:

Die Methode der Fokusgruppe kombiniert zwei verschiedene Erhebungsinstrumente, nämlich das fokussierte Interview und die Gruppendiskussion. Ziel dieser Kombination ist es, die Vorteile beider Erhebungsverfahren zu nutzen. Das für das fokussierte Interview notwendige gemeinsame „Erlebnis“ ist in diesem Fall die Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung (trotz prinzipieller Anspruchsberechtigung). Diekmann weist explizit darauf hin, dass das fokussierte Interview auch mit anderen Techniken der Datenerhebung verknüpft werden kann und dass es auch als Instrument zur Hypothesenbildung für weitergehende Untersuchungen verwendet werden kann (vgl. Diekmann, 1998). Eine mögliche (und in der Forschungspraxis durchaus übliche) Verknüpfung ist jene mit der Gruppendiskussion. „Gruppendiskussionen eignen sich sehr gut für einen Methoden-Mix aus quantitativen und qualitativen Methoden. Mit Gruppendiskussionen können beispielsweise quantitative Untersuchungen

vorbereitet oder bereits vorhandene quantitative Ergebnisse (z.B. einer Patienten- oder Personalbefragung) qualitativ nachbearbeitet werden“ (Schwartz, 2003).

Auch hier findet sich wieder der Hinweis darauf, dass mit diesem Erhebungsverfahren quantitative Untersuchungen vorbereitet werden können. Nicht nur aus diesem Grund scheint eine Kombination der beiden Methoden als angebracht und zielführend. Die Gruppendiskussion ist deshalb von Bedeutung, da im Zentrum der Public Health Forschung Kollektive stehen und nicht die einzelnen Individuen (vgl. Schwartz, 2003). Ziel der Fokusgruppen ist es, erste theoretische Annahmen einer empirischen Überprüfung zu unterziehen. Ausgangspunkte sind unterschiedliche Faktoren, welche aus der vorhandenen Literatur extrahiert wurden und deren Brauchbarkeit für unser Untersuchungsinstrument getestet werden soll. Außerdem können durch die Fokusgruppen-Methode auch bisher nicht berücksichtigte Faktoren oder Erfahrungen einfließen.

Durchgeführt wurden zwei Fokusgruppen mit insgesamt 6 Personen (2 Frauen, 4 Männer), welche noch nie bei einer Vorsorgeuntersuchung waren oder deren letzte Vorsorgeuntersuchung länger als fünf Jahre zurücklag. Die Ergebnisse der Fokusgruppen stellten in weiterer Folge die Grundlage für den Fragebogen der Hauptuntersuchung dar.

Zwei wichtige Themen zogen sich durch beide Fokusgruppen. So ist der Großteil der TeilnehmerInnen davon überzeugt, dass ein gesundheitsförderlicher Lebensstil, welcher vor allem durch viel Bewegung, gesunde Ernährung und durch keine Extreme gekennzeichnet ist, für ein gesundes Leben wichtiger ist als Vorsorgeuntersuchungen. Damit einher geht auch eine gewisse Skepsis gegenüber der Schulmedizin, welche sich insbesondere in einer Abneigung von Medikamenten sowie dem bevorzugten Verwenden von Hausmitteln zeigt.

2.4 Befragung

2.4.1 Befragungsmethode

Die Befragung selbst wurde als computerunterstütztes Telefoninterview (CATI) durch einen österreichweiten Anbieter im Bereich der quantitativen und qualitativen Marktforschung (Makam Market Research GmbH, Wien) durchgeführt. Dabei oblag die Konzept- und Fragebogenentwicklung sowie die Datenauswertung und -interpretation dem IfGP. Feldphase sowie umfassende Qualitätskontrollen während der Befragung wurden in enger Abstimmung mit dem externen Anbieter durchgeführt. Die Feldphase der Befragung erstreckte sich im Zeitraum von 8. Juli bis 7. August 2008.

2.4.2 Zielgruppenfestlegung und Stichprobendesign

Es wurde je eine Befragung bei Personen ab 25 Jahren durchgeführt. Die ursprüngliche Zielsetzung war, einen Großteil der 1000 Interviews mit Nicht-TeilnehmerInnen der VU und Personen mit unregelmäßiger VU-Teilnahme zu realisieren. Zusätzlich sollte zeitgleich ein hinreichend großer Anteil an regelmäßigen TeilnehmerInnen zum Vergleich befragt werden.

In einer der Hauptbefragung vorgeschalteten Telefonbefragung mit einer unabhängigen bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe im Juni 2008 („Tracking“ mittels zweier an eine unabhängige Befragung angehängten Fragen, Tabelle 1 und Tabelle 2) wurde ein Anteil an „Niemals-VU-TeilnehmerInnen“ („Nicht-TeilnehmerInnen“) von knapp 18 % erhoben. Es fällt auf, dass die hier angeführten Angaben zur Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung über jenen der tatsächlichen Inanspruchnahme liegen. So hatten insgesamt tatsächlich nur 12.2 % der Zielgruppe im Jahr 2007 eine VU in Anspruch genommen. Pretests mit dem Begriff der „Vorsorgeuntersuchung“ hatten noch weit höhere Angaben ergeben und zeigten, dass bei Verwendung des Begriffs „Gesundenuntersuchung“ am besten der hier thematisierten Vorsorgeuntersuchung entsprochen wird. Aus diesem Grund wurde der Begriff „Gesundenuntersuchung“ auch in der Hauptbefragung beibehalten. In weiterer Folge wird aber im gesamten Bericht nur der Begriff „Vorsorgeuntersuchung“ verwendet (mit Ausnahme der auf die Originalformulierung verweisenden Bezeichnungen von Abbildungen bzw. Tabellen).

Analysen ergaben weiters, dass Personen mit kürzer zurückliegender VU (VU im Jahr 2008 bzw. 2007) signifikant häufiger eine regelmäßige VU-Inanspruchnahme angaben als jene mit länger zurückliegender VU. Weniger regelmäßige VU-Teilnahme ging gemäß dieser Analysen daher mit länger bzw. sehr lange zurückliegender VU einher ($\chi^2(6, N = 398) = 156.97, p < .001$).

Tabelle 1: Trackingfrage 1 „Wann haben Sie zuletzt in etwa an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen?“.

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
heuer (2008)	178	35.6	35.6
im Jahr 2007	122	24.4	60.0
vor 2-3 Jahren	55	11.0	71.0
vor 4-5 Jahren	24	4.8	75.8
vor 6-10 Jahren	11	2.2	78.0
schon länger als 10 Jahre her	12	2.4	80.4
noch nie	88	17.6	98.0
weiß nicht / keine Angabe	10	2.0	100.0
Gesamt	500	100.0	

Tabelle 2: Trackingfrage 2 „Wie oft machen Sie eine solche Gesundenuntersuchung?“ (Diese Frage erhielten nur jene 402 Personen, die zuvor angaben, innerhalb der letzten 10 Jahre bei einer VU gewesen zu sein).

	Häufigkeit	Prozent	Kumulierte Prozente
jährlich	191	47.5	47.5
ca. alle 2 Jahre	82	20.4	67.9
ca. alle 3 Jahre	33	8.2	76.1
ca. alle 5 Jahre	7	1.7	77.9
ca. alle 10 Jahre	3	0.7	78.6
unregelmäßig	82	20.4	99.0
weiß nicht / keine Angabe	4	1.0	100.0
Gesamt	402	100.0	

Tabelle 3: Kreuztabelle „Wann haben Sie zuletzt in etwa an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen?“ und „Wie oft machen Sie eine solche Gesundenuntersuchung?“.

		Wie oft machen Sie eine solche Gesundenuntersuchung?					Gesamt
		jährlich oder ca. alle 2 Jahre	ca. alle 3 Jahre	ca. alle 5 oder 10 Jahre	unregel- mäßig		
Wann haben Sie zu letzt an einer GU teilge- nom- men?	heuer (2008) oder im Jahr 2007	Anzahl	247	17	3	30	297
		Prozent *	83.2	5.7	1.0	10.1	100
		Korrigierte Residuen	10.7	-3.2	-3.3	-8.9	
	vor 2-3 Jahren	Anzahl	22	13	2	18	55
		Prozent *	40.0	23.6	3.6	32.7	100
		Korrigierte Residuen	-4.9	4.4	0.6	2.4	
	mindestens 4 Jahre her	Anzahl	4	3	5	34	46
		Prozent *	8.7	6.5	10.9	73.9	100
		Korrigierte Residuen	-9.3	-0.5	3.9	9.5	
	Gesamt	Anzahl	273	33	10	82	398
		Prozent *	68.6	8.3	2.5	20.6	100

* Prozent von „Wann haben Sie zu letzt an einer Gesundenuntersuchung teilgenommen?“ (zeilenweise).

Aus Ressourcengründen wurde die Größe der Hauptgruppe (Gruppe 1) – zusammengesetzt aus Personen, die eine Vorsorgeuntersuchung noch nie in Anspruch genommen hatten („Nicht-TeilnehmerInnen“) sowie jenen, deren letzte Vorsorgeuntersuchung vier Jahre oder länger zurücklag („weniger regelmäßige“ sowie „nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen“) – auf insgesamt 750 RespondentInnen festgelegt. Daraus ergab sich die Größe der Vergleichsgruppe (Gruppe 2) von 250 Personen. Diese Gruppe – sie umfasst Personen, welche in den letzten vier Jahren an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben („regelmäßige TeilnehmerInnen“) – wurde mit einer verkürzten Version des Fragebogens befragt.

Die Ziehung der Stichprobe erfolgte in einem zweistufigen Verfahren. In der ersten Phase wurde mittels Zufallsauswahl eine bestimmte Anzahl von Adressen (Stichprobengröße (n) = 10.000) aus dem amtlichen Telefonbuch ermittelt. In einer zweiten Stufe wurde eine proportional geschichtete Stichprobe auf Basis der Verteilung von Geschlecht, Alter und politischem Bezirk gemäß der österreichischen Volkszählung von 2001 gezogen. Bei beiden Gruppen wurde das gleiche Stichprobenverfahren angewandt.

Die Ergebnisse unterliegen bei einem Signifikanzniveau von 95 % und einer Stichprobengröße von 1.000 realisierten Interviews einer maximalen Schwankungsbreite von +/- 3.1 %. Um die vorgegebenen Quoten zu erreichen, musste auf die Erstellung so genannter Datenzwillinge zurückgegriffen werden. Insgesamt wurden etwa 40 solcher Datenzwillinge generiert.

2.4.3 Ausschöpfung

Insgesamt wurden 15.520 Nummern (Anrufversuche) angewählt. Laut Auskunft der Feldleitung gab es 3.647 Verweigerungen, bei denen eine Teilnahme an der Befragung aus verschiedensten Gründen abgelehnt wurde. Die damit berechnete Ausschöpfungsquote (definiert als das Verhältnis der Anzahl der ausgewerteten Interviews zur Größe der bereinigten Stichprobe) betrug also 21,5 %.

2.4.4 Durchführung

Die CATI Befragung wurde von geschulten InterviewerInnen im in-house CATI-Studio von Makam Market Research GmbH durchgeführt. Die Erfassung der Daten erfolgte elektronisch. Die Befragung mittels des von uns entwickelten und eines einem Pretest unterzogenen Fragebogens nahm etwa 20 Minuten in Anspruch. Das eingesetzte Instrument in der ungekürzten Fassung bestand aus insgesamt 31 Frageblöcken, davon lediglich zwei in offener Form (siehe Fragebogen im Anhang). Die neben insgesamt zwölf Fragen zu soziodemografischen Faktoren integrierten 19 inhaltlichen Fragen ließen sich den folgenden Bereichen zuordnen:

- Aussagen zum eigenen Verhalten bei gesundheitlichen Beschwerden,
- Aussagen zum eigenen Gesundheitsverhalten,
- Aussagen zum eigenen Gesundheitszustand,
- Aussagen zur persönlichen Risikoeinschätzung,
- Angaben zu den eigenen gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen,
- subjektiv wahrgenommener Nutzen der Vorsorgeuntersuchung,
- persönliches Wissen über die Vorsorgeuntersuchung,
- Angaben zur Inanspruchnahme anderer medizinischer Leistungen und
- Aussagen zu Gründen bzw. potenziellen Hürden für die Nicht-Teilnahme.

2.4.5 Datenverarbeitung und Auswertung

Die über die Telefoninterviews erhobenen Daten wurden dem IfGP elektronisch als SPSS-Rohdatenfile (.sav) übermittelt. Die Analysen erfolgten mit dem Programmpaket SPSS, Version 16.0.

Die Beschriftungen der für diesen Bericht aufbereiteten Grafiken beinhalten die Anzahl der Personen, von welchen beim jeweiligen Item eine gültige Antwort vorliegt (N), und die Anzahl jener Personen, die keine Angabe machten oder die bei manchen Items vorliegende Antwortalternative „weiß nicht“ wählten (k. A.). Die im Text und in den Grafiken vorkommenden Prozentangaben wurden auf ganze Zahlen gerundet, beim Aufsummieren der Werte können sich daher geringe Abweichungen zu 100 Prozent ergeben.

Als statistische Verfahren wurden überwiegend Chi-Quadrat-Tests (mit dem Chi-Quadrat Wert nach Pearson als empirische Prüfgröße) gerechnet. Die Analysen von über Ratingskalen erfassten Variablen erfolgten mit varianzanalytischen Verfahren. Bei signifikanten Ergebnissen wurden für die anschließenden paarweisen Vergleiche Tukey-HSD Post-hoc Tests durchgeführt.

2.5 Stichprobe

2.5.1 Soziodemografische Personenmerkmale – Überblick

Tabelle 4 enthält eine Beschreibung der Stichprobe in Bezug auf die im Telefoninterview erhobenen soziodemografischen Personenmerkmale. Aufgrund der Vorgabe, 750 „Nicht-regelmäßige und Nicht-TeilnehmerInnen der VU“ (Personen, deren letzte VU-Inanspruchnahme mehr als vier Jahre zurückliegt oder Personen, die diese noch nie in Anspruch genommen haben) und 250 regelmäßige TeilnehmerInnen (VU-Teilnahme innerhalb der letzten vier Jahre) zu befragen, sind auch die soziodemografischen Daten getrennt für diese beiden Teilstichproben aufgelistet.

Tabelle 4: Soziodemografische Personenmerkmale.

	Gesamtstichprobe N = 1000		Nicht-regelmäßige und Nicht-TeilnehmerInnen der VU (N = 750)		Regelmäßige Teil- nehmerInnen der VU (N = 250)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Geschlecht						
Frauen	524	(52.4%)	393	(52.4%)	131	(52.4%)
Männer	476	(47.6%)	357	(47.6%)	119	(47.6%)
Alter						
25 bis 30 Jahre	120	(12.0%)	92	(12.3%)	28	(11.2%)
31 bis 40 Jahre	240	(24.0%)	178	(23.7%)	62	(24.8%)
41 bis 50 Jahre	195	(19.5%)	147	(19.6%)	48	(19.2%)
51 bis 60 Jahre	168	(16.8%)	125	(16.7%)	43	(17.2%)
61 bis 70 Jahre	129	(12.9%)	90	(12.0%)	39	(15.6%)
über 70 Jahre	148	(14.8%)	118	(15.7%)	30	(12.0%)
Familienstand						
ledig	199	(19.9%)	159	(21.2%)	40	(16.0%)
Lebensgemeinschaft	58	(5.8%)	50	(6.7%)	8	(3.2%)
verheiratet	537	(53.7%)	395	(52.7%)	142	(56.8%)
geschieden	82	(8.2%)	60	(8.0%)	22	(8.8%)
verwitwet	108	(10.8%)	79	(10.5%)	29	(11.6%)
keine Angabe	16	(1.6%)	7	(0.9%)	9	(3.6%)
Höchste abgeschlossene Schulbildung						
keine Pflichtschule	24	(2.4%)	20	(2.7%)	4	(1.6%)
Pflichtschule	184	(18.4%)	136	(18.1%)	48	(19.2%)
Lehrabschluss (Berufsschule)	233	(23.3%)	173	(23.1%)	60	(24.0%)
Berufsbildende mittlere Schule	121	(12.1%)	75	(10.0%)	46	(18.4%)
Allgemeinbildende höhere Schule (AHS, HTL, HAK)	214	(21.4%)	162	(21.6%)	52	(20.8%)
Abiturientenlehrgang, Kolleg, Pädag	48	(4.8%)	40	(5.3%)	8	(3.2%)
Fachhochschule, Hochschule, Universität	169	(16.9%)	140	(18.7%)	29	(11.6%)
keine Angabe	7	(0.7%)	4	(0.5%)	3	(1.2%)

Fortsetzung

Tabelle 4 (Fortsetzung): Soziodemografische Personenmerkmale.

	Gesamtstichprobe N = 1000		Nicht-regelmäßige und Nicht-TeilnehmerInnen der VU (N = 750)		Regelmäßige Teil- nehmerInnen der VU (N = 250)	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Berufliche Stellung						
SchülerIn	1	(0.1%)	1	(0.1%)	0	(0.0%)
StudentIn	30	(3.0%)	17	(2.3%)	13	(5.2%)
ArbeiterIn	64	(6.4%)	53	(7.1%)	11	(4.4%)
Angestellte(r)	302	(30.2%)	224	(29.9%)	78	(31.2%)
selbständig	116	(11.6%)	95	(12.7%)	21	(8.4%)
Beamtin, Beamter	52	(5.2%)	37	(4.9%)	15	(6.0%)
Hausfrau, Hausmann	64	(6.4%)	45	(6.0%)	19	(7.6%)
PensionistIn	322	(32.2%)	241	(32.1%)	81	(32.4%)
derzeit keine Beschäftigung	19	(1.9%)	13	(1.7%)	6	(2.4%)
arbeitslos gemeldet	14	(1.4%)	12	(1.6%)	2	(0.8%)
keine Angabe	16	(1.6%)	12	(1.6%)	4	(1.6%)
Beschäftigungsausmaß						
Vollzeit (ab 35 Stunden pro Woche)	408	(40.8%)	326	(43.5%)	82	(32.8%)
Teilzeit (zwischen 15 und 35 Stunden pro Woche)	105	(10.5%)	72	(9.6%)	33	(13.2%)
geringfügig beschäftigt (unter 15 Stunden pro Woche)	29	(2.9%)	22	(2.9%)	7	(2.8%)
gar nicht	434	(43.4%)	317	(42.3%)	117	(46.8%)
keine Angabe	24	(2.4%)	13	(1.7%)	11	(4.4%)
Persönliches monatliches Netto-Einkommen						
bis 500,- Euro	60	(6.0%)	43	(5.7%)	17	(6.8%)
501,- bis 1.000,- Euro	168	(16.8%)	117	(15.6%)	51	(20.4%)
1.001,- bis 1.500,- Euro	195	(19.5%)	141	(18.8%)	54	(21.6%)
1.501,- bis 2.000,- Euro	142	(14.2%)	112	(14.9%)	30	(12.0%)
2.001,- bis 2.500,- Euro	73	(7.3%)	61	(8.1%)	12	(4.8%)
über 2.500,- Euro	72	(7.2%)	66	(8.8%)	6	(2.4%)
keine Angabe	290	(29.0%)	210	(28.0%)	80	(32.0%)
Staatsbürgerschaft						
Österreich	966	(96.6%)	730	(97.3%)	236	(94.4%)
anderes Land	34	(3.4%)	20	(2.7%)	14	(5.6%)
Geburtsland						
Österreich	917	(91.7%)	701	(93.5%)	216	(86.4%)
anderes Land	80	(8.0%)	47	(6.3%)	33	(13.2%)
keine Angabe	3	(0.3%)	2	(0.3%)	1	(0.4%)
Wohnort nach Bundesland						
Burgenland	36	(3.6%)	27	(3.6%)	9	(3.6%)
Kärnten	76	(7.6%)	57	(7.6%)	19	(7.6%)
Niederösterreich	192	(19.2%)	144	(19.2%)	48	(19.2%)
Oberösterreich	168	(16.8%)	126	(16.8%)	42	(16.8%)
Salzburg	64	(6.4%)	48	(6.4%)	16	(6.4%)
Steiermark	148	(14.8%)	111	(14.8%)	37	(14.8%)
Tirol	76	(7.6%)	57	(7.6%)	19	(7.6%)
Vorarlberg	40	(4.0%)	30	(4.0%)	10	(4.0%)
Wien	200	(20.0%)	150	(20.0%)	50	(20.0%)
Wohnort gemäß EinwohnerInnen						
bis 5.000 EinwohnerInnen	380	(38.0%)	288	(38.4%)	92	(36.8%)
bis 20.000 EinwohnerInnen	234	(23.4%)	162	(21.6%)	72	(28.8%)
bis 50.000 EinwohnerInnen	62	(6.2%)	49	(6.5%)	13	(5.2%)
über 50.000 EinwohnerInnen	269	(26.9%)	212	(28.3%)	57	(22.8%)
keine Angabe	55	(5.5%)	39	(5.2%)	16	(6.4%)

In den folgenden vier Unterkapiteln wird die Gesamtstichprobe (N = 1000) hinsichtlich der soziodemografischen Personenmerkmale beschrieben.

2.5.2 Geschlechts- und Altersstruktur

52 % der BefragungsteilnehmerInnen sind weiblich, 48 % männlich. Die Altersspanne reicht – bei einem Durchschnittsalter von 50.9 Jahren (SD = 17.0 Jahre, N = 1000) – von 25 bis 96 Jahren. Die weiblichen BefragungsteilnehmerInnen sind durchschnittlich um 10.7 Jahre älter als die männlichen (Frauen: M = 55.9, SD = 17.3, n = 524, Männer: M = 45.3, SD = 14.8, n = 476, T (994.61) = 10.47, p < .001, Abbildung 2).

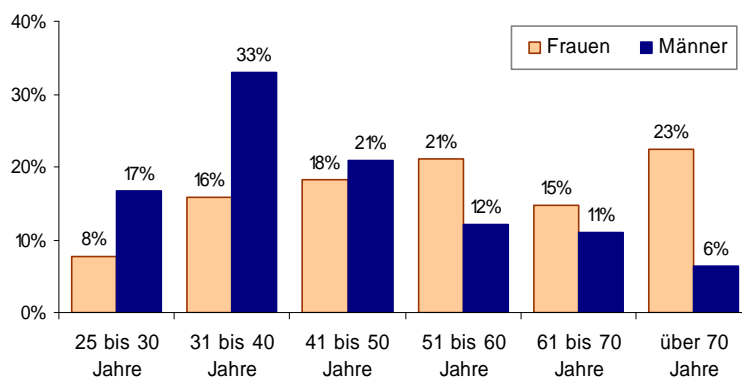


Abbildung 2: Altersverteilung nach Kategorien getrennt für Frauen (N = 524) und Männer (N = 476).

2.5.3 Familienstand

Der Großteil der weiblichen (54 %) und männlichen (55 %) BefragungsteilnehmerInnen sind verheiratet. Insgesamt 27 % der Männer sind ledig, 8 % leben in einer Lebensgemeinschaft, 5 % sind geschieden und 4 % sind verwitwet. Bei den Frauen sind 17 % verwitwet, 14 % ledig, 11 % geschieden und 4 % in einer Lebensgemeinschaft. Außer in der Kategorie „verheiratet“ zeigen sich in allen anderen Kategorien signifikante Geschlechtsunterschiede ($\chi^2(4, N = 984) = 82.54, p < .001$, Abbildung 3).

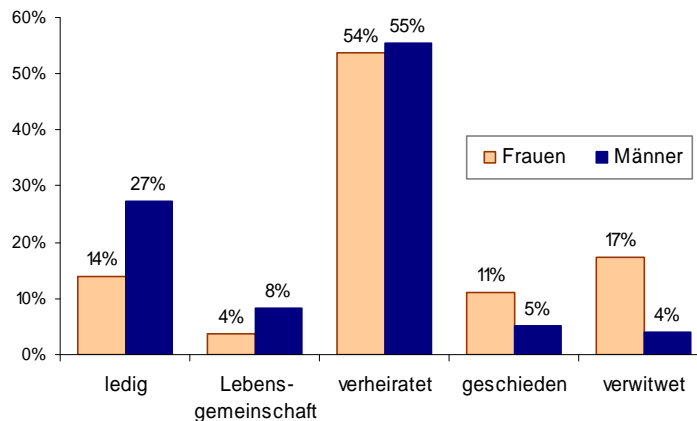


Abbildung 3: Familienstand nach Geschlecht (N = 984, k. A. = 16).

2.5.4 Ausbildung, Berufliche Stellung, Beschäftigungsausmaß und Einkommen

Männliche Befragungsteilnehmer verfügen häufiger über eine höhere abgeschlossene Ausbildung als weibliche Befragte ($\chi^2(5, N = 993) = 38.87, p < .001$, Abbildung 4). Der AkademikerInnenanteil ist bei den Männern (20 %) größer als bei den Frauen (14 %). 28 % der Männer und 25 % der Frauen können als höchste abgeschlossene Ausbildung eine Matura vorweisen (n.s.). Es verfügen mehr Männer (28 %) als Frauen (19 %) über einen Lehrabschluss. Einen Pflichtschulabschluss (als höchste abgeschlossene Ausbildung) weisen 23 % der Frauen und 14 % der Männer auf. Weiters haben mehr Frauen (15 %) als Männer (9 %) eine Berufsbildende mittlere Schule absolviert. Ein geringer Prozentsatz (3 % bei den Frauen und 1 % bei den Männern, n.s.) hat keine Pflichtschule abgeschlossen.

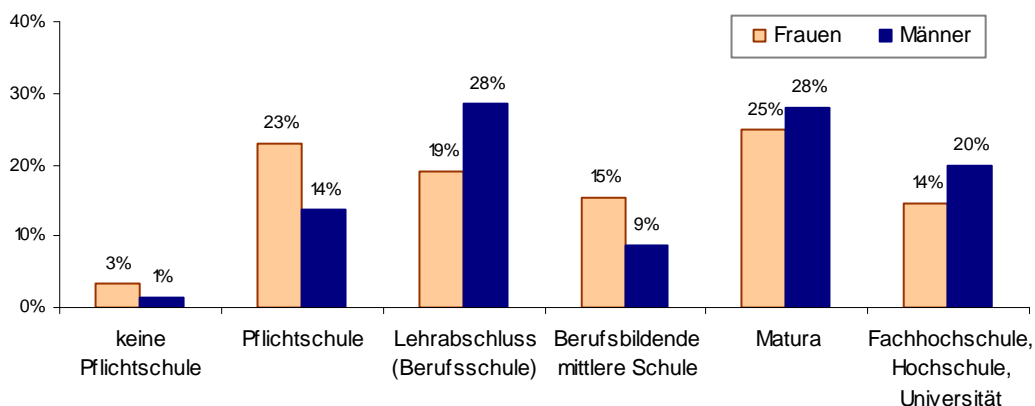


Abbildung 4: Höchste abgeschlossene Ausbildung nach Geschlecht (N = 993, k. A. = 7).

Auch bei der beruflichen Stellung zeigt sich in Abhängigkeit des Geschlechts eine unterschiedliche Verteilung ($\chi^2(7, N = 983) = 132.55, p < .001$, Abbildung 5). Der Großteil der weiblichen Befragten sind Pensionistinnen (43 %), gefolgt von der Gruppe der Angestellten (26 %) und der Gruppe der Hausfrauen (11 %). Bei den Männern überwiegen mit 36 % die Angestellten, gefolgt von den Pensionisten (21 %) und den Selbstständigen (16 %).

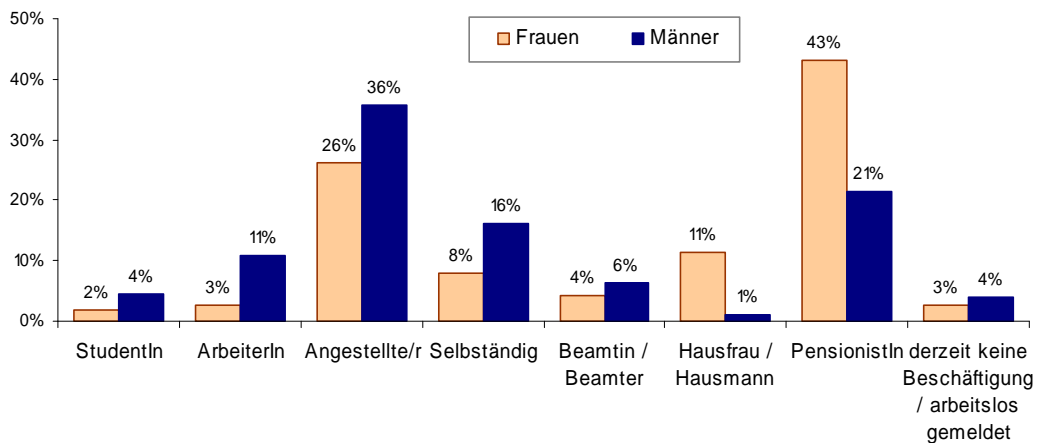


Abbildung 5: Berufliche Stellung nach Geschlecht (N = 983, k. A. = 17).

Bezüglich des Beschäftigungsausmaßes zeigt sich, dass bei den Männern der Prozentsatz der Vollzeitbeschäftigten mit 88 % deutlich höher ist als bei den Frauen (56 %). Dementsprechend sind die Prozentsätze für Teilzeit- und geringfügig Beschäftigte bei den Männern mit 9 % und 3 % deutlich niedriger als bei den Frauen (35 % und 9 %, $\chi^2(2, N = 542) = 72.98, p < .001$, Abbildung 6).

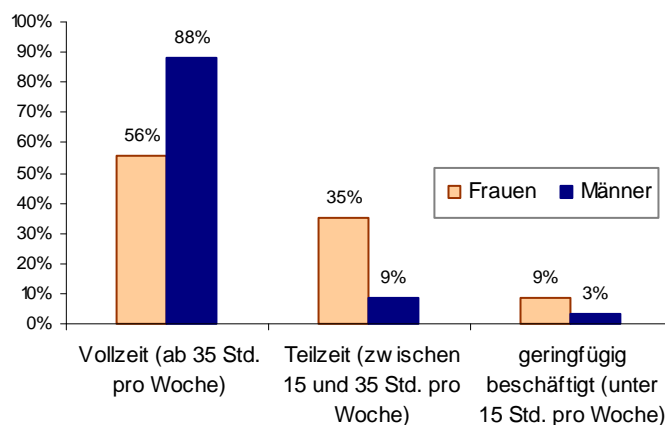


Abbildung 6: Beschäftigungsausmaß nach Geschlecht (Frauen: N = 215, k. A. = 309; Männer: N = 327, k. A. = 149; Gesamt: N = 542, k. A. = 458).

Die befragten Männer verfügen im Durchschnitt über ein höheres persönliches monatliches Nettoeinkommen als die Frauen ($\chi^2(5, N = 710) = 75.54, p < .001$, Abbildung 7). Während die Frauen in den zwei niedrigen Einkommensklassen bis maximal 1.000,- Euro deutlich überrepräsentiert sind, sind es die Männer in den drei oberen Einkommensklassen über 1.500,- Euro.

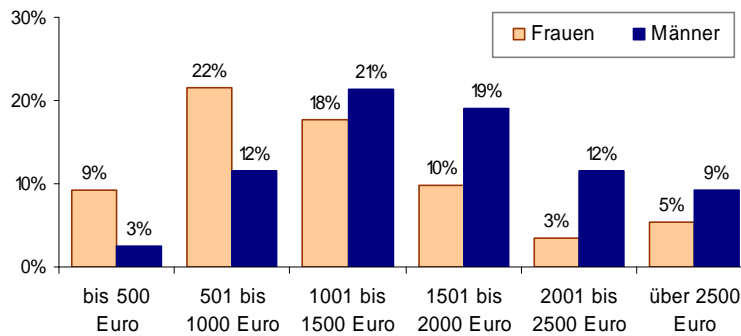


Abbildung 7: Persönliches monatliches Netto-Einkommen nach Geschlecht (Frauen: n = 351, k. A. = 173; Männer: n = 359, k. A. = 117; Gesamt: N = 710, k. A. = 290).

2.5.5 Staatsbürgerschaft, Geburtsland und Wohnort

97 % der weiblichen und 96 % der männlichen Befragten besitzen die österreichische Staatsbürgerschaft (Abbildung 8); über 90 % der Befragten (Frauen: 91 %, Männer 93 %) sind in Österreich geboren (Abbildung 9). Somit sind unter den Befragten deutlich weniger Personen nicht-österreichischer Herkunft oder Staatsbürgerschaft als dem Bevölkerungsschnitt entsprechend erwartbar wäre. Bei diesen beiden Variablen – Staatsbürgerschaft und Geburtsland – zeigen sich keine unterschiedlichen Verteilungen in Abhängigkeit des Geschlechts.

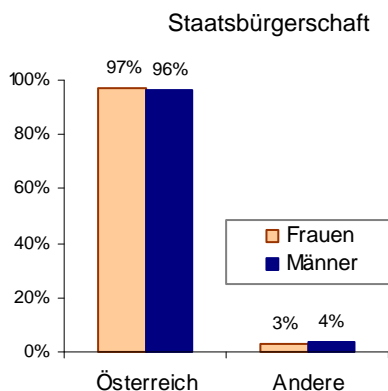


Abbildung 8: Staatsbürgerschaft nach Geschlecht (N = 1000).

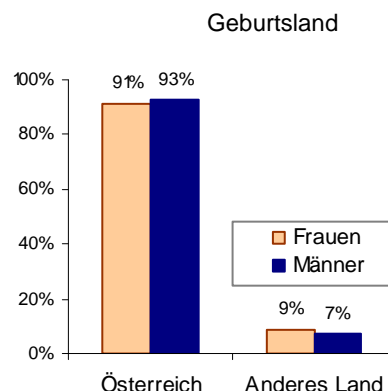


Abbildung 9: Geburtsland nach Geschlecht (N = 997, k. A. = 3)

Die meisten BefragungsteilnehmerInnen wohnen in Wien (Frauen: 21 %, Männer: 19 %), gefolgt von den Bundesländern Niederösterreich (19 %) und Oberösterreich (17 %). Am seltensten wurden Personen aus Vorarlberg (4 %) und Burgenland (Frauen: 4 %, Männer: 3 %) befragt (Abbildung 10).

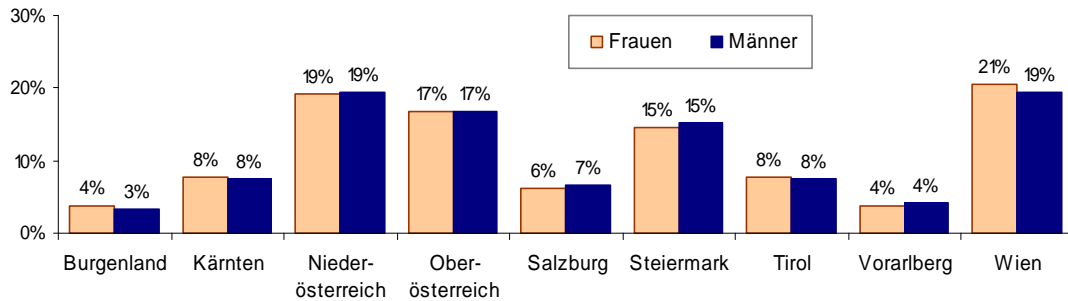


Abbildung 10: Bundesland nach Geschlecht (N = 1000).

40 % der weiblichen und 41 % der männlichen Befragten wohnen in Orten mit weniger als 5.000 EinwohnerInnen. Knapp 30 % (Frauen: 28 %, Männer 29 %) sind in Wohnorten mit über 50.000 EinwohnerInnen zu Hause (Abbildung 11). Bezüglich des Wohnorts – sowohl nach Bundesland als auch nach EinwohnerInnenanzahl – zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den weiblichen und männlichen Befragten.

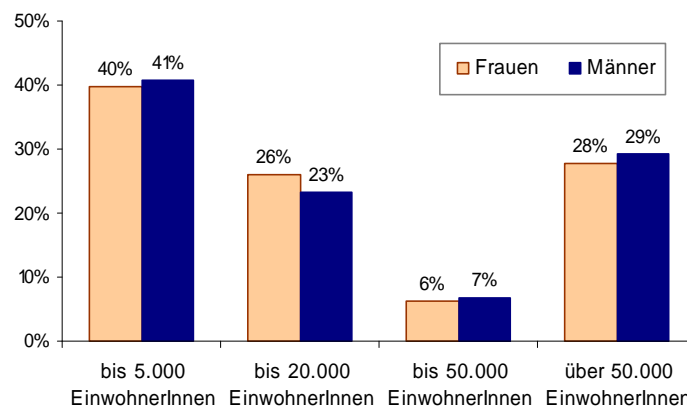


Abbildung 11: Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl nach Geschlecht (N = 945, k. A. = 55).

3 Ergebnisse

3.1 Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung

Für die interessierende Fragestellung – die Einflussfaktoren der Nicht-Teilnahme bzw. nicht-regelmäßigen Teilnahme an der VU – wurden sämtliche statistische Analysen auf Basis der Unterteilung in die zentralen Faktorstufen „Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung“ (und deren Abstufungen) bzw. „Nicht-Teilnahme“ durchgeführt (Tabelle 5). Hierfür wurden die beim Telefoninterview verwendeten sieben Antwortkategorien zu den folgenden vier zusammengefasst:

- Personen, die innerhalb der letzten vier Jahre bei einer VU waren (25.0 % = Anteil der Vorgabe für die Stichprobenzusammensetzung),
- Personen, die das letzte Mal vor ca. vier bis fünf Jahren bei einer VU waren (29.4 %),
- Personen, die das letzte Mal vor mehr als fünf Jahren bei einer VU waren (12.4 %), und
- Personen, die noch nie eine VU in Anspruch genommen haben (Nicht-TeilnehmerInnen, 33.2 %).

Tabelle 5: Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung.

Letzte Inanspruchnahme einer VU					
Sieben Antwortkategorien (Telefoninterview)			Vier Antwortkategorien (für inferenzstatistische Analysen)		
	n	%		n	%
heuer (im Jahr 2008)	86	8.6%	innerhalb der letzten 4 Jahre (< 4 Jahre)	250	25.0%
im Jahr 2007	102	10.2%			
vor ca. 2 - 3 Jahren	62	6.2%			
vor ca. 4 - 5 Jahren	294	29.4%	vor ca. 4 - 5 Jahren (4 - 5 Jahre)	294	29.4%
vor 6 - 10 Jahren	76	7.6%	vor mehr als 5 Jahren (> 5 Jahre)	124	12.4%
schon länger als 10 Jahre her	48	4.8%			
noch nie	332	33.2%	Nicht-TeilnehmerInnen (noch nie)	332	33.2%
Gesamt	1000	100.0%	Gesamt	1000	100.0%

3.2 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit

Die Mehrheit der BefragungsteilnehmerInnen schätzt den eigenen Gesundheitszustand auf einer fünfstufigen Skala als gut (41 %) oder sehr gut (28 %) ein (Abbildung 12). Dabei treten keine statistisch signifikanten Unterschiede in Abhängigkeit der Inanspruchnahme der VU ($F(3,995) = .72$, n.s.) auf.

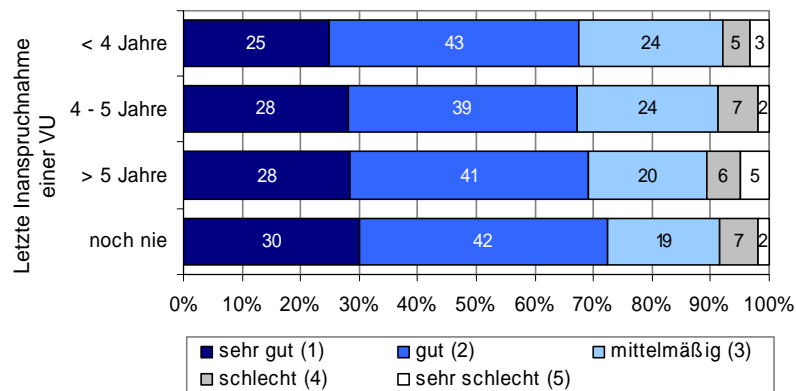


Abbildung 12: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (N = 999, k. A. = 1).

Die Varianzanalyse mit den zwei Faktoren Alter (sechsstufig) und Geschlecht zeigt einen signifikanten Haupteffekt des Alters: Über 70-Jährige stufen ihre Gesundheit deutlich schlechter ein als Personen bis 70 Jahre ($F(5,987) = 7.07$, $p < .001$; Tukey-HSD, Abbildung 13).

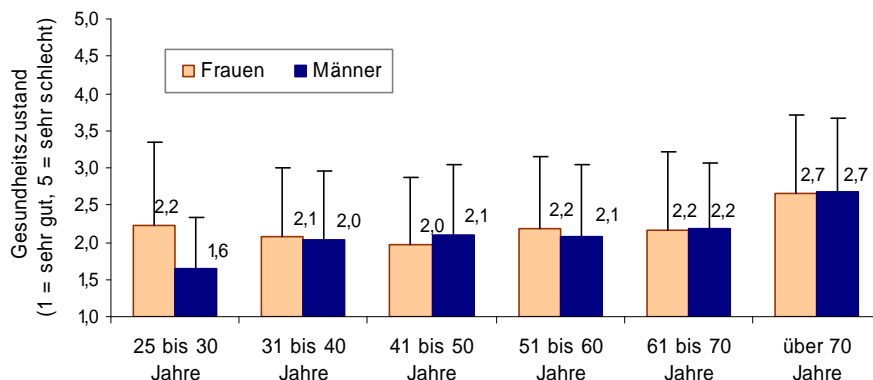


Abbildung 13: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes (Mittelwert und eine Standardabweichung) nach Alter und Geschlecht (N = 999, k. A. = 1).

Bezugnehmend auf die Frage, wie Personen ihren Gesundheitszustand im Vergleich zum Vorjahr einstufen, bewerten 67 % aller Befragten ihren Gesundheitszustand als gleich gut, 19 % als (viel) besser und 14 % als (viel) schlechter (Abbildung 14). Es gibt keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen, also den regelmäßigen, weniger regelmäßigen und den Nicht-TeilnehmerInnen der VU ($F(3,993) = 1.03, n.s.$).

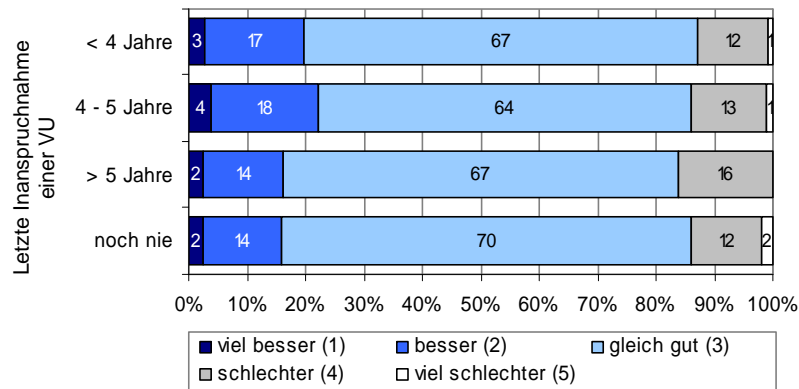


Abbildung 14: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zum Vorjahr (N = 997, k. A. = 3).

Bei der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters zeigen sich deutliche Unterschiede dahingehend, dass sich Personen, die innerhalb der letzten vier Jahre eine VU in Anspruch genommen haben (regelmäßige TeilnehmerInnen), im Durchschnitt gesünder einstufen ($M = 2.30, SD = .84$) als dies Personen der anderen drei Gruppen tun (VU liegt zwischen vier und fünf Jahren zurück: $M = 2.58, SD = .77$; VU liegt mehr als fünf Jahre zurück: $M = 2.63, SD = .85$; noch nie teilgenommen: $M = 2.54, SD = .81$; $F(3,966) = 6.89, p < .001$; Tukey-HSD, Abbildung 15).

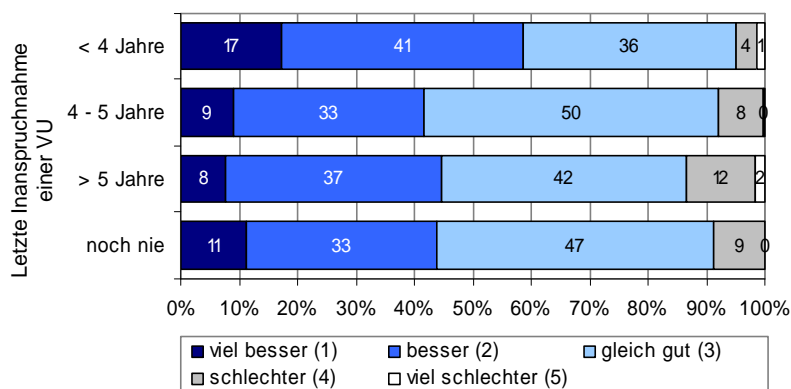


Abbildung 15: Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen im gleichen Alter (N = 970, k. A. = 30).

3.3 Vorliegen eines dauerhaften, behandlungsbedürftigen gesundheitlichen Problems

Insgesamt rund 40 % der BefragungsteilnehmerInnen sind wegen eines dauerhaften gesundheitlichen Problems in ärztlicher Behandlung, wobei weibliche Befragte (46 %) ein derartiges gesundheitliches Problem häufiger angeben als männliche Befragte (33 %, $\chi^2 (1, N = 998) = 18.65, p < .001$). Hinsichtlich unserer zentralen Fragestellung zeigt sich ein signifikanter inverser Zusammenhang zwischen der Nicht-Teilnahme an der VU und der Angabe eines dauerhaften gesundheitlichen Problems. Dabei ist der Prozentsatz bei Personen, die innerhalb der letzten vier Jahre eine VU in Anspruch genommen haben (regelmäßige TeilnehmerInnen), mit 47 % am höchsten und bei den Nicht-TeilnehmerInnen mit 35 % am niedrigsten ($\chi^2 (3, N = 998) = 10.21, p < .05$, Abbildung 16).

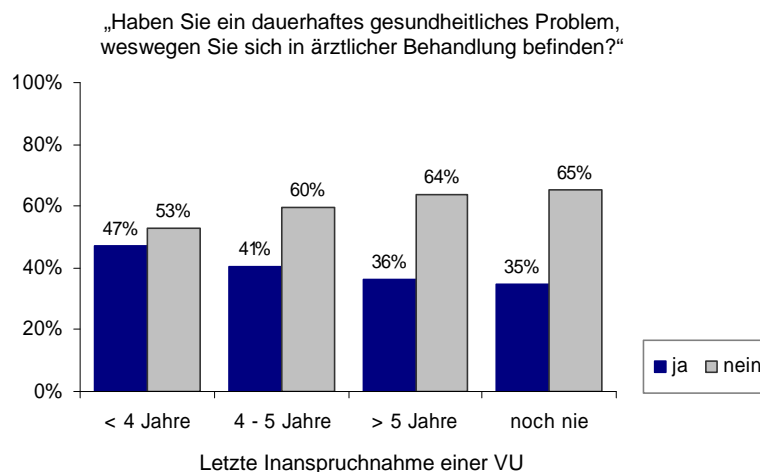


Abbildung 16: Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems (N = 998, k. A. = 2).

Wie aus Abbildung 17 deskriptiv hervorgeht, ist dieser Effekt bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen. Ein Alterseffekt – also die Zunahme an dauerhaften körperlichen Beschwerden mit dem Alter – ließ sich ebenfalls nachweisen ($\chi^2 (5, N = 998) = 87.16, p < .001$, Abbildung 18).

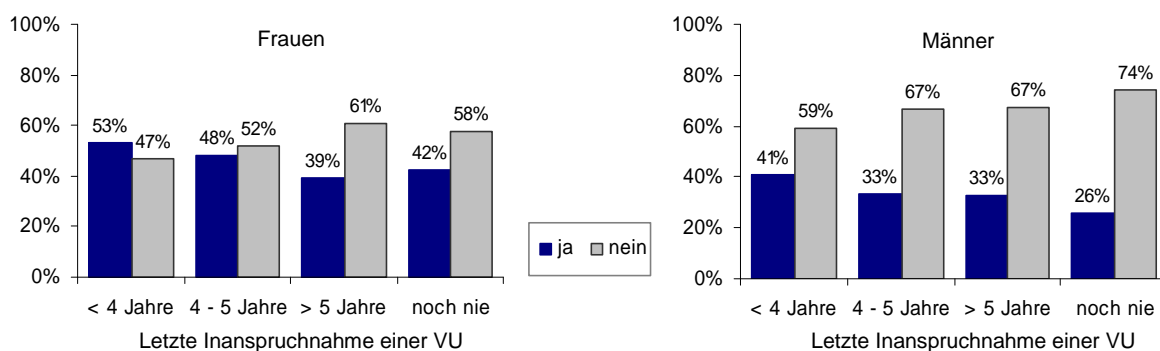


Abbildung 17: Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems getrennt für Frauen (N = 522, k. A. = 2) und Männer (N = 476).

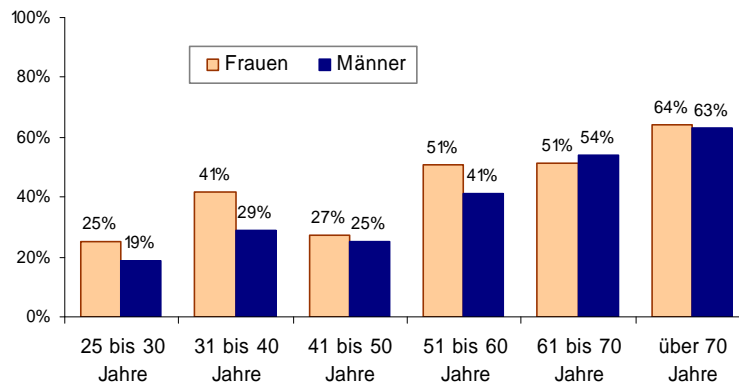


Abbildung 18: Prozentsatz der Personen innerhalb einer Altersgruppe, die aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems in ärztlicher Behandlung sind, getrennt für Frauen (N = 522, k. A. = 2) und Männer (N = 476).

3.4 Vorhandensein einer Ärztin/ eines Arztes des Vertrauens (Hausärztin/ -arzt)

93 % der Interviewten geben an, eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens bzw. eine/ einen Hausärztin/ -arzt zu haben, welche/r normalerweise bei gesundheitlichen Problemen aufgesucht wird. Dabei ist der Anteil bei den Nicht-TeilnehmerInnen mit 89 % deutlich geringer als bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen (96 %, $\chi^2(3, N = 1000) = 14.96, p < .01$, Abbildung 19). Unter Berücksichtigung des Geschlechts lässt sich dieses Ergebnis nur für Männer bestätigen: Die Frage nach einer Ärztin/ einem Arzt des Vertrauens (bzw. eine/r/m Hausärztin/ -arzt) verneinen 17 % der Männer, die noch nie bei einer VU waren, im Vergleich zu 6 % bzw. 5 % jener Männer, die innerhalb der letzten vier bzw. vor ca. vier bis fünf Jahren dort waren ($\chi^2(3, N = 476) = 15.98, p < .001$). Weiters ist aus Abbildung 20 ersichtlich, dass mehr Frauen (95 %) als Männer (90 %) eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens haben. Während sich bei den Frauen kein signifikanter Alterseffekt zeigt, nimmt bei Männern die Anzahl jener, die eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens haben, mit dem Alter zu ($\chi^2(5, N = 476) = 14.57, p < .05$, Abbildung 21).

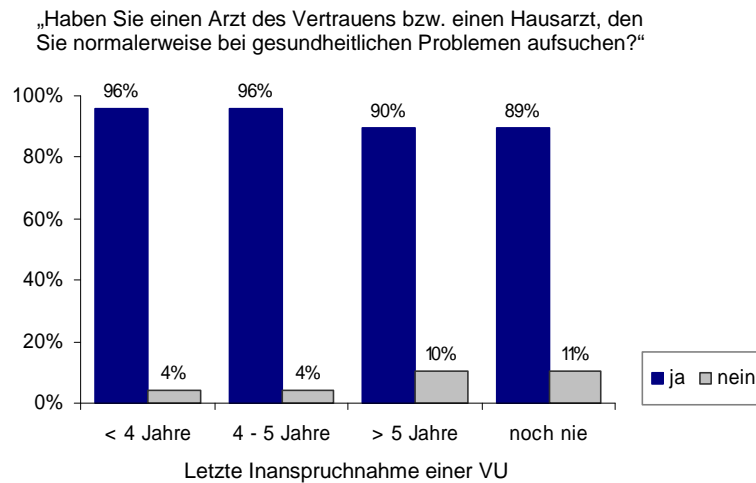


Abbildung 19: Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt (N = 1000).

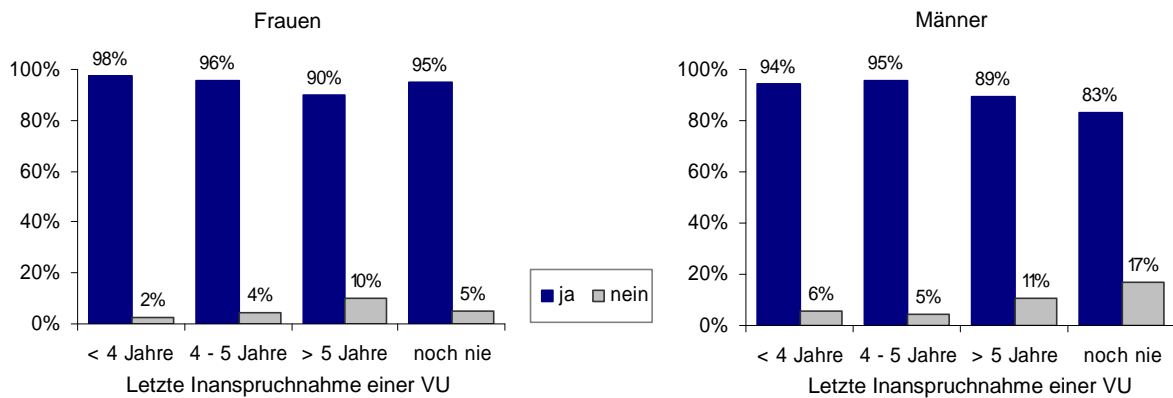


Abbildung 20: Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt getrennt für Frauen (N = 524) und Männer (N = 476).

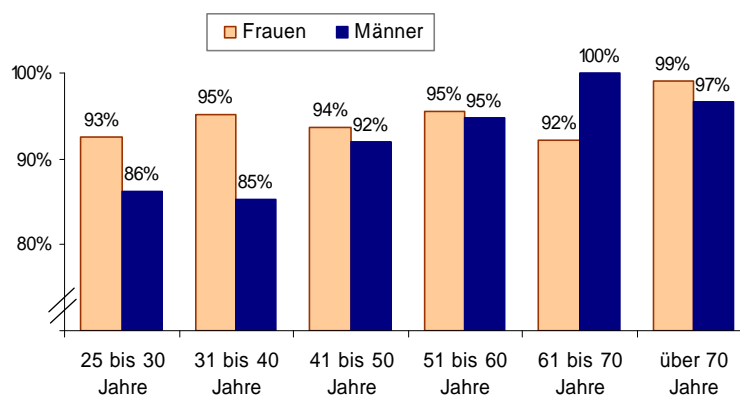


Abbildung 21: Prozentsatz der Personen innerhalb einer Altersgruppe, die eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens bzw. eine/n Hausärztin/ -arzt haben, getrennt für Frauen (N = 524) und Männer (N = 476).

41 % der Personen, die angeben, eine Ärztin/ einen Arzt des Vertrauens bzw. eine/n Hausärztin/ -arzt zu haben (N = 929), wurde zu einer Vorsorgeuntersuchung geraten. Dabei ist der Prozentsatz bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen mit 63 % am höchsten und bei den Nicht-TeilnehmerInnen mit 22 % am geringsten ($\chi^2(3, N = 914) = 97.28, p < .001$, Abbildung 22). Die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen zeigen sich bei beiden Geschlechtern (Abbildung 23), sind jedoch bei Frauen größer (regelmäßige TeilnehmerInnen: 70 %, Nicht-TeilnehmerInnen: 19 %; $\chi^2(3, N = 488) = 86.41, p < .001$) als bei Männern (55 % und 26 %; $\chi^2(3, N = 426) = 22.14, p < .001$).

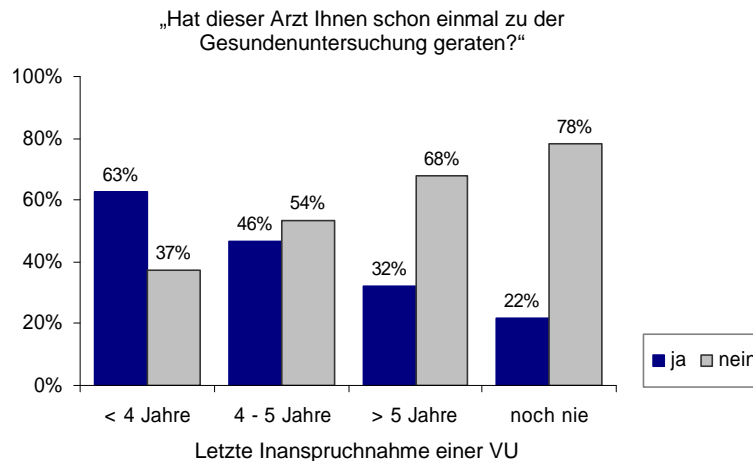


Abbildung 22: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt (N = 914, k. A. = 15).

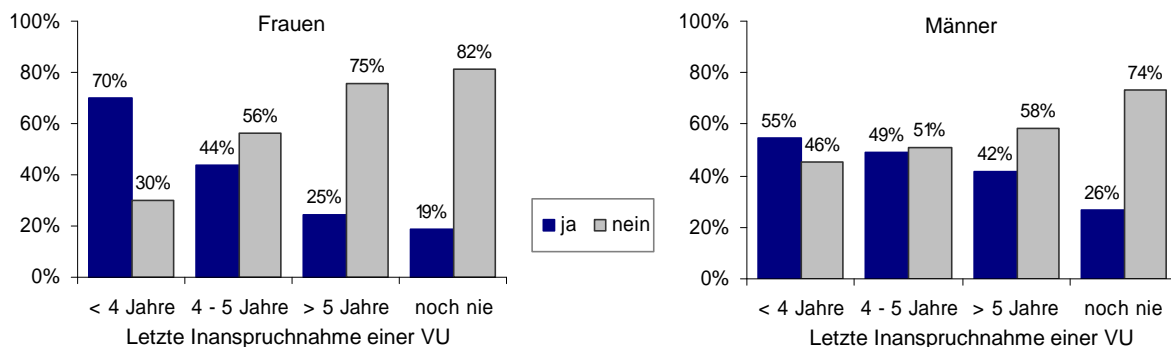


Abbildung 23: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt getrennt für Frauen (N = 488, k. A. = 11) und Männer (N = 426, k. A. = 4).

Abbildung 24 zeigt den Prozentsatz jener Personen, denen die Ärztin/ der Arzt bereits einmal zu einer Vorsorgeuntersuchung geraten hat, getrennt nach Altersgruppe ($\chi^2(5, N = 914) = 29.97, p < .001$) und Geschlecht ($\chi^2(1, N = 914) = 1.23, n.s.$). Der Prozentsatz beträgt bei den 25- bis 30-Jährigen 24 % (19 % bei den Frauen und 26 % bei den Männern), steigt dann auf 50 % bei den 61- bis 70-Jährigen und fällt bei den über 70-Jährigen mit 31 % wieder deutlich ab.

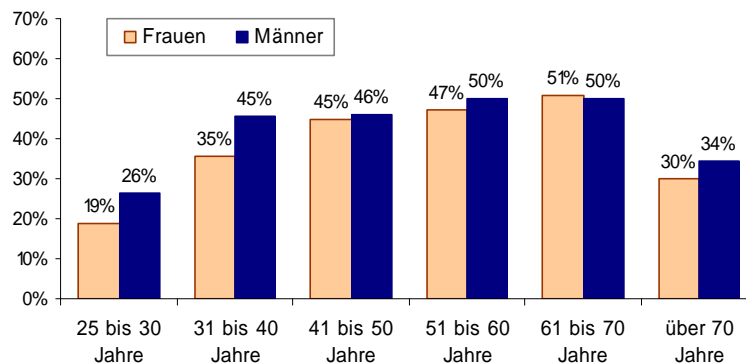


Abbildung 24: Empfehlung zu einer Vorsorgeuntersuchung durch die Ärztin/ den Arzt nach Altersgruppen und getrennt für Frauen (N = 488, k. A. = 11) und Männer (N = 426, k. A. = 4).

Weiters erhielten jene 929 Personen, die angaben, eine Ärztin / einen Arzt des Vertrauens bzw. eine/n Hausärztin/ -arzt zu haben, die Frage, wie oft sie diese/n in den letzten 12 Monaten zur Behandlung aufgesucht haben. Die Antworten streuen bei einem Durchschnitt von 4.8 Arztbesuchen zwischen 0 und 80 (SD = 7.0, N = 837). Dabei treten keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen auf (Abbildung 25).

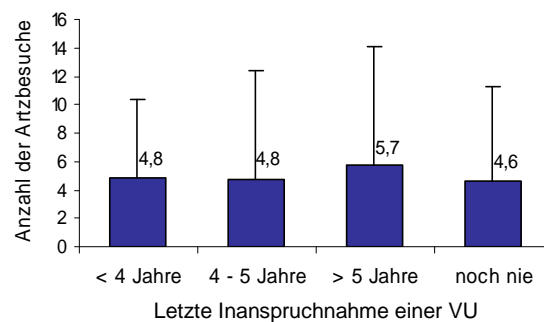


Abbildung 25: Anzahl der Behandlungen bei/m Ärztin/ Arzt des Vertrauens bzw. Hausärztin/ -arzt innerhalb der letzten 12 Monate (Mittelwert und eine Standardabweichung, N = 837, k. A. = 92).

3.5 Angaben zur zahnärztlichen Vorsorge

Über die Hälfte aller Befragten (54 %) führt an, in den letzten 12 Monaten eine/n Zahnärztin/ -arzt ausschließlich zur Vorsorge aufgesucht zu haben. Es zeigt sich kein Zusammenhang mit der Inanspruchnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der VU (χ^2 (3, N = 996) = .44, n.s., Abbildung 26).

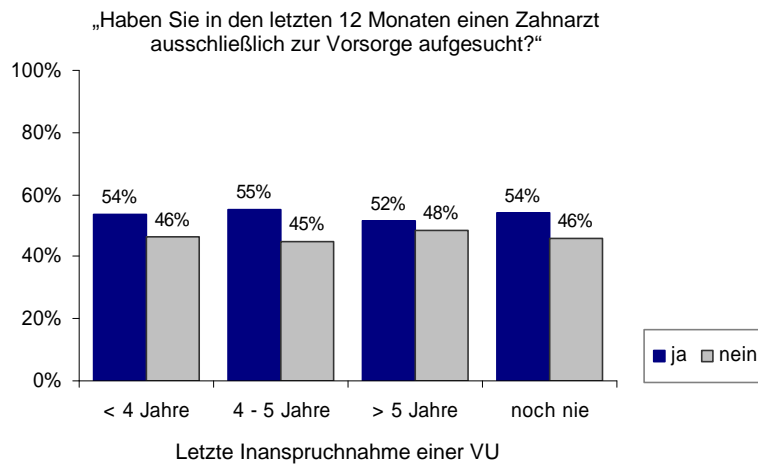


Abbildung 26: Vorsorge bei Zahnärztin/ -arzt (N = 996, k. A. = 4).

3.6 Angaben zu den Rauchgewohnheiten

Insgesamt 76 % aller Befragten sind NichtraucherInnen, wobei 23 % angeben, früher geraucht zu haben. Über alle Gruppen hinweg geben 24 % an zu rauchen (21 % täglich und 3 % gelegentlich). Betrachtet nach den vier Gruppen ist der Anteil der RaucherInnen mit 19 % bei den regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen am geringsten (χ^2 (6, N = 1000) = 16.26, $p < .05$, Abbildung 27). Bei den unregelmäßigen TeilnehmerInnen, deren letzte VU-Inanspruchnahme vier bis fünf Jahre zurückliegt, beträgt die RaucherInnenquote 23 %, bei Personen, deren letzte VU mehr als 5 Jahre zurückliegt sowie bei den Nicht-TeilnehmerInnen gleichermaßen 27 %. Weiters zeigt sich, dass der Anteil der NichtraucherInnen (ohne „Ex-RaucherInnen“) bei Personen, deren letzte VU 4 bis 5 Jahre zurückliegt, am geringsten ist (48 %) bei gleichzeitig höchstem Anteil der „Ex-RaucherInnen“-Quote (29 %). Der geringste Anteil an „Ex-RaucherInnen“ (18 %) findet sich unter den Nicht-TeilnehmerInnen.

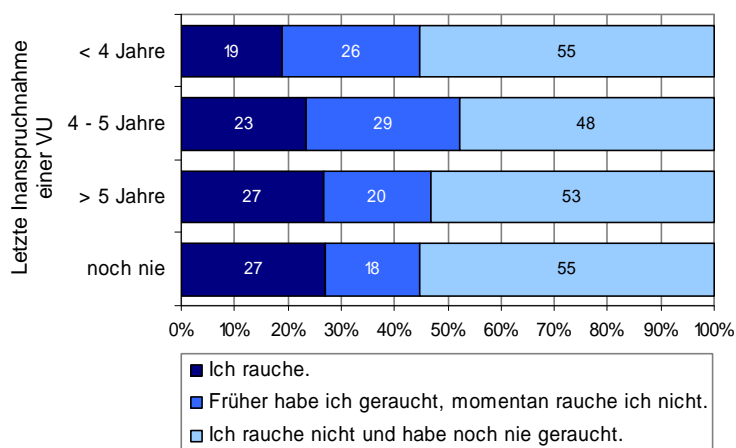


Abbildung 27: Rauchgewohnheiten (N = 1000).

Das Ergebnis – geringster Anteil an RaucherInnen bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen – zeigt sich deskriptiv bei beiden Geschlechtern, ist bei Männern jedoch deutlich stärker ausgeprägt und lässt sich auch nur bei diesen statistisch absichern ($\chi^2(6, N = 476) = 13.34, p < .05$).

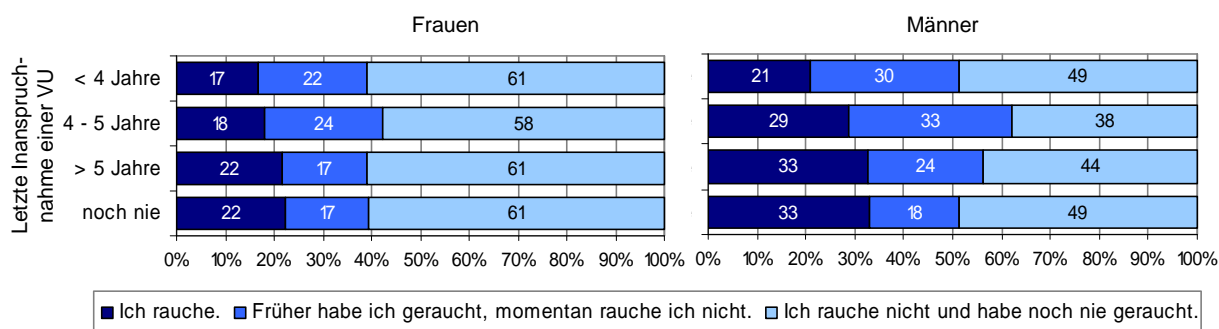


Abbildung 28: Rauchgewohnheiten nach Geschlecht (N = 1000).

3.7 Gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugungen

Kontrollüberzeugungen gelten in den Bereichen Gesundheit und Krankheit als hochrelevant für die Widerstandsfähigkeit gegen Stress und Krankheit (Schwarzer, 1996) und stehen mit entsprechendem Gesundheits- und Krankheitsverhalten in Zusammenhang. Mit dem von Mrazek (1987, 1989) entwickelten und mittlerweile normierten (Albani et al., 2007) Fragebogen „Körperbezogener Locus of Control (KLC)“ kann die körperbezogene Kontrollüberzeugung für die Bereiche Aussehen, Gesundheit und Leistungsfähigkeit erhoben werden. In das vorliegende Befragungs-Instrument wurde die Skala Gesundheit integriert. Die Skala erfasst mit je drei Items die internale (z.B. „Wenn man auf sich achtet, bleibt man gesund.“) sowie externale (z.B. „Wer nie krank wird, hat eben Glück.“) gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung mit fünfstufigem Antwortformat.

Die Ergebnisse der Varianzanalysen zeigen keine Unterschiede zwischen den regelmäßigen, nicht-regelmäßigen und Nicht-VU-TeilnehmerInnen – weder in Bezug auf die internale noch auf die externale gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung. Auch auf Ebene der sechs Einzelitems gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den vier Gruppen (Abbildung 29).

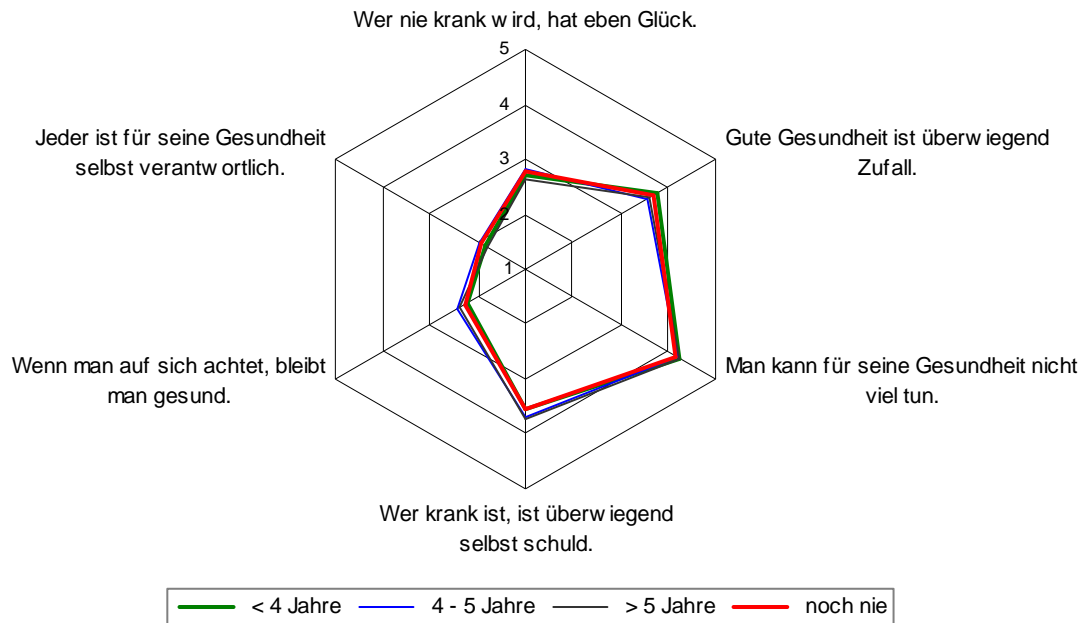


Abbildung 29: Mittelwerte der Items (niedrigere Werte – höhere Zustimmung) zur gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugung (N: 986 - 995; k. A.: 5 - 14).

3.8 Verhalten bei gesundheitlichen Problemen

Die Analysen der Daten zum Verhalten bei gesundheitlichen Problemen decken einige statistisch signifikante Unterschiede auf: Regelmäßige TeilnehmerInnen (VU innerhalb der letzten vier Jahre) suchen – im Vergleich zu den Nicht-TeilnehmerInnen – bei gesundheitlichen Problemen durchschnittlich öfters sofort eine Ärztin/ einen Arzt auf, wenden häufiger Hausmittel an und führen häufiger an, den Krankenstand zu vermeiden und auch krank zur Arbeit zu gehen. Der Aussage „Ich vermeide den Arztbesuch solange es geht“ stimmen durchschnittlich mehr Nicht-TeilnehmerInnen als regelmäßige TeilnehmerInnen zu (Abbildung 30, Tabelle 6).

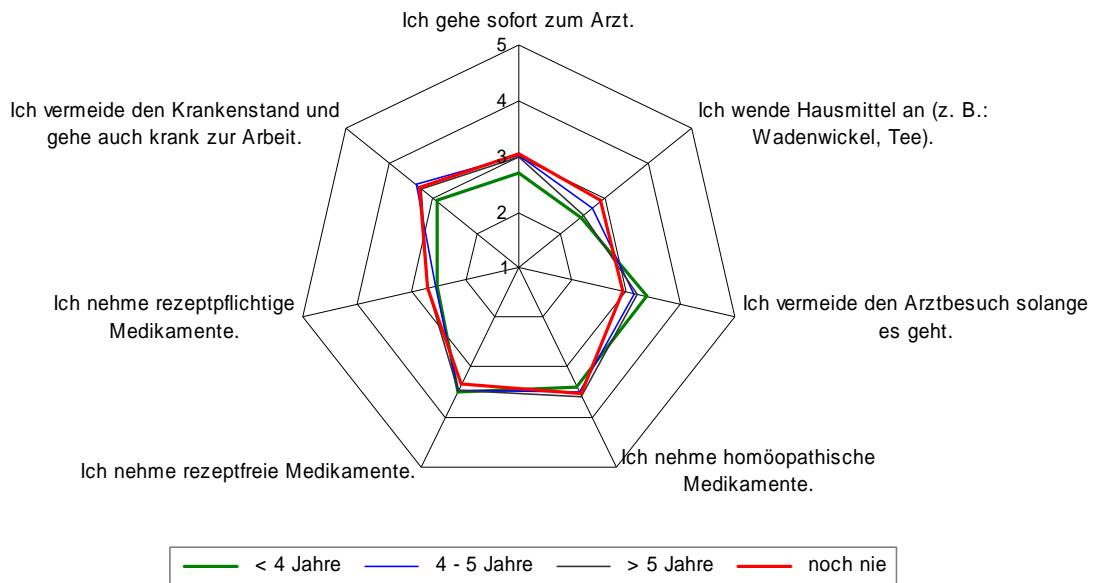


Abbildung 30: Mittelwerte der Items zur Erfassung des Verhaltens bei gesundheitlichen Problemen (niedrigere Werte – höhere Zustimmung, N: 716 – 998, k. A.: 2 - 284).

Tabelle 6: Deskriptive Daten der Items zum Verhalten bei gesundheitlichen Problemen (niedrigere Werte – höhere Zustimmung) und die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen.

	Letzte Inanspruchnahme einer VU								Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen
	< 4 Jahre		4 - 5 Jahre		> 5 Jahre		noch nie		
	M	(SD) PV*	M	(SD) PV*	M	(SD) PV*	M	(SD) PV*	
Ich gehe sofort zum Arzt.	2.71	(1.41) ab	3.02	(1.29) a	2.98	(1.4)	3.05	(1.41) b	F(3,991) = 3.33, p < .05
Ich wende Hausmittel an (z.B.: Wadenwickel, Tee).	2.43	(1.40) a	2.69	(1.41)	2.50	(1.41) b	2.89	(1.46) ab	F(3,994) = 5.62, p < .001
Ich vermeide den Arztbesuch solange es geht.	3.36	(1.56) a	3.14	(1.31)	3.20	(1.48)	2.94	(1.59) a	F(3,988) = 3.99, p < .01
Ich nehme homöopathische Medikamente.	3.40	(1.53)	3.49	(1.43)	3.58	(1.55)	3.53	(1.54)	F(3,989) = 0.51, n.s.
Ich nehme rezeptfreie Medikamente.	3.49	(1.40)	3.46	(1.33)	3.49	(1.44)	3.33	(1.46)	F(3,990) = 0.85, n.s.
Ich nehme rezeptpflichtige Medikamente.	2.48	(1.42)	2.53	(1.45)	2.67	(1.62)	2.67	(1.46)	F(3,992) = 1.06, n.s.
Ich vermeide den Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit.	2.90	(1.55) ab	3.36	(1.47) a	3.25	(1.61)	3.30	(1.50) b	F(3,712) = 3.29, p < .05

PV*: Ergebnisse der paarweisen Vergleiche (Tukey-HSD) – Mittelwerte innerhalb einer Zeile, die mit gleichen Buchstaben markiert sind, unterscheiden sich signifikant voneinander.

3.9 Subjektive Einschätzung des eigenen Erkrankungsrisikos

Das eigene Erkrankungsrisiko wird im Durchschnitt niedrig eingestuft. Ein signifikanter Gruppenunterschied zeigt sich dahingehend, dass Nicht-TeilnehmerInnen die Wahrscheinlichkeit, an Krebs zu erkranken, geringer einschätzen ($M = 4.17$, $SD = 1.04$, $N = 317$) als nicht-regelmäßige VU-TeilnehmerInnen (letzte VU liegt mehr als fünf Jahre zurück, $M = 3.83$, $SD = 1.25$, $N = 114$, $F(3,946) = 2.97$, $p < .05$, Tukey-HSD).

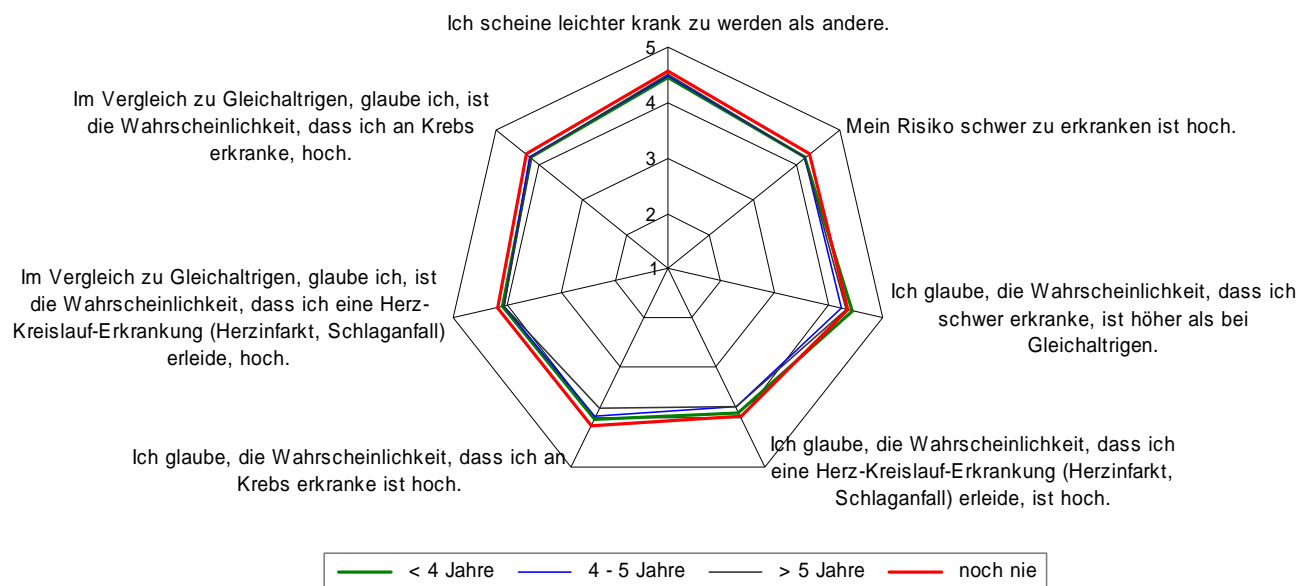


Abbildung 31: Subjektive Einschätzung des Erkrankungsrisikos (Mittelwerte, niedrigere Werte – höhere Zustimmung, N: 942 - 994; k. A.: 6 - 58).

3.10 Subjektiv wahrgenommener Nutzen der Vorsorgeuntersuchung

Wie aus Abbildung 32 hervorgeht, stufen regelmäßige VU-TeilnehmerInnen (Inanspruchnahme der VU innerhalb der letzten vier Jahre) den Nutzen der VU deutlich höher ein als nicht-regelmäßige und Nicht-TeilnehmerInnen ($F(21,2757) = 3.35$, $p < .001$). Es lassen sich bei jedem der sieben Items ein bis drei statistisch signifikante Unterschiede zwischen den regelmäßigen TeilnehmerInnen und den anderen drei Gruppen nachweisen (Tabelle 7). Über alle Gruppen hinweg zeigt sich, dass den Aussagen, dass eine Teilnahme an der VU zur frühzeitigen Erkennung und damit Behandlung von Krankheiten beiträgt ($M = 1.57$, $SD = 0.90$, $N = 927$), und dass die VU bei der Verbesserung des Gesundheitsverhaltens helfen kann ($M = 1.97$, $SD = 1.09$, $N = 927$), am stärksten zugestimmt wird. Die durchschnittlich geringste Zustimmung erhält das Item „Die Teilnahme an einer Gesundenuntersuchung kann mein Risiko an Krebs zu erkranken verringern“ ($M = 2.62$, $SD = 1.41$, $N = 927$).

Die Teilnahme an einer Gesundenuntersuchung ...

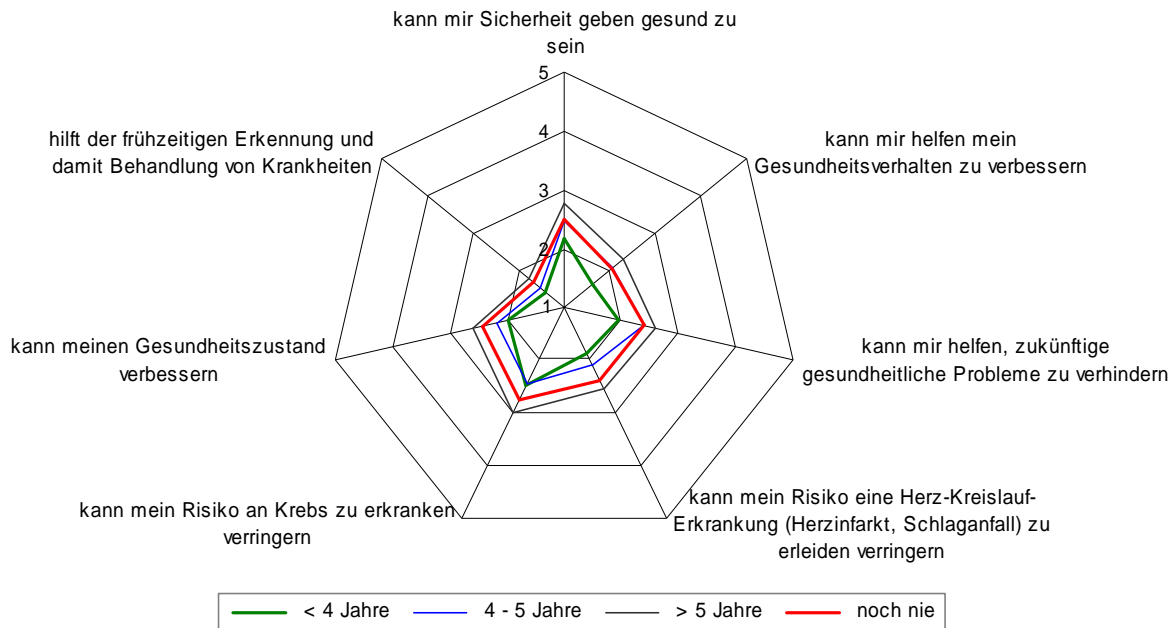


Abbildung 32: Wahrgenommener Nutzen der Vorsorgeuntersuchung (Mittelwerte, geringere Werte – höhere Zustimmung, N = 927, k. A. = 73).

Tabelle 7: Deskriptive Daten der Items zum subjektiv wahrgenommenen Nutzen der VU (niedrigere Werte – höhere Zustimmung) und die Ergebnisse der univariaten Varianzanalysen.

	Letzte Inanspruchnahme einer VU								Univariate Varianzanalysen				
	< 4 Jahre (n = 234)			4 - 5 Jahre (n = 276)			> 5 Jahre (n = 109)			noch nie (n = 308)			
	M	(SD)	PV*	M	(SD)	PV*	M	(SD)	PV*	M	(SD)	PV*	
kann mir Sicherheit geben gesund zu sein	2.17	(1.27)	abc	2.48	(1.28)	a	2.78	(1.46)	b	2.49	(1.40)	c	F(3,923) = 5.69, p < .001
kann mir helfen mein Gesundheitsverhalten zu verbessern	1.64	(0.88)	abc	2.06	(1.08)	a	2.27	(1.30)	b	2.04	(1.12)	c	F(3,923) = 11.25, p < .001
kann mir helfen, zukünftige gesundheitliche Probleme zu verhindern	1.95	(1.12)	abc	2.39	(1.33)	a	2.61	(1.38)	b	2.38	(1.33)	c	F(3,923) = 8.75, p < .001
kann mein Risiko, eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganf.) zu erleiden, verringern	1.87	(1.00)	ab	2.09	(1.14)	cd	2.56	(1.40)	ac	2.38	(1.29)	bd	F(3,923) = 12.20, p < .001
kann mein Risiko an Krebs zu erkranken verringern	2.48	(1.37)	a	2.44	(1.32)	bc	2.99	(1.52)	ab	2.76	(1.45)	c	F(3,923) = 5.85, p < .001
kann meinen Gesundheitszustand verbessern	1.98	(1.13)	ab	2.18	(1.22)	c	2.59	(1.36)	ac	2.43	(1.36)	b	F(3,923) = 8.33, p < .001
hilft der frühzeitigen Erkennung und damit Behandlung von Krankheiten	1.41	(0.75)	ab	1.53	(0.84)		1.75	(1.06)	a	1.67	(0.96)	b	F(3,923) = 5.61, p < .001

PV*: Ergebnisse der paarweisen Vergleiche (Tukey-HSD) – Mittelwerte innerhalb einer Zeile, die mit gleichen Buchstaben markiert sind, unterscheiden sich signifikant voneinander.

3.11 Informiertheit zur Vorsorgeuntersuchung

3.11.1 Einschätzung des eigenen Anspruchs auf eine Vorsorgeuntersuchung

Die Frage, wie häufig man Anspruch auf eine kostenlose VU habe, erhielten nur Personen, deren letzte VU mehr als vier Jahre zurückliegt, und jene, die noch nie eine VU in Anspruch genommen haben (Teilstichprobe 1, N = 750). Knapp zwei Drittel (63 %) haben korrekt, also im Sinne der tatsächlichen Anspruchsberechtigung geantwortet (Abbildung 33).

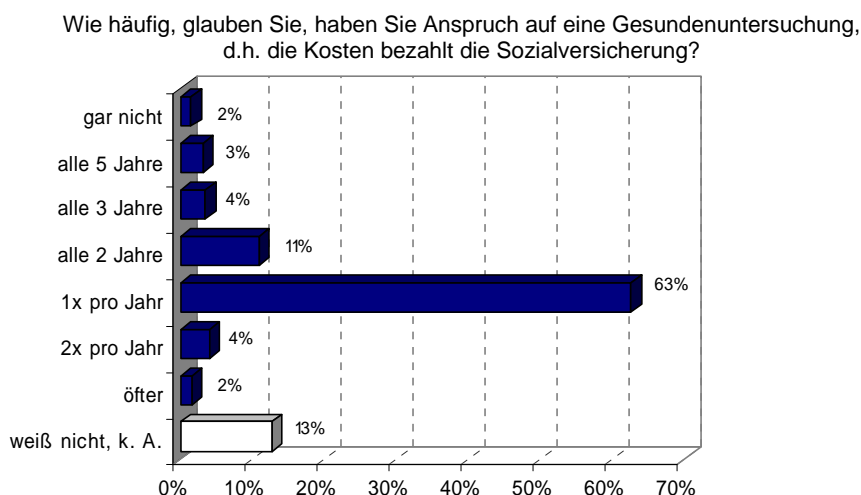


Abbildung 33: Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchung (N = 750).

Unterschiede zwischen den drei Gruppen der Teilstichprobe 1 zeigen sich dahingehend, dass Nicht-TeilnehmerInnen signifikant häufiger als nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen (VU-Inanspruchnahme vor ca. 4 bis 5 Jahren) die Antwort „weiß nicht“ geben ($\chi^2(14, N = 750) = 27.15, p < .05$, Tabelle 8).

Tabelle 8: Kreuztabelle Anspruch auf die Vorsorgeuntersuchung und VU-Teilnahme.

Letzte Inanspruchnahme einer VU		„Wie häufig, glauben Sie, haben Sie Anspruch auf die Gesundenuntersuchung, d. h. die Kosten bezahlt die Sozialversicherung?“								Gesamt
		gar nicht	alle 5 Jahre	alle 3 Jahre	alle 2 Jahre	1x pro Jahr	2x pro Jahr	öfter	weiß nicht	
vor ca. 4-5 Jahren	Anzahl	3	7	8	37	197	10	4	28	294
	Prozent	1.02	2.38	2.72	12.59	67.01	3.40	1.36	9.52	100
	Korr. Residuen	-0.82	-0.87	-0.90	1.16	1.97	-0.67	-0.42	-2.16	
vor mehr als 5 Jahren	Anzahl	2	10	4	15	74	5	0	14	124
	Prozent	1.61	8.06	3.23	12.10	59.68	4.03	0.00	11.29	100
	Korr. Residuen	0.15	3.53	-0.16	0.45	-0.75	0.02	-1.55	-0.55	
noch nie (Nicht-TeilnehmerInnen)	Anzahl	6	6	14	30	199	15	8	54	332
	Prozent	1.81	1.81	4.22	9.04	59.94	4.52	2.41	16.27	100
	Korr. Residuen	0.69	-1.78	1.00	-1.48	-1.38	0.65	1.57	2.53	
Gesamt	Anzahl	11	23	26	82	470	30	12	96	750
	Prozent	1.47	3.07	3.47	10.93	62.67	4.00	1.60	12.80	100

3.11.2 Annahmen über die Programminhalte der Vorsorgeuntersuchung

Die Teilstichprobe der nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen (N = 750) erhielt weiters die offene Frage über die Inhalte der VU („Was glauben Sie passiert im Rahmen einer Gesundenuntersuchung?“). Die Antworten wurden zu 17 Kategorien (inkl. „weiß nicht, keine Angabe“ und „Sonstiges“) zusammengefasst. Die drei häufigsten Antworten, die jeweils über 50 % der Befragten gaben, fallen in die Kategorien Blutabnahme, Harn, Stuhl (78 %), Blutdruckmessen (55 %) und EKG, Belastungs-EKG, Ultraschall (51 %). Eher selten genannt wurden Inhalte wie Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (26 %), Überweisung zu FachärztInnen (23 %) und Beratungsgespräche zu den Themen Rauchen (18 %), Bewegung, Ernährung, Stress, Schlaf (18 %) und Alkohol (16 %). Untersuchungen mit Magnetresonanz oder Computertomographie und Impfberatung bzw. Impfungen wurden von je 5 % der VU zugerechnet. Nur 3 % der Befragten gaben Antworten, die keiner vorhandenen Kategorie zugeordnet werden können, und weitere 3 % sprachen von einem „Allgemeinen Check“, ohne dies genauer zu spezifizieren.

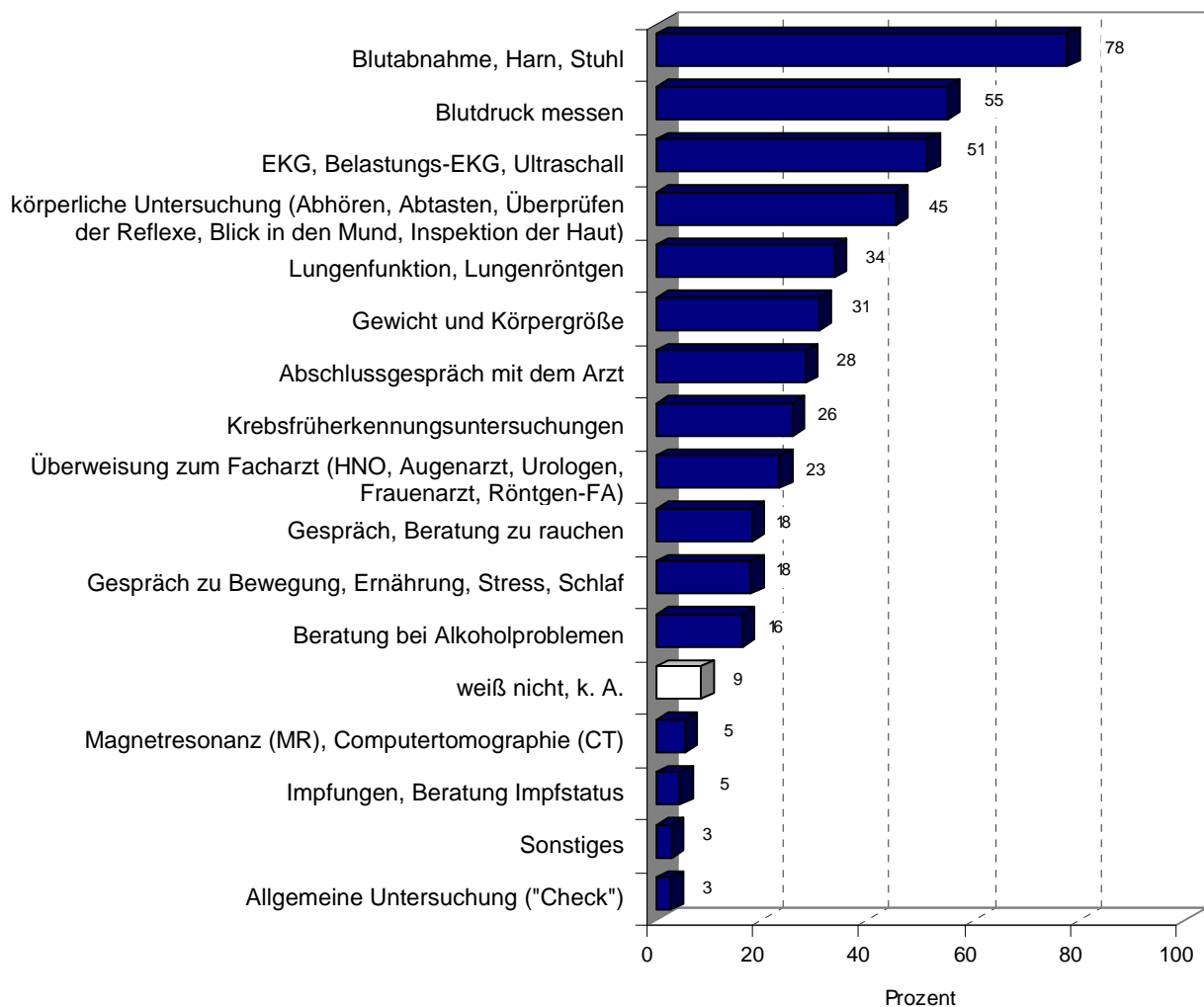


Abbildung 34: Annahme über die Programminhalte der VU, gereiht nach Häufigkeit der Nennungen (N = 750).

Bei sechs Kategorien der angenommenen Programminhalte der Vorsorgeuntersuchung zeigen sich statistisch signifikante Unterschiede dahingehend, dass die entsprechenden Antworten häufiger von den weniger regelmäßigen TeilnehmerInnen (letzte VU innerhalb der letzten 4 bis 5 Jahre) – insbesondere im Vergleich zu den Nicht-TeilnehmerInnen – gegeben wurden. Dies betrifft die Kategorien „Blutabnahme, Harn, Stuhl“, „EKG, Belastungs-EKG, Ultraschall“, Abschlussgespräch mit dem Arzt, Überweisung zum Facharzt (HNO, Augenarzt, Urologen, Frauen-FA, Röntgen-FA), Gespräch zu Bewegung, Ernährung, Stress, Schlaf und Beratung bei Alkoholproblemen (Tabelle 9).

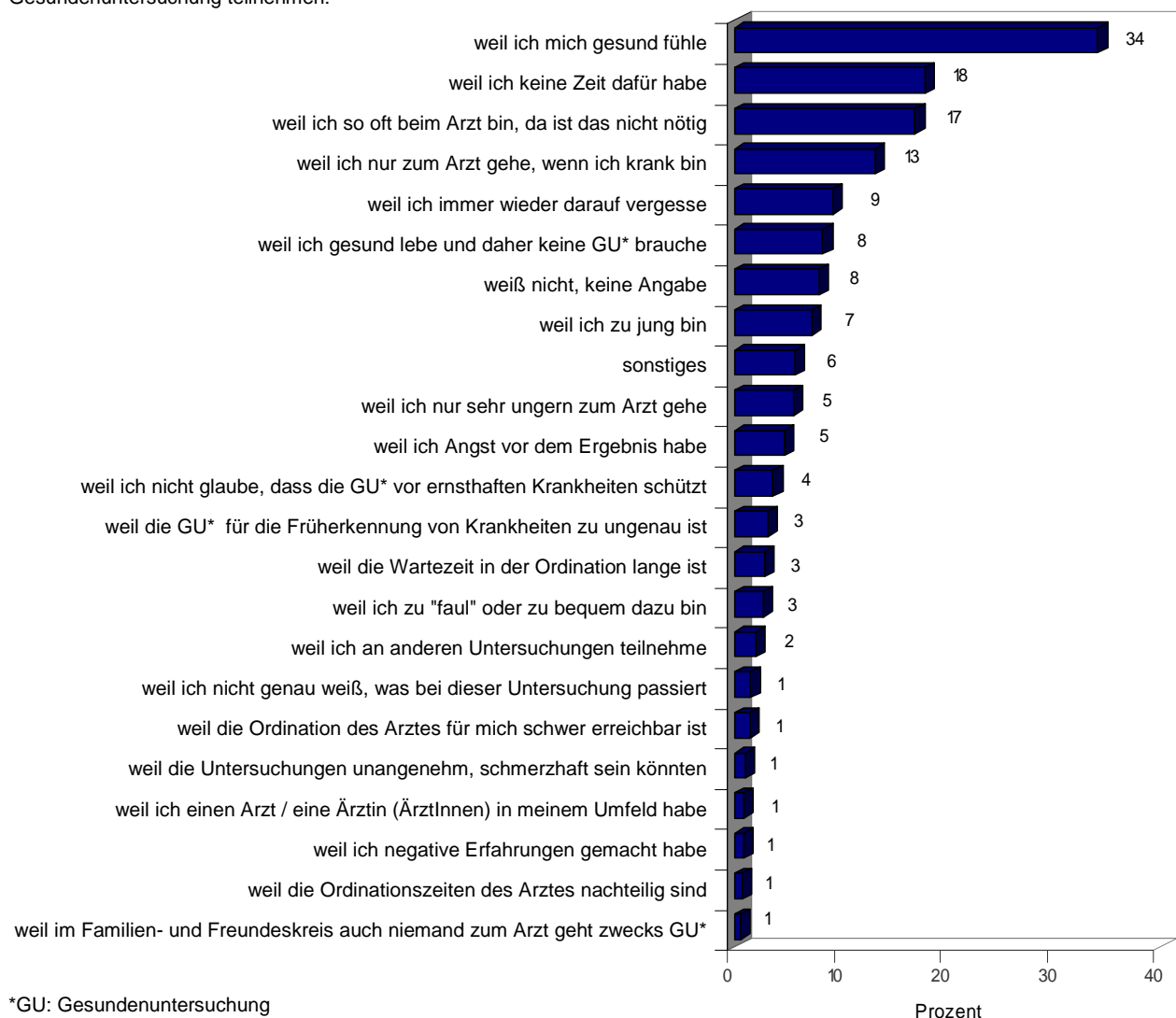
Tabelle 9: Annahmen über die Programminhalte der VU, getrennt nach VU-Teilnahme und gereiht nach Häufigkeit über die gesamte Substrichprobe (N = 750): Prozentangaben und Ergebnisse der signifikanten Chi-Quadrat Analysen.

Annahmen über Programminhalten der VU	Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme eine VU			GESAMT (N = 750)	Chi-Quadrat	df	sig
	4 - 5 Jahre (N = 294)	> 5 Jahre (N = 124)	noch nie (N = 332)				
Blutabnahme, Harn, Stuhl	83%	81%	72%	78%	12.70	2	.002
Blutdruck messen	60%	56%	51%	55%			
EKG, Belastungs-EKG, Ultraschall	57%	45%	48%	51%	6.48	2	.039
körperliche Untersuchung (Abhören, Abtasten, Überprüfen der Reflexe, Blick in den Mund, Inspektion der Haut)	49%	47%	41%	45%			
Lungenfunktion, Lungenröntgen	37%	27%	33%	34%			
Gewicht und Körpergröße	36%	27%	28%	31%			
Abschlussgespräch mit dem Arzt	35%	29%	22%	28%	13.13	2	.001
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	28%	22%	25%	26%			
Überweisung zum Facharzt (HNO, Augenarzt, Urologen, Frauenarzt, Röntgen-FA)	29%	23%	19%	23%	8.54	2	.014
Gespräch, Beratung zu rauchen	22%	15%	16%	18%			
Gespräch zu Bewegung, Ernährung, Stress, Schlaf	23%	14%	15%	18%	8.73	2	.013
Beratung bei Alkoholproblemen	21%	12%	14%	16%	7.34	2	.026
weiß nicht, k. A.	6%	10%	10%	9%			
Magnetresonanz (MR), Computertomographie (CT)	5%	5%	6%	5%			
Impfungen, Beratung Impfstatus	4%	6%	5%	5%			
Sonstiges	3%	2%	3%	3%			
Allgemeine Untersuchung ("Check")	3%	2%	3%	3%			

3.12 Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU

Bis auf die regelmäßigen TeilnehmerInnen (letzte VU innerhalb der letzten vier Jahre) erhielten alle Interviewten (N = 750) die offene Frage, warum Sie nicht regelmäßig an der VU teilnehmen. 34 % gaben dabei Antworten, die der Kategorie „weil ich mich gesund fühle“ zugeordnet werden können. Zahlenmäßig folgen die Kategorien „weil ich keine Zeit dafür habe“ mit 18 %, „weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig“ mit 17 % und „weil ich nur zum Arzt gehe, wenn ich krank bin“ mit 13 %. Alle weiteren Antworten werden von jeweils weniger als 10 % der Befragten gegeben (Abbildung 35). In Bezug auf die Begründung „weil ich zu jung bin“ (7 %) zeigt sich, dass Personen, die diese Antwort gaben, durchschnittlich jünger sind (M = 32.61 Jahre, SD = 7.98, n = 54) als jene, die diese Antwort nicht wählten (M = 52.27 Jahre, SD = 17.11, n = 696, T (96.68) = 15.55, p < .001).

„Nennen Sie Ihre Gründe und Motive, warum Sie nicht regelmäßig an einer Gesundenuntersuchung teilnehmen:“



*GU: Gesundenuntersuchung

Abbildung 35: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU gereiht nach Häufigkeit der Nennungen (N = 750).

Tabelle 10: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU, getrennt nach VU-Teilnahme: Prozentangaben und Ergebnisse der signifikanten Chi-Quadrat-Analysen.

Gründe und Motive für die nicht-regelmäßige oder Nicht-Teilnahme an der VU	Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme eine VU			GESAMT (N = 750)	Chi-Quadrat	df	sig
	4 - 5 Jahre (N = 294)	> 5 Jahre (N = 124)	noch nie (N = 332)				
weil ich mich gesund fühle	33%	29%	37%	34%			
weil ich keine Zeit dafür habe	23%	16%	14%	18%	8.22	2	.016
weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig	13%	23%	18%	17%	6.65	2	.036
weil ich nur zum Arzt gehe, wenn ich krank bin	13%	15%	13%	13%			
weil ich immer wieder darauf vergesse	12%	11%	6%	9%	8.72	2	.013
weil ich gesund lebe und daher keine Gesundenuntersuchung brauche	6%	6%	11%	8%			
weiß nicht, keine Angabe	11%	6%	6%	8%	7.52	2	.023
weil ich zu jung bin	2%	2%	14%	7%	36.07	2	.000
sonstiges	4%	8%	6%	6%			
weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe	7%	7%	3%	5%	6.95	2	.031
weil ich Angst vor dem Ergebnis habe	6%	3%	4%	5%			
weil ich nicht glaube, dass die Gesundenuntersuchung vor ernsthaften Krankheiten schützt	3%	6%	3%	4%			
weil die Gesundenuntersuchung für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau ist	2%	4%	3%	3%			
weil die Wartezeit in der Ordination lange ist	4%	2%	2%	3%			
weil ich zu "faul" oder zu bequem dazu bin	2%	4%	2%	3%			
weil ich an anderen Untersuchungen teilnehme	2%	2%	2%	2%			
weil ich nicht genau weiß, was bei dieser Untersuchung passiert	1%	1%	2%	1%			
weil die Ordination des Arztes für mich schwer erreichbar ist	2%	2%	0%	1%			
weil die Untersuchungen unangenehm, schmerzhaft sein könnten	2%	1%	0%	1%			
weil ich einen Arzt / eine Ärztin (ÄrztInnen) in meinem Umfeld habe	0%	1%	2%	1%			
weil ich negative Erfahrungen gemacht habe	1%	1%	1%	1%			
weil die Ordinationszeiten des Arztes nachteilig sind	2%	0%	0%	1%	7.81*	2	.020
weil im Familien- und Freundeskreis auch niemand zum Arzt geht zwecks Gesundenuntersuchung	1%	1%	0%	1%			

* 3 Zellen (50,0%) haben eine erwartete Häufigkeit kleiner 5.

Auch in Bezug auf die Gründe und Motive zeigen sich zwischen den drei Gruppen signifikante Unterschiede (Tabelle 10). Weniger regelmäßige TeilnehmerInnen, deren letzte VU 4 bis 5 Jahre zurückliegt, geben häufiger Antworten, die den folgenden Kategorien zuzuordnen sind: „weil ich keine Zeit dafür habe“, „weil ich immer wieder darauf vergesse“, „weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe“ und „weil die Ordinationszeiten des Arztes nachteilig sind“, wobei dieser letzte Grund (Ordinationszeiten)

von nur insgesamt fünf Personen erwähnt wurde. „Weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig“ wird am häufigsten von Personen, deren letzte VU bereits mehr als fünf Jahre zurückliegt, angeführt. Nicht-TeilnehmerInnen führen im Vergleich zu den zwei Gruppen der nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen häufiger an, dass sie zu jung für eine VU seien. Antworten wie „weil ich keine Zeit dafür habe“, „weil ich immer wieder darauf vergesse“ oder „weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe“ werden hingegen von Nicht-TeilnehmerInnen deutlich seltener angeführt.

Die Antworten auf die offene Frage wurden von der Interviewerin/ dem Interviewer nach 17 vorgegebenen Kategorien kodiert. Im darauf folgenden Fragenblock wurden jene Kategorien, zu denen die/ der Befragte zuvor keine Antwort abgegeben hatte, abgefragt. Dabei zeigt sich, dass weitere 45 % der 750 nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen der VU die Begründung „weil ich nur zum Arzt gehe, wenn ich krank bin“ bejahten. Weitere, beim Nachfragen häufig genannte Gründe, sind „weil ich mich gesund fühle“ (28 %), „weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe“ (23 %) und „weil ich gesund lebe und daher keine Gesundheitsuntersuchung brauche“ (22 %, Abbildung 36).

Ich nehme nicht an der Gesundenuntersuchung teil, weil...

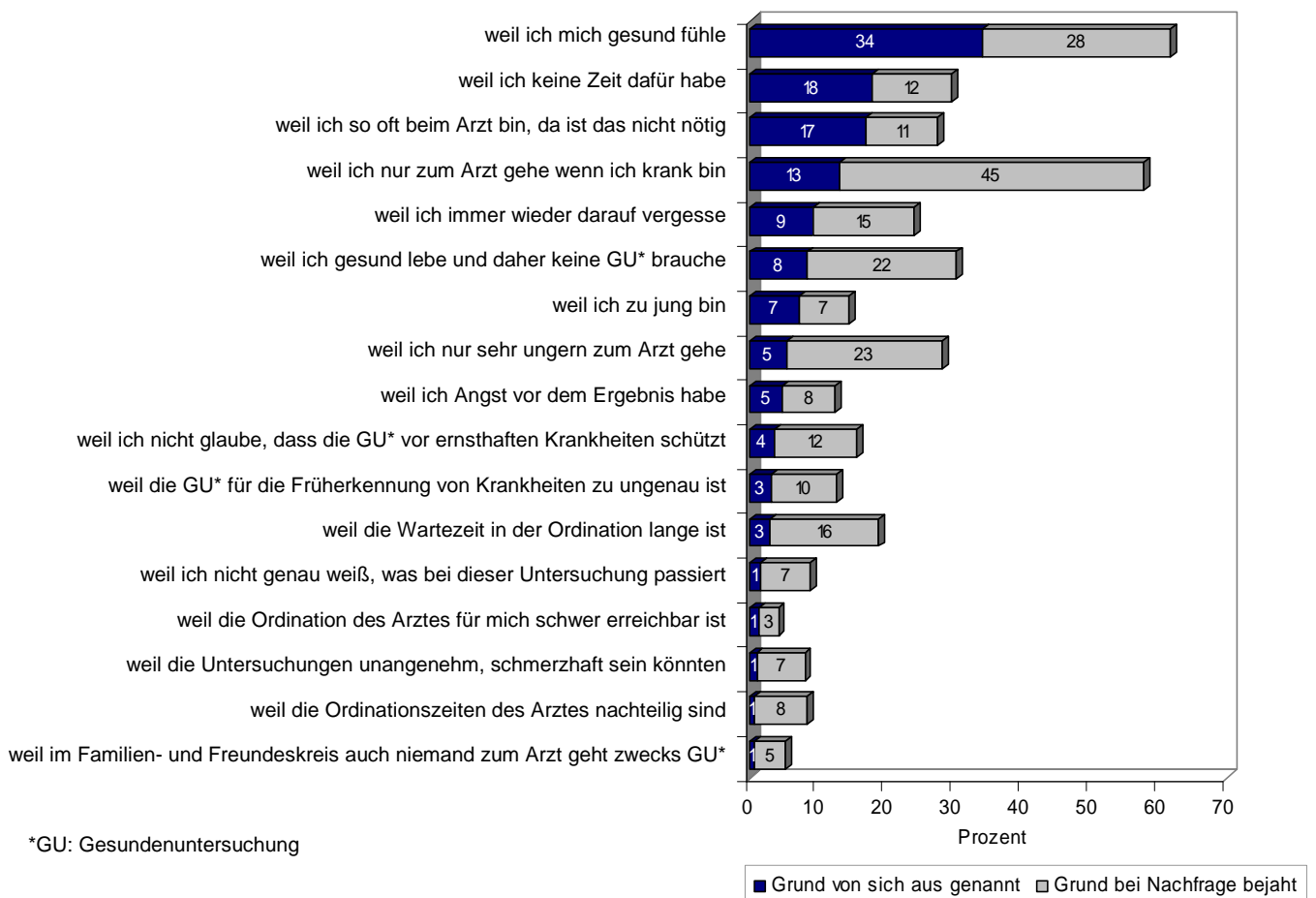


Abbildung 36: Gründe für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU (N = 750).

Tabelle 11 enthält die Summenwerte für die bei der offenen Frage selbst genannten und den anschließend bei vorgegebenen Antwortalternativen angeführten Gründe für die Nicht- bzw. nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU. Chi-Quadrat-Analysen über diese Summenwerte bestätigen, dass Nicht-TeilnehmerInnen deutlich häufiger die Begründung des Zu-jung-seins anführen und seltener – im Vergleich zu Personen, deren letzte VU vier bis fünf Jahre her ist – den Grund „weil ich keine Zeit dafür habe“ angeben.

Tabelle 11: Gründe (selbstgenannt und nachgefragt) für die Nicht- oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU, getrennt nach VU-Teilnahme: Prozentangaben und Ergebnisse der sign. Chi-Quadrat-Analysen.

Gründe und Motive für die nicht-regelmäßige oder Nicht-Teilnahme an der VU	Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme eine VU			GESAMT (N = 750)	Chi-Quadrat	df	sig
	4 - 5 Jahre (N = 294)	> 5 Jahre (N = 124)	noch nie (N = 332)				
weil ich mich gesund fühle	60%	56%	65%	62%			
weil ich keine Zeit dafür habe	37%	24%	25%	29%	13.48	2	.001
weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig	25%	32%	28%	27%			
weil ich nur zum Arzt gehe, wenn ich krank bin	53%	58%	61%	58%			
weil ich immer wieder darauf vergesse	27%	27%	20%	24%			
weil ich gesund lebe und daher keine Gesundenuntersuchung brauche	26%	31%	34%	30%			
weil ich zu jung bin	10%	6%	22%	15%	26.00	2	.000
weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe	28%	27%	29%	28%			
weil ich Angst vor dem Ergebnis habe	13%	11%	12%	12%			
weil ich nicht glaube, dass die Gesundenuntersuchung vor ernsthaften Krankheiten schützt	15%	19%	15%	16%			
weil die Gesundenuntersuchung für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau ist	11%	18%	12%	13%			
weil die Wartezeit in der Ordination lange ist	19%	16%	20%	19%			
weil ich nicht genau weiß, was bei dieser Untersuchung passiert	8%	8%	10%	9%			
weil die Ordination des Arztes für mich schwer erreichbar ist	4%	5%	4%	4%			
weil die Untersuchungen unangenehm, schmerzhaft sein könnten	9%	6%	8%	8%			
weil die Ordinationszeiten des Arztes nachteilig sind	7%	6%	10%	8%			
weil im Familien- und Freundeskreis auch niemand zum Arzt geht zwecks Gesundenuntersuchung	3%	3%	7%	5%			

3.13 Soziodemografische Personenmerkmale

3.13.1 Soziodemografische Personenmerkmale – Überblick

Wie bereits in den Kapiteln 2.4.2 und 2.5.1 erwähnt, galt es bei den Telefoninterviews 750 nicht-regelmäßige und Nicht-TeilnehmerInnen der VU (Teilstichprobe 1) und 250 regelmäßige TeilnehmerInnen (VU-Teilnahme innerhalb der letzten vier Jahre, Teilstichprobe 2) zu befragen. Weiters wurde auf eine proportional geschichtete Verteilung von Geschlecht, Alter und politischem Bezirk gemäß der österreichischen Volkszählung von 2001 innerhalb dieser beiden Teilstichproben geachtet. Die Ergebnisse der Chi-Quadrat Analysen mit den im Methodenteil in Tabelle 4 dargestellten Daten bestätigen, dass es keinen Unterschied bezüglich Geschlechts- und Altersverteilung zwischen diesen beiden Teilstichproben gibt. Weiters treten keine Unterschiede bezüglich der beruflichen Stellung, der Wohnortgröße gemäß EinwohnerInnenzahl und dem Wohnort nach Bundesland auf. Bei den anderen fünf soziodemografischen Personenmerkmalen zeigen sich die im Folgenden kurz beschriebenen statistisch signifikanten Unterschiede.

Höchste abgeschlossene Ausbildung

Unter den regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen ist der Anteil der AkademikerInnen deutlich geringer und jener der AbsolventInnen einer Berufsbildenden mittleren Schule deutlich höher als bei den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen ($\chi^2(6, N = 993) = 19.44, p < .01$, Tabelle 12).

Tabelle 12: Kreuztabelle höchste abgeschlossene Ausbildung und VU-Teilnahme (Teilstichproben).

Letzte Inanspruchnahme der VU		Höchste abgeschlossene Ausbildung						Gesamt	
		keine Pflichtschule	Pflichtschule	Lehrabschluss (Berufsschule)	Berufsbildende mittlere Schule	Allgemeinbildende höhere Schule	Abiturientenlehrgang, Kolleg, Pädag		Fachhochschule, Hochschule, Universität
innerhalb der letzten 4 Jahre	Anzahl	4	48	60	46	52	8	29	247
	Prozent	1,6	19,4	24,3	18,6	21,1	3,2	11,7	100
	Korr. Residuen	-0,9	0,4	0,4	3,6	-0,2	-1,3	-2,5	
länger als 4 Jahre her, nie	Anzahl	20	136	173	75	162	40	140	746
	Prozent	2,7	18,2	23,2	10,1	21,7	5,4	18,8	100
	Korr. Residuen	0,9	-0,4	-0,4	-3,6	0,2	1,3	2,5	
Gesamt	Anzahl	24	184	233	121	214	48	169	993
	Prozent	2,4	18,5	23,5	12,2	21,6	4,8	17,0	100

Beschäftigungsausmaß

Bezüglich des Beschäftigungsausmaßes zeigt sich, dass unter den regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen deutlich weniger Personen vollzeit- und mehr Personen teilzeitbeschäftigt sind als bei den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen ($\chi^2(2, N = 542) = 6.19, p < .05$, Tabelle 13).

Tabelle 13: Kreuztabelle Beschäftigungsausmaß und VU-Teilnahme (Teilstichproben).

Letzte Inanspruchnahme der VU		Beschäftigungsausmaß			Gesamt
		Vollzeit ab 35 Std. pro Woche	Teilzeit zwischen 15 und 35 Std. pro Woche	geringfügig beschäftigt unter 15 Std. pro W.	
innerhalb der letzten 4 Jahre	Anzahl	82	33	7	122
	Prozent	67.2	27.0	5.7	100
	Korr. Residuen	-2.3	2.4	0.2	
länger als 4 Jahre her, nie	Anzahl	326	72	22	420
	Prozent	77.6	17.1	5.2	100
	Korr. Residuen	2.3	-2.4	-0.2	
Gesamt	Anzahl	408	105	29	542
	Prozent	75.3	19.4	5.4	100

Persönliches monatliches Netto-Einkommen

Unter den regelmäßigen TeilnehmerInnen befinden sich mehr Personen mit einem persönlichen monatlichen Netto-Einkommen zwischen 501,- und 1.000,- Euro und weniger Personen mit hohem Einkommen (über 2500,- Euro) im Vergleich zu den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen ($\chi^2(5, N = 710) = 18.45, p < .01$, Tabelle 14).

Tabelle 14: Kreuztabelle persönliches monatliches Netto-Einkommen und VU-Teilnahme (Teilstichproben).

Letzte Inanspruchnahme der VU		Persönliches monatliches Netto-Einkommen						Gesamt
		bis 500 €	501 bis 1000 €	1001 bis 1500 €	1501 bis 2000 €	2001 bis 2500 €	über 2500 €	
innerhalb der letzten 4 Jahre	Anzahl	17	51	54	30	12	6	170
	Prozent	10.0	30.0	31.8	17.6	7.1	3.5	100
	Korr. Residuen	0.8	2.2	1.4	-0.9	-1.6	-3.3	
länger als 4 Jahre her, nie	Anzahl	43	117	141	112	61	66	540
	Prozent	8.0	21.7	26.1	20.7	11.3	12.2	100
	Korr. Residuen	-0.8	-2.2	-1.4	0.9	1.6	3.3	
Gesamt	Anzahl	60	168	195	142	73	72	710
	Prozent	8.5	23.7	27.5	20.0	10.3	10.1	100

Staatsbürgerschaft

Bezüglich der Staatsbürgerschaft besitzen etwas mehr Personen aus der Teilstichprobe der nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen die österreichische Staatsbürgerschaft als aus der Teilstichprobe der regelmäßigen TeilnehmerInnen ($\chi^2(1, N = 1000) = 4.91, p < .05$, Tabelle 15).

Tabelle 15: Kreuztabelle Staatsbürgerschaft und VU-Teilnahme (Teilstichproben).

Letzte Inanspruchnahme der VU		Staatsbürgerschaft		Gesamt
		Österreich	Anderes Land	
innerhalb der letzten 4 Jahre	Anzahl	236	14	250
	Prozent	94.4	5.6	100
	Korr. Residuen	-2.2	2.2	
länger als 4 Jahre her, nie	Anzahl	730	20	750
	Prozent	97.3	2.7	100
	Korr. Residuen	2.2	-2.2	
Gesamt	Anzahl	966	34	1000
	Prozent	96.6	3.4	100

Geburtsland

87 % der regelmäßigen TeilnehmerInnen führen Österreich als Geburtsland an, bei den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen sind es 94 % ($\chi^2(1, N = 997) = 12.03, p < .001$, Tabelle 16).

Tabelle 16: Kreuztabelle Geburtsland und VU-Teilnahme (Teilstichproben).

Letzte Inanspruchnahme der VU		Geburtsland		Gesamt
		Österreich	Anderes Land	
innerhalb der letzten 4 Jahre	Anzahl	216	33	249
	Prozent	86.7	13.3	100
	Korr. Residuen	-3.5	3.5	
länger als 4 Jahre her, nie	Anzahl	701	47	748
	Prozent	93.7	6.3	100
	Korr. Residuen	3.5	-3.5	
Gesamt	Anzahl	917	80	997
	Prozent	92.0	8.0	100

Nach diesem ersten Überblick bezüglich der Unterschiede zwischen den zwei Teilstichproben wird in den folgenden Kapiteln wiederum auf die Unterschiede zwischen den vier Gruppen eingegangen, das heißt die Teilstichprobe der nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen ist in die Gruppe der Personen, deren VU 4 bis 5 Jahre zurückliegt, in die Gruppe jener, bei denen die VU mehr als 5 Jahre zurückliegt und in die Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen untergliedert. Um für die statistischen Analysen hinreichend große Zellenbesetzungen zu gewährleisten, wurden bei einigen soziodemografischen Merkmalen (wie z.B. beim Einkommen) Kategorien zusammengefasst.

3.13.2 Geschlecht und Alter

Das Zahlenverhältnis von Frauen und Männern ist über die vier Gruppen hinweg gleichverteilt. (χ^2 (3, N = 1000) = 2.34, n.s., Abbildung 37).

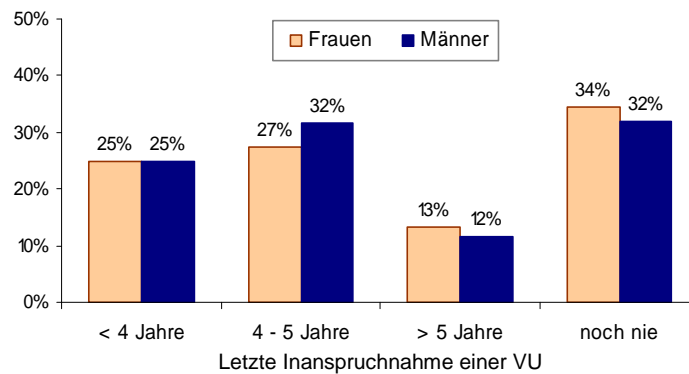


Abbildung 37: Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung nach Geschlecht (Frauen: N = 524, Männer: N = 476).

In Bezug auf das Alter zeigen die Ergebnisse der Varianzanalyse mit den zwei Faktoren Geschlecht und Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer VU zwei signifikante Haupteffekte: Wie bereits berichtet, sind die befragten Frauen im Durchschnitt älter als die Männer ($F(1,992) = 91.64, p < .001$). Zusätzlich zeigt sich, dass Personen, deren VU mehr als fünf Jahre zurückliegt, durchschnittlich um fünf Jahre älter sind als jene, die noch nie bei einer VU waren ($F(3,992) = 3.70, p < .01$, Tukey-HSD, Abbildung 38). Weitere statistisch signifikante Unterschiede zwischen den vier Gruppen oder eine Interaktion mit dem Faktor Geschlecht sind nicht vorhanden.

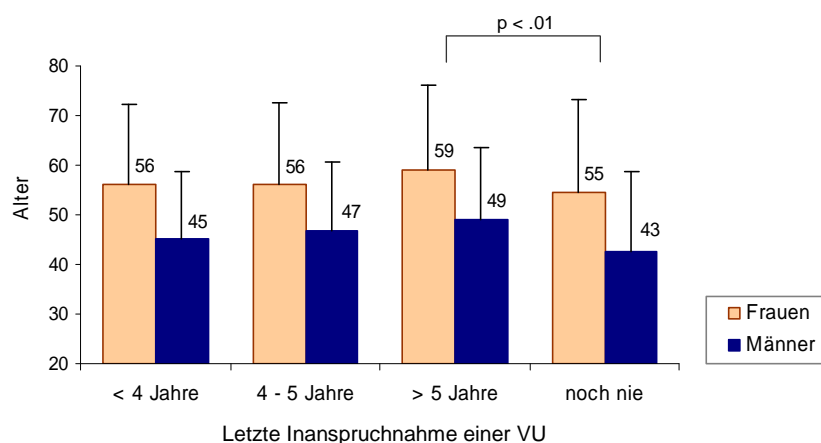


Abbildung 38: Alter (Mittelwert und eine Standardabweichung) nach Geschlecht und nach Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer Vorsorgeuntersuchung (N = 1000).

3.13.3 Familienstand

In Bezug auf den Familienstand zeigt sich, dass der Anteil der Personen, die ledig sind, mit 29 % bei den Nicht-TeilnehmerInnen deutlich erhöht ist ($\chi^2(9, N = 984) = 25.07, p < .01$). Dieses Ergebnis (prozentuell mehr ledige Personen bei den Nicht-TeilnehmerInnen) ist bei Männern ($\chi^2(9, N = 467) = 18.39, p < .05$, Abbildung 40) stärker ausgeprägt als bei Frauen ($\chi^2(9, N = 517) = 12.62, n.s.$).

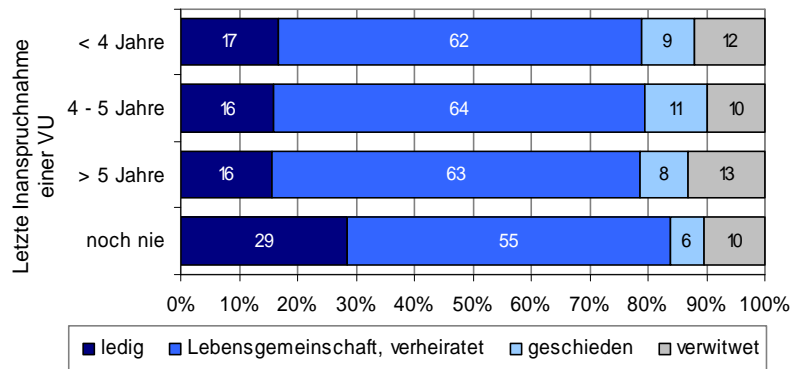


Abbildung 39: Familienstand (N = 984, k. A. = 16).

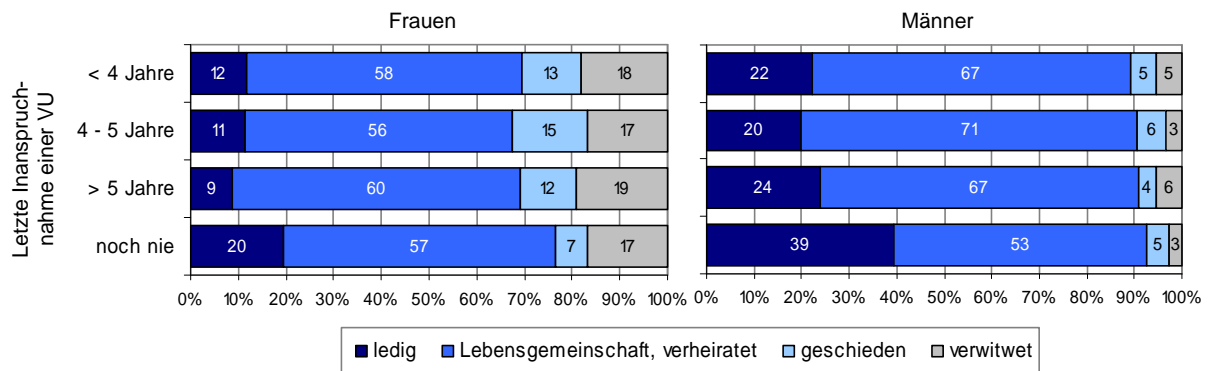


Abbildung 40: Familienstand getrennt für Frauen (N = 517, k. A. = 7) und Männer (N = 467, k. A. = 9).

3.13.4 Höchste abgeschlossene Ausbildung

Zwischen den Variablen höchste abgeschlossene Ausbildung und Inanspruchnahme einer VU zeigt sich ein tendenzieller Zusammenhang dahingehend, dass bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen der Prozentsatz der Personen mit Matura oder Hochschulabschluss geringer und jener der Personen mit Lehrabschluss oder Berufsbildender mittlerer Schule höher ist als in den anderen drei Gruppen ($\chi^2(6, N = 993) = 11.82, p = .066$, Abbildung 41).

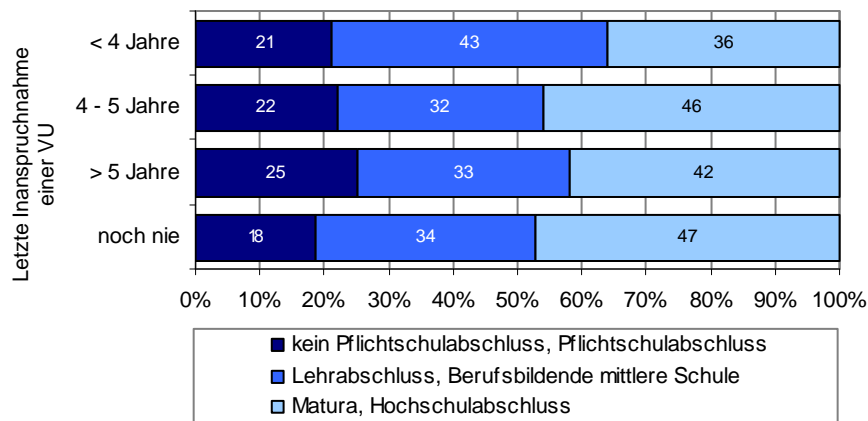


Abbildung 41: Höchste abgeschlossene Ausbildung (N = 993, k. A. = 7).

Die geschichteten Chi-Quadrat Analysen mit drei Altersgruppen zeigen einen signifikanten Effekt für die Altersgruppe der 25 bis 40-Jährigen dahingehend, dass in der Gruppe der regelmäßigen TeilnehmerInnen deutlich mehr Personen mit niedrigerer Schulbildung (kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschulabschluss) und deutlich weniger Personen mit Matura- oder Hochschulabschluss sind als in den anderen drei Gruppen ($\chi^2(6, N = 360) = 27.90, p < .001$ Abbildung 42).

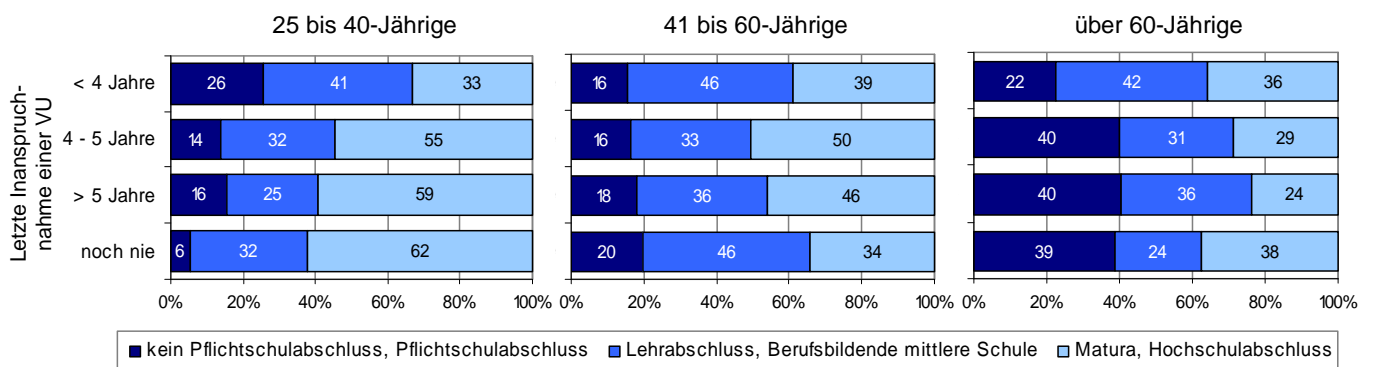


Abbildung 42: Höchste abgeschlossene Ausbildung getrennt nach Altersgruppen (N = 993, k. A. = 7).

3.13.5 Berufliche Stellung und Beschäftigungsausmaß

Sowohl in Bezug auf die Variable berufliche Stellung (χ^2 (21, N = 983) = 28.22, n.s., Abbildung 43), als auch auf die Variable Beschäftigungsausmaß (χ^2 (6, N = 542) = 6.73, n.s., Abbildung 44) gibt es keinen signifikanten Zusammenhang mit dem Zeitpunkt der letzten Inanspruchnahme einer VU. Auf deskriptiver Ebene sind in der Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen mit 5.6 % mehr Arbeitslose als in den anderen drei Gruppen (1.0 % bis 3.3 %). Bezüglich Beschäftigungsausmaß zeigt sich, dass in der Gruppe der regelmäßigen TeilnehmerInnen der prozentuelle Anteil an Vollzeitbeschäftigten mit 67 % geringer ist als in den anderen drei Gruppen (76 % bis 81 %). Dieses Ergebnis – weniger Vollzeitbeschäftigte bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen – findet sich deskriptiv sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern wieder (Abbildung 45).

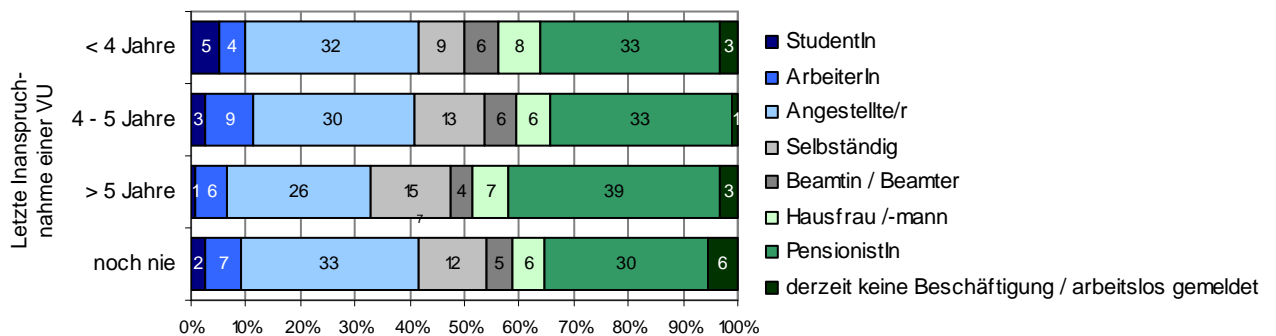


Abbildung 43: Berufliche Stellung (N = 983, k. A. = 17).

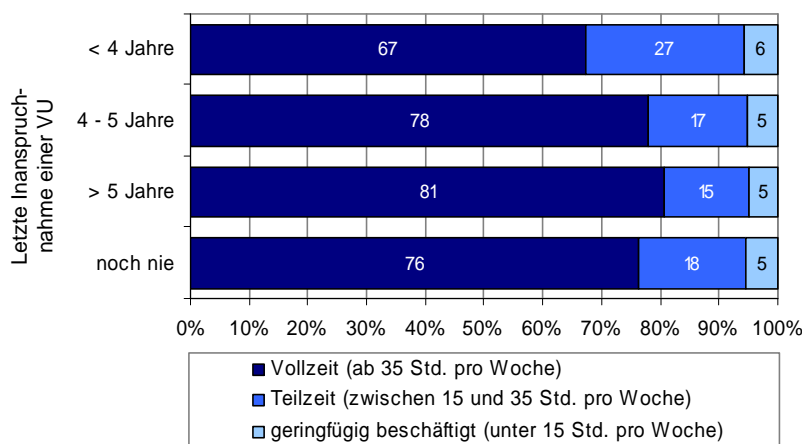


Abbildung 44: Beschäftigungsausmaß (N = 542, k. A. = 468).

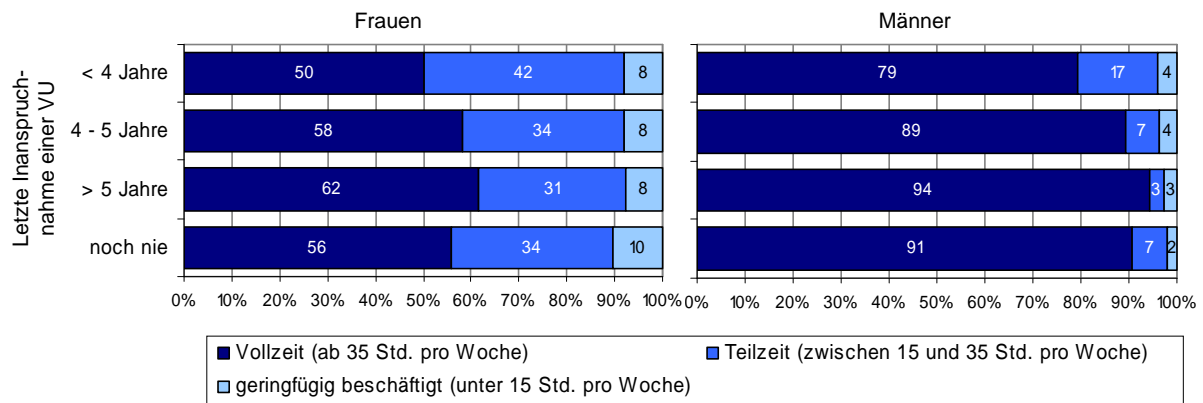


Abbildung 45: Beschäftigungsausmaß getrennt für Frauen (N = 215, k. A. = 309) und Männer (N = 327, k. A. = 149).

3.13.6 Persönliches monatliches Netto-Einkommen

Beim Einkommen zeigt sich, dass der Prozentsatz jener mit geringem persönlichen monatlichen Netto-Einkommen von bis zu maximal 1.000,- Euro bei regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen mit 40 % im Vergleich zu den anderen drei Gruppen am höchsten ist, und jener mit hohem Einkommen – über 2.000,- Euro – am geringsten (χ^2 (6, N = 710) = 20.50, $p < .01$, Abbildung 46).

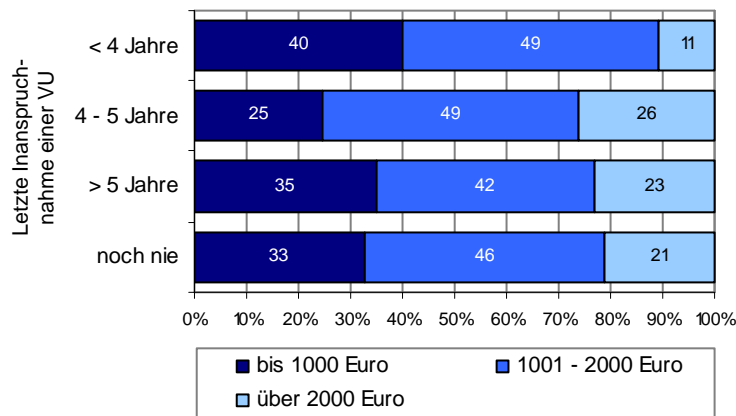


Abbildung 46: Persönliches monatliches Netto-Einkommen (N = 710, k. A. = 290).

Die Ergebnisse der geschichteten Chi-Quadrat-Analysen ergeben signifikante Zusammenhänge zwischen den Variablen persönliches monatliches Netto-Einkommen und VU-Teilnahme bei Männern (χ^2 (6, N = 359) = 15.04, $p < .05$, Abbildung 47) und bei allen drei Altersgruppen (25 bis 40-Jährige: χ^2 (6, N = 261) = 18.12, $p < .01$; 41 bis 60-Jährige: χ^2 (6, N = 264) = 15.20, $p < .05$; über 60-Jährige: χ^2 (6, N = 185) = 17.82, $p < .01$, Abbildung 47).

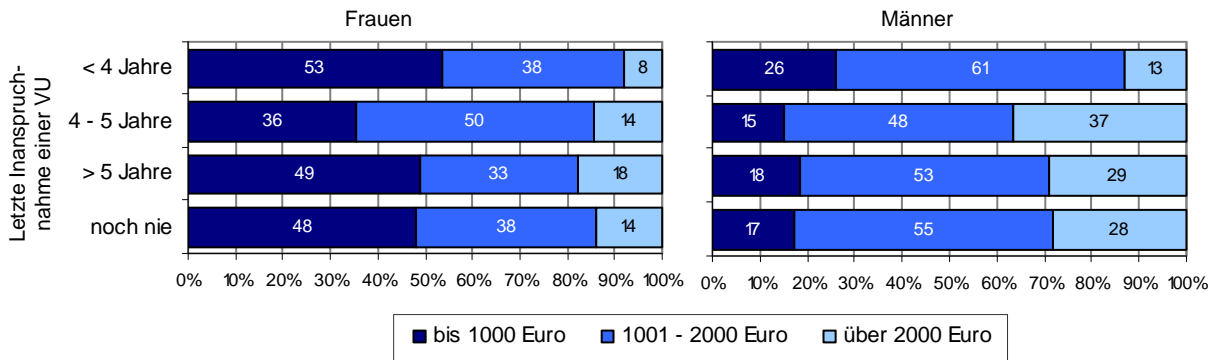


Abbildung 47: Persönliches monatliches Netto-Einkommen getrennt für Frauen und Männer (N = 710, k. A. = 290).

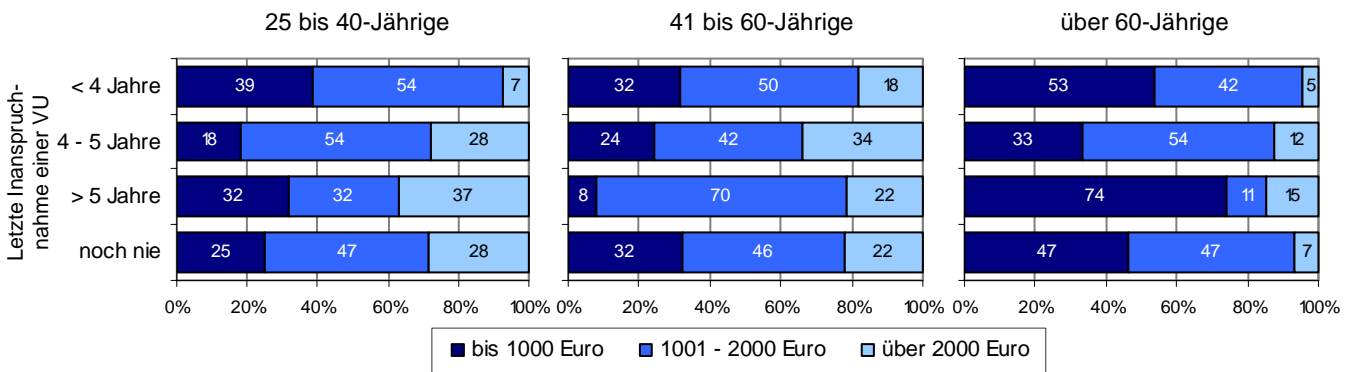


Abbildung 48: Persönliches monatliches Netto-Einkommen getrennt nach Alterskategorien (N = 710, k. A. = 290).

3.13.7 Staatsbürgerschaft und Geburtsland

Zwischen der Staatsbürgerschaft der Befragten und der regelmäßigen Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der VU gibt es keinen signifikanten Zusammenhang (χ^2 (3, N = 1000) = 5.83, n.s., Abbildung 49). Bezüglich des Geburtslandes zeigt sich, dass unter den regelmäßigen TeilnehmerInnen (VU innerhalb der letzten vier Jahre) der Anteil jener mit dem Geburtsland Österreich geringer ist als in den anderen drei Gruppen (χ^2 (3, N = 997) = 13.11, $p < .01$, Abbildung 50).

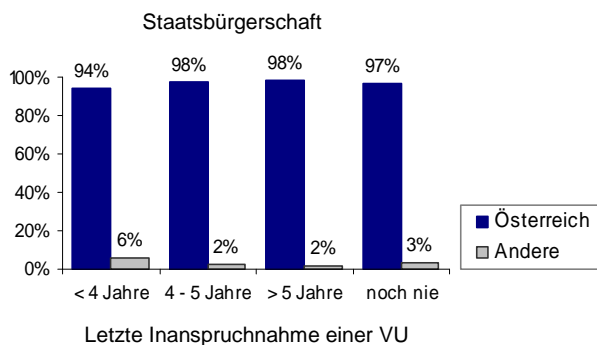


Abbildung 49: Staatsbürgerschaft (N = 1000).

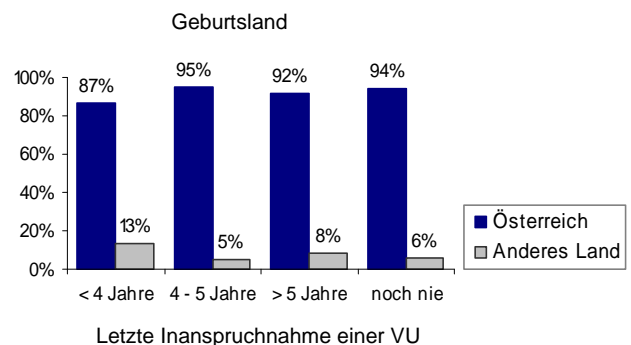


Abbildung 50: Geburtsland (N = 997, k. A. = 3).

3.13.8 Wohnort nach Bundesland

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen den Variablen Wohnort nach Bundesland und Inanspruchnahme der VU ($\chi^2(24, N = 1000) = 30.56, n.s.,$ Abbildung 51).

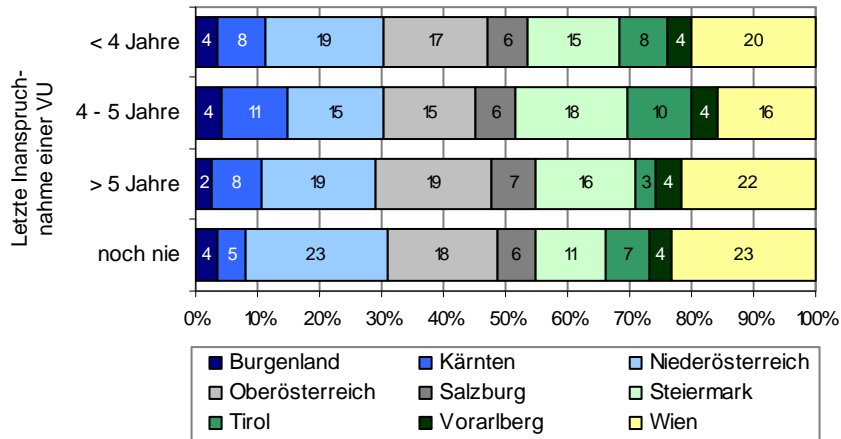


Abbildung 51: Wohnort nach Bundesland (N = 1000).

3.13.9 Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl

Bei der Größe des Wohnorts zeigt sich, dass in der Gruppe der Nicht-TeilnehmerInnen deutlich weniger Personen angeben, in Wohnorten mit bis zu max. 5.000 EinwohnerInnen zu wohnen, und mehr als erwartet in Städten über 50.000 EinwohnerInnen zu Hause sind. Bei jenen, die das letzte Mal vor ca. vier bis fünf Jahren bei einer VU waren, ist es umgekehrt (mehr als erwartet in Orten bis 5.000 EinwohnerInnen, geringerer Prozentsatz in Wohnorten über 50.000 EinwohnerInnen, $\chi^2(6, N = 945) = 14.40, p < .05,$ Abbildung 52).

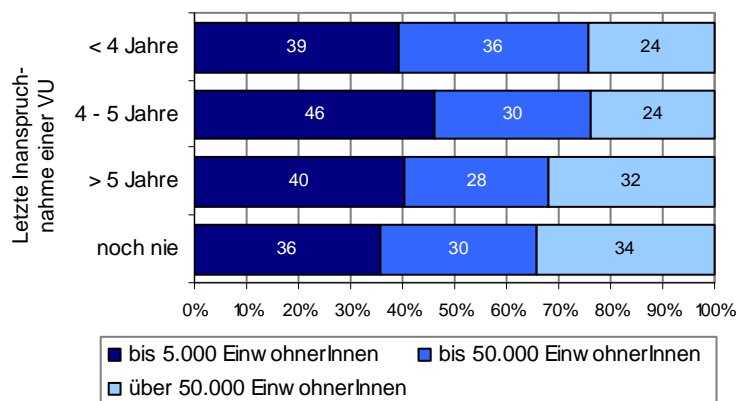


Abbildung 52: Wohnort gemäß EinwohnerInnenzahl (N = 945, k.. A. = 55).

4 Diskussion

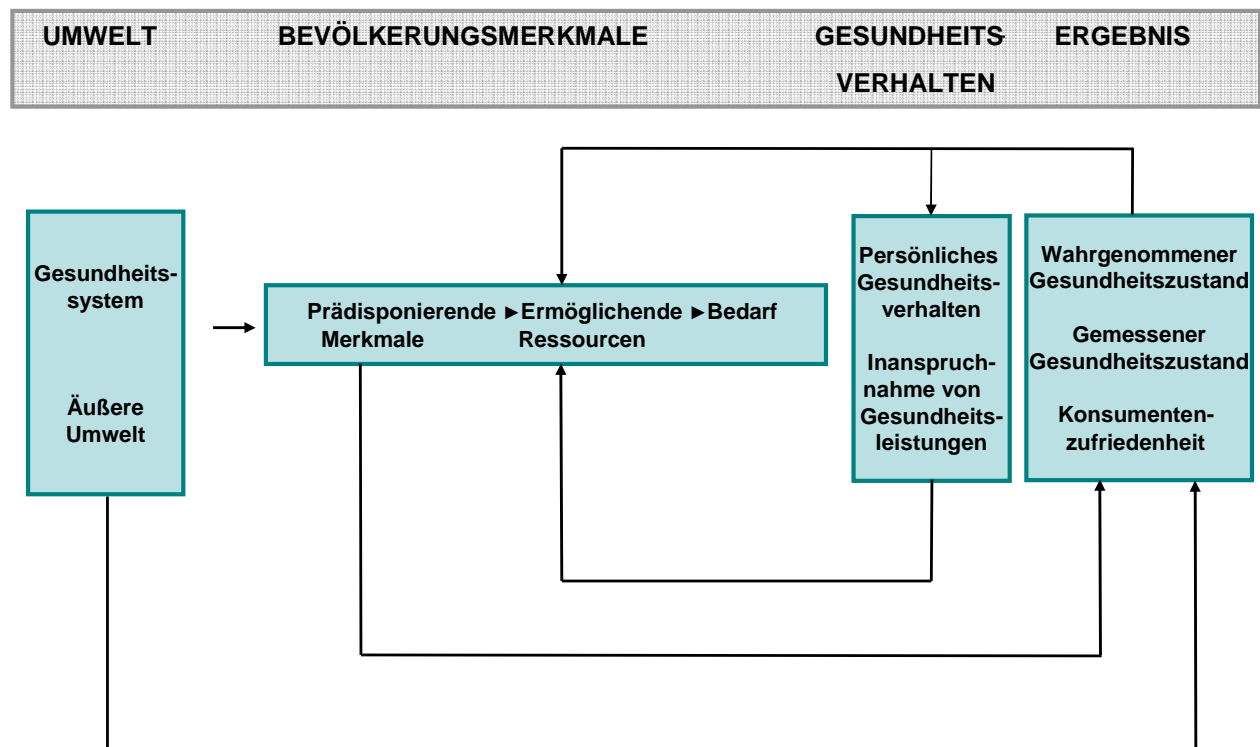
Für die Interpretation der Ergebnisse wählten wir das Verhaltensmodell nach Andersen (Andersen & Anderson, zitiert nach Andersen, 1995), ein sozialwissenschaftliches Modell zur Beschreibung und Modellierung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Demgemäß werden als Einflussgrößen unterschieden:

- „Predisposing Characteristics“: indirekte Einflussgrößen wie soziodemografische Faktoren (Alter, Geschlecht), Sozialstruktur (sozialer Status, Bildung, berufliche Stellung, Beschäftigungsgrad, Ethnie) sowie gesundheitsbezogene Überzeugungen („health beliefs“ wie etwa Einstellungen, gesundheitsbezogene Werte und Gesundheitswissen)
- „Enabling Resources“: personenbezogene Voraussetzungen (Einkommen, Vorhandensein eines regelmäßigen ärztlichen Versorgers, Krankenversicherung oder Zusatzversicherung) sowie gemeinde- oder systembezogene Voraussetzungen (Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtung, Zugänglichkeit, Ärztedichte, Reise- und Wartezeiten, Informationsangebote)
- „Need“: Einflussfaktoren des Bedarfs, sei es der von den Betroffenen gefühlte Bedarf (subjektiver Bedarf: subjektiv eingeschätzte Gesundheit, selbst berichtete chronische Erkrankungen) oder der durch Professionelle objektivierbare Bedarf (diagnostizierte chronische Erkrankungen, Anzahl Krankheiten, Anzahl krankheitsbedingter Fehltag)

Eine Weiterentwicklung (Andersen, 1995) dieses Modells berücksichtigt zwei zusätzliche Faktoren:

- Gesundheitsverhalten: persönliches Gesundheitsverhalten (körperliche Bewegung, Ernährungsgewohnheiten, Rauchverhalten u.ä.) sowie die Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen
- Umweltfaktoren: Merkmale des Gesundheitssystems sowie die externe Umwelt (Stadt-Land, Zugehörigkeit zu Kulturräumen)

Die Eignung dieses Modells (Abbildung 53) zur Beschreibung unserer Befragungspopulation schien uns auch deshalb gegeben, da die angeführten Einflussfaktoren auch unterschiedliche Aspekte der Beeinflussbarkeit und somit hohe Public Health-Relevanz aufweisen.



Quelle: Basierend auf "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?" Fig. 7., von R.M. Andersen, 1995, *Journal of health and social behavior*, 36(1), S. 8. Übersetzung aus dem Englischen durch die Autorin.

Abbildung 53: Verhaltensmodell der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen.

4.1 „Predisposing Characteristics“

4.1.1 Sozialstruktur

Interessant ist der in unseren Daten beobachtbare tendenzielle Zusammenhang zwischen Ausbildung als höchsten Bildungsabschluss und der VU-Teilnahme: **Bei den regelmäßigen TeilnehmerInnen** ist der **Prozentsatz der Personen mit Matura oder Hochschulabschluss geringer** und jener der Personen mit Lehrabschluss oder Berufsbildender mittlerer Schule höher als bei den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen. Unter Berücksichtigung des Alters (geschichtete Analysen nach drei Altersgruppen) bestätigt sich der **Zusammenhang zwischen Ausbildung und VU-Teilnahme bei der Gruppe der 25- bis 40-Jährigen** dahingehend, dass bei den **regelmäßigen TeilnehmerInnen** (im Vergleich zu den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen) **Personen mit Matura oder Hochschulabschluss unter- und Personen mit niedrigerer Schulbildung** (kein Pflichtschulabschluss, Pflichtschulabschluss) **überrepräsentiert** sind.

Ergebnisse zu Zusammenhängen zwischen Ausbildung bzw. Bildungsgrad und der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen sind widersprüchlich. Aus einigen Untersuchungen liegen Hinweise auf den Zusammenhang zwischen niedrigem Ausbildungs- bzw. Schulbildungsgrad (im Folgenden vereinfacht mit Bildung zusammengefasst) und Vorsorgeverhalten vor. Bildung steht dabei in einem komplexen Zusammenhang mit der Ergebnisgröße „Vorsorgeverhalten“ (in Form von Teilnahme an Krebsfrüherkennung, Inanspruchnahme von präventiven Gesundheitsleistungen etc.), insofern diese sowohl als indirekte Einflussgröße oder vermittelnder Faktor agiert, als auch als direkte Einflussgröße sowie im Wechselspiel (und dabei diese beeinflussend) mit anderen sozio-ökonomischen Faktoren wie Einkommen oder Berufsstand. Höhere Bildung geht sowohl mit einem erhöhten Bewusstsein für Prävention und Vorsorgeuntersuchungen, als auch mit besserem Wissensstand über Vorsorgeangebote und Untersuchungen einher. Sie erleichtert zudem die Kommunikation über die Befunde solcher Untersuchungen. Höherer Bildungsgrad ist weiters verbunden mit größerer Selbstwirksamkeit und damit einem verstärkten Glauben in die Fähigkeiten, die eigene Gesundheit zu beeinflussen (Sabates & Feinstein, 2006). Belege dazu sind vor allem aus dem Bereich der Krebsfrüherkennungs-Programme vorhanden (Fong Chiu, 2003). In Analysen zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) im Zusammenhang mit absolvierter Schul- bzw. Ausbildung ließ sich für Frauen fast durchgängig darstellen, dass ein positiver Zusammenhang zwischen der Länge der Schul- bzw. Ausbildung und der KFU-Teilnahme besteht. Diese Zusammenhänge trafen für Männer nicht durchgängig zu (Scheffer et al., 2006).

Vergleichbar mit den österreichischen Ergebnissen zeigte sich jedoch bei den sozialschicht-spezifischen Analysen der deutschen Gesundheitsuntersuchungen eine Unterrepräsentierung der Oberschicht-Personen bei der ärztlichen – der VU annähernd vergleichbaren – Gesundheitsuntersuchung („Check-up“). Im Gegensatz dazu waren aber bei den Teilnahmehäufigkeiten bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen Personen der Oberschicht überrepräsentiert (Kahl et al., 1999).

Erwähnenswert sind außerdem die Unterschiede im Zusammenhang mit dem **Familienstand**, wo – besonders stark ausgeprägt bei den **Männern** – eine statistisch signifikante Häufung von **ledigen** Personen in der Gruppe der **Nicht-TeilnehmerInnen** auffiel. Derartige Zusammenhänge wurden auch bei Querschnittsuntersuchungen zu US-amerikanischen Gesundenuntersuchungen berichtet (Culica et al., 2002) sowie bei Untersuchungen zur KFU, welche eine geringere Teilnahme für alle alleinlebenden Personen aufzeigte (Mielck und Brenner, zitiert nach Scheffler, 2006). Gesundheitspsychologische Erklärungsansätze verweisen hier auf die Rolle der Frauen in der Motivation ihrer Partner für Vorsorgeverhalten (Weinrich et al, zitiert nach Scheffer, 2006).

Bezüglich des Beschäftigungsmaßes zeigt sich auf deskriptiver Ebene, dass unter den **Nicht-TeilnehmerInnen** mehr **Vollzeitbeschäftigte** sind als bei den den regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen. Aufgrund des Querschnittsdesigns sind ursächliche Schlüsse unzulässig, jedoch könnte die beobachtete Häufung ein Hinweis darauf sein, dass bei Vollzeit-Berufstätigkeit terminliche Gründe

eine VU-Inanspruchnahme behindern. Diese Ursache wird jedoch bei Abfrage der Hinderungsgründe der VU-Teilnahme nur von wenigen Befragten explizit genannt.

Weitere Auffälligkeiten zeigten sich in Bezug auf die Größe des Wohnortes. Dabei waren Personen aus Städten mit **über 50.000 EinwohnerInnen** in der Gruppe der **Nicht-TeilnehmerInnen über-**, solche aus Städten bzw. Orten **unter 5.000 EinwohnerInnen unterrepräsentiert**. Es wird jedoch nicht angenommen, dass gerade in mittleren und größeren Städten ein geringeres Angebot oder eine schlechtere Zugänglichkeit bestehen. Unsere Ergebnisse stehen im Widerspruch zu Ergebnissen einer vergleichenden Befragung von VU-TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen durch Fenk (2000, S. 88): Frauen innerhalb der TeilnehmerInnen aus Orten unter 5.000 EinwohnerInnen waren unterrepräsentiert. Eine Untersuchung der deutschen Krebsfrüherkennungsuntersuchung zeigte, ebenfalls gegenläufig zu unseren Ergebnissen, eine Häufung von weiblichen TeilnehmerInnen in mittleren und größeren Städten (Kirschner, zitiert nach Scheffer, 2006).

Explizite Fragen zur **sozialen Unterstützung** fehlten in unserer Untersuchung. Implizit aber wurde die Bedeutung der Anstoßwirkung durch Personen aus dem Familien- und Freundeskreis, welche zur VU gehen, abgefragt. Gemäß unseren Ergebnissen ist diesem Faktor jedoch kein hoher Stellenwert zuzuschreiben. Sowohl für Nicht-TeilnehmerInnen als auch für nicht-regelmäßige VU-TeilnehmerInnen ist dieser Faktor (bzw. dessen Fehlen) kein relevanter Grund für die Nicht-Teilnahme bzw. nicht-regelmäßige Teilnahme.

In Bezug auf die erhobenen soziodemografischen Faktoren im Zusammenhang mit der Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme an der VU kann zusammenfassend gesagt werden:

Es liegt **kein Hinweis** vor, dass **Personen mit niedrigerer absolvierter Aus- bzw. Schulbildung weniger regelmäßig bzw. niemals an einer VU teilnehmen**. Vielmehr sind in der Altersgruppe der 25- bis 40-Jährigen Personen mit höherem Bildungsabschluss in der Gruppe der regelmäßigen TeilnehmerInnen der VU deutlich unterrepräsentiert. **Keine Unterschiede** liegen zwischen den Gruppen der VU-Inanspruchnahme und der **beruflichen Stellung** vor. **Keine wesentlichen** Unterschiede liegen in Bezug auf die **Staatsbürgerschaft** vor.

4.1.2 Gesundheitsbezogene Überzeugungen

Verhalten bei gesundheitlichen Problemen – „Medizinskeptizismus“

Nur sehr wenige Untersuchungen widmeten sich bisher den Zusammenhängen zwischen Einstellungen gegenüber ärztlicher Behandlung bzw. gegenüber ÄrztInnen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Die wenigen Studien dazu beinhalten zum Teil inkonsistente Ergebnisse. Dabei wurde beobachtet, dass Personen, welche bei Vorliegen eines Gesundheitsproblems Zweifel am Wert der ärztlichen Behandlung äußerten, Einrichtungen der Krankenversorgung und auch präventive Leistungen vergleichsweise seltener in Anspruch nahmen (Fiscella et al., 1998) oder sogar ein erhöhtes Sterblichkeitsrisiko trugen (Fiscella et al., 1999). Konträr dazu verhält sich eine Querschnittsbefragung von älteren Menschen, wo ein Zusammenhang zwischen medizinskeptischer Grundhaltung und guter subjektiver Gesundheit gefunden wurde (Rohrer & Borders, 2004).

Das Konstrukt des Medizinskeptizismus versuchten wir über sechs Einzelitems abzubilden, welche den Umgang mit der Krankenversorgung bei gesundheitlichen Problemen abfragten. Die Auswertung der vorliegenden Daten ergab jedoch kein eindeutiges Bild. Signifikante, aber im Ausmaß nicht sehr große Unterschiede, zeigten sich in Bezug auf die Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Dabei gaben Personen, welche noch nie bei einer VU waren, signifikant seltener als solche, welche eine VU vor kurzer Zeit bzw. sehr regelmäßig in Anspruch nahmen, an, den Arzt bei gesundheitlichen Problemen oder Beschwerden sofort aufzusuchen. Ebenfalls im direkten Vergleich dieser beiden Gruppen würden „Nicht-TeilnehmerInnen der VU“ eher der Aussage zustimmen, den Arztbesuch so lange es geht zu vermeiden. Umgekehrt geben regelmäßige TeilnehmerInnen häufiger an, Hausmittel zu verwenden. Nicht konsistent dazu verhalten sich die Auswertungen der spontanen Nennungen für Gründe der nicht-regelmäßigen bzw. Nicht-Teilnahme an der VU (hier wurde die Gruppe der sehr regelmäßigen TeilnehmerInnen nicht befragt), wo Nicht-TeilnehmerInnen zwar als Grund zur Nicht-Teilnahme „sehr ungern zum Arzt zu gehen“ nennen, dies aber mit insgesamt drei Prozent signifikant seltener angeben als die Gruppe der weniger regelmäßigen TeilnehmerInnen (VU liegt mehr als vier Jahre zurück). Zusammengefasst kann gesagt werden, dass **nicht genügend Hinweise bestehen, dass Nicht-TeilnehmerInnen tendenziell eher zu Medizinskeptizismus neigen als regelmäßige TeilnehmerInnen der VU.**

Weitere, die Inanspruchnahme potentiell beeinflussende individuelle Faktoren hinsichtlich des Wissens bzw. der Informiertheit über die VU – subjektives Risiko, wahrgenommener Nutzen der VU sowie individuelle Kontrollüberzeugungen – wurden berücksichtigt.

Diese Faktoren wurden detailliert im Health Belief Model (HBM) entwickelt. Dessen zentralen Konstrukten, nämlich die Risikowahrnehmung („Wie hoch ist mein Risiko?“), die Konsequenzerwartung („Was bringt mir die VU?“), der wahrgenommene Schweregrad einer Gesundheitsbedrohung sowie die mit der Verhaltensänderung verbundenen „Kosten“, wird für die

Vorhersage des Inanspruchnahmeverhaltens von Screening-Untersuchungen zentrale Aussagekraft zugeschrieben. Als gut untersucht und konsistent gelten diese Einflussfaktoren des HBM im Zusammenhang mit Mammographie-Screening. Dabei ist der wahrgenommene Glaube an den hohen Nutzen der Mammographie aussagekräftig für die unmittelbare und langfristige Inanspruchnahme derselben (Aro et al., 1999).

Unklar bleibt weiterhin, in welcher Weise die vier Dimensionen bzw. Konstrukte im Zusammenspiel agieren (Harrison et al., 1992). Studien zur Überprüfung dieser Faktoren gemäß dem HBM in der VU vergleichbaren Settings und Inhalten sind äußerst spärlich und beziehen sich fast ausschließlich auf den Kontext von Einladungen zu Gesundenuntersuchungen in englischen Allgemeinpraxen. Ein Ergebnis dieser Studien war, dass vor allem der individuelle Stellenwert von Gesundheit und vorangegangene Teilnahme an Gesundenuntersuchungen die stärkste Vorhersagekraft ausübten, während die „klassischen“ Faktoren der **Risikowahrnehmung und der Nutzenbewertung** eine geringe Rolle spielten (Norman, 1995). Sehr wohl aber konnten die oben erwähnten Dimensionen des HBM die **Absicht, eine Gesundenuntersuchung in Anspruch zu nehmen, gut vorhersagen** (Norman, 1993). Insgesamt scheint die Nützlichkeit des HBM für die Vorhersage des Verhaltens (also die tatsächliche VU-Inanspruchnahme) aber eher eingeschränkt zu sein.

Keine Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich hinsichtlich der **Ansichten** und – eventuell auch negativ besetzten – **Wahrnehmungen in Bezug auf die Vorsorgeuntersuchung**. So wurden von den Befragten **nur von einer sehr kleinen Anzahl Gründe**, die sich auf **Unsicherheit oder unangenehme Erwartungen in Bezug auf die Untersuchungen** oder **Angst** vor einem krankhaften **Befund** beziehen als erklärend für die Nicht-Teilnahme oder nicht-regelmäßige Teilnahme angeführt.

Keine Unterschiede zwischen VU-TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen zeigten sich in Bezug auf die **Einschätzungen** sowohl des **allgemeinen als auch des speziellen** (Herzinfarkt, Schlaganfall, Krebserkrankung) **Risikos**. Erwähnenswert scheint außerdem, dass das eigene Risiko zu erkranken generell als niedrig eingeschätzt wird.

Signifikante Unterschiede zwischen regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen im Vergleich mit nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen bzw. Nicht-TeilnehmerInnen zeigten sich in Bezug auf die **Nutzenbewertung der VU**. Der Nutzen der VU wird nicht in allen Dimensionen gleich hoch eingeschätzt. Von allen Gruppen **am höchsten** bewertet wird dabei die Erwartung, dass die VU beitragen kann, **Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu behandeln**. Jeweils von allen Gruppen am geringsten wird der Nutzen eingeschätzt, durch die VU das Erkrankungsrisiko für Krebs zu verringern. **Insgesamt bewerten Personen mit regelmäßiger VU-Teilnahme den Nutzen in allen Dimensionen höher als die nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen bzw. Nicht-TeilnehmerInnen**. Die **nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen** und **Nicht-TeilnehmerInnen unterscheiden sich untereinander jedoch kaum** bezüglich der **Nutzenbewertung**.

Denkbar wäre, dass unzureichendes oder inkorrektes Wissen über die VU dazu beiträgt, den Nutzen der VU schlechter einzuschätzen. Eine Aussage zum Informationsstand kann auf Basis der Befragungsdaten nicht eindeutig ausfallen. Wenngleich insgesamt fast zwei Drittel der Nicht-TeilnehmerInnen korrekte Angaben zur Anspruchsberechtigung machen können, so können **signifikant mehr Nicht-TeilnehmerInnen als nicht-regelmäßige VU-TeilnehmerInnen keine Angaben zur Anspruchsberechtigung** der VU machen. Was die **Inhalte der VU** betrifft, zeigen sich einige signifikante Unterschiede zwischen den Nicht-TeilnehmerInnen und den nicht-regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen. Hier wurden keine Antwortvorgaben abgefragt, sondern die BefragungsteilnehmerInnen mussten selbst Untersuchungsinhalte nennen.

Dabei erwarten deutlich mehr nicht-regelmäßige VU-TeilnehmerInnen als Nicht-TeilnehmerInnen, dass **Blut-, Harn- und Stuhltests** Teil der VU sind, wobei immer noch **drei Viertel der Nicht-TeilnehmerInnen** dazu **korrekte** Einschätzungen geben. **Gut Bescheid** wissen alle Gruppen auch hinsichtlich des **Blutdruck-Screenings** und der **allgemeinen medizinischen Untersuchung**. Deutliche „**Wissenslücken**“ zeigen die Befragten hinsichtlich möglicher **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen** im Rahmen der VU, welche nur von etwa einem Viertel erwartet werden, hierbei von deutlich weniger Nicht-TeilnehmerInnen als von nicht-regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen. Insgesamt weniger gut ist auch der Informationsstand zu Lebensstil-Beratung (Gespräch zu Ernährung, Stress, Bewegung) sowie zu Beratung bei Alkoholproblemen, welche nur von weniger als einem Viertel der Befragten der VU zugerechnet wird. In beiden Fällen geben **Nicht-TeilnehmerInnen** (sowie nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen, deren VU mehr als fünf Jahre zurückliegt) **signifikant seltener korrekte Angaben**, als wenig-regelmäßige VU-TeilnehmerInnen. Insgesamt weisen **Nicht-TeilnehmerInnen deutlich häufiger Wissenslücken zu lebensstilbezogenen Themen** sowie **gesprächsbezogenen Aspekten der VU** auf. Allerdings unterscheiden sich Nicht-TeilnehmerInnen und nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen nicht hinsichtlich der nicht in der VU enthaltenen Inhalte. **Dass insgesamt nur etwa acht Prozent gar keine Angaben zu den Inhalten der VU** machen können, ist sicher ein Hinweis auf den **hohen Bekanntheitsgrad** der VU. Über **Lebensstil-modifizierende Maßnahmen als wesentliche Inhalte der VU (Neu)** sind vergleichsweise **wenige Personen**, welche bisher **unregelmäßig oder noch nie die VU in Anspruch genommen haben informiert**. Auf diese Inhalte sollte verstärkt in der Informationsvermittlung Bezug genommen werden.

Ergänzend zur Bewertung des Nutzens wurden TeilnehmerInnen gebeten, selbst **Gründe für die Nicht-Teilnahme oder nicht-regelmäßige Teilnahme** zu nennen. Die Ergebnisse der Befragung zeigen hier keine durchgehend klaren Unterschiede. So geben signifikant weniger Nicht-TeilnehmerInnen als wenig-regelmäßige TeilnehmerInnen Zeitmangel als Grund an sowie „auf die VU immer wieder zu vergessen“. Dies deutet auch eher auf eine gewisse **Absicht, die VU durchzuführen**, hin. Umgekehrt geben **Nicht-TeilnehmerInnen signifikant häufiger** als wenig-regelmäßige TeilnehmerInnen und nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen an, dass sie sich „**zu jung für die VU**“ hielten. Der von sowohl **Nicht-TeilnehmerInnen als auch nicht-regelmäßige**

TeilnehmerInnen am häufigsten genannte Grund ist, **sich gesund zu fühlen, direkt gefolgt** von der Aussage, **den Arzt nur im Krankheitsfall aufzusuchen**. Beide, miteinander in Verbindung stehenden Gründe werden immerhin von fast zwei Drittel aller Nicht-TeilnehmerInnen und nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen angegeben. Wie auch bei Befragungen von Nicht-TeilnehmerInnen nach Einladungen zu Gesundenuntersuchungen betont wurde, könnte eine Erklärung derartiger Argumente sein, dass das Konzept der Früherkennung symptomloser Erkrankungen nicht entsprechend verbreitet ist (Pill et al., 1988; Bach Nielsen et al., 2004; Wall & Teeland, 2004) oder die Akzeptanz für deren Sinnhaftigkeit niedrig ist. Hier scheint ein gewisses Potenzial für die Informationsvermittlung für die Bevölkerung gegeben.

4.2 „Enabling Resources“: Personenbezogene und systembezogene Voraussetzungen

4.2.1 Persönliches Netto-Einkommen

Hinsichtlich des Faktors der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen gibt es empirische Hinweise, dass das verfügbare Einkommen, unabhängig vom Vorhandensein von Krankenversicherung oder Zusatzversicherung als signifikanter Einflussfaktor gilt (Sabates & Feinstein, 2008). Dabei kann das Fehlen finanzieller Ressourcen eine direkte Hürde des Konsums kostenpflichtiger medizinischer Vorsorge sein oder trotz kostenfreier Präventions-Angebote indirekt – etwa wegen anfallender Kosten für Transport oder Kinderbetreuung – einschränkend wirken. Darüber hinaus könnte niedriges Einkommen auch die Wirkung anderer, nicht direkt beobachtbarer individueller Merkmale wie Motivation oder Selbst-Wirksamkeit indirekt abbilden.

Gemäß den Ergebnissen unserer Befragung bestehen **keine Hinweise**, dass **Nicht-TeilnehmerInnen** der VU ein **niedrigeres Nettoeinkommen** angeben als VU-TeilnehmerInnen. Vielmehr zeigt sich, dass bei **Männern** mit kürzer zurückliegender bzw. **regelmäßiger VU-Teilnahme** die Gruppe der Personen mit dem **niedrigsten** angegebenen **Netto-Einkommen** (bis 1.000,- Euro pro Monat) **überrepräsentiert** und jene der höchsten Netto-Einkommen (über 2.000,- Euro pro Monat) unterrepräsentiert ist.

4.2.2 Vorhandensein einer Ärztin/ eines Arztes des Vertrauens (Hausärztin/ -arzt) & ärztliche Empfehlung

Erwähnenswert ist sicher, dass das **Vorhandensein eines Arztes/ einer Ärztin des Vertrauens** (im Sinne der gewohnten ärztlichen Anlaufstelle im Falle eines gesundheitlichen Problems) bei **Männern** statistisch signifikant **seltener** von **Nicht-TeilnehmerInnen** angegeben wird als von VU-TeilnehmerInnen. Ergänzend wird bei all jenen, welche das Vorhandensein eines solchen Arztes/ einer Ärztin bejahen, eine **ärztliche Empfehlung zur Vorsorgeuntersuchung** von **VU-TeilnehmerInnen** **signifikant häufiger** erinnert als von Nicht-TeilnehmerInnen. Dieser Zusammenhang ist besonders bei Frauen ausgeprägt. Auch wenn durch das Design der Untersuchung als Querschnittsanalyse keine ursächlichen Zuschreibungen zulässig sind, verweist die beobachtete statistisch signifikante Häufung dieses Faktors bei regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen im Vergleich zu Nicht-TeilnehmerInnen auf den hohen Stellenwert des ärztlichen Rats zur Vorsorgeuntersuchung.

Dieser Zusammenhang wurde bereits im Kontext einer höheren Inanspruchnahme von Impfungen sowie von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen berichtet und dabei vermutet, dass die Qualität der Arzt-Patientenbeziehung bei einem Arzt/ einer Ärztin des Vertrauens („usual source of care“) ein umfassenderes Verständnis der Gesundheitsbedürfnisse der PatientInnen begünstigt (Tom Xu, 2002).

4.2.3 Externe Hürden

Neben den vorangegangenen, personenbezogenen Faktoren als Voraussetzung für die Inanspruchnahme stellen auch system- oder gemeindebezogene Faktoren, wie die Erreichbarkeit und zeitliche oder örtliche Zugänglichkeit der Gesundheitseinrichtung, die Ärztedichte, etwaige Reise- und Wartezeiten sowie Informationsangebote weitere, die Teilnahme beeinflussende Faktoren dar (McBride et al., 1993). Gemäß den Ergebnissen unserer Befragung scheinen **externe Hürden nur eine untergeordnete Rolle** für die Nicht-Teilnahme oder nicht-regelmäßige Teilnahme an der VU zu spielen. So werden **lange Wartezeiten, schwierige Erreichbarkeit der Ordination oder ungünstige Ordinationszeiten nur von einer sehr geringen Anzahl der Befragten** angegeben.

4.3 „Need“: Einflussfaktoren des Bedarfs

4.3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Einer grundsätzlichen methodischen Herausforderung begegneten wir bei dem Konstrukt des gesundheitlichen Bedarfs im Zusammenhang mit der Vorsorgeuntersuchung. Grundsätzlich orientieren sich Fragestellungen zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bzw. Krankenversorgungseinrichtungen oft am „medizinischen“ oder gesundheitlichen Bedarf („health need“). Dieser kann sowohl als ein aus professioneller Sicht definierter Bedarf im Sinne medizinischer Symptome oder manifester Erkrankungen operationalisiert oder als der aus Sicht der Betroffenen subjektiv eingeschätzten Gesundheitszustand gemessen werden. Dabei gilt der subjektiv eingeschätzte Gesundheitszustand als stabiler Indikator zur Abbildung chronischer Beschwerden, als auch als verlässlicher Prädiktor für zukünftigen klinischen Status, Morbidität, Funktionseinschränkungen, Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen sowie insbesondere Mortalität (Björner, zitiert nach (Burström & Fredlund, 2001).

Im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Vorsorge-, Präventions- oder Früherkennungsleistungen bestehen jedoch gewisse Einschränkungen, den subjektiven Gesundheitszustand zur Bestimmung des Bedarfs einer Vorsorgeuntersuchung heranzuziehen. Aufgrund der Ausrichtung von Vorsorgeuntersuchungen auf Früherkennung bestimmter Erkrankungen, welche gleichzeitig mit subjektiv guter Gesundheit vereinbar sind, bestehen Zweifel an der Übertragbarkeit dieses Indikators zur Einschätzung des „präventiven“ Bedarfs. Wenngleich nur auf Basis von Querschnittsanalysen, liegen dennoch Hinweise auf Zusammenhänge zwischen subjektiver Gesundheit und Lebensstilfaktoren bzw. Gesundheitsverhalten vor. So wurden in großen repräsentativen Stichproben Zusammenhänge zwischen Rauchen und körperlicher Inaktivität (Johannsson & Sundquist, 1999;Williamson, 2000), sowie Unter- und Übergewicht (Molarius et al., 2006), Rauchen, Alkoholkonsum, körperliche Inaktivität (Mackenbach, zitiert nach Williamson, 2000) und subjektiv schlechterem Gesundheitszustand berichtet. Auch gibt es Hinweise der prädiktiven Aussagekraft von subjektiver Gesundheit, wobei unabhängig von den vorhandenen kardiovaskulären Risikofaktoren, Personen mit selbst berichtet schlechterer Gesundheit ein höheres zukünftiges Risiko für Herzinfarkte aufwiesen, als jene mit subjektiv guter Gesundheit (Weinehall et al., 1998). Diese Untersuchungen zeigten, dass der subjektive Gesundheitszustand (korrigiert für soziodemografische Faktoren) als ein starker und signifikanter Prädiktor für Vorsorgeverhalten und Screening-Inanspruchnahme einzustufen ist.

Bezogen auf die hier berichtete Befragung, traten Unterschiede zwischen den Gruppen auf, wenn die Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes im Vergleich zu anderen Personen gleichen Alters berücksichtigt wurde. Personen, die innerhalb der letzten vier Jahre eine VU in Anspruch genommen haben, stufen sich im Durchschnitt gesünder ein als dies Personen der anderen drei Gruppen tun.

Hier ist jedoch zu berücksichtigen, dass dieser Indikator weniger gute Eigenschaften aufweist, mit anderen Gesundheitsmaßen zusammenzuhängen (Eriksson et al., 2001). **Aus unseren Daten geht jedoch nicht hervor, dass sich Personen, welche noch nie bzw. eher unregelmäßig eine VU in Anspruch genommen haben, einen schlechteren oder unterschiedlichen subjektiven Gesundheitszustand angeben als Personen, welche regelmäßig bzw. vor kürzerer Zeit eine VU in Anspruch genommen zu haben.** Dies würde die Vermutung stützen, dass sich der gefühlte Bedarf aller vier Gruppen nicht unterscheidet.

4.3.2 Ärztliche Behandlung aufgrund eines dauerhaften gesundheitlichen Problems

Eine mit diesen Ergebnissen vereinbare Auffälligkeit zeigte sich bei den Angaben zu behandlungsbedürftigen chronischen Beschwerden. Hier besteht ein deutlicher Zusammenhang mit der VU-Teilnahme: Personen, die innerhalb der letzten vier Jahre eine VU in Anspruch genommen haben, führen signifikant häufiger als Nicht-TeilnehmerInnen der VU an, wegen eines chronischen Gesundheitsproblems in ärztlicher Betreuung zu sein.

Auch zu diesen Zusammenhängen – also dem Vorliegen chronischer Erkrankungen mit dem Vorsorgeverhalten bzw. der Inanspruchnahme von Screening – liegen wenige Untersuchungen vor. Aus einer Querschnittsstudie geht hervor, dass Personen mit chronischen Erkrankungen (Diabetes, Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen) zwar häufiger Cholesterin-Screenings und Grippeimpfungen erhalten, jedoch seltener Mammographien, PAP-Abstriche oder Prostatakrebs-Untersuchungen in Anspruch nehmen (Wu, 2003). Auf Basis der wenigen vorliegenden, teils widersprüchlichen Studienergebnisse kann die Frage, ob das Vorliegen einer chronischen Erkrankung eher ein Hindernis für die Durchführung bzw. Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen oder Screening darstellt oder die Wahrscheinlichkeit dieser Leistungen erhöht, derzeit nicht beantwortet werden (Kiefe et al., 1998). Diese Frage ist für den Kontext der Vorsorgeuntersuchung in Österreich insofern von Relevanz, als die Vermutung geäußert wurde, dass bei PatientInnen mit chronischen Erkrankungen aufgrund der Ausrichtung auf die Versorgung des vorliegenden Gesundheitsproblems die Vorsorge vernachlässigt werden könnte. Aus den hier vorliegenden Daten ergibt sich jedoch **kein Hinweis, dass Personen, welche nie oder sehr unregelmäßig die Vorsorgeuntersuchung in Anspruch nehmen, häufiger angeben, ein dauerhaftes, ärztlich behandlungsbedürftiges Gesundheitsproblem zu haben.** Vielmehr ist der Anteil an Personen mit einem dauerhaften Gesundheitsproblem in der Gruppe der regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen am höchsten und bei den Nicht-TeilnehmerInnen am niedrigsten.

4.4 Vorsorge- und Gesundheitsverhalten

Wie bereits weiter oben abgehandelt, gibt es empirische Hinweise, dass bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie körperliche Bewegung, maßvoller Alkoholkonsum oder Rauchabstinenz (Fukunaga, zitiert nach Cherrington et al., 2007), aber auch Vorsorgehandeln in Form von präventiven Arztbesuchen gehäuft mit der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen einhergehen. Als zusätzliche Variable für die „präventive Orientierung“ – auch hier wurden Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme von Früherkennung beobachtet – diente in unserer Analyse die Frage nach zahnärztlichen Besuchen zum Zwecke der Vorsorge.

Die Analysen unserer Befragungsdaten zeigte keine Unterschiede bei der zahnärztlichen Vorsorge in Bezug auf die VU-Teilnahme bzw. Nicht-Teilnahme. **Statistisch signifikante Unterschiede** existieren jedoch in Bezug auf die **Rauchgewohnheiten**. Unter den **regelmäßigen TeilnehmerInnen** ist der Anteil der **RaucherInnen** verglichen mit den nicht-regelmäßigen und Nicht-TeilnehmerInnen **am geringsten**. Dieser Effekt tritt besonders ausgeprägt bei den **Männern** auf.

Abgesehen von den beobachteten Zusammenhängen mit dem Rauchverhalten gibt es jedoch **keine durchgängigen und eindeutigen Hinweise**, dass **Nicht-TeilnehmerInnen** oder nicht-regelmäßige TeilnehmerInnen eine **weniger ausgeprägte präventive Orientierung** aufweisen als VU-TeilnehmerInnen.

4.5 Methodische Einschränkungen

Als einschränkend kann grundsätzlich das Untersuchungsdesign als Einmal- oder Querschnitts-Befragung genannt werden. Statistisch signifikante Ergebnisse lassen dabei keine ursächlichen Zuschreibungen zu. Um die Vorhersagekraft einzelner Einflussfaktoren zu erhärten, wären daher längsschnittliche Untersuchungen erforderlich.

Die Verwendung des Begriffs „Gesundenuntersuchung“ hat sicherlich zu Fehlklassifikationen, also zu Unter- und Übererfassung der Angaben geführt. Wie bereits im Abschnitt „Methoden“ beschrieben kam es zu mehr Nennungen der jährlichen VU-Teilnahme als erwartbar gewesen wäre. Nicht wenige Personen assoziieren mit dem Begriff der Gesundenuntersuchung offenbar auch andere Vorsorgeuntersuchungen als jene im engeren Sinne. So könnten hier auch Einstellungsuntersuchungen oder arbeitsmedizinische Checks inkludiert sein (Vortests ergaben, dass bei Verwendung des Begriffs „Vorsorgeuntersuchung“ deutlich mehr solcher „Falschangaben“ resultieren). Das Ausmaß der Auswirkung dieser Fehlklassifikationen ist unbekannt.

Länge und Komplexität des Fragebogens könnten sich durch die Form der telefonischen Abfrage möglicherweise negativ auf die Gültigkeit der Selbstangaben ausgewirkt haben. Auch bestehen Zweifel, ob die BefragungsteilnehmerInnen über die Merkmale Alter, Geschlecht und Wohnsitz hinaus repräsentativ für die österreichische Bevölkerung sind. Selektionseffekte bei Gesundheitsbefragungen sind bekannt.

4.6 Public Health-Relevanz

Im Unterschied zu Studien, welche auf deutliche Zusammenhänge zwischen dem wahrgenommenen Nutzen einer Untersuchung, dem subjektiven Erkrankungsrisiko, den Hindernissen an der Teilnahme als Einflussfaktoren einerseits und der Teilnahme (bzw. Nicht-Teilnahme) an Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen (bzw. organisierten Screening-Programmen) andererseits verweisen, liegen solche Beobachtungen für die hier berichteten Auswertungen nicht für alle Einflussfaktoren vor.

Dies kann am ehesten damit erklärt werden, dass es sich bei der Vorsorgeuntersuchung nicht um eine „eindimensionale“ – einer klar umgrenzten Erkrankung zuordenbare – Intervention (wie z.B. Mammographie, Prostatakrebs-Screening) handelt, sondern um eine mehrphasische und auf viele unterschiedliche Zielerkrankungen ausgerichtete, mehrdimensionale Intervention. Dies verwischt in Bezug auf Einzelkomponenten möglicherweise real vorhandene Unterschiede bei der Abfrage von hier auf die gesamte VU bezogenen Einflussfaktoren. Der besondere Charakter der Vorsorgeuntersuchung erschwert eine klare Vorstellung in Bezug auf das Bedrohungserleben, die Wirksamkeitserwartung sowie die Kosten-Nutzen-Bilanz.

Aufgrund der vorerst nur auf univariater Ebene durchgeführten bzw. eingeschränkt geschichteten Analysen ist derzeit eine Typologie, welche die relevanten Einflussfaktoren zu Merkmals-Cluster zusammenfasst (Culica et al., 2002), noch nicht möglich. Eine Charakterisierung des/ der typischen Nicht-TeilnehmerIn der VU könnte jedoch zu einem späteren Zeitpunkt entwickelt werden.

Als eine mögliche Erklärung gilt, dass Vorsorgeverhalten als ein heterogenes, mehrdimensionales Konstrukt zu verstehen ist, welches teils situationsgebundene, teils persönlichkeitsbezogene Komponenten aufweist. Darüber hinaus muss Gesundheitsverhalten – hier die Teilnahme oder Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung – als ein stadienhaft verlaufender Prozess verstanden werden. Personen verhalten sich je nach Stadium unterschiedlich. Das Stadium der Uninformiertheit bzw. des Nicht-Wissens über die VU unterscheidet sich dabei von jenem, wo hinreichend Wissen über die VU vorliegt und bereits die Absicht verfolgt wird, eine VU in Anspruch zu nehmen sowie wiederum von dem bewussten Entscheidungsakt, nicht zu handeln. Entsprechend diesen Stadien sind auch die Strategien anzupassen (Weinstein, 1993).

Es ist daher davon auszugehen, dass die hier untersuchten **Nicht-TeilnehmerInnen keine homogene Gruppe darstellen**, was die **zielgruppenspezifische Identifikation und Kontaktierung** sowie auch andere Strategien **erschwert**. Deshalb sollte – möglichst prospektiv – erhoben werden, in welcher Weise bestimmte Formen der Einladung zur VU sich auf die Teilnahme auswirken sowie welche Merkmale die TeilnehmerInnen und Nicht-TeilnehmerInnen aufweisen.

Das Gestaltungspotenzial der Public Health-Strategien, welche sich an bedarfsgerechter Zugänglichkeit und Inanspruchnahme der VU ausrichten sollten, ist nicht als gleich hoch für alle Einflussfaktoren zu bewerten. So gelten soziodemografische Faktoren wie Bildung und Einkommen sowie Sozialstruktur nur mittel- bis langfristig (und wohl auch eher intersektoral) und daher als schwieriger intervenierbar. Die im Rahmen dieser Befragung gewonnenen Daten liefern jedoch **keine Hinweise**, welche auf eine niedrigere Inanspruchnahme der VU im Zusammenhang mit **sozioökonomischen Faktoren** (Ausbildung, berufliche Stellung, Einkommen) schließen lassen. Personen niedrigen Ausbildungsgrads sowie niedrigeren Einkommens sind verglichen mit Nicht-TeilnehmerInnen sogar deutlich überrepräsentiert bei den regelmäßigen VU-TeilnehmerInnen.

Mehr Potenzial im Sinne der Veränderbarkeit liegt im Bereich der **Gesundheitsüberzeugungen**, welche durch gezieltere Informationsangebote steuerbarer wären. So schätzen Nicht-TeilnehmerInnen in der hier vorgelegten Befragung den Nutzen der VU deutlich niedriger ein als regelmäßige TeilnehmerInnen. Auch wenn die Informiertheit über die Inhalte und die Anspruchsberechtigung der VU als insgesamt gut eingestuft werden kann, so existieren bei Nicht-TeilnehmerInnen gewisse „**Wissenslücken**“ in Bezug auf die Inhalte der VU bei **lebensstil- und gesprächsbezogenen Aspekten**. Erwähnenswert sind die Unterschiede im Zusammenhang mit dem **Familienstand**, wobei besonders stark ausgeprägt bei den **Männern** eine statistisch signifikante Häufung von **ledigen** Personen in der Gruppe der **Nicht-Teilnehmer** auffiel. Gesundheitspsychologische Erklärungsansätze verweisen hier auf die Rolle der Frauen in der Motivation ihrer Partner für Vorsorgeverhalten (Weinrich et al, zitiert nach Scheffer, 2006).

Differenzierte Rückschlüsse zum von den Befragten als niedrig eingestuften **Bedarf** für eine Vorsorgeuntersuchung – Nicht-TeilnehmerInnen (und unregelmäßige TeilnehmerInnen) geben als Gründe der Nicht-Teilnahme an der VU überwiegend an, sich gesund zu fühlen sowie nur im Krankheitsfalle zum Arzt zu gehen – lassen sich aus den vorliegenden Daten nicht gewinnen. Diese Informationen sollten daher **verstärkt Inhalte wie Zweck und Ausrichtung einer Vorsorgeuntersuchung** sowie auch **Möglichkeiten ärztlicher Gesundheitsberatung und Lebensstilmedizin** sachgerecht und qualitätsgesichert berücksichtigen und diese **zielgruppenspezifisch kommunizieren**. Zur Kenntnis zu nehmen ist aber auch, dass es einen gewissen Anteil in der Bevölkerung gibt, welcher möglicherweise nicht erreicht werden kann. Fast ein Drittel der befragten Nicht-TeilnehmerInnen und nicht-regelmäßigen TeilnehmerInnen sehen keinen Bedarf einer VU aufgrund ihres ohnehin schon

gesunden Lebensstils. Insgesamt aber ist die Frage nach dem objektiven (und gefühlten) Bedarf für die VU sicher die methodisch herausforderndste.

Gute Intervenierbarkeit kann dem Bereich der personen- und systembezogenen Voraussetzungen („enabling resources“) zugeschrieben werden. Bezogen auf mögliche **Hinderungsgründe** der VU-Teilnahme werden systembezogene Faktoren (**Erreichbarkeit und Zugänglichkeit der Ordination, Ärztedichte, Wartezeiten**) **eher selten** genannt. Vermutlich auch aufgrund des kostenlosen und nicht an den Versichertenstatus gebundenen Charakters lässt sich aus den hier erhobenen Daten nicht auf einkommensbezogenen Hürden der VU-Teilnahme rückschließen. Wesentliche unterstützende Faktoren scheinen die **Hausarztbindung** und die **ärztliche Empfehlung zur Vorsorgeuntersuchung** darzustellen. Dem Arzt/ der Ärztin kommt dadurch ein hoher Stellenwert in der Einschätzung des Bedarfs für eine Vorsorgeuntersuchung zu. Möglicherweise würden Personen ohne spezielle Arztbindung durch noch niedrigrschwelligere Angebote der VU besser erreicht werden.

Literatur

- Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., Hinz, A., Bailer, H., Grulke, N. & Brähler, E. (2007). Psychometrische Überprüfung und Normierung des Fragebogens Körperbezogener Locus of Control (KLC) an einer repräsentativen deutschen Bevölkerungsstichprobe. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 16, 83-91.
- Andersen, R. M. (1995). Revisiting the Behavioural Model and Access to Medical Care: Does it Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*, 36, 1-10.
- Aro, A. R., de Koning, H. J., Absetz, P., & Schreck, M. (1999). Psychosocial predictors of first attendance for organised mammography screening. *Journal of Medical Screening*, 6, 82-88.
- Bach Nielsen, K.-D., Dyhr, L., Lauritzen, T., & Malterud, K. (2004). "You can't prevent everything anyway". A qualitative study of beliefs and attitudes about refusing health screening in general practice. *Family Practice*, 21, 28-32.
- Becker, M. H. (1974). The Health Belief Model and Personal Health Behavior. *Health Education Monographs*, 2, 324-508.
- Burström, B. & Fredlund, P. (2001). Self rated health: Is it as good a predictor of subsequent mortality among adults in lower as well as in higher social classes? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 836-840.
- Cherrington, A., Corbie-Smith, G., & Pathman, D. E. (2007). Do adults who believe in periodic health examination receive more clinical preventive services? *Preventive Medicine*, 45, 282-289.
- Cockerham, W. C. et.al (2006). A Sociological Model of Health Lifestyles: Conducting a Preliminary Test with Russian Data. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*. Sonderheft 46, 177-197.
- Culica, D., Rohrer, J., Ward, M., Hilsenrath, P., & Pomrehn, P. (2002). Medical Checkups: Who Does Not Get Them? *American Journal of Public Health*, 92, 88-91.
- Diekmann, A. (1998). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen*. (4. durchgesehene Auflage ed.) Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.
- Eriksson, I., Unden, A.-L., & Elofsson, S. (2001). Self-related health. Comparisons between three different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology*, 30, 326-333.
- Fenk, R. (2000). *Teilnahme an der Gesundenuntersuchung: Wissen, Motivation, Einstellungen und subjektiv eingeschätzter Nutzen*. Linz: Printed in Austria.
- Fiscella, K., Franks, P., & Clancy, C. M. (1998). Skepticism toward medical care and health care utilization. *Medical Care* 36[2], 180-189.
- Fiscella, K., Franks, P., Clancy, C. M., Doescher, M. P., & Banthin, J. S. (1999). Does skepticism towards medical care predict mortality? *Medical Care* 37[4], 409-414.
- Fong Chiu, L. (2003). *Inequalities of access to cancer screening: a literature review* (Rep. No. Cancer Screening Series No. 1). Sheffield.
- Gebhardt, W. A. & Maes, S. (2001). Integrating Social-psychological Frameworks for Health Behavior Research. *American Journal of Health Behavior*, 25, 528-536.

- Harrison, J. A., Mullen, P. D., & Green, L. W. (1992). A meta-analysis of studies of the Health Belief Model with adults. *Health Education Research*, 7, 107-116.
- Jepson, R., Clegg, A., Forbes, C., Lewis, R., Sowden, A., & Kleijnen, J. (2000). *The determinants of screening uptake and interventions for increasing uptake: a systematic review* (Rep. No. Health Technology Assessment 2000; Volume 4; Number 14).
- Johannsson, S.-E. & Sundquist, J. (1999). Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *International Journal of Epidemiology*, 28, 1073-1080.
- Kahl, H., Hölling, H., & Kamtsiuris, P. (1999). Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen zur Gesundheitsförderung. *Das Gesundheitswesen*, 61, 163-168.
- Kiefe, C. I., Funkhouser, E., Fouad, M. N., & May, D. S. (1998). Chronic Disease as a Barrier to Breast and Cervical Cancer Screening. *Journal of General Internal Medicine*, 13, 357-365.
- Klimont, J., Kytir, J., & Leitner, B. (2007). *Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation* Wien: Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend.
- McBride, C. M., Curry, S. J., Taplin, S., Anderman, C., & Grothaus, L. (1993). Exploring Environmental Barriers to Participation in Mammography Screening in HMO. *Cancer Epidemiology Biomarkers and Prevention*, 2, 599-605.
- Molarius, A., Berglund, K., Eriksson, C., Lambe, M., Nordström, E., Eriksson, H. G. et al. (2006). Health inequalities. Socioeconomic conditions, lifestyle factors, and self-rated health among men and women in Sweden. *European Journal of Public Health*, 17, 125-133.
- Mrazek, J. (1987). Struktur und Entwicklung des Körperkonzeptes im Jugendalter. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19, 1-13.
- Mrazek, J. (1989). Die Erfassung körperbezogener Kontrollüberzeugungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 112-118). Göttingen: Hogrefe.
- Norman, P. (1993). Predicting the uptake of health checks in general practice: invitation methods and patients' health beliefs. *Social Science and Medicine*, 37, 53-59.
- Norman, P. (1995). Applying the health belief model to the prediction of attendance at health checks in general practice. *British Journal of Psychological Society*, 34, 461-470.
- Pill, R., French, J., Harding, K., & Stott, N. (1988). Invitation to attend a health check in a general practice setting: comparison of attenders and non-attenders. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 38, 53-56.
- Reif, M. (2008). *Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsverhalten und gesundheitsrelevante Lebensbereiche aus der Perspektive der OberösterreicherInnen: Ergebnisse der Umfrage "Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsverhalten von Frauen und Männern in Oberösterreich"* Linz: Landesverlag Denkmayr.
- Rohrer, J. E. & Borders, T. F. (2004). Healthy skepticism. *Preventive Medicine*, 39, 1234-1237.
- Rosentstock, I. M. (1966). Why People Use Health Services. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 94-127.
- Sabates, R. & Feinstein, L. (2006). The role of education in the uptake of preventative health care: The case of cervical screening in Britain. *Social Science and Medicine*, 62, 2998-3010.

- Scheffer, S., Dauven, S., & Sieverding, M. (2006). Soziodemografischer Unterschied in der Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (KFU) in Deutschland - Eine Übersicht. *Gesundheitswesen*, 68, 139-146.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens* (3. überarbeitete Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwartz, F. W. (2003). *Das Public Health Buch: Gesundheit und Gesundheitswesen*. (2. Auflage ed.) München, Jena: Urban & Fischer Verlag.
- Tom Xu, K. (2002). Usual Source of Care in Preventive Service Use: A Regular Doctor versus a Regular Site. *Health Services Research*, 37, 1509-1529.
- Wall, M. & Teeland, L. (2004). Non-participants in a preventive health examination for cardiovascular disease: characteristics, reasons for non-participation, and willingness to participate in the future. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 22, 248-251.
- Weinehall, L., Johnson, O., Jansson, J. H., Boman, K., Huhtasaari, F., Hallmans, G. et al. (1998). Perceived health modifies the effect of biomedical risk factors in the prediction of acute myocardial infarction. An incident case-control study from northern Sweden. *Journal of Internal Medicine*, 243, 99-107.
- Weinstein, N. D. (1993). Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12, 324-333.
- Williamson, D. L. (2000). Health behaviours and health: evidence that the relationship is not conditional on income adequacy. *Social Science & Medicine*, 51, 1741-1754.
- Wissenschaftszentrum Gesundheitsförderung/Prävention der VAEB. (2005). *Vorsorgeuntersuchung NEU. Wissenschaftliche Grundlagen*. Graz.
- Wu, S. (2003). *Sickness and Preventive Medical Behavior* (Rep. No. Hamilton College). Clinton.

ANHANG

Fragebogen für computer-assistierte Telefoninterviews (CATI)

Fragebogen zur Nicht-Teilnahme an der Vorsorgeuntersuchung

Einleitung

(Einleitende Worte der Interviewerin / des Interviewers)

Screening – Vorsorgeuntersuchung allgemein

F1	Wann haben Sie zuletzt an der Gesundenuntersuchung teilgenommen? (Einstufung durch InterviewerIn)		
	<input type="checkbox"/> heuer (im Jahr 2008)	<input type="checkbox"/> im Jahr 2007	<input type="checkbox"/> vor ca. 2-3 Jahren
	<input type="checkbox"/> vor ca. 4-5 Jahren	<input type="checkbox"/> vor 6-10 Jahren	<input type="checkbox"/> schon länger als 10 Jahre her
	<input type="checkbox"/> weiß nicht	<input type="checkbox"/> noch nie	

Verhalten

F2	Wie reagieren Sie auf gesundheitliche Probleme oder Beschwerden? Ich lese Ihnen nun einige Aussagen diesbezüglich vor. Bitte bewerten Sie jeweils, ob diese immer, oft, manchmal, selten oder nie auf Sie zutrifft.	immer (1)	oft (2)	manchmal (3)	selten (4)	nie (5)	weiß nicht / keine Angabe
	Ich gehe sofort zum Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich wende Hausmittel an (z.B. Wadenwickel, Tee).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich vermeide den Arztbesuch solange es geht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich nehme homöopathische Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich nehme rezeptfreie Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich nehme rezeptpflichtige Medikamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich vermeide den Krankenstand und gehe auch krank zur Arbeit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rauchgewohnheiten

F3	Ich lese Ihnen nun vier Aussagen vor. Bitte entscheiden Sie sich für diejenige, die am ehesten auf Sie zutrifft.		
	<input type="checkbox"/> Ich rauche täglich.	<input type="checkbox"/> Ich rauche, aber nicht täglich.	<input type="checkbox"/> Früher habe ich geraucht, momentan rauche ich nicht.
	<input type="checkbox"/> Ich rauche nicht und habe noch nie geraucht.	<input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe.	

Gesundheit

F4	Gesundheit	sehr gut (1)	(2)	(3)	(4)	sehr schlecht (5)	Weiß nicht / keine Angabe
	Wenn Sie allgemein an Ihre Gesundheit im heurigen Jahr denken, bewerten Sie bitte anhand einer Skala von 1=sehr gut bis 5=sehr schlecht Ihre allgemeine Gesundheit im bisherigen Jahr 2008, dazwischen können Sie abstufen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Gesundheit (Vergleich)	viel besser (1)	(2)	(3)	(4)	viel schlechter (5)	weiß nicht / keine Angabe
F5	Wie ist Ihre Gesundheit im Allgemeinen im heurigen Jahr im Vergleich zum vergangenen Jahr (2007)? Bitte antworten Sie anhand der Skala 1=viel besser, 2=besser, 3=gleich gut, 4=schlechter und 5=viel schlechter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F6	Wie schätzen Sie Ihre Gesundheit im Allgemeinen im Vergleich zu anderen Personen Ihres Alters ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F7	Haben Sie ein dauerhaftes gesundheitliches Problem, weswegen Sie sich in ärztlicher Behandlung befinden?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

Risikoeinschätzung

F8	Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor, bitte sagen Sie mir jeweils wie sehr diese auf Sie zutrifft. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1=trifft vollkommen zu bis 5=trifft überhaupt nicht zu, dazwischen können Sie abstufen.	trifft vollkommen zu (1)	(2)	(3)	(4)	trifft überhaupt nicht zu (5)	weiß nicht / keine Angabe
	Ich schein leichter krank zu werden als andere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mein Risiko schwer zu erkranken ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich glaube, die Wahrscheinlichkeit, dass ich schwer erkranke, ist höher als bei Gleichaltrigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich glaube, die Wahrscheinlichkeit, dass ich eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall) erleide, ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ich glaube, die Wahrscheinlichkeit, dass ich an Krebs erkranke, ist hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Im Vergleich zu Gleichaltrigen, glaube ich, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall) erleide, hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Im Vergleich zu Gleichaltrigen, glaube ich, ist die Wahrscheinlichkeit, dass ich an Krebs erkranke, hoch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vorsorgeuntersuchung

F9	Wie häufig, glauben Sie, haben Sie Anspruch auf eine Gesundenuntersuchung, d.h. die Kosten bezahlt die Sozialversicherung?
	<input type="checkbox"/> gar nicht
	<input type="checkbox"/> alle 5 Jahre
	<input type="checkbox"/> alle 3 Jahre
	<input type="checkbox"/> alle 2 Jahre
	<input type="checkbox"/> 1x pro Jahr
	<input type="checkbox"/> 2x pro Jahr
	<input type="checkbox"/> öfter
	<input type="checkbox"/> weiß nicht / keine Angabe

F10	Haben Sie jemals eine schriftliche Einladung zu einer Gesundenuntersuchung bekommen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

F11	Wenn Sie an die Gesundenuntersuchung denken: Was glauben Sie passiert im Rahmen einer Gesundenuntersuchung? (Mehrfachnennungen möglich)
	<input type="checkbox"/> Blutabnahme, Harn, Stuhl
	<input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung (Abhören, Abtasten, Überprüfen der Reflexe, Blick in den Mund, Inspektion der Haut)
	<input type="checkbox"/> EKG / Belastungs-EKG / Ultraschall
	<input type="checkbox"/> Blutdruck messen
	<input type="checkbox"/> Gewicht und Körpergröße
	<input type="checkbox"/> Überweisung zum Facharzt (HNO, Augenarzt, Urologen, Frauen-FA, Röntgen-FA)
	<input type="checkbox"/> Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Mammographie, PAP-Abstrich (Gebärmutterhalsabstrich), Untersuchung der Prostata, Koloskopie (Darmspiegelung))
	<input type="checkbox"/> Gespräch zu Bewegung / Ernährung / Stress / Schlaf
	<input type="checkbox"/> Magnetresonanz (MR) / Computertomographie (CT)
	<input type="checkbox"/> Impfungen / Beratung Impfstatus
	<input type="checkbox"/> Lungenfunktion / Lungenröntgen
	<input type="checkbox"/> Gespräch / Beratung zu rauchen
	<input type="checkbox"/> Beratung bei Alkoholproblemen
	<input type="checkbox"/> Abschlussgespräch mit dem Arzt
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

F12	Haben Sie einen Arzt des Vertrauens bzw. Hausarzt den Sie normalerweise bei gesundheitlichen Problemen aufsuchen?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

Wenn Ja (Ansonsten weiter bei der Zahnarztfrage):

F13	Wie oft waren Sie in den letzten 12 Monaten bei diesem Arzt in Behandlung? (Anzahl eintragen)
	_____ <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

F14	Hat dieser Arzt Ihnen schon einmal zu einer Gesundenuntersuchung geraten?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

F15	Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Zahnarzt ausschließlich zur Vorsorge aufgesucht?
	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht / keine Angabe

Gründe / Hürden für Nicht-Teilnahme

F16	Bitte nennen Sie Ihre Gründe und Motive, warum Sie nicht regelmäßig an einer Gesundenuntersuchung teilnehmen. (Mehrfachnennungen möglich)
	...weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig <input type="checkbox"/>
	...weil ich nur zum Arzt gehe wenn ich krank bin <input type="checkbox"/>
	...weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe <input type="checkbox"/>
	...weil die Wartezeit in der Ordination lange ist <input type="checkbox"/>
	...weil die Ordination des Arztes für mich schwer erreichbar ist <input type="checkbox"/>
	...weil die Ordinationszeiten des Arztes sind nachteilig sind <input type="checkbox"/>
	...weil im Familien- und Freundeskreis auch niemand zum Arzt geht zwecks Gesundenuntersuchung geht <input type="checkbox"/>
	...weil ich nicht glaube, dass die Gesundenuntersuchung vor ernsthaften Krankheiten schützt <input type="checkbox"/>
	...weil ich nicht genau weiß, was bei dieser Untersuchung passiert <input type="checkbox"/>
	...weil die Untersuchungen unangenehm / schmerzhaft sein könnten <input type="checkbox"/>
	...weil die Gesundenuntersuchung für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau ist <input type="checkbox"/>
	...weil ich Angst vor dem Ergebnis habe <input type="checkbox"/>
	...weil ich zu jung bin <input type="checkbox"/>
	...weil ich mich gesund fühle <input type="checkbox"/>
	...weil ich gesund lebe und daher keine Gesundenuntersuchung brauche <input type="checkbox"/>
	...weil ich keine Zeit dafür habe <input type="checkbox"/>
	...weil ich immer wieder darauf vergesse <input type="checkbox"/>
	Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/>

F17	Ich lese Ihnen noch andere mögliche Gründe und Motive für die Nicht-Teilnahme an der Gesundenuntersuchung vor. Bitte sagen Sie mir jeweils, ob Sie diese von einer Teilnahme an einer Gesundenuntersuchung abhalten. Ich nehme nicht an der Gesundenuntersuchung teil, ... (Vorgelesen werden nur jene Gründe, die bei voriger Frage nicht genannt wurden, Mehrfachnennungen möglich)
	...weil ich so oft beim Arzt bin, da ist das nicht nötig <input type="checkbox"/>
	...weil ich nur zum Arzt gehe wenn ich krank bin <input type="checkbox"/>
	...weil ich nur sehr ungern zum Arzt gehe <input type="checkbox"/>
	...weil die Wartezeit in der Ordination lange ist <input type="checkbox"/>
	...weil die Ordination des Arztes für mich schwer erreichbar ist <input type="checkbox"/>
	...weil die Ordinationszeiten des Arztes sind nachteilig sind <input type="checkbox"/>
	...weil im Familien- und Freundeskreis auch niemand zum Arzt geht zwecks Gesundenuntersuchung geht <input type="checkbox"/>
	...weil ich nicht glaube, dass die Gesundenuntersuchung vor ernsthaften Krankheiten schützt <input type="checkbox"/>
	...weil ich nicht genau weiß, was bei dieser Untersuchung passiert <input type="checkbox"/>
	...weil die Untersuchungen unangenehm / schmerzhaft sein könnten <input type="checkbox"/>
	...weil die Gesundenuntersuchung für die Früherkennung von Krankheiten zu ungenau ist <input type="checkbox"/>
	...weil ich Angst vor dem Ergebnis habe <input type="checkbox"/>
	...weil ich zu jung bin <input type="checkbox"/>
	...weil ich mich gesund fühle <input type="checkbox"/>
	...weil ich gesund lebe und daher keine Gesundenuntersuchung brauche <input type="checkbox"/>
	...weil ich keine Zeit dafür habe <input type="checkbox"/>
...weil ich immer wieder darauf vergesse <input type="checkbox"/>	

Einstellungen

F18	Ich lese Ihnen nun einige Aussagen vor. Bitte sagen Sie mir jeweils wie sehr Sie dieser zustimmen. Bitte antworten Sie anhand einer Skala von 1=stimme vollkommen zu bis 5=stimme überhaupt nicht zu, dazwischen können Sie abstufen.	stimme vollkommen zu(1)	(2)	(3)	(4)	stimme überhaupt nicht zu(5)	weiß nicht / keine Angabe
	Wer nie krank wird, hat eben Glück.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gute Gesundheit ist überwiegend Zufall.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Man kann für seine Gesundheit nicht viel tun.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wer krank ist, ist überwiegend selbst dran schuld.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn man auf sich achtet, bleibt man gesund.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Jeder ist für seine Gesundheit selbst verantwortlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subjektiv wahrgenommener Nutzen

F19	Ich lese Ihnen nun verschiedene Aussagen bezüglich eines möglichen persönlichen Nutzens der Gesundenuntersuchung vor. Bitte sagen Sie mir anhand einer Skala von 1=stimme vollkommen zu bis 5=stimme überhaupt nicht zu, wie sehr Sie diesem zustimmen, dazwischen können Sie abstimmen. Die Teilnahme an einer Gesundenuntersuchung...	stimme vollkommen zu (1)	(2)	(3)	(4)	stimme überhaupt nicht zu (5)	weiß nicht / keine Angabe
	... kann mir Sicherheit geben gesund zu sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... kann mir helfen mein Gesundheitsverhalten zu verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... kann mir helfen, zukünftige gesundheitliche Probleme zu verhindern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... kann mein Risiko eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (Herzinfarkt, Schlaganfall) zu erleiden verringern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... kann mein Risiko an Krebs zu erkranken verringern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... kann meinen Gesundheitszustand verbessern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	... hilft der frühzeitigen Erkennung und damit Behandlung von Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zur Person

S1	Geschlecht
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
S2	Wie alt sind Sie?
_____ (Angabe in Jahren)	
S3	Wie ist Ihr Familienstand?
<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> Lebensgemeinschaft
<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verheiratet
	<input type="checkbox"/> verwitwet
	<input type="checkbox"/> keine Angabe
S4	Welche Staatsbürgerschaft besitzen Sie? (Mehrfachnennung möglich)
<input type="checkbox"/> Österreich	<input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar _____
<input type="checkbox"/> keine Angabe	
S5	In welchem Land sind Sie geboren?
<input type="checkbox"/> Österreich → S7	<input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar _____ → S6
<input type="checkbox"/> keine Angabe → S7	
S6	Seit welchem Jahr haben Sie Ihren Lebensmittelpunkt in Österreich?
Seit dem Jahr YYYY _____ .	

S7 Was ist Ihre höchste abgeschlossene Schulbildung?	
<input type="checkbox"/> keine Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Allgemeinbildende höhere Schule (AHS, HTL, HAK)
<input type="checkbox"/> Pflichtschule	<input type="checkbox"/> Abiturientenlehrgang / Kolleg / Pädag
<input type="checkbox"/> Lehrabschluss (Berufsschule)	<input type="checkbox"/> Fachhochschule / Hochschule / Universität
<input type="checkbox"/> Berufsbildende Mittlere Schule	<input type="checkbox"/> keine Angabe

S8 Was trifft auf Sie (hauptsächlich) zu? Sind Sie derzeit ...		
<input type="checkbox"/> SchülerIn	<input type="checkbox"/> StudentIn	<input type="checkbox"/> Lehrling
<input type="checkbox"/> ArbeiterIn	<input type="checkbox"/> Angestellte/r	<input type="checkbox"/> Selbständig
<input type="checkbox"/> Beamtin / Beamter	<input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann	<input type="checkbox"/> PensionistIn
<input type="checkbox"/> derzeit keine Beschäftigung	<input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet	<input type="checkbox"/> keine Angabe

S9 In welchem Ausmaß sind Sie derzeit beschäftigt?	
<input type="checkbox"/> Vollzeit (ab 35 Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/> Teilzeit (zwischen 15 und 35 Std. pro Woche)
<input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt (unter 15 Std. pro Woche)	<input type="checkbox"/> gar nicht

S10 Wie hoch ist Ihr persönliches monatliches Netto-Einkommen?		
<input type="checkbox"/> bis 500,- Euro	<input type="checkbox"/> 501,- bis 1.000,- Euro	<input type="checkbox"/> 1.001,- bis 1.500,- Euro
<input type="checkbox"/> 1.501,- bis 2.000,- Euro	<input type="checkbox"/> 2.001,- bis 2.500,- Euro	<input type="checkbox"/> über 2.500,- Euro
<input type="checkbox"/> weiß nicht / keine Angabe		

S11 In welchem Bundesland wohnen Sie?		
<input type="checkbox"/> Burgenland	<input type="checkbox"/> Kärnten	<input type="checkbox"/> Niederösterreich
<input type="checkbox"/> Oberösterreich	<input type="checkbox"/> Salzburg	<input type="checkbox"/> Steiermark
<input type="checkbox"/> Tirol	<input type="checkbox"/> Vorarlberg	<input type="checkbox"/> Wien

S12 Wie viele EinwohnerInnen hat Ihr Wohnort?		
<input type="checkbox"/> bis 5.000 EinwohnerInnen	<input type="checkbox"/> bis 20.000 EinwohnerInnen	<input type="checkbox"/> bis 50.000 EinwohnerInnen
<input type="checkbox"/> über 50.000 EinwohnerInnen	<input type="checkbox"/> ist mir nicht bekannt	